

ANKARA MEDICAL JOURNAL

Vol. 18, Num. 1, 2018 / Cilt: 18, Sayı: 1, 2018

www.ankaramedicaljournal.com

e-ISSN: 2148-4570



Ankara Yıldırım Beyazıt University
Faculty of Medicine
Department of Family Medicine

Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ile İlişkisi

Catastrophic Health Expenditures in Turkey and the Relationship with Satisfaction Rate for Health Services

Mehmet Atasever¹, Zafer Karaca², Selim Yavuz Sanisoğlu³, Afra Alkan³, Hasan Bağcı⁴

¹Kamu İhale Kurumu

²T.C. Sağlık Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD

³Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD

⁴Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Doktora Öğrencisi

Öz

Amaç: Çalışmamızda Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı, katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı ve cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı arasındaki ilişki araştırıldı.

Materyal ve Metot: Türkiye’ de 2002–2015 yılları arası sağlık hizmetleri memnuniyet oranı ile aynı yıllar arasında katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı ve cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı arasındaki istatistiksel ilişki Pearson korelasyon analiz ve doğrusal regresyon analizi ile incelendi.

Bulgular: Katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı arasında kuvvetli negatif bir ilişki olduğu belirlendi. Buna göre, katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranında %0,1 oranında bir azalışın, memnuniyet oranında %4,89 (%95 GA: %3,37 - %6,40) artış meydana getirdiği görüldü. Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı arasında negatif bir ilişki olduğu ve cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının %1 oranında azalmasıyla memnuniyet oranında %2,75 (95% GA: %0,16-%5,34) oranında bir artış meydana getirdiği sonucuna ulaşıldı. Katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranı bilindiğinde cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı üzerindeki etkisinin anlamlı olmadığı görüldü (p=0,672).

Sonuç: Bireylerin cepten yapılan sağlık harcamaları azaldıkça katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranının azaldığı, bu durumun diğer etmenlerle birlikte sağlık hizmetlerinden memnuniyeti arttırdığı ve Türkiye’de kapsayıcı sağlık politikaları sonucu oluşturulan kamu finansman modelinin yoksulluk oluşturma kapasitesinin düşük olduğu tespitinde bulunulmuştur. Ancak son yıllarda kamu sağlık hizmeti sunucuları dışındaki hizmet sunucularına ödenen ilave ücret tavanının iki katına çıkarılması ve üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınabilmesine imkân tanınması gibi uygulamaların katastrofik sağlık harcaması yapan hane oranının yükselmesine önemli etkisi olduğunu söylemek mümkündür.

Anahtar kelimeler: Katastrofik sağlık harcaması, cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı

Abstract

Objectives: In our study, the relationship between the rate of satisfaction for health services in Turkey, the rate of catastrophic health spending households and out-of-pocket health spending margin of total health expenditure were examined.

Materials and Methods: In this study, the catastrophic household budget from 2002 to 2015 was examined together with the data from Life Satisfaction Survey of the same years for the satisfaction rate of health care and for the role of pocket health spending in total health spending. Pearson correlation

and linear regression analysis were performed to reveal the possible relationships.

Results: There is a negative and strong relationship between the satisfaction rate of health services, the ratio of households making catastrophic health spending and the ratio of out-of-pocket health spending within health spending. 4.89% (95% CI: 3.37% - 6.40%) increase is observed in the satisfaction rate by 0.1% decrease in households with catastrophic health spending. It was found that 2.75% (95% CI: 0.16% - 5.34%) increase in the satisfaction rate with other factors could be observed by decreasing the share of out-of-pocket health expenditure in total health expenditure by 1%. When the ratio of households making catastrophic health spending was known, the effect of the ratio of out-of-pocket health spending within health spending on the satisfaction rate of health services was insignificant ($p=0.672$).

Conclusion: As the out-of-pocket expenditures decrease, the ratio of households making catastrophic health spending decreases, thus the satisfaction with health services tends to increase and the public financing model in Turkey derived by the inclusive health policies has low capacity of creating poverty. Applications such as the increase of the extra salary paid to the non-public service providers in recent years and the extra fees of the health services offered by the teaching staff in the university hospitals are significant effects on the increase of household ratios within the catastrophic health expenditure.

