

Özer, K. (2018). Maliyet Paylaşım Yöntemlerinin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkisi. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 30-44.

Derleme/Review

Makale Geliş Tarihi:01.02.2019
Makale Kabul Tarihi: 07.02.2019

MALİYET PAYLAŞIM YÖNTEMLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ



<https://doi.org/10.35375/sayod.520951>,

Kubilay ÖZER¹

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, finansman kaynakları ve yöntemleri, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gündemi işgal eden konular arasında yer almaktadır. Bunun nedeni, kaynaklarının gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun her ülkede kıt olması, artan sağlık hizmetleri talebinin karşılanamaması ve mevcut kaynakların verimli kullanımı ihtiyacıdır.

Maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri için kısmen cepten ödenen bir sağlık bakım maliyeti kapatma tekniğidir. Maliyet paylaşımı ile sağlık hizmetinden yararlananlarda maliyet bilinci oluşturmak suretiyle, sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmak için sıkça kullanılan bir yöntemdir.

Çalışma literatür taramasına dayalı teorik araştırma niteliğindedir. RAND sigorta deneyi bulgularından yola çıkılarak ülkemizde uygulanan maliyet paylaşım yöntemlerinin sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık statüsü üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Son 15 yılda Sağlıkta Dönüşüm Programıyla kişi başı hekime müracaatlarının arttığı, halkın sağlık statüsü göstergelerinde iyileşmeler olduğu ve sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Harcamadaki artışlar sürdürülebilirlik tartışmalarını beraberinde getirirse de sağlığa ayırdığımız pay dünya ile karşılaştırıldığımızda hala düşük oranda kalmaktadır.

Sonuç olarak, harcamaların kontrol altına alınması için uygulamaya katkı payı uygulamaları sağlık hizmeti kullanımını düşürememiş, halkın sağlık statüsüne olumsuz etkisi yönünde bulgulara rastlanmamıştır. RAND sigorta deneyi verilerinden hareketle sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, hizmette erişiminde adaletin sağlanması ve sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti edilmesi için maliyet paylaşım yöntemlerinin daha etkin kullanıldığı düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Maliyet, Paylaşım

COST SHARING METHODS

THE USE OF HEALTH CARE AND THE EFFECT ON HEALTH

ABSTRACT

The financing of health services, sources and methods of financing are among the issues that occupy the agenda in both developed and developing countries. The reasons; resources are that scarce in every country regardless of their level of development, unabling to meet the demand for health services increased and the efficient use of existing resources is the need for.

Cost-sharing is partially for health services out-of-pocket payment for the cost of health care closure technique. Benefiting from cost sharing with the health service cost for patients by creating awareness, a commonly used method to reduce the demand for health care services.

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Programı öğrencisi, kubilayozer@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

The study is a theoretical research based on literature review. RAND Insurance Experiment, health status and health service use that is applied in our country were investigated for effects on cost sharing methods.

In the last 15 years with the Health Transformation Program, increased number of doctor examination per person, improvement in public health status indicators and observed that increased health expenditures. Although the increases in spending bring about sustainability discussions, our share of health still remains low when compared to the rest of the world.

As a result, the contribution of the application to control expenditures could not reduce the use of health services, no negative effects on public health status were found. Based on RAND insurance test data; there is a need for more effective use of cost sharing methods to control health expenditures, to ensure justice in access to services and to ensure the financial sustainability of the social security system.

Key words: Health, Cost, Sharing

MALİYET PAYLAŞIM YÖNTEMLERİNİN SAĞLIK HİZMETİ KULLANIMI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Dünya Sağlık Örgütü 1948 yılında sağlığı şu şekilde tanımlamıştır: “Sağlık, sadece hasta veya yeti yitiminin olmaması değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.” (WHO, 2011) Bu tanım genel kabul görmüştür. Kabul görmüş bu tanım üzerinden insanlara sağlık hizmetini nasıl sunulacağı ve bu sunumun finansmanını nerden karşılanacağı üzerinde uzlaşmış mükemmel sistem bulmak neredeyse imkânsızdır (Tatar, 2017, s.90). Ayrıca adil, nitelikli, ulaşılabilir ve sürdürülebilir bir sağlık sistemini oluşturmak için çözüm arayışları devam etmektedir (Özer, 2015, s.50).

Literatürde Sağlık sigortasının tıbbi harcamaları nasıl etkilediğine dair çok sayıda çalışma olmasına rağmen RAND Sağlık sigortasının yeri ayrı durmaktadır. Günümüzde üzerinden 40 yıl geçmesine rağmen ABD tarihinin en büyük sağlık politikası çalışması olan RAND Sağlık Sigortası Denemesi (HIE) hala güncelliğini korumaktadır (RAND 2016).

Deney maliyet paylaşımı düzenlemelerinin insanların sağlık hizmetlerini nasıl kullandığını, aldıkları bakımın kalitesini, bunların sağlık hizmetlerini nasıl etkilediğini ve sağlık statüsüne etkilerini araştıran tek deneysel çalışma olup zengin ver tabanı bu çalışmada olduğu gibi pek çok çalışmanın referans noktası olmuştur (RAND 2007).

1.SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık hizmetlerinin mutlaka karşılanması gereken bir sosyal hizmet olduğu halde kendine özgü özellikleri, diğer mal ve hizmetler için geçerli ekonomik kuralların ve uygulamaların bu sektör için de geçerli olmasını mümkün kılmamaktadır (Tiryaki ve Tatar, 2000). Bu özelliklere finansman açısından baktığımızda en önemli olan “belirsizlik” özelliğidir. Sağlık sektörünün belirsizlik(risk) hastalık ve yeti yitimi hali ile ne zaman, nerede, nasıl karşılaşacağının bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceğinden çok daha fazla olabilme ihtimali gibi kendine özgü özellikleri, kişilerde sağlık gereksinimlerini güvenceye alma arzusunu doğurmuştur. Bu gereksinin sağlık sigortasının temel gerekçisini oluşturmaktadır. (Tiryaki ve Tatar, 2000; Çelik, 2016, s.49).

Sağlık sigortası kapsamında satın alma gücü kazanan bireyler, bu gücü diğer piyasalarda olduğu gibi kullanamamaktadırlar. Bunun temel nedenlerinden biri sağlık hizmetleri piyasasının her alanında görülen asimetrik bilgi nedeniyle, hastası sigortalı olan hekimin davranışı bu durumdan etkilenebilmekte ve hekim hastasına pahalı ve karmaşık tedavi uygulama yoluna

gidebilmektedir (Bilgili ve Ecevit, 2009, s.203). Bir diğeri birey sağlık sigortası yok iken talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini sigortalandıktan sonra talep etme eğilimine girmesidir (Tiryaki ve Tatar 2000, s.128;). Başka bir neden ise sağlık sigortası sahibi olan bireyde sağlığın bozulmasına neden olacak etkenleri “nasıl olsa sağlık güvencem var” diyerek (Erdem ve Yıldırım, 2003, s. 8) önemsememe veya önleyici sağlık hizmetlerini kullanmama gibi davranış değişiklikleri meydana gelmektedir (Akbulut, 2012). Genellikle bu tutum ve davranışlar, sağlık hizmetleri piyasasında kaynakların aşırı kullanılması ve harcamaların artmasına neden olmaktadır (Bilgili ve Ecevit, 2009, s.203).

