

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE (KAMU EKONOMİSİ)
ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU ve
HANEHALKI REFAHI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Doktora Tezi

Altuğ Murat KÖKTAŞ

Ankara-2014

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE (KAMU EKONOMİSİ)
ANABİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU ve
HANEHALKI REFAHI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Doktora Tezi

Altuğ Murat KÖKTAŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Serdal BAHÇE

Ankara-2014

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
MALİYE (KAMU EKONOMİSİ)
ANABİLİM DALI

TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMU ve
HANEHALKI REFAHI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

Doktora Tezi

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Serdal BAHÇE

Tez Jürisi Üyeleri

Adı ve Soyadı

Doç. Dr. Serdal BAHÇE (Danışman)

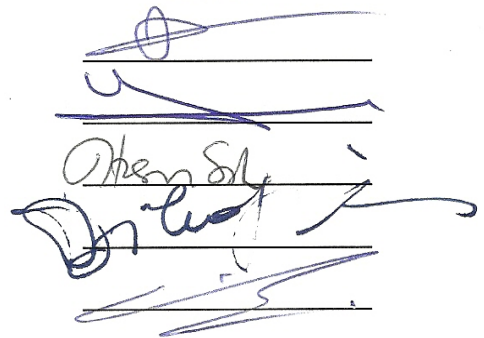
Prof. Dr. A. Burçin YERELİ

Prof. Dr. Hasan ŞAHİN

Doç. Dr. Dilek ÖZKÖK ÇUBUKÇU

Yrd. Doç. Dr. İ. Erdem SEÇİLMİŞ

İmzası



Tez Sınavı Tarihi: 06.05.2014

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Bu belge ile, bu tezdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu beyan ederim. Bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi ayrıca beyan ederim
(10/04/2014)

Altuğ Murat KÖKTAŞ

TEŞEKKÜR

Bu çalışma süresince desteğini benden esirgemeyerek, bilgi ve deneyimiyle bana yol gösteren, kendisinden çok şey öğrendiğim değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Serdal BAHÇE'ye, sağlık piyasasındaki engin tecrübesiyle, çalışmanın her aşamasında bana destek olan SGK Başmüfettişi İsmail KOBAL'a, akademik bilgi ve birikiminin gelişimi için maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen Sosyal Bilimler Enstitü Müdürleri Prof. Dr. Çınar ÖZEN ve Doç. Dr. Sevda G. GÖKMEN'e, çalışma boyunca bana her zaman yardımcı olan Işıl Şirin SELÇUK ÇAKMAK'a, akademik hayata adım attığım ilk günden buyana bana yol gösteren ve üzerimde büyük emekleri olan değerli hocalarım Prof. Dr. Necmiddin BAĞDADIÖĞLU, Prof. Dr. Abuzer PINAR ve Doç. Dr. Dilek ÖZKÖK ÇUBUKÇU'ya, kendisine çok şey borçlu olduğum, hayatımın her anında yanımda olan, sevgisini ve yakınlığını hiçbir zaman esirgemeyen kıymetli hocam Prof. Dr. Ahmet Burçin YERELİ'ye, benim için her türlü fedakarlığa katlanarak beni bugünlere getiren anne ve babama ve çalışma boyunca en büyük destekçim olan, değerli eşim Duygu KÖKTAŞ'a teşekkürü bir borç bilirim.

03.06.2014

Altuğ Murat KÖKTAŞ

İÇİNDEKİLER

Tablo Listesi.....	iv
Şekil Listesi.....	vi
Kısaltma Listesi.....	vii
Giriş.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR, SAĞLIK ve DEVLET

1.1. Sağlığın Tanımı.....	11
1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	14
1.3. Sağlık Ekonomisi.....	22
1.4. Bir Meta Olarak Sağlık.....	32
1.5. Sağlık Hizmetlerinde Talep.....	38
1.5.1. Talep.....	40
1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler.....	43
1.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Talep Esnekliği.....	44
1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Yapay Talep.....	47
1.6. Sağlık Hizmetlerinin Arzı.....	51
1.6.1. Refah İktisadı.....	52
1.6.1.1. Pareto Optimalite Kavramı.....	53
1.6.1.2. Refah İktisadının Temel Teoremleri.....	56
1.7. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Başarısızlığı.....	58
1.7.1. Kamusal Mallar.....	61
1.7.2. Erdemli Mallar.....	67
1.7.3. Dışsallıklar.....	69
1.7.4. Belirsizlik.....	74
1.7.5. Asimetrik Enformasyon.....	76

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIKTA REFORM

2.1. Kamu Kesiminde Reform Düşüncesi.....	81
2.2. Sağlık Hizmetlerinde Reform	88
2.3. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Sınırlama.....	95
2.3.1. Talep Odaklı Maliyet Sınırlama.....	96
2.3.1.1. Maliyet Paylaşımı	97
2.3.1.2.Maliyet Paylaşımının Etkileri	105
2.3.1.2.1. Maliyet Paylaşımı ve Etkinlik	106
2.3.1.2.2.Maliyet Paylaşımı ve Eşitlik	111
2.3.1.2.3. Maliyet Paylaşımı ve Katastrofik Sağlık Harcaması.....	113
2.3.2. Arz Odaklı Maliyet Sınırlama	116

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK REFORMU ve TÜRKİYE

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Reformunun Tarihçesi	119
3.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış.....	126
3.1.1.1. Sağlık Düzeyi.....	128
3.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Organizasyonu.....	129
3.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı	134
3.1.1.4. Sosyal Güvenlik Sigortaları ve Sağlık Teminat Paketleri	142
3.1.1.4.1. Sosyal Sigortalar Kurumu	142
3.1.1.4.2. Bağ-Kur.....	144
3.1.1.4.3. Emekli Sandığı	146
3.1.1.4.4. Yeşil Kart.....	147
3.1.1.4.4. Değerlendirme	150
3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	151
3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm	152
3.2.2. Sosyal Güvenliğin Dönüşümü	155
3.2.3. Katılım Payı Uygulaması	163
3.3. Sağlık Reformu Sonrası Türkiye’de Sağlığın Finansmanı.....	171

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU VE HANEHALKI REFAHI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

4.1. Literatürde Sağlık Reformu ve Refah Üzerindeki Etkileri	184
4.1.1. Sağlık Reformu ve Etkinlik	184
4.1.2. Sağlık Reformu ve Eşitlik	188
4.1.3. Sağlık Reformu ve Katastrofik Sağlık Harcamaları.....	194
4.2. Materyal ve Yöntem.....	210
4.2.1. Veri Kaynağı	210
4.2.2. Yöntem	216
4.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Gelişimi	222
4.4. Türkiye’de Hanehalkı Sağlık Harcamalarının Gelişimi	225
4.5. Bulgular.....	230
4.5.1. Katastrofik Sağlık Harcaması	230
4.5.2. Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Üzerindeki Etkileri	237
4.5.3. Katastrofik Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri	243
4.6. Çalışmanın Kısıtları	264
Sonuç	267
Kaynakça	273
Özet.....	293
Abstract	294

Tablo Listesi

Tablo 1: Farklı Fiyat Düzeylerinde Eroin Talebi.....	42
Tablo 2: Sağlık Hizmetleri Talebine Yönelik Esneklik Tahminleri	46
Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinin Kamu-Özel Ayrımı.....	64
Tablo 4: Sağlık ve Küresel Değişim	65
Tablo 5: On Temel Kamusal Sağlık Hizmeti	66
Tablo 6: Zengin ve Yoksul Ülkelerde Sağlık Sektörü Reformları.....	93
Tablo 7: Benzer Gelir Düzeyine Sahip Seçilmiş Ülkelerin Demografik Özellikleri, 2000	127
Tablo 8: OECD Ülkelerinde Sağlık İnsan Kaynakları ile MRI ve CT Sayıları	132
Tablo 9: Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı.....	135
Tablo 10: Benzer Milli Gelire Sahip Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı ile Kamu-Özel Payları (2003).....	136
Tablo 11: Türkiye'de Sağlık Sigortası Sahipliği, 2003.....	137
Tablo 12: Yıllar İtibariyle Sigortalı İstatistikleri	159
Tablo 13: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir-Gider Dengesi (Bin ₺)	160
Tablo 14: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumunun Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (Bin ₺).....	161
Tablo 15: Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ya Oranı.....	172
Tablo 16: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Dağılımı.....	174
Tablo 17: Benzer Milli Gelir Düzeyine Sahip Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Harcamalarının Gelişimi, 2011	176
Tablo 18: Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Gelişimi	178
Tablo 19: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2011	180
Tablo 20: Benzer Gelir Düzeyine Sahip Seçilmiş Ülkelerde Kişi Başı Sağlık Harcamaları, 2011	183
Tablo 21: Sağlık Hizmetleri Finansmanında Eşitlik.....	190
Tablo 22: Yıllar İtibariyle Anket Uygulanan Hanehalkı Sayıları	213
Tablo 23: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Bin Kişi.....	223
Tablo 24: Son 12 Ay İçerisinde Bir Hekim Tarafından Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Hizmeti Önerilmesine Rağmen, Bu Hizmeti Alamayanların Oranı (%).....	224
Tablo 25: Türkiye'de Yıllar İtibariyle Hanehalkı Sayısı, Ortalama Tüketim ve Sağlık Harcaması Gelişimi (Aylık)	225

Tablo 26: Gelire Göre Sıralı %20'lik Gruplara Göre Sağlık Harcamalarının Dağılımı	226
Tablo 27: Hanelerin Gelir Dilimlerine Göre Gelir, Tüketim ve Sağlık Harcamaları, Reel (2003=100)	228
Tablo 28: Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yıllar İtibariyle Gelişimi	231
Tablo 29: Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yıllar İtibariyle Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı.....	235
Tablo 30: Yıllar İtibariyle Harcama Esaslı Göreli Yoksulluk Oranları, Türkiye.....	241
Tablo 31: Sağlık Harcaması Sonrası Göreli Yoksulluk Sınırının Altına Düşen Fertlerin Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı (Gelir Esaslı)	242
Tablo 32: Tanımlayıcı İstatistikler	247
Tablo 33: Lojistik Regresyonda Kullanılan Bağımsız Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	248
Tablo 34 Bağımsız Değişkenler Arası Çoklu Bağlantı Probleminin VIF, Tolerans ve R^2 Değerleriyle İncelenmesi	249
Tablo 35: Cinsiyet Bağımsız Değişkeninin Çıkarılması Durumunda Modelin Anlamlılığı	250
Tablo 36: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %5 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları.....	251
Tablo 37 Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %10 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları.....	252
Tablo 38 Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %20 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları.....	253
Tablo 39: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Ödeme Kapasitesi İçindeki Payının %40 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları.....	254
Tablo 40: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %5 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri	260
Tablo 41: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %10 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri	261
Tablo 42: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %20 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri	262
Tablo 43: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Ödeme Kapasitesi İçindeki Payının %40 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri	263

Şekil Tablosu

Şekil 1: Sağlık Ekonomisinin İşleyişi	27
Şekil 2:Eroin Talebinde Fiyat ve Miktar Arasındaki İlişki	42
Şekil 3:Yapay Talebin Etkileri	50
Şekil 4: Refah Analizi	54
Şekil 5: Pozitif ve Negatif Dışsallıklar	71
Şekil 6: Kalça Protezinde Talep Yanlı Maliyet Paylaşımının Talep Üzerindeki Etkisi	107
Şekil 7: Kalça Protezinde Arz Yanlı Maliyet Paylaşımının Talep Üzerindeki Etkisi	117
Şekil 8: Yıllar İtibariyle Kamu ve Özel Kişi Başına Sağlık Harcamaları	135
Şekil 9: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Gelişimi (₺)	138
Şekil 10: Benzer Milli Gelire Sahip Seçilmiş Ülkelerde Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, 2003	139
Şekil 11: Yıllar İtibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları (Bin ₺)	140
Şekil 12: Yıllar İtibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığına Yapılan Bütçe Transferleri (Bin ₺)	141
Şekil 13: Yıllar İtibariyle Yeşil Kartlı Sayısı	149
Şekil 14: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu'na Yapılan Bütçe Transferleri (Bin ₺)	162
Şekil 15: Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Harcamalar İçindeki Payı (%)	175
Şekil 16: Benzer Gelir Düzeyine Sahip Ülkelerde Sağlık Harcamaları, 2011	177
Şekil 17: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, 2011	181
Şekil 18: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Toplam Kişi Başına Sağlık Harcaması, SGP, \$	182
Şekil 19: Yıllar İtibariyle Katastrofik Sağlık Harcamalarının Gelişimi	234

Kısaltma Listesi

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BKK	: Bakanlar Kurulu Karar
ÇSGB	: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	: Dünya Ticaret Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
HBA	: Hanehalkı Bütçe Anketi
KETEM	: Kanser Tarama Eğitim Merkezleri
OR	: Olasılık Oranı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UFK	: Uluslararası Finansal Kurumlar
YUP	: Yapısal Uyum Programları

GİRİŞ

Sağlıklı olmak, acı çekmeden uzun bir yaşam sürdürebilmek için insanlık tarihi boyunca hissedilen doğal bir ihtiyaçtır. Dünyadan ayrılmak ve bir daha geri dönememek gibi ciddi bir sonucu olan sağlık, bu özelliği ile diğer tüm ihtiyaçlardan ayrılmaktadır. “Tam bir iyilik hali” olarak özetlenen bu kavram, kimilerine göre fiziki iyiliğin çok daha ötesinde anlamlar içerdiğinden, ihtiyacın kapsamı ve şiddeti de bu çerçevede değişmektedir. Yoksulluk, işsizlik, açlık, gelir dağılımı bozukluğu ya da evsizlik gibi insanı acıya sevk eden tüm unsurların ortadan kaldırılması, geniş anlamda ihtiyaç duyulan sağlığın boyutlarını ortaya koymaktadır. Dolayısıyla insanoğlu, hayatı boyunca sağlıklı olabilmek için yaşamakta ve bütün varlığını buna adanmaktadır.

Sağlık, piyasada alım satım konusu olmamakla birlikte, sağlıklı olabilmek için gereken hizmet, piyasa konusudur. İnsan ihtiyacını gideren sağlık hizmeti, kullanım değerinin bulunmamasına rağmen, mübadele değerine sahip olması nedeniyle değişime konu olabilmektedir. Bu bağlamda mal ve hizmetlerin piyasada üretimine imkan sağlayan “bölünebilir olma” özelliği, söz konusu hizmetin piyasa kurallarıyla arz edilmesine izin vermektedir. Nitekim sağlık hizmeti talebinin ortaya çıkmasıyla birlikte, hizmet sunucusu sağlık hizmetini fiyatlayabilmekte ve finansman, hizmetten yararlanan tarafından gerçekleştirilebilmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmeti, kendine özgü nitelikleri itibarıyla, piyasa kurallarına terk edilemeyecek kadar değerlidir. Hizmet sunucusu tarafından üretilen hizmetin, hizmetten yararlanan

tarafından elde edilen özel faydasının yanında topluma yaydığı yoğun pozitif dışsallıkları nedeniyle tespit edilen fiyat, gerçek fiyatı yansıtmamaktadır. Fiyatlandırılmayan dışsallık, sağlık hizmetlerine devlet müdahalesinin temel argümanını oluşturmaktadır. Sosyal refah maksimizasyonunu hedefleyen devlet, elde edilen nihai faydanın özel faydadan yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetine, gerek finansman gerekse hizmet sunumu yönlerinden müdahale etmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde görülen asimetrik bilgi, belirsizlik, ters seçim, ahlaki tehlike ve yapay talep gibi piyasayı büyük oranda başarısızlığa uğratan faktörlerin mevcudiyeti, devlet müdahalesinin yoğunluğunu etkilemektedir. Bu bağlamda salgın hastalıklar ve çevre gibi toplumun tamamını ilgilendiren alanlarda sağlık hizmetinde kamusal öğeler daha fazlayken, kanser tedavisi gibi görel olarak özel faydanın daha fazla olduğu alanlarda sağlık hizmeti özel mal nitelikleri taşımaktadır. Bu bağlamda devlet müdahalesinin hangisine odaklanacağı, sağlık hizmetleri piyasasında cevap aranan en önemli sorudur.

Sağlık hizmetleri piyasasında, piyasanın başarısızlığı devlet müdahalesinin artmasına neden olmakta ve bu nedenle devlet, piyasadaki varlığını giderek artırmaktadır. Hizmet sunumuna yapılan müdahale, devleti en büyük hizmet sunucusu haline getirirken, sigorta piyasalarındaki sıklık, devleti en kapsamlı sigortacı yapmaktadır. Diğer yandan sağlık hizmeti satın alacak düzeyde finansal gücü olmayan yoksul kesimlerin varlığı ise hizmet sunuculuğu ve sağlık sigortacılığı yapan devletin aynı zamanda “sosyal devlet” kimliğini ortaya çıkarmaktadır.

1980'lerin sonlarına doğru yoğun olarak uygulamaya konulan Neoliberal politikalar, kendisini sağlık hizmetlerinde de göstermiştir. Özellikle 1990'ların ilk yarısında yaşanan kamu finansmanı sorunu, birçok ülkenin sağlık sistemleri yapısını gözden geçirmelerine ve kamu kesiminin sağlık hizmetleri piyasasındaki rolünü yeniden tartışmalarına neden olmuştur. Tartışmaların odak noktası ise sağlık sektöründe kamu varlığının sınırlanması olmuştur. Sonuç olarak bazı hizmetler yerel yönetimlere kaydırılarak merkezden uzaklaştırılmış, bazıları da özel sektöre bırakılarak piyasalaştırılmıştır. Bununla birlikte piyasanın doğası gereği gerçek fiyatlarla işlemek istemesi sonucu piyasa fiyatlarının yükseleceği ve sağlık piyasasındaki kamusal unsurların zarar göreceği ileri sürölmektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 39-41). Sonuç olarak tüm bu fonksiyonların yerine getirilebilmesi için kamu harcamaları artmakta ve devlet finansman sorunları yaşamaktadır. Bu bağlamda yapılması gereken, harcamaları kontrol altına almak ya da gelirleri artırmak üzerine kurgulanan bir reform politikasıdır.

Devletin sağlık hizmetleri piyasasında üstlendiği fonksiyonların artmasıyla birlikte yaşanan finansman sorunlarının devlet bütçesinde meydana getirdiği aşırı yük, kaynak tahsisi üzerinde yeni kamu politikalarının geliştirilmesine neden olmuştur. Söz konusu politikalar esas olarak birbiriyle ilişkili iki temel seçenekten oluşmaktadır. Bunlardan birincisi mevcut kamu harcamaları dağılımının sağlık harcamaları lehine değiştirilmesi ya da vergi ve sosyal güvenlik primlerinin artırılarak ek kaynak sağlanması, sağlık harcamalarının

milli gelir artışına bağlı olarak artırılması veya sağlık hizmetlerinin benzer gelir düzeyine sahip ülkelerle kıyaslama yapılarak fonlanmasıdır. İkincisi ise arz ve talep kaynaklı reform politikalarının uygulanarak, sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasıdır. Bu bağlamda sağlık harcamalarının belirlenen sınırlar çerçevesinde gerçekleşmesiyle birlikte sağlık hizmetleri maliyetleri azaltılacaktır (Rubin ve Mendelson, 1996: 56).

Sağlık hizmetleri maliyetinin kontrol altına alınması, arz ve talep olmak üzere iki farklı piyasa ajanı üzerinden gerçekleştirilmektedir. Hizmet talep edenlerin katılım payı ve benzer isimlerle daha fazla ödeme yaptığı talep yanlı maliyet paylaşımı ile sağlık hizmet sunucularında yer alan kişilerin dürtülerini değiştiren arz yanlı maliyet paylaşımı, reform politikalarının temel unsurlarını oluşturmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 135). *“Sağlık hizmetleri sunumunda tüketicinin cepten harcama yapmaya maruz kalması”* (Rubin ve Mendelson, 1996: 57) biçiminde tanımlanan talep yanlı maliyet paylaşımı, uygulanmasının kolay ve hızlı olması nedeniyle daha fazla tercih edilmektedir. *“Tüketici tarafından, formal veya enformal yollarla katlanılan, tüm dolaysız maliyetlere ilişkin ödemeler”* olarak tanımlanan cepten sağlık harcamaları, talep yanlı maliyet paylaşımının temel aracıdır. Ayni veya nakdi olarak gerçekleşen söz konusu ödemelere, yasal katkı payları ve enformal ödemeler örnek olarak gösterilebilir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22; Belli vd., 2004: 122; OECD, 2011: 134). Bununla birlikte düşük gelir gruplarına yönelik sübvansiyon önlemlerinin bulunmadığı bir sağlık sisteminde maliyet paylaşımının, hizmetin finansmanı ve hizmete erişim açısından hakkaniyeti

sağlamayacağına ilişkin yaygın bir görüş bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 23; Robinson, 2002: 174; Wagstaff vd., 1989). Diğer yandan, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin bilgi, güven ve profesyonelliğe dayanmasıyla birlikte talebin de arz edici tarafından kontrol altında tutulması sonucu, oluşacak yapay talep nedeniyle maliyetlerin düşürülemeyeceği savunulmaktadır (Saltman ve Figueras, 1998: 98). Nitekim son 15-20 yıldır sağlık hizmetleri sistemlerine uygulanan piyasa tarzı reformların satın alıcı ve sunucu ayrımı, adem-i merkezileşme, rekabet, destek hizmetlerinin taşeronlaşması, hastanelerin şirketleşmesi, kullanıcı ücretleri, kamu sektörünün özel finansman kullanması ve özel sağlık sigortası gibi yollarla, maliyetleri düşürebileceği veya hizmet verimliliğini artırabileceği yönünde çok az kanıt bulunmaktadır (Lister, 2008: 22).

Talep yanlı maliyet sınırlama yöntemi olarak maliyet paylaşımının, hizmet sunumunda tüketicilere ilave finansal yükler getirmesi nedeniyle regresif sonuçlara yol açtığı kabul edilmektedir. Özellikle maliyet paylaşımı sonucu ortaya çıkan finansal yükün düşük gelirlilerce taşınması potansiyeli nedeniyle yaşlı, genç ve kronik hastaların sağlık hizmetlerine erişimini azaltarak, bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyetsizliğe neden olabilmektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 85-90). Temel mantığı hizmet sunumuna yönelik talebi kısmak olan maliyet paylaşımı, özellikle düşük gelirlilerin hizmet talebini düşürmektedir (Robinson, 2002: 177). Bununla birlikte maliyet paylaşımının bulunmadığı durumlarda dahi, Slovenya, Litvanya, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerde, sigorta kapsamı dışında olan sağlık hizmetleri

nedeniyle, yüksek miktarda özel sağlık harcaması gerçekleşmektedir. Sağlık hizmetlerinin bedava sunulması dahi, bireyleri özel sağlık harcamalarından korumamaktadır (DB, 2008: 7). Bu bağlamda sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan cepten harcama yöntemi, en adaletsiz ve en etkinsiz olanı olarak tanımlanmaktadır (Wagstaff, 1989; Xu vd., 2003).

Sağlık hizmetleri finansmanının daha çok hizmetten yararlanan özel kesim tarafından gerçekleştirilmesi, başta hizmet kullanımını azaltmak olmak üzere eşitsizlik ve yoksulluk gibi sonuçlara neden olduğu görölmektedir. Söz konusu etkinin yalnızca düşük gelir dilimlerinde değil, yüksek gelir dilimlerinde de görölmesi (Xu vd., 2007: 972-973) sağlık hizmetlerinin finansmanında genel bir sorun olarak değerlendirilmesine neden olmaktadır. *“Hanelerin yaşam standartlarını bozan ve genellikle kendi kaynaklarıyla finanse edilen harcamalar”* olarak tanımlanan finansal katastrofi, esas itibariyle hanehalkı refahındaki negatif yönlü değişimdir (Van Doorslaer vd., 2007: 1169; Naga ve Lamiraud, 2008: 3). Bununla birlikte katastrofik sağlık harcaması, yalnızca sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerinden kaynaklanmamakta, görelî olarak düşük miktartlı bir sağlık harcaması dahi yoksul haneleri gıda, konut ya da eğitim gibi temel nitelikli harcamaları kısmaaya zorlayarak, katastrofiye neden olabilmektedir (Xu vd., 2007: 973)

Türkiye’de 03 Mayıs 1920 tarih ve 3 sayılı Kanun ile o zamanki adı Sıhhat ve İçtima-i Muavenat Vekaleti olan Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşu ile birlikte sağlık hizmetlerinde reform çalışmaları başlamıştır. Nitekim 1921

Anayasasının 11. Maddesinde yer alan “...Medaris, Maarif, Sıhhiye, İktisat, Ziraat, Nafia ve Muaveneti içtimaiye işlerinin tanzim ve idaresi vilâyet şûralarının salâhiyeti dahilindedir” ifadesi ile sağlık hizmetlerinin yönetimi vurgulanmıştır. Cumhuriyet tarihi boyunca sağlık hizmetlerinin kapsam, yoğunluk, kalite ve amaçları gibi unsurları üzerinde dönem dönem reform politikaları geliştirilmekle birlikte, bunların sonuncusu ve en kapsamlısı 2003 yılında uygulamaya konulan “Sağlıkta Dönüşüm Programı”dır (SDP). 3 Kasım 2002 tarihinde gerçekleşen hükümet değişikliği ile birlikte “Acil Eylem Planı”nda söz konusu sağlığa yönelik politika değişikliğinin ipucu verilmiş ve kapsamlı bir reform düşüncesi ortaya konulmuştur. SDP’nin başlıca hedefleri *“etkin ve kaliteli bir sağlık sistemi oluşturma, herkesin temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yapmak ve sağlık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirmek”* olarak tanımlanmış ve bu kapsamda kamu kesimindeki sağlık hizmet sunucularının birleştirilmesi, hizmet sunucularının idari ve mali özerkliklerinin sağlanması, genel sağlık sigorta sisteminin kurulması, aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ve özel sektörün sağlık alanında yatırım yapmasının özendirilmesi amaçlanmıştır. *“Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti”* düşüncesiyle kurgulanan SDP’nin, *“bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini amaç edinen ahlaki bir anlayış üzerine inşa edildiği”* belirtilmektedir. Bu bağlamda SDP *“sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması”* bakımından önemli bir araç olarak ileri sürülmüştür (Akdağ, 2011: 48).

Sağlık reformunun diğer ayağını oluşturan sosyal güvenlik reformu ise temel olarak üç aşamadan meydana gelmektedir. Bunlardan birincisi, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, ikincisi sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hükümlerinin tek bir kanunla bir araya getirilmesi yoluyla norm ve standart birliğinin sağlanması ve üçüncüsü ise primsiz ödemeler sisteminin sosyal sigorta sisteminden ayıklanması ve tek elden yürütülmesidir (5547 Sayılı Kanun Gerekçesi: 2). Bununla birlikte sosyal güvenlik teminat paketlerini tek elde toplayan 5510 Sayılı Kanunun 3. Maddesinde *“sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar”* olarak tanımlanan katılım payı, sağlık hizmetlerinin finansmanında özel kesim yükümlülüğünü ve cepten ödemeyi artıran bir faktör olarak sağlık sistemine dahil edilmiştir. Buna göre ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, vücut dışı protez ve ortezler, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ve kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide katılım payı zorunlu hale getirilmiştir. SDP’nin uygulama süreci içinde katılım payında miktar ve kapsam yönünden değişikliklere gidilmiş ve hizmetin finansmanına, özel kesim katılımının artırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın konusu, 2003 yılında Türkiye’de uygulamaya konulan sağlık reformunun, hanehalkı refahı üzerindeki etkileridir. Bu bağlamda sağlık reformu kapsamında uygulamaya konulan ve talep yanlı maliyet paylaşımının en önemli aracı olarak katılım payının, hanehalkı üzerinde meydana getirdiği

finansal baskı ile birlikte söz konusu baskının katastrofi ve yoksullaşma üzerindeki etkisi, çalışmanın özgün yanını oluşturmaktadır. Bunun en önemli nedeni, konu ile ilgili önceki çalışmaların 2009 yılı öncesi verileri kullanmaları ve tek bir yıla odaklanmalarıdır. Çalışmada 2003-2011 Hanehalkı Bütçe Anketi verilerinin tamamı kullanılarak, geniş bir perspektif elde edilmeye çalışılmıştır. Sağlık hizmetleri nedeniyle cepten yapılan sağlık harcamalarının, yıllar itibarıyla hanehalkı tüketimi üzerinde meydana getirdiği finansal yük ile birlikte, 2009 yılında uygulamaya konulan katılım payının hanehalkı refahı üzerindeki muhtemel etkileri çalışmanın temel sorunudur. Çalışma giriş ve sonuç bölümleri hariç dört bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde sağlık ile ilgili temel kavramlar üzerinde durulmuştur. Devletin sağlık hizmetleri piyasasındaki rolü, sağlık hizmetleri piyasasında görülen piyasa başarısızlıkları kapsamında incelenerek, devletin söz konusu piyasadaki müdahale gerekçeleri açıklanmıştır. İkinci bölümde ise kamu yönetiminde reform ihtiyacı ve bu ihtiyacın sağlık piyasasındaki yansımalarına yer verilmiştir. Sağlık reformunun arz ve talep yanlı uygulamaları ile bu uygulamaların hizmet kullanımında eşitlik ve etkinlik üzerindeki etkileri araştırılmıştır. Üçüncü bölümde Türkiye’de sağlık reformunu gerektiren unsurlar, sağlık sisteminin ve demografik yapının reform öncesi durumu ile sağlık ve sosyal güvenlik reformu uygulamaları üzerinde durulmaktadır. Dördüncü ve son bölümde ise Türkiye’de sağlık reformu uygulamalarının, hanehalkı refahı üzerindeki etkileri incelenmektedir. Buna göre cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle finansal katastrofi ve

yoksullaşma ile birlikte Türkiye’de finansal katastrofiye neden olan unsurlar, lojistik regresyon yardımıyla analiz edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMLAR, SAĞLIK ve DEVLET

1. 1. Sağlığın Tanımı

Sağlık yalnızca bugün değil, tarih boyunca toplumların gündeminde var olan bir olgudur. Tıbbi müdahale ve bunun sağlık üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi ve buna ilişkin düzenlemeler, Milattan Önce 2000’li yıllarda Mezopotamya’da yürürlükte olan Hammurabi Kanunlarında yer almıştır (Singer ve Underwood, 1962: 12). Yaklaşık 350 yıl önce ise Sir Tomas Browne “*Dünya, bir han değildir fakat bir hastanedir*” ifadesiyle, sağlığın yalnızca on yedinci yüzyıl İngiltere’sinin değil, insan hayatının vazgeçilmez bir unsuru olduğunu vurgulamıştır (Sen, 2002: 659). Toplum hayatının önemli bir unsurunu oluşturan sağlığın, epistemolojik olarak farklı tanımları vardır.

İngilizce karşılığı “health” olan sağlık sözcüğü, Türkçe anlamı “sağlam olmak” olan ve genellikle vücudun sağlamlığının belirtilmesinde kullanılan eski bir İngiliz sözcüğünden (hoelth) gelmektedir (Dolfman, 1973: 43). Faydacı felsefenin kurucusu olarak gösterilen Jeremy Bentham’a göre sağlık; *hastalığın ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan bulguların verdiği acının olmamasıdır* (Bentham, 1781: 43). Amartya Sen ise sağlığın, iyi bir sağlık hizmeti ile geliştirilebileceğini fakat bunun da tek başına yeterli olmadığını belirtmektedir. Sağlık; gıda, yaşam tarzı, kadın haklarının gelişmesi ile toplumda eşitsizliklerin ve özgürlüğün boyutu ile yakından ilişkilidir (Sen, 2008: 2010).

Williams sağlığı, bireyin toplumdaki normal fonksiyonlarını fiziksel acı ve rahatsızlığı ya da ruhsal sorunu olmadan yerine getirebilmesi biçiminde açıklamaktadır (Williams, 1981: 273). Slater ise sağlığı, sağlık hizmetlerinin dışında çeşitli faktörler ile ilişkilendirmektedir. Buna göre sağlık; bireyin iyilik hali (well-being) olarak tanımlanmakta ve bu iyilik halini, yerleşim, eğitim, gelir, aile koşulları, meslek, kişilik, tinsellik, dini inanış, bireysel güvenlik, halk sağlığı, hava ve gürültü kirliliği gibi geniş çevresel faktörler ile sağlık hizmetlerine erişim imkânları etkilemektedir (Slater, 1999: 56-59). Nitekim sağlık kimi zaman, ücret, verimlilik, okul performansı, üretkenlik ve tıbbi bakım talebini açıklamak için kullanılan bir değişken olarak kullanılmaktadır (Rout ve Nayak, 2007: 14). Bir diğer görüşe göre ise sağlık, ekonomik kalkınmanın belirleyicilerinden biridir (Mwabu, 2007: 1).

Tıp kurumunun sağlık için büyük bir tehlike haline geldiğini ve ilaç tüketimini teşvik ederek toplumun hastalıklı yapısını güçlendirdiğini ileri süren Ivan Illich, “Sağlığın Gaspı” isimli eserinde sağlığı şu şekilde tanımlamaktadır.

“Sağlık, bir uyum sağlama meselesidir. Toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom, ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepkidir. Sağlık, çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneğidir. Sağlık, geleceği de kapsar ve bu nedenle, acıyı ve onunla birlikte yaşamak için gerekli tinsel gücü de içerir” (Illich, 1995: 190).

Sağlık, bazen de basit bir şekilde hastalığın olmaması durumu olarak tanımlanmaktadır. Burada hastalık olgusunun çeşitli kavramlara sahip olması bu tanımı da yararsız kılmaktadır. Hastalığı tanımlamanın çeşitli yolları bulunmakta ve her bir tanım farklı hizmet sunucuları ile ilişkilendirilmektedir. Örneğin hastalığın tıbbi boyutu ile günlük hayatta neden olduğu bireysel sorunlar, tanımın farklılaşmasına yol açmaktadır. Aynı zamanda sağlık ve sağlıklı olma arasındaki yakın ilişki de mevcut tanımsal sorunlardan bir diğerini oluşturmaktadır. Bu bağlamda sağlık, işsizlik veya refah ile ilişkilendirilebilmektedir (McGuire vd., 2005: 2).

“Tanım, tanımdır. Ancak tanımlanan, uygun yan anlamlarıyla birlikte kullanılıyorsa, burada ikna edici olunmaya çalışıldığı açıktır. Dolayısıyla üstü kapalı olarak en iyi ifadelere ulaşılmalıdır” (Arrow, 1963: 942). Bu bağlamda literatürde sağlığın farklı tanımları yapılmakla birlikte, en fazla kabul gören tanım Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılandır. Buna göre sağlık; *“sadece sakatlığın ve hastalığın yokluğu değil, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halleri”* olarak tanımlanmaktadır (DSÖ, 1948). Tanımın kapsamlı olması, yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı, baskıcı kültürel kurallar ve aile ilişkileri, baskıcı politik yönetimler, rejimler ve savaşların “iyilik hali durumu” üzerinde doğrudan etkili olduğunu vurgulamaktadır (Çelik, 2011: 26). Ayrıca, tanımda yer alan “sosyal yönden tam iyilik halleri” ile sağlığın yalnızca bireysel bir kavram olmadığı, aynı zamanda toplumsal bir olgu olduğu anlaşılmaktadır. Sağlığın bireysel çerçevede tıp doktoru ile elde

edilecek sonucunun aksine, sosyal bakımdan iyilik halinin toplumsal fedakârlık ile sağlanabileceği açıktır (Johnson, 2007: 5).

Diğer yandan DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımı, çeşitli yönlerden eleştirilmektedir. Saracci'ye göre *“Fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halleri”*, sağlıktan daha çok mutluluk ile ilgili unsurlardır. Bu durumu ise Sigmund Freud'un, sağlık sorunları nedeniyle sigara içmeyi bırakmasından sonra Lou Andreas-Salome'ye yazdığı mektubundan yaptığı *“...böylece, şu an eskisinden daha iyiyim fakat daha mutlu değilim”* alıntısı ile örneklendirmektedir. Bu nedenle Saracci sağlığı, hasta ya da zayıf olmama ile temel ve evrensel bir insan hakkı olarak tanımlamaktadır. (1997: 1409-1410).

Türkiye'de mevcut sağlık sistemi, DSÖ tarafından yapılan tanımdan etkilenmiş ve bu etki kendisini Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun'da göstermiştir. Söz konusu kanuna göre sağlık, *“yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir”* şeklinde tanımlanmıştır. Benzer şekilde Türk Dil Kurumu sözlüğü ise sağlığı; vücudun hasta olmaması ve vücut esenliği durumu olarak tanımlamaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Folke Henschen insanlık tarihini *“yoksulluk, pislik ve hastalık tarihi”* olarak tanımlamaktadır. O'na göre hayat, yaşamı devam ettirebilmek için yokluk ve

hastalıkla baş edebilmekten ibarettir (Hartwell, 1974: 4). Dolayısıyla sağlığın insanlık tarihi kadar eski, hayatın kendisi olacak kadar gerçek ve önemini bugün dahi sürdürecek kadar güncel olması, sağlıkla ilgili algıyı canlı tutmaktadır.

Sağlık, kadim dönemlerden bu yana, toplumsal önemi üzerinde durulan bir kavramdır. Bilimsel tıbbın, eski Yunan ile başladığı kabul edilmektedir. İnsan anatomisi, psikolojisi ve patolojisi alanında temel bilgileri sağlamışlar ve tıp ile ilgili terminolojiyi oluşturmuşlardır. Sağlam, sağlıklı anlamına gelen ve tıp bilimine Yunan mitolojisinden giren “hijyen” sözcüğü, tıbbın babası olarak tanınan Aesculapius’un¹ kızı Hygiea’dan gelmektedir. Bu nedenle literatürde sağlığı korumak üzere çalışan bilim koluna, bu ilahenin ismine izafeten hijyen adı verilmiştir (Yumuturuğ, 1988: 1). Bununla birlikte eski Yunan’ın bu birikimi Mısır Medeniyetine borçlu olduğu düşünülmektedir. Yunanlılar tarafından kullanılan birçok ilacın Mısırlılardan geldiği ve yine bazılarının da Mısırlıların alışmaları sonucu elde edildiği bilinmektedir. Ayrıca Mısırlıların bir hekim olan Imhotep’e (M 2667 – M 2648) tapmaları ile Yunanlıların, Apollon’un oğlu ve aslında bir hekim olan Aesculapius’a tapmaları arasında da benzerlik grlmektedir (Singer, 1928: 7).

Bu dönemde sağlık esas itibarıyla, ilahi bir hediye olarak algılanmıştır. Her ne kadar Hippocrates (M.. 460-377) sağlığı ilahi bir hediyeden farklı görerek, gözleme dayalı geliştirdiği yöntem yoluyla tıp bilimine öncülük etse de bu inanış fazla değişmemiştir (stn ve Jakob, 2005: 802). Bugün dahi toplum

¹ Aesculapius 'un yılanlı asası günümüzde, hekimliğin simgesi ve tıbbın sembolüdür.

sağlığının düzeyini belirtmekte kullanılan doğumda beklenen yaşam süresi perspektifinde sağlığın önemi İncil’de; *“Ömrümüz yetmiş yıl sürüyor, Bilemedin seksen, o da sağlıklıysak; En güzel yıllar da zahmetle, kederle geçiyor, Çabucak bitiyor, uçup gidiyoruz”* ifadesiyle yer almaktadır (İncil, Bölüm: 90, Ayet: 10). Kur’an da yer alan *“Hastalandığım zaman bana O, şifa verir”* (Kur’an Bölüm: 26, Ayet: 80) ifadesi ise sağlığın, ilahi bir hediye olarak verildiğine yönelik bir diğer örnektir.

Toplumların, sağlığı korumak üzere yaptığı eser ve yapılara tarihsel süreçte sıkça rastlanmaktadır. Mezopotamya’da M.Ö. 4000 dolaylarında Sümerler’in yıkanmanın ve vücut temizliğinin önemi nedeniyle tapınakların alt katlarına su tesisatı yapmaları, M.Ö. 3000’de Sint uygarlığında hastalar için hastane tarzında sosyal yardım müesseselerinin kurulması, evlerde yıkanma yerleri, sokaklarda ana lağım borularının inşası, M.Ö. 3000-2000 döneminde Mısır uygarlığında sağlığın korunmasını bir din sanatı halinde yürütmeleri, vücut temizliği, yıkanma ve ölümlerin imhası, M.Ö. 2000 yıllarında Anadolu’da yaşayan Hitit’lerin göllerden kanallar ile şehirlere su getirmeleri ve aynı yöntemle kirli suları uzaklaştırmaları, sağlığa ilişkin tarihsel örneklerdir (Yumuturuğ, 1988: 2-4).

Hristiyanlığın, Roma İmparatorluğu’nda pagan inanışına karşı olarak gelmesi ve nihayetinde paganizmin² yerini almasıyla birlikte pagan geleneklerine karşı çıkmıştır. Kilisenin dördüncü yüzyıldan itibaren, kilise avlusundaki

² Paganizm, Hristiyanlıkta İbrahim’i dinlerin dışında kalan ruhani veya dinî öğreti ve doğa dinlerinin uygulama ve geleneklerini açıklamakta kullanılmaktadır.

mezarların üzerinde toplanıp çıplak ve kılıç sallayarak çılgınca dans eden bir pagan geleneğine karşı savaş vermesinin fazla başarılı olamaması ve yaklaşık bin yıl boyunca Hristiyan kiliselerinin ve mezarlıklarının dans pisti olarak kullanılması, Ortaçağ'ın sağlık algısını göstermektedir. Bu dönemde mezarların üzerinde ölümler ile dans etmek hayatta kalmanın sevincini dile getirmenin bir fırsatı ve birçok erotik şarkı ve şiirin kaynağını oluşturmuştur (Illich, 1995: 116). Ortaçağda gerçekleşen savaşlar ve salgın hastalıklar nedeniyle, tarihin ilk çağlarındaki gelişmeler bu dönemde unutulmuştur. Hastaneler Hristiyanlığın himayesinde, antik dönemin sonlarında yolcular, avareler ve kimsesizler için kurulan koğuşlar olarak ortaya çıkmıştır. Hekimlerin hastaları düzenli ziyaret etmeleri ise, hacılar zamanında Araplar'ın örnek alınmasıyla başlamıştır. On yedinci ve on sekizinci yüzyıllarda, hastalara ölçümler uygulayan doktorlar, meslektaşları tarafından şarlatan gibi görülmekte iken Fransız Devrimi sırasında, İngiliz doktorlar klinik termometreye henüz itibar etmemektedir. Bununla birlikte, on sekizinci yüzyılın sonlarına dek, hastaneye gidiş tipik olarak, dönüşü olmayan bir yolculuk olarak bilinmektedir. Hastaneler, koğuşçuların sağlığını düzeltecek tedavi aracı olarak görülmemektedir. Tıp yazarları ilke olarak, hekimin yapabileceği birbirine zıt iki hizmet belirlemiştir. Buna göre hekim ya iyileşmeye yardımcı olur ya da ölümün kolay ve çabuk olmasına yardım edebilirdi. O'nun asıl görevi ölümün hastayı yakaladığının özel belirtilerini görmektir (Illich, 1995: 109-126). Bu durumun Ortaçağ'da (M.S. 400-1200) Hristiyanlığın tamamen bilimin karşısında yer alması ve bilimsel araştırma ve eğitimin yalnızca manastırlarda sürdürülebilmesinden kaynaklandığı ileri

sürülmektedir (Singer, 1928: 7). Bu inanış, ancak Fransız Devrimi sonucu hekimlerin, din adamlarının yerini alabileceği düşüncesi ile değişebilmiş ve Fransız Devrimcilerinin hastaların iyiliği için istedikleri uzmanlaşmış hastaneler hayata geçirilmiştir. Burjuva ailesinin doğuşuyla birlikte, bireyler arasında var olan ölümden eşitlik son bulmuş ve ölümleri uzak tutmak için maddi olarak her türlü bedeli ödeyebileceklerin devri başlamıştır. Bu zamana kadar hekimlerin görevi ölümleri kolaylaştırmak iken, artık yaşamın uzatılması olarak değişmiştir. Francis Bacon'un *“Birincisi, sağlığın korunması, ikincisi hastalıkların tedavisi ve üçüncüsü ise yaşamın uzatılması”* şeklinde tıbbi üçe ayırması, bu yeni görevi tanımlayan ilk olgudur. Deneme için para ödemeye çok hevesli bir müşteri sürüsünün ortaya çıkması ve bu müşterilerin emekliyken ölmeyi reddeden, ölümün kendisini işinin başındayken, doğal bir tükeniş sonucu alıp götürmesinde direten bu yeni ve zengin tipi insan, aktif bir yaşlılık sürmeden ve sağlığının bozuk olduğu sırada gelecek ölümü kabullenmek istememiştir (Illich, 1995: 108-129).

Tüccar kapitalizmi olarak nitelendirilen Merkantilizm ile birlikte sağlığa bakış açısı da değişmiştir. Kabaca on beşinci yüzyılın ortasından on sekizinci yüzyılın ortasına kadar geçen üç yüz yıla yayılmış ve temelinde derin bir milliyetçilik duygusu yatan Merkantilist düşüncenin en büyük itici gücü, milletin kendini gösterebilmesi, yarış ve rekabette geri kalmaması ve devletin güçlü olması fikridir. Devletin gücü, elinde bulundurduğu altın ve gümüş stoku ile ölçüldüğünden, devletin gücünün artırılması ancak bu stoktaki artış ile mümkündür. Bu bağlamda, dış ticaret yoluyla stokların artırılması, dış ödemeler dengesinde fazla verip, dışarıdan yurt içine daha geniş hacimde,

altın ve gümüş girmesinin teşvik edilmesi ve endüstrinin gelişmesi için ne gerekiyorsa, devletin bunu geniş bir alanda uygulamaya koyması, merkantilist iktisat politikasının belli başlı araçları olarak görülmektedir. Diğer yandan ülkede nüfusun çokluğu ve çoğaltılmasına gayret edilmesi, devletin güçlenmesindeki önemli araçlardan biridir. Çünkü nüfus, hem silahlı kuvvetlerin hem de endüstrinin muhtaç olduğu ucuz ve bol insan gücünün başlıca kaynağıdır. Ayrıca kalabalık bir nüfus, kalabalık bir vergi mükellefi demektir. Bu ise devlet maliyesinin, belli başlı dayanağıdır (Yalçın, 1976: 134-135, Galbraith, 2010: 38).

Temel politika teorisi olarak ortaya çıkan merkantilizm ile sağlık arasındaki ilişki ise oldukça belirgindir. Alman fizikçi, kimyacı ve yazar olan Johan Joachim Becher 1668 yılında yayınladığı bir çalışmada, nüfus kalabalığının gerekliliği üzerinde önemle durmuştur. Buna göre Rönesans Avrupa'nın tamamında, ülkelerin ekonomik gücünün ve kendilerini koruyabilmelerinin sağlıklı bir nüfusu beslemeyle mümkün olabileceğini ortaya çıkarmıştır (Marinker, 2002: 13).

IV. Henri dönemi Fransa'sında yoksulların korunması amacıyla çeşitli kurumların kurulması planlanmış fakat bunların çok azı tamamlanabilmiştir. Bu nedenle on yedinci yüzyılın ortalarına kadar tıbbi yardım genellikle yerel otoriteler tarafından sağlanmıştır. Bu kuruluşlar toplumun ekonomik ve sosyal sorunlarının çözümünde giderek artan bir rol elde etmiş ve Jean Baptiste

Colbert³ zamanında hastaların korunması ve genel olarak toplum sağlığının geliştirilmesi yönünde çalışmışlardır. On yedinci yüzyıl İngiltere'sinde ise devletin gücünün artırılması amacıyla verimliliği olumlu yönde etkileyecek biçimde, toplum sağlığının geliştirilmesi üzerine çalışmalar yapılmıştır. On sekizinci yüzyılda daha çok insani vakıflar, yoksul kesime yönelik sağlık hizmetleri üzerinde çalışmış fakat sanayi devrimi nedeniyle yetersiz kalmışlardır (Rosen, 1974).

Sağlık açısından ortaya çıkan toplumsal sorunların çözümüne yönelik teorik çalışmalar on yedinci yüzyılın sonlarına doğru hız kazanmıştır. Bu dönemde Mothe-Fénelon, Vauban, Boisguillebert, Jean Bodin ve Fleury gibi isimler, devletin toplum sağlığına yönelik fonksiyonları üzerine bazı önerilerde bulunmuşlardır. Örneğin Fénelon nüfus artışının büyük bir öneme sahip olduğunu belirtmekle birlikte yoksulluğun, toplumsal sorunlara yol açtığını ve sosyal refahı olumsuz yönde etkilediğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla devletin işsizlik, yaşılanma ve hastalıkların iyileştirilmesi yönünde politika geliştirmesini savunmuştur. Fleury'e göre ise devletin asıl amacı *“sağlığı ve ahlakı korumak, nüfusu artırmak, hastalıkları ve suçları önlemektir”*. Montesquieu, 1748 yılında yayınladığı ünlü eseri Kanunların Ruhu Üzerine'de (De l'Espirit des Lois), *“İnsanların yalnızca emeklerine sahip oldukları bir yerde devlet; yaşlıların, hastaların ve kimsesizlerin ihtiyaçlarını karşılamak zorundadır”* ifadesiyle, devletin sosyal sorunlara kayıtsız kalamayacağını belirtmiştir (Rosen, 1959: 259-264).

³ Ekonomist ve Siyasetçi olan Jean Baptiste Colbert, Kral XIV. Louis döneminde Fransa Maliye Bakanıdır (1665-1683).

Sanayi Devrimi ile birlikte, refah devleti politikaları tüm Avrupa'yı etkisi altına almıştır. On sekizinci yüzyılın ikinci yarısında Bismarck, Almanya'da toplumun geniş bir kesiminin faydalanabileceği bir sosyal güvenlik çalışması başlatmıştır. Toplum sağlığı ve refah politikaları bakımından oldukça önemli olan Bismarck'ın getirdiği devlet destekli sağlık hizmetlerinin çıkış noktası ise daha önce ifade edildiği gibi, devletin gücünü muhafaza etme arzusundan kaynaklandığı düşünülmektedir (Marinker, 2002: 4). Buna göre, emek sahiplerine sağlık hizmet sunumu garanti edilmiş, hastalık veya sakatlığa bağlı olarak ortaya çıkacak gelir kaybı ile hastalık, kaza veya yaşlılıkla oluşabilecek iş görememe durumu tazminat kapsamına alınmıştır. Almanya'da hayata geçirilen bu uygulamalar diğer ülkeleri kendi sağlık ve refah politikalarını hayata geçirmeleri konusunda kıışkırtmıştır. Diğer yandan Birinci Dünya Savaşı ile birlikte, sosyal güvende yaşanan sorunlar giderek artmıştır. İngiliz Hükümetince Sir William Beveridge tarafından hazırlanan ve çözüm önerileri getiren rapor doğrultusunda, genel vergilerle finanse edilecek ulusal sağlık hizmeti uygulamaya sokulmuştur. Bismarck ve Beveridge modelleri, bugün Avrupa'da halen görölmektedir. Sanayi Devrimi ve artan şehirleşme ile birlikte hastalıkların yoksulluk, çalışma koşulları ve yetersiz beslenmeden kaynaklandığı düşüncesinin yanı sıra, on dokuzuncu yüzyılın ikinci yarısında aşılama, antiseptik tedaviler, antibiyotikler ve tanı cihazları gibi önemli buluşlar, sağlık sistemlerinin ilerlemesine önemli katkılar sağlamıştır. İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise sağlık hizmetlerindeki gelişmeler hızlanmış, yeni ilaç ve teknolojiler ortaya çıkmıştır. Artan sağlık

talebini karşılamak içinse, sağlık hizmet sunumunu artıracak sağlık politikaları hayata geçirilmiştir (Herten ve Schepers, 2002: 20-21).

Son yüzyılda özellikle sanayileşmiş lkelerde, artan ortalama hayat beklentisi, azalan ölüm oranları ile artan doğum oranları ve kronik hastalıkların çoğalması, hastalığa maruz kalan insan sayısının artmasına yol açmıştır. Ayrıca yaşlanma sorununun ortaya çıkması da, yirmi birinci yüzyılda sağlık hizmetlerinin artan bir önemle, hkmetler tarafından sunulması ve finanse edilmesini zorunlu hale getirmiştir.

1.3. Sağlık Ekonomisi

İktisadın bağımsız bir bilim olarak ortaya çıkmasında referans alınan Adam Smith, Ulusların Zenginliği isimli eserinde ekonomi politiği *“halkı ve hükümdarı zenginleştirmek”* olarak tanımlamakta, halk ile devlete ve ulusa kamu hizmetlerinin yapılmasını sağlayabilecek bir gelir temin etmek üzere iki hedefi olduğunu vurgulamaktadır (Smith, 2010: 4). Alfred Marshall ise, iktisadın refah ile ilgilendiğini fakat bunun da ötesinde en önemli yanının insan olduğunu vurgulamaktadır (Marshall, 1948: 1-14).

Paul A. Samuelson, iktisat okumanın sebeplerini *“İktisadın, insanları en fazla ilgilendiren konularla meşgul olması, aile konuları dışında, her vatandaşın karşılaştığı siyasi kararlarla ve ticaretle ilgili olması ile toplumları ve milletleri tehdit eden hayati meselelerle meşgul olması”* biçiminde ifade ettikten sonra,

iktisatçıların, iktisadın tanımı üzerinde anlaştıkları tarifi şu şekilde vermektedir:

“İktisat, insanların ve toplumların para kullanarak veya para kullanmadan zaman içinde çeşitli mallar üretmek ve bunları bugün ve gelecekte tüketmek üzere, toplumdaki fertler veya gruplar arasında bölüştürmek için, kıt üretim kaynakları kullanmak konusundaki tercihlerini inceler” (Samuelson, 1973: 3-5).

Sağlık ekonomisi yazınının, ekonomi literatüre ne zaman girdiği tartışmalıdır. Bazıları, Lees tarafından 1960 yılında yayımlanan “Sağlık Hizmetleri Ekonomisi” isimli çalışmayı sağlık ekonomisinin başlangıcı olarak tanımlarken, bazıları ise sağlık ekonomisinin William Petty tarafından 1664 yılında yazılan Verbum Sapienti (Akıllıca Sözler) ile başladığını iddia etmektedir (Culyer, 1981: 3). Bir diğer yaklaşım ise Arrow ve Mushkin’in çalışmalarını, daha sonra gelenlerin bu çalışmalardan yoğun bir şekilde etkilenmeleri nedeniyle, referans almaktadır (Cardoso, 2008). Farklı bir yaklaşım ise, beş yüz yıl önce yaşayan ve ilk kez sistematik olarak sağlık ekonomisi tartışmalarını yapan Paracelsus’ü⁴, asırlardır tartışılan sağlık ekonomisi literatürünün başlangıcı olarak değerlendirmektedir (Backhaus, 2007: 11).

