

CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARININ HAKKANİYET AÇISINDAN DEĞERLENDİRMESİ

Ece UĞURLUOĞLU*, Hacer ÖZGEN**

*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, Ankara, Türkiye,
ugurluoglu@health.ankara.edu.tr

**Hacettepe Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara, Türkiye,
hozgen@hacettepe.edu.tr

ÖZET

Cepten sağlık harcamalarının bir toplumdaki bireyleri ve hanehalklarını hakkaniyet açısından olumsuz etkileme olasılığı vardır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye genelinde hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Bu amaç kapsamında Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bütçe Araştırması 2003-2005 verileri kullanılarak, toplam 42.867 hanehalkından cepten sağlık harcaması yapan 18.682 hanehalkı (%43,6) araştırma kapsamına alınmıştır. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyet incelenen her yıl için ayrı olarak orantı yaklaşımı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, Türkiye’de 2003-2005 yıllarında cepten harcama azalan oranlı bir sağlık finansman kaynağı olmuştur, dolayısıyla cepten harcamalarda hakkaniyet sağlanamamıştır. Cepten harcamalarda hakkaniyetin iyileştirilmesine yönelik sağlık politikalarında değişiklik yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık finansmanı, cepten sağlık harcamaları, hakkaniyet, dikey hakkaniyet

I.Giriş

Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden belirlenebilir nitelikte olmaması ve sağlık hizmetleri kullanımının bireyler ve hanehalkları üzerinde öngörülemezlik finansal yük yaratma olasılığı, sağlık harcamalarının finansal yüküne karşı güvence sağlayan sosyal ve özel sağlık finansman kaynaklarını doğurmuştur. Sağlık hizmetleri finansman kaynaklarından biri de, farklı ülkelerde değişik biçimlerde kullanılan cepten harcamalardır. Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet, bireylerin sağlık

hizmeti kullandıklarında sistemin finansmanına yaptıkları katkının ödeme gücüne göre olması ve toplumdaki herkes için finansal koruma sağlanması esasına dayalıdır. En az finansal koruma sağlayan finansman kaynağı olarak cepten harcamalar hakkaniyeti olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir [1-4].

Tüm finansman kaynaklarında olduğu gibi, cepten harcamalarda da hakkaniyet, yatay ve dikey olarak ele alınmaktadır. Yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır. Dikey hakkaniyet, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapması anlamına gelmektedir [5,6]

Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için hem yatay hem dikey hakkaniyetin sağlanması gerekmektedir [7]. Ancak dikey hakkaniyet, sağlık hizmetleri finansmanında özellikle ilgi odağı olan hakkaniyet türüdür. Bunun temel nedeni, her bireyin kendisinin bir havuz olması ve dolayısıyla farklı ödeme gücüne sahip bireylerin sağlık hizmetleri için kullanabilecekleri farklı büyüklükte kaynak havuzu yaratabilmesidir. Bu da, sağlık ihtiyaçlarının göreceli olarak daha fazla olduğu dikkate alındığında, küçük havuza sahip bireylerin sağlığa ayıracakları payın büyük havuza sahip bireylere göre daha yüksek olması demektir [7]. Oysa sosyal adaletin sağlanabilmesi için sağlık sistemi finansmanına “az kazananın az, çok kazananın çok” katkı sağlaması gerekmektedir. Ayrıca dikey hakkaniyetsizlik yatay hakkaniyetsizliğe

göre ortadan kaldırılması/azaltılması daha kolay olduğu için politika belirleyiciler tarafından daha fazla tercih edilir [8].

Cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi, ödeme gücü ve cepten harcama arasındaki ilişkiye bakılarak yapılmaktadır. Bu ilişkinin ne kadar artan oranlı (zengin bireylerin oransal olarak daha fazla ödeme yapmaları) veya ne kadar azalan oranlı (zengin bireylerin oransal olarak daha az ödeme yapmaları) olduğu değerlendirilir [5,6]. Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için ödeme gücü ile cepten harcama arasındaki ilişkinin artan oranlı olması gerekir. Yapılan uluslararası araştırmalar, cepten harcamaların sağlık finansmanında azalan oranlı bir yöntem olduğunu ve dolayısıyla dikey hakkaniyeti sağlayamadığını göstermiştir [1-4,9].

Cepten harcamaların finansmandaki rolü özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde daha fazla olduğundan cepten harcamalarda hakkaniyet konusu bu ülkelerde daha da önem kazanmaktadır. Mevcut verilere göre, cepten harcamaların Türkiye sağlık sistemi finansmanındaki rolü 1992-2006 yılları arasında azalmıştır (1992 yılında %31,0, 2006 yılında %19,0). 1992-2000 yılları arasında %28,0 ile %31,0 arasında değişen ve oldukça stabil bir eğilim gösteren cepten harcamalarının payı özellikle 2000 yılından sonra azalmıştır [10-14].

Sağlık harcamalarını tahmin etme yöntemlerindeki değişiklikler nedeniyle 1992-2006 yılları arasında yapılan cepten harcama verilerindeki değişiklikleri, tam olarak karşılaştırmak mümkün olmamakla birlikte bu değişimin bir bölümünü, sağlık sektöründe gerçekleştirilen birçok değişikliğe atfetmek mümkündür. Bu değişiklikler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- *2000’li yıllarda sağlık güvencesi kapsamında olan nüfusun genişletilmesi.* 1990 yılında yaklaşık 36,5 milyon bireye sağlık güvencesi sağlayan sosyal güvenlik kurumları kapsamı 2006 yılında 58,5 milyon bireye yükseltmiştir [15].
- *2003 yılında ilaç katkı paylarının maaşlardan kesilmeye başlanması.* Doğrudan eczanelere yapılması öngörülen ancak birçok nedenle çoğu zaman

yapılmayan ilaç katkı payı ödemeleri, Muhasebat Genel Müdürlüğü’nün 2003 yılında uygulamaya koyduğu 590 numaralı tebliği ile birlikte, doğrudan çalışanların maaşlarından kesilmeye başlanmıştır.