Bu eğilimi önlemek sigortalılarda maliyet bilincini uyandırmak amacıyla maliyet paylaşımı esasına dayanan uygulamalar geliştirilmiştir. Bu yolla, sigorta şirketleri sigortalının sağlık hizmetini kullanımı soruncu ortaya çıkan tüm harcamaları finanse etmek yerine bir bölümüne (genellikle % 20-25) kendisinin katılımını beklemektedir (Tiryaki ve Tatar, 2000, s. 128).

Hasta ve doktorun davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet artışına çözüm üretme konusunda farklı yöntemler vardır (Çoban, 2009, s.130). Bu yöntemlerin maliyet artışına ideal çözüm noktasında hem arz hem de talep cephesinde yer alanların belli oranlarda maliyete katlanmaları gerektiği görüşünde birleşmektedir. (Bilgili ve Ecevit, 2009, s.204).

2.SAĞLIK SİGORTALARI:

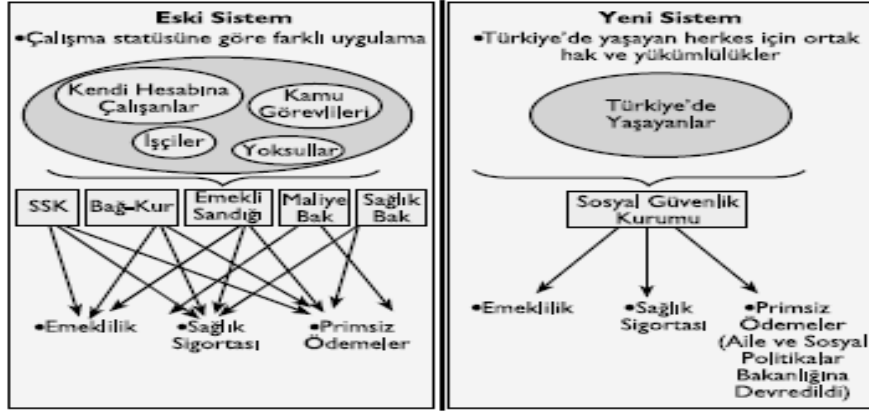
2000 li yıllara gelindiğinde Türkiye’de sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı olarak sağlık yardımı yapan çalışma statüsüne göre farklı sağlık sigorta sistemleri olan SSK, ES ve Bağ-Kur’ un kapsamı tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınmasını sağlayamamıştır. Bu nedenle primsiz sistem olarak geliştirilen Yeşil Kart la sağlık yardımları yapılmış, bu yardımlar genel bütçeden karşılanmıştır. Ancak bu parçalanmış yapı, sistemde birçok sorunu beraberinde getirmiştir (Kaya, 2008, s.93; Yıldırım vd, 2012, s.131) .

Türkiye, sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ve sosyal güvenlik reformu kapsamında sağlık güvencesi sunan mevcut sosyal güvenlik kurumlarını 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirdikten sonra 2008 yılında uygulamaya başladığı genel sağlık sigortası (GSS) programı ile tüm nüfusu sağlık güvencesi kapsamına almıştır. 1 Ocak 2012 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) kanunun yürürlüğe girmesiyle, istisnalar haricinde sosyal güvencesi olmayan kişiler de dahil olmak üzere herkesi kapsamı içene aldı. Sosyal güvencesi olmayan kişiler gelir testi yaptırarak GSS kapsamına dahil edilmiştir (Erol ve Özdemir, 2014, s.13; Resmi Gazete, 2012, sayı: 28280; Yıldırım vd, 2011, s.132).).

Sosyal güvenlik reformu sosyal güvenlik sistemimizin çağdaş norm ve ilkelere kavuşturulması, dünya standartlarına ulaştırılması hedefleri doğrultusunda hayata geçirilerek sistemde önemli değişiklikler yapılmıştır.

Türkiye’de 2006 öncesi gelinen durum ve 2006 yılından itibaren kademeli olarak uygulanmaya başlanan mevcut sosyal güvenlik sistemi yapısı Şekil.1’de gösterilmektedir.

Şekil 1 Eski ve yeni sosyal güvenlik sistemi



Kaynak: Anadolu Üniversitesi yayınları 2012

Şekil 1'i incelediğimizde Sosyal güvenlik reformunun, hizmet kurumlarını SGK çatısı altında toplayarak kurumsal çok başlılık tartışmalarına son verdiği görülmektedir (Orhan, 216, s.184).

Yapılan reform çalışmalarının sistemin tüm sorunlarını karşılayacak yeterlilikte olup olmadığı tartışılmaktadır. Reform çalışmalarında temel amaç sosyal güvenlikle sistemi ile ilgili iyileştirmeler yapmaktan çok sistemin açıklarının azaltılması olmuştur (Tepekule, 2008, s.160). Reform ile birlikte sigortalı hak ve yükümlülükleri bakımından norm ve standart birliğini sağlamak, tüm vatandaşlarımıza eşit ve adil hizmet sunulmasını sağlayacak genel sağlık sigortası rejimini oluşturmak, yoksulluğa karşı daha etkin koruma sağlamak, suretiyle adil, kolay erişilebilir mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemine ulaşabilme hedeflerine tam ulaşamadığı, sosyal güvenlik bütçesinin açık verdiği görülmektedir (Alper 2015 s.21; Orhan 2016 s.184; Tepekule 2008, s.160; Yılmaz ve Yentürk, 2015, s.10).

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. Maliyet paylaşımı politikası neredeyse tüm ülkelerde kullanılan bir uygulamadır (Koruyucu ve Oksay, 2018, s.266).

3.MALİYET PAYLAŞIMI

Sağlık hizmetlerinin talep tarafını ilgilendiren bu politikalar, sağlık hizmetleri kullanıcılarının hizmet karşılığı yaptıkları doğrudan ödemeleri kapsar. Maliyet paylaşımının amacı talebin kontrol edilmesidir, sağlık hizmetlerinden yararlananların kısmen cepten yaptıkları harcamaları kapsayan bir maliyet sınırlandırma ve hastayı yönlendirme yöntemi olarak kullanılmaktadır (Remler ve Grence, 2009,s.293; Saltman ve Figüeras, 1998, s.84).

Talebi azaltmak için sıkça kullanılan maliyet paylaşım politikaları düşük gelir grupları için etkili sübvansiyon önlemleri alınmadığı sürece, adaleti sağlama ve hizmetlere erişim konularında sorunlara neden olabilmektedir (Günaydın, 2012, s.206).

Ülkemizde 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 başlandığı görölmektedir (Koruyucu ve Oksay, 2018, s.266).

4. MALİYET PAYLAŞIMININ SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANIMI VE SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Maliyet paylaşımı yöntemiyle sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için daha fazla ödeme yapanların hizmetlerden yararlanma oranları düştüğü, böylelikle ilk bakışta sağlık maliyetlerinin azalması gibi görölsede uzun dönemde daha önemli sağlık sorunlarının yaşanmasına ve harcamaların artmasına neden olabilmektedir (Remler ve Grence, 2009, s.294).