Sir William Petty (1623-1687), henüz Oxford Üniversitesi’nde öğrenciyken yazdığı “W.P.’nin Bay Samuel Hartlib⁵e Tavsiyesi” isimli broşürde, yapılması

⁴ İsviçreli bir doktor ve kimyager olan Paracelsus (Phillipus Theophrastus Bombastus von Hohenheim, 1493-1541), modern tıbbın yanında, modern farmakolojinin de babası olarak kabul edilmektedir.

⁵ Samuel Hartlib (1600-1662), “Ünlü Makaria Krallığının Bir Tasviri” (1641) isimli ütopyasında, sosyal ve ekonomik reformlar üzerinde duran bir bilgidir.

gereken eğitim reformlarından bahsetmiş⁶ ve sosyal hayattaki sorunları, “Politik Aritmetik” isimli çalışmasında pratik bir yaklaşımla ele almıştır (Ober, 1972: 998). William Petty, sağlığın önemini 1676 yılında Dublin’de yaptığı bir konuşmada şu şekilde açıklamaktadır.

“Kral’ın himayesinde yaşayan dokuz milyon insan olduğunu, bunlardan her yıl üç yüz altmış bininin öldüğünü ve dört yüz kırk bininin doğduğunu varsayalım. Tıp alanında yaşanan gelişmeler sonucunda ise her yıl dörtte bir oranında daha az insanın öldüğünü varsayalım. Bu durumda, Kral her yıl iki yüz bin kişiyi korumuş olacak. En düşük köle ücretinin yirmi pound olduğu düşünüldüğünde, Britanya İmparatorluğu yılda dört milyon pound elde edecektir” (Rosen, 1953: 427).

Petty’nin Britanya İmparatorluğu’nun sağlık programı üzerindeki etkisinin oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Bunun nedeni ise, güçlü merkezîyetçi yapının, Petty’nin düşüncelerini uygulamadaki eksikliğidir. Bu nedenle Petty’nin ileri sürdüğü sosyal politikalar ancak kendisinin ölümünden iki yüz on beş yıl sonra, en eski uluslar arası sağlık ajansı olan “Pan American Sanitary Bureau” tarafından sahiplenilmiştir (Horwitz, 1963: 947-948).

Sağlık ekonomisine yönelik çalışmalar 1970’li yıllardan sonra artış göstererek bir alt disiplin olarak tanımlanmaya başlamıştır. Buna neden olan etkenler ise; sağlık harcamalarında meydana gelen artış ile bu harcamaların milli gelir içindeki paylarının artması ve sağlık ile ilgili sorunların bir kriz halini almasıdır (Franzel ve McCready, 1979: 270). Örneğin ABD’de savaş sonrası ekonomik büyümenin eş anlı olarak toplumun sağlığı üzerinde bir gelişme

⁶ William Petty, sağlık eğitimine yönelik tavsiyelerinde hekimlerin hem teorik hem de pratik deneyimlerinin bulunmasını, bunun için gerekirse yardımcı hekim olarak beş veya altı yıl hekimlerin yanında öğrencilik yapmalarını ve böylece bir anlamda usta-çırak ilişkisiyle kendilerini geliştirmelerini, Latin dili ve düşüncesini anlamalarını ve bu bağlamda hekimlerin öncelikle bir filozof olmaları gerektiğini savunmaktadır.

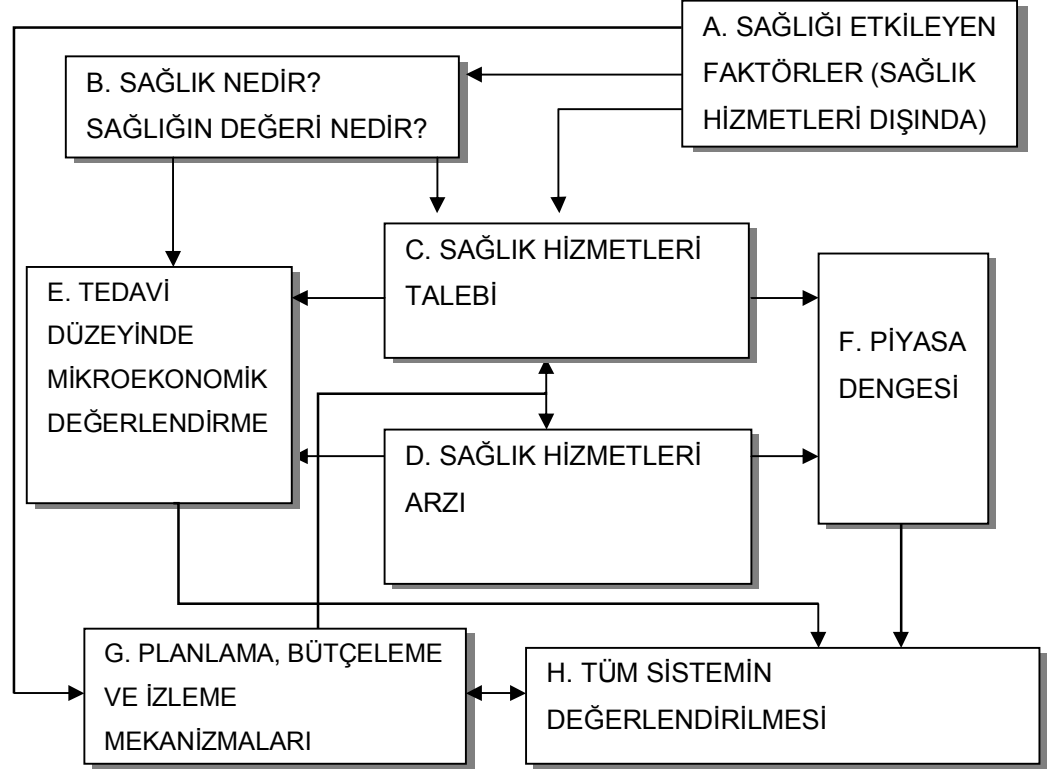
göstermemesi ile birlikte zenci çocuk ölümlerinin artışı ile salgın hastalıkların yaygınlığı, sağlığa ayrılan kaynağın etkin kullanımını gündeme getirmiş ve bu alanda yapılan çalışmalar yoğunluk kazanmıştır (Corey vd., 1977: 8).

Selma J. Mushkin, 1958 yılında yayınladığı *“Sağlık Ekonomisinin Tanımına Doğru”* isimli çalışmasıyla, sağlık ekonomisini konu edinmiştir. Mushkin, *“Sağlık ekonomistleri, sağlık hizmetleri piyasasının organizasyonu ve insana yapılan sağlık yatırımının net getirisi ile ilgilenmektedirler”* ifadesiyle sağlık ekonomisinin iki ana başlıktan oluştuğunu belirtmektedir. Her ne kadar Mushkin’in çalışması daha önce olsa da, sağlık ekonomisinin doğuşu, genellikle Kenneth J. Arrow’un 1963 yılında yayınlanan makalesi ile ilişkilendirilmektedir (Cardoso, 2008; Savedoff: 2004, Reinhardt, 2001, Poterba, 2009). Arrow çalışmasında doğrudan sağlık piyasası ve sağlık ekonomisi kavramlarına yer vermiş, çeşitli tartışmalarda bulunmuş ve çalışmasının giriş bölümünde (1963: 941), *“Bu makale, normatif iktisadın bir ögesi olan tıbbi bakımın deneysel, ayırt edici ve keşif niteliğinde bir çalışmadır. Çalışmanın konusu sağlık değil, sağlık endüstrisidir”* ifadesiyle Arrow, sağlığın dışında sağlık hizmetleri ekonomisi ismiyle yeni bir alanda çalıştığını açıkça belirtmiştir. Grossman ise (1972) sağlık talebini bir model yoluyla analiz etmiştir. Modelde sağlığın dayanıklı sermaye stoku olduğu varsayılmış ve sağlıklı geçirilen zamanın da bu stokun çıktısı olduğu belirtilmiştir. Dolayısıyla, sağlık ekonomisine olan ilgi, bu çalışmalarla hız kazanmıştır.

Lionel Robbins ekonomi bilimini, 1932 yılında yazdığı denemesinde *“kıt kaynakların alternatif kullanımında insan davranışlarını inceleyen bilim”* olarak tanımlamaktadır (Robbins, 1932: 16). Bu bağlamda iktisatçılar, hemen hemen her sektörde, sınırsız insan ihtiyaçları doğrultusunda, kaynak tahsisi ile ilgilenmektedir. Sağlık alanındaki kıtlık sorunu ise, sağlık ekonomisini ortaya çıkarmış ve iktisatçılar, tıpkı diğer sağlık alanında çalışan bilim adamları gibi, sağlığın sürdürülebilirliği, yaşam standartlarının geliştirilmesi ve hizmet sunumunda adaletin sağlanması konularında çalışmaya başlamışlardır. Sağlık sektöründe kullanılan kaynakların dünya çapında son kırk yılda hızlı bir şekilde artması ise, akademik ilgiyi bu alana çeviren önemli bir faktör olarak değerlendirilmektedir (McPake ve Normand, 2008: 1-2).

A. J. Culyer ise sağlık ekonomisini, *“sağlık ile ilgili olgu ve sorunların ekonomik teorisinin uygulama alanı”* olarak tanımlamaktadır. Sağlık ekonomisi; sağlık statüsü, sağlık hizmet sunumu, sağlık hizmet talebi, sağlığa ilişkin fayda-maliyet ve maliyet etkinlik analizi, sağlık sigortası, sağlık hizmetleri piyasası, sağlık hizmetlerinin finansmanı, tedavi maliyetleri, işgücü planlaması, medikal endüstrisi, sağlık hizmet sunumunda adalet ve eşitsizlikler, hastane ekonomisi, sağlık hizmetleri bütçelemesi ve kaynakların bölgesel dağılımı ile bunların ölçülmesi ve değerlendirilmesine yönelik oldukça geniş bir alanı kapsamaktadır (Culyer, 2005: 150-152). Alan Williams tarafından sağlık ekonomisi disiplininin yapısı ve ilgilendiği konular ile bunların birbirleriyle olan ilişkilerine yönelik hazırlanan diyagram Şekil 1’de verilmektedir.

Şekil 1: Sağlık Ekonomisinin İşleyişi



Kaynak: Alan Williams (2003). "Health economics: a bird's eye view of the structure of the discipline", in Health Care Economics for Health Care Professionals: Module 1, Basic Economic Concepts (Module Workbook), York: University of York, p.132.

Sağlığı Etkileyen Faktörler (Kutu A); sağlık hizmeti müdahaleleri dışında sağlığı etkileyen faktörler ile ilgilidir. Eğitim, yoksulluk, etnisite, fiziksel çevre ve yaşam biçimi (sigara, obezite vb.) gibi unsurlar bu bölümde incelenmektedir. Örneğin, eğitim ya da yoksulluk düzeyinde meydana gelen bir iyileşme, ileriki yaşlarda sağlık hizmet talebini azaltmaktadır.

Sağlık Nedir? Sağlığı Etkileyen Faktörler Nedir? (Kutu B); sağlığın tanımı, çıktılarının ölçülmesi ve değerinin belirlenmesi ile ilgili konuları dikkate almaktadır. Sağlığın değeri, yaşamın değeri ve sağlık durumu göstergeleri bu başlıkta incelenmektedir. Bu alanda, iktisatçılar, sosyologlar, epidemiolojistler ve araştırmacılar birlikte yer almaktadır.

Sağlık Hizmetleri Talebi (Kutu C), sağlık hizmet talebini konu edinmektedir. Buradaki sağlık hizmet talebi, sağlık talebinden (ya da sağlıklı olmak isteğinden) türemekte ve rasyonel bir biçimde Kutu A ve Kutu B'den kaynaklanmaktadır. Bu ise bireyin sağlık durumu ile yakından ilgilidir. Diğer yandan bireysel sağlık hizmet talebi miktarı, fiyat mekanizması, finansal olmayan maliyetler mesleki ücretler ve tedavi maliyetleri ile kontrol edilmektedir. Hizmet sunumuna erişimin zaman alması ya da tanı ve teşhis aşamasındaki psikolojik korku buna örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca bireylerin sağlık hizmetine erişiminde doktor, yetkili veya sigorta şirketleri gibi ajanları kullanma zorunluluğu ile bu ajanların birbirleriyle olan karmaşık ilişkileri, sağlık hizmetlerine olan talebi etkilemektedir.

Sağlık Hizmetleri Arzı (Kutu D), sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık hizmet sunumunda kullanılan kaynaklarla ilgilidir. Hastane üretim fonksiyonu, ikame girdiler, davranış ilişkileri, emek piyasaları ve endüstri düzenlemeleri bu alanda incelenmektedir. Diğer yandan hizmet sunumunda hastanelere göre daha arka planda olmakla birlikte endüstrinin medikal ayağını oluşturan farmakolojik ve medikal malzemeler de burada yer almaktadır.

Tedavi Düzeyinde Mikroekonomik Değerlendirme (Kutu E), sağlık hizmet sunumunun mikro düzeyde değerlendirilmesi ile ilgilenmektedir. Sağlık hizmet sunumunun tanı, teşhis, tedavi ve tedavi sonrası bakım çerçevesinde her düzeydeki alternatif hizmet sunumlarının yöntem, alan, zamanlama ve miktar gibi unsurlarının maliyet-etkinlik, maliyet-fayda ve maliyet-yararlanım analizi konu edinilmektedir.

Piyasa Dengesi (Kutu F), sağlık hizmet talebi ve arzı arasındaki denge ile ilgilenmektedir. Burada incelenen temel konu, kaynakların etkin dağılımının nasıl gerekleŖeceđidir. Fiyatlı ve fiyat dıŖı, zaman ve bekleme sũresi tũrũnde tayınlama yũntemleri ile sağlık hizmet sunucularının farklı davranıŖları sonucunda piyasa dengesi analiz edilmektedir.

Tũm Sistemin Değerlendirilmesi (Kutu H), sağlık sisteminin en ũst derecede etkinlik, eŖitlik ve maliyet sınırlama kapsamında tũm sistemin değerlendirilmesi ve Ŗlũlmesiyle ilgilidir. EŖitlik ve etkin dağılım Kutu E ve Kutu F'den tũretilmekle birlikte bũlgesel, ulusal ve uluslar arası karŖılaŖtırmalar bu alanda gerekleŖtirilmektedir. Yapılan uluslar arası karŖılaŖtırmalar genellikle ũlkelerin Milli Hasıla'dan sağlığa ayırdıkları pay, harcama rasyoları ve doğumda yaŖam beklentisi gibi faktũrler ũzerinden yapılmaktadır. Diğer yandan hangi sistemin daha iyi olduğunun bu rasyolar ũzerinden belirlenmesi oldukça zordur. Ŗrneđin Amerika BirleŖik Devletleri, kiŖi baŖına daha fazla sağlık harcaması yaparken, Japonlar daha uzun yaŖam beklentisine sahiptir (OECD, 2012).

Planlama, Bũteleme ve İzleme Mekanizmaları (Kutu H), sağlık sistemine yapılan vergi, sũbvansiyon ve diğer mũdahale araçları ile yapılan regũlasyon politikalarının değerlendirilmesini konu edinmektedir. Sağlık sektũrũnũn organizasyonu, politikanın planlanması ve bũtelendirilmesi ile izlenmesi bu bũlũmde gerekleŖmektedir.

Sağlık ekonomisi, iktisat teorisinin standart kategorileri arasına girmemekte ve bu nedenle de iktisattan ayrılmaktadır. İktisat teorisi genel itibariyle tüketici teorisi, talep, arz, piyasalar, endüstriyel organizasyonlar, bilgi ekonomisi, üretim teknolojisi, teşvik ve sosyal refah gibi çeşitli kategorilerden oluşmaktadır. Sağlık ekonomisini sıralanan bu kategoriler arasında incelemek ise, başarısızlığa yol açmaktadır. Bunun en önemli nedeni ise sağlık hizmet sunumu ve piyasasının veya bir diğer deyişle sağlık endüstrisinin kendine has özellikleridir. Örneğin tüketici teorisinin genel varsayımlarıyla, sağlık hizmet talebinin analizi başarılı sonuçlar vermemektedir (Mwabu, 2007: 2). Bu bağlamda sağlık ekonomisi, ekonomiden bağımsız bir disiplin olarak değerlendirilmemekle birlikte, ekonominin çeşitli analiz tekniklerini kullanmaktadır. Ne ekonomi sadece kendi başına “sağlık” alanında bir disiplin olabilmekte ne de, daha ileri ekonomik analizler yapılabilmektedir. Bu nedenle, sağlık ekonomisi ne’i şahsına münhasır (sui generis) bir alandır (Culyer, 1981: 4). Diğer yandan sağlık ekonomisi, ekonomi teorisinin bir uygulama alanı olmakla birlikte, ekonomi teorisine katı bir şekilde bağımlıdır. Sağlık hizmet sunucuları ve talep edicileri ile sektöre müdahale edici olarak devletin aldığı kararların analizinde, ekonomik modeller ile ampirik yöntemlerden yoğun bir şekilde yararlanılmaktadır. Tüm bu unsurlar, epidemiyoloji, istatistik, psikoloji, sosyoloji ve matematik ile de yakından ilişkilidir (Dewar, 2010: 10).

Sağlık ekonomisinin önemi üç ana başlıkta ifade edilebilir. Bunlardan ilki, sağlığın hem bireysel hem de toplumsal boyutlu olmasıdır. Hastalıkların tedavi edilmesi sırasında, sağlık hizmet sunucularına erişim ve kalite üzerine

yapılan ekonomik analizlerle, endüstrinin yaygın sorunları çözülmeye çalışılmaktadır. Sağlık ekonomisi tam anlamıyla ölüm ve yaşam arasında var olan bir olgudur. İkinci önemli unsur, sağlık sektörünün devasa boyutudur. Sağlığın tüm gelişmiş ekonomilerde harcama, yatırım ve istihdam üzerinde temel bir faktör olması, ekonomik performansı da doğrudan etkilemektedir. Üçüncü olarak, sağlık hizmetlerinin fonlanması, üretilmesi ve dağıtılması ekonomik yapı ile güçlü bir bağa sahiptir. Bu nedenle küresel, ulusal ve yerel sağlık politikaları giderek artan bir önemle ekonomi teorisinin method ve analizlerini kullanmaktadır (Dewar, 2010: 10; Fuchs, 2005: 76).

Sağlık sektöründeki ekonomik analizler, hükümet ve diğer kurumların sağlık politikalarıyla ulaşmak istedikleri hedeflere yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Bu hedefler ise, genel olarak toplum sağlığını geliştirmek ile eşitlik ve adalettir. Bu nedenle sağlık iktisatçıları, sağlıkta eşitliğin nasıl sağlanacağı üzerinde çalışmaktadır. Diğer yandan eşitlik ile etkinlik arasındaki mevcut sorun ise, durumu karmaşık bir hale sokmaktadır. Kır ve kent popülasyonu ve bunların farklı sağlık göstergeleri buna iyi bir örnektir. Genellikle kırsal bölgelerin sağlık göstergeleri, kente göre daha kötüdür. Bu bağlamda kamu politikası, bu farklılığı gidermek üzerine odaklanmakta fakat kaynak tahsisi bunu engellemektedir. Özellikle yoksulluk, sağlık ve sağlık hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Bilimsel çalışmalar, büyük sosyal eşitsizliklerin mevcut olduğu ülkelerdeki sağlık göstergelerinin, eşitsizliklerin daha az olduğu ülkelere kıyasla daha kötü olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda Orta ve Doğu Avrupa'da gelişen hızlı gelir adaletsizliği, toplum sağlığını giderek kötüleştirmektedir (McPake ve Normand, 2008: 5-6). Sonuç olarak

sağlık ekonomisi günümüzde, bu sorunları konu edinmekte ve çözüm yolları bulmaya çalışmaktadır.

1.4. Bir Meta Olarak Sağlık

Etimolojik olarak Latin dilinde uyum, adaptasyon ve uyarlama anlamlarına gelen “commoditatem” sözcüğünden türeyen meta (commodity) sözcüğü İngiliz diline, Fransızca “commodité” sözcüğünden geçmiş ve on beşinci yüzyılın başlarında fayda, yarar ve refah anlamlarında kullanılmaya başlanmıştır. Türkçeye Arapçadan giren “meta” sözcüğü, “ticari mal” anlamında kullanılmaktadır. Çoğul karşılığı ise “emtia”dır. Genellikle Marksist iktisatçılar tarafından kullanılan meta sözcüğü yerine toplumun geniş bir kesimi ise daha çok “mal” sözcüğünü tercih etmektedir (Şenesen, 2009).

İngiliz iktisatçılara göre meta, *"yaşam için gerekli, yararlı ya da iyi herhangi birşey"* olarak tanımlanırken, Karl Marx ise metayı *"insan emeğiyle üretilmiş olan mal veya hizmet şeklindeki şey"*⁷ olarak tanımlamaktadır. Marx'a göre meta, her şeyden önce taşıdığı özelliklerle şu ya da bu türden insan ihtiyaçlarını gideren dışsal bir nesnedir. İnsan gereksinimlerinden ihtiyaç ve istekleri karşılamaya yarayan meta, kullanım değeri ve mübadele değeri olmak üzere iki farklı değere sahiptir⁸. Kullanım değeri ancak kullanım

⁷ Marx'a göre metalar, piyasaya kendi başlarına gidemez ve kendi kendilerini mübadele edemezler. Bu nedenle metaların insanlar karşısında direnme güçleri yoktur. On ikinci yüzyılda yaşayan bir Fransız şairi, Landit pazarında direnme gücü olmayan metaları giyecek eşya, ayakkabı, deri eşya ve tarım aletleri vb. olarak sıralarken, ateşli dilberleri de bunların arasında saymaktadır (Marx, 2011:93).

⁸ Marx, bu durumu Aristoteles'in Politika'sından yaptığı alıntı ile örneklendirmektedir. Aristoteles (2010: 20) para kazanma diye adlandırılan bir diğer mülkiyet edinme türünün varlığından bahsederken şu ifadelerle yer vermiştir: *"Her eşya ya da mülkiyet konusu iki işe yarar, bu kullanımların ikisi de o şeyin kendi kullanımlarıdır, ama benzer kullanımlar değildir;*

bakımından bir değere sahip olmakla birlikte bu değer yalnızca tüketim süreci içinde gerçekleşmektedir. Bir ürünün meta olabilmesi için ise, kullanım değeri olarak hizmet edeceği başkasına mübadele yoluyla aktarılması gerekmektedir (Marx, 2011: 43-54). Bu bağlamda meta, sahibi için kullanım-değerine sahip olsaydı, yani kendi öz gereksinimlerini doğrudan tatmin edecek bir araç olsaydı, meta olarak tanımlanamayacaktı. Meta, sahibi için, daha çok kullanım değerinin yokluğu olarak belirmektedir ve yalnızca mübadele değerinin maddi dayanağı ya da basit bir değişim aracı olarak nitelendirilmektedir. Sonuç olarak mübadele değerinin aktif desteği olarak kullanım değeri, ancak değişim aracı olmaktadır. Bu nedenle sahibinin elinde meta, ancak mübadele-değeri olarak kullanım değerine sahip olmaktadır (Marx, 2011: 60). Ayrıca Marx'a göre metaların değeri, *“yalnızca belirli miktarlardaki donmuş emek-zamandır”*. Bir metanın değeri, onun üretimi sırasında harcanmış emek miktarı ile belirlenmektedir (Marx, 2011: 52-53). Benzer bir değer yaklaşımı Adam Smith (2010: 30-31) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir:

“Değer sözcüğünün iki ayrı anlamı olduğuna dikkat etmek gerekir. Kimi zaman belirli bir nesnenin faydalı oluşunu; bazen de, o nesneye sahip olmanın verdiği, başka mal satın alabilme gücünü anlatır. Birine “Kullanım değeri”, ötekine “Değişim değeri” denilebilir. ... Şu halde, kendisi kullanmak niyetinde olmadığı başka şeylerle değişmeyi tasarlamadığı bir şeyin, ona sahip bulunan için değeri, o şeyin, kendisine satın almak ya da üzerinde hükmedebilmek olanağını verdiği emek miktarına eşittir. Demek ki, emek, bütün malların mübadele değerinin gerçek ölçüsüdür”.

çünkü bunların biri söz konusu eşyanın yerli yerinde kullanılışıdır, öteki değildir. Örneğin, bir ayakkabı ya ayağa giymeye yarar ya da bir başka şeyle değiştirmeye. Her ikisi de, ayakkabının kullanımlarıdır, çünkü o ayakkabıyı, bir ayakkabı isteyen birine verip karşılığında para ya da yiyecek alan bir kimse bile, ayakkabıyı ayakkabı olarak kullanmaktadır, çünkü ayakkabı asıl değiş tokuş amacıyla yapılmaz”.

Sağlık ekonomisinde sağlık ile ilgili analizlerin başlangıç noktası, sağlık talebi, arzı ve kaynakların dağılımından önce sağlığın bir meta olup olmadığıdır. Sağlığın kendisi değişim konusu yapılamamakta ve bu nedenle diğer mal ve hizmetlerin karakteristik özelliğini taşıyamamaktadır⁹. J. S. Mill (1909: 436), meta ile ilgili olarak şunları belirtmiştir:

"Siyasal iktisatta değer kelimesi, tek başına kullanıldığında, her zaman için, mübadele değeri anlamına gelir. Siyasal iktisadın, filozof veya ahlak kuramcılarının farklı kullanımlar hakkındaki yapmış oldukları karşılaştırmalı değerlendirmelerle hiçbir ilgisi bulunmamaktadır. Siyasal iktisatta bir şeyin kullanımı, o şeyin bir amaca hizmet etme veya bir isteği yerine getirme kapasitesi anlamına gelmektedir. Kullanım değeri, mübadele değerinin en uç limitidir. Bir şeyin mübadele değerinin, kullanım değerinden az olabileceği gibi bazen de kullanım değerinden yüksek olabilmesi, bir çelişkiyi vurgulamaktadır. Kişilerin bir şeye sahip olmak için o şeye isteklerini yerine getirme aracı olarak kendi koymuş oldukları azami değerden daha fazlasını vereceğini varsaymaktadır."

Sonuç olarak sağlığın yalnızca kullanım değeri olmakta fakat mübadele değeri bulunmamaktadır. Diğer yandan sağlığın kendisi, değişim konusu olmamakla birlikte, sağlık hizmeti mübadele değerine sahip olarak, değişim konusu yapılabilmektedir. Piyasa konusu olan sağlık hizmetlerine arz tarafından bakıldığında, hizmet sunucularının ürettiği başlıca unsur sağlık iken, talep tarafından bakıldığında bireylerin mevcut sağlık durumlarını iyileştirmek istemeleri, mübadelenin konusuna girmektedir (McGuire vd., 2005: 29).

⁹ Sağlık hizmetlerini, diğer mal ve hizmetlerden ayıran karakteristik özellikler ile ilgili ayrıntılı bilgi için: Arrow (1963), Clark (1957), Feldstein (1963), Klarman (1965), Mushkin (1958), Titmuss (1963), Weisbrod (1961), Less (1960, 1962), Lindsay (1969) , Lindsay ve Buchanan (1970).

Sağlığın bir meta olarak değerlendirilmemesinin yanında sağlık hizmetlerinin mübadele konusu edilebilmesi, bu hizmetin sunumu ve değeri konusunda ayrıntılı tartışmaya neden olmaktadır. Sağlık hizmetinin arzı ve bu hizmetin finansmanının nasıl sağlanacağı, sağlık hizmetinin bir mal veya hizmet türü olarak nerede bulunacağına göre değişmektedir. Sağlık hizmetinin piyasada fiyatlandırılması, hizmetin daha çok özel kesim tarafından finansmanının sağlanması sonucunu doğururken, hizmetin kamusal yönünün ağırlığı ise kamusal finansmana yol açacaktır. Sağlık hizmetlerinin finansmanının devlet tarafından sağlandığı veya sosyal sigorta yoluyla finanse edildiği ülkelerde sağlık hizmeti, önemli hizmetlere daha eşit erişim imkânını hedeflemekte iken gerçek durum bundan farklılaşmaktadır. Legal ya da illegal katkı ve katılım payları, hastanelerde erişimi mümkün olmayan tedavi hizmetleri, sağlık personelinin yoksul kesime karşı tutumu ve yoksul bölgelerdeki fiziki sağlık imkânlarının durumu, farklılığın önemli nedenlerinden bazılarıdır. Sağlık sistemi her ne kadar eşit erişim üzerine kurulmuş olsa da, uygulama sonucu hane halkının yapacağı daha fazla harcama, daha iyi hizmet erişimini sağlayabilir. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerine erişim; gelir, çalışma durumu, yaş ve hastalığa bağlı olarak değişmektedir. Buna göre çalışan ve sosyal sigorta sahibi bir birey daha iyi hizmet alırken, çok yoksul ve yaşlı bir birey bedava ya da sübvansede edilmiş sağlık hizmetlerinden yararlanmak durumundadır. Sağlık sistemi eşitlik üzerine planlansa dahi, sistemden kaynaklanan sorunlar nedeniyle tüm kullanıcılara eşit fırsatlar sunulamamaktadır. Bu bağlamda sağlık sektöründe kullanılacak kaynakların tahsisinde, toplumların önünde iki farklı yol bulunmaktadır.

Bunlardan birincisi; arz, talep ve fiyat üzerinde alınacak kararların piyasaya bırakılması, ikincisi ise bunların devlet tarafından planlanmasıdır. Asıl tartışma ise bunlardan hangisinin en iyi olduğudur (McPake ve Normand, 2008: 3-7).

Sağlık hizmetinin kamu kesimi ve piyasa tarafından sunulması, daha çok mal veya hizmetin yapısal özelliklerine göre şekil almaktadır. Sağlık hizmetinin kendine özgü karakteristik özelliği, hem bu hizmetin arzının kim tarafından sağlanması gerektiğini belirtmekte, hem de finansmanının nasıl gerçekleştirileceği konusunda ipucu vermektedir. Sağlık hizmet kuruluşlarının ürettiği nihai ürünün tam olarak tanımlanamaması ve bu nedenle diğer mal ve hizmetlerden farklılık göstermesinin nedenleri şu şekilde sıralanmaktadır:

- i) Birçok tüketicinin hasta olmasına rağmen, tedavi olmak istememesi ya da hastalığından haberdar olmaması
- ii) Acil tedavi gereksiniminin, hastanın kendi tercihini ortaya çıkarmaması
- iii) Hastanın alacağı tedavi hizmetinin maliyetini tespit edememesi
- iv) Hastanın aldığı tedavinin kalitesini bilmemesi
- v) Uygun sigorta hizmetine sahip olunmaması
- vi) Sigorta sisteminde var olan ahlaki tehlikenin optimal sigorta fiyatını engellemesi
- vii) Bulaşıcı hastalıklara karşı sağlanan bağışıklığın hastanın kendisi dışında topluma da faydalı olması
- viii) Yeteri düzeyde kapasitenin bulunmaması ve

ix) Hastanın rasyonel davranarak, toplumdaki diğer bireylerin fikirleri doğrultusunda yeteri düzeyde sağlık hizmeti almamasıdır.

Bu durum gelir eksikliği nedeniyle olabileceği gibi, zaman miyopisi ve sosyal çevre gibi bireysel tercih ve durumlar nedeniyle de oluşabilmektedir (Culyer, 1971: 189-202).

Sağlık hizmeti talebinde bulunan tüketici¹⁰, doğal olarak mevcut sağlık durumunun daha iyi bir duruma getirilmesiyle ilgilenmektedir. Bunun gerçekleşmesi içinse, bilgi talebinde bulunmaktadır. Bunlar, hastanın içinde bulunduğu mevcut sağlık durumu, hastalığının tedavisi için uygulanabilecek tedavi çeşitleri ve bu tedavi çeşitlerinin etkinliği şeklinde basitçe örneklendirilebilir. Bu enformasyon akışı, tüketicinin tam olarak belirlenemeyen sağlık durumu, uygulanabilecek tedavi çeşitlerinin sonunda erişilen çıktıların belirsizliği ya da hastanın yanlış karar vermesi sonucu mevcut durumunun daha da kötüleşmesi korkusu, hekimin “karar verici ajan” gibi davranmasına neden olmaktadır. Örneğin, diş ağrısında çoğu insan görece olarak hastalık, tedavi yolları ve bunların etkinliği ile ilgili daha fazla bilgiye sahip olduğundan, kendisi hizmet talebinde karar verici olabilmektedir fakat hastalığın, insan hayatının sona ermesi gibi daha ciddi sonuçlarının bulunduğu kanser türü örneklerde ise, durum tamamen farklılaşmaktadır. Mevcut sağlık durumunu geliştirmek isteyen tüketici, artık hizmet talebinin ve miktarının kararını hekime devretmekte ve bu durumda hizmet talebi ve arzı aynı ekonomik ajanda birleşmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmet sunucusunun veya diğer bir deyişle hekimin, hizmet talep eden tüketiciye

¹⁰ Sağlık hizmeti tüketicisi, sağlık durumunu iyileştirmek isteyen hastadır.

sağlık durumu, tedavi çeşidi ve etkinliği ile ilgili bilgi vermesi, hekimin pozisyonunu arz edici konumundan, tüketicinin fayda fonksiyonunu doğrudan etkileyen bir faktör durumuna getirmektedir. Sonuç olarak sağlık hizmetinin talebi, diğer mal ve hizmetlerde etkili olan faktörlerden ayrılmaktadır. Arz ve talebin Marshallian ayrımı, bu endüstride çalışmamakta ve sunucunun kabarttığı talep (yapay talep, supplier induced demand) haline dönüşmektedir. Örneğin, hekimin hizmet başına ücret alması, arzın hekim tarafından yapay bir talebe dönüştürülerek hastaya gereksiz ve yüksek maliyetli tedavi uygulamasına neden olabilmektedir. Bu nedenle hekim müdahalesi sonucu, tüketicinin talep eğrisinde meydana gelebilecek bir kayma olasılığı, endüstriyi farklılaştırmaktadır (McGuire vd., 2005: 34-35; Evans, 1974: 162-173; Sarı, 2007: 10).

1.5. Sağlık Hizmetlerinde Talep

Sağlık hizmetlerine olan talebin anlaşılabilmesi, öncelikle talep olgusunun açıklanmasıyla mümkün olmaktadır. Talebin özellikleri, ilkeleri ve ilişkide olduğu çeşitli unsurların bilinmesi, sağlık hizmetleri talebinin analizini kolaylaştıracaktır. Sağlık, çeşitli boyutlara sahiptir. Her şeyden önce bireyler mutlu olabilmek, hayatı kazanabilmek ve yaşayabilmek ile diğer mal ve hizmetleri kullanabilmek bakımından sağlığa ihtiyaç duymaktadır. Bu bağlamda bireyler ihtiyaç duydukları sağlığa sahip olabilmek için, egzersiz yapmakta, sağlıklı gıdalar tüketmekte, daha iyi koşullarda yaşamakta, kirli atıklardan korunmakta, sigara içmeyi bırakmakta, aşı yaptırmakta, hastalıklara karşı çeşitli sağlık taramalarından geçmekte veya medikal

yardım almaktadırlar. Sağlık talebi bireylerin sağlığa verdiği önem ile yakından ilgilidir. Sağlıklı olmak ile diğer mal ve hizmetlerin kullanımı arasında bir tercih zorunluluğu, sağlığa verilen değer ile belirmektedir. Örneğin sigaradan fazla zevk alan birisinin, gelecekte sağlığını kaybetme riski oldukça yüksekken, bu alışkanlıktan vazgeçmemesi ya da hızlı araba kullanmanın bireye verdiği heyecan karşılığında kaza yapma olasılığı sonucu hayati tehlike ile karşı karşıya kalma riski oldukça yüksekken buna devam etmesi, sağlığa verilen önemi göstermektedir. Sağlığın doğrudan alım satıma konu olmaması, insana doğrudan ekli bir unsur olması, sağlık talebini de etkilemektedir. Bir muz satın almak ile sağlık satın almak arasında oldukça büyük bir fark vardır. Diğer yandan sağlık ile ilgili gelişmelerin belirsiz olması, sağlık talebini de belirsiz bir konuma sokmaktadır. Hastalıkların önceden tahmin edilememesi, hastalık süresince hastalığın gelişiminin değişebilmesi ya da tedavi sonucunun önceden kesin bir şekilde tahmin edilememesi, sağlık talebini de etkilemektedir (McPake ve Normand, 2008: 17-18, Arrow, 1963).

Sağlık hizmetleri talebi, diğer mal ve hizmetlere olan talepten belirli farklılıklar göstermektedir. Öncelikle sağlık hizmetleri talebi bir türev taleptir. Sağlık talebinde bulunan birey, sağlık hizmetini talep eder. İkinci olarak hizmet üreticisi konumunda bulunan hekim, talep üzerinde doğrudan etkilidir. Bir diğer deyişle, hasta adına hareket eden hekim hem arz hem de talebi belirleyici konumdadır. Talebin, hizmetin finansman biçimine göre değişmesi ise üçüncü olarak değerlendirilmektedir. Buna göre ücretin sigorta tarafından ödenmesi, talebi etkilemektedir. Sağlık hizmetleri talebinin bir diğer ayırt edici

özelliği ise malın hem yatırım hem de tüketim malı özelliği göstermesidir (Batirel, 1991: 18-19). Sağlık hizmetlerinin yeme, içme ya da giyinme gibi düzenli ve sonuçlarının önceden tahmin edilememesi ile birlikte maddi kayıpların ve gelir elde etme olanaklarının azalması ve nihai sonucunda ölüm gibi bir riskin varlığı talebi farklılaştıran diğer unsurlardır (Arrow, 1963: 948).

1.5.1. Talep

“Bir papağana arz ve talep ifadelerini ezberletebilerseniz, o’nu iktisatçı yapabilirsiniz” (Samuelson, 1973: 62) ifadesi, arz ve talebin iktisat bilimindeki önemine işaret eden önemli bir tespittir. Her ekonomide çözülmeye çalışılan, tahsis, bölüşüm ve istikrar sorunlarının nerede ve nasıl cevaplanacağı gerçeği arz, talep ve piyasa gibi temel kavramları ortaya çıkarmaktadır.

Bireyler genellikle, nispeten daha fazla değer verdikleri mal ve hizmetler ile ilgilenmektedirler. Tüketicinin bu ilgi çerçevesinde davranışlarının incelenmesinde dayanan temel iktisadi kural budur. Tüketicilerin çeşitli mal ve hizmetler arasında yaptıkları tercihi veya seçimi açıklamak üzere iktisatçılar fayda¹¹ (utility) kavramını geliştirmişlerdir. Fayda kavramı çerçevesinde talep eğrisi ve talebin temel özellikleri açıklanmaya çalışılmıştır (Seyidoğlu, 2006: 111). Diğer yandan ihtiyaçların karşılanmasıyla sağlanacak tatmin veya elde edilecek haz belirli bir noktadan sona düşmektedir. Bir mal veya hizmetten tüketilen miktar arttıkça her ilave birimin sağladığı fayda

¹¹ Fayda kavramı ilk kez 1738’de İsviçreli matematikçi Daniel Bernoulli’nin bir şans oyununda insanların kazandıkları her bir dolara, kaybettikleri bir dolardan daha az değer verdiklerini gözlemlemesiyle ortaya çıkmıştır. Fayda kavramının Sosyal Bilimler alanına girmesi ise J. Bentham ile olmuştur.

giderek azalmakta, bir noktada marjinal fayda¹² sıfıra eşitlenmekte ve daha sonra negatif olmaktadır. Bu durum “Azalan Marjinal Fayda Kanunu” olarak isimlendirilmektedir. Marshall azalan marjinal fayda ilkesinden yola çıkarak, bireyin sahip olduğu para miktarı ve bu paranın satın alma gücü ile zevkler veri iken, negatif eğimli talep eğrisini ortaya çıkarmış, bunların toplamından da piyasa talep eğrisine ulaşmıştır (Kazgan, 2011: 134).

Bireysel açıdan talep, bir tüketicinin belirli bir süre içinde, bir dizi olası fiyattan satın almak istediği ve satın alma olasılığına sahip bulunduğu miktarları ifade etmektedir. Burada sözü edilen talep edilen miktar, arzulanan miktardır. Bireyin diğer unsurlar veriyken, satın almaya istekli olduğu miktarı belirtmektedir. Ayrıca arzulanan deyimi, boş hayaller ya da gelecekteki ihtimalleri değil fiili talepleri vurgulamaktadır. Bununla birlikte talep edilen miktar, sürekli bir satın alış akımını anlatmaktadır. Bu nedenle talep, bir zaman dönemi itibariyle oluşmaktadır (Lipsey vd., 1984: 58). Kural olarak bir malın fiyatı düştükçe talep edilen miktar artarken, fiyatı yükseldikçe talep edilen miktar azalmaktadır. Fiyatlardaki değişme ile satın alınmak istenen miktar arasındaki bu ters yönlü ilişkiye *talep kanunu* (the law of demand) denilmektedir. Talep kanununun geçerli olduğu durum yalnızca fiyatlar ve miktarlardır. Fiyat ve miktar dışındaki diğer herşeyin sabit kaldığı¹³ varsayılmaktadır. Fiyatla miktar arasındaki ilişkinin grafik üzerindeki gösteriminden elde edilen eğriye, *talep eğrisi* denir ve negatif eğimlidir. Talep

¹² Malın tüketiminin bir birim artırılması veya azaltılması durumunda toplam faydada ortaya çıkacak değişimdir.

¹³ Latince “ceteris paribus”.

eğrisinin negatif eğimli olması, malın fiyatı ile talep edilen miktarı arasındaki ters yönlü ilişkinin bir yansıması olup, talebin temel özelliğini yansıtmaktadır.

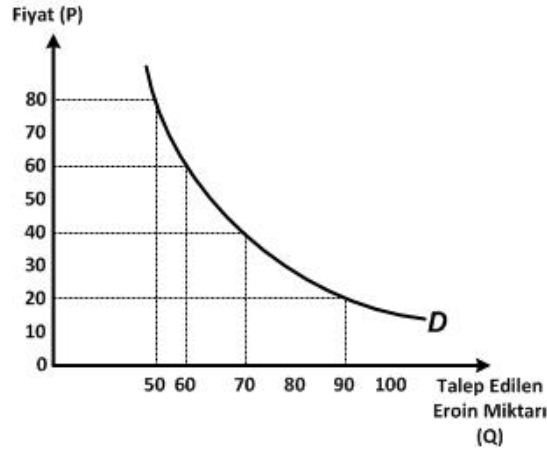
Tablo 1: Farklı Fiyat Düzeylerinde Eroin Talebi

Miktar (gram)	Fiyat (€)
90	20
70	40
63	60
59	80

Kaynak: (McPake ve Normand, 2008: 21).

Tablo 1, piyasada hafta başına mevcut eroin talebinin fiyat ve miktar arasındaki ilişkisini temsil etmektedir. Örneğin, 80 € fiyat düzeyinde haftalık eroin talebi 59 gram olarak gerçekleşmektedir. Tabloda verili her fiyat düzeyindeki talep edilen eroin miktarlarından faydalanılarak, haftalık eroin talep eğrisi aşağıdaki gibi oluşmaktadır.

Şekil 2:Eroin Talebinde Fiyat ve Miktar Arasındaki İlişki



Şekil 2, fiyatta meydana gelen değişim sonucu talep edilen miktardaki değişimi göstermektedir. Eroin fiyatının artması sonucu, talep edilen miktarın azalması nedeniyle, daha önce söz edildiği gibi talep eğrisi negatif eğimli

olmaktadır. Örneğin fiyatın 20 €’dan 80 €’ya yükselmesi karşılığında, talep edilen miktar 31 gram azalmaktadır.

1.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Talebi Etkileyen Faktörler

Talep edilen miktar daha önce ifade edildiği gibi, diğer her şey sabitken, fiyat ile ters yönlü bir ilişkiye sahiptir ve bu ilişki talep eğrisi üzerinde aşağı veya yukarı yönlü bir değişime neden olmaktadır. Bununla birlikte talep üzerinde doğrudan etkili olan bazı faktörler, talep eğrisini sağa veya sola doğru kaydırarak talebi değiştirmektedir. Malın kendi fiyatının dışında talebi belirleyen “diğer şeyler” aşağıdaki gibi gösterilebilir:

$$D = f(P, P_s, P_c, Y, T)$$

P (Price), Fiyat, P_s (Price of substitute goods) İkame malların fiyatı, P_c (Price of complement goods), Y (Income) gelir ve T (Tastes) zevk ve tercihlerdir.

Talep edilen miktarı belirleyen etkenlerden biri malın fiyatıdır. Malın fiyatı arttıkça, talep edilen miktar azalmakta, malın fiyatı azaldıkça talep edilen miktar artmaktadır. Birbirinin yerine kullanılabilen ikame malların fiyatında meydana gelecek malın talebini arttırırken, azalış malın talebini azaltır. Tamamlayıcı mallarda ise, malların birinin fiyatında meydana gelecek artış, diğer malın talebini azaltırken, fiyatta meydana gelecek bir azalış diğer malın talebini arttırmaktadır. Tüketiciler için talebi belirleyen bir diğer faktör ise tüketicinin geliridir. Gelirleri artan tüketiciler, malın fiyatı değişmemiş olsa bile hemen her şeyden daha fazla satın almaktadır. Talep üzerinde etkili olan sonuncu faktör ise tüketicinin zevk ve tercihleridir. Bir mal veya hizmetin

tüketicinin zevk ve tercihi kapsamında olması, bunlara olan talebi artırmaktadır.

Literatürde talebi etkileyen faktörler yukarıdaki gibi sıralanırken, sağlık talebinde durum farklıdır. Sağlık sektöründe yer alan iktisadi ajanlar arasındaki bilgi asimetrisi yapay talep sorununa yol açmakta ve talebi değiştirmektedir. Sağlığın, ölüm gibi ciddi bir sonucunun olması ise fiyat ve hizmet miktarı arasındaki ilişkiyi bozmaktadır. İkame malların fiyatları ise, hizmet sunumunu çok fazla etkilememektedir. Hizmet kalitesinde görülen kalite farklılığı ikame malların fiyatları düşse dahi malın talebini değiştirmeyebilir. Sağlık hizmet talebi, bireyin zevk ve tercihlerine göre belirlenmemektedir. Hasta olan tüketici, hissettiği acıyı sonlandırmak için, mutlaka tedavi olmak zorundadır. Sağlık, diğer mal ve hizmetlerin karakteristik özelliğini taşımamaktadır.

1.5.3. Sağlık Hizmetlerinde Talep Esnekliği

Esneklik, iktisatta tepki ve duyarlılık ölçmeye yarayan bir araçtır. Miktarı, bir diğer değişkene (bağımsız değişken) bağlı olan bir büyüklüğün (bağımlı değişken) bu değişkenden ne ölçüde etkilendiğini ifade etmektedir. Bir diğer deyişle tepkinin yüksek veya düşük olması esneklik katsayısının değerine bağlı olarak değişmektedir. Esneklik katsayısı ise, bağımlı değişkende görülen yüzde değişimin bağımsız değişkendeki yüzde değişmeye oranıdır. Tüketicilerin bir malın fiyatındaki değişmeye gösterdikleri tepki veya duyarlılık ise, malın talebinin fiyat esnekliği (price elasticity of demand) ile ölçülmektedir. Talebin fiyat esnekliği, malın talep miktarındaki yüzde

değişmenin, malın fiyatındaki yüzde değişmeye oranı biçiminde tanımlanmaktadır.

Yapılan iktisadi analizlerde esnekliğin bilinmesi, malın fiyatındaki artış veya azalışın sonucunda tüketimin ne olacağına dayanmaktadır. Yukarıda incelenen eroin örneğine geri dönecek olursa, eroin fiyatlarının çok yüksek olması, bu malın üretimi ve satışının yasak olmasından kaynaklanmaktadır. Bir an için eroin üretimi ve satışının yasal olduğu düşünülüğünde, malın fiyatı azalacak ve talep kanunu çerçevesinde talep edilen miktar artacaktır. Burada önemli olan unsur, malın fiyatında meydana gelen azalışa karşılık ne oranda bir artışın gerçekleşeceğidir. Politikacılar, eroini yasallaştırmadan önce bunu mutlak şekilde bilmek zorundadır çünkü eroin bağımlılık oluşturduğundan, tüketiciler fiyat değişimlerine fazla duyarlılık göstermemektedir. Bu bağlamda tüketici talebi esnek değildir.

Tablo 1’de, eroin fiyatı ile talep edilen miktar kombinasyonları verilmektedir. Örneğin fiyatın 80 € olduğu durumda, talep edilen miktar 59 gram olmaktadır. Fiyatın 20 €’dan 80 €’ya yükselmesi durumunda ise talep edilen miktar 31 gram azalmaktadır. Fiyattaki yükselme karşısında, talep edilen miktardaki azalış yüksek gibi görünse de, doğru bir tespit yapılabilmesi için oransal analize ihtiyaç duyulmaktadır. Eroin fiyatının 80 €’dan 60 €’ya düşmesi, %25’lik bir azalmaya denk gelmekte iken talep edilen miktardaki azalış %7’den daha azdır. Talep, fiyat değişimlerinden fazla etkilenmemektedir.

Literatürde sağlık hizmetlerine yönelik talep esnekliği üzerine yapılan hesaplamalarda, esnekliğin katı olduğu sonucuna ulaşılmıştır¹⁴. Yapılan birçok çalışmada talep esnekliği -1 ile 0 arasında hesaplanmıştır (Evans, 1974: 173). Tablo 2’de bazı esneklik hesaplamaları verilmektedir.

Tablo 2: Sağlık Hizmetleri Talebine Yönelik Esneklik Tahminleri

Çalışma	Metod	Esneklik Tahmini
Newhouse et al. (1993)	DeneySEL	-0.17, -0.22
Eichner (1998)	Gözlemsel (Tobit Regresyon)	-0.62, -0.75
Van Vliet (2004)	Gözlemsel (Tobit Regresyon)	-0.14
Feldstein (1971)	Gözlemsel (Zaman Serisi)	-0.49

Kaynak: J.S. Ringel vd., (2000) The Elasticity of Demand for Health Care: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System, National Defense Research Institute.

Sağlık alanında uygulanacak politika değişikliklerinde, talebin fiyat esnekliğinin bilinmesi, karar alıcılar için oldukça faydalıdır. Sigara tüketiminin azaltılması amacıyla sigara üzerine konulacak bir vergi, sigara fiyatını artıracak ve böylece talep edilen miktar azalacaktır. Sigara fiyatının artmasıyla birlikte, sigara tüketiminin ne miktarda azalacağı, toplumun hangi kesimi üzerinde daha fazla etkili olacağı, vergi hâsılatında ne tür bir değişime yol açacağı ve verginin yoksul kesim üzerindeki etkisi yapılacak politika değişikliğinin başarısını etkileyecek sorulardır. Sigara talebi üzerinde yapılan bazı ampirik çalışmalarda, talebin fiyat esnekliği -0.5 olarak hesaplanmıştır. Yukarıda sıralanan sorular, bu bilgiden yola çıkılarak kolayca

¹⁴ Ayrıntılı bilgi için: Newhouse, J.P. ve Phelps, C.E. (1974). *Price and Income Elasticities for Medical Care Services*, The Economics of Health and Medical Care Proceedings of a Conference Held by the International Economics Association at Tokyo, p. 139-161, Edited by Mark Perlman, Macmillan: London.

cevaplanabilmektedir. Basit bir kural olarak, talebin esnek olmaması durumunda sigara fiyatının vergi yoluyla artırılması, vergi hâsılatını daima artıracaktır. Diğer yandan insan sağlığına zararlı olan malların tüketiminin azaltılması amacıyla verginin kullanılması, benzer şekilde insan sağlığına faydalı olan malların tüketiminin desteklenmesi amacıyla da kullanılabilir. Örneğin, taze sebze ve meyve tüketimi ile sportif faaliyetlerin sübvansiyon gibi yollarla desteklenmesi ve daha sağlıklı bir yaşam tarzının teşvik edilmesi, talep esnekliğinin bilinmesi ile kolaylaşmaktadır.

1.5.4. Sağlık Hizmetlerinde Yapay Talep

Sağlık ekonomisi çalışmalarının başladığı 1970'li yıllarda, Grossman (1972) tarafından yayınlanan çalışmada, sağlığın dayanıklı sermaye stoğu olduğu ileri sürülmüş ve bu düşünce bir model yoluyla analiz edilmiştir. Buna göre hastaların sağlık hizmeti talepleri, tam bilgiye sahip oldukları varsayımı ile incelenmiştir. Hekimler ve hastalar arasındaki asimetric enformasyonun varlığı dikkate alındığında ise, sağlık hizmet talebinin hasta dışındaki karmaşık yapısı ortaya çıkmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde *yapay talep* (*supplier-induced demand, physician-induced demand*) kavramı ilk kez Robert G. Evans (1974) tarafından ileri sürülmüştür. Hekimin, hastanın mevcut sağlık durumunu daha iyi bir düzeye getirmek için sahip olduğu uzmanlık düzeyi ile birlikte, teknoloji kapasitesi ve bu teknolojiyi kullanabilme yeteneği, kendisini hasta üzerinde etkili olan bir ajan konumuna getirmektedir. Bununla birlikte hekim, uzmanı olduğu alanda bir hizmet sunucu olması nedeniyle gelir ve iş memnuniyeti, sunduğu hizmet

ile yakın ilişkilidir. Özellikle hizmet başı ödeme sisteminin geçerli olması, hasta üzerinde sunduğu hizmetten elde edeceği net gelirini en çoklayacak şekilde güçlü bir ekonomik güdüye neden olmaktadır. Dolayısıyla Evans, hasta ve hekim arasında var olan asimetrik enformasyonun¹⁵, hekim tarafından kendi lehine kullanılarak, hasta talebi üzerinde doğrudan etkili olan bir güce dönüştüğünü düşünmektedir. (Evans, 1974: 162-163).

