

ARAŞTIRMA**GÖLBAŞI BÖLGESİNDE DOĞRUDAN SAĞLIK HARCAMALARI ve BUNU ETKİLEYEN ETMENLER**

Dr. Bülent KILIÇ*

ÖZET:

Bu araştırmada Gölbaşı EASGB (Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı) Bölgesinde oturan bireylerin yaptıkları doğrudan sağlık harcamaları ve bunu etkileyen etmenlerin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır.

Bu çalışma kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır. Ankara iline bağlı olan Gölbaşı EASGB Bölgesinde, Eylül 1995 tarihinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma evreni kırsal ve kentsel bölge olarak ikiye ayrılmış ve kırsal alanda küme örnekleme, kentsel alanda çok aşamalı nüfusa ağırlıklı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada 1635 evde 7369 kişiye ait bulgular toplanmış olup, tüm evrenin % 20'sine ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre herhangi bir sağlık hizmetine başvuranların % 84'ü doğrudan harcama yapmıştır. Yapılan doğrudan harcamaların % 45'i ilaca, % 31'i tetkiklere gitmektedir. Toplam doğrudan harcama tutarı kişi başına ortalama 1 828 000 TL (38 \$), ortanca ise 400 000 TL (8,3 \$)'dir. Sosyal güvencesi olmayanlar özel sektörü daha fazla kullanmaktadırlar. Bu nedenle doğrudan sağlık harcaması sosyal güvencesi olmayan grupta sosyal güvencesi olanlara göre dört kat daha fazladır. Başvurulan kurum, konulan tanı ve hekimin uzmanlık dalına göre de doğrudan harcamalar etkilenmektedir. En çok doğrudan harcama özel sektöre ve uzman hekimlere başvuranlarda görülmektedir.

Bu sonuçlara göre sosyal güvenlik sistemlerinin tüm toplumu içine alacak şekilde geliştirilmesi ve özellikle ilaç giderleri başta olmak üzere sosyal güvenlik kuruluşlarının katkı paylarının artırılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Harcamaları, Doğrudan Harcamalar, Cepten Harcamalar, Özel Harcamalar, Sosyal Güvenlik, Sağlıkta Finansman, Sağlık Ekonomisi

SUMMARY:**DIRECT PATIENT PAYMENTS IN GÖLBAŞI DISTRICT AND AFFECTING FACTORS**

The aim of this study is to determine the direct patient payments spent by people living in Gölbaşı Education and Research Health District and the factors affecting these health expenditures.

This is a cross-sectional, analytical study which took place in Gölbaşı Education and Research Health District, Ankara in September, 1995. Target population is divided into two as rural and urban areas. In the rural area, the method of cluster sampling, and in the urban area, the method of stratified sampling are used. In this research, the results of 7369 people living in 1635 houses were compiled. The sample population is 20% of the target population.

According to the survey results, 84% of the people who applied for any health service have spent money out-of-pocket. 45% of this direct patient payments was spent for medicine and 31% for laboratory services. The total amount of direct payments per person was 1 828 000 TL (USA \$ 38) as mean and 400 000 TL (USA \$ 8,3) as median. The ones without social security used for health services less but preferred private sector more compared to people with social security. As a result the direct payments in this group (without social security coverage) was 4 times higher than the others. The institution applied, the

* Halk Sağlığı Uzmanı

diagnosis and the speciality of the physician affected the direct payments. Direct patient payment was highest in the group who preferred private sector and the specialists.

Since people without social security used less health services and spent more money, this research suggests that social security systems should cover everyone in the society.

Key Words: Health Expenditures, Direct Patient Payments, Out-of-Pocket Payments, Private Expenditures, Social Security, Health Finance, Health Economics.

GİRİŞ ve AMAÇ:

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemleri toplumun tamamını kapsamamaktadır. 1994 yılı verilerine göre toplumun % 22’si sosyal güvenlik kapsamı dışındadır (SSK; 1995:24). Bağ-Kur veya SSK kapsamında olup da prim yatırmayanlar da göz önüne alındığında ise Türkiye’deki güvencesiz kesimin çok daha yüksek bir oranda olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü’nün Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu’na hazırlattığı “Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması”nda Türkiye’deki sigortasız kesim 1992 yılı için toplam 27 milyon kişi (%46) olarak hesaplanmıştır (SB;1996:16). Neredeyse toplumun yarısını oluşturan sosyal güvencesiz bu grup, alacağı tedavi edici sağlık hizmetlerinin bedelini (en azından ayaktan tedavilerde) kendisi karşılamak, yani doğrudan harcama yapmak (cepten harcama) zorundadır.

Sosyal güvenlik kapsamı içinde görülen % 54-78’lik kesim ise özellikle ilaç bedellerinde ve ayaktan tedavilerde bir katkı payı ödemek zorunda kalmaktadır. Sağlık harcamaları içinde bu oran Sağlık Bakanlığı verilerine göre % 34’lere kadar varabilmektedir (SB;1996:16-9). Doğrudan yapılan sağlık harcamalarının, gözlük ve benzeri protezlerin alımlarında, diş protez tedavilerinde ise daha da yüksek boyutlara vardığı bilinmektedir.

Dünya Bankası verilerine göre 1990 yılı itibarıyla GSMH’den yapılan % 4’lük toplam sağlık harcamasının yarıdan fazlası (% 2,5’luk kısmı) özel harcamalar yolu ile gerçekleşmiştir (WB;1993:211). Bu tutarın hemen hemen tamamını doğrudan harcamaların oluşturduğu, çok azının (% 2) özel sigorta payı olduğu bilinmektedir. Bu durumda sağlık harcamalarının önemli bir kısmı doğrudan cepten çıkmış olmaktadır.

DiE’nin 1987 yılında yaptığı “Hane Halkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi” sonuçlarına göre sağlığa harcanan para, tüketim harcamalarının %2,6’sıdır (DiE; 1995:309). Bu durumda doğrudan sağlık harcamaları tutarı yılda yaklaşık olarak 1,8 milyar dolar olmaktadır

(Soyer;1996a:41). Bu da Türkiye gibi kişi başına ulusal geliri düşük bir ülkede, sağlık sektörüne cepten aktarılan paranın aslında oldukça yüklü bir tutar olduğunu göstermektedir. 1992 yılında kişi başına 107 \$ olan sağlık harcamalarının % 28’i kişisel harcama olduğuna göre kişi başına yılda yaklaşık olarak 30 \$ cepten harcama yapılmaktadır (Yıldırım, S.;1994).