Maliyet paylaşımı uygulamalarında gelir durumu dikkate alınmadığında düşük gelir grubundaki insanlar için katkı payı ve sigorta ödemeleri bir yük olduğu görülecektir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin finansmanında ve erişiminde hakkaniyet sağlanması için geliri belli bir seviyenin altında olanlara muafiyet sağlanmalı ya da bu ödemeleri karşılayacak önlemler alınmalıdır(Günaydın, 2012, s.206; Gündüz, 2015, s.61).

Aksi takdirde maliyet paylaşımı politikaları ile ancak düşük gelir grubundaki insanların sağlık hizmetlerinden uzak kalması sağlanmış olurken, gelir düzeyi nispeten yüksek insanlar için pek fazla bir etki yapmayacaktır (Günaydın, 2012, s.206).

Bu bağlamda söz konusu reform uygulamalarının ulaşmak istediği çeşitli amaçlar bulunmaktadır. Bahçe, Köktaş ve Abuhan (2012) bunlar aşağıdaki gibi sıralamıştır:

1. Ahlaki tehlike nedeniyle oluşan aşırı talebin önlenmesi,
2. Gereksiz tetkik ve tedaviler nedeniyle artan sağlık harcamalarının azaltılması,
3. Ek gelir elde ederek, mali sürdürülebilirliğin sağlanması,
4. Sağlık hizmet sunumuna erişimde hakkaniyetin sağlanması,
5. Hizmet sunucuları tarafından oluşturulan yapay talebin önlenmesi,
6. Hastanın bilinçlendirilerek, harcamaların kontrol altına alınmasıdır.

Maliyet paylaşım(katkı payı, ek sigorta vb.) unsurlarının temel mantığı sektördeki aşırı talebi azaltıp bilinçsiz harcamaların yönlendirilerek, sağlık harcamalarını ve bu bağlamda sağlık harcamalarını kontrol altına almak olarak özetlenebilir (Özgen, 2008, s. 207).

Maliyet paylaşım modelleri ve sağlığa etkisi üzerinde yapılan en kapsamlı ve önemli çalışma kuşkusuz ABD' nin Health Insurance Experiment (RAND) Sağlık Sigortası denemesidir.

4.1. RAND sigorta deneyi

Maliyet paylaşım modellerinin sağlık hizmetlerinin kullanım ve sağlık üzerine etkilerine ilişkin büyük ölçekli, çok yıllı ve deneklerin rastgele seçildiği tarafların tartışmalarına deneysel düzeyde ışık tutabilecek kapsamlı araştırma ABD'de 1971 ile 1982 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. (RAND, 2006, s.1). RAND Bu çalışma oldukça eski olmasına rağmen maliyet paylaşımı, hizmet kullanımı, kalite bakımı ve sağlık üzerindeki maliyetin etkisini uzun vadede ortaya koyan bulguları halen geçerliliğini koruyan ve konuya ilişkin en fazla atf alan araştırma olarak görölmektedir (Yıldırım, 2012, s.93; Koruyucu ve Oksay, 2018, s.282).

RAND Sağlık Sigortası Deneyi üç temel soruya cevap aramıştır (RAND, 2006, s.1): Bunlar

1- Ücretsiz sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında, maliyet paylaşımı veya Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organisation - HMO) üyeliği sağlık hizmetlerinin kullanımını nasıl etkiler?

2-Maliyet paylaşımı veya HMO üyeliği alınan sağlık hizmetinin uygunluğunu ve kalitesini nasıl etkiler?

3-Maliyet paylaşımının veya HMO üyeliğinin sağlık açısından sonuçları nelerdir

Araştırmaya (RAND,2006, s.2).

- “Her birisi 65 yaşın altında olan 7700 bireyden oluşan toplam 2750 aile alınmıştır.
- Bölgesel ve kıır/kent dengesini sağlamak için bu aileler ABD'nin altı farklı yerinden seçilmiştirlerdir.
- Katılımcılar deney için spesifik olarak oluşturulan beş sağlık sigortası programından birisine rastgele dahil edilmiştir (1-Ücretsiz, 2-% 25 katılım, 3-% 50 katılım, 4-% 95 katılım, 5-HMO (Kar amacı gütmeyen ön ödemeyle çalışan koruyucu sağlık hizmetlerini önceleyen organizasyon kapsamında ücretsiz)).
- Planlar kapsamında maliyet paylaşımına maruz kalan yoksul aileler için ise, maliyet paylaşım miktarı gelir-ayarlı olarak üç düzeyden birine (gelirin %5, %10 ve %15'i olmak üzere) göre belirlenmiştir”

RAND Sağlık Sigortası Deneyi' nin sağlık hizmetlerinin kullanımı ve maliyetler üzerine etkileri konusundaki temel bulguları Tablo 1'de verilmiştir:

Tablo 1. Rand sigorta deneyi sonuçları.

	Yüz yüze Muayene (kişi başi)	Toplam Harcama 1984 (\$) (kişi başi)	Herhangi bir sağlık servisini kullanma durumu (%)
Ücretsiz	4,55	749	86,8
% 25 katılım	3,33	634	78,8
% 50 katılım	3,03	674	77,2
% 95 katılım	2,73	518	67,7
HMO (Ücretsiz)*	3,02	608	72,3

* Sağlık İdame Organizasyonu olarak da Türkçeye çevrilebilen HMO, 1927 yılında ABD'de uygulanmaya başlanan kar amacı gütmeyen bir hizmet sunum ve finansman organizasyonudur

Kaynak: Rand 2006 s:2-3 (Deney verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.)

Tabloyu incelediğimizde HMO kapsamında hiçbir ödeme yapmayanların tamamen ücretsiz olarak sağlık hizmeti alanlardan sağlık hizmetini daha az kullandıkları, toplam harcamalarının düşük olduğu; maliyet paylaşımına katılım oranı arttıkça hizmetlerin kullanımı ve harcamaların azaldığı görölmektedir.

RAND sağlık sigortası deneyi genel olarak, maliyet paylaşımının neden olduğu sağlık hizmetini daha az kullanma katılımcıların sağlığı üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Ancak en fakir hastalar arasında; yüksek tansiyonun kontrolünde, diş sağlığı, görme ve seçilmiş ciddi belirtilerde iyileşmelere yol açmıştır. Ayrıca maliyet paylaşım yöntemlerine katılım

oranlarının katılımcılar sigara içme ve aşırı yeme gibi sağlıkları için riskli görölen alışkanlıklarında değişiklik tespit edilmemiştir.

