

## SAĞLIK HİZMETLERİNDE CEPTEN ÖDEMELERİN BİR ÇEŞİDİ: KATKI PAYLARI<sup>1</sup>

KEVSER SEZER KORUCU<sup>2</sup>

AYGEN OKSAY<sup>3</sup>

### Özet

*Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanın sağlanmasına dair birçok yöntem vardır. Bu yöntemlerden biri de cepten yapılan ödemeler kapsamındaki kullanıcı katkılarıdır. Kullanıcı katkıları hastaların sağlık hizmetinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortası veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutardır. Bu bağlamda çalışma, literatür taramasına dayalı bir teorik araştırma niteliğini taşımaktadır. Çalışma kapsamında, literatür çalışması yapılarak kullanıcı katkılarının kullanılma sebepleri, katkı paylarının avantajları, dezavantajları ve Türkiye’de uygulanan kullanıcı katkı miktarlarına yer verilerek GSS’de yer alan kullanıcı katkıları oranları incelenmiştir. Sonuç olarak kullanıcı katkılarının sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikleri artırdığını, en yoksul kesimlerin sağlık hizmeti kullanımını orantısız şekilde azalttığını, gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçtiğini göstermektedir.*

**Anahtar Kelimeler:** Katkı Payı, , Katılım payı, sağlık hizmetleri finansmanı, cepten yapılan ödemeler.

### Abstract

<sup>1</sup> Bu çalışma, SAĞLIK HİZMETLERİNDE MALİYET PAYLAŞIMI KONUSUNDA BİREYLERİN BİLİNÇ DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA adlı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

<sup>2</sup> Arş Gör, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, kevserkorucu@sdu.edu.tr

<sup>3</sup> Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aygenoksay@sdu.edu.tr

*There are many methods for the provision of health care financing in Turkey. One of these methods is co-payments within the scope of out-of-pocket payments. The user charges are to be paid by the general health insurance or those who are obliged to take care of the patients in order to benefit from the health service.*

*In this context, the study is a theoretical research based on literature review. Scope of this study, literature study the reasons for the use of co-payments, advantages and disadvantages of user charges, and giving place to the amount of user charges applied in Turkey, usercharges rates in the GSS have been examined.*

**Keywords:** *User charges, , co-payment, healthcare services financing, out-of-pocket payments.*

## 1. GİRİŞ

Maliyet paylaşımı politikası neredeyse tüm ülkelerde kullanılan bir uygulamadır. Türkiye’de de son 10 yıldır kullanılan bu finansman yöntemi, ek gelir elde etmekten ziyade sağlık hizmeti sunumunda sevk zincirine dikkat edilmesi ve sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine adım atılması amacıyla kullanılmaya başlanmıştır. Kullanıcı katkılarının temel amacı gelir üretmek değil, ekonomik verimliliği arttırmaktır. Devlet harcamaları yalnızca genel vergilerle finanse edildiğinde akılcı tüketiciler, marjinal maliyet ve marjinal faydayı eşit tutmaya çalışacaktır. Kullanılan hizmet ayrı bir ücrete tabi tutulmadığında ise talep eğilimi değişmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanı sağlarken de sadece genel vergilerden elde edilen kaynaklar yeterli olmamaktadır. Devletler, sağlık hizmetinin gereksiz kullanımının önüne geçmek için çeşitli mekanizmalar geliştirmektedir. Bu mekanizmalardan biri de kullanıcı katkılarıdır. Maliyet etkinliği, tahsilat verimliliği, eşitlik, halk sağlığı harcamalarının ilerlemesi için kullanıcı katkıları kullanılmaktadır. Devletlerin kıt kaynaklarla etkili ve verimli hizmet sağlayabilmek için geliştirdiği politikalarından biri de katkı paylarıdır. Sağlığa ihtiyaç duyan birey için sağlık hizmeti sunumu önemlilik arz etmektedir. Günümüzde teknolojinin artması ile birlikte sağlık hizmeti sunumu için çeşitli cihazlar, donanımlı binalar ve donanımlı iş gücü ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Sağlık harcamalarının artış eğilimi göstermesi ve kaynakların kıt olması sağlık harcamaları finansman sorununu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmeti, devletin karşılaması gereken temel ihtiyaçlardan biridir. Sağlık hizmetlerinin gün geçtikçe daha da artan maliyet yükü, ülkeleri bu faaliyetleri finanse edebilmek için çeşitli mekanizmalar geliştirmeye itmektir. Sağlık sektöründe genel olarak sağlık harcamalarında yetersizlik, sağlık hizmetleri kullanımında eşitsizlik, hizmet kalitesinin

düşük olması gibi sorunlarla karşılaşmaktadır. Maliyet paylaşımı politikası kullanımı bazı ülkelerde artış gösterirken, çoğu ülke de bu politikayı uygulamaktan vazgeçmektedirler. Sağlık hizmeti maliyet paylaşımı politikasının maliyet etkililiği, hizmet kalitesi, sağlık hizmeti kullanım talebi üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkılarının yanında sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, vergilerden sağlanan gelirler, bağışlar, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten yapılan ödemeler olmak üzere çeşitli finansman kaynakları vardır. Kullanıcı katkıları literatürde co-payment, co-insurance, deductibles, capitation fee, fees, charges, cost-sharing or user charges şeklinde kullanılmaktadır. Bu uygulama yerel sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkıları hizmet sunuculara fon sağlamakla kalmayıp; aynı zamanda da ekonomik açıdan hangi hizmetlerin verilmesi gerektiğini, sağlık hizmetinin ne miktarda olması gerektiğini ve hangi nitelikte olması gerektiği konularında çeşitli bilgiler sağlamaktadır.

## **2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN MEKANİZMALARI**

### **2.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Kavramı**

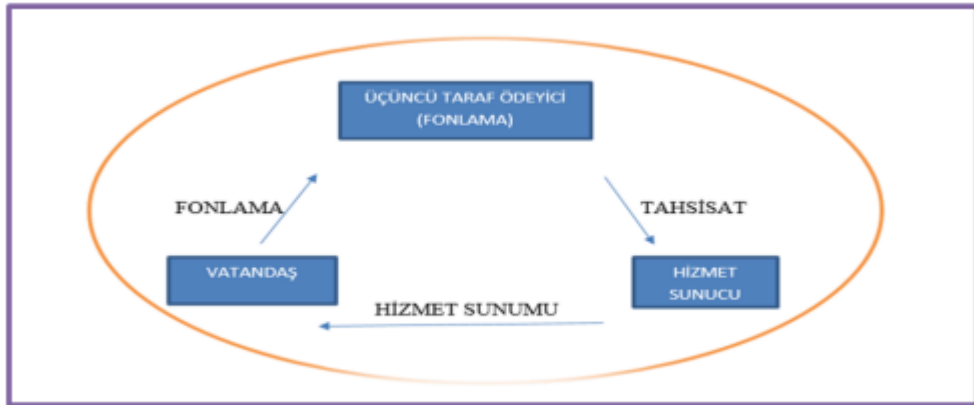
Birey ve toplumların en önemli zenginliklerinden biri sağlıktır. Teknolojinin ve sanayinin gelişmesiyle birlikte sağlık harcamalarına ayrılan pay da giderek artmaktadır. Sağlık sisteminin temel fonksiyonlarından biri olan finansman, bir ülkedeki sağlık yapılanmasını belirleyen temel öğelerden biridir.

Sağlık kavramının tarihsel gelişimine bakıldığında, sağlık çok uzun bir dönem boyunca kamusal bir mesele olmak yerine bireysel bir mesele olarak ele alınmıştır (Ünal, 2013: 124). Günümüze doğru gelindikçe, sağlığın finansmanı da sadece bireylere yüklenen bir yük olmaktan çıkıp, toplumsal bir mesele haline gelmeye başlamıştır. Sanayileşme, kentleşme ve nüfus artışı gibi etkenlere bağlı olarak insanlar bir arada yaşamaya başladıkları için sağlık kavramı toplumsal olarak ele alınması zorunlu hale gelmiştir. Sağlık sektörünün sürekli olarak gelişmesi sağlık finansmanına duyulan ihtiyacı arttırmaktadır (Mutlu ve Işık, 2012: 276). Temel sağlık hizmeti finansmanı sağlayanların, hizmetleri sağlayanlar ile tüketiciler arasında uygun bir anlaşma sağlayabilmesi gerekmektedir. Sağlığın önceliklerinin belirlenmesi, kaynakların bulunması, etkin bir şekilde tahsis edilebilmesi ve etkinlik, verimlilik hususlarına dikkat etmeleri gerekmektedir (Donabedian, 1971: 7). Sağlık hizmeti finansmanın amacı ise

beklenmedik hastalıklarla karşı karşıya kalındığında hastalığın finansal yükünü ortadan kaldırmaktır (WHO, 2000: 92). Sağlık sistemlerinin finanse edilmesindeki temel amaç, tüm bireylerin sağlık hizmetine ulaşabilmesini sağlamak ve kaynakların etkin bir şekilde kullanılarak sürdürülebilir sağlık hizmeti sunmaktır. Ancak kaynakların yetersiz olması sebebiyle çeşitli finansman sağlama mekanizmalarının kullanılması gerekmektedir. Cepten ödeme yöntemleri, vergi ile ödeme yöntemleri, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruf hesapları, sosyal sağlık sigortası sağlık sistemlerinin finanse edilmesindeki yöntemlerdendir. Bu yöntemler sağlığın finansmanı sırasında hane halkının yoksullaşmamasının gözetilmesi ve finansal olarak adaleti sağlamak amaçla gereklidir. Daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak, ileri teknolojik cihazları satın almak ve nitelikli personel istihdam edebilmek ve artan sağlık giderlerini azaltmak için finansman kaynağı sağlamak gereklidir (Orhaner, 2014: 94).

Kişilerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmeleri için sürdürülebilir kaynak yaratılması, topluma finansal açıdan koruma sağlarken adalet ilkesine önem verilmesi, kaynakların etkin bir şekilde kullanılarak insanların yoksullaşmasının önüne geçilmesi gerekmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010: 89). Murray ve Frank (2001: 1698), sağlık sistemi finansman sürecini gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi veya hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlamaktadır. Sağlık hizmetleri finansman üçlüsü Şekil 1'e bakılarak daha iyi anlaşılacaktır.

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Finansman Üçlüsü



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 20002: 2

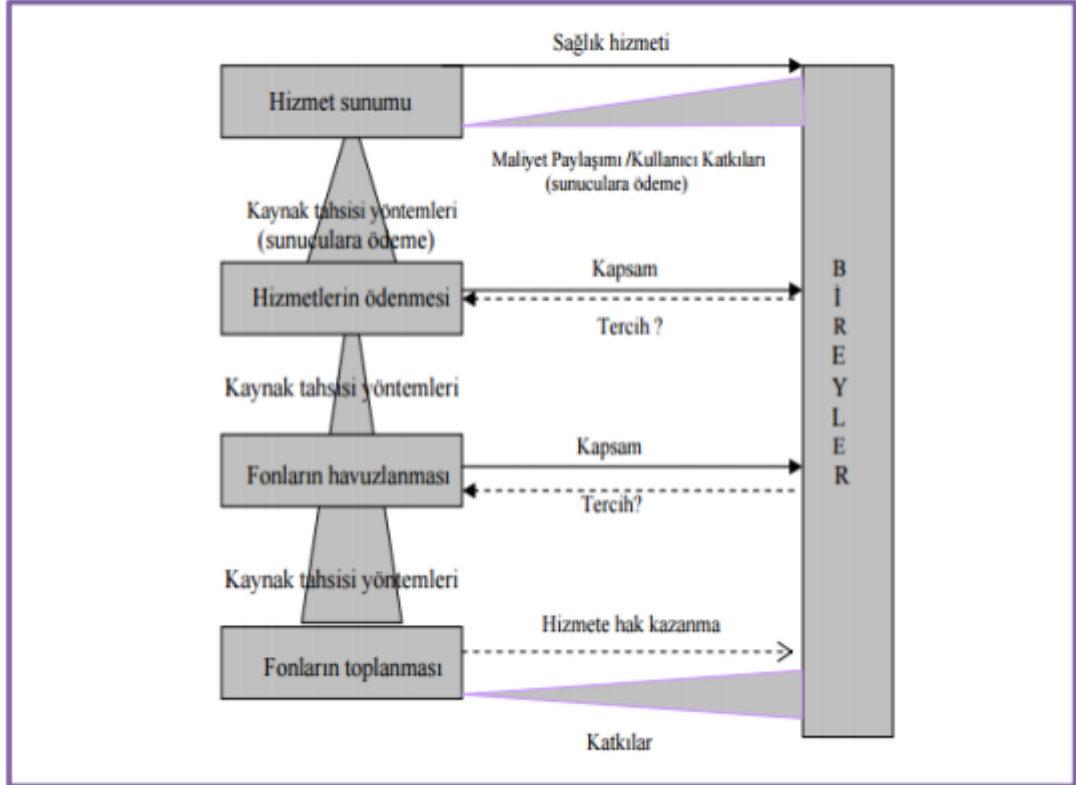
Sağlık hizmeti finansmanında, vatandaşlardan toplanan fonlar üçüncü taraf ödeyicilere fonlanarak, hizmet sunucusu tarafından tahsisat işlemi gerçekleştirilmektedir. Hizmet sunucusu toplanan fonlarla vatandaşa her zaman ulaşabilecekleri sağlık hizmetini sunmak durumundadır (Mossialos ve Dixon, 20002: 2).

## **2.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri**

Sağlık hizmetleri finansmanın üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunucularına ödeme yapmaktır. Gelirlerin elde edilmesi; hane halkı, firmalar, hükümetler, donör kuruluşlar gibi kaynaklardan elde edilen para hareketlerini kapsamaktadır (Ateş, 2011: 99, Çelik, 2011: 171, Kutzin vd., 2010: 14). Bu fonlar, doğrudan cepten ödemeler yapılarak, özel veya zorunlu sağlık sigortasıyla, genel vergilerle veya hükümet dışındaki kuruluşlardan elde edilen kaynaklarla elde edilmektedir. Fon biriktirme, çeşitli kaynaklardan elde edilen kaynakların bir havuzda toplanarak ihtiyaca göre hizmetlerin satın alınmasında kullanılmaktadır (Normand ve Busse, 2002: 57). Kaynakların tahsisi süreci ise bir havuzda toplanan kaynakların, hizmet sunucularına verdikleri hizmetler karşılığında kullanılmasıdır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için gelir toplama işlevi, kim, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacak, ödemeler neleri kapsayacak gibi konuları kapsamaktadır. Gelir toplama yöntemleri özel sağlık sigortası primleri, vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlardan oluşmaktadır. Sağlık finansmanında fon havuzlama; belirsiz olarak ortaya çıkan sağlık hizmeti talebinin finansal riskini paylaşmaktır. Sağlık finansmanında tek bir havuzun bulunması hem riskin hem de gelirin ülkedeki bütün bireyler arasında eşit şekilde dağıtılmasını sağlamaktadır. Farklı kuruluşlar tarafından sağlanan fonlar herkese adil bir sağlık hizmeti sunulmasını ve tüm üyeler tarafından kullanılmasını sağlamaktadır (Kutzin vd., 2010: 15). Hizmet sunucularına ödeme yapma işlevi, toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmeti kullanım karşılığında hizmet sunucularına aktarılmasıdır. Hizmet sunucularına ödeme yapma yöntemlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödeme yöntemleri olarak

çeşitlilik göstermektedir (Galvin, 2005: 4). Şekil 2 sağlık hizmetleri finansmanının işlevlerini ve toplumla olan ilişkisini göstermektedir.

