



E-ISSN: 2667-5838	<a href="https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal">https://dergipark.org.tr/tr/pub/johmal</a>	Paper Type: Review Paper, Makale Türü: Derleme
Sayı:1, Nisan 2021	Issue:1, April 2021	Received Date / Geliş Tarihi: 14/08/2020 Accepted Date / Kabul Tarihi:01/09/2020

**KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARINDA KORUYUCU SAĞLIK  
HİZMETLERİNİN ROLÜ**



**THE ROLE OF PREVENTIVE HEALTHCARE SERVICES IN CATASTROPHIC  
HEALTH EXPENDITURES**

**Atıf/ to Cite (APA):** Akman, E. ve Kopuz, K. (2021). Katastrofik Sağlık Harcamalarında Koruyucu Sağlık Hizmetlerinin Rolü. Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi, (1), 1-14.

**Eren AKMAN<sup>1</sup>  
Koray KOPUZ<sup>2</sup>**

**DOI:** <https://doi.org/10.35345/johmal.780830>

**ÖZ**

Bireyler yaşamlarını devam ettirebilmek için sağlık hizmetlerini kullanmak zorundadır. Kullandıkları hizmetin karşılığında yaptıkları harcamalar, hanehalkı üzerinde olumsuz etki oluşturabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hanehalkının temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra gelirin %40'ına eşit ya da daha fazla miktarda sağlığa yönelik yaptıkları harcamalar katastrofik sağlık harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Bu harcamalar en çok engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş ve kronik hastalığı olan bireyler ve aileleri tarafından yapılmaktadır. Katastrofik sağlık harcamaları, tedavi edici sağlık hizmetlerine yapılan harcamalardan kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla, koruyucu sağlık hizmetleriyle bireyler hastalıklardan korunabilirse, tedaviye duyulan ihtiyaç ve katastrofik sağlık harcamaları da büyük oranda azalabilir. Bu çalışmanın amacı, katastrofik sağlık harcamalarının azaltılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolünü belirtmektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliği sağlık profesyonelleri ve devletler tarafından bilinmekte ancak uygulamada bazı engeller bulunmaktadır. Bu engellerin kaldırılarak koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için gerekli politikaların düzenlenmesinin hem toplumlar hem de devletler için mali avantaj sağlayabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Cepten Ödemeler, Katastrofik Sağlık Harcamaları, Koruyucu Sağlık Hizmetleri

**ABSTRACT**

Individuals have to use health services in order to continue their lives. The expenditures they make in return for the service they use can have a negative impact on the household. According to the World Health Organization, expenditures that are equal to or more than 40% of the income after meeting the basic needs of households are called catastrophic health expenditures. These expenditures are mostly spent by people with disabilities, elderly, inpatients and chronic diseases. Catastrophic health expenditures arise from the expenditures on therapeutic health services. Therefore, if individuals utilise preventive healthcare services regularly, the need for treatment and consequently catastrophic health expenditures will be greatly reduced. The aim of this study was to indicate the role of the preventive healthcare services utilisation in reducing catastrophic health expenditures. The effectiveness of preventive healthcare services is known to health professionals and governments, but there are some barriers affecting the utilisation of them. It is thought that by removing these obstacles and arranging the necessary policies to spread preventive health services, it can provide financial advantage for both societies and states.

**Keywords:** Health, Out-of-pocket Expenditures, Catastrophic Health Expenditures, Preventive Healthcare Services

<sup>1</sup> Öğr. Gör., Kastamonu Üniversitesi, Tosya MYO, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, [akmanneren@gmail.com](mailto:akmanneren@gmail.com), ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6895-851X>

<sup>2</sup> Arş. Gör., Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, [koraykopuz@gmail.com](mailto:koraykopuz@gmail.com), ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7985-8338>

## 1.GİRİŞ

Sağlık hizmetleri, vazgeçilemez ve ertelenemez ihtiyaçlardır. Hatta bazı durumlarda yeme, içme, barınma gibi insan hayatında önemli yere sahip temel ihtiyaçlardan bile önce gelmektedir. Bu sebeple sağlık hizmeti, insanların hayatını devam ettirebilmesi için gerekli olan temel insan hakları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetlerinin bu kadar gerekli ve zorunlu oluşu bireylere zaman zaman sıkıntılar yaşatabilmektedir. Bu sıkıntıların başında da ekonomik problemler yer almaktadır.

Sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört gruba ayrılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2017). Bu hizmetlerin içinde en çok yüksek teknoloji ve uzmanlık gerektiren, işleyişi karmaşık, erişimi yer yer zor ve uygulaması pahalı olan hizmet grubu tedavi edici sağlık hizmetleridir. Dolayısıyla, bireylerin hastalandıktan sonra tedaviye duyduğu her ihtiyaç bireylere ve devlete yüksek bir maliyet riski oluşturmaktadır. Bireyler için ekonomik sıkıntılara neden olan, temel ihtiyaçlarından kısarak yoksullaşmasına hatta ölümlerine sebebiyet veren yıkıcı sağlık harcamalarına katastrofik sağlık harcamaları denilmektedir (Xu vd., 2005).

Tedavi edici sağlık hizmetleri için yapılan harcamalardan kaynaklanan katastrofik sağlık harcamaları, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, birçok ülkede görülmektedir. Hatta gelişmemiş ülkelerin çoğunda sebep olduğu yıkıcı etkiler birçok ölümün nedenini oluşturmaktadır (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Burada düşünülmesi gereken sorular, bireylerin insan olarak talep etme haklarının olduğu sağlık hizmetlerinin bu yıkıcı yükü ortadan kaldırılabiliyor mu? Kaldırılmaz ise, devam eden bu yıkıcı harcamaların etkisi nasıl azaltılabilir?

Bu çalışmanın amacı, katastrofik sağlık harcamalarının azaltılmasında koruyucu sağlık hizmetlerinin rolünü belirtmektir. Çalışmanın ilk bölümünde katastrofik sağlık harcamaları, hangi durumlarda ortaya çıktığı ve sebep olduğu olumsuz etkilerden bahsedilecektir. İkinci bölümde koruyucu sağlık hizmetleri, özellikleri ve etkinliğine dair örnekler verilecektir. Son olarak, katastrofik sağlık harcamalarının önlenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin rolünden bahsedilerek önerilerde bulunulacaktır.