4.2. Türkiye Sağlık Ortamında Kullanıcı Katkıları Politikaları 2003 sonrası dönem

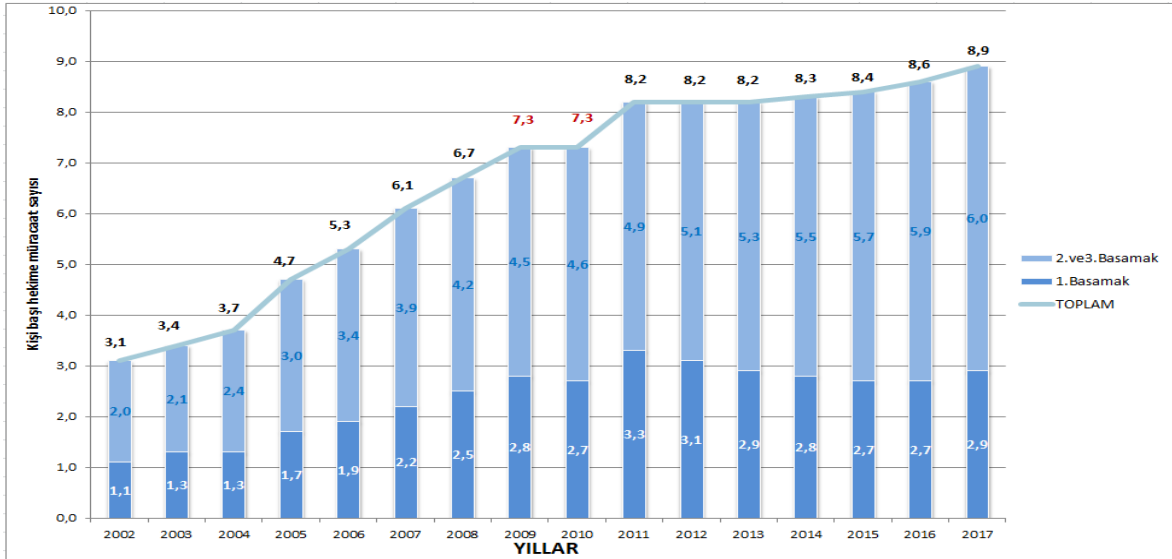
Türkiye sağlık ortamı son 20 yıl içinde sağlık hizmetlerinde meydana gelen değişimlerle birlikte iyileşmeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti arttırmak, sağlık sigortasının kapsamını geliştirmek, sağlık sigortasının derinliğini arttırmak, sağlık hizmetlerini yapılan reformlarla birlikte hayata geçirmeye çalışılmıştır (Koruyucu ve Oksay, 2018, s.296) .

2003 yılı itibariyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte, Türkiye’de demografik özellikler itibariyle sağlık göstergelerinde iyileşmeler görölmüş ve OECD ölkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir (Bahçe vd, 2012, s.306) .

4.2.1.SDP ve Sağlığa Erişim

SDP nin 2002 yılında uygulamaya konmasının ardından 2005 yılında sağlık hizmet sunucularının tek çatı altında toplanarak, 2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Emekli Sandığı ve BAĞKUR tek şemsiye altında birleştirildi. Böylelikle sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfus oranı arttığı, güvence kapsamının genişleyerek sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştığı görölmektedir. (Bahçe vd, 2013, s.300; Önder, 2013, s:102). Şekil 2’ de göröldüğü üzere bu uygulamalar 2002 yılında 3,2 olan kişi başına hekim müracaatını 2009 yılına gelindiğinde 7,3’ e kadar yükseltmiştir.

Şekil 2. Yıllara Göre Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler, Türkiye



Kaynak: 1-Sağlık Bakanlığı 2011 İstatistik Yıllığı s:91. 2-Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 s:155 (Şekil Sağlık Bakanlığı verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.)

Şekil 2’de incelediğimizde, Türkiye SDP ile birlikte hizmete erişimi kolaylaştırmış ve kişi başı hekim başvuru sayıları yıllar itibariyle artmıştır. Kişi başı hekime müracaat sayısı 2002 yılında toplamda 3,1 olarak gerçekleşmişken 2017 yılında 8,9’ a ulaşmıştır.

Bu bağlamda, söz konusu artış, maliyetler ve harcamalardaki artışı beraberinde getirmiştir. 2009 yılı Eylül ayına gelindiğinde Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ Resmi Gazetede Yayınlanarak uygulamaya konulmuştur (Resmi gazete, 2009; sayı:27353). Tebliğin 6. maddesine göre; Sosyal güvenlik ve Yeşil kart kapsamındaki kişilerin sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayakta tedavilerine ilişkin hekim ve diş hekim muayenelerinden; birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL, İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 TL ve Sosyal güvenlik kapsamında olup da özel sağlık kurumlarından hizmet alanlardan 15 TL, tutarında katılım payı alınması ilk defa gündeme gelmiştir. Ayrıca sağlık uygulama tebliği 24.1.1.1. maddesi Birinci basamak sağlık kuruluşlarına ödeme başlığı altında “Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ayaktan tedavilerde, her başvuru için 11 YTL ödeme yapılır. Hastanın diğer bir sağlık kurumuna sevk edilmesi halinde ise sadece 5 YTL ödeme yapılır.” İfadeleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına müracaatların azaltılmasını hedeflemiştir (SUT, 2009, s.64).

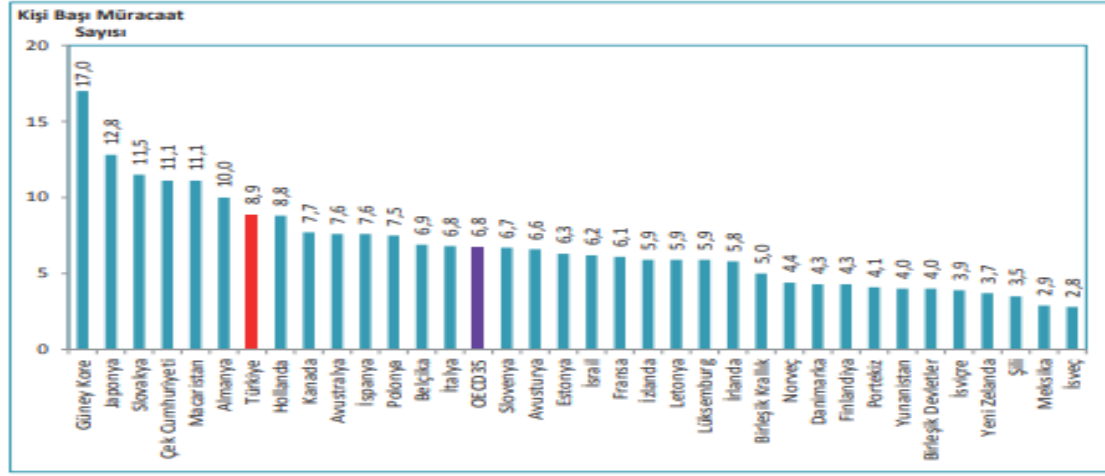
2010 yılında, uygulamaların etkisini göstererek kişi başı hekime müracaat toplamda 7,3 te kalarak artmamıştır. 2010 yılı Haziran ayına gelindiğinde 1. Basamak aile hekimi ve diş hekim katkı payları kaldırılmıştır (SUT 2010, s.5). Şekil 2 yi incelediğimizde bu uygulama ile 2011 yılında 1. Basamak sağlık kuruluşlarına müracaat sayısının 3.3’e çıktığı görülecektir. Ancak bu uygulamanın yıllar içerisinde ikinci ve üçüncü basamak müracaatları azaltmadığı görülmektedir.

Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ 28 Aralık 2018 tarihli ve 30639 sayılı mükerrer Resmî Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Tebliğin 1.8.1 maddesinin 1. fırcasına göre “*Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan hekim ve diş hekim muayenesinden katılım payı alınmayacaktır. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 6 (altı)TL, Üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 (yedi)TL, Üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında.8 (sekiz) TL, Özel sağlık hizmeti sunucularında 15 (onbeş) TL*” katkı payı alınmaktadır.” 18.1.1 Madde 3.fırcasına göre “*Acil servislere müracaatlarda yeşil alan muayenesi sonucu 20 (yirmi) TL fark ücreti alınmaktadır.*” 18.1.1 Madde 6. fırcasına göre “*acil haller hariç olmak üzere 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda katkı payı 5 (Beş) TL artırılarak hesap edilmektedir*”. Madde 18.2. “*emekliler için %10, çalışanlar için %20 (Raporlularda muaף) ilaç katılım bedeline ek olarak her bir reçete için; 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL, 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 (bir) TL ilaç katılım bedeli ve varsa eş değer etken madde farkı alınmaktadır.*” (SUT 2018, s.11-13).

2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1'den 2017 yılına gelindiğinde 8,9'a yükselmiştir. Kişi başı hekime müracaat sayıları bakımından uluslararası bir karşılaştırılmasına ilişkin veriler Şekil 3'de gösterilmektedir.

Şekil 3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016

Şekil 8.3. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2016



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2018

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 yılına veya en yakın yıla aittir.

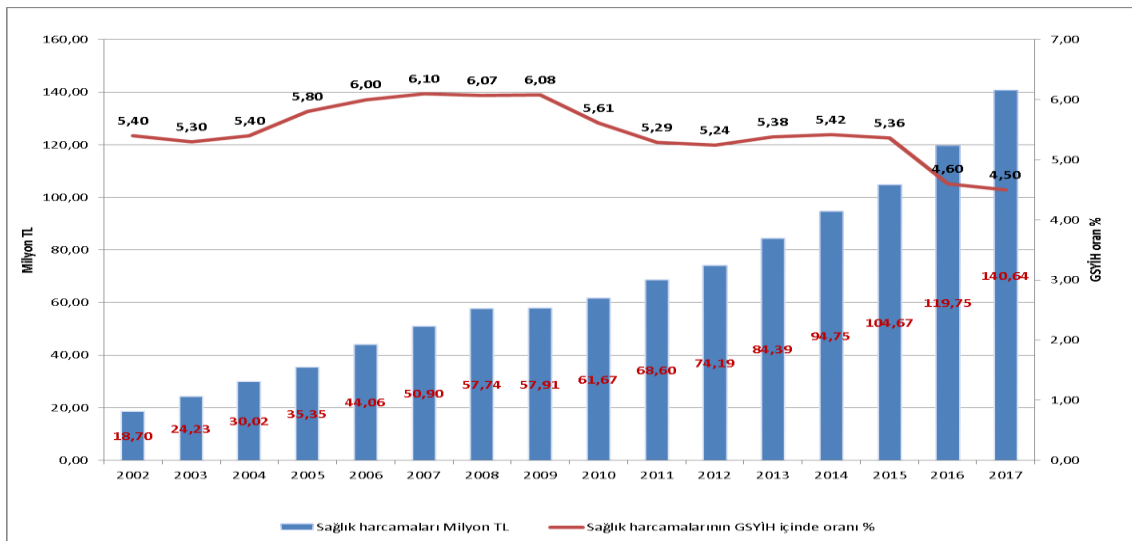
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 s:156

SDP finansal açıdan bakıldığında hekime müracaat sayıları göstergelerle incelendiğinde kuşkusuz sağlık kuruluşlarına olan talepte artışları beraberinde getirmiştir. 2016 yılında OECD üyesi ülkelerde kişi başı hekime başvuru sayısı ortalaması 6,8 iken, görece daha genç nüfusa sahip olmasına rağmen Türkiye’de 8,9’ e ulaşmıştır.

4.2.2. SDP ve Finansal Değerlendirme

Uygulanan SDP den kaynaklanan aşırı talep sağlık harcamalarında ciddi artışları beraberinde getirmiştir. Şekil 4’de Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ve sağlık harcamalarının grafiği verilmiştir.

Şekil 4. Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, (2002-2017), (%), (Milyon TL), Türkiye



(Şekil TÜİK verileri kullanılarak yazar tarafından oluşturulmuştur.)

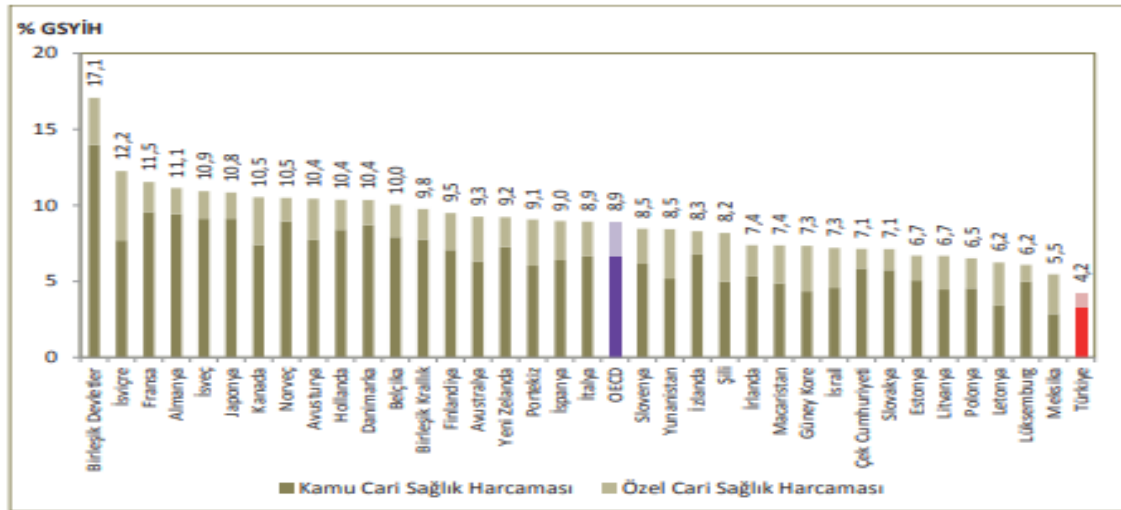
Kaynak: TÜİK 2002, 2005, 2010 ve 2017 yılları TÜİK Sağlık harcamaları projeksiyonları

Şekil 4 incelendiğinde 2002 yılında 18.70 milyon TL olan sağlık harcamaları artarak 2017 yılında gelindiğinde 7.5 kat artarak 140.64 milyon TL ye ulaştığı görülmektedir. 2002 yılında toplam sağlık harcamalarının Gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı 5.40 iken 2007 yılında 6.10'a kadar çıkmış 2009 yılından sonra düşüş eğilimine girerek 2017 yılına gelindiğinde 4.50 ye düştüğü görülmektedir.