Evans çalışmasında Kanada İngiliz Kolumbiyası'nda 1969 ve 1971 yıllarına ait ilgili hekim verilerini kullanmıştır. Hekimler, planlanan çalışma zamanları için sabit ücret aldıklarından, bireysel doktor gelirleri gösterge olarak dikkate alınmıştır. Buna göre doktorların hastalar üzerinde, tıbbi gerekliliği kesin olarak bilinmeyen ve daha çok finansal bir dürtü ile önerdiği ekstra talebe neden oldukları görülmüştür. Hekimin fayda fonksiyonu, bir tekelci gibi hareket ettiği varsayıldığında aşağıdaki gibi gösterilebilir:

$$U=U(Y, W, D)$$

$$W= R. f(P, D)$$

¹⁵ "Böylesi güven ilişkilerinin bir sonucu ise, doktorun her an gelirini en üst seviyeye çıkarıyormuş gibi davranamaması, en azından davranıyor gibi görünmemesidir. Mümkün olduğunca alıcının yanında duruyormuş hissini alıcıya ileterek, doktor, karı en üst düzeye çıkarma işaretlerini ortadan kaldırır. Mesafeli pazarlama davranışları mantıksal olmasa da uygun değildir ancak güven ilişkilerinde tamamen psikolojiktir. Bu özel ilişkilerden, yukarıda bahsedilen çeşitli etik davranışlar ortaya çıkmakta ve bu yüzden hastanelerde karı en üst seviyeye çıkarmanın göreceli önemsizliği ortaya çıkmaktadır. "kar" kelimesi, güven ilişkilerini reddeden bir sinyaldir... Doktor ile hasta arasındaki bilgi eşitsizliğinin ve uygun tipte sigorta bulunmamasının ikinci sonucu olarak, hasta kendi seçim özgürlüğünün büyük bir kısmını doktora teslim eder. Hasta, tedaviler, sevkler veya hastanede tedavi hakkında karar verme konusunda bilgiye sahip değildir. Bu yetkiyi gerekçelendirmek için doktor, kendini tıpkı benzer durumdaki bir görevli gibi sınırlı bir halde bulur. Yapılacak en güvenli iş, toplumsal olarak günün "en iyi" tedavisini vermek için hareket eden gerçek bir görevli gibi olmamaktır" (Arrow, 1963: 965).

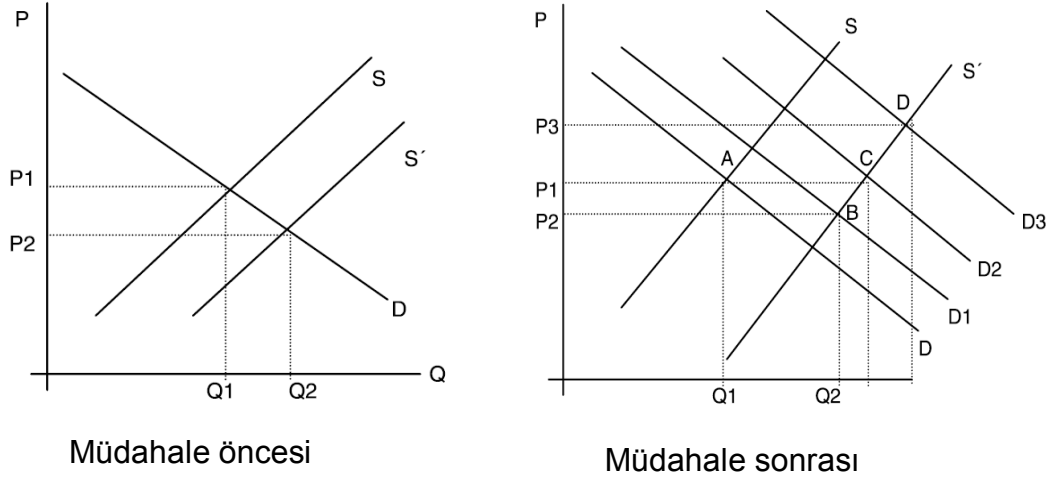
Y Gelir; W İş yükü ve D Talebi etkileme faaliyetlerini göstermektedir. Hekimin fayda fonksiyonunda gelir olumlu iken iş yükü olumsuzdur. İş yükü (W) tipik bir hastanın hizmet talebi $f(P,D)$ ile nüfus başına düşen hekim sayısından (R) oluşmaktadır. Sağlık hizmet talebinin esnekliğindeki katılık, hekimlerin daha düşük iş yükü ile daha fazla gelir elde etmelerini kolaylaştırmaktadır.

Auster ve Oaxaca (1981) ise, talep denklemini yapay talep ile ilgili etkili çalışmaları dikkate alarak yeniden tanımlamışlardır. Buna göre doktorların yönlendirme faaliyetleri fiyatların dış etkenler sonucu dengeye geldiği ekonomik modelde talebi etkileyen bir faktör olarak ifade edilmiştir. Richardson (1981) Avustralya’da hekimlerin sunduğu hizmet ile hasta talebi arasında güçlü ve anlamlı bir ilişkiyi ileri sürmüştür, Steinwald ve Sloan (1974) ABD’de yapay talebin varlığına yönelik kanıtları belirtmiş, Hay ve Leahy (1982) ise çalışmalarında yapay talebin bilgi asimetrisinden kaynaklandığını ileri sürmüşlerdir.

Yapay talep, talep eğrisindeki kayma olarak nitelendirilebilir. Standart bir piyasada hizmet arzında meydana gelecek bir artış, fiyatları düşürür. Bu bağlamda daha yüksek hizmet sunumuna karşılık daha düşük bir fiyat düzeyinde piyasa dengeye gelir (Şekil: a). Diğer yandan hekimin talep eğrisini kaydırabilmesi durumunda ise hekim kendisini fiyat düşüşüne karşı koruyabilmektedir. Bu durumda, hastanın sahip olduğu bilgi eksikliği nedeniyle, hekimin tıbben gereksiz tetkik ya da tedavi uygulaması sonucu talep eğrisi Şekil 3’de gösterildiği gibi D’den D1’e, D2’ye ve nihayet D3’e

kayacaktır (Şekil: b). Bu durumda denge noktası A'dan B'ye, C'ye ve sonunda D'ye kayacaktır (McPake ve Normand, 2008: 53-54).

Şekil 3:Yapay Talebin Etkileri



Yapay talep ya da bir diğer deyişle sunucu tarafından yönlendirilmiş talep, tüketici adına hareket eden iktisadi ajanın, tüketimi sahip olduğu bilgi avantajını kullanarak arttırmasıyla, tüketicinin tam bilgiye sahip olduğu durumda tüketim miktarını özgür bir biçimde belirlediği düzey ile arasındaki fark olarak da ifade edilmektedir. Talebin kolay bir biçimde etkilenmesi ise tüketicinin veri tüketim düzeyinde herhangi bir ödeme ile karşı karşıya kalmamasıyla mümkündür. Özellikle sigorta sisteminde olduğu gibi üçüncü bir kesim tarafından yapılan ödemenin varlığı, hekim ve hastayı bu konuda daha az sorumluluk sahibi olmaya itmekte ve böylece tüketici talebin yapay olarak etkilenmesini reddetmemektedir. Bununla birlikte hekimlere hizmet başı ödeme yapılması ise talebin yapay olarak artırılmasına neden olan bir diğer önemli etkidir. Hekimin sağlık hizmet sunumunun hastaya olan maliyetini (tedavi, ulaşım, alternatif maliyet, boş zaman ya da korku) tahmin

edebilmesi de yapay talebe sebep olabilmektedir. Bu durumda doktor maliyetleri tahmin ederek, hizmet sunumunu arzu edilenin üzerine çıkarmaktadır. Ulusal sağlık sigortası kapsamının genişliği ile doktorların ücretli çalışması, yapay talebin azalmasına neden olacaktır (McGuire vd., 2005: 128-131).

1.6. Sağlık Hizmetlerinin Arzı

Belirli bir dönemde, diğer koşullar sabitken çeşitli fiyatlardan satılmak amacıyla piyasaya sunulan mal miktarı olarak tanımlanan arz, fiyatın artan bir fonksiyonudur. Bir malın fiyatı yükseldikçe o maldan arz edilen miktarlar da artar ve bu ilişki “arz kanunu” (law of supply) olarak isimlendirilir. Arz eğrisinin pozitif eğimli olması üretimin artması durumunda maliyetlerde meydana gelen değişimle açıklanmaktadır. Bu durumda üretim artışı ile birlikte maliyetlerde meydana gelen artış “azalan verimler kanunu” olarak ifade edilmektedir. Üretimin gerçekleştirilebilmesi, en az maliyeti karşılayacak bir fiyatın elde edilmesine bağlı olduğundan, işletmenin üretimini (arzı) artırabilmesi, fiyat artışı ile mümkündür. Buna göre piyasa arzını etkileyen faktörler, hammadde fiyatları, vergiler, sübvansiyonlar, teknoloji, beklentiler, ilgili malların fiyatları, özel etkenler ve üretici sayısı olarak sıralanabilir. (Seyidoğlu, 2006: 61-65, Dewar, 2010: 49).

Rekabetçi piyasalarda bir metanın arzı, üretimde kullanılan kaynakların alternatif getirilerine göre belirlenirken, sağlık hizmetlerinde ise getiriye etkileyen farklı unsurlar bulunmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda yer alan

profesyonellerin lisans eğitimi gereksinimi ile birlikte bu eğitimin maliyetindeki yükseklik, sağlık hizmet arzını diğer sektörlerden farklılaştırmaktadır (Arrow, 1963: 952). Sağlık hizmetleri sektöründe, Roemer Kanunu'nda (Roemer, 1961) tanımlandığı üzere (a built bed is a filled bed¹⁶) arzın talebe göre daha baskın olduğu ileri sürülmektedir. Bunun nedeni ise talebin, arza bağlı olarak değişmesidir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri sektörünün kendine özgü özelliklerini ilk kez vurgulayarak, sağlık ekonomisinin doğumuna yol açan (Savdoff, 2004: 139) Arrow'un çalışmasındaki amaç, sağlık hizmetleri sektörünün standart refah iktisadi normlarından ayrıldığı karakteristik özelliklerini açıklamaktır. Söz konusu normlar, Pareto optimalitesinin temel kavramları ile Birinci ve İkinci Teoremleridir. Sağlık hizmetleri piyasasında var olan iki durum bu piyasayı farklılaştırmaktadır. Bunlardan birincisi, hastalığın ve tedavinin doğası gereği belirsizlik taşıması, ikincisi ise tam rekabetçi piyasalarda geçerli olan tüm iktisadi ajanların tam bilgiye erişiminin varsayılmasıdır (Reinhardt, 2001: 967-968).

1.6.1. Refah İktisadi

Bir ortaçağ bilgini olan Saint Anselm'in "*inanç anlama arayışındadır*" [*fides quaerens intellectum*] ifadesi, yapılan araştırmaların inançlara rasyonel bir

¹⁶ Bu düşünce, sağlık endüstrisinde çalışan geniş bir kesim tarafından kabul görmektedir. Buna göre bir bölgede sağlık hizmet sunucularının yatak kapasitesindeki artış, bunların kullanımını artırmaktadır. Hipoteze ilişkin yapılan ampirik çalışmalar, bir bölgedeki hizmet sunucusunun sahip olduğu hasta yatakları ile bunlardan faydalanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Diğer yandan hipotez, hasta yatağı sayısının artması sonucu bu yatakları dolduran hastaların "tıbbi" gerekçelerle hastaneye yatmadığını ileri sürmektedir. Politika uygulamaları sonucunda, bir bölgedeki hasta yatak sayısının tıbbi gerekçelere dayalı olarak belirlenmesi gerekmektedir. Tıbbi gerekçelerin tüm bölgelerde aynı olduğu düşünüldüğünde yeni bir hasta yatağı kurulumunun, hasta yatak sayısı ile nüfus arasındaki oransal ilişki dikkate alınmalıdır (Feldstein, 1983: 89).

içerik kazandırma çabasında olduğunu belirtmektedir. Amartya Sen'e göre iktisadın iki önemli ayağını oluşturan *etkinlik* ve *adalet*, farklı durumların daha iyi ve daha kötü şeklinde sıralamaya tabi tutularak bunlara yönelik önerilerde bulunan iktisat alt dalı olan refah iktisadının uzun zamandır tartıştığı ve anlamaya çalıştığı kavramlardır (Kirmanoğlu, 2009:63, Rees, 1984: 29).

Refah iktisadını *“Belirli bir değer yargısına dayalı olarak, ekonomi politikasının toplumsal refah üzerindeki etkisini ölçen bir dal”* olarak tanımlayan Nath'a göre refah, iyilik ve mutluluk anlamına gelmekte ve arzu edilen şey olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda refah, toplum refahına katkıda bulunacak politika önermeleridir. Refah iktisadının, sosyal sorunların çözümünde ihtiyaç duyduğu ekonomi teorisi nedeniyle, değer yargılarından kaçınması imkânsızdır (1973: 11-13).

Neoklasik iktisadın sınırlı kaynakların alternatif kullanım alanları arasındaki tahsisini konu edinmesi, kaynakların etkin kullanımını gerektirmekte ve refah iktisadının etkinlik ilgi alanına girmektedir. Kaynakları yeniden dağıtarak refahı artırmanın mümkün olmadığı durum olarak tanımlanabilen etkin kaynak dağılımı ölçülebildiğinden değer yargısıyla ilişkili olmamakla birlikte, değerlerin bölüşümünde kullanılan adalet ise değer yargısına dayanmaktadır.

1.6.1.1. Pareto Optimalite Kavramı

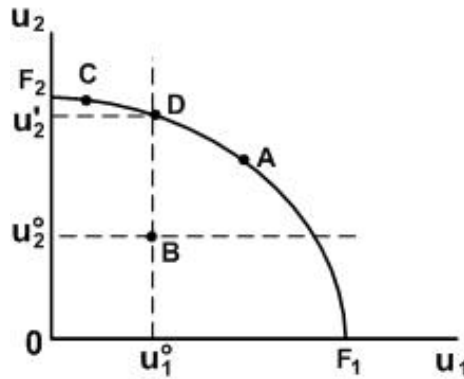
Vilfredo Pareto (1897) tarafından ileri sürülerek kendi ismiyle anılan ve iktisatçılar arasında yaygın bir şekilde kullanılan Pareto optimumu, kaynakları yeniden dağıtarak, hiç kimsenin refahını azaltmadan en az bir kişinin refahını

artırmanın mümkün olmadığı durum olarak ifade edilmektedir (Arrow, 1963: 942, Nath: 1973: 36). “Öneri getiren her cümlelerin bir değer yargısı” (Culyer, 1973: 6) olduğu varsayımıyla, Paretoyu değer yargısı aşağıdaki gibidir:

- i) Bireylerin kendi refahları üzerinde en iyi hakem kendileridir. Bu durumda bir kişi A durumunu B durumuna tercih ederse, A durumunda B’ye göre daha iyi bir durumda olduğu kabul edilir,
- ii) Eğer en az bir kişinin durumu kötüleşmeden bir diğerinki A durumundan B’ye geçmekle iyileşiyorsa, A durumu B durumuna göre daha iyidir.

Birinci en iyi ekonominin varlığında gerçekleşen bir piyasa dengesine ilişkin kaynak tahsisi, her zaman bir Pareto optimal kaynak tahsisidir. Bu durum aşağıda şekil yardımıyla analiz edilmektedir (Rees, 1984: 29-36).

Şekil 4: Refah Analizi



Ekonomide yalnızca iki bireyin olduğu varsayılmakla birlikte elde edilen fayda düzeyleri u_1 ve u_2 şeklinde ifade edilmekte olup eksenler arasındaki herhangi bir nokta çifti bireylerin fayda düzeylerini göstermektedir. Şekildeki F_1F_2 eğrisi, birinci en iyi ekonomide herhangi bir u_1 değeri verirken, diğer kişi tarafından erişilebilecek en yüksek fayda değerini gösteren sosyal refah sınırı

eğrisidir. Bir diğer deyişle, F_1F_2 eğrisi, belirli u_0 değerlerine karşılık, elde edilen en yüksek u_2 değerlerinin birleştirilmesiyle elde edilmiştir. Bu nedenle bu eğriye, fayda olanakları sınırı da denilmektedir. Bu eğrinin negatif eğimli olması, eğri boyunca hareket edilmesi durumunda bir bireyin refahının artırılabilmesi ancak diğerinin refahının azaltılmasının bir sonucudur. Bu eğri üzerindeki noktalar Pareto optimal kaynak tahsisleri iken, altındakiler Pareto optimal değildir. Bu nedenle B noktasında kaynak dağılımı değiştirilerek u'_0 'ın sabit kalması durumunda, ikinci kişinin fayda düzeyi diğerinin faydasında bir azalmaya neden olmadan u'_2 'den u''_2 'ye çıkarılabilmektedir. Diğer yandan eğri üzerindeki bir noktadan (D) bir diğer noktaya geçiş ise, birinin durumunu iyileştirirken, diğerini kötüleştirmektedir. Sonuç olarak Pareto optimalinin gerçekleşmesiyle birlikte tüketimde, üretimde ve etkin ürün karmasında etkinlik gerçekleşmektedir.

Pareto optimumunun sağlanabilmesi için gerekli olan şartlar ise; herhangi iki malın marjinal ikame oranı ile marjinal teknik ikame oranının toplumdaki herkes için eşit olmasıdır. Bu koşulların gerçekleşebilmesi için, toplumdaki herkesin fayda maksimizasyonu, firmaların kar maksimizasyonu (dolayısıyla maliyet minimizasyonu) amacıyla olması, dışsallıkların bulunmaması, herkesin ekonomik faaliyetlerinde özgür ve rasyonel olması, tam bilginin bulunması, piyasaların kararlı fiyatlarda, talep ve arz fazlası vermeden dengeye gelmesi gerekmektedir. Tam rekabetçi bir piyasada, sıralanan bu varsayımların gerçekleştirilmesi durumunda, nerede üretilirse üretilsin her malın, üretim faktörleri de dahil olmak üzere, fiyatı marjinal maliyetine eşitlenecektir. Dolayısıyla fiyat, tüm birey ve firmalar için aynı olacaktır. Bu durumda bütçe

kısıtı altında fayda maksimizasyonunu hedefleyen bireyler iki mal arasındaki öznel ikame oranlarını, malların fiyatları oranlarına eşitleyeceklerdir. Böylece her bir mal çifti için, tüm bireylerin öznel ikame oranları dengede eşitlenecektir. Sonuç olarak tüm bireylerin her bir mal çifti için ikame oranı bu malların fiyatları arasındaki orana ve marjinal maliyetleri arasındaki orana ve böylece iki mal arasındaki dönüşüm oranına da eşit olacaktır (Nath, 1973: 36-37, Head, 1974: 16). Bu bağlamda Pareto optimumunun gerçekleşmesini engelleyecek unsurların olmadığı ve koşulların tüm sektörlerde sağlandığı ekonomi, *birinci en iyi* (first best economy) olarak tanımlanmaktadır. Pareto optimumu için gereken koşulların yerine gelmemesi durumunda ise *ikinci en iyi* ekonomi oluşmaktadır (Lipsey ve Lancaster, 1956-54: 12). Birinci en iyi ekonomi için gerekli olan varsayımlar ile gerçekte olan arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır (Howard, 2001: 3). Buna göre, monopol ve oligopol nedeniyle ortaya çıkan piyasa aksaklıkları, yaygın dışsal etkiler ve iktisadi ajanların gelecekteki fiyat, zevk ve teknoloji hakkında sahip olduğu asimetrik bilgi nedeniyle aldığı kararlar üzerindeki belirsizliktir (Rees, 1984: 39).

1.6.1.2. Refah İktisadının Temel Teoremleri

Pareto etkinlik için gerekli unsurların varlığı durumunda veya bir diğer deyişle tam rekabet ve belirli koşullar altında Pareto etkin kaynak tahsisi gerçekleşecektir. Tam rekabet Adam Smith'in "görünmez el" teorisine vurgu yaparak kaynakların etkin dağılımını sağlamakta ve bu durum refah iktisadının birinci temel teoremi olarak isimlendirilmektedir.

“Eğer rekabetçi bir denge varsa ve mallar, maliyetleri ya da faydalarıyla ilişkili olarak piyasada fiyatlandırılıyorsa, o halde denge şu

anlamda mutlaka optimal olur (V. Pareto'ya göre): Bu durumdan başka herkesi daha iyi bir konuma getiren hiçbir kaynak dağılımı bulunmamaktadır” (Arrow, 1963: 942).

Buna göre tam rekabetçi ekonomi, herhangi bir müdahaleye gerek kalmadan kaynakları “otomatik” bir şekilde etkin dağıtacak ve ulaşılan her rekabetçi denge aynı zamanda bir Pareto optimal nokta olacaktır. Refah iktisadının ikinci teoremine göre ise, her Pareto etkin kaynak tahsisine rekabetçi bir denge ile ulaşılabilir. Bu durumda rekabetçi bir dengeden, bir diğer rekabetçi dengeye yine piyasa koşullarında erişilebilmektedir (Leach, 2004: 35, Ng, 1980: 47-51).

“Eğer, üretimde ölçeğe göre artan getiriler yoksa ve diğer belirli küçük koşullar karşılanırsa, o zaman her en iyi tanım, bazı ilk satın alma gücü dağılımına karşılık gelen rekabetçi dengedir. İşlevsel olarak, bu önermenin önemi, her iki en iyilik teorisinin koşullarının karşılanması ve gerçek dünyadaki dağılım mekanizmasının, rekabetçi modelin koşullarını karşılaması durumunda ortaya çıkmaktadır. O zaman, sosyal politika, satın alma gücünün dağılımında değişiklik yapmak için atılan adımlara kendisini bağlar. Bahsi geçen her tür satın alma gücü dağılımı için piyasa, yapılan varsayımlar kapsamında mutlaka en iyi olan rekabetçi bir dengeye erişecek ve her tür en iyi tanım, bazı satın alma gücü dağılımlarına karşılık rekabetçi bir denge olacaktır. Bu yüzden istenen her en iyi tanıma ulaşılabilir. Satın alma gücünün bireyler arasında yeniden dağıtılması genellikle para yani vergiler ve sübvansiyonlar şeklinde olur. Bireysel tatminler için böylesi bir aktarımın göstergeleri, genellikle önceden bilinmemektedir. Fakat toplumun, memnuniyet dağılımını yargılayabildiğini ve eğer tatmin olunmuyorsa, bunu bir sonraki aktarımlarla düzeltmek için adımlar atabileceğini varsayabiliriz. Bu yüzden, birbirini takip eden tahminlerle, kaynak dağılımının piyasa ile idare edilmesi ve kamu düzeninin para gelirinin yeniden dağıtılmasına bağlı olmasıyla birlikte, en çok tercih edilen toplumsal duruma erişilebilir” (Arrow, 1963: 943).

Arrow’un bu ifadesi, iktisatçıların sağlık politikalarında neden eşitlik ile etkinliği birbirinden ayırdıklarının anlaşılmasında bir kabul mührü olarak

değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında az ya da çok refah iktisadının sıkı koşullarının karşılandığı varsayımı, kaynakların piyasa tarafından dağılımını savunanları haklı duruma getirecektir. Arrow;

“...eğer bunun aksine piyasa, gözle görülür bir şekilde rekabetçi modelden farklı olur veya her iki en iyilik teorisindeki varsayımlar karşılanmazsa, birçok vakada tahsis ve dağıtım prosedürlerin ayrımı mümkün olamaz” (Arrow, 1963: 943).

ifadesiyle, sağlık hizmetlerinde piyasa yaklaşımını savunanlara meydan okuyarak sağlık hizmetleri endüstrisinin kendine has özelliklerine vurgu yapmaktadır (Reinheart, 2001: 974).

1.7. Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Başarısızlığı

Sanayi Devriminin arifesinde ünlü eserini yayımlayan Adam Smith, Fizyokratların temel düşüncelerinden etkilenmiş ve Tabii Kanunlara uyulduğunda, toplumun kendiliğinden *optimal* biçimde işleyeceğine, ulusal servetin artacağına ve bunun bireyler arasında en iyi biçimde dağılacağına inanmıştır. O’na göre birey kendini sevmek, özgür olmak, geleneklere uymak, çalışmak, duygudaşlık ve mübadele eğilimi olarak altı davranış ilkesiyle hareket etmektedir. Bu ilkeler kapsamında birey, kendi çıkarının en iyi yargıcısıdır ve *görünmeyen bir el* tarafından, kendi dileği olmadan toplum yararına da hizmet etmeye yöneltilir (Kazgan, 2011: 59). Teker teker kendi istekleri doğrultusunda hareket eden bireyler, toplumun ihtiyaç duyduğu bütün malları, toplumun arzuladığı miktarda ve toplumun ödeyebileceği fiyatlarla üretmeye mecbur kalmaktadır. Bu nedenle bireylerin sürekli olarak kendi kişisel menfaatleri peşinde koşmaları sonucu ortaya çıkan rekabet,

toplum kaynaklarını hiçbir müdahaleye gerek kalmadan en iyi biçimde dağıtır (Ulutan, 1978: 245; Buğra, 2011: 101).

Piyasa başarısızlığını anlamanın en iyi yolu, piyasa başarısını anlamaktır. Tam rekabetçi piyasalarda kaynakların etkin dağılımı ile ortaya çıkan Pareto optimal durum, piyasa başarısı olarak ifade edilebilir (Ledyard, 2008). Tam rekabet koşulları ve veri bir gelir dağılımında gerçekleşebileceği kabul edilen Pareto optimumu için var olması gereken unsurlardan¹⁷ birinin gerçekleşmemesi durumunda piyasa başarısızlığı (*market failure*) ortaya çıkmakta ve kaynak dağılımında etkinsizliğe yol açmaktadır. Bu durumda tam rekabet koşulları altında Pareto optimalite gerçekleşmemektedir (Blaug, 1970: 102). Piyasa başarısızlıkları, ekonomiye devlet müdahalesinin temel gerekçesini oluşturmaktadır (Stiglitz, 1994: 88). Söz konusu başarısızlık az ya da çok, piyasa mekanizmasıyla idealize edilen ekonomik faaliyetlerin (üretim ve tüketim) “arzu edilen” düzeyini engellemektedir (Bator, 1958: 351). Nitekim marjinal maliyet fiyatlandırmasında meydana gelen sapma sonucu oluşan fiyat, üreticilerin marjinal maliyetlerinden yüksektir (Howard, 2001: 3).

Bir ekonomi iki genel nedenden dolayı etkinlikten uzaklaşabilir. Bunlar: *piyasa gücü ve bazı piyasaların bulunmamasıdır*. Refah iktisadının birinci teoreminde varsayılan firmaların fiyat alıcı olduğu durumun aksine, fiyat yapıcı olduğu tekel ile tüm metalar için gerekli olan piyasaların asimetrik bilgi, dışsallık ve kamu malları nedeniyle bulunmaması, serbest piyasa

¹⁷ Tam bilgiye sahip tüketiciler, ölçeğe göre içsel ekonomilerin olmaması, hem üretim hem de tüketimde dışsallıkların olmaması, kamu mallarının olmaması (Blaug, 1970: 102).

ekonomisinin kaynak dağılımını etkinsizleştirmektedir (Rosen ve Gayer, 2008: 46-50).

Sağlık hizmetlerinin, serbest piyasa ekonomisi ve rekabetçi bir yapıda sunulması, etkinsizliğe yol açmakta ve trajik sonuçlara¹⁸ neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin doğasında var olan bazı zorluklar, bu sektörün Adam Smith'in klasik modelinde öngördüğü serbest ticaret ve rekabet koşulları altında çalışmasını engellemektedir (Roemer, 1982: 426). Sağlık hizmetleri piyasasına devlet müdahalesinin temel gerekçesi dört başlıkta sıralanabilir. Bunlar:

- i) Sağlık hizmetlerinin, kamusal mal ve hizmetlerin karakteristik özelliklerini taşıması,
- ii) Sağlık hizmetlerinin tüketimi dışsal etkilere yol açması,
- iii) Sağlık hizmetleri sektöründe tam rekabet, şeffaflık ve tüketici egemenliğinin oluşmaması ve
- iv) Sağlık hizmetleri sektöründe iktisadi ajanlar arasında var olan asimetrik bilgi ve bunun neden olduğu belirsizliktir (Arrow, 1963; Feldstein, 1983: 507; Zweifel vd., 2009: 156).

Sağlık hizmetleri piyasasında görülen piyasa başarısızlıkları ve devlet müdahalesi bu çerçevede incelenecektir.

¹⁸ 19. Yüzyılda serbest piyasanın, ABD sağlık piyasasında binlerce şarlatan ve dolandırıcıyı ortaya çıkararak acı, sakatlık, ölüm ve finansal yüke sebep olduğu görülmüştür (Roemer, 1982: 419).

1.7.1. Kamusal Mallar

İnsan, yaklaşık 10.000 yıl kadar önce tarım ve hayvancılığa başlayarak yerleşik hayata geçmiş ve birlikte yaşayarak medeniyetler kurmuştur. Yemek, içmek ve barınmak gibi bireysel nitelikli ihtiyaçların yanında, bir arada yaşamanın beraberinde getirdiği güvenlik, adalet ve diplomasi gibi toplumsal nitelikli ihtiyaçların varlığı ve bu ihtiyaçların karşılanması gereği çeşitli organizasyonları meydana getirmiştir. Nitekim bu organizasyonun nihai şekli devlettir (Mutluer vd., 2010).

Kamu malı, uzun zamandır bilim adamlarının üzerinde durduğu bir kavramdır. David Hume kamu yararına ilişkin sorunları incelemiş ve *kamu yararı* için kamu müdahalesini vurgulamıştır¹⁹. Adam Smith ise Ulusların Zenginliği'nde, adalet, güvenlik, bayındırlık ve yoksullara yönelik temel eğitim hizmetinin neden devlet tarafından sunulması gerektiği üzerinde durmuştur (2010: 767). 1880'lere gelindiğinde ise, talep yanlı değer teorisi üzerinde fayda analizleri yapılmaya başlamış ve kamu hizmetlerinin büyüklüğünün özel kesimden daha az olmadığı düşüncesiyle devlet bütçesinin piyasadaki değişim mekanizmasına karşılık geldiği, verginin de bunun fiyatı olduğu ileri sürülmüştür. Pigou'nun (1920) dışsallıkları incelemesiyle birlikte

¹⁹ "...İki komşunun ortaklaşa sahip olduğu bir bataklığın kurutulmasında birlikte hareket etmesi muhtemelken, binlerce insanın anlaşmaya varması, işin maliyetini birbirlerine yüklemek istemeleri nedeniyle olanaksızdır. Siyasal toplum bu soruna çare bulmalıdır... "Böylece köprüler yapılır, limanlar açılır, surlar dikilir, kanallar kazılır, filolar donatılır, ordular disiplin altına alınır ve her yerde insanoğlunun tüm zayıflıklarına açık olan insanlardan oluşmasına rağmen, hayal edilebilecek en güzel ve en ince buluşlardan biri olan hükümetin kaygısı sayesinde, tüm bu zayıflıklardan belli bir ölçüde bağımsız olan bir bileşim olur" (Hume, 1739: 538).

fiyatlandırılmayan fayda ve maliyetlerin varlığının, kamu politikaları ile düzeltilmesi düşünülmüştür (Musgrave, 2008).

Kamu malı kavramı ilk kez P.A. Samuelson (1954) tarafından “*Kamu Harcamalarının Saf Teorisi*” isimli matematiksel temellere dayanan makalesiyle sistematik olarak incelenerek diğer çalışmalarıyla (1955,1959) derinleştirilmiştir²⁰. Buna göre Samuelson saf kamu malını, tüketimi rakip olmayan ve tüketimden dışlanamayan mal ve hizmetler olarak tanımlayarak malları kesin bir şekilde ikiye ayırmıştır:

“Malları açıkça iki kategoride varsayıyorum. Birincisi farklı bireyler arasında faydası bölünebilen sıradan özel tüketim malları ikincisi ise, bir bireyin tüketiminin başka bir bireyin tüketimini azaltmadığı ve bu nedenle herkes için ortak olan toplumsal tüketim mallarıdır” (1954: 387).

Genel itibariyle tüketimi rakip olmayan, tüketimden dışlamanın mümkün olmadığı ve faydasının bireyler arasında bölünemediği mal ve hizmetler kamu malı olarak nitelendirilmektedir (Rosen ve Gayer, 2008: 52; Musgrave, 1959, 1969, Stiglitz, 1994: 150). Kamusal mallarda piyasa mekanizmasının başarısızlığa uğramasının temel sebebi, özel malların bireysel, kamusal malların ise toplumsal ihtiyaçlara yönelik olmasıdır. Kamusal mal ve hizmetlerde tüketimin rakip olmaması, ilave bir kullanıcının mevcut kullanıcıların refahını azaltmayacak biçimde, diğer kullanıcılardan miktar ya da kalite olarak daha az tüketim yapmaması şeklinde açıklanabilir. Örneğin, ulusal güvenliğin bir kez üretilmesi durumunda, ilave bir maliyete neden olmadan toplumun tamamı bu hizmetten yararlanabilmektedir. Bu durumda,

²⁰ Literatürde kamu malları teorisine Musgrave, Buchanan, Musgrave ve Peacock, Mazzola, Sax, Wicksell ve Lindahl tarafından önemli katkılar yapılmıştır (Head, 1974: 69).

etkin kaynak kullanımının koşulu olan marjinal maliyet fiyatlandırması dikkate alındığında, ilave kullanımın marjinal maliyeti sıfır olacağından piyasa başarısızlığa uğramaktadır. A'nın tüketime katılımı B'ye zarar vermemektedir. Tüketimi engellemek mümkün olsa dahi arzu edilmemektedir. Özel mal ve hizmetlerde ise ilave bir kullanıcı, mevcut kullanıcının refahını azaltacağından tüketim rakiptir. Dışlanamazlık ise, pür kamusal malların faydasının bireyler arasında bölünememesi²¹ nedeniyle herhangi bir bireyin tüketiminin dışlanmasının mümkün olmaması ya da arzu edilmemesidir. Özel mal ve hizmetlerde ise dışlama, bölünebilir fayda nedeniyle bedel ödemeyenin engellenmesiyle mümkündür. Bu bağlamda kamusal mal ve hizmetlerde dışlamanın mümkün olmaması nedeniyle tüketime ilave katılımın ödeme yoluyla yapılmadığı durumda, bireylerin sosyal mallara olan tercihlerinin açıklanması, özellikle de katılımın yüksek ölçekte olması durumunda mümkün olmamaktadır. Bu durum *bedavacılık* (free-rider problem) sorununa yol açmaktadır (Musgrave ve Musgrave, 1989: 7-44).

Tüketimde rakip olmama ile dışlamanın mümkün olmaması her zaman birlikte ortaya çıkmamaktadır. Özellikle sağlığın tanımından hareketle sağlığa yönelik hizmetlerin oldukça geniş olması bazı hizmetleri bireysel, bazılarını da kamusal yapmaktadır. Rakip ve dışlanabilir malların dışındaki tüm kombinasyonlar, sağlık hizmetleri piyasasında başarısızlığa neden olmaktadır. Çevre sağlık hizmetleri ve halk sağlığı eğitimleri, hem tüketimde

²¹ “Bir kimsenin yabancı istilasına karşı askeri korumadan elde ettiği faydayı tam olarak değerlendirememesine karşın, evindeki kapıya taktığı bir kilidin faydasının değerlemesini daha kolay bir biçimde yapabilir. Ya da kişi, bir parktan elde ettiği faydayı, kendi bahçesini düzenlemekle elde ettiği fayda ile kolaylıkla karşılaştırabilir” (Musgrave, 1959).

rakip olmama ve hem de dışlanamama nedeniyle tam kamusal mallara (ya da en azından yarı kamusal mal) benzemektedir (Karsten, 1995: 137). Aşı ise bireysel faydanın yanında pozitif dışsallığı nedeniyle tüketimde rakip olmamakta ve kamu malı özelliği göstermektedir. Diğer yandan kanser tedavisi her iki özelliği göstermesi nedeniyle özel mal olarak nitelendirilmektedir. Benzer biçimde hastalık sırasında yapılan tıbbi konsültasyon durumunda olduğu gibi acil olarak giderilmesi gereken bir ihtiyaç daha çok bireyselken, koruyucu hekimlik durumu gibi acil olmayan bir ihtiyaç ise kamusal nitelik göstermektedir (Musgrave, 1959). Tablo 3 çeşitli sağlık hizmetlerinin, özel ve kamusalılık derecelerini göstermektedir.

Tablo 3: Sağlık Hizmetlerinin Kamu-Özel Ayrımı

Tüketim	Dışlanabilir	Dışlanamaz
Rakip	Kanser tedavisi Haneye su bağlantısı	Temel sağlık hizmetleri
Rakip Değil	Aşı Su ve kanalizasyon bağlantıları	Halk sağlığı eğitimi Sokak temizliği Koruyucu hekimlik Çevre sağlığı hizmetleri Salgın hastalıklarla mücadele Çevreye yönelik vektör kontrolü

Kaynak: Bennett (1991) s.70' ve Musgrove (1996) s.10'dan uyarlanmıştır.

Berlin duvarının yıkılmasıyla birlikte hız kazanan küreselleşme, dünyanın küçük bir köye dönüşmesiyle birlikte yerel ya da ulusal toplumsal ihtiyaçların küresel ölçeğe taşınmasına yol açmıştır. Ölçeğin büyümesi, bu sorunlar ile yüz yüze gelen kişi sayısını arttırmakta ve çözüm piyasanın çok ötesine taşınmaktadır. Küresel kamu malı ismiyle anılan bu duruma ilişkin bazı faktörler ve neden oldukları sonuçlar Tablo 4'de gösterilmektedir.

Tablo 4: Sağlık ve Küresel Değişim

Küresel Uluslar arası Faktörler	Sağlık Statüsünde Muhtemel Sonuç ve Etkiler
Makroekonomik Yönergeler: Makroekonomik yapısal uyum politikaları ve küçülme, yapısal ve kronik işsizlik	Marjinalleşme, yoksulluk ve adil olmayan sosyal güvenlik sistemi ^a , yüksek oranda hastalık ve ölüm oranı ^b
Ticaret: Sigara, alkol ve psikiyatri ilaçlarının piyasalaşması, güvenilir ve etkin olmayan ilaçların yaygınlaşması, bozulmuş gıda maddelerinin satışı	Piyasalaşma ve erişimin hızlanması ^b Etkin olmayan ya da zararlı tedaviler ^b Ulusal sınırlar ötesi salgın hastalıkların yayılması ^b
Seyahat: Her gün bir milyondan fazla insanın ulusal sınırları geçmesi	Bulaşıcı hastalıkların ve zararlı yaşam tarzının transferi (yüksek riskli cinsel yaşam gibi) ^c
Göç ve Demografi: Mültecilerin ve nüfusun hızlı artışı	Sivil ve etnik çatışma ile çevresel yıkım ^c
Gıda Güvenliği: Yükselen ekonomilerde gıda talebi artışı, küresel gıda ticaretinin artması ve uluslar arası gıda yardımlarının azalması	Yetersiz gıda yardımı nedeniyle yapısal gıda kıtlığı ve yoksul ülkelerin ödeme sorunları ^b Gıda kıtlığı sorununun marjinal bölgelere kayması, mülteci sayısının ve sivil kargaşanın artması ^a
Çevresel Bozulma ve Sürdürülemez Tüketim: Kaynakların tüketimi ve özellikle temiz suya erişimin azalması, su ve hava kirliliği, ozon tabakasının tahribi ve	Küresel ve yerel çevre sağlığı etkileri ^b Ülkeler arası salgın hastalık ve şiddet (su savaşları gibi) Toksin maddelerin besin zincirine girişi ve solunum bozuklukları Bağışıklık sisteminin bozulması, cilt kanseri ve katarakt Bulaşıcı hastalıkların yapısının ve taşıyıcısının değişmesi (sıtma gibi), sıcak hava dalgası ölümleri, doğal afetlerin travmaya neden olması, bazı bölgelerin gıda kıtlığı nedeniyle yetersiz beslenmesi
Teknoloji: Yeni teknolojilerin ve fikri hakların patentlerle ya da yasal haklarla korunması	Küresel piyasalarda bu teknolojilerin yoksullar tarafından satın alınamaması ve bu yolla kullanılamaması (MRI-CT gibi)
İletişim ve Medya: İnsan sağlığına zararlı mal ve hizmetlerin reklam ve tanıtımı	İnsan sağlığına zararlı uygulamaların desteklenmesi ^b
Dış Politika: Ulusal çıkar, yabancı düşmanlığı ve yerli sanayi koruma politikası	Çok yanlı ve uluslar arası işbirliğini gerektiren uluslar arası sağlık meselelerinin paylaşılamaması ve çözümünün zorlaşması ^c

a: Kısa dönem olası problem

b: Uzun dönemli negatif etki

c: Önemli belirsizlik

Kaynak: Yach and Bettcher (1998: 737).

Kamusal mal olarak sağlık hizmeti ya da kamu sağlığı tanımı, oldukça geniş, sınırları tam olarak belirlenemeyen ve gerçekte odak noktasının bilinemediği muğlak bir kavram olarak nitelendirilebilir. Buradaki asıl sorun, hangi hizmetlerin “kamusal” olduğu ya da kamusal özellikler taşıdığıdır. Powers ve Faden’in ifade ettiği üzere “savaş, terör ve suçla ilişkili genetik meyilden hastalıklara kadar her şeyin... kamusal sağlık sorunu olduğu iddia edilebilir” (Anomaly, 2011: 252). Tablo 5, kamu kesiminin yerine getirmekle görevli olduğu on temel sağlık hizmetini göstermektedir.

Tablo 5: On Temel Kamusal Sağlık Hizmeti

Teşhis

1. Toplumsal sağlık sorunlarının tespiti ve tanımlanabilmesi için toplum sağlığının gözlemlenmesi
2. Toplum sağlığına yönelik tehdit ve sorunların teşhis ve tedavisi

Politika

1. Sağlık ile ilgili konularda bireyleri bilgilendirme, eğitime ve yetkilendirme
2. Sağlık sorunlarının tanımlanması ve çözümü için sivil paydaşların harekete geçirilmesi
3. Sağlığa yönelik bireysel ve toplumsal çabaların desteklenmesi amacıyla politika ve planların geliştirilmesi

Güvence

1. İnsan sağlığını korumak ve güvenliği temin etmek için yasa ve düzenlemeleri uygulamak/zorlamak
2. İhtiyaç duyulan sağlık hizmetine başka türlü erişim olanağı yoksa, hizmet sunumunu garanti altına almak
3. Kamu sağlığı için gereken işgücünün yeteri düzeyde temin edilmesi
4. Sağlık hizmetlerinin bireysel ve toplumsal bazda etkinliği, erişilebilirliği ve kalitesinin değerlendirilmesi

Hizmet

1. Sağlığa ilişkin sorunların çözümünde yenilikçi ve modern anlayışların araştırılması

Kaynak: Public Health Functions Steering Committee (1994). *The Public Health Workforce: An Agenda for the 21st Century*. Washington, DC: US Department of Health and Human Services.

Tüketimde rekabetin ve dışlamanın mümkün olmadığı durumda piyasa bu mal ve hizmetlerin etkin sunumunda başarısızlığa uğramakta ve devlet müdahalesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde ise, devlet müdahalesine bu sorunsaldan bakmak, sağlıkta kamu politikasını yeteri düzeyde kavramayı engellemektedir. Sağlık bu iki kavram çerçevesinde çözümlenebilecek ve bir olgu değildir.

1.7.2. Erdemli Mallar

İlk kez R.A. Musgrave tarafından ileri sürülen *erdemli mal* (bütçe ile giderilen özel ihtiyaçlar) tüketici egemenliği ilkesine uygun olarak efektif talep kapsamında piyasa mekanizmasıyla üretilen mal ve hizmetlerdir. Erdemli malların devlet bütçesiyle sunulmasından elde edilecek fayda toplum için yararlı ise bu mal ve hizmetler kamusal niteliğe dönüşür. Bunların devlet bütçesiyle sunumundan elde edilecek fayda, piyasada sunulması ve bireylerin satın almasıyla elde edilen faydadan büyük olacaktır. Musgrave'e göre "*kamu tarafından sunulan okul yemekleri, sübvansiyonla desteklenen ucuz konutlar ve ücretsiz eğitim*" erdemli maldır. Diğer yandan toplum için yararlı olmayan ve istenmeyen *erdemsiz malların* (içki gibi) tüketimi ise ceza niteliğindeki vergi uygulamalarıyla azaltılabilir (1959: 13).

Erdemli malların temel özelliği, bu ihtiyaçların giderilmesinde tüketici tercihlerine yapılan müdahaledir. Serbest piyasa ekonomisinde bireyin rasyonel olduğu varsayımıyla, tüketici egemenliğine yapılan müdahaleye demokratik bir toplumda karşı çıkılabilir. Devletin, bireylerin çıkarı için en iyi kararı onlardan daha iyi bildiği Paternalist Devlet yaklaşımıyla tüketici

tercihlerine yapılan müdahalenin nedeni, gelir ya da bilgi eksikliği nedeniyle bu mal ve hizmetlerde görülen tüketim çarpıklığıdır (Head, 1974: 217-220). Bu bağlamda devlet, erdemli malların tüketimini teşvik ederken erdemsiz malların tüketimini ise yasak ya da vergi yoluyla azaltmaya çalışır (Stiglitz, 1994: 99; Musgrave ve Musgrave, 1989: 57).

Erdemli mal statüsündeki özel mal ve hizmetler her ne kadar piyasa tarafından arz edilse de sosyal refah üzerindeki olumlu etkisi dikkate alınarak kamu kesimi tarafından sunulmaktadır. Bütçe ile finanse edilen ücretsiz eğitim ve bedava sağlık hizmetleri örnek olarak gösterilebilir. Bunların tüketimi belli bir öğrenci ya da hastaya fayda sağlamakla birlikte, daha eğitilmiş ve sağlıklı bir toplum meydana getireceğinden herkes için faydalıdır. Bu bağlamda erdemli mallar, sosyal ihtiyaçların önemli özelliklerini göstermektedir (Musgrave; 1959: 14). Temel sağlık hizmetleri, okullarda sunulan aşı ve süt, emniyet kemeri, halk ekmek, sigara ve uyuşturucu madde yasağı, kanser erken teşhis ve tarama merkezleri, yaşlı bakım evleri, spor salonları ve yeşil kart, sağlığa yönelik uygulamalardandır. Bu hizmetler, nispeten düşük gelir gruplarına yönelik bir transfer olarak ya bedava ya da piyasa fiyatının çok altında bir fiyatla sunulmaktadır (Poterba, 2009: 286). Sağlık hizmetleri piyasasının organizasyonundaki temel düşünce, etkinlikten ziyade eşitliktir.

1.7.3. Dışsallıklar

Dışsallık kavramı on dokuzuncu yüzyılda Marshall (1948: 266) tarafından belirli bir bölge ve endüstride faaliyet gösteren bir firmanın bir diğer firma üzerindeki “etki” olarak tanımlanmıştır. A.C. Pigou (1920) ise dışsallıkları, refah ekonomisi çerçevesinde olumlu ve olumsuz olmak üzere kapsamlı bir şekilde inceleyerek söz konusu dışsallıklar nedeniyle bir iktisadi faaliyetin marjinal sosyal faydasının, marjinal özel faydasından farklı olabileceğini vurgulamıştır. Dışsallık, bir iktisadi ajanın, bir diğer iktisadi ajanın üretim, gelir, boş zaman, servet ya da refahı üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkidir. Bu etki, mevcut teknik, gelenek ve yasalar ile ortaya çıkan fayda ya da zararın fiyatlanmasına izin vermemektedir. Bu nedenle dışsallık birey ya da firmalar arasında *ticaret konusu yapılamayan karşılıklı bağımlılık* olarak da ifade edilebilir. Dışsallıklar;

- i) Üreticiden üreticiye,
- ii) Üreticiden tüketiciye,
- iii) Tüketiciden tüketiciye ve
- iv) Tüketiciden üreticiye olmak üzere dört farklı türde gerçekleşmektedir.

Marshall birinci tür dışsallık üzerinde dururken, Pigou ikinci tür üzerinde durmuştur²². Sigara ve motorlu araç dumanı, su, hava ve gürültü kirliliği, ormanların tahrip edilmesi sağlığa yönelik dışsallıklara örnek olarak gösterilebilir (Nath, 1973: 43-46).

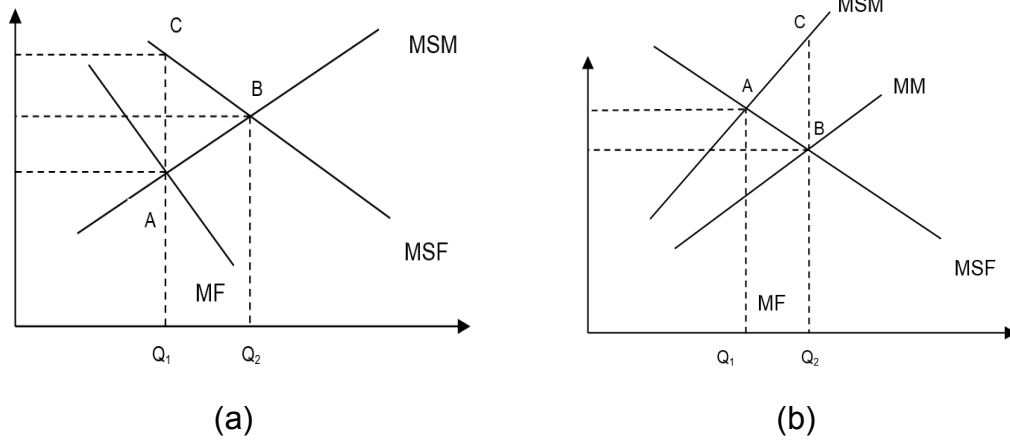
²² H. Rosen’a göre dışsallıklar: i.) Tüketiciler yanında firmalar tarafından da üretilebilir, ii.) Karşılıklılık esasına dayanır, iii.) Pozitif ya da negatif olabilir, iv.) Kamusal mallar, dışsallıkların özel bir durumu olarak düşünülebilir (2008: 83).

Birinci en iyi ekonomi rekabet ve optimalite arasındaki ilişkiyi (1) bireylerin bencil fayda fonksiyonu sahipliği ve (2) firmaların üretim kararlarının diğer firma kararlarından etkilenmemesi varsayımları ile açıklamaktadır. A'nın fayda düzeyinin B'nin tüketimine veya A'nın teknolojik üretim olanaklarının B'nin üretimine bağlı olması durumunda dışsal etkilerden söz edilebilir. bu durumda fiyat mekanizması etkinliği sağlayamamakta ve piyasa başarısızlığa uğramaktadır (Ng, 1980: 89-92). Dışsallıkların piyasayı başarısızlığa uğratmasının temel nedeni etkinlik perspektifinden bakıldığında, bir iktisadi faaliyetin (tüketim ya da üretim) çok az ya da çok fazla yapılması şeklinde dürtü oluşturmaktadır. Çünkü faaliyet sonucu ortaya çıkan fayda veya maliyetler, fiyat konusu yapılamayan dışsal etkileri içermemekte ve bu durumda etkinlik bozulmaktadır. Bu durumda marjinal sosyal maliyet/fayda, marjinal özel maliyet/fayda ile marjinal dışsal maliyet/fayda toplamından oluşur. Pozitif dışsallığın varlığında, fiyatlandırılmayan dışsal fayda nedeniyle üretim/tüketim toplumun arzu ettiği düzeyin altında iken, negatif dışsallıkların varlığında ise, fiyatlara yansıtılmayan dışsal maliyetler nedeniyle üretim/tüketim toplumun arzu ettiği düzeyin üzerindedir²³. Pareto-optimal olmayan çıktı düzeyinde refah asla maksimize edilememektedir (Hindriks ve Myles, 2006: 177).

²³ Dışsallıkların rekabetçi bir ekonomide neden olduğu etkinsizlik ile ilgili ayrıntılı bilgi için: Hindriks, J. ve Myles, G.D. (2006) Intermediate Public Economics, MIT Press: London, Feldman A.M. (1980) Welfare Economics and Social Choice Theory, Martinus Nijhoff, Ng, Y-K. (1979) Welfare Economics Introduction and Development of Basic Concepts, Macmillan: London, Nath, S.K. (1969) A Reappraisal of Welfare Economics, Routledge & Kegan Paul: London, Nath, S.K. (1973) A Perspective of Welfare Economics, Macmillan: London.

Sağlığı etkileyen pozitif ve negatif dışsallıkların varlığı yanında, endüstride görülen en önemli dışsallık türü pozitiftir. Bir fabrikanın üretim sırasında havayı ya da çevreyi kirletmesi negatif dışsallığa, bir hastalığın tedavisi veya salgın hastalığa karşı yapılan koruma ise pozitif dışsallığa örnek olarak gösterilebilir²⁴. Her iki durumda da katlanılmayan maliyet ya da karşılığı alınamayan fayda söz konusu olup, birinci durum genellikle üretim, ikinci ise tüketim aşamasında görülmektedir. Bu durum Şekil 5’de gösterilmektedir.

Şekil 5: Pozitif ve Negatif Dışsallıklar



Şekil 5a salgın bir hastalığa karşı yaptırılan aşının bireye sağladığı marjinal fayda düzeyi ile bu durumda gerçekleşmesi muhtemel tüketim miktarını göstermektedir. Bu durumda tüketim bireysel fayda ile maliyetin kesiştiği Q_0 noktasında gerçekleşecektir. Diğer yandan aşı yoluyla salgın hastalığa karşı elde edilen koruma, toplumun diğer bireylerine de dışsal bir fayda sunmaktadır (*external benefit*). Bu durumda fiyatlandırılmayan fayda

²⁴ Sağlığa ilişkin dışsallık yayan birçok faaliyet, toplum tarafından nadiren fark edilmektedir. Lağım sularının kontrol altına alınması, sivrisineklerin azaltılması, bazı hastalıkların karantina kuralları ve salgın hastalıkların önlenmesi için toplumun büyük bir kesimini kapsayan aşı programları, ortalama bir insan tarafından fark edilmemektedir (Phelps: 1997: 10).

nedeniyle yapılacak devlet müdahalesi²⁵ yoluyla sağlanan dışsal faydanın bireysel fayda ile birlikte dikkate alınması sonucu (Marjinal sosyal fayda=Marjinal bireysel fayda+Marjinal dışsal fayda), çıktı düzeyi Q_1 olacak ve toplumsal refah birinci durumdakini geçecektir. Şekil 5 b ise, bir fabrikanın üretim sürecinde katlandığı maliyetler ile çevreye verdiği zararları dikkate alan negatif dışsallığı göstermektedir. Kar maksimizasyonu peşinde koşan firma, marjinal maliyet ile gelirin kesiştiği düzeyde üretim yapacak (Q_0), oluşturduğu dışsallığı ise dikkate almayacaktır. Dışsal zararın devlet müdahalesi yoluyla (Pigoucu vergi²⁶) maliyetlere eklenmesiyle birlikte üretim, kısılarak sosyal maliyetin sosyal faydaya eşit olduğu düzeyde (Q_1) gerçekleşecektir. Rekabetçi piyasalarda, üretici ve tüketiciler iktisadi kararlarında ortaya çıkan dışsallıkları dikkate almamaktadır. Dışsal fayda ya da maliyetin fiyatlandırılmaması sonucu ticaret konusu yapılmaması, çıktı düzeyini optimalden uzaklaştırmaktadır. Sonuç olarak dışsallıklar ekonomide iki temel etkiye sahiptir. Bunlardan birincisi ekonomik etkinlikten sapma

²⁵ "...bulaşıcı hastalıkların yayılması çok bariz bir örnektir. Bağışıklık kazandırılmayan bir birey, yalnızca kendi hayatını riske etmekle kalmaz; ayrıca diğerlerinin de hayatını riske eder. İdeal bir fiyat sisteminde bu bireyin, sağlığı tehlikede olan herkese ödemek zorunda kalacağı bir fiyat vardır, bu fiyat da diğer bireylerin kendilerine tazminat ödenmiş gibi hissetmeleri için yeterince yüksektir. Alternatif olarak bu sistemde, diğer bireylerin bu bireyi bağışıklık sahibi olmasına ikna etmek için ödeyebileceği bir fiyat da olabilir. Her bir sistemde de en iyi duruma ulaşılabileceği gibi dağıtımsal sonuçlar farklı olabilir. Böylesi fiyat sistemlerinin esasında kullanışlı olamayacağını görmek tabii ki de zor değildir. En iyi durumu tahmin etmek için, sübvansiyon, vergi veya cebir şeklinde kolektif müdahaleler yapmak gereklidir" (Arrow, 1963: 944).