## 2.KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI

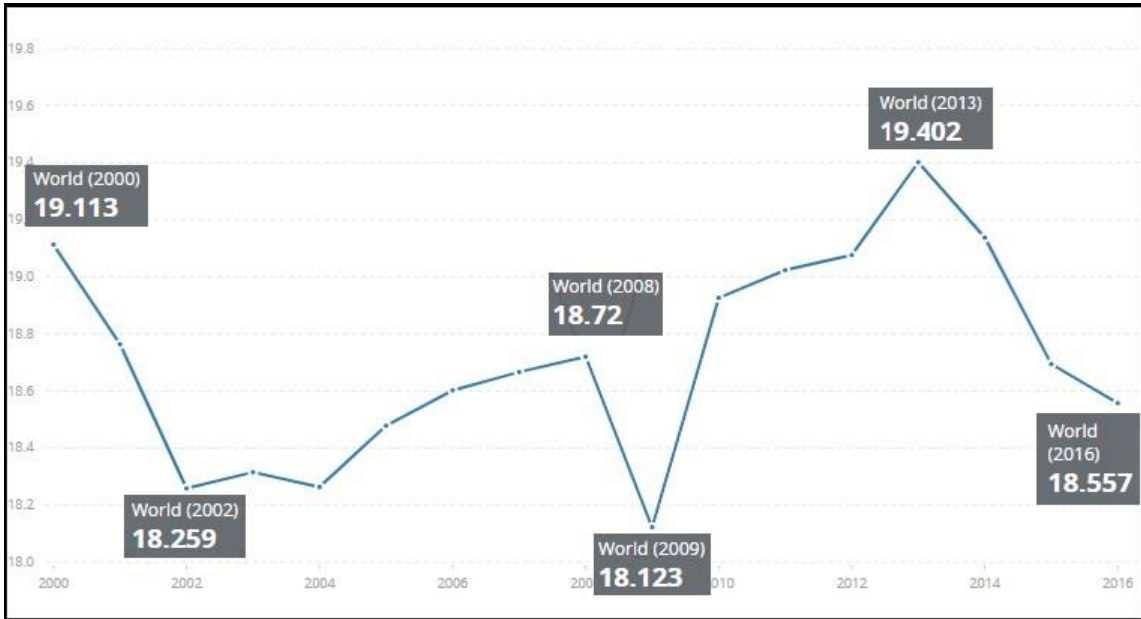
Tüm sağlık sistemlerinin temel amaçlarından biri, toplumu oluşabilecek finansal risklere karşı korumaktır. Toplum, vergiler ya da primler yoluyla sağlık güvencesi altına alınmadığı takdirde, cepten ödeme yoluna gidecektir. Bu ödeme sistemi, sağlık sisteminde var olan en adaletsiz ve verimsiz ödeme şeklidir. Çünkü doğrudan yapılan bu cepten ödemeler sebebiyle, aileler yıkıcı sağlık harcamalarıyla karşı karşıya kalabilmektedir (Kazemi-galougahi vd., 2019). Bu yıkıcı durum, katastrofik sağlık harcamaları olarak adlandırılmaktadır. Katastrofik sağlık harcamalarını Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hanehalkının temel ihtiyaçlarını karşıladıktan sonra gelirin %40'ına eşit veya daha fazlasına denk gelecek miktarda sağlığa yönelik yaptıkları harcamalar olarak tanımlamaktadır (Xu vd., 2005).

Katastrofik sağlık harcamaları en çok yoksul aileler üzerinde olumsuz etki bırakmaktadır. Göreceli olarak düşük maliyetler dâhi yoksul haneleri gıda, konut ve eğitim gibi temel ihtiyaçları kısımaya zorlayarak katastrofiye yol açabilmektedir (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018). Hatta bazı durumların yıkıcı etkileri şiddetini artırarak kişilerin hayatlarını tehlikeye sokmakta ve ölüm ile karşı karşıya bırakmaktadır (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Ancak, katastrofik sağlık

harcamaları sadece yoksul ailelerde değil, zengin aileler üzerinde de yıkıcı etkilere sebebiyet vermektedir. Yüksek miktarda yapılan cepten ödeme, zengin hanehalkını zor duruma düşürebilmekte hatta yoksullaşmasına sebep olabilmektedir (Xu vd., 2007).

Cepten yapılan ödemeler, bireylerin herhangi bir sağlık hizmetini kullandıkları sırada, üçüncü bir şahıstan geri ödeme yapılmaksızın, hanehalkının doğrudan cebinden çıkan formal ya da informal ödemelerdir (Cylus vd., 2018). Formal ödemeler, bireyin ihtiyaçlarının herhangi bir sağlık güvencesi tarafından karşılanmadığı durumlarda yasa ve düzenlemeler ışığında kullandığı hizmet bedeli için yaptığı bütün ödemelerdir (Özgen, 2008). İnfomal ödemeler ise, sağlık hizmetinden faydalanmak ya da daha kaliteli hizmet almak için yasal olarak tanımlanan çerçevenin dışında hizmet sunucu kişi ya da kuruma yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler nakit ile olacağı gibi hediye şeklinde de olabilir. Bu ödemeler; bahşiş, zarf ve masa altı ödemeler olarak da bilinmektedir (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018). Cepten yapılan ödemelerin yaygınlaşması sağlık sistemi için risk oluşturmaktadır. Sağlık finansmanında ana kaynak konumuna gelen cepten ödemeler, sağlık hizmetine erişimde ve eşitlikte olumsuzluklara sebep olabilmektedir.

DSÖ'nün 2005 yılı raporuna göre her yıl dünya genelinde yaklaşık olarak 44 milyon hane veya 150 milyondan fazla kişinin katastrofik harcamalarla karşı karşıya kaldığı belirtilmiştir. Ayrıca, cepten yapılan harcamalar nedeniyle 25 milyon hane ve 100 milyondan fazla kişinin yoksulluğa uğradığı raporda yer almaktadır (Xu vd., 2005). Buradan hareketle, katastrofik harcamaların hesaplanmasında cepten yapılan ödemelerin belirlenmesi önem arz etmektedir. Grafik 1'de Dünya Bankası tarafından hazırlanan, dünya genelindeki cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı belirtilmiştir.