Key words: Catastrophic health expenditure, Out-of-pocket health expenditure share in total health expenditure, health care satisfaction rate

Yazışma Adresi / Correspondence:

Mehmet Atasever

Kamu İhale Kurumu, Ankara / Türkiye

e-posta: mhatasever@gmail.com

Geliş Tarihi: 27.12.2017

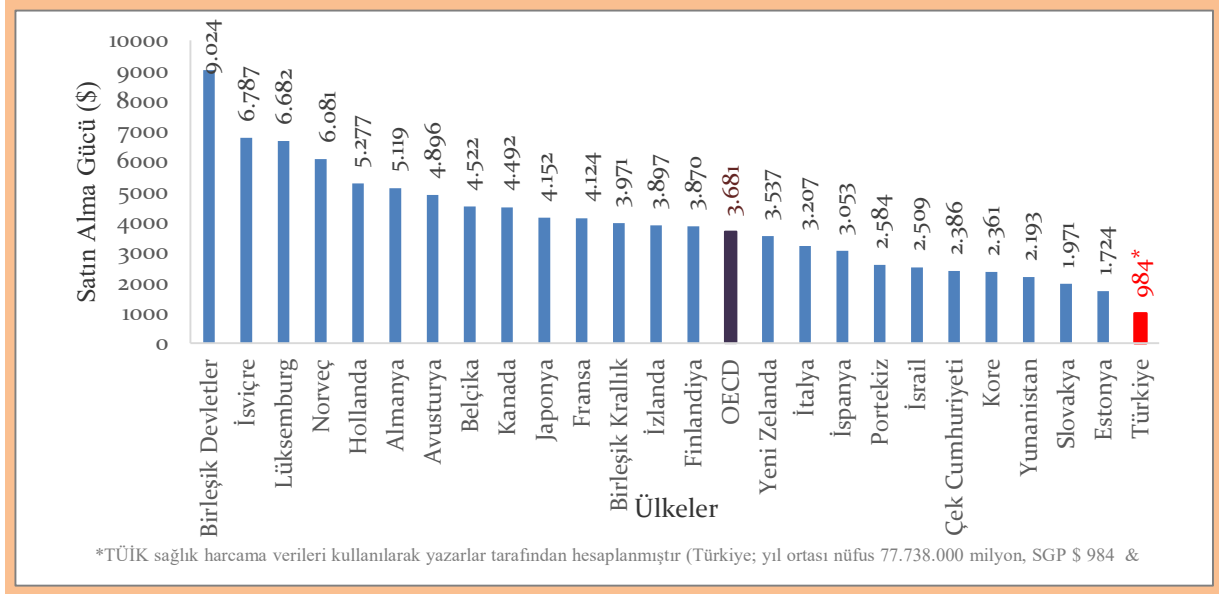
Kabul Tarihi: 26.03.2018

Giriş

Sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak kabul edilmektedir.¹ Ülke ve hane halkı düzeyinde sağlık harcamalarının miktarı ülkelerin en temel kalkınmışlık göstergelerinden biridir. Sağlık harcamaları, birçok ülkede ulusal gelir ile göreceli bir şekilde artış gösterir.² Sağlık harcamalarındaki göreceli artışın temelinde, bireylerin sağlık durumlarındaki farklılıklar ve gelir eksikliğinin etkili olduğu görülür.^{3,4} Sağlık hizmetlerinin yarı kamusal mal olması bu alanda tam rekabet piyasası şartlarından uzakta bir dengenin oluşmasını gerektirmektedir. Dolayısıyla dünyada hükümetler, sağlık sistemine ve piyasasına müdahalelerde bulunmakta, çeşitli düzenlemelerle bu sektörü kontrol altında tutmaya çalışmaktadırlar.⁵ OECD ülkeleri arasında 2014 yılında sağlık harcamalarına kamu katkısının en yüksek olduğu ülke Norveç (%85) iken Türkiye (2015 yılı verisi) %78’lik oran ile OECD (35) ortalamasının (%73) üzerindedir.⁶

