



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Sağlık Yönetim Programı

**SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ KATILIM PAYI HAKKINDAKİ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mahmut SARI

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ KATILIM PAYI HAKKINDAKİ
GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mahmut SARI

Yüksek Lisans Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Mahmut SARI tarafından hazırlanan ‘‘Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Katılım Payı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi’’ başlıklı bu çalışma, 30 Nisan 2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ (Başkan)

Prof. Dr. Yusuf ÇELİK (Danışman)

Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU (Üye)

Doç. Dr. Oğuz IŞIK (Üye)

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Uğur ÖMÜRGÖNÜLŞEN

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. (1)
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren... ay ertelenmiştir. (2)
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. (3)

25/05/2021

Mahmut SARI

"Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge"

Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkânı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan iş birliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, **Prof. Dr. Yusuf ÇELİK** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Mahmut SARI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim sürecinde bilgi, beceri ve tecrübelerini benimle paylaşan, bana bir hocadan çok bir abi gibi samimiyetini gösteren, motivasyonumu sürekli yüksek tutmamı sağlayan, tezimin yazılması aşamasında ne zaman kendisine danıştığımda gerek mail yoluyla gerekse birebir bana hiç zaman kaybettirmeden cevap verip yardımcı olan çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Yusuf Çelik'e ve yüksek lisans eğitiminde maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen Aileme teşekkür eder ve şükranlarımı sunarım.

ÖZET

SARI, Mahmut. Sağlık Hizmeti Kullanıcılarının Katılım Payı Hakkındaki Görüşlerinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021.

Bu çalışmada Ankara Çankaya ilçesi sınırları içerisinde yer alan Hacettepe Üniversitesi Beytepe hastanesine sağlık hizmeti almak amacı ile başvuran vatandaşların katılım payları ve katılım paylarının sağlık hizmeti kullanımı üzerine olan etkilerinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin toplanması ve bu görüşlerinin katılımcıların sağlık hizmeti kullanım davranışları ve sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma örneklemini, veri toplama aracı olarak kullanılan anketi yanıtlamayı gönüllü olarak kabul eden 400 kişi oluşturmuştur. Katılımcıların %55,6'sı katılım payını bilirken, %44,4'ü katılım payının ne demek olduğunu bilmemektedir. Alınan hizmet karşılığı ödenen muayene katılım payının ne kadar olduğunu katılımcıların %34,3'ü bilirken, %65,8'i bilmediğini belirtmişlerdir. 'Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?' Sorusuna katılımcıların %26,1'i 'evet' derken, %73,6'sı 'hayır' şeklinde cevaplamışlardır. Alınan ilaçlar için katılım payının alındığını katılımcıların %20,9'u bilirken, %79,1'i bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların %9,6'sı hangi tıbbi malzemelerde katılım payının alındığını konusunda bilgi sahibiyken, %90,4'ü bu konuda bilgi sahibi olmadığını; katılım payı ücretlerinin nereye ödendiğini katılımcıların %29,9'u biliyorken, %70,1'i katılım payı ücretinin nereye ödendiğini bilmedikleri bu çalışmanın önemli bulguları arasındadır. Bu bulgulara bakılarak Sosyal Güvenlik Kurumunun vatandaşların katılım payı ile ilgili bilgi seviyesini artırması gerektiği söylenebilir. Sağlık hizmeti kullanımı veya ilaç alım noktalarında, sağlık hizmeti sunucuları veya eczacılar halka katılım payı ile ilgili gerekli bilgileri vermeleri için sorumlu tutulabilirler ya da hastane hizmetlerinde yararlanma kılavuzu şeklinde bir broşür hazırlayarak sağlık hizmeti kullanım noktalarında vatandaşlara dağıtarak vatandaşlar arasında katılım payı konusundaki bilinç düzeyi artırılmalıdır.

ANAHTAR KELİMELELER

Katılım Payı, Sağlık Hizmeti, Muayene

ABSTRACT

SARI, Mahmut. Evaluation of The Views of Health Service Users About User Fees, Master's Thesis, Ankara, 2021.

This study aims to collect the views of citizens, who applied to Hacettepe University Beytepe Hospital located in Çankaya/Ankara, about user fees and their effects on use of health services, and to examine if their views were changed according to health care utilization behaviours and demographic characteristics. Research sample consisted of 400 people accepting to be volunteer for replying the questionnaire which was used as data collection tool. Of participants, 55.6% stated that they knew user fee while the remaining (44.4%) didn't know it. 34.3% of the participants knew the amount of user fee paid while the remaining 65.8% did not know the amount. 26.1% of participants answered the question '*In which situations participation share is paid*' by saying 'yes'?" while 73.6% answered 'no'. Of participants, 20.9% knew that the user fee was paid for the drugs, and 79.1% did not know. 9.6% of the participants had information about for which medical supplies they were required to pay user fees while 90.4% did not have any information about this issue. One of the important findings of this study is that %29,9 percent of participants knew where user fee should be paid while 70,1 percent didn't know it. In the light of these findings, it can be said that Social Security Institution (SGK) should take some measures in order to improve the knowledge level of citizens. Health care providers or pharmacists might be responsible for providing needed information about user fees at the point of health care or drug utilization, or brochures about user fees might be prepared and distributed to citizens for improving knowledge level.

KEYWORDS

User fees, Health Service, Examination

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER	2
1.1 SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ	2
1.2 TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI	3
1.3 TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ	5
1.4 SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ve YÖNTEMLERİ	7
1.4.1 Genel Vergiler ile Finansman	9
1.4.2 Sosyal Sağlık Sigortası	9
1.4.3 Özel Sağlık Sigortası	10
1.4.4 Cepten Yapılan Harcamalar	10
1.4.5 Diğer Yöntemler	11
1.5 SAĞLIK HARCAMALARINI KONTROL ALTINA ALINMASI İÇİN UYGULANAN YÖNTEMLER	12
1.5.1 Talep Yönlü Maliyet Paylaşımı.....	14
1.5.2 Arz Yönlü Maliyet Paylaşımı.....	17
2. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SATIN ALMA VE MALİYET SINIRLAMA YÖNTEMİ OLARAK KATILIM PAYINI KULLANMA VE KULLANILAN YÖNTEMLER	20

2.1 KATILIM PAYI ve KULLANICI KATKILARI	21
2.2 TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE KATILIM PAYININ TARİHSEL GELİŞİMİ	25
2.3 TÜRKİYE’DE UYGULANAN KATILIM PAYI UYGULAMALARI	28
2.3.1 Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Tutarı	28
2.3.2 Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı Tutarı.....	29
2.3.3 Tıbbi Malzeme Katılım Payı.....	30
2.3.4 Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payları.....	31
2.3.5 Katılım Payı Alınmayacak Haller.....	31
2.3.6 Katılım Payı Alınmayacak Kişiler.....	32
3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN GEREKÇE VE YÖNTEMİ	34
3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI ve KÖKEN ALDIĞI HİPOTEZLER	34
3.2 ARAŞTIRMANIN PLANI ve YÖNTEMİ	36
3.3 VERİ TOPLAMA ARACI	36
3.4 VERİLERİN ANALİZİ	37
3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	37
3.6 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	38
4. BÖLÜM: BULGULAR	39
4.1 KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM ALIŞKANLIKLARINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR	39
4.2 KATILIMCILARIN KATILIM PAYI ile İLGİLİ GÖRÜŞLERİ	43
4.3 KATILIM PAYI ile İLGİLİ BİLGİYE SAHİP OLDUĞUNU İFADE EDEN KATILIMCILARIN DOĞRU BİLGİYE SAHİP OLUP OLMAMA DURUMLARI	45
4.4 DEVLET, ÜNİVERSİTE ve ÖZEL HASTANELERDE ALINAN KATILIM PAYLARININ NE KADAR OLMASI GEREKTİĞİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER	48

4.5 KATILIM PAYININ DOĞRU TANIMI, ALINMASININ NEDENİ, HANGİ DURUMLARDA KATILIM PAYININ ALINDIĞINI BİLME ve GENEL OLARAK KATILIM PAYININ ALINMASINDAN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİ İLE İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR.....	49
4.6 ÇOK CİDDİ OLMAYAN HASTALIKLAR İÇİN HASTANEYE BAŞVURAN KİŞİLERDEN; BAŞVURUNUN NEREYE YAPILDIĞI, YAPILAN BAŞVURUDA KATILIM PAYININ BİLİNİP BİLİNMEDİĞİ ve KATILIM PAYI TUTARININ DÜŞÜK OLUP OLMADIĞI ile İLGİLİ GÖRÜŞLER	52
4.7 KATILIMCILARIN KATILIM PAYI KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE ve SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DURUMLARINA GÖRE DAĞILIMI	53
5. BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER.....	112
5.1 TARTIŞMA	112
5.2 SONUÇ ve ÖNERİLER.....	117
KAYNAKÇA	121
EKLER.....	133
Ek-1 Anket Formu	133
Ek-2 Etik Kurul İzni	138
Ek-3 Araştırma Uygulama İzni	139
Ek-4 Tez Çalışması Orijinallik Raporu	140

KISALTMALAR DİZİNİ

DRG:	Diagnosis Related Groups (Teşhis ilişkili Gruplar)
DSÜ:	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HİE:	Rand Sağlık Sigortası Deneyi
NSAİD:	NonSteroid Anti-İnflamatory Drug
SB:	Sağlık Bakanlığı
SGK:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK:	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT:	Sağlık Uygulama Tekniği
TİG:	Teşhis ilişkili Grupları
TÜSİAD:	Türkiye Sanayi İş Adamları Derneği
UNİCEF:	United Nations International Children's Emergency Fund (Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fonu)
WHO:	World Health Organization

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	40
Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlık Özellikleri	42
Tablo 3. Katılımcıların Katılım Payına Yönelik Görüşleri	44
Tablo 4. Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler İle Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?.....	45
Tablo 5. Evet Diyen Katılımcıların Devlet ve Üniversite ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Ne Kadar Katılım Payı Alındığını Rakamsal Olarak Doğru ve Yanlış Bilme Durumları	45
Tablo 6. Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? 46	46
Tablo 7. Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?.....	46
Tablo 8. Evet Diyen Katılımcıların Üniversite Hastanelerinde Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Rakamsal Olarak Doğru veya Yanlış Bilme Durumları.....	46
Tablo 9. Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? .47	47
Tablo 10. Özel Hastaneye Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?	47
Tablo 11. Evet Diyen Katılımcıların Özel Hastanelerde Ne Kadar Katılım Payı Ücretini Rakamsal Olarak Doğru Ve Yanlış Bilme Durumları	47
Tablo 12. Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?	48
Tablo 13. Katılımcıların Devlet Hastanelerinde Alınan Katılım Payının Ne Kadar Olması Hakkındaki Görüşleri.....	48
Tablo 14. Katılımcıların Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payının Ne Kadar Olması Gerektiği Hakkındaki Görüşleri	49

Tablo 15. Katılımcıların Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payının Ne Kadar Olması Gerektiği Hakkındaki Görüşleri	49
Tablo 16. Katılım Payının Doğru Tanımı Aşağıdakilerden Hangisidir?.....	50
Tablo 17. Katılım Payı Ücretinin Alınmasının Nedeni Nedir?	50
Tablo 18. Hangi Durumlarda Katılım Payı Ücreti Alınmaktadır? Sorusuna Verilen Cevaplar	51
Tablo 19. Genel Olarak Katılım Payı Ücretlerinin Alınmasında Memnun Musunuz? ..	52
Tablo 20. Katkı Payı Ücretinin Sağlık Hizmetleri Kullanıma Olan Etkisine Yönelik Görüşler.....	53
Tablo 21. Katılım Payı Nedir, Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	55
Tablo 22. Katılım Payı Nedir, Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	57
Tablo 23. Aldığınız Hizmet Karşılığı Ödediğiniz Muayene Katılım Payı Ücretinin Ne Kadar Olduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	59
Tablo 24. Aldığınız Hizmet Karşılığı Ödediğiniz Muayene Katılım Payı Ücretinin Ne Kadar Olduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	60
Tablo 25. Hangi Durumlarda Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı	63
Tablo 26. Hangi Durumlarda Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Hizmetleri Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	64

Tablo 27. Hangi Tıbbi Malzemelerde Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	66
Tablo 28. Hangi Tıbbi Malzemelerde Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	67
Tablo 29. Aldığınız İlaçlarda Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	69
Tablo 30. Aldığınız İlaçlarda Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	71
Tablo 31. Katılım Payı Ücretinin Nereye Ödendiğini Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı.....	73
Tablo 32. Katılım Payı Ücretinin Nereye Ödendiğini Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	75
Tablo 33. Birikmiş Katılım Payı Ücretlerinden Dolayı Almadığınız İlaçlar Oldu Mu? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı	77
Tablo 34. Birikmiş Katılım Payı Ücretlerinden Dolayı Almadığınız İlaçlar Oldu Mu? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	79
Tablo 35. Aldığınız İlaçlar İçin Ödediğiniz İlaç Katılım Payının, Toplam İlaç Bedelinin Yüzde Ne Kadarını Oluşturduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı.....	81
Tablo 36. Aldığınız İlaçlar İçin Ödediğiniz İlaç Katılım Payının, Toplam İlaç Bedelinin Yüzde Ne Kadarını Oluşturduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	83

- Tablo 37.** Aile Hekimliği Hizmetlerinden Katılım Payı Ücreti Alınmakta Mıdır? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 85
- Tablo 38.** Aile Hekimliği Hizmetlerinden Katılım Payı Ücreti Alınmakta Mıdır? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı 87
- Tablo 39.** Devlet Hastanelerine Ve Üniversiteler İle Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı..... 89
- Tablo 40.** Devlet Hastanelerine Ve Üniversiteler İle Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı..... 91
- Tablo 41.** Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler İle Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 93
- Tablo 42.** Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler İle Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı 95
- Tablo 43.** Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı 97
- Tablo 44.** Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı..... 99

Tablo 45. Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	101
Tablo 46. Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı	103
Tablo 47. Özel Hastaneye Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı.....	105
Tablo 48. Özel Hastaneye Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	106
Tablo 49. Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı ...	108
Tablo 50. Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı ..	110

GİRİŞ

Katılım payı; 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun “tanımlar” başlıklı 3. maddesinde “sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar” olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde katılım payının alınmasının nedeni gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltmak ve gerçek sağlık ihtiyacı olanlara daha iyi hizmet verebilmek için alınmaktadır (Resmî Gazete, 2006: 26200). Kullanıcı katkısı olarak ifade edilen katılım payı; sağlık güvencesi olan kişilerin sağlık hizmetleri kullanımının da ortaya çıkan bedelin belli bir kısmının kişilerin kendi cebinde ödemek durumunda olmasıdır (Yıldırım, 2016: 72).

Katılım payı uygulamasının hedeflerinden en önemlisi vatandaşları birinci basamak sağlık hizmetlerinden olan aile hekimliği hizmetlerine yönlendirerek, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki gereksiz yoğunluğu azaltarak sağlık harcamalarının önüne geçmektir (Tirgil ve Acar, 2019:535). Katılım payı uygulamaları SGK tarafından 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu esas alınarak 24 Mart 2013 Yılında 28597 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak güncellenen Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) 1.8 numaralı “Katılım Payı” başlıklı maddesinde düzenlenmektedir (SGK, 2013). Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Beytepe hastanesine sağlık hizmeti almak amacı ile başvuran vatandaşların katılım payları ve katılım paylarının sağlık hizmeti kullanımı üzerine olan etkilerinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin toplanması ve görüşlerinin katılımcıların sağlık hizmeti kullanım davranışları ve sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca katılım payının sağlık hizmetleri kullanımı üzerine olan etkisini insanların katılım payını bilip bilmediklerini, katılım payı ücretlerinin yüksek veya düşük olup olmadığının değerlendirilmesi de bu çalışmanın önemli amaçları arasındadır.

1. BÖLÜM: GENEL BİLGİLER

1.1 SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; ‘‘Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir’’ olarak tanımlamaktadır. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği ve 61 ülkenin temsilcilerinin katılım gösterdiği Uluslararası Sağlık konferansında tanımlanan bu tanım o günden bu yana değişikliğe uğramamıştır (Bozkurt, 2014: 4). Bu tanım genel bir kavram olarak kabul edilse de ‘‘iyilik hali’’ (well-being) kavramını barındırdığı özellik bakımından kişiden kişiye ve toplumdaki topluma değişme göstermektedir (Bolsoy ve Sevil, 2006:76). Prof. Dr. Nusret Fikret'in Kitaplaşmamış Yazıları-1 çalışmasında; bu tanımda bedence ve ruhça iyilik hali sağlığın bilinen bir yönüdür. Ancak ‘‘Sosyal yönden tam iyilik hali’’ yeni ve açıklanması gereken bir kavram olup, bu kavramı açıklayabilmek için de sağlığın sadece kişisel bir olgu olmadığını göstererek, sağlığın toplumsal yönünün de bulunduğunu belirtilmesi gerekir. Bireyin sosyal yönden tam iyilik halinde olması demek kişinin sosyal yaşantısının sağlıklı olması demektir. Ancak çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanamadığı, iş bulma olasılığının bulunmadığı, gelir dağılım dengesizliğinin yarattığı huzursuzluğun giderilemediği toplumlarda kişinin tam iyilik halinde olması olanaksızdır şeklinde yorumda bulunulmuştur (Prof. Dr. Nusret Fikret'in Kitaplaşmamış Yazıları-1, 1982).

Sağlık, insanların günlük hayatta yaşamsal fonksiyonlarını yerine getirmek için gereken zorunlu bir ihtiyaçtır (Şenol, 2006: 13-14). Sağlık insanlar için zorunlu bir ihtiyaç olma sebebiyle birey ve toplum için büyük önem taşımakta ve devletler için öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türü olmaktadır. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu noktadan hareketle ortalama yaşam ömrünü artırmak ve beşerî sermaye stokuna nitelik kazandırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler (Aktan ve Işık, 2006: 1). Sağlık hizmetlerinin tüm faaliyetleri; kişilerin ve toplumun sağlığını bozacak olan etkenlere karşı korumak, beden, ruhen ve sosyal yönden ortaya çıkan hastalıkları tedavi edip esen kılmak için yapılan çalışmaları kapsamaktadır (Gökçe, 2007: 4).

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda sağlık hizmeti; ‘genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını; hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını; iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş görememezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetler’ şeklinde tanımlanmaktadır (Resmi Gazete, 2006: 26200).

1.2 TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI

Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık kullanıcılarının ihtiyaç duydukları zaman aralığında sağlık sunucularından aldıkları hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Sağlık kullanıcılarının ayakta ya da yatarak sağlık sunucularından hekime başvurma, diş doktoruna başvurma, diğer sağlık personeli olan hemşire, ebe vs. sağlık personellerine başvurma, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetine başvurma gibi kriterleri sağlık hizmeti kullanımında kullanılan ölçütlerdir (Erdem ve Pirinçci, 2009: 40). Sağlık hizmeti kullanımı; birey aile ve toplumun koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinden yararlanarak sağlıklı kalma, sağlığını sürdürme ve en üst seviyeye çıkarmaktır (Şenol, 2006: 16). Sağlık hizmeti kullanımı, ülkelerin sağlık sistemlerinin performanslarını değerlendirmede ve sağlık reformlarının yapılandırılmasında çoğunlukla bahsedilen konular arasındadır. Bunun için sağlık hizmeti kullanımını etki eden faktörlerin araştırılması ve sağlık düzeyi göstergelerindeki farklılıkların nedenlerinin belirlenmesi yapılacak sağlık politikaları için önem arz etmektedir (Aday, 1993: 46). Sağlık Bakanlığının 1992 yılında sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili yaptığı araştırmada hekime başvuru sayısı 2,44 bulunmuştur. Ayrıca Türkiye’nin Doğu bölgelerinde ve kırsal kesimde sağlık hizmeti kullanımı, Türkiye’nin Batı bölgelerine ve kentlere kıyasla daha düşük bulunmuştur. Sosyal güvencesine sahip, gelir seviyesi yüksek olan kişilerin sağlık hizmeti kullanımı sosyal güvencesine sahip olmayan, gelir seviyesi düşük kişilere oranla daha yüksek olduğu anlaşılmıştır. Kronik bir rahatsızlığı olan kişilerin, kronik bir hastalığı olmayan kişilerden 3,5 kat daha fazla hekime başvuruda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 1995). Erdem ve Gökkaya (2017: 180) tarafından yapılan ‘‘ Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi’’ çalışmada sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır. Bunlar;

1. Hastalığın şiddeti

2. Ulaşım
3. Zaman
4. Sigorta ve hizmetlerin maliyeti
5. Hastane personelinin tutum ve davranışları
6. Tıbbi donanım ve araç gereçlerin modern olması,
7. Hizmetlerin hızlı ve güvenli bir şekilde olması
8. Hizmet alınan kurumun iç ve dış koşulların yeterli ve kaliteli olması,
9. Kurumda alanında tanınmış ve uzman hekimlerin bulunması
10. Hizmetlerin hızlı, güvenli ve düşük ücrette olmasıdır.

Bireylerin sağlık bilinç seviyelerinin artmasıyla tedavi süreçlerinde alınan kararlarda pasif konumdan daha aktif konuma geçerek sağlık hizmeti kullanımında etkin rol üstlenmeye geçmektedirler (Tengilimoğlu vd., 2012:63). Bireylerin eğitim seviyesi ve mesleki konumu, toplum içerisindeki prestiji sağlık hizmeti kullanımını önemli derecede etkileyen diğer etkenlerdir. Kişilerin eğitim seviyesi arttıkça, gelir durumu düzeldikçe fiziksel çevreye olan duyarlılığı artmakta, çevrenin sağlıklı olup olmadığını daha çok sorgular duruma gelmekte ve ayrıca kendi sağlık sorunlarını fark eder duruma gelerek sağlık hizmeti kullanımında daha fazla bilgi sahibi haline gelmektedir (Andersen, 1995: 2). Sağlık hizmeti kullanımının önemli boyutunu oluşturan arz yönlü faktörlerin sağlık hizmeti kullanımını etkilediği etkenler arasındadır. Sağlık personelinin varlığı, ilaç ve tıbbi malzemelerin ulaşılabilirliği, sağlık kuruluşuna mesafe olarak ulaşılabilirliği sağlık hizmeti kullanımında arz yönlü faktörler arasında değerlendirilmektedir (Andersen, 1995: 3). Bireylerin sağlık hizmeti kullanımında karşılaştıkları mali yükler, sağlık finansman yapısı içerisinde cepten yapılan harcamalar ve sağlık sigorta sistemi sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen, sağlık hizmeti kullanımında belirleyici rol oynayan etkenlerdir. Cepten yapılan harcamaların yüksek olması, sağlık sigorta kapsamının geniş olmaması, kişilerin sağlık hizmetlerine erişiminde birçok yüksek mali külfetle karşılaşması sağlık hizmeti kullanımında olumsuz etki oluşturabilmektedir (Özgen, 2007: 202). Katılım payı ücretleri, cepten yapılan sağlık harcamalar üzerinden değerlendirilmektedir. Sağlık sisteminde

katılım payının kullanılması, sağlık hizmeti kullanım üzerinde yoğunluğu azaltma, verimliliği artırma, kaliteyi yükseltme, finansal kaynak sağama gibi olumlu etkilerinin yanında gelir seviyesi düşük bireyler için sağlık hizmetlerine erişimi engellemekte, hizmetin talebini olumsuz etkileyerek sağlık hizmeti kullanımını etkileyebilmektedir (Lagarde ve Palmer, 2011: 2; Gilson, 1996: 35).

1.3 TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ

Sağlık sigortasının ortaya çıkmasında temel etken kişilerin veya grupların sağlıklarında yaşanan olası hastalıklara ve bu hastalıkların sonuçlarına karşı kendilerini yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinde güvence altına alma isteğidir. Sağlık sigortası kişi veya grubun yüksek maliyetli sağlık harcamalarını taşımama riskine karşı bu maliyetleri topluma veya diğer sigortalılara paylaşırma sistemidir (Tiryaki ve Tatar 2000:124-125).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. Maddesinde sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı ve genel sağlık sigortası ile ilgili hükümlere yer verilmiştir. Buna göre, “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” (Resmî Gazete, 1982: 17863)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 56. maddesi gereği Türkiye sağlık sigorta sisteminde sosyal bir anlayış güdülmüştür. Türkiye sosyal güvenlik sistemi primsiz ve primli şeklinde faaliyet göstermektedir (Yiğit, 2007: 9).

Türkiye’de 2009 yılı öncesine kadar sağlık sigortaları uygulamaları; SSK, Bağ- kur Emekli Sandığı, Özel Sandıklar, Yeşil Kart şeklinde uygulamalar sıralanırdı. Ancak 2009 yılında 16/06/2006 tarihin de kabul edilen 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu uygulamaya konularak sosyal güvenlik sisteminde kökten bir reforma gidilmiş ve SSK, Bağ- kur, Emekli Sandığı, Özel Sandıklar, Yeşil Kart şeklindeki uygulamalar Genel Sağlık Sigortası adı altında tek çatı altına alınmıştır (Avşar, 2010: 45).

1.2.1 Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası kavram olarak baktığımızda; bireylerin gelir seviyelerine ve günlük yaşamında sağlığını korumak için hastaneye başvuruda bulunup bulunmadığına bakılmaksızın, gelecekte meydana gelebilecek olası hastalık risklerine karşı toplumda bulunan herkesi kapsayan, sağlık hizmetlerinden geniş çapta ve etkili bir şekilde faydalanmasını elde eden sosyal bir sistemdir. Genel sağlık sigortasının finansmanında kişiler gelirleri ölçüsünde sisteme finansal katkıda bulunmaktadırlar (Oral, 2001: 40). Genel sağlık sigortası bütün unsurlarıyla tek bir sistemi ifade etmemektedir. Genel sağlık sigortası adı altında ulusal sağlık sigortasını uygulayan ülkeler de mevcuttur (Başmanav, 2014: 46-47).

Türkiye’de bugüne kadar hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir model uygulanmış ve ayrıca bu tür uygulamaların yanında özel sağlık sigortaları küçük de olsa Türkiye’nin sağlık sisteminde varlığını göstermiştir. Türkiye’de uygulanmaya çalışılan “Genel Sağlık Sigortası” ile toplumun tümüne hakkaniyetli ve eşit bir şekilde, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti verilmesi hedeflenmiştir (Bostancı, 2007: 60-61).

5510 sayılı Kanun ile yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası, herkese eşit ve aynı sağlık hizmetlerini verilmesini sağlayarak toplumda bulunan tüm bireyleri kapsayan sürekliliği olan, primli ve primsiz sosyal sigortacılığın bir arada olduğu zorunlu bir sistemdir. Genel sağlık sigortası kişilerin sağlıklarının korunmasını ve sağlıklarının bozulması halinde tedavi için gerekli olan harcamaların finansmanını sağlayan sosyal bir sistemdir (SGK, 2013).

Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63. maddesine göre finansmanı sağlanan hizmetler şunlardır:

- a) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve insan sağlığına zarar veren madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- b) Kişilerin hastalanmaları halinde yatarak veya ayakta hekim tarafından verilen gerekli teşhis için yapılan klinik muayene ve laboratuvar tetkik ve tahliller,
- c) Teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedavi hizmetleri,

d) Hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon, acil sağlık hizmetleri ve ayakta ve yatarak verilen diş sağlığı hizmetleri ile ilgili acil sağlık hizmetleridir.

Ayrıca, sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri Genel Sağlık Sigortası tarafından finanse edilmektedir ve kişi iyileşene kadar devam etmektedir. Ancak, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri ile Sağlık Bakanlığı tarafından izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığının tıbben uygun görmediği sağlık hizmetleri Genel Sağlık Sigortası kapsamına girmemektedir (SGK, 2006).

5510 sayılı Kanununun 60. maddesinde ikametgâhı Türkiye’de olanlardan kimlerin Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulan hizmetlerden faydalanacağı ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır (Güzel vd, 2012: 887). İlgili madde kapsamı dışından olan ve başka bir ülkenin sağlık sigortasından yararlanamayan vatandaşlar da Genel Sağlık Sigortalısı sayılmaktadır (şakar, 2014: 360).

1.4 SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ve YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin temel gayesi vatandaşların olası hastalıklara karşı hastalığın mali yükünden korumak, sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılamak için gerekli kaynakların oluşmasını sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı kişilerin hizmeti aldığı zaman ödeme gücünün olmamasından dolayı harcamaları karşılayarak yoksulluğu da azaltma ve ortadan kaldırma olasılığı sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlık sunucularına dağılma şekli temelde kaynakların transferi şeklinde gerçekleşmektedir. Bu transfer işlemi bireylerin sağlık sunucularından sağlık hizmetleri kaynaklarını mal veya hizmet olarak alması ve bireylerin doğrudan sağlık sunucularına ödeme yapması veya üçüncü şahıslar tarafından sağlık sunucularına ödeme yapılması şeklinde işlemektedir. Sağlık finansmanı ile sunucu arasında gerçekleşen bu işlem iki şekilde açıklanabilir. Hizmeti alan birinci tarafın sağlık hizmetinin sunan ikinci tarafa doğrudan ödeme yapması bu işlemin en basit şeklidir. Karmaşık olan diğer transfer işlemi de üçüncü tarafın ikinci tarafa (sağlık sunucuları) ödeme yapma şeklidir. Üçüncü taraf ödeyiciler, kamu veya özel sağlık sigorta kurum/kuruluşları içerir. Bu kurum/kuruluşlar

kâr amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar, kâr amacı güden ticari kuruluşlar ve ulusal veya yerel düzeyde devlet organlarına kadar farklı kuruluşlar olabilir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135-136).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, gelirlerin elde edilmesi, toplanılması, biriktirilmesi ve kaynakların ayrımı ile hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanmakta ve ilgili alanlara gidecek olan paranın miktarını belirleyen faktörlerin evrensel olmadığına ülkelerin kendi iç dinamiklerine göre değişiklik göstermekle birlikte önemli olan harcamaların rasyonel bir şekilde yapılmasıdır (Aytekin ve Aytekin, 2010: 166). DSÖ tarafından açıklanan finansal sistemin teknik olarak 3 işlevi bulunmaktadır. Bunlar; gelir elde etme, havuzlama ve satın almadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanından beklenen hedefler ise; tüm bireylere, etkili olabilmeleri için gereken kalitede sağlık hizmetlerine (önleme, yükseltme, tedavi ve rehabilitasyon dâhil) erişim sağlama ve bu hizmetlerin kullanımının kullanıcıyı finansal sıkıntıya maruz bırakmamasını sağlamaktır (WHO, 2010: 4-5).

Sağlık hizmetlerinin finans sisteminin gelir elde etme işlevinde, sağlık problemleri nedeniyle bireylerin maliyet kayıplarının gerçekleşmemesi ve ihtiyaç duyulan finansal koruma ve temel hizmet paketlerini sunabilmek için finansal olarak sistemin sürdürülebilirliği önemlidir. Elde edilen gelirlerin doğru bir şekilde havuzlanarak, sağlık harcamalarının oluşturacağı finansal risk, hizmetlerin kimin kullandığına bakmaksızın havuzdaki tüm bireyler tarafından kullanılmalıdır. Risk havuzlama sayesinde zengin olanlar fakirleri, sağlıklı yerinde olanlar hasta olanları, gençler yaşlıları sübvansedeceğinden hakkaniyetli bir finansman sistemi yaratılmış olacaktır. Kaynak miktarını artıracak, belirsiz sağlık ihtiyaçlarına karşı koruma sağlayacak, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlere erişimi kolaylaştıracak bir havuzlama sistemi için havuzun büyüklüğü önemlidir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 135-136).