- *2004 yılında Yeşil Kart sahiplerinin yararlandıkları ayakta sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi.* Yeşil Kart sahiplerinin birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinde ayakta tedavi kapsamında alacakları ilaçları da içeren birçok hizmet geri ödeme kapsamına alınmıştır [16].
- *2005 yılında Yeşil Kart’lı nüfusa ilaç katkı payı uygulamasının getirilmesi.* Yeşil Kart sahiplerinin 2004 yılında ilaç katkı paylarından muaf tutulması ilaç harcamalarında önemli artışa neden olduğu için %20 katkı payı ödemesi yürürlüğe girmiştir [17].
- *2005 yılında kamu sağlık birimlerine bağlı derneklere “bağış” olarak yapılan ödemelerin kaldırılması* [18].
- 2005 yılında sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığına ve 2006 yılında kurum olarak Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) devredilmeden önce, Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK) bağlı bireylerin sevk almadan üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetler için cepten ödeme yapmak zorunda kalması ve SSK sağlık tesislerinden duyulan memnuniyetsizlik nedeniyle özellikle özel hekim muayeneleri için cepten harcama yapmaları.
- 2007 yılında yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği öncesinde, sağlıkla ilgili çeşitli mal/hizmetler için geri ödemelerdeki farklılıklar. Örneğin, motorlu malul arabası ve ambulans hizmetleri için geri ödemeler ve dolayısıyla cepten harcama yükü SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları için farklı olmuştur.

Tüm bu değişiklikler, cepten harcama ile hakkaniyet arasındaki ilişkiyi etkileme potansiyeline sahiptir. Türkiye’de cepten sağlık harcaması ve dikey hakkaniyet

arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bununla birlikte, bu konuda yorum yapmaya yardımcı olabilecek bazı çalışmalar mevcuttur [19-22].

Sonuç olarak, Türkiye sağlık sektöründe yaşanan değişiklikler cepten sağlık harcamalarının boyutunu ve cepten harcamalarda hakkaniyeti etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık reformlarının gerçekleştirildiği ve mevcut çalışmalarda kapsanmayan yıllar itibarıyla, Türkiye genelinde hanehalkı cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyete olan etkilerine odaklanan bir araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır. Bu çalışmanın amacı, hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir.

II. Gereç ve Yöntem

2.1. Veri Toplama Yöntemi

Bu çalışmada, 2003-2005 yıllarına ait ikincil veri (secondary data) kullanılmıştır. Verinin kaynağı, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından oluşturulan Hanehalkı Bütçe Araştırması 2003-2005 veri setleridir. TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması verileri, özel olarak tasarlanmış bir anket aracılığı ile toplanmıştır. Anket üç ana bölümden oluşmaktadır:

- Bölüm 1, hanehalkı sosyo-ekonomik durum değişkenlerini (oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar, ulaştırma araçları vb.) içermektedir.
- Bölüm 2, hane bazında toplam 12 kalemden oluşan tüketim harcaması değişkenlerini (sağlık, gıda ve alkolsüz içecekler, ulaştırma, haberleşme, eğitim, eğlence, kültür vb.) içermektedir.
- Bölüm 3 hanedeki bireylere ilişkin demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu), istihdam durumu değişkenlerini (meslek, iktisadi faaliyet, işteki durum), hanede fiziksel veya zihinsel sağlık sorunu olması durumu ve faaliyet ve faaliyet dışı gelir değişkenlerini içermektedir.

Bütçe Araştırması anketinin alan uygulaması 2003-2005 yıllarında 1 Ocak – 31 Aralık tarihleri arasında; anketör, kontrolör, organizatör ve teknik yetkili olarak görevlendirilen elemanlarca yapılmıştır. Verilerin toplanmasında görüşme, gözlem ve kayıt yöntemleri birlikte kullanılmıştır. Her anketör, her ay ortalama 6 hanehalkını anket ayı öncesi 1 kez, 1. ve 2. hafta 2’şer kez, 3. ve 4. hafta 1 kez ve anket ayı bitiminde 1 kez olmak üzere ayda ortalama 8 kez ziyaret ederek tüketim harcaması ve gelir bilgilerini kayıt etmiştir.

Anket ayı içinde yapılan ziyaretler sırasında, hanenin anket ayı içinde yaptığı tüketim harcamaları haneye bırakılan kayıt defterinden kayıt etme ve görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanedeki fertlerin anket ayı içindeki istihdam durumu, iktisadi faaliyeti, mesleği, işteki durumu, anket ayı ve son bir yıl içerisinde elde ettiği gelir bilgileri elde edilmiştir. Böylece örnekleme giren her hanenin anketin uygulandığı ay boyunca yapmış olduğu harcamalar, elde ettiği gelirler ve diğer bilgiler elde edilerek anket formuna aktarılmış ve veri seti yaratılmıştır. TÜİK Bütçe Araştırması veri setlerinde sağlık harcamaları hanedeki her bir fert için değil, hanenin tamamı için verileri içermektedir.

2.2. Evren ve Örneklem

TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan tüm hanehalkı fertlerini kapsamıştır. Ancak araştırmada yaşlılar evi, huzur evleri, hapisane, askeri kışla, hastane, üniversite yurtları, yetiştirme yurdunda bulunan nüfus ile göçer nüfustan oluşan “kurumsal nüfus” uygulama zorluğundan dolayı kapsam dışında bırakılmıştır. Dolayısıyla bu çalışmanın araştırma evrenini 2003-2005 yıllarında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan, kurumsal olmayan hanehalklarının tamamı oluşturmuştur.

TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırmasında nihai örnekleme birimi hanehalklarıdır. Anketin uygulanacağı hanehalklarının belirlenmesinde tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Birinci aşamada örnekleme birimi olarak nüfus büyüklüğüne orantılı olasılık yöntemi ile anket uygulanacak bloklar seçilmiştir. Seçilen bu

bloklarda üçer aylık dönemlerde adres güncelleme çalışması gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada adres güncelleme çalışmasından elde edilen bilgilere (hanehalkındaki referans bireyin öğrenim durumu, istihdam durumu, yaptığı iş, hanehalkının oturduğu konutun mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, hanede bulunan toplam fert sayısı, 15+ yaştaki fert sayısı, tarımla uğraşan hanehalkları için işlenen arazi büyüklüğü, küçük ve büyük baş hayvan sayıları vb) göre sıralanan her bir bloktan nihai örnekleme birimi olan hanehalkları sistematik olarak seçilmiştir. Örnekleme seçilen asıl hanehalkı ile hanehalkının anketin uygulanmasını kabul etmemesi, kapıyı açmaması, sağlık sorunu olması, hanehalkının çok yaşlı ve işitme veya görme engelli olması gibi nedenlerle anketin uygulanamaması durumunda ikame yaklaşımı kullanılmıştır.

TÜİK tarafından veri setleri ile birlikte sağlanan “Hanehalkı Bütçe Anketlerinin Uygulama Yöntemi, Tanım ve Kavramlar” başlıklı dokümana göre, 2003 yılı araştırmasında bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 2.160, yıllık toplam 25.920 hanehalkından; 2004 yılı araştırmasında bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8.640 hanehalkından; 2005 yılı araştırmasında ise, bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8.640 hanehalkından veri toplanmıştır. Ancak “bülten” numaraları itibarıyla her yılın veri seti incelendiğinde, hiçbir şekilde verisi olmayan toplam hanehalkı sayısının 2003 yılında 156, 2004 yılında 96 ve 2005 yılında 81 olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla bu çalışmanın örnekleme toplam 42.867 hanehalkından oluşmuştur (43.200 hanenin %99,2’si). Bu çalışmada cepten sağlık harcaması ile gelir arasındaki ilişki incelendiğinden, cepten sağlık harcaması yapmayan haneler araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır (toplam 24.177 hane, 42.867 hanenin %56,4’ü). Sonuç olarak, bu çalışmanın örnekleme 18.690 hanehalkından oluşmuştur (42.867 hanenin %43,6’sı).

2.3. Araştırmanın Değişkenleri

Türkiye’de cepten sağlık harcaması ve ödeme gücü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın iki ana değişkeni vardır: cepten sağlık harcaması ve

ödeme gücü. Bu değişkenler aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmaktadır.

2.3.1. Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni

Hakkaniyet analizlerinde cepten sağlık harcaması hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcaması [1,23-25] ve hanenin yıllık toplam geliri içinde cepten sağlık harcamasının oranı [1-3,9,23,24,26-29] olarak iki şekilde ölçülmektedir. Cepten harcama değişkeninin ikinci formu, cepten harcamada artan oranlılığı ölçmenin doğrudan ölçütü olarak kabul edilmektedir [30]. Bu çalışmada, cepten harcama ve dikey hakkaniyet ilişkisini değerlendirmede kullanılan farklı yaklaşımlar her iki değişkenin de kullanılmasını gerektirdiğinden cepten harcama değişkeninin her iki formu da kullanılmıştır.

TÜİK veri setinde cepten sağlık harcaması, hanelerin bir ayda yapmış oldukları üç ana harcama kaleminin toplamından oluşmaktadır. Bunlar tıbbi ürünler, aletler ve malzemeler için yapılan harcamalar, ayakta tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar ve yataklı tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar şeklindedir. TÜİK, cepten sağlık harcaması verilerini yıl boyunca her ay örnekleme seçilen farklı hanelere sorarak topladığından, bir yılın sonunda Türkiye’yi temsil eden aylık toplam cepten sağlık harcaması belirlenmiştir. Bu çalışmada cepten harcama değişkeni, hanehalkının yıllık toplam harcaması olarak tanımlandığı için her hanenin aylık cepten harcama verisi 12 ile çarpılarak yıllık rakamlar elde edilmiştir. Yıllar arasında cepten harcamalarda enflasyona atfedilebilecek farkı ortadan kaldırılmak amacıyla, yıllık cepten harcama verileri 2003 yılı temel yıl alınarak (2003=100) 2004 ve 2005 yıllarında Aralık ayı itibarıyla sağlığa özel Tüketici Fiyat Endeksi (TÜFE) değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılarak [31] reel değerlere dönüştürülmüştür.

2.3.2. Ödeme Gücü Değişkeni

Hakkaniyet analizlerinde ödeme gücü değişkeni de gelir [3,23,28,29] ve tüketim harcaması [1,2,9,24,25,27] olarak iki farklı şekilde ölçülmektedir. Gelir, ödeme gücünün doğrudan göstergesidir [30]. Bu nedenle bu çalışmada ödeme gücü, hanenin yıllık toplam

kullanılabilir geliri ile ölçülmüş ve her hanenin gelir seviyesi %20'lik gelir dilimindeki yeri itibariyle tanımlanmıştır. Kullanılan veri setinde hanehalkı geliri, araştırma kapsamında görüşme yapılan tüm hanelerin son bir yılda elde ettiği toplam kullanılabilir hanehalkı gelirleri olarak tanımlanmıştır. Hanehalklarının gelirleri itibariyle karşılaştırılabilir duruma getirilebilmesi amacıyla, hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelir verileri 2003 yılı temel alınarak (2003=100) 2004 ve 2005 yıllarında Aralık ayı itibariyle genel TÜFE değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılarak reel değerlere dönüştürülmüştür [31].

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada kapsanan her yıl için ayrı tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Bu analizler araştırma değişkenlerinin dağılımını ortaya koymak ve cepten harcamalarda dikey hakkaniyeti değerlendirmek için orantı yaklaşımı analizlerini uygulamak amacıyla yapılmıştır. Bu yaklaşım aşağıda açıklanmaktadır.