Sağlık harcamaları ile ilgili olarak sağlık harcamaların düşük ya da yüksek olarak değerlendirilmesinden ziyade mevcut kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması daha önemli bir konudur (Özer, 2015, s.170). Sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlamada cepten yapılan ödemeler kapsamında ele alınan kullanıcı katkıları uygulaması, sağlık finansmanına fayda sağladığı düşünüldüğü için devletler tarafından uygulanan yaygın bir politikadır. Kullanıcı katkısı uygulaması ile sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik sağlanmış, sağlık hizmetlerindeki kalite artış göstermiştir (Korucu ve Oksay, 2018, s.303). Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için kaynakların verimli bir şekilde kullanılması vatandaşların yaşam kalitesi ve süresinin yükseltilmesi ile ekonomik, sosyal ve kültürel hayata bilinçli, aktif ve sağlıklı bir şekilde katılımlarının sağlanması hedeflenmektedir (Tengimlioğlu, Akbolat, Işık, 2015, s.302; Korucu ve Oksay, 2018, s.303).

Cepten ödeme yöntemleri hizmet sunan ve alanların doğrudan ve birebir ilişkisinin en güçlü olduğu yöntemdir (Tengimlioğlu, Akbolat, Işık, 2015, s.307). Bu haliyle finansal yapının ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği tartışmaları gündemde yoğun bir yer işgal etmektedir. Kişi başı hekime müracaat sayılarının OECD ülkelerinin oranlarından yüksek olduğu ortamda toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranını karşılaştırmak için Şekil 6'da uluslararası karşılaştırmaya yönelik toplam sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması verileri gösterilmektedir.

Şekil 5. Cari Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payının Uluslararası Karşılaştırılması (%) 2016



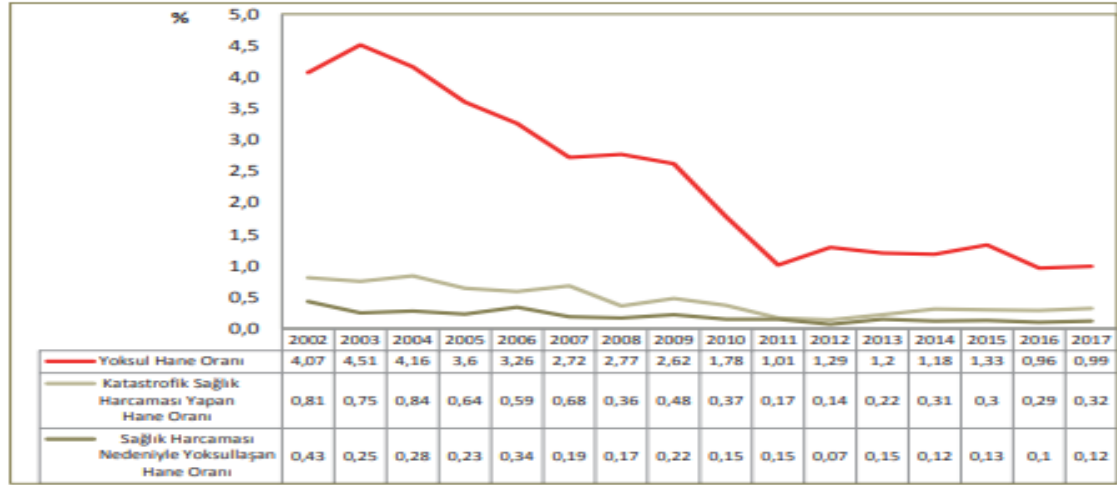
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. TÜİK, OECD Health Data 2018

Not: Türkiye verisi 2017 yılına aittir. Ülke verileri 2016 veya en yakın yıla aittir.

Şekil 6'de görüldüğü üzere, Türkiye mevcut sağlık harcamaları ile 2016 yılı itibariyle tüm OECD ülkeleri arasında son sırada yer almaktadır. OECD ortalamasının %8,9 olduğu bu durumda, Türkiye %4.2 olarak sağlığa ayırdığı pay düşük kalmaktadır. 2002-2017 yıllarında Türkiye sağlığa ayrılan kaynak bakımından oldukça gerilerde görülmektedir.

Sağlık finansman yöntemlerinden en çok etkilenmesi beklenen yoksul hane halklarının Katastrofik sağlık harcamaları istatistikleri Şekil 6' de verilmiştir.

Şekil 6. Katastrofik Sağlık Harcamaları, 2002-2013, Türkiye



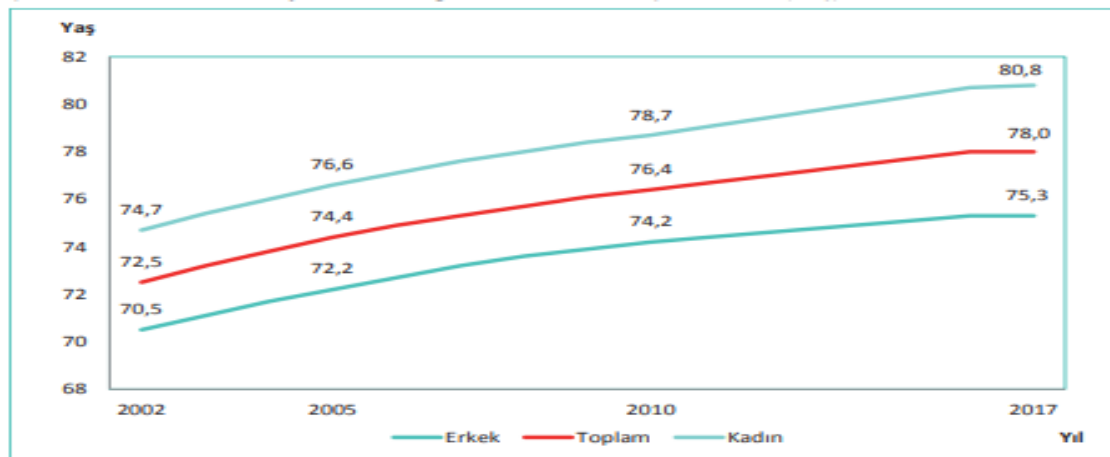
Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. 2002, 2005 ve 2010 yılları TÜİK Nüfus Projeksiyonları, 2017 yılı TÜİK Tabloları 2015-2017 Haber Bülteni (26 Eylül 2018 tarih ve 27591 sayılı)

Şekil 6.'yi incelediğimizde Katastrofik Sağlık Harcamalarının 2002 yılından itibaren ciddi oranda düşmeye başladığını görmekteyiz. Özellikle yoksul hane halkı grubunun katastrofik sağlık harcamalarının düştüğünü böylelikle maliyet paylaşımından en çok etkilenmesi beklenen alt gelir grupların sağlık hizmetinden faydalanma ve sağlığa erişim konusunda sorun yaşamadıklarını göstermektedir.

4.2.3. SDP Sağlık Düzeyine etki

2003 yılı itibariyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte, Türkiye'de demografik özellikler itibariyle sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmüş ve OECD ülkelerine yakın sonuçlar elde edilmiştir.