ABD’de (Birleşik Devletler) Satın Alma Gücü Paritesi’ ne (SGP) göre kişi başına 9.024 \$’lık bir harcama yapılırken, OECD Ülkeleri ortalaması 3.681 \$ ve Türkiye’de 2015 yılı için 984 \$’dır. (Şekil 1). Türkiye ile AB Ülkelerinde sağlık hizmetlerinden memnuniyeti karşılaştırıldığında; Türkiye 2015 yılı için kişi başına 984 \$ sağlık harcaması (SGP ABD \$) yaparken, sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı (SHMO) %72’dir. Türkiye’de kişi başı çok daha az sağlık harcaması yapılarak AB ülkelerinden

daha fazla memnuniyet düzeyine ulaşılmıştır. (örn. İtalya 3.207 SGP ABD \$ kişi başı sağlık harcaması, memnuniyet düzeyi %43).^{6,7}



Şekil 1. Kişi Başı Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılması, 2014^{6,8}

Cepten yapılan sağlık harcamaları (CSH) hastalar veya hane halkı tarafından özel hekim ve kurumlara yapılan doğrudan ödemeler, gönüllü sağlık sigortalarına ödenen primler ile ilaç, tıbbi cihaz ve/veya hizmetlere yapılan katkı payları şeklinde olabilir.^{9,10}

DSÖ raporlarına göre; hane halklarının yaptığı sağlık harcaması, hanelerin finansal korumadan yoksun kalarak gıda tüketimi gibi zorunlu ihtiyaçlarından fedakârlık etmelerine, mevduat hesaplarını kullanmalarına, varlıklarını satmalarına veya borçlanmalarına yol açabilir. DSÖ bu tür durumları, “sağlık harcamalarının oluşturduğu finansal katastrofi” olarak nitelendirmektedir. Kısaca katastrofik cepten harcama genellikle “sağlık harcamasının belli bir dönemde toplam hane geliri veya harcamasının belli bir yüzdesini aşması” olarak tanımlanmaktadır.¹¹

Katastrofik sağlık harcaması (KSH) oranı, nüfusun demografik yapısına göre farklılıklar gösterdiği gibi farklı kamu sağlık sigortası sistemlerine ait teminat paketleri arasında da farklılıklar vardır. Bu nedenle hane halkının bağlı olduğu sağlık sigortası tipine göre de değişiklik göstermiştir.¹² Ayrıca CSH, bireyin sağlık durumu (algılanan sağlık durumu) ile çok yakından ilişkilidir; kişinin hastalığı arttıkça cebinden ödediği para da artmaktadır.¹³

Sağlık harcamalarının finansman kaynağı incelendiğinde, özel harcamalar içinde hane halkları tarafından yapılan CSH’ları, birçok ülkede ciddi bir finansman kaynağı olarak ortaya çıkmaktadır. CSH’ları, özellikle düşük gelirli ülkelerde önemli bir kaynak olmasına rağmen, bireyler ve sağlık sistemi açısından sorun oluşturma potansiyeline sahiptir ve bu yüzden araştırmacılar için de bir çalışma kaynağı olmuştur.¹⁴ Cepten harcamaların finansal katastrofiye olan etkisini incelemek amacıyla değişik analizler yapılmış ve analizlerde ödeme kapasitesi yöntemi kullanılarak gıda dışı harcamalara, sağlık harcamalarının payı referans alınmıştır.^{14,15}

Bu çalışmada, Türkiye’de 2002-2015 yılları arasındaki KSH oranı ve cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı (CSHP) ile sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı (SHMO) arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Uygulamaya konulan sağlık politikaları çerçevesinde analiz sonuçları ilişkilendirilerek değerlendirilmiştir.