²⁶ İngiliz iktisatçı A.C. Pigou (1877-1959) tarafından dışsallıklara karşı ileri sürülen çözüm önerisine göre, negatif dışsallıkların varlığında ortaya çıkan dışsal maliyete denk ve üretimin her birimine getirilecek bir vergi (pozitif dışsallıklarda sübvansiyon), firmanın maliyetlerini sosyal maliyete eşitleyecek ve dışsal zararı azaltacaktır. (Nath, 1973: 44).

ikincisi ise, gelirin yeniden dağıtımıdır²⁷ (Feldstein, 1983: 512). Sağlık endüstrisinde ortaya çıkan dışsallıklar²⁸ üretim ya da tüketimi, miktar ve kalite yoluyla etkileyerek cepten yapılan bireysel sağlık harcamaları ile bu hizmetlerin maliyetlerini yükseltmekte ve nihai olarak bireysel sigorta primlerini arttırmaktadır. Bu nedenle negatif dışsallıkların “içselleştirilmesinde” kamu kesiminde kullanılan başlıca araçlar²⁹: vergi, finansal engeller ve kullanım hakkı üzerindeki yasal kısıtlamalardır (Kulis vd., 2007: 229). Devletin sağlık hizmetlerine müdahale etmemesi, eninde sonunda hastanın kendisinden ziyade, toplumun diğer kesimlerini etkileyecektir. Bir bireyin sağlık hizmeti eksikliği nedeniyle hayatını kaybetmesi ya da hayatını eskisi gibi sürdürememesi sonuç olarak toplum için bir kayıptır. Bu bağlamda John Donne’un ölümsüz kelimeleri olan: *“Herhangi birinin ölmesi beni yaralar... bu nedenle çanlar kimin için çalıyor bilinmez”* ifadesi, her an herkesin sağlık sorunu yaşayabileceğini ve sıranın kimde olacağını bilinememesi nedeniyle müdahaleye muhtaç olduğunu göstermektedir.

²⁷ Dışsallık, fiyatlandırılmayan maliyet ve ya fayda yoluyla çıktının optimal düzeyini bozmaktadır. Diğer yandan tazmin edilmeyen bu fayda ve maliyetler, gelir bölüşümünü değiştirmektedir.

²⁸ Dışsallıklar, genellikle üretim veya tüketim sürecinde oluşmakla birlikte, sağlığa yönelik dışsallıklar bu sürecin son aşamasında sağlık sistemi ile karşılaşmaktadır (Phelps, 1997: 10). Bunun en çarpıcı örneği ise trafik kazalarıdır. Türkiye’de 2010 yılında gerçekleşen ölümlü ve yaralanmalı trafik kazalarında kazadan etkilenenlerin %60’ını yolcu ya da yayalar oluşturmakta ve gerçekleşen kazaların %89’una sürücü hataları neden olmaktadır (TÜİK, 2011: 6).

²⁹ Bu araçlara; sigara tüketimini azaltmak için vergi konulması, kapalı alanlarda sigara içme yasağı, on sekiz yaşından küçüklere alkol ve sigara satma yasağı ile bu tür mallara yönelik reklam yapma yasağı, emniyet kemerinin kullanımı ile karayollarında hız limitine yönelik yasal düzenlemeler, obezite sorunu nedeniyle kepekli ve tuz oranı düşük ekmek üretme zorunluluğu ile diyabet ile mücadelede getirilen kısıtlamalar, evlilik öncesi yapılan zorunlu sağlık taramaları örnek olarak gösterilebilir.

1.7.4. Belirsizlik

Adam Smith'in klasik modelindeki serbest ticaret ve rekabetin, arzu edilen fiyat ve miktar düzeyinde en iyi kaynak dağılımını sağlayacağı beklenmektedir (Smith, 2010). Bu beklenti aynı zamanda, her bireyin kendi faydası peşinde koşmasıyla birlikte sosyal refaha da hizmet etmektedir. Bu süreç, birçok endüstride beklenen sonucu verebilir fakat sağlık hizmetlerinde hem zor hem de tehlikelidir (Roemer, 1982: 426). Nitekim bu durum Arrow tarafından *“Risk ve belirsizlik, esasen tıbbi bakımda tartışma gerektirmeyen unsurlardır. Aslında bu endüstrinin bütün özellikleri, belirsizliğin yaygın olmasından kaynaklanmaktadır”* şeklinde ifade edilmektedir (Arrow, 1963: 946). Benzer yaklaşım Wennberg'in (1985), *“hekim davranışını etkileyen en önemli unsur belirsizliktir”* ifadesinde görülmektedir.

Piyasa ekonomisinin sağlık hizmetlerine yönelik olarak optimalite koşullarını yerine getirememesi, sağlık hizmetlerinin hastalara yüklediği dört farklı belirsizlikten kaynaklanmaktadır:

i) *Hastaların alacakları tedavinin maliyetini hesaplayamaması:*

Tüketiciler, genellikle sağlık hizmetini almadan önce ne düzeyde bir maliyete katlanacaklarını bilmemektedir. Maliyet üzerindeki belirsizlik, maliyetin abartılması ya da uygun olmayan tedavi nedeniyle tüketicinin aldığı karardan pişmanlık duymasına neden olabilmektedir.

ii) *Tüketicinin aldığı tedavinin kalitesi hakkında bilgi sahibi olmaması:*

Sağlık hizmetlerinin kalite sorunu, ekonomik hayattaki diğer kalite sorunlarından daha önemlidir. Diğer mal ve hizmet sunucularının

kalitesi deneme yanılma ya da çevreden edinilen bilgiye göre şekillenirken, sağıkta hastanın bu bilgiyi kendisine uyarlayamaması nedeniyle mümkün değildir. “... *hekim, herhangi birinden daha fazla bilir*” (Light, 1997: 299) ifadesinden anlaşılabilceğı gibi üretici ürettiğı ürün ile ilgili her zaman daha fazla şey bilir.

iii) *Tüketıcının adil bir sigortaya sahip olmaması*: Sağık endüstrisine yönelik ileri sürülen yaygın eleştiri, bu piyasada adil bir sigorta sisteminin bulunmamasıdır. Sigorta sisteminin yönetsel maliyetlerinin sosyal maliyete eklenmesiyle birlikte negatif eğimli talep eğrisi varsayımı sonucu birçok kişi sigorta yaptıracak ve sosyal refah artacaktır. Diğer yandan yönetsel maliyetlerin ve adil bir sigorta fiyatının yokluğu, piyasayı belirsizleştirmektedir.

iv) *Ahlaki tehlikenin optimal sigorta fiyatlandırmasını engellemesidir*: Sağık sigortası yaptıran bir kişinin, bu konu üzerinde sigorta sahipliğı nedeniyle fazla özem göstermemesi, başvurduğu hekimin hastalığa ilişkin sahip olduğu kapsamlı bilgi ile gereksiz tetkik, tedavi ve ilaç istemesi, sigorta şirketlerinin piyasada düşük ve yüksek riskli kişileri tespit edememesi nedeniyle sigorta primlerini yükseltmesi örnek olarak gösterilebilir (Culyer, 1971: 193-199; Howard, 2001: 6, Arrow, 1963: 951, Stiglitz, 1994: 361).

Sağık endüstrisinin asıl sorunu olan belirsizlik, Arrow tarafından aşağıdaki gibi ifade edilmektedir:

“Belirsizlik olduğu zaman, enformasyon ve bilgi emtiaya dönüşür. Diğer emtialar gibi bu emtianın da bir üretim ve aktarma maliyeti

vardır. Bu yüzden doğal olarak bütün nüfusa yayılmamakta fakat bundan en çok kar elde edenler arasında yoğunlaşmaktadır. (Bu maliyetler zamanla veya olumsuz fayda ve parayla ölçülebilir.) Fakat enformasyon talebinin, genellikle rasyonel terimlerle tartışılması zordur. Enformasyon değeri sıklıkla alıcıya hiçbir anlam ifade etmez. Gerçekten de alıcı, enformasyon değerini ölçecek kadar bilgi sahibi olsa, enformasyon hakkında da bilgisi vardır. Fakat enformasyon, vasıflı bakım şeklinde, birçok doktordan ve birçok meslek sahibinden satın alınan şeydir. Enformasyonun emtia olarak anlaşılması zor karakteri, emtialar hakkındaki bilindik pazarlanabilirlik varsayımlarından gözle görülür biçimde ayrılmasını sağlar” (Arrow, 1963, 946).

Sağlığa yönelik yaygın belirsizlik, bireyleri bu belirsizlikten korunmaya yöneltmektedir. Bireysel sağlık sigortası başta olmak üzere, devlet tarafından sunulan sosyal güvenlik sandıkları, bireylerin ileride karşılaşılabilecekleri sağlık sorunları ile bunların finansmanına ilişkin bir garanti olarak değerlendirilebilir³⁰. Sonuç olarak sağlık sigortası, mevcut sorunlarına rağmen (ahlaki tehlike ve ters seçim) sağlık endüstrisinde bir meta haline gelmektedir (Roemer: 1982: 421).

1.7.5. Asimetrik Enformasyon

Tam rekabetçi piyasaların etkin işleyişi için gerekli olan unsurlardan biri olan tam bilgi, ekonomik faaliyetlerde bulunan iktisadi ajanlar arasında bilginin simetrik ve maliyetsiz olarak dağılması şeklinde ifade edilebilir³¹. Bir diğer

³⁰ Bireylerin bu tür risklere karşı sahip olacakları sağlık sigortası, ahlaki tehlike sorunu nedeniyle sağlık hizmetleri tüketimlerini artırma eğilimine girmelerine yol açmaktadır. Bu sorunun önlenmesi için katkı payı, kullanım ücreti ve sağlık hizmeti sunumunun zamana yayılarak bekletme gibi zorlayıcı talep yanlı politikalar ile maliyet paylaşımı, sunucuyu seçme ve durum yönetimi gibi arz yanlı politikalar uygulanmaktadır 759

³¹ Ayrıntılı bilgi için: Stigler, G.J. (1961), *The Economics of Information*, Journal of Political Economy, Vol.63, No.3, s.213-225.

değişle açıklık koşulu gereği üretici ve tüketiciler kendi yararlarına olan tüm değişikliklerden anında haberdar olmaktadır (Dinler, 2000: 71). Bu durumda tam rekabet, Pareto optimal kaynak dağılımını gerçekleştirmektedir. Asimetrik enformasyon ise, piyasada faaliyet gösteren iktisadi ajanlardan birinin, faaliyet üzerinde diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olmasıdır. Genel bir ifade ile satıcı her zaman alıcıdan daha bilgilidir (Hindriks ve Myles, 2006: 251, Wonderling vd., 2005: 144). Sonuç olarak, fiyat mekanizması etkin çalışmamakta ve taraflar arasında ortaya çıkan güç dengesizliği nedeniyle taraflardan biri olumsuz etkilenmektedir³². Bu bağlamda *bilgi, güçtür* (Phelps; 1997: 6).

Literatürde Arrow'un (1963) çalışması ile dikkat çeken asimetrik enformasyon, G. Akerlof tarafından 1970 yılında yayınlanan makale³³ ile ayrıntılı olarak incelenmiştir. Asimetrik enformasyon özellikle sağlık hizmetleri ve sigorta piyasasında, sağlık hizmetlerinin fayda, maliyet, risk ve diğer karakteristik özelliklerinin tüketici ve hizmet sunucu bazında diğer sektörlerden farklı olması nedeniyle yaygın görülen bir piyasa başarısızlığıdır (Garber, 2000: 186). Bu durum aşağıdaki üç özellikten kaynaklanmaktadır (Zweifel, 2009:161).

- i) *Örnekleme Fırsatının Olmaması*: Sağlık hizmeti dışındaki mal ve hizmetlerin birçoğu, deneme yanılmaya imkan vererek tüketicinin

³² Asimetrik enformasyonun neden olduğu sorunlar: ahlaki tehlike ve ters seçimdir.

³³ Makalede asimetrik enformasyon, ikinci el araba piyasası ile örneklendirilmektedir. Piyasada var olan iyi ve kötü otomobiller hakkında alıcıların yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle belirledikleri ortalama fiyat, kötü otomobil sahipleri için olumluyken, iyi otomobil sahipleri için olumsuzdur ve bu durumda, iyi otomobil sahipleri piyasadan çıkar. Dolayısıyla piyasada kötü otomobiller kalacağından, bu durum fiyat oluşumunu etkiler (Akerlof, 1970).

kalite ve fayda üzerinde fikir sahibi olmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte farklı tüketicilerin tecrübeleri de yol gösterici bir niteliktedir. Sağlık hizmetleri ise, özellikle hayati risk taşıyan tedavi unsurlarında tüketicinin tedaviyi, değerlendirme ve tecrübe etme imkanı bulunmadığından, hayati boyunca yalnızca bir kez deneme şansı bulunmaktadır. Diğer yandan, sağlık sorunlarının bireyler arasında karşılaştırılmasındaki güçlük, diğer tüketicilerin tecrübelerinden yararlanmayı engellemektedir.

- ii) *Sebeup-Sonuç İlişkisindeki Belirsizlik:* Sağlık hizmetlerinin kalitesine yönelik bir diğer sorun, tedavinin sonucunun kesin olarak bilinmemesidir. İyileşme süreci, tedavi dışınsa diğer biyolojik unsurlardan kaynaklanabileceği gibi, vücudun kendi bağışıklık sistemi ile de elde edilebilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin kalitesi ve sonucu nadiren bilindiğinden, “güven malı” olarak nitelendirilebilir³⁴.
- iii) *Asimetrik Bilgi:* Tanıya dayalı hizmetlerde, talep genellikle bilgiye dayanmaktadır. Hastanın tedavinin kalitesi değerlendirmesi imkansız olduğundan, hizmetin maliyeti önceden tespit edilememektedir. Bu durum, sağlık hizmet sunucusuna daha önce ifade edildiği üzere, hasta üzerinde etkili bir güce dönüşmekte ve yapay talebe neden olmaktadır. Sonuç olarak bilgi, bir kamu malı olarak tanımlanabilir (Stiglitz, 2000: 84).

³⁴ Bazı sağlık hizmetleri ise “önleyici mal” olarak nitelendirilmektedir. Bir hekimin gerçekleştirdiği başarılı bir operasyon, bir diğer hekimin aynı aşamaları takip ederek benzer sonuca ulaşmasını sağlayabilir. Bu yolla istenmeyen süreç ve sonuçlar engellenecektir (Zeckhauser, 1986’dan aktaran: Poterba, 2009: 282).

Rekabetçi piyasaların etkin çalışabilmesi için gerekli olan tam bilgi, sağlık hizmetlerinde nadiren gerçekleşmektedir. Sağlık endüstrisinin oldukça karmaşık bir yapıya sahip olması sonucu hekim seçimi, tedavi uygulaması, tanımlayıcı testlerin gerçekleştirilmesi ve sonuçların analizi, bilgi eksikliği nedeniyle hekim tarafından kontrol edilmektedir. Toplam sağlık harcamalarının %80'inin, hekim tarafından kontrol edildiği düşünüldüğünde sağlık hizmetleri piyasasının belirsizlik nedeniyle risk unsurunu ortadan kaldıramadığı ve bu nedenle asimetric enformasyon ile mücadele edilmesi gerektiğini ileri süren Arrow'un (McGuire, 2000: 463) çalışmasında, asimetric enformasyonun özel durumuna vurgu yaptığı görülmektedir:

“...Sağlık bilgisi çok karmaşık olduğundan dolayı, doktorların tedavinin ihtimalleri ve sonuçlarına ilişkin sahip oldukları bilgi, hastadan çok daha fazladır veya en azından her iki taraf, bunun böyle olduğuna inanır. Dahası her iki taraf da bu bilgi eşitsizliğinin farkındadır ve aralarındaki ilişki bu bilgiyle şekillenmektedir” (Arrow, 1963).

Bu bağlamda hekim ve hasta arasında kabul edilen bilgi eksikliği bu özelliği nedeniyle *“indirgenemez belirsizlik”* olarak nitelendirilmektedir. Tedavi sonucunun kesin olmaması ve bunun zımnen kabul edilmesi, muhtemel sonucun hekim ve hasta arasında eşit bir şekilde paylaşıldığını göstermektedir (Pauly, 1978: 9). Bu durum Satterhwaite (1979), Pauly ve Satterhwaite (1981) ve Dranove ve Satterhwaite (2000) tarafından monopolcü rekabetin temeli olarak kabul edilmektedir. Pauly ve Satterhwaite (1981) piyasada çok fazla hekim ve hastanın varlığı ve bilginin akraba ve arkadaş gibi kişisel ilişkiler yoluyla elde edilmesi durumunda, bilginin bireyler arasında oldukça zayıf dağıldığını gözlemlemişlerdir. Birçok hekim bu nedenle piyasadaki rekabeti artırmayacak, bilginin kalitesini azaltacak ve

hasta sonuç olarak hekime sadık kalacaktır. Nitekim Hoerger ve Howard (1995) çalışmalarında, kadınların yalnızca dörtte birinin doğum öncesi kontrollerinde alternatif aradığını tespit etmişlerdir³⁵.

³⁵ Piyasada fiyatların tek düzen olması durumunda hasta, hekimin ortalama kalitenin altında olduğunu düşünmemektedir. Sağlık hizmetinin ilk çıktısının olumlu olması, sonra gelenlerin de iyi olacağını düşündüreceğinden, hekime bağlılık devam etmektedir. İlk çıktının olumsuz olması durumunda ise, hastanın ortalama kalitede bir hekimi her zaman bulacağı düşüncesiyle farklı alternatiflere yöneleceği ileri sürülebilir (McGuire, 2000: 503).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİNDE REFORM

2.1. Kamu Kesiminde Reform Düşüncesi

Son yirmi yıldır “neoliberalizm” olarak tanımlanan kapitalizm, 1970’li ve 1980’li yıllar arasındaki geçiş sürecinde merkez ve çevre ülkelerde köklü bir dönüşümden geçmiştir. “Keynesçi Uzlaşma” olarak nitelendirilen önceki dönem, merkez ülkeler açısından büyük büyüme oranları, sürekli teknolojik gelişme, satın alma gücünde artış, sağlık ve emeklilik gibi refah sisteminde gelişme ve düşük işsizlik oranlarıyla ifade edilmektedir. Bununla birlikte, kar oranlarının düşmesiyle dünya ekonomisinin yapısal bir krize girmesi, durumu tersine çevirmiştir. Büyüme oranlarının azalması, işsizliğin ve enflasyonun giderek artması krizin ana temasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda önce merkez ülkelerde ortaya çıkıp ardından çevre ülkelere ihraç edilen neoliberalizm, yeni toplumsal düzenin şekillenmesine yol açmıştır³⁶. Neoliberalizm genellikle devlet müdahalesinin tersi bir şekilde piyasa ile özel kesimin çıkarlarının ideolojisidir. Bir gerileme döneminin ardından yönetici sınıfların üst kesimlerinin güç ve gelirlerinin baştan sona yeniden inşa edildiği yeni bir toplumsal düzendir (Duménil ve Lévy, 2008: 25, Horton, 2007: 1). Bu kapsamda neo-liberal politikaların hedefleri, piyasa serbestisinin ve sınırsız mülkiyet haklarının (yeniden) hayata geçirilmesi, piyasaların olmadığı ve mülkiyet hakkının kısıtlandığı hallerde bu mekanizmayı veya onun

³⁶ “Neoliberal uyanışın asıl nedeni, Keynesçiliğin kendi içinde ortaya çıkan düşünsel bölünmelerde ve kamuoyunda neoliberal “serbest piyasalar” retoriğiyle rekabet edebilecek bir anlayışı geliştirememiş olmasında bulunabilir” (Palley, 2008: 43).

benzerlerini her yere (toprağa, suya, diğer doğal kaynaklara, işgücüne, kamu hizmetlerinin sunumuna ve uluslararası ekonomik ilişkilere) gerekirse devlet zoruyla yerleştirmek olarak özetlenebilir (Boratav, 2013, 34).

Neoliberalizmin temelleri esas itibariyle, Adam Smith'in Ulusların Zenginliği'ne kadar uzanmaktadır. Serbest mübadelenin her iki taraf için de faydalı olduğu düşüncesi, ticaret serbestisine getirilecek herhangi bir kısıtlamanın, bireylerin durumlarını iyileştirme fırsatlarını ellerinden alarak refah kaybına neden olacağını ileri sürmektedir. Piyasa, aylak ve yetersiz olanları cezalandıran, girişken ve çalışkan olanları ödüllendiren bir kuvvet olarak nitelendirilmektedir. Bununla birlikte yaşanan deneyimler, ileri sürülen liberal doktrinin bireye daha yüce değerler kazandıran ve insanlığı hayvanlardan ayırt edici özelliklerini göz ardı ettiğini, serbest ticaretin faydalarının iktisadi ve siyasi açıdan daha güçlü olan tarafa düştüğünü, daha az gelişmiş durumdakilerin iflas ettiğini, emekçilerin kitleler halinde işten çıkarıldığını ve rekabet edemeyenlerin yokluğa mahkum olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu bağlamda liberalizme yönelik eleştiriler, kapitalizmin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırarak faydalarını muhafaza etmeyi amaçlayan *reformların* uygulamaya konulmasına neden olmuştur. On dokuzuncu yüzyılda reformculuk, krediler üzerinde sahip oldukları denetim gücünü kendi çıkarları doğrultusunda kullanmayı amaçlayan bankerlerin sebep olduğu para kıtlığı nedeniyle, para sisteminin düzenlenmesi üzerine yoğunlaşırken yirminci yüzyılda ise, savunmasız olanların rekabetin etkilerinden korunması amacıyla devletin piyasaların düzenlenmesine doğrudan müdahale etmesine

odaklanmıştır. Reformculuğun ana itkisi, kapitalizmin kötü kısımlarını ortadan kaldırırken, iyi kısımlarını muhafaza etmektir (Clarke, 2008: 91-93).

İkinci Dünya Savaşı sonrası Avrupa'nın zayıflamış ve iflas etmiş yönetici sınıfları, savaşın istikrarını bozduğu ve paramparça ettiği bir sistemin yeniden istikrara kavuşması için yeni bir düşünce geliştirmek zorunda kalmışlardır. Avrupa'nın büyük kısmında Keynesyen ekonomilerin "refah devleti" uygulamalarıyla ortaya çıkışı, kapitalist sınıfların daha militan bir işçi sınıfından gelen ve göğüs germekte zorlandıkları taleplerle uğraşmak zorunda kaldıkları yeni bir sınıfsal güç ortaya çıkarmıştır. 1950 ve 1960'larda görülen ekonomik patlama yılları boyunca Batı Avrupa'da hakimiyetini sürdüren bu düşünce, 1974-1975'teki durgunluk ile birlikte refah harcamalarındaki genişlemenin sonunu getirmiştir. Birçok ülke bu tarihten itibaren artan sağlık hizmeti harcamalarını kısmanın yollarını aramaya başlamıştır (Lister, 2008: 41). 1980'ler itibariyle kabul edilen yaygın düşünce Saltman ve Otter tarafından;

“Neoliberal ekonomi mantığı, diğer tüm toplumsal etkinliklerin üzerinde geliştiği temel olarak klasik demokratik politikanın yerine almaya başlamıştı. Çünkü piyasaların politika ve kamu sektöründe bulunmayan erdemlere sahip olduğu düşünülmekteydi” şeklinde özetlenmiştir.

Mikroiktisadi düzeyde neoklasik kuram, devletin etkin olmadığını, bunun yerine piyasanın etkin olduğunu kabul etmektedir. Devlet müdahalesi ve mülkiyeti kaynak tahsisini bozmakta ve israfa yol açmaktadır. Diğer yandan oluşturduğu rantları seçkinlere dağıtarak bölüşümde adaletsizlikler meydana

getirmektedir. Sınai büyüme, uluslararası rekabet ve istihdam gibi iktisadi kalkınma sorunlarıyla piyasanın ilgilenmesi gerektiği savunulmaktadır. Bu düşünceye göre devlet arka plana itilmeli ve ulusal savunma ile piyasanın işlemesi için gereken yasal ve iktisadi altyapının inşası ile ilgilenmelidir (Saad-Filho, 2008: 193; Boratav, 2013: 34). Bu bağlamda son yirmibeş yıllık süreçte neoliberal politikaların hakim olduğu görülmektedir. Bunlar; finansal piyasaların düzenlemelerden arındırılması, sosyal koruma kurumları ile işçi sendikaları ve emek piyasası korumalarının zayıflatılması, devletin küçültülmesi, en üst vergi dilimi oranlarının azaltılması, uluslararası mal ve sermaye piyasalarının geliştirilmesi ve doğal oran kılıfı altında tam istihdamın terk edilmesidir. Özelleştirmeyi, serbest ticareti, ihracata dayalı büyümeyi, finansal sermaye hareketliliğini, emek piyasasının düzenlemelerden arındırılmasını ve makro iktisadi kemer sıkma politikalarını savunan “Washington Uzlaşması”³⁷ uluslararası iktisat politikasında egemen hale gelmiştir. “Washington Uzlaşması”nın merkezinde yer alan, politikalarda reform için önerilen on temel önerinin beşi, sağlık politikaları ile yakından ilgilidir. Bunlar:

1. Mali disiplin
2. Kamu harcamalarındaki önceliklerin birinci basamak sağlık hizmetleri, temel eğitim ve altyapı gibi hem yüksek ekonomik getirisi olan, hem de

³⁷ Washington Uzlaşması, Washington'da bulunan üç kurumun, yani Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu ve ABD Hazine Bakanlığı'nın, Neoliberal iktisat kuramı çerçevesinde birbirlerine yaklaşımlarını ifade etmektedir. Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) ve Avrupa Merkez Bankası gibi diğer kurumların da surece dahil olmasıyla birlikte uzlaşma çok geçmeden genişlemiştir (Saad-Filho, 2008: 191-194).

gelir dağılımında adaleti sağlama potansiyeli bulunan alanlara doğru yönlendirilmesi,

3. Para akışlarının ve doğrudan yabancı yatırımın liberalizasyonu,
4. Özelleştirme,
5. Serbestleştirmedir (piyasaya giriş ve çıkış engellerinin ortadan kaldırılması) (Williamson, 1990; Williamson, 2000: 252-253).

Washington Uzlaşması'nın küresel kuruluşlardan, gelişmekte olan ülkelere doğru iletilen politika önerilerinin temeli olarak 1990'larda ortaya çıktığı görülmektedir. Bu bağlamda söz konusu "uzlaşma"nın temel hedefleri olan, devlet harcamalarının düşürülmesi, özelleştirme ve piyasanın en üst düzeyde serbestleştirilmesi ve toplumsal dayanışmayı reddeden neoliberal anlayışın, Adam Smith ve Tocqueville'e kadar uzanan "bırakınız yapsınlar" bireyciliğinden geldiği ileri sürülebilir (Lister, 2008: 45). Bu bağlamda "*toplum diye bir şey yoktur, erkek ve kadın bireyler ile aileler vardır*" (Timmins, 1995: 433). Diğer yandan Washington Uzlaşması'nın kalkınmakta olan ülkelerde büyümeyi hızlandıramaması tersine bir tepkiye yol açmış, savunduğu politikalar önemli ölçüde itibar kaybetmiş ve hayal kırıklığına yol açmıştır (Palley, 2008: 51; Lapavitsas, 2008: 72).

1973'te Pinochet'in Şili'de yaptığı askeri darbe sonucu "Şikagolu Oğlanlar" projesiyle başlayan küresel neoliberalizmin ilk evresi, Margaret Thatcher ve Ronald Reagan yönetimleri ile daha yerleşik hale gelmiştir. Bu dönemde devlet müdahalesinin geri plana itilmesi ve serbest piyasa mekanizmalarının sağlamlaştırılması amacıyla güçlü devlet kullanılmıştır. Emek piyasası

düzenlemelerden arındırılmış, emek daha esnek hale getirilmiş, yönetimin yönetme hakkı tüm ihtişamıyla yeniden kurulmuş ve piyasanın siyasi kısıtlardan zarar görmesine izin verilmemiştir. Thatcher'ın ifadesiyle “*başka alternatif yoktur*”. Neoliberalizmin 1990'larda başlayan ikinci evresinde ise devlet arka plana itilmiş ve yeni politikalar öne çıkarılmıştır. Neoliberalizmin olumsuz aşamasının doğal sınırlarına gelindiği ve daha olumlu bir politika gerekliliği, Üçüncü Yol neoliberal projenin kendi içinde tedrici bir metamorfoz yaşayarak, toplumsal bakımdan daha müdahaleci ve iyileştirici bir biçim almasına neden olmuştur. Devletin geri püskürtülmesinin yetersizliği, göçmenler, tek ebeveynli aileler, tutuklular ve toplumsal bakımdan dışlanmışlar gibi toplumun dik kafalı üyelerinin denetim altına alınarak neoliberal siyasi gündemin çıkarları doğrultusunda düzenlenmesine yol açmıştır. Bu bağlamda neoliberal projenin öne çıkan önermesi, sosyal güvenlik reformu, ceza politikası, kentsel yeniden canlandırma ve sığınma talebi gibi konularda toplumun tüm kesimlerine nüfuz etmektir (Munck, 2008: 110; Colas, 2008: 135).

Berlin Duvarı'nın 1989'daki yıkılışından ve Sovyetler Birliği'nin çöküşünden bu yana kapitalizm, hemen her ülkede hegemon ekonomik çerçeveyi oluşturmaktadır. 1980'lerin sonundan beri uygulamaya konulan reformların tamamı, zengin ve yoksul ülke ayrımı yapmadan geniş bir çerçevede şekillendirilmiştir (Lister, 2008: 22). Nitekim literatürün geniş bir kesimi kapitalist piyasanın, sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve reformu için uygun

bir model sunduğunu varsaymaktadır. Bu varsayım Drache ve Sullivan (1999) tarafından,

“...dar bir bakış açısıyla açıkların azaltılmasına ve harcamaların kontrol edilmesine odaklanan ekonomistler ve politikacıların hakimiyeti altında... tüm gelişmiş ekonomiler finansman ve hizmet sunum sistemlerinde piyasalara bir rol vermektedir” biçiminde ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetleri politikalarında yeni bir evreyi temsil eden reform çalışmaları esas itibariyle “piyasa mekanizmalarına duyulan küresel inanç”tan kaynaklanmaktadır (George ve Wilding, 2002: 64). Neoliberalizmin yayılmasıyla birlikte 1980'lerde uygulamaya konulan “Yapısal Uyum Programları” (YUP), Uluslararası Finansal Kurumlardan (UFK) kredi almanın şartı olarak hayata geçirilmiştir. 1980'lerde yaşanan Üçüncü Dünya borç krizinin sonucunda gündeme gelen YUP'un mantığı ise, uluslararası para fonunun, geri ödemelerinin güvence altına alınmasını sağlamak amacıyla borçlu ülkelerin temel makroekonomik değişkenlerinin yeniden istikrara kavuşturulması ve uyumlaştırılmasıdır. Kamu harcamalarında kesintiler, ulusal paranın devalüasyonu, ihracatın teşvik edilmesi, ödemeler dengesinin hem ticaret hem de sermaye hesaplarının serbestleştirilmesi, özelleştirme ve vergi indirimleri söz konusu YUP'un temel bileşenleridir. UFK'ların yanı sıra Dünya Ticaret Örgütü ve OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) gibi diğer çok taraflı kurumlar da bu süreci desteklemiştir (Colas, 2008: 136). Borç ya da döviz krizleri gibi nedenlerle ödemeler dengesi sorunlarıyla karşı karşıya kalan ülkeler, IMF ve Dünya Bankası'nın önerdiği istikrar ve yapısal uyum programını kabul etmeleri karşılığında bu kurumlardan borç alabilmektedir. Son yirmi yıl içinde bu tür programlardan en az bir tanesini

kabul etmeye mecbur bırakılan yoksul ülke sayısının yaklaşık olarak yüzü bulması, dünya genelinde neoliberal politikaların artarak zorla dayatılmasına yol açmıştır (Saad-Filho, 2008: 191-194). Sonuç olarak sağlıkta reform söyleminin, bu dayatmalar sonucu ortaya çıktığı ileri sürülebilir (Lister, 2008: 41).

2.2. Sağlık Hizmetlerinde Reform

Reform kavramının oldukça popüler olmasının yanında, sağlık sektöründe reformu oluşturan unsurların neler olduğuna yönelik evrensel ve tutarlı bir tanım bulunmamaktadır (Saltman ve Figueras, 1998: 2). Buna göre reform, toplum düzeni ve yapısının daha iyi bir konuma getirilebilmesi için gerçekleştirilen köklü değişim ya da düzeltme olarak tanımlanmakta ve hissedilen sorunlar üzerinde meydana gelen pozitif yönlü gelişim olarak ifade edilmektedir (Berman ve Bossert, 2000). Bir diğer yaklaşıma göre ise reform, *“politika hedeflerine ulaşmak için sürdürülebilir ve yoğun kurumsal ve yapısal değişiklikleri kapsayan bir süreci kapsamaktadır”* (Saltman ve Figueras, 1998: 3). Sağlık hizmetlerinde reform ise, *“sağlık hizmetleri sisteminin performansını geliştirme yönünde önemli ve amaçlı bir çaba”* olarak tanımlanmaktadır (Roberts vd., 2009: 9). Bu bağlamda reform, sağlık politikaları ve ilgili kuruluşları bir defaya mahsus olmayıp, uzun vadede değiştirmeye yönelik faaliyetlerdir. Sağlık reformu, önceliklerin belirlenmesi, politikaların geliştirilmesi ve bu politikaların uygulanacağı kurumlarda köklü bir değişime gidilmesi biçiminde özetlenebilir (Cassels, 1995: 331). Sağlık sektörünün finansman, ödeme sistemi, organizasyon, düzenleme ve tüketici

davranışları gibi bir takım “kontrol düğmeleri” yoluyla etkilenmesi ise, reformun odak noktasını oluşturmaktadır (Hsiao, 2000).

1946’da İkinci Dünya Savaşı sonrası Bretton Woods Anlaşmasıyla, Avrupa’nın yeniden inşası ile sanayileşme odaklı kredi vermek üzere kurulan Dünya Bankası, aynı zamanda IMF gibi, dünya kapitalizmini desteklemek ve dengelemek gibi görevleri de üstlenmiştir (Williams, 1994: 111). 1980’ler itibariyle yoksulluk üzerine odaklanan Banka, daha sonra sağlık ile ilgilenmeye başlamış ve bu alanda hızla ilerlemiştir. 1985’te sağlık hizmet sunumunda kullanıcı ücretlerini savunan “Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetleri İçin Ödeme: Genel Bakış” ile birlikte daha sonra yayınlanan “Sağlık Hizmetini Finanse Etmek: Reform İçin Gündem” isimli çalışmalar, Banka’nın sağlık hizmetlerine yönelik temel bakış açısını belirtmiştir. 1990’lı yıllarda gelişmekte olan ülkelerin sağlık politikalarına yön veren en önemli çalışma ise Banka’nın 1993 yılı “Dünya Kalkınma Raporu”dur. Buna göre, “...gelişmekte olan birçok ülkede yürütülen sağlık hizmetleri fazla yayılmış olup, bunun azaltılması gerekmektedir” (WB, 1993: 108).

Sağlıkta reform çalışmaları son yirmi yıldır birçok ülkede yaygınlık kazanmış ve sağlık ekonomisi literatüründe geniş bir yer kaplamıştır. Ülkelerin karşı karşıya kaldığı yaşlanma, ileri düzey kronik hastalıklar, yeni tedavi yöntemleri ve ileri teknoloji gibi sorunlar sağlık harcamalarının artması yönünde baskı oluşturarak, reform çalışmalarına zemin hazırlamaktadır (Saltman ve Figueras, 1998: 3; Sen, 2001). Kaynakların verimsiz kullanımı, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişememesi ve sağlık hizmetlerinin

bireylerin ihtiyaçlarına cevap verememesi ise reform gerekçelerinden bazılarıdır³⁸ (Cassels, 1995: 330). Bu bağlamda 1980'lerin ikinci yarısından itibaren Batılı gelişmiş ekonomilerde görölen sağlık endüstrisinde reform politikaları, ölkelerin en önemli girişimleri arasında yer almaktadır (Flood, 2003: 1; Twaddle, 2002: 3). Doğu Avrupa ölkeleri, sosyal sigorta programlarını genişletmekte, Güney Amerika ölkeleri, sağlık sigorta kapsamını kır ve kentte yaşayan yoksulları kapsayacak biçimde genişletmekte, Afrika'da mali desantralizasyon hastanelere ek kaynak oluşturmak amacıyla kullanılmakta ve verimliliğin artırılması için birçok ölkede, geri ödeme sistemleri ve sağlık hizmet sunumu organizasyonunda yeni yöntemler denemektedir. Sağlık reformunun hayata geçirilmesini zorunlu kılan sebepler, aşığıdaki gibi sıralanabilir (Roberts vd., 2009: 3-17):

- i) **Sağlık Hizmet Sunumundaki Maliyet Artışları:** Başta gelişmiş ölkeler olmak üzere birçok ölkede, sağlık hizmetlerinin maliyetleri sürekli olarak artış göstermektedir. Hatta kimi ölkelerde ekonomik kriz dönemlerinde dahi bu artış devam etmekte ve bu nedenle sağlık harcamaları artmaktadır. OECD'ye göre maliyet artışlarının en önemli nedeni ise, sağlık hizmetlerinde yüksek teknoloji ürünlerinin (MR ve CT gibi) kullanılmasıdır. Nüfusun yaşlanması ise, maliyetleri artıran bir

³⁸ Yüksek ve orta gelirli ölkelerde olduğu gibi en yoksul ve gelişmekte olan ölkelerde farklı siyasi görüşlere sahip hükümetlerin benzer reform paketlerini uygulaması dikkat çekicidir (Lister, 2008: 24).

diğer nedendir³⁹. Bireyler, kronik hastalığa yakalanacak düzeyde uzun yaşamaktadır. Kronik hastalıkların yaygınlığındaki artış da, maliyetleri doğrudan etkilemektedir.

ii) **Artan Beklentiler:** Ekonomik sosyal ve siyasi gelişmeye bağlı olarak, sağlık hizmetleri talebi artış göstermektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetleri talebi çoğu zaman milli gelir artışından daha hızlı artmaktadır. Küreselleşme ise bu durumu desteklemektedir. İnternet ve medya gibi unsurların bireyleri sağlık alanında daha bilgili hale getirmesinin yanı sıra sürekli olarak tüketimde bulunma isteği, sağlık hizmetlerini hem miktar hem de kalite olarak etkilemektedir. Bireysel beklentiler, en yeni teknoloji ile birlikte en iyi hizmeti gerektirmekte ve hükümetleri baskı altına almaktadır.

iii) **Kamunun Ödeme Kapasitesinin Sınırlı Olması:** Devlet bütçesi içinde sağlığa ayrılan payın kısıtlı olması ile birlikte hizmet maliyetlerinin artması ve hizmet talebindeki artışla birlikte, sağlık harcamalarının kısılması gündeme gelmiştir. Artan sosyal güvenlik açıklarının hazine tarafından finanse edilmesinin IMF ile yapılan stand-by anlaşmalarıyla sınırlandırılması ise, devlet bütçesinde sağlığa ayrılan payın azalmasına neden olmuştur. Diğer yandan yaşanan ekonomik krizler, sosyal harcamalardaki kısıntıyı da beraberinde getirmiştir.

³⁹ Bir ülkede 65 yaş üzeri nüfusun, toplam nüfusa oranının %8-%10 aralığını aşması durumunda, o ülke yaşlı olarak nitelendirilebilir (Gavrilov ve Heuveline, 2003). 2012 yılında Türkiye’de %7 olan bu oranın, 2025 yılında %9,8 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2012).

iv) Geleneksel Fikirler Hakkında Şüphecilik: 1980'lerden itibaren yüksek sesle dile getirilen piyasa yanlısı görüş, kamu kesimine karşı yaygın bir şüphecilik ortaya çıkarmıştır. Kamu kesiminin verimsiz olduğu ve bu nedenle hizmetlerin yoğun bir şekilde piyasa aktörleri tarafından sunulması düşüncesi, sağlıkta reform çalışmalarına yön vermektedir. Bütçe uygulama sonuçlarının yeteri düzeyde denetlenememesi, bütçe hakkının sahibi olan halkın bu harcamalara karşı yönetsel bir kaygı duymasına neden olmuş ve bu bağlamda kamu yönetiminin sorgulanmasına yol açmıştır.

Söz konusu unsurlar, sağlık endüstrisinde reform çalışmalarını hızlandırmış ve hükümetlerin bu yönde politika geliştirmeleri üzerinde baskı oluşturmuştur. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde kamu ile piyasanın rolleri değişime uğrayarak yeniden tanımlanmıştır. Piyasanın etkinliğine olan inanç, sağlık reformuna ışık tutmuş, onu şekillendirmiş ve politika önerileri bu çerçevede gelişmiştir. Bu bağlamda neoliberal politikalar çerçevesinde iki temel reform ekolü bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, 1970'li yıllardan itibaren uygulanan maliyetleri azaltmaya yönelik reformlar, ikincisi ise 1990'lı yıllardan bugüne uygulanan ve piyasa tarzı mekanizmalar yardımıyla sağlık hizmetleri sistemini yeniden yapılandırma politikalarıdır (Lister, 2008). Sağlık hizmetlerinde uygulanan yapısal ve idari reformlar, kar amacındaki kapitalist sistemin küresel pazara uygun ve fiyat bakımından karşılanabilir sağlık hizmetleri sunma konusundaki sürekli başarısızlığına bir çare bulma girişimleri olarak nitelendirilebilir. Diğer yandan söz konusu pazar ise

“İstek”ten çok “gereksinim” tarafından yönlendirilen ve sayısal olarak, bu hizmetlere kar getiren bir ücret ödeyemeyecek kadar yoksulların ağırlıklı olduğu bir pazardır (Drache ve Sullivan, 1999).

Tablo 6: Zengin ve Yoksul Ülkelerde Sağlık Sektörü Reformları

Yüksek Gelirli Ülkeler	Gelişmekte Olan Ülkeler
Maliyetleri Sınırlandırmaya/Vergileri Azaltmaya Yönelik Reformlar (Piyasa Tarafından Yönlendirilen)	Maliyetleri Sınırlandırmaya Yönelik Reformlar (Piyasa tarafından yönlendirilen/DB ve IMF tarafından yönlendirilen kemer sıkma politikaları)
1. Nakit Sınırları (Toplam Bütçeler)	1. Nakit Sınırları (Bütün Bütçeler) DSÖ/DB tarafından kişi başına yılda 12 dolarlık harcamadan oluşan “temel paket” için baskı uygulaması
2. Rasyonelleştirme (Uzmanlıkların yoğunlaşması, ürünün artırılması)	2. Rasyonelleştirme (Kamu hastaneleri hizmetlerinin azaltılması)
3. Bakım hizmetlerinin sınırlandırılması	3. Hizmetlerin sınırlandırılması
4. İlaç maliyetlerinin düzenlenmesi	4. İlaç maliyetlerinin düzenlenmesi
5. Yeni hizmet modelleri (Hastaneler yerine birinci basamak sağlık hizmeti)	5. Kullanıcı ücretleri (user fee)
İdeolojik Yönelimli Reformlar (Piyasa Tarzı, Neoliberal ve Üçüncü Yol politikaları piyasa güçlerine ve mekanizmalarına bağımlılığın artması)	İdeolojik Yönelimli Reformlar (Piyasa Tarzı, DB, USAID’in etkisi altında ve fon alan araştırmacılar tarafından piyasa güçleri ve mekanizmalarına neoliberal tarzda odaklanmanın teşvik edilmesi)
Yeni Kamu Yönetimi	Yeni Kamu Yönetimi Tarzı Reformlar
• Adem-i Merkezileşme • Satın Alıcı/Sunucu Sözleşmeleri • Hastane Özerkliği ve Girişimcilik • Sunucu Ödemeleri Reformu (Paranın hastadan sonra gelmesi) • Özel hizmet sunucularından Hizmet Alımı • Rekabet • Özelleştirme-Özel Hizmet Sunucularının Genişleyen Rolü • Kullanıcı Ücretleri/ Katkı Payları • Özel Sağlık Sigortasının Genişletilmesi • Tıp Profesyonellerinin Denetimi • Hasta Tercihi ve Tüketimcilik • Özel Finans Girişimi (Kamu-Özel Ortaklığı) • Hizmet Yönetimi • Tıbbi Tasarruf Hesapları	• Adem-i Merkezileşme • Satın Alıcı/Sunucu Sözleşmeleri • Hastane Özerkliği ve Girişimcilik • Sunucu Ödemeleri Reformu (Paranın hastadan sonra gelmesi) • Özel hizmet sunucularından Hizmet Alımı • Rekabet • Özelleştirme-Özel Hizmet Sunucularının Genişleyen Rolü • Kullanıcı Ücretleri/ Katkı Payları • Özel Sağlık Sigortasının Genişletilmesi • Tıp Profesyonellerinin Denetimi • Özel Finans Girişimi (Kamu-Özel Ortaklığı)

Kaynak: Lister, 2008: 98.

Tablo 6, dünyada pek çok ülke tarafından uygulanmakta olan sağlık hizmetleri reformuna yönelik iki farklı tip “reform” çalışmasını ortaya

koymaktadır. Bunlardan ilki, piyasa benzeri mekanizmaları oluşturmak, genişletmek ve yönetmek amacıyla, önceden planlanan, merkezileştirilen ve düzenlenen sağlık hizmeti sistemlerini yeniden yapılandırmayı hedefleyen “piyasa tarzı” reformlarıdır. “Piyasa tarafından yönlendirilen” politikalar etrafında sınıflandırılan diğer reformlar ise yalnızca maliyeti azaltmayı veya önlemeyi hedeflemektedir (Lister, 2008: 22). Bu bağlamda Preker ve Harding, sağlık hizmetlerine uygulanan “yeni kamu yönetimi” politikalarını “*piyasalaştırma reformları*” olarak değerlendirmektedir (2003: 2).

Neoliberal politikaların 1980’lerin sonlarına doğru yoğun biçimde uygulanması, kendisini sağlık hizmetlerinde de göstermiştir. Birçok ülke sağlık sistemlerindeki yapıyı yeniden inceleme yoluna gitmiş ve kamu kesiminin sağlık endüstrisindeki rolünü tartışmaya başlamıştır. Söz konusu tartışmaların odak noktası ise sağlık sektöründe kamu kesimi varlığının sınırlandırılması üzerine olmuştur. Bu bağlamda bazı kamusal faaliyetler yerel yönetimlere doğru kaydırılmış ve merkezden uzaklaştırılmış, bazıları da özel sektör yönetimine ve özel mülkiyete bırakılmıştır. Bununla birlikte piyasa merkezli mekanizmaların sağlık sektöründe uygulamaya konulmasının, kuramsal çelişkiler taşıdığı ileri sürülebilir. Teorik olarak sağlık hizmetinin kamusal özelliklerinin yaygın olması, sistemin finansmanı ve sunumunda *ulusal kapsayıcılığı* zorunlu kılmaktadır. Piyasanın “*her hizmet bir maldır ve serbest piyasada satış için uygundur*” varsayımına dayanmasının yanı sıra, doğal yapısı gereği gerçek fiyatlarla işlemek istemesi, sağlık sektöründeki gerçek fiyatları yükseltecektir. Sonuç olarak bu durumun, sağlık sektöründeki

kamusal ögelere zarar vereceği düşünülebilir (Saltman ve Figueras, 1998: 39-41).

2.3. Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Sınırlama

Sağlık harcamalarındaki artış sonucu, harcamaların kamu bütçeleri içinde meydana getirdiği baskının artması, kaynak tahsisi üzerinde yeni kamu politikalarının geliştirilmesine neden olmaktadır. Esas itibariyle birbiriyle ilişkili iki temel seçenek bulunmaktadır. Bunlardan ilki, mevcut kamu harcamaları kompozisyonunu sağlık harcamaları lehine değiştirerek veya vergi ve sosyal sigorta gibi katkıları artırarak ek kaynak oluşturmaktır⁴⁰. Sağlık harcamalarının GSYİH'daki büyümeye bağlı olarak artırılması ya da benzer gelir düzeyine sahip ülkelerin sağlığa ayırdığı kaynak seviyesine göre kıyaslama yaparak, sağlık hizmetlerinin fonlanması sağlanabilir. İkincisi ise, arz ve talebi etkileyen reform politikaları yoluyla sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasıdır. Maliyetlerin sınırlandırılması, sağlık harcamalarının belirlenen sınırlar dahilinde gerçekleşmesiyle sağlanabilmektedir. Bu bağlamda, maliyet sınırlaması harcamaları kontrol altına almayı amaçlamakta, harcamaların düşmesi gerekmemektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 79, Rubin ve Mendelson, 1996: 56).

— “...kullanıcı ücretleri ve kendini finanse eden sağlık sigortaları sadece para kazanma yolu olarak görülmemeli, aynı zamanda ulusal sağlık sistemlerindeki verimliliği, hakkaniyeti, sürdürülebilirliği ve özel sektör katılımını arttırmanın bir aracı olarak değerlendirilmelidir” (Shaw, 1995: Önsöz).

Sağlık piyasası kurumsal olarak, sağlık hizmeti ihtiyacı nedeniyle oluşan talep ile bu hizmeti sunan arz biçiminde ikiye ayrılmaktadır. Bu nedenle, sağlık piyasasında maliyetlerin sınırlandırılması, iki farklı alternatifi ortaya çıkarmaktadır. Bunlar;

- a. Hastaların katılım payı veya benzer isimlerle daha fazla ödeme yaptığı talep yanlı maliyet paylaşımı ile,
- b. Sağlık hizmetleri çalışanlarının dürtülerini değiştiren arz yanlı maliyet paylaşımıdır (Ellis ve McGuire, 1993: 135).

Bu bağlamda sağlık harcamalarındaki artışın kontrol altına alınması amacıyla uygulanacak politikalar, bu iki yaklaşım çerçevesinde incelenmektedir.

2.3.1. Talep Odaklı Maliyet Sınırlama

Sağlık hizmetlerine olan talebi kontrol altına almaya yarayan temel aracın maliyet paylaşımı olmasıyla birlikte, bunun dışında kullanılan farklı yöntemler de bulunmaktadır. Söz konusu yöntemler aracılığıyla kamu kesimi tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine olan talebin kısılması amaçlanmaktadır. Bunlardan birincisi, gelir düzeyi yüksek kesimlere yönelik *katılmamayı seçme hakkıdır*. Zorunlu sosyal güvenlik kapsamına girmeme seçeneğiyle sisteme girmek istemeyenler, kendilerine özel sağlık sigortası satın alabilmekte veya sigortasız kalmayı seçebilmektedir. Diğer yandan bu kesimin sigorta kapsamında kalması, sigorta sisteminin gelirlerini azaltmakla birlikte sosyal dayanışmayı da olumsuz yönde etkilemektedir. İkinci yöntem ise sigorta hakkını kullanmamaktır. Bu durumda kamu kesiminin sunduğu sağlık

hizmetlerinden yararlanma imkanının sınırlanmasıyla birlikte, sosyal sigorta kurumuna ödenen primin miktarı da azalmaktadır. Yıl boyunca normal sağlık kontrolleri dışında sağlık hizmetinden yararlanmayan bireylerin, sağlık sigortasına bir aylık prim tutarında sigorta hakkını kullanmama ikramiyesi için hak kazanması, bu uygulamaya örnek olarak gösterilebilir. Bununla birlikte, devlet bütçesi veya sosyal güvenlik kuruluşları aracılığıyla finanse edilen bazı sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik teminat paketinden çıkarılması, sağlık hizmetleri kullanımının uzun bekleme süreleri ile zorlaştırılması ve sağlık harcamalarının bir bölümünün hane halkı tarafından cepten yapılmaya zorlanması gibi yollarla, sağlık harcamalarının bir kısmının talep edenlere yüklenmesi amaçlanmaktadır. Sonuç olarak kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerine olan talep azalacaktır (Saltman ve Figueras, 1998: 80-81). Bu durum Knowles ve diğerleri (1997) tarafından aşağıdaki gibi özetlenmektedir.

“...verimlilik kapsamında, tüm kamu hizmetleri ücretlendirilmelidir. Ücretler, bir hizmetin üretilmesi için gerekli olan marjinal sosyal maliyete ya da birim maliyetine eşit olmalıdır. Bu durumda, kullanıcılara maliyet temelli ücretler yüklemek, aşırı sağlık hizmeti kullanımını engellemesi nedeniyle, sağlık hizmetlerinin verimli tüketiminin teşvik edilmesi anlamına gelmektedir” (Knowles vd., 1997: 32).

2.3.1.1. Maliyet Paylaşımı

Sağlık endüstrisinde karşı karşıya kalınan finansal baskı hükümetlerin yanı sıra sigorta kuruluşlarını da, sağlık sigortasının kapsamı üzerinde maliyet paylaşım uygulamasını hayata geçirmeye zorlamaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde maliyet paylaşımı, *“sağlık hizmetleri sunumunda tüketicinin*

cepten harcama yapmaya maruz kalması” olarak tanımlanmaktadır (Rubin ve Mendelson, 1996: 57). Cepten yapılan sağlık harcaması ise (out-of-pocket payments, OPPs) *“tüketici tarafından, formal veya enformal yollarla katlanılan, tüm dolaysız maliyetlere ilişkin ödemeler”* olarak ifade edilmektedir. Ayni veya nakdi olarak gerçekleşen ödemeler, yasal katkı payları ve enformal ödemeler, cepten harcamalara örnek olarak gösterilebilir. (Mossialos ve Dixon, 2002: 22; Belli vd., 2004: 122; OECD, 2011: 134). Söz konusu tanım kapsamında tüketicinin yüz yüze olduğu maliyetler, dolaylı ve dolaysız maliyet paylaşımı olmak üzere iki farklı maliyeti kapsamakla birlikte, sağlık hizmeti kullanımı ile doğrudan ilişkili olmaması nedeniyle ödenen sigorta primlerini içermemektedir. Doğrudan ve dolaylı maliyet paylaşımında kullanılan araçlar ise farklı yöntemlerle uygulanmaktadır (Mendelson ve Arnold, 1992: 9; Saltman ve Figueras, 1998: 85-90; Robinson, 2002: 161; Ruger ve Kim, 2007; OECD, 2000: 155).