**Grafik 1.** Dünyada cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı (%)

**Kaynak:**(The World Bank, Erişim Tarihi: 03.01.2020)

Yukarıdaki grafikte 2000-2016 yılları arasındaki cepten ödemelerin sağlık harcamaları içerisindeki payı belirtilmiştir. Bu süre zarfında birçok ülkede sağlıkta dönüşüm gerçekleşmiş, bireylere sağlık güvencesi sağlanarak sağlık sigortası kapsamı gittikçe genişletilmeye çalışılmıştır. Ancak, grafikten de anlaşılacağı üzere cepten ödemelerin sağlık harcamaları

içerisindeki payında büyük bir değişiklik meydana gelmemiştir. Bu durum, katastrofik sağlık harcamalarının geçmişten günümüze devam eden yıkıcı etkisine işaret etmektedir. Cepten ödemeler özellikle, gelişmekte olan ülkelerde ekonomik sıkıntılara neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde cepten ödemeler arttıkça, risk paylaşımı ve havuzlama ortadan kalkar. Kaynak dağılımı adaletsiz bir hâl alır. Bunun sonucunda ise, finansal olarak zorluklar çeken bireyler savunmasız kalarak katastrofik sağlık harcamaları yapmak zorunda kalırlar (Yazdi-Feyzabadi vd., 2018).

Cepten harcamaların olumsuz etkileri, sağlık hizmetini kullanmaya muhtaç olup, sırf ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmetini kullanamayan ve hastalığı tedavi edilemeyen bireyler arasında görülmektedir (Whitehead vd., 2001). Cepten harcamaların yoksul haneler üzerinde oluşturduğu bu yıkım, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, dünyanın birçok ülkesinde meydana gelmektedir (Özgen, 2008). Ancak, hanelerin katlanmak zorunda kaldığı katastrofik sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisi en fazla düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, sağlık sisteminin dönüşüm sürecinde olduğu ülkelerde de katastrofik harcamaların olumsuz etkileri sıklıkla görülmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Katastrofik sağlık harcamalarının yoğun görüldüğü ülkelere bakıldığında, bireylerin düşük gelirli olması, sigortasız nüfusun fazla olması, risk havuzu mekanizmasının bulunmaması, özel sağlık kuruluşlarının fazla olması ve informal ödemelerin yaygınlığı dikkat çekmektedir (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018).

Sağlık hizmetlerinde katastrofik harcamaların; engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığı bulunan ve bunlara bağlı olarak ilaç kullanmak zorunda olan bireylerde daha fazla olduğu literatürde yer almaktadır. Yataklı tedavi, bu grubun içindeki en yüksek katastrofik harcama payına sahiptir. Yataklı tedaviden sonra gelen ikinci en büyük katastrofik harcama ise kronik hastalıklar için yapılmaktadır. Kalp hastalığı, kanser, kronik akciğer hastalığı, felç, alzheimer hastalığı, osteoartrit, kronik böbrek hastalığı ve diyabet gibi hastalıklar, hanehalkını maddi olarak yıkıma uğratan başlıca kronik hastalıklardır. Özellikle, özel finansman ağırlıklı ülkeler için bu hastalıkların yükü fazladır. 2016 yılında ABD’de kronik hastalıkların doğrudan maliyetinin 1 trilyon doların üzerinde ve kayıp ekonomik verimlilik göz önünde bulundurulduğunda ise, bu değer 3,7 trilyon dolara yükseldiği belirtilmiştir (Levine vd., 2019). Dolayısıyla, kronik hastalıklar katastrofik harcamalar içinde büyük bir orana sahiptir. Yataklı tedavi ve kronik hastalıkların birlikte görüldüğü hanelerde katastrofik harcama oranı %35; engelli, yaşlı, yataklı tedavi ve kronik hastalık risklerinin bir arada görülmesi durumunda ise katastrofik harcamaların %71 seviyelerinde olduğu bildirilmektedir (Aygün, 2017).

Yapılan araştırmaların çoğu, özellikle yatan hasta hizmetlerinin yıkıcı etkilere maruz bıraktığından bahsetmektedir. Uzun süreli yatışlardaki günlük yatak maliyetleri ve yoğun bakım ünitelerinin masrafları hastalar üzerinde ağır bir yük oluşturmaktadır. Ayrıca, uzun bekleme süreleri ve yetersiz hizmet nedeniyle kamuda sağlık hizmeti kullanmanın zor olduğu ülkelere hastaların mecburi olarak özel hastanelere başvurması katlanılan yükü arttırmakta ve hanehalkını yoksulluğa sürüklemektedir (Aryankhesal vd., 2018). Hastaların mecburi olarak özel hastanelere gitmesindeki bir diğer neden ise, spesifik ameliyatları yapan hekimlerin özel hastanelere geçmeleridir. Bu tür durumlarda bireyler, tedavi olabilmek için özel hastaneye başvurmak zorunda kalmaktadır. Ayrıca, günümüzde özel hastaneler otelcilik hizmeti adı altında hizmet fiyatlarını yükseltmekte bu durum ise, zorunlu olarak özel hastaneye başvuran bireyler üzerindeki katastrofik etkinin daha da artmasına neden olabilmektedir (Koçkaya, 2017; Abolhallaje vd., 2013).

Sağlık sistemlerinin temel amaçlarından biri, sağlığı iyileştirmenin yanı sıra farklı gelir düzeyindeki bireyler arasında uygun kaynak dağılımı yaparak, sağlık eşitliğini sağlamaktır. Bu eşitliğin önemli belirleyicilerinden biri şüphesiz cepten yapılan ödemelerdir (Kazemi-galougahi vd., 2019). Cepten yapılan ödemeler, sadece katastrofik sağlık harcamalarına değil aynı zamanda fakir ve zengin haneler arasındaki mevcut maddi farklılığı daha da arttırarak ekonomik dengesizliğe yol açmaktadır. Dolayısıyla, hem bu dengesizliğin hem de katastrofik sağlık harcamalarının etkisinin azaltılması için ihtiyaç duyulan temel politika, kapsayıcı sağlık sigortasıdır (Guo vd., 2016). Dikkat edilmesi gereken nokta, sağlık sigortasının bulunması yeterli olarak görülmemelidir. Burada önemli olan, bu sağlık sigortasının ne derece kapsamlı olduğudur. Dolayısıyla, hanelerin katastrofik sağlık harcamaları ve ekonomik sıkıntı riski, mevcut sağlık sigortasının hizmet kapsamı ve ödeme oranları ile yakından ilişkilidir (Aryankhesal vd., 2018).