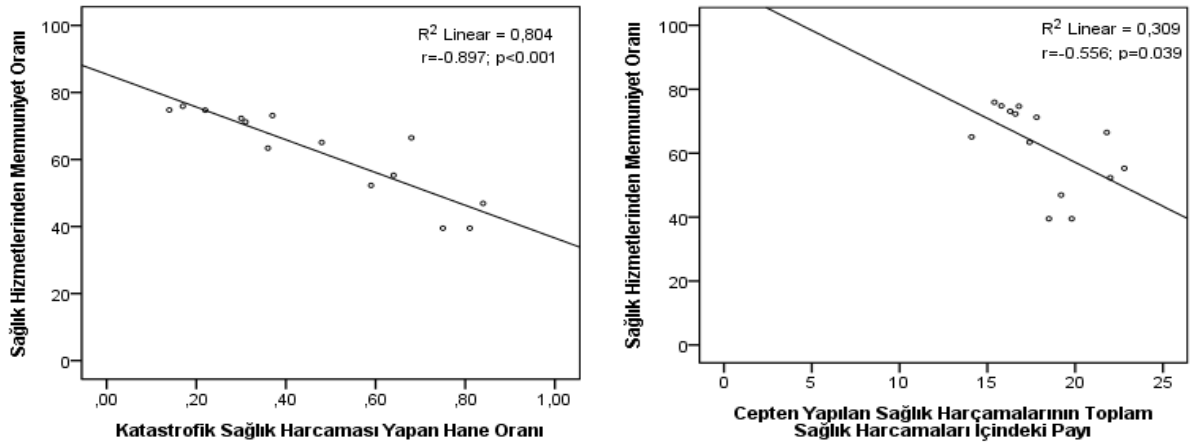
Materyal ve Metot

Bu çalışmada Ke Xu tarafından sunulan tanımlar esas alınarak ‘KSH oranı’, 2002-2015 hane halkı bütçe verileri incelendi.¹⁶ Ayrıca Yaşam Memnuniyet Anketlerinden 2002-2015 SHMO, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) sağlık verilerinden CSHP alındı.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks Testi ile incelendi. KSH oranı ile SHMO ve CSHP arasındaki ilişkileri incelemek üzere Pearson Korelasyon katsayısı ve kısmi korelasyon katsayıları hesaplandı. CSHP ve KSH oranının SHMO üzerindeki etkisi önce basit doğrusal regresyon analizi ile, sonra çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendi. CSHP’nın modele anlamlı bir katkısı olmadığı için KSH ile basit doğrusal regresyon analizi kullanılarak son model oluşturuldu. Regresyon analizi sonucunda regresyon katsayıları (B) ve bu katsayılar için %95’lik güven aralığı (GA), regresyon katsayılarının anlamlılık testine ait t istatistiği, modele ait standart hata, düzeltilmiş açıklayıcılık katsayısı (Düz. R²), F istatistiği ve p değerleri verildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edildi. İstatistiksel analizler, hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programı, grafik çizimi için Microsoft Excel 2013 kullanıldı.

Bulgular

CSHP ile KSH oranı arasında pozitif yönlü orta dereceli bir ilişki olduğu belirlendi (r= 0,667; p=0,009). KSH oranı ve CSHP ile SHMO arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla r=-0,897 p<0,001; r=-0,556, p=0,039; Şekil 2). KSH oranı ile SHMO arasında, CSHP bakımından düzeltilmiş kısmi korelasyon katsayısı -0,850 olarak elde edildi(p<0,001). CSHP ile SHMO arasındaki kısmi korelasyon katsayısı anlamsızdı (r=0,130, p=0,672).



Şekil 2. KSH oranı ile SHMO'nun (solda) ve CSHP ile SHMO'nun (sağda) Saçılım Grafiği

SHMO üzerinde KSH oranı ve CSHP’nin etkisi tek değişkenli analizlerle incelendiğinde her ikisi için de regresyon katsayılarının anlamlı olduğu (Model 2-3, Tablo 1) görüldü. KSH oranı bilindiğinde CSHP’nin SHMO üzerindeki etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p=0,672$). CSHP modelden çıkarıldığında açıklayıcılık yüzdesinin yükseldiği (Düzeltilmiş $R^2=0,78,8$) modelin standart hatasının küçüldüğü gözlemlendi. Son modele göre, KSH oranının $0,1$ oranında azalmasıyla memnuniyet oranında $4,89$ ’luk (95 GA: $3,37-6,40$) bir artış gözlemlenebileceği tespit edildi.