Öte yandan özel sağlık harcamalarının oranı kamu sağlık harcamaları ile kıyaslandığında son yıllarda % 30’lara kadar düşmüş ve kamu harcamaları artmış gibi gözükse de bu durum aslında kamu gelirlerinin fon ve döner sermaye gibi çeşitli yöntemlerle artmış gibi gösterilmesinden kaynaklanmaktadır. Oysa adı geçen gelirler de çalışanlardan alınan paralarla desteklenmektedir (Yıldırım;1994 ve Soyer;1996a).

Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB), kesin olmayan kayıtlarına göre Türkiye’de hekimlerin yaklaşık yarısı hem kamu hem de özel sektörü bir arada kullanmaktadır (Soyer; 1996b). Bu nedenle sosyal güvencesi olan hastaların bir kısmı da kamudaki işlemlerinin daha hızlı ve sağlıklı yürüyebilmesi için önce, hem kamu hem de özel sektörde çalışan hekimin muayenehanesine gitmekte ve doğrudan harcama yapmak zorunda kalmaktadır. SSK hastanelerindeki “sür-time” (fazla çalışma), ve üniversite hastanelerindeki “özel muayene”ler de bu uygulamaların değişik biçimleri olarak yasal bir şekle büründürülmüştür. Bu durumda Türkiye’de hekimlerin hem kamu hem de özel sektörü bir arada kullanmaları veya kamu içinde ücretli olarak özel muayene yapmaları hastaların doğrudan harcama yapmasını artırmaktadır.

Türkiye’de hem kamu hem de özel sektörde çalışan hekimler nedeniyle kamu sağlık sektörünün gelişimi de doğrudan ya da dolaylı bir şekilde engellenmektedir. Bu da bireylerin zorunlu kalmadıkça kamuyu tercih etmelerine yol açmaktadır.

Diğer yandan sağlık harcamalarına yeterli kaynak ayrılmayışı ve kamu sağlık sektörünün yetersiz olanaklara sahip olması nedeniyle özellikle kentlerde özel poliklinik ve muayenehane kullanımı, dolayısıyla bireylerin doğrudan sağlık harcamaları da artmaktadır.

Günümüzde bireyler, hastalandıkları zaman sevk zincirine uymaksızın diledikleri sağlık kurumuna başvurabilmekte ve bu durum hastane polikliniklerinde aşırı yığılımlara neden olmaktadır. Bu durumda bireyler, daha az bekledikleri ve daha iyi muayene olabildikleri özel sektörü tercih etmektedirler ve bu durum da doğrudan sağlık harcamalarını artırmaktadır. Bunun yanı sıra başvuru kamu sağlık kuruluşlarında da (sağlık ocakları dahil olmak üzere) vakıf veya derneklere bağlı adı altında az veya çok

bir miktar para alınması da başka bir doğrudan harcama kaynağı olmaktadır. Sonuçta doğrudan yapılan sağlık harcamalarının yüksek tutarlara erişmiş olması özellikle gelir düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan ve hastalık riskini daha fazla taşıyan kesimlerde sağlık hizmetlerine başvuruyu azaltmakta, bireyler zorunlu kalmadıkça sağlık kuruluşlarına başvurmak istememekte, başvurularını ertelemektedirler.

Bu çalışmada, TC Sağlık Bakanlığı Ankara ili Gölbaşı Eğitim ve Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı (EASGB) Bölgesinde oturan bireylerin, Eylül 1995 tarihinde herhangi bir sağlık hizmeti için başvurularında yaptıkları doğrudan sağlık harcamasının (cepten harcamanın) kişi başına düşen ortalama (mean) ve ortanca (median) tutarlarının saptanması; bu harcamanın içinde hekim, ilaç, tetkikler, ameliyatlara ve sağlık kurumlarına düşen payın belirlenmesi ve sosyal güvence durumu, kırsal-kentsel bölgede oturma, konulan tanı, başvuru kurum ve başvuru hekimin uzmanlık dalı gibi etmenlerin de doğrudan sağlık harcamalarına olan etkisinin saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM:

Bu çalışma kesitsel ve analitik tipte bir çalışmadır. Ankara iline 16 km. uzaklıkta, Gölbaşı ilçesinde, TC Sağlık Bakanlığı Gölbaşı EASGB Bölgesi'nde gerçekleştirilmiştir. İlçede elektriği ve yolu olmayan köy yoktur. Her köyde telefon vardır. Köylerin ve ilçe merkezinin Ankara ile olan bağlantısı, ulaşım ve iletişim açısından gelişmiş düzeydedir. Nüfusun büyük çoğunluğu alışveriş, sağlık hizmetleri ve benzeri durumlarda Ankara'yı kullanmaktadır. Gölbaşı EASGB sınırları içinde 2'si ilçe merkezinde olmak üzere 8 sağlık ocağı vardır. Ayrıca ilçede merkezinde 1 Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP), 1 Semt Polikliniği (Sağlık Bakanlığı Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Trafik Hastanesine bağlı) sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık ocaklarında SSK ve Bağ-Kur'luların birinci basamak sağlık hizmetleri de karşılanmaktadır. Gölbaşı EASGB'nin Bölge Hastanesi yoktur. Gölbaşı ilçe merkezinde özel olarak çalışan 2 poliklinik, 2 hekim, 3 dış hekim muayenehanesi, 4 sağlık kabini ve 9 eczane vardır. Özel hastane yoktur.

Gölbaşı EASGB verilerine göre bölgenin 1994 yıl ortası nüfusu 37 212 olup bunun 20 393'ü (% 55) ilçe merkezi nüfusu, 16 819'u (% 45) kırsal alan nüfusudur. Nüfusun % 23,4'ü SSK, %10,5'i Emekli Sandığı ve %7,5'i Bağ-Kur kapsamındadır. Nüfusun % 57,7'sinin hiç bir sosyal güvencesi yoktur (**Gölbaşı EASGB;1995**).