1990’ların başından itibaren başta Avrupa ve Eski Sovyet Ülkeleri olmak üzere yaygın bir şekilde görülen kamu gelirlerindeki azalış, insan kaynağı, yatak sayısı ve binalarıyla devasa bir arz düzeyine sahip sağlık sektörünü olumsuz yönde etkilemiştir. Bu bağlamda bazı ülkeler ilaç ve tıbbi malzeme gibi sağlık harcamalarında kesintiye gitmeyi tercih etmiş, bazıları ise özellikle ilaç gibi bazı unsurların maliyetini hastaya yansıtma yolunu seçmiştir. Bu bağlamda Romanya ve Macaristan gibi geçiş ekonomilerinde söz konusu dönemde cepten harcamaların düzeyi sırasıyla % 25 ve %20 olarak tahmin edilmiştir (WB, 1993).

Tüketicilerin bazı sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta kapsamında yer almaması ya da hizmete erişimin kısıtlı olması gibi nedenlerle (arz yetersizliği veya uzun bekleme süreleri) sağlık hizmetinin maliyetine katlanması, doğrudan ödemelerin kaynağı olarak gösterilmektedir. Diğer yandan söz konusu ödemeler dış sağlığı, sigorta kapsamında yer almayan ilaç, özel hekim muayeneleri veya hastanelerde özel muayeneler ile laboratuvarlar ve klinikler gibi yoğun olarak özel sektör tarafından sunulan hizmetlerde görülmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 22). Bununla birlikte tüketicinin doğrudan, sağlık hizmet sunucusuna yaptığı ödemenin, cepten harcama olarak değerlendirilebilmesi için, söz konusu ödemeyi üçüncü taraflardan geri ödeme sistemleriyle tahsil etmemesi gerekmektedir (Özgen vd., 2010: 3). Doğrudan maliyet paylaşımına ilişkin olarak kullanılan araçlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Rubin ve Mendelson, 1996: 57).

- a. *Katkı Payı (Co-Payment/User Fee)*: Kullanılan her bir sağlık hizmet için hastanın ödemek zorunda olduğu miktardır. Hastanın her bir muayene için 3 \$ veya her bir reçete için 1 \$ ödemesi katkı payına örnektir.
- b. *Sigortalı Payı (Co-Insurance)*: Hastanın, kullandığı sağlık hizmetinin toplam tutarının belirli bir yüzdesini ödemesidir. Örneğin, hastanede yatarak alınan tedavinin toplam bedelinin %10'unu hastanın ödemesidir.
- c. *Ön Ödeme (Deductible)*: Sigorta kapsamına dahil ödemelerin, teminat kapsamıyla başlayabilmesi için hastanın önceden ödemesi gereken tutardır. Hastanede alınacak tedavinin ilk 200 \$'ını hastanın ödemesi buna örnek olarak gösterilebilir.

- d. *Yaşam Boyu Teminat Tavanı (Maximum Lifetime Benefit)*: Hastanın yaşamı boyunca yararlanabileceği sağlık hizmetlerinin tavanını göstermektedir. Dolayısıyla bu miktarın üzerindeki sağlık harcamalarının tamamı, hastanın kendisi tarafından finanse edilmektedir. Sigortacı kuruluş tarafından bir yıl içinde geri ödenen harcamaların tutarının 100.000 \$'ı aşması durumunda, aşan kısmın veya 1.000.000 \$'ı aşması durumunda ise hastanın tüm yaşamı boyunca yapacağı harcamaları hastanın ödemesi buna örnek olarak gösterilebilir.
- e. *Ekstra Faturalandırma (Balance Billing)*: Hizmet sunucuların talep ettiği miktarın, sigortacı kuruluş tarafından tam olarak karşılanmaması nedeniyle, sigortacının ödediği tutarın üzerinde kalan kısmın, hasta tarafından ödenmesidir. Örneğin, muayene bedeli olarak sigortacının 50 \$ ödemesi ve muayene bedelinin 80 \$ olması durumunda aradaki 30 \$'lık farkın, hasta tarafından ödenmesidir.

Doğrudan maliyet paylaşımının önemli bir kaynağını da enformal ödemeler oluşturmaktadır. Bu ödemelerin doğaları gereği enformal olmaları, sağlık sisteminde şeffaf bir biçimde görülmelerini engellemekte ve büyük oranda kayıt dışı olarak gerçekleşmektedir (Robinson, 2002: 162). İnfomal ödemeler *“Hastaların, yasal ödemenin dışında doğrudan, bireysel veya kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yaptıkları aynı ve nakdi ödemeler ile her türlü katkı ve hediyeler”* (Belli vd., 2004: 122) biçiminde tanımlanmakla birlikte literatürde masa altından ödemeler (under-the-table payments), tezgah altından ödemeler (under-the-counter payments), resmi olmayan ödemeler (unofficial

payments), minnettarlık ödemeleri (gratitude payments) ve zarf ödemeleri (envelope payments) gibi isimlerle de anılmaktadır (Lewis, 2002: 184, Özgen vd., 2010: 7). Formel ödemelerin aksine enformal ödemeler doğrudan bireysel hizmet tedarikçilerine gitmekte böylece bireyleri sağlık sisteminden daha fazla koruyan bir yapıya dönüşmektedir. Diğer yandan enformal ödemeler, bir yolsuzluk (corruption) olarak algılandığından kamu kesiminin güvenilirliğini zedelemektedir (Lewis, 2002: 184-186). Bu bağlamda hastaya, sağlık hizmetine ilişkin yasal katkı payı oranı veya fiyatı ile ilgili bilgi verilmeden yapılan işlemler enformal olarak değerlendirilmektedir (Belli vd., 2004: 122). İnformal ödemelerin nedenleri, aşağıdaki gibi sıralanabilir (Mossialos ve Dixon, 2002: 24, Belli vd., 2004: 116).

a. *Kamu Kesimindeki Finansal Kaynak Yetersizliği:* 1990'larda yaşanan kamu gelirlerindeki azalış, sağlık hizmetleri finansmanını sürdürülemez bir duruma getirmiştir. Hizmet sunucuları, hizmetin devamı için hastalardan ekstra ödeme uygulamalar geliştirmiştir. Bu durumda hastalar, basit ağrı kesici veya tedavileri, ödeme yapmadan elde edememektedir (Lewis, 2002: 186).

b. *Özel Sektör Hizmet Sunumundaki Yetersizlik:* Özel sektör hizmet sunucularının tam olarak gelişmemesi nedeniyle, kamu kesiminde çalışan hekimlerin yarı zamanlı olarak özel sektörde çalışması veya hekimlerin hastalarını kendi özel muayenehanelerine yönlendirmeleri veya kamu kesiminde sunulan özel muayene hizmetleri, enformal ödemeye neden olabilmektedir. Bununla birlikte, daha iyi sağlık hizmeti almak için ödeme yapmaya gönüllü olmak veya uzun bekleme süresini ortadan kaldırmak,

talep yanlı ortaya çıkan cepten harcama nedenleri olarak gösterilebilmektedir.

c. *Hizmet Sunucuları Üzerindeki Tüketici Baskısı*: Sağlık hizmet sunumunda, sigorta kuruluşları türünde üçüncü taraf ödeyicilerin bulunmaması, yapılan tetkik ve tedavilerde hizmet sunucusunu hastaya karşı sorumlu yapmaktadır. Bu durum enformal ödemelerin düzeyini etkileyen önemli bir faktördür.

d. *Kültürel Gelenekler*: Bazı ülkelerde (Sovyet Ülkeleri ile Güney ve Orta Avrupa gibi), enformal ödemelere yönelik yaygın bir gelenek bulunabilmektedir. Diğer yandan söz konusu gelenek, ülkelerin bu ödemeleri önleme çalışmalarına rağmen devam edebilmektedir.

e. *Minnettarlık*: İnformal ödemeler, hizmet sunucusuna ve özellikle de hekime, sunduğu hizmete yönelik olarak duyulan minnettarlık nedeniyle de ortaya çıkabilmektedir. Nakit ödeme isteği bazen hastaları mahçup edebildiğinden, çikolata veya çiçek benzeri hediyeler minnettarlığın ifadesi olarak sunulabilmektedir. Bu bağlamda söz konusu ödemeler, hekime teşekkür etmek adına oluşan bir alışkanlıktır. Ücretsiz sunulan sağlık hizmetlerinde dahi, hastaların ödeme yapması “*ödeme yapmamak beni rahatsız ediyor*” ifadesiyle, oluşan alışkanlığı vurgulamaktadır (Belli vd., 2004, 113; Lewis, 2002: 185).

f. *Güven Eksikliği*: İnformal ödemelerin en yaygın nedeni, yerel ve merkezi yönetime duyulan güvensizliktir. Gürcistan örneğinde görüldüğü gibi, yönetimler tarafından bireysel tasarrufların 1990’ların ortalarında çeşitli

yollarla ortadan kaybolması sonucu oluşan güvensizlik, kendisini sağlık hizmetleri ve sigortacılığında göstermektedir. Bu bağlamda daha uygun sağlık hizmeti alma düşüncesi, hastaları sağlık hizmetini doğrudan piyasa mekanizma yoluyla elde etmeye yönlendirmektedir (Belli vd., 2004, 117).

g. Sağlık Personelinin Yetersiz Geliri: Sağlık hizmetleri sunumunda ülkelerin geri ödeme mekanizmalarını girdi odaklı ödemededen, vaka başına ödemeye çevirmesiyle birlikte özellikle 1990'ların başında yaşanan sağlık sistemlerindeki çökme, sağlık hizmet sunucularının gelirlerini azaltmıştır. Diğer yandan söz konusu hizmet sunucularının, sağlık personelleriyle çıktı odaklı sözleşme yapmaları, toplam geliri artıracak yönde tetkik ve tedavi girişimlerine neden olmaktadır. Sonuç olarak hekim maaşları oldukça düşük seyrettiğinden bu durum, hesap verme sorumluluğunun bulunmamasıyla birlikte hekimleri enformal gelir elde etmeye yöneltmektedir Bununla birlikte ücretlerin, ulusal gelir ortalamasına yakın bir düzeyde seyrettiği ek Cumhuriyeti ve Slovenya'da ise bu tür ödemelere nadiren rastlandığı belirtilmektedir (Lewis, 2002: 185-186). Polonya' da ise yalnızca birinci basamak sağlık hizmetlerinde ücretlerin yüksek olması nedeniyle ekstra ödeme bulunmazken, diğer basamaklarda yoğun bir şekilde görülmüştür (Chawla vd., 1999).

Talep odaklı maliyet paylaşımı olan, dolaylı maliyet paylaşımında ise hasta her ne kadar doğrudan bir ödemeye maruz kalmasa da, uygulanan araçlar sonuç itibariyle cepten harcamaya neden olmaktadır. Bununla birlikte ulusal

sağlık harcamaları hesapları, harcamaları doğrudan ya da dolaylı olarak ayırmamaktadır. Ayrıca hastaların doğrudan maliyet paylaşımlarından korunmak için yaptıracakları eksta sigortalar yoluyla, bunları üçüncü taraflara (third-party payments) ödettirmesi ise söz konusu hesapları karmaşık bir yapıya sokmaktadır (Robinson, 2002: 162). Bu bağlamda dolaylı maliyet paylaşımına ilişkin unsurlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (Rubin ve Mendelson, 1996: 57; Saltman ve Figueras, 1998: 85-90)

a. Kapsam Dışında Bırakma (Coverage Exclusion): Bazı sağlık hizmetlerinin, sigorta kapsamı dışında bırakılmaları yoluyla, hastaların tüm harcamalardan veya sigorta kapsamının üzerindeki harcamalardan sorumlu olmasıdır. Buna göre ulusal formüllerde bulunmayan ilaçlar veya tedavi değerleri sorgulanabilir ilaçlar ya da hastanelerin birinci basamak sağlık hizmet sunucularına giderek sevk zincirine uymak yerine, acil hizmet gerektirmeyen durumlarda hastanelerin acil servislerinin kullanılması durumunda, hastanın sigorta kapsamı dışında bırakılması örnek uygulamalardır.

b. İlaçlara Yönelik Referans Fiyatlandırma (Pharmaceutical-Specific Benefit Designs): Sigortacı kuruluş tarafından tedaviye yönelik etkinliği karşılaştırılabilir ilaçlar için hazırlanan ve her bir ilaç için belirlenen farklı geri ödeme yöntemleriyle, ilaç harcamalarının bir kısmının hastaya yüklenmesidir. Örneğin, muadil ilaç uygulamasıyla hastanın sigortacının ödediğini değil daha pahalı olan ilacı tercih etmesi durumunda, referans ilaç ile aradaki fark hasta tarafından ödenmektedir.

c. *Hizmet Kullanım Düzeyi (Utilization Review)*: Bu mekanizmayla, hastanın geçmiş ve gelecekteki muhtemel sağlık hizmeti kullanımı analiz edilerek sigortacı kuruluşun gereksiz tetkik ve tedavi ödemelerinin önüne geçilmektedir. Bu yolla belirlenen ödemeler, hastaya yansıtılmaktadır. Sonuç olarak hasta, sağlık hizmetinden elde edeceği faydayı değerlendirecek ve yararlı olan hizmetleri tercih edecektir. Bu bağlamda, hizmet ile ilgili verilecek karar, fiyat esnekliği nedeniyle fiyatın bir fonksiyonu olacaktır.

2.3.1.2. Maliyet Paylaşımının Etkileri

Maliyet paylaşımının, verimlilik ve maliyet sınırlaması üzerinde etkin bir araç olup olmadığı konusunda literatürde genel kabul görmüş bir kanı olmamakla birlikte, düşük gelir gruplarına yönelik sübvansiyon önlemlerinin bulunmadığı bir sağlık sisteminde maliyet paylaşımının, hizmetin finansmanı ve hizmete erişim açısından hakkaniyeti sağlamayacağına ilişkin yaygın bir görüş bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002: 23; Robinson, 2002: 174; Wagstaff vd., 1989). Diğer yandan sağlık sisteminin etkin bir şekilde işlemediği ülkelerde ise, maliyet paylaşımı talep yönetiminden çok, inelastik fiyat esnekliğinin varlığında ek gelir sağlamaya yönelik olabilmektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 85-90, Robinson, 2002: 161-163). Temel hedef, hastanın maliyet paylaşımı yoluyla sağlık harcamaları üzerinde bilgi sahibi olarak talep edilen hizmet miktarında sorumluluk almasını sağlamaktır (Rubin ve Mendelson, 1996: 57).

Maliyet paylaşımının sağlık hizmetlerine olan talebi azaltmak ve ek gelir sağlamak gibi iki farklı hedefinin bulunduğuna yönelik tartişmalar ise, esas itibariyle talebin fiyat esnekliğine yönelik farklı varsayımlara dayanmaktadır. Teorik olarak talebin azaltılmasına ilişkin birinci hedefin geręekleřmesi durumunda, ek gelir sağlamaya yönelik ikinci hedefin başarısız olacağı dūřünülebilir. Bu bağlamda artan kullanıcı ödemelerinin, sağlık hizmetleri kullanımını azaltacağı varsayımıyla, toplam gelirlerin artması mümkün olmayacaktır. Talebin inelastik olması nedeniyle toplam gelirlerin artacağı dūřüncesi ise, yine talebin bu özelliği sonucu yüksek kullanıcı ödemelerinin sağlık hizmetleri talebini yeteri düzeyde azaltamayacağı için tartişmalıdır (Kutzin, 1998).

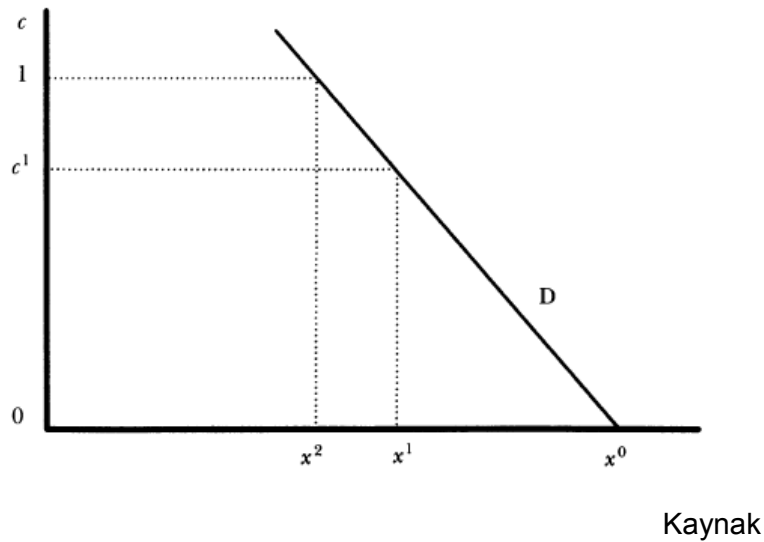
2.3.1.2.1. Maliyet Paylaşımı ve Etkinlik

Sağlık ekonomisine yönelik kuramsal tartişmalar, maliyet paylaşımı araçlarının bulunmadığı bir sağlık sisteminde talebin, ahlaki tehlike sorunu ile aşırı düzeyde büyüdüğü ile ilişkilidir. Arrow'un (1963) ifade ettiği üzere, hasta ve hekim arasındaki ilişki bilgi, güven ve profesyonelliğe dayandığından, hasta hizmet sunucusuna güvenerek, tedavi kararlarını almasına ve talebi açıkça etkilemesine izin vermektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinde bireysel talebi tartişmalı bir hale getirmekte ve yapay talebe neden olmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 137; Kim vd., 2005: 297; DB, 2008: 4). Bu bağlamda maliyet paylaşımı, sağlık hizmetleri kullanımını azaltmakta fakat maliyetleri düşürmemektedir. Bunun nedeni olarak maliyetlerin arza dayalı faktörler

tarafından belirlenmesine karşın maliyet paylaşımının talebe dayalı bir dizi politika ile kurgulanması gösterilebilir. Diğer yandan GSYİH'nın bir oranı olarak sağlık harcamaları, hekime başvuru ve hastanede yatış süresi gibi verilerin, sağlık hizmetleri maliyetlerini etkileyen temel faktörler olmadığı düşünülmektedir. Söz konusu temel faktör sağlık hizmetlerinin yoğunluğudur. Hizmet sunucularının talepteki azalışı, hizmet hacmi ve yoğunluğunda meydana getirecekleri yapay taleple telafi edebilme yetenekleri, maliyetlerin ve genel harcama miktarının düşmesini engellemektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 98; DB, 2008: 4). Bu bağlamda maliyet paylaşımının sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkinliği, teoride yaygın olarak tartışılmaktadır.

Şekil 6: Kalça Protezinde Talep Yanlı Maliyet Paylaşımının Talep Üzerindeki Etkisi

Maliyet Paylaşımı

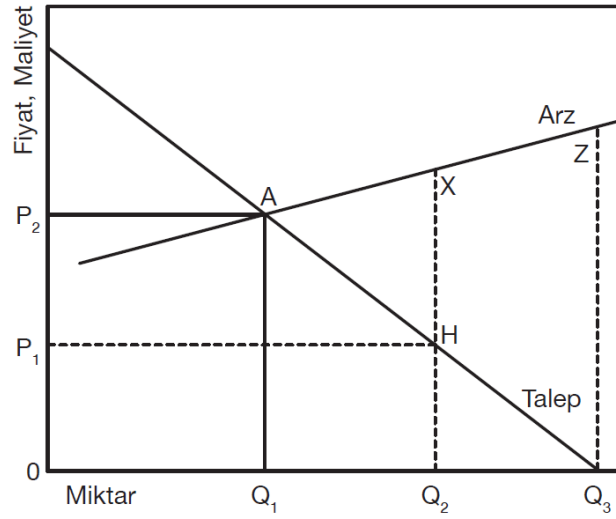


Şekil 6, kalça protezine olan talep eğrisini göstermektedir. Dikey ekseninde maliyet paylaşımına bağlı olarak tüketici tarafından ödenecek fiyat (c), yatay ekseninde ise bu işleme bağlı olarak katlanılan maliyet verilmektedir. Bu

durumda tüketicinin (hastanın) tam kapsamlı bir sigortaya sahip olduğu durumda, tüketici cebinden hiçbir maliyete katlanmayacak ve bu nedenle talep miktarı x_0 olacaktır. Bununla birlikte tüketicinin hizmet sunumu ile ilgili tam bilgiye sahip olduğu ve kendi faydasını maksimize edecek hizmet miktarını seçebildiği durumda, standart talep teorisi çerçevesinde talep miktarı x_2 'de gerçekleşecektir. Bu miktar aynı zamanda, tüketicinin tam bilgi nedeniyle, tüketimin sosyal maliyetine de katlanacağı bir düzeydir. Diğer yandan, sektörde uygulanacak bir talep yanlı maliyet paylaşımının, talep edilen miktar düzeyini etkileyeceği düşünülebilir. Keyfi olarak, hizmet sunumu sosyal optimumunun x_1 düzeyinde tanımlandığı varsayımıyla, bu miktar düzeyinin (talep eğrisinin ifade ettiği gibi) c_1 düzeyinde maliyet paylaşımına neden olduğu görülmektedir. Kalça protezinin gerekli olması durumunda ise tüketici, c_1x_1 kadar cepten harcama yapacak ve bu durum tüketiciyi finansal risk ile karşı karşıya bırakacaktır (Ellis ve McGuire, 1993: 138).

Teorik olarak aşırı talebi azaltmayı, ahlaki tehlikeyi önlemeyi ve bu yolla sosyal refah kaybını engellemeyi amaçlayan maliyet paylaşımı uygulamasının beklenen sonuçları verebilme yeteneği tartışmalıdır. Birinci bölümde ayrıntılı olarak incelendiği üzere sağlık hizmetleri, pür kamusal mallar ile özel mallar arasında geniş bir alanda, hizmet türüne göre farklılıklar göstermektedir. Bu bağlamda söz konusu analiz, sunulan sağlık hizmetinin pür özel mal olduğu ya da bir diğer deyişle hizmet tüketiminin faydasının yalnızca hizmeti alan kişiyle sınırlı olduğu bir ekonomik mal varsayımına dayanmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerinin büyük bir kesimi, iktisatçılar

tarafından özel mal olarak değerlendirilmektedir. Kanser tedavisi gibi özel faydasının oldukça yüksek olduğu sağlık hizmetlerinde marjinal maliyet fiyatlandırmasının etkin kaynak tahsisini sağlayacağı ileri sürülmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinin, toplumda kimsenin tüketimden dışlanamayacağı tam kamusal mal ve hizmetlere benzediği durumlarda, söz konusu analiz işlememektedir. Hava ve su kirliliğinin kontrolü gibi çevresel müdahalelerin varlığında, kullanıcıların bu hizmetler için ödeme yapmaları mümkün olmayacaktır. Hizmetten toplumun tamamı aynı anda ve eşit fayda elde ederken, toplumdaki hiç kimse bu hizmetin faydasından dışlanamayacak, ilave tüketicinin bu hizmeti tüketmesi mevcut tüketicinin refahını azaltmayacak ve böylece bedava tüketim ortaya çıkacaktır. Diğer yandan sağlık hizmeti, hizmeti tüketen bireyin elde ettiği özel faydanın yanı sıra, topluma yayınlan dışsal faydası nedeniyle karma mal olarak nitelendirilmektedir. Hepatit B türü bulaşıcı hastalıkların tedavisi, yalnızca tedavi edilen kişiyi korumamakta aynı zamanda tedavi olunmaması durumunda bu hastalıktan etkilenebilecek kişileri de korumaktadır. Toplumun elde edeceği sosyal fayda, özel faydayı aştığından, marjinal maliyet fiyatlaması sosyal optimumdan daha düşük bir tüketim düzeyine neden olacaktır (Saltman ve Figueras, 1998: 85-90).



Kaynak: (Saltman ve Figueras, 1998: 85-90).

Neo-klasik ekonomi teorisinde maliyet paylaşımı ile ulaşılmak istenen asıl hedef, kamu ve özel sigorta varlığında talebin sınırlandırılması veya azaltılmasıdır. Şekil maliyet paylaşımının sosyal refah üzerindeki etkisini göstermektedir. Sosyal açıdan optimal tüketim düzeyi, hizmet tüketiminin marjinal faydası ile marjinal maliyetinin eşit olduğu A noktasında ortaya çıkmaktadır. Bu denge noktasında Q_1 hizmet miktarı, P_1 fiyatıyla tüketilmektedir. Sağlık sisteminde tam kapsamlı bir sigorta uygulamasıyla birlikte hizmet tüketimi, hizmetin sosyal maliyetinin sosyal faydasından daha büyük olduğu bir miktar düzeyinde⁴¹ ve sıfır fiyat seviyesinde gerçekleşmektedir. Bu durumda hizmetin marjinal maliyeti, marjinal faydayı

⁴¹ Sağlık hizmetine olan aşırı talep, sigortacıyı ahlaki tehlike yoluyla zarara uğratmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 136; Robinson, 2002: 161; Rubin ve Mendelson, 1996: 57). Bununla birlikte hastaların teorik olarak, kendilerine sağlanan ücretsiz hizmet sunumunda gereksiz tetkik ve tedavilerden yüksek miktarlarda yararlanacağı düşüncesi hayal ürünü olarak değerlendirilmektedir (Lister, 2008: 34). Söz konusu sağlık hizmetinin ücretsiz sunulması durumunda bile talep sınırsız olmaktan uzaktır. Çünkü sağlık hizmetini talep edenler, belirli hastalıklara sahip kişilerdir. Bu bağlamda bireylerin ücretsiz olması nedeniyle, kemoterapi veya açık kalp ameliyatı gibi hizmetleri, ihtiyaçları olmadan tüketiceği düşüncesi gerçeklikten uzaktır (Deber, 2000).

büyük ölçüde aşmaktadır. Bu bağlamda ortaya çıkan toplumsal refah kaybı, AZQ2 alanı ile ifade edilebilir. Söz konusu refah kaybı ise, hizmetlerin tamamen sigorta kapsamında olması durumunda hizmet talebinin, olması gereken optimum düzeyi aşacağı düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda maliyet paylaşımı düşüncesi, sigorta nedeniyle ortaya çıkacağı düşünülen aşırı talebi ve aşırı talep nedeniyle oluşacak refah kaybını önlemeyi amaçlamaktadır. Sağlık piyasasında P3 fiyat düzeyinde uygulanacak bir maliyet paylaşımıyla talep edilen hizmet miktarı Q3 olacak ve sosyal refah kaybı AXH alanına gerileyecektir.

2.3.1.2.2. Maliyet Paylaşımı ve Eşitlik

Sağlık, insanın kabiliyetine (capability) değer katarak onu olumlu yönde etkilediği için, sosyal adalet üzerinde doğrudan etkilidir. Bu bağlamda bireysel gelir, yeme alışkanlığı ve yaşam tarzı gibi farklı unsurların sağlık üzerinde var olan etkileri nedeniyle sağlıkta eşitlik, yalnızca sağlık hizmetlerinin eşit tüketimi olarak algılanmamalıdır (Sen, 2002: 660).

Genel olarak herhangi bir sağlık finansman sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, i. Tüketicileri, sağlık harcamalarının finansal riskinden korumak, ii. Sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik ve iii. Tüketici ve hizmet sunucu arasında adil olmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 138). Bununla birlikte sağlık sisteminde reform düşüncesiyle ortaya atılan maliyet paylaşımı, söz konusu finansman amaçları arasında çatışmaya neden olmaktadır.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan cepten harcama yöntemi, en adaletsiz ve en etkinsiz olanıdır (Wagstaff, 1989; Xu vd., 2003).

Talep yanlı maliyet sınırlama yöntemi olarak maliyet paylaşımının, hizmet sunumunda eşıtliği bozucu sonuçlara yol açtığı kabul edilmektedir. Talep yanlı maliyet paylaşımı şayet sağlık hizmetleri tüketimini azaltmak için kullanılacaksa bu durum, tüketicilere ilave finansal riskler yükleyecektir (Ellis ve McGuire, 1993: 137). Maliyet paylaşımı sonucu ortaya çıkan finansal yükün düşük gelirlilerce taşınması potansiyeli nedeniyle finansmanda, yaşlı, genç ve kronik hastaların sağlık hizmetlerine erişimini azaltarak, bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyetsizliğe neden olabilmektedir (Saltman ve Figueras, 1998: 85-90). Temel mantığı hizmet sunumuna yönelik talebi kırmak olan maliyet paylaşımı, özellikle düşük gelirlielerin hizmet talebini düşürmektedir (Robinson, 2002: 177; Scheiber ve Maeda, 1997). Benzer biçimde söz konusu maliyet paylaşımının işsiz ve evsizlerin sağlığını olumsuz yönde etkilediği de bilinmektedir (Rubin ve Mendelson, 1996). Diğer yandan maliyet paylaşımının bulunmadığı durumlarda dahi, Slovenya, Litvanya, Macaristan ve ek Cumhuriyeti gibi lkelerde, sigorta kapsamı dışında olan sağlık hizmetleri nedeniyle, yüksek miktarda özel sağlık harcamasının varlığı raporlanmıştır. Hizmetlerin bedava sunulması, bireyleri özel harcamalardan korumamaktadır (WB, 2008: 7). Bu bağlamda bireylerin katastrofik⁴² sağlık harcamalarına maruz kaldığı ileri sürülebilir.

⁴² Hanelerin sağlık sistemi finansmanına olan katkılarının, gelirlerinin belirli bir oranını aşması durumunda (rneğin %10) söz konusu harcamalar, *katastrofik* olarak tanımlanmaktadır.

2.3.1.2.3. Maliyet Paylaşımı ve Katastrofik Sağlık Harcaması

Dünyada her yıl milyonlarca insan, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, ödeme güçlerinin zayıf olması nedeniyle finansal sorun yaşamaktadır. Aynı zamanda bu durum, kişilerin çalışamayacak kadar hasta olmaları nedeniyle katastrofiye ve nihayetinde yoksullaşmaya neden olmaktadır. Bununla birlikte söz konusu etki yalnızca düşük gelir gruplarında değil, yüksek gelir gruplarında dahi görülebilmektedir (Xu vd., 2007: 972-973). Berki'ye göre katastrofi (1986: 138) *“Hanelerin alışagelmiş harcamalarını ve yaşam seviyelerini tehlikeye atan harcamalardır... Bu bağlamda finansal katastrofi, cepten yapılan sağlık harcamasının, hane gelirinin belirli bir oranına erişmesi”* biçiminde tanımlanmaktadır. Van Doorslaer ve diğerleri ise katastrofik sağlık harcamalarını (2007: 1169) *“Hanelerin yaşam standartlarını bozan ve genellikle kendi kaynaklarıyla finanse edilen harcamalar”* olarak tanımlamaktadır. Bu durumda katastrofi, hanehalkı refahındaki değişme olarak ifade edilebilir (Naga ve Lamiraud, 2008: 3). Xu ve diğerlerine göre ise (2003: 111), *“Sağlık hizmetlerine erişim, bireyleri gelirlerinin belirli düzeyinde katastrofik harcama yapmaya zorlamakta ve böylece onları yoksulluğa sürüklemektedir”*. Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaşma, sağlık hizmetlerinde görülen cepten harcamalarla yakın ilişkilidir. Whitehead ve diğerleri (2001) bu durumu *“özel ve kamusal sağlık hizmet sunucularına erişim için yapılan cepten harcamalarda meydana gelen artış, haneleri yoksulluğa iterken, yoksulları daha da yoksullaştırmaktadır”* biçiminde ifade etmektedir.

Katastrofik sağlık harcaması, yalnızca sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerinden kaynaklanmamaktadır. Göreli olarak düşük miktartlı bir sağlık harcaması dahi yoksul haneleri gıda, konut ya da eğitim gibi temel nitelikli harcamaları kısmaya zorlayarak katastrofiye neden olabilmektedir (Xu vd., 2007: 973, Xu vd., 2003: 111, Van Doorslaer vd., 2007: 1170). Örneğin 5.000 \$'lık hastane ücreti, hanenin tam kapsamlı bir sağlık sigortasına sahip olması veya yıllık gelirinin 100.000 \$'ı bulması durumunda katastrofiye yol açmazken, söz konusu gelirin yıllık 15.000 \$ olması ve herhangi bir sağlık sigortasının bulunmaması, finansal katastrofiye neden olmaktadır (Berki, 1986: 138-139). Bu bağlamda, belirli bir dönemde hanelerin sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için temel harcamalarını kısması ya da cepten yapılan harcamaların toplam hane harcamaları veya geliri içindeki payının kritik bir eğiğe ulaşması, "katastrofi" olarak ifade edilmektedir (Xu vd., 2003: 111; Naga ve Lamiraud, 2008: 2, Berki, 1986: 138; Russel, 2004; Wagstaff ve Van Doorslaer, 2003; Wyszewianski, 1986: 382; Xu vd., 2007: 973, Doorslaer vd., 2007: 1169; Gotsadze, 2009). Söz konusu ifade, sağlık harcamalarının hanehalkı bütçesi içerisinde geniş bir yer tutmasıyla ilişkilendirilmektedir. Bu yükün mevcut hane tüketiminin kısılması veya borç ve tasarruf yoluyla finanse edilmesi durumunda, haneler katastrofiye uğramaktadır (O'Donnell vd., 2008: 203).

Hane tüketimi içerisindeki payı itibariyle katastrofiye neden olan oranın ne düzeyde olacağı üzerinde literatürde bir uzlaşma bulunmamaktadır (Xu vd., 2003: 111; Naga ve Lamiraud, 2008: 2). Bazı çalışmalar kritik eğik olarak

hane gelirlerinin %5'ini alırken (Berki, 1986), bazıları ise %10 (Waters vd., 2004) ve %20 (Wyszewianski, 1986) değerini referans almışlardır. Bununla birlikte literatürde genellikle sağlık harcamalarının toplam hane harcamaları içindeki payının %10'u, katastrofik sağlık harcaması olarak değerlendirilmektedir. Bunun nedeni, %10 eşiğinin haneleri diğer temel ihtiyaçlarından vazgeçmeye zorlaması, üretken varlıklarını satması, borçlanmaya yöneltmesi ya da yoksullaştırmasıdır (Van Doorslaer vd., 2007: 1170; Russell, 2004: 9). Dünya Bankası yazarları ise farklı bir yöntemle, eşik değer olarak hanelerin ödeme kapasitelerinin %40'ını dikkate almışlardır (Xu vd., 2003, Xu vd., 2007). Buna göre ödeme kapasitesi, *“hanelerin temel ihtiyaçlarını karşılamak için yaptıkları harcamalardan geriye kalan harcamalar”* olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu temel ihtiyaçlar ise literatürde genellikle, gıda harcamaları medyan değerinin %50'si olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte değerlendirme hatasını en aza indirmek amacıyla gıda harcaması, toplam harcamalar içindeki gıda harcamasının %45 ve %55'lik dilimler arasında bulunan hanelerin eşdeğer fert başına gıda harcamasının ortalaması olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda cepten yapılan sağlık harcamalarının ödeme kapasitesinin %40'ını aşması, katastrofi olarak kullanılmaktadır. Hane geliri yerine efektif geliri dikkate alan ödeme kapasitesi, hanelerin borçlanma yeteneklerini göz önünde bulundurmaktadır. Bunun nedeni ise, gelirin konjonktürel şoklara maruz kalırken, tüketimin ise daha dengeli bir seyir izlemesidir (Xu vd., 2007: 973; Xu vd., 2003: 112).

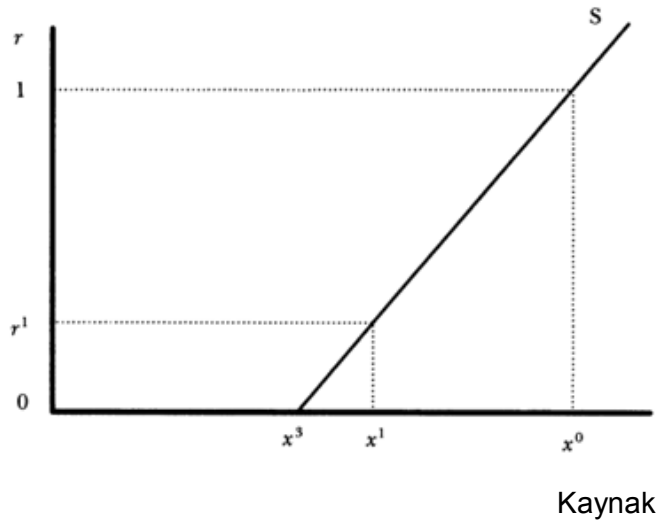
2.3.2. Arz Odaklı Maliyet Sınırlama

Birey tarafından bakıldığında, arzın talebe duyarlı olması, 1960 ve 1970'li yıllarda sağlık hizmetleri finansman yöntemini yansıtmaktadır. Bu dönemde hastane ve doktorlara, hizmetin maliyetine eşit veya üzerinde hizmet başı ödeme yapılmıştır. Hizmet başı ödeme sistemi ise sağlık hizmetleri sunucularını, hastaların talep ettiği düzeyde hizmet sunumu gibi ekonomik dürtüye neden olmaktadır. Diğer yandan talebin de büyük ölçüde hizmet sunucusu tarafından yönlendirildiği bilinmektedir (Ellis ve McGuire, 1993: 138). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde maliyetlerin sınırlandırılması, talep odaklı politikalar yanında arz yanlı politikalar yoluyla da mümkün olabilmektedir. Sağlık hizmet sunucuları için toplam harcama tavanları veya global bütçe gibi toplam bütçelerin hazırlanması, söz konusu politikalardan ilkidir. Hizmet sunumunda önceden belirtilen harcama tavanı, hizmet sunumunda yer alan personeli kontrol ederek, maliyetleri sınırlandırmaktadır. Hastalık teşhisine yönelik oluşturulan global bütçeler yoluyla, tedavinin toplam parasal büyüklüğü belirtilmekte ve bunun üzerine çıkılamamaktadır. Bununla birlikte bütçe sınırlamaları, hastanede yatma süresinin azalmasına neden olmaktadır. Doktorların hizmet üretim miktarının veya hasta yatak sayılarının azaltılması ise, arz odaklı politikaların ikincisidir. Bu bağlamda tıp öğrencilerinin sayısının kontrol altına alınması amacıyla, tıp fakültelerine giriş sınırlandırılmakta, doktorların erken emekliye ayrılmaları teşvik edilmekte veya sınıflar arası geçiş barajı yükseltilebilmektedir. Diğer yandan hastane yataklarının azaltılması ve nispeten daha maliyetli olan yatan hasta tedavisi

yerine daha ucuz olan birinci basamak sağlık hizmetinin teşvik edilmesi de sağlık harcamalarında tasarruf için tercih edilebilmektedir. Sağlık sektöründe yer alan insan kaynaklarının ve hizmet sunumunda kullanılan malzemelerin maliyetlerinin kısılması da, önerilen bir diğer yöntemdir. Bu amaçla daha maliyetli olan tıbbi malzemelerin kullanımı sıkı denetime tabi tutulmakta, belirli vakalara karşı izlenmesi gereken aşamaları belirten tıbbi prosedürler geliştirilmekte, reçete yazma yöntemleri geliştirilmekte ve tıbbi malzemeler arasında daha ucuz olana yönelik ikameye olanak tanınmaktadır. Doktor davranışını kontrol etmeye yönelik ödeme yöntemlerinin geliştirilmesi de, maliyetleri kısıtlayacak bir diğer yaklaşımdır (Saltman ve Figueras, 1998: 81-84).

Şekil 7: Kalça Protezinde Arz Yanlı Maliyet Paylaşımının Talep Üzerindeki Etkisi

Maliyet Paylaşımı



Şekil 7, sağlık hizmet sunuma yönelik arz eğrisini göstermektedir. Arz eğrisi, talep yanlı maliyet paylaşımının olmadığı ve yalnızca arz yanlı maliyet paylaşımının kullanıldığı varsayımıyla çizilmiştir. Buna göre arz eğrisi, arz

yanlı maliyet paylaşımının varlığında, arzın vereceği tepkiyi ifade etmektedir. Dikey ekseninde hizmet sunumunun sigorta şirketince yapılacak geri ödeme fiyatları, yatay ekseninde ise hizmet sonucu katlanılan maliyetler yer almaktadır. X0 düzeyi, daha önce ifade edildiği üzere arz ve talep yanlı maliyet paylaşımının olmadığı ve her iki şekilde de aynı miktar düzeyine denk gelen miktar düzeyini göstermektedir. Herhangi bir geri ödeme sisteminde, geri ödeme oranının sıfır olduğu durumda ($r=0$) arz yanlı maliyet paylaşımı bire eşit olacağından (talep yanlı maliyet paylaşımı bu durumda sıfırdır), hizmet sunumu x3 olarak gerçekleşecektir. Diğer yandan toplum tarafından arzu edilen miktarın x1 olması durumunda, arz yanlı maliyet paylaşımı oranı r1 olacaktır.

Esas itibarıyla talep yanlı maliyet paylaşımı, toplumda düşük gelirli grupların, sağlık hizmetlerine erişimde cesaretlerini kırmaktadır. Bu nedenle arz yanlı maliyet paylaşımı, talep yanlı maliyet paylaşımına göre daha etkindir (Newhouse, 1992: 11). Bunun nedeni ise arz yanlı maliyet paylaşımının, hastalara finansal yük yüklememesidir (Ellis ve McGuire, 1993: 138). Diğer yandan arz yanlı maliyet paylaşımı, sağlık reformunda genellikle ihmal edilen bir öğedir (Ellis ve McGuire, 1993: 136). Sonuç olarak arz ve talep yanlı maliyet paylaşımının birlikte uygulandığı bir sağlık sisteminde, bireylerin sağlık hizmetlerinin finansal risklerinden korunması gibi sosyal hedefler ile hizmet sunumunda etkinlik sağlanmış olacaktır. Bu bağlamda, tüketicilerin finansal risklerden korunmasıyla birlikte ahlaki tehlike sorunu dengelenecek ve birinci en iyi duruma yaklaşılabilecektir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

SAĞLIK REFORMU ve TÜRKİYE

3.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Reformunun Tarihçesi

Türkiye’de sağlık hizmetlerine yönelik reform çalışmaları Cumhuriyetin ilanı ile başlamıştır. Sözü edilen reform çalışmaları ile birlikte sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumunun yanında, adil dağılımı ve sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır. Sağlığın kendi içinde dinamik özellikler taşıması, anılan reform çalışmalarını da etkilemiştir. Bilimsel çalışmalar doğrultusunda ortaya çıkan yeni tedavi yöntemleri, farklı hastalık türlerinin tespiti, hastalıkların sınır ötesi bir boyut kazanması ve yaşam beklentisinin ilerlemesi, sağlık alanındaki reform çalışmalarının süreklilik kazanmasına yol açmıştır. Bununla birlikte 1977 yılındaki Dünya Sağlık Asamblesi’nde dile getirilen ve 1978 yılında Alma Ata Konferansı’nda vurgulanan “21. Yüzyılda Herkese Sağlık” politikası, bütün dünyadaki insanların daha sağlıklı bir yaşam sürdürebilmeleri için hükümetlerin üstlenecekleri rolleri belirtmiştir. Avrupa Birliği tarafından açıklanan “Katılım Ortaklığı Belgesi”nde de benzer hükümlere yer verilmektedir. Bu bağlamda hem ulusal hem de uluslararası unsurlar, reform çalışmalarının temel dayanaklarını oluşturmuştur. Bu bağlamda farklı tarihsel gelişmeler, Türkiye’de sağlıkta reformuna yön veren önemli kırılmalar olarak değerlendirilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, o zamanki adıyla Sıhhat ve İçtima-i Muavenat Vekaleti (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı) Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin

açılmasını takiben 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı Kanun ile kurulmuştur. Böylece Bakanlık, ülke genelindeki tüm sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. Diğer yandan bu dönemin savaş yılları olması nedeniyle, sağlığa yönelik politika geliştirme yerine daha çok savaş yaralarının sarılması üzerinde durulmuştur. Bu durum kendisini İzmir İktisat Kongresinde *“Birçok harpler ve zarurettten dolayı eksilen nüfusumuzun fazlalaşması ile beraber sıhhatlerimizin, hayatlarımızın korunması en birinci emelimizdir”* şeklinde göstermektedir. Nitekim 1921 Anayasasının 11. Maddesinde yer alan *“...Medaris, Maarif, Sıhhiye, İktisat, Ziraat, Nafia ve Muaveneti içtimaiye işlerinin tanzim ve idaresi vilâyet şûralarının salâhiyeti dahilindedir”* ifadesi ile sağlık hizmetlerinin yönetimine değinilmiştir.

Cumhuriyetin ilanı ile birlikte sağlık hizmetlerine yönelik çalışmalar hız kazanmıştır. Dönemin Sağlık Bakanı Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar süren bakanlığında, sağlık hizmetlerinin kuruluşu ve gelişiminde önemli bir rol oynamıştır. Bu dönemin sağlık politikaları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- a. Sağlık hizmetlerinin plan ve programı ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- b. Koruyucu hekimliğin merkezi yönetimin, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak ayrışması,
- c. Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerinin cazibesinin artırılması, yatılı tıp talebe yurtlarının açılması, mezunlarına mecburi hizmet konulması,

- d. Sıtma, frengi, trahom, verem ve cüzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılmasıdır.

Bu dönemde geliştirilen sağlık politikalarının temel amaçları; savaş sonrası problemlerin çözülmesi, sağlık personelinin nicelik ve nitelik bakımından desteklenmesi, merkezden başlayarak köylere kadar ulaşan örgütlenmenin oluşturulması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması olarak belirtilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 8).

1946-1990 yılları arasında ise Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olan “Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı”, Yüksek Sağlık Şurası tarafından 1946 yılında kabul edilmiş fakat hükümet değişiklikleri nedeniyle kanunlaşmamıştır. Bununla birlikte her ne kadar kanunlaşmamış olsa da Milli Sağlık Planı, Milli Sağlık Programı haline dönüştürülmüş ve ülkenin sağlık yapılanmasında önemli bir rol oynamıştır. Bu çerçevede daha önceleri yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları, merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Aynı zamanda her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulmuş ve tedavi edici hekimlikle koruyucu sağlık hizmetleri birlikte verilmeye başlanmıştır. 1945 yılında Sosyal Sigortalar Kurumunun başlangıcı niteliğindeki İşçi Sigortaları İdaresinin kurulmasıyla birlikte 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmış ve Sağlık Bakanlığının ülkedeki hizmet ve istihdam alanındaki tekeli kaldırılmıştır. Aynı zamanda Emekli Sandığı’nın kuruluşuyla ilgili çalışmalar hızlanmış ve böylece sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun artırılması amaçlanmıştır. Bu dönemde merkezi yapıyı kuvvetlendirici ve

sosyal içerikli politikalar geliştirmeye yönelik yasal düzenlemeler ve uygulamalar ağırlık kazanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 20-22).

1961-1980 yılları arası dönemde ise sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilme çabaları dikkat çekmektedir. 1961 yılında 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun ile birlikte sosyalizasyon, fiilen 1963 yılında başlamış ve 1983 yılında ülkenin tamamına yayılmıştır. Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılmış, yerine farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı kapsamında entegre hale getirilmiştir. Diğer yandan nüfus artışını destekleyen politikaların yerini nüfus artış hızını sınırlayıcı politikalar almıştır. Tam dört kez (1967,1969, 1971 ve 1974) Genel Sağlık Sigortası için bir kanun taslağı hazırlanmış fakat kanunlaşmamıştır. Bu dönemde göze çarpan bir diğer önemli gelişme, “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun”dur. Kamu personeli olan doktorların muayenehane açmasını yasaklayan bu kanun, 12 Eylül 1980 ihtilali ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

1980-2002 yılları arasında ise, 1982 Anayasasında sağlık ve sosyal güvenliğe ilişkin anayasal düzenlemeler, bu dönemin önemli gelişmeleri olarak vurgulanabilir. Anayasanın 60. Maddesinde yer alan “*Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir ve Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar*” ifadesi ile birlikte 56. Maddesinde yer alan “*Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler.*

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” ifadesi, devletin bu alandaki sorumluluğuna işaret etmektedir. Bu dönemde Genel Sağlık Sigortası (GSS) yeniden gündeme gelmiş fakat kanunlaşamamıştır. Bununla birlikte 1986 yılında Bağ-Kur sigortalılarına sağlık yardımları yapılmaya başlanmış ve kamu sağlık sigortacılığında üç başlı bir durum ortaya çıkmıştır. Aynı sağlık hizmeti, üç farklı sigorta paketinde farklı fiyatlandırılmış ve teminat paketleri de farklı uygulanmıştır.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından, sağlık sektörü ile ilgili temel plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve DPT tarafından yürütülen “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt  alışması” ile birlikte 1993 yılında toplanan 2. Ulusal Sağlık Kongresi, sağlık reformunun teorik ayaklarını oluşturmuştur. Diğer yandan bu dönemde uygulamaya konulan “yeşil kart” ile mali gücü olmayan kesimin, nispeten sosyal güvenlik kapsamına alınması hedeflenmiştir. 1990’lı yıllarda yürütülen Sağlık Reformu çalışmalarının ana hatları aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- a. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak GSS’nin kurulması,
- b. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- c. Hastanelerin  zerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,

- d. Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması (Sağlık Bakanlığı, 2011: 24).

2000'e yaklaşılrken, sağlık reformuna kalkınma planlarında yer verildiğı görölmektedir. 1996-2000 yıllarını kapsayan "Yedinci Kalkınma Planı"nda sağlığa yönelik şu maddeler yer almaktadır:

- i) GSS'nin olabildiğince çabuk başlatılması,
- ii) Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- iii) Hastanelerin kaliteli sağlık hizmetleri sunmalarına ve kendilerini merkezi yönetim yapısının kısıtlamalarından kurtarmalarına yardımcı olmak için hastanelere özerklik verilmesi,
- iv) Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliğı modelinin benimsenmesi ve koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun güçlendirilmesi ve
- v) Ülkedeki sağlık hizmetlerinin izlenmesindeki rolünü güçlendirmek üzere Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılmasıdır.

Bununla birlikte Kasım 2000 ve Şubat 2001 krizleri ve bunların sosyal maliyetleri, planlanan reform çalışmalarını engellemiştir (OECD, 2008: 34). Sonuç olarak, 2000'lerin başına gelindiğinde sözü edilen reform çalışmaları istenilen hedeflere ulaşamamış, sağlık göstergeleri gelişmiş ülkelerin gerisinde kalmış, sağlık hizmetlerinin finansman sorunu ve sosyal güvenlik kurumlarının bütçe açıkları büyümüş, sağlık hizmet sunumunun bölgesel

dağılımındaki çarpıklık düzeltilememiş ve sağıktaki çok başı yapı değıştirilememiştir.

3 Kasım 2002 tarihinde gerçekleşen hükümet değışikliğı ile birlikte, uygulamaya konulan “Acil Eylem Planı”nda sağığa yönelik politika değışikliğinin ipucu verilmiş ve kapsamlı bir reform düşüncesi ortaya çıkmıştır. Bahse konu planda belirtilen politika maddeleri şu şekilde sıralanabilir: *“Etkin ve kaliteli bir sağık sistemi oluşturma, herkesin temel sağık ihtiyacını özel sektörle işbirliğı yaparak yerine getirme, ülkemizde sağık hizmetlerinin yurt düzeyinde dağılımını dengeli hale getirme hedefleri çerçevesinde; Bir yıl içinde; i) Devlet hastanesi, sigorta hastanesi, kurum hastanesi ayırımını kaldırılmaya dönük çalışmalar başlatılacak, ii) Hastanelerin idari ve mali yönden özerkliğinin sağlanması çalışmaları başlatılacaktır, iii) Genel Sağık Sigortası Sistemi kurulacak, iv) Aile hekimliğı uygulamasına geçilecek ve sağlam bir sevk zinciri oluşturulacak, v) Koruyucu hekimlik yaygınlaştırılacak, vi) Özel sektörün sağık alanına yatırım yapması özendirilecektir. İnsanların ayırım gözetilmeksizin, ekonomik ve sosyal bakımdan güvencede yaşamaları ilkesi çerçevesinde yine bir yıl içinde; i) Sosyal güvenlik kuruluşlarında norm ve standart birliğı sağlanacak, bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır, ii) Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulabilmesi için dağılık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacak, iii) Sosyal Yardımlaşmayı ve Dayanışmayı Teşvik Fonu’nun kaynakları artırılacak, harcama usul ve esasları yeniden belirlenecek ve yönetim yapısı güçlendirilecektir”*. Bu bağlamda Acil Eylem Planında yer verilen politika

önerileri ile sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinde kapsamlı bir reform düşüncesinin temelleri atılmıştır (DPT, 2002: 11).

3.1.1. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Türk Sağlık Sistemine Genel Bakış

2003 sonu itibarıyla 66.873 milyon olan ülke nüfusu büyük oranda genç nüfustan oluşmaktadır. Nüfusun %30'u on beş yaşın altında iken, %10'u ise beş yaşın altındadır. Nüfusun %34'ü, işgücünü oluştururken 65 yaş üzeri nüfus oranı ise % 5,6'dır. Nüfusun % 65'i kentte yaşarken, %35'i kırdan yaşamaktadır. Kadınların %38'i doğurgan yaş aralığında yer almaktadır. Kadın başına toplam doğurganlık hızı 1990'da 2,97 iken, 2003'de 2,27 olmuştur. Yıllık nüfus artış hızı ‰ 12,8 iken, kaba doğum hızı ‰ 19,2 ve kaba ölüm hızı ise ‰ 6,4'tür. Doğumda beklenen yaşam süresi erkeklerde 70,2 iken kadınlarda 74,4 ve toplamda 72,2'dir. Doğumda beklenen yaşam süresi OECD ülkelerinde ise ortalama 77,8'dir. 1993 yılında ‰ 47,6 olan bebek ölüm hızı 2003'de ‰ 22,8 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran, Türkiye ile benzer milli gelir düzeyine sahip ülkelerden⁴³ olan Polonya ve Estonya'da ‰ 7, Macaristan'da ‰ 7,3 ve Şili'de ‰ 7,8'dir. Gebeliğe bağlı anne ölüm oranı

⁴³ Dünya Bankası tarafından 2012 yılında Gayrisafi Milli Hasıla değerleri dikkate alınarak yapılan gruplandırmada Türkiye, gelirinin 4.036 \$-12.475 \$ aralığında olması nedeniyle üst-orta gelir düzeyi grubunda yer almaktadır. Bu bağlamda ülkeler arası karşılaştırmalarda, milli geliri benzer ülkeler kullanılacaktır. Bu ülkeler; Cezayir, Amerikan Samoa, Angola, Antigua and Barbuda, Arjantin, Belarus, Bosna-Hersek, Botswana, Brezilya, Bulgaristan, Şili, Çin, Kolombiya, Kosta Rika, Küba, Dominika, Dominik Cumhuriyeti, Ekvador, Gabon, Grenada, İran İslam Cumhuriyeti, Jamaika, Ürdün, Kazakistan, Letonya, Lübnan, Litvanya, Libya, Makedonya FYR, Malezya, Maldivler, Mauritius Cumhuriyeti, Meksika, Karadağ, Namibya, Palau, Panama, Peru, Romanya, Rusya Federasyonu, Sırbistan, Seyşel, Güney Afrika, Saint Lucia, Tunus, Türkmenistan, Tuvalu, Uruguay, Venezüela'dır.

ise 2005 yılı için yüz bin doğumda 25 iken bu oran Hırvatistan'da 14, Macaristan'da 10, Çek Cumhuriyetinde 7 ve Polonya'da 5'tir. Bu bağlamda Türkiye seçilmiş demografik özellikler dikkate alındığında hem mutlak hem de benzer gelir seviyesi ülkelere kıyasla oldukça geridedir (WHO 2003, OECD 2003, TÜİK 2003). Bu bağlamda ekonomik güç bakımından dünyada 17. sırada bulunan Türkiye'nin, İnsani Gelişmişlik İndeksinde 86. sırada yer alması, mevcut durumun iyileştirilmesi ve sağlık göstergelerinin gelişmiş ülke seviyelerine yükseltilmesi gereğini ortaya çıkarmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003). Aşağıda Türkiye ile benzer gelir düzeyine sahip ülkelerin 2000 yılı seçilmiş demografik özellikleri gösterilmektedir.