Literatürde, sağlık sigortasının bulunmamasının katastrofik sağlık harcamalarına yol açan en önemli neden olduğu belirtilmektedir. Ancak, sağlık sigortasının olması, katastrofik sağlık harcamalarının olmayacağı anlamına gelmemektedir. Tedavi hizmetlerinin sigorta tarafından karşılandığı durumlarda bile, aileler katastrofik sağlık harcamalarına uğrayabilir. Örneğin, hastalığın tedavisi için farklı bir şehire gitmek zorunda kalan bir aile ulaşım ve konaklama gibi dolaylı sağlık harcamalarına maruz kalabilmektedir. İlk etapta göz ardı edilen bu harcamalar az gibi görünse de ailelere finansal olarak büyük yükler oluşturabilmektedir (Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018). Bu durum, kırsal kesimde yaşayan aileleri daha çok etkilemektedir. Çünkü kırsal kesimlerde sunulan tedavi hizmetleri kısıtlı olduğu için kentsel bölgelere sağlık hizmetinden faydalanmak için yapılan her girişim, ailelerin dolaylı olarak katlandıkları birçok maliyete sebebiyet vermektedir (Yazdi-Feyzabadi vd., 2018).

Katastrofik sağlık harcamaları çok geniş bir yelpazede karşımıza çıkmaktadır. Bu harcamaların yıkıcı etkisini tamamıyla ortadan kaldırmak neredeyse imkânsız gibidir. Bu sebeple, katastrofik sağlık harcamalarının etkisi mümkün olduğunca azaltılmaya çalışılmalıdır. Dolayısıyla devletlerin benimsediği mevcut sağlık politikaları bu noktada kritik önem arz etmektedir.

### **3.KORUYUCU SAĞLIK HİZMETLERİ**

Koruyucu sağlık hizmetleri; bulaşıcı hastalıklarla savaş, hijyen, hastalık sonrası rehabilitasyon konusunda danışmanlık hizmetinin verilmesi, toplumun sağlık eğitimi düzeyinin artırılması, beslenme ve yaşam tarzının değiştirilmesi gibi hastalık veya sakatlık durumunun oluşmaması için tedaviden önce önlemeyi hedef edinen sağlık hizmetlerinin tümüdür (Basan ve Bilir, 2016). Getirisinin az olması nedeniyle özel sağlık kuruluşları koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade kâr getirisi daha yüksek olan tedavi edici sağlık hizmetlerine eğilim göstermektedir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal devlet anlayışı çerçevesinde tüm bireylere ücretsiz olarak devlet tarafından sunulmaktadır (Ağır ve Tıraş, 2018).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişinin ve toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir. Bu sebeple kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak iki gruba ayrılmaktadır.

#### **3.1.Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri en genel itibarıyla, toplumda var olan ve bireyin sağlığını olumsuz yönde etkileyen biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenlerin ortadan kaldırılması ya da bireylerin bu olumsuzluklardan etkilenmemesi için gerekli önlemlerin

alınarak çevrenin olumlu hale getirilmesini amaçlayan çabaların tümü olarak tanımlanmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2010).

Başlıca çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır;

- Temiz su kaynaklarının sağlanması ve denetimi,
- Katı atıkların denetimi,
- Zararlı canlılarla mücadele,
- Besin sanitasyonu,
- Hava kirliliğinin denetimi,
- Gürültü kirliliğinin denetimi,
- İş sağlığı,
- Konut sağlığı,
- Endüstri sağlığı,
- Radyasyonla mücadele.

Yukarıda belirtilen hizmetlerden de anlaşılacağı üzere çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık sektöründen ziyade diğer sektör ve çalışanlarını ilgilendirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017). Bu durum, aslında insan sağlığının sadece sunulan sağlık hizmetinden etkilenmekten ziyade çok daha kapsamlı ve geniş bir alanı ilgilendiren bir unsur olduğu anlamına gelmektedir.

### **3.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Kişileri dolayısı ile de toplumun bütününe hastalık etkenlerine karşı dirençli ve güçlü kılarak hastalanmasını önlemeyi, hastalandıklarında ise, erken dönemde teşhis ederek uygun tedavi ile hasarsız ya da en az hasarla iyileşmelerini hedefleyen hizmetlerin tümü kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (Akdur, 2006).

Başlıca kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri şunlardır;

- Erken tanı ve uygun tedavi,
- Aşılama,
- İlaçla koruma (kemoprofilaksi),
- Beslenmenin iyileştirilmesi,
- Sağlık eğitimi,
- Aile planlaması,
- Ana çocuk sağlığı,
- Kişisel hijyen.

Yukarıda bahsi geçen hizmetlerden de anlaşılacağı üzere kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sağlık sektörü ve çalışanlarını ilgilendirmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017). Amaç, sunulan hizmetlerle kişilerin ve dolaylı olarak toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesidir.

Toplumun sağlık düzeyinin korunması ve geliştirilmesi için uygulanan en düşük maliyetli uygulamalar koruyucu sağlık hizmetleridir. Düşük maliyetli olmasının yanı sıra, topluma sağladığı katkılar göz önüne alındığında verimliliği de bir hayli yüksektir (Ağır ve Tıraş, 2018). İnsanlığın tarihte mücadele ettiği en büyük sıkıntıların başında salgın hastalıklar gelmektedir. Veba, sıtma, kolera, çiçek ve tifüs salgınları çağlar boyunca insanlığın birincil ölüm nedenlerinden olmuştur. Bu nedenle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, tıp tarihinde hiçbir tedavi

ve girişimle karşılaştırılmayacak kadar büyük ve önemlidir. Günümüzde her ne kadar koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi yeteri kadar anlaşılmasa da tıp alanında yapılan hiçbir ameliyat, transplantasyon ya da herhangi bir müdahale bulaşıcı hastalıkların önlenmesi kadar insanlığa yarar sağlamamıştır (Doğan vd., 2006).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bu kadar etkin olması, tıp alanında belli öncüllerin değişmesine neden olmuştur. DSÖ'nün ana hedefi, koruyucu hekimliğin başarılı bir şekilde geliştirilmesine katkı sağlamaktır. Diğer bir ifade ile tedaviden önce, hastalanmamaya çalışmaktır (Doğan vd., 2006). Koruyucu hekimlik başarılı bir şekilde gerçekleştirilirse, insanların tedaviye duyduğu ihtiyaç büyük oranda azalabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri küresel çapta geçmişten günümüze birçok başarı kaydetmiştir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinin ardından bilinen en önemli atılımlar, bebek ölüm oranlarının azaltılması ve çocuk sağlığının iyileştirilmesi alanlarında gerçekleştirilmiştir (Zimmerman vd., 2019). Bu alanda yapılan önleme ve iyileştirme çalışmalarının temelini aşı uygulamaları oluşturmaktadır. Aşılama, çocuk ve yetişkin sağlığını korumada, bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde maliyet ve güvenilirlik açısından en etkili yöntemdir (Arısoy vd., 2015). Aşılama hizmetlerinin temel amacı, ortaya çıkabilecek hastalıkların önlenmesi, enfeksiyona bağlı morbidite ve mortalitenin azaltılması ve doğumdan beklenen yaşam süresinin uzatılmasıdır (Gülcü ve Arslan, 2018).