2.4.1. Orantı Yaklaşımı

Ödeme gücü hanelere göre değiştiği için cepten harcamanın hanelerde yarattığı finansal yükün farklılaşması nedeniyle, orantı yaklaşımı cepten sağlık harcaması ile dikey hakkaniyet ilişkisini değerlendirmenin en doğrudan yöntemi olarak kabul edilmektedir [30]. Bu yaklaşımda, cepten harcamanın dikey hakkaniyet açısından artan oranlı bir finansman yöntemi olup olmadığı, hanehalkı geliri içinde cepten sağlık harcamasının payının gelir dilimleri itibariyle dağılımına dayalı olarak değerlendirilmektedir. Cepten harcamanın gelir içindeki payının gelir dilimleri yükseldikçe artış göstermesi artan oranlılığa ve dolayısıyla dikey hakkaniyete işaret etmektedir [3,9,27,29,30,32].

Yapılan tüm analizlerde analiz birimi hanehalkıdır. Analizlerin bireysel düzeyde yapılmamasının nedeni, daha önce de belirtildiği gibi, kullanılan veri setinin hanedeki her birey için değil, hanenin tamamına ait sağlık harcaması verilerini içermesidir. Ancak sağlık harcamalarının finansal yükünün hanehalkı düzeyinde değerlendirilmesi bazı durumlarda özellikle önemli olduğundan bu durum bu çalışmada bir

sınırlılık yaratmamaktadır. Bu durumlara örnek olarak, çocukların sağlık hizmetlerine erişimi, kullanımı ve sağlık güvencesi kapsamında olup olmadığı ve dolayısıyla sağlık harcamalarının ebeveynlerinin durumuna bağlı olması ve ailedeki bir fert için katastrofik harcamaların tüm aile fertlerinin finansal yükünü ve diğer fertler için sağlık hizmeti kullanma ve harcama yapma kararını etkileyebilmesi sayılabilir [27,33].

Analiz kapsamına incelenen üç yıla ait toplam 18.690 hanehalkı alınmıştır. Bu haneler arasında verisi olmayan toplam sekiz hane analiz kapsamı dışında bırakılmıştır. Kapsam dışı bırakılan bu sekiz hanehalkının beş tanesi 2005 yılına, üç tanesi 2003 yılına aittir. Sonuç olarak, tüm analizler toplam 18.682 hanehalkı (18.690 hanenin %99,96'sı) ile yapılmıştır.

III. Bulgular ve Tartışma

3.1. Genel Tanımlayıcı Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hanehalklarının araştırma değişkenleri itibariyle dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır. Hanehalkı toplam cepten sağlık harcaması itibariyle bakıldığında, genel olarak, bir hane yılda ortalama yaklaşık 442 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. Bu rakam 2003, 2004 ve 2005 yıllarında artarak sırasıyla ortalama yaklaşık 424 YTL, 441 YTL ve 488 YTL olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, 2005 yılında 2003 yılına göre hane başına cepten sağlık harcaması ortalama %15,0 artış göstermiştir.

Gelirin yüzdesi olarak cepten harcama dikkate alındığında, genel olarak, bir hane ortalama yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yaklaşık %5,0'unu sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Yıllar itibariyle değerlendirildiğinde, bir hanenin yıllık toplam kullanılabilir gelirinden sağlığa ayırdığı pay, 2003 yılında ortalama %4,8'dir. Bu yüzde, sonraki iki yılda sırasıyla %1,2 ve %1,0 azalma göstermiştir.

Hanehalkı gelir seviyesi tüm yıllar itibariyle birlikte değerlendirildiğinde, cepten sağlık harcaması yapan hanehalkları arasında, 1. gelir diliminde yer alan hanehalklarının geliri ortalama yaklaşık 3.661 YTL, 5. gelir dilimindeki hanehalklarının ise ortalama yaklaşık 27.465 YTL olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla 2003-2005 yılları arasında cepten

sağlık harcaması yapan ve 1. ve 5. gelir dilimlerinde yer alan hanehalkları arasındaki gelir farkı ortalama 7,5 kattır. Yıllar arasında değerlendirme yapıldığında, yıllık geliri ortalama 3.454 YTL olan 1. gelir dilimindeki hanelerin geliri, 2004 ve 2005 yıllarında sırasıyla %11,3 ve %15,7 artmıştır.

3.2. Toplam Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Dağılımı

Hanehalkı yıllık toplam cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre dağılımı Şekil 1'de yıllar itibariyle gösterilmektedir. Genel olarak, hanehalkı geliri arttıkça cepten sağlık harcaması artmıştır. Araştırmada incelenen tüm yıllar itibariyle en düşük cepten sağlık harcamasının 1. gelir dilimindeki haneler, en yüksek cepten sağlık harcamasının ise 5. gelir dilimindeki haneler tarafından yapıldığı bulunmuştur. 2003-2005 yıllarında 5. gelir dilimindeki haneler 1. gelir dilimindeki hanelere göre sırasıyla yaklaşık 3,3 kat, 2,8 kat ve 3 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır. Ayrıca yoksul hanehalkları her yıl artan miktarda cepten harcama yapmıştır. Buna karşın, zengin hanehalklarının yaptığı sağlık amaçlı cepten harcamanın 2003 yılına göre 2004 yılında azaldığı belirlenmiştir. Her iki grup hanehalkı için de 2005 yılı cepten sağlık harcamasının artış gösterdiği bir yıl olmuştur.

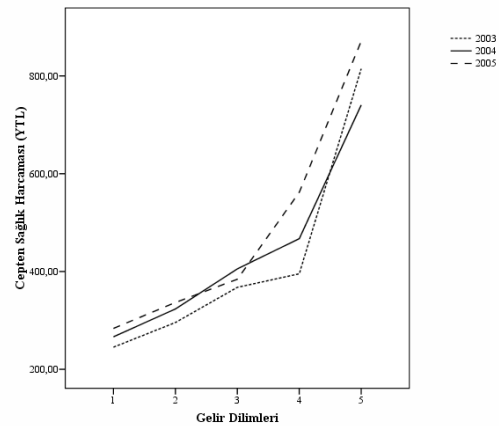
Cepten harcama ve gelir arasındaki ilişki genel ortalama ile karşılaştırıldığında, 2003 yılında bir hane ortalama yaklaşık 424 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, 1. gelir dilimindeki haneler ortalamadan yaklaşık 1,7 kat daha az, 5. gelir dilimindeki haneler ise ortalamadan yaklaşık 2 kat daha fazla cepten harcama yapmıştır. 2004 yılında bir hane yıllık ortalama yaklaşık 441 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, 1. gelir dilimindeki hanelerin ortalamadan yaklaşık 1,6 kat daha az, 5. gelir dilimindeki hanelerin ise ortalamadan yaklaşık 1,6 kat daha fazla cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Bir hanenin ortalama yaklaşık 488 YTL cepten sağlık harcaması yaptığı 2005 yılında, 1. gelir dilimindeki hanelerin ortalamadan yaklaşık 1,7 kat daha az, 5. gelir dilimindeki hanelerin ise ortalamadan yaklaşık 1,8 kat daha fazla cepten harcama yaptığı bulunmuştur.