Tablo 1. KSH oranı ve CSHP’nin SHMO üzerindeki etkisi

Model	Değişken	B	%95 GA*	t	p	Std. Hata
1	Sabit	79,812	50,228; 109,396	5,938	<0,001	6,261
	KSH Oranı	-51,665	-72,942; -30,389	5,345	<0,001	
	CSHP	0,382	-1,551; 2,316	0,435	0,672	
2	Sabit	85,421	77,400; 93,442	23,204	<0,001	6,046
	KSH Oranı	-48,859	-64,009; -33,709	7,027	<0,001	
3	Sabit	112,136	64,646; 159,625	5,142	<0,001	11,368
	CSHP	-2,750	-5,339; -0,161	2,315	0,039	

*GA: Güven aralığı; Model 1 için $F=23,114$ $p<0,001$ Düz. $R^2=0,773$; Model 2 için $F=49,374$ $p<0,001$, Düz. $R^2=0,788$; Model 3 için $F=5,358$ $p=0,039$ Düz. $R^2=0,251$

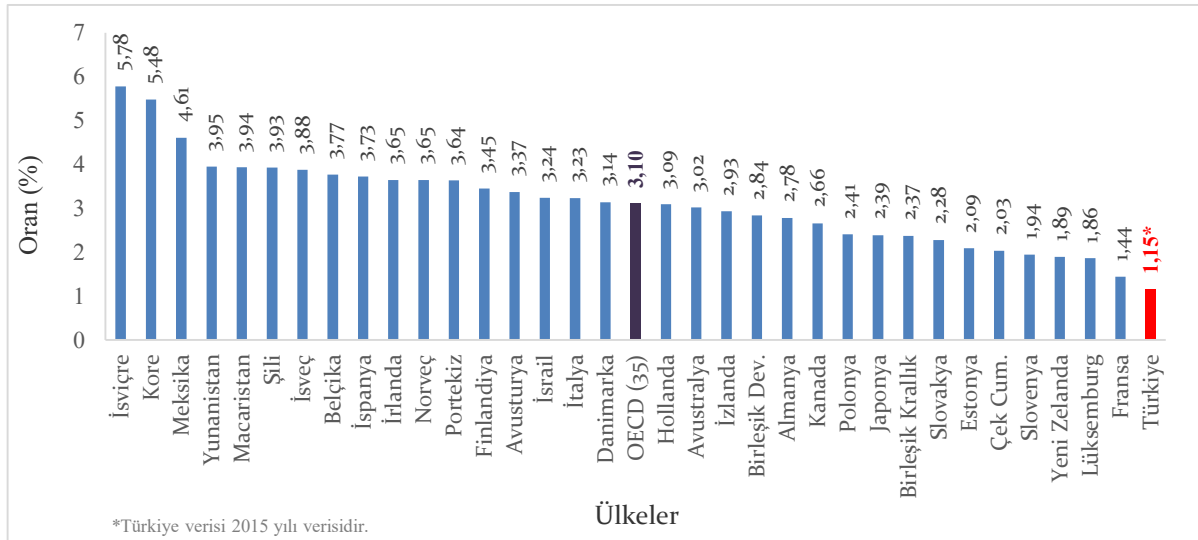
Tartışma

Literatürde incelenen bazı araştırmalarda, gelir gruplarına göre CSHP’nin yoksullaştırıcı etkisinin yüksek gelir gruplarında daha fazla gerçekleştiği görülmüştür. Buradan, yüksek gelir grubunda kamu kaynaklarıyla finanse edilen sağlık hizmeti kalite algısı düşük olduğundan özel hizmetlere büyük meblağlar harcadığı, yoksulların ise özel hizmet satın almaya güçleri yetmediği için ihtiyaç duydukları hizmetler olmaksızın yaşadığı yönünde yorumlar olduğu belirlenmiştir. Ancak yoksulların da sağlık hizmetlerine kolayca erişebildiği Türkiye’de 2009-2015 yılları arasında Hane Halkı Bütçe Anketlerinden yararlanılarak elde edilen gelir gruplarına göre CSHP incelendiğinde, bu oranının 20 ’lik en düşük gelire sahip hane halkı için giderek azaldığı, 20 ’lik en yüksek gelire sahip hane halkının ise $39,8$ olarak gerçekleştiği gözlemlenmiştir.^{17,18} 2015 yılında gelirden en az pay alan birinci 20 ’lik kısım ($8,5$) ile beşinci 20 ’lik kısım ($39,8$) arasında yaklaşık 4,0-4,5 kat fark bulunmaktadır. Bu fark gelir gruplarının sayısı ile doğru orantılıdır. Yani yüksek gelir grubunda bulunan bireyler gelirleri oranında sağlık hizmet sunucularına müracaat etmekte ve sağlık harcaması yapmaktadır (Tablo 2). Türkiye’de gelirler arası farklılıklara nazaran TÜİK verilerine göre kişilerin genel sağlık durumlarından ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi yıllar itibarıyla artmaktadır. 2003 yılında $39,5$ ’ten 2015 yılında $72,3$ ’e yükselmiştir.¹⁹ Buradan bireylerin aldıkları sağlık hizmetinden kaliteli olarak yararlandıkları anlaşılmaktadır.