Tablo 7: Benzer Gelir Düzeyine Sahip Seçilmiş Ülkelerin Demografik Özellikleri, 2000

Ülke	Bebek Ölüm Oranı (1.000)	Anne Ölüm Oranı (100.000)	Yaşam Beklentisi (Doğumda)
Arjantin	18	63	75
Bosna-Hersek	8	10	74
Brezilya	31	81	70
Bulgaristan	17	28	72
Güney Afrika	54	330	56
Kazakistan	38	70	63
Letonya	14	43	71
Litvanya	9	21	72
Malezya	9	39	72
Meksika	24	82	74
Polonya	8	8	74
Romanya	22	52	71
Rusya Fed.	18	57	65
Sırbistan	11	12	72
Şili	9	29	77
Türkiye	33	39	70
Uruguay	15	35	75
Venezüella	21	91	74

Kaynak: WHO, Country Statistics, 2000.

3.1.1.1. Sağlık Düzeyi

Türkiye’de 2003 yılında 5 yaş altı bebek ölüm hızı ‰ 37 olup ölümlerin büyük bir kısmı perinatal⁴⁴ sebeplerden kaynaklanmaktadır. Düşük doğum ağırlığı⁴⁵ oranı ise ‰ 7,9’dur. 5 yaş üzeri ölüm nedenlerinde ise kalp hastalıkları, beyin-damar hastalıkları, şeker hastalığı ve kanser gibi hastalıklar ön plana çıkmaktadır. Bu veriler, önceleri baskın olan enfeksiyon hastalıklarının ağırlığı ve öneminin azaldığını ve kronik hastalıklara doğru epidemiyolojik bir geçişin yaşandığını göstermektedir.

15-49 yaş grubu halen evli kadınlarda kontraseptif yöntem (herhangi bir yöntem) ile korunma oranı ‰ 71’dir. Ortalama olarak doğumların ‰ 40’ında bir hekim hazır bulunmakta ve doğumların ‰ 78’i hastanede gerçekleşmektedir. En yoksul kesimdeki kadınların sadece ‰ 11,6’sı, buna karşılık en zengin kesimdeki kadınların ‰ 72,3’ü kontrollü doğum yapmaktadır. Diğer yandan tüm annelerin üçte ikisinden az bir kısmı doğum öncesi tıbbi bakım almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 14).

15 yaş üzeri günlük tütün kullanım oranı ‰ 32,1 iken, nüfusun ‰12’si obezdir. Bir sağlık nedeniyle intihar edenlerin, toplam intiharlar içindeki payı

⁴⁴ Perinatal dönem; hamileliğin yirmi ikinci haftası ile doğum sonrası bir hafta arasındaki dönemdir.

⁴⁵ Düşük doğum ağırlığı, toplam canlı doğumlarda 2.500 gramın altında doğan bebeklerin oranıdır (OECD, 2005: 32).

37'dir. Kişi başı alkol tüketimi ise 1,5 litre olup, OECD ortalamasından altı buçuk kat daha düşüktür⁴⁶.

Günlük kişi başına düşen kalori miktarı 3.328 ile 3.407 olan OECD ortalamasına yakındır. Türkiye'de ortalama beslenmenin yeterli ya da iyi seviyede olmadığı savunulabilir.

Türkiye genelinde ölüme neden olan en önemli hastalık % 21,7 ile iskemik kalp hastalığıdır. 2003 yılında seçilmiş bazı enfeksiyon hastalıklarının insidansı ise; kızamık yüz binde 8,14, hepatit b yüz binde 7,25 ve sıtma yüz binde 14,70'tir. 2004 yılı itibariyle toplam kanser insidansı erkeklerde yüz binde 236,3 iken kadınlarda yüz binde 142,9'dur.

Hanelerin % 12'sinin evinde bir tuvalet bulunmazken, % 7.40'ında borulu bir su sistemi yoktur. Hanelerin % 31,3'ünde sürekli olarak ilaç kullanan bir fert bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2003; TÜİK, 2003; TÜİK, 2011; Hane Halkı Bütçe Anketi, 2003; OECD, 2003).

3.1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Organizasyonu

2002 yılında Türkiye'de kamu ve özel kesim hizmet sunucularının yer aldığı sağlık sektöründe ağırlık, kamu hizmet sunucularındadır. Bunlar ise; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Üniversite hastaneleri olmak

⁴⁶ Joumard ve diğerleri tarafından yapılan analize göre, Türkiye'de kişi başı alkol tüketiminin tüm OECD ülkelerinden çok daha düşük olması, doğumda beklenen yaşam süresine OECD ortalamasına kıyasla yaklaşık 1,5 yıl katkı sağlamaktadır (Joumard ve diğ., 2008).

üzere üç gruptan oluşmaktadır. Sağlık hizmet sunumu üç basamaklı bir yapıda inşa edilmiştir. Birinci basamak hizmet sunucuları; resmi kurum tabiplikleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, sağlık merkezleri, SSK sağlık istasyonları ve dispanserleri ile ayakta teşhis ve tedavi yapan özel polikliniklerden oluşmaktadır. İkinci basamak hizmet sunucuları; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri, özel dal hastaneleri, SSK hastaneleri ve özel tıp merkezleri ile özel dal merkezleridir. Üçüncü basamak ise; eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastanelerinden oluşmaktadır. Bu dönemde Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 654, SSK hastane sayısı 120, üniversite hastane sayısı 50, özel hastane sayısı 271 ve diğer hizmet sunucuları sayısı ise 61'dir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı'na ait 5.043 sağlık ocağı, 297 ana-çocuk sağlığı merkezi, 277 verem savaş dispanseri ve 480 112 acil yardım istasyonu bulunmaktadır. Ayrıca toplam 159.771 hasta yatağı sayısının 102.694'ü (yaklaşık % 64) Sağlık Bakanlığı'na ait olup bunların % 36'sı Ankara, İstanbul ve İzmir'de bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinde Kamunun toplam payı % 92'dir. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı en önemli birinci ve ikinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı ve gerçekte koruyucu sağlık hizmetleri sunan tek kurumdur. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin büyük bir kesimi (% 80) uzmanlaşmış ayakta tedavi ve akut yatan hasta hizmeti sunan ikinci basamak sağlık kuruluşları olarak hizmet vermesi amaçlanmıştır. (OECD, 2008: 24; Sağlık Bakanlığı, 2008: 49, 2010: 68).

Sağlık hizmetlerinde insan kaynakları ve alt yapı olanakları ise yetersiz bir seviyededir. 2003 yılında 1.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 2,1 olup hekim sayısı 1,4 ve hemşire sayısı 1,1'dir. Kişi başına düşen MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) cihazı milyonda 3 iken CT (*Computed Tomography*) cihazı ise milyonda 7,4'tür. Bu oran benzer gelir düzeyine sahip ülkelerden yüksek iken, OECD ülkeleri ortalamasının altındadır. Tablo 8, OECD ülkelerinde sağlık insan kaynakları ile MRI ve CT sayılarını göstermektedir.

Tablo 8: OECD Ülkelerinde Sağlık İnsan Kaynakları ile MRI ve CT Sayıları, 2003

Ülke	Hekim (1.000)	Hemşire (1.000)	MRI (1.000.000)	CT (1.000.000)
Avustralya	2,6	9,9	3,7	40,2
Avusturya	4,1	7,2	13,5	27,2
Belçika	2,9	-	6,8	10,3
Kanada	2,1	8,5	4,7	10,3
Çek Cumh.	3,5	8,0	2,5	12,6
Danimarka	3,1	13,6	9,1	14,5
Estonya	3,2	6,2	-	-
Finlandiya	2,9	-	13,0	14,0
Fransa	3,3	7,2	3,2	8,1
Almanya	3,4	10,0	6,2	14,0
Yunanistan	4,7	3,3	-	-
Macaristan	3,3	5,8	2,6	6,5
İzlanda	3,6	13,7	17,3	20,7
İsrail	3,4	5,0	1,6	6,0
İtalya	-	5,8	11,8	23,8
Kore	1,6	3,5	9,0	31,9
Lüksemburg	2,4	8,9	11,1	26,6
Meksika	1,6	2,2	1,4	3,0
Hollanda	2,6	8,0	-	-
Yeni Zelanda	2,2	-	3,7	11,4
Norveç	3,3	12,8	-	-
Polonya	2,4	4,8	1,0	6,3
Portekiz	3,2	-	-	-
Slovakya	3,3	6,5	2,0	9,1
Slovenya	2,3	7,4	-	-
İspanya	3,3	4,0	7,3	13,0
İsveç	3,4	10,4	-	-
İsviçre	-	14,3	14,2	-
Türkiye	1,4	1,1	3,0	7,4
İngiltere	2,2	-	4,6	6,9
ABD	2,4	10,1	22,0	29,3

Kaynak: OECD Health Data, 2003, WHO

Bu dönemde birinci basamak sağlık hizmetleri, parçalı bir yapıya sahiptir. Genelde kırsal kesimde insanların ilk başvuru yaptığı yer, ebelerin bulunduğu Sağlık Evleridir. Bir sonraki aşamada pratisyen hekim ve hemşirenin yer aldığı kırsal Sağlık Ocakları bulunmaktadır. Daha sonra ise birden fazla

doktor, diş hekimi, eczacı ve sağlık memurunun bulunduğu bölge sağlık ocakları gelmektedir. Bir st kademedede ise İl Sağlık Ocakları yer almaktadır. Sağlık ocaklarının genel işlevi, halka koruyucu ve birinci basamak sağlık hizmeti sunmaktır. 2003 yılında Sağlık Ocaklarının % 39'u kentte, % 61'i ise kırdada bulunmaktadır. Sağlık Ocaklarının % 17'sinde bir hekim, sağlık evlerinin % 79'unda ise bir ebe bulunmamaktadır. Sağlık ocağı başına düşen nüfus 12.091 iken sağlık ocaklarında çalışan hekim başına düşen ortalama nüfus ise 4.989'dur. Yapılan toplam poliklinik hizmeti sayısı 66.505.376 olup, bunların 14.388.986'sı üst basamağa sevk edilmiştir.

SDP ncesi sağlık hizmetleri sunumu ve organizasyonu incelendiğinde karmaşık ve çok başlı bir yapı ile karşılaşılmaktadır. Sağlık Bakanlığı politika geliştirmek ve sektöre yön vermekte yetersiz kalarak SSK, niversite hastaneleri, kurum hastaneleri ve özel hastaneler arasında etkili bir koordinasyon sağlayamamaktadır. Bu nedenle sağlık planlamalarında demografik ve epidemiyolojik özellikler dikkate alınamamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yeteri düzeyde güçlü olmadığından, temel sağlık hizmetleri etkin bir şekilde yrmemektedir. Sistemde yer alan sevk zinciri genel itibariyle işlememekte, bu nedenle üst basamak hizmet sunucularında yığılma baş göstermektedir. Bu durum hem hizmet maliyetini artırmakta hem de hizmet kalitesini düşürmektedir. Verem Savaş Dispanseri, Aile Planlaması ve Ana ocuk Sağlığı Merkezi gibi özel amaçla kurulmuş birçok birinci basamak sağlık kuruluşları atıl duruma düşmüştür. Sonuç olarak birinci

basamak sağlık hizmetleri arzu edilen seviyede değildir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 15).

Özel sağlık hizmetleri ise 1980'ler boyunca yaşanan özel sektöru teşvik politikaları sonucu artış göstermiştir. 2002 yılında hizmet veren 271 özel hizmet sunucusu bulunmakta ve bunların büyük çoğunluğu Ankara, İzmir ve İstanbul'da yoğunlaşmaktadır. Özel sağlık hizmet sunucularında çalışan hekim sayısının yaklaşık 11.000 olduğu ve kamu hekimlerinin % 60'ının özel sektörde çalıştığı tahmin edilmiştir. Bununla birlikte özel hizmet sunucularının kar etme güdüsü ile daha çok tedavi edici sağlık hizmeti sunduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda hizmet, SSK ve Bağ-Kur ile yapılan anlaşmaya rağmen büyük oranda özel hastalar tarafından finanse edilmektedir (OECD, 2008: 27).

3.1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

SDP öncesi Türkiye'de sağlığın finansmanı, merkezi devlet, yerel yönetimler, hanehalkı, sosyal güvenlik kuruluşları, özel sosyal güvenlik kuruluşları, özel sigorta kuruluşları ve firmaların doğrudan ödemeleri gibi farklı kesimler tarafından sağlanmaktadır. 1999 yılında kamunun sağlık harcamaları GSYİH'nın %2,91 iken, özel kesimin payı ise %1,85, toplamda ise %4,76'dır. 2003 yılında ise bu oranlar sırasıyla %3,84 ve 1,73 olmak üzere toplamda %5,57'dir. Sağlığa ayrılan kaynakların % 72'si kamu tarafından sağlanmaktadır. Tablo 9, yıllar itibariyle kamu ve özel sağlık harcamalarının dağılımını göstermektedir.

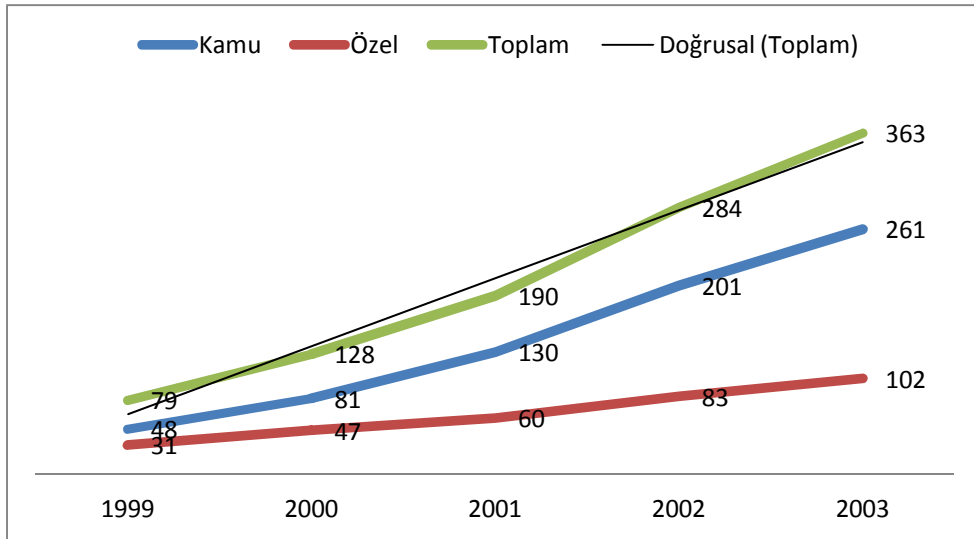
Tablo 9: Kamu Sağlık Harcamaları ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarına Oranı

Yıllar	Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya oranı (%)	Kamu	Özel
1999	4,8	61.1	38.9
2000	4,9	62.9	37.1
2001	5,2	68.1	31.9
2002	5,4	70.7	29.3
2003	5,5	71.9	28.1

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcama İstatistikleri, 2004–2007.

Şekil 8’de ise yıllar itibariyle kişi başı kamu ve özel sağlık harcamalarının gelişimi gösterilmektedir. 1999 yılında kişi başına yapılan kamu sağlık harcaması 48 ₺ iken, özel sağlık harcaması 31 ₺ olarak gerçekleşmiştir. 2003 yılında ise kamu ve özelde gerçekleşen kişi başına sağlık harcaması sırasıyla 261 ₺ ve 102 ₺’dir.

Şekil 8: Yıllar İtibariyle Kamu ve Özel Kişi Başına Sağlık Harcamaları



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2010.

Sağlık harcamalarının benzer gelir düzeyine sahip ülkeler ile karşılaştırıldığında ise, Türkiye, Bulgaristan ile birlikte Kore’den sonra sağlığa en az kaynak ayıran ikinci ülkedir. Benzer biçimde bu iki ülke OECD ülkeleri arasında da son sırada yer almaktadır. Bununla birlikte kamu-özel payı

dikkate alındığında kamu kesiminin çoğu ülkeye göre daha büyük bir paya sahip olduğu görülmektedir. Bir diğer deyişle Türkiye’de sağlığın finansmanı ağırlıklı olarak devlet tarafından karşılanmaktadır. Yapılan sağlık harcamasının GSYİH’ya oranı dikkate alındığında Güney Afrika’nın %8,9 ile seçilmiş benzer milli gelir düzeyine sahip ülkeler arasında en fazla kaynak ayıran ülke olduğu görülmektedir. Arjantin, Bosna-Hersek, Lüksemburg, Bulgaristan ve Şili ise GSYİH’ya göre yüksek düzeyde kaynak ayıran diğer ülkelerdir. Tablo 10, benzer milli gelire sahip seçilmiş ülkelerin, GSYİH’ya oranla sağlığa ayırdıkları pay ile kamu ve özel ayırımlarını göstermektedir.

Tablo 10: Benzer Milli Gelire Sahip Seçilmiş Ülkelerin Sağlık Harcamalarının GSYİH’ya Oranı ile Kamu-Özel Payları (2003)

Ülke	Sağlık Harcaması	Kamu	Özel
Arjantin	8,3	52,3	47,7
Bosna-Hersek	7,9	69,2	30,8
Bulgaristan	7,6	62,1	37,9
Brezilya	7,0	55,6	44,4
Güney Afrika	8,9	39,5	60,5
Letonya	6,1	52,8	47,2
Litvanya	6,5	76	24
Lüksemburg	7,7	84,2	15,8
Kore	5,2	52,4	47,6
Meksika	5,8	44,2	55,8
Polonya	6,2	69,9	30,1
Romanya	5,3	75,1	24,9
Rusya Fed,	5,6	58,8	41,2
Şili	7,5	38,8	61,2
Slovakya	5,8	88,3	11,7
Türkiye	5,3	71,9	28,1
Uruguay	7,2	68	32
Venezüella	5,9	38,1	61,9

Kaynak: WHO Country Statistics, 2003.

Nüfusun sosyal güvenlik kapsamı ise sağlık hizmetlerinde olduğu gibi parçalı bir yapıya sahiptir. Türkiye’de 2003 yılında uygulamada olan üç farklı sosyal güvenlik kurumu bulunmaktadır. Bunlar: i.) Kamu ve özel sektördeki işçilerin

bulunduğu Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK), ii.) Esnaf ve Sanatkrlar ile bağımsız çalışanların yer aldığı Bağ-Kur ve iii.) Devlet memurlarının bulunduğu Emekli Sandığı’dır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri talebini karşılayamayan yoksul kesim için 1992 yılında başlatılan “Yeşil Kart” uygulaması ile sağlık yardımı yapılmaktadır. Uygulamada ise SSK sigortalıları yalnızca SSK hastane ve eczanelerinden faydalanabilmekte iken Bağ-Kur sigortalıları Sağlık Bakanlığı hastaneleri dâhil kamu, niversite ve özel birçok hastaneden faydalanabilmektedir. Emekli Sandığı sigortalıları ise en geniş teminat paketine sahip olarak her türlü hizmet sunucusuna erişim hakkına sahiptir. 2003 yılında nüfusun % 71,6’sı herhangi bir sosyal güvenlik şemsiyesi altında korunmakta olup yeşil kartlıların oranı bilinmemektedir. Buna göre nüfusun % 37’si SSK, % 22’si Bağ-Kur ve % 12’si ise Emekli Sandığı kapsamında yer almaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2003). Diğer yandan 2003 yılı Hane Halkı Bütçe Anketi verileri kullanılarak yapılan incelemeden elde edilen sonuçlar, aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 11: Türkiye’de Sağlık Sigortası Sahipliği, 2003

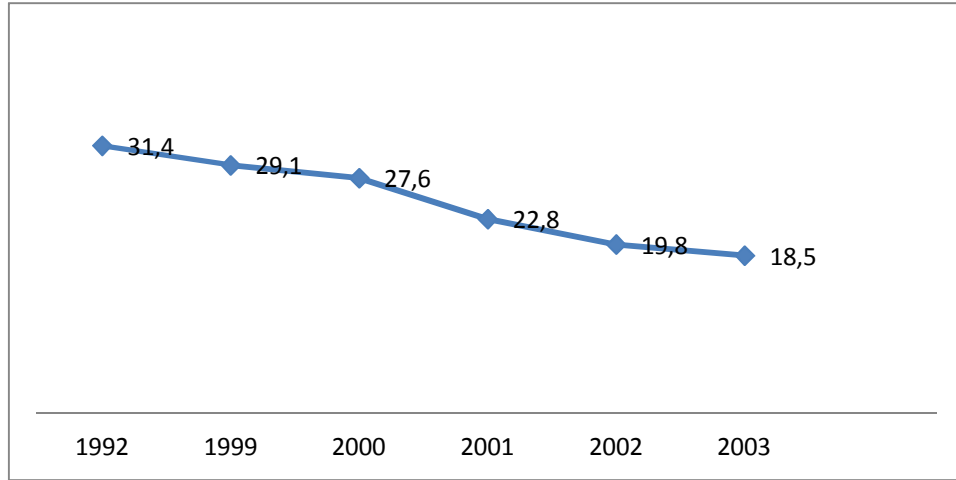
Sigortalılık Durumu	Oran (%)
Evet-Zorunlu Sigortalı	58,12
Evet-İsteğe Bağlı Sigortalı	1,01
Evet- Zorunlu ve İsteğe Bağlı Sigortalı	0,89
Evet-Yeşil Kart	4,17
Hayır	35,82

Kaynak: 2003 Hane Halkı Bütçe Anketi Verileri.

Tablo 11’den görüleceği üzere nüfusun % 64.18’i, herhangi bir sigortaya sahipken, % 35,82’sinin sağlık sigortası bulunmamaktadır. Bununla birlikte

sağlık sigortası sahipliği verileri birbirinden farklılıklar göstermektedir⁴⁷. Sağlık sigortası bulunmayan bireylerin fazlalığı, cepten yapılan sağlık harcamalarının da artmasına neden olmaktadır.

Şekil 9: Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Gelişimi (₺)



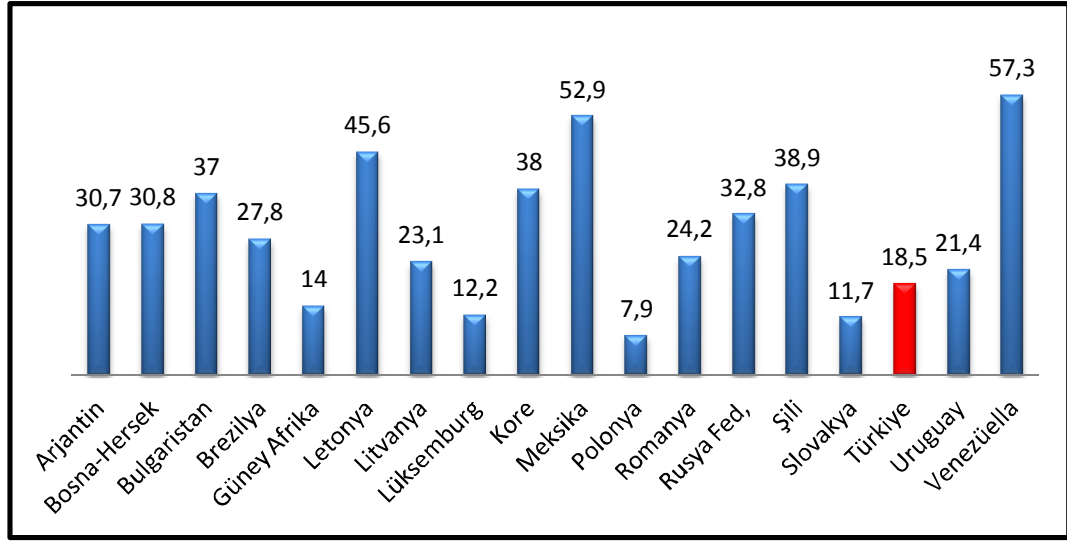
Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri, 2013

Şekil 9’da görüldüğü üzere 1992 yılında cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %31,4’tür. Bu oran yıllar itibariyle azalış göstermiş ve nihayet 2003 yılında %18,5 olarak gerçekleşmiştir. Ortalama hanehalkı tüketimi 738.3 ₺ iken, ortalama sağlık harcaması ise 16.4 ₺’dir. Hanelerin sağlık harcamalarının toplam harcamaları içindeki payı ise % 2,3’tür. En yoksul hanelerin sağlık harcamaları toplam harcamalarının % 2,3’ünü oluştururken bu oran en zengin dilimde % 2,4’tür. Ayrıca yapılan

⁴⁷ “Ortaya çıkan farklılık üç önemli sorundan kaynaklanmaktadır: i.) Birçok kişinin birde fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanması, ii.) Çalışan nüfus sayısının, düzenli ödeme yaparak mevcut görünenleri değil, programa kayıt yaptıran herkesi göstermesi ve iii.) Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin kesin verilere değil tahminlere dayalı olmasıdır” (OECD, 2008: 22).

toplam cepten sağlık harcamasının % 9,1'i en yoksul, % 43,5'i ise en zengin dilim tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu hanelerin % 1,8'i kentte, % 2,4'ü ise kırdı yaşımaktadır⁴⁸. Şekil 10, benzer milli gelir düzeyine sahip seçilmiş ölkelerde 2003 yılına ilişkin sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payını göstermektedir.

Şekil 10: Benzer Milli Gelire Sahip Seçilmiş Ölkelerde Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, 2003



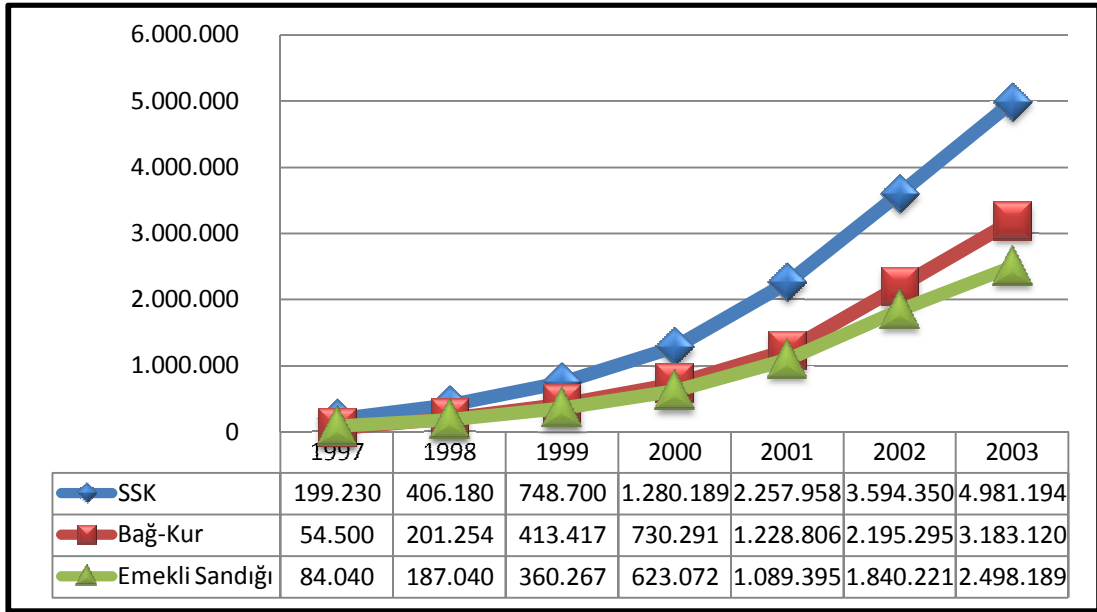
Kaynak: OECD Health Data 2003, WHO Country Statistics 2003.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki en yüksek oran % 57,3 ile Venezüella'dadır. Meksika %52,9 ile ikinci, Letonya %45,6 ile üçüncü sıradadır. Türkiye ise % 18,5 ile son sıralarda yer almaktadır. 2003 yılı itibariyle cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı, ölkelerarası karşılaştırmalar dikkate alındığında oldukça düşüktür. Bu durum, kamu kesiminin yoğun bir şekilde sağlık hizmetleri finansmanını yüklenmesiyle de uyum göstermektedir.

⁴⁸ 2003 Hane Halkı Bütçe Anketi Verileri.

Nüfusun büyük bir kesiminin sosyal güvenlik kapsamında sigortalı olması, sağlık finansmanının da bu kuruluşlar aracılığıyla gerçekleşmesine neden olmaktadır. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın yıllar itibariyle sağlık harcamaları aşağıdaki şekilde gösterilmektedir. Buna göre her üç kuruluşun da sağlık harcamaları yıllar itibariyle artmıştır. Bununla birlikte 2003 yılı itibariyle SSK harcamalarının % 42,2'si, Bağ-Kur harcamalarının %62,7'si ve Emekli Sandığı harcamalarının % 60'ı ilaç harcamalarına gitmektedir (TBMM Soru Önergeleri, 2007).

Şekil 11: Yıllar İtibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları (Bin ₺)



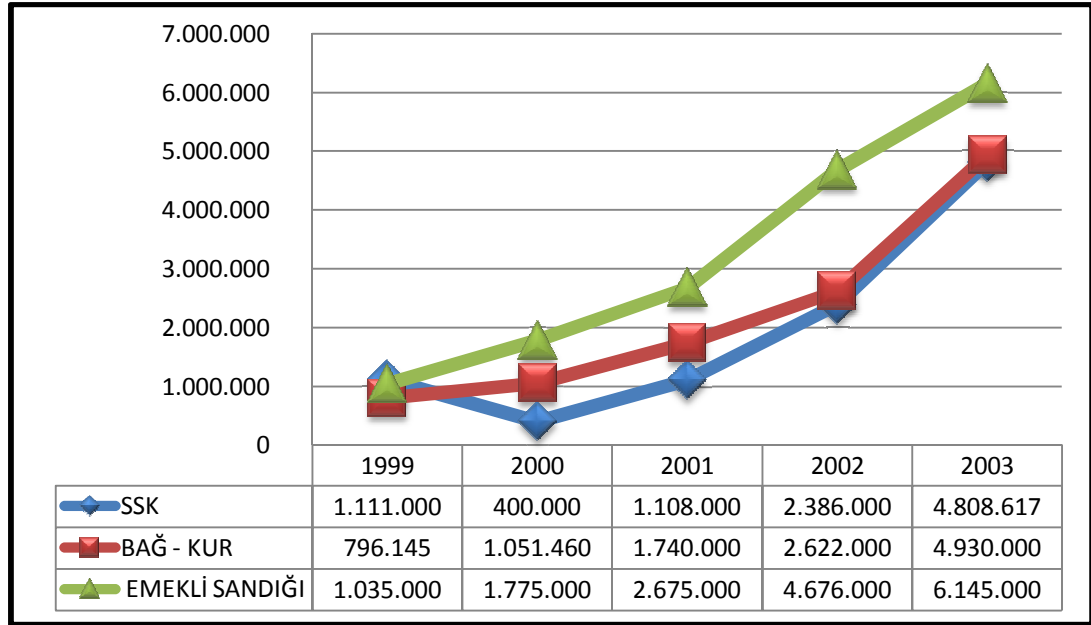
Kaynak: SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı 2003 İstatistik Yıllıkları.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının hem sağlık hem de aylık giderlerindeki olağanüstü artış ile birlikte bağımlılık oranlarındaki bozulma⁴⁹, bu kurumların

⁴⁹ Bağımlılık oranı, aktif sigortalı nüfusun pasif sigortalı nüfusa oranıdır. Buna göre 1990 yılında 2,77 olan bu oran 2003 yılında 1,78'e gerilemiştir (Kalkınma Bakanlığı, Sosyal göstergelerden kendi hesaplamaları).

bütçe açıklarının finansmanı amacıyla yapılan bütçe transferlerinin de artmasına neden olmuştur. Şekil 12, yıllar itibariyle sosyal güvenlik kurumlarına yapılan bütçe transferlerini göstermektedir. Buna göre 1999 yılında her üç kuruma yapılan toplam bütçe transferi 2.942 Milyar ₺ iken bu tutar 2003 yılında 15.883 Milyar ₺ olmuştur. Sağlık hizmetlerinin kamuya ve sosyal güvenlik kuruluşlarına olan maliyeti her geçen yıl artmıştır.

Şekil 12: Yıllar İtibariyle SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığına Yapılan Bütçe Transferleri (Bin ₺)



Kaynak: SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı 2003 İstatistik Yıllıkları.

3.1.1.4. Sosyal Güvenlik Sigortaları ve Sağlık Teminat Paketleri

3.1.1.4.1. Sosyal Sigortalar Kurumu

17.07.1964 tarihinde kabul edilen 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu, kısa vadeli sigorta kolları kapsamında iş kazaları ve meslek hastalıklarını, hastalıkları ve analık sigortaları ile uzun vadeli sigorta kolları kapsamında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarını kapsamaktadır. Kanuna göre çalıştırılanlar, işe alınmalarıyla birlikte kendiliğinden “sigortalı” olmaktadır. Sigortalılar ile bunların işverenleri hakkında sigorta hak ve yükümleri ise sigortalının işe alındığı tarihten itibaren başlamaktadır. İş kazası ile meslek hastalıkları⁵⁰ halinde sigortalıya sağlanan yardımlar: i. Sağlık yardımı⁵¹, ii. Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi, iii. Sürekli iş göremezlik hallerinde gelir verilmesi, iv. Protez araç ve gereçlerin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi, v. Bir ve dördüncü maddelerde yazılı yardımlar için sigortalının başka yere gönderilmesi, vi. Yurt içinde tedavisi mümkün olmayan hastalıklar için sigortalının yurt dışına

⁵⁰ *İş kazası*, sigortalının işyerinde bulunduğu sırada, işveren tarafından yürütülmekte olan iş nedeniyle veya işveren tarafından görev ile başka bir yere gönderilmesi yüzünden asıl işini yapmaksızın geçen zamanlarda, emzikli kadın sigortalının ise çocuğuna süt vermek için ayrılan zamanlarda ya da işverence sağlanan bir taşıtla işin yapıldığı yere toplu olarak götürülüp getirilmesi sırasında meydana gelen ve sigortalıyı hemen veya sonradan bedence veya ruhça arızaya uğratan olaydır. Meslek hastalığı ise, sigortalının çalıştırıldığı işin niteliğine göre tekrarlanan bir sebeple veya işin yürütüm şartları yüzünden uğradığı geçici veya sürekli hastalık sakatlık veya ruhi arıza halleridir (SSK Kanunu, 11. Madde).

⁵¹ *Sağlık yardımları*, sigortalının hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin sağlanması, gerekirse sağlık müessesesine yatırılması ve her türlü tedavisinin yapılması ile tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması şeklinde olmaktadır (SSK Kanunu, 13. madde). Sağlık yardımı, iş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan sigortalıların sağlık durumunun gerektirdiği sürece devam etmektedir (SSK Kanunu, 14. madde).

gönderilmesi, vii. Cenaze masrafı karşılığı verilmesi ve viii. Sigortalının ölümü halinde hak sahiplerine gelir bağlanmasıdır.

Hastalık sigortası ise, iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklarda sigortalıya i) Sağlık yardımı, ii) Ağır protezleri dışındaki protez, araç ve gereçlerinin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi, iii) Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi ve iv) Gerekli hallerde muayene ve tedavi için yurt içinde başka bir yere gönderilmesi gibi yardımları kapsamaktadır. Söz konusu sağlık yardımlarından faydalanabilmek için son bir yılda sigortalıların kendisi için 90 gün, hak sahipleri için 120 gün prim yatırılması gerekmektedir.

Teminat paketlerinden yararlanırken, sağlık yardımlarından yararlanacak olanlardan yapılacak her bir poliklinik muayenesi için Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın teklifi ve Bakanlar Kurulunun kararı ile 20 ₺'den az olmamak üzere muayene ücreti alınmaktadır⁵². İlaç alımında ise sigortalının kendisi ile hak sahibi eşi ve çocuğu için ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin % 20'si sigortalı tarafından ödenmektedir. İş göremezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı alanlar ise verilen ilaçlar ile sağlanan protez, araç ve gereç bedellerinin %10'unu kendileri ödemektedir. Ancak sağlık yardımlarından yararlanan kimselerin, kurum sağlık tesisleri sağlık raporu ile belirlenen ve uzun süre tedaviyi gerektiren, tüberküloz, kanser, kronik böbrek hastalıkları ile organ transplantasyonları gibi durumlarda, ayakta yapılan

⁵² Söz konusu muayene ücreti önce; 18.9.1990 tarih ve 90/913 sayılı BKK ile 1.000 TL olarak kararlaştırılmış daha sonra bu miktar 6.8.1992 tarih ve 92/3337 sayılı BKK ile 1.10.1992 tarihinden itibaren (20) gösterge rakamının memur maaş katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak miktar olarak belirlenmiştir.

tedavileri sırasında verilmesine gereken ilaçlardan hayati öneme haiz olduğu tespit edilecek olanların bedellerinden iştirak payı alınmamaktadır.

Bununla birlikte kurum sağlık tesislerinde mesai saatleri dışında ve acil sağlık hizmetleri hariç olmak üzere yürütülen sağlık hizmetlerinden yararlananlardan, sadece yapılacak muayene ve ameliyatları için her yıl Maliye Bakanlığı'nca yayımlanan tedavi yardımlarıyla ilgili bütçe uygulama talimatı ile belirlenen fiyatların % 25'ini geçmemek üzere, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının teklifi ve Bakanlar Kurulunun kararı ile belirlenecek oranda katkı payı alınmaktadır (SSK Kanunu, ek madde 3).

3.1.1.4.2. Bağ-Kur

2.9.1971 tarih ve 1479 sayılı esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar sosyal sigortalar kurumu kanunu ile kurulan Bağ-Kur, özel hukuk hükümlerine tabi ve tüzel kişiliğe sahip bir kamu kurumu olup, idari ve mali bakımdan özerktir. Söz konusu kanun ile sigortalılar hakkında malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde sosyal sigorta yardımları sağlanmaktadır. Buna göre sigortalı sayılanlar, hali hazırda sosyal güvenlik kuruluşları kapsamı dışında kalan ve herhangi bir işverene, hizmet akdi ile bağlı olmaksızın kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlardan; i. Esnaf ve sanatkârlar ile diğer bağımsız çalışanlardan ticari veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek ya da basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar ile gelir vergisinden muaf olanlardan Esnaf ve Sanatkâr Sicili ve ilgili meslek kuruluşlarına kayıtlı olanlar, ii. Kollektif şirket ortakları, iii. Adi komandit şirketlerin komandite ve

komanditer ortakları, iv. Limited şirket ortakları, v. Sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, vi. Donatma iştirakleri ortakları ve vii. Anonim şirketlerin kurucu ortakları ile yönetim kurulu üyesi olan ortaklarıdır.

Sağlık sigortası kapsamında sigortalının kendisi ve hak sahipleri sağlık yardımlarından yararlanmaktadır. Buna göre ilk defa sigortalı olanların sağlık yardımından yararlanabilmeleri için en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları ile birlikte sağlık ve sigorta prim borcunun bulunmaması gerekmektedir (Ek madde 12). Bu kapsamda sağlık sigortası yardımları, hastalık ve iş kazası hallerini kapsamakta ve hastanın iyileşmesine kadar sürmektedir. Malullük sigortası kapsamında sağlanan yardım ise, malullük aylığıdır. Buna göre çalışma gücünün en az üçte ikisini yitirdiği tespit edilen sigortalı malul sayılmaktadır. Malullük aylığından yararlanabilmek için malul olmakla birlikte en az beş tam yıl sigorta primi ödemiş olmak gerekmektedir. Bununla birlikte sigortalılığı devam ederken bir iş kazası veya meslek hastalığı sonucu çalışma gücünün en az üçte ikisini kaybedenler hakkında beş tam yıl sigorta primi ödemiş olma şartı aranmamaktadır (Bağ-Kur Kanunu, 29. Madde).

Sağlık yardımları çerçevesinde ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin %20'si sigortalı ve hak sahipleri, %10'u aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanmaktadır. İş kazası ve meslek hastalığı sonucu verilecek olanlar dışında ise, protez, araç ve gereç

bedellerinin %20'si sigortalı ve hak sahipleri, %10'u ise aylık alanlar ve hak sahipleri tarafından karşılanmaktadır. Ancak, katkı payı tutarı sigortalılarda birinci gelir basamağının bir buçuk katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının %65'ini aşmamaktadır (Bağ-Kur Kanunu, Ek Madde 13).

3.1.1.4.3. Emekli Sandığı

T.C. Emekli Sandığı, 8.6.1949 tarih ve 5434 Sayılı Kanunu ile Maliye Bakanlığı'na bağlı olarak, emeklilik işlerini görmek üzere kurulmuş olup, tüzel kişiliğe sahiptir. Buna göre genel ve katma bütçeli idareler, özel idareler, belediyeler, özel kanunlarla kurulmuş ve kurulacak bankalar, genel bütçeye giren veya katma bütçeli dairelerle özel idare ve belediyelere bağlı idare ve müesseseler ile benzeri yerlerde çalışanlardan Türkiye Cumhuriyeti uyruğunda olanlar, bu sandık kapsamındaki haklardan faydalanmaktadır. Bu haklar ise; emekli aylığı, adi malullük aylığı, vazife malullüğü aylığı, dul ve yetim aylığı, harp malullüğü zammı, toptan ödeme, emekli keseneklerinin geri verilmesi, ikramiyelerdir.

Çalışan devlet memurları Emekli Sandığı sağlık yardımlarına dâhil edilmemiş ve harcamaları doğrudan devlet bütçesinden karşılanmıştır. Ayrıca SSK ve Bağ-Kur'da olduğu gibi, sağlık yardımlarından yararlanabilmek için asgari düzeyde çalışma ve prim ödeme zorunluluğu getirilmemiştir. Emekli, adi malullük ya da vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlar ve bunların hak sahipleri ile dul ve yetim aylığı alanların hastalanmaları halinde ise, bu kişiler

resmi sağlık kurumları ile kamuya yararlı dernek ve vergiden muaf vakıflara ait sağlık kuruluşlarında muayene ve tedavi ettirilmektedir. Muayene ve tedavi masrafları sandık tarafından karşılanmakla birlikte ayakta veya evde tedavi halinde kullanılacak ilaç bedellerinin % 10`u hak sahipleri tarafından ödenmektedir. Ancak, resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenen tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta veya meskende tedavileri sırasında kullanılmasına lüzum gösterilen ilaçlardan, hayati önem taşıdığı tespit edilecek olanların bedellerinin tamamı sandık tarafından ödenmektedir. Bununla birlikte yapılacak sağlık yardımları için her ay olmak üzere, emekli veya malullük aylığı alanların kendileri için 120, eşleri için 90, çocuklarının her biri için 60, ana ve babaların her biri için 90, dul aylığı alanlardan 90 ve yetim aylığı alanlardan 60 gösterge rakamının memur aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımı sonucu bulunacak tutarsa sağlık katkı payı alınmaktadır. Ancak, söz konusu katkı payı hiçbir şekilde emekli, malullük, dul ve yetim aylıklarının yüzde birini geçmemektedir (Emekli Sandığı Kanunu, Geçici Madde 139).

3.1.1.4.4. Yeşil Kart

18.06.1992 tarihinde yürürlüğe giren, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun ile hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk

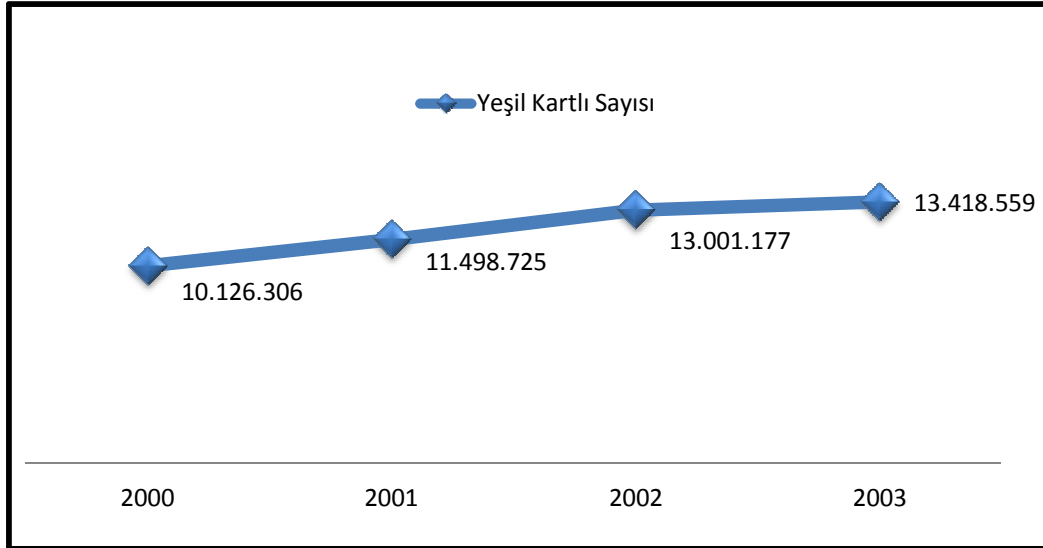
vatandaşlarının sağlık giderlerinin, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması amaçlanmıştır. Buna göre, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve aylık geliri veya aile içindeki gelir payı, belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının, Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetleri ve her türlü masrafları söz konusu kanun kapsamındadır. Kanun kapsamına giren vatandaşlara, öngörülen tedavi hizmetlerinden hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin yararlanabilmeleri amacıyla "yeşil kart" verilmektedir (Yeşil Kart Kanunu, Madde 1, 2 ve 3). Yeşil kartın verilmesinde Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri ile geri kalmış bölgelere öncelik verilmiştir (Yeşil Kart Kanunu, Geçici Madde 2). Diğer yandan aylık ya da gelir payları artarak, belirlenen sınırların üzerine çıkanların bu hakları sona ermekte ve yeşil kartları geri alınmaktadır. Sunulacak sağlık hizmetlerinin finansmanı ise, Sağlık Bakanlığı bütçesine konulan ödenek ile sağlanmaktadır.

Yeşil kart ve sağlık cüzdanı sahipleri, yeşil kart verilmesine esas alınan ikamet yerlerinde Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Belediyeler ile diğer resmi kurumlara ait birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerine sevkle veya doğrudan başvurabilmektedir. Sağlık hizmet sunucuları, verdikleri her türlü sağlık hizmeti için fatura düzenlemektedir. Yapılan tetkik ve tedaviler ile yatak ücreti, refakat, anestezi, ilaç ve benzeri unsurlar her yıl Maliye Bakanlığınca yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatı esaslarına göre belirlenmektedir. Bununla birlikte kendilerine yeşil kart verilenlerin, kapsam dışında kalan sağlık hizmetlerinin ücret ve bedelleri ise Sosyal Yardımlaşma

ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümleri çerçevesinde ödenmesine devam edilmektedir.

Yeşil kartlı sayısı, yıllar itibariyle sürekli olarak artmıştır. Benzer biçimde, yeşil kart sağlık harcamaları da artış göstermiştir. Şekil 13, yıllar itibariyle yeşil kartlı sayısını göstermektedir. 2000 yılında on milyon civarında olan yeşil kartlı sayısı 2003 yılı itibariyle on üç buçuk milyona yaklaşmıştır. 2000 yılında yeşil kartlılara yapılan sağlık harcamaları toplamı ise 209 milyon ₺'dir. Bu rakam 2001 yılında 473 milyon ₺, 2002 yılında 816 milyon ₺ ve nihayet 2003 yılında 1.170 milyon ₺'dir. 2003 yılında ilaç harcamalarının sağlık harcamalarındaki oranı ise % 18'dir. (Akdağ, 2007, 2008).

Şekil 13: Yıllar İtibariyle Yeşil Kartlı Sayısı



Kaynak: Recep Akdağ (2008), TBMM Soru Önergeleri Bilgi Sistemi.

3.1.1.4.5. Değerlendirme

SDP öncesi Türk sağlık sistemi, içinde bulunduğu durum, gerek demografik göstergeler, gerek finansman ve gerekse sosyal güvenlik bakımından ihtiyaçlara cevap vermekten oldukça uzak bir yapıdadır. Sektörde farklı birçok kurum ve kuruluşun yer alması, parçalı bir yapıya neden olmuştur. İlgili birimler arasında gerekli uyum ve koordinasyon yoktur. Birinci basamak sağlık hizmetleri ile koruyucu ve temel sağlık hizmetleri etkin değildir. Sağlık ocakları ve kamu hastanelerinde alt yapı ve insan kaynakları son derece yetersizdir. Bu nedenle sağlık hizmetleri yoğun olarak cepten harcamalarla elde edilmektedir. Acil sağlık hizmetleri kırsalda olmayıp, kentlerde ise koordinasyonsuzdur ve ücretli sunulmaktadır. Sağlık sistemi hastalıkları önlemeyi amaçlayan koruyucu hekimlikten ziyade, daha maliyetli olan tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. İlaça erişim çeşitli nedenlerden ötürü sorunludur. Sağlık hizmetlerine erişimde ve hizmetin kalitesinde bölgesel dengesizlikler bulunmaktadır. Dört kademeleri olarak kurulan sağlık sisteminde sevk mekanizması etkin çalışmadığından üst basamaklarda yoğunluğa neden olmaktadır. Sağlık insan kaynaklarında geleceğe yönelik bir planlama bulunmamaktadır. Sağlık Bakanlığı politika geliştirmek ve sektörü düzenlemekten oldukça uzaktır. Sektörün tamamına yönelik bilgi üretimi yetersiz olup, her kurum kendi bilgisini oluşturmaktadır. Bu nedenle, verilerin çoğu birbiri ile uyumlu değildir. Sosyal güvenlik kuruluşlarının aktüeryal dengeleri bozulmuştur. Sağlık harcamalarındaki artış ile milli gelir artış hızı arasında ilişki bulunmamaktadır. Kamu bütçesi program esaslı olduğundan harcamaların etkin, verimli ve ekonomik kullanımı benimsenmemiştir.

Kamuda mali disiplin, hesap verme ve mali saydamlık yoktur. Dönemin genel özelliği olan IMF politikaları ile bürokratları, sağlık harcamalarında da etkindir. Tüm nüfusun tabi olduğu bir sosyal güvenlik sistemi bulunmamakta, farklı kesimlere yönelik farklı sosyal güvenlik kurumları yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı gibi farklı sosyal güvenlik kurumlarının farklı teminat paketleri bulunmaktadır. Yeşil kartlıların ayakta tedavi ve ilaç giderleri ile diş çekimi, gözlük ve acil tedavi giderleri karşılanmamaktadır. Sigorta finansmanının farklı ya da sınırlı olması, sektörde kayıt dışı ödemeleri devasa boyutlara getirmiştir. Türk Sağlık Sistemi, sıralanan kronik sorunlar nedeniyle köklü bir değişim sürecine muhtaçtır.

3.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 yılı itibariye Türk Sağlık Sisteminin köklü bir reform sürecine olan ihtiyacı nedeniyle, 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) uygulamaya konulmuştur. SDP, *“Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmetidir. Program, bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini amaç edinen ahlaki bir anlayış üzerine inşa edilmiştir”*. Bu bağlamda SDP’nin amaçları *“sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır”*. SDP’nin amaçlarına uygun bir şekilde yapılan uygulamaların değerlendirmesi i) sağlık göstergelerindeki iyileşmeler, ii) vatandaşın finansal riskten korunması ve iii) vatandaşın verilen sağlık hizmetlerinden memnuniyeti gibi üç performans

hedefi ile ölçülmektedir (Akdağ, 2011: 48). SDP'nin temel ilkeleri ise, insan merkezilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve rekabet olarak belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2003: 25). Bu bağlamda SDP, temel olarak sorunların teşhis edilmesi, teşhis edilen sorunlara yönelik politika geliştirme, politik karar, uygulama ve değerlendirme döngüsü ile tanımlanmaktadır.

3.2.1. Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm

2003 yılı Aralık ayında yayınlanan SDP temel belgesi ile sağlık reformunun ana hatları çizilmiştir. Bu çerçevede 2003 yılında 112 Acil servis hizmetleri ücretsiz hale getirilmiş ve ücretsiz gezici sağlık hizmetleri kırsal kesimde yaygınlaştırılmaya başlanmıştır. 14.07.2004 tarihinde ise 5522 Sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile yeşil kartlıların kamu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin yolu açılmış ve böylece ayaktan tedavilerde muayene, tetkik, tahlil, ilaç ve benzeri giderleri teminat altına alınmıştır. Diğer yandan ilaçta % 20 oranında katılım payı alınmaya başlamış ve referans fiyatlama yöntemine geçilmiştir. Hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlamak amacıyla performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir. 24.11.2004 tarihinde 5258 Sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması” ile birlikte aile hekimliği ilk olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce’de uygulanmaya başlamıştır. Uygulama ile bireysel koruyucu sağlık hizmetinin yanında birinci basamaktaki teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde, toplumsal koruyucu

sağlık hizmetleri ise toplum sağlığı merkezlerinde yürütülmektedir. Aile hekimliği kapsamında yapılan tüm tetkik ve tedaviler ile koruyucu sağlık hizmetleri herkes için ücretsiz sunulmakta ve katkı payı da alınmamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri paralelinde Kanseri Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) açılmış, bebeklere ve hamilelere ücretsiz demir ilacı ile D vitamini dağıtılmaya başlanmıştır. Ayrıca ilaçta uygulanan KDV oranı %8'e indirilmiş ve "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar" ile ilaç fiyatlandırmasında şeffaflık getirilmiştir.