Hanehalkının geliri yükseldikçe cepten yapılan sağlık harcamasının da artış göstermesi ulusal ve uluslararası literatürle uyumludur

[1,19,24,34,35]. Bu bulgu, gelir düzeyi yüksek hanehalklarının sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları veya daha pahalı sağlık hizmetlerini tercih etmeleri, gelir düzeyi düşük hanehalklarının ise yaşadıkları finansal zorluk nedeniyle sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları olduğu halde yeterince yararlanamaması veya daha ucuz sağlık hizmetlerini kullanması ile açıklanabilir [1,36].

Örneğin, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırmasında, sağlık sorunu olan bireylerin %15,5'inin sağlık sorununu çözmek için hiçbir şey yapmadığı ve bu durumun, 5. gelir dilimindeki bireylerle karşılaştırıldığında, 1. gelir dilimindeki bireyler arasında çok daha yüksek olduğu (%8,71'e karşı yaklaşık %25,0) bulunmuştur [21]. Liu ve arkadaşlarının (2005) Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırması ile aynı veri setini kullanarak yaptığı ilave analizlerde, 1. gelir diliminde sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmayan bireylerin %62,5'inin buna gerekçe olarak finansal nedenleri gösterdiği belirlenmiştir.

Gelir düzeyi çok düşük hanehalklarının zorunlu olmadıkça sağlık hizmeti talebinde bulunmamaları hem bireylerin ve toplumun sağlık statüsü hem ülkenin kaynaklarının kullanımı açısından önemlidir. Daha açık bir ifadeyle, bireylerin sağlık sorunlarının çözümü için formal sağlık hizmeti almaması veya bunu geciktirmesi, hastalığın zamanında veya hiç tedavi edilmemesi nedeniyle ilerlemesine ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artmasına da yol açabilir [23,37,38].



Şekil 1: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Tablo 1: Araştırma Kapsamına Alınan Hanehalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)				2004 (n=3.860)				2005 (n= 4.328)				Genel (n= 18.682)			
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS
Hanehalkı cepten sağlık harcaması (YTL)	10.494	100,00	423,7	1.274,8	3.860	100,00	440,6	1.134,9	4.328	100,00	487,5	1.437,1	18.682	100,00	442,0	1.287,6
Hanehalkı gelirinin yüzdesi olarak cepten sağlık harcaması	10.494	100,00	4,8	14,6	3.860	100,00	4,8	12,4	4.328	100,00	4,8	11,2	18.682	100,00	4,8	13,4
Hanehalkı geliri* (YTL)																
1. Dilim (Yoksul)	2.099	20,00	3.453,6	970,4	772	20,00	3.845,9	1.137,5	866	20,00	3.998,0	1.300,4	3.737	20,00	3.660,8	1.115,6
2. Dilim	2.099	20,00	5.808,9	621,4	772	20,00	6.562,0	671,8	866	20,00	7.072,0	771,1	3.737	20,00	6.257,2	856,5
3. Dilim	2.099	20,00	8.174,4	778,0	772	20,00	9.290,2	921,0	865	20,00	10.034,6	953,9	3.736	20,00	8.835,7	1.160,6
4. Dilim	2.099	20,00	11.777,7	1.420,7	772	20,00	13.230,6	1.464,7	866	20,00	14.343,7	1.660,7	3.737	20,00	12.672,5	1.837,5
5. Dilim (Zengin)	2.098	20,00	27.118,7	24.314,5	772	20,00	27.299,3	20.008,5	865	20,00	28.453,9	16.955,8	3.735	20,00	27.465,3	21.943,1

* 2003 yılında %20'lik dilimler: 2004 yılında %20'lik dilimler: 2005 yılında %20'lik dilimler:

1=≤ 4.783,33

2=4.783,34 – 6.904,68

3=6.904,69 – 9.630,07

4=9.630,08 – 14.608,45

5=≥ 14.608,46

1=≤ 5.423,60

2=5.423,61 – 7.760,67

3=7.760,68 – 11.015,51

4=11.015,52 – 16.172,36

5=≥ 16.172,37

1=≤ 5.776,83

2=5.776,84 – 8.460,20

3=8.460,21 – 11.725,17

4=11.725,18 – 17.521,86

5=≥ 17.521,87

3.3. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Dağılımı (Orantı Yaklaşımı)

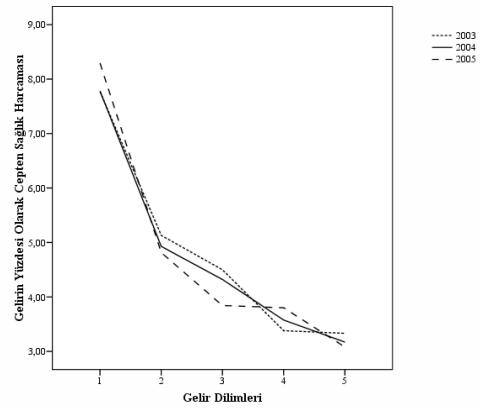
Hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre dağılımı Şekil 2’de yıllar itibariyle sunulmaktadır. Genel olarak, hanehalkı geliri arttıkça cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payı azalmıştır. 2003-2005 yıllarında, 1. gelir dilimindeki haneler zengin hanelere göre daha az cepten sağlık harcaması yapsa da, bu hanelerin 5. gelir dilimindeki hanelere göre cepten yaptıkları sağlık harcaması gelirlerinin çok daha yüksek bir yüzdesini oluşturmuştur.