### Şekil 2. Sağlık Hizmetleri Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi



Kaynak: Kutzin (2000:5)

Şekil 2’de sağlık hizmetleri finansmanının fonların toplanması, fonların havuzlanması, alınan hizmetlerin ödenmesi ve hizmetin sunumu şeklinde yapıldığı görülmektedir. Fonların toplanması, bireyler veya tüm nüfus grupları adına, bireylerin cepten ödemeler dışında sağlayıcılara sağladığı tüm fon kaynaklarını ifade etmektedir. Fonların işlevsel akışı gösterilerek fonların mutlaka tek bir havuzda toplanması gerektiği de şekilden anlaşılmaktadır. İstanbulluoğlu ve arkadaşları, (2010: 86) sağlık hizmetleri finansmanının birbiriyle ilişkili üçayağı bulunduğunu ifade

etmiştir. Bunlar sağlık için yeterli fonun toplanması, risk paylaşımı esas alınarak fonların havuzlanması ve fonların gerekli şekilde kullanılmasıdır.

### **2.3. Sağlık Hizmeti Finansman Sisteminin Özellikleri**

Sağlık finansmanı, sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla gerekli kaynakların elde edilmesidir (Gottret ve Schieber, 2006: 7). Gelişmiş ülkelerde özel sigorta payının sınırlılıklarından dolayı kamu kurumları ön plandadır ve sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bir kısmı devlet tarafından toplanan vergiler ile sosyal sigorta primleri tarafından karşılanmaktadır (Mossialos vd., 2002: 33). Dünya Sağlık Örgütü sağlık sistemleri için üç önemli görevden bahsetmektedir (WHO, 2000: 95-98). Bunlar; sağlık statüsünün yükseltilmesi, sağlık sisteminin sağlık hizmeti kullanıcılarının ihtiyaçlarına duyarlı olması ve sağlık hizmetlerine erişimde finansal olarak eşitlik sağlanması olarak belirtilmiştir. Bu amaçlara ulaşmada sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği, sağlık sisteminin amaçlarına ulaşmasında izlenen sağlık politikaları ve sağlık hizmetlerinin sunum şekli son derece önemlidir.

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin özellikleri; (Tengilimoğlu vd., 2009: 233, Balbay, 1997: 57-59 ,):

- Sağlık finansman sistemi hizmet yoksunluğu önlenerek, herkese sağlık hizmeti alım gücünün (finansman olarak) sağlanması,
- Tahmin edilemeyen büyük bir hastalığın getirmiş olduğu sağlık harcamaları karşılanırken, ciddi bir finansman sorunu ile karşı karşıya kalınmaması,
- Finansman sistemi ve etkin kaynak kullanımının sağlanması,
- Gereksiz hizmet arzının önüne geçilmesi,
- Finansman sisteminin toplum, hekimler ve herkes tarafından kabul edilmesi
- Finansman sisteminin maliyeti yüksek, uygunsuz, karmaşık işlemleri gerektirmemesi ve gelişigüzel kararlara dayandırılmaması şeklinde sıralanabilir.

### **2.4. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri**

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada üç ana model söz konusudur. Bunlar; doğrudan, dolaylı ve özel finansman yöntemleridir (Uzun, 2015: 29). Doğrudan finansman yöntemi sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmet bedelini doğrudan kendilerinin ödemesidir. Dolaylı finansman yönteminde, hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü taraflar (ödeme kurumu) bulunmaktadır. Özel finansman yönteminde ise, hizmet sağlayıcıları sağlık hizmetleri ile ilgili faturaların tamamını veya bir bölümünü ödemektedir (Mutlu ve Işık, 2012: 297-298). Ülkeler tarafından uygulanan finansman modelleri bu şekilde sağlanırken, finansman yöntemlerinin modelleri Tablo 1 ile daha iyi anlaşılacaktır.

**Tablo 1. Sağlık Hizmetleri Finansman Modelleri**

	Beveridge(Ulusal Sağlık Hizmeti)	Bismarck (Sosyal Sağlık Sigortası)	Özel Sigorta
<b>Örnek</b>	Birleşik Krallık	Almanya	Birleşik Amerika
<b>Karar Verme</b>	Devlet	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri	Özel Girişimcilik İlkeleri
<b>Kaynaklar</b>	Vergiler	Çalışan ve İşveren Katkıları	Özel Finansman
<b>Sağlık Hizmeti Sunucuları</b>	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Kaynak: Wild ve Gibis (2003: 189)

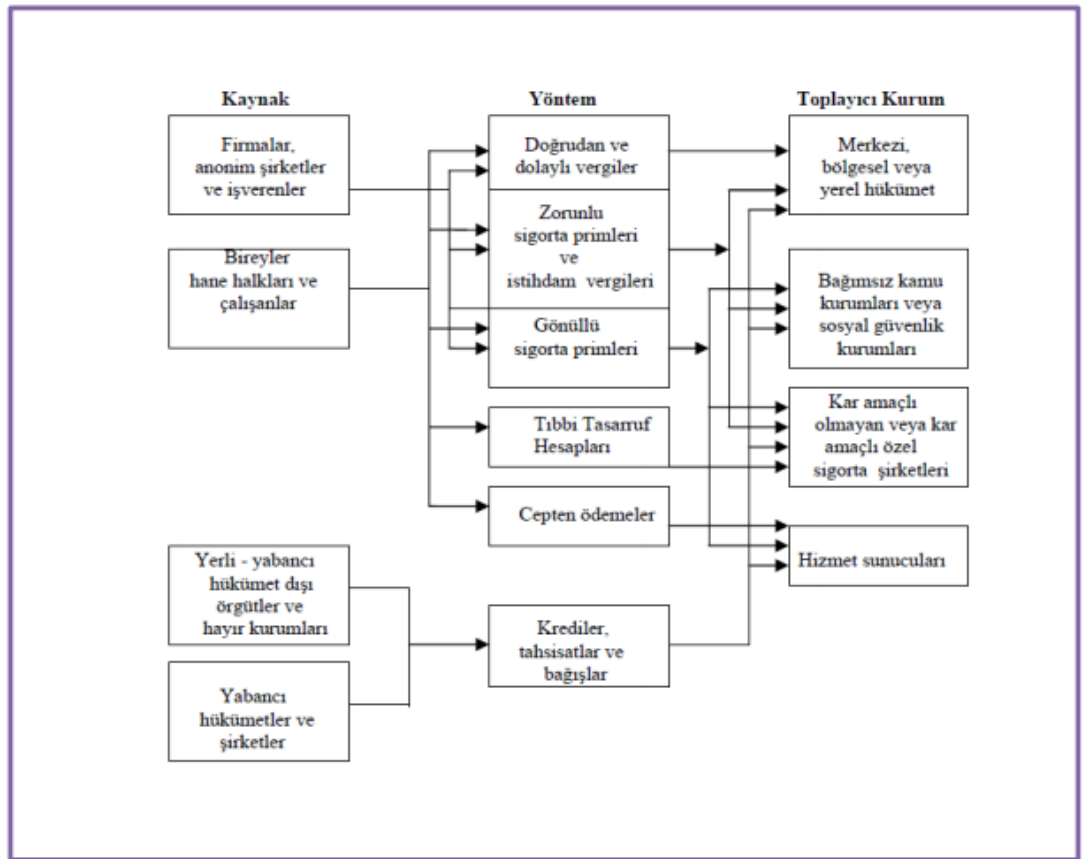
Tablo 3'te görüldüğü üzere sağlık hizmetleri finansman modelleri çeşitlilik göstermektedir. Bu çeşitlilik uygulanan finansman modellerinin sağladığı kaynaklar, sağlık hizmeti sunucuları ve uygulanan modellerin karar vericilerine göre değişmektedir (Wild ve Gibis (2003: 189).

## 2.5. Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri

Sağlık hizmeti sunumunu etkin kılabilmek, sağlık hizmetlerini sürdürülebilir yapabilmek, herkesin sağlık hizmetine erişimini sağlayabilmek amacıyla çeşitli finansman mekanizmalarından yararlanılması gerekmektedir. Ülkeden ülkeye sağlık hizmetlerinin finansman mekanizmaları farklılık göstermektedir. Şekil 3'de finansman sağlanan kaynaklar, fon toplayan kurumlar ve uygulanan katkı mekanizmaları verilerek konuya bütüncül bir bakış sağlanmıştır.



**Şekil 3. Fon kaynakları, Katkı yöntemleri, Fon toplayan kurumlar**



Kaynak: Mossialos ve Dixon 2002:4

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları genel olarak hane halkı ve şirketlerden toplanmaktadır. Fon toplama mekanizmalarını vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler ve bağışlar

oluşturmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar ise, hükümet, sosyal güvenlik kurumları, kar amaçlı olmayan veya kar amaçlı olan özel sigorta şirketleridir (Şekil 3).

Tengilimoğlu ve Güzel (2011: 19) ulusal bir sağlık sisteminin finansal ögesi sadece devlet gelirlerinin belli bir düzeyde toplanmasını değil, aynı zamanda sağlık hizmetleri ödeme riskini tek bir birey yerine tüm toplum tarafından paylaşılmasını sağlamak gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanında tüm yöntemlerin birlikte kullanılması, herhangi bir avantaj yaratmak yerine kargaşa ortamı bile yaratabilir (Akdur vd., 1998: 41). Bu bakımdan sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman yöntemleri kadar, sağlık hizmeti finansman yöntemlerinin özellikleri de önemlidir.

Benli (2009: 5) sağlık hizmetleri finansmanında belirlenen model ne olursa olsun, hakkaniyete özen gösterilmesi, kaynak akışının devamlılığını sağlanması ve kaliteli hizmet sunumunun teşvik edilmesi gerektiği üzerinde durmaktadır.

Uz (2003: 38) sağlık hizmetleri finansmanında dikkat edilmesi gereken ilkeleri aşağıdaki gibi belirtmiştir:

- Halkın benimsemesi,
- Hakkaniyetli olunması,
- Kaynakların toplanması,
- Kaynak akışında süreklilik sağlanması,
- Kaynakların toplanması ve yönetiminde düşük maliyetin sağlanması,
- Kaliteli hizmet sunumu için teşvik edici olması.

Sağlık hizmetleri finansmanı, fonların farklı yöntemlerle toplanmasıyla elde edilmektedir. Bu yöntemler (WHO 2002: 57, Maynard ve Dixon 2002:110);

- Özel sağlık sigortası,
- Genel vergiler,
- Sosyal sağlık sigortası,
- Tıbbi tasarruf hesabı,

- Borç, hibe ve bağışlar
- Cepten ödemelerdir.

Cepten yapılan ödemeler kişilerin gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçeceği varsayımı ile öne sürülen bir yöntemdir. Cepten ödemeler her sağlık sisteminde bulunmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin kullanımı belirsiz olacağı için finansman yöntemi olarak kullanılmaması gereklidir. Cepten ödemeler, doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve informal ödeme olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir (Çelik, 2011: 194). Araştırma kapsamında cepten yapılan ödemelerin kapsamında olan kullanıcı katkılarına değinilecektir.

### 3. KULLANICI KATKISI

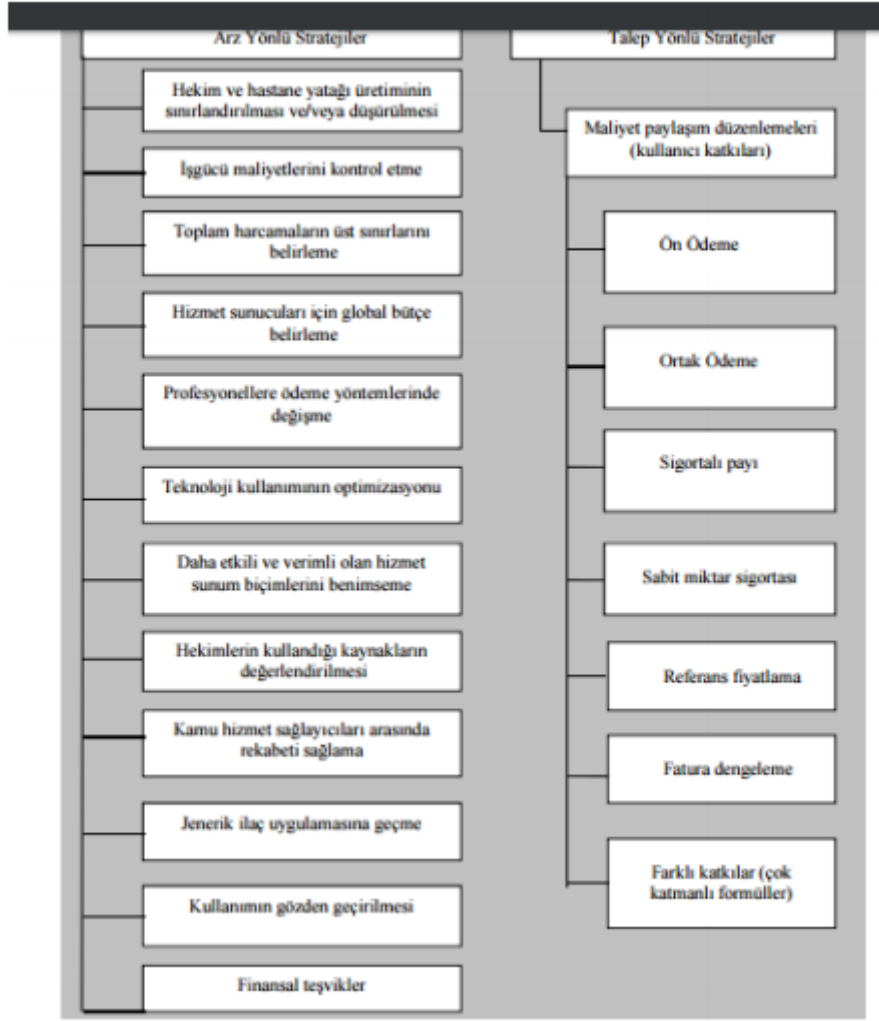
Kullanıcı katkısı sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar olarak tanımlanmaktadır (5510 Genel Sağlık Sigortası Kanunu, 2006: 26200). Herhangi bir sağlık hizmeti kullanımında, ortaya çıkan parasal bedelin, belli bir kısmının sağlık güvencesi olan kişilere ödetirilmesidir. Bu durumda bireyler sağlık hizmeti kullanımında belli bir miktarı cebinden ödemek zorunda kalmaktadırlar (Yıldırım, 2016: 72). Kullanıcı katkısı; maliyet kontrolü, harcama kontrolü, maliyet sınırlama, harcamaların sınırlandırılması olarak da adlandırılmaktadır (Yıldırım vd., 2011: 74). Ayrıca, arka kapıdan özelleştirme olarak da nitelendirilmektedir (Birch 1986: 163). Herkese eşit miktarda sabit bir ödeme sağlayan kullanıcı katkıları, hasta tarafından ilaç veya reçete başına belli bir miktar ödemesi anlamına gelir. Buna reçete ücreti, tüketici ücreti, hasta ücreti, veya maliyet paylaşımı (Austvoll-Dahlgren vd., 2008: 4) birlikte ödeme (Beck, 1974: 128), koyun postuna bürünmüş kurt (Russel ve Gilson, 1997: 359), hastalık vergisi (Thomson vd., 2008: 6), derinliği azaltan mekanizma (Thomson vd., 2009: 21) adları da verilmektedir.