Araştırma evreni olarak Gölbaşı EASGB Bölgesindeki

7820 konut alınmıştır. Örneklem aşamasında öncelikle araştırma evreni kırsal ve kentsel alan olmak üzere iki bölgeye ayrılmıştır. Kentsel alan Gölbaşı ilçesinin merkezinde yer alan 6 mahalleden, kırsal alan ise Gölbaşı EASGB sınırları içindeki 59 köyden oluşmaktadır. Kırsal alan içinde nüfusu 2000'i aşan belediyesi olan yerler bulunmamaktadır ve bu nedenle bu yerleşim birimleri kent olarak alınmamıştır. Araştırma evreninde toplam 7820 konut bulunmakta olup; bu konutların 4356'sı (% 56) kentsel alanda, 3464'ü (% 44) kırsal alanda bulunmaktadır.

Bu çalışmada kırsal ve kentsel alanlarda iki farklı yöntem; kırsal alanda küme örnekleme ve kentsel alanda çok aşamalı, nüfusa ağırlıklı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Kırsal alanda yer alan 59 köyün hane sayıları birbirine eşit değildir ve konut sayıları 22 ile 180 arasında değişmektedir. Bu durumda kırsal alandaki kümelerin içerdiği ev sayılarının değişken olması ve birbirlerine eşit özellikler taşımayışları nedeniyle, her kümenin kendi içinde heterojenliğinin, kümeler arasında ise homojenliğin sağlanabilmesi amacıyla kırsal alan köylerinden en az 100 konut içeren ilk 12 köy birer küme olarak kabul edilerek kırsal alan evreni olarak alınmıştır. Ulaşım olanaklarındaki yetersizlikler nedeniyle bu kümelerin hepsine gidilmesi olanaksız olduğundan, kümelerden % 50'si (altı küme) basit rastgele yöntemle örnekleme seçilmiştir. Örneklem çıkan kümelerdeki (Beynam, Selametli, Gökçe höyük, B. Davdanlı, Topaklı, Ahıboz köyleri) tüm evlere ise gidilmesi hedeflenmiştir.

Gölbaşı EASGB yıllık çalışma raporuna göre kırsal alanda kişi başına düşen ortalama muayene sayısı 0,32; bir evde yaşayan ortalama kişi sayısı ise 4,8'dir. Bu durumda her evde, araştırma kapsamında olan son bir aylık dönemde $(0,32 \times 4,8) / 12 \text{ ay} = \text{ortalama } 0,12 \pm 0,01$ başvuru/ay ($S=0,1$) olması beklenmektedir. Buna göre yapılan örneklem büyüklüğü hesabında $(n=[N.t^2.\sigma^2] / [d^2.(N-1)+t^2.\sigma^2])$ kırsal alandan en az 346 evin örnekleme alınması gerektiği hesaplanmıştır ($\alpha=0,05$ ve $N=3464$). Fakat sağlık hizmetleri için başvuru sayısının aylara göre değişebileceği dikkate alınarak bu sayının yaklaşık iki katına ulaşılması hedeflenmiştir. Kırsal bölgeden araştırma örnekleme alınan 6 kümedeki ev sayısı 792 olup, görüşme gerçekleştirilen ev sayısı 683'tür. Bu sayı, hedeflenen sayının % 86'sıdır.

Kentsel alanda yer alan 4356 evden kaçının örnekleme gerekeceği kırsal alan için kullanılan yöntemle hesaplanmıştır. Buna göre son bir ay içinde bir evden $(1,06 \times 4,68 / 12) = 0,41 \pm 0,03$ başvuru/ay ($S=0,3$) beklenmektedir. Bu durumda en az 353 evin ($\alpha=0,05$; $N=4356$) örnekleme alınması gerektiği saptanmıştır. Fakat kırsal alanda 792 ev hedeflenmesi nedeniyle, kırsal/kentsel oranının bozul-

maması için, kentsel alandan örnekleme alınan evlerin, aynen araştırma evreninde olduğu gibi toplam örneklemin % 56'sını oluşturması hedeflenmiştir. Bu durumda kentsel alanda örnekleme alınması gereken ev sayısı $792 \times (56/44) = 1008$ olarak saptanmıştır. Örnekleme alınması gereken 1008 evin saptanmasında çok aşamalı, nüfusa ağırlıklı küme örnekleme ve sistematik örnekleme kullanılmıştır. Bunun için kentsel alandaki 6 mahalle birer küme olarak kabul edilmiş ve her kümeden içerdiği ev sayısına ağırlıklı olarak örnekleme girecek ev sayısı saptanmıştır. Daha sonra her mahallede sistematik örnekleme yapılarak her 4 evden biri görüşme yapmak üzere seçilmiştir. Evde kimsenin bulunmadığı durumlarda bir sonraki ev yedek olarak kullanılmıştır. Kentsel alanda bir anketörün araştırma dışında kalması nedeniyle 952 eve ulaşılabilmektedir. Bu sayı hedeflenen sayının % 94,4'üdür.

Araştırma evreninin toplam nüfusu 37212, toplam ev sayısı 7820 olup, araştırma örneklemine giren 1635 evde 7369 kişiye ait bilgiler toplanmıştır. Örnekleme alınan evler, tüm evrendeki evlerin % 20,9'u; bu evlerde oturan kişiler ise toplam nüfusun % 19,8'idir. Böylece yaklaşık olarak her 5 evden ve her 5 kişiden birisine ulaşılmıştır. Ulaşılan kişilerin yaş ve cinsiyete göre dağılımı da bölge verileriyle uyumludur. Bu durumda örnekleme seçilen evlerin ve kişilerin Gölbaşı EASGB Bölgesini gerçek anlamda temsil etmesi sağlanmıştır.

Araştırmanın verileri örnekleme seçilen evlerde, yüz yüze görüşme yolu ile toplanmıştır. Sağlık hizmeti başvurularının inceleneceği zaman dilimi olarak Eylül ayı seçilmiştir. Bunun nedeni yaz aylarında bölge halkının tatile çıkma olasılığının kuvvetli olması ve başvuru sayısının göreceli olarak düşebileceğidir. Kış aylarında ise bunun tersine solunum yolu enfeksiyonları ve hastalanma sayıları göreceli olarak artacak ve yanıltıcı olabilecektir. Bu nedenle geriye en uygun zaman olarak sonbahar veya ilkbahar ayları kalmaktadır. Araştırmada bu nedenle Eylül ayı tercih edilmiştir. Kişilerin bellek yanılığını en aza indirgeyebilmek için geriye yönelik sorular bir ay ile (Eylül 1995) sınırlandırılmış ve bu nedenle araştırmanın verileri 2 Ekim ile 12 Ekim 1995 tarihleri arasında Eylül ayındaki başvurular sorularak toplanmıştır. Konulan tanılar 150 başlıklı A listesine göre kodlanmıştır ve birden fazla tanı konulmuşsa tüm hastalıklar en önemlisinden başlanarak sırayla kaydedilmiştir. Değerlendirme yapılırken, AÇSAP başvurularının çok az olması nedeniyle, AÇSAP başvuruları Sağlık Ocağı Grubu ile birleştirilmiştir.

Veri toplamada anket uygulamalarını Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda staj yapan 35 intern doktor yapmıştır. Veri toplama aşamasından önce anketörlere 6 saatlik kuramsal bir eğitimle araştırmanın amacı, gerekçesi, önemi ve konu ile ilgili genel

bilgiler aktarılmış böylece anketörlerin soru sorma ve alınan yanıtları değerlendirmelerinde olabildiğince standart olabilmelerini sağlamak amaçlanmıştır. Veri toplama aşamasında ortaya çıkan sorunlar ise haftada en az 2 kez yapılan değerlendirme toplantıları ile aşılmaya çalışılmıştır.

Bu araştırmada kullanılan "Doğrudan Sağlık Harcaması", (*Direct Patient Payments, Out-of-Pocket Payments*) deyimi bireylerin herhangi bir sağlık kurumuna başvurduklarında ceplerinden yaptıkları doğrudan harcama anlamına gelmektedir. Bu paranın herhangi bir şekilde, bir kurumdan veya işverenden geri alınmaması gerekmektedir. Doğrudan sağlık harcaması; sağlık hizmeti sırasında yapılan ulaşım, konaklama ve beslenme giderlerini kapsamamaktadır.

Verilerin değerlendirilmesinde Epi Info (version 6,01) istatistik programı kullanılmıştır. İstatistik analizlerde, "Bartlett testi", "iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi)", "Man-Whitney U testi", "ANOVA", "Kruskal-Wallis Tek Yönlü Varyans Analizi" ve "Ki-kare önemlilik testi" kullanılmıştır. Yapılan doğrudan harcamaların hesaplanması aşamasında ortalamaların (mean) yanı sıra ortanca (median), standart sapma (S), standart hata ve varyanslar hesaplanmış, tablolarda sınırlar da (range) ayrıca belirtilmiştir. Araştırmada ortalama yerine daha çok ortancaların kullanılması yeğlenmiştir. Fakat buna rağmen ağırlıklı ortalamaların hesaplanamayışı bir eksiklik olarak kabul edilmelidir. Yapılan harcamalar Türk Lirası (TL) üzerinden hesaplanmıştır. Ancak sonuçların zaman içinde daha sonra da değerlendirilebilmesi ve uluslararası karşılaştırmalarda bulunulabilmesi amacıyla ABD \$'ı cinsinden de hesaplamalar yapılmıştır. 1 ABD \$'ının serbest piyasa satış fiyatı, 1 Eylül-30 Eylül 1995 tarihleri arasında ortalama 47 933 ± 100 TL olmuştur.

Görüşmeyi yarıda kesme 1 evde gerçekleşirken, görüşmeyi geri çevirme 12 evde (% 0,7) olmuştur. Bu evlerin tamamı kentte yer almaktadır ve yerlerine yedekleri alınmıştır. Araştırmada harcamaların sınıflandırılmasında "anımsayamama" nedeniyle bir takım sorunlar yaşanmıştır. Bireyler genellikle toplam harcama miktarını anımsamış, ancak bazıları bunu çeşitli kalemler arasında paylaştırmakta zorluk çekmişlerdir. Bu durumda bu değerler dikkate alınmamış ve harcanan paranın hangi kalemlere gittiği sadece anımsananlar üzerinden hesaplanmıştır. Araştırma gündüz saatlerinde gerçekleştirildiğinden genellikle ev kadınları ile görüşülmüştür. Bu durumda evde bulunmayan kişilerin (çoğunlukla erkekler) hastalanma ve sağlık hizmetine başvuru sayıları bundan etkilenbilir. Yani kadınlar eşlerinin iş yerindeki sağlık başvurularını ve harcamalarını bilmiyorlarsa bu durum söylenen başvuru sayısını ve harcamaları düşürebilecektir.

Araştırmada elde edilen bulgular sadece Gölbaşı EASGB Bölgesi için geçerlidir. Her ne kadar Bölge ile Türkiye geneli arasında benzer özellikler varsa da bu bulgular Türkiye için genellenemez.

BULGULAR ve TARTIŞMA:

707 başvurudan 580'i doğrudan harcama yapmış; bunların ise sadece 14'ü (%1,2) yaptıkları harcamanın tutarını anımsayamamıştır. Sağlık hizmeti için başvuran bireylerin doğrudan harcama yapma oranı, başvuru yapılan kuruma göre değişmektedir. En yüksek doğrudan harcama yapma oranı % 98 ile özel sektörde ve % 95 ile Gölbaşı Semt Polikliniğinde gerçekleşmiştir. Bu iki kurum arasında, doğrudan harcama yapma oranları açısından istatistiksel olarak fark yoktur (Fisher χ^2 :0,27; $p>0,05$). Sağlık ocakları hariç tutulduğunda, diğer kamu kurumları arasında da bir farklılık bulunamamıştır. Bu kurumlarda doğrudan harcama yapma oranı % 75 ile % 67 arasında değişmektedir (χ^2 :1,05; $p>0,05$). Sağlık ocakları ise % 86 oranında doğrudan harcama yapma ile Gölbaşı Semt Polikliniğinden sonra en yüksek orana sahiptir. Bu sonuçlar oldukça dikkat çekicidir. Sağlık ocaklarının Sağlık Bakanlığı'nca maddi açıdan tam olarak desteklenmemesi, sağlık ocaklarına başvuranlardan doğrudan para alınmasına yol açmaktadır. Bu sayede sağlık ocağına sargı bezi, pamuk, acil ilaç, benzin ve yakacak gibi malzeme alımı sağlanmaktadır. Gölbaşı Semt Polikliniği ise Acil Yardım ve Trafik Hastanesi döner sermayesine bağlıdır. Son zamanlardaki özertleştirme ve özelleştirme girişimleri nedeniyle Sağlık Bakanlığı'nın hastanelerinde ve bağlı kuruluşlarında başvuranlardan doğrudan para alımı artmıştır. Bu durum semt polikliniğine de yansımaktadır. Tüm başvuranlar değerlendirildiğinde, doğrudan harcama yapma oranı % 84'tür. Yani yaklaşık olarak, başvuran her beş kişiden dördü cepten harcama yapmaktadır ve bu oran oldukça yüksektir. Doğrudan harcama yapma oranlarının yüksek olması sosyal güvenlik sistemlerinin yetersizliğini göstermektedir.

Doğrudan harcamalar, harcama kalemlerine göre değerlendirildiğinde en yüksek oranda harcama % 85 ile ilaç kaleminde gerçekleşmiştir. İkinci sırada % 80 ile ameliyatlarda gelmektedir ve bu iki kalem arasında istatistiksel olarak fark yoktur (Fisher χ^2 :0,1; $p>0,05$). Bu durum bireylerin ilaç alırken veya ameliyat olması gerektiğinde, doğrudan harcama yapma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

İnceleme yapılan evlere giren toplam aylık gelir 15,4 milyar TL olup sağlıkla ilgili toplam doğrudan harcamalar bu gelirin % 8,2'sini oluşturmaktadır. Ancak incelenen evlerin % 15'i aylık gelirlerini söylememişlerdir. Bu nedenle bu yüzdenin 1-2 puan daha düşük olması beklenmelidir.

DİE 1987 rakamlarına göre Türkiye'de, hane gelirlerinin % 2,6'sı sağlığa harcanmaktadır (DİE;1995:309). Bu araştırmada elde edilen oran ise bu rakamın en az iki katıdır. Gölbaşı EASGB Bölgesindeki bireylerin daha az sosyal güvenceye sahip olmaları nedeniyle, Türkiye ortalamasından daha fazla para harcamaları normal bir bulgudur.

Sınıflandırılabilen toplam harcama kalemlerinin dağılımına bakıldığında, harcamaların yaklaşık yarısının (% 45) ilaca yapıldığı görülmektedir (bakınız **Tablo-1**). İkinci sırada tetkiklere yapılan harcamalar (% 32) gelmektedir. Bu durum sosyal güvenlik kurumlarının en çok ilaç ve tetkik harcamalarında yetersiz kaldığını göstermektedir. Cepten harcanan her 1 milyon TL'nin 452 000 TL'si ilaca; 316 000 TL'si tetkiklere; 105 000 TL'si kurumlara; 62 000 TL'si hekimlere; 34 000 TL'si ameliyatlara; 31 000 TL'si de diğer harcamalara gitmektedir. Bölgede daha önce yapılan bir araştırmada da benzer bulgular saptanmış; doğrudan harcamaların % 63'ünün ilaca, % 18'inin tetkiklere gittiği saptanmıştır (Kılıç, B.;1994:305-8). Toplam sağlık harcamaları içinde ilaca büyük miktarda para gittiği eskiden beri bilinmektedir. Örneğin 1985 yılında yapılan bir araştırmada da kişi başına yapılan sağlık harcamalarının % 66'sının ilaca gittiği saptanmıştır (Cilasun, U.;1987:25). Sağlık Bakanlığı'nın yaptırdığı bir araştırmaya göre ise 1991 yılında kamu sağlık harcamalarının % 19'u, özel harcamalarınsa % 28'si ilaç ve tıbbi malzeme harcaması olarak gerçekleşmiş ve ilaç satışlarının da % 45'i doğrudan eczanelerden satış yolu ile olmuştur (Tokat, M.;1993:32,39,40). Bu bulgular ilaç sektörünün pastadan en büyük payı alan sektör olduğunu ortaya koymaktadır.

Tablo 1: Doğrudan Sağlık Harcamalarının Harcama Kalemlerine Dağılımı

Harcama	Toplam	
	Harcama (TL)	Yüzde
Kalemi İLAÇ	370 033 000	45,2
TETKİK	258 905 000	31,6
KURUM	85 902 000	10,5
HEKİM	51 000 000	6,2
AMELİYAT	28 000 000	3,4
DIŞ TEDAVİSİ	730 000	0,1
DIĞER*	24 390 000	3,0
TOPLAM	818 960 000	100,0

*Diğer harcamalar; 3 adet gözlük çerçeve bedeli (3,5; 2,5 ve 1 milyon TL), 2 doğum ücreti (7 ve 8 milyon TL), 1 sünet ücreti (1,5 milyon TL), enjeksiyon vb. giderlerdir.

Toplam doğrudan harcama tutarı kişi başına ortalama olarak 38, ortanca (median) olarak 8 \$'dır (bakınız **Tablo-2**). Ortalama ve ortancalar arasında bu kadar farklılık olması, dağılımların normal dağılıma uymaması ve en büyük değerlerin aşırılığından kaynaklanmaktadır. Bu nedenle değerlendirmeler ortalama değil, ortanca tutarlar üzerinden yapılmıştır.

Tablo 2: Harcama Kalemlerine Göre Doğrudan Harcama Ortanca ve Ortalamaları

Harcama Kalemi	Sayı	Ortanca Harcama		Ortalama Harcama		Sınırlar TL
		TL	\$	TL	\$	
Ameliyat	4	6 500 000	135,6	7 000 000 ± 3 391 000	146,0	0-15 000 000
İlaç	509	350 000	7,3	732 739 ± 59 402	15,3	0-20 000 000
Tetkik	212	100 000	2,1	1 221 000 ± 265 298	25,5	0-45 000 000
Kurum	573	0	0	149 828 ± 28 600	3,1	0-12 500 000
Hekim	623	0	0	81 339±10 350	1,7	0- 2 000 000
Diş Tedavisi	16	0	0	45 625 ± 31 858	0,9	0 - 500 000
Diğer**	13	500 000	10,4	1 876 000 ± 757 544	39,1	0 - 8 000 000
Toplam Har.	693	400 000	8,3	1 828 000 ± 451 550	38,1	0 -300 000 000#

*1 ABD \$=47 932 TL (Eylül 1995 ortalaması)

**Gözlük çerçevesi, doğum, sünnet vb harcamalar

Kapak Hastalığı Nedeniyle Tıp Fakültesinde Açık Kalp Ameliyatı Ücreti (sosyal güvencesi yok, kırsal alanda oturuyor) Ameliyat ücretini bilememiş ancak toplam 300 milyon TL harcama tutarını söyleyebilmiştir. Bu nedenle ameliyat harcamaları grubuna alınamamış, toplam harcamaya yazılmıştır.

Türkiye'de kişi başına düşen ortalama sağlık harcaması 1980'de 55 \$ iken, 1985'de 40 \$ olarak gerçekleşmiştir. 1988'de 51 \$ a çıkan harcamalar bu yıldan sonra giderek artmış ve 1992 yılında ortalama 107 \$ olmuştur (Yıldırım, S.;1994). Bu araştırmada elde edilen doğrudan harcama tutarı ortalama olarak alındığında (38 \$), kişi başına düşen sağlık harcamalarının % 36'sı etmektedir. Bu durum 1992 yılı rakamları olan % 34'lük özel sağlık harcamaları ve % 28'lik kişisel sağlık tüketimi oranları (Yıldırım, S.;1994) ile de uyumludur.

ABD'de doğrudan harcama tutarı 1983'te % 14; 1987'de % 13 ve 1991'de % 16 olarak gerçekleşmiştir (Eastaugh, SR.;1992:4). Ancak başka kaynaklarda bu oran % 25'e kadar çıkabilmektedir (Jacobs, P.;1991:49). Kişi başına düşen doğrudan harcama tutarı Japonya'da % 10-30 arasında değişmektedir, Fransa'da ise % 17'dir (Wolfe, PR;1993). Bu durumda Türkiye'de doğrudan harcama oranlarının gelişmiş ülkelerden daha fazla olduğu rahatlıkla söylenebilir.

Harcama kalemlerine göre doğrudan harcama tutarları incelendiğinde en yüksek doğrudan harcama ameliyatlarda yapılmakta (136 \$), ikinci sırada ilaç harcamaları (7 \$); üçüncü sırada tetkikler gelmektedir (2 \$) (bakınız Tablo-2).

Toplam harcamalar kamu ve özel sektöre yapılan başvurular açısından incelendiğinde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Özel sektöre başvuruların cepten 31 \$ harcarken, kamuya başvuruların 4 \$ harcamaktadır (bakınız Tablo-3). Yani özel sektöre başvurular yaklaşık olarak 7-8 kat daha fazla doğrudan harcama yapmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı'nın 1992 yılında yaptırdığı bir araştırmada da özel sektöre gidenlerin kamuya göre 5,6 kat daha fazla doğrudan harcama yaptıkları saptanmıştır (Ministry of Health;1995:247).

Toplam harcamalar kamu ve özel sektörün kendi içinde de farklılıklar göstermektedir. Kamu sektöründe en çok para harcanan yer Gölbaşı Semt Polikliniği ve Devlet Hastaneleridir. Bu iki kurum diğer kamu kurumlarından yüksek harcama açısından istatistiksel olarak da farklı çıkmıştır (bakınız Tablo-4). Özel sektörde ise özel hastaneler, diğerlerinden farklılık göstermektedir (Bartlett χ^2 : 110; p < 0,05; Kruskal Wallis:17,6 ve p < 0,05). Muayenehaneye gidenler ile özel polikliniğe gidenler arasında ise istatistiksel olarak farklılık yoktur (Bartlett χ^2 :0,05; p>0,05 ve t:0,36 ; p>0,05).

Sağlık hizmeti için başvurularda yapılan tetkikler kamu kuruluşlarında cepten 1 \$ harcamaya neden olurken; özel kuruluşlarda cepten 17 \$ harcamaya yol

Tablo 3: Toplam Doğrudan Harcamaların Kamu ve Özel Sektöre Dağılımı

Harcama Kalemi	Sayı	Ortanca Harcama		Ortalama Harcama		Sınırlar TL
		TL	\$	TL	\$	
KAMU	549	200 000	4,2	1 504 000±554 844	31,4	0-300 000 000
ÖZEL	143	1 500 000	31,3	3 085 000±490 224	64,4	0-51 500 000

Bartlett χ^2 : 100 p < 0,05
Man Whitney U:146,5 p < 0,05

Tablo 4: Toplam Doğrudan Harcamaların Kamu Sektöründe Dağılımı

Harcama Kalemi	Sayı	Ortanca Harcama		Ortalama Harcama		Sınırlar TL
		TL	\$	TL	\$	
Semt Plk.	38	525 000	10,9	775 789 ± 121 000	16,2	0-3 650 000
Devlet Hast.	81	500 000	10,4	1 863 000 ± 363 154	38,8	0-15 000 000
Sağlık Ocağı	279	180 000	3,7	355 871 ± 28 293	7,4	0-3 000 000
Tıp Fak. Hast.	73	175 000	3,6	6 253 000 ± 4 104 000	130,2	0-300 000 000
SSK Hast.	47	150 000	3,1	1 052 000 ± 379 137	21,9	0-13 000 000
Diğer Kamu	31	130 000	2,7	1 286 000 ± 918 845	26,8	0-28 500 000

Bartlett χ^2 : 2000 p < 0,05

Kruskall Wallis H:21,7 p < 0,05

(Gölbaşı Semt polikliniği ve Devlet Hastanesi hariç tutulursa ; Kruskal Wallis H:3,54 ve p > 0,05

açmaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Bartlett χ^2 : 130; p < 0,05; Man Whitney U: 42,4; p < 0,05). Aynı farklılık kamu kuruluşları arasında da vardır. Gölbaşı Semt Polikliniği 6 \$ ile en yüksek harcama yeri olurken, ikinci sırada 2 \$ ile sağlık ocakları gelmektedir. Bu iki kuruluş diğer kamu kuruluşlarından istatistiksel olarak farklıdır (Bartlett χ^2 : 150; p < 0,05; Kruskal Wallis H:11,6 ; p < 0,05 ve Gölbaşı Semt polikliniği ve Sağlık Ocağı hariç tutulursa Kruskal Wallis H:0,14; p > 0,05). Diğer kamu kuruluşlarında ise çoğunlukla hiç bir ücret talep edilmemektedir. Oysa Gölbaşı semt polikliniği ve sağlık ocaklarında az da olsa sürekli olarak bir ücret alma politikası uygulanmaktadır.

Yapılan doğrudan harcamalar bireylerin sosyal güvenceye sahip olup olmamasına göre değişim göstermektedir. Sosyal güvencesi olmayanlar ortalama 17 \$ harcarken, sosyal güvencesi olanlar 4 \$ harcamaktadır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (bakınız Tablo-5). Oturulan bölgeye göre değerlendirme yapıldığında ise aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Bartlett χ^2 : 920; p < 0,05; Man Whitney U : 3,29; p > 0,05). Başvurulan hekimin uzman veya pratisyen hekim olması da harcama tutarını değiştirmektedir. Uzman hekime başvuranlar 18 \$, pratisyen hekime başvuranlar 4 \$ harcamaktadır. Aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Bartlett χ^2 : 1600; p < 0,05; Man Whitney U : 55,4; p < 0,05).

Yapılan harcamalar konulan tanıya göre de değişmektedir. Ancak bu durum daha önce hesaplaması yapılan özel veya kamu kuruluşlarının ortalama harcama

tutarını etkilememektedir. Örneğin en yüksek doğrudan harcamaya yol açan enfeksiyöz hepatit sadece kamu kuruluşlarında tedavi edilmiştir. İkinci en yüksek harcama tutarına sahip olan iskemik kalp hastalığı da büyük çoğunlukla kamu kuruluşlarında tedavi edilmiştir. Genç yaşlarda en sık görülen akut solunum yolu enfeksiyonları her başvuranın yaklaşık olarak cepten 8 \$'lık bir harcama yapmasına yol açmaktadır. 45 yaş üzerinde en sık görülen hipertansiyon ise başvuranların doğrudan 5 \$'lık bir harcama yapmasına yol açmaktadır.

SONUÇ:

Cepten yapılan harcamalar, güvencesi olmayan grupta, güvencesi olanlara göre **4 kat** daha fazla olmaktadır. Bu fark, sosyal güvencesi olmayanların özel sektöre daha fazla başvurmasından kaynaklanmaktadır. Özel sektöre başvuranlar her tür harcama kaleminde (ilaç, tetkik, hekim, kurum vb) daha fazla doğrudan harcama yapmaktadır. Doğrudan harcama yapma oranları ve harcama tutarları en çok **ilaç, tetkikler** ve **ameliyatlardadır**. Doğrudan harcamaların yaklaşık yarısını ilaca verilen paralar oluşturmaktadır. Doğrudan harcama yapma oranı ve yapılan harcamanın tutarı başvuru yerle ilişkilidir. Özel sektöre gidenlerin hemen tamamı cepten harcama yapmışken, Gölbaşı Semt Polikliniğine başvuranların % 95'i, sağlık ocaklarına başvuranların ise % 86'sı doğrudan harcama yapmıştır. Bu durumda kamu kuruluşlarına başvuranların toplam tutar olarak yüksek bir para ödememekle birlikte, hemen her başvurusunda doğrudan harcama yaptıkları ortaya çıkmaktadır. Tüm başvurular değerlendirildiğinde yaklaşık olarak her beş

Tablo 5: Doğrudan Harcamaların Sosyal Güvenceye Göre Dağılımı

Sosyal Güvence	Sayı	Ortanca Harcama		Ortalama Harcama		Sınırlar TL
		TL	\$	TL	\$	
YOK	239	800 000	16,7	3 042 000 ± 1 273 609	63,4	0-300 000 000
VAR	454	200 000	4,2	1 189 000 ± 156 150	24,8	0 -37 000 000

Bartlett χ^2 : 910 p < 0,05

Man Whitney U : 54,2 p < 0,05

kişiden dördü cepten harcama yapmıştır.

Doğrudan harcama tutarı en çok özel sektördedir. Kamu sektörü içinde ise Gölbaşı Semt Polikliniği ve Devlet Hastanesi diğer kamu kuruluşlarından daha yüksek tutara sahiptir. Doğrudan harcama tutarı uzman hekimlere başvuranlarda, pratisyen hekimlere başvuranlara göre daha yüksektir. Doğrudan harcama tutarı konulan taniya göre değişmektedir. En yüksek harcama enfeksiyöz hepatitte ve iskemik kalp hastalıklarında olmaktadır.

Türkiye'de toplam sağlık harcaması 1994 yılı için cari fiyatlarla 155,3 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların %45'i Genel Bütçeden (Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, Üniversiteler, Diğer Kamu vb.); % 18'i SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur sigorta primlerinden karşılanmıştır. Geriye kalan %37'lik kısım Özel Harcamalardır (özel harcamaların %98'i ise doğrudan harcamalardır). 1994 yılında sağlığa harcanan 155 milyar TL'nin %50,6'sı kamu kesimine, %49,4'ü ise özel sektöre gitmiştir (Engiz, O.; 1996:24). Yapılan sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ise 1988'de %4,2 iken, sonraki yıllarda giderek artmış ve 1994'te %7 olarak gerçekleşmiştir. Kamu harcamalarının genel bütçe içindeki oranı ise % 9,4 olup, yalnız Sağlık Bakanlığı bütçesinin oranı ise % 3,7'dir (SB;1994:15).

Görüldüğü üzere aslında Türkiye'de sağlığa ayrılan pay, vergi ve primlerle oluşturulan genel bütçe içinde yaklaşık olarak %10'lara varmış olmasına karşın bu paranın yaklaşık üçte biri kadar bir tutar ayrıca doğrudan olarak vatandaşların cebinden çıkmakta ve toplam harcanan paranın yarısı da özel sektöre gitmektedir. Özel sektöre giden paranın büyük çoğunluğu cepten harcama iken, ayrıca bu paranın %26'sının kamu kuruluşlarından özel sektöre yapılan sevklerle olması da (Engiz, O.; 1996:24) Türkiye'de varolan sağlık sisteminin büyük ölçüde özelleştirildiğini göstermektedir. Oysa Sağlık Bakanlığı tarafından zaten özel olan bu sistem işlemeyen bir kamu düzeni gibi gösterilmekte ve çözüm olarak özelleştirme gündeme getirilmektedir.

Bir toplumda üretilen tüm zenginlikler o toplumda yaşayan herkesin katkısı ile oluşturulmaktadır. Bu nedenle toplumların, bireylerine karşı sorumlulukları ve ödemeleri gereken bir vefa borcu vardır. Bu borç ancak doğru ve yeterli bir sosyal güvenlik politikası ile ödenebilir. Oysa Türkiye'de sosyal güvenlik kurumları, uygulanan sosyal politikalar ve çeşitli toplum katmanlarının ulusal gelirden aldıkları paylar incelendiğinde belirgin bir eşitsizlik dikkati çekmektedir. Bu eşitsizliğin temeli Türkiye'de yıllardır uygulanan adaletsiz bölüşüm ve büyüme politikalarıdır. Devlet memuru ve işçi gibi ücretli kesim vergisini ödeyerek, köylü tarım üretimi yaparak sağlık hizmeti almayı zaten hak etmektedir. Kaldığı sağlık hizmeti parası olsun veya olmasın, her bireyin daha anne karnında iken kazandığı bir insan hakkıdır. Oysa sağlık hizmetine gereksinimi olanlar, bu hizmeti alabilmek için tekrar prim ödemek, ilaca katkı payı vermek veya bunun benzeri

cepten harcamalar yapmak zorunda kalmaktadır. Bu durum bireylerin sağlık hizmetine başvurusunu azaltmakta, sonuçta daha sağlıksız bir toplum oluşmaktadır. Bu olumsuzlukları önlemek için, bu araştırmanın sonuçlarını da göz önüne alarak şu öneriler yapılabilir:

i) Sosyal güvenlik sistemleri özellikle ilaç başta olmak üzere tetkikler ve ameliyatlarda yetersiz kalmaktadır. Bu hizmetlerde sosyal güvenlik sistemlerinin katkısı artırılmalı, bireylerin katkısı azaltılmalıdır.

ii) Doğrudan harcamaları azaltmanın yolu, özel sektöre olan başvuruları azaltmaktır. Bu durum iki şekilde başarılabilir: Birincisi; kamu sektörünün özellikle birinci basamakların ve sağlık ocaklarının daha iyi hizmet vermesini sağlamaktır. Bunun için de bütçeden Sağlık Bakanlığı'na ayrılan payın artırılması gerekmektedir. İkincisi; hekimlere tam gün çalışmanın getirilmesi yani hekimlerin hem kamu hem de özel sektörde çalışması önlenmelidir. Çünkü bu durum özel sektöre başvurmayı özendirilmekte ve kamu sektöründen özel sektöre sevkleri de teşvik etmektedir.

iii) Sosyal güvencenin olmaması doğrudan harcamaları artırmaktadır. Bu nedenle tüm toplumun sosyal bir güvenlik sistemi içinde olması gerekmektedir. Ancak gelir dağılımı düzeltilmeden yapılacak olan bir Genel Sağlık Sigortası veya benzeri uygulamalar yarar yerine zarar getirecektir. Bu nedenle finansman güvencesi, İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) örneğinde olduğu gibi genel bütçeden vergilerle sağlanmalıdır. Burada önemli olan nokta genel bütçeye gelecek paranın dar gelirli kesimden değil, zengin kesimden, gelirine orantılı olarak toplanacak vergilerle olması gerektiğidir.

KAYNAKLAR:

Cilasun, U., (1987), "Türkiye'de Sağlık Harcamaları", Meltem Mat., Ankara

DİE (Devlet İstatistik Enstitüsü), (1995), "Türkiye Ekonomisi İstatistik ve Yorumlar", Ankara

Eastaugh, S.R., (1992), "Health Economics", Auburn House, Connecticut, USA

Engiz, O., (1996), "Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları", Toplum ve Hekim, 1996(11)72:22-31

Gölbaşı EASGB, (1995), "Gölbaşı EASGB Bölgesi 1994 Yılı Çalışmalarının Değerlendirilmesi", Ankara

Jacobs, P. (1991), "The Economics of Health and Medical Care", 3th ed., Aspen Publication, Maryland, USA

Kılıç, B., Bumin, M.A., (1994) "Sağlık Hizmeti Başına Düşen Doğrudan Harcama Tutarı ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler", IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Didim, 12-16 Eylül 1994, sf:305-8.

Ministry of Health - Health Project General Coordination Unit, (1995), "Health Services Utilization Survey in Turkey", Ankara

SB (Sağlık Bakanlığı) Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1994) "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Kamu Finansmanı" Sağlıkta Strateji Dergisi, Haziran-1994, Sayı:2, Ankara

SB (Sağlık Bakanlığı) Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü (1996) "Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması-Nihai Rapor (özet)", Hazırlayan: Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, Mart-1996, Ankara

Soyer, A., (1996a) "Darbe, Liberalizasyon ve Sağlık:Türkiye Fotoğrafı(1980-1995)", Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, Ankara

Soyer, A., (1996b)"Özel Görüşme", Türk Tabipleri Birliği

Merkez Konseyi Genel Sekreteri, 15 Ocak 1996, Ankara

SSK (Sosyal Sigortalar Kurumu), (1995), "1994 İstatistik Yıllığı", SSK Yayın No:572, Ankara

Tokat, M., (1993), "Türkiye'de Sağlık Sektörünün Finansmanı", TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara

Wolfe, P.R.; Moran, D.W., (1993), "Global Budgeting in the OECD Countries" Health Care Financing Review, 1993; 14(3):55-76

World Bank, (1993), "World Development Report 1993, Investing in Health", Washington DC, USA

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