Genel ortalama ile karşılaştırıldığında, 2003 yılında bir hane gelirinin ortalama %4,82’sini sağlığa ayırırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %7,77’sini, 5. gelir dilimindeki haneler ise gelirlerinin %3,33’ünü sağlığa ayırmıştır. 2004 yılında, bir hane gelirinin ortalama %4,76’sını sağlık amaçlı kullanırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %7,78’ini, 5. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %3,17’sini sağlık amaçlı olarak kullanmıştır. 2005 yılında bir hane diğer iki yıla benzer şekilde gelirinin ortalama %4,77’sini sağlığa ayırırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin %8,29’unu, 5. gelir dilimindeki hanelerin gelirlerinin ortalama %3,08’ini sağlık amaçlı olarak kullanmışlardır.

Hanehalkı gelir düzeyi arttıkça cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payının azalması, 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyet açısından azalan oranlı bir finansman kaynağı olduğuna işaret etmektedir. Bir başka ifadeyle, Türkiye’de cepten sağlık harcamalarının finansal yükü yoksul kesim üzerinde yoğunlaşmıştır ve incelenen her üç yılda da cepten harcamalarda dikey hakkaniyet sağlanamamıştır. Bu bulgu, uluslararası literatürde orantı yaklaşımına göre cepten sağlık harcamalarını değerlendiren araştırma bulguları ile uyumludur [3,9,27,29,32,39].

Gelir ile sağlık statüsü arasındaki pozitif ilişki dikkate alındığında bu durum, gelir düzeyi düşük hanehalklarının finansal yükünü artırmakta veya sağlık hizmetlerine erişimini

olumsuz yönde etkilemektedir. Gelir düzeyi düşük hanehalklarının finansal yükünün artması, bu hanelerin gıda, barınma, eğitim gibi temel harcamalarını azaltmakta ve bu da, sağlık statüsünün bozulmasına yol açarak bir kısır döngüye dönüşmektedir. Ayrıca yoksul haneler gelirlerinin yüzdesi olarak daha fazla finansal yük üstlenmelerine rağmen, diğer gelir gruplarına göre miktar olarak daha az cepten sağlık harcaması yaparak, sadece zorunlu sağlık ihtiyaçlarının bir kısmını karşılıyor olabilir [24].



Şekil2: Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

IV. Sonuç ve Öneriler

Türkiye’de hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyet açısından azalan oranlı bir finansman kaynağı olduğu ve dolayısıyla cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin sağlanamadığı bulunmuştur. Cepten harcamanın yarattığı finansal yük, en fazla yoksul hanehalkları tarafından üstlenilmektedir.

Genel olarak bu araştırmanın bulguları, cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında politika değişiklikleri yapılması gereğinin altını çizmektedir. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyetsizliğin olduğu bulgusu, gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde toplandığı ön ödeme sistemlerinin

(genel bütçe, sosyal güvenlik ve özel sigorta ile sağlanan sağlık finansmanı) yoksul hanehalklarına yeterli finansal koruma sağlamadığına veya ön ödeme sistemlerinin azalan oranlı olduğuna da işaret etmektedir. Bu nedenle politika belirleyicilerin cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin sağlanmasına yönelik önlemler geliştirebilmeleri için, diğer finansman kaynaklarının da hakkaniyet açısından değerlendirilmesi yararlı olabilir.

Güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri, hanehalklarının gerekli olmadığı halde daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten harcamaları azaltabilir. Bu anlamda, pilot çalışmaları devam eden aile hekimliği uygulamasının etkili olabileceği düşünülebilir. Ancak bir aile hekiminin yaklaşık 1000-4000 bireyden sorumlu olacağı ve etkili bir uygulama için aile hekimi sayısının yeterli olmadığı dikkate alındığında, aile hekimlerinden memnun olmamaları durumunda bireylerin sınırlı sayıda aile hekimi alternatifi olacaktır ve bu da, onların ikinci ve üçüncü basamak hizmet sunuculara cepten harcama yaparak başvurmak zorunda kalma olasılıklarını artırabilir. Böyle bir tablonun gerçekleşmesi durumunda, özellikle yoksul nüfusun sağlık hizmetleri kullanımı engellenebilir veya cepten harcamalara rağmen sağlık hizmeti almaya devam edebilirler ki, bu, hakkaniyet sorununu daha da derinleştirebilir.

Ayrıca informal ödemeler de cepten harcamaların boyutu ve dağılımında etki yaratabilir. Aile hekimliği uygulaması ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talebi azalttığına, kamu sektöründe çalışan hekimlerin döner sermaye aracılığı ile yarattıkları ek gelirlerinde de azalma olması beklenir. Bu, hekimlerin formal gelirlerinde bir artış olmadığı taktirde, düşük performans ile çalışmasına ve bu da, hekimler ile ilgili memnuniyetsizliğin ve güvensizliğin devam etmesine veya artmasına ve dolayısıyla informal ödemelerin ve cepten harcamaların olumsuz etkilenmesine neden olabilir [40]. Hayata geçirilmesi durumunda, aile hekimliği uygulamasının cepten harcamalarda hakkaniyeti iyileştirmeye katkıda bulunup bulunmadığı gelecekte araştırmacıların gündeminde yer almalıdır.

Sağlık güvencesi kapsamında olan hizmetlerin genişletilmesi de hakkaniyetin sağlanmasına önemli katkı sağlayabilir. Ancak hizmet paketinin genişletilmesi kamu sağlık harcamalarında önemli artışa neden olabilir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile birlikte hizmet kapsamını genişleten Tayvan'da olduğu gibi, hem ahlaki tehlikeyi hem katastrofik harcamaları önlemek için belirli bir "tavana" dayalı katkı payı zorunluluğu gerekli olabilir [41]. Katkı payı zorunluluğunun yoksullar için de geçerli olması, hakkaniyette iyileşme sağlamayabileceğinden, yoksul hanehalklarının kamudan aldıkları sağlık hizmetleri için katkı payından muaf tutulması veya daha düşük katkı payı ödemesine yönelik düzenlemeler yapılabilir [7,42].

Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun genişletilmesi hakkaniyeti iyileştirmeye yardımcı olabilir. Bu anlamda, Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren GSS, alınan sağlık hizmetlerinin yarattığı finansal yükü azaltabileceği için hakkaniyeti iyileştirmede yardımcı olabilir. Ancak GSS yasasında tüm nüfus sağlık güvencesi kapsamına alınmayacaktır. Bu yasadaki yararlanabilecek bireyler ve onların bakmakla yükümlü oldukları bireyler ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır [43]. Her ne kadar tüm nüfus GSS ile sağlık güvencesi kapsamında olmayacaksa da, sağlık güvencesi kapsamında olma finansal koruma sağlayabilir. Araştırma verilerinin ilave analizlerine göre, sağlık güvencesi olan bireylerden oluşan hanelerin sağlık güvencesi olmayan bireylerden oluşan hanelere göre cepten harcama yükünün daha az olması bunu desteklemektedir. Ancak literatürde sağlık güvencesi kapsamında olmanın her zaman finansal riske karşı koruma sağlamadığı gösterilmiştir [27,44,45]. Bu çalışmada tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu haneler arasında yapılan ilave değerlendirmelerde, yoksul hanelerin zengin hanelere göre gelirlerinin daha fazla kısmını sağlık için harcadığı belirlenmiştir. Bu nedenle tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınarak cepten harcamalarda hakkaniyeti sağlayabileceği beklenen GSS'de, yoksullar lehine düzenlemeler yapılmamıştır.

Ayrıca GSS'de ayakta tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenesinde, orte, protez,

iyileştirme araç-gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katkı payı alınmasına yönelik yeni düzenlemeler de öngörülmektedir. Katkı payları ayakta tedavilerde ve diş hekimi muayenelerinde başlangıçta 2 TL olarak belirlenmiştir ve her yıl SGK tarafından belirleneceği belirtilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu, 2 TL'lik katkı payı miktarını ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için beş katına kadar çıkarma yetkisine sahiptir. Bu çerçevede Ekim 2008 tarihinden itibaren ikinci basamak sağlık hizmetleri için 3TL, üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında eğitim hastaneleri için 4 TL, üniversite hastaneleri için 6TL ve özel hastaneler için 10 TL katkı payı uygulaması başlatılmıştır. Ancak Nisan 2009'da Danıştay tarafından yürütmesi durdurulan katkı payı uygulaması bu kez Haziran 2009 tarihinde sabitlenerek 2TL'ye indirilmiş, Ekim 2009 tarihinden itibaren tekrar arttırılmıştır. 1 Ekim 2009 tarihinden itibaren, reçete yazımı ile sonuçlanması durumunda birinci basamak sağlık hizmetleri için 2 TL (reçetesiz 0 TL), ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için 8 TL (reçetesiz 5 TL), özel hastaneler için 15 TL (reçetesiz 12 TL) katılım payı alınmaktadır. Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katılım payı alınması ise %10-20 arasında olmak üzere SGK tarafından belirlenecek miktar kadar olacaktır. 18.9.2009 tarihli tedavi katılım payının uygulanması hakkında tebliğ ile Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kapsamında yer alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden, protez ve ortezlerde yüzde 20, yeşil kartlılardan yüzde 10 katılım payı alınacağı duyurulmuştur. Katılım payı alınacak vücut dışı protez ve ortezler arasında gözlük cam ve çerçeveleri, ağız protezleri, vücut dışı kullanılan diğer protezler ve ortezler girecektir. Yardımcı üreme yöntemi uygulayanlardan ilk uygulamada yüzde 30, ikincide yüzde 25 katılım payı talep edilecektir. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından ödenmeyecektir.

GSS, informal ödeme şeklinde gerçekleşen cepten harcamalarda da artışa

neden olabilir. Bunun nedeni, GSS'nin finansal engeli ortadan kaldıracağı için sağlık hizmetlerine olan talebi artırması ve talepteki artışın arzadaki artış ile dengelenememesi durumunda sistemle ilgili memnuniyetsizlik ve güvensizlik sorununun artması veya devam etmesidir [40]. Örneğin, GSS'yi uygulamakta olan Tayvan'da, hekimlerin maaşlarında iyileştirme yapılmadığı için informal ödemeler devam etmiştir [41]. Bu bilgilere göre, GSS ile formal ve informal cepten harcamalarda değişiklikler olması muhtemeldir. Dolayısıyla, gelecekte GSS'nin hem cepten harcamalar hem cepten harcama türleri itibariyle hakkaniyeti nasıl etkilediğine ilişkin değerlendirme yapılması önemli olacaktır.

Bu çalışma, hanehalkı cepten sağlık harcaması ve dikey hakkaniyet ilişkisini ilk kez Türkiye genelinde seçilen bir örneklem ile, cepten harcama verilerinin erişilebilir ve karşılaştırılabilir olduğu tüm yılları kullanarak ve dikey hakkaniyeti değerlendirmede kullanılan en doğrudan ve yaygın yöntemlerini uygulayarak incelemesi açısından önemlidir. Ancak kullanılan veri setlerinin sınırlılıklarından dolayı bu çalışmanın sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan biri, çalışmanın sadece 2003-2005 yıllarını kapsamasıdır. 2006 yılı ve sonrası Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yapılan önemli politika değişiklikleri cepten harcamalarda hakkaniyeti etkilemiş olabilir. Özellikle 2006 yılında SGK çatısı altında birleştirildikten sonra SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı kanunlarına göre kapsanan hanehalklarının yaptıkları cepten harcamalarda önemli değişiklik olmuş olabilir. 2006 yılı ve sonrası için bu çalışmanın tekrarlanması, hem GSS'nin hem SGK'nın sağlık finansmanı ile ilgili yaptığı değişikliklerin hakkaniyete olan etkilerini anlama açısından önemli olacaktır. İkinci sınırlılık, hakkaniyetin sadece dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Cepten harcamalarda hakkaniyet hem yatay hem dikey hakkaniyetin sağlanması ile mümkün olduğundan [7], gelecekte cepten harcamalarda yatay hakkaniyet de incelenmelidir.