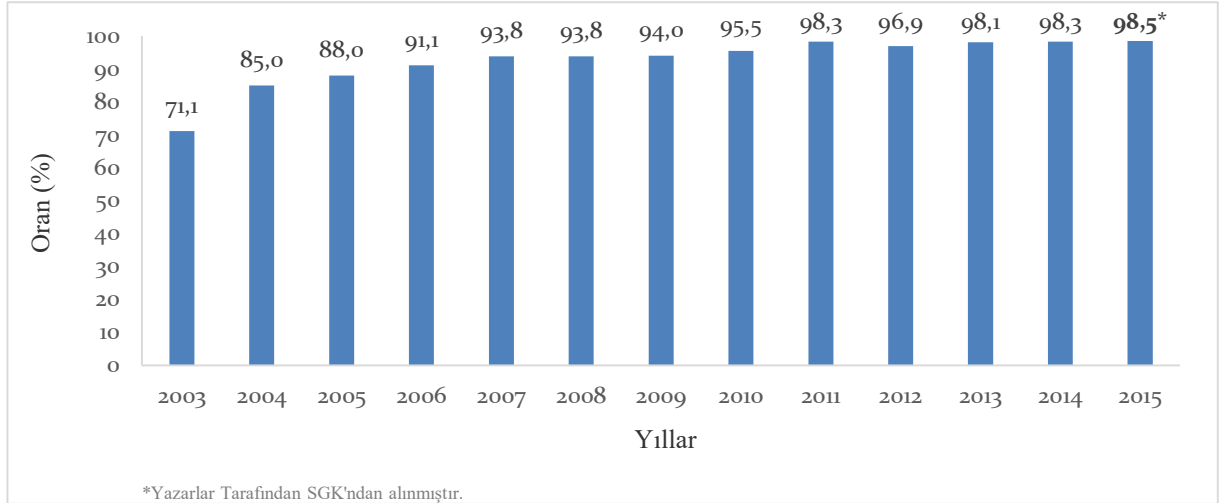
Tablo 2. Türkiye’de Hane Halkı Gelir Gruplarına Göre Sağlık Harcamalarının Oranı²⁰

Gelir Grubu (%)	Yıllar						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0 – 20	10,5	10,0	10,0	9,0	9,0	8,8	8,5
21 – 40	14,9	14,0	13,0	12,8	14,1	12,9	13,6
41– 60	15,3	17,2	17,3	16,3	17,7	17,1	14,2
61 – 80	22,4	22,8	19,9	20,9	22,9	21,1	23,9
81 –100	37,0	36,0	39,7	41,0	36,5	40,2	39,8

İktisadi literatürde yoksulluğun temel nedenlerinden biri de CSH’dır. Niteliği gereği bazen kaçınılmaz olan CSH hane halklarını yoksulluğa sürükleyebilmektedir. Hane halklarının nihai tüketim harcamaları içinde CSH oranı İsviçre’de %5,78, OECD ortalaması %3,10 ve Türkiye’de %1,15’tir (Şekil 3).

**Şekil 3.** Hane Halkı Nihai Tüketim Harcamaları İçinde CSH Oranları, 2014.^{6,7,21}

Türkiye’de sosyal güvenlik kapsamını yıllar itibarıyla incelediğimizde 2003’te %71,1 iken 2015 yılında %98,5’e yükselmiştir (Şekil 4). 2003 yılında sağlık sistemindeki aksaklıklar nedeniyle uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, CSH’nın hane halkı refahını olumsuz etkileyen finansal katastrofiden büyük oranda korunmuştur. Ayrıca 5510 sayılı kanunun 67’nci maddesi ile sigortalı olsun veya olmasın herkesin salgın hastalık, iş kazası ve meslek hastalığı durumlarında her türlü sağlık yardımından ücretsiz yararlanması, 18 yaş altı tüm nüfusun ve eğitim görenlerin GSS kapsamına alınması yoksul hanelerinin sağlık harcamaları nedeniyle katastrofiye düşme olasılığını azalttığı değerlendirilmektedir.