DSÖ tarafından aşı, her yıl milyonlarca insanın hayatını kurtaran dünyanın en başarılı ve uygun maliyetli koruyucu sağlık hizmeti olarak vurgulanmaktadır. Dolayısıyla, her yaşta insanı hastalığa karşı korumak için aşılama teşvik edilmektedir. Günümüzde özellikle, çocuklara yapılan aşılama uygulamalarının her yıl 2-3 milyon çocuğun hayatını kurtardığı DSÖ raporlarında yer almaktadır. Yine aynı raporlarda aşılanmadığı için her yıl 1,5 milyondan fazla çocuğun öldüğü de belirtilmektedir (<https://www.who.int>, Erişim Tarihi: 05.01.2020).

UNICEF'in raporlarına göre ise, genellikle 1 ABD dolarından daha az olan aşının maliyeti, hasta bir çocuğun tedavi maliyetinden çok daha düşüktür. Çocukluk aşısı için harcanan 1 ABD doları, düşük ve orta gelirli ülkelerde 44 ABD doları kadar yatırım getirisi sağlamaktadır. Ayrıca, düşük ve orta gelirli ülkelerde aşılama yapılan yatırımların artırılması, tıbbi maliyetler nedeniyle gerçekleşen 36 milyon ölümü ve 24 milyon fakirleşme vakasını önleyebilmektedir (<https://www.unicef.org/immunization>, Erişim Tarihi: 06.01.2020). Bununla birlikte, dünyanın en yoksul 72 ülkesinde yürütülen tüm aşılama çalışmaları ile 2011 ve 2020 yılları arasında 6,4 milyon kişinin hayatının kurtarılacağı ve önlenen hastalıklar sayesinde tedavi masraflarının 6,2 milyar ABD doları azalacağı hesaplanmaktadır (Gülcü ve Arslan, 2018).

Aşılama uygulamaları, çocuk ya da yetişkin ayrımı yapılmaksızın, tüm nüfusu kapsayan temel koruyucu sağlık hizmetlerinin başında gelmektedir. Dolayısıyla, çoğunlukla çocuklarla özdeşleştirilmesi yetişkinlerde uygulanmaması anlamına gelmemektedir. Bilakis, aşılama uygulamaları çocuklar kadar yetişkinlerde de önemlidir. Özellikle, yaşlılar için hayati önem taşıyan koruyucu bir faktördür.

Yaş ilerledikçe komorbidite, kırılganlık ve malnütrisyon nedeniyle bağışıklık sistemi baskılanmakta ve bununla birlikte birçok enfeksiyon hastalığına yakalanma riski de artmaktadır. Özellikle, 65 yaş ve üzeri hastalarda solunum yolları hastalıkları, demans, kronik akciğer ve kalp hastalıklarının yanı sıra pnömoni gelişme riski de bir hayli artmaktadır (Okur ve Hintistan,

2018). Özellikle, salgın hastalıklar döneminde pnömoni ve gripten ölenlerin %80'inin 65 yaş ve üzeri kişiler olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, influenza aşılmasının kronik hastalıklar nedeniyle oluşan hastane yatışlarını, kalp ve solunum yolları hastalıklarından doğabilecek ölümleri büyük oranda azalttığı literatürde yer almaktadır (Simonsen vd., 2005). Dolayısıyla, zamanında yapılan aşılamların 65 yaş ve üzeri bireylerde yaygınlaştırılmasının hem birey ve toplum sağlığının iyileştirilmesinde hem de hastalık yükünün ve maliyetlerinin azaltılmasında kullanılan önemli bir unsur olduğu yapılan çalışmalarda vurgulanmıştır (Yılmaz vd., 2018).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli ve etkili olan bir diğer husus doğru beslenmedir. Yetersiz beslenme ve açlık sebebi ile milyonlarca insanın öldüğü ya da hastalıklara maruz kaldığı bilinmektedir. Ayrıca, aşırı ve yanlış beslenme alışkanlıkları da hastalıklara ya da ölümlere yol açabilmektedir (Tüfekçi vd., 1999). Yapılan araştırmalarda DSÖ'nün önerdiği miktarda meyve ve sebze tüketmeyen, yetersiz fiziksel aktivite yapan, aşırı ve yanlış beslenen bireylerin obezite, kolesterol ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıklara yakalandığı bildirilmektedir. Bu hastalıklar bireyler için hayati risk oluşturmaktadır. Ölümle sonuçlanmayan durumlarda ise yüksek hastalık maliyetlerine neden olmaktadır (Maimela vd., 2018).

Doğru beslenme alışkanlığı, bireye bebekliğinden itibaren ana-çocuk sağlığı çerçevesinde kazandırılmalıdır. Bunun için öncelikle, annenin doğru beslenmeyi bilmesi gerekmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde verilen sağlık eğitimleriyle anneye kazandırılan bu alışkanlık, doğru emzirme ile başlamakta ve bireyin yetişkinliğine kadar etki etmektedir (Zimmerman vd., 2019). Örneğin, kronik hastalıkların başında gelen diyabet hastalığının kökenine bakıldığında, genetik yapı kadar çevresel faktörlerin de etkili olduğu bilinmektedir. Mortalite ve morbiditesi yüksek olan diyabet hastalığının çocukluk çağındaki beslenme ile yakından ilişkili olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla, ileri yaşlardaki ölüm ve hastalık yükünü azaltmak ve uygulanan koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin olabilmesi için koruyucu hekimlik uygulamalarından erken yaşta faydalanmaya başlanması gerekmektedir (Öztürk ve Toprak, 2017).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli bileşenlerinden biri de erken tanı ve tedavidir. Çeşitli yollarla korumaya çalıştığımız bireylerin hastalığa yakalanma durumlarında, hastalığın daha fazla ilerlemeden önlem alınmasını ve en az hasarla atlatmayı hedeflemektedir. Erken tanı uygulamaları için önemli adımlardan biri periyodik sağlık muayenesidir. Periyodik sağlık muayenesi, bireylerin belirli aralıklarla muayene edilerek olası hastalık risklerinin belirlenmesi ve oluşabilecek mortalite ve morbiditelere karşı gerekli önlemlerin alınmasıdır (Akdeniz vd., 2010a). Özellikle, bireyler üzerinde ağır yıkımlara sebep olan ve yüksek maliyetlere neden olan kanser hastalıklarında periyodik sağlık muayeneleri büyük önem arz etmektedir. Genellikle, yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan prostat ve meme kanseri hastalıklarında erken teşhisin önemli rol oynadığı bilinmektedir (Kurspahic vd., 2019). Yapılan araştırmalarda daha sık tarama yaptıran bireylerin kanserden kurtulma oranlarının çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Gupta vd., 2018).