Kaynaklar

- [1] Chaudhuri A., Roy, K. Changes in out of pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002, Health Policy, Elektronik Sürüm (www.sciencedirect.com) (20.10.2007).
- [2] Cisse B., Luchin S., Moatti J.P. “Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa?”, Health Policy 2007; 80 (1): 51-68.
- [3] Mastilica M., Bozиков J. Out-of-pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity, Croatian Medical Journal 1999; 40 (2): 152-159.
- [4] Wagstaff A., Van Doorslaer E., Van der Burg, H., ve ark. Equity in the finance of health care: some further international comparisons, Journal of Health Economics 1999; 18 (3): 263-290.
- [5] Mossialos E., Dixon A. Funding Health Care in Europe: the Options. In: Mossialos E., Dixon, A., Figueras J., eds. Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Pres, 2002: 272-301
- [6] Wagstaff A., Van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. eds. North Holland Handbook of Health Economics. North Holland. 2000: 1803-1863.
- [7] WHO. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva. 2000.
- [8] WHO. Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment. WHO, Geneva. 2001.
- [9] Liaropoulos L., Tragakes E. Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. Health Policy. 1998; 43 (1): 153-169.
- [10] Mollahaliloğlu SÜ, Yardım N., Özbay H. Ve ark. Türkiye’de Sağlığa Bakış. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü Ankara. 2007:188.
- [11] Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000. 2004. Ankara, İ. Aygün Ofset.
- [12] Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 1998.
- [13] Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 2001.
- [14] Tokat M. Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 2001.
- [15] (<http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2006>, 03.02.2008).
- [16] “5222 Sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” T.C. Resmi Gazete 25529, 21 Temmuz 2004.
- [17] “5535 Sayılı Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” T.C. Resmi Gazete 25798, 27 Nisan 2005.
- [18] “5072 Sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları ile İlişkilerine Dair Kanun” T.C. Resmi Gazete 25361, 29 Ocak 2004.
- [19] Başara B.B. Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2007.

- [20] Liu Y., Çelik Y., Şahin B. Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları. Sağlıkta Umut Vakfı, Ankara. SUVAK, Ankara. (www.suvak.org.tr). 2005.
- [21] Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003. 2006. Ankara.
- [22] Tatar M., Özgen H., Şahin B., ve ark. Formal and informal household spending on health: a case study from Turkey, *Health Affairs*. 2007; 26 (4): 1029-1039.
- [23] Liu GG., Zhao Z. Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China, *International Journal of Health Planning and Management*. 2006; 21 (3): 211-228.
- [24] Roy K., Howard DH. Equity in out-of-pocket payments for hospital care: Evidence from India, *Health Policy*. 2007; 80 (2): 297-307.
- [25] Thuan NBT., Lofgren C., Chuc NKT., ve ark. Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam, *BMC Public Health*. 2006; 6: 283.
- [26] Garg CC., Karan AK. Health and Millennium Development Goal 1: Reducing out-of-pocket expenditures to reduce income poverty: Evidence from India. 2005. EQUITAP Project: Working Paper #15.
- [27] Galbraith AA., Wong ST., Kim SE., ve ark. Out-of-pocket financial burden for low-income families with children: Socioeconomic Disparities and effects of insurance, *Health Services Research*. 2005; 40 (6): 1722–1736.
- [28] Hopkins S., Cumming J. The impact of changes in private health expenditure on New Zealand households, *Health Policy*. 2001; 58 (3): 215–229.
- [29] Pannarunothai S., Mills, A The poor pay more: health related inequality in Thailand, *Social Science and Medicine*. 1997; 44 (12): 1781-1790.
- [30] O’Donnell O., Van Doorslaer E., Wagstaff A., ve ark. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation, Washington, DC, USA: The World Bank. 2008.
- [31] (<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi>, 01.05.2008).
- [32] Fiedler J., Suazo, J. Ministry of Health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras, *Health Policy and Planning*. 2002; 17 (4): 362-377.
- [33] Guendelman S., Pearl M. Children's ability to access and use health care, *Health Affairs*. 2004; 23 (2): 235–44.
- [34] Chu TB., Liu TC., Chen CS. ve ark. Household out-of-pocket medical expenditures and national health insurance in Taiwan: income and regional inequality, *BMC Health Services Research*. 2005; 5 (60) Elektronik Sürüm (www.biomedcentral.com) (01.01.2008).
- [35] Gotsadze G., Bennett S., Ranson K. ve ark. Health care seeking behavior and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia: Household survey findings, *Health Policy and Planning*. 2005; 20 (4): 232-242.
- [36] McIntyre D., Thiede M., Dahlgren G. ve ark. What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science and Medicine*. 2006; 62 (4): 858-865.
- [37] Rice T. Can markets give us the health system we want?, *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1997; 22 (2): 383–426.
- [38] Whitehead M., Dahlgren G., Evans T. Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap?, *The Lancet*. 2001; 358: 833–836.

- [39] Yu CP., David WK., Sach T. Assessing progressivity of out-of-pocket payment: with illustration to Malaysia, *International Journal of Health Planning and Management*. 2006; 21 (3): 193-210.
- [40] Özgen H., Şahin B, Belli P., ve ark. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey, *Journal of Medical Systems* 2008.
- [41] Chiu YC., Smith KC., Morlock L. ve ark. Gifts, bribes and solicitations: Print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan, *Social Science and Medicine*. 2007; 64 (3): 521-530.
- [42] Bennett S. Creese A., Monasch R. Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment. 1998. Geneva. World Health Organization.
- [43] “5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası” T.C. Resmi Gazete 26200, 31 Mayıs 2006.
- [44] Gross DJ., Alexih L., Gibson MJ., ve ark. Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly Medicare beneficiaries, *Health Services Research*. 1999; 34 (1): 241-254.
- [45] Himmelstein DU., Warren E., Thorne D., ve ark. Illness and injury as contributors to bankruptcy, *Health Affairs*. 2005; 5-63– W5-73.