Şekil 4. Türkiye’de Sağlık Sigorta Kapsamının Yıllara Göre Değişimi^{21,22}

Türkiye’de kişi başı milli gelirin artması ile yapılan sağlık harcamalarının bireylerde yoksullaşmaya sistematik olarak neden olmadığı ve yürütülen kapsayıcı sağlık politikalarının hane halkları üzerinde başarılı olduğu öne sürülebilir. Ana hatlarıyla bu kapsayıcı sağlık politika uygulamaları Tablo 3’te verilmiştir. Türkiye’de bazı yoksul hanelerin kayıt dışı sektörlerde gelir elde etmesi ve sosyal güvenlik sistemi içinde tanımlı olmaması düşünüldüğünde, Tablo 3’teki uygulamalar sonucunda finansal anlamda katastrofiye düşme oranının azalması önemli gelişmelerdendir. Hatta sağlık hizmeti sunumunda katkı payı uygulamasına rağmen düşük gelir grubunda yapılan sağlık harcaması giderek azalmıştır.

Tablo 3. Sağlık Politikası Uygulamaları²³

Uygulamalar	Başlangıç Tarihi	Durumu
Hastaların rehin alınma uygulamalarına son verilmesi	Ocak 2003	Aktif
Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılması	Mart 2003	Aktif
İlaçlarda KDV oranınının %18’den %8’e düşürülmesi	Mart 2004	Aktif
112 acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi	Haziran 2004	Aktif
Acil durumlarda tüm hizmet sunucularınının tedavi etme mecburiyeti	Aralık 2004	Aktif
Yeşil kartlı vatandaşların ayaktan tedavide ilaç giderlerinin karşılanması	Aralık 2004	Aktif
Eşdeğer ilaç gruplarıyla ilgili düzenlemeler	Aralık 2004	Aktif
Aile hekimliği	Aralık 2004	Aktif
İlaç fiyatlarında indirim	Nisan 2004 & Şubat- Temmuz 2005	Aktif
112 acil sağlık hizmetleri ile şehir içi veya şehir dışındaki diğer bir sağlık kurum veya kuruluşuna	Mayıs 2005	Aktif

ambulansla sevk işlemlerinin ücretsiz hale getirilmesi		
GSS sisteminin kurulması	Haziran 2005	Aktif
Verem hastaları ile temaslılarına veremle ilgili sağlık hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi	Şubat 2006	Aktif
Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz yapılması	Nisan 2007	Aktif
Kanser Tarama faaliyetlerinin yaygınlaştırılması ve ücretsiz hale getirilmesi	Eylül -Mayıs 2005 & Ocak 2007 & Ekim 2008	Aktif
Yurtiçinde mümkün olmayan tedavilerin ücretlerinin karşılanması	Ekim 2008	Aktif
Acil durum, yoğun bakım, kanser gibi hastalıklardan özel hastanelerin fark ücreti almasının önlenmesi	Ekim 2008	Aktif
Hastanelerde nitelikli yataklardan fark alınmasının önlenmesi	Ekim 2008	Aktif
İlaçlarla ilgili fiyat düşürücü düzenlemeler yapılması	Aralık 2009	Aktif
Özel hastanelere ödenen ek ücretlere sınırlama getirilmesi	Ocak 2010	Aktif
Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Personeli için Tam Gün Çalışma zorunluluğu getirilmesi	Ocak 2010	Kısmen Aktif
Yeşil kartlı vatandaşların diş, kanal ve dolgu hizmetlerinden, özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanabilmesinin önü açılması ve Ayakta tedavi kapsamında reçete edilen tıbbî cihaz ve malzemelerin ödenmeye başlaması,	Ekim 2010	Aktif
Üniversite sağlık tesislerinde özel muayene, özel işlem için ücret alınmasının yasaklanması ve bu kaybın telafisi için 2011 yılına mahsus olmak üzere Hazine’den 448 milyon TL’nin üniversitelere aktarılması	Şubat 2011	Pasif
Üniversite hastaneleri ile Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde vefat eden ve sosyal güvenceden yararlanamayan ve ödeme gücü olmayan kişilerin borçlarının terkin edilmesi	Haziran 2011	Aktif
Trafik Kazazedelerinin Sağlık Hizmet Bedellerinin SGK tarafından karşılanmaya başlaması	Ağustos 2011	Aktif
İlaçlarla ilgili fiyat düşürücü düzenlemeler yapılması	Kasım 2011	Aktif