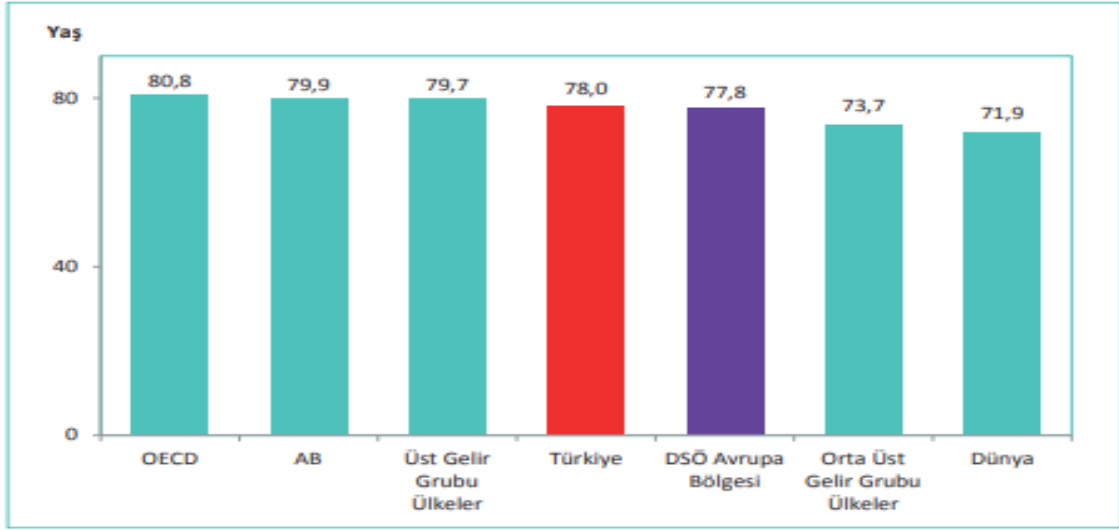
Şekil 7. Yıllara ve Cinsiyete Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yaş), Türkiye



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018, s.21

Tablo 7' deki veriler incelendiğinde 2002 yılında doğumda beklenen ortalama yaşam süresi 72,5 iken kademeli olarak yükselerek 2017 yılında 78,0' a yükseldiği görülmektedir. Doğumda beklene yaşam süresinin uluslararası karşılaştırılması Şekil'9'da verilmiştir.

Şekil 8. Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırması, 2017



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 s:21

Şekil 8’de Doğumda Beklenen Yaşam Süresinin Uluslararası Karşılaştırmasına baktığımızda ise Türkiye’nin tabloda bulunan üst gelir grubu ülkeler ile arasında fazla bir fark kalmadığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA:

Sağlık reformları temelinde, sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi ve yapay talebin azaltılması, hizmet sunumuna erişimde adaletin sağlanması, sosyal güvenlik sistemi açıklarının azaltılarak bütçe üzerindeki baskının hafifletilmesi, sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti altına alınması hedeflenmektedir (Bahçe vd. 2012). Kullanıcı katkıları veya maliyet paylaşımı mekanizmalarının çok sayıda ülke tarafından kullanıldığı bilinmektedir. Her ne kadar maliyet paylaşımı, sağlık hizmetlerinin maliyet-etkili biçimlerini teşvik etmede kullanılabilir de genel olarak kullanıcı katkılarının verimlilik kazanımları sağladığı yönünde pek fazla delil yoktur (Yıldırım ve ark, 2011).

SDP ile Sosyal güvenlik kapsamında yer alan nüfus oranının artması ve güvence kapsamının genişlemesiyle birlikte, sağlık hizmet sunucularına olan erişim kolaylaşmıştır. Bununla birlikte sağlığa yapılan kamu harcamaları artmıştır. Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, gereksiz tetkik ve tedavinin önlenmesi ve bu yolla yapay talebin azaltılması için 2009 yılında Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ yayınlanarak uygulamaya geçilmiştir. Maliyet paylaşım yönteminin 2010 yılında kısmen etkili olduğu görülmektedir. Ancak izleyen yıllarda yapılan harcamalar 2,28 kat artarak 2017 yılında 140,67 Milyon TL’ye ulaşmış ancak toplam sağlık harcamalarının GSYİH oranı düşmeye başlamıştır. Ülkemizde artan sağlık harcamalarının eleştirilmesine rağmen dünya ile karşılaştığımızda hala sağlığa ayırdığımız payın düşük kaldığı görülmektedir.

2003 yılında yürürlüğe giren SDP bütüncül olarak değerlendirildiğinde dünyada yürütülen programlarla paralellik gösteren ciddi bir sağlık reformu niteliğindedir. Reform sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altına alınması, sağlık kuruluşlarının bir çatıda toplanması, aile hekimliğine geçiş ve diğer uygulamalarla sağlığa erişimi kolaylaştırmıştır. Politik kaygılar ve

mali sürdürülebilirlik tartışmaları sürüp gitse de temel sağlık göstergelerinde önemli iyileşmeler görülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, üst gelir grubu ülkelerle aradaki farkın bir hayli azalması halkın sağlık düzeyinin yükseldiğini göstermektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER:

Sağlık harcamaların yüksekliği, sağlık hizmetinin aşırı kullanımı ve israfın önüne geçmek için uygulamaya konulan maliyet paylaşım politikalarının talep cephesinde kısa süreli bir etki yapmıştır. Kişi başına sağlık kuruluşuna müracaat sayıları ve sağlık harcamaları gün be gün artmaktadır. Yürürlükte olan katkı payı uygulamalarının sağlık hizmetleri için en kırılgan grup olan düşük gelirli hane halklarının katasrofik sağlık harcamaları açısından da etkilenmediği görülmektedir.

Sonuç olarak RAND sigorta deneyi verilerinden hareketle sağlık harcamalarının kontrol altına alınması, hizmette erişiminde adaletin sağlanması ve sosyal güvenlik sisteminin mali sürdürülebilirliğinin garanti edilmesi için maliyet paylaşım yöntemlerinin daha etkin kullanılacağı düzenlemelere ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKÇA

- Anadolu Üniversitesi 2012 Sağlık sigortacılığı T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527
Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498
- Akbulut Y. 2012 Sağlık sigortacılığı. Erişim tarihi:28 Ocak 2019. Erişim adresi: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UHESbZ2TDK4J:acikarsiv.ankara.edu.tr/browse/32627/SKY%2520314%2520Sa%25C4%259F1%25C4%25B1k%2520Sigortac%25C4%25B11%25C4%25B1%25C4%259F%25C4%25B1.pdf+%&cd=4&hl=tr&ct=clnk&gl=tr>
- Alper Y. 2017. Sosyal Güvenlik Reformu (2008-2016):Kapsamla İlgili Gelişmeler. Sosyal Siyaset Konferansları / Journal of Social Policy Conferences Sayı / Issue: 68 – 2015/1, 1-23
- Bilgili E, Ecevit E. 2009. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. Erişim tarihi:28 Ocak 2018. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/84700>
- Bahçe S., Köktaş A. M., Abukan D. 2013 Sağlık Hizmetleri Reformu ve Hane Halkı Refahı: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı. International Conference On Eurasian Economies.299-307 Erişim adresi: <http://avekon.org/papers/718.pdf> Erişim tarihi:21.10.2017
- Çelik Y. 2016. Sağlık Ekonomisi. Siyasal kitabevi 3. Baskı Ankara S:49
- Çoban H 2009. Sağlık Ekonomisi Ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Erdem, Reha ve Yıldırım, H. Hüseyin (2003). Sağlık Hizmetlerinde Vekâlet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt: 6, Sayı: 2, Sayfa: 3-26.
- Erol H. ve Özdemir A. 2014.Türkiye’de salık Reformları ve Sağlık Harcamalarının değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi. Ocak 2014, Cilt 4, Sayı 1, Sayfa 9-34
- Günaydın D., Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar Ve Krizi Aşma Yaklaşımları. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Uludağ Journal of Economy and Society Cilt/Vol. XXXI, Sayı/No. 2, 2012, pp. 195-227. Erişim adresi: <http://www.acarindex.com/dosyalar/makale/acarindex-1423935809.pdf>. Erişim tarihi:20.10.2017
- Gündüz M. Ş. 2015. Bazı Avrupa Birliği Üye Ülkelerinde Sağlık Sistemlerinde Katkı Payları ve Türkiye. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul

- Korucu K, S. ve Oksay A. 2018. Sağlık Hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: Katkı payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2018/3, Sayı:32, s. 265-313
- Önder B. 2013. Türk Sağlık Reformları Kapsamında Sağlıkta Dönüşüm Programının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans. Aydın.
- Özer Ö.2015. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora tezi. Ankara.
- RAND 2006 The Health Insurance Experiment A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate RAND. Erişim tarihi: 28 Ocak 2018. Erişim adresi: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9174.html
- RAND 2016 40 Years of the RAND Health Insurance Experiment Erişim tarihi:28 Ocak 2018. Erişim adresi: <https://www.rand.org/health-care/projects/HIE-40.html>
- Remler, Dahila K. ve Jessica Grence. (2009), “Cost – Sharing: A Blunt Instrument”, Annual Review of Public Health, Volume 39.
- Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 12).(2009, 18 Eylül) Resmi Gazete. (Sayı:27353). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090918-14.htm>
- Genel Sağlık Sigortası Geçiş Süresinin Tamamlanması Ve Kurumların Sağlık Yardımlarının Sosyal Güvenlik Kurumuna Devir İşlemlerine İlişkin Tebliğ. (2012, 2 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:28280). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/05/20120502-9.htm>
- Sağlık Bakanlığı İstatistik yıllığı (2018, 24 Aralık). Erişim adresi: <https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-istatistikleri- yilligi- 2017-24- 12-2018-64664.htm>
- Saltman, R.B. J.Figüeras. (1998), Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Ankara.
- Schneider, Pia, George Schieber ve Jack Langenbrunner. (2009), Evidence on Cost Sharing in Health Care: Applications to Hungary, <http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/376278-1202320704235/SchneiderCoPaymentsHealthHungaryFeb152008.pdf> (Erişim:18.11.2009)
- SUT 2009. 29 Eylül 2008 Pazartesi Resmî Gazete Sayı : 27012 (Mükerrer) Güncel işlenmiş. Erişim tarihi:7 Şubat 2019. Erişim adresi: <https://www.saglikaktuel.com/haber/saglik-uygulama-tebliği-2008-sut-ve-eklerinin-birlestirilmis-son-hali-01-11-2009--5983.htm>
- SUT 2010. Sağlık uygulama tebliğinde değişiklik. Değişik: 03/6/2010-27600/1 md. Yürürlük:13/05/2010Erişim Tarihi: 7 Şubat 2019. Erişim adresi: https://www.istanbuleczaciodasi.org.tr/upload/pdf/20110303_revize_edilmis_hali.pdf
- SUT 2018. Sut Rehberi. Erişim tarihi:7 Şubat 2019. Erişim adresi: <http://www.sutrehberi.com/sut-ekleri>
- Tatar M. 2017. Sağlıkta finansman yönetimi ve dünya örnekleri. Sağlık Diplomasisi Sağlık Politikaları Sistem Analisti Eğitimi. Erişim tarihi:28 Ocak 2019. Erişim adresi: http://medipol.edu.tr/Document/Galeri/Dokuman/BasinYayinKitaplar/Saglik_Diplomasisi.pdf
- Tengimlioğul D., Akbolat M., Işık O. 2015. Sağlık İşletmeleri Yönetimi. ISBN:978-605-133-184-3
- Tiryaki D., Tatar M., Sağlık Sigortası teorik uygulama Hacettepe Sağlık idaresi dergisi Cilt:5. Sayı:4 (Güz 2000) Erişim adresi: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/hacettepesid/article/view/5000046371/5000043553>. Erişim tarihi:20.10.2017
- Uzun S. 2015. Tamalayıcı Sağlık Sigortası. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Kaya N. 2008. Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerin Değerlendirilmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı.

- Koruyucu S.K., Oksay A. 2018. Sağlık hizmetlerinde cepten ödemelerin bir çeşidi: Katkı payları. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi Yıl: 2018/3, Sayı:32, s. 265-313
- Orhan S. 2016. Sosyal Güvenlikte Norm Ve Standart Birliği Sağlandı Mı? Dergi Park İş ve Hayat. Yıl 2016, Cilt 2, Sayı 3, Sayfalar 155 – 185. Erişim tarihi: 7 Şubat 2018. Erişim adresi: <http://dergipark.gov.tr/isvehayat/issue/32392/371076>
- Ortak Ş. 2002 Erzurum Atatürk Üniversitesi, Atatürk dergisi 1924 Erzurum depremi ve Reis-i Cumhuriyet Gazi Mustafa Kemal'in ikinci Erzurum gezisi. Cilt: 3, Sayı:2. Erişim adresi: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/atauniad/article/view/1025001051> Erişim tarihi:20.10.2017
- Özer Ö. 2015. Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri Ve Değerlendirmeleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı Doktora tezi 2015.
- Özgen H. 2008. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcama: Nedir? Neden önemlidir? Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2
- Tepekule U. 2008. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapılandırılması Çerçevesinde Reform Sürecinin Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- YASED 2013 Uluslararası yatırımcılar derneği Türkiye Sağlık sektörü raporu. Erişim adresi: https://www.yased.org.tr/ReportFiles/2013/TURKYE_SALIK_SEKTORU_RAPORU.pdf Erişim Tarihi: 21.10.2017
- Yıldırım H:H., Yıldırım T., Erdem R. 2011 Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi Amme İdaresi Dergisi, Cilt 44, Sayı 2, Haziran 2011, s. 71-98.
- Yıldırım H.H., Yıldırım T., Akbulut Y. 2012 Sağlık sigortacılığı T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527 Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498
- Yılmaz V. ve Yentürk N. 2015. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Harcamalarının Uzun Dönemli Analizi. Değerlendirme Notu. Erişim tarihi:7 Şubat 2019. Erişim adresi: https://stk.bilgi.edu.tr/media/uploads/2015/11/08/sosyal%20guvenlik%20harcamaları_değerlendirme%20notu_2015_VY_30.10.2015_.pdf
- WHO 1948. Presentation: “Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health Forum Gastein Erişim tarihi: 28 Ocak 2018. Erişim adresi: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf