

ARAŞTIRMA

GEMLİK'TE CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARI

Kayıhan PALA* Hamdi AYTEKİN**

Necla TUGAY AYTEKİN** Neriman AYDIN***

ÖZET

Bu çalışma kişilerin sağlıkla ilgili güvencelerine göre cepten sağlık harcamalarını hesaplamak amacıyla, 1 Nisan - 25 Temmuz 2001 tarihleri arasında Gemlik'te yapılmıştır. Çalışmanın kapsamına alınan kişi sayısı 5061'i erkek (%49.2) ve 5229'u kadın (% 50.8) olmak üzere toplam olarak 10290'dır.

Sağlıkla ilgili güvencesi olmayanların oranı % 37.2 olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınanlardan 1808 kişinin (% 17.6) son bir ay içinde cepten sağlık harcaması yaptığı anlaşılmıştır. Bunların 526'sı hem tanı/televi hem de ilaç için, 223'ü yalnızca tanı/televi için ve 1059'u yalnızca ilaç için cepten sağlık harcaması yapmıştır.

Çalışmada, kişi başına cepten yapılan yıllık ortalama toplam sağlık harcaması 57.8 milyonu (50.3 dolar) tanı/televi ve 37.8 milyonu (32.8 dolar) ilaç harcaması olmak üzere toplam olarak 95.6 milyon TL (83.1 dolar) olarak bulunmuştur. Buna göre, cepten yapılan toplam sağlık harcamalarının %39.5'ini ilaç harcamaları oluşturmaktadır.

Sağlıkla ilgili güvencesi olmayanların cepten ilaç harcamaları ile toplam sağlık harcamaları, güvencesi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (P<0.01). Toplumun tümünü kapsayan bir sosyal güvencenin bulunmaması ve kamu sağlık hizmetlerinin uygulamada ücretsiz sunulmaması, sağlıkla ilgili güvencesi olmayanları cepten sağlık harcaması yapmak zorunda bırakmaktadır.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, son yıllarda, bir sağlık sistemini oluşturan bileşenlerin en çok tartışılanıdır. Finansman sağlık sisteminin parasal yönünü ifade eder. Sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için bir fona gereksinim vardır. Bu gerçek de göz önünde bulundurularak sistemin finansman boyutu kendi içinde dört bileşene ayrılabilir : a) Parasal kaynakların hangi toplum kesimlerinden-hangi sınıflardan toplanacağına karar vermek. b) Fonun hangi teknikle oluşturulacağını, paranın hangi yollarla toplanacağını kararlaştırmak. c) Oluşturulan fonu tahsis etmek. d) Tahsisatta hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını saptamak (Belek,İ.; 2001: 87). Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, OECD ülkeleri tarafından kullanılan Sağlık Harcamalarının Uluslararası Sınıflaması'nda (International Classification Health Accounts ICHA) Sağlık Hizmetleri Finansman Kurumları (Sources of Funding Health Care ICHA-HF) başlığı altında genel hükümet, özel sektör ve diğer kaynaklar olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Ayrıntılar Tablo 1'de verilmiştir (OECD;2000:151).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı her şeyden önce kaynak yaratmayı, toplumdan para toplamayı gerektirdiği için gelir dağılımı üzerinde önemli etkilerde bulunur. Bu etkiler kullanılan kaynaklar ne kadar fazlaysa o kadar büyüktür. Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılacak para toplumun zengin kesimlerinden (daha fazla oranda) toplanırsa sağlık finansmanının gelir dağılımı üzerinde etkisi eşitlikçi olur. Bu özellikle, gelir dağılımının giderek bozulduğu günümüzde önemlidir ve kesinlikle tercih edilen bir yöntem olmalıdır. Çünkü gelir dağılımının bozulması toplumsal sağlık düzeyini olumsuz yönde etkiler ve sağlıktaki eşitsizlikleri artırır (Belek,İ.; 2001:87).

* Yard.Doç.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

** Prof.Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

*** Dr., Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

Tablo 1. Sağlık bakımı finansmanının sınıflandırılması

ICHA Kodu	Finansman kaynağı	
HF.1		Genel hükümet
	HF.1.1	Sosyal güvenlik fonları dışında genel hükümet
	HF.1.1.1	Merkezi hükümet
	HF.1.1.2	Eyalet /il hükümeti
	HF.1.1.3	Yerel yönetimler
HF.2	HF.1.2	Sosyal güvenlik fonları
		Özel sektör
	HF.2.1	Özel sosyal sigorta
	HF.2.2	Özel sigorta girişimleri (sosyal sigortadan farklı olarak)
	HF.2.3	Özel hane halkının cepten harcamaları
	HF.2.3.1	Maliyet paylaşımı dışındaki cepten harcamalar
	HF.2.3.2	Maliyet paylaşımı : Merkezi hükümet
	HF.2.3.3	Maliyet paylaşımı : Eyalet /il hükümeti
	HF.2.3.4	Maliyet paylaşımı : Yerel yönetimler/belediye hükümeti
	HF.2.3.5	Maliyet paylaşımı : Sosyal güvenlik fonları
	HF.2.3.6	Maliyet paylaşımı : Özel sosyal sigorta
	HF.2.3.7	Maliyet paylaşımı : Diğer özel sigorta
	HF.2.3.9	Diğer tüm maliyet paylaşımı
	HF.2.4	Kar amacı gütmeyen kuruluşlar (sosyal sigortadan farklı olarak)
	HF.2.5	Tüzel kişiler (sosyal sigortadan farklı olarak)
HF.3		Diğer

OECD

Sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları doğrudan ülkedeki sosyal politikalara bağlı olarak belirlenmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerinin finansmanında kamunun payı Danimarka'da % 86.5 iken bu oran ABD'de yalnızca % 43.4'tür. OECD ülkelerinde sağlık sistemlerinin finansman kaynakları Tablo 2'de verilmektedir (Cichon,M.;1999:41).