19.01.2005 tarihli 5283 Sayılı "Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı'na Devredilmesine Dair Kanun" ile kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. Böylece SSK kapsamındaki sigortalılar, kamu hastanelerinden hizmet almaya başlamıştır. Yeşil kart sahiplerinden ise ilaç bedelleri üzerinden %20 katılım payı alınmaya başlanmıştır. 03.07.2005 tarihinde kabul edilen 5396 Sayılı kanun ile Sağlık Hizmetleri Temel Kanununa ek yapılarak, Kamu-Özel Ortaklığı kabul edilmiştir⁵³. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri finansmanına yönelik, genellikle bir mali yıl için sunulacak hizmetler karşılığı tahsil edilecek tutarı sınırlayan "Global Bütçe" uygulamasına başlanmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine ödenecek toplam bedele bir sınır getirilerek, harcamaların kontrol altına alınması amaçlanmıştır. 17.01.2007 tarih ve 5754 sayılı

⁵³ Böylece yapılmasının gerekli olduğuna Yüksek Planlama Kurulu tarafından karar verilen sağlık tesisleri, Sağlık Bakanlığı'na verilecek ön proje ve belirlenecek temel standartlar çerçevesinde, kendisine veya Hazineye ait taşınmazlar üzerinde ihale ile belirlenecek gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine kırk dokuz yılı geçmemek şartıyla belirli süre ve bedel üzerinden kiralama karşılığı yaptırılabilir.

“Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile SSK ve Bağ-Kur sigortalıların sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için gerekli asgari prim gün sayısı 30 güne indirilmiş ayrıca üniversite hastanelerine sevk zorunluluğu kaldırılmıştır. Uluslararası hastalık sınıflandırması olan ICD-10’a (*International Classification of Diseases*) dayalı toplu ödeme sistemi getirilmiştir. 21.07.2007 tarihinde ise Sağlık Bakanlığı ilk kez yeşil kartlıları vize durumuna göre aktif ve pasif olmak üzere ikiye ayırmıştır⁵⁴.

5510 sayılı kanun ile 2008 yılı itibariyle 18 yaş altındaki tüm nüfus sosyal güvence aranmaksızın Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmıştır. Bunun birlikte 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmesi beklenen GSS’nin uygulanması, önce 01.10.2010’a daha sonra ise 01.01.2012’ye ertelenmiştir. Diğer yandan 29.09.2008 tarihli 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ile ayaktan tedavide hekim ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı getirilmiştir. Benzer biçimde ayakta tedavilerde sağlanan ilaçlarda katılım payı, kurumdan gelir ve aylık alanlar için %10, diğer kişiler için % 20 olarak uygulanmaktadır. 4207 sayılı “Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun” ile birlikte kamuya açık alanlar ile kapalı alanlarda 19.05.2008 tarihi itibariyle sigara içmek yasaklanmıştır. Diğer yandan “İlaç Takip Sistemi” pilot uygulamasına başlanmış ve ilaçların tekilleştirilmesini sağlayan karekod ile ilaçların işaretlenmesi sağlanmıştır. Böylece ilacın, geçtiği her noktadan merkezi veritabanına yapılacak bildirimler ile takibi amaçlanmıştır.

⁵⁴ Vizesini yaptırmayarak pasif duruma düşen ve yeşil kart imkânlarından faydalanamayanların sayısı ise bu dönemde 4.547.000’dir.

2010 yılına gelindiğinde ise yeşil kartlıların özel hastane acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanması sağlanmıştır. Emekli Sandığı'na tabi aktif çalışan kamu görevlileri SGK'ya devredilmiştir. Üniversite ve Sağlık Bakanlığı hekimlerinin tam gün çalışmasına yönelik yasa teklifi hazırlanmış ve ilgili düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Özel hastaneler puanlandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlenmiştir. Aile hekimliği 13.12.2010 tarihi itibarıyla tüm Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır. 01.01.2012 itibarıyla GSS yürürlüğe girmiş ve böylece toplumun tamamı sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır.

3.2.2. Sosyal Güvenliğin Dönüşümü

Sosyal Güvenlik Sisteminde süregelen yapısal sorunlar ile mali yapının sürdürülemez boyutlara ulaşması, SDP'nin temel yapı taşlarından biri olarak Sosyal Güvenlik Reformunu gündeme getirmiştir. Söz konusu reform düşüncesinin temel nedenleri ise nüfus yapısındaki değişim, sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması, sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri, bütün nüfusun sosyal güvenlik çatısı altına alınamaması, erken emeklilik, prime esas kazançların düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim tahsilat oranlarının düşüklüğü, afa ödeme kolaylığı, prim ödeme eğiliminin azalması, ödenmeyen primlerin gecikme cezalarına uygulanan afa, fon gelirlerinin yetersizliği, aylık bağlama oranının yüksekliği, prim ödeme gün sayısının düşüklüğü, erken yaşta emeklilik uygulamaları, primi alınmadan yapılan sigorta ödemeleri, borçlanma kanunları, uzayan ortalama ömür nedeniyle

artan aylık ödemeleri ve sağlık yardımlarının yanında prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığı ve sosyal güvenlik teminat paketleri arasında norm birliğinin bulunmaması olarak sıralanmaktadır. Bu bağlamda, sigorta hak ve sahipleri bakımından norm ve standart birliğinin sağlanması, tüm vatandaşlara eşit ve adil hizmet sunumunu sağlayacak genel sağlık sigortasının kurulması ve yoksulluğa karşı daha etkin korumanın sağlanması sosyal güvenlik reformunun temel nedenleri olarak belirtilmektedir (ÇSGB, 2008: 4-8; 5547 Sayılı Kanun Gerekçesi, 1-2; Başbakanlık, 2005: 33-54).

Sosyal güvenlik reformu esas itibariyle üç aşamalı olarak planlanmıştır. Bunlardan birincisi, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, ikincisi sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hükümlerinin tek bir kanunla bir araya getirilmesi yoluyla norm ve standart birliğinin sağlanması ve üçüncüsü ise primsiz ödemeler sisteminin sosyal sigorta sisteminden ayıklanması ve tek elden yürütülmesidir⁵⁵ (5547 Sayılı Kanun Gerekçesi: 2). Kurgulanan sosyal güvenlik sisteminde oluşacak tek çatı, daha önce SSK'da olduğu gibi sağlık hizmet sunumu ile eczane işletmeciliği de yapmayacaktır. Bu bağlamda 16.05.2006 tarihli ve 5502 Sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ile birlikte SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı

⁵⁵ Sosyal güvenlik sisteminin tek bir çatı altında toplanmasının altında yatan temel neden, örgütlenmedeki dağınık ve parçalı yapının, büyük ölçüde israfa ve kötüye kullanımlara neden olması, birinci basamak hizmet sunucuları yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması ve sonuç olarak sağlık harcamalarının artmasıdır. Bu bağlamda "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile uyumlu olarak, SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Maliye Bakanlığı tarafından farklı finansman yöntemleri ile yürütülen programların tek elden toplanması ve etkin kontrol mekanizmaları ile güçlendirilmiş bir sağlık hizmeti satın alma işlevinin sağlanması, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile istenilen sonuçlara ulaşmayı kolaylaştıracaktır (Başbakanlık, 2005: 63).

Sosyal Güvenlik Kuruluşları tek bir çatı altında toplanmıştır. Kurumun temel amacı ise *“sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmek”* olarak belirlenmiştir. Bu bağlamda kurumun görevleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (5502 Sayılı SGK Kanunu, Madde 3):

- i) Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak,
- ii) Hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişileri hak ve yükümlülükleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yükümlülüklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak,
- iii) Sosyal güvenliğe ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı ülkelerle yapılacak sosyal güvenlik sözleşmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yürütmek, usulüne göre yürürlüğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak,
- iv) Sosyal güvenlik alanında, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamaktır.

31.05.2006 tarihinde ise norm ve standart birliğinin sağlanması amacıyla 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” 01.01.2007 tarihinde yürürlüğe girmek üzere kabul edilmiştir. Kanunun amacı *“sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemek”* olarak belirlenmiştir (5510 Sayılı Kanun, Madde 1). Diğer yandan, Anayasa Mahkemesi’nin kamu çalışanlarına yönelik kanun

maddelerini Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesiyle iptal etmesi üzerine kanunun yürürlük tarihi 01.07.2007 ve 01.01.2008 olmak üzere iki kez ertelenmiş ve 07.04.2008 tarihli 5754 Sayılı Kanun ile çeşitli değişiklikler yapılarak 01.10.2008'de yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda, sigortalıların özel hizmet sunucularından hizmet alması, herkesin iş kazası, salgın ve meslek hastalığına karşı birinci basamak sağlık hizmet sunucularında ücretsiz sağlık yardımlarından faydalanması ile yurt dışı tedavi olanakları sağlanmıştır. Diğer yandan sisteme getirilen en önemli yenilik ise Genel Sağlık Sigortası'dır. Söz konusu uygulama ile sosyal güvenliğin kapsamı ve teminat paketi⁵⁶ genişletilmiştir.

⁵⁶ 5510 Sayılı Kanunun, 63. maddesine göre Genel Sağlık Sigortası kapsamında kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarı,

e) Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının;

1) Yapılan tıbbî tedavileri sonrasında normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi,

Tablo 12: Yıllar İtibariyle Sigortalı İstatistikleri

Yıllar	Aktifler	Pasifler	Bağımlılar	Yeşil Kartlılar*	Sosyal Güvenlik Kapsamı	Aktif-Pasif Oranı
2003	12.289.808	6.848.022	28.661.079	13.418.559	48.094.450	1.99
2004	12.553.265	7.174.632	30.109.280	6.772.444**	50.138.617	1.93
2005	13.156.439	7.504.453	31.423.261	10.811.554	52.391.314	1.92
2006	14.124.935	7.913.724	32.330.398	12.550.892	54.667.326	1.95
2007	14.763.075	8.279.444	33.070.537	14.525.112	56.423.907	1.95
2008	15.041.268	8.746.703	33.227.265	9.337.850***	57.338.454	1.87
2009	15.096.728	9.173.750	33.989.891	9.647.131	58.591.574	1.78
2010	16.196.304	9.498.351	35.470.436	9.395.185	61.506.194	1.84
2011	17.374.631	10.014.982	36.348.316	8.865.470	64.088.819	1.87
2012	18.352.859	10.382.419	33.807.725	11.357.306	62.899.043	1.90

*: Yeşil Kartlılar "Yeşil kart devri ve genel sağlık sigortası tescil işlemleri" konulu 17.01.2012 tarih -2012/2 sayılı genelge ile 2012 Ocak ayından itibaren "gelir testi yaptırılanlar" ifadesi ile anılmaktadır.

** : Otokopili sisteme geçilip, değiştirilen karne sayısı.

***: Ocak 2008 itibariyle Yeşil Kartlı sayısı 14.667.922 olmakla birlikte, 6.188.185 kişi pasif durumdadır. Pasif yeşil kart kayıtlarının 4.931.559 adedi, vize uygulamasına geçilmesiyle birlikte bloke edilmiştir. Geriye kalan 1.256.626 kişi ise SSK'lı olma, Emekli Sandığı'na geçme, maddi durumunda iyileşme, evlenme, boşanma, ikamet değişikliği, vefat, evlatlık edinilme, kayıp karne bildirimi ve diğer gerekçelerle iptal edilmiştir (Akdağ, 2009).

Kaynak: SGK Sigortalı İstatistikleri, 2013 Sosyal Güvenliğe İlişkin Temel Göstergeler.

Tablo 12'de görüldüğü üzere, Türkiye'de reform sonrası sigortalı sayısı yıllar itibariyle artmıştır. 2012 yılı sonu itibariyle 62.899.043 kişi sosyal güvenlik kapsamında yer almakta, 11.357.306 kişi ise gelir testi yaptırarak GSS kapsamında bulunmaktadır. Bu bağlamda 01.01.2012 itibariyle nüfusun tamamı, sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır. Diğer yandan 2003 yılında

2) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması,

3) Son üç yıl içinde diğer tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi,

4) Uygulamanın yapıldığı tıbbî merkezin Kurum ile sözleşme yapmış olması,

5) En az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması, şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

f) Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

1.99 olan aktif-pasif oranı 2012 yılı itibariyle 1.90 olarak gerçekleşmiştir⁵⁷. Yeşil Kartlı sayısı ise 2008 yılında başlayan vize uygulamasıyla denetim altına alınmış ve bu nedenle yıllara göre dalgalanmalar göstermiştir. 2003 yılında 13.418.559 kişi yeşil kart sahibiyken 2012 itibariyle gelir testi yaptıranların sayısı 11.357.306'dır. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, sigorta teminat paketi kapsamının genişlemesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılması sonucu, SGK'nın sağlık harcamaları artmıştır. SGK'nın gelir gider dengesi ile sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 13: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumunun Gelir-Gider Dengesi (Bin ₺)

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı (%)	Giderler	Artış Oranı (%)	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı(%)
2000	8.575.831	-	10.987.036	-	-2.411.206	78,1
2001	13.360.579	55,8	17.830.745	62,3	-4.470.166	74,9
2002	20.018.189	49,8	27.982.464	56,9	-7.964.275	71,5
2003	27.916.539	39,5	41.336.077	47,7	-13.419.538	67,5
2004	34.689.248	24,3	50.621.622	22,5	-15.932.374	68,5
2005	41.249.438	18,9	59.941.373	18,4	-18.691.935	68,8
2006	53.830.886	30,5	71.867.475	19,9	-18.036.589	74,9
2007	56.874.830	5,7	81.915.401	14,0	-25.040.571	69,4
2008	67.257.484	18,3	93.159.462	13,7	-25.901.978	72,2
2009	78.072.788	16,1	106.775.443	14,6	-28.702.655	73,1

Kaynak: SGK Mali İstatistikleri, 2013.

Tablo 13'de görüldüğü üzere, yıllar itibariyle SGK kendi gelirleriyle giderlerini karşılayamamakta ve sürekli olarak açık vermektedir. Bununla birlikte 2003

⁵⁷ 2010 yılı itibariyle aktif-pasif oranının 1.84 olarak gerçekleşmesi, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer tarafından, sürdürülen sosyal güvenlik reformunun başarısı olarak ifade edilmiştir (Dinçer, 2011).

yılında SGK gelirlerinin giderlerini karşılama oranı %67.5 iken, bu oran 2008’de %72.2’dir. Söz konusu orandaki artış, SGK’nın bütçe transferleri dahil tüm gelirlerini kapsadığından yanıltıcıdır. Devlet katkısından arındırılmış gelir-gider dengesi aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

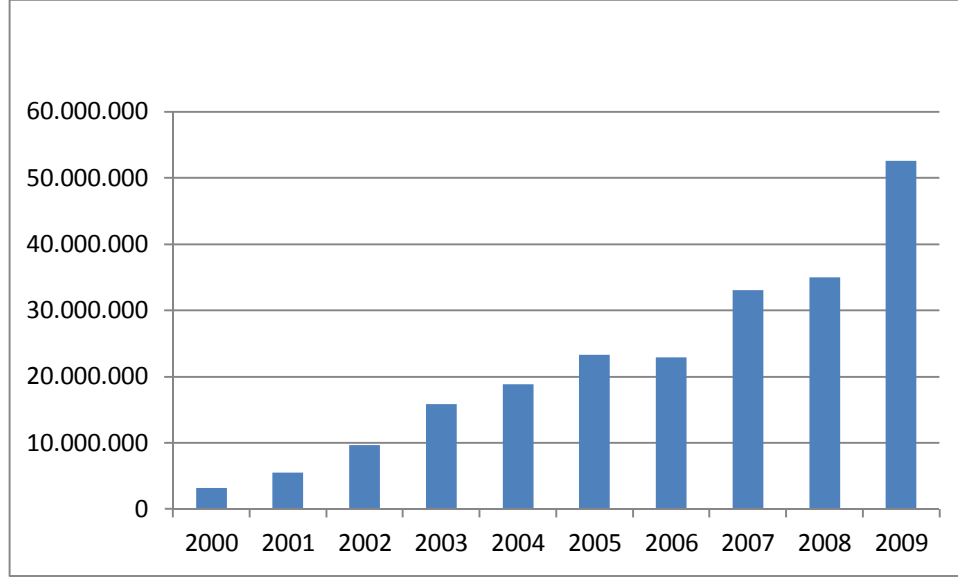
Tablo 14: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumunun Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (Bin ₺)

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Değişim Oranı (%)	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı (%)
2000	6.575.348		6.756.700	2.633.552	9.390.252	70,0
2001	9.739.521	48,1	10.696.600	4.575.995	15.272.595	63,8
2002	14.821.913	52,2	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61,0
2003	21.178.426	42,9	25.174.200	10.661.718	35.835.918	59,1
2004	27.423.790	29,5	30.660.700	13.150.129	43.810.829	62,6
2005	30.882.405	12,6	38.537.100	13.607.884	52.144.984	59,2
2006	41.619.875	34,8	45.075.855	17.666.674	62.742.529	66,3
2007	44.051.735	5,8	52.311.728	19.983.613	72.295.341	60,9
2008	54.546.453	23,8	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,6
2009	54.579.182	0,1	68.603.972	28.810.684	97.414.656	56,0

Kaynak: SGK Mali İstatistikleri, 2013.

2000 yılında SGK’nın gelirleri ile giderlerini karşılama oranı %70’tir. 2003 yılına gelindiğinde bu oran %59.1, 2008’de ise %64 olarak gerçekleşmiştir. Emekli ödemeleriyle birlikte sağlık ödemelerindeki artış, SGK’nın gelir-gider dengesini bozmuş ve açığın bütçe transferleriyle finanse edilmesi nedeniyle, bütçe üzerindeki yükü artırmıştır. Söz konusu transferlerin yıllar itibariyle gelişimi ise aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Şekil 14: Yıllar İtibariyle Sosyal Güvenlik Kurumu'na Yapılan Bütçe Transferleri (Bin ₺)



Kaynak: SGK Mali İstatistikleri, 2003

Sosyal güvenlik kapsamında bulunan nüfus oranının artmasıyla birlikte, sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısındaki artış, sağlık harcamalarını da artırmış ve bu nedenle sağlık hizmetlerinin maliyetini sınırlandırma düşüncesi gündeme gelmiştir. Hizmet sunucularına gereksiz başvuruyu azaltarak, harcamalardaki artışı kontrol altına almak amacıyla bir talep yanlı maliyet sınırlama yöntemi olan “katılım payı” uygulaması, sağlık sistemine dahil edilmiştir⁵⁸.

⁵⁸ Bu düşünce Sağlık Bakanı Recep Akdağ tarafından TBMM Genel Kurul’unda “Türkiye’de hekim sayımız yetersizdir, dolayısıyla biz vatandaşlarımızı önemli olmayan hastalıkları için aile hekimlerinden hizmet almaya yönlendirmeliyiz... daha basit hastalıklar için vatandaşlarımız hastaneye gittiğinde ağır hastalığı olan vatandaşlarımıza ayrılacak süreler azalmaktadır. Onun için katkı payları son derece iyi niyetle konmuş rakamlardır ve vatandaşlarımızın basamaklı sevk sistemini benimsemelerini teşvik etmek amacıyla konulmuştur” biçiminde açıklanmıştır (TBMM Tutanak Dergisi, 06.12.2011). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı Ömer Dinçer ise katkı payı uygulamasının hedefini “hastadan alınacak para olmadığını, devlet ve üniversite hastanelerinin yükünü hafifletmek” olarak açıklamıştır.

3.2.3. Katılım Payı Uygulaması

Katılım payı 5510 Sayılı Kanunun 3. Maddesinde “*sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar*” olarak tanımlanmaktadır. Kanunun 68. Maddesinde katılım payı alınacak sağlık hizmetleri ise i) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ii) Vücut dışı protez ve ortezler, iii) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ve iv) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri olarak sıralanmaktadır.

SSK ve Bağ-Kur çalışanları ile bunların emeklileri ve 5510 Sayılı Kanun’dan önce memur olanları kapsayan 5510 Sayılı Kanunun uygulanmasını açıklamak amacıyla SGK tarafından 29.10.2008 tarih ve 27012 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği yayımlanmıştır. Diğer yandan Maliye Bakanlığı ise benzer biçimde 31.12.2008 tarih ve 27097 sayılı Resmi Gazete’de “Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ” yayımlamıştır⁵⁹. Bu bağlamda i) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ii) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, iii) Vücut dışı protez ve ortezler ile iv) Yardımcı üreme yöntemi tedavileri, katılım payına tabi

⁵⁹ Devlet Memurları ile yeşil kartlılar, söz konusu dönemde Maliye Bakanlığı’na tabi olarak hizmet almaktadır.

tutulmuştur (Sağlık Uygulama Tebliği, Madde 3.2.1.). Bu çerçevede uygulanacak katılım payları

- i) İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında⁶⁰ 3 ₺,
- ii) Eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 ₺,
- iii) Üniversite hastanelerinde 6 ₺ ve
- iv) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 10 ₺

olarak belirlenmiştir (2008 SUT, Madde 6.1). Maliye Bakanlığı tarafından çıkarılan “Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ” ile kapsama dahil kişilerden, ayakta tedavilerinde hekim ve diş hekimi muayenelerinde, protez, ortez ve tıbbi malzeme kullanımlarında ve yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde, katılım payı alınmasına ilişkin usul ve esaslar tespit edilmiştir.

⁶⁰ 2008 Sağlık Uygulama Tebliği’nde yer alan sağlık hizmet sunucuları kendi içinde sınıflamaya tabi tutulmuştur. Buna göre Birinci basamak resmi sağlık kuruluşu, Kamu idareleri bünyesindeki kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi ve toplum sağlığı merkezi ile Sağlık Bakanlığı ile aile hekimliği sözleşmesi yapmış aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmeti birimi, üniversitelerin medikososyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin birinci basamak sağlık ünitelerinden oluşmaktadır. Birinci basamak özel sağlık kuruluşları ise, Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan özel poliklinikler, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan ağız ve diş sağlığı hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarıdır. İkinci basamak resmi sağlık kurumları, eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, tıp fakültelerinin bulunduğu ilin dışında yer alan uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezi ve dal merkezlerinden oluşmaktadır. İkinci basamak özel sağlık kurumları, Özel Hastaneler Yönetmeliğine göre ruhsat almış hastaneler ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik kapsamında açılan tıp merkezleri ile Ayakta Teşhis ve Tedavi Yapılan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmeliğin geçici ikinci maddesine göre faaliyetlerine devam eden tıp merkezleri ve dal merkezleridir. Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ise, Eğitim ve araştırma hastaneleri, özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite tıp fakültelerinin bulunduğu ilde kurulu sağlık uygulama ve araştırma merkezleri (üniversite hastaneleri) ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri ve üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerine bağlı tıp fakültesi hastanesi ile eğitim ve araştırma hastaneleri, vakıflara ait eğitim ve araştırma hastanelerinden oluşmaktadır (2008 SUT, Madde 2.1.).

Buna göre, i) Hekim ve diş hekimi muayenelerinde, ii) Protez, ortez ve tıbbi malzeme kullanımlarında ve iii) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde, katılım payı uygulaması getirilmiştir. Söz konusu katılım payı uygulaması SUT'a paralel olarak;

- i) İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında 3 ₺,
- ii) Eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 ₺,
- iii) Üniversite hastanelerinde 6 ₺ ve
- iv) Özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 10 ₺

olarak açıklanmıştır (Madde 6). Bununla birlikte, birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde aile hekimi ve acil poliklinik muayenelerinden katılım payı alınmamaktadır.

29.9.2008 tarih ve 27012 mükerrer sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin 6.1. maddesinin 1. fıkrasının, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 ₺ katılım payı alınmasına ilişkin kısmının iptali ve yürütülmesinin durdurulması isteğiyle Danıştay'da dava açılmıştır. 5510 sayılı Yasanın 68. maddesine göre, sağlık hizmetinden ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi şeklinde yararlanan kapsamdaki kişilerden alınacak katılım payı tutarının ve bu tutarın ödenmesine ilişkin usul ve esasların yönetmelikle düzenlenmesi gerektiğinden kurumun, bu madde ile ilgili olarak yönetmelik çıkarmak şeklinde sahip olduğu düzenleme yetkisini, tebliğ çıkarmak suretiyle

kullanmasında yasaya uyarlık görülmüştür. Diğer yandan 5510 sayılı yasanın 68. maddesinde, özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalardan, katılım payının farklı alınmasına olanak sağlayan bir kural bulunmaması, idare tarafından katılım payının farklı uygulanmasını gerektiren nesnel ve somut bir neden gösterilmemesi ve yasada belirtilen ölçütün de (önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı) dikkate alınmaması nedeniyle, tebliğin ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi için özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 ₺ katılım payı alınmasına ilişkin kısmının yürütmesi, 03.04.2009 tarih ve 2008/11388 esas sayılı numaralı Danıştay kararıyla durdurulmuştur⁶¹. SGK tarafından söz konusu Danıştay Kararı ve karar gerekçeleri doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılınca kadar 02.06.2009 tarihinden geçerli olmak üzere 2009/77 sayılı genelge ile aşağıdaki kararlar alınmıştır;

⁶¹ “Katılım payı alınmasına ilişkin uygulamanın ve aynı zamanda dava konusu tebliğin dayanağı olan 5510 sayılı yasanın yukarıda aktarılan 68.maddesine göre, finansmanı kurumca sağlanan sağlık hizmetlerinden ayakta tedavide hekim veya dış hekimine muayene olmak suretiyle yararlananlardan alınacak katılım payı tutarını ve bu tutarın tahsiline ilişkin usul ve esasları yönetmelikte düzenleme yetkisine sahip olan idarenin, bu yetkisini tebliğ çıkarmak suretiyle kullanmasında yasaya uyarlık görülmemektedir. Tebliğin 6.maddesi ile yapılan düzenlemede ; kamu ve özel sağlık kurum ve kuruluşunun , aynı basamakta yer almış olsa dahi, özel sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastadan , kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalara nazaran daha yüksek tutarda katılım payı alınması kurala bağlanmıştır. İdarece özel sağlık kurum ve kuruluşları ile kamuya ait sağlık kurum ve kuruluşlarına başvuran hastalardan, katılım payının farklı alınmasını gerektiren nesnel ve somut bir neden gösterilmediği gibi, yapılan düzenlemede yasada belirtilen kriter de (önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı) dikkate alınmamıştır. ...Bu durumda yukarıda yapılan açıklama ve değinilen mevzuata göre 29.09.2008 tarih ve 27012 mükerrer sayılı resmi gazetede yayımlanan 2008 yılı SUT'un 6.1 maddesinin 1.fıkrasının, ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi için özel sağlık kurumlarına başvuran hastalardan 10 TL katılım payı alınmasına ilişkin kısmında hukuka uyarlık bulunmamaktadır.”

- i) 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'nin "Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi katılım payı" başlıklı (6.1.) numaralı maddesinde yer alan tutarlar uygulanmayacaktır.
- ii) Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği uygulamasına geçilen illerde, aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmayacaktır.
- iii) Kurumla sözleşmeli ikinci ve üçüncü basamak resmi ve özel sağlık kurumlarında hekim ve diş hekimi muayenesi için katılım payı, 2 ₺ olarak uygulanacaktır.

Benzer biçimde Maliye Bakanlığı tarafından 31.12.2008 tarih ve 27097 (7. Mükerrer) sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ'in 6. Maddesinin, kapsam dâhilindekilerin özel sağlık kurum ve kuruluşlarına ilişkin 10 ₺ katılım payı alınmasının yürütmesi, Danıştay 10. Dairesinin 2009/2169 esas sayılı kararı ile durdurulmuştur. Bakanlık karara karşı itiraz hakkını kullanmayarak, 04.09.2009 tarihli genelge ile 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin geçici 9. maddesi kapsamına girenlerin ayakta tedavilerinde hekim ve diş hekimi muayenelerinden, 31.12.2008 tarihli ve 27097 sayılı 7. Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanmış olan (7) Sıra No'lu Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ'de belirlenmiş olan katılım payı tutarlarında herhangi bir artış yapılmaksızın; İkinci basamak resmi sağlık kurumlarında 3 ₺, eğitim ve araştırma hastanelerinde 4 ₺, üniversite hastanelerinde 6 ₺ ve özel sağlık kurumlarında 10 ₺ katılım payı

alınacağı ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan muayene ile aile hekimliği muayenelerinden katılım payı alınmayacağını hükme bağlamıştır.

Diğer yandan Danıştay Onuncu Dairesinin 22.03.2010 tarihli ve 2009/13940 esas sayılı Kararı ile *“18.09.2009 tarih ve 27353 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğin 1. ve 2. maddelerinin, aile hekimliği muayenelerinden alınacak katılım payı tutarının 2 ₺ olarak belirlenmesine ve bu tutarın ilgililerden tahsil edilmesine ilişkin kısımlarını yürütülmesinin durdurulmasına”* karar verilmiştir. Ayrıca, yeni Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 25.03.2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiş olup SUT’un “3.2. Katılım Payı” maddesinde yukarıda belirtilen Danıştay kararı ile yürütmesi durdurulmuş olan hükme paralel olarak aile hekimliği muayenelerinden 2 ₺ katılım payı alınacağına dair düzenleme yapılmıştır. Bu bağlamda, 25.03.2010 tarihli ve 27532 sayılı Mükerrer Resmi Gazetede yayımlanan SUT’un ilgili hükmü ile aile hekimliği muayenelerine ilişkin olarak tahsil edilmesi gerektiği belirtilen 2 ₺ katılım paylarının Danıştay Onuncu Dairesinin 22.03.2010 tarihli ve 2009/13940 esas sayılı kararı doğrultusunda, söz konusu uygulamadan 13.05.2010 tarihi itibarıyla vazgeçilmiştir. Buna göre 25.03.2010 tarih ve 27535 sayılı mükerrer Resmi gazete ile yayımlanan SUT’un 3.2.1. maddesi ile katılım payları;

- i) Birinci basamak sağlık kuruluşları muayenelerinde 2 ₺,
- ii) İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında 8 ₺,
- iii) Özel sağlık kurumlarında 15 ₺ olarak belirlenmiştir.

Birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki muayenelere ilişkin 2 ₺ tutarındaki katılım payı, kişilerin muayeneye ilişkin ilaç temini için reçete ile eczanelere müracaat aşamasında eczaneden tahsil edileceği ve muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda katılım payı uygulanmayacağı belirtilmiştir. Sağlık hizmet sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda, ikinci ve nc basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 ₺ indirim yapılmaktadır (SUT 2010, Madde 3.2.1.). Özel hizmet sunucuları ile vakıf üniversitelerine ait hastaneler, hastalardan kurumca belirlenen tutarların %70'ine kadar ilave ücret adı altında fark creti alabilmektedir. Nihai olarak 29.02.2012 tarihli SUT değişikliği ile birlikte katılım payları, ikinci ve nc basamak resmi sağlık kurumlarında 8 ₺, özel sağlık kurumlarında ise 15 ₺ olarak belirlenmiştir. Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ise, kurumca bedeli karşılanan ilaçlar için kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı uygulanmaktadır. Ayrıca her bir reçete için, 3 kutuya kadar ( kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 ₺ ve 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 ₺ olmak üzere katılım payı alınmaktadır (2013 SUT, Madde 1.8.2.). Yardımcı reme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı uygulanmaktadır⁶².

⁶² Katılım payı uygulanmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler ise SUT'un 1.8.5.

maddesinde aşağıdaki gibi sıralanmaktadır:

1. İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına yakalanan sigortalılardan, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
2. Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,
3. 5510 sayılı Kanunun 75. maddesinde yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
4. 5510 sayılı Kanunun 94. maddesinde tanımlanan kontrol muayeneleri,
5. Acil servislerde verilen ve SUT eki "Hizmet Başı İşlem Puan Listesi" nde (EK-2/B) yer alan 520.021 kodlu "Yeşil alan muayenesi" adı altında Kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere acil servislerde verilen sağlık hizmetleri, bedeli Kurumca karşılanmayan ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayeneleri, Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme yapılmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimi muayeneleri ile SUT'un 1.4.3 maddesinde belirtilen sağlık kurumları/kuruluşları tarafından sunulan sağlık hizmetleri,
6. Kurumca finansmanı sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
7. Sağlık raporu ile belgelendirilmesi şartıyla; Kurumca belirlenen SUT Eki "Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı Alınmayacak Kronik Hastalıklar Listesi"nde (EK-1/A) yer alan kronik hastalıklarda, kişilerin bu hastalıkları ile ilgili uzmanlık dalındaki ayaktan muayenelerinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınmaz. Ancak; aynı muayenede Kurumca belirlenen katılım payı alınmayacak kronik hastalıklar listesinde yer almayan başka bir tanının da tespit edilmesi ve/veya bu tanıya yönelik tedavinin düzenlenmesi halinde SUT'un 1.8.1 maddesinde tanımlanan katılım payı alınır.
8. Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlardan, yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlardan, sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla EK-4/D Listesinde yer alan ilaçlardan,
9. Tıbbi sarf malzemeleri ile SUT'un 1.8.3(1) fıkrasında yer almayan tıbbi malzemelerden,
10. Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri,
11. 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşleri,
12. 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
13. 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,
14. 2828 sayılı Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
15. Harp malûllüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler,
16. Vazife malullerinden,
17. Kurumca iade alınan tıbbi malzemelerden,
18. Polis akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,
19. Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar,
20. 19.05.2011, 23.10.2011 ve 9.11.2011 tarihlerinde meydana gelen depremler sonucunda yaralanan veya sakat kalanlara verilecek protez, ortez, araç ve gereçler,
21. 3713 sayılı Kanunun 21. maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetleri.

Sağlık hizmet sunucularının acil servislerine yapılan başvurularda ise katılım payı ile ilave ücret alınmamaktadır. Bu durum katılım payı ve ilave ücret ödemek istemeyen kişilerin yoğun olarak acil servislere başvurusunu da beraberinde getirmiştir. Sonuç olarak acil servislerde hasta yoğunluğu ile birlikte yığılmalar meydana gelmiştir. Bu bağlamda 21.01.2012 tarih ve 28180 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’de, acil servislerde “Yeşil Alan” uygulaması getirilmiştir. Söz konusu uygulama ile acil kapsamında bulunmayan muayenelerden 5 ₺ katılım payı ile ilave ücret alınmaya başlanmıştır. Yeşil Alan uygulaması kapsamına girmeyen vakalar ise, 27.01.2012 tarih ve 2012/10 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi ile belirlenmiştir. Buna göre, “yeşil alan muayenesi” ibaresinden; Her ne boyutta olursa olsun travma vakaları, acil servis başvuruları sonrası hastaneye yatışı yapılan vakalar, tıbbi müdahale uygulanan vakalar, müşahede altına alınan vakalar ile başka bir sağlık hizmet sunucusuna sevk edilen ya da başka bir sağlık hizmet sunucusundan sevkli gelen vakalar dışında kalan, Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ’de yeşil renk kodu adı altında tanımlanmış sağlık hizmetleri anlaşılmaktadır.

3.3. Sağlık Reformu Sonrası Türkiye’de Sağlığın Finansmanı

2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte ulaşılmak istenen üç temel hedeften birisi, daha önce üzerinde durulduğu gibi vatandaşların sağlık hizmetleri nedeniyle maruz kalabileceği finansal

risklerden korunmasıdır. Bu düşünce ile sağlık harcamalarında kamu-özel ayrımının kamu lehine değişeceği ileri sürülebilir. Türkiye’de yıllar itibariyle toplam sağlık harcamalarının gelişimi ile GSYİH içindeki payı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 15: Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı

Yıllar	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)	Yatırım Harcamasının GSYİH’ya Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH’ya Oranı
2000	4.7	0.2	4.9
2001	5	0.1	5.2
2002	5.2	0.1	5.4
2003	5.2	0.1	5.3
2004	5.1	0.3	5.4
2005	5.1	0.3	5.4
2006	5.4	0.4	5.8
2007	5.5	0.5	6
2008	5.5	0.6	6.1
2009	5.8	0.3	6.1
2010	5.3	0.3	5.6
2011	5	0.3	5.3
2012	5.1	0.3	5.4

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2012, Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2012.

2000 yılı itibariyle Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %4.7’si cari sağlık harcaması ve %0.2’si yatırım harcaması olmak üzere toplamda %4.9 olarak gerçekleşmiştir. Söz konusu toplam sağlık harcaması 2001 yılında %5.2, 2002 yılında %5.4 ve 2003 yılında ise %5.3’tür. Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulamaya konulduğu 2003 yılı itibariyle, sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Nitekim toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki oranı 2004 ve 2005 yılında %5.4, 2006 yılında %5.8, 2007 yılında %6 ve nihayet 2008 ve 2009 yılında ise %6.1 olmuş ve anılan dönem içinde sürekli olarak artmıştır. Bununla birlikte sağlık harcamalarında meydana gelen bu artış, harcamaların kontrol altına alınmasını gerektirmiş ve

harcamalarda 2010 itibariyle azalış gerçekleşmiştir⁶³. 2010 yılında harcamaların GSYİH içindeki payı %5.6 iken, 2011 yılında %5.3 ve 2012 yılında ise %5.4 olmuştur. Bu çerçevede Türkiye’de sağlığa ayrılan kaynak, SDP uygulamasının öncesine yani 2002 yılı verisine geri dönmüştür.

Sağlık harcamalarının kamu ve özel kesim ayrımına ilişkin veriler ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Buna göre 2000 yılında yapılan toplam sağlık harcamasının %62.9’u kamu kesimi tarafından yapılırken %37.1’i ise özel kesim tarafından yapılmaktadır. Kamu kesimi tarafından yapılan sağlık harcamalarının payı yıllar itibariyle artış göstererek 2001 yılında %68.1, 2002 yılında %70.7, 2003 yılında %71.9 ve 2004 yılında %71.3 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarının kamu payı 2005 yılında azalışa geçerek 2005 yılında %67.9, 2006 yılında %68.4 ve 2007 yılında %67.9 olmuştur. 2008 ve 2009 yıllarında söz konusu harcamalar yine artış göstermiş ve sırasıyla %73.1 ve %81 olmuştur. Sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasıyla birlikte toplam harcamalar içindeki kamu kesiminin payı bu tarih itibariyle yine azalışa geçmiş ve 2012 itibariyle %76.8 olarak gerçekleşmiştir.

⁶³ Katkı payı uygulaması da aynı döneme denk gelmektedir.

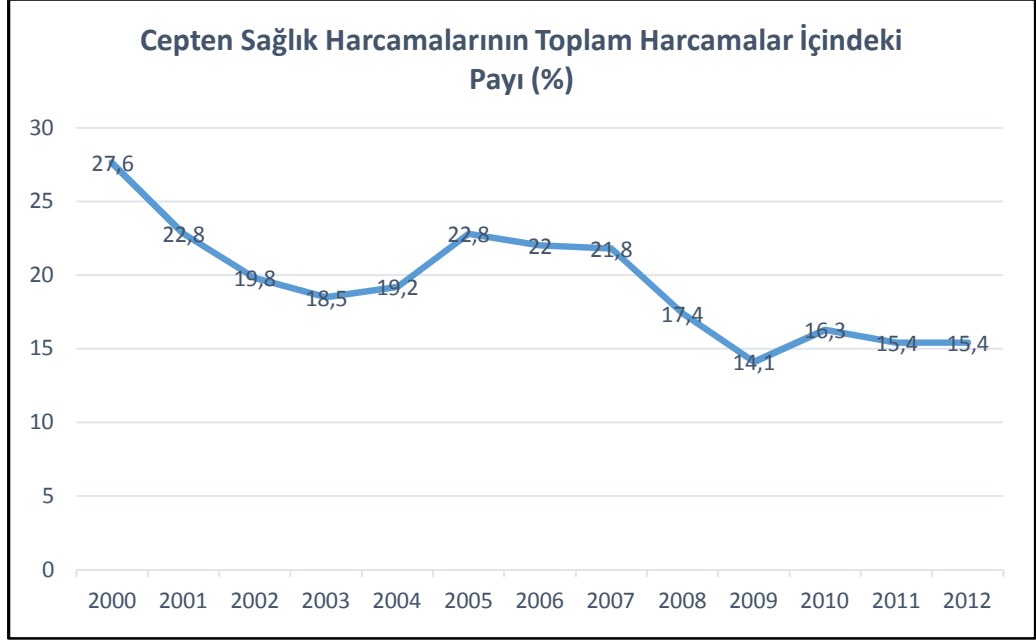
Tablo 16: Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamalarının Kamu ve Özel Dağılımı

Yıllar	Kamu	Özel	Cepte Sağlık Harcamalarının Toplam Harcamalar İçindeki Payı (%)
2000	62.9	37.1	27.6
2001	68.1	31.9	22.8
2002	70.7	29.3	19.8
2003	71.9	28.1	18.5
2004	71.3	28.7	19.2
2005	67.9	32.1	22.8
2006	68.4	31.6	22
2007	67.9	32.1	21.8
2008	73.1	26.9	17.4
2009	81	19	14.1
2010	78.7	21.3	16.3
2011	79.6	20.4	15.4
2012	76.8	23.2	15.4

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2012, Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2012.

Hanehalkı tarafından yapılan cepte sağlık harcamalarının özel kesim sağlık harcamaları içindeki oranı ise yine yıllar itibariyle değişkenlik göstermektedir. 2000 yılında toplam özel kesim sağlık harcamaları içinde cepte harcamaların oranı %27.6 iken 2004 yılına kadar azalış göstermiş ve bu dönemde %19.2 olmuştur. 2005 yılında artarak %22.8'e yükselmiş, 2006'da %22 olmuş ve yine bu tarihten itibaren azalışa geçerek 2009 yılında %14.1 olmuştur. 2009 yılı sonunda uygulamaya konulan katkı payının da etkisiyle bu tarihten itibaren cepte yapılan sağlık harcamalarının oranı artmış ve 2010 yılında %16.3'e yükselmiştir. 2011 ve 2012 yılında ise %15.4 olarak gerçekleşmiştir.

Şekil 15: Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Harcamalar İçindeki Payı (%)



Kaynak: TÜİK Sağlık İstatistikleri, 2013

Sağlık harcamaları gelişiminin benzer milli gelir düzeyine sahip ülkeler ile kıyaslanması, harcama düzeylerinin daha iyi kavranmasına yardımcı olacaktır. Bu bağlamda benzer milli gelir düzeyine sahip seçilmiş ülkelere ilişkin sağlık harcamaları göstergeleri, aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

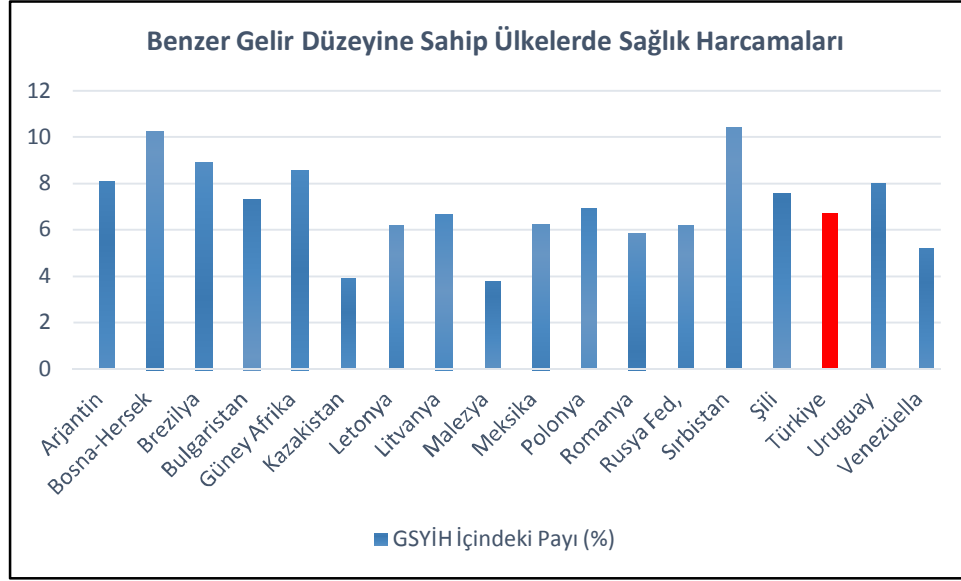
Tablo 17: Benzer Milli Gelir Düzeyine Sahip Seçilmiş Ülkelerde Sağlık Harcamalarının Gelişimi, 2011

Ülke	Kamu	Özel	Özel Harcamalar İçinde Cepten Harcamaların Oranı	GSYİH İçindeki Payı (%)
Arjantin	60.6	39.4	62.8	8.1
Bosna-Hersek	68	32	98.1	10.2
Brezilya	45.7	54.3	57.8	8.9
Bulgaristan	55.3	44.7	96.8	7.3
Güney Afrika	47.7	52.3	13.8	8.5
Kazakistan	57.9	42.1	98.7	3.9
Letonya	58.5	41.5	95.3	6.2
Litvanya	71.3	28.7	97.4	6.6
Malezya	55.2	44.8	79	3.8
Meksika	49.4	50.6	92	6.2
Polonya	71.2	28.8	79.4	6.9
Romanya	80.2	19.8	98.2	5.8
Rusya Fed.	59.7	40.3	87.9	6.2
Sırbistan	62.2	37.8	95.6	10.4
Şili	47	53	70.1	7.5
Türkiye	79.6	20.4	64.4	6.7
Uruguay	67.6	32.4	40.4	8
Venezüella	36.7	63.3	90.1	5.2

Kaynak: WHO Country Statistics 2013.

Tablo 17’de görüldüğü üzere benzer gelir düzeyine sahip ülkeler arasında sağlığa en fazla pay GSYİH’ya oranla %10.4 ile Sırbistan tarafından ayrılmaktadır. Bosna-Hersek %10.2 ile ikinci, Brezilya ise %8.9 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Malezya %3.8 ile son sırada yer alırken, Kazakistan %3.9, Venezüella %5.2, Romanya %5.8 ve Meksika %6.2 ile son sıralarda yer almaktadır. Türkiye ise sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı olan %6.7 ile genellikle kendisi ile kıyaslanan Arjantin (%8.1), Brezilya (8.9) ve Şili (%7.5) gibi ülkelerin gerisinde kalmaktadır. Diğer yandan Bulgaristan (%7.3) ve Polonya (%6.9) gibi ülkelerin GSYİH’ya kıyasla sağlığa ayırdığı pay ise dikkat çekicidir.

Şekil 16: Benzer Gelir Düzeyine Sahip Ülkelerde Sağlık Harcamaları, 2011



Kaynak: WHO Country Statistics 2013.

Sağlık harcamalarının kamu ve özel ayırımına dikkat edilildiğinde ise özel kesim katkısının daha fazla olduğu görülmektedir. Nitekim Venezüella'da bu oran %63.3 iken Brezilya'da %54.3, Güney Afrika'da %52.3 ve Meksika'da ise %50.6'dır. Türkiye'de ise sağlık harcamalarının kamu ve özel paylaşımında harcamaların yoğun olarak kamu tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir. Buna göre toplam sağlık harcamalarının %79.6'sı kamu tarafından gerçekleştirilirken bunun yalnızca %20.4'ü özel kesim tarafından sağlanmaktadır. Türkiye mevcut özel kesim katkısı ile benzer gelir düzeyine sahip ülkeler arasında son sırada yer almaktadır. Diğer yandan, özel kesim sağlık harcamalarının hanehalkı tarafından cepten yapılma durumunda ise Türkiye yine son sıralardadır. Buna göre, Kazakistan'da gerçekleşen özel kesim harcamalarının %98.7'si hanehalkı tarafından yapılırken bu oran Romanya'da %98.2, Bosna-Hersek'te %98.1, Litvanya'da %97.4,

Bulgaristan'da %96.8'dir. Güney Afrika'da toplam sağlık harcamalarının %52.3'ü özel kesim tarafından yapılırken bunun yalnızca %13.8'i hanehalkı tarafından fonlanmaktadır. Türkiye'de ise özel kesim sağlık harcamalarının %64.4'ü hanehalkı tarafınca cepten yapılmaktadır. Bu oran Arjantin'de %62.8, Brezilya'da %57.8, Meksika'da %92 ve Şili'de ise %70.1'dir. Dolayısıyla Türkiye'nin hanehalkı sağlık harcamalarında benzer gelir düzeyine sahip ülkelere kıyasla daha iyi durumda olduğu ileri sürülebilir.

Türkiye'de yıllar itibariyle kamu ve özel kesim tarafından kişi başı yapılan sağlık harcamalarının gelişimi ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Tablo 18'de kamu ve özel kişi başı sağlık harcamaları nominal ve reel olarak gösterilmekle birlikte cari kur üzerinden hesaplanan ABD doları ve satın alma gücü paritesi dikkate alınarak hesaplanan ABD doları cinsinden verilmektedir.

Tablo 18: Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Yıllar	Kamu (₺)	Özel (₺)	Nominal	Reel (2012)	USD	SGP (\$)
2000	81	47	128	732	204	457
2001	130	60	190	704	154	442
2002	201	83	284	726	187	466
2003	261	102	363	741	242	471
2004	316	127	443	832	310	547
2005	350	166	516	896	382	622
2006	434	201	635	1.006	441	738
2007	491	233	724	1.056	553	813
2008	593	219	812	1.071	624	913
2009	651	153	804	998	536	874
2010	664	181	845	966	563	889
2011	738	190	928	997	546	901
2012	783	237	1.020	1.020	567	981

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2012, Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2012.

Türkiye'de 2000 yılında kişi başına yapılan sağlık harcaması kamu kesimi tarafından 81 ₺, özel sektör tarafından ise 47 ₺ olmak üzere toplamda 128 ₺

olarak gerçekleşmiştir. Söz konusu sağlık harcaması yalnızca 2009 yılında azalmış fakat diğer tüm yıllarda artış göstermiş ve nihayet 2012 yılında 1.020 ₺ olmuştur. Diğer yandan reel rakamlara dikkat edildiğinde ise 2000 yılından 2008 yılına kadar reel bir artış varken bu tarihten sonra harcamalar azalışa geçmiştir. Benzer biçimde harcamaların döviz cinsinden gösterildiği sütunda da 2008 itibariyle meydana gelen azalış dikkat çekmektedir. Bu düşüşün özel kesim harcamalarında meydana gelen azalıştan kaynaklandığı düşünülebilir. Özellikle talep yanlı maliyet paylaşımı uygulamasının özel kesim harcamalarını azalttığı ileri sürülebilir. Kişi başına yapılan sağlık harcamalarının daha geniş kapsamlı karşılaştırması ise OECD ülkeleri kapsamında yapılabilir. Aşağıdaki tabloda OECD ülkelerinin sağlık harcamaları gelişimi gösterilmektedir.

Tablo 19: OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları, 2011

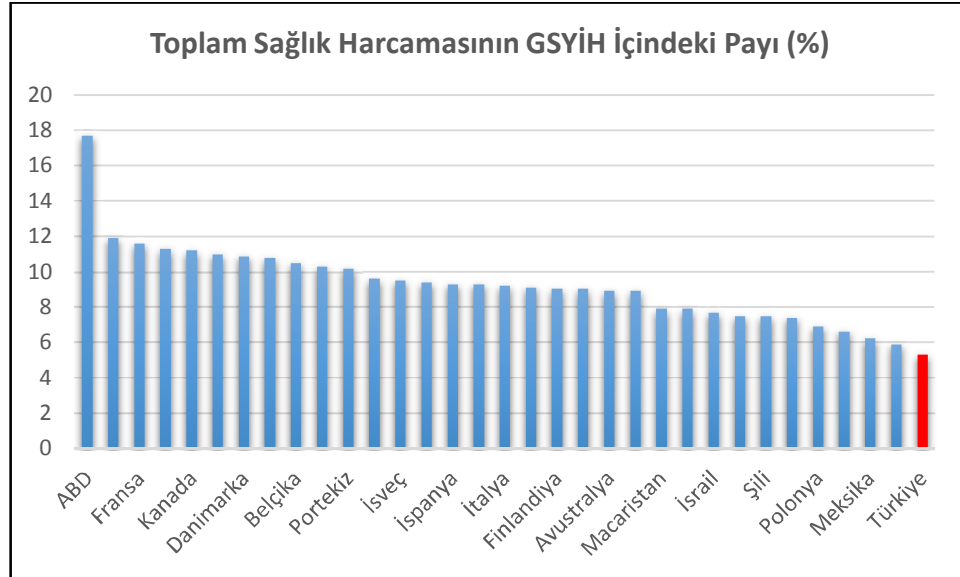
Ülke	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı (%)	Toplam Kişi Başına Sağlık Harcaması, SGP, \$	Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması, SGP, \$	Cepten Sağlık Harcamalarının Oranı (%)
ABD	17.7	8.507,6	4.066,1	11,6
Almanya	11.3	4.494,7	3.436,3	13,2
Avustralya*	8.9	3.800,1	2.577,5	19.3
Avusturya	10.8	4.546,4	3.466,2	17
Belçika	10.5	4.061,4	3.083,1	19.7
Çek Cum.	7.5	1.966	1.655	14.7
Danimarka	10.9	4.448,2	3.794,6	12.8
Estonya	5.9	1.302,7	1.033,3	17.6
Finlandiya	9	3.373,8	2.544,7	18.6
Fransa	11.6	4.117,9	3.160,5	7.5
Hollanda	11.9	5.098,9	4.054,9	6
İngiltere	9.4	3.405,5	2.821,1	9.9
İrlanda	8.9	3.699,5	2.477,3	18.1
İspanya	9.3	3.072,2	2.244,2	20.7
İsrail	7.7	2.239,4	1.361,5	26
İsveç	9.5	3.924,8	3.203,6	16.2
İsviçre	11	5.642,6	3.661,2	25.8
İtalya	9.2	3.012	2.344,5	18
İzlanda	9	3.304,9	2.656,2	18.2
Japonya*	9.6	3.213,1	2.637,9	14.4
Kanada	11.2	4.521,6	3.182,8	14.7
Kore	7.4	2.198,5	1.216,6	35.2
Lüksemburg**	6.6	4.246,2	3.995,6	11.6
Macaristan	7.9	1.688,7	1.098,3	26
Meksika*	6.2	976,5	462,1	49
Norveç	9.3	5.668,6	4.812,6	-
Polonya	6.9	1.452,4	1.020,7	22.3
Portekiz	10.2	2.618,8	1.702,6	27.3
Slovakya	7.9	1.914,9	1.358,2	22.6
Şili	7.5	1.568,4	734,9	36.9
Türkiye	5.3	901	717	15.4
Yeni Zelanda	10.3	3.182,2	2.631,4	10.9
Yunanistan	9.1	2.360,8	1.535,8	30.5

Kaynak: OECD Health Statistics 2013, *: 2010 yılı verisidir, **: 2009 yılı verisidir.