Koruyucu sağlık hizmetleri, bahsedilenlerin dışında daha birçok alanda bireylere ve topluma fayda sağlamaktadır. Tedaviden önce hastalanmamaya odaklanan koruyucu sağlık hizmetlerinin özellikleri kısaca aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Tengilimoğlu vd., 2017; Akdeniz vd., 2010b).

- Sunumu tedavi edici hizmetlere göre daha etkin ve ucuzdur.
- Uygulaması daha kolaydır.



- Sunumunda fazla araç-gereç ve personele ihtiyaç yoktur.
- Görevli personelin niteliğinin çok yüksek olması gerekmez.
- Kullanılan teknoloji basit ve daha ucuzdur.
- Hastanelerin hasta yükünü azaltır.
- İş gücü kaybını en aza indirir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı özellikle, yoksullar için mortalite oranını azaltır.
- Farklı coğrafi bölgelerdeki mortalite ve morbidite oranını azaltarak kent-kırsal ayırımını büyük oranda ortadan kaldırır.
- Bu hizmetlerin sunumunda aynı zamanda çevre de düzenlenmiş olur (Örneğin, sıtma eradikasyonunda bataklıkların kurutulması, vb.).

Bu özelliklerden de anlaşılacağı üzere koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetlerine göre uygulanabilirliği ve çıktıları açısından çok daha avantajlıdır. Özellikle, insan sağlığının iyileştirilmesi ve maliyetlerin düşürülmesi için hem devletlere hem de topluma sağladığı katkılar göz önüne alındığında, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

#### 4.TARTIŞMA VE SONUÇ

Genellikle engelli, yaşlı, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığın bulunan ve pahalı ilaç kullanmak zorunda olan hanelerde ortaya çıkan katastrofik sağlık harcamaları, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, birçok ülkede hane halkının fakirleşmesine hatta temel ihtiyaçlardan kıyarak ölümle sonuçlanmasına neden olabilecek yıkıcı harcamalardır. Tedaviye yapılan harcamaların yanında sağlık hizmetinden faydalanmak için katlanılan konaklama ve ulaşım gibi dolaylı harcamalar da bireyi katastrofiğe uğratmaktadır. Katlanılan bu ağır finansal yük sadece bireyi değil devleti de olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü talebi karşılamak için yüksek miktarlarda yatırım gerektirmektedir. Sadece, yapılan bu yatırım harcamaları değil, bireylerin hasta oldukları için iş gücüne katılamamaları da devlete ekstra maliyet oluşturmaktadır.

Katastrofik sağlık harcamalarının en temel nedeni, sağlık sigortasının olmayışı olarak bilinmektedir. Ancak, göz ardı edilen husus, toplumun büyük bir bölümünü kapsayan bir sağlık sigortasının var olması ile cepten yapılan harcamaların azalması arasında doğrudan bir ilişkinin bulunmuyor olmasıdır. Örneğin, İngiltere gibi sağlık sigortasının kapsayıcılığı yüksek olan birçok gelişmiş ülkede cepten yapılan harcamalar nedeniyle katastrofik sağlık harcamalarının olduğu bilinmektedir (Çınaroğlu ve Şahin, 2016). Dolayısıyla, sağlık sigortasının olması önemli bir husustur ancak tek başına yeterli değildir. Wu ve Raghunathan (2019)'ın yaptığı çalışma bunun güzel bir örneğini sunmaktadır. ABD'de yapılan çalışmada, Hasta Koruma ve Uygun Fiyatlı Bakım Yasası'nın (ACA) çıkarılmasıyla birlikte sigortalı ABD vatandaşlarının sayısında önemli oranda artış olduğu bildirilmektedir. Ancak, yapılan çalışma sonucunda sigortalı olmanın sağlık hizmetinden faydalanma ve kronik hastalık yükünü azaltmada işe yaramadığı tespit edilmiştir. Aile hekimliği uygulamasının temel belirleyici olduğu vurgulanmıştır. Aile hekiminin, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanılmasını sağlayarak, hastanın ne şekilde sağlık hizmetini kullanması gerektiği yönünde danışmanlık yapmasının çok daha faydalı olacağı belirtilmiştir.

Buradan hareketle, bireylerin sağlığını geliştirmek ve katastrofik sağlık harcamalarını azaltmak için tedaviden ziyade koruyucu sağlık hizmetlerinin ön plana çıkarılması gerekmektedir.

Bireylerin hastalıklardan korunması sağlanabildiğinde, tedaviye duyulan ihtiyaç da büyük oranda azalabilmektedir. Özellikle, kaynakların daha kısıtlı olduğu ülkelerde uygulanan basit ve ucuz koruyucu uygulamalar, hastalık halinde ihtiyaç duyulacak pahalı ve yüksek uzmanlık gerektiren tedavilerin önüne geçebilmektedir. Bununla birlikte, hastalık yükünün hem bireylere hem de devlete yüklediği maddi ve manevi maliyetler büyük oranda azalabilmektedir. Peki koruyucu sağlık hizmetleri bu kadar etkin, ucuz, uygulaması kolay, hastalık yükünü azaltan bir uygulama ise neden tedavi edici sağlık hizmetlerine göre geri planda kalmaktadır? Aslında cevap aranması gereken temel soru budur.