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının finansman kaynaklarına göre dağılımı incelendiğinde, % 40.4'ünün

vergiler ve fonlar tarafından, % 31.5'inin sigorta primleri ve % 28.1'inin cepten ödemeler tarafından karşılandığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de kişi başına ortalama yıllık sağlık harcamasını toplam olarak 149.5 ABD doları ve cepten harcamaları ise 41.9 ABD doları olarak açıklamaktadır (Tokat,M.;2001:47). Ancak Bakanlığın açıkladığı cepten harcamalar ile ilgili veriler özel sağlık kuruluşlarından alınan bilgilere dayanarak hesaplandığı için eksik olma olasılığı tartışılmaktadır. Bu tartışmayı desteklemek amacıyla kullanılabilir bir veri

Tablo 2. OECD ülkelerinde sağlık sistemlerinin finansman kaynakları. 1990'ın başları

Ülke	Finansmanın Paylaşımı (%)				
	Kamu		Özel		Diğer
	Sosyal Sigorta Payı	Devlet	Özel Sigorta	Yardımcı Ödemeler	
Belçika	44.6	32.6	5.0	17.8	0.0
Danimarka	0.0	86.5	1.3	12.2	0.0
Fransa	66.4	5.9	9.4	17.4	0.9
Almanya	66.2	12.0	7.7	12.9	1.1
İngiltere	7.6	72.7	6.1	13.6	0.0
Yunanistan	42.9	35.6	2.9	18.6	0.0
İrlanda	6.4	65.0	10.2	18.4	0.0
İtalya	40.3	35.2	4.8	19.6	0.0
Lüksemburg	55.0	19.1	8.9	16.9	0.0
Hollanda	63.0	7.3	17.5	12.1	0.0
Portekiz	13.3	63.1	3.2	20.3	0.0
İspanya	40.2	37.8	5.0	16.9	0.1
Avrupa Birliği	48.0	28.4	7.4	15.8	0.5
Avusturya	55.6	25.3	6.0	13.2	0.0
İsveç	16.5	68.5	2.5	12.0	0.0
İsviçre	44.8	24.3	7.0	23.5	0.0
ABD	18.6	24.8	31.3	22.1	3.2

DİE tarafından açıklanan hane halkı tüketim araştırmaları sonuçlarıdır. DİE tarafından yapılan hane halkı araştırmalarının sonuçlarına göre, ev halkı harcamalarının 1987 yılında % 2.56'sını ; 1994 yılında da % 2.60'ını sağlık harcamaları oluşturmaktadır. (Soyer, A.; 1996: 41; DİE: 1996). Buradan yola çıkarak, örneğin 2000 yılında, kişi başına yapılan cepten harcama tutarının 76.5 dolar olduğunu hesaplamak olanaklıdır (Kişi başına gayri safi yurt içi hasıla 2000 yılında 2941 dolar olarak açıklanmış (DİE:2002) ve bu tutar 0.026 ile çarpılmıştır). Oysa 2000 yılında Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcaması tutarı 43 dolar olarak açıklanmaktadır ki (WHO:2002: 216), bu tutar yukarıda yapılan hesapla ortaya çıkan harcama tutarının ancak yarısına eşittir.

Türkiye'de yayınlanan cepten harcamalar ile ilgili tutarların tartışmalı olması, bu konuda araştırmalar yapılmasını gerektirmektedir.

Bu çalışma, Gemlik'te kişilerin sağlıkla ilgili güvencelerine göre cepten sağlık harcamalarını hesaplamak amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 1 Nisan - 25 Temmuz 2001 tarihleri arasında Gemlik'te gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır. Gemlik Türkiye'nin kuzey-batısında yer alan Bursa iline bağlı bir ilçedir. Geleneksel olarak zeytincilik ile uğraşan yerli halk genellikle sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kişilerden oluşmaktadır. Bunun yanı sıra ülkenin daha az gelişmiş doğu bölgelerinden göçle gelen sosyo-ekonomik düzeyi düşük aileler de fabrikalarda ve geçici işlerde çalışan nüfusun önemli bir kısmını oluşturmaktadır. 2000 yılında Gemlik nüfusu 83 355 kişidir. Nüfusun % 81.0'ı (67 502 kişi) kentsel alanda, % 19.0'ı ise kırsal alanda (15 853 kişi) yaşamaktadır (GEAB;2000). Gemlik 1979 - 2001 yılları arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin eğitim-araştırma bölgesi olmuştur.

Çalışma için örnek hacmi $[n = Nt^2s^2 / d(N-1) + t^2s^2]$ formülü ile hesaplanmış ve 8 612 kişi olarak bulunmuştur (N= 83.355 , t=1.96, s=0.5 olarak sabitlenmiş ve d=0.01 olarak alınmıştır). Örneklem hacmi Gemlik nüfusunun % 10.3'ünü oluşturmaktadır.

Araştırmada küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kentsel alanda kümeleri her mahalleye bağlı sokaklar oluştururken, kırsal alanda köyler seçilmiştir. Bu amaçla önce Gemlik ilçe merkezindeki 497 sokak numaralandırılmıştır. Örneklem hacminin (Gemlik nüfusunun dağılımında olduğu gibi) % 81.0'ının kentsel alandan seçilmesi amacıyla (6 976 kişi) bölgede 2000 yılında yapılan Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) sonuçlarından yararlanılarak örnekleme alınacak sokak sayısı 43 olarak saptanmıştır. Örneklem alınan 43 sokak rasgele sayılar tablosundan yararlanılarak seçilmiştir. Belirlenen sokaklardaki her eve gidilmiş ve evdeki her birey araştırmaya alınmıştır. Kırsal alan için ise, Gemlik Sağlık Grup Başkanlığı bölgesindeki 18 köy numaralandırılmış ve örneklem hacminin %19.0'ının kırsal alandan oluşturulması için (1.636 kişi) bölgede 2000 yılında

yapılan Ev Halkı Tespit Fişi (ETF) sonuçlarından yararlanılarak 2 ya da 3 köy seçilmesi gerektiğine karar verilmiştir. Rasgele sayılar tablosundan yararlanarak seçilen ilk 2 köyün nüfusunun az olması nedeniyle 3. köy de seçilmiş ve köydeki bütün evlere gidilmiştir.

Araştırma sonunda 3011 evde toplam olarak 10 290 kişiye ulaşılmıştır. Örneklem büyüklüğünden daha fazla sayıda kişinin araştırmaya alınmasının nedeni, çalışma kapsamına alınan her sokak ve köyde yaşayan kişilerin tümüne anketin uygulanmasıdır.

Çalışmada 8 sorudan oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Anket formları UÜTF Halk Sağlığı AD araştırma görevlileri ve UÜTF son sınıf öğrencileri tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Araştırmada veri toplama aşamasına geçmeden önce araştırma görevlilerine ve öğrencilere anketlerin doldurulması ile ilgili eğitim verilmiştir. Anket formu soruları aile reislerine, yoksa eşine, o da yoksa o aile bireylerinden evde bulunan ve 15 yaşın üzerinde olan en büyük kişiye sorularak yüz yüze doldurulmuştur. Evde bu özelliğe uyan kişi bulunmaması durumunda anket formu doldurulmamıştır.

Çalışmada sorgulanan "cepten sağlık harcaması" bireylerin her hangi bir sağlık kuruluşuna başvurduklarında tanı/tedavi amacıyla ceplerinden harcadıkları para ile ilaç için (Sağlık kuruluşuna başvuru zorunluluğu aranmaksızın) ceplerinden harcadıkları para olarak ele alınmıştır. Bu paranın cepten harcama olarak değerlendirilebilmesi için, her hangi bir biçimde çalışılan kurumdan ya da sigortadan geri alınmaması gerekmektedir.

Çalışma sonunda yıllık cepten harcamalar hesaplanırken aylık harcama tutarı 12 ile çarpılmış ve sağlıkla ilgili sosyal güvence grubundaki toplam kişi sayısına bölünerek yıllık harcamalar bulunmuştur. Çalışma Nisan-Temmuz döneminde dört ay boyunca geriye doğru birer aylık dönemlerin sorgulanması biçiminde Mart-Temmuz aylarındaki sağlık harcamalarını sorgulamıştır. Hesaplar ABD doları cinsinden ifade edilirken, 1 Haziran 2001 günü geçerli olan T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınmış ve 1USD= 1 150 289 TL olarak (TCMB: 2001) hesaplanmıştır.

Veriler SPSS (Version 11.5) istatistik programında değerlendirilmiştir. İstatistik analizlerde Ki-Kare, Student's t, ANOVA, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ve Bonferroni testleri kullanılmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıkları :

1. Araştırma yalnızca Mart-Temmuz aylarındaki harcamaları sorguladığı için, cepten sağlık harcamalarındaki olası mevsimsel değişim incelenememiştir. Aslında başlangıçta bu çalışmanın Ekim-Şubat ayları arasında da ikinci turunun yapılması planlanmıştır. Ancak Uludağ Üniversitesi'nin Gemlik'ten çekilmesi nedeniyle çalışmanın ikinci bölümü gerçekleştirilememiştir.

2. Çalışma hem kentsel alanda hem de kırsal alanda yapılmış olmasına karşın, anket formlarında veri toplanan

yer işaretlenmediği için cepten harcamalar kent/kır parametresine göre karşılaştırılmamıştır.

3. Çalışmanın başka bir kısıtlılığı ise anket sırasında geriye doğru bir aylık sürenin sorgulanmasıdır. Bir aylık süre anımsamanın zor olması nedeniyle uzun bir süredir. Bundan sonraki araştırmalarda son iki haftalık sürenin sorgulanması daha uygun olabilir.

4. Hesaplar ABD doları cinsinden ifade edilirken, araştırma döneminde dövizde meydana gelen anormal yükselme nedeniyle (1 Mart kur = 920 125 TL ve 25 Temmuz kur = 1 322 780 TL ; artış : % 43.8) 1 Haziran 2001 günü geçerli olan T.C. Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınmış ve 1USD= 1 150 289 TL olarak (TCMB 2001) hesaplanmıştır.

5. Çalışma sırasında cepten harcamalarla ilgili ayrıntılar (Harcamanın hangi kurumda ve ne için yapıldığına ilişkin) sorulmamıştır.

BULGULAR

Araştırmamızda 3011 haneye gidilerek 10290 kişi hakkında veri toplanmıştır. Hane başına düşen kişi sayısı 3.4'tür. Araştırmaya alınanların 5061'i (%49.2) erkek, 5229'u (%50.8) kadındır. Her iki cinsiyetin de ortanca yaşı 32,0 olarak bulunmuştur. Araştırmaya alınanlardan 2871 kişinin (%27.9) sosyal güvencesinin olmadığı

anlaşılmıştır. Sosyal güvencesi olmayanların oranı kadınlarda % 26.6 (1392 kişi) , erkeklerde % 29.2'dir (1479 kişi) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Ki-Kare = 8.6 ; P< 0.05). Sosyal güvencesi Bağ-Kur olduğu halde sağlık sigortası primlerini ödemediği için kamu sağlık hizmetlerinden yararlanamayan 959 kişi de eklendiğinde, sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayanların oranı % 37.2'ye (3830 kişi) yükselmektedir. Bu oran erkeklerde % 35.1 ; kadınlarda % 39.3'tür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Ki-Kare=19.3; P< 0.01).

Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre sağlıkla ilgili sosyal güvencelerinin varlığı Tablo 3'te, sağlıkla ilgili güvencenin ayrıntıları ise Tablo 4'de verilmektedir.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre sağlıkla ilgili sosyal güvencelerin varlığı

Yaş Grubu	Sağlıkla ilgili sosyal güvence				Toplam
	Yok		Var		
	Sayı	%*	Sayı	%*	
0-14	997	47.3	1113	52.7	2110
15-44	2024	40.6	2962	59.4	4986
45-64	562	23.7	1809	76.3	2371
65+	247	30.0	576	70.0	823
Toplam	3830	37.2	6460	62.8	10290

* Satır yüzdesi.

Ki-Kare = 318,8 Serbestlik Derecesi = 3 P = 0,000

Tablo 4. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili güvence durumları

Sağlıkla İlgili Güvence	Cinsiyet				Toplam	
	Erkek		Kadın		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Yok	1776	17.3	2054	19.9	3830	37.2
Kamu bütçesi	465	4.5	506	4.9	971	9.4
Kamu bütçesi ¹	279	2.7	112	1.1	391	3.8
Kamu bütçesi ²	186	1.8	394	3.8	580	5.6
Emekli Sandığı	247	2.4	303	2.9	550	5.3
Emekli Sandığı ³	204	2.0	90	0.9	294	2.9
Emekli Sandığı ⁴	43	0.4	213	2.1	256	2.5
SSK	1652	16.1	1753	17.0	3405	33.1
SSK ⁵	672	6.5	101	1.0	773	7.5
SSK ⁶	423	4.1	1020	9.9	1443	14.0
SSK ⁷	415	4.0	115	1.1	530	5.2
SSK ⁸	142	1.4	517	5.0	659	6.4
Bağ-Kur	729	7.1	396	3.9	1125	11.0
Bağ-Kur ⁹	176	1.7	19	0.2	195	1.9
Bağ-Kur ¹⁰	289	2.8	47	0.5	336	3.3
Bağ-Kur ¹¹	223	2.2	55	0.5	278	2.7
Bağ-Kur ¹²	41	0.4	275	2.7	316	3.1
Yeşil Kart	155	1.5	178	1.7	333	3.2
Özel sağlık sigortası	37	0.3	39	0.4	76	0.7
Toplam	5061	49.2	5229	50.8	10290	100.0

¹ Halen çalışan memur

² Halen çalışan memur yararlanani

³ Memur emeklisi

⁴ Memur emeklisi yararlanani

⁵ Halen çalışan işçi

⁶ Halen çalışan işçi yararlanani

⁷ İşçi emeklisi

⁸ İşçi emeklisi yararlanani

⁹ Aktif ödeme yapan (Sağlık sigortası var)

¹⁰ Aktif ödeme yapan yararlanani (Sağlık sigortası var)

¹¹ Bağ-Kur emeklisi

¹² Bağ-Kur emeklisi yararlanani

Tablo 5. Son bir ayda harcama yapılan kişi başına cepten toplam sağlık harcamaları

Sağlıkla ilgili güvence	Sağlık harcaması yapanlar							
	Sayı	%	Ortalama Alt	Ortalama Üst	(% 95 GA)	En az	En çok	Toplam
Yok	574	15.0	60.0	42.9	77.2	0.6	3500	34468.3
Kamu bütçesi	131	13.5	25.2	15.2	35.1	0.5	500	3295
Kamu bütçesi ¹	46	11.8	33.5	15.2	51.9	2	375	1542.9
Kamu bütçesi ²	85	14.7	20.6	8.7	32.5	0.5	500	1752.1
Emekli Sandığı	136	24.7	47.1	25.0	69.2	0.5	1150	6404
Emekli Sandığı ³	93	31.6	56.4	25.9	87.0	0.5	1150	5248.5
Emekli Sandığı ⁴	43	16.8	26.9	3.5	50.2	1	500	1155.5
SSK	649	19.1	38.5	31.5	45.5	0.5	1500	24979.9
SSK ⁵	88	11.4	49.0	31.7	66.3	0.8	600	4309
SSK ⁶	272	18.8	39.0	24.9	53.0	0.5	1500	10593.3
SSK ⁷	156	29.4	30.3	23.8	36.8	0.5	300	4733.6
SSK ⁸	133	20.2	40.2	27.7	52.6	1	500	5344.1
Bağ-Kur	244	21.7	42.5	18.8	66.3	0.8	2500	10379.3
Bağ-Kur ⁹	19	9.7	41.8	16.9	66.7	2	200	793.6
Bağ-Kur ¹⁰	31	9.2	24.5	15.8	33.2	1.5	100	759.3
Bağ-Kur ¹¹	98	35.3	69.8	10.9	128.6	0.8	2500	6836.7
Bağ-Kur ¹²	96	30.4	20.7	14.3	27.2	1	210	1989.8
Yeşil Kart	61	18.3	30.5	19.8	41.2	1	300	1859.5
Özel sigorta	13	17.1	47.0	-2.6	96.6	1.5	300	611.2
Toplam	1808	17.6	45.4	38.3	52.4	0.5	3500	81997.2

¹ Halen çalışan memur² Halen çalışan memur yararlananı³ Memur emeklisi⁴ Memur emeklisi yararlananı⁵ Halen çalışan işçi⁶ Halen çalışan işçi yararlananı⁷ İşçi emeklisi⁸ İşçi emeklisi yararlananı⁹ Aktif ödeme yapan (Sağlık sigortası var)¹⁰ Aktif ödeme yapan yararlananı (Sağlık sigortası var)¹¹ Bağ-Kur emeklisi¹² Bağ-Kur emeklisi yararlananı

Araştırmaya alınanlardan 1808 kişinin (% 17.6) son bir ay içinde cepten sağlık harcaması yaptığı anlaşılmıştır. Bunların 526'sı hem tanı/tedavi hem de ilaç için, 223'ü yalnızca tanı/tedavi için ve 1059'u yalnızca ilaç için cepten sağlık harcaması yapmıştır. Buna göre son bir ay içinde tanı/tedavi için cepten sağlık harcaması yapanların sayısı 749, ilaç harcaması yapanların sayısı ise 1585'tir. Son bir aylık sürede, kişi başına cepten toplam sağlık harcamaları Tablo 5'te, tanı ve tedavi harcamaları Tablo 6'da ve ilaç harcamaları Tablo 7'de verilmektedir.

Son bir ay içinde cepten yapılan ortalama toplam sağlık harcamaları sağlıkla ilgili sosyal güvence olup olmamasına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur; sağlıkla ilgili güvencesi olmayanların toplam sağlık harcamaları daha yüksektir ($t = 2.80$; $P < 0.01$).

Son bir ay içinde cepten yapılan ortalama toplam sağlık harcamaları sağlıkla ilgili sosyal güvence olmaması ve sosyal güvenlik kurumlarına göre karşılaştırıldığında (Yeşil Kart ve özel sigorta dahil) yedi grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2_{k-w} = 65.1$; $P < 0.01$). Fark sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayan gruptan kaynaklanmaktadır.

Son bir ay içinde cepten yapılan ortalama tanı ve tedavi harcamaları sağlıkla ilgili sosyal güvence olup

olmamasına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t = 0.9$ ve $P > 0.05$).

Son bir ay içinde cepten yapılan ortalama tanı ve tedavi harcamaları sağlıkla ilgili sosyal güvence olmaması ve sosyal güvenlik kurumlarına göre karşılaştırıldığında (Yeşil Kart ve özel sigorta dahil) yedi grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F = 0.6$ ve $P > 0.05$).

Son bir ay içinde cepten yapılan ortalama ilaç harcamaları sağlıkla ilgili sosyal güvence olup olmamasına göre karşılaştırıldığında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur, sağlıkla ilgili güvencesi olmayanların ilaç harcamaları daha yüksektir ($t = 2.6$ ve $P < 0.01$).

Son bir ay içinde cepten yapılan ortalama ilaç harcamaları sağlıkla ilgili sosyal güvence olmaması ve sosyal güvenlik kurumlarına göre karşılaştırıldığında (Yeşil Kart ve özel sigorta dahil) yedi grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2_{k-w} = 87.9$; $P < 0.01$). Fark sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olmayan grup ile güvencesi Yeşil Kart olanlardan kaynaklanmaktadır.

Çalışmada, kişi başına cepten yapılan yıllık ortalama toplam sağlık harcaması 57.8 milyonu tanı/tedavi ve 37.8

Tablo 6. Son bir ayda harcama yapılan kişi başına cepten tanı ve tedavi harcamaları

Sağlıkla ilgili güvence	Sağlık harcaması yapanlar		Tanı/tedavi harcaması (Milyon TL)					
	Sayı	%	(%95 GA)					
			Ortalama	Alt	Üst	En az	En çok	Toplam
Yok	285	7.4	75.4	43.9	106.9	0.3	3500	21493.7
Kamu bütçesi	44	4.5	45.3	17.7	72.9	0.8	500	1992
Kamu bütçesi ¹	22	5.6	50.1	15.4	84.9	0.8	375	1102.8
Kamu bütçesi ²	22	3.8	40.4	-5.4	86.3	2	500	889.2
Emekli Sandığı	41	7.5	68.6	30.4	106.8	1.5	650	2811
Emekli Sandığı ³	33	11.2	79.3	32.2	126.4	1.5	650	2616.5
Emekli Sandığı ⁴	8	3.1	24.3	15.0	33.7	3	40	194.5
SSK	281	8.3	54.6	40.6	68.6	0.5	1500	15333.5
SSK ⁵	43	5.6	57.0	28.7	85.3	5	600	2450
SSK ⁶	128	8.9	55.8	28.8	82.9	0.5	1500	7146.5
SSK ⁷	54	10.2	44.2	32.9	55.4	3	200	2384
SSK ⁸	56	8.5	59.9	34.5	85.2	0.5	500	3353
Bağ-Kur	81	7.2	91.4	22.2	160.5	0.3	2500	7400.8
Bağ-Kur ⁹	10	5.1	54.2	12.2	96.2	2	200	542
Bağ-Kur ¹⁰	14	4.2	21.6	12.4	30.8	3.5	50	302.5
Bağ-Kur ¹¹	31	11.2	176.9	-4.8	358.6	1	2500	5485
Bağ-Kur ¹²	26	8.2	41.2	23.6	58.8	0.3	200	1071.3
Yeşil Kart	10	3.0	15.1	7.4	22.8	1	30	151
Özel sigorta	7	9.2	59.1	-41.1	159.3	0.8	300	413.8
Toplam	749	7.3	66.2	51.0	81.4	0.3	3500	49595.7

¹ Halen çalışan memur⁶ Halen çalışan işçi yararlananı¹⁰ Aktif ödeme yapan yararlananı (Sağlık sigortası var)² Halen çalışan memur yararlananı⁷ İşçi emeklisi⁸ İşçi emeklisi yararlananı¹¹ Bağ-Kur emeklisi³ Memur emeklisi⁹ Aktif ödeme yapan (Sağlık sigortası var)¹² Bağ-Kur emeklisi yararlananı⁴ Memur emeklisi yararlananı⁵ Halen çalışan işçi

milyonu ilaç harcaması olmak üzere toplam olarak 95.6 milyon TL olarak bulunmuştur. Buna göre, cepten yapılan toplam sağlık harcamalarının % 39.5'ini ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Kişi başına ortalama yıllık cepten harcama tutarları Tablo 8'de verilmektedir.

TARTIŞMA

Araştırmada sağlıkla ilgili güvencesi olmayan kişilerin oranı % 37.2 olarak bulunmuştur. Bu oran, Gemlik'te 1996 yılında yapılan bir çalışmada %44.8 olarak bulunmuştu (Pala,K.;1997:19). Beş yıl öncesindeki duruma göre sağlıkla ilgili güvencesi olanların oranındaki artış Bağ-Kur'lu (Sağlık sigortası olanlar) ve Yeşil Kartlı sayısındaki artışa bağlıdır.

Türkiye'de kayıtlara göre nüfusun tamamından biraz fazlasının (%100.4) Yeşil Kart dahil olmak üzere sağlık sigortası bulunmaktadır (DB;2002:29). Bizim bulduğumuz oran Türkiye ile karşılaştırıldığında düşük gibi görünmektedir. Ancak Türkiye ile ilgili güvenilir veriler olmadığından, nüfusun tam olarak ne kadarının sağlıkla ilgili güvencesi olduğunu söylemek zordur. Sosyal sigorta kurumlarının temin ettiği veriler gerçek kafa sayısına değil, tahminlere dayandığından dikkatle ele alınmalıdır (DB;2002:29).

Çalışmada, kadınlarda erkeklere göre ve 0-14 yaş grubunda diğer yaş gruplarına göre sağlıkla ilgili sosyal

güvencesi olanların oranı daha düşük bulunmuştur. Bölgede 1996'da yapılan başka bir çalışmada da aynı sonuçlar bulunmuştur (Pala,K.;1997:20). Bölgede kadınların ve 0-14 yaş grubundakilerin sağlıkla ilgili güvenceli olma durumlarındaki eşitsizlik sürmektedir.

Sosyal güvencesi olmamak cepten sağlık harcamalarını arttıran en önemli etmen olarak bulunmuştur (Tablo 5). Aslında bu beklenen bir durumdur. Toplumun tümünü kapsayan bir sosyal güvencenin bulunmaması ve kamu sağlık hizmetlerinin uygulamada ücretsiz sunulmaması, sağlıkla ilgili güvencesi olmayanları cepten sağlık harcaması yapmak zorunda bırakmaktadır. Araştırmada ortaya çıkan ve yine beklenen bir bulgu da yeşil kartlı kişilerin tanı ve tedavi için yaptıkları cepten harcamaların yaklaşık on bir katını ilaç için yapmak zorunda kaldıklarının bulunmasıdır (Tablo 6, Tablo 7). Bu bulgu, yeşil kartın aslında gerçek bir sağlıkla ilgili sosyal güvence olmadığını bir kez daha göstermektedir. Çünkü Yeşil Kart'lı hastaların ilaç giderleri doğrudan karşılanmamakta, hastalar bağlı oldukları Kaymakamlıklara yönlendirilerek ilaçları sağlanmaya çalışılmaktadır. Çalışmada Yeşil Kart'lı hastalarla ilgili olarak bulunan ilaç ile ilgili cepten harcamanın yüksek oluşu, Kaymakamlıklar aracılığıyla ilaç giderlerini sağlamaya çalışmanın etkin bir yöntem olmadığını ortaya koymaktadır.

Tablo 7. Son bir ayda harcama yapılan kişi başına cepten ilaç harcamaları

Sağlıkla ilgili güvence	Sağlık harcaması yapanlar		İlaç harcaması (Milyon TL)					
			Ortalama	(% 95 GA)		En az	En çok	Toplam
	Sayı	%		Alt	Üst			
Yok	505	13.2	25.7	20.6	30.8	0.6	1000	12974.6
Kamu bütçesi	118	12.2	11.1	8.8	13.3	0.5	80	1303
Kamu bütçesi ¹	40	10.2	11.0	7.2	14.8	0.5	50	440.1
Kamu bütçesi ²	78	13.4	11.1	8.2	13.9	0.5	80	862.9
Emekli Sandığı	124	22.5	29.0	10.6	47.4	0.5	1000	3593
Emekli Sandığı ³	86	29.3	30.6	6.4	54.8	0.5	1000	2632
Emekli Sandığı ⁴	38	14.8	25.3	-1.2	51.7	1	500	961
SSK	550	16.2	17.5	15.1	20.0	0.5	300	9646.5
SSK ⁵	74	9.6	25.1	14.7	35.6	0.8	300	1859
SSK ⁶	219	15.2	15.7	11.9	19.6	1	250	3446.8
SSK ⁷	143	27.0	16.4	13.3	19.6	0.5	100	2349.6
SSK ⁸	114	17.3	17.5	12.3	22.7	1	200	1991.1
Bağ-Kur	220	19.6	13.5	11.1	16.0	0.8	200	2978.6
Bağ-Kur ⁹	15	7.7	16.8	8.8	24.7	2	50	251.6
Bağ-Kur ¹⁰	27	8.0	16.9	10.9	22.9	1	50	456.8
Bağ-Kur ¹¹	91	32.7	14.9	9.9	19.9	0.8	200	1351.7
Bağ-Kur ¹²	87	27.5	10.6	8.1	13.0	0.8	67	918.6
Yeşil Kart	58	17.4	29.5	18.2	40.7	0.5	300	1708.5
Özel sigorta	10	13.2	19.7	4.2	35.3	1.8	60	197.5
Toplam	1585	15.4	20.4	18.0	22.9	0.5	1000	32401.5

¹ Halen çalışan memur² Halen çalışan memur yararlananı³ Memur emeklisi⁴ Memur emeklisi yararlananı⁵ Halen çalışan işçi⁶ Halen çalışan işçi⁷ İşçi emeklisi⁸ İşçi emeklisi yararlananı⁹ Aktif ödeme yapan (Sağlık sigortası var)¹⁰ Aktif ödeme yapan yararlananı (Sağlık sigortası var)¹¹ Bağ-Kur emeklisi¹² Bağ-Kur emeklisi yararlananı

Tanı ve tedavi harcamaları karşılaştırıldığında, sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($P > 0.05$); ilaç harcamaları karşılaştırıldığında sağlıkla ilgili güvencesi olmayanlarda ilaç harcamalarının daha yüksek bulunması ($P < 0.01$); sağlıkla ilgili sosyal güvence olmasının ilaç harcamaları için cepten harcanan parayı azalttığını, ancak tanı ve tedavi için harcanan para açısından her hangi bir fark yaratmadığını göstermektedir. Sağlıkla ilgili sosyal güvencesi olanların ilaç için yalnızca katılım payı ödemek zorunda kalmaları araştırmada bulunan bulguyu açıklamaktadır. Ancak sosyal güvenceye sahip olanlarla, her hangi bir sosyal güvencesi olmayanların tanı ve tedavi amacıyla yaptıkları cepten harcamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması; sağlıkla ilgili güvencesi olanların kamu sağlık kuruluşlarından hizmet almada sorun yaşadıklarını düşündürmektedir. Bu konuda, sorunun nedenlerini bulmak amacıyla daha ayrıntılı araştırmalar düzenlemenin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmada kişi başına yıllık ortalama cepten harcama tutarı 57 800 000 TL (50.3 dolar) tanı/televi ve 37 800 000 TL (32.8 dolar) ilaç olmak üzere toplam olarak 95 600 000 TL (83.1 dolar) olarak bulunmuştur. Türkiye'de 2000 yılında, toplam sağlık harcamalarının %28.8'ini cepten sağlık harcamalarının oluşturduğu ve kişi başına yıllık cepten harcama tutarının 43 dolar olduğu

açıklanmıştır (WHO;2002:217). Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılı için açıklanan cepten harcama tutarı ise 41.9 dolardır (Tokat,M.;1998:47). Bizim bulduğumuz cepten harcama tutarı Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün istatistiklerinde sunulan sayıların neredeyse iki katıdır. Bu durum, Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan ve dolayısıyla da DSÖ istatistiklerine de yansıyan cepten harcamalarla ilgili tutarın hane halkı araştırması ile değil, özel sağlık kuruluşlarından alınan sınırlı veriler ışığında hesaplanmış bir sayı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sağlık Bakanlığı yetkilileri de açıkladıkları verileri doyurucu bulmadıkları için, cepten harcamalarla ilgili hesapları da içeren ulusal sağlık harcamaları hesaplama yöntemini değiştirmek amacıyla bir proje hazırlamışlardır. Bu projede cepten sağlık harcamalarını belirlemek amacıyla hane halkı araştırmalarının yapılması benimsenmiş ve proje başlatılmıştır (SB,2002).

Cepten yapılan yıllık ortalama toplam harcamalar incelendiğinde, en düşük harcamanın Bağ-Kur'lu yararlanlarında, en yüksek harcamanın ise Bağ-Kur emeklilerinde yapıldığı bulunmuştur (Tablo 8). Ayrıntılara girilmeden yalnızca sosyal güvenlik örgütleri bazında değerlendirme yapılacak olursa; en düşük harcama, güvencesi kamu bütçesi olanlarda, en yüksek harcama ise güvencesi Emekli Sandığı olanlarda bulunmuştur. Az sayıda olmakla birlikte, özel sağlık sigortası olanların cepten harcama tutarı çalışmaya katılanların tümünün ortalama tutarı ile yakın bulunmuştur.

Tablo 8. Kişi başına ortalama yıllık cepten harcamalar

Sağlıkla ilgili güvence	Sayı	Kişi başına yıllık ortalama cepten harcamalar					
		Milyon TL	ABD Doları	Milyon TL	ABD Doları	Milyon TL	ABD Doları
Yok	3830	108.0	93.9	67.3	58.5	40.7	35.3
Kamu bütçesi	971	40.7	35.4	24.6	21.4	16.1	14.0
Kamu bütçesi ¹	391	47.4	41.2	33.9	29.4	13.5	11.7
Kamu bütçesi ²	580	36.3	31.5	18.4	16.0	17.9	15.5
Emekli Sandığı	550	139.7	121.5	61.3	53.3	78.4	68.2
Emekli Sandığı ³	294	214.2	186.2	106.8	92.8	107.4	93.4
Emekli Sandığı ⁴	256	54.2	47.1	9.1	7.9	45.1	39.2
SSK	3405	88.0	76.5	54.0	47.0	34.0	29.6
SSK ⁵	773	66.9	58.2	38.0	33.1	28.9	25.1
SSK ⁶	1443	88.1	76.6	59.4	51.7	28.7	24.9
SSK ⁷	530	107.2	93.2	54.0	46.9	53.2	46.2
SSK ⁸	659	97.3	84.6	61.1	53.1	36.3	31.5
Bağ-Kur	1125	110.7	96.3	78.9	68.6	31.8	27.6
Bağ-Kur ⁹	195	48.8	42.5	33.4	29.0	15.5	13.
Bağ-Kur ¹⁰	336	27.1	23.6	10.8	9.4	16.3	14.2
Bağ-Kur ¹¹	278	295.1	256.6	263.8	205.8	58.4	50.7
Bağ-Kur ¹²	316	75.6	65.7	40.7	35.4	34.9	30.3
Yeşil Kart	333	67.0	58.3	5.4	4.7	61.6	53.5
Özel sigorta	76	96.5	83.9	65.3	56.8	31.2	27.1
Toplam	10290	95.6	83.1	57.8	50.3	37.8	32.8

¹ Halen çalışan memur² Halen çalışan memur yararlananı³ Memur emeklisi⁴ Memur emeklisi yararlananı⁵ Halen çalışan işçi⁶ Halen çalışan işçi yararlananı⁷ İşçi emeklisi⁸ İşçi emeklisi yararlananı⁹ Aktif ödeme yapan (Sağlık

sigortası var)

¹⁰ Aktif ödeme yapan yararlananı (Sağlık sigortası var)¹¹ Bağ-Kur emeklisi¹² Bağ-Kur emeklisi yararlananı

Cepten yapılan yıllık ortalama tanı/tedavi harcamaları incelendiğinde, yeşil kartlıların harcamalarının en düşük, Bağ-Kur emeklilerinin en yüksek düzeyde bulunduğu anlaşılmaktadır (Tablo 8). Diğer emeklilerin ortalama tanı ve tedavi harcamaları Bağ-Kur emeklileri ile karşılaştırıldığında daha düşük bulunmuştur. Dikkati çeken bir bulgu, özel sigortalıların da cepten tanı ve tedavi harcamalarının ortalama harcama tutarına yakın olmasıdır. Ancak özel sigortalı sayısının çok az olması daha fazla değerlendirmeyi olanaklı kılmamaktadır.

Cepten yapılan yıllık ortalama ilaç harcamaları incelendiğinde, harcamanın güvencesi kamu bütçesi olanlarda en az, güvencesi Emekli Sandığı olanlarda ise en fazla olduğu bulunmuştur (Tablo 8). Diğer emeklilerin ilaç harcamaları daha düşük bulunmuştur. Emekli Sandığı mensuplarının ilaç için yaptıkları cepten harcamanın büyüklüğü ve diğer emeklilerle arasındaki farkı açıklayabilmek için, daha ayrıntılı çalışmaların yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Dikkati çeken önemli bir bulgu, Yeşil Kartlıların cepten ilaç harcamasının çok yüksek bulunmasıdır.

Çalışmada cepten yapılan toplam sağlık harcamaları içerisinde ilacın payı % 39.5 olarak bulunmuştur. Ankara'da 1995 yılında yapılan bir çalışmada doğrudan sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç harcamalarının oluşturduğu ve sosyal güvencesi olmayanların daha fazla harcama yaptıkları bulunmuştur (Kılıç, B.; 1997:7). Bizim çalışmamızda ilacın payı daha düşük olmakla birlikte, her

iki çalışmada da sosyal güvencesi olmayanların ilaç harcamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. 1992 yılında yapılan başka bir çalışmada da halkın cepten yaptığı harcamaların % 41.5'inin ilaca gittiği saptanmıştır (Yıldırım, 1994). Bu çalışmanın bulgusu bizim çalışmamızla benzerdir. Sağlık Bakanlığı Türkiye'de 1998 yılında yapılan cepten harcamaların % 26.0'ünün ilaca harcandığını açıklamaktadır (Tokat, M.; 2001:43). Bizim çalışmamızda ilaca ayrılan payın daha yüksek bulunması; Sağlık Bakanlığı verisinin hane halkı araştırmasına dayanmaması, özel sektörden alınan verilere dayanarak hesaplanması nedeniyle eksik hesaplanmış olma olasılığı ve Türkiye'de her geçen yıl ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının artma eğilimine bağlanabilir (TTB; 2000:91). Bu konuda daha kapsamlı bir değerlendirmeyi, Sağlık Bakanlığı tarafından yaptırılmakta olan ve Türkiye'yi temsil etmesi planlanan hane halkı araştırmasının sonuçları yayınlandıktan sonra yapmak olanaklıdır.

Türkiye'de toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payının 1992'de %31.3'ten 2000'de %28.8'e gerilediği açıklanmaktadır (Tokat, M.; 1997:72; WHO; 2002:216). Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan verilerin güvenilirliği tartışmalı olmakla birlikte, üzerinde önemle durulması gereken bir konu; sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu payının artmasının, sağlıkta eşitliği olumlu etkilemesidir (Belek, İ.; 2001:89; Liapopoulos, L.; 1998). Başka bir deyişle, sağlık hizmetlerinin

finansmanında kamu payının azaltılması sağlıkta yaşanan eşitsizlikleri derinleştirmektedir. Çok sayıda sanayileşmiş ekonomide, 1980'lerde, "refah devletinin krizi" olarak da adlandırılan yaşanan süreç ve sonuç olarak kamu açıklarının hükümetler üzerinde oluşturduğu baskı, kamu harcamalarının azaltılmasına yol açmıştır. Kamu harcamalarının azaltılması sırasında, sağlık harcamaları da içinde olmak üzere, sosyal hizmetlere ayrılan bütçe sıklıkla hedef olmuş ve sağlığa ayrılan kamu payı azaltılma eğilimine girilmiştir. Aynı zamanda bu ülkelerde nüfusun yaşlanmasına ve işsizliğin yükselmesine bağlı olarak sosyal hizmetlere olan talepte de artış gözlenmiştir (Hopkins, S.; 2001). Bütün bunlar sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payının giderek artmasına yol açmıştır (Liaropoulos, L.; 1998; Hopkins, S.; 2001). Yunanistan'da toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı 1981'de % 2.68 iken, 1992'de % 3.43'e ve ev halkı harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı ise 1981/1982'de % 4.8 iken, bu oran 1993/1994'te % 5.7'ye yükselmiştir (Liaropoulos, L.; 1998). Toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların payı 1995 ile 2000 yılları arasında; İsveç'te % 14.8'den % 22.7'ye, Rusya Federasyonu'nda % 15.2'den % 23.4'e, Belçika'da % 13.4'ten % 16.0'a, Arjantin'de % 28.3'ten % 34.1'e ve Çin'de % 50.2'den % 60.4'e yükselmiştir (WHO; 2002: 210). Dikkati çeken bir bulgu, bu dönemde (1995-2000), sağlık hizmetlerinin finansmanının ağırlıklı olarak vergiden sağlandığı ülkelerde cepten harcamaların oranında İsveç dışında büyük bir artış olmazken (Hatta bu oran İrlanda'da % 3.4; Norveç'te % 0.9 ve İngiltere'de % 0.3 azalmıştır); sağlık hizmetlerinin finansmanının sosyal ya da özel sigorta ağırlıklı sağlandığı ülkelerde cepten harcama oranının artmış olmasıdır (WHO; 2002:210). Ancak çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalarda ortaya çıkan önemli bir sorun, cepten harcamalardaki artış düşük gelirli ailelerde, yüksek gelirli ailelerdeki göre daha fazla bir yük oluşturmaktadır (Hopkins, S.; 2001; Pannarunothai, S.; 1997; DB; 2002: 10). Bu eğilim sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmesi bakımından önemlidir ve sağlık hizmetlerinin finansmanında kamu payının azaltılmasını önlemenin gereğini ortaya koymaktadır.

Çalışmanın sonuçları, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten harcamaların payının, Sağlık Bakanlığı tarafından açıklanan orandan daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynaklarının son yıllarda giderek artan önemi, bu konuda daha fazla araştırma yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Teşekkür

Bu çalışma sırasında bizimle birlikte çalışan Tıp Fakültesi son sınıf öğrencileri ile bölüm asistanlarına teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

Belek, İ.(2001), "Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası", Sorun Yayınları, 3.Baskı, İstanbul.

Cichon, M., Newbrander, W., Yamabana, H., Et al.(1999), "Modelling in health care finance, A compen-

dium of quantitative techniques for health care financing", International Labor Office, International Social Security Association, Geneva.yeter

DB (2002), "Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği iyileştirmek amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar", İnsan Geliştirme Sektörü Birimi Avrupa ve Orta Asya Bölgesi, Dünya Bankası Dökümanı, Rapor No. 24358-TU.

DİE (1996), Devlet İstatistik Enstitüsü Web sitesi, <http://www.die.gov.tr/TURKISH/SONIST/HHGELTUK/270196.html>

DİE (2002), Devlet İstatistik Enstitüsü Web sitesi, <http://www.die.gov.tr/TURKISH/SONIST/GSYIH/220102t5.gif>

GEAB (2000), Gemlik Eğitim Araştırma Bölgesi'nin 2000 Yılı Çalışma Raporu, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı yayını, Bursa.

Hopkins, S., Cumming, J. (2001), "The impact of changes in private health expenditure on New Zealand households", Health Policy, 58:215-229.

Kılıç, B. (1997), "Gölbaşı Bölgesinde Doğrudan Sağlık Harcamaları ve Bunu Etkileyen Etmenler", Toplum ve Hekim, TTB Yayını, 12(77):2-10.

Liaropoulos, L., Tragakes, E. (1998), "Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity", Health Policy, 43 :153-169.

OECD (2000), "A System of Health Accounts", Version 1.0, OECD, Paris.

Pala, K. (1997), "Gemlik İlçe Merkezinde Kişilerin Hastalanma Sıklıkları ve Hekime Başvuruları", Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Bursa.

Pannarunothai, S., Mills, A. (1997), "The poor pay more: health-related inequality in Thailand", Social Science Medicine, 44(12):1781-90.

SB (2002), "Türkiye Ulusal Sağlık Hesaplarının Geliştirilmesi ve Uygulanması Başlangıç Raporu", Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Harvard School of Public Health, Sağlık İdaresi Araştırmaları İşletmesi, Ankara.

Soyer, A. (1996), "Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık, Türkiye Fotoğrafı (1980-1995)", Ankara.

TCMB (2001), T.C. Merkez Bankası Web sitesi,

Tokat, M., Atabaş, S., Üresin, E., Ergüder, T., Boztok, D., Sezgin, B. (2001), "Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998", T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

TTB (2000), "Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000", Türk Tabipleri Birliği, Yayın No:001/2000, Ankara.

WHO (2002), "The World Health Report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Life", World Health Organization, Geneva.

Yıldırım, S. (1994) : Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi. DPT, Yayın No : 2350.