Sonuç

Tüm sonuç ve açıklamalar neticesinde; bireylerin CSH azaldıkça KSH oranının azaldığı, dolayısıyla sağlık hizmetlerinden memnuniyetin arttığı ve Türkiye’de kapsayıcı sağlık politikaları sonucu oluşturulan kamu finansman modelinin yoksulluk oluşturma kapasitesinin düşük olduğu tespitinde bulunulmuştur. Ancak son yıllarda kamu sağlık

hizmeti sunucuları dışındaki hizmeti sunucularına ödenen ilave ücret tavanının iki katına çıkarılması ve üniversite hastanelerinde öğretim üyelerinin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden ilave ücret alınabilmesine imkân tanınması gibi uygulamaların KSH oranının yükselmesine önemli etkisi olduğunu söylemek mümkündür.

Kaynaklar

1. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014b, (Erişim Tarihi: 15.11.2017).
2. Feldsteh PJ. Health care economics. 4th ed. Albany: NY Delmar Publisher; 1993.
3. Getzen TE. Health care is an individual necessity and a national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *J Health Econ* 2000;19(2):259-70.
4. Rubin R, Kenneth K. Out-of-pocket health expenditure differentials between elderly and non elderly household. *The Gerontologist* 1993;33(5):595-602.
5. Tokatlıoğlu İ, Tokatlıoğlu Y. Türkiye’de 2002-2011 yılları arasında katastrofik sağlık harcamalarının yoksulluk yaratma kapasitesi. *Ekonomik Yaklaşım* 2014;24(87):1-36.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, (Erişim Tarihi: 24.10.2017).
7. T.C. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/5119,yilliktrpdf.pdf> Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, (Erişim Tarihi: 16.10.2017).
8. Dünya Sağlık Örgütü [İnternet]. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/ World Health Statistics 2016, (Erişim Tarihi: 02.10.2017).
9. Liu Y, Çelik Y, Şahin B. Türkiye’ de sağlık ve ilaç harcamaları ve ilaç geri ödeme politikası. *Sağlıkta Umut Vakfı (Suvak)*; 2003. www.suvak.org.tr, (Erişim Tarihi: 24.10.2017).
10. Özgen H, Tatar M. Sağlık hizmetleri finansmanında informal ödemeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 2008;11(1):104-28.
11. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics* 2003; 12(11):921-34.
12. Sülkü SN, Bernard D. Financial burden of health expenditures in Turkey. *Iranian J Publ Health* 2012;41(3):48-64.
13. Liu Y, Çelik Y, Şahin B. Türkiye’de sağlık ve ilaç harcamaları. *Sağlıkta Umut Vakfı (Suvak)*; 2005. www.suvak.org.tr, (Erişim Tarihi: 24.10.2017).
14. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics* 2003;12(11):921-34.
15. Dünya Sağlık Örgütü [İnternet]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69030/1/EIP_HSF_DP_05.2.pdf, Xu K, (Erişim Tarihi: 24.10.2017).
16. Yereli A, Köktaş A, Selçuk I. Türkiye’de katastrofik sağlık harcamasını etkileyen faktörler. *Sosyoekonomi* 2014;22(22):274-96.
17. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/Katastrofik_Saglik_Harcamaları_2014_T_R.pdf Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamaları, 2015e, (Erişim Tarihi: 1.10.2017).
18. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16202> Hane Halkı Tüketim Harcaması 2013, (Erişim Tarihi: 08.10.2017).
19. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1068, (Erişim Tarihi: 02.11.2017)
20. Türkiye İstatistik Kurumu [İnternet]. <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>, (Erişim Tarihi: 03.09.2017).
21. OECD [İnternet]. http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC, (Erişim Tarihi: 14.10.2017).
22. Sosyal Güvenlik Kurumu. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari İstatistik Yıllıkları 2014, (Erişim Tarihi: 10.11.2017)
23. Atasever M. Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi-2002-2013 Dönemi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2014.