Kullanıcı katkıları, maliyet paylaşımına dair bir yaklaşımdır (WHO 2005: 2). Hakkaniyete uygun bir şekilde sağlık hizmeti erişimini amaçlayan bu hizmet, son on yıl içerisinde tartışılan bir konu olmuştur (Bigdeli ve Ir, 2010: 2). Kullanıcı katkısı, güvence kapsamında bulunan hizmetleri kullanımında yapılan ödemelerdir. İlaç katkı payları buna örnek gösterilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22-24). Sağlık hizmetlerinde birçok maliyet düzenlemesi mevcuttur. Ancak tüm maliyet

paylaşım modelleri her ülkenin sağlık sistemi için uygunluk göstermemektedir (Gulliford ve Morgan, 2003: 165). Ülkelerin teknik veya idari sorunlarından dolayı farklı ülkelerin toplumlarındaki önemli değerlerle çatışma göstermektedir. Politika yapıcıların uygun politikayı seçebilmesi için uygun deneyler yapması mümkün değilse, ülkelerin uygulamış oldukları ampirik çalışmalar kanıt olarak gösterilerek, diğer ülkelerin toplumdaki değer ve inançları esas alınarak, doğrudan herhangi bir uygulamayı almak yerine, spesifik özelliklere göre uyum sağlanması gerekmektedir.

Devletler, artan sağlık hizmetlerini maliyetlerini kontrol altına almak için çeşitli stratejiler geliştirmektedir. Bu stratejiler talep yönlü ve arz yönlü olmak üzere iki şekilde ele alınmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997: 83-100). Arz yönlü stratejiler, hekim ve hastane yatağı üretiminin sınırlandırılması veya düşürülmesi, işgücü maliyetlerini kontrol etme, toplam harcamaların üst sınırını belirleme gibi düzenlemeleri kapsarken, talep yönlü stratejiler de maliyet paylaşım düzenlemeleri, ön ödeme, ortak ödeme, sigortalı payı, sabit miktar sigortası, referans fiyatlama, fatura dengeleme ve farklı katkıları kapsamaktadır. Arz ve talep yönlü stratejiler Şekil 5'te gösterilmektedir.

#### Şekil 4. Maliyet Sınırlama Stratejileri



Kaynak: Thomson vd., (2008: 54)

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri piyasasında talep yönlü bir politika aracıdır. Bu araçlar genellikle ulusal bir sağlık sistemi olarak uygulanır. Talep yönlü strateji olarak uygulamaya koyulan kullanıcı

katkılarının çeşitleri detaylı olarak makalenin diğer başlıklarında açıklanacaktır.

### 3.1. Kullanıcı Katkılarının Kullanılma Sebepleri

Devletin sağlık hizmetleri piyasasında ortaya çıkan eksiklikleri ortadan kaldırmak, gelir dağılımındaki adaletsizlik nedeniyle sağlık hizmetleri kullanımını herkesin erişimine açmak, koruyucu sağlık hizmetleri sunmak, finansman ve denetim fonksiyonu üstlenmek için çeşitli müdahalelerde bulunması gerekmektedir (Gümüş vd., 2014: 180). Sağlık sektöründe kullanıcı katkılarına yönelik birçok şey söylenmektedir. Kullanıcı katkıları ilk olarak Dünya Bankası (DB)'nin 1987 yılında yayımladığı "Health Financing in Developing Countries: Agenda for Reform" adlı raporunda tartışılarak politika gündemine oturmuştur. DB sağlık hizmetlerinde yaşanan finansal problemlerinin üstesinden gelebilmek ve talebe yönelik eğilimin değişmesi için kullanıcı katkılarını şiddetle tavsiye etmektedir. Gelişmekte olan ülkeler için temel bazı stratejiler belirleyerek finansal sorunlarına yardımcı olabilecek uygulamaları da desteklemektedir. Bunlar; ilk olarak kullanıcı katkıları, ikinci olarak özel sektör hizmet sunumunu teşvik etmek ve son olarak da kamu sağlık sistemini (decentralization) yerelleştirmektir (World Bank, 1987: 25-26). Sağlık hizmetlerinin yerelleştirme sürecinde, dünyanın yoksul kesimleri tarafından temel sağlık hizmetlerine erişimde, kabul edilebilir kalitede erişim halen reddedilmektedir. Hükümetler, sağlık sistemlerini nereden fonlayacakları konusunda ikileme düşmektedir (Blair vd., 2005: 196). Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetine erişimde büyük bir engel olarak görülmektedir. Ancak, kaynakların yetersiz olması, hizmetin kaliteli olarak sunulmaması sağlık hizmetlerine erişim için engel oluşturmaktadır. Kullanıcı katkıları hem kaliteli hizmet sunabilmek, hem de yeterli derecede kaynak sağlayabilmek amacıyla kullanılmaya başlanmıştır (Lagarde ve Palmer, 2008: 839). Son yirmi yılda, özellikle yerel düzeyde kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti finansmanında kullanımı gün geçtikçe artmaktadır (Nolan ve Turbat, 1995: 6; Kilingworth vd., 1999: 153). Birçok birey, ameliyat harcamalarını ve personel bütçesini desteklemek amacıyla da kullanıcı katkılarına güvenmektedir (WHO, 2005: 2). Kullanıcı katkıları; eşitlik, ilerleme, tahsis etme gücü, maliyet etkinliği için karar verme mekanizmasında ele alınan bir uygulamadır. Sağlık hizmetinde kullanıcı katkıları ele alınırken bahsedilen bu faktörlerin her birinin kendi içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Kullanıcı katkıları, hükümet malları veya hizmet tüketicileri ile ilgili olarak alınan miktarlar olarak tanımlanmaktadır. Benzer biçimde özel menfaat için, alınan mal ve

hizmetlerin kullanımı için bireylerin aldığı parasal tutarlar olarak da tanımlanmaktadır (Duff 2004: 393).

Dünya Bankası (1987: 26) kullanıcı katkılarının kullanımı ile ilgili olarak aşağıdaki faktörleri öne sürmüştür:

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

Sağlık harcamaları; nüfusun yaşlanması, teknolojik gelişmeler, vatandaşların beklentileri, sağlık güvencesinin genişlemesi, hizmet sunumu ve hekimlere yapılan ödemelerin değişmesiyle birlikte artış göstermeye başlamıştır. Kaynakların kıt olması, ülkelerin çeşitli politikalar geliştirmesini zorunlu kılmıştır. Genel vergiler ve sosyal primlerle finanse edilen sağlık hizmetleri yükünü özele kaydırabilmek, ek gelir elde edebilmek ve gereksiz talebin önüne geçebilmek için, kullanıcı katkıları neredeyse tüm ülkelerde uygulanmaya başlamıştır (Yıldırım vd., 2011: 72). Ulusal politika düzenleyicilere göre kullanıcı katkılarını uygulamadaki temel hedef finansal kaynak sağlamaktır. Temel hedefin yanında yardımcı olarak ilaçların ulaşılabilirliğini arttırmak, sağlık bakımının genel kalitesini arttırmak, sağlık hizmetinin kapsama alanını genişletmek ve sağlığı iyileştirici hedefleri vardır (Russel ve Gilson 1997: 360). Öte yandan Carrin (2011: 160), kullanıcı katkısı uygulamasının net bir hedefi olmadığına dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetlerini geliştireceği arzusuyla, devamlı büyüyen bir nüfusa yönelik sağlığın sürdürülebilirliğini sağlaması gerekmektedir. 1978 yılında Alma Ata Konferansı'nda üye ülkelerin temel sağlık hizmetlerini tüm vatandaşlara eşit hizmet sağlayacak şekilde herkese ulaştırmak istemesi kıt kaynakların nasıl tahsis edileceğine dikkat çekmiştir. Bu dönemde hedeflere ulaşmak için ek kaynakların sağlanması gerektiği fikri ön

plana çıkmıştır. Sağlık sektöründe politika belirleyicisi olan DB sağlık hizmetlerine ek kaynak sağlayabilmek amacıyla kamu hizmetlerinden “kullanıcı katkıları” alınması gerektiğini, var olan kaynakların daha etkin kullanılması gerektiğini vurgulamıştır (Çelik, 2013: 192, Jarret ve OfosuAmaah, 1992: 166). 1980’lerin ortalarında ücretsiz doğumun sürdürülebilir olmadığı ve ilave ücret tahsis edilmesi gerektiği ortaya konulmuştur (Dupas ve Nber, 2012: 4). 1987 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF’in katkılarıyla Afrika sağlık bakanları toplantısında kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti finansmanında önemli rol oynayacağı vurgulanmıştır. Temel olarak ilaçlara vurgu yapılarak Afrika’daki temel sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin sağlanması üzerine odaklanılmıştır. O zamandan beri Afrika’da birçok ülke kullanıcı katkılarını kullanmaya başlamıştır (Nolan ve Turbat, 1995: 4). 1996 yılında Kamboçya’da informal ve formal ödemelerin düzensiz bir şekilde tahsil edilmesinin önüne geçilerek, asgari ödeme şartlarının belirlendiği Sağlık Finansmanı Ulusal Tüzüğü kabul edilmiştir. O zamanda beri kullanıcı katkıları ülke genelinde kısmi olarak kullanılmaya başlamıştır. Ancak 2008’de hemen hemen her hükümet kullanıcı katkı uygulamalarını kullanmıştır (Bigdeli ve Ir, 2010: 4). Katılım payı uygulamaları gelir elde etmekten çok sağlık hizmetlerinin talebini kontrol etmeye yöneliktir. Ancak bazı ülkelerde katılım payları yüksek tutularak ekstra gelir elde edilmektedir. Katılım paylarını yüksek tutan ülkeler, özellikle sağlık hizmetlerinin büyük ölçüde kamu tarafından karşılandığı ve ekonomik güçlük çeken ülkelerdir. Önceden katılım paylarına negatif bakılırken, günümüzde birçok gelişmekte olan ülke ve gelişmiş ülkeler katılım paylarını, yaşanan ekonomik zorluklar nedeniyle kabul etmeye başlamıştır (Yenimahalleli-Yaşar 2007: 63). Afrika hükümeti eğer temel sağlık hizmetlerinin ücretlerini kaldırırsa finans açığını kapatabilmek için bağışçılardan ve diğer ülkelerden uzun vadeli taahhüt sözü alması gerekmektedir (WHO, 2005: 4). Ancak bağışların yetersiz kalacağı düşüncesiyle, kurumsal düzenlemelerin adil olmasını sağlamak amacıyla, gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçmek ve kaynak yaratmak amacıyla, kullanıcı katkısı uygulamasına geçilmiştir (Mossialos ve Dixon, 2002: 5).

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı masraflarının artması üzerine, sağlık hizmeti kullanıcıları ve sunucularının yanı sıra, sağlık hizmeti satışlarından sorumlu sağlık planlamacıları, hizmetlerin ödenmesinde kaynakların nereden nasıl sağlandığını görmek ve yönetmek için kullanıcı katkıları mekanizmalarını sinyal veren bir fiyatlandırma cihazı olarak görmektedir (John, 2013: 196). Sağlık hizmeti sunumunda etkinliği arttırıcı bir araç olarak görülen kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı sınırlandırarak ve hastaların sevk zincirine uymasını



sağlayarak hizmetlerin rasyonel bir şekilde kullanılmasını teşvik etmektedir. Ayrıca gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçilerek, fazladan oluşan kuyruklara engel teşkil etmektedir.

Sağlık hizmeti finansmanında kullanıcı katkılarının kullanılmasıyla ortaya çıkacak sonuçlar aşağıda belirtilmiştir (Dupas ve Nber, 2012: 3).

- Sağlık hizmeti finansman kaynağını etkili ve verimli tahsis etme imkânı,
- Sağlık hizmeti kullanımında eşitlik sağlanması,
- Halk sağlığı harcamalarında etkinlik ve iyileştirme,
- Hizmet kalitesinin artış göstermesidir.

Herhangi bir sağlık hizmeti veya ürünü için kullanıcı katkısı tahsil etmenin ilk nedeni, kişi başına sağlanan sağlık hizmeti birim maliyeti düşürmektir. Ülkelerde gelirlerden elde edilen ücret, sağlık hizmeti finansmanında yetersiz kalıyorsa, kullanıcı katkıları uygulamasına geçilmektedir. Kullanıcı katkıları, hizmet tüketicileri tarafından memnuniyet yaratmasa da, hükümetler başka çıkış kapısı bulamadıkları için kullanıcı katkısı yöntemine başvurmaktadır. Hastanenin sabit giderleri (tesis masrafları, personel giderleri vb.) göz önüne alındığında, kullanıcı katkılarının maliyet etkinliği üzerindeki etkisi talebin fiyat esnekliğine bağlı olacaktır (Dupas ve Nber, 2012: 3; Keshavjee 2004: 102). Yani, talep değişikliğinin ortalama maliyet üzerinde önemli bir etkisi vardır. Sağlık hizmetlerinde personel maaşları, tesis masrafları gibi sabit giderler sağlık hizmeti kullanımına bağlı olarak değişmemektedir. Örneğin sağlık hizmetinin ücretsiz olduğu durumlarda doğum kliniğinde 15 hasta bakılırken, kullanıcı katkısı uygulamasıyla bu sayı dokuza düşmektedir. Hastaneye dokuz hasta başvurduğunda da 15 hasta başvurduğunda da sabit masraflar değişmemektedir. Kişi başına düşen maliyet artmış gibi görünse de, hastane açısından giderlere bakıldığında, hastanenin hizmet kalitesini hem arttırdığı hem de hastane giderlerinin az miktarda da olsa düştüğü gözlemlenmektedir. Buna ilaveten Banerjee vd., (2010: 5) sağlık hizmeti kullanım oranlarının, hastanenin sabit maliyet giderleri üzerine yaptığı etkiyi inceleyen bir araştırmada maliyet etkinliğini vurgulamıştır. Araştırmada; ebeveynler ücretsiz bağışıklık tedavisi hizmetlerinin kullanımına teşvik edildiğinde,

sağlık hizmeti kullanımında talep artışı çok fazla görülmüştür. Bu sebeple sağlık hizmeti kullanımında az miktarda ücret tahsisi, ücretsiz sağlık hizmetine göre daha fazla maliyet etkinliği sağlamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde, kullanıcı katkıları uygulaması, hastane için ek gelir sağlamaya başladığından dolayı hastane yöneticilerinin de dikkatini çekmeye başlamıştır (Weaver, 1995: 350). Ancak tam tersine Barnum ve Kutzin (1993: 230), birçok hastanenin şu anda kullanıcı katkıları uygulamasını talep ettiğini, ancak kullanıcı katkılarıyla çok fazla gelir toplanmadığını ifade etmektedir.

Literatürde kullanıcı katkılarının etkilerine yönelik birçok araştırma yapılmıştır. Ancak deneysel anlamda en kapsamlı ve geçerliliği yüksek olan araştırma ABD’de 1971-1982 yılları arasında gerçekleştirilen RAND Sağlık Sigortası Deneyi (HIS Health Insurance Experiment)’dir. Bu araştırma maliyet paylaşımı, hizmet kullanımı, kalite bakımı ve sağlık üzerindeki maliyetin etkisini uzun vadede ortaya koyan ve konuya ilişkin en fazla atıf yapılan tek deneysel çalışmadır (RAND, 2006: 1). Araştırma, 65 yaşın altında 7700 bireyden oluşan 2750 aileyi kapsamaktadır. Bölgesel/kır/kent dengesini sağlamak amacıyla katılımcılar ABD’nin özel olarak belirlenen beş sağlık sigortası programından rastgele seçilmiştir. Deney kapsamında birinci ödeme planı ücretsiz hizmet sağlarken; diğer üç plan ise %25, %50 ve %95 olmak üzere değişen düzeylerde maliyet paylaşımı sağlamıştır. Beşinci sağlık sigortası ise kar amacı gütmeyen Health Maintenance Organisation (HMO), tarzı bir grup kooperatiftir. HMO kapsamında olanlar ücretsiz hizmet alırken, yoksul ailelere maliyet paylaşım miktarı gelir düzeyinden %5, %10 ve %15 seviyesinden ayarlanmıştır. Yani cepten yapılan ödemeler gelire orantılı olarak sınırlandırılarak 1997 yılı için en fazla 1000 \$ gibi bir fiyat belirlenmiştir (RAND, 2006: 2). RAND Sağlık Sigortası Deneyi’nin sağlık hizmetleri kullanımı üzerine etkilerine bakıldığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır: 1. Katılımcıların (yaşlılar ve çocuklar dâhil) sağlık hizmeti kullanımını azalttığı, 2. Maliyet paylaşımının katılımcılar tarafından alınan sağlık hizmetinin kalitesini çok fazla etkilemediği, 3. Maliyet paylaşımı planına katılanlar sağlık bakımında daha az harcama yaptığı görülmüştür. %25’lik eş güvence sahipleri ücretsiz bakım hizmeti alanlara kıyasla, % 20 daha az harcama yaptığı, %95’lik eş güvence sahipleri ise %30 oranında daha az harcama yaptıkları ortaya konmuştur. Ücretsiz bakım en fakir hastalarda, diş sağlığı, görme, yüksek tansiyon kontrolü gibi hastalıklarda iyileşmelere yol açmıştır.

### 3.2. Kullanıcı Katkılarının Avantajları

Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir (Beck, 1974: 129). Sevk zincirinin etkili bir şekilde uygulanmadığı ülkelerde kullanıcı katkısı uygulamasına geçilmesi bireyleri birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına itebilir. Katkı paylarının sağlık sistemi açısından iki olumlu etkisi vardır. Bunlardan ilki sosyal sigorta katkıları yetersiz kaldığı zamanlarda ek kaynak sağlaması; ikinci olarak da sağlık hizmetlerinin kalite ve maliyetine yönelik bilinç düzeylerini arttırarak, gereksiz sağlık hizmeti talebini sınırlayarak maliyetleri azaltmasıdır (Orton vd., 2009: 67; Maynard ve Dixon, 2002: 111).

Saltman ve Figueras (1997: 98) ve Gilson (1996: 371) kullanıcı katkılarının uygulamaya geçilmesiyle birlikte aşağıdaki çıktıların sağlanabileceğini öne sürmüşlerdir:

- Kamu sektöründe bakım kalitesi artış gösterecektir,
- Gelirler artacaktır,
- Gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçilecektir,
- Geliri düşük olan bireylere, sağlık hizmeti erişimi sağlanacaktır,
- Kullanıcı katkılarıyla bakım talebi dengelenecektir.

Çoğu ülkede sağlık alanında uygulanan kullanıcı katkıları politikalarında maliyetlerin iyileştirilmesi esas alınmıştır (Thomson vd., 2008: vii). Kullanıcı katkıları ile ilgili politikaların sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkisini değerlendirmek amacıyla birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların çoğu, kullanıcı katkıları politikasının uygulanmasıyla birlikte birinci basamak sağlık hizmetine erişimin önemli derecede azaldığını göstermektedir (Asenso-Okyere, 1995: 88; Waddington ve Enyimayev, 1989: 37). Kullanıcı katkılarının en önemli faydalarından biri tahsisat verimliliğini arttırmaktır. Ayrıca kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımının önüne geçerek, sağlık hizmetine en çok ihtiyacı olanların taleplerini karşılamaya yönelik bir uygulamadır. Hastalara verilen sağlık hizmetinin maliyetlerinden daha düşük bir miktarda ödeme talebidir. Kullanıcı katkılarının, finansal açıdan bir diğer faydası sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla sağlık harcamalarını kamudan özele kaydırmaktır (Ros vd., 2000: 2). Kamunun sağlık sektörüne ayırdığı payın azaltılıp, özel sektöre

devretmesi ve denetleyici bir sağlık kontrol hizmeti sağlaması sağlık hizmetinin hem kalitesini arttıracak hem de daha ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunumu sağlayacaktır. Ülkeler kullanıcı katkıları uygulamasını kaldırmayı düşündüğü zaman kullanıcı katkılarının mümkün olduğunca her boyut açısından ele alması gerekmektedir. Johnson ve Goss (2012: 2) kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinden yararlanmanın yanı sıra bakım hizmetlerine zamanında erişim, gıda güvenliği, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve hane halkı karar alma süreçlerini de etkilediğini vurgulamıştır.

Kullanıcı katkılarının sağladığı faydaları özetlemek gerekirse;

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

### **3.3. Kullanıcı Katkılarının Dezavantajları**

Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetleri finansmanında ekstra gelir sağlamayı amaçlarken bazı dezavantajları ortaya çıkmıştır. Birçok uluslararası kampanyada, özellikle birinci basamak temel sağlık hizmetleri için kullanıcı katkılarının alınmaması gerektiği savunulmaktadır (Russel ve Gilson, 1997: 360). Chernomas (2001: 183) tarafından yapılan bir araştırmada kullanıcı katkılarının uygulamaya konulması veya arttırılması bakıma muhtaç olan bireylerin sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikleri arttırdığını, en yoksul kesimlerin sağlık hizmeti kullanımını orantısız şekilde azalttığını göstermektedir. Thomson vd., (2009: 21) sağlık hizmetleri kapsamı ile ilgili 3 temel boyuta dikkat çekmektedir. Bunlardan ilki kapsam genişliği (breadth of coverage), ikincisi, kapsam alanı (scope of coverage), üçüncüsü ise kapsam derinliği (depth of coverage)'dir. Bunlardan birincisi sağlık hizmetlerine herkes tarafından ulaşılması gerektiğini, ikincisi kapsam alanı teminatını üçüncüsü ise sağlık hizmetinin ne ölçüde verildiğini ve nasıl sağlandığını ele almaktadır. Ancak kullanıcı katkıları, kapsamın derinliği boyutuna

ters düşmektedir. Derinliği olumsuz şekilde etkileyen bir politikadır. Sağlık hizmetlerinde en tehlikeli özelleştirme biçimi talebin finansmanının özelleştirilmesidir. Hakkaniyet ilkesi zedelenerek tasarruf sağlanmaması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde karar vericiler hakkaniyet mi tasarruf mu ikileminde tasarruf boyutuna daha az önem vermesi gerekmektedir. Sağlıkta tasarrufu hakkaniyete tercih etme, onarılması güç sorunlar ortaya koyabilir (Yıldırım, 2016: 73). Rice (1997: 386) hastane yatakları, tıbbi teknolojiler, sağlık personelinin sayısı gibi arz ile ilgili faktörlerin kontrol edilerek, hakkaniyeti zedelemeyecek şekilde cepten yapılan ödemelerle karşılanabileceğini belirtmektedir. Benzer biçimde Chuma vd., (2009: 2)'da kullanıcı katkılarının uygulanmaya başladıktan sonra faydadan çok zararı olduğunu vurgulamaktadır. Yine Gilson (1996: 35)'da kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri talebini olumsuz yönde etkileyerek, hane halkının yoksulluğuna katkıda bulunduğuna, eşitsizliği arttırdığına dikkat çekmektedir. Deneyimler göstermektedir ki, kullanıcı katkıları, toplam sağlık harcamalarına sadece %5'lik bir finans sağlamıştır (Gilson, 1996: 38). Sağlık harcamalarının kamu veya özel kuruluşlar tarafından finanse edilmesi durumunda ahlaki tehlike (moral hazard) sorunu sebebiyle sağlık hizmetlerinde gereksiz artışın harcamalarda da artışa neden olmasını sağlamaktadır. Yani, eğer bireyler sınırsız ve geniş kapsamlı olarak sağlık güvencesine sahip olurlarsa, gereksiz yere pahalı olan mal ve hizmetleri kullanma eğilimi gösterirler. Bu durum kaynakların verimsiz ve gereksiz kullanımına yol açmaktadır. Ayrıca bu durum sağlık hizmetinden yeterli miktarda yararlanamayan bireylerin sağlıklarını da olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gilson ve McLynite (2005: 764), katkı paylarının sağlık hizmeti finansmanı sağlamada en geri yöntemlerden biri olduğunu savunmaktadır. Fakir ailelere ekstra yük sağlayan bu sistem, geliri düşük olan bireylerin sosyal anlamda dışlanmasına zemin hazırlamaktadır. Kullanıcı katkılarının amacı genel ilaç kullanımını ve ilaç harcamalarını azaltmaktır. Katkı payları her reçete için veya ilaç grubunun tamamında aynı olduğu için marka veya jenerik ilaç farkı gözetmemektedir. Bu nedenle; katkı payları, müşterek sigortacılık veya katmanlı ödemelerin aksine, tüketiciye daha ucuz olan ilacı seçme konusunda teşvik sağlamamaktadır (Austvoll- Dahlgren vd., 2008: 4). Ayrıca katkı payları uygulamasıyla birlikte hekim önerisi dışında ilaç kullanımının arttığına dikkat çekilmektedir. Gana'da kullanıcı katkısı uygulamasının bireylerin sağlık hizmeti kullanımındaki etkisinin incelendiği bir araştırmada bireylerin poliklinik hizmetleri için

ödemesi gereken kullanıcı katkısından dolayı ilaçlarla kendilerini tedavi etmeye çalıştıklarını ve bu durumun tedavide gecikmeye neden olduğu belirlenmiştir (Asenso-Okyere vd., 1998: 187). Yapılan çoğu araştırmada sağlık hizmetlerinde maliyet paylaşımı üzerine çok fazla olumlu geri bildirimler alınmamıştır. Önceki araştırmalar nüfusun bazı kesimlerinin maliyet paylaşımı konusunda olumsuz bir etkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir. RAND deneyinde Shapiro vd., (1986: 248) düşük gelirli hastaların maliyet paylaşımı nedeniyle yüksek gelirli hastalara göre daha fazla kısıtlandığını ortaya koymuştur. Lohr vd., (1986: 21-22) maliyet paylaşımının dayatılmasının düşük gelirli kişiler üzerinde olumsuz etkileri olduğu sonucuna varmıştır. Wedig (1988: 152)'de benzer biçimde sağlık bakımından kötü durumda olan hastaların fiyat artışlarından sonra iyi durumda olan hastalardan daha az sağlık hizmeti kullanarak kullanım üzerinde kısıtlılık getirdiğini vurgulamıştır. Hatta Gilson ve McLynte, (2005: 764), kullanıcı katkılarının kaldırılmasının daha doğru olacağını ileri sürmektedirler.

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının kaldırılmasıyla ortaya çıkacak olan finansal boşluğu doldurmak için çeşitli stratejiler önermektedir. Bunlar (Gilson ve McLynte, 2005: 764):

- Sağlık sistemlerini güçlendirmek için ve sağlık hizmetleri faaliyetlerinin kontrolü için devletin özel bir birimine yetki verilmeli,
- Sağlık çalışanları ve yöneticilerle birlikte, politika vizyonu, amaçlar, hedefler konusunda açık bir şekilde iletişim kurulmalı,
- Yöneticilerin kontrolünde küçük ölçekli harcama kalemlerine izin verilerek yeni fonların oluşturulması sağlanmalı,
- Politika değişikliği yapılmadan önce radyo televizyon gibi kanallarla halkın geniş çapta bilinçlendirilmesi sağlanmalı,
- Sağlık hizmetlerine fiziksel anlamda ulaşılabilirlik sağlanmalı,
- Uzun dönemde ilaç kullanımı için personel ve hastaların bilinçlendirilmesi sağlanmalı,
- Sağlık hizmeti kullanım eğilimlerini gösteren izleme sistemlerinin kurulması gerekmektedir. 2006 yılından bu yana birçok Afrika ülkesi vatandaşlarının tamamı için kullanıcı katkılarını kaldırmıştır (Sierra Leone, 2009: 5). Sezeryan, HIV testi, sıtma tedavisi ve antiretroviral tedavisi dâhil olmak üzere belirli hizmetleri ücretsiz sağlamak üzere politikalar geliştirmişlerdir. Ancak ülkede tanı testleri,

ilaçlar, diğer konsültasyonlar ve bakım hizmetleri için ücretler alınmaya devam etmiştir. Mali ülkesi kullanıcı katkılarının yaygınlaşmasına neden olan Bamako Konferansında ev sahipliği yapmasına rağmen kullanıcı katkısı politikalarının değiştirilmesi ve kaldırılması için 2011 yılında tekrar bir konferans düzenlemiştir ve kullanıcı katkılarının potansiyel etkilerini değerlendirmek için kullanıcı katkılarını kaldırma kararı alınmıştır (Johnson vd., 2012: 1787).

### 3.4. Kullanıcı Katkılarının Mekanizmaları

Sağlık hizmetlerinde maliyet sınırlama stratejisi olarak bilinen kullanıcı katkılarının mekanizmaları ve tanımları Tablo 2’ de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Tablo 2. Kullanıcı Katkılarının Mekanizmaları ve Tanımları**

Kullanıcı Katkıları Biçimi	Tanım
<b>Doğrudan Katkı Türleri</b>	
Ortak Ödeme (Co-payment)	Kullanıcı ürün veya hizmet başına sabit bir miktar öder. Örnek; kullanıcı muayene başına 2 TL, günlük hastane yatışı başına 10 TL bir miktar öder, sigorta geri kalan maliyeti öder.
Sigortalı Payı (Co-insurance)	Kullanıcı toplam maliyetin sabit bir oranını öder (%), kalan oranı sigortacı öder. Örnek; reçete bedelinin %20’si.
Ön Ödeme (Deductible)	Sigorta programının, teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktardır. Örnek; hastane yatışlarının ilk iki gününün hasta tarafından ödenmesi.
Sabit Teminat/ Sabit miktar (Fixed indemnity)	Kişi belirli bir miktara kadar sigortalıdır. Bu miktarın üstündeki maliyeti kendisi karşılar. Örnek; birey toplam sağlık harcamalarının 1000 TL’sine kadar sigortalıdır üstüne çıkarsa kişi kendi öder.
<b>Dolaylı Katkı Türleri</b>	
Referans Fiyatlandırma (Reference Pricing)	Bir grup eşit veya benzer ilaçlar için belirlenen sigortanın ödeyeceği maksimum fiyattır. Eğer birey referans fiyattan daha pahalı bir ilacı seçerse aradaki farkı kendisi öder.
Fatura Dengeleme (Balance Billing)	Kullanıcı maksimum geri ödeme oranı ile hizmet sunucunun talep ettiği fazladan ücret arasındaki farkı öder. Bu hizmet sağlayıcılarına resmi geri ödeme oranı üzerinde ücret talep etmesine izin verildiği durumlarda geçerlidir.
Farklı Katkılar (Differential Charges)	Genelde iki veya üç katmanı içermektedir. Birinci katman en düşük ortak ödeme düzeyine sahip olan marka ilaçlardan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü katmanlar orijinal ilaçlardan oluşmaktadır. Çok katmanlı formüller en fazla ABD’de kullanılmaktadır.

Kaynak: Yıldırım vd., (2011: 76)

Maliyet paylaşımının doğrudan ve dolaylı olmak üzere temel mekanizmaları vardır. Ros vd., (1999: 3), Docteur ve Oxley (2003: 76), hastanın sağlık hizmeti masrafının bir kısmını ödediği (coinsurance), hasta başına sabit bir miktar alınan (copayment) ve sigortanın masrafları karşılması için yapmış olduğu ön ödeme (deductible) olmak üzere üç temel mekanizmayı ele almaktadır. Maliyet paylaşım biçiminin hekimlerin ödeme mekanizmaları ile ilişkili olması gerekmektedir. Eğer hekimlere kişi başına ödeme veya maaş ödemesi yapılıyorsa servis hizmet bedeli bilinmemektedir. Bu durum teknik olarak ortak sigorta (co-insurance) ve ön ödeme (deductible) uygulamasını imkânsız kılmaktadır. Genellikle ürün veya hizmet başına ödeme, ortak sigorta ve ön ödeme kullanıcı katkısı mekanizmalarını gerekli kılmaktadır. Kişi başına ödeme yapılan sistemde hasta başına sabit bir miktar ödeme yapılması mümkündür. Ancak bazı durumlarda bu durum çelişki göstermektedir. Bir hasta sağlık hizmeti kullanmak için herhangi bir hekime başvurduğunda sağlık masrafları sigorta tarafından karşılanır ve sağlık hizmetini ikinci kez kullandıklarında herhangi bir ekstra ücret ödemezler. Bunun dışında Avrupa’da doktorlar için kişi başı ödemeler kısmi olarak ücretlendirilerek, birinci basamak bakım hizmetlerine ücretsiz erişim sağlanmaktadır. Ancak bu durum maliyet paylaşımı uygulaması ile tutarsızlık göstermektedir. Kullanıcı katkıları, sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımının önüne geçiyorsa, toplumsal olarak daha fazla fayda sağlamaktadır. Kullanıcı katkılarının tahsilat verimliliği sağlamasında 3 mekanizma vardır. Bunlar: psikolojik etkiler, ahlaki tehlike ve gözlemlene etkileridir (Dupas ve Nber, 2012: 7). Maliyet paylaşımının uygulamaya konulması, kişinin izlenimleri üzerinde çeşitli etkilere neden olmuştur. Örneğin, sağlık hizmeti kullanımında yıllık sabit bir ödeme yapıldığında, bireyler konsültasyon ücretini yıllık ödediği için, kendi kullanmak istediği konsültasyon hizmetinin olup olmadığını ve sağlık hizmeti kullanım ücretini karşılayıp karşılamadığına bakmaktadır. Ancak, sabit ödeme bireyin önemseydiği konsültasyonu kapsıyorsa hasta konsültasyon sayısını önemsememektedir. Bu nedenle sabit bir ödeme yapılması, bazı hastaları pratisyene hekime başvurmaya yönlendirmektedir (Chalkley ve Robinson, 1997: 16). Bireyler çeşitli ödeme planları ile karşı karşıya kaldıkları zaman bu durum farklılaşmaktadır. Hasta muayene olmak için hastaneye her başvurduğunda, ödeme yapması durumunda konsültasyonun algılanan değeri, toplam ücret değerinden düşük olduğundan hastaneye başvurma fikri değişmektedir. Buna ilaveten, ortak ödeme veya sabit fiyat uygulamasıyla marjinal fiyat tam anlamıyla bilinmemektedir. Sağlık



hizmeti kullanımında birim maliyetin %50'sini ortak sigorta (coinsurance) öderse maliyetten sağlanan fayda ihlal edilebilmektedir. Tablo 3 kullanıcı katkısı mekanizmalarında, bir sağlık hizmetinin marjinal fiyat üzerindeki etkisini göstermektedir.

**Tablo 3. Kullanıcı Katkısı Mekanizmalarının Bir Sağlık Hizmetinin Marjinal Fiyat Üzerindeki Etkisi**

Maliyet Paylaşım Mekanizmaları	Hasta İçin Marjinal Fiyat
Ortak sigorta (Coinsurance)	Toplam maliyetten az
Ortak ödeme (Copayment)	Toplam maliyetten az
Ön ödeme (Deductible)	Sıfır veya tam maliyet
Fatura dengeleme (Balance Billing)	Sıfır veya tam maliyetten daha az
Reçete katkıları (Prescription charges)	Tam maliyetten daha az

Kaynak: Chalkley ve Robinson, (1997: 16).

Hasta sağlık kuruluşuna başvurduğundaki maliyet, ön ödeme tutarından daha az ise sağlık kuruluşuna her başvurduğunda toplam maliyetle fiyatlandırılır. Bu nedenle, sigorta ödemelerinde düzenleme yapmaktan ziyade hastanın sağlık kuruluşuna başvurma sayısını azaltan teşvikler yapmak daha iyi olacaktır. Ekonomik açıdan kullanıcı katkılarının farklı mekanizmalarının, sağlık talebi üzerinde etkisi bulunmaktadır. Bu etki marjinal fiyat üzerinde ödeme yapan bir hastanın karşılaşmış olduğu etkiye bağlı olarak değişmektedir. Sağlık sistemi, adil finansman sağlamak açısından önem arz etmektedir. Sağlık hizmeti alamayan bir birey yıkıcı sonuçlarla (ölüm, yaralanma vb.) karşılaşacağı için ya finansal kayıp ya da sağlık kaybı ile karşı karşıya kalır. Bireylerin finansal kayıp ile sağlık kaybı arasında seçim yapmasına olanak sağlanmaması gerekmektedir. Risk paylaşım mekanizması ve finansal koruma sağlanması bu nedenle çok önemlidir (WHO, 2000: 24).

Kullanıcı katkılarının hem fayda hem de zararı bir arada bulundurması nedeniyle faydaların maksimize, olumsuz etkilerin de minimize edilebilmesi için koruyucu kullanıcı katkıları mekanizmalarının kullanılması gerekmektedir. Genellikle kullanılan kullanıcı katkıları koruma mekanizmalarını aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür (Thomson vd., 2008: 55; Akt. Yıldırım vd., 2011: 80).

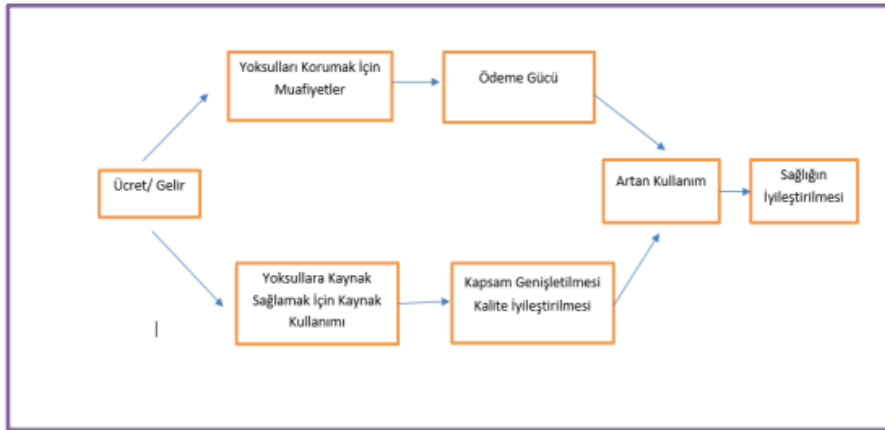
- İndirimli oranlar,

- Muafiyetler,
- Önceden ödenen katkılar için indirimler,
- Harcamalarda yıllık üst limitler (maksimum cepten harcama),
- Harcamada vergi teşvikleri,
- Maliyet paylaşımını kapsayan özel sağlık sigortası,
- Hekimler ve eczacılar tarafından jenerik ilaçların marka ilaçlara tercih edilmesidir.

Koruma mekanizmaların geliştirilmesi için hedef kitlenin iyi bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir. Glewwe ve Gaag (1988: 29) kullanıcı katkılarında muaf tutulacak bireyleri belirlemede üç temel özelliğe dikkat edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bunlar; coğrafik özellikler (belirli bir bölgede yaşayan düşük gelirli veya risk içinde olan), demografik özellikler (yaş, cinsiyet) veya kronik hastalıklı olma durumu (belirli hastalıkların koruyucu sağlık hizmetleri dışında tutulması, çocuk veya hamile anneler için aşı yapma) şeklindedir. Kullanıcı katkı uygulamasının temelde gelir seviyesini esas almayan bir uygulama olduğu düşünülürse özellikle gelir seviyesi düşük bireylerin tespit edilmesi gerekmektedir. Gilson ve arkadaşları, (1995: 373) gelir seviyesi düşük, yoksul kişileri tespit etmek için test etme (means-testing) yöntemi kullanılması gerektiğini vurgulamaktadır. Test etme yönteminde, belli bir gelir seviyesinin altında maaş alan kesimin belli standartlara göre test edilerek, kullanıcı katkılarında muaf tutulup tutulmayacağına karar veren bir sistemdir. Düşük ve orta gelirli 26 ülkede yapılan bir araştırmada bireylerin meslekleri göz önünde tutularak, kullanıcı katkılarında muaf olan meslek grupları belirlenmiştir. 13 ülkede sağlık çalışanları ve aileleri, 10 ülkede memurlar ve aileleri, 7 ülkede işsizler ve 8 ülkede askeri personel meslek grupları olarak seçilmiştir. Toplamda 26 ülkeden 18'i yoksul kesimlerin kullanıcı katkılarında muaf olduklarına dair resmi politikalar belirlemiştir. Araştırmada kamu hizmetlerinde ücret muafiyeti politikasının kamu sağlığına olumlu yönde etki edeceği, aynı zamanda da kolay zarar görebilecek gruplarda fayda sağlayacağına dikkat çekmektedir. Kamu sağlığı ve zarar görebilecek gruplar için finanse edilen ve kullanıcı katkılarında muaf tutulan sağlık hizmetleri arasında kronik hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, anne çocuk sağlığı hastalıkları, aile planlaması, aşılama, bebekler (0-2 yaş), çocuklar (3-5 yaş), büyük çocuklar (6-14 yaş) ve 60 yaş ve üzeri yaşlılar yer

almaktadır. Çoğu ülke, bağışıklama üzerine maliyet etkililiğine önem verirken; çok az ülke cinsel yolla bulaşan hastalıkların maliyet etkililiğine önem vermiştir. Pek çok ülke aile planlaması, ana çocuk sağlığı hizmetlerine katkıda bulunmuştur. Araştırmada ayrıca çocuklar ve çalışmayan kadınların, finansal her yönden eşlerine bağlı olmalarına karşın finansal engeller yüzünden endişe duymadıkları ve kullanıcı katkılarında muaf olmada az çaba gösterdikleri ortaya konmuştur (Russel ve Gilson, 1997: 371-372). Hizmetlerin kapsamını ve kalitesini arttırmak için ve sağlık hizmetlerini yerelleştirmek için muafiyet mekanizmalarının ortaya çıkarılması gerekmektedir. Muafiyet mekanizmaları eşitliği sağlamaya çalışmaktadır. Kullanıcı katkılarında eşitliği sağlayabilmek ve yerelleştirmeyi uygulamaya koyabilmek için yapılması gerekenler Şekil 6'da gösterildiği gibidir (Gilson vd., (1995: 373);

### Şekil 6. Kullanıcı Katkılarında Eşitliği Sağlamaya Yönelik Bir Süreç



Kaynak: Gilson vd., (1995: 373)

Muafiyetler ve ücret gelirlerinin uygun bir şekilde kullanımı hedefleme sürecinde maliyet iyileştirme programlarına olumlu katkı yapacak olan kritik unsurlardır. Hedefleme, fakirlerin kullanıcı katkıları ile finanse edilen halk sağlığı hizmetlerinden faydalanmasına olanak tanımaktadır. Yoksul ve bakıma muhtaç kişilerin kullanıcı katkıları politikasından muaf tutulması gerekmektedir. Herkesin sağlık hizmetine erişmesini sağlayan sistemde, yoksulların önüne set oluşturabilecek

kullanıcı katkısı gibi bir engel konulması, sağlık hizmetlerinin talep yönünü etkileyerek muhtaç kişilerin sağlık hizmeti almasının önüne geçecektir. Bakıma muhtaç kişilere yönelik muafiyet mekanizmalarının yanında kalitenin artırılması gerekmektedir.

### 3.5. Bazı Ülkelerde Kullanıcı Katkıları

Kullanıcı katkıları, tüm ülkelerde hükümetlerin karşı karşıya kaldıkları konulardan biridir. Kullanıcı katkıları hem hükümete gelir kaynağı sağlarken hem de bireylerin sevk zincirine uyarak daha uygun sağlık hizmeti almasını sağlayan bir mekanizmadır. Bireylere sağlık hizmeti kullanımında hükümet tarafından herhangi bir yaptırım uygulanmazsa, hastaların kendi kendilerine hastaneye gitmelerine yol açarak kaynakların verimsiz kullanımına yol açmaktadır. OECD ve Dünya Bankası (2008: 105) tarafından hazırlanan rapora göre neredeyse tüm OECD ülkeleri gereğinden fazla kullanılma eğilimi olan hizmetler için kullanıcı katkısı alındığını belirtmektedir. Avrupa ülkelerinin finansman sistemleri için standarttan söz etmek mümkün değildir. Her ülke kendi özelliklerine göre belirli yöntemler belirlemiştir. Hollanda, Malta ülkeleri kullanıcı katkısı almazken, Belçika, Fransa, Yunanistan, Finlandiya yüzdeler oran, Danimarka, ön ödeme (deductible), İsveç, sigortalı payı (co-insurance) kullanıcı katkısı mekanizmalarını ağırlıklı olarak kullanmaktadır (www. ahe.org). Örneğin Portekiz, İngiltere ve Finlandiya'da sağlık hizmetleri genel bütçeden karşılanırken, İtalya ve İsveç'te ulusal sigortalardan karşılandığını; Belçika ve İspanya'da ise doğrudan cepten ödemeler ile finansman sağlandığını ifade etmektedir (Özdemir vd., 2003: 212). İlaç harcamaları ile ilgili hem kamu hem de özel sigorta sektörlerinde çeşitli maliyet paylaşım programları bulunmaktadır (Chalkley ve Robinson, 1997: 21). Ortak ödeme (co-payment), ön ödeme (deductible), ortak sigorta (co-insurance) örnekleri, uygulamada illere göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin, Kanada'nın Quebec şehrinde, yaşlıların ilaçlardan fayda sağlaması için yıllık 100 dolar ödemesi gerekmektedir (<http://www.ramq.gouv.qc.ca/en/citizens/prescription-druginsurance>). Manitoba'da ise, 65 yaş altındaki bireylerin, ilaç maliyetlerinin %40'ından muaf tutulduktan sonra 290 dolar ön-ödemeye (deductible) yapmaları gerekmektedir (Hurley ve Johnson, 2011: 477).

Almanya, sosyal sigorta ile özel sigortayı bir arada kullanan, nüfusa kapsamlı sağlık hizmeti sunan, sağlık hizmetinin herkesi kapsadığı ülkeler arasındadır. Bismarck Modeli adı verilen Otto Van Bismarck tarafından geliştirilen bu modelde belirli bir gelir seviyesinin

altına düşen bireyler zorunlu olarak sosyal sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır (<http://www.pnhp.org>). Belirli bir seviyenin üstünde gelir elde edenler özel sağlık sigortasının paketlerinden yararlanmaktadır. Ancak yaklaşık olarak nüfusun %90'ı sosyal sağlık sigorta kapsamına üyedir (Cichon ve Normand, 1994: 323). Almanya'daki tüm nüfus sosyal güvenlik şemsiyesi altındadır. Doktor hizmetleri ücretsiz olup; fizyoterapist, hastanede yatma, hastaneye ulaşım gibi hizmetlerin kullanımında az miktarda ödeme yapılmaktadır ([www.uemo.org/policy](http://www.uemo.org/policy)). Almanya güncel sağlık hizmeti reformları ile maliyet paylaşımı boyutunu genişletmiş ve bunun sonucu olarak da sosyal sağlık sigortasının temin ettiği ek sigorta kapsamında özel sigorta yaptıran kişilerin sayısında artış olmuştur. 14 güne kadar hastanede yatarak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri alan bir hasta için, oda ücreti ortak ödeme yoluyla karşılanmaktadır. Diş hastalıkları tedavisinde, hastalar toplam maliyetin %40-60'ını ödemektedir (Chalkley ve Robinson, 1997: 21). 1980'lerde Almanya'da kullanılan ilaçların toplam sağlık bütçesi içindeki payı OECD ülkelerinin iki katına yaklaşmıştır. Almanya hükümeti, sağlık harcamalarındaki maliyetlerin azaltılması için referans fiyat uygulaması ve yüksek ücretli kullanıcı katkısı politikalarını uygulamaya koymuştur. İlaç kullanımını arttırdığı için, kişilerden kullanıcı katkısı alınmaya başlanmıştır. Referans fiyatlandırma sisteminde, referans fiyatla fiyatlandırılmış bir jenerik ilacın ücretini sosyal sağlık sigortası ödemektedir (Lewis vd., 2007: 927). Eğer hasta, eş değer ilaç yerine pahalı olan ilacı almayı tercih ederse, aradaki farkı kendisi ödemektedir. 1993'e kadar referans fiyat uygulamasına girmeyen ilaçlar, ücretlerine bağlı olarak ortak ödemelere tabi tutulmuştur (Chalkley ve Robinson, 1997: 22).

İsveç ise sağlık harcamalarının % 90'dan fazlasının sosyal sigorta ve genel vergilerden sağlandığı ancak sağlık hizmetlerinin aşırı kullanımında ortak ödeme uygulamasını kullanan bir ülkedir. Vergiler; ulusal il ve belediye düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Halk sağlığı harcamalarının yüzde 70'i il ve belediye vergi gelirlerinden, kalan kısmı ise sosyal sigorta ve ulusal vergi gelirlerinden sağlanmaktadır. Sağlık hizmeti sosyal sigorta fonları, işverenler tarafından çalışanlar adına ödenmektedir (Chalkley ve Robinson, 1997: 16). Hastalar yatarak tedavi, poliklinik hizmetleri ve ilaçlar dâhil çoğu sağlık hizmeti için kullanıcı katkısı ödemektedir. Toplamda katkı payları ulusal sağlık harcamalarının %10'unu oluşturmaktadır. Genellikle belirlenen ödemeler, hastanede günlük tedavi için 10 dolar; ayaktan hasta konsültasyonu için

15 dolardır. İlaç kullanımlarında ise ilk reçete ücreti 17 dolar, sonraki her ek ilaç için 1,40 dolardır (Lesen vd., 2013: 85).

Avrupa dışındaki diğer ülkelere bakıldığında, Amerika'da, sağlık hizmetleri finansmanında nüfusun çoğunluğu özel sağlık sigortasına sahiptir. Düşük gelirli gruplar ve yaşlılar için Medicaid-Medicare programı geliştirilmiştir. Medicaid programında, maliyet paylaşımı ön ödeme (deductibles), ortak sigorta (co-insurance) ve fatura dengeleme (balance-billing) hem yatan hem de ayaktan hasta tedavilerinde kullanılmaktadır. Yatan hasta tedavilerinde maliyet paylaşımı 60 güne kadar yatan hasta hastane masraflarının yarısı kadar ön ödeme (deductible) yapmaktadır. 61-90 gün için ön ödemenin %25 fazlası miktarda ortak ödeme (co-insurance) yapılmaktadır. 90 günden fazla yatan hastalar için ise ön ödemenin % 50 fazlası ödeme yapılmaktadır. Ayrıca ilaç reçeteleri içinde, kullanıcı katkısı alınmaktadır (Chalkley ve Robinson, 1997: 20).

Kanada'daki sağlık hizmetleri genellikle kamu tarafından finanse edilmektedir. Tüm nüfus, vergilendirme yoluyla finanse edilen tüm hastane ve sağlık hizmetlerini kapsayan halk sağlığı programında yer almaktadır (Ersöz, 2008: 103). Hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin finansman sorumluluğu federal hükümet ve taşra hükümetleri arasında paylaşılmaktadır. Özel finansman, dış bakımında veya hastanelerde kullanılmayan ilaçlar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Birçok Kanadalı sosyal sağlık sigortasının kapsamı dışındaki (kozmetik cerrahi, ambulans nakliyesi, diş ve göz bakımı ekstraları vb.) hizmetler için işyerlerinden özel sağlık sigortası talep etmektedir (Hollander vd., 2009: 42). Kanada, OECD ülkeleri içinde federal hükümet tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinde (ilaçlar hariç) hastalara herhangi bir ortak ödeme yaptırmayan tek ülkedir. Sağlık hizmetleri kapsamı, eyaletlere göre farklılık gösterse de, hemşirelik hizmetleri, teşhis işlemleri, ameliyathane hizmetleri, radyoterapi ve fizyoterapi, konaklama-yemek hizmetleri de dahil olmak üzere tıbben gerekli olan tüm masrafları karşılamaktadır (Azores, 2013: 6). İngiltere'de ise kamu harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 85'ini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System) tarafından sağlanarak sağlık harcamaları vergilendirme yoluyla tahsis edilmektedir. NHS tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinin çoğu maliyet paylaşımına tabi tutulmamaktadır. Ancak ilaç ücretleri, göz (oftalmik) tedavisi hizmetleri, diş sağlığı hizmetlerine kullanıcı katkısı alınmaktadır. Beveridge modeli olarak adlandırılan bu modelde temel ilke, vatandaşların mali durumlarına bakılmaksızın, sağlık bakımına ilişkin tüm masrafları

karşılanarak eşitlik ve dayanışma ilkelerine dikkat çekilmektedir (Or vd., 2009: 12). Reçete kullanıcı katkısı, toplam ilaç ücretinin %40'ı tutarında alınmaktadır (Freemantle ve Bloor, 1996: 1526). 16 yaşın altındaki çocuklar, yaşlılar, düşük gelirli olanlar, belirli kronik rahatsızlıkları olan hastalar için çeşitli muafiyetler söz konusudur. Uygulanan birçok sağlık politikasına rağmen katkı payları ulusal sağlık hizmeti harcamalarının az bir kısmını oluşturmaktadır ([www.ohe.org/news/it-timereconsider-role-co-payments-europe](http://www.ohe.org/news/it-timereconsider-role-co-payments-europe)).

### 3.6. Türkiye’de Kullanıcı Katkıları

Türk toplumunun sağlık durumu son 20 yıl içinde sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişimlerle birlikte iyileşmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti arttırmak, sağlık sigortasının kapsamını geliştirmek, sağlık sigortasının derinliğini arttırmak, sağlık hizmetlerini yapılan reformlarla birlikte hayata geçirmeye çalışılmıştır. Geçmişten günümüze yapılmış olan reformların somut örneklerini görebilmek için sağlık hizmeti ve politikalarının tarihsel gelişimini incelemek yerinde olacaktır. Cumhuriyetin ilanından önce sağlık teşkilatının organizasyon yapısının belirsizliği, sağlık personelinin sayıca az olması ve donanımın yetersiz olması nedeniyle sağlık hizmetlerinin finansmanı, kalitesi, verimliliği ve etkinliği de son derece yetersiz kalmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra ekonomik ve siyasi açıdan birçok değişiklik yaşanmıştır. Cumhuriyetin ilanı ile birlikte liberal ekonomiye geçiş dönemi yaşanarak 1930’lu yılların sonrasında devletçilik anlayışı hâkim olmuştur. 1950’lerde liberal anlayış hâkim olurken; 1960’larda askeri darbenin meydana gelmesi ve 1963’te anayasa değişiklikleriyle birlikte beş yıllık kalkınma planları uygulanmaya başlanmıştır. 1960 yılı öncesinde sağlık merkezlerini bütünleştirilmiş bir şekilde sunmak amacıyla uygulamada tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesiyle koruyucu sağlık hizmetleri göz ardı edilmiştir (Kurt ve Şaşmaz, 2012: 28-29). Bu dönemde hastalardan para alınması, işçilerden sağlıkları için prim adı altında paralar alınması ve sağlığın piyasalaştırılması bir nevi kullanıcı katkılarının ilk adımları sayılabilir (Resmi Gazete, 1961: 10705). 1980’de darbe olması sebebiyle 1982 yılında tekrar anayasa değişikliğine gidilmiştir. 1980 yılı ve sonrasında serbest piyasa ekonomisi ağırlık kazanarak haberleşme ve bilgisayar teknolojisinin ve uluslararası organizasyonların etkisiyle önemli değişiklikler uygulanmaya başlanmıştır (Resmi Gazete, 1961, 10705). Orhaner, (2014: 102) 1980 döneminde, kamu kaynakları tedavi edici

hizmetlere aktarılarak koruyucu sağlık hizmetleri ikinci plana atılmıştır. Sağlık hizmeti sunumunda, herkese eşit, entegre hizmet sağlayabilmek amacıyla parasız olduğu belirtilen birinci basamak sağlık hizmetleri finansman yetersizliği sebebiyle paralı sunulmaya başlanmıştır (Bu uygulama özellikle dar gelirli gruplar üzerinde sağlık hizmeti talebini etkileyen, eşitsizliği arttırıcı bir uygulama olduğu ortaya çıkmaktadır. 2000 yılına doğru hastaneler kendi finans kaynaklarını kendileri bulmaya zorlanarak mevcut sistemden bir an önce dönülmesi kararı alınmıştır. Kullanıcı katkıları da günümüz politikalarında sevk zincirine uyulması ve sözde herkese eşit sağlayacak olması ve talepte değişiklik meydana getirmesi bu uygulamanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. 1992 yılında, ödeme gücü olmayan vatandaşlara tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında 3816 sayılı kanun çıkarılmıştır (Resmi Gazete, 1992: 21273). Genel sağlık sigortası öncesinde ödeme gücü olmayan ve sağlık güvencesinden yoksun vatandaşlara yataklı tedavi kurumlarından yararlanacakları sağlık hizmeti bedellerinin devlet tarafından üstlenmesini esas alan bu sistem, sağlık sigortası bulunmayanların ödeme yapmaması için geliştirilen muafiyet mekanizmalarından biri olarak değerlendirilebilir. Daha sonra 2002 yılında hastalardan ilaç katılım payı alınması zorunlu tutularak maaşlardan kesilmesi için yeni bir politika düzenlemesine gidilmiştir. 2002 yılından sonra sağlık reformları çerçevesinde hükümet “Acil Eylem Planı” hazırlamıştır. Acil eylem planı uygulaması, tüm nüfusu kapsayan sosyal güvenlik sistemini kurmayı hedeflemiştir. Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programını (SDP) 2003 yılında uygulamaya konulmuştur (Tengelimoglu ve Güzel 2011:138). SDP'nin amaçları, sağlık hizmetlerinin verimli, etkili ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. SDP'nin temel hedeflerinden biri Genel Sağlık Sigortasının temin edilmesidir. 2002 yılında herkes için sağlık ve acil eylem planı hedefleri önemli bir öncelik olarak belirlenmiştir. Sosyal güvenliğin kapsamı ve genel sağlık sigortasını temel alan bu sistem, geçmişle karşılaştırıldığında hastane hizmetlerini karşılama gücü olmayan vatandaşlara ödeme güçleri ile orantılı olarak katkıda bulunmalarına olanak sağlamıştır. Eşitlik ilkesi çerçevesinde gerekli sağlık hizmetlerini almaya olanak sağlayan bir sigorta programı geliştirmiştir. Herkese eşit finansman sistemi sağlanarak, cepten yapılan ödemelerde de sistematik bir plan geliştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 24). SDP ile sosyal güvenlik kurumlarının (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı), tek çatı altında toplanarak yeniden yapılandırılması, sağlık hizmeti finansman sağlayıcıları ile hizmet sunumunun birbirinden ayrılması, kamu dışındaki aktörlerin



sağlık sektörüne girişine izin verilmesi, aile hekimliği sisteminin kurulması, yerinden yönetime dayanan bir merkez teşkilat yapısına önem verilmesi planlanmıştır.

Ayrıca sağlık hizmetleri maliyetlerinin kullanıcılar tarafından paylaşılması gerektiği gerekçe gösterilerek herkesin sağlık primi ödemesi, hizmetin gereksiz kullanımının engellenmesi nedeniyle katılım ve katkı paylarının ödemelerinde düzenlemeye gidilmiştir (Hamzaoğlu, 2011: 26). Yapılan köklü değişimlerle sosyal yardım kuruluşları tek çatı altında toplanmış, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde ise sağlık işletmesi modelinin yerleştirilmesi planlanmıştır. SDP'nin hayata geçirilmesiyle birlikte sağlık hizmetlerinin kapsamında artış meydana gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin iyileşmeye başlamasıyla birlikte finansal erişimin iyileşmesi, kullanıcı katkısı uygulaması ile Yeşil Kart Programının yaygınlaştırılmasıyla savunmasız nüfusun daha fazla kapsam altına alınması, hasta memnuniyetinin artması ve tedarikçilerin artması gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 14). 2008 yılında kabul edilen GSS ile birlikte şimdiye kadar sağlık sigortası ödemeyen çalışanların (kamu çalışanları) brüt gelirlerinin %5'ini sağlık sigortası primi olarak ödemek zorunda tutulurken; ayrıca her bir muayene, tetkik ve tedavi için kullanıcı katkısı adı altında ödeme yapması zorunlu tutulmuştur (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 286). Türkiye, 2003 yılından beri planladığı reformlar kapsamında, sosyal güvenlik kurumlarını 2006 yılında SGK çatısı altında birleştirmiştir. 2008 yılında GSS ile tüm nüfusu sağlık güvencesi altına almayı amaçlamıştır. 2002 yılında yapılan hane halkı sağlık harcamaları araştırmasına göre, nüfusun % 67'si sağlık güvencesine sahipken 2008 yılında bu oran %85'e yükselmiştir (OECD/ World Bank, 2008: 3). GSS, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrılıp, hizmetin satın alınması sistemine dayanmaktadır. GSS'den önce SSK sağlık giderlerini düşürebilmek amacıyla kendi hastanelerini, ilaç fabrikalarını ve eczanelerini kurarken; GSS sağlık hizmeti ile ilaç üretimi, ilaç dağıtım merkezlerini birleştiren ve giderlerin azaltılacağı varsayılan bir sistem olarak ortaya çıkmıştır. Ancak bu sistemle birlikte sağlık harcamalarında önemli artışlar meydana gelmiştir (Hamzaoğlu ve Yavuz, 2006: 281; Ataay, 2008: 171). Herkese ulaşılabilir bir sağlık hizmeti sunulması planlanırken, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımının önüne geçebilmek ve ülkenin ekonomik sıkıntılarını azaltabilmek için arz-talep yönlü maliyet stratejileri planlanmaya başlanmıştır. 2009 yılında ekonominin daralması ve prim

gelirlerinin azalması ile birlikte sosyal güvenlik sisteminde finansman açığı meydana gelmiştir. SDP'nin bir parçası olan sağlık hizmetlerinin finansmanı, artan sağlık harcamaları esas alındığında, son derece hayati öneme sahip olduğu bilinmektedir. Artan sağlık harcamaları ile birlikte sağlık harcamalarının büyüme hızı kontrol edilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık harcamalarında maliyetleri kısıtlamak için ilaç tüketimi daha akılcı hale getirilerek hastaların daha üst basamaktaki hastanelere kendiliğinden gitmeleri gibi olumsuz davranışların önüne geçilmesi için kullanıcı katkısı uygulamasına geçilmiştir. 9. Kalkınma Planı (2007-2013) (DPT, 2006), 9. Kalkınma Planı 2010 Yılı Programı (DPT, 2010) ve 2010-2012 Orta Vadeli Program (Resmi Gazete, 2009: 15430) kapsamında sağlık harcamalarının sınırlandırılması ele alınmıştır. GSS sisteminin finansal sürdürülebilirliğinin sağlanması, maliyet etkinliği sağlanması, gereksiz ilaç ve hizmet kullanımını önleyecek tedbirlerin alınması sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün vermemek için bireylerin sistem maliyetlerine katılması sağlanan düzenlemeler yapılmıştır. Sağlık reformlarının etkinleştirilebilmesi için uygulanması gereken bir takım faktörler bulunmaktadır. Kapsam değişiklikleri ile birlikte dikkatle basamaklandırılmış sağlık hizmeti sunumu ve hizmet sunucularına yapılan ödemelerde reformlar, güçlü paydaş desteği, güçlü bilgi sistemleri, kanıta dayalı karar alma, esneklik ve süreç içindeki düzeltmeler, verimlilik kazanımları ve katkı paylarının finansman mekanizması olarak kullanılması önemli faktörlerdendir (Gottret vd., 2008: 260 ). Bu nedenle katkı paylarının finansman mekanizması olarak ele alınması gerekmektedir. Kullanıcı katkısı, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek miktar olarak tanımlanmaktadır (<http://www.sgk.gov.tr>). Türkiye'de kullanıcı katkıları ilk olarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu<sup>3</sup> ile gündeme gelmiştir (Resmi Gazete, 1961, 10705). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği yerlerde, sevk zincirine uyulduğu sürece muayene, tedavi ve ilaç bedellerinin ücretsiz olacağı vurgulanmıştır. Kullanıcı katkısı, ayaktan veya yatarak muayene işlemlerinde, ilaç kullanımında, tıbbi malzeme kullanımında ve yardımcı üreme yöntemleri kullanımında çeşitli miktarlarda alınmaktadır. GSS kapsamında, sigortalılardan sağlık hizmeti sunucusunun özel veya kamu olmasına göre farklılık gösteren oranlarda ayaktan muayenelerde kullanıcı katkısı alınmaktadır.

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

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

Ayaktan tedavide, hekim ve diş hekimi muayenesinde sağlık hizmetleri için alınan kullanıcı katkısı tutarı sabit değildir. Her yıl 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar arttırılmaktadır. Katılım paylarının hesaplanmasında kanuna göre tespit edilen sağlık hizmeti tutarları esas alınmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu katılım paylarını gelir ve aylıklardan, çalışanların ücret ve maaşlarından tahsil etmektedir (Orhaner, 2014: 150). Cepten yapılan harcamalarda % 75'lik pay doğrudan ödemeler ve kullanıcı katkılarından oluşmaktadır. Cepten yapılan ödemelerin oran olarak ne kadarının kullanıcı katkılarına ait olduğu bilinmemektedir (Yıldırım vd., 2011: 83). Kullanıcı katkılarının cepten ödemelerdeki oransal payı hala bilinmemektedir. GSS kapsamında uygulanan kullanıcı katkıları ve oranları Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. GSS'de Kullanıcı Katkıları**

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

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

GSS kapsamında vatansızlar sığınmacılar, 1976 tarih ve 2022 sayılı 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz, kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık sağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alanlar, Sosyal Güvenlik Kurumunca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanıldığında aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı, asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlardan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre ödedikleri kullanıcı katkısı geri ödenmektedir.

### **3.7. Kullanıcı Katkısı Alınmayan Haller, Sağlık Hizmetleri ve Kişiler**

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

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,
- 5510 sayılı Kanununun 75 inci maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
- Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati öneme haiz sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakli
- İstiklal Madalyası verilmiş bulunanlara vatani hizmet tertibinden şeref aylığı bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ve eşlerinden,
- Acil servislerde verilen ‘Hizmet Başı İşlem Puan Listesi’nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu ‘yeşil alan muayenesi’, adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri,

- Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla, Kurumca belirlenen SUT eki 'Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi kullanıcı katkısı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi'nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklardaki ayaktan muayeneleri,
- Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlar, yatarak tedavide kullanılan ilaçlar, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D listesinde yer alan ilaçlar,
- Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemeler,
- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler,
- 2828 sayılı Kanunun hükümlerine göre korunma, bakım, rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, • Harp malüllüğü aylığı alanlar ile 3713 Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları kişiler,
- Vazife malulleri,
- Kurumca iade edilen tıbbi malzemeler,
- Polis akademisi ile fakülte yüksekokullarda okuyan öğrencilerden,
- Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylardan,
- 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereç bedelleri için, tıbbi malzeme kullanıcı katkısı
- 3713 sayılı kanununun 21. maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya ve maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden kullanıcı katkısı alınmamaktadır. Yukarıdaki maddeler incelendiğinde birçok yönden kullanıcı katkılarından muaf tutulan durumlar ve kişiler olduğu

görülmektedir. Ancak savunmasız ve kolay zarar görebilecek olan çocuk, kadın, yaşlılar kullanıcı katkılarından muaf tutulmamıştır. Yaşlılık aylığı alanlar talepleri halinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre ödedikleri kullanıcı katkıları ödense de, kullanıcı katkıları bu konumdaki bireylerden alınmaması için gerekli düzenlemeler yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

#### 4. TARTIŞMA

Kullanıcı katkıları ilk olarak sağlık harcamalarının yetersiz kaldığı durumlarda ek kaynak yaratmak amacıyla, ikinci olarak ise sağlık harcamalarının yüksek olduğu durumlarda talebi azaltıp verimliliği arttırmak ve maliyetleri kısıtlamak için kullanılmaktadır (England vd., 2001: 10). Kullanıcı katkılarının tıbbi sistem üzerindeki etkisini ve özellikle acil servisin hasta tarafından kullanımı üzerindeki etkisini araştıran birçok araştırma vardır (Devries vd., 2013: 224; Wharam vd., 2013: 1398; Hsu vd., 2006: 1801, Reed vd., 2005: 810; Newhouse vd., 1981: 1501). Kuzey Kaliforniya’da eş zamanlı kontrollerle yarı deneysel olarak Hsu ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan bir araştırmada acil servise 20-35 dolar ödeme yapanlarla hiç ödeme yapmayanlar karşılaştırıldığında acil servis kullanım oranının % 4 azaldığı, ancak hastaneye kaldırılma oranlarının değişmediği ortaya konulmuştur. Benzer şekilde Newhouse ve arkadaşları (1981) tarafından yapılan çeşitli sağlık sigortalarına sahip 7706 bireyin katılımıyla yapılan kontrollü bir deneyde de sağlık sigortası her durumu kapsayan bireylerin, daha az kapsamlı olanlara göre sağlık hizmetini daha çok kullandıklarını tespit etmişlerdir. Amerika’nın Virginia eyaletinde Devries ve arkadaşları (2013) tarafından yapılan ve acil servislerin kullanımında kullanıcı katkısının etkisini inceledikleri bir araştırmada acil servisten alınan kullanıcı katkısı tutarı iki katına çıkarıldığında acil servis kullanımında % 6’lık bir düşüş olduğu görülmüştür. Yine aynı şekilde Litwack ve Bodart (1993) Kameron’un Adomoua eyaletinde 25 köy ve 800 hane üzerinde yaptıkları araştırma kapsamında kalite faktörü sabit tutulduğunda ve kullanıcı katkısı tutarı azaltıldığında aile hekimliği hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkiyi ölçmüşlerdir. Bu çalışma da kullanıcı katkıları hakkında detaylı bilgi verilerek, avantajları dezavantajları, bazı ülkelerde ve özellikle Türkiye’de kullanıcı katkıları ile ilgili uygulamaların nasıl olduğunun ortaya koyulması amaçlanmıştır.

#### 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Temel insan haklarından biri olan sağlığın tüm vatandaşlara eşit ve yeterli bir şekilde sunulması gerekmektedir. Kamu sektörü, özel sigorta

ve cepten yapılan ödemeler sağlık hizmetleri finansmanında temel üçlü olarak kabul edilmektedir. Kullanıcı katkılarının her gelir seviyesine sahip bireylerden alınması sağlık hizmetinin herkese ulaşılabilir olmasının önüne geçmektedir. Kullanıcı katkılarının koruma mekanizmaları net bir şekilde belirlenerek yoksul, yaşlı ve bakıma muhtaç kimselerden kullanıcı katkısı alınmasının önüne geçilmelidir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamada cepten yapılan ödemeler kapsamında ele alınan kullanıcı katkıları uygulaması fayda sağladığı düşünüldüğü için devlet tarafından uygulanan bir politikadır. Kullanıcı katkısı uygulaması ile sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik sağlanmış, sağlık hizmetlerindeki kalite artış göstermiştir. Ayrıca sağladığı en önemli faydalardan biri de gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçerek sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmasıdır. Bu faydaların yanında uygulamanın hastalar açısından değerlendirmeleri de önem taşımaktadır. Kullanıcı katkıları her ülkenin sağlık sistemlerinin farklı olmasından dolayı farklı uygulamalarla karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de gereksiz sağlık hizmeti kullanımını azaltmak amacıyla kullanılan bu uygulamanın bazı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesini artırması, tahsisat verimliliğini artırması, sosyal sigortada primleri yetersiz kaldığında ek kaynak sağlaması gibi avantajlarının yanında, sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikleri arttırması, en yoksul kesimlerin sağlık hizmeti kullanımını orantısız şekilde azaltması gibi dezavantajları bulunmaktadır. Talep odaklı bir uygulama olan kullanıcı katkı uygulamasına yönelik sorunların tespiti için bireylerin görüş ve isteklerine önem verilmesi gereklidir. Sağlık hizmetlerinin kullanımında kullanıcı katkılarının etkilerini inceleyen çalışmaların artması gerekmektedir. Bunu yapabilmek için de kullanıcı katkılarının sağlık finansmanında kullanılan cepten ödemeler içindeki payı Sağlık Bakanlığı tarafından net bir şekilde belirlenmelidir.

Türkiye’de cepten yapılan ödemeler kapsamında kullanıcı katkılarının sistem içindeki payı tam olarak bilinmemektedir. Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının ne kadar payı olduğunu açığa çıkartacak ve kullanıcı katkılarının sağlık hizmetine olan etkilerini ortaya çıkartacak çalışmaların yapılması gerekmektedir.

## KAYNAKÇA

- Akdur, R., Çöl M., Işık A., İdil A., Durmuşoğlu M., Tunçbilek A., (1998), Halk Sağlığı, Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları.
- Asenso-Okyere, W.K., (1995), "Financing Healthcare in Ghana", World Health Forum, 14(1): 86-91.
- Ataay, F., (2008), "Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları, Amme İdaresi Dergisi, 41(3): 169-184.
- Ateş, M., (2011), Sağlık Hizmetleri Yönetimi, 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Austvoll-Dahlgren, A., Aaserud, M., Vist, G., Ramsay, C., Oxman, A.D. Sturm, H., et al, (2008), "Pharmaceutical Policies: Effects on Cap and Co-payment on Rational Drug Use", Cochrane Database Systems Review, 23(1): 4-8.
- Azores, K. F., (2013), "Catastrophic Drug Coverage in Canada", Healthy Dialogue, 2(1): 1-9.
- Banarjee, A., Duflo, E., Glennerster, R., and Kothari, D., (2010), "Improving Immunization Coverage in Rural India: A Clustered Randomized Controlled Evaluation of Immunization Campaigns with and Without Incentives", British Medical Journal, 340(2220): 5-10.
- Barnum, H. and Kutzin L., (1993), Public Hospitals in Developing Countries, Washington: The John University Press.
- Beck, R.G., (1974), "The Effects of Co-Payment on the Poor", Journal of Human Resources, 9(1): 129-142.
- Benli, B., (2011), Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri ve Teknik Verimlilik, Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Bigdeli, M. and Ir, P., (2010), A Role for User Charges? Thoughts From Health Financing Reforms in Cambodia, Thailand World Health Report Background Paper No:42.
- Birch, S., (1986), "Increasing Patient Charges in the National Health Service, A Method of Privatizing Primary Care", Journal Social Policy, 15(2): 163-184.



Blair T., Adeola F., Amoako K.Y., Boker N.K., Ben H., Brown G., Camdessus M., et al, (2005), Commissions for Africa: Our Common Interest, Executive Summary 14.

Bloor, K., and Freemantle, N., (1996), "Lessons from International Experience in Controlling Pharmaceutical Expenditure II: Influencing Doctors, British Medical Journal, 312(7045): 1525-1527.

Carrin, G., (2011), Health Financing in Developing World: Supporting Countries Search for Viable Systems, Antwerp, Belgium: University Press.

Chalkley, M., and Robinson, R., (1997), Theory and Evidence on Cost Sharing in Healthcare: An Economic Perspective, London: BSC Print.

Chuma, J., Musimbi, J., Okungu, U., Goodman C., and Malyneux, C., (2009), "Reducing User Fees for Primacy Healthcare in Kenya: Policy on Paper or Policy in Practice?", International Journal for Equity in Health, 8(15): 1-10.

Cichon, M., and Normand, C., (1994), "Between Beveridge and Bismarck Options for Healthcare Financing in Central and Eastern Europe", World Health Forum, 15(4): 323-328.

Çelik, Y., (2011), Sağlık Ekonomisi, 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Devries, A., Li, C.H., Oza, M., (2013), "Strategies To Reduce Nonurgent Emergency Department Use: Experience of a Northern Virginia Employer Group" Medical Care 51(3):224-230.

Docteur, E. and Oxley H., (2003), Healthcare Systems: Lessons From the Reform Experience, Paris: OECD Health Working Papers.

Donabedian, A., (1971), "Social Responsibility for Personel Health Services: An Examination of Basic Values" Inquiry Review, 8(2): 3-19.

DPT, (Devlet Planlama Teşkilatı), (2001), Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.

- DPT, (Devlet Planlama Teşkilatı), (2006), Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, (2007- 2013), DPT, Ankara.
- DPT, (Devlet Planlama Teşkilatı), (2010), Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, (2007- 2013), 2010 yılı Programı, DPT, Ankara.
- Duff, D.G., (2004), “Benefit Taxes and User Fees in Theory and Practice”, *University of Toronto Law Journal*, 54(4): 391-447.
- Dupas, P. And Nber S., (2012), *Global Health System: Pricing and User Fees*, Elsevier Encyclopedia of the Health Economics.
- England, S., Kaddar, M., Nigam, A., Pinto, M., (2001), *Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries*, Switzerland: Department of Vaccines and Biologicals Press.
- Ersöz, F., (2008), “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamaları Analizi”, *İstatistik Dergisi*, 2(98): 95-104.
- Gilson, L., (1996), *Sustainable Healthcare Financing in Southern Africa: The Lessons of User Fee Experience in Africa*, Johannesburg: World Bank Publications.
- Gilson, L., and McLntyne D., (2005), “Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action”, *British Medical Journal*, 331(7519): 762-765.
- Gilson, L., Russel, S., and Buse, K., (1995), “The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy?”, *Journal International Development*, 7(3): 369-401. Gümüş, F., Çelikay, F., ve
- Glewwe, P. and Gaag, J., (1988), *Confronting Poverty in Developing Countries: Living Standards Measurement Study*, Washington: Working Paper, The World Bank.
- Gottret P., and Schieber G., (2006), *Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide*, Washington: The World Bank.
- Gottret, P., G. Schieber and Waters, H., (2008), *Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low and Middle-Income Countries*, Washington: World Bank.
- Gulliford, M. and Morgan, M., (2003), *Access to Healthcare*, London: New Fetter Line.

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

Hamzaoğlu, O., (2011), Türkiye’de Sağlık Reformları: Kapitalizm Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği XVI Konferansı, Ankara.

Hamzaoğlu, O., ve Yavuz, C., (2006), “Sağlıkta AKP’li Dönemin Bilançosu Üzerine”, Mülkiye, 30(252): 275-297.

Hollander, M.J., Liu, G., Chappel, N.L., (2009), “Who Cares and How Much? The Imputed Economic Contribution to the Canadian Healthcare System of Middle Aged and Older Unpaid Caregivers Providing Care to the Elderly”, Law and Governance, 12(2): 42-49.

Hurley, J. ve Johnson, N.A., (2011), “The Effects of Co-payments Within Drug Reimbursement Programs”, Canadian Public Policy, 17(2), 473-489.

Hsu, J., Price, M., Brand, R., Thomas Ray, G., Fireman, B., Newhouse, J., Selby, J., (2006), “Costsharing for Emergency Care and Unfavorable Clinical Events: Findings from the Safety and Financial Ramifications of ED Copayments Study”, Health Services Research, 41(5):1801-1820.

İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., Oğur, R., (2010), “Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri”, Dirim Tıp Dergisi, 85(2): 86-89.

Jarret, S., and Ofosu-Amaah, S., (1992), “Strengthening Health Services for MCH in Africa: The First Four Years of the Bamoka Initiative”, Health Policy and Planning, 7(2): 164-176.

John, E.U., (2013), “The Impacts of User Fees on Health Services in Sub-Saharan African Countries: A Critical Analysis of the Evidence”, American Journal of Public Health Research, 1(18): 196-202.

Johson, A., and Goss, A., Beckerman, J., Castro, A., (2012), “Hidden Costs: The Direct and İndirect İmpact of User Fees on Access to Malaria Treatment and Primary care in Mali”, Social Science and Medicine, 30: 1786-1792.

Keshavjee, S., (2004), *The Contradicts of Revolving Drug Find in Past-Soviet Tajikistan Selling Medicines to Storving Patients*, Walnut Greek: Alto Mira Press.

Kiliingworth, J.R., Hossain, N., Hedrick, Van Y., Thomas, S.D., Rahman A., and Begun T., (1999), “Unofficial Fees in Bangladesh: Price, Equity and Instutional Issues”, *Health Policy Plan*, 14(2): 152-163.

Kurt, Ö. A., ve Şaşmaz, T., (2012), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi: 1961-2003”, *Lokman Hekim Dergisi*, 2(11): 21-30.

Kutzin J., (2000), *Towards Universal Healthcare Coverage, A Goal-Oriented Framework for Policy Analysis*, Washington: HNP The World Bank.

Kutzin, J., Cashin C. and Jakab M., (2010), *Implementing Health Financing Reform (Lessons from Countries in Transition)*, United Kingdom:European Observatory on Health Systems and Policies.

Lagarde M., and Palmer, N., (2008), “The Impact of User Fees on Health Service Utilization in Low and Middle Income Countries: How Strong is the Evidence?”, *Bulletin of World Health Organization*, 86(11): 839-848.

Lesen, E., Sundell, K.A., Carlston, A., Mardby, A.C., and Jonsson A.K., (2014), “Is the Level of Patient Co-payment for Medicines Associated with Refill Adherence in Sweden?”, *European Journal of Public Health*, 24(1), 85-90.

Litwack, J.I., Bodart, C., (1993), “User Fees Plus Quality Equals İmproved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Camoron”, *Social Science and Medicine*, 37(3), 369-383.

Lohr K.N., Brook R.H., Komberg C.J., Goldberg A.G., Leibowitz A., Keeseey J., et al, (1986), *Use of Medical care in the RAND Health Insurance Experiment:Diagnosis and Service Specific Analysis in Randomized Controlled Trial*, Philedelphia: JB Lippincott Co.

Maynard, A. and Dixon A., (2002), *Private Health Insurance and Medical Savings Accounts Theory and Experience*, Buckingham: Open University Press, 109- 127.

Mossialos, E. and Dixon, A., (2002), *Funding Healthcare: An Introduction*, Buckingham Philadelphia: Open University Press.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. and Kutzin, J., (2002), *Funding Healthcare: Options For Europe*, Buckingham: Open University Press.

Murray, C., and Frank, J., (2001), "World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Healthy Policy", *Lancet*, 357(9269): 1698-1700.

Mutlu, A., ve Işık, A. K. (2012), *Sağlık Ekonomisine Giriş*, 3.Baskı, Bursa: Ekin Kitabevi

Newhouse, J.P., Manning, W.G., Morris, C.N., Orr, L.L., Duan, N., Keeler, E.B., Leibowitz, A. vd., (1981), "Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance", *New England Journal of Medicine*, 305(25):15011507

Nolan, B. and Turbat V., (1995), *Cost Recovery in Public Health Services in SubSaharan Africa*, Washington: The World Bank.

Normand C. and Busse R., (2002), *Social Health Insurance Financing*, içinde E. Mossialos, A. Dixon, J. Figuereras, J. Kutzin, *Funding Healthcare: Options for Europe*, Buckingham: Open University Press.

OECD,  
[http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT),  
(Erişim Tarihi: 25.03.2017).

Or, Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbaek, K., Winblad, V. and Bevan, G., (2009), *Are Health Problems Systemic? Politics of Access and Choice Under Beveridge and Bismarck Systems*, Paris: Irdes Publishers.

Orhaner, E., (2014), *Türkiye’de Sağlık Sigortası*, Ankara: Siyasal Kitapevi.

Orton, S.N., Menkens A.J. and Sontos P., (2009), *Public Health Bussiness Planning, A Practical Guide*, Sudbury Mass: Jones and Bortlett Publishers.

Özdemir, O., Ocaktan, E. ve Akdur, R., (2003), “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 56(4): 207-216.

RAND, (2006), “The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Refrom Debate”, <http://www.rand.org>, (Erişim Tarihi: 12.03.2017).

Reed, M., Fung, V., Brand, R., Fireman, B., Newhouse, J.P., Selby, J.V., Hsu, J., (2005), “Careseeking behavior in response to emergency department copayments” *Medical Care* 43(8): 810-816.

Resmi Gazete, (1961), “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun”, Kanun No: 224, 12.01.1961, Sayı: 10705, Ankara.

Resmi Gazete, (1992), “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşlara Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun”, Kanun No: 3816, 3.07.1992, Sayı: 21273, Ankara.

Resmi Gazete, (2006), “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, Kanun No: 5560, 16.06.2016, Sayı: 26200, Ankara.

Resmi Gazete, (2008), “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun Hükmünde Kararname Yapılmasına Dair Kanun”, Kanun No: 5474, 08.05.2008, Sayı: 26870, Ankara.

Ros, C.C., Groenewegen, P.P.,and Delnoij, D.M.J. (2000), “All Rights Reserved or Can We Just Copy? Cost Sharing Arrngements and Characteristics of Health Care Systems”, *Health Policy*, 52(1): 1-13.

Russel, S., and 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.

Saltman, R. B. and Figueras, J., (1997), *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*, Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Sepehri A., and Chernomas R., (2001), “Are User Charges Efficiency and Equity Enhancing?”, *Journal of International Development*, 13(2):183-209.

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu),  
<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/kurumumuz/tarihce>, (Erişim Tarihi: 25.03.2017).

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu),  
[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik\\_hizmetleri/muayene\\_katilim\\_payi](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi), (Erişim Tarihi:25.03.2017).

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu),  
[http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik\\_hizmetleri/katilim\\_payi\\_alinmayacak\\_haller\\_saglik\\_hizmetleri\\_ve\\_kisiler](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/katilim_payi_alinmayacak_haller_saglik_hizmetleri_ve_kisiler), (Erişim Tarihi: 24.03.2017).

Shapiro, M.F., Ware, J.E., Sherbourne, C.D., (1986), “Effects of Cost Sharing on Seeking Care for Serious and Minor Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial”, *Ann Intern medical*, 104: 246-251.

Sierra Leone, G., (2009), *Free Healthcare Services: For Pregnant and Lactating Women and Young Children in Sierra Leone*, Freetown: Government of Sierra Leone.

SUT (Sağlık Uygulama Tebliği),  
<http://www.saglikaktuel.com/haberler/tebligler-sutdegisiklikleri-ve-duyurulari-253-p1.htm>, (Erişim Tarihi:24.03.2017).

Tengilimoğlu D., ve Güzel A., (2011), “Sağlık Sistemleri ve Ülke Örnekleri” *Sosyal Güvenlik Dünyası*, 14(73): 13-26. Waddington, C.J., and Enyimayev, K.A., (1989), “A Price to Pay: The Impact of User Charges in Ashanti-Akim District of Ghana”, *International Journal of Health Planning and Management*, 4(1): 17-47.

Thomson S., Foubister T., Figueras J., Kutzin J., Permanand G., Bryndova L., (2009), *Adressing Financial Sustainability in Health Systems*, European Observatory on Health Systems and Policies, Geneva, WHO Regional Office for Europe.

Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E., (2008), *Health Care Financing in the Context of Social Security*, Policy Department Economic and Scientific Policy, European Parliament, Strazburg.

- Uz, H. M., (2003), Hastane Yöneticiliği, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Yayını.
- Ünal, E. (2013), Sağlık Ekonomisi ve Yönetimi, Bursa: Ekin Kitabevi.
- Weaver, M., (1995), “User Fees and Political Behaviour: Evidence From Niamey National Hospital”, Health Policy and Planning, 10(4): 350-361.
- Wedig, G. J., (1988), “Health Status and the Demand for Health: Results on Price Elasticities”, Journal of Health Economics, 7(2): 151-163.
- Wharam, J.F., Zhang, F., Landon B.E., Soumerai, S.B., Ross-Degnan D., (2013), “Lowsocioeconomic-status enrollees in high-deductible plans reduced highseverity emergency care”, Health Affairs 32(8):1398-1406.
- WHO (World Health Organization), (2000), “The World Health Report, Health Systems: Improving Performance, France, 92-98, <http://www.who.int/whr/2000/en/> (Erişim Tarihi: 09.02.2017)
- Wild, C., ve Gibis, I., (2003), “Evaluations of Health Interventions in Social Insurance Based Countries: Germany, The Netherlands and Austria”, Health Policy, 63: 187-196.
- Xu, K., Evans, D.B., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwal, P.O., Nabukhonzo, P., Aguilar, A.M., (2006) “Understanding The Impact of Eliminating User Fees: Utilization and Catastrophic Health Expenditures in Uganda”. Social Science and Medicine 62: 866-876.
- Yenimahalleli Yaşar, G., (2007), Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansmanı Modeli Önerisi, Yayımlanmış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., ve Erdem R., (2011), “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Durum Değerlendirmesi”, Amme İdaresi Dergisi, 44(2): 71-98.
- Yıldırım, H.H., (2016), Sağlık ve Siyaset Yazıları, Birinci Baskı, Ankara: ABSAM.



224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu,  
<http://www.ttb.org.tr/index.php/TTB/224-sayili-kanun-54.html>,