Sağlık sistemlerinin finansman yöntemlerinde kamu ve özel sağlık finansman yöntemleri mevcuttur. Kamu finansman yöntemleri; sosyal sağlık sigortacılığı ve vergilerle ödeme yöntemlerini kapsamaktadır. Özel finansman yönteminde ise cepten ödemeler, özel sağlık sigortacılığı ve tıbbi tasarrufları içermektedir (Yenimahalleli, 2007: 15).

1.4.1 Genel Vergiler ile Finansman

Bu yöntemde sağlık hizmetleri harcamaları için gerekli olan para dolaylı ve doğrudan toplanan vergiler ile toplanır. Sağlık hizmetlerini alan ile sağlık hizmetlerini üreten arasında dolaylı bir ilişki vardır (Akdur, 1999: 9). Sağlık hizmetlerinin finansmanında daha çok tercih edilen vergiler ile finansmanda vatandaşlardan doğrudan ve dolaylı olarak toplanan primlerin bir havuzda biriktirilmesi ve daha sonra kamu otoritesi tarafından oluşturulan kararlar çerçevesinde çeşitli sağlık kuruluşlarına dağıtımı söz konusudur. Vatandaşlar sağlık hizmetleri kullanımında katkı payları dışında ödeme yapmayarak bireysel katkılarını vergiler yoluyla gerçekleştirirler. Sağlık hizmetlerinin performansı üzerindeki olumlu ya da olumsuz olarak etki edebilen ve vergiler yolu ile finansmanda önemli olan iki sorun vardır: Toplanan vergilerin adil olup olmadığı ve ülkenin vergi toplama kapasitesinin ne olduğudur. Vergi toplama kapasitesi ile ilgili olarak göz önüne tutulması gereken en kritik konu ise, toplanan vergilerin ekonomik etkisinin ne derece olacağıdır. Vergilerin çok yüksek olması, vergilerin toplanılmasında sıkıntı oluşturacağı gibi ülkenin uluslararası alanda yatırım gücünü ve rekabet kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilir. Vergiler ile finanse edilen sağlık sistemlerinde ülke ekonomisinin bozulduğu dönemlerde sağlık hizmetlerinde yaşanan maliyetlerden dolayı vergilerde artışın olması ve yeni ek vergilerin getirilmesiyle, ‘sağlık hizmetlerinden kim yararlanıyor?’ sorusunu gündeme getirmekte ve bu dönemde gelir seviyesi yüksek ve düşük olanlar sağlık harcamalarının maliyetlerinden kaçınmak için ek sağlık sigorta kuruluşlarına başvurabilmektedir (Tatar, 2011: 112-113).

1.4.2 Sosyal Sağlık Sigortası

Almanya’da Otto Von Bismarck tarafından geliştirilen ve ilk kez sistematik olarak 1883 yılında uygulanan sosyal sağlık sigortası; kamu yönetimi ve denetimindeki sigorta kuruluşuna, daha önceden belirlenmiş bireylerin belli miktarda prim ödemek koşuluyla sigorta kapsamına alındığı sistemdir. Sistem, işçi, işveren katkıları ile finanse edilmesinin yanında çoğunlukla devlet katkısıyla finanse edildiği için sosyal sağlık sigortası olarak ifade edilmektedir. Sosyal sağlık sigortası, sistem kapsamındaki kişiler için zorunludur. Sosyal sağlık sigorta sisteminde nüfusun tamamının kapsama alınması zorunluluğu bulunmamaktadır. Sistem bütün nüfusu kapsar ise buna genel sağlık sigortası ya da sağlıkta genel sigorta denir. Sistem içerisinde, kapsamın genişliğinin nasıl olacağı,

kapsam içerisine kimlerin dâhil edileceği, hangi tür hizmetlerin kapsayacağı vb. düzenlemeler ülkelere göre farklılık göstermektedir (Çelik, 2011: 179).

1.4.3 Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası kâr amaçlı olup birey ve kurum arasında sigorta şartları çerçevesinde poliçede yazılı meblağlara kadar temin eden bir sigorta türüdür. Sigortalı özel sağlık sigortası ile sigorta süresi içerisinde hastalanma veya herhangi bir kaza sonucu yaralanma halinde tedavi için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder. Sigortalı özel veya iş hayatında ortaya çıkabilecek bir hastalık veya kaza sonucu, istenen bir sağlık kuruluşunda yatarak ve/veya ayakta yapılacak tedavi harcamaları, teminat limitleri ve poliçe şartları dâhilinde sağlık sigortası tarafından karşılanır. Özel sağlık sigortası yüksek riskli hastalıklı grupları dışlama eğilimindedir. Özel sağlık sigortası en genel anlamıyla bireysel ve grup sağlık sigortası olmak üzere iki çeşidi bulunmaktadır (Tunç ve Kıyak, 2015: 411). Özel sağlık sigortası, az gelişmiş ülkelerden ziyade çok gelişmiş ülkelerde ve sosyal sigorta ve ulusal sağlık sigorta sisteminin yaygın olmadığı devletlerde sıklıkla kullanılan bir finansman sistemidir. Ulusal sağlık sigortası ve sosyal sağlık sigortasının olduğu ülkelerde özel sağlık sigortası daha çok tamamlayıcı ve daha ayrıcalıklı sağlık hizmeti almak isteyenlerin ihtiyaçlarını karşılamak için kullanılmaktadır (Tatar, 1996: 47)

1.4.4 Cepten Yapılan Harcamalar

Cepten yapılan harcamalar, ön ödeme mekanizması olmadan, direkt hastalar veya hane halkları tarafından hizmetin alındığı sırada ve zamanında hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir. Cepten harcamalar bu yönüyle özel sigorta, sosyal sigorta ve vergi gelirleri gibi diğer finansman yöntemlerinden ayrılmaktadır. Cepten yapılan harcamalar yasal (formal) ve yasal olmayan (informal) ödeme şeklinde gerçekleşmektedir. Yasal ödemeler bir otorite tarafından oluşturulan kanunlar ve düzenlemeler çerçevesinde doğrudan ve maliyet paylaşımı şeklinde faaliyet gösteren ödemelerdir. Doğrudan ödemeler sigorta poliçesinde yer almayan hizmetleri için yapılan ödemelerdir. Maliyet paylaşımı ödemeleri ise katkı payı, ortak/müşterek sigorta ve eşitli katkı payını içeren ödemelerdir. Yasal olmayan (informal) ödemelerin genel geçer bir tanımı olmamakta ve ‘yasal olarak belirtilen ödemelerin dışında hizmet sunanlara yapılan ödemeler’ olarak ifade edilmektedir. Nakit, hediye ve bıçak parası informal ödemeye örnek gösterilebilir

(Özgen, 2007: 202-203). Modern sağlık sistemlerinde özellikle kullanıcı katkıları için yapılan cepten harcamalar her finansman modelinde varlığını göstermektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde belirsizlik olduğu için ihtiyacın ne zaman ve nerede nasıl ortaya çıkacağı belli olmadığından cepten yapılan ödeme, sağlık harcamalarının tek başına finansman kaynağı uygun değildir (Tatar, 2011: 113-114).

Cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini gidermek için ek bir kaynak oluşturmak ve cepten yapılan harcamadan dolayı bireylerin hizmetlerin niteliğini ve maliyetlerini göz önüne alarak gereksiz sağlık hizmetlerini oluşmamasını sağlamak ve kamu harcamalarını azaltmada ve kontrol etmek için kullanılan bir ödeme türüdür. Cepten yapılan harcamaların, genel sağlık harcamalarının içindeki payı yüksek gelirli ülkelerde “düşük” orta gelirli ülkelerde “orta” düşük gelirli ülkelerde ise “yüksek” seviyededir (Özgen, 2007: 205-206).

Sosyal devlet anlayışı içerisinde devletin yükümlülüklerini ne kadarını yerine getirdiğini ortaya koymak için toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten yapılan sağlık harcamalarını bilmek çok önemlidir. Aynı zamanda cepten yapılan sağlık harcamalarını bilmek gelecek zamanlarda sağlık harcamalarının kamuya olacak yükünü tahmin etmede son derece önemlidir (Çelik, 2011: 65).

1.4.5 Diğer Yöntemler

Sağlık harcamalarının finansmanında kullanılan Genel sağlık sigortası, Sosyal sağlık sigortası, Özel sağlık sigortası ve cepten yapılan harcamalar dışında sağlık harcamalarının finansmanına alternatif olabilecek diğer yöntemler; Tıbbi tasarruf hesabı, Toplum tabanlı sağlık sigortası, Şartlı nakit transferi, Mikro bankacılık ve Kamu özel ortaklığıdır. Alternatif olabilecek bu yöntemler aşağıda gösterildiği gibi ifade edilmektedir (Çelik 2011: 197-203):

Tıbbi tasarruf hesabı; bireylerin yaşamı boyunca gelirlerinden ve sağlık harcamalarından tasarruf etmesini sağlayarak, gelecekte oluşabilecek yüksek sağlık harcamaları için kaynak oluşturmaktır.

Toplum tabanlı sosyal sağlık sigortası; kurulan sağlık hizmetlerinin sağlık harcamalarını ya da yeni açılacak olan sağlık kuruluşlarının sermayesinin oluşturulması için hane

halklarının gelir düzeyine ve katılım gösterdikleri sigorta türüne göre oluşturulan finansman modelidir.

Şartlı nakit transferi; temel sağlık ve eğitim hizmetlerinden faydalanamayan, herhangi bir sağlık güvencesi olmayan, ekonomik sıkıntılar içerisinde olan, gelir seviyesi düşük en yoksul kesime yönelik şartlı yardım programıdır.

Mikro Bankacılık; gelir seviyesi düşük olan ve iş yapma fikrine sahip, gelir sağlayıcı bir girişimde bulunmak isteyen yoksul kesimlere kredi vererek onların yaşam kalitesini artırmaya yönelik bir çalışmadır.

Kamu özel ortaklığı; kamu hastanelerinin maliyet yüklerini, özel bir işletmeyle paylaşılması sistemidir. Bu paylaşım; özel bir işletmenin bir kamu hastanesini inşa etmesi, kamu hastanesinin tamamını ya da belirli klinik hizmetlerini satın alıp yönetmesi veya özel bir işletmenin kurduğu hastaneyi hükümete kiralaması gibi uygulamalardan oluşmaktadır.

Sağlık harcamalarının finansmanına diğer bir alternatif ise yurtdışında ve yurt içinde yaşayan T.C. vatandaşlarının karşılıksız olarak yapmış oldukları hibe ve yardımlar ile uluslararası bazı organizasyonlar (Dünya Bankası, UNICEF, vb.) tarafından yapılan yardım ve kredileri örnek verilebilir (Orhaner, 2006: 10).

1.5 SAĞLIK HARCAMALARINI KONTROL ALTINA ALINMASI İÇİN UYGULANAN YÖNTEMLER

Sağlık hizmetlerinin tüm alanında görülen asimetrik bilgi nedeniyle sigortalı olan birey satın alma gücünü diğer piyasalarda olduğu gibi kullanamamaktadır. Asimetrik bilgi nedeniyle doktor, sağlık hizmetlerinin arzında ve hastanın sağlığıyla ilgili tutum ve davranışlarında etkili olarak kâr marjını yükseltmek isteyebilir (Bilgili ve Ecevit, 2008: 203). Bir başka ifade ile hasta ve doktor arasında olan vekâlet ilişkisi, hizmeti talep eden tarafın doktoru vekil kılmasıyla başlamaktadır. Vekâlet ilişki sürecinde hekimler hastasına doğru ve gerekli olan sağlık hizmeti dışında doktorun ahlaklı davranış sergilemeden gereksiz sağlık hizmeti sunarak süreci kötü kullanabilir. Bu süreçte hasta, asimetrik bilgi nedeniyle kendisi hakkında verilen gereksiz kararları görmemesinden dolayı etik olarak bu süreç çıkmaza sürüklenebilmektedir (Durmaz ve Erdem, 2017: 579).

Dünya da yaşanan teknolojik gelişmeler, yaşlı nüfusun artması, hastalık yapılarında yaşanan değişimler (kronik hastalıkların artması), toplumun sağlık bilincinde yaşanan değişimler ve medyanın etkisiyle toplumun artan istekleri sonucunda sağlık harcamalarının artış göstermesi ve artan bu sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin finansmanında ve sunumunda yeniden şekillenmesini gerekli kılmaktadır (Yıldırım, 2000a: 65). Sağlık sektöründe maliyetleri kontrol altına alma isteği, 1980’li ve 1990’lı yıllarda yapılan reformların bu alanda yapılmasını teşvik niteliğinde olmuştur. Sağlık harcamalarını kontrol altına almak için oluşturulan maliyet sınırlama stratejileri, sağlık hizmetlerinin finansmanı için daha önceden belirlenen limitler içerisinde yapılması gibi yöntemlerin sağlanmasıyla çalışılır. Maliyet sınırlama kavramı, maliyetlerin kesilme veya verimliliğin artırılması değildir. Masraf kesintileri maliyetleri sınırlamaya yönelik kullanılabilir ancak bazı durumlarda, önceden belirlenmiş sınırlar içerisinde olduğu müddetçe harcamaların artmasına da neden olabilir. Bundan dolayı maliyet sınırlama harcamaları kontrol etmeyi amaçlar, sadece düşürmek söz konusu değildir. Aynı zamanda verimlilik önlemleri, maliyetleri sınırlamada kullanılabilir. Ancak verimliliği artırma çabaları sağlık hizmetlerinin çıktığı maliyetlerini düşürebilirken, maliyet sınırlama çabaları daha fazla verimliliği içermez. Maliyet sınırlama yapılırken, verimsizliğin daha fazla artması mümkündür (Saltman ve Figueras, 1998: 79).

‘‘Ekonomistler, maliyet paylaşımının, verimliliği ve maliyetlerin sınırlanması hususlarını geliştirmek için etkin bir araç olup olmadığı konusunda bölünmektedir. Fakat düşük gelirli için sübvansiyon önlemleri olmadığı sürece maliyet paylaşımının hizmetin finansmanı ve hizmete erişim açısından hakkaniyetli olmayacağı konusunda daha genel bir görüş birliği vardır. Kapsamlı sağlık sisteminin işlemediği ülkelerde maliyet paylaşımının mantığı, hizmet sunumunun sürdürülebilirliğini sağlama ve yaygınlaştırılması amacı için talep yönetiminden çok gelir artırma olabilir. Bazı ülkeler açısından bu aynı zamanda hizmet ve arzlarda gayri resmi ödemeler anlamına da gelebilmektedir. Neo-klasik ekonomi teorisinde, maliyet paylaşımının kullanımda ki temel mantık, kamu veya özel sigortanın olduğu durumlarda talebin sınırlandırılmasıdır’’ (Saltman ve Figueras, 1998: 85).

Maliyet paylaşımının temel amacı hastanın sağlık hizmetlerindeki fiyat duyarlılığı bilincini uyandırarak, sağlık harcamaları kararı için hesap verebilirliğini artırmaktır.

Maliyet paylaşımının büyümesinin temelinde yatan diğer bir neden ise, maliyet sınırlama programlarının sigortacının gelirlerinin artırmasıdır. Maliyet paylaşımı hükümetlerin mali sıkıntılar çektiği pazarlarda gelir elde etmek için kullanılmıştır. Maliyet paylaşımı, tüm akut bakım hizmetlerine uygulandığı zaman, sağlık hizmetlerinin hem uygun hem de uygunsuz kullanımını azaltması beklenebilir. Sağlık hizmeti kullanımının kontrolü, hastalara kullanımdan önce tıbbi bir hizmetin yararını değerlendirmek için ekonomik bir teşvik getirilerek sağlanabilir. Böylelikle, hastalar hizmetten beklenen faydayı karşılayacak şekilde cepten maliyeti düşünüp yalnızca gerekli hizmetleri kullanırlar. Böylece, bir hizmetten yararlanma kararı, bu hizmetle ilgili olarak bir faydanın fiyat hassasiyetinin bir işlevi haline gelir (Rubin ve Mendelson, 1996: 57)

Maliyet sınırlama sadece sağlık harcamalarının sınırlamak veya azaltmak değildir. Ülkelerin sağlığa harcayacakları tutarın gerçekten ne kadar olduğu ve sürdürülebilir bir sağlık sistemi için ne yapmaları gerektiği ile ilgili soruları içerir. Maliyet sınırlama ülkelerin durumlarına göre değişiklik gösterebilir. Örneğin, düşük gelirli gelişmekte olan ülkelerin, genellikle iç ve dış kaynakların bir kombinasyonu yoluyla daha fazla kaynak harcaması gerekebilirken, gelir seviyesi yüksek olan ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki pay artış gösterdiğinde maliyet sınırlama yöntemlerine başvurarak sağlık harcamalarını azaltabilirler (Chamchan ve Carin, 2006: 74).

Ellis ve McGuire (1993: 135) ‘Sağlık Hizmetlerinde Arz-Yönlü ve Talep-Yönlü Maliyet Paylaşımı’ isimli çalışmalarında sağlık harcamalarını kontrol altına almak için iki alternatif yöntem önermektedir. Bunlar;

- Hastaların ortak ödemelerde veya kesintilerde daha fazla ödeme yapmaları gereken talep yönlü maliyet paylaşımı
- Sağlık personellerinin belirli hizmetleri sağlama teşviklerini değiştirmeyi amaçlayan arz yönlü maliyet paylaşımı

1.5.1 Talep Yönlü Maliyet Paylaşımı

Sağlık harcamaların artış göstermesi sonucunda maliyetleri kontrol altına almak için uygulanan yöntemlerinden biri, sağlık hizmetlerine olan talebin kısılmasıdır. Bu uygulama ile gereksiz tetkik ve tedavinin önüne geçirilerek harcamalar kontrol altına alınacaktır. Talep yanlı maliyet sınırlaması, sağlık hizmetlerinin sunumunda hastaların

cebinden harcama yapmaya zorunlu bırakılmasıdır. Talep yanlı maliyet sınırlamasında tüketicinin cebinde yaptığı formal veya informal yollar ile yapılan dolaysız maliyetleri kapsamaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2008:216-218). Dolaysız (doğrudan) maliyet paylaşımı için kullanılan araçlar şunlardır (Köktaş ve Kobal, 2013: 21);

1. Katkı Payı (Co-Paymeni/User Fee): Tüketicinin kullandığı her bir sağlık hizmeti için ödeme yapma mecburiyetinde kaldığı tutardır. Tüketicinin doktora her muayene için verilen 5 TL veya her bir kutu ilaç için verilen 1 TL ödemesi katkı payına örnek verilebilir.
2. Sigortalı Payı (Co-Insurance): Hasta olan bireyin faydalandığı sağlık hizmetlerinin toplam maliyetlerinin tamamını sigorta karşılamayıp, belli bir kısmının tüketicinin ödemesidir. Misal, hastaya sağlık kuruluşunda yatılı olarak verilen tedavi hizmetinin tüm maliyetinin %10'unu tüketici tarafından ödeme yapılmasıdır.
3. Ön Ödeme (Deductible): Sigorta teminatı başlamadan önce harcamaların belirli bir seviyesine kadar olan ücretleri kapsayan bir ödemedir (örneğin, hasta 5 günlük yatılı bir hastanede kalışta ilk 100 \$'ın 1 \$'ını öder).
4. Yaşam Boyu Teminat Tavanı (Maximum Lifetime Benefit): Tüketicinin sigorta kuruluşundan tüm hayatı süresince faydalanabileceği sağlık hizmetlerinin üst seviyesini ifade etmektedir. Belirlenen seviyenin üstünde yapılan harcamalar hasta tarafından karşılanmaktadır. Örneğin sigorta kuruluşu tarafından bir yıl için belirlenen bir miktarın üstünde yapılan harcamaların tüketicinin kendisinin finanse etmesidir.
5. Ekstra Faturalandırma (Balance Billing): Sigortanın izin verdiği harcamanın üzerinde yapılan harcamaların tüketici tarafından karşılanmasıdır. Misal sağlık hizmeti maliyetinin sigorta kuruluşu tarafından 60 TL'sini karşılaması ve hizmet maliyetinin 100 TL olduğu zaman aradaki ekstra 40 TL'lik farkın tüketicinin ödemesidir.

Türkiye'de uzun yıllardır gereksiz sağlık hizmetlerini azaltmaya yönelik olarak katkı payı ve sigortalı katkı payı ödeme yöntemleri uygulanmakta ancak ön ödeme yöntemi ise

ülkemizde kullanılmamaktadır. Sağlık hizmetleri kullanımında kişiler tarafından, ayakta verilen sağlık hizmetlerinde alınan muayene katılım payı ve her kutu için ödenen katkı payları katılım payına örnek verilebilir. Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) yer alan ayakta sağlanan ilaçlar ile vücut dışı ve ortezler için %10-20 oranında verilen tutarların ve ayrıca yardımcı üreme tedavisinde birinci denemede %30 ikinci denemede %25 oranında yapılan harcamalar ise sigortalı katkı payına örnek gösterilebilir (Yiğit, 2012: 26).

Talep odaklı maliyet paylaşımında dolaylı olarak yapılan maliyet paylaşımı ise tüketici tarafından direkt bir ödeme işlemi yapılmısa da kullanılan yöntemlerden dolayı tüketicinin cebinden harcama yapmasına neden olan harcamalardır (Robinson, 2002:162). Dolaylı maliyet paylaşımı unsurları aşağıda gösterildiği gibi sıralanabilir (Rubin ve Mendelson, 1996:58, Saltman ve Figueras, 1998:85, Köktaş ve Kobal, 2013: 21);

- a) Kapsam dışında bırakma: Özel veya resmi sigorta kapsamında bulunmayan hizmetleri veya hizmetlerin kullanma yöntemlerinin maliyetlerinin sigortacı tarafından yapılan cepten ödemelerdir. Örneğin, estetik için yapılan vücut ortezleri örnek verilebilir.
- b) İlaçlara yönelik referans fiyatlandırma: Sigorta kuruluşu tarafından tedavi edici ilaçların etkinliğinin kıyaslanabilir olan ilaçların, referans verilen etkinliğinin üzerinde alınması durumunda bedeli tüketiciye ait olmasıdır. Eğer tüketici muadil ilaç yerine fiyatı yüksek olan diğer ilacı alması durumunda ortaya çıkan fiyat farkını kendisi öder.
- c) Hizmet Kullanım Düzeyi: Hizmet kullanım düzeyinde sigorta kurumu, hastanın daha önceki ve gelecekteki olması muhtemel olan sağlık hizmeti kullanımını analiz ederek tüketicinin yapması gereken ödeme tutarını hesaplar ve bunun dışında oluşan hizmet harcamalarını hastaya yansıtarak gerekli olmayan tetkik ve tedavi ödemelerinin oluşmasını engellenmektedir. Böylelikle tüketici, sağlık hizmeti kullanımında kazanacağı yararı analiz ederek kendisi için faydalı olan sağlık hizmetini seçecektir. Tüketicinin sağlık hizmeti tercihinde hizmetin fiyatı

etkili olacağında hizmet seçiminde verilecek olan karar, fiyat esnekliğinde dolayı fiyatın bir işlevi haline gelecektir.

Maliyet paylaşımı stratejisi hemen hemen bütün devletler tarafından uygulanan bir yöntemdir. Türkiye’de ise son 10 yıldır kullanılmakta olan bu finansman yöntemi, ek gelir elde etmekten ziyade sağlık hizmeti sunumun da sevk zincirine dikkat edilmesi (Korucu, 2017: 1) ve sağlık hizmetlerinde gerekli olmayan kullanımları ve başvuruları engellemek (Hamzaoğlu, 2013:178) amacıyla kullanılmaya başlanılmış bir yöntemdir. Kullanıcı katkılarının temel amacı gelir elde etmekten ziyade, finansal verimliliği yükseltmektir. Devlet harcamaları yalnızca genel vergilerle finanse edildiğinden dolayı bilinçli sağlık hizmeti kullanıcıları, marjinal maliyet ve marjinal faydayı eşit tutmaya çaba göstereceklerdir (Korucu ve Oksay, 2018: 266).

Doktor ve hasta arasında vekâlet ilişkisi olduğu için arz yönlü maliyet sınırlamasına karşın sadece talep taraflı maliyet paylaşımının uygulanması, sağlık hizmeti kullanımını azaltacak ama maliyetleri düşürmeyecektir. GSYİH içerisindeki oran sağlık harcamalarını oluşturmaktadır. Ancak doktora başvuru ve hastane yatış süresi gibi bilgilerin sağlık hizmetleri harcamalarını etkilemeyen etkenler olarak düşünülmektedir. Söz konusu ana etken sağlık hizmetlerinin hacmini ve yoğunluğunu etkilemektedir (Köktaş ve Kobal, 2013: 22).

1.5.2 Arz Yönlü Maliyet Paylaşımı

Arz yönlü maliyet sınırlama düzenlemeleri, sağlık bakım ürünlerini, hizmetlerin fiyatlarını veya sağlık hizmetlerinin kullanımlarını kontrol altında tutmak, hastane yatak sayılarını azaltmak, pahalı tıbbi teknolojilerinin kullanılmasını kısıtlama gibi ulusal veya yerel düzeyde bir sağlık planlama sürecini kapsamaktadır. Sağlık bakım sisteminin kapasitesine yasal sınırlama getirmenin, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının artmasıyla, arz tarafında tekel veya tekellere yakınlık oluşturabilecek endişesinden dolayı arz tarafında daha çok fiyat ve genel bütçe kısıtlamaları mevcuttur. Ulusal sağlık hizmetleri programlarında, sağlık hizmetlerinin tek sunucusu ve finansörü bulunan ülkeler genellikle arzı sıkı bir şekilde kontrol eder ve genellikle hastanelere ve hekimlere yapılan ödemeleri kısıtlayarak toplam harcamaları sınırlayan genel bütçeleri kullanır. Birçok ülke fiyatları kontrol altında tutmak için hastane geri ödeme sisteminden teşhisle ilişkili grupları (TİG - DRG) yöntemini denemişlerdir (TÜSİAD, 2004: 116).

Arz yönlü maliyet kısıtlamaları, sağlık hizmetlerinin arz kapasitesini etkileyerek de sınırlandırılabilir. Saltman ve Figueras (1998: 81) arz yönlü kısıtlama çabalarını aşağıdaki şekilde sıralamaktadır.

- Kamu hizmeti sunanlar arasında rekabeti sağlamak
- Toplam harcama payı ve toplam bütçe oluşturmak (global bütçe)
- Doktorların hizmet üretimini veya hastanelerdeki yatak sayısını azaltmak
- İnsan kaynaklarının (maaşlar) maliyetini, sağlık hizmeti vermek için kullanılan malzemelerin maliyetini kontrol altına almak
- Yüksek ücretli sağlık hizmetlerinde yatan hastaya verilen hizmetin yerine, ayakta tedavi hizmetine ihtiyacı olan tüketiciye birinci basamak sağlık hizmeti vererek sağlık hizmetlerini verimli hale getirmek
- Tıbbi teknolojilerin kullanımlarını düzenli hale getirmek
- Doktorların kontrolünde olan kaynakları kontrol etmek
- Personellerin ücretlendirme modellerini değiştirmek gibi yapılan stratejiler arz yönlü maliyet sınırlama sınıfına girebilir

Sağlık harcamalarını kontrol altına almak için oluşturulan maliyet paylaşımı stratejisi, sağlık bakımında oluşan maliyet sorunlarını çözmek için etkili bir yöntemdir. Çünkü insanların sağlık hizmeti kullanımında ödeme zorunluluğu getirildiğinde, sağlık hizmetlerinden faydalanma oranları azalacak ve daha bilinçli sağlık hizmetini kullanacaklardır. Ancak maliyet paylaşımı kısa vadede sağlık harcamalarını azaltmada etkili gibi görünse de uzun vadede eğer gerekli tedbirler konulmaz ise daha mühim sağlık problemlerinin oluşmasına ve sağlık bakım maliyetlerinin yükselmesine neden olabilir. Almanya’da yapılan bir çalışmada, maliyet paylaşımında yapılan değişikliklerin kısa vade de sağlık bakım maliyetleri üzerinde olumlu etkisi olsa da uzun vade de hasta davranışlarına etki etmediği ve tekrardan hastaların aynı davranışları gösterdiği gözlemlenmiştir. Yine bu çalışmada maliyet paylaşımı değişikliklerinin verimliliği artırmada çok etkili bir yol olmadığı ve eşitlik açısından da olumsuz bir etki oluşturduğu sonuçlarına ulaşılmıştır (Günaydın, 2012: 206-207). Maliyet paylaşımı, Gürcistan’da 1990 yılından 1999 yılına kadarki dönemde hastaneye başvuru oranı %68 azalttı ve yatak işgal seviyesini %51’den %29’a düşürmüştür. Yine aynı dönem içerisinde ayakta tedavi hizmetlerinden yararlanma oranı %81 azalma görülürken kişi başına düşen yıllık

muayene miktarı 7,3'ten 1,42'ye ve ambulans hizmetleri çağruları kişi başına yılda 0.22'den 0.03 seviyesine düşmüştür. Güney Kore'de "ilaçlara yönelik yeni fiyatlandırma ve ek ödeme planlarının etkileri" çalışmasında ilaçlar için uygulanan katkı payı ücretlerini artırılmasıyla kişi başına düşen ilaç maliyetlerinde 1 yıl içerisinde %12 oranında azalma görülmüştür (Belli vd., 2004: 119-120; Lee vd., 2012: 40).

2. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETLERİNDE SATIN ALMA VE MALİYET SINIRLAMA YÖNTEMİ OLARAK KATILIM PAYINI KULLANMA VE KULLANILAN YÖNTEMLER

Bir ülkenin belirlemiş olduğu hedefe ulaşabilmesi, refah içerisinde yaşayabilmesi ve hep daha ileriye doğru gidebilmesi sağlıklı bireylerden ve sağlıklı kişilerin oluşturduğu bir toplumdur. Bu bakımdan sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin finansman yapısı hayati önem arz etmektedir (Akyürek, 2012: 125). Dünyada yaşanan teknolojik gelişmeler, nüfusun yaşlanması, hastalıkların yapısındaki yaşanan değişimler, toplumun istek ve ihtiyaçlarının değişmesi nedenlerinden dolayı sağlık hizmetlerinde maliyetler yükselmektedir. Artan bu maliyetler, sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansman yapısının yeniden şekillenmesinde itici bir güç haline gelmektedir (Yıldırım, 2000b: 1).

Türkiye’de genel sağlık sigortası olan kişiler ve bu kişilerin geçindirmekle sorumlu oldukları kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları durumunda sağlıklarını tekrardan elde etmeleri, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinin verilmesini, iş görmezlik hallerinin bertaraf edilmesi ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla kurumca finansmanı sağlanacak hizmetler 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63. Maddesinde düzenlenmiştir (Çallı, 2012: 44). 5510 sayılı Kanununun 63. maddesinde yer alan tüm koruyucu, tedavi edici, analıkla ilgili ve ağız ve diş tedavisine yönelik sağlık hizmetlerinin bedelleri ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 65’inci maddesinde gösterilen kişilerin gündelik, yol, yatak ve yemek giderleri Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenmektedir. Hastalar için gerekli duyulan sağlık hizmetleri 5510 sayılı Kanunun 73. Maddesi esas alınarak, yurt içindeki ve yurt dışındaki sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar ile yapılan sözleşmeler yoluyla sağlanmaktadır (Er, 2011: 352). Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık bakım hizmetlerinde verilen her tedavinin ve kullanılan her tıbbi malzemelerinin fiyat listesi Sağlık Uygulama Tebliği’nde (SUT) yer almakta ve ilgililere sunulmaktadır (Yılmaz, 2015: 47).

Geri ödeyici kurumlar farklı sağlık hizmeti sunucularından almış oldukları sağlık hizmetlerini farklı geri ödeme yöntemleri kullanarak ödemektedirler. Sağlık hizmetlerinde geri ödeme yöntemleri, SGK, özel veya kamu sigorta kuruluşları gibi

finansman organizasyonlarından hekim, hemşire ve hastane gibi bireysel ve kurumsal sağlık hizmeti sunucularına dolaylı veya doğrudan yapılan para transferi olarak gerçekleşen işlemler bütünüdür (Çelik, 2011: 209). Sağlık hizmetinden faydalanıldıktan hemen sonra hizmet bedelini, direkt olarak sağlık hizmeti sunucusuna kendi cebinden ödemenin yapılması doğrudan ödeme yöntemine girmektedir. Kullanıcı katkı payları buna örnek verilebilir. Dolaylı ödeme yönteminde ise sağlık hizmeti sunucu ile sağlık sigorta kuruluşları arasında gerçekleşen para akışıdır. Dolaylı ödeme yönteminde, hizmeti alan birey adına onları sigortalayan kamu ve özel sağlık sigortası, ödeme gücü olmayanlar için de devlet tarafından sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapılır. Sağlık hizmetlerinde ödeme yöntemi, ileriye dönük ve geriye dönük şeklinde yapılabilmektedir. Birey, kamu veya özel sağlık kuruluşlarına belli bir ücret karşılığında kendisini sigortalayarak ileride meydana gelme ihtimali olan rahatsızlıkların tedavi bedellerini, hizmeti almadan önce ödemesi yöntemidir. İleriye dönük ödeme modelinde finansal risk tehlikesi az olup, sağlık bakım hizmetinin kalitesini artırmaya yönelik olumlu katkısı vardır. Kişi başı ve vaka bazlı ödeme yöntemleri, ileriye dönük ödeme yöntemleri içerisinde yer almaktadır. Geriye dönük ödeme modelinde ise sağlık hizmetlerinin bedeli, hizmet sunulduktan sonra ödenmektedir. Bu geriye dönük ödeme yönteminde finansal risk yüksektir. Ayrıca sağlık hizmetinin verimliliğini sınırlayıcı yönü vardır. Hizmet başı ödeme yöntemi, geriye dönük ödeme yöntemine örnek gösterilebilir (Karacaoğlan, 2009:18). Sağlık hizmetlerinde genel olarak kullanılan ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, kişi başına ödeme, vaka bazlı ödeme, günlük ödeme, yıllık sabit bütçe, prim ve maaş şeklinde gerçekleşen ödemelerdir (Çelik, 2011: 210-211).

2.1 KATILIM PAYI ve KULLANICI KATKILARI

12 Eylül 1978 tarihinde yapılan Alma Ata Konferansı'nda, temel sağlık hizmetlerinin ülkelerin bütün vatandaşların yaygınlaştırma taahhüdünden sonra üye ülkelerin bu taahhüdü yerine getirebilmek için finansal kaynaklarını tekrardan gözden geçirmelerine neden olurken hedefe ulaşmak için ek kaynak oluşturulması gerektiği tartışmalarını da başlatmıştır. Politika belirleme noktasında bu dönemde ön plana çıkan Dünya Bankası (DB), ek kaynak oluşturmak için 'kullanıcı katkıların' kullanılması gerektiği önerilerinde bulunmuştur (Çelik, 2011: 192).

1980'lerden sonra kullanıcı ücretleri, gelişmekte olan ülkeler için sağlık ve sosyal hizmetlerin maliyetleri için kabul edilen finansman seçeneği haline gelmiştir. Sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak sunan ülkelerde bile 'kullanıcı katkıları' sağlık sistemlerinde tartışma odağı olup, bu hizmetlerin başlatılıp başlatılmayacağı tartışmasında, ne zaman ve nasıl sunulması gerektiği tartışmasına kaymıştır (Gilson vd., 1995: 370).

Gelişmekte olan ülkelerde kamu sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanıcı ücretlerinin rolü ve etkinliği son yıllarda gelişme göstermiştir (Nyonator ve Kutzin, 1999: 329). Gelişmekte olan ülkeler, nüfusun tamamına sağlık hizmetlerini sunmaya devam ettikçe, kullanıcı ücretleri onlar için sağlık harcamalarına ek kaynak oluşturmada ilgi haline gelmektedir (Lewis, 1993: 528-529).

Kullanıcı katkıları; sağlık hizmetlerinin kullanım anında kişilerden alınan ücretleridir. Bu ücretler, sağlık hizmeti sağlayıcıları için gelir elde etmek, hükümetler için sağlık hizmetlerinin finansman yükünü azaltmak ve müşterilerin sağlık hizmetlerini daha mantıklı kullanmaya teşvik etmek için kullanılmaktadır (Li vd., 2017: 1). Ayrıca kullanıcı katkıları, gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engelleyerek verimliliğin artırılması ve hizmetin sürdürülebilirliğini ve kapsamının genişletilmesi amacıyla da kullanılmaktadır (Mosebach, 2005: 4).

Kullanıcı katkısı olarak da ifade edilen katılım payı; konsültasyon, ilaçlar ve diğer sağlık hizmetlerinin oluşturduğu sağlık harcamalarının bir kısmının sigortalı kullanıcı tarafından parasal olarak doğrudan sağlık sunucularına cepten yapılan ödemelerdir (Yıldırım vd., 2011: 74). Ayrıca kullanıcı katkısı, sağlık hizmetlerini arka kapıdan özelleştirme (Birch, 1986: 163), koyun görünümlü kurt (Russel ve Gilson, 1997: 359), hastalık için alınan vergi (Thomson vd., 2008: 6), eksik sigortalılık ve çifte primlendirme (Yıldırım, 2016: 73) ve kapsam derinliğini aza indiren mekanizma (Thomson vd., 2009: 21) olarak da ifade edilmektedir.

Kullanıcı katkıları; kaynağın etkili ve verimli tahsis edilmesinde, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet ve eşitliğin sağlanmasında, sağlık harcamalarında etkinlik ve iyileştirme ve sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasında etkili olmaktadır (Dupas ve Nber, 2012: 3). Kullanıcı katkıları, hastanelerin yetersiz finansmana sahip olduğu zamanlarda düzenli ve hacimli ek kaynak sağlar ve kaynakların verimli bir şekilde paylaşılmasında

ve katkı paylarında elde edilen gelirler ile sağlık hizmetinin kalitesini ve performansını geliştirmesine yardımcı olur (Lewis, 1993: 528-529). Kullanıcı katkıları sisteminde temel amaç sağlık finansmanına ek kaynak oluşturmak, ilaçların ulaşılabilirliğini artırmak ve sağlık hizmetinin genel kalitesini iyileştirmek, sağlık bakım hizmetinin kapsama alanını genişletmektir (Nolan ve Turbat, 1995: 1-2; Gilson vd., 1995: 372; Gilson, 1997: 274).

Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin erişiminde bir engel oluşturması muhtemeldir. Ancak kaynakların yeterli olmaması, sağlık hizmeti sunumunun kaliteli olmaması, erişim için engeller ortaya çıkarmaktadır. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri için yeterli kaynakların tahsis edilmesi ve sağlık hizmeti sunumunun kaliteli olması amacıyla kullanılabilen gibi kullanıcı katkılarının eşitlik üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceği ayrı bir sorun olarak düşünülmektedir (Lagarde ve Palmer, 2008: 839). Kullanıcı ücretleri gelir seviyesi düşük olanlar için sağlık hizmetlerinin kullanımına erişim engeli oluşturduğunda, onlar için kullanıcı ücretleri kaldırılarak erişimdeki mali engel kaldırılabilir (Ridde ve Morestin, 2011: 1-2).

Kullanıcı katkıları, sağlık harcamalarının düşük ve düşmekte olduğu durumlarda sağlık hizmetleri için ek fon yaratmak amacıyla ya da sağlık harcamalarının yüksek olduğu ve hızla artmaya devam ettiği durumlarda, sağlık hizmetlerindeki yoğunluğu azaltarak verimliliği yükseltmek ve maliyetleri kısıtlamak amacıyla kullanılmaktadır (Creese, 1997: 202). Kullanıcı katkılarıyla elde edilen gelirler, yoksul kesimlerin sağlık harcamalarının desteklenmesi ve finansal sisteminde adaletsizliklerin giderilmesi için kullanılmalıdır (Creese, 1991: 311). Kullanıcı katkılarının nasıl olması gerektiği ile ilgili ilkeler aşağıda sıralanmıştır (Ellis, 1987: 996-997).

- 1) Katkılar, hastanın ödeme gücüyle tutarlı olmalı ve sağlık hizmetlerine erişimini sürdürmelidir.
- 2) Katkılar, sağlık hizmeti kullanımını uygun yönlere yönlendirerek, gereksiz sağlık hizmeti kullanımına neden olmamalıdır.
- 3) Katkılardan elde edilen gelir, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için kullanılmalıdır.

- 4) Doğum öncesi bakım, Koruyucu bakım ve aşı hizmetleri gibi kamu yararı özelliklerine sahip hizmetler için ücret alınmamalıdır.
- 5) Hastalar için toplam cepten harcamalara sınırlar konulmalıdır.
- 6) Ödeme gücü olmayan aşırı yoksullar için katkı payı alınmamalıdır.
- 7) Katkı paylarının, kayıt tutma sistemi ile entegre edilmelidir.

Sağlık hizmetinin gereksiz kullanımını engelleyerek verimliliğin artırılması ve hizmetin sürdürülebilirliği ve genişletilmesi amacıyla kullanılan kullanıcı katkıları farklı sosyal sigorta yapılarında farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Kullanıcı katkıları genellikle talebin azalması ile neticelenmektedir. Almanya da 2003 senesinde yürürlüğe konulan kullanıcı katkıları, 2004 senesinin ilk 3 ayında doktora başvuru oranını yüzde 4,6 oranında düşürmüştür. Belçika, Danimarka ve İsveç'te ayakta sağlık bakım hizmetleri için uygulanan kullanıcı katkı payları pratisyen hekime başvuru sayılarını azaltmıştır. Hollanda'da ise yataklı tedavi hizmetlerinde uygulanan kullanıcı katkı payı ücretinin artırılmasıyla, hastanede yatılan gün sayısı azalmıştır (Yenimahalleli, 2007: 153). Yiğit (2012: 81-82) tarafından yapılan "Türkiye'de Muayene Katılım Payı Uygulamalarının Sağlık Hizmeti Müracaatlarına Ve Sağlık Harcamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi" adlı tez çalışmasında, 2008-2011 yılları arasında toplam hasta müracaatlarında artış olduğu, 2011 yılında artışın en fazla özel sağlık kurumlarında ve üniversite sağlık tesislerinde olduğu, özel sağlık kurumlarında ve 3. basamak devlet sağlık tesislerinde 2010 yılında gerçekleşen artışın, 2009 yılındaki artıştan daha az olduğu, 2010 yılında artışın en az özel 2. basamak sağlık tesislerinde gerçekleştiği görülmüştür. Hasta müracaatlarındaki artışa paralel olarak hasta fatura tutarlarının da arttığı, bu artışın en fazla 3. basamak devlet sağlık kurumlarında ve özel sağlık tesislerinde olduğu bulguları elde edilerek 2008-2011 yılları arasındaki katılım payı uygulamalarının yetersiz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Kullanıcı katkılarının başlatılması ya da artırılmasının, sağlık hizmeti kullanım üzerinde yoğunluğu azaltma, verimliliği artırma, kaliteyi iyileştirme, ek kaynak oluşturmak gibi olumlu etkilerinin (Lagarde ve Palmer, 2011: 1-2) yanında gelir seviyesi düşük olan insanlar için erişim engeli oluşturarak hizmetin talebini olumsuz yönde etkilemekte, eşitsizliği artırmaktadır (Gilson, 1996:35). Çok sayıda çalışma kullanıcı katkılarının

uygulamaya konulmasının veya artmasının, toplumun en yoksul kesimleri tarafından sağlık hizmeti kullanımını orantısız bir şekilde azaltarak, sağlık bakımı erişimindeki eşitsizlikleri artırdığını, yoksulluk içinde yaşayan hastaların sağlık hizmeti kullanımlarında gecikmelere yol açtığını göstermektedir (Gertler, Locay, ve Sanderson, 1987: 85; Haddad ve Fournier, 1995: 751; James vd., 2006: 13; Sauerborn, Nougara, ve Latimer, 1994: 190; Sepehri ve Chernomas, 2001: 203).

1980'ler de Dünya Bankası ve UNICEF gibi kuruluşların desteğiyle gelişmekte olan ülkeler özellikle Afrika ülkeleri sağlık hizmetleri için kullanıcı katkılarını uygulamaya koydular ancak sivil toplum kuruluşları ve bilim dünyasında birçok kişi tarafından kullanıcı ücretlerinin alınmasına karşı geldiler (Ridde ve Morestin, 2011: 1). Çünkü kullanıcı ücretleri, savunmasız gruplar için sağlık hizmetine erişim bariyeri oluşturmakta ve onları daha savunmasız hale getirmektedir. Birleşmiş Milletlerin Binyıl Kalkınma Hedefleri'ne ulaşmaya yönelik siyasi ivme, sürdürülebilir sağlık sektörü finansmanı ve kaynakların düşük olduğu ortamlarda mevcut düzenlemelerin yeterliliği konusundaki tartışmaları yeniden canlandırarak, kullanıcı ücretleri konusundaki tartışmalar küresel ve ulusal gündem haline getirmiştir (James vd., 2006: 139).

Ülkeler, kullanıcı katkı payı yaklaşımlarını yeniden gözden geçirmeyi veya kaldırmayı planlama durumunda, kullanıcı katkılarının etkilerini olabildiğince kapsamlı bir şekilde tanımlamak ve kullanıcı katkılarının kaldırılmasının etkisini çok boyutlu bir şekilde değerlendirmelidir. Çünkü kullanıcı katkılarının yalnızca sağlık hizmetlerinin kullanımını değil, aynı zamanda sağlık bakımının eksikliğini, bakıma erişimde zamanı, gıda güvenliğini, cinsiyet eşitsizliğini ve hane halkı karar verme sürecini de etkileyebilmektedir (Johnson vd., 2012: 1787).

2.2 TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMİNDE KATILIM PAYININ TARİHSEL GELİŞİMİ

05/01/1961 tarihinde kabul edilen 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'unun terimler başlığında Sosyalleştirme: Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile amme sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden

ücretsiz veya kendisine yapılan masrafın bir kısmına iştirak suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır (Resmî Gazete, 1961: 10705). Burada sağlık kullanıcılarının kendisine yapılan masrafın bir kısmına katılması katılım payına örnek verilebilir. Ancak Katılım payı içerisindeki muayene ücreti, 17/7/1964 tarihinde kabul edilen 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun Muayene Ücreti başlıklı Ek 3'ün maddesinde "506 sayılı kanunun 35, 36. 40 ve 42'nci maddeleri uyarınca sağlık yardımlarından yararlanacak olanlardan yapılacak her bir poliklinik muayenesi için Sosyal Güvenlik Bakanlığının teklifi ve Bakanlar Kurulunun kararı ile 20 TL'den az olmamak üzere muayene ücreti alınır" hükmüyle sağlık sistemimize dâhil olmuştur. Daha sonra muayene ücreti miktarı; 06.08.1992 tarih ve 92/3337 Sayılı Bak. Kur. Kar. ile 01.10.1992 tarihinden itibaren (20) gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu bulunan miktar olarak belirtilmiştir. Ancak hekimin gerekli görmesi üzerine yapılan diğer poliklinik hizmetlerinde muayene ücreti alınmaz ibaresine de yer verilmiştir (Resmî Gazete, 1964: 11766).

Sağlık tesislerinde mesai saatleri dışında acil sağlık hizmetleri hariç olmak üzere yürütülen sağlık hizmetlerinden, 506 sayılı Kanunun 32, 35, 36, 40 ve 42'inci maddeleri uyarınca yararlananlardan sadece yapılacak muayene ve ameliyatları için her yıl Maliye Bakanlığınca yayımlanan tedavi yardımlarıyla ilgili bütçe uygulama talimatı ile belirlenen fiyatların % 25'ini geçmemek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının teklifi ve Bakanlar Kurulunun kararı ile belirlenecek oranda katkı payı alınır şeklinde belirlenmiştir (Resmi Gazete, 1964: 11766).

İlaçlardan alınan katılım payı, ayakta tedavi hizmetlerinde alınmakta olup 1981 yılında 2422 Sayılı Yasa ile başlatılmıştır. 2422 Sayılı Kanun'a göre SSK aktif sigortalıları için ayakta tedavi hizmetlerinde ilaç bedelleri üzerinde yüzde 20 oranında ilaç katkı payı alınması kararlaştırılmıştır (506, m.33, 35, 42). SSK kapsamında pasif katılımcılar (Emekli ve bağımlı kişiler) için ise 1983 yılında 2795 Sayılı Yasası ile ilaç katılım payı ücreti, ilaç bedelinin yüzde 10 oranı öngörülerek kararlaştırılmıştır. 1999 tarihli 4447 Sayılı Yasa ile sigortalıların ve geçindirmekle sorumlu olduğu eşleri için protez, araç ve gereç tıbbi malzemelerin bedelleri üzerinden yüzde 20 oranında, sigortalıların geçindirmekle sorumlu oldukları çocukları için ise tıbbi malzemelerde alınan katkı payı

ücreti, 16 yaşında büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin bir buçuk katından fazla olamayacağı kararlaştırılmıştır (Yenimahelleli, 2007: 51).

1479 sayılı Bağ-Kur Yasasında 4447 Sayılı Yasa ile yapılan değişiklikte; ayakta tedavi hizmetlerinde sigortalı ve aile bireyleri, poliklinik muayene ücretinin ve burada alınan ilaç bedellerinin yüzde 20'sini, aylık alanlar ve aile bireyleri ise poliklinik muayene ücretinin ve burada alınan ilaç bedellerinin yüzde 10'unu kişilerin kendileri tarafında ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar hariç, protez, araç ve gereç tıbbi malzemelerinin ücretlerinin de sigortalılar ve aile bireyleri için yüzde 20, aylık alanlar ve hak sahipleri ile bunların aile bireyleri için ise yüzde 10 tutarında katılım payı ödemesi öngörülmüştür. Ancak katkı payı ücreti sigortalıların birinci gelir basamağının bir buçuk katını, aylık alanlarında birinci gelir basamağının yüzde 65'ini aşmayacaktır (Resmî Gazete,1971: 13956).

Hiçbir sosyal sağlık güvencesi olmayan vatandaşların sağlık hizmetleri giderlerini 3816 Sayılı Yeşil Kart Yasası ile devlet tarafından karşılanmaktadır. Yeşil kart sahipleri 3816 Sayılı Kanun'un 3. maddesi uyarınca 'ayakta tedavi hizmetlerinde hiçbir bedel ve ücret ödemeksizin yararlanmaları' hükmünden dolayı sağlık hizmetlerinde ücretsiz yararlanıyorlardı (Resmî Gazete, 1992: 21273). Ancak 21 Nisan 2005 tarihinde çıkarılan 5335 sayılı yasa ile 3816 sayılı Yeşil Kart Yasası'nda yer alan "Hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin" ibaresi kaldırılarak yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi hizmetlerinde kullanılan ilaç bedellerinin yüzde 20'sine kadar kart sahipleri tarafından ödeme yapılması kararlaştırılmıştır. Ancak Yeşil Kart sahiplerinin ödemiş oldukları katılım payı bedelleri, ödeme güçlerini aşması halinde katılım payı ücretlerini, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Vakıflarınca, vakıf imkânları ve mevzuatı dâhilinde karşılanacaktır (Yenimahelleli, 2007: 54).

16.06.2006 tarihinde 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile SSK, Bağ- kur, Emekli Sandığı, Özel Sandıklar, Yeşil Kart şeklindeki uygulamalar, Genel Sağlık Sigortası adı altında birleştirilerek katılım payı ile ilgili mevzuat bilgileri 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamına alınmıştır. 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda katılım payı; Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı şeklinde tanımlanmaktadır (Resmî Gazete, 2006: 26200).

2.3 TÜRKİYE’DE UYGULANAN KATILIM PAYI UYGULAMALARI

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31/05/2006 tarihinde yürürlüğe girmiş ve katılım payı ile ilgili düzenlemeler kanunun 68 ve 69’uncu maddelerinde düzenlenmiştir. 5510 sayılı Kanunda katılım payı; sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı şeklinde ifade edilmektedir.

Katılım payı uygulamaları SGK tarafından 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu esas alınarak 24 Mart 2013 yılında 28597 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak güncellenen Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) 1.8 numaralı ‘Katılım Payı’ başlıklı maddesinde düzenlenmiştir. Sağlık uygulama tebliğine göre katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri şunlardır (SGK, 2013a):

1. Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı,
2. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
3. Vücut dışı protez ve ortezler,
4. Yardımcı üreme yöntemi tedavileri için yapılan hizmetleri

5510 sayılı Kanunun 60’ıncı maddesinin birinci fıkrasının (c) bendinin (1), (2) ve (3) numaralı alt bentleri gereği Genel Sağlık Sigortalısı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları talepleri halinde, 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakıflarınca kendilerine geri ödenir (SGK, 2013b).

2.3.1 Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Tutarı

Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde uygulanan katılım payı tutarları aşağıda sıralanmıştır (SGK, 2013a):

1. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır.

2. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 (altı) TL
3. Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 (yedi) TL
4. Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 8 (sekiz) TL
5. Özel sağlık hizmeti sunucularında 15 (on beş) TL

İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularına yapılan muayeneler için öngörülen katılım payı; kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler için kurumla sözleşmesi olan eczaneler tarafından kişilerden eczaneye ilk başvurduğu anda tahsil edilir. Bu maddede yer alan genel hükümler saklı kalmak kaydıyla; 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 bu maddede belirtilen ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı tutarları 5 (beş) TL artırılarak tahsil edilir. Artırılan 5 (beş) 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 (SGK, 2013b). Katılım payı tutarlarının hesaplanmasında 5510 sayılı Kanunun 72. Maddesine göre belirlenen sağlık hizmeti tutarları esas alınır. Katılım payının ödenmesine yönelik uygulamalara ilişkin usul ve esaslar, kurum tarafından çıkarılan yönetmenliklerle düzenlenir (Güzel vd, 2012: 937).

2.3.2 Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı Tutarı

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı tutarları (SGK, 2013a):

1. Kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır.
2. Ayrıca her bir reçete için;
 - a. 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL,
 - b. 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 (bir) TL, olmak üzere katılım payı alınır.

- c. Enjektabl formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak değerlendirilir

İlaç katılım payının ücreti, kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişilerden ise sözleşmesi olan eczaneler tarafından kişilerden tahsil edilir. Yurt dışından temin edilen ilaçlar için; ilaçları temin eden kuruluş tarafından kişilerden, şahıslar tarafından temin edilmesi halinde kurum tarafından kişilerden tahsil edilir. Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla Kurumun resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan “Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi” nde (EK-4/D) yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz (SGK, 2013b).

2.3.3 Tıbbi Malzeme Katılım Payı

Tıbbi malzeme katılım payları (SGK, 2013b):

1. Vücut dışı protez ve ortezlerden olan görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ağız protezlerinden
2. Sağlık raporunda hayati öneme haiz olduğu belirtilmeyen diğer protezler ve ortezlerden, katılım payı alınır.

Vücut dışı protez ve ortezlerden, kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır. Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin %75’ini geçemez. %75’lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir (SGK, 2013a).

Görmeye yardımcı gözlük, cam ve çerçeve gibi tıbbi malzemeler ile ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin katılım payı SGK kurumundan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için gelir ve aylıklarından, diğer kişiler ise kurumla sözleşmeli optisyenlik müessesesi tarafından kişilerden tahsil edilir. Diş sağlığı ve tedavisi gibi hizmetlerde kullanılan ağız protezlerine ilişkin katılım payı SGK ile sözleşmesi olan kurumlar tarafından kişilerden, SGK ile sözleşmesi olmayan serbest diş hekimlikleri ve sağlık kurum ve kuruluşlarında ağız protezi yaptıran kişilerden ödeme aşamasında tahsil edilir. Sağlık kurumlarınca temin edilen ve SUT hükümleri gereği

katılım payı tahsil edilmesi gereken tıbbi malzemelerin katılım payı tıbbi malzemeyi temin eden sağlık kurumlarınca kişilerden tahsil edilir (SGK, 2013b).

2.3.4 Yardımcı Üreme Yöntemi Katılım Payları

Bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması nedeniyle yapılacak yardımcı üreme yöntemi tedavisi dışındaki yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25, üçüncü denemede %20 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilir (SGK 2013b).

2.3.5 Katılım Payı Alınmayacak Haller

24 Mart 2013 yılında 28597 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak güncellenen Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) 1.8.5 maddesinde katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişileri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir. Buna göre;

1. İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri
2. Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri
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 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz.
4. 5510 sayılı Kanunun 94'üncü maddesinde tanımlanan kontrol muayenelerinden SUT 'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz.
5. Acil servislerde verilen ve SUT eki "Hizmet Başlı İşlem Puan Listesi" nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri
6. Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT 'un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinde
7. Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

8. 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 uzmanlık dalındaki ayaktan muayenelerinde
9. Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlardan
10. Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT ‘un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden
11. Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri.

2.3.6 Katılım Payı Alınmayacak Kişiler

24 Mart 2013 yılında 28597 sayılı Resmî Gazetede yayınlanarak güncellenen Sağlık Uygulama Tebliğinin (SUT) 1.8.5 maddesinde katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişileri aşağıdaki şekilde gösterilmiştir. Buna göre;

- 1) 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden
- 2) 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerden
- 3) 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden
- 4) 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden
- 5) Vazife malûlleri, Harp malullüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerde
- 6) Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden

- 7) Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylardan
- 8) 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlardan
- 9) 3713 sayılı Kanununun 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 maddelerinde tanımlanan katılım payları alınmaz

3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN GEREKÇE VE YÖNTEMİ

3.1 ARAŞTIRMANIN AMACI ve KÖKEN ALDIĞI HİPOTEZLER

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Beytepe Hastanesine sağlık hizmeti almak amacı ile başvuran vatandaşların katılım payları ve katılım paylarının sağlık hizmeti kullanımı üzerine olan etkilerinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin toplanması ve katılım paylarının katılımcıların sağlık hizmeti kullanım davranışları ve katılım payları konusundaki görüşlerinin katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca, katılımcıların katılım payını bilip bilmediklerini, katılım payı ücretlerinin yüksek veya düşük olup olmadığının değerlendirilmesi de bu çalışmanın önemli amaçları arasındadır. Bu temel amaçlar doğrultusunda bu çalışmada aşağıda sıralanan temel hipotezler test edilmeye çalışılmıştır.

H.1 ‘Katılım payını bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H.2 ‘Muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 3 ‘Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 4 ‘Hangi tıbbi malzemelerde katılım payı ücretinin alındığını bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 5 ‘Alınan ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 6 ‘Katılım payı ücretinin nereye ödendiğini bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 7 ‘Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı alınamayan ilaçların olma’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 8 ‘Alınan ilaçlar için ödenilen ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 9. ‘Aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınıp alınmadığını bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 10. ‘Devlet hastanelerine ve üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde alınan katılım payı ücretlerini bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 11. ‘Devlet hastanelerinde ve üniversiteler ile kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek veya düşük olma’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 12. ‘Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretlerini bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 13 ‘Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretinin yüksek veya düşük olduğuna inanma’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 14 ‘Özel hastanelerde alınan katılım payı ücretlerini bilme’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

H. 15 ‘Özel hastanelerde alınan katılım payı ücretinin yüksek veya düşük olduğuna inanma’ durumu, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir.

3.2 ARAŞTIRMANIN PLANI ve YÖNTEMİ

Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel bir araştırma planı olarak planlanmış ve yürütülmüştür. Çalışma hipotezlerini test etmek için ihtiyaç duyulan veriler anket aracılığı ile toplanmıştır. Çalışma örnekleminde yer alan katılımcıların katılım payı ile ilgili görüşlerini belirlemek ve katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları ve katılım payından olan memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla veri toplanmasında kullanılan anketin hazırlanmasında katılım payı ile ilgili bilgileri içeren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası kanunu ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ilgili mevzuatlar incelenmiştir. Hazırlanan anket 20.03.2019 – 25.04.2019 tarihleri arasında araştırmacı tarafından katılımcılara dağıtılmış ve sağlık hizmetlerini almayı bekledikleri süre içinde hazırlanan anketi doldurmaları istenmiştir.

3.3 VERİ TOPLAMA ARACI

Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anketin oluşturulmasında katılım payı ile ilgili mevzuat bilgileri, konuya ilişkin kitaplar, süreli yayınlar, internet ve diğer çeşitli kaynaklar detaylı bir şekilde taranarak sorular oluşturulmuştur. Oluşturulan anket alana hâkim uzman ve diğer çalışma arkadaşlarıyla yapılan bilimsel tartışmalar ışığında gerekli olan son düzeltmeler yapılarak pilot çalışmaya hazır olacak şekilde hazırlanmıştır. Hazırlanan anket sorularının anlaşılabilirliğini tespit etmek amacıyla çeşitli meslek ve yaş grubundan oluşan 30 kişilik bir grup üzerinden pilot çalışma yapılmıştır. Bu pilot çalışmada anlaşılmayan sorular uzman görüşüyle yeniden revize edilip anketin son hali meydana getirilmiştir. Araştırmada verilerin toplanmasında kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin Birinci bölümünde katılımcıların sosyo-demografik ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına ilişkin sorular yer almaktadır. Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları; sağlık hizmetinden yararlanmak için katılımcıların ilk önce hangi sağlık kuruluşuna gittikleri, katılımcıların genel sağlık durumu ve kronik bir hastalığa sahip olma durumları, katılımcıların son 12 ay içerisinde aile hekimliği, devlet hastanesi,

24 saatten az (günübirlik) hastane ve dış hekimliği hizmetlerinden kaç defa hizmet aldıklarına ilişkin sorularla ölçülmüştür. Anketin ikinci bölümünde ise katılımcıların katılım payı ile ilgili görüşlerini toplamaya yönelik sorular sorulmuştur.

3.4 VERİLERİN ANALİZİ

Araştırma kapsamında toplanan veriler SPSS 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programına aktararak analize hazır hale getirilmiş ve analizler gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde frekans, tanımlayıcı istatistikler ve Ki-Kare testi yöntemleri kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkların belirlenmesinde 0,05 anlamlılık düzeyinde p değeri esas alınmıştır. Yapılan Ki-Kare analizlerinin daha sağlıklı sonuçlar verebilmesi için çok fazla kategoriye sahip bazı değişkenlerin kategorileri anlamlı olacak şekilde birleştirilerek kategori sayısı azaltılmıştır.

3.5 ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırma, Ankara Hacettepe Üniversitesi Beytepe Hastanesinde yürütülmüş olup, araştırmanın evrenini bu hastaneye başvuran hastalar oluşturmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Beytepe hastanesine bir yıl içerisinde toplam başvuran hasta sayısı 70 bindir. Evren büyüklüğü bilindiği için örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında kullanılan formül (Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V.,2012):

$$n = \frac{N \times p \times q \times Z^2}{t[(N-1) \times t^2] + (p \times q \times Z^2)}$$

baz alınarak araştırmanın örneklem büyüklüğü,

$$n = \frac{70.000 \times 0,5 \times 0,5 \times 1,97^2}{[(70.000-1) \times 0,05^2] + (0,5 \times 0,5 \times 1,97^2)} = 388$$

Olarak hesaplanmış ve güvenilir sonuçlar elde etmek için sayı 400'e çıkarılmıştır.

Formülde n örneklem sayısını, N evren sayısını, p incelenen özelliğin gerçekleşme olasılığını, q incelenen özelliğin gerçekleşmeme olasılığını, Z güven düzeyine göre t tablosu teorik değerini ve t kabul edilebilir hata oranını ifade etmektedir.

3.6 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Yapılan araştırma Ankara Çankaya ilçesi sınırları ilçesinde bulunan Hacettepe Üniversitesi Beytepe Hastanesinde 20.03.2019 – 25.04.2019 tarihleri arasında gönüllü olarak ankete katılan 400 katılımcı arasında yürütülmüştür. Araştırmada veri toplamada anket kullanıldığı için anket sorularının tam olarak anlaşılması, katılımcıların doğru beyanda bulunmaması, anket sorularının eksik cevaplanması gibi ankete özgü kısıtlamalar bu araştırma içinde geçerlidir. Çalışmanın sadece poliklinik hizmetlerinin verildiği bir sağlık kurumunda verilmesi ve katılımcıların çok önemli bir bölümünün öğrenci olması sebebi ile elde edilen sonuçlar bütün Türkiye'ye ve gruplara genellenemez.

4. BÖLÜM: BULGULAR

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen verilerin analizlerine yönelik bulgular yer verilmiştir. Öncelikle katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına yönelik tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Daha sonra katılım payı ile ilgili genel görüşlere yönelik tanımlayıcı bulgular verilmiştir. Ayrıca araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaya yönelik çapraz tablolar analizleri sonucunda elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1 KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ VE SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM ALIŞKANLIKLARINA İLİŞKİN TANIMLAYICI BULGULAR

Tablo 1’de görüldüğü gibi katılımcıların %30,3’ü erkek, %69,8’i kadındır. Katılımcıların yaş aralığına bakıldığında %18,5’i 20 yaş ve altı, %45’i 21-29 yaş aralığı, %16,5’i 30-39 yaş aralığı ve %22’si 40 yaş ve üstünde olan kişilerdir. Araştırmaya katılanların %65’i evli/Dul, %35’i bekâr olup; bu katılımcıların %15,3’ü lise ve altı, , %44,7’i üniversite ve üstü eğitim seviyesindedirler. Katılımcıların %25,5’i, devlet memuru olup diğer katılımcıların %52,5’i öğrenci, %22,5’i ise emekli/serbest/özel sektör alanında mesleklerini icra etmektedirler. Katılımcıların %13,6’sı 1500 TL ve altı, %23,7’si 1501-2500 TL, %31,7’si 2501-4999 TL, %31’i 5000 TL ve üstü aylık hane gelirlerine sahip olup; %31,3’ü çocuk sahibi iken %68,8’i çocuk sahibi olmayan katılımcılardır. Katılımcıların %91,2’si, SGK sağlık güvencesine %8,8’i diğer sosyal güvenceye sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Erkek	121	30,3
Kadın	279	69,8
Yaş		
20 Yaş ve altı	74	18,5
21-29 Yaş	172	43,0
30-39 Yaş	66	16,5
40 Yaş ve üstü	88	22,0
Medeni Durum		
Evli/Dul	140	35,0
Bekâr	260	65,0
Eğitim Durumu		
Lise ve altı	61	15,3
Üniversite ve üstü	339	84,7
Mesleğiniz		
Devlet Memuru	102	25,5
Öğrenci	210	52,5
Emekli/Serbest/Özel Sektör	88	22,5
Aylık Hane halkı Gelir Durumunuz		
1500 TL ve altı	54	13,6
1501- 2500 TL	94	23,7
2501-4999 TL	126	31,7
5000 TL ve üstü	123	31,0
Çocuğunuz var mı?		
Evet	125	31,3
Hayır	275	68,8
Sosyal Güvenceniz		
SGK	361	91,2
Diğeri	35	8,8

Tablo 2’de katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına yönelik bulgular verilmiştir. Ankete katılan katılımcıların %25’i ilk olarak hastalandıklarında aile hekimliğini, %35’i devlet hastanesini, %31,3’ü üniversite hastanesini, %8,8’i özel hastane/Diğeri sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler. Katılımcıların %57,3’ü genel sağlık durumunu ‘çok iyi/iyi’, %39,3’ü ‘normal’, %3,5’i ‘kötü/çok kötü’, olduğun söylemişlerdir. Katılımcıların %16,1’i kronik bir hastalığının olduğunu, %83,9’u ise kronik bir hastalığının olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların son 12 ay içerisinde aile hekimliğinden hizmet alma durumlarına bakıldığında, %21,5’i hiç gitmemiş, %24,5’i bir defa, %26’sı iki defa, %10,5’i üç defa, %16,8’i dört defa ve daha fazla gitmiştir. Son 12

ay içerisinde devlet hastanesine katılımcıların gitme durumlarına bakıldığında, %6,8'i hiç gitmezken, geri kalan katılımcıların %13,1'i bir defa, %19,9'u iki defa, 17,6'sı üç defa, 42,6'sı dört ve daha fazla devlet hastanesine gitmişlerdir. Son 12 ay içerisinde hastanede günübirlik (24 saatten az) hizmet alma durumları incelendiğinde, katılımcıların %35,4'ü günübirlik hizmetini hiç almamışken, %18,8'ü bir defa, %11,2'si iki ve üç defa, %23,4'ü ise dört ve daha fazla günübirlik hizmetini kullandıkları görülmüştür. Katılımcıların %29,9'u son 12 ay içerisinde dış hekimliği hizmetlerinden bir defa, %13,9'u iki defa, %6,3'ü üç defa, %7,3'ü dört defa daha fazla yararlanırken, katılımcıların %46,6'sı son 12 ay içerisinde dış hekimliği hizmetlerine gitme ihtiyacı duymamıştır.

Tablo 2. Katılımcıların Sağlık kullanım alışkanlık özellikleri

Sağlık Kullanım Özellikleri	N	%
Sağlık hizmetlerinde yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?		
Aile hekimliğine	100	25
Devlet hastanesine	140	35
Üniversite hastanesine	125	31,3
Özel Hastane/Diğer	35	8,8
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?		
Çok iyi/iyi	229	57,3
Normal	157	39,3
Kötü/Çok Kötü	14	3,5
Kronik bir hastalığınız var mı?		
Evet	63	16,1
Hayır	329	83,9
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız		
Hiç	86	21,5
Bir kez	98	24,5
İki kez	104	26
Üç kez	42	10,5
Dört ve daha fazla	67	16,8
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastanede hizmet aldınız		
Hiç	27	6,8
Bir kez	52	13,1
İki kez	79	19,9
Üç kez	70	17,6
Dört ve daha fazla	169	42,6
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastanede günübirlik (24 saatten az süreyle) hizmet aldınız?		
Hiç	139	35,4
Bir kez	74	18,8
İki kez	44	11,2
Üç kez	44	11,2
Dört ve daha fazla	92	23,4
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş Hekimliği hizmeti aldınız		
Hiç	185	46,6
Bir kez	103	25,9
İki kez	55	13,9
Üç kez	25	6,3
Dört ve daha fazla	29	7,3

4.2 KATILIMCILARIN KATILIM PAYI ile İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Katılımcıların katılım payına yönelik bilgi düzeyleri Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların %55,6'sı katılım payını bilirken, %44,4'ü katılım payının ne demek olduğunu bilmemektedir. Alınan hizmet karşılığı ödenen muayene katılım payının ne kadar olduğunu katılımcıların %34,3'ü bilirken, %65,8'i bilmediğini belirtmişlerdir. Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz? sorusuna katılımcıların %26,1'i 'evet' derken, %73,6'sı 'hayır' şeklinde cevaplamışlardır. Alınan ilaçlar için katılım payının alındığını katılımcıların %20,9'u bilirken, %79,1'i bilmediğini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %9,6'sı hangi tıbbi malzemelerde katılım payının alındığı konusunda bilgi sahibiyken, %90,4'ü, bilgi sahibi olmadığını ve katılım payı ücretlerinin nereye ödendiğini katılımcıların %29,9'u biliyorken, %70,1'i katılım payı ücretinin nereye ödendiğini bilmemektedir. Emekli olan kişilerin %76,9'u, emekli maaşlarından katılım payının kesildiğinden haberdar, 23,1'i katılım payının emekli maaşından kesildiğinden haberdar değildir. Emekli olan kişilerin %38,5'i, ilaçları için ödedikleri katılım payını maaş bordolarında takip etmekte, %53,8'i ise takip etmemektedir. Katılımcıların %15,8'i birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı ilaçlarını alamadığı durumların olduğunu, %84,2'si ise böyle bir durum yaşamadığını belirtmiştir. Alınan ilaçlar için ödenen katılım payı tutarının toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu katılımcıların %12,4'ü bilirken, %87,6'sı bilmediğini söylemişlerdir.

Tablo 3. Katılımcıların Katılım payına yönelik görüşleri

Tanımlayıcı Özellikler	N	%
Katılım payı nedir, biliyor musunuz?		
Evet	222	55,6
Hayır	177	44,4
Aldığınız hizmet karşılığı ödediğiniz muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu biliyor musunuz?		
Evet	137	34,3
Hayır	263	65,8
Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?		
Evet	104	26,1
Hayır	294	73,9
Aldığınız ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?		
Evet	83	20,9
Hayır	315	79,1
Hangi tıbbi malzemelerde katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?		
Evet	38	9,6
Hayır	358	90,4
Katılım payı ücretinin nereye ödendiğini biliyor musunuz?		
Evet	115	29,9
Hayır	270	70,1
Eğer emekliyseniz size reçete edilen ilaçlar için ödemeniz gereken katılım payı ücretinin maaşınızdan kesildiğini biliyor musunuz?		
Evet	10	76,9
Hayır	3	23,1
Eğer emekliyseniz size reçete edilen ilaçlar için ödemeniz gereken katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu düzenli olarak maaş bordonuzdan takip ediyor musunuz?		
Evet	5	38,5
Hayır	7	53,8
Birikmiş olan katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?		
Evet	62	15,8
Hayır	330	84,2
Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadar olduğunu biliyor musunuz?		
Evet	49	12,4
Hayır	345	87,6

4.3 KATILIM PAYI ile İLGİLİ BİLGİYE SAHİP OLDUĞUNU İFADE EDEN KATILIMCILARIN DOĞRU BİLGİYE SAHİP OLUP OLMAMA DURUMLARI

Tablo 4’de katılımcıların Devlet hastanelerinde ve Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde alınan katılım payı hakkındaki görüşleri verilmiştir. Katılımcıların %77’si, devlet hastanelerine ve üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine gittiklerinde ne kadar katılım payı ücretini ödediklerini bilmediklerini belirtirken, %23’ü (92 kişi), devlet hastanelerine ve üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine gittiklerinde ne kadar katılım payı ücretini ödediklerini bildiklerini belirtmektedirler (Tablo 4).

Tablo 4. Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?

Yanıtınız	n	%
Evet	92	23,0
Hayır	308	77,0

Ancak bu 92 kişinin %33’7’si (31 kişi), alınan katılım payı ücretini rakamsal olarak doğru bilirken, %59,7’si (55 kişi) alınan katılım payı ücretini rakamsal olarak yanlış bilmektedirler (Tablo 5).

Tablo 5. Evet Deyen Katılımcıların Devlet ve Üniversite ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Ne Kadar Katılım Payı Alındığını Rakamsal Olarak Doğru ve Yanlış Bilme Durumları

Yanıtınız	n	%
Doğru	31	33,7
Yanlış	55	59,7
Cevaplamayan	6	6,6

Devlet hastanelerinde ve üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde alınan katılım payı ücretini katılımcıların %68,1'i yüksek bulurken, %31,9'u düşük bulduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 6. Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?

Yanıtınız	n	%
Evet	239	68,1
Hayır	112	31,9

Tablo 7'de katılımcıların üniversite hastanelerinde alınan katılım payı hakkındaki bulgular gösterilmiştir. Katılımcıların %18,9'u üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretini ne kadar olduğunu bildiklerini belirtirken, %81,1'i üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 7. Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?

Yanıtınız	n	%
Evet	75	18,9
Hayır	321	81,1

Ancak üniversite hastanelerinde alınan katılım payının ne kadar olduğunu bilen katılımcıların (75 kişi) %44'ü üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretini rakamsal olarak doğru bildiği, %52,9'unun ise yanlış bildiği görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. Evet Diyen Katılımcıların Üniversite Hastanelerinde Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Rakamsal Olarak Doğru veya Yanlış Bilme Durumları

Yanıtınız	n	%
Doğru	33	44,0
Yanlış	37	49,4
Cevaplamayan	5	6,6

Üniversite hastanelerinde talep edilen katılım payı ücretini katılımcıların %66,2'si yüksek olduğunu, %33,8'i düşük olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 9).

Tablo 9. Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?

Yanıtınız	n	%
Evet	198	66,2
Hayır	101	33,8

Tablo 10'da katılımcıların özel hastanede alınan katılım payı hakkındaki görüşleri verilmiştir. Katılımcıların %25,8'i (99 kişi) özel hastanelerde alınan katılım payı ücretini rakamsal olarak ne kadar olduğunu biliyorken, %74,2'si (284) özel hastanelerde alınan katılım payı ücretini ne kadar olduğunu bilmediklerini söylemişlerdir.

Tablo 10. Özel Hastaneye Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?

Yanıtınız	n	%
Evet	99	25,8
Hayır	284	74,2

Ancak özel hastanelerde alınan katılım payını ne kadar olduğunu bildiğini söyleyen katılımcıların 99 kişinin %23,3'ü (23 Kişi) rakamsal olarak özel hastanelerde alınan katılım payını ücretini doğru bilirken, %68,9'u (68 Kişi) özel hastanelerde alınan katılım payını rakamsal olarak yanlış bilmektedirler (Tablo 11).

Tablo 11. Evet Diyen Katılımcıların Özel Hastanelerde Ne Kadar Katılım Payı Ücretini Rakamsal Olarak Doğru ve Yanlış Bilme Durumları

Yanıtınız	n	%
Doğru	23	23,3
Yanlış	68	68,9
Cevaplamayan	8	7,8

Katılımcıların %86,6'si özel hastanelerde alınan katılım payı ücretinin yüksek olduğunu, %13,4'ü ise düşük olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 12).

Tablo 12. Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?

Yanıtınız	n	%
Evet	265	86,6
Hayır	41	13,4

4.4 DEVLET, ÜNİVERSİTE ve ÖZEL HASTANELERDE ALINAN KATILIM PAYLARININ NE KADAR OLMASI GEREKTİĞİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞLER

Tablo 13'te katılımcıların devlet hastanelerinde alınan katılım payı ücretinin ne kadar olmasını istedikleri hakkındaki görüşleri verilmiştir. Devlet hastanelerinde katılım payı hiç alınmasın diyenler katılımcıların %40,1'ini, 1-5 TL arası olsun diyenler katılımcıların %38,1'ini, 6-10 TL aralığında olsun diyenler %17,1'i, 11 TL ve üzeri olsun diyenler katılımcıların %4,7'sini oluşturmaktadır.

Tablo 13. Katılımcıların Devlet Hastanelerinde Alınan Katılım Payının Ne Kadar Olması Hakkındaki Görüşleri

Olmasını istediğiniz Miktar	n	%
Hiç alınmasın	136	40,1
1-5 TL	129	38,1
6-10 TL	58	17,1
11 TL ve üzeri	16	4,7

Tablo 14'te katılımcıların üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretinin ne kadar olması hakkındaki görüşler verilmiştir. Katılımcıların %32,5'i üniversite hastanelerinde katılım payının alınmamasını, %36,7'si 1-5 TL aralığında, %21,6'sı 6-10 TL aralığında, %9,2'si 11 TL ve üzerinde katılım payı ücretinin olmasını istemektedirler.

Tablo 14. Katılımcıların Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payının Ne Kadar Olması Gerektiği Hakkındaki Görüşleri

Olmasını istediğiniz miktar	n	%
Hiç alınmasın	110	32,5
1-5 TL	124	36,7
6-10 TL	73	21,6
11 TL ve üzeri	31	9,2

Tablo 15’te katılımcıların özel hastanelerde alınan katılım payı ücretinin ne kadar olmasını istedikleri hakkındaki görüşleri verilmiştir. Katılımcıların %22,5’i özel hastanelerde katılım payının alınmamasını, %18,2’si 1-5 TL aralığında, %25,8’i 6-10 TL aralığında, %33,4’si 11 TL ve üzerinde bir rakamın özel hastanelerde katılım payı olmasını istemektedirler.

Tablo 15. Katılımcıların Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payının Ne Kadar Olması Gerektiği Hakkındaki Görüşleri

Olmasını istediğiniz miktar	n	%
Hiç alınmasın	74	22,5
1-5 TL	60	18,2
6-10 TL	85	25,8
11 TL ve üzeri	110	33,4

4.5 KATILIM PAYININ DOĞRU TANIMI, ALINMASININ NEDENİ, HANGİ DURUMLARDA KATILIM PAYININ ALINDIĞINI BİLME ve GENEL OLARAK KATILIM PAYININ ALINMASINDAN DUYULAN MEMNUNİYET DÜZEYİ İLE İLGİLİ TANIMLAYICI BULGULAR

Tablo 16’da ‘katılım payının doğru tanımı aşağıdakilerden hangisidir?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Sağlık Uygulama Tebliğinde tanımlar kısmında katılım payı, ‘Sağlık hizmetlerinde yararlanmak için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar’ şeklinde tanımlanmıştır (SGK, 2013a). Tablo 3’te ‘katılım payı nedir biliyor musunuz?’ sorusuna ‘Evet’ şeklinde cevap verenlerin sayısı 222 kişidir. Bu 222 katılımcıların %41,1’i (90 kişi), katılım payını ‘Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar’ şikkını işaretleyerek doğru cevabı vermişlerdir. Diğer

kalan katılımcıları %13,7'si, 'Alınan sağlık hizmeti karşılığı eczanelere ödediğimiz ücret', %4,4'ü, 'Alınan sağlık hizmeti karşılığı hekimlerin aldığı ücret', %43,8'i Tabloda verilen tanımların 'hepsi' şeklinde cevap vererek katılım payını yanlış bildiklerini göstermişlerdir.

Tablo 16. Katılım Payının Doğru Tanımı Aşağıdakilerden Hangisidir?

Yanıtınız	n	%
Sağlık hizmetlerinde yararlanmak için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar	90	41,1
Alınan sağlık hizmeti karşılığı eczanelere ödediğimiz ücret	30	13,7
Alınan sağlık hizmeti karşılığı hekimlerin aldığı ücret	3	4,4
Hepsi	96	43,8

Tablo 17'de Katılım payı ücretinin alınmasının nedeni nedir? Sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılım payının alınmasının nedeni; 'Gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanılmasına engel olmaktır. Katılımcıların %33,3'ü, 'Gereksiz sağlık hizmetlerine engel olmak', %25,6'sı 'Sağlık harcamalarının bir kısmını kendi cebimizden ödemek', %9'u 'Muayene karşılığı hekimlere ücret ödemek', %32,5'i tablo da sıralanan nedenlerin 'hepsi' şeklinde bu soruyu cevaplamışlardır.

Tablo 17. Katılım Payı Ücretinin Alınmasının Nedeni Nedir?

Yanıtınız	n	%
Gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanılmasına engel olmak	129	33,0
Sağlık harcamalarının bir kısmını kendi cebimizden ödemek	100	25,6
Muayene karşılığı hekimlere ücret ödemek	35	9,0
Hepsi	127	32,5

Tablo 18'de 'Hangi durumlarda katılım payı ücreti alınmaktadır?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılım payı ücreti; aile hekimliği ve acil sağlık hizmetlerinde alınmamakta, yardımcı üreme tedavi yöntemleri, ayakta tedavi hekim ve diş hekim muayenesinde, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar ve vücut dışı protez ve ortez hizmetlerinde katılım payı ücreti alınmaktadır (SGK,2013a). Katılımcıların %35,9'u 'Aile hekimliği hizmetlerinde katılım payı alınmamakta' derken %64,1'i 'katılım payı

alınmaktadır' demişlerdir. 'Acil sağlık hizmetlerinde' katılım payının alındığını ifade edenlerin oranı %33,6 iken katılım payının alınmadığını söyleyenlerin oranı %66,4'dür. Katılımcıların %51,6'sı 'yardımcı üreme tedavi yöntemlerinde' katılım payının kesildiğini bilmekte, %48,4'ü ise katılım payının kesilmediğini düşünmektedir. Ayakta tedavi hekim ve diş hekim muayenesinde ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılımcıların %31'i katılım payının alınmadığını söylerken %67,8'i katılım payının alındığını söylemişlerdir. Katılımcıların %47,9'u vücut dışı protez ve ortez hizmetlerinde katılım payının alınmadığını ifade ederken %52,1'in katılım payının alındığını söylemişlerdir.

Tablo 18. Hangi Durumlarda Katılım Payı Ücreti Alınmaktadır? Sorusuna Verilen Cevaplar

Hizmetler	n	%
Aile Hekimliği hizmetlerinden		
Katılım payı ücreti alınmamaktadır	138	35,9
Katılım payı ücreti alınmaktadır	246	64,1
Acil sağlık hizmetlerinden		
Katılım payı ücreti alınmamaktadır	255	66,4
Katılım payı ücreti alınmaktadır	129	33,6
Yardımcı üreme tedavi yöntemleri		
Katılım payı ücreti alınmamaktadır	186	48,4
Katılım payı ücreti alınmaktadır	198	51,6
Ayakta tedavi hekim ve Diş hekim muayenesinden		
Katılım payı ücreti alınmamaktadır	120	31,3
Katılım payı ücreti alınmaktadır	264	68,8
Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar		
Katılım payı ücreti alınmamaktadır	124	32,3
Katılım payı ücreti alınmaktadır	260	67,7
Vücut dışı protez ve ortezler		
Katılım payı ücreti alınmamaktadır	184	47,9
Katılım payı ücreti alınmaktadır	200	52,1

Tablo 19'da 'Genel olarak katılım payı ücretlerinin alınmasında memnun musunuz?' sorusuna verilen yanıtlar gösterilmiştir. Katılımcıların %34,3'ü 'Hiç memnun değilim', %24,9'u 'Memnun değilim', %36'sı 'Kararsızım', %4,1'i 'Memnunum', %0,8'i 'Çok memnunum' diyerek bu soruyu cevaplamışlardır.

Tablo 19. Genel Olarak Katılım Payı Ücretlerinin Alınmasında Memnun Musunuz?

Memnuniyet Düzeyi	n	%
Hiç memnun değilim	135	34,3
Memnun değilim	98	24,9
Kararsızım	142	36
Memnunum	16	4,1
Çok memnunum	3	0,8

4.6 ÇOK CİDDİ OLMAYAN HASTALIKLAR İÇİN HASTANEYE BAŞVURAN KİŞİLERDEN; BAŞVURUNUN NEREYE YAPILDIĞI, YAPILAN BAŞVURUDA KATILIM PAYININ BİLİNİP BİLİNMEDİĞİ ve KATILIM PAYI TUTARININ DÜŞÜK OLUP OLMADIĞI ile İLGİLİ GÖRÜŞLER

Tablo 20’de katılım payının sağlık hizmetleri kullanımına olan etkisinin değerlendirilmesine ait tanımlayıcı bulgular gösterilmiştir. Katılımcıların %50,9’u son altı ay içerisinde ciddi olmadığını düşündüğü hastalık için sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuş, %49,1’i herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmamıştır. Herhangi bir sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuş olan katılımcıların %18,9’u (190 kişi) aile hekimliğine, %36,2’si devlet hastanesine, %35,7’si üniversite hastanesine, %8,7’si özel hastaneye, %0,5’i ise diğer sağlık kuruluşuna başvuru yapmıştır.

Son altı ay içerisinde ciddi olmadığını düşündüğü hastalık için sağlık kuruluşuna başvuruda bulunmuş olan katılımcıların %88,1’i (190 kişi) katılım payının alındığını bilmesi durumunda tekrardan başvuruda bulunacağını, %11,9 ise katılım payının alındığını bilmesi durumunda tekrardan başvuruda bulunmayacağını belirtmiştir. Katılım payının bilinmesine rağmen çok ciddi olmadığını düşündüğü hastalık için yine de başvuru yapacağını belirten katılımcıların %16,1’i (170 kişi) *‘katılım payı ücretinin çok düşük olduğu için parasal olarak beni zorlamaz’*, %83,9’u ise *‘Sağlığım benim için çok önemli olduğundan en ufak kuşkuda bile hastaneye giderim’* şeklinde gerekçelerini ifade etmişlerdir.

Tablo 20. Katkı Payı Ücretinin Sağlık Hizmetleri Kullanıma Olan Etkisine Yönelik Görüşleri

Katkı Payı Ücretinin Sağlık Hizmetleri Kullanıma Olan Etkisi	n	%
Son altı ay içerisinde çok ciddi olmadığını düşündüğünüz bir hastalığınız için sağlık kurumlarına başvurduğunuz oldu mu?		
Evet	197	50,9
Hayır	190	49,1
Eğer Başvurduysanız nereye başvurduunuz?		
Aile hekimliğine	37	18,9
Devlet hastanesine	71	36,2
Üniversite Hastanesine	70	35,7
Özel Hastaneye	17	8,7
Diğer Sağlık Hizmetlerine	1	0,5
Eğer bu başvurunuz için katılım payı ödediğinizi bilseydiniz yine başvuru yapar mıydınız?		
Evet	170	88,1
Hayır	23	11,9
Eğer yine yapardım diyorsanız bunun nedenini aşağıdakilerden hangisi en iyi açıklar?		
Katılım payı ücreti çok düşük olduğu için parasal olarak beni zorlamaz	28	16,1
Sağlığım benim için çok önemli olduğundan en ufak kuşkudan bile hastaneye giderim	146	83,9

4.7 KATILIMCILARIN KATILIM PAYI KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE ve SAĞLIK HİZMETİ KULLANIM DURUMLARINA GÖRE DAĞILIMI

Hacettepe Beytepe Hastanesine sağlık hizmeti almak amacı ile başvuran vatandaşların katılım payları ve katılım paylarının sağlık hizmeti kullanımı üzerine olan etkilerinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin katılımcıların sağlık hizmeti kullanım davranışları ve sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulması amacıyla oluşturulan çapraz tablolar aşağıda verilmiştir.

Tablo 21’de Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre ‘katılım payı nedir, biliyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların yaş, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma, sosyal güvence ve aylık hane geliri değişkenlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların yaşları arttıkça katılım payını bilme oranlarında artış görülmektedir. 20 yaş ve altı kişilerin %23,8’inin, 21-29 yaş aralığında olan katılımcıların %47,7’sinin, 30-39 yaş aralığındaki katılımcıların %71,2’sinin, 40 yaş ve üstünde olan kişilerin %78,2’sinin ‘katılım payının nedir, biliyor musunuz?’ sorusuna evet diyerek katılım payının ne olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir. Evli ve dul olan katılımcıların %77’si, katılım payının ne olduğunu bildiğini ifade ederken %23’ü bilmediğini, bekâr olan katılımcıların ise %44,2’si katılım payını bildiklerini söylerken %55,8’i katılım payını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Devlet memuru olan katılımcıların katılım payını bilme durumu (%79,4), Diğer öğrenci (%39,5) ve Emekli/Serbest Çalışan/Özel Sektörde (66,7) olan katılımcılardan daha yüksektir. Çocuk sahibi olan katılımcıların %76,6’sı katılım payının ne olduğunu bildiğini söylerken çocuk sahibi olmayan katılımcıların %46,2’si katılım payının ne olduğunu bildiklerini ifade etmişlerdir. Katılım payının ne olduğunun bilme durumu, sosyal güvencesine sahip katılımcılarda %57,8, Sosyal güvencesi olmayan katılımcıların katılım payını bilme durumu %31,4’tü. Tablo 21’de de görüldüğü gibi kişilerin aylık hane geliri arttıkça katılım payını bilme durumları da artmaktadır. 1500 ve altında aylık gelire sahip olanların %42,6’sı katılım payını bilirken, %57,4’ü katılım payını bilmediklerini, 5000 TL ve üstünde aylık gelire sahip olanların ise %30,9’u katılım payını bilmezken, %69,1 katılım payını bildiklerini belirtmişlerdir.

Tablo 21. Katılım Payı Nedir, Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Katılım Payı Nedir, Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	72	60	48	40	120	1,322	0,250
Kadın	150	53,8	129	46,2	279		
Yaş							
20 Yaş ve altı	25	33,8	49	66,2	74	43,105	0,001
21-29 Yaş	82	47,7	90	52,3	172		
30-39 Yaş	47	71,2	19	28,8	66		
40 Yaş ve üstü	68	78,2	19	21,8	87		
Medeni Durum							
Evli/Dul	107	77,0	32	23,0	139	39,355	0,001
Bekâr	115	44,2	145	55,8	260		
Meslek							
Devlet Memuru	81	79,4	21	20,6	102	49,737	0,001
Öğrenci	83	39,5	127	60,5	210		
Emekli/Serbest /Özel Sektör	58	66,7	29	33,3	87		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	95	76,6	29	23,4	124	32,065	0,001
Hayır	127	46,2	148	53,8	275		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	34	55,7	27	44,3	61	.000	0,987
Üniversite ve üstü	188	55,6	150	44,4	338		
Sosyal güvenceniz							
SGK	208	57,8	152	42,2	360	8,965	0,003
Diğer	11	31,4	24	68,6	35		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	23	42,6	31	57,4	54	15,262	0,002
1501- 2500 TL	45	47,9	49	52,1	94		
2501-4999 TL	67	53,6	58	46,4	125		
5000 TL ve üstü	85	69,1	38	30,9	123		

Tablo 22’de katılımcıların sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre ‘katılım payı nedir, biliyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri, Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların genel sağlık durumu ve son 12 ay içerisinde kaç kere hastanede günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti alma değişkeninde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Genel sağlık durumu çok iyi ve iyi olan katılımcıların katılım payını bilme durumu %62,2, normal olan katılımcıların %51, kötü ve çok kötü olan katılımcıların %30,8’dir. Son bir yıl içerisinde hastaneden günübirlik hizmeti almaya hiç gitmeyenlerin

(%60,4), bir defa gidenlerin (%54,1) ve üç defa gidenlerin (%72,7) yarısından fazlası katılım payını bildiklerini göstermiştir. Ancak son 12 ay içerisinde hastanede günöbirlik sağlık hizmeti almaya iki defa gidenlerin (%61,4) ve dört ve daha fazla gidenlerin (%50,5) yarısından fazlasının katılım payını bilmedikleri anlaşılmıştır.

Tablo 21 ve 22’de elde edilen bulgulara göre; ‘H.1 ‘Katılım payını bilme durumu’ ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’’ hipotezi yaş, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma, sosyal güvence, aylık hane geliri, genel sağlık durumu ve son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günöbirlik sağlık hizmeti alma değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 22. Katılım Payı Nedir, Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Katılım Payı Nedir, Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	64	64,0	36	36,0	100	7,254	0,064
Devlet hastanesine	66	47,1	74	52,9	140		
Üniversite hastanesine	72	58,1	52	41,9	124		
Özel Hastane/Diğer	20	57,1	15	42,9	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/İyi	138	62,2	90	37,8	228	7,758	0,021
Normal	80	51,0	77	49,0	157		
Kotu/Çok Kötü	4	30,8	10	69,2	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	34	54,0	29	46,0	63	0,127	0,721
Hayır	185	56,4	143	43,6	328		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	53	61,6	33	38,4	86	5,515	0,238
Bir kez	55	56,1	43	43,9	98		
İki kez	61	58,7	43	41,3	104		
Üç kez	18	42,9	24	57,1	42		
Dört ve daha fazla	33	49,3	34	50,7	67		
Son 12 ay içerisinde yatarak kaç kere hastaneden hizmet aldınız?							
Hiç	18	66,7	9	33,3	27	3,16	0,531
Bir kez	28	53,8	24	46,2	52		
İki kez	46	58,2	33	41,8	79		
Üç kez	42	60,0	28	40,0	70		
Dört ve daha fazla	87	51,8	81	48,2	168		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günlük (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	84	60,4	55	39,6	139	13,138	0,011
Bir kez	40	54,1	34	45,9	74		
İki kez	17	38,6	27	61,4	44		
Üç kez	32	72,7	12	27,3	44		
Dört ve daha fazla	45	49,5	46	50,5	91		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	104	56,5	80	43,5	184	0,587	0,964
Bir kez	55	53,4	48	46,6	103		
İki kez	30	54,5	25	45,5	55		
Üç kez	15	60	10	40	25		
Dört ve daha fazla	17	58,6	12	41,4	29		

Tablo 23'te katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre '*Aldığımız hizmet karşılığı ödediğiniz muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu biliyor musunuz?*' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma değişkenlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Yaşları yüksek olan katılımcıların, muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu bilme durumu, yaşları düşük olan katılımcılardan daha yüksektir. Kırk yaş ve üstü kişilerin %48,9'u, 20 yaş ve altında olan kişilerin ise %24,3'ü muayene katılım payını bilmektedirler. Hem evli/Dul olan kişilerin ve hem de bekâr olan kişilerin yarıdan fazlasının katılım payını bilmedikleri, katılım payının bilenlerin ise daha çok evli/dul (%47,1) olan kişiler oluşturmaktadır. Devlet memuru olan katılımcıların %44,1, öğrenci olan katılımcıların %27,6'sı, Emekli/serbest/özel sektörde olan katılımcıların %38,6'sı muayene katılım payı ücretini bildiklerini belirtmişlerdir. Tablo 23'te görüldüğü gibi, çocuk sahibi olan katılımcıların muayene katılım payı hakkındaki bilgi düzeyi, çocuk sahibi olmayan kişilerin muayene katılım payı hakkındaki bilgi düzeyinden daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Çocuk sahibi olan kişilerin %45,6'sı, çocuk sahibi olmayan kişilerin ise %29,1'i muayene katılım payı ücreti bildiklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 23. Aldığımız Hizmet Karşılığı Ödediğiniz Muayene Katılım Payı Ücretinin Ne Kadar Olduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Aldığımız Hizmet Karşılığı Ödediğiniz Muayene Katılım Payı Ücretinin Ne Kadar Olduğunu Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	46	38,0	75	62,0	121	1,093	0,296
Kadın	91	32,6	188	67,4	279		
Yaş						13,584	0,004
20 Yaş ve altı	18	24,3	56	75,7	74		
21-29 Yaş	51	29,7	121	70,3	172		
30-39 Yaş	25	37,9	41	62,1	66		
40 Yaş ve üstü	43	48,9	45	51,1	88		
Medeni Durum						15,899	0,001
Evli/dul	66	47,1	74	52,9	140		
Bekâr	71	27,3	189	72,7	260		
Meslek						9,262	0,010
Devlet Memuru	45	44,1	57	55,9	102		
Öğrenci	58	27,6	152	72,4	210		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	34	38,6	54	61,4	88		
Çocuğunuz var mı?						10,401	0,001
Evli	57	45,6	68	54,4	125		
Hayır	80	29,1	195	70,9	275		
Eğitim Durumu						0,105	0,745
Lise ve altı	22	33,1	39	63,9	61		
Üniversite ve üstü	115	33,9	224	66,1	339		
Sosyal güvenceniz						1,132	0,237
SGK	125	34,6	236	65,4	351		
Diğer	9	25,7	26	74,3	35		
Aylık aile geliriniz						2,566	0,464
1500 TL ve altı	14	25,9	40	74,1	54		
1501- 2500 TL	32	34,0	62	66,0	94		
2501-4999 TL	42	33,3	84	66,7	126		
5000 TL ve üstü	47	38,2	76	61,8	123		

Tablo 24’te katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre ‘Aldığımız hizmet karşılığı ödediğiniz muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu biliyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sağlık hizmeti kullanım durumlarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23 ve 25’te elde edilen bu bulgulara göre; ‘H.2: Muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 24. Aldığınız Hizmet Karşılığı Ödediğiniz Muayene Katılım Payı Ücretinin Ne Kadar Olduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Aldığınız Hizmet Karşılığı Ödediğiniz Muayene Katılım Payı Ücretinin Ne Kadar Olduğunu Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	39	39,0	61	61,0	100	5,098	0,165
Devlet hastanesine	42	30,0	98	70,0	140		
Üniversite hastanesine	48	38,4	77	61,6	125		
Özel Hastane/Diğer	8	22,9	27	77,1	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	82	35,8	147	64,2	229	,665	0,717
Normal	51	32,5	106	67,5	157		
Kötü/Çok kötü	4	28,6	10	71,4	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	21	33,3	42	66,7	63	0,012	0,913
Hayır	112	34,0	217	66,0	329		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	29	33,7	57	66,3	86	0,328	0,988
Bir kez	33	33,7	65	66,3	98		
İki kez	37	35,6	67	64,4	104		
Üç kez	13	31,0	29	69,0	42		
Dört ve daha fazla	22	32,8	45	67,2	67		

Tablo 24'ün Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	8	29,6	19	70,4	27		
Bir kez	17	32,7	35	67,3	52		
İki kez	28	35,4	51	64,6	79	4,401	0,354
Üç kez	31	44,3	39	55,7	70		
Dört ve daha fazla	52	30,8	117	69,2	169		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de gününbirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	45	32,4	94	67,6	139		
Bir kez	29	39,2	45	60,8	74		
İki kez	10	22,7	34	77,3	44	5,283	0,259
Üç kez	19	43,2	25	56,8	44		
Dört ve daha fazla	30	32,6	62	67,4	92		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	59	31,9	126	68,1	185		
Bir kez	38	36,9	65	63,1	103		
İki kez	20	36,4	35	63,6	55	1,386	0,847
Üç kez	10	40,0	15	60,0	25		
Dört ve daha fazla	9	31,0	20	69,0	29		

Tablo 25'te katılımcıların sosyo-demografik özellikleri göre 'Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Ki-Kare analizi ile katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların, katılımcıların sosyo-demografik özellikleri göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri incelenmiş ve katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma, değişkenlerinde istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hem erkeklerin (%66,9) hem de kadınların (%76,9) çoğunluğu hangi durumlarda katılım payının alındığını bilmediklerini belirtmişlerdir. Ancak erkeklerin (%33,1) hangi durumlarda katılım payının alındığını bilme durumu, kadınların (%23,1) hangi durumlarda katılım payının alındığını bilme durumundan daha fazladır. Bundan önceki sorularda görüldüğü gibi bu soruda da katılımcıların yaşları ile hangi durumlarda katılım payının alındığını bilme durumları arasında doğru orantı vardır. Bu duruma göre 20 yaş ve altında olan katılımcıların hangi durumlarda katılım payının alındığını bilme durumu %18,9'iken, 40 yaş ve üstünde olan katılımcılar arasında hangi durumlarda katılım payının kesildiğini

bilme durumu %44,8'dir. Evli ve dul olan katılımcıların hangi durumlarda katılım payının alındığını bilme durumu (%42,4) bekâr olanlarla karşılaştırıldığında (%17,4) daha yüksektir. Tablo 25'te verilen bulgulara göre bütün meslek gruplarında hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını bilmeme durumu oldukça yüksektir. Devlet memuru olan katılımcılar arasında hangi durumlarda katılım payının alındığını bilme yüzdesi (%41,2) öğrenci olan katılımcılardan (%16,3) daha yüksektir. Çocuk sahibi olma durumunda, çocuk sahibi olan katılımcıların hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını bilme oranı (%42,7) iken bu oran çocuk sahibi olmayan katılımcılar arasında sadece %18,6'dır.

Tablo 25. Hangi Durumlarda Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı

Değişkenler	Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	40	33,1	81	66,9	121	4,322	0,038
Kadın	64	23,1	213	76,9	277		
Yaş							
20 Yaş ve altı	14	18,9	60	81,1	74	26,976	0,001
21-29 Yaş	29	17,0	142	83,0	171		
30-39 Yaş	22	33,3	44	66,7	66		
40 Yaş ve üstü	39	44,8	48	55,2	87		
Medeni Durum							
Evli/Dul	59	42,4	80	57,6	139	29,456	0,001
Bekâr	45	17,4	214	82,6	259		
Meslek							
Devlet Memuru	42	41,2	60	58,8	102	24,146	0,001
Öğrenci	34	16,3	175	83,7	209		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	28	32,2	59	67,8	87		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	53	42,7	71	57,3	124	25,748	0,001
Hayır	51	18,6	223	81,4	274		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	16	26,7	44	73,3	60	0,011	0,918
Üniversite ve üstü	88	26,0	250	74,0	338		
Sosyal güvenceniz							
SGK	95	26,3	266	73,7	361	0,067	0,795
Diğeri	8	24,2	25	75,8	33		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	10	18,9	43	81,1	53	3,578	0,311
1501- 2500 TL	21	22,3	73	77,7	94		
2501-4999 TL	36	28,8	89	71,2	125		
5000 TL ve üstü	37	30,1	86	69,9	123		

Tablo 26’da Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?’ Sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Ki-Kare analizi ile katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların, katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri ölçülmüş ve istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25 ve 26'daki bulgulara göre, 'H.3: Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir' hipotezi arasındaki ilişkiyi inceleyen hipotezlerden cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma durumu bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 26. Hangi Durumlarda Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Hizmetleri Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	32	32,0	68	68,0	100	3,892	0,273
Devlet hastanesine	29	20,9	110	79,1	139		
Üniversite hastanesine	34	27,4	90	72,6	124		
Özel Hastane/Diğer	9	25,7	26	74,3	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/İyi	65	28,4	164	71,6	229	2,030	0,362
Normal	37	23,9	118	76,1	155		
Kötü/Çok kötü	2	14,3	12	85,7	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	19	30,2	44	69,8	63	0,646	0,422
Hayır	83	25,3	245	74,7	328		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	20	23,5	65	76,5	85	1,824	0,768
Bir kez	29	29,9	68	70,1	97		
İki kez	25	24	79	76	104		
Üç kez	12	28,6	30	71,4	42		
Dört ve daha fazla	15	22,4	52	77,6	67		

Tablo 26'nın Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	7	25,9	20	74,1	27		
Bir kez	10	19,2	42	80,8	52		
İki kez	29	36,7	50	63,3	79	9,207	0,056
Üç kez	22	31,4	48	68,6	70		
Dört ve daha fazla	35	21	132	79	167		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de gününbirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	32	23,4	105	76,6	137		
Bir kez	24	32,4	50	67,6	74		
İki kez	9	20,5	35	79,5	44	4,486	0,344
Üç kez	15	34,1	29	65,9	44		
Dört ve daha fazla	22	23,9	70	76,1	92		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Dış hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	49	26,6	135	73,4	184		
Bir kez	20	19,4	83	80,6	103		
İki kez	19	34,5	36	65,5	55	4,917	0,296
Üç kez	8	32	17	68	25		
Dört ve daha fazla	7	25	21	75	28		

Tablo 27'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre 'hangi tıbbi malzemelerde katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklı olup olmadığı Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve gruplar arasında önemli bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 27. Hangi Tıbbi Malzemelerde Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Hangi Tıbbi Malzemelerde Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	15	12,5	105	87,5	120	1,674	0,196
Kadın	23	8,3	253	91,7	276		
Yaş							
20 Yaş ve altı	5	6,8	69	93,2	74	1,867	0,598
21-29 Yaş	17	9,9	154	90,1	171		
30-39 Yaş	5	7,8	59	92,2	64		
40 Yaş ve üstü	11	12,6	76	87,4	87		
Medeni Durum							
Evli/Dul	14	10,2	123	89,8	137	0,94	0,759
Bekâr	24	9,3	235	90,7	259		
Meslek							
Devlet Memuru	15	15,0	85	85,0	100	4,514	0,105
Öğrenci	16	7,7	193	92,3	209		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	7	8,0	80	92,0	87		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	14	11,5	108	88,5	122	0,718	0,397
Hayır	24	8,8	250	91,2	274		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	5	8,3	55	91,7	60	0,130	0,718
Üniversite ve üstü	33	9,8	303	90,2	336		
Sosyal güvenceniz							
SGK	37	10,4	320	89,6	357	2,052	,152
Diğer	1	2,9	34	97,1	35		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	5	9,3	49	90,7	54	0,674	0,879
1501- 2500 TL	8	8,7	84	91,3	92		
2501-4999 TL	11	8,8	114	91,2	125		
5000 TL ve üstü	14	11,5	108	88,5	122		

Tablo 28’de katılımcıların sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına göre ‘*hangi tıbbi malzemelerde katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?*’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak farklılık olup olmadığı, yapılan Ki-Kare testi ile değerlendirilmiş ve önemli bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 27 ve 28’de elde edilen bulgulara göre; ‘H.4: hangi tıbbi malzemelerde katılım payı ücretinin alındığını bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 28. Hangi Tıbbi Malzemelerde Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Hangi Tıbbi Malzemelerde Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	9	9,2	89	90,8	98	0,211	0,976
Devlet hastanesine	13	9,3	127	90,7	140		
Üniversite hastanesine	13	10,6	110	89,4	123		
Özel Hastane/Diğer	3	8,6	32	91,4	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/İyi	25	11,1	201	88,9	226	2,333	0,312
Normal	13	8,3	143	91,7	156		
Kötü/Çok Kötü	0	0,0	14	100,0	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	3	4,8	60	95,2	63	1,987	0,159
Hayır	34	10,5	291	89,5	325		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	8	9,4	77	90,6	85	7,629	0,106
Bir kez	11	11,3	86	88,7	97		
İki kez	15	14,6	88	85,4	103		
Üç kez	2	4,8	40	95,2	42		
Dört ve daha fazla	2	3,0	64	97,0	66		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	4	15,4	22	84,6	26	2,649	0,618
Bir kez	5	9,8	46	90,2	51		
İki kez	7	8,9	72	91,1	79		
Üç kez	9	13,0	60	87,0	69		
Dört ve daha fazla	13	7,7	155	92,3	168		

Tablo 28'in Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de g�n�birlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	14	10,2	123	89,8	137	4,429	0,351
Bir kez	9	12,3	64	87,7	73		
İki kez	6	13,6	38	86,4	44		
Üç kez	5	11,4	39	88,6	44		
Dört ve daha fazla	4	4,4	87	95,6	91		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	16	8,7	168	91,3	184	1,654	0,799
Bir kez	10	9,9	91	90,1	101		
İki kez	6	10,9	49	89,1	55		
Üç kez	4	16,0	21	84,0	25		
Dört ve daha fazla	2	7,1	26	92,9	28		

Tablo 29'da katılımcıların sosyo-demografik özellikleri göre 'aldığınız ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Aldığınız ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz? sorusuna verilen cevapların, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare ile değerlendirilmiş ve katılımcıların yaş, medeni durum, meslek ve ocuk sahibi olma değişkenlerine göre istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcılardan 20 yaş ve altında olan katılımcıların %14,9'u, 21-29 yaş aralığında olan katılımcıların %16,4' , 30-39 yaş aralığında olanların %21,5'i, 40 yaş ve üstünde olan katılımcıların %34,1'i, alınan ilaçlar da ne kadar katılım payı alındığını bildiklerini ifade ederken, evli ve dul olan katılımcıların %29,5'i, bekâr olanlarında %16,2'si alınan ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını bildiklerini ifade etmişlerdir. İlaçlarda alınan katılım payının ne kadar olduğunu bilme durumu devlet memuru olan katılımcılarda %35, öğrencilerde %13,8, Emekli/serbest/özel sektörde olan katılımcılarda %21,6'dır. ocuk sahibi olan katılımcıların %32,3'  alınan ilaçlarda ne kadar katılım payının kesildiğini bildiklerini belirtirken, %67,7'si, alınan ilaçlarda ne kadar katılım payının kesildiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. ocuk sahibi olmayan katılımcıların %15,7'si alınan ilaçlarda ne kadar katılım payının kesildiğini bildiklerini belirtirken, %83,3' , alınan ilaçlarda ne kadar katılım payının kesildiğini bilmediklerini belirtmişlerdir.

Tablo 29. Aldığımız İlaçlarda Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Aldığımız İlaçlarda Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	32	26,4	89	73,6	121	3,294	0,070
Kadın	51	18,4	226	81,6	277		
Yaş						13,048	0,005
20 Yaş ve altı	11	14,9	63	85,1	74		
21-29 Yaş	28	16,4	143	83,6	171		
30-39 Yaş	14	21,5	51	21,5	65		
40 Yaş ve üstü	30	34,1	58	34,1	88		
Medeni Durum						9,665	0,002
Evli/Dul	41	29,5	98	70,5	139		
Bekâr	42	16,2	217	16,2	259		
Meslek						18,467	0,001
Devlet Memuru	35	35,0	65	65,0	100		
Öğrenci	29	13,8	181	86,2	210		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	19	21,6	69	78,4	88		
Çocuğunuz var mı?						14,192	0,001
Evet	40	32,3	84	67,7	124		
Hayır	43	15,7	231	74,3	274		
Eğitim Durumu						0,263	0,608
Lise ve altı	14	23,3	46	76,7	60		
Üniversite ve üstü	69	20,4	269	79,6	338		
Sosyal güvenceniz						0,356	0,551
SGK	77	21,4	282	78,6	359		
Diğeri	6	17,1	29	82,9	35		
Aylık aile geliriniz						1,077	0,783
1500 TL ve altı	10	18,5	44	91,5	54		
1501- 2500 TL	18	19,4	75	90,6	93		
2501-4999 TL	30	23,8	96	76,2	126		
5000 TL ve üstü	24	19,7	98	80,3	122		

Tablo 30’da Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre ‘aldığımız ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Aldığımız ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz? sorusuna verilen cevapların, katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermedikleri Ki-Kare ile değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29 ve 30’da gösterilen bulgular doğrultusunda, ‘H.5: Alınan ilaçlarda ne kadar katılım payı ücretinin alındığını bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma durumu özellikleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 30. Aldığımız İlaçlarda Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Aldığımız İlaçlarda Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Alındığını Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	26	26,0	74	74,0	100	4,908	0,179
Devlet hastanesine	24	17,4	114	82,7	138		
Üniversite hastanesine	29	23,2	96	76,8	125		
Özel Hastane/Diğer	4	11,4	31	88,6	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/İyi	53	23,2	175	76,8	128	2,869	0,238
Normal	29	18,6	127	81,4	156		
Kötü/Çok Kötü	1	7,1	13	92,9	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	13	20,6	50	79,4	63	0,001	0,977
Hayır	68	20,8	259	79,2	327		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	14	16,3	72	83,7	86	2,307	0,680
Bir kez	20	20,6	77	79,4	97		
İki kez	26	25,0	78	75,0	104		
Üç kez	8	19,5	33	80,5	41		
Dört ve daha fazla	13	19,4	54	80,6	67		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	8	29,6	19	70,4	27	4,519	0,340
Bir kez	9	17,3	43	82,7	52		
İki kez	17	21,8	61	78,2	78		
Üç kez	19	27,5	50	72,5	69		
Dört ve daha fazla	30	17,8	139	82,2	169		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de gününbirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	33	23,7	106	76,3	139	3,665	0,453
Bir kez	18	24,3	56	76,7	74		
İki kez	5	11,6	38	88,4	43		
Üç kez	8	18,6	35	81,4	43		
Dört ve daha fazla	18	19,6	74	80,4	92		

Tablo 30'un Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere Dış hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	32	17,5	151	82,5	183		
Bir kez	19	18,4	84	81,6	103		
İki kez	19	34,5	36	65,5	55	8,154	0,086
Üç kez	6	24,0	19	76,0	25		
Dört ve daha fazla	7	24,1	22	75,9	29		

Tablo 31'de Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre 'katılım payı ücretinin nereye ödendiğini biliyor musunuz?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Ki-Kare ile katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma, sosyal güvence ve aylık hane geliri değişkenleri ile bu soru arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkeklerin %37,1'i, kadınların %26,8'i katılım payının nereye ödendiğini bildiklerini ifade etmişlerdir. Ancak katılım payının nereye ödendiğini bilmeme durumu kadınlar arasında daha fazladır. 20 yaş ve altında olan katılımcıların %76,4'ü bu soruya "hayır" şeklinde yanıtlayarak katılım payının nereye ödenildiğini bilmediklerini belirtirken, 40 yaş ve üstü olan kişilerin %45,9'u katılım payının nereye ödenildiğini bildiklerini söylemişlerdir. Evli ve dul olan katılımcıların %42,4'ü, bu soruyu "evet" şeklinde yanıtlayarak katılım payının nereye ödendiğini bildiklerini belirtmişlerdir. Bekâr olanların %23,3'ü, katılım payının nereye ödediklerini bilmektedirler. Meslek sahibi olan katılımcılardan devlet memuru olan katılımcıların %44,3'ü katılım payının nereye ödendiğini bildiklerini söylemişlerdir. Öğrenci olan katılımcıların %79,4'ü, bu soruyu "hayır" diye yanıtlamışlardır. Çocuk sahibi olan katılımcıların %42,4'ü, katılım paylarının nereye ödendiğini bilmekteyken, %57,6'sı katılım paylarının nereye ödendiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Çocuk sahibi olmayan katılımcıların ise %24,3'ü katılım paylarının nereye ödendiğini bilirken, %75,7'si, katılım paylarının nereye ödendiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Sosyal güvencesi SGK olan katılımcıların %31,3'ü, diğer sosyal güvencesi olan katılımcıların 12,1'i katılım payı ücretlerini nereye ödedikleri bilmektedirler. Katılımcıların aylık aile geliri artıça bu soruyu bilme durumları da artış göstermektedir. Aylık aile geliri 1500 TL ve altın olan katılımcıların %14'ü, aylık aile geliri 5000 TL ve üzeri olan katılımcıların %41,3'ü katılım paylarının nereye ödediklerini bildiklerini ankette göstermişlerdir.

Tablo 31. Katılım Payı Ücretinin Nereye Ödendiğini Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı

Değişkenler	Katılım Payı Ücretinin Nereye Ödendiğini Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	43	37,1	73	62,9	116	4,107	0,043
Kadın	72	26,8	197	73,2	269		
Yaş							
20 Yaş ve altı	17	23,6	55	76,4	72	16,391	0,001
21-29 Yaş	38	22,8	129	77,2	167		
30-39 Yaş	21	34,4	40	65,6	61		
40 Yaş ve üstü	39	45,9	46	54,1	85		
Medeni Durum							
Evli/Dul	56	42,4	76	57,6	132	15,113	0,001
Bekâr	59	23,3	194	76,7	253		
Meslek							
Devlet Memuru	43	44,3	54	55,7	97	19,441	0,001
Öğrenci	42	20,6	162	79,4	204		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	30	35,7	54	64,3	84		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	50	42,4	68	57,6	118	12,697	0,001
Hayır	65	24,3	202	75,7	267		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	17	28,6	38	71,4	55	0,033	0,856
Üniversite ve üstü	98	29,2	232	70,8	330		
Sosyal güvenceniz							
SGK	109	31,3	239	68,7	348	5,326	0,021
Diğeri	4	12,1	29	87,9	33		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	7	14,0	43	86,0	50	14,943	0,002
1501- 2500 TL	22	25,0	66	75,0	88		
2501-4999 TL	34	27,6	89	72,4	123		
5000 TL ve üstü	50	41,3	71	58,7	121		

Tablo 32’de Katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre ‘katılım payı ücretinin nereye ödendiğini biliyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Ki-Kare analizi sonuçlarına göre katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıkları ile bu soru arasında istatistiksel olarak genel sağlık durumu değişkeninde önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Genel sağlık durumu iyi ve çok iyi olan katılımcıların %34,7’si, normal olan katılımcıların %25’i, kötü ve çok kötü olan katılımcıların %7,1’i katılım payını nereye ödediklerini bilmektedirler.

Tablo 31 ve 32’de elde edilen bu bulgulara göre; ‘H.6: Katılım payı ücretinin nereye ödendiğini bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi cinsiyet, yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma, sosyal güvence, aylık hane geliri ve genel sağlık durumu değişkenlikleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 32. Katılım Payı Ücretinin Nereye Ödendiğini Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Katılım Payı Ücretinin Nereye Ödendiğini Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	31	32,6	64	67,4	95	3,166	0,367
Devlet hastanesine	35	25,7	101	74,3	136		
Üniversite hastanesine	41	34,2	79	65,8	120		
Özel Hastane/Diğer	8	23,5	26	76,5	34		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	76	34,7	143	65,3	219	7,615	0,022
Normal	38	25,0	114	75,0	152		
Kötü/Çok kötü	1	7,1	13	92,9	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	14	23,3	46	76,7	60	1,577	0,209
Hayır	100	31,4	218	68,6	318		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	30	36,1	53	63,9	83	3,08	0,545
Bir kez	24	25,8	69	74,2	93		
İki kez	30	30,3	69	69,7	99		
Üç kez	10	24,4	31	75,6	41		
Dört ve daha fazla	18	27,3	48	72,7	66		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	8	30,8	18	69,2	26	3,168	0,530
Bir kez	19	36,5	33	63,5	52		
İki kez	24	32,0	51	68,0	75		
Üç kez	22	32,8	45	67,2	67		
Dört ve daha fazla	41	25,3	121	74,7	162		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	37	27,4	98	72,6	135	2,990	0,559
Bir kez	27	36,5	47	63,5	74		
İki kez	10	23,8	32	76,2	42		
Üç kez	13	33,3	26	66,7	39		
Dört ve daha fazla	25	28,4	63	71,6	88		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	55	30,9	123	69,1	178	2,508	0,643
Bir kez	25	25,3	74	74,7	99		
İki kez	17	31,5	37	68,5	54		
Üç kez	6	26,1	17	73,9	23		
Dört ve daha fazla	11	39,3	17	60,7	28		

Tablo 33'te katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre '*Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?*' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Yapılan Ki-Kare analizi ile katılımcıların medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim, aylık hane geliri durumu değişkenleri ile '*Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?*' sorusu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Evli ve dul olan katılımcılar ile bekâr olan katılımcıların daha önceden kalan katılım paylarından dolayı ilaçlarını almadıkları durum yüzdesi %21,2'inin altındadır. Çocuk sahibi olan katılımcıların birikmiş olan katılım paylarından dolayı ilaç almama durumları %22,9'dur. Bu oran çocuk sahibi olmayan katılımcılarda ise %12,8'dir. Birikmiş katılım payı yüzünden ilaçlarını almama durumu, eğitim seviyesi lise ve altı olan katılımcılarda %24,6, üniversite ve üstü olan katılımcılarda %14,3'tür. Aylık hane gelirleri 1500 TL ve altında olanların %24,1'i, 1501-2500 TL olanların %15,2'si, 2501-4999 TL olanların %19,5'i, 5000 TL ve üstünde aylık hane gelirine sahip olanların %9,2'si bu soruya 'evet' şeklinde yanıt vererek birikmiş katılım payı yüzünden ilaçlarının alamadıkları zamanların olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 33. Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Göre Dağılımı

Değişkenler	Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	22	18,5	97	81,5	119	0,916	0,339
Kadın	40	14,7	233	85,3	273		
Yaş							
20 Yaş ve altı	9	12,3	64	87,7	73	1,775	0,620
20-29 Yaş	27	15,7	145	84,3	172		
30-39 Yaş	13	20,6	50	79,4	63		
40 Yaş ve üstü	13	15,5	71	84,5	84		
Medeni Durum							
Evli/Dul	28	21,1	105	78,9	133	4,145	0,042
Bekâr	34	13,1	225	86,9	259		
Meslek							
Devlet Memuru	22	22,0	78	78,0	100	4,135	0,126
Öğrenci	27	13,0	181	87,0	208		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	13	15,5	71	84,5	84		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	27	22,9	91	77,1	118	6,329	0,012
Hayır	35	12,8	239	87,2	274		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	14	24,6	43	75,4	57	3,831	0,050
Üniversite ve üstü	48	14,3	287	85,7	335		
Sosyal güvenceniz							
SGK	55	15,6	298	84,4	353	0,463	0,496
Diğeri	7	20,0	28	80,0	35		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	13	24,1	41	75,9	54	7,983	0,046
1501- 2500 TL	14	15,2	78	84,8	92		
2501-4999 TL	24	19,5	99	80,5	123		
5000 TL ve üstü	11	9,2	109	90,8	120		

Tablo 34’te katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre ‘*Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?*’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Yapılan Ki-Kare analizi ile katılımcıların son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliği ve diş hekimliğinden hizmet alma durumu değişkenleri ile ‘Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?’ sorusu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Aile hekimliğine son bir yıl içerisinde hiç gitmeyenlerin ya da iki ve üç defa giden kişilerin birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı ilaçlarının alamadıkları durumlar %15,6’nın altındadır. Aile hekimliğine son bir yıl içerisinde iki kez ve dört defa ve daha fazla gidenlerin birikmiş katılım payı ücretleri

yüzünden alamadıkları ilaçların olma durumları %21 civarındadır. Katılımcılardan son bir yıl içerisinde dış hekimliğine hiç gitmeyenlerin arasında bu oran %11,6, bir defa gidenler arasında %13,9, iki defa gidenler arasında %27,8, üç defa gidenler arasında %25, dört defa ve daha fazla gidenler arasında %20,7'dir.

Tablo 33 ve 34'te elde edilen bu bulgulara göre, 'H.7: Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı alınamayan ilaçların olma durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir' hipotezi, meslek, çocuk sahibi olma durumu, eğitim durumu, aylık hane gelirleri, son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden alınan hizmet durumu ve son 12 ay içerisinde kaç kere dış hekimliğinden alınan hizmet durumu değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 34. Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlar oldu mu?				Toplam	X ²	P
	Evet	%	Hayır	%			
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	12	12	88	88	100	5,428	0,143
Devlet hastanesine	26	19,3	109	80,7	135		
Üniversite hastanesine	22	18	100	82	122		
Özel Hastane/Diğer	2	5,7	33	94,3	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	34	15,2	189	84,8	223	0,397	0,820
Normal	25	16,1	130	83,9	155		
Kötü/Çok kötü	3	21,4	11	78,6	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	11	18	50	82	61	0,319	0,572
Hayır	49	15,2	274	84,8	323		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	13	15,5	71	84,5	84	9,491	0,050
Bir kez	9	9,7	84	90,3	93		
İki kez	23	22,1	81	77,9	104		
Üç kez	3	7,1	39	92,9	42		
Dört ve daha fazla	14	21,2	52	78,8	66		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	4	14,8	23	85,2	27	5,077	0,280
Bir kez	3	5,9	48	94,1	51		
İki kez	12	15,4	66	84,6	78		
Üç kez	12	17,4	57	82,6	69		
Dört ve daha fazla	31	18,9	133	81,1	164		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de gününbirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	18	13,1	119	86,9	137	5,056	0,282
Bir kez	12	16,7	60	83,3	72		
İki kez	7	16,3	36	83,7	43		
Üç kez	4	9,1	40	90,9	44		
Dört ve daha fazla	20	22,2	70	77,8	90		

Tablo 34'ün Devamı		%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Evet							
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	21	11,6	160	88,4	181		
Bir kez	14	13,9	87	86,1	101		
İki kez	15	27,8	39	72,2	54	10,474	0,033
Üç kez	6	25	18	75	24		
Dört ve daha fazla	6	20,7	23	79,3	29		

Tablo 35'te katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre '*Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu biliyor musunuz?*' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sosyo-demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediği Ki-Kare analizi ile test edilmiş ve anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 35. Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu biliyor musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu biliyor musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	16	13,2	105	86,8	121	0,099	0,753
Kadın	33	12,1	240	87,9	273		
Yaş							
20 Yaş ve altı	7	9,7	65	90,3	72	5,381	0,146
21-29 Yaş	16	9,4	155	90,6	171		
30-39 Yaş	12	18,8	52	81,3	64		
40 Yaş ve üstü	14	16,1	73	83,9	87		
Medeni Durum							
Evli/Dul	23	16,8	114	83,2	137	3,653	0,056
Bekâr	26	10,1	231	89,9	257		
Meslek							
Devlet Memuru	15	15,0	85	75,0	100	3,134	0,209
Öğrenci	20	9,7	187	90,3	207		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	14	16,1	73	83,9	87		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	20	16,4	102	83,6	122	2,541	0,111
Hayır	29	10,7	243	89,3	272		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	3	5,0	57	95,0	60	3,594	0,058
Üniversite ve üstü	46	13,8	288	86,2	334		
Sosyal güvenceniz							
SGK	46	13,0	309	87,0	355	1,549	0,213
Diğeri	2	5,7	33	94,3	35		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	7	13,0	47	87,0	54	1,322	0,724
1501- 2500 TL	10	10,9	82	89,1	92		
2501-4999 TL	13	10,5	111	89,5	124		
5000 TL ve üstü	18	14,9	103	85,1	121		

Tablo 36’da katılımcıların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre ‘Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu biliyor musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevapların sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre istatistiksel olarak farklılık olup olmadığı Ki-Kare testi ile analiz edilmiş ve anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 35 ve 36’da elde edilen bu bulgulara göre; ‘H.8: Alınan ilaçlar için ödenilen ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 36. Aldığınız İlaçlar İçin Ödediğiniz İlaç Katılım Payının, Toplam İlaç Bedelinin Yüzde Ne Kadarını Oluşturduğunu Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının, toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadarını oluşturduğunu biliyor musunuz?					X ²	P
	Evet		Hayır		Toplam		
	%	%	%	%			
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	11	11,3	86	88,7	97	0,211	0,976
Devlet hastanesine	18	13,0	120	87,0	138		
Üniversite hastanesine	16	12,9	108	87,1	124		
Özel Hastane/Diğeri	4	11,4	31	88,6	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/İyi	31	13,7	195	86,3	226	0,967	0,614
Normal	16	10,4	138	89,6	154		
Kötü/Çok Kötü	2	14,3	12	85,7	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	10	16,1	52	83,9	62	1,434	0,231
Hayır	35	10,8	289	89,2	324		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	7	8,1	79	91,9	86	2,119	0,714
Bir kez	13	13,5	83	86,5	96		
İki kez	13	12,7	89	87,3	102		
Üç kez	5	11,9	37	88,1	42		
Dört ve daha fazla	10	15,4	55	84,6	65		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	4	14,8	23	85,2	27	1,111	0,893
Bir kez	5	9,6	47	90,4	52		
İki kez	8	10,4	69	89,6	77		
Üç kez	9	13,4	58	86,6	67		
Dört ve daha fazla	23	13,7	145	86,3	168		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de gününbirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	10	7,2	128	92,8	138	6,673	0,154
Bir kez	11	15,1	62	84,9	73		
İki kez	5	11,6	38	88,4	43		
Üç kez	8	18,6	35	81,4	43		
Dört ve daha fazla	15	16,5	76	83,5	91		

Tablo 36'nın Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere Dış hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	21	11,4	163	88,6	184		
Bir kez	12	11,8	90	88,2	102		
İki kez	10	18,9	43	81,1	53	5,766	0,217
Üç kez	5	20,8	19	79,2	24		
Dört ve daha fazla	1	3,6	27	96,4	28		

Tablo 37'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre 'Aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınmakta mıdır?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma değişkenlerine göre bu soruya verdikleri cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). İstatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu yaş değişkeninde, 20 yaş ve altında olanlar bu soruya 'bilmiyorum' diye daha fazla yanıt verirken diğer yaş grubunda olan katılımcıların çoğunluğu aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınmaktadır şeklinde bu soruyu yanlış cevaplamışlardır. 40 yaş ve üstü katılımcılar arasında ise bu soruyu 'alınmamaktadır' şeklinde doğru yanıtlayanların oranı %38,1'dir. Evli ve dul olan katılımcıların yaklaşık %43,7'si aile hekimliği hizmetlerinden alınmayan katılım payının alındığını düşünmektedirler. Bekâr olan katılımcıların ise %36,8'i aile hekimliği hizmetlerinde katılım payının alınıp veya alınmadığını bilmediğini ifade etmişlerdir. Devlet memuru olan katılımcıların %29,3'ü, öğrenci olan katılımcıların %17,2'si, Emekli/serbest/özel sektör olan katılımcıların %43,5'i, aile hekimliğinde katılım payının alınmadığını ifade etmişlerdir. Çocuk sahibi olan kişilerin %46,7'si aile hekimliğinde katılım payının alındığını belirtirken, %30,8'i alınmadığını belirtmiştir. Çocuk sahibi olmayan kişilerin %40,7'si aile hekimliğinde katılım payının alındığını bildirirken, %23,8'inin alınmadığını bildirmiştir.

Tablo 37. Aile Hekimliği Hizmetlerinden Katılım Payı Ücreti Alınmakta Mıdır? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınmakta mıdır?							X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Bilmiyorum	%	Toplam		
Cinsiyet									
Erkek	50	42,4	37	31,4	31	26,3	118	3,387	0,184
Kadın	117	42,5	65	23,6	93	33,8	275		
Yaş									
20 Yaş ve altı	29	39,7	12	16,4	32	43,8	73	18,587	0,005
21-29 Yaş	78	45,3	37	21,5	57	33,1	172		
30-39 Yaş	24	37,5	21	32,8	19	29,7	64		
40 Yaş ve üstü	36	42,9	32	38,1	16	19,0	84		
Medeni Durum									
Evli/Dul	59	43,7	47	34,8	29	21,8	135	12,901	0,002
Bekâr	108	41,9	55	21,3	95	36,8	258		
Meslek									
Devlet Memuru	47	47,5	29	29,3	23	23,2	99	27,792	0,001
Öğrenci	90	43,1	36	17,2	83	39,7	209		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	30	35,3	37	43,5	18	21,2	85		
Çocuğunuz var mı?									
Evvet	56	46,7	37	30,8	27	22,5	120	6,779	0,034
Hayır	111	40,7	65	23,8	97	35,5	273		
Eğitim Durumu									
Lise ve altı	24	41,4	19	32,8	15	25,9	58	1,932	0,381
Üniversite ve üstü	143	42,7	83	24,8	109	32,5	335		
Sosyal güvenceniz									
SGK	153	43,2	92	26,0	109	30,8	354	2,506	0,286
Diğeri	11	31,4	9	25,7	15	42,9	35		
Aylık aile geliriniz									
1500 TL ve altı	26	49,1	8	15,1	19	35,8	53	4,038	0,672
1501- 2500 TL	38	41,3	25	27,2	29	31,5	92		
2501-4999 TL	50	40,3	35	28,2	39	31,5	124		
5000 TL ve üstü	51	42,1	34	28,1	36	29,8	121		

Tablo 38’de Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘Aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınmakta mıdır?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların kronik bir hastalığın olma durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık, yapılan Ki-Kare test yöntemi ile bulunmuştur($p<0,05$). Kronik bir sağlık problemi olan kişilerin %41,3’ü aile hekimliğinde katılım payı alınmamaktadır şeklinde düşünerek bu soruyu doğru cevaplarırken, %25,4’ü yanlış cevaplamıştır. Kronik bir sağlık problemi olan kişilerin %45,2’si aile hekimliğinde

katılım payı alınmaktadır şeklinde düşünerek bu soruyu yanlış cevaplarken, %23,5'i doğru cevaplamıştır.

Tablo 37 ve 38'de Elde edilen bu bulgulara göre; 'H.9: Aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınıp alınmadığını bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir' hipotezi yaş, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma ve kronik bir hastalığın olma durumu değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 38. Aile Hekimliği Hizmetlerinden Katılım Payı Ücreti Alınmakta Mıdır? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Aile hekimliği hizmetlerinden katılım payı ücreti alınmakta mıdır?							X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Bilmiyorum	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?									
Aile hekimliğine	55	55,6	22	22,2	22	22,2	99	11,325	0,079
Devlet hastanesine	55	39,9	35	25,4	48	34,8	138		
Üniversite hastanesine	47	38,5	35	28,7	40	32,8	122		
Özel Hastane/Diğer	10	29,4	10	29,4	14	41,2	34		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?									
Çok iyi/iyi	101	44,5	58	25,6	68	30,0	227	3,341	0,502
Normal	61	40,1	38	25,0	53	34,9	152		
Kötü/Çok Kötü	5	35,7	6	42,9	3	21,4	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?									
Evet	16	25,4	26	41,3	21	33,3	63	11,28	0,004
Hayır	146	45,2	76	23,5	101	31,3	323		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?									
Hiç	32	39,0	24	29,3	26	31,7	82	2,876	0,942
Bir kez	41	42,3	24	24,7	32	33,0	97		
İki kez	44	42,7	26	25,2	33	32,0	103		
Üç kez	17	40,5	13	31,0	12	28,6	42		
Dört ve daha fazla	33	50,0	14	21,2	19	28,8	66		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?									
Hiç	17	68,0	3	12,0	5	20,0	25	13,86	0,085
Bir kez	26	50,0	14	26,9	12	23,1	52		
İki kez	32	41,0	21	26,9	25	32,1	78		
Üç kez	34	49,3	16	23,2	19	27,5	69		
Dört ve daha fazla	58	34,9	48	28,9	60	36,1	166		

Tablo 38'in devamı	Evet	%	Hayır	%	Bilmiyorum	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?									
Hiç	66	48,5	32	23,5	38	27,9	136		
Bir kez	28	38,4	21	28,8	24	32,9	73		
İki kez	14	31,8	15	34,1	15	34,1	44	7,031	0,533
Üç kez	21	48,8	12	27,9	10	23,3	43		
Dört ve daha fazla	37	41,1	21	23,3	32	35,6	90		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?									
Hiç	74	40,7	43	23,6	65	35,7	182		
Bir kez	44	43,6	28	27,7	29	28,7	101		
İki kez	21	38,9	17	31,5	16	29,6	54	7,66	0,477
Üç kez	11	44,0	8	32,0	6	24,0	25		
Dört ve daha fazla	17	60,7	6	21,4	5	17,9	28		

Tablo 39'da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre 'Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık Ki-Kare test yöntemi ile ölçülmüş ve farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0,05$). Katılımcıların yaşları yükseldikçe, devlet hastanelerinde ve devlet ile üniversiteler ile ortak kullanılan eğitim araştırma hastanelerinde alınan katılım kayının ne kadar olduğunu bilme düzeyleri de yükselmektedir. Yaşları 20 yaş ve altında olan katılımcıların bu soruyu bilme oranları %23 iken, 40 yaş ve üstünde olan katılımcıların bu soruyu bilme durumları %33'tür. 21-29 yaş aralığında olan katılımcılar ile 30-39 Yaş aralığındaki katılımcıların bu soruyu bilme durumları ise sırasıyla %17,4 ve %24,2'dir. Katılımcılardan evli ve dul olan katılımcıların %69,3'ü, bekâr olan katılımcıların %81,2'si, devlet hastanelerinde ve devlet ile üniversiteler ile ortak kullanılan eğitim araştırma hastanelerinde alınan katılım payının ne kadar olduğunu bilmediklerini belirtmişlerdir. Çocuk sahibi olan katılımcıların %32,8'i, devlet hastanelerinde ve devlet ile üniversiteler ile ortak kullanılan eğitim araştırma hastanelerinde alınan katılım kayının ne kadar olduğunu bilirken %67,2'si

devlet hastanelerinde ve devlet ile üniversiteler ile ortak kullanılan eğitim araştırma hastanelerinde alınan katılım kayının ne kadar bilmediğini belirtmişlerdir.

Tablo 39. Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	31	25,6	90	74,4	121	0,672	0,412
Kadın	61	21,9	218	78,1	279		
Yaş						7,982	0,046
20 Yaş ve altı	17	23,0	57	77,0	74		
21-29 Yaş	30	17,4	142	82,6	172		
30-39 Yaş	16	24,2	50	75,8	66		
40 Yaş ve üstü	29	33,0	59	67	88		
Medeni Durum						7,237	0,007
Evli/Dul	43	30,7	97	69,3	140		
Bekâr	49	18,8	211	81,2	260		
Meslek						2,295	0,317
Devlet Memuru	29	28,4	73	71,6	102		
Öğrenci	44	21,0	166	79,0	210		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	19	21,6	69	78,4	88		
Çocuğunuz var mı?						9,86	0,002
Evet	41	32,8	84	67,2	125		
Hayır	51	18,5	224	81,5	275		
Eğitim Durumu						1,721	0,190
Lise ve altı	18	29,5	43	70,5	61		
Üniversite ve üstü	74	21,8	265	78,2	339		
Sosyal güvenceniz						0,163	0,687
SGK	83	23,0	278	77,0	361		
Diğeri	7	20,0	28	80,0	35		
Aylık aile geliriniz						2,699	0,440
1500 TL ve altı	10	18,5	44	81,5	54		
1501- 2500 TL	24	25,5	70	74,5	94		
2501-4999 TL	24	19,0	102	81	126		
5000 TL ve üstü	32	26,0	91	74	123		

Tablo 40’da Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘*Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?*’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıkları değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık Ki-Kare test yöntemi ile ölçülmüş ve anlamlı bir fark bulunmamıştır($p>0,05$).

Tablo 29 ve 40’da Elde edilen bu bilgiler doğrultusunda, ‘H.10: Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerine gidildiğinde, Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Ödenildiğini Bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık hizmeti kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi yaş, medeni durum ve çocuk sahibi olma değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 40. Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Devlet Hastanelerine ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerin Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
	Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?						
Aile hekimliğine	23	23,0	77	77,0	100	3,231	0,357
Devlet hastanesine	36	25,7	104	74,3	140		
Üniversite hastanesine	29	23,2	96	76,8	125		
Özel Hastane/Diğer	4	11,4	31	88,6	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	53	23,1	176	76,9	229	0,023	0,989
Normal	36	22,9	121	77,1	157		
Kötü/Çok kötü	3	21,4	11	78,6	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	15	23,8	48	76,2	63	0,052	0,819
Hayır	74	22,5	255	77,5	329		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	19	22,1	67	77,9	86	4,028	0,402
Bir kez	22	22,4	76	77,6	98		
İki kez	19	18,3	85	81,7	104		
Üç kez	10	23,8	32	76,2	42		
Dört ve daha fazla	21	31,3	46	68,7	67		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	3	11,1	24	88,9	27	3,003	0,557
Bir kez	11	21,2	41	78,8	52		
İki kez	19	24,1	60	75,9	79		
Üç kez	19	27,1	51	72,9	70		
Dört ve daha fazla	40	23,7	129	76,3	169		

Tablo 40'ın Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	30	21,6	109	78,4	139	8,392	0,078
Bir kez	16	21,6	58	78,4	74		
İki kez	4	9,1	40	90,9	44		
Üç kez	12	27,3	32	72,7	44		
Dört ve daha fazla	28	30,4	64	69,6	92		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Dış hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	35	18,9	150	81,1	185	8,491	0,075
Bir kez	23	22,3	80	77,7	103		
İki kez	20	36,4	35	63,6	55		
Üç kez	8	32,0	17	68,0	25		
Dört ve daha fazla	6	20,7	23	79,3	29		

Tablo 41'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre '*Devlet Hastanelerinde ve Üniversite ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde alınan Katılım Payı Ücreti sizce yüksek midir?*' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Ki Kare testi ile katılımcıların yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($P < 0,05$). 20 yaş ve altında olan katılımcıların %57,1'i, 21-29 yaş aralığındaki katılımcıların %66,6'sı, 30-39 yaş aralığında olan katılımcıların %66,1'i, 40 yaş ve üstündeki katılımcıların %81,6'sı ve bu katılımcılardan evli ve dul olan katılımcıların %76,0'sı, bekâr katılımcıların ise %63,7'si, devlet ve üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanesin de alınan katılım payı ücretinin yüksek olduğunu inanmaktadırlar. Katılımcılardan çocuğu sahibi olan katılımcıların %76,4'ü, çocuk sahibi olmayan katılımcıların %64,3'ü, devlet ve üniversiteler ile ortak kullanılan sağlık bakanlığı eğitim araştırma hastanesin de alınan katılım payı ücretinin yüksek olduğunu düşünmektedirler.

Tablo 41. Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?					X ²	P
	Evlet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	67	63,8	38	36,2	105	1,264	0,261
Kadın	172	69,9	74	30,1	246		
Yaş						10,089	0,018
20 Yaş ve altı	36	57,1	27	42,9	63		
21-29 Yaş	102	66,6	51	33,4	153		
30-39 Yaş	39	66,1	20	33,9	59		
40 Yaş ve üstü	62	81,6	14	18,4	76		
Medeni Durum						5,589	0,018
Evli/Dul	95	76,0	30	24,0	125		
Bekâr	144	63,7	82	36,3	226		
Meslek						5,583	0,53
Devlet Memuru	71	78,0	20	22,0	91		
Öğrenci	117	63,6	67	36,4	184		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	51	67,1	25	32,9	76		
Çocuğunuz var mı?						5,046	0,025
Evlet	84	76,4	26	23,6	110		
Hayır	155	64,3	86	35,7	241		
Eğitim Durumu						0,976	0,323
Lise ve altı	33	62,2	20	27,8	53		
Üniversite ve üstü	206	69,1	92	30,9	298		
Sosyal güvenceniz						1,772	0,183
SGK	214	68,1	104	21,9	314		
Diğeri	23	79,4	6	20,6	29		
Aylık aile geliriniz						2,404	0,493
1500 TL ve altı	30	61,2	19	38,8	49		
1501- 2500 TL	55	65,5	29	34,5	84		
2501-4999 TL	81	72,3	31	27,7	112		
5000 TL ve üstü	72	69,9	31	30,1	103		

Tablo 42’de Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘Devlet Hastanelerinde ve Üniversite ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanelerinde alınan Katılım Payı Ücreti sizce yüksek midir?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Ki Kare testi ile katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıkları ile bu soru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır(P>0,05).

Tablo 41 ve 42’de Elde edilen bu bulgulara göre, ‘H.11: Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Ortak Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek veya Düşük olma durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 42. Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Devlet Hastanelerinde ve Üniversiteler ile Kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	63	67,7	30	32,3	93	0,406	0,939
Devlet hastanesine	80	68,4	37	31,6	117		
Üniversite hastanesine	77	69,4	34	30,6	111		
Özel Hastane/Diğer	19	63,3	11	26,7	30		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/İyi	23	65,7	12	34,3	35	5,622	0,060
Normal	102	75	34	25	136		
Kötü/Çok kötü	9	81,8	2	18,2	11		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	43	75,4	14	24,6	57	2,035	0,154
Hayır	188	65,7	98	34,3	286		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	54	66,7	27	33,3	81	0,435	0,979
Bir kez	55	67,9	26	32,1	81		
İki kez	59	66,3	30	33,7	89		
Üç kez	24	68,6	11	31,4	35		
Dört ve daha fazla	44	71	18	29	62		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	15	62,5	9	37,5	24	1,698	0,791
Bir kez	28	63,6	16	36,4	44		
İki kez	46	64,8	25	35,2	71		
Üç kez	43	71,7	17	28,3	60		
Dört ve daha fazla	105	70	45	30	150		

Tablo 42'inin Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de g�n�birlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	79	63,7	45	36,3	124		
Bir kez	47	73,4	17	26,6	64		
İki kez	24	61,5	15	38,5	39	4,091	0,394
�� kez	29	76,3	9	23,7	38		
Dört ve daha fazla	57	70,4	24	29,6	81		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Dış hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	104	63,8	59	36,2	163		
Bir kez	63	70,8	26	29,2	89		
İki kez	35	70	15	30	50	3,124	0,537
�� kez	16	69,6	7	30,4	23		
Dört ve daha fazla	19	79,2	5	20,8	24		

Tablo 43'te Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre '* niversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı  creti  dediğinizi Biliyor Musunuz?*' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplar ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerin arasındaki ilişki Ki Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların yaş, medeni durum,  ocuk sahibi olma ve sosyal güvence değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkarılmıştır ($P < 0,05$). 20 yaş ve altında olan katılımcıların %11'i, 21-29 yaş aralığındaki katılımcıların %16,9'u, 30-39 yaş aralığında olan katılımcıların %19,7'si, 40 yaş ve üstünde olan katılımcıların %29,4' , Evli ve dul olanların %24,6'sı, Bekar olan katılımcıların %15,9'u  niversite hastanelerinde alınan katılım payının ne kadar olduğunu bilmektedirler. Katılımcılardan  ocuk sahibi olan katılımcıların %25,2'si ile  ocuk sahibi olmayan katılımcıların %16,1'i, ayrıca SGK sosyal güvencesine sahip katılımcılarında %20,1'i  niversite hastanelerinde alınan katılım payının ne kadar olduğu hakkında bilgi sahibilerdir.

Tablo 43. Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	25	20,8	95	79,2	120	0,402	0,526
Kadın	50	18,1	226	81,9	276		
Yaş							
20 Yaş ve Altı	8	11,0	65	89,0	93	9,202	0,022
21-29 Yaş	29	16,9	143	83,1	172		
30-39 Yaş	13	19,7	53	80,3	66		
40 Yaş ve Üstü	25	29,4	60	70,6	85		
Medeni Durum							
Evli/Dul	34	24,6	104	75,4	138	4,480	0,034
Bekâr	41	15,9	217	84,1	258		
Meslek							
Devlet Memuru	27	26,7	74	73,3	101	5,794	0,054
Öğrenci	32	15,3	177	84,7	209		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	16	18,6	70	81,4	86		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	31	25,2	92	74,8	123	4,56	0,033
Hayır	44	16,1	229	83,9	273		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	11	18,3	49	81,7	60	0,017	0,897
Üniversite ve üstü	64	19,0	272	81,0	336		
Sosyal güvenceniz							
SGK	72	20,1	286	79,9	358	4,105	0,043
Diğer	2	5,9	32	94,1	34		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	9	17,0	44	83,0	53	3,371	0,338
1501- 2500 TL	13	14,0	80	86,0	93		
2501-4999 TL	23	18,5	101	81,5	124		
5000 TL ve üstü	29	23,6	94	76,4	123		

Tablo 44’de Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların bu soruya verdikleri cevaplar ile katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki Ki Kare testi ile değerlendirilmiş ve katılımcıların son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24

saatten az) olarak alınan tedavi hizmeti kullanma değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkarılmıştır($P<0,05$).

Tablo 43 ve 44’te gösterilen bulgulara göre; ‘H.12: Üniversite Hastanelerine Gidildiğinde Ne Kadar Katılım Payı Ücretinin Ödenildiğini Bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, sosyal güvence ve son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günöbirlik (24 saatten az) olarak alınan tedavi hizmeti kullanma değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 44. Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Üniversite Hastanelerine Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	20	20,0	80	80,0	100	5,199	0,158
Devlet hastanesine	19	13,7	120	86,3	139		
Üniversite hastanesine	30	24,6	92	75,4	122		
Özel Hastane/Diğer	6	17,1	29	82,9	35		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	43	18,9	185	81,1	228	0,059	0,971
Normal	29	18,8	125	81,2	154		
Kötü/Çok kötü	3	21,4	11	78,6	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	13	21,3	48	78,7	61	0,295	0,587
Hayır	60	18,3	267	81,7	327		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	15	17,6	70	82,4	85	1,747	0,782
Bir kez	19	19,8	77	80,2	96		
İki kez	17	16,5	86	83,5	103		
Üç kez	7	16,7	35	83,3	42		
Dört ve daha fazla	16	23,9	51	76,1	67		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	4	16,0	21	84,0	25	3,318	0,506
Bir kez	6	11,8	45	88,2	51		
İki kez	15	19,0	64	81,0	79		
Üç kez	12	17,4	57	82,6	69		
Dört ve daha fazla	38	22,5	131	77,5	169		

Tablo 44'ün Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	23	16,8	114	83,2	137		
Bir kez	12	16,4	61	83,6	73		
İki kez	5	11,4	39	88,6	44	10,932	0,027
Üç kez	6	14,0	37	86,0	43		
Dört ve daha fazla	28	30,4	64	69,6	92		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	26	14,3	156	85,7	182		
Bir kez	20	19,6	82	80,4	102		
İki kez	17	30,9	38	69,1	55	9,063	0,060
Üç kez	7	28,0	18	72,0	25		
Dört ve daha fazla	5	17,2	24	82,8	29		

Tablo 45'de Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre 'Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek midir?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların yaş, medeni durum, meslek ve çocuk sahibi olma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark Ki Kare test yöntemiyle ortaya çıkarılmıştır ($P < 0,05$). Katılımcılardan 20 yaş ve altında olan katılımcıların %46,4'ü, 21-29 yaş aralığındaki katılımcıların %65,9'u, 30-39 yaş aralığında olan katılımcıların %67,4'ü, 40 yaş ve üstündeki katılımcıların %83,9'u, üniversitede alınan katılım paylarının yüksek olduğunu düşünmektedirler. Evli ve dul olan katılımcıların %78,4'ü, bekâr olan katılımcıların %60,4'ü ve bu katılımcılardan çocuk sahibi olan katılımcıların %79,5'i, çocuk sahibi olmayan katılımcıların %61,9'u, üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretini yüksek bulmaktadırlar. Ayrıca devlet memuru olan katılımcıların %80'ni, Öğrenci olan katılımcıların %58,9'u, Emekli/serbest/özel sektör olan katılımcıların %68,9'u üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücretini yüksek olduğu kanısındalar.

Tablo 45. Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek midir?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	56	65,1	30	34,9	86	0,066	0,798
Kadın	142	66,7	71	33,3	213		
Yaş							
20 Yaş ve altı	26	46,4	30	53,6	56	18,475	0,001
21-29 Yaş	91	65,9	47	34,1	138		
30-39 Yaş	29	67,4	14	32,6	43		
40 Yaş ve üstü	52	83,9	10	16,1	62		
Medeni Durum							
Evli/Dul	76	78,4	21	21,6	97	9,444	0,002
Bekâr	122	60,4	80	39,6	202		
Meslek							
Devlet Memuru	60	80,0	15	20,0	75	10,465	0,005
Öğrenci	96	58,9	67	41,1	163		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	42	68,9	19	31,1	61		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	66	79,5	17	20,5	83	9,082	0,003
Hayır	132	61,1	84	38,9	216		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	26	60,5	17	39,5	43	0,744	0,388
Üniversite ve üstü	172	67,2	84	32,8	256		
Sosyal güvenceniz							
SGK	184	67,2	90	32,8	274	2,122	0,145
Diğer	12	52,2	11	47,8	33		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	27	62,8	16	37,2	43	0,503	0,918
1501- 2500 TL	41	64,1	23	35,9	64		
2501-4999 TL	62	66,7	31	33,3	93		
5000 TL ve üstü	66	68,0	31	32,0	97		

Tablo 46’te Katılımcıların sağlık kullanım durumlarına göre ‘*Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek midir?*’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Katılımcıların genel sağlık durumu değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark Ki Kare test yöntemiyle ortaya çıkarılmıştır ($P<0,05$). Genel sağlık durumu çok iyi/iyi olan katılımcıların %59,1’i, normal olan katılımcıların %76,9’u, kötü/çok kötü olan katılımcıların %63,6’sı, üniversite hastanelerinde alınan katılım payı sizce yüksek midir? Sorusuna ‘evet’ şeklinde cevap vererek üniversite hastanelerine gittiklerinde kendilerinde alınan katılım payının yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 45 ve 46’da verilen bulgulara göre; ‘H.13: Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücreti yüksek veya düşük olma durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi yaş, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma ve genel sağlık durumu değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 46. Üniversite Hastanelerinde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Üniversite hastanelerinde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek midir?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	46	60,5	30	39,5	76	4,479	0,214
Devlet hastanesine	71	72,4	27	27,6	98		
Üniversite hastanesine	65	67,7	31	32,3	96		
Özel Hastane/Diğer	16	55,2	13	44,8	29		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	101	59,1	70	40,9	171	9,939	0,007
Normal	90	76,9	27	23,1	117		
Kötü/Çok kötü	7	63,6	4	36,4	11		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	36	75,0	12	25,0	48	2,236	0,136
Hayır	157	63,8	89	36,2	246		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	47	66,2	24	33,8	71	1,594	0,810
Bir kez	44	62,9	26	37,1	70		
İki kez	46	63,9	26	36,1	72		
Üç kez	18	64,3	10	35,7	28		
Dört ve daha fazla	40	72,7	15	27,3	55		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	12	66,7	6	33,3	18	3,472	0,482
Bir kez	24	60,0	16	40,0	40		
İki kez	36	59,0	25	41,0	61		
Üç kez	36	73,5	13	26,5	49		
Dört ve daha fazla	88	68,2	41	31,8	129		

Tablo 46'nın Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	66	62,3	40	37,7	106		
Bir kez	34	65,4	18	34,6	52		
İki kez	20	55,6	16	44,4	36	5,27	0,261
Üç kez	23	74,2	8	25,8	31		
Dört ve daha fazla	51	73,9	18	26,1	69		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Dış hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	85	62,5	51	37,5	136		
Bir kez	57	71,3	23	28,8	80		
İki kez	23	60,5	15	39,5	38	4,842	0,304
Üç kez	13	61,9	8	38,1	21		
Dört ve daha fazla	18	81,8	4	18,2	22		

Tablo 47'de Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre 'Özel hastaneye gittiğinizde ne kadar katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Bu soruda katılımcıların aylık hane geliri değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir fark Ki Kare testiyle ortaya çıkarılmıştır ($P < 0,05$). Katılımcılardan aylık hane geliri 1500 TL ve altında olan katılımcıların %28,3'ü, aylık hane geliri 1501-2500 TL arasında olan katılımcıların %22,8'i, aylık hane geliri 2501-4999 TL arasında olan katılımcıların %81,7'si, aylık hane geliri 5000 TL ve üzeri olan katılımcıların %65'i, özel hastanelerde ne kadar katılım payının kesildiğini bildiklerini ankete yansıtmışlardır.