Yapılan çalışmalarda koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz uygulanmasının ana nedeninin büyük ölçüde bilgi eksikliğinden değil, uygulama yetersizliğinden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Ünal vd., 2017). Bir başka deyişle, koruyucu sağlık hizmetlerinin hastalık insidansını ve yükünü azaltabileceğinin bilinmesine rağmen yeterli derecede uygulamaya geçirilmemektedir. Bunun bilinen temel nedeni finansal teşviklerdir. Hâlen birçok ülkede hastaneler ve doktorlar dâhil olmak üzere birçok sağlayıcıya, hastalığı önlemek yerine tedavi için ödeme yapılmaktadır. Bu durum sağlık profesyonellerini ticari bir amaç edinmeye yöneltmektedir. Tedavi hizmetlerinin getirisinin yüksek olması nedeniyle sağlık kuruluşlarının büyük çoğunluğu koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık vermektedir (Levine vd., 2019).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeteri kadar uygulamaya geçememesindeki bir diğer sebep ise soyut bir kavram olmasıdır. Soyut kavramdan kasıt, koruyucu sağlık hizmetleri ile hastalık prevalansının düşmesinin toplum tarafından fark edilebilirliği azdır. Ancak, hastalığın tedavi edilme sürecinde birey, çektiği acı ile birlikte iyileşmeleri çok daha somut bir şekilde hisseder. Dolayısıyla, toplum tarafından tedavi edici sağlık hizmetleri çok daha fazla itibar görmektedir (Fineberg, 2013). Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi bu durumu etkileyen temel faktördür. Yapılan çalışmalarda sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verdiği ve hastalıkların oluşturduğu yüklerden daha az etkilendiği belirlenmiştir (Song vd., 2018).

Bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları genellikle basit ve zaman almayan uygulamalardır. Ancak, bulaşıcı olmayan hastalıklardan korunmak için yapılması gereken sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, zararlı alışkanlıklardan uzak durma ve sürekli kontrol gibi uygulamalar uzun ve zorlu süreçler gerektirmektedir (Basan ve Bilir, 2016). Dolayısıyla, sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin bu uygulamaları devam ettirme olasılığı azdır. Devam ettirilmeyen koruyucu uygulamalar sebebiyle oluşan hastalıklar katastrofik harcamalara neden olabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yeteri kadar uygulanmamasındaki temel nedenlerden biri de ceza ve teşvik mekanizmalarının yetersiz olmasıdır. Sağlık profesyonelleri koruyucu sağlık hizmeti verme konusunda isteksiz davranarak aksaklıklar meydana getirebilirler. Diğer sektörler de atık ve çevreye yaydığı zararlı gazlarla insan sağlığını olumsuz yönde etkileyebilirler. Bu noktada devletin kural koyucu olarak yaptırımlarda bulunması gerekmektedir. Bunun için ise düzgün işleyen bir denetim mekanizmasının kurulması şarttır. Gerektiğinde cezai işlem yapılarak caydırıcı bir sistem oluşturulmalıdır. Sadece ceza uygulamakla kalmayıp yanlışlıkların giderilmesi ve daha iyi bir hâle getirilmesi için teşvik çalışmaları yapılmalıdır.

Genel olarak bakıldığında, tedavi edici sağlık hizmetleri hem bireylere hem de devlete ağır maliyetler yüklemektedir. Dolayısıyla, devlet politikası olarak benimsenmesi gereken temel düşünce, insanlara daha iyi bir tedavi hizmeti sunmak değil, insanları hastalıklardan nasıl

koruyup da tedaviye duydukları ihtiyacı azaltabiliriz yönünde olmalıdır. Çünkü hiçbir tedavi hizmeti koruyucu sağlık hizmetleri kadar topluma fayda sağlamamaktadır. Aksine, tedavi edici sağlık hizmetleri aşırı uzmanlık gerektiren, koruyucu hizmetlere göre ulaşılması nispeten zor ve pahalı uygulamalardır. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, kullanılan teknolojinin güncellenmesi ve sağlık profesyonellerinin uzmanlıkları da elbette önemlidir. Ancak, bu koruyucu önlemlerle korunamayan bireyler için ikinci bir alternatif olmalıdır. Asıl hedef, bireyi hastalanmadan koruyabilmektir. Çünkü koruyucu sağlık hizmetleri; uygulaması basit, etkinliği yüksek ve maliyeti düşüktür.

Sonuç olarak, katastrofik sağlık harcamalarının tamamen önlenmesi mümkün değildir. Ancak, koruyucu sağlık hizmetleriyle tedaviye duyulan ihtiyaç azaltılabilirse katastrofik sağlık harcamaları da büyük oranda azalabilmektedir. Ayrıca, tedaviye yapılan büyük yatırımların azaltılması, bu bütçenin farklı alanlarda daha efektif bir şekilde kullanılması anlamına gelmektedir. Bu sebeple, koruyucu sağlık hizmetlerine gerekli önemin verilmesi ve yaygınlaştırılması gerekmektedir. Ancak, bahsedildiği üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmasında bazı engeller bulunmaktadır. Bu engellerin kaldırılması ile ilgili gerekli politikaların oluşturulması ve devlet tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin tüm topluma ve kuruluşlara benimsetilmesinin, bireylerin sağlık refahını arttırabileceği ve katastrofik sağlık harcamalarını büyük oranda azaltabileceği düşünülmektedir.

## KAYNAKÇA

- Abolhallaje, M., Hasani, SA., Bastani, P., Ramezani, M. and Kazemian, M. (2013). Determinants of Catastrophic Health Expenditure in Iran. *Iran J Public Health*, 42(1):155-160.
- Ağır, H. ve Tıraş, HH. (2018). Türkiye’de Sağlık Harcama Türlerinin Değerlendirilmesi. *KSÜSBD*,15(2).
- Akdeniz, M., Aşık, Z. ve Yaman, H. (2010a). Periyodik sağlık muayenesi. *GeroFam*,
- Akdeniz, M., Ungan, M. ve Yaman, H. (2010b). Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. *GeroFam*,1(1):15-28.
- Akdur, R. (2006).Sağlık sektörü “Temel kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu”.Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Arısoy, ES., Çiftçi, E., Hacımustafaoğlu, M., Kara, A., Kuyucu, N., Somer, A. ve Vardar, Fadıl. (2015). Clinical practical recommendations for Turkish national vaccination schedule for previously healthy children (National Vaccination Schedule) and vaccines not included in the schedule. *J Pediatr Inf*,9(1):1-11.
- Aryankhesal, A., Etemadi, M., Mohseni, M., Azami-Aghdash, S. and Nakhaei, M. (2018). Catastrophic health expenditure in Iran: a review article. *Iran J Public Health*, 47(2):166-177.
- Aygün, A. (2017). Sağlık politikaları ve sağlık harcamaları içinde katastrofik sağlık harcamalarının yeri çalıştay. Editör: Köktaş, AM. ve Eren AA. ss. 17, Ankara.
- Basan, NM. ve Bilir, N. (2016). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*,15(1).

- Cylus, J., Thomson, S. and Evetovits, T. (2018). Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bull World Health Organ*,96:599–609.
- Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*,11(1).
- Çınaroğlu, S. ve Şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,19(1):73-86.
- Doğan, H., Hot, İ. ve Kesmezacar, Ö. (2006). Difteri aşısı: Koruyucu hekimlik tarihinden bir örnek. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*,37(10):110-114.
- DSÖ (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage> Erişim Tarihi: 05.01.2020).
- Fineberg, HV. (2013). The paradox of disease prevention/celebrated in principle, resisted in practise. *JAMA*,310(1):85-90.
- Guo, N., Iversen, T., Lu, M., Wang, J. and Shi, L. (2016). Does the new cooperative medical scheme reduce inequality in catastrophic health expenditure in rural China? *BMC Health Services Research*,16.
- Gupta, S., Cole, AP., Marchese, M., Wang, Y., Speed, JM., Fletcher, SA., Nabi, J., Berg, S., Lipsitz, SR., Choueiri,TK., Chang, SL., Kibel, AS., Uhlig, A. and Trinh, QD. (2018). Use of preventive health services among cancer survivors in the U.S. *Am J Prev Med*,55(6):830-838.
- Gülcü, S. ve Arslan, S. (2018). Çocuklarda aşı uygulamaları: güncel bir gözden geçirme. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1):34-43.
- Kazemi-galougahi, MH., Dadgar, E., Kavosi, Z. and Majdzadeh, R. (2019). Increase of catastrophic health expenditure while it does not have socio-economic anymore; finding from a district on Tehran after recent extensive health sector reform. *BMC Health Services Research*,19:569.
- Koçkaya, G. (2017). Sağlık politikaları ve sağlık harcamaları içinde katastrofik sağlık harcamalarının yeri çalışmayı. Editör: Köktaş, AM. ve Eren, AA. ss. 12-14, Ankara.
- Kurspahic-Mujcic, A. and Mujcic, A. (2019). Preventive health services utilization in patients treated by family physicians. *Med Glas*,16(2).
- Levine, S., Malone, E., Lekichvili, A. and Briss, P. (2019). Health care industry insights: why the use of preventive services is still low. *Preventing Chronic Disease*,16.
- Maimela, E., Alberts, M., Bastiaens, H., Fraetman, J., Meulemans, H., Wens, J. and Geertruyden, JPV. (2018). Interventions for improving management of chronic non-communicable diseases in Dikgale, a rural area in limpopo province, South Africa. *BMC Health Services Research*,18:331.
- Oğuzhan, G. ve Kurnaz, M. (2018). Katastrofik sağlık harcamaları: düşük gelirli ülke örnekleri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*,3(2):25-32.
- Okur, E. ve Hintistan, S. (2018). 65 yaş ve üzerindeki bireylerde aşılama programları ve hemşirelik. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*,34(3):148-156.

- Özgen, H. (2008).Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: nedir? neden önemlidir? *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*,10(2):201-228.
- Öztürk, GZ. ve Toprak, D. (2018). Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların sosyodemografik özellikleri ve sunulan sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.*Med Bull Sisli Etfal Hospital*,52(1):41-46.
- Simonsen, L., Reichert, TA., Viboud, C., Blackwelder, WC., Taylor, RJ. and Miller, MA. (2005). Impact of influenza vaccination on seasonal mortality in the us elderly population. *Archives of Internal Medicine*, 165(3): 265-72.
- Song, IG., Lee, H., Yi, J., Kim, MS., Kawachi, I. and Park, SM. (2018). Health literacy and use of preventive health services among North Korean defectors in the Republic of Korea. *Plos One*,13(6).
- Tengilimoğlu, D., Işık, O. ve Akbolat, M. (2017).*Sağlık işletmeleri yönetimi*. Ankara: Nobel Kitabevi.
- The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS> Erişim Tarihi: 03.01.2020)
- Tokatlıoğlu, Y. ve Tokatlıoğlu, İ. (2018). Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları ve bu harcamaları belirleyen faktörler: 2002-2014 dönemi. *Sosyoekonomi*,26(35):59-78.
- Tüfekçi, F., Karadağ, N., Başkurt, S. ve Kişioğlu, AN. (1999). Balıkesir merkez 7 nolu sağlık ocağı bölgesinde 0-6 yaş çocuk sahibi annelerin beslenme konusundaki bilgi ve davranışları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,6(4):51-54.
- UNICEF (<https://www.unicef.org/immunization> Erişim Tarihi: 06.01.2020)
- Ünal, E., Aydın, R., Gökler, ME., Metintaş, S., Emir al, GÖ., Önsüz, MF. ve Işıklı, B. (2017). Toplum sağlığı merkezi sorumlu hekimlerinin görevlerini koruyucu sağlık hizmetleri açısından değerlendirmeleri. *Nobel Medicus*,13(1):31-38.
- Whitehead, M., Dahlgren, G. and Evans, T. (2001). Equity and Health Sector Reforms: Can Lowincome Countries Escape the Medical Poverty Trap? *The Lancet*,358(9284): 833-836.
- Wu, TY. and Raghunathan, V. (2019). The patient protection and affordable care act and utilization of preventive health care services among Asian Americans in michigan during pre- and post-affordable care act implementation. *Journal of Community Health*,44:713-720.
- Xu, K., Evans, DB., Carrin, G., Aguilar-Rivera, AM., Musgrove, P. and Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff*, 26(4):972-83.
- Xu, K., Evans, DB., Carrin, G. and Aguilar-Rivera, AM. (2005). Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. *World Health Organization*,
- Yazdi-Feyzabadi, V., Bahrapour, M., Rashidian, A., Haghdoost, A., Akbari, M. and Mehrolhassani, MH. (2018). Prevalence and intensity of catastrophic health care expenditures in Iran from 2008 to 2015: a study on Iranian household income and expenditure survey. *International Journal for Equity in Health*, 17:44

- Yılmaz, T., Yılmaz, TE., Ceyhan, Ş., Kasım, İ., Kaya, A., Odabaş, ÖK., Sargın, Ö., Bahadır, A. ve Özkara, A. (2018). Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı geriatrik hastaların influenza ve pnömokok aşısı ile aşılama durumları ve doktor önerisinin etkisi. *Ankara Med J*,3:391-401.
- Zimmerman, D., Verbov, G., Edelstein, N. and Stein-Zamir, C. (2019). Preventive health services for young children in Israel: historical development and current challenges. *Journal of Health Policy Research*, 8 (23).