Tablo 47. Özel Hastaneye Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Özel hastaneye gittiğinizde ne kadar katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	27	22,7	92	77,3	119	0,899	0,343
Kadın	72	27,3	192	72,7	264		
Yaş							
20 Yaş ve Altı	19	26,4	53	73,6	72	2,416	0,491
21-29 Yaş	37	22,2	130	77,8	167		
30-39 Yaş	18	29,5	43	70,5	61		
40 Yaş ve Üstü	25	30,1	58	69,9	83		
Medeni Durum							
Evli/Dul	38	29,0	93	71,0	131	1,037	0,309
Bekâr	61	24,2	191	75,8	252		
Meslek							
Devlet Memuru	32	32,7	66	67,3	98	3,202	0,202
Öğrenci	47	23,3	155	76,7	202		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	20	24,1	63	75,9	83		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	34	29,3	82	70,7	116	1,040	0,308
Hayır	65	24,3	202	75,7	267		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	14	24,1	44	75,9	58	0,104	0,747
Üniversite ve üstü	85	26,2	240	73,8	325		
Sosyal güvenceniz							
SGK	91	26,4	254	73,6	340	0,541	0,462
Diğer	7	20,6	27	79,4	34		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	15	28,3	38	71,7	53	9,247	0,026
1501- 2500 TL	21	22,8	71	77,2	92		
2501-4999 TL	21	18,3	94	81,7	115		
5000 TL ve üstü	42	35,0	78	65,0	120		

Tablo.48’de Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘*Özel hastaneye gittiğinizde ne kadar katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?*’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Bu soru ile katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıkları arasındaki ilişki Ki Kare testiyle ölçülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı anlaşılmıştır (P>0,05).

Tablo 47 ve 48’de Elde edilen bulgulara göre; ‘H.14: Özel hastaneye gidildiğinde ne kadar katılım payı ücretinin ödenildiğini bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir’ hipotezi aylık hane geliri değişkeni bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 48. Özel Hastaneye Gittiğinizde Ne Kadar Katılım Payı Ücreti Ödediğinizi Biliyor Musunuz? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Özel hastaneye gittiğinizde ne kadar katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	22	22,9	74	77,1	96	4,871	0,181
Devlet hastanesine	32	23,9	102	76,1	134		
Üniversite hastanesine	31	26,1	88	73,9	119		
Özel Hastane/Diğer	14	41,2	20	58,8	34		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	55	25,2	163	74,8	218	0,755	0,686
Normal	39	25,8	112	74,2	151		
Kötü/Çok kötü	5	35,7	9	64,3	14		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	17	27,4	45	72,6	62	0,139	0,709
Hayır	79	25,2	235	74,8	314		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	22	26,2	62	73,8	84	3,335	0,503
Bir kez	26	28,9	64	71,1	90		
İki kez	23	23,0	77	77,0	100		
Üç kez	7	17,1	34	82,9	41		
Dört ve daha fazla	20	30,8	45	69,2	65		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	3	12,0	22	88,0	25	5,929	0,205
Bir kez	16	32,0	34	68,0	50		
İki kez	21	27,3	56	72,7	77		
Üç kez	22	32,8	45	67,2	67		
Dört ve daha fazla	37	23,0	124	77,0	161		

Tablo 48'in Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X ²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	27	20,3	106	79,7	133		
Bir kez	24	34,3	46	65,7	70		
İki kez	14	31,8	30	68,2	44	8,313	0,081
Üç kez	7	16,3	36	83,7	43		
Dört ve daha fazla	26	29,9	61	70,1	87		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	48	26,8	131	73,2	179		
Bir kez	25	24,8	76	75,2	101		
İki kez	15	29,4	36	70,6	51	0,783	0,941
Üç kez	5	21,7	18	78,3	23		
Dört ve daha fazla	6	23,1	20	76,9	26		

Tablo 49'da Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre '*Özel hastanelerde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek midir?*' sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Bu soruda katılımcıların cinsiyet değişkeninde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu Ki Kare testiyle ölçülmüştür ($P < 0,05$). Erkeklerin %79,3'ü, Kadınların %89,3'ü özel hastanelerde talep edilen katılım payı ücretini rakamsal olarak yüksek bulmaktadırlar.

Tablo 49. Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Değişkenler	Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Cinsiyet							
Erkek	69	79,3	18	20,7	87	5,569	0,018
Kadın	196	89,5	23	10,5	219		
Yaş							
20 Yaş ve altı	46	82,1	10	17,9	56	3,334	0,344
21-29 Yaş	121	89,6	14	10,4	135		
30-39 Yaş	39	81,3	9	18,8	48		
40 Yaş ve üstü	59	88,1	8	11,9	67		
Medeni Durum							
Evli/Dul	94	87,9	13	12,1	107	0,221	0,638
Bekâr	171	85,9	28	14,1	199		
Meslek							
Devlet Memuru	69	87,3	10	12,7	79	0,142	0,931
Öğrenci	138	86,8	21	13,2	159		
Emekli/Serbest/Özel Sektör	58	85,3	10	14,87	68		
Çocuğunuz var mı?							
Evet	82	87,2	12	12,8	94	0,047	0,829
Hayır	183	86,3	29	13,7	212		
Eğitim Durumu							
Lise ve altı	339	83,0	8	12,0	47	0,625	0,428
Üniversite ve üstü	226	87,3	33	12,7	259		
Sosyal güvenceniz							
SGK	239	86,3	38	13,7	277	0,143	0,705
Diğeri	24	88,9	3	11,1	27		
Aylık aile geliriniz							
1500 TL ve altı	36	85,7	6	14,3	42	6,802	0,078
1501- 2500 TL	68	93,2	5	6,8	73		
2501-4999 TL	79	88,8	10	11,2	89		
5000 TL ve üstü	80	80,0	20	20,0	100		

Tablo 50’de Katılımcıların sağlık kullanım alışkanlıklarına göre ‘*Özel hastanelerde alınan katılım payı ücreti sizce yüksek midir?*’ sorusuna verilen cevaplar gösterilmiştir. Bu soruda katılımcıların son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet alma değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu Ki Kare testiyle ölçülmüştür ($P < 0,05$). Aile hekimliğine hiç gitmeyen katılımcıların %78,9’u, bir kez giden katılımcıların %88,9’u, iki kez giden katılımcıların %87,8’i, üç defa giden katılımcıların

%77,4'ü ve dört defa ve fazla giden katılımcıların %96,4'ü, özel hastanelerde talep edilen katılım payı ücretini rakamsal olarak yüksek bulmaktadırlar.

Tablo 49 ve 50'da Elde edilen bulgulara göre; 'H.15: Özel hastanelerde alınan katılım payı ücretinin yüksek veya düşük olma durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve sağlık kullanım alışkanlıklarına göre farklılık göstermektedir' hipotezi cinsiyet ve son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet alma değişkenleri bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 50. Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir? Sorusuna Verilen Cevapların Katılımcıların Sağlık Kullanım Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Değişkenler	Özel Hastanelerde Alınan Katılım Payı Ücreti Sizce Yüksek Midir?					X ²	P
	Evet	%	Hayır	%	Toplam		
Sağlık hizmetlerinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?							
Aile hekimliğine	68	87,2	10	12,8	78	3,479	0,324
Devlet hastanesine	89	85,6	15	14,4	104		
Üniversite hastanesine	84	90,3	9	9,7	93		
Özel Hastane/Diğer	24	77,4	7	22,6	31		
Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?							
Çok iyi/iyi	149	80,0	24	20,0	173	0,149	0,928
Normal	107	87,0	16	13,0	123		
Kötü/Çok kötü	9	88,9	1	11,1	10		
Kronik bir hastalığınız var mı?							
Evet	48	92,3	4	7,7	52	1,709	0,191
Hayır	213	85,5	36	14,5	249		
Son 12 ay içerisinde kaç kere aile hekimliğinden hizmet aldınız?							
Hiç	56	78,9	15	21,1	71	10,752	0,029
Bir kez	64	88,9	8	11,1	72		
İki kez	65	87,8	9	12,2	74		
Üç kez	24	77,4	7	22,6	31		
Dört ve daha fazla	53	96,4	2	3,6	55		
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastaneden yatarak hizmet aldınız?							
Hiç	15	78,9	4	21,1	19	6,189	0,185
Bir kez	31	77,5	9	22,5	40		
İki kez	52	83,9	10	16,1	62		
Üç kez	48	90,6	5	9,4	53		
Dört ve daha fazla	117	90,0	13	10,0	130		

Tablo 50'nin Devamı	Evet	%	Hayır	%	Toplam	X²	P
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de günübirlik (24 saatten az) tedavi hizmeti aldınız?							
Hiç	88	84,6	16	15,4	104	2,803	0,591
Bir kez	48	84,2	9	15,8	57		
İki kez	30	83,3	6	16,7	36		
Üç kez	32	94,1	2	5,9	34		
Dört ve daha fazla	62	88,6	8	11,4	70		
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?							
Hiç	123	84,2	23	15,8	146	4,035	0,401
Bir kez	70	87,5	10	12,5	80		
İki kez	34	94,4	2	5,6	36		
Üç kez	15	78,9	4	21,1	19		
Dört ve daha fazla	21	91,3	2	8,7	23		

5. BÖLÜM: TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1 TARTIŞMA

Dünya nüfusunun artması, hastalıkların çoğalması, insanların istek ve ihtiyaçlarının değişmesi beraberinde birçok alanda değişimler meydana getirmiştir ve getirmeye devam etmektedir. Bu değişimler arasında bilgi ve teknolojik gelişmeler ilk sıralarda yer almaktadır. Bilgi ve teknolojik gelişmeler sayesinde birçok iş rahatlıkla yapılabilen ve daha önceleri çözüme kavuşturulamayan problemler sorun olmaktan çıkmaktadır. Ancak bilgi ve teknolojiye yaşanan gelişmelerin bütün dünyada eşit şekilde gerçekleşmemesi ve bu gelişmelerin bazen pahalı olması ve ülkelerin ekonomik güçlerinin farklılığından dolayı düşük ve orta gelirli ülkelerin bu gelişmelere erişimleri mümkün olmayabilmektedir. Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmelerden dolayı son 15 yılda sağlık alanında yapılan harcamalar artış göstermiştir. Ancak sağlık harcamalarında artan artışları sadece teknolojik gelişmelere bağlamak doğru olmaz. Politika belirleyicilerin sağlık sigorta kapsamını genişletmeleri, hizmet sunum modellerinde yapılan değişimler ve hastaların artan beklentilerinden dolayı sağlıkta yapılan harcamalar artmıştır (Yıldırım vd., 2011: 72). Ve ayrıca sağlık sektörünün emek yoğun olması, arzın talep yaratması, kronik hastalıkların ve yetersizliklerin ortalama yaşam seviyesiyle artması, insanların sağlık bilincinin gelişmesi, sağlık hizmetlerine erişimin artması sağlık harcamalarını artıran diğer nedenlerdir (Öztürk ve Uçan, 2017: 145). Sağlık harcamalarının artmasıyla birçok ülke bu harcamaları kontrol altına almak için birçok stratejiye başvurmaktadır. Sağlık harcamalarını kontrol altında tutmak için arz yönlü ve talep yönlü maliyet kısıtlama mekanizmaları kullanılmaktadır. Talep yönlü mekanizmalar içerisinde kullanıcı katkıları yöntemi bulunmaktadır. Kullanıcı katkıları veya maliyet paylaşımı yöntemi birçok ülke tarafından kullanılmaktadır. Ancak her ne kadar maliyet paylaşımı, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkili biçimlerini teşvik etmek için kullanılmak istense de genel olarak kullanıcı katkılarının ilaç ve diğer sağlık sektöründe sağlık harcamalarının uzun vadede kontrol altına alındığına dair bir kanıt yoktur (Thomson vd., 2008: 69). Haddad ve Fournier (1995: 743) tarafında Kongo cumhuriyetinde yapılan bir çalışmada kullanıcı ücretlerinin tanıtılmasından sonra hizmet kullanımının %40 düştüğü, bu düşüş ile birlikte ilaç, personel ve tıbbi ekipman maliyetlerinde %18-32 aralığında azalmalar görülmüştür. Birinci basamak sağlık

hizmetlerinde kullanıcı katkılarının faaliyet göstermesinden sonra tedavi edici bakımda %15,4 azalma görülürken, kullanıcı hizmetlerini uygulanmadığı birinci basamak tedavi edici bakım hizmetlerinde %30,5'lik artış yaşanmıştır (Ridde, 2003:534). Kullanıcı ücretleri, sabit bir fiyat olarak uygulamaya başlandıktan sonra enformel ödemeleri büyük ölçüde azaltarak cerrahi ve yataklık tedavi hizmetlerinde sağlık hizmetleri kullanımını artırmıştır (Barber vd., 2004:205). Kullanıcı ücretleri, genel hizmet kullanımını olumsuz etkilememekle birlikte, kullanıcı ücretlerindeki artışlar bazı yoksulları bakım arayışından caydırılırken, bir 'tıbbi yoksulluk tuzağı' yaratmıştır (Jacobs ve Prices, 2004:311). Kullanıcı ücretleri, kamu sektörü üretkenliğini artırırken, koruyucu hizmetlerin alımını azaltmıştır. Kullanıcı ücretlerine olan güvenin artması, gereksiz hizmetlerin aşırı sağlanması ve sosyal olarak arzu edilen hizmetlerin yetersiz sağlanması ile tahsisat verimliliğini daha da kötü duruma düşürmüştür (Liu ve Mills, 2002:1691). Kullanıcı ücretlerinin uygulanmasından sonra hizmet kullanım azalmıştır. Ancak aşamalı uygulamadan sonra 1989'daki ilk kayıt ücreti il hastanelerinde ortalama %27, bölge hastanelerinde %45 ve sağlık merkezlerinde %33 oranında azalmaya yol açmıştır. Buna karşılık, 1992 yılında yeniden uygulamaya konan ayakta tedavi katkı payı ücreti, hizmet kullanımında çok daha küçük azalmalar sağlamıştır (Collins vd., 1996:52). Ayaktan tedavi hizmetlerinin kullanımı, genel olarak olmasa da katkı payı uygulamasının başlamasından sonra, ayakta tedavi hizmetlerinin genel kullanımını %21,3 oranında azaltmıştır. Ancak, uzak bölgelerde bulunan tesislerde kullanım artarken, kentsel veya yarı kentsel yakın alanlarda bulunan tesislerde hizmet kullanımını azaltmıştır. Uzak tesislerde artan kullanımın büyük ölçüde sağlık çalışanlarına yapılan teşvik ödemeleri, daha iyi ilaç temini ve diğer kamu projelerinin etkili olduğu düşünülmektedir (Kipp vd., 2001:1036). Kenya'da cinsel yolla bulaşan hastalıklar için katılım payı ücretlerinin, hasta başvuru merkezi üzerindeki etkisi üzerine yapılan çalışmada kullanıcı ücretlerinin yürürlüğe girmesiyle sağlık hizmetlerinin kullanımında keskin düşüşler yaşanmıştır (Moses vd., 1992: 463). Kullanıcı ücretlerinin sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerinde küçük bir etkiye sahip olduğunu ve sağlık yetkililerinin, halk sağlığı tesislerinde hem yapısal hem de süreç kalitesinin iyileştirilmesini vurgulayarak aynı anda kullanıcı ücretlerini iki katına çıkarabileceğini ve hizmet kullanımını azaltabileceğini vurgulanmaktadır (Mariko, 2003:1183). Nijer'de finansman ve kalite değişikliklerinin sağlık hizmeti talebi üzerindeki etkisi çalışmasında, kullanıcı ücretlerinin yalnızca sağlık hizmetlerinin

kullanımı üzerinde ihmal edilebilir olumsuz bir etki oluşturmuş ve ayrıca kullanıcı ücretlerindeki artışların ardından erişimde ciddi düşüş olduğuna dair kanıt oluşturmamıştır (Chawla ve Ellis, 2000:78). Benjemin ve arkadaşları (2001: 38) Papua Yeni Gine Ulusal Başkent Bölgesi'ndeki Port Moresby Genel Hastanesi'nin (PMGH) doğum öncesi ve doğum sonrası servislerinde kullanıcı ücretlerinin, sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisini incelemiştir. Önceki kayıtların analizinde, ilk ziyaretlerde doğum öncesi kliniklere katılımın, kullanım ücretlerinin başlamasından kısa bir süre sonra %30 oranında azalma görülmüştür. Ancak, Hizmet kullanım oranı kullanıcı ücretlerinin başlamasında 12 ay sonra artmış ve sabitlenmiştir. Bosu vd. (2007: 120) Gana'nın iki bölgesinde, doğum bakım hizmetlerinde kullanıcı ücretlerinin kaldırılmasını uygulamaya konulmasından önceki yıl ve sonraki yıl boyunca kurumsal anne ölümlerini karşılaştırmıştır. İki bölgede kurumsal anne ölümleri %10 ile %34 oranında azalma tespit edilmiştir. Vietnam'da 1993 ve 1998 yılları arasında yapılan bir araştırmada kullanıcı ücretlerinin hastaneye yapılan başvurularda azalma meydana getirirken, hastanede kalma süresinde artış gerçekleştirmiştir. Yüksek gelirli ailelerin %20'si, düşük gelirli ailelerin %20'sinin yıllık hastaneye ziyaretinin dört buçuk kat daha fazla hastaneye başvuruda bulunmuştur. Yüksek gelirli bireylerin düşük gelirli bireylere göre daha yüksek oranda hastaneye başvuruda bulunmaları hastane kullanımını daha eşitsiz hale getirmiştir. Hastanede kalış süresinde ise orta ve yüksek gelirli ailelerin düşük gelirli ailelere göre daha hızlı bir artış meydana gelmiştir. Hizmet kullanımında yoksul ve yoksul olmayanlar arasındaki fark, sağlık sigortası olan hastalar için biraz daha azdır. Sigortalı bir kişinin ortalama hastane başvuruları, sigortasız bir kişinin hastaneye başvuru ortalamasının yaklaşık üç katıdır (Sepehri vd., 2005: 96). Kullanıcı ücretleri, sağlık hizmetlerine erişimi engelleyerek ve hastaların karşılaştıkları sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırarak yoksul ve savunmasız nüfus gruplarının gerektiğinde her zaman uygun sağlık bakım hizmetini aramasına engel olmaktadır. Ancak, Kullanıcı ücretlerin daha kaliteli hizmetlere erişimi geliştirme potansiyeli vardır (James vd., 2006: 138).

Katkı paylarının artırılmasından sonra ilaç kullanımı üzerinde olan etkisini araştırılması için yapılan çalışmalardan bir olan Goldman vd. (2004: 2348) yaptığı çalışmada katkı paylarının iki katı oranında artırılması durumunda 8 terapötik ilaçların kullanımındaki düşüşler gözlenmiştir. En büyük düşüş steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar (%45) ve antihistaminikler (%44) için meydana gelmiştir. Depresyondaki hastalar tarafından

antidepresan kullanımı %8, hipertansif hastalar arasında antihipertansif kullanımı ise %10 azalmıştır. NSAID kullanan artrit hastalarında (%27) ve antihistaminik alan alerji hastalarında (%31) daha fazla azalma gözlenmiştir. Diyabetli hastalarda da antidiyabet ilaçların kullanımı %23 oranında azalma gerçekleşmiştir. İlaçlar üzerine yapılan diğer bir araştırmada katkı payı politikasının uygulanmasından sonra reçeteli ilaçların kullanımı %17,2 oranında önemli ölçüde azalmıştır. Diyabet, solunum yolu hastalığı ve şizofreni hastaları, endikasyonlu ilaçların kullanımları ve durumları için belirtilen ilaçlardan önemli ölçüde azalmalar görülmüştür (Hartung vd., 2008: 565). Katkı payının bütün ilaçlar üzerinde benzer etki oluşturmamaktadır. Terapötik ilaç kategorilerinden dördü kardiyovasküler, kolinerjik, idrar söktürücü ve psikoterapötik, ilaçlarda önemli düşüşler görülürken, terapötik kategorilerin geri kalan ilaçlarda önemli bir değişiklik görülmemiştir. Dolayısıyla, ödemenin terapötik kategoriye bağlı olarak kullanımı farklı derecelerde etkilediği anlaşılmıştır (Reeder ve Nelson, 1985: 401).

Jamaika'da kullanıcı ücretini kaldırma politikasının uygulanmasının, politikanın uygulamaya konulmasından hemen sonra çocukların sağlık hizmeti kullanımının artmasına yol açtığını ve kullanımın orta ila uzun vadede yüksek kaldığını göstermektedir. Sağlık hizmetleri ücretsiz veya ucuz hale geldiğinde, insanlar bunları aşırı kullanma eğilimine neden olmakta ve bu da sağlık kaynaklarının israfına yol açmaktadır. Ancak kullanıcı ücretlerinin kaldırılmasının, sağlık hizmetlerine ulaşmak için potansiyel bir stratejinin bir parçası olarak değerlendirilmektedir (Li vd., 2017: 1). Beş yaşın altındaki tüm çocuk ve kadınlar için Burundi'deki sağlık merkezlerinde ve hastanelerde kullanıcı ücretlerinin aniden kaldırılması, sağlık hizmetlerinde ilaç stoklarının ve hizmet kalitesinin düşmesine neden olmuş ve ayrıca sağlık sevk sisteminin bozulmasına ve sağlık personelinin iş memnuniyet düzeyinin azalmasına neden olmuştur (Nimpagaritse ve Bertone, 2011: 70). Mali'deki El-Khoury vd. (2012: 4) sezaryen sonrası anne ve yeni doğan ölüm oranlarının, serbest sezaryen politikası uygulandıktan (kullanıcı ücretlerinin kaldırılması) sonra düştüğünü belirtmişlerdir. Afganistan'da Steinhardt vd. (2011: 92) tarafından yapılan 'Temel sağlık hizmetleri için kullanıcı ücretlerinin kaldırılması' çalışmasında kullanıcı ücretleri kaldırıldıktan sonra hizmetlerin kullanımında %400'den daha fazla artış gerçekleşmiştir.

Bu çalışma sonucunda elde edilen katılımcıların katılım payına yönelik bilgi düzeyleri Tablo 3'te verilmiştir. Katılımcıların (222 kişi) %55,6'sı katılım payını bildiğini, katılımcıların (177) %44,4'ü ise katılım payının ne olduğu bilmediğini ankete yansıtmişlerdir. Ancak katılım payını bildiğini belirten bu 222 katılımcının %41,1'i tablo 16'da katılım payını tanımsal olarak doğru bilirken, %58,9'un katılım payını tanımsal olarak yanlış bildiği sonucuna ulaşılmıştır. Alınan hizmet karşılığı ödenen muayene katılım payının ne kadar olduğunu katılımcıların %34,3'ü doğru bilirken, %65,8'i ise bilmediğini ifade etmişlerdir. 'Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?' sorusuna katılımcıların %26,1'i 'evet' derken, %73,6'sı 'hayır' diye cevaplamışlardır. İlaçlar için ne kadar katılım payının alındığını katılımcıların %20,9'u bilirken, %79,1'inin bilmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaya benzer olan Hsu ve ark (2006:1801) tarafından yapılan 'Maliyet paylaşımı: hasta bilgisi ve acil servis bakımı arayışına etkileri' çalışmada da örnekleme dâhil edilenlerin üçte biri acil hizmetlerde alınan kullanıcı ücretlerini, dörtte üçü de ilaç ve muayene için alınan katkı payı ücretlerini doğru bilmişlerdir. Çalışmaya katılanların yarısından fazlası (%57), acil hizmetlerde alınan katkı payını 20\$ ve daha fazla olduğunu tahmin etmiştir. Acil hizmetlerde alınan katkı payını 20 \$ veya daha yüksek olduğunu düşünen katılımcıların %20'sinin acil bakım hizmetlerini ertelediğini veya bunlardan kaçındıklarını söylemişlerdir. Bununla birlikte, birçok hasta gerçek acil hizmetlerde alınan katkı payı ödemelerini hafife almıştır. Buna karşılık, katılımcıların doktor ofisi ziyaretleri ve reçeteleri için alınan katkı payı ödeme miktarları hakkında çok daha doğru bilgiye sahip oldukları anlaşılmıştır.

'Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?' sorusuna katılımcıların %26,1'i 'evet' derken, %73,6'sı 'hayır' diyerek cevaplamışlardır. Bu sonuçlara göre katılımcıların hangi durumlarda katılım payını ödediklerini bilmediği sonucuna ulaşılmıştır. RAND Sağlık Sigortası Deneyinde (HIE) ise bu çalışma sonuçlarına benzer bulgu bulunmuştur. 'Aileler sigortalarının hangi hizmetleri kapsadığını biliyorlar mı?' sorusuna yönelik cevaplarda sigortalı ailelerin çoğunun hastane bakımı kapsamını doğru bir şekilde bildirdiklerini, ancak hangi ayakta tedavi hizmetlerinin kapsadığını daha az bildikleri bulunmuştur. RAND Sigorta Deneyinde ayrıca kullanıcı ücretlerinin hizmet kullanımını azalttığını ve maliyet paylaşımına daha fazla maruz kalan kişilerin sağlık hizmetlerine daha az harcama yaptıklarını bulmuşlardır (RAND, 2006:1-2). Ancak bizim yaptığımız araştırmada katılım payı ücretlerinin sağlık

kullanıcılar üzerinde daha fazla maliyet paylaşımına maruz kalmadıkları söylenebilir. Çünkü katılımcıların %84,2'si, birikmiş olan katılım payı ücretlerinde dolayı ilaçların almadığı durumunun olmadığı, %15,8'i ise birikmiş olan katılım payı ücretlerinde dolayı ilaçlarının alamadığı durumlarının olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Reed ve ark (2005:810) tarafından yapılan 932 kişinin katılım sağladığı çalışmada, acil servislerde alınan katkı payı ücretinin miktarını (5 il 100 dolar arasında değişen) katılımcıların %59'unun yanlış bildikleri sonucuna ulaşmıştır. Bu çalışmada ise alınan hizmet karşılığı ödenen muayene katılım payının ne kadar olduğunu katılımcıların %34,3'ü bilirken, %65,8'i bilmediği sonucu elde edilmiştir.

Korucu (2017:112) tarafından yapılan "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma" adlı çalışmada 501 birey katılım göstermiştir. Bu katılımcıların çoğunun kullanıcı katkısı hakkında bilgi sahibi olmadığı ve katılımcıların ödeme yaptıklarını ancak ne kadar ödeme yaptıklarını bilmedikleri tespit edilmiştir. Bu çalışmada da Katılımcıların %55,6'sı katılım payını bilirken, %44,4'ü katılım payının ne demek olduğunu bilmemektedir. Alınan hizmet karşılığı ödenen muayene katılım payının ne kadar olduğunu katılımcıların %34,3'ü bilirken, %65,8'i bilmediği anlaşılmıştır.

5.2 SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Beytepe hastanesine sağlık hizmeti almak amacı ile başvuran vatandaşların katılım payları ve katılım paylarının sağlık hizmeti kullanımı üzerine olan etkilerinin ne olduğu konusundaki görüşlerinin toplanması ve bu görüşlerinin katılımcıların sağlık hizmeti kullanım davranışları ve sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma örneklemini, veri toplama aracı olarak kullanılan anketi yanıtlamayı gönüllü olarak kabul eden 400 kişi oluşturmuştur. Araştırma sonucunda katılımcıların katılım payı ile ilgili bilgi düzeylerinin eksik olduğu, hastaneye gittiklerinde ayakta tedavi hizmetleri için muayene katılım payını ve ilaç katılım payını bilmedikleri sonucuna ulaşmıştır. Ayrıca katılım payının nereye ödenildiğini bilmedikleri de anlaşılmıştır. Katılım payı ile ilgili bilgilere sahip olan katılımcılarında, aile hekimliği hizmetlerinde katılım payının alınıp alınmadığını, devlet, üniversite ve özel hastanelerde alınan

muayene katılım payı ücretinin ne kadar olup olmadığı bilgilerine sahip olmadıkları anlaşılmıştır. Devlet, üniversite ve özel hastanelerde alınan muayene katılım payı ücretini ne kadar olduğunu bilen katılımcıların ücret tutarlarını yanlış bildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen diğer bir sonuç katılım payını bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, aylık hane geliri değişkenlerine göre farklılıklar göstermektedir. Katılımcıların yaşı arttıkça katılım payını bilme durumu da artmaktadır. Evli olan katılımcıların katılım payını bilme durumu bekar olan kişilerden daha yüksektir. Çocuk sahibi olan, emekli sandığı sosyal güvencesine sahip, aylık hane geliri beş bin TL ve üzerinde olan katılımcıların katılım payını bilme durumları daha yüksektir.

Elde edilen diğer bir sonuç, alınan ilaçlar için alınan katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu bilme durumunun farklılık göstermesi, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden yaş, medeni durum, meslek, çocuk sahibi olma durumu değişkenlerinin etkili olduğu anlaşılmıştır. Katılımcıların yaşı arttıkça, ilaçlar için alınan katılım payını bilme durumu da yükselmektedir. Evli, çocuk sahibi, memur ve ehliyetli olan katılımcıların ilaçlar için alınan katılım payını bildikleri sonucuna ulaşılmıştır.

Elde edilen başka bir sonuç; son altı ay içerisinde ciddi bir hastalığı olmadığı halde sağlık kuruluşuna başvuruda bulunanların, katılım payının alındığını bilmesine rağmen sağlık kuruluşuna başvurmasının nedeni katılım payı ücretinin çok düşük olduğu ve sağlıklarının kendileri için çok önemli olduğu için en ufak kuşkuda bile hastaneye gideceklerini belirterek katılım payının sağlık hizmeti kullanımını caydırmadığı anlaşılmıştır.

Yukarıdaki tartışmalarda da anlaşıldığı gibi katılım payı uygulamasının ülkelerin sağlık sistemlerine olan katkıları farklılık göstermektedir. Bazı ülkeler de katılım payı uygulamaları olumlu etki ederken diğer ülkelerde olumsuz ya da herhangi bir değişiklik ortaya çıkarmamaktadır. Sonuç olarak katılım payı uygulaması, sağlık hizmeti kullanımı üzerinde olumlu etki oluşturarak gereksiz sağlık hizmeti kullanımını engellediği gibi yoksullar ve diğer kolay zarar görebilecek kesimlerin gerekli olan sağlık hizmetini aramasını engelleyerek sağlık hizmeti kullanımı üzerinde olumsuz bir etkide

oluşturabilmektedir. Bunun için gelir seviyesi düşük ve diğer kolay zarar görebilecek kesimlere yönelik koruma mekanizmalarını etkili ve güçlü bir biçimde sağlık sisteminde kullanılması gerekmektedir. Çalışmamızda elde edilen bu sonuçlara bakılarak aşağıdaki öneriler sıralanmıştır.

- Araştırmamızda elde edilen bulgular, Hacettepe Üniversitesi Beytepe hastanesinde elde edilmiş olup genellenemez. Bunun için benzer çalışmaların diğer hastanelerde ya da illerde de yapılması önerilebilir.
- Muayene katılım payı ve ilaç katılım payını bilenlerin yaşlarının yüksek, evli ve çocuk sahibi olduğu sonucundan yola çıkarak katılım payı ile ilgili bilgi verilirken evli ve çocuk sahibi olmayan kesimlere ve gençlere daha çok ağırlık verilmesi yararlı olabilir.
- Katılım payını bilme durumu ile katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden, aylık hane geliri değişkenliklerinde farklılıklar göstermektedir. Aylık hane geliri 5000 TL ve üzerinde olan katılımcıların katılım payını bilme durumu yüksek olduğu anlaşılmıştır. Buradan yola çıkarak katılım payı ile ilgili bilgi verilirken aylık hane geliri 5000 TL ve altında olan kesim dikkate alınarak çalışmalar yapılması daha iyi fayda sağlayabilir
- Katılımcıların yarısından fazlasının, ‘‘hangi durumlarda katılım payının alındığı’’ bilgisine sahip olmadıkları araştırma sonucunda elde edilmiştir. Buradan çıkarılan sonuca bakılarak, katılım payı ile ilgili bilgileri vatandaşlara iletmek için gösterilen çabalarda, hangi durumlarda katkı paylarının alındığını da dikkate almaları çalışma açısından daha iyi sonuç elde edilebilir.
- Katılım payını bilen vatandaşların devlet, üniversite ve özel hastanelerde alınan katılım payının tutarlarını doğru şekilde bilmedikleri araştırma sonucunda anlaşılmıştır. Devlet, üniversite ve özel hastanelerde hasta kabul görevlileri başvuru alırken muayene katılım paylarını ve ücret tutarlarını karşı tarafa bilgilendirerek onları bu konuda aydınlatmaları yararlı olabilir
- Muayene katılım payı ve ilaç katılım payı ücretlerinin nereye ödenildiği bilgisini katılımcıların bilmedikleri bulunmuştur. Katılım payı ücretleri eczacılar tarafından alınmaktadır. Eczacılar ödeme alırken karşı tarafa muayene katılım payı ve ilaç katılım payı ücretini belirten bilgi fişlerini vermeleri ve sözlü olarak karşı tarafa bilgilendirme yapılması uygun görülebilir.

- Sağlık hizmetlerinde alınan katılım payı tutarları belirlenirken sağlık harcamalarını, sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini ile bu ve benzer çalışmalar dikkate alınarak katılım payı ücretlerini belirlemelidir. Ancak aylık hane gelir seviyesi düşük vatandaşlar için sağlık hizmetlerinin erişiminde muafiyet mekanizmaları geliştirilmedir.
- Sağlık Bakanlığı, vatandaşların katılım payı ile ilgili bilgi seviyesi artırmalı ve bunun için hasta kabul görevlilerini veya eczacıları halka katılım payı ile ilgili bilgilerin vermeleri için görevlendirmeli ya da hastane hizmetlerinde yararlanma kılavuzu şeklinde bir yayın yaparak eğitim müfredatında okullarda herhangi bir ders başlığında sunulması sağlanmalıdır.
- Sağlık Bakanlığında cepten yapılan harcamalar içerisinde katılım payı tutarlarını belirten yazılım sistemi kurulmalı ve yıllar içerisinde ne gibi değişimlerin yaşanıldığı takip edilmelidir.
- Sosyal Güvenlik Kurumu, katılım payı ile ilgili dijital veriler araştırmacılarla paylaşılmalı ve katılım payı ile ilgili kapsamlı araştırma yapmaları sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Aday, L.A. (1993). Indicators and Predictors of Health Services Utilization. In Williams, S. and Torrens, P. (Ed.), Introduction to Health Services (p. 46-70), Delmar Publishers Inc., Albany, New York.
- Akdur, R. (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Ankara, www.recepakdur.com/getfile.Asp.
- Aktan, C. C. ve Işık, A. K. (2006). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler. İnternet Adresi: <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, Erişim Tarihi: 02 Şubat 2019
- Akyürek, Ç. E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak Global bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(2), 124-153.
- Andersen, R. (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1-10.
- Avşar, N. (2010). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aytekin, S. ve Aytekin, G. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Sağlık Harcamalarının Finansmanı. Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, 1(2), 163-184.
- Barber, S., Bonnet, F. ve Bekedam, H. (2004). Formalizing under-the-table payments to control out-of-pocket hospital expenditures in Cambodia. Health Policy and Planning, 19(4), 199-208.
- Başmanav, Y. (2014). Genel sağlık sigortasının kişi bakımından kapsamı. (Yüksek Lisans Tezi,) Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, İstanbul.
- Belli, P., Gotsadze, G. ve Shahriari, H. (2004). Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy, 70(1), 109-123.

- Benjamin, A. L., Sapak, P. ve Purai, J. K. (2001). User charges and utilisation of obstetric services in the National Capital District, Papua New Guinea. *Pacific health dialog*, 8(1), 38-43.
- Bilgili, E. ve Ecevit, E. (2008). Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11 (2) , 201-228.
- Birch, S., (1986), “Increasing Patient Charges in the National Health Service, A Method of Privatizing Primary Care”, *Journal Soial Policy*, 15(2): 163-184.
- Bolsoy, N. ve Sevil, Ü. (2006). Sağlık-Hastalık ve Kültür Etkileşimi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(3), 78-87.
- Bostancı, Y. (2007). Sosyal güvenlik hukukunda genel sağlık sigortası. (Doktora Tezi), Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Bosu, W. K., Bell, J., Armar-Klemesu, M., ve Tornui, J. (2007). Effect of delivery care user fee exemption policy on institutional maternal deaths in the Central and Volta Regions of Ghana. *Ghana medical journal*, 41(3), 118-124.
- Bozkurt, F. (2014). Sağlıklı Yaşam (Wellness) Pazarlamasında, Kişisel Değerlerle Sağlığın Tanımının Sağlıklı Yaşam Üzerindeki Etkisi ve Bir Araştırma. (Doktora Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Chamchan, C. ve Carrin, G. (2006). A macroeconomic view of cost containment: simulation experiments for Thailand. *Thammasat Economic Journal*, 24(2), 73-92.
- Chawla, M. ve Ellis, R. P. (2000). The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger. *Health policy and planning*, 15(1), 76-84.
- Collins, D., Quick, J. D., Musau, S. N., Kraushaar, D. ve Hussein, I. M. (1996). The fall and rise of cost sharing in Kenya: the impact of phased implementation. *Health policy and planning*, 11(1), 52-63.
- Creese, A. (1997). User fees. *British Medical Journal*, 315(7102), 202-203.

- Creese, A.L. (1991). User Charges For Health Care: A Review of Recent Experience. *Health Policy and Planning*, 6(4), 309-319.
- Çallı, M. (2013). 5510 sayılı Kanun'a göre genel sağlık sigortası kapsamında olup bundan yararlanamayanlar: Denizli örneği. (Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Çelik, Y. (2011). Sağlık ekonomisi. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Dupas, P. ve Nber S. (2012), *Global Health System: Pricing and User Fees*, Elsevier Encyclopedia of the Health Economics.
- Durmaz T. ve Erdem R. (2017) Hastanelerde Arz Kaynaklı Gereksiz Sağlık Hizmeti Kullanımının Hasta Algısı Üzerinden Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 29(4): 579-604.
- El-Khoury, M., Hatt, L. ve Gandaho, T. (2012). User fee exemptions and equity in access to caesarean sections: an analysis of patient survey data in Mali. *International Journal for Equity in Health*, 11(1), 1-7.
- Ellis, R. P. (1987). The revenue generating potential of user fees in Kenyan government health facilities. *Social science and medicine*, 25(9), 995-1002.
- Ellis, R. P. ve McGuire, T. G. (1993). Supply-side and demand-side cost sharing in health care. *Journal of Economic Perspectives*, 7(4), 135-151.
- Er, Ü. (2011). Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası. (Yüksek Lisans Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdem, R. ve Pirinçci, E. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Kullanım Ve Kullanımı Eteleyen Faktörler. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 20 (1), 39-46.
- Gertler, P., Locay, L. ve Sanderson, W. (1987). Are user fees regressive?: The welfare implications of health care financing proposals in Peru. *Journal of econometrics*, 36(1-2), 67-88.
- Gilson, L. (1996), *Sustainable Healthcare Financing in Southern Africa: The Lessons of User Fee Experience in Africa*, Johannesburg: World Bank Publications.

- Gilson, L. (1997). The lessons of user fee experience in Africa. *Health policy and planning*, 12(3), 273-285.
- Gilson, L., Russell, S. ve Buse, K. (1995). The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of international Development*, 7(3), 369-401.
- Goldman, D. P., Joyce, G. F., Escarce, J. J., Pace, J. E., Solomon, M. D., Laouri, M. ve Teutsch, S. M. (2004). Pharmacy benefits and the use of drugs by the chronically ill. *Jama*, 291(19), 2344-2350.
- Gökçe, H. (2007). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yönelik Maliye Politikalarının Etkinliği. (Yüksek lisans Tezi), Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Gökkaya, D. ve Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (1) 26, 149-184
- Günaydın, D. (2012). Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar Ve Krizi Aşma Yaklaşımları. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(2), 195-227.
- Güzel, A., Okur, A. R., ve Canikoğlu, N. (2012). *Sosyal Güvenlik Hukuku, Yenilenmiş 14. Baskı*, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Haddad, S. ve Fournier, P. (1995). Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaire. *Social Science & Medicine*, 40(6), 743-753.
- Hamzaoğlu, O. (2013). Dünyada Sağlık Reformu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm: Gerçekler ve Belgeleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 28(3), 172-180
- Hartung, D. M., Carlson, M. J., Kraemer, D. F., Haxby, D. G., Ketchum, K. L. ve Greenlick, M. R. (2008). Impact of a Medicaid copayment policy on prescription drug and health services utilization in a fee-for-service Medicaid population. *Medical care*, 46, 565-572.

- Hsu, J., Price, M., Brand, R., Ray, G. T., Fireman, B., Newhouse, J. P., ve Selby, J. V. (2006). Cost-sharing 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.
- Jacobs, B. ve Price, N. (2004). The impact of the introduction of user fees at a district hospital in Cambodia. *Health Policy and Planning*, 19(5), 310-321.
- James, C. D., Hanson, K., McPake, B., Balabanova, D., Gwatkin, D., Hopwood, I., ... ve Preker, A. (2006). To retain or remove user fees?. *Applied health economics and health policy*, 5(3), 137-153.
- Johnson, A., Goss, A., Beckerman, J. ve Castro, A. (2012). Hidden costs: the direct and indirect impact of user fees on access to malaria treatment and primary care in Mali. *Social science and medicine*, 75(10), 1786-1792.
- Karacaoğlan N. (2009). Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi* 12: 16-21.
- Karagöz, N., Kurtuluş, Y. Z. ve Ilıman, E. (2019). Kamu Sağlık Kuruluşlarında Satın Alma Sisteminde Karşılaşılan Problemlere Yönelik Araştırma. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 7-22.
- Kipp, W., Kamugisha, J., Jacobs, P., Burnham, G. ve Rubaale, T. (2001). User fees, health staff incentives, and service utilization in Kabarole District, Uganda. *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1032-1037.
- Koçoğlu, C. M. ve Avcı, M. (2014). Satın alma yönetimi: Teorik bir çalışma. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 33-47.
- Korucu, K. S. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Paylaşımı Konusunda Bireylerin Bilinç Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma. (Yüksek Lisans Tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Korucu, K. S. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Paylari. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(32), 265-313.

- Köktaş, A.M. ve Kobal, İ. (2013). Sağlık Reformu Kapsamında Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı: Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*,85, 18-28.
- Lagarde, M. ve Palmer, N. (2008). The impact of user fees on health service utilization in low-and middle-income countries: how strong is the evidence?. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), 839-848.
- Lagarde, M. ve Palmer, N. (2011). The impact of user fees on access to health services in low-and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), 1-69.
- Lee, I. H., Bloor, K., Hewitt, C. ve Maynard, A. (2012). The effects of new pricing and copayment schemes for pharmaceuticals in South Korea. *Health Policy*, 104(1), 40-49.
- Lewis, M. A. (1993). User fees in public hospitals: comparison of three country case studies. *Economic Development and Cultural Change*, 41(3), 513-532.
- Li, Z., Li, M., Fink, G., Bourne, P., Bärnighausen, T. ve Atun, R. (2017). User-fee-removal improves equity of children's health care utilization and reduces families' financial burden: Evidence from Jamaica. *Journal of global health*, 7(1), 1-12.
- Liu, X. ve Mills, A. (2002). Financing reforms of public health services in China: lessons for other nations. *Social science & medicine*, 54(11), 1691-1698.
- Mariko, M. (2003). Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific roles of structural, process, and outcome components. *Social science and medicine*, 56(6), 1183-1196.
- Mosebach, K. (2005). "The Politics of Health Care Financing Reform in Germany", *Euro Observer*, Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies, 7(1), 3-6.
- Moses, S., Plummer, F. A., Manji, F., Bradley, J. E., Nagelkerke, N. J. D. ve Malisa, M. A. (1992). Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya. *The Lancet*, 340(8817), 463-466.

- Nimpagaritse, M. ve Bertone, M. P. (2011). The sudden removal of user fees: the perspective of a frontline manager in Burundi. *Health policy and planning*, 26(2), 63-71.
- Nolan, B. ve Turbat, V. (1995). Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa. The World Bank.
- Nyonator, F. ve Kutzin, J. (1999). Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana. *Health policy and planning*, 14(4), 329-341.
- Oral, A. İ. (2001). Dünyada ve Türkiye'de sosyal sigortalar kapsamında sağlık sigortası uygulamaları. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Öztürk, S. ve Uçan, O. (2017). Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış – Büyüme İlişkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22 (1) , 139-152.
- Prof. Dr. Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-1.(1982). Modern Yönetim Semineri. Türk-İş Yayınları No:42,1982. Erişim adresi: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html
- 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. ve Hsu, J. (2005). “Care seeking behavior in response to emergency department copayments”, *Medical Care*, 43(8): 810-816.
- Reeder, C. E. ve Nelson, A. A. (1985). The differential impact of copayment on drug use in a Medicaid population. *Inquiry*, 22(4), 396-403.

- Resmî Gazete, (1961). ‘‘Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirmesi Hakkında Kanunu’’, Kanun No: 224, Sayı 10705, Ankara.
- Resmî Gazete, (1964). ‘‘Sosyal Sigortalar Kanunu’’, Kanun No: 506, 17.07.1964, Sayı: 11766, Ankara.
- Resmî Gazete, (1971). ‘‘Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu’’, Kanun No:1479, 14.09.1971, Sayı: 13956, Ankara.
- Resmî Gazete, (1982). ‘‘Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’’, Kanun No: 2709 09.11.1982, Sayı:17863, madde 56, Akara.
- Resmî Gazete, (1992). ‘‘Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunu’’, Kanun No: 3816, 3.07.1992, Sayı: 21273, Ankara.
- Resmî Gazete, (2006). ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’’, Kanun No: 5510, 31.05.2006, Sayı; 26200, Ankara.
- Ridde, V. (2003). Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina Faso operating the Bamako Initiative. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 532-538.
- Ridde, V. ve Morestin, F. (2011). A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health policy and planning*, 26(1), 1-11.
- Robinson, R. (2002). User charges for health care. *Funding health care: options for Europe*, A.D. E. Mossialos, J. Figueras and J. Kutzin. Buckingham, Open University Press:161-183.
- Rubin, R. J. ve Mendelson, D. N. (1996). A framework for cost-sharing policy analysis. *Pharmacoeconomics*, 10(2), 56-67.
- Russel, S. ve Gilson L. (1997), ‘‘User Fee Policies to Promote Health Service Access for the Poor: An Wolf in Sheep’s Clothing?’’, *International Journal Health Services*, 27(2): 359-379.

- Sağlık Bakanlığı, (1995). Health Services Utilization Survey in Turkey, First Edition, Ankara.
- Saltman, R. B. ve Figueras, J. (1998). Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi (European Health Care reform, Analysis of Current Strategies, 1997)” Dünya Sağlık Örgütü Avrupa bölge Ofisi, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
- Sauerborn, R., Nougara, A. ve Latimer, E. (1994). The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Policy and Planning*, 9(2), 185-192.
- Sepehri, A. ve Chernomas, R. (2001). Are user charges efficiency-and equity-enhancing? A critical review of economic literature with particular reference to experience from developing countries. *Journal of International Development: The Journal of the Development Studies Association*, 13(2), 183-209.
- Sepehri, A., Chernomas, R. ve Akram-Lodhi, H. (2005). Penalizing patients and rewarding providers: user charges and health care utilization in Vietnam. *Health Policy and Planning*, 20(2), 90-99.
- SGK, (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu 31/Mayıs/2006 tarihli 5510 sayılı RG 63 ve 64. Maddesi Yerleşim yeri Türkiye'de olan kişilerden
- SGK, (2013). Genel Sağlık Sigortası. Sosyal Güvenlik Bilgi Serisi: 2013/12
- SGK, (2013a). 2013 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. 24 Mart 2013 Tarihli ve 28597 Sayılı RG md. 1.8 md. 1.8.2 md.1.8.3 md.1.8.4 md 1.8.5
- SKG, (2013b). 2013 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. 4 Eylül 2013 tarihli ve 30878 sayılı RG md.1.8.1 md.1.8.2 md.1.8.3 md.1.8.4
- Steinhardt, L. C., Aman, I., Pakzad, I., Kumar, B., Singh, L. P. ve Peters, D. H. (2011). Removing user fees for basic health services: a pilot study and national roll-out in Afghanistan. *Health Policy and Planning*, 26(2), 92-103.

- Sümbüloğlu, K. ve Sümbüloğlu, V. (2012). Biyoistatistik. Hatiboğlu Yayınları.
- Şakar, M. (2014). Sosyal Sigortalar Uygulaması. Yenilenmiş 11. Baskı, Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Şenol V., (2006), Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kayseri.
- Şenol, V. (2006). Kayseri İl Merkezinde Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Algılanan Sağlık İlişkisi. (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Tatar, F. (1996). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. Toplum ve Hekim Dergisi, 11(72), 42-50.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 103-133.
- Tengilimoğlu, D. (2012), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, 2. Baskı, Siyasal Kitabevi Ankara.
- Thomson S., Foubister T., Figueras J., Kutzin J., Permanand G. ve Bryndova L., (2009). Addressing Financial Sustainability in Health Systems, European Observatory on Health Systems and Policies, Geneva, WHO Regional Office for Europe.
- Thomson, S., Foubister, T. ve Mossialos, E., (2008). Health Care Financing in the Context of Social Security, Policy Department Economic and Scientific Policy, European Parliament, Strazburg.
- Tirgil, A. ve Acar, Y. (2019). Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hane halklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 33(2), 533-552.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teorik ve Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 5 (4), 123-139.

- Tunç, O. ve Kiyak, M. (2015). Private Health Insurance In Europe And Turkey. *Journal Of Economics Finance and Accounting*, 2 (3), 409-425.
- Tüsiad. (2004). Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri, Yayın No. Tüsiad-9/2004-09/380, İstanbul.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 1999-2026.
- World Health Organization. (2010). *The World Health Report 2010: Health System Financing: The Path the Universal Coverage*, World Health Organization.
- Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yıldırım, H. (2000a). Yapısal Uyum Programları ve Sağlık Reformları: Türk Sağlık Reformları İçin Çıkarılacak Dersler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5 (1), 63-87.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., ve Erdem R. (2011), “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Durum Değerlendirmesi”, *Amme İdaresi Dergisi*, 44(2):71-98.
- Yıldırım, H.H. (2016), *Sağlık ve Siyaset Yazıları*, Birinci Baskı, Ankara: ABSAM.
- Yıldırım, U. H. H. (2000b). Sağlık Reformları ve Maliyet Sınırlama Stratejiler. I. Ulusal Sağlık İdaresi Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü sunum).
- Yılmaz, G. (2015). Ankara’da Faaliyet Gösteren Tıbbi Cihaz Firmalarının Sağlık Uygulama Tebliği Hakkındaki Görüşleri. (Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yiğit Deniz L. (2012). Türkiye’de Muayene Katılım Payı Uygulamalarının Sağlık Hizmeti Müracaatlarına ve Sağlık Harcamalarına Etkisinin Değerlendirilmesi.(Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yiğit, F. (2007). Özel sağlık sigortası olmayan kişilerde genel sağlık ve özel sağlık sigortacılığına bakış. (Yüksek Lisans Tezi), Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

EKLER

Ek-1 Anket Formu

1. **Cinsiyetiniz:** () Erkek () Kadın
2. **Yaşınız:**
3. **Mesleğiniz:**
4. **Medeni Durumunuz:** () Evli () Bekar () Dul
5. **Çocuğunuz var mı?** () Evet () Hayır
6. **Eğitim durumunuz:** () Okuryazar değil () İlköğretim () Lise
() Üniversite () Lisansüstü () Diğer (lutfen Belirtiniz)
7. **Sosyal Güvenceniz:** () Yok () SGK(Emekli Sandığı) () SGK(SSK)
() SGK(Bağ-kur () Yeşil Kart () Özel Sigorta
8. **Aylık Aile Geliriniz:** () 1000 TL'den az () 1000-1500 TL () 1500-2000 TL
() 2000-2500 TL () 3000 TL ve Üzeri () 5000 TL ve
Üzeri
9. **Sağlık hizmetinden yararlanmak için ilk hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?**
() Aile Hekimliğine
() Devlet Hastanesine
() Üniversite Hastanesine
() Özel Hastane' ye
() Diğer
10. **Genel olarak sağlık durumunuz nasıldır?**
() Çok iyi () İyi () Normal () Kötü () Çok Kötü
11. **Kronik bir hastalığınız var mı?** () Evet () Hayır

	Hiç	Bir kez	İki kez	Üç kez	Dört ve daha fazla
Son 12 ay içerisinde kaç kere Aile hekimliğinden hizmet aldınız?					
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastane de hizmet aldınız?					
Son 12 ay içerisinde kaç kere hastanede günubirlik (24 saatten daha az süreyle) tedavi hizmeti aldınız?					
Son 12 ay içerisinde kaç kere Diş hekimliği hizmeti aldınız?					

1	Katılım payı nedir, biliyor musunuz?	Evet	Hayır
2	Aldığınız sağlık hizmeti karşılığı ödediğiniz muayene katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu biliyor musunuz?	Evet	Hayır
3	Hangi durumlarda katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?	Evet	Hayır
4	Aldığınız ilaçlarda ne kadar katılım payı ücreti alındığını biliyor musunuz?	Evet	Hayır
5	Hangi tıbbi malzemelerde katılım payı ücretinin alındığını biliyor musunuz?	Evet	Hayır
6	Katılım payı ücretinin nereye ödendiğini biliyor musunuz?	Evet	Hayır
7	Eğer Emekliyseniz size reçete edilen ilaçlar için ödemeniz gereken katılım payı ücretinin maaşınızdan kesildiğini biliyor musunuz?	Evet	Hayır
8	Eğer Emekliyseniz size reçete edilen ilaçlar için ödemeniz gereken katılım payı ücretinin ne kadar olduğunu düzenli olarak maaş bordronuzdan takip ediyor musunuz?	Evet	Hayır
9	Birikmiş katılım payı ücretlerinden dolayı almadığınız ilaçlarınız oldu mu?	Evet	Hayır
10	Eğer kronik bir hastalık veya ilaç raporunuz yok ise aldığınız ilaçların bedellerinin belirli bir kısmını sosyal güvenlik kurumu, geri kalan kısmı ise kendiniz tarafından ödenmektedir. Aldığınız ilaçlar için ödediğiniz ilaç katılım payının toplam ilaç bedelinin yüzde ne kadar olduğunu biliyor musunuz?	Evet	Hayır

11. Aile Hekimliği Hizmetlerinde katılım payı ücreti alınmakta mıdır?

Evet Hayır Bilmiyorum

12. Devlet hastanelerine ve Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerine gittiğinizde ne kadar katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?

Evet Hayır

13. Evet ise Devlet hastanelerinde ve Üniversiteler İle ortak kullanılan Sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma Hastanelerinde ne kadar katılım payı ücreti alınmaktadır?

Katılım payı ücreti alınmamaktadır

6 ve 7 TL

10 ve 11 TL

15 ve 16 TL

14. Devlet hastanelerinde ve üniversiteler İle ortak kullanılan Sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde alınan katılım payı ücretleri sizce yüksek midir?

Evet Hayır

15. Üniversite hastanelerine gittiğinizde ne kadar katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?

Evet Hayır

16. Evet ise Üniversite hastanelerinde ne kadar katılım payı ücreti alınmaktadır?

- Katılım payı ücreti alınmamaktadır
 8 TL
 10 TL
 20 TL

17. Üniversite hastanesinde alınan katılım payı ücretleri sizce yüksek midir?

Evet Hayır

18. Özel hastanelere gittiğinizde ne kadar muayene katılım payı ücreti ödediğinizi biliyor musunuz?

Evet Hayır

19. Evet ise Özel Hastanelerde ne kadar katılım payı ücreti alınmaktadır?

- 10 TL
 15 TL
 20 TL
 25 TL

20. Özel hastanelerde alınan katılım payı ücretleri sizce yüksek midir?

Evet Hayır

21. Devlet hastanesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sizden kesilen muayene katılım payı ücretinin ne kadar olmasını istersiniz? Lütfen belli bir rakam belirtiniz

22. Devlet hastanesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sizden kesilen muayene katılım payı ücretinin ne kadar olması durumunda devlet hastanesini tercih etmezsiniz? Lütfen belli bir rakam belirtiniz

23. Üniversite hastanelerinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sizden kesilen muayene katılım payı ücretinin ne kadar olmasını istersiniz? Lütfen belli bir rakam belirtiniz

24. Üniversite hastanelerinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sizden kesilen muayene katılım payı ücretinin ne kadar olması durumunda üniversite hastanelerini tercih etmezsiniz? Lütfen belli bir rakam belirtiniz

 25. Özel hastanelerde sağlık hizmetlerinde yararlanabilmek için sizden kesilen muayene katılım payı ücretinin ne kadar olmasını istersiniz? Lütfen belli bir rakam belirtiniz

 26. Özel hastanelerde sağlık hizmetlerinde yararlanabilmek için sizden kesilen muayene katılım payı ücretinin ne kadar olması durumunda özel hastaneleri tercih etmezsiniz? Lütfen belli bir rakam belirtiniz.

27. Katılım Payının doğru tanımı aşağıdakilerde hangisidir?

- Sağlık hizmetlerinde yararlanmak için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla olduğu kişiler tarafından ödenecek ücret
 Alınan sağlık hizmeti karşılığı Eczanelere ödediğimiz ücret
 Alınan sağlık hizmetleri karşılığı Hekimlerin aldığı ücret
 Hepsi

28. Katılım payı ücretlerinin alınmasının nedeni nedir?

- Gereksiz sağlık hizmetlerinin kullanılmasına engel olmak
 Sağlık harcamalarının bir kısmını kendi cebimizden ödemek
 Muayene karşılığı hekimlere ücret ödemek
 Hepsi

29. Aşağıdaki durumlardan hangilerinde katılım payı ücreti alınmaktadır? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

- Aile hekimliği hizmetlerinden
 Acil sağlık hizmetlerden
 Yardımcı üreme tedavi yöntemleri
 Ayakta tedavi hekim ve diş hekim muayenesinden
 Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar
 Vücut dışı protez ve ortezler

30. Genel olarak katılım payı ücretlerinin alınmasından memnun musunuz?

- Hiç memnun değilim
 Memnun değilim
 Kararsızım
 Memnunum
 Çok memnunum

31. Son altı ay içerisinde çok ciddi olmadığını düşündüğünüz bir hastalığınız için sağlık kurumlarına başvurduğunuz oldu mu?

- Evet Hayır

32. Eğer Başvurduysanız nereye başvurduunuz?

- Aile Hekimliğine
 Devlet Hastanesine
 Üniversite hastanesine Özel Hastaneye
 Diğer Sağlık Hizmetleri(Lütfen belirtiniz) -----

33. Eğer bu başvurunuz için katılım payı ödediğinizi bilseydiniz yine başvuru yapar mıydınız?

Evet Hayır

34. Eğer yine yapardım diyorsanız bunun nedenini aşağıdakilerden hangisi en iyi açıklar?

Katılım payı ücreti çok düşük olduğu için parasal olarak beni zorlamaz

Sağlığım benim için çok önemli olduğundan en ufak kuşkudan bile hastaneye giderim

35. Eklemek İstediğiniz başka bir şey varsa lütfen aşağıya yazınız

Ek-2 Etik Kurul İzni



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Rektörlük

Tarih: 25.04.2019 13:16
Sayı: 35853172-755.02.06-
E.00000561008



E.00000561008

Sayı : 35853172-755.02.06
Konu : Mahmut SARI (Etik Komisyon İzni)

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 04.03.2019 tarihli ve 12908312-755.02.06/00000488868 sayılı yazı.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans programı öğrencilerinden Mahmut SARI'nın Prof. Dr. Yusuf ÇELİK danışmanlığında hazırladığı "Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Katılım Payının Sağlık Hizmeti Kullanımı Üzerindeki Etkileri Konusundaki Görüşleri" başlıklı tez çalışması Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonununun 19 Mart 2019 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Rahime Meral NOHUTCU
Rektör Yardımcısı

Evrakın elektronik imzalı suretine <https://belgedogrulama.hacettepe.edu.tr> adresinden 184ad8e8-4909-4d21-9b3a-cb9c30863746 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Hacettepe Üniversitesi Rektörlük 06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon:0 (312) 305 3001-3002 Faks:0 (312) 311 9992 E-posta: yazimrd@hacettepe.edu.tr İnternet
Adresi: www.hacettepe.edu.tr

Sevda TOPRAK



Ek-4 Tez Çalışması Orijinallik Raporu

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLIK RAPORU**

**HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA**

Tarih: 25/05/2021

Tez Başlığı: SAĞLIK HİZMETİ KULLANICILARININ KATILIM PAYI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 132 sayfalık kısmına ilişkin, 25/05/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 15 'tir.

Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- Alıntılar dâhil
- 5- 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

25/05/2021

Adı Soyadı: Mahmut Sarı

Öğrenci No: N17131559

Anabilim Dalı: Sağlık Yönetimi

Programı: Sağlık Yönetimi

DANIŞMAN ONAYI

UYGUNDUR.

Prof. Dr. Yusuf Çelik

(Unvan, Ad Soyad, İmza)