OECD ülkelerinin 2011 yılı itibariyle gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranları ile kişi başına yapılan sağlık harcamalarının satın alma gücü paritesi üzerinden cinsi ve hanehalkı tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının düzeyi tabloda gösterilmektedir. Buna göre Türkiye, 33 OECD ülkesi arasında sağlığa ayırdığı toplam kaynak ile son sırada yer

almaktadır. ABD ise GSYİH'ya oranla sağlığa ayırdığı %17.7'lik kaynakla birinci sırada yer alırken, Hollanda %11.9 ile ikinci ve Fransa ise %11.6 ile üçüncü sırada bulunmaktadır. Diğer yandan Estonya %5.9, Meksika %6.2 (2010 yılı), Lüksemburg %6,6 ve Polonya %6.6 ile yine son sıralarda yer almaktadır. OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının GSYİH'ya olan oranı itibariyle ortalaması %9.3 olduğu düşünüldüğünde Türkiye'nin mevcut sağlık harcamaları ile oldukça kötü durumda olduğu görülmektedir.

Şekil 17: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, 2011

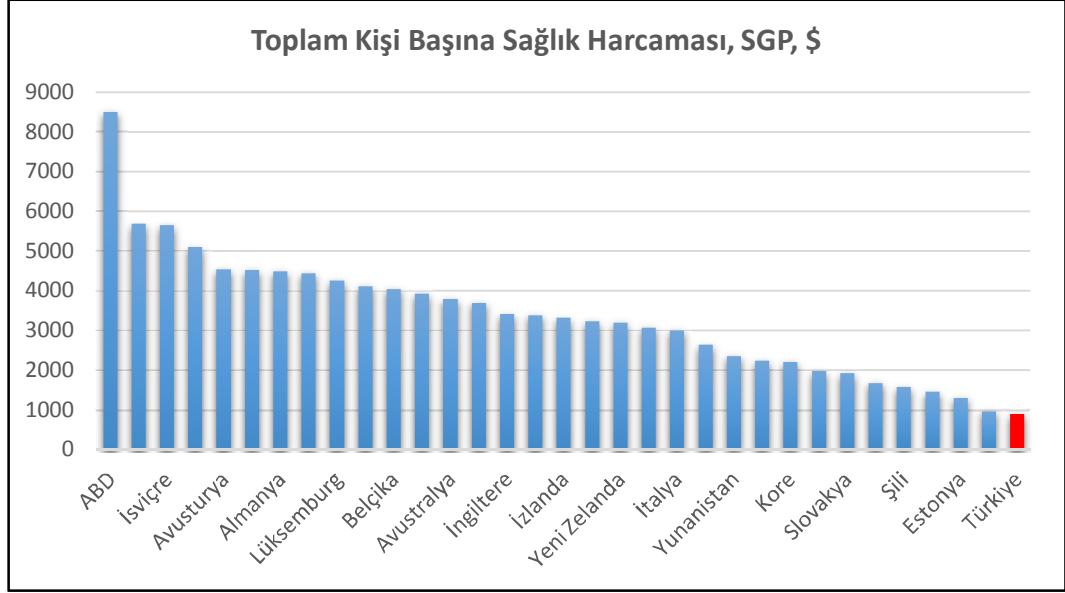


Kaynak: WHO Country Statistics 2013.

Kişi başına yapılan sağlık harcamalarının SGP dikkate alınarak dolar cinsinden gösterildiği verilere bakıldığında ise Türkiye 901 \$ harcama ile yine son sırada yer almaktadır. Benzer biçimde Meksika 976,5 \$ (2010), Estonya 1.302,7 \$ ve Polonya 1.452,4 \$ ile son sıralarda bulunmaktadır. Birinci sırada 8.507,6 \$ ile ABD yer alırken, 5.668,6 \$ ile Norveç ikinci ve 5.642,6 \$ ile İsviçre üçüncü sırada yer almaktadır. OECD ortalaması ise 3.322 \$'dır.

Sonuç olarak Türkiye kişi başına yapılan sağlık harcamasında da OECD ülkeleri içinde oldukça kötü bir göstergeye sahiptir.

Şekil 18: Seçilmiş OECD Ülkelerinde Toplam Kişi Başına Sağlık Harcaması, SGP, \$



Kaynak: WHO Country Statistics 2013.

Türkiye'nin benzer gelir düzeyine sahip seçilmiş ülkeler ile kıyaslandığı sağlık harcamaları verileri aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Buna göre sağlık harcamalarının kamu ve özel ayrımının yanında satın alma gücü paritesi dikkate alınarak dolar cinsinden toplam sağlık harcamaları verilmektedir. Buna göre satın alma gücü paritesine göre 1.013,3 \$ kişi başı kamu sağlık harcamasıyla Polonya en fazla harcamayı yapan ülkedir. Litvanya 953.9 \$ ile ikinci, Türkiye ise 869.7 \$ ile üçüncü sırada yer almaktadır. Kamu sağlık harcaması bakımından son sırada ise 241.9 \$ ile Venezüella bulunmaktadır. Toplamda yapılan sağlık harcamasına bakıldığında ise Arjantin 1.433,7 \$ harcama ile en fazla harcamayı yapan ülke konumundadır. Polonya 1.422,7 \$ ile Polonya ikinci ve Rusya Federasyonu 1.316,3 \$ ile üçüncü sırada

bulunmaktadır. Türkiye ise 1.160,5 \$'lık toplam sağlık harcaması ile benzer gelir düzeyine sahip ölkeler arasında nispeten iyi bir konumda yer almaktadır.

Tablo 20: Benzer Gelir Düzeyine Sahip Seçilmiş Ölkelerde Kişi Başı Sağlık Harcamaları, 2011

Ölke	USD	Kamu, SGP, \$	Özel, SGP, \$	Toplam, SGP, \$
Arjantin	540.8	869.4	564.3	1.433,7
Bosna-Hersek	335.2	632	296.8	928.8
Brezilya	512.6	477	565,7	1.042,7
Bulgaristan	288.5	588.5	475.5	1.064
Güney Afrika	328.8	449.5	493	942.5
Kazakistan	263.6	309.1	224.5	533.6
Letonya	491.5	689	489.7	1.178,7
Litvanya	624.5	953.9	383.1	1.337
Malezya	211.2	340.1	276.4	616.5
Meksika	306.4	464.9	475.2	940.1
Polonya	640.3	1.013,3	409.4	1.422,7
Romanya	400.9	723.2	178.3	901.5
Rusya Fed.	481.8	786.1	530.2	1.316,3
Sırbistan	386.6	742.9	452.3	1.195,2
Şili	504.5	606.7	685.5	1.292,2
Türkiye	521.8	869.7	290,8	1.160,5
Uruguay	747	817.8	391.9	1.209,7
Venezüella	203.7	241.9	417.3	659.2

Kaynak: WHO Country Statistics 2013.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK REFORMU VE HANEHALKI REFAHI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ

4.1. Literatürde Sağlık Reformu ve Refah Üzerindeki Etkileri

4.1.1. Sağlık Reformu ve Etkinlik

Maliyet paylaşımının, sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki muhtemel etkileri teoride yaygın bir şekilde incelenmektedir. Son 15-20 yıldır sağlık hizmetleri sistemlerine uygulanan piyasa tarzı reformların satın alıcı ve sunucu ayrımı, adem-i merkezileşme, rekabet, destek hizmetlerinin taşeronlaşması, hastanelerin şirketleşmesi, kullanıcı ücretleri, kamu sektörünün özel finansman kullanması ve özel sağlık sigortası gibi yollarla, maliyetleri düşürebileceği veya hizmet verimliliğini artırabileceği yönünde çok az kanıt bulunmaktadır (Lister, 2008: 22). Bununla birlikte birçok çalışmada geniş biçimde kabul gören yaklaşım, maliyet paylaşımının artmasıyla birlikte sağlık hizmetleri kullanımının -beklendiği gibi- azaldığına yöneliktir (Mendelson ve Arnold, 1992: 290; Street vd., 1999; Burrows, 2012; Lostao vd., 2007a; Lostao vd., 2007b; Lagarde ve Palmer, 2008; Ensor ve Cooper, 2004; Chalkley ve Malcomson, 2002; Robinson, 2002; Van Voorde vd., 2001; Winkelmann, 2004; Lee vd., 2012; Baji vd., 2011; Kim vd., 2002; Brixi vd., 2011; OECD, 2008; Li vd., 2007, Krutilova ve Yaya, 2012; Goetken vd., 2010, Hotchkiss vd., 2005, Wagstaff, 2001).

Maliyet paylaşımı ve etkinlik ilişkisi 1970'lerde RAND Health Insurance Experiment tarafından ABD'de yapılan ampirik çalışma⁶⁴ ile incelenmiştir. Rastsal olarak seçilen yaklaşık 2.000 aile kapsamında 5.800 birey üzerinde maliyet paylaşımının talep ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisine yönelik anket uygulaması, 1974 ve 1981 yılları arasında geniş bir zaman dilimini kapsamaktadır. Çalışmaya göre, yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri kullanımı, maliyet paylaşımı arttıkça azalmaktadır. Benzer biçimde hizmet sunucularının hasta kabul oranı, reçete yazım oranı ve tedavi hizmetlerinde azalış tespit edilmiştir. Bu bağlamda maliyet paylaşımının çeşitli sağlık göstergelerinde zayıf çıktılara neden olduğu görülmüştür.

Benzer bir çalışma Rubin ve Mendelson (1996) tarafından gerçekleştirilmiştir. Farklı maliyet paylaşımı uygulamalarının sağlık hizmetleri kullanımı üzerindeki etkilerinin test edildiği çalışmaya göre maliyet paylaşımı, hekime muayene başvurusu, hizmet sunucusunun hasta kabul oranı, hastanede ortalama yatış süresi ve reçete yazımı gibi sağlık hizmetleri kullanımını azaltmaktadır. Diğer yandan söz konusu çalışma, RAND'ın bulgularını destekler niteliktedir. Bu bağlamda maliyet paylaşımının etkin olmayan talebi azaltmasının yanında etkin olanları da azalttığı tespit edilmiştir. Kazakistan'da yapılan bir diğer çalışmaya göre ise, vakaların %20'sinde, bir bireyin hastalığı durumunda ortaya çıkan toplam maliyetler, tüm hanehalkının aylık gelirini aşmıştır. Yatan hastaların % 50'sinde hastane ücretini ödemedeki sorunlar tespit edilirken, 1/3'ünde ise sağlık hizmetlerinin borçlanma yoluyla

⁶⁴ Söz konusu çalışma, maliyet paylaşımı ve etkinlik üzerine kabul edilen klasik bir örnektir (Lostao vd., 2007: 368).

finanse edildiği vurgulanmıştır (Abel-Smith ve Falkingham, 1996). Finlandiya’da ise maliyet paylaşımı, sağlık hizmet kullanımını yaşlılarda yaklaşık %27 gençlerde ise % 18 oranında düşürmüştür (Ahlamaa vd., 1998). Söz konusu tespitler, maliyet paylaşımında mikro etkinlik tartışmalarını ortaya çıkarmaktadır.

Sağlık sigortası üzerine gerçekleştirilen bir araştırmaya göre, hizmet sunucularının hizmet başı ödeme aldığı ve hizmet talep edenlerin talep yanlı maliyet paylaşımına tabi olduğu bir sistemde, maliyet paylaşımının hizmet kullanımını azaltması, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Diğer yandan 1.000 \$’a kadar alınacak katkı payının, toplam sağlık harcamalarını, sigorta kapsamının tam olduğu sisteme göre %31 oranında düşürdüğü tespit edilmiştir. Dolayısıyla optimal sigorta literatürü, hizmetin marjinal faydasına olan duyarlılığına dayanmaktadır. Sonuç olarak tüketici ne kadar fazla ödemeye mecbur bırakılırsa, talep üzerindeki etkisi de o kadar fazla olmaktadır (Ellis ve McGuire, 1993: 137).

Scheiber ve Maeda ise (1997) gelişmekte olan ülkelerde maliyet paylaşımının yaygınlığı üzerinde durmuşlardır. Buna göre cepten ve enformal harcamaların oldukça yüksek olması, sağlık hizmetleri ile hizmet tüketimini olumsuz yönde etkilemektedir. Belli ve diğerleri ise (2004) çalışmalarında, Gürcistan’da maliyet paylaşımının 1990 ve 1999 yılları arasında, yatak doluluk oranını %51’den %29’a düşürdüğünü belirtmişlerdir. Aynı dönemde yıllık kişi başı muayene miktarı 7.3’ten 1.42’ye ve nihayet ambulans çağırma

oranı, kişi başına yıllık 0.22'den 0.03'e gerilemiştir. Hsu ve diğerleri ise (2006), acil servis kullanımının, maliyet paylaşımı ile birlikte %12 ile %23 arasında azaldığını tespit etmişlerdir. Lagarde ve Palmer (2008, 839) tarafından yirmi beş sosyal bilimler, ekonomik ve sağlık literatürüne bağlı veri tabanları üzerinde, maliyet paylaşımı uygulaması ve kaldırılmasının hizmet kullanımı üzerindeki etkilerine yönelik yapılan araştırmada, katkı paylarının kaldırılması veya azaltılmasının tedavi edici sağlık hizmetleri kullanımını arttırdığı diğer yandan hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilediği vurgulanmıştır. Macaristan sağlık sisteminin kaynak yetersizliği ile hizmet sunumundaki kalite sorunu Şubat 2007'de uygulamaya konulan katkı payı uygulamasıyla çözülmeye çalışılmıştır. Bir yıl yürürlükte olan katkı payı sonucunda hem gelir elde edilmiş hem de hizmet talebi azalmıştır. Maliyet paylaşımının başladığı Ocak ayından Ağustos ayına kadar geçen dönemde bir önceki yıl verilerine göre acil servis kullanımı %23, yatan hasta oranı ise %29 oranında azalmıştır. Diğer yandan talebin düşmesi, hekimlerin hastalarla daha fazla zaman ayırarak ilgilenmesini sağlamıştır. Buna rağmen ayaktan tedavide 2.2 € olarak belirlenen katkı payı uygulamasından, yoksul kesimi olumsuz etkilemesi ve toplumda kabul görmemesi gibi nedenlerle, referandumla Nisan 2008'de vazgeçilmiştir (Baji vd., 2011, 255-261; DB, 2008: 6). Lee ve diğerlerinin (2012) Güney Kore'de katkı paylarındaki yeni düzenlemelerin ilaç kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin yaptıkları zaman serisi analizinde, katkı paylarındaki artışın kişi başına ilaç harcamalarını %12 oranında azalttığı tespit edilmiştir.

Rezayatmand ve diğerkleri tarafından (2012) cepten yapılan sağık harcamalarının koruyucu sağık hizmetleri üzerindeki etkilerine ilişkin literatür taramasına dayalı incelemede, çeşitli veri tabanlarından konu ile ilgili 47 çalışma tespit edilmiştir. Buna göre bireylerin cepten yaptıkları sağık harcamalarının, koruyucu sağık hizmetlerine erişimi engellemekle birlikte bu hizmetlerin kullanımını azalttığı tespit edilmiştir. Chandra ve diğerkleri (2012) ise maliyet paylaşımının yoksullar üzerindeki etkisini incelemişlerdir. Söz konusu çalışma yoksul kesim için sağık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğini - 0.15 olarak hesaplamış ve fiyatlarda meydana gelecek %10'luk bir artışın hizmet kullanımını %2 oranında azaltacağı tespit edilmiştir. Ayrıca kronik ve yaşlı hastalarda esnekliğin daha duyarlı olduğu vurgulanmıştır. Bu sonuç aynı zamanda RAND çalışmasını da destekler niteliktedir.

4.1.2. Sağık Reformu ve Eşitlik

Literatürde sağık hizmetleri finansmanında uygulanan maliyet paylaşımının, eşitlik üzerindeki etkileri yaygın olarak incelenmiş ve genel olarak regresif yönlü sonuçlar tespit edilmiştir (Dorslaer vd., 1997; Fabricant vd., 1999; Burström, 2002; Wagstaff ve Dorslaer, 1998; Parker ve Wong, 1997; Hotchkiss vd., 1998; Makinen vd., 2000; Wagstaff, 2002; Falkingham, 2004; Dorslaer vd., 1999; Interpharma, 2007; Tomini ve Packard, 2011). Bununla birlikte düşük gelirli, yaşlı ve kronik hastaların muaf olduğu uygulamalarda ise sistemin progresif olduğu kabul edilmektedir (DSÖ, 2004).

Doorslaer ve diğerkleri (1997) dokuz gelişmiş ekonomi üzerinde gelire bağılı sağıık hizmetleri eşitsizliklerini incelemişlerdir. Gini katsayısı, farklılık endeksi ve yoğunlaşma endeksinin kullanıldığı analizde, farklı sosyoekonomik grupların eşitsizliğe karşı duyarlılıkları belirlenmiştir. Buna göre eşitsizliğin en fazla görüldüğü ülke -0.14 yoğunlaşma endeksi ile ABD iken, -0.11 yoğunlaşma endeksi ile İngiltere ikinci sırada yer almaktadır. Eşitsizliğin -0,7 ortalama yoğunlaşma endeksi ile kümelendiğı ülkeler ise İspanya, İsviçre ve Hollanda'dır. Batı Almanya ve Finlandiya ise -0.06 yoğunlaşma endeksine sahipken, Doğıu Almanya ile İsveç -0.03 yoğunlaşma endeksi ile eşitsizliğin en az görüldüğü ülkelerdir. Diğerk yandan dokuz ülkeye ilişkin gelire bağılı eşitsizlikler istatistiksel olarak anlamlıdır. Doorslaer ve diğerkleri (1999) tarafından sağııkta farklı finansman yöntemlerine sahip on iki OECD ülkesine yönelik, sağıık harcamalarının yeniden dağıtım üzerindeki etkisine ilişkin bir diğerk çalışmaya göre ise yapılan sağıık harcamalarının büyük oranda regresif olduğı tespit edilmiştir.

Wagstaff ve diğerkleri tarafından (1999) sağıık hizmetlerinin finansmanında eşitlik üzerine seçili Avrupa ülkelerinde karşılaştırmaya dayalı ve Kakwani endeksi (Kakwani, 1977) ile yapılan incelemede, dolaysız ve cepten yapılan sağıık harcamalarının söz konusu ülkelerde regresif (eşitliğı bozucu) olduğı tespit edilmiştir. Bununla birlikte vergiye dayalı bir sistemin ise progresif (eşitsizliğı azaltıcı) olduğı belirtilmiştir. Sosyal sigorta sisteminin tüm gelir gruplarının sigortalı ve düşük gelir gruplarının muaf olduğı Fransa ve İsviçre hariç diğerk tüm ülkelerde regresif olduğı raporlanmıştır. Almanya'da ise üst

gelir grubundaki bireylerin sosyal sigorta kapsamı dışında olması (katılmama hakkı) ve bu kesim üzerinde özel sigortanın yaygın olması nedeniyle sistem regresif sonuçlar vermektedir. Tablo 21, çalışmaya ait bulguları göstermektedir.

Tablo 21: Sağlık Hizmetleri Finansmanında Eşitlik

Finansman	İngiltere (1993)	İspanya (1990)	Fransa (1989)	Almanya (1989)	İsviçre (1992)
Doğrudan Vergi	Progresif	Progresif	Progresif	Progresif	Progresif
Dolaylı Vergi	Regresif	Regresif	Regresif	Regresif	Regresif
Sosyal Sigorta	-	-	Progresif	Regresif	Progresif
Özel Sigorta	Progresif	Regresif	Regresif	Progresif	Regresif
Cepten Harcama	Regresif	Regresif	Regresif	Regresif	Regresif

Kaynak: Wagstaff vd., (1999), Equity in the finance of health care: some further international comparisons, Journal of Health Economics, (18): 263-290.

Avrupa Sağlık Hizmeti Yönetimi Derneği (EMHA) tarafından (2000) piyasa mekanizmasının üretkenlik üzerindeki etkisine yönelik araştırmada, bunu destekleyecek az sayıda kanıt ulaşılmıştır. Bununla birlikte söz konusu mekanizmanın, maliyetleri artırdığı tespit edilmiştir. Piyasa sistemlerinin sağlık hizmetlerine erişimde daha fazla eşitlik sağlama imkanı ile uyumlu olmadığı tespit edilmiştir. Castano ve diğerleri (2002) tarafından Kolombiya sağlık sisteminde uygulanan maliyet paylaşımına yönelik ampirik analize göre, hanehalkı gelirine dayalı olarak hesaplanan Kakwani endeksi 1984 yılında -0.126 iken 1994'te -0.3498 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum hanehalkı cepten sağlık harcamalarının regresif yönde geliştiğini göstermektedir. Kim ve diğerleri (2005) tarafından Güney Kore'de maliyet paylaşımının acil servis kullanımı üzerindeki etkisine yönelik gerçekleştirilen ampirik analizde ise, sağlık hizmetlerine yönelik talebin fiyat esnekliği yüksek gelir grubunda -0.07 iken, düşük gelir grubunda ise -0.21 olarak tespit

edilmiştir. Bu bağlamda düşük gelir düzeyine sahip hastaların maliyet paylaşımına, yüksek gelir düzeylilere göre daha duyarlı olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dao ve diğerlerinin (2008) Vietnam'da uygulanan maliyet paylaşımının yoksul kesimin hizmet kullanımı üzerindeki etkisine yönelik yaptıkları ampirik analize göre, maliyet paylaşımının sisteme ek gelir sağlamasına karşın, yoksul kesimin daha da yoksullaştığı tespit edilmiştir. Zengin ve yoksul kesim arasındaki eşitsizliğin derinleşmesinin yanı sıra, hizmet sunumu çıktılarının da adaletsizleştiği görülmüştür.

Falkingham (2004) tarafından yapılan ampirik çalışmada, Tacikistan'da yürütülen sağlık reformunun, sağlık hizmeti kullanımı ile yoksullaşma üzerindeki etkileri 1999 ve 2000 yılları hane halkı tüketim verileri kapsamında incelenmiştir. Buna göre, sağlık hizmeti kullanımının sosyo ekonomik gruplar arasında farklılaştığı ve bu farklılığın ödeme kapasitesinden kaynaklandığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yoksul kesimin gerek duyduğu sağlık hizmetlerine erişimin, finansal yük nedeniyle engellendiği tespit edilmiştir.

Arredondo ve Nájera (2005) Meksika örneği çerçevesinde düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları incelemişlerdir. Farklı gelir gruplarının sağlık harcaması yüklerinin dikkate alındığı çalışmada, 2000 yılı Ulusal Sağlık Hesapları verileri kullanılmıştır. Buna göre 4.68 milyon kişi sağlık hizmetlerinden yararlanırken, bunların %63'ünün ulaşım, ilaç ve konsültasyon gibi çeşitli biçim ve formlarda sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur. Ortalama ücretlerin günlük 4.40 \$ olduğu ve Meksika'lı

hanelerin yarısından fazlasının bu tutara ulaşamadığı dikkate alındığında, Meksika gibi düşük gelirli ülkelerde yoksulların sağlık hizmetleri için daha fazla ödeme yaptığı vurgulanmıştır.

Wagner ve diğerleri (2011) tarafından 2002 ve 2003 yıllarına ilişkin Dünya Sağlık Araştırması verileri kullanılarak 70 ülkeyi kapsayan ampirik analizde, sağlık harcamalarının finansal yükü ile sağlık hizmetlerine erişim arasındaki ilişki lojistik regresyonla incelenmiştir. Buna göre orta ve düşük gelirli 51 ülkede sağlık harcamalarının, hanelerin dört haftalık toplam tüketimleri içindeki payı %13 ile %32 arasında değişmektedir. Bu bağlamda son bir ay içerisinde her beş haneden birinin katastrofik harcama yaptığı tespit edilmiştir. Diğer yandan düşük gelirli ülkelerde, yoksul kesimde dahil olmak üzere hanelerin %40'ının söz konusu harcamaları tasarruf, borç veya varlık satışı yoluyla finanse ettiği bulunmuştur. Sağlık harcamalarının finansal yükü, düşük gelirli ülkelerde yer alan yoksul hanelerde daha yoğun görülmektedir.

Chandra ve diğerleri (2012) tarafından yapılan çalışmada Massachusetts'de maliyet paylaşımının yoksullar üzerindeki etkisi incelenmiştir. Maliyet paylaşımının ahlaki tehlikeyi azaltarak sağlık harcamaları üzerindeki baskıyı ortadan kaldıracağı düşüncesi çerçevesinde, maliyet paylaşımı ve hizmet kullanımı analiz edilmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin fiyat esnekliği, RAND çalışmasını destekler nitelikte düşük gelirli arasında -0.15 olarak bulunmuş ve özellikle kronik ve yaşlı kesimde daha da yükseldiği tespit

edilmiştir. Diğer yandan maliyet paylaşımı ile sağlık hizmetleri kullanımı arasında doğrudan bir ilişki tespit edilememiştir.

Burrows (2012) Şili’de kronik hastalıklar ile cepten sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi, Şili hanehalkı bütçe anketi verilerini kullanarak, binominal lojistik model çerçevesinde incelemiştir. Buna göre 2000-2010 yılları arasında cepten yapılan sağlık harcamalarının %43 düzeyinde gerçekleşmesinin, hanelerin katastrofiye uğrama riskini artırdığı tespit edilmiştir. Ödeme kapasitelerinin %40 eşik değerini aşan hanelerin oranı %6.7 olarak bulunmuş ve bu bağlamda sağlık hizmetlerine erişimde adalet ve mali sürdürülebilirlik için uygulanan sağlık reformlarının başarısız olduğu tespit edilmiştir. Gelir dilimleri dikkate alındığında, düşük gelirli grupların, yüksek dilimdekilere göre sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmaları nedeniyle söz konusu uygulamaların regresif sonuçlar doğurduğu vurgulanmaktadır. Diğer yandan hanehalkı sağlık harcamaları ile hane geliri, eğitim, yaş, hane reisi yaşı, hane halkı ortalama yaşı gibi faktörler arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıyken, kır-kent ayrımının anlamsız olduğu bulunmuştur.

Blendon ve diğerleri (2002) Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, İngiltere ve ABD üzerinde yaptıkları karşılaştırmalı analizde, sağlık hizmetleri sunumundaki adaletsizlikleri araştırmışlardır. Buna göre söz konusu beş ülkenin hepsinde, sağlık hizmetlerinde yüksek düzeyde memnuniyetsizlik tespit edilmekle birlikte, medyan gelirin altında gelir düzeyine sahip bireylerde bu oran daha yüksektir. Diğer yandan bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık

hizmetlerinin kullanımında sorunlar yaşadığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu oran ABD’de medyan gelirin altında yer alan bireylerde %36 iken, Yeni Zelanda’da %18, Avustralya’da %17’dir. Sharma ise (2012) katkı payının birçok Afrika ülkesinde, sağlık hizmetlerine erişimde engel teşkil ettiği ve hizmet sunumundan yararlanmayı olumsuz yönde etkilediğini tespit etmiştir.

Castano ve diğerleri (2002) Kolombiya’da sürdürülen sağlık reformu çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için yapılan cepten ödemelerin, eşitlik üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. 1984-1997 dönemini kapsayan çalışma, sağlık hizmetleri finansmanında görülen cepten harcamaların neden olduğu eşitsizliği gidermek için, 1993 yılında uygulamaya konulan sağlık reformunun sonuçlarını konu edinmiştir. Çalışmada hanehalkı verileri kullanılarak eşitsizlik, Kakwani endeksi ile hesaplanmıştır. Buna göre endeksin hesaplanmasında gelirin referans alınmasıyla 1984’te -0.126 olan endeks, 1997’de -0.3498’e yükselmiş ve eşitsizliği artırmıştır.

4.1.3. Sağlık Reformu ve Katastrofik Sağlık Harcamaları

Literatürde katastrofik sağlık harcamalarının, hanehalkı refahı üzerindeki etkisine yönelik ilgi giderek artmaktadır. Bu bağlamda söz konusu ilgi, ampirik çalışmaları da hızlandırmıştır. Bu çalışmalardan bazıları Arjantin, Şili, Kolombiya, Ekvator, Honduras ve Meksika gibi altı Latin Amerika ülkesi

(Baeza ve Packard, 2005), Batı ve Doğu Asya ülkeleri (Lindelow ve Wagstaff, 2005), Tayland (Limwattananon vd., 2007), Vietnam (Wagstaff ve Van Doorslaer, 2003), Bangladeş, Nepal, Sri Lanka, Malezya, ve Kırgızistan (Van Doorslaer vd., 2007), Gürcistan (Gotsadze vd., 2009), Çin ve diğer 10 Asya ülkesi (Van Doorslaer vd., 2007), Uganda (Xu vd., 2006), Arnavutluk, Bosna Hersek, Karadağ, Sırbistan ve Kosova (Bredenkamp vd., 2010), Arnavutluk (Tomini ve Packard, 2011), Brezilya (Barros vd., 2011), Türkiye (Yardım vd., 2010; Özgen vd., 2010, Sülkü, 2011; Başar vd., 2012; Aran ve Hentschel, 2012; Yardım vd., 2013) ve Çin (Li vd., 2012) ile büyük ölçekli çoklu ülke analizleridir (Xu vd., 2003; Xu vd., 2007; Kruk vd., 2010).

Wyszewianski (1986) çalışmasında, hanehalkı katastrofik sağlık harcamalarının karakteristik özelliklerini incelemiştir. 1977 ABD Ulusal Sağlık Harcamaları Araştırmasına ilişkin veriler kullanılmış ve hane gelirlerinin %5, %10 ve %20 eşik değerleri katastrofik sağlık harcamalarının tespiti için referans alınmıştır. Analize göre hanelerin yaklaşık %80'i gelirlerinin %5'inden daha az harcama yaparken %9.6'sı gelirlerinin %10'undan ve %4.2'si ise %20'sinden fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Gelirlerine kıyasla daha fazla sağlık harcaması yapan hanelerin nispeten düşük gelir dilimlerinde yer alan haneler olduğu vurgulanmaktadır. Örneğin %20 eşik değerinin üzerinde harcama yapan hanelerin yalnızca %6,1'inin geliri yıllık 12.000 \$'ın üzerindedir.

Berki (1986) ise katastrofik sağlık harcamaları ile yoksulluk arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Yıllık hane gelirinin %5, %10 ve %20'lik eşik değerlerinin dikkate alındığı çalışmada, 1977 ABD Ulusal Sağlık Harcamaları Araştırmasına ait veriler kullanılmıştır. Buna göre 16 milyon ABD'li (%19) hane ya da bir diğer deyişle her beş haneden biri gelirlerinin %5'inden fazlasını sağlık hizmetlerine ayırmaktadır. Bu oran %10 eşik değerinde %9.6 ve %20 eşik değerinde ise %4.3'tür. %5 eşik değerin üzerinde harcama yapan hanelerin %31.7'si yıllık 12.000 \$'ın altında gelir elde ederken %16.2'si yoksulluk sınırının üzerinde, %41'i ise söz konusu sınırın altındadır. %10 eşik değerde ise hanelerin %6'sı yoksulluk sınırının üzerinde, %29.8'i ise altındadır. %20 eşik değerde yer alan hanelerin %18.4' ise yoksulluk sınırının altında bulunmaktadır. Sonuç olarak hane gelirinin %10 ve üzerinde sağlık harcaması yapan her beş haneden dördünün yoksul ve sağlık sigortası sahibi olmamasının, katastrofi üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan harcamaların en fazla görüldüğü sağlık hizmetleri ise, ayaktan tedaviler (%27.4) ve diş hastalıklarıdır (%25.8).

Xu ve diğerleri (2003) tarafından yapılan ampirik çalışmada, 59 ülke kapsamında katastrofik sağlık harcamaları konu edinilmiştir. Araştırma konusu ülkelere ait hanehalkı tüketim harcamaları veri seti kullanılmış ve regresyon analizinde, ödeme kapasitesinin %40 eşik değerini referans alınmıştır. Buna göre katastrofik sağlık harcamaları, lkelerde yaygın bir biçimde grlmekle birlikte özellikle Azerbaycan, Ukrayna, Vietnam ve Kamboçya gibi geçiş ekonomileri ile Arjantin, Brezilya, Kolombiya, Praguay

ve Peru gibi bazı Latin Amerika ülkelerinde yüksek oranlarda katastrofik harcama tespit edilmiştir. Belçika'da %0.09, Macaristan'da %0.20, Litvanya'da %1.34, Meksika'da %1.54, Bulgaristan'da %2 ve Yunanistan'da %2.17 olan bu oran Tayland'da %6.3, Brezilya'da %10.27 ve Vietnam'da %10.45'tir. Katastrofinin nedenleri ise, sağlık hizmetlerine erişimin cepten ödemeye tabi olması, düşük ödeme kapasitesi ve ön ödeme ya da sağlık sigorta mekanizmalarının yetersizliği olarak gösterilmektedir.

Wagstaff ve Van Doorslaer (2003) tarafından Vietnam'da 1993 ve 1998 yılları için katastrofik sağlık harcamaları ile söz konusu harcamaların yoksulluğa etkisi incelenmiştir. Çalışmada yoksul hanelerin, cepten yapılan sağlık harcamalarından daha fazla etkilendiği düşüncesiyle, bu kesim üzerinde katastrofik harcamaların boyutu ve sıklığı konu edinilmiştir. Analizde ödeme kapasitesi yöntemi kullanılmış ve gıda dışı harcamalarda, sağlık harcamalarının payı referans alınmıştır. Sağlık harcamalarının 1998 yılında %80'inin haneler tarafından yapıldığı dikkate alındığında, inceleme konusu dönemde harcamaların beklendiği gibi katastrofik olduğu tespit edilmiştir.

Xu ve diğerleri (2006) tarafından yapılan bir diğer ampirik analizde ise Uganda'da sağlık hizmetleri sunumunda katkı payı uygulamasının hizmet kullanımı ve finansal katastrofi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Çalışmada 1997, 2000 ve 2003 yıllarına ilişkin hanehalkı verileri kullanılmış, sağlık hizmetlerinden yararlanma lojistik regresyon, katastrofik sağlık harcamaları ise multinominal lojistik regresyon yardımıyla analiz edilmiştir. Finansal

katastrofi ödeme kapasitesiyle ölçülmüş ve gıda dışı hane tüketimi içindeki sağlık harcamalarının %40'ı eşik değer olarak kabul edilmiştir. Söz konusu çalışmaya göre katkı payının Mart 2001'de kaldırılması sonucu, yoksul kesimin sağlık hizmetleri kullanım oranında artış görülmekle birlikte katastrofik sağlık harcamalarında düşüş gerçekleşmemiştir. Bunun nedeni olarak ise ilaç kullanımının katkı payına bağlanması ve sektörde görülen yaygın enformal ödemeler gösterilmektedir.

Xu ve diğerleri (2007) ise cepten sağlık harcamalarının finansal sonuçları olan katastrofi ve yoksullaşma ilişkisini analiz etmişlerdir. Çalışmada 1990-2003 yılları arasında 89 ülkeye ait 116 hanehalkı tüketim veri seti kullanılmış ve ödeme kapasitesi metoduyla sağlık harcamalarının gıda dışı hane harcamaları içindeki payının %40 eşik değeri dikkate alınmıştır. Buna göre finansal katastrofi, Çek Cumhuriyeti, Slovakya ve İngiltere'de neredeyse %0 iken, Brezilya ve Vietnam'da %10'un üzerindedir. İnceleme konusu ülkelerin yarısından fazlasında katastrofik sağlık harcaması %2'nin altındayken, 18 ülkede ise %4'ten fazladır. Bununla birlikte ülkelerin gelir düzeyleri analiz üzerinde etkili olmayıp, her gelir düzeyinde finansal katastrofi görülmektedir. Bu bağlamda her yıl 150 milyon kişi sağlık hizmetleri kullanımında ödeme yapmaya maruz kalmaları nedeniyle finansal katastrofi yaşamaktadır.

Ekman (2007) düşük gelirli ülkelerde sağlık sigortası sahipliği ile katastrofik sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi analiz etmiştir. Çalışmada Zambiya'ya ilişkin 1998 Yaşam Standartları verileri, çok değişkenli regresyon analizi

kullanılarak test edilmiştir. Buna göre yüksek gelir düzeyi sahipliği katastrofi riskini azaltırken, hizmet sunucusuna olan uzaklık artırmaktadır. Bununla birlikte sağlık sigortası sahipliğinin bireyleri finansal katastrofiye karşı korumadığı hatta katastrofi riskini daha da artırdığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Van Doorslaer ve diğerleri (2007) tarafından yapılan bir diğer ampirik çalışmada ise Asya kıtasında, sağlık hizmetleri finansmanında görülen cepten ödemeler ve bunların katastrofik boyutu incelenmiştir. Çin dahil 14 ülkeyi kapsayan söz konusu çalışma, Asya nüfusunun %81'ini temsil etmektedir. Bu bağlamda katastrofik sağlık harcamaları, hanelerin yaşam standartlarındaki değişim ve varlık satışı çerçevesinde analiz edilmiştir. Çalışmaya göre Bangladeş (%15.57), Çin (%12.61), Hindistan (%10.84), Nepal (%5.90) ve Vietnam'da (%15.11) yüksek oranda cepten ödeme ve buna bağlı olarak katastrofik sağlık harcaması tespit edilmiştir. Örneğin Bangladeş gibi yoksul bir ülkenin en yoksul %20'lik diliminde yer alan hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarının, toplam tüketimleri içerisindeki payı %2.94 iken, Hong Kong gibi gelir düzeyi yüksek bir ülkenin en zengin %20'lik diliminde yer alan hanelerin sağlık harcamaları %2.67'dir. Bu durum yoksulların zenginlere göre sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırdığını göstermektedir. Sri Lanka, Tayland ve Malezya gibi orta gelir düzeyine sahip ülkelerde ise sağlık hizmetlerine yapılan doğrudan ödemelerin katastrofiye neden olduğu bulunmuştur. Katastrofik sağlık harcamaları, hanehalkı refahını etkileyecek maliyetlere yönelik sigorta sisteminin bulunmamasıyla

ilişkilendirilmektedir. Söz konusu katastrofi ise hem hanelerin yoksullaşmasına hem de sağlık hizmetlerine erişim önünde engel oluşturarak, sunulan sağlık hizmetlerinin kalite ve miktarını doğrudan etkilemektedir.

Gotsadze ve diğerleri (2009) ise Gürcistan'da katastrofik sağlık harcamalarını incelemişlerdir. 2007 yılında uygulamaya konulan sağlık reformunun, hanehalkı üzerindeki etkisi, sağlık hizmetleri kullanımı ve sağlık harcamaları araştırma verileri, lojistik regresyon modeli ve ödeme kapasitesi yöntemiyle analiz edilmiştir. Buna göre 2000-2007 yılları arasında, özellikle yoksul kesimin sağlık hizmet kullanımı artmış, bununla birlikte katastrofik harcamalar 1999'da %2.8 iken 2007'de %11.7'ye yükselmiştir. Bunun en önemli nedeni ise kronik hastalıklar ve yoksulluktur. Nitekim en yoksul dilimde görülen katastrofi %17.7 iken, en zengin dilimde bu oran %10.3 olarak bulunmuştur. Zengin dilimde yer alan hanelerin yoksullara göre hasta olduklarında sağlık hizmetlerini daha yoğun kullanmaları da katastrofiyle ilişkilendirilmektedir.

Kruk ve diğerleri tarafından (2009) 2002-2004 Dünya Sağlık Araştırması verileri kullanılarak çoklu lojistik regresyon modeliyle düşük ve orta gelir düzeyine sahip kırk ülke üzerinde yapılan ampirik analizle, katastrofik sağlık harcamalarının hanehalkı refahı üzerindeki etkileri analiz edilmiştir. 3.66 milyar ile dünya nüfusunun %58'ini temsil eden örneklem üzerinden elde edilen bulgulara göre hanelerin %25.9'u sağlık harcamalarını finanse edebilmek için borçlanmakta veya varlıklarını satmaktadır. Bu bağlamda

cepten yapılan harcamaların özellikle yoksul kesimde ekonomik sıkıntıya neden olduğu tespit edilmiştir. Gelişmekte olan kırk ülkede her dört aileden biri, sağlık hizmetlerinin finansmanında “ekonomik sorun” yaşamaktadır. Diğer yandan düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının %70’ini cepten yapılan harcamalar oluşturduğundan, sağlık hizmetleri kullanımı söz konusu harcamalar nedeniyle azalmıştır.

Mondal ve diğerleri (2010) ise Batı Bengal-Hindistan’da katastrofik sağlık harcamaları ve bu harcamaların hanehalkı üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Lojistik regresyon modeliyle katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler, ödeme kapasitesinin %40 eşik değeri referans alınarak analiz edilmiştir. Buna göre hanelerin %30’u ödeme kapasitelerinin %40’ından fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Uzun süreli ve kronik hastalıklar, yatarak tedavi hizmetleri ve bebek ölümleri, hanehalkı büyüklüğü ve kır-kent ayrımı ise katastrofik sağlık harcamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olan faktörlerdir.

Barros ve diğerleri (2011) Brezilya’da farklı tanım ve değişkenler kullanarak, katastrofik sağlık harcamalarını incelemişlerdir. 2002-2003 hanehalkı bütçe anketi verileri kapsamında kent nüfusunun gelir, tüketim ve sağlık harcamaları verileriyle yapılan analizde, katastrofik harcama eşiği %10, %20 ve %40 olarak referans alınmıştır. Buna göre, hanelerin %15.5’i ve %3.8’i sırasıyla %10 ve %20 eşik değerleri aşarak katastrofiye maruz kalmaktadır. Diğer yandan ödeme kapasitesinin %40’ı referans alındığında ise hanelerin

sosyoekonomik durumlarıyla katastrofik  demeler arasında negatif yönlü ilifki tespit edilmiştir. En yoksul kesimde bu oran %4.4 iken, en zengin dilimde yalnızca %0.6'dır. Bu bağlamda katastrofinin yoksul kesimde daha yoğun görüldüğü ileri s r lmektedir.

Knaut ve diğerleri (2011) on iki Latin Amerika ve Karayip  lkesi üzerinde hanehalkı katastrofik sağlık harcamalarını incelemişlerdir. Çalışmada 486 milyon kişiye ilifkin 2004-2008 yılları hanehalkı harcama verileri kullanılmış ve böylece nüfusun %85'i temsil edilmiştir. Buna göre katastrofik sağlık harcamalarının en yoğun görüldüğü ülke %15.4 ile şili iken, %0.4 ile Kosta Rika, en az görülen ülkedir. Guatemala %11.2, Nikaragua %10.3, Dominik Cumhuriyeti %9.8 ve Arjantin ise %8.4 ile katastrofik sağlık harcamalarının yaygın olarak görüldüğü diğer ülkelerdir. Bununla birlikte Arjantin dışındaki diğer tüm  lkelerde söz konusu harcamaların kırsal kesimde daha yaygın olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hanede küçük  ocuk ve yaşlı bireylerin varlığı ile sağlık sigortası sahipliği ve yoksulluk, katastrofiye neden olan diğer unsurlar olarak belirlenmiştir.

Minh ve diğerleri tarafından (2012) yapılan ampirik çalışmada, Vietnam'da cepten sağlık harcamalarının hanehalkı üzerindeki finansal yükü analiz edilmiştir. Harcamaların katastrofik boyutu ile yoksulluk üzerindeki etkileri, 2002 ve 2010 yılları verileriyle farklı sosyo ekonomik faktörler, lojistik regresyon kullanılarak incelenmiştir. Buna göre inceleme konusu tüm dönemlerde, farklı eşik değerlerde katastrofik sağlık harcamaları tespit

edilmiştir. Söz konusu harcamaların oranı 2008'e kadar artarken, 2010'da azalmıştır. Ödeme kapasitesinin %40 eşik değeri dikkate alındığında katastrofik sağlık harcamaları 2002'de %4.7, 2004'te %5.7, 2006'da %5.1, 2008'de %5.5 ve nihayet 2010'da %3.9 olarak bulunmuştur. Tüketim harcamalarının %10 eşik değerinin referans alınmasıyla katastrofik sağlık harcamaları yıllar itibariyle sırasıyla %30.8, %33.9, %29.9, %31.7 ve %24.4 olarak tespit edilmiştir. Sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler ise 2002'de %3.4 iken, 2010'da %2.5'tir. Bununla birlikte sağlık sigortası sahipliği, hane halkı fert sayısı, yaşlı fert sayısı, altı yaşından küçük çocuk sahipliği ile kırsal kesimde ikamet etme durumu, katastrofik harcamalar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Krutilová ve Yaya (2012) Çek Cumhuriyeti'nde 2008'de uygulamaya konulan sağlık reformu ile birlikte artan kullanıcı payı ödemeleri kapsamında, cepten sağlık harcamalarının etkilerini analiz etmişlerdir. Çalışmada 2007, 2008 ve 2009 hanehalkı tüketim verileri kullanılmış ve regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre 2007 yılında haneler, gelirlerinin ortalama %2.15'ini sağlığa ayırırken bu oran 2008'de %2.63 ve 2009'da %2.55 olarak gerçekleşmiş ve sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyan yaşlıların diğer hanelere göre daha fazla harcama yaptığı tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarındaki söz konusu düşüş, 2009 yılında katkı paylarının indirilmesiyle ilişkilendirilmektedir. Hane gelirinin %5 eşik değerinin referans alındığı katastrofik sağlık harcaması değeri ise katkı payının olmadığı 2007 yılında %8.13 iken 2008'de %13 ve 2009'da %11.89 olarak bulunmuştur. Bu

bağlamda yoksul kesimin daha fazla harcama yaptığı ve reform sonrası cepten sağlık harcamalarının regresif karakterde olduğu vurgulanmıştır. Katastrofiye neden olan faktörler ise, yaşlı fert varlığı, çocuksuz olma ya da tek fert ile hane halkı reisinin bayan olması ve düşük gelir düzeyidir.

Nguyen ve diğerleri (2013), Vietnam'da yatarak tedaviye neden olan kazalar ile katastrofik sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Çalışmada hanelerin gıda dışı tüketim harcamalarının %40 eşik değeri katastrofi olarak dikkate alınmış ve Thai Binh Hastanesine Ocak-Ağustos 2010 döneminde yapılan başvurulardan elde edilen veri seti, poisson regresyon modeliyle analiz edilmiştir. Trafik kazalarının neden olduğu yaralanmalar %53 ile birinci sırada yer alırken, düşmeye bağlı yaralanmalar ise %29 ile ikinci sıradadır. Buna göre yaralanmaya bağlı tedavilerin %27,5'inde katastrofik sağlık harcaması tespit edilmiştir. Yaralanmanın boyutu, uzun yatış süresi, yaş, düşük gelir düzeyi ve sigorta sahipliğinin katastrofi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Örneğin düşerek yaralanmalar, diğer yaralanmalara göre 1.54 kat katastrofiye neden olurken, hastanede her ekstra yatış günü katastrofi riskini %9 artırmaktadır.

Türkiye'de yürütülmekte olan sağlık reformunun, hanehalkı refahı üzerindeki etkileri, son yıllarda ampirik çalışmaların ilgisini çekmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında cepten yapılan harcamalar ile bunların hizmet kullanımı ve yoksulluğa etkisi söz konusu çalışmaların odak noktasını oluşturmaktadır. Yardım ve diğerleri (2010) tarafından yapılan ampirik

analizde, Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları ile yoksulluk arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada 2006 Hanehalkı Tüketim Harcamaları verileri kullanılmış ve Xu ve diğerleri (2003) tarafından uygulanan gıda dışı tüketim harcamalarının %40 eşik değeri, katastrofi olarak tanımlanmıştır. Buna göre ödeme kapasitesinin %40’ından fazlasını sağlık harcamasına ayıran hanelerin oranı %0.6’dır. Gelir grupları dikkate alındığında ise en yoksul dilimde katastrofik harcamaya maruz kalan haneler %0.5 iken, diğer dilimler sırasıyla %0.9, %0.6, %0.5, ve %0.5’tir. Harcama sonrası yoksullaşarak yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı ise %0.4’tür. Söz konusu yoksullaşma oranı %1.7 ve %0.1 ile en yoksul iki dilimde görölmektedir. Toplam hanelerin %3.3’ünün yoksul olduğu ve %16.3’ünün birinci gelir diliminde yer aldığı dikkate alındığında, katastrofinin yoksulluğu derinleştirdiği tespit edilmiştir. Diğer yandan aynı metodoloji ile 2002 ve 2003 yılı mikro verileri kullanılarak yapılan analizde katastrofik sağlık harcamalarının oranı %7.6 olarak bulunmuştur. Eğitim, sağlık sigortası sahipliği ve çalışma durumu gibi hanehalkı reisinin karakteristik özellikleri, katastrofi üzerinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bununla birlikte okul öncesi yaş düzeyinde çocuk sahipliğinin katastrofiyi önlediği, kırsal yerleşimin ise artırdığı bulunmuştur.

Özgen ve diğerleri (2010) ise Türkiye’de cepten sağlık harcamalarının katastrofik harcamalara ve yoksullaşmaya etkisini incelemişlerdir. Çalışmada 2004-2008 yıllarına ait Hane Halkı Bütçe Anketi verileri ile lojistik regresyon modeli kullanılmış ve sağlık harcamalarının hane tüketimi içindeki farklı eşik değeri ile ödeme kapasitesinin %40’ı, katastrofik sağlık harcaması olarak

tanımlanmıştır. Buna göre 2004 yılında %10 referans değerin altında sağlık harcaması yapanların oranı %40.85 iken, 2008’de bu oran %51.47’ye yükselmiştir. Toplam tüketim harcamalarının %10 eşik değeri üzerinde harcama yapanların oranı ise 2004’de %5.72 iken, 2008’de %3.93 olarak bulunmuştur. Ödeme kapasite içindeki harcamalar dikkate alındığında ise %40 eşik değerin üzerinde harcama yapan hanelerin oranı 2004 yılında %0.75 iken 2008 yılında bu oran %0.32’dir. Logit model sonuçlarına göre ise gelir, hane büyüklüğü, eğitim düzeyi, 5 yaş altı ve 65 yaş üzeri birey varlığı, sağlık sigortası sahipliği, engelli birey varlığı, yatarak tedavilerde cepten harcama yapılması ve yerleşim yerinin katastrofik harcamalar üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki etkisinin ise hem ulusal hem de uluslararası yoksulluk kriterleri itibariyle %1’in altında olup yıllar itibariyle azaldığı bulunmuştur. Harcama sonrası yüksek oranda yoksullaşan haneler, en yoksul birinci dilimde bulunanlar, kalabalık haneler, hane halkı reisinin eğitim seviyesi ilköğretim ve altı olan haneler, yaşlı bireylerin bulunduğu haneler, hanehalkı reisinin kadın olduğu haneler, hanehalkı reisinin yeşil kart’lı olduğu haneler, hanehalkı reisinin çalışmadığı haneler, engelli bireylerin bulunduğu haneler, yatarak tedavilerde cepten harcama yapan haneler ile kırdaki yaşayan hanelerdir.

Sülkü (2011), Türkiye’de SDP öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamalarının mali yükünü analiz etmiştir. Çalışmada 2002 ve 2003 yıllarına ait Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık

Araştırması verileri kullanılmış ve hane gelirinin %10 ve %20 eşik değerleri mali yük olarak tanımlanmıştır. Diğer yandan 65 yaş üzeri bireylerin görece olarak daha fazla sağlık harcaması yaptığı düşüncesiyle çalışmada 65 yaş altı nüfus dikkate alınmıştır. Buna göre gelirinin %10 ve %20'sinden daha fazlasını sağlık harcamalarına ayıran hanelerin oranı sırasıyla %18.9 ve %14.4'tür. Söz konusu harcamaların sağlık sigortasına göre dağılımında ise farklılıklar görülmektedir. Yeşil kartlıların %25.9'u, %10 eşik değerin üzerinde harcama yaparken, %22.2'si %20 eşik değeri aşmaktadır. Aktif memurlarda ise bu oran sırasıyla %8.8 ve %5.7'dir. Bu bağlamda mali yüke en fazla maruz kalanlar yeşil kartlılar iken, en az maruz kalanlar ise aktif memurlar olarak tespit edilmiştir. Mali yükün hanenin gelir düzeyine göre dağılımında ise, yoksulluk sınırının altında yer alan hanelerin finansal risk ile daha fazla karşı karşıya kaldığı, bununla birlikte demografik özellikler dikkate alındığında ise 35-54 yaş aralığında olan bireyler ile kadınlar ve kırdaki yaşayan hanelerin finansal riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak Türkiye'de sağlık sisteminin sosyoekonomik farklılıklara göre etkin ve hakkaniyetli bir mali korumayı sağlamadığı tespit edilmiştir.

Başar ve diğerleri (2012) ise 2002 ve 2008 yılları Hane Halkı Bütçe Anketi verilerini kullanarak Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarını probit ve Sartori modelleri yardımıyla analiz etmiştir. Çalışmada katastrofik sağlık harcamaları, hane tüketiminin %2,5, %5, %10, %15 ve %20'lik beş farklı eşik değeri referans alınarak tanımlanmıştır. Buna göre SDP'nin başlangıç yılı olan 2003'te hanelerin %4.7'si %10 eşik değeri aşarken bu oran 2004'de

%5.4, 2005'te %5.4, 2006'da %5.2, 2007'de %5 ve nihayet 2008'de %3.8 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte probit model sonuçlarına göre yoksulların yoksul olmayanlara göre katastrofik harcamalara daha az maruz kaldığı ve şaşırtıcı bir biçimde yoksul kesimde yer alan hanelerin %64'ünün sağlık harcaması yapmadığı tespit edilmiştir. Diğer yandan hanede okul öncesi çağda çocuk ve yaşlı birey varlığı katastrofi riskini artırmaktadır. Eğitim seviyesi, kent ikametgahı ve sağlık sigortası sahipliği ise katastrofi riskini azaltan ve istatistiksel olarak anlamlı bulunan faktörlerdir. Sartori modeli sonuçlarına göre ise sağlık sigortası sahipliğinin katastrofi riskini azalttığı tespit edilmiştir. Yoksul dilimde yer alan hanelerin yalnızca %15.6'sının sağlık sigortasının bulunduğu dikkate alındığında, söz konusu kesimin yüksek risk taşıdığı ileri sürülmektedir. Yaşlı veya hasta birey varlığı ile hane büyüklüğü katastrofi riskini artırırken, eğitim düzeyi ve kent ikametgahının söz konusu riski azalttığı bulunmuştur.

Aran ve Hentschel (2012), Türkiye'de yeşil kart uygulamasının 2003 ve 2008 yılları gibi konjonktürel dalgalanmaların farklı dönemlerinde, sağlık hizmetlerinde eşitlik ve finansal koruma üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada Hanehalkı Bütçe Anketi ile Refah İzleme Araştırması verileri kullanılmıştır. Buna göre cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksulluğa düşürdüğü hanelerin oranı 2003 yılında %0.8 ve 2009 yılında %0.3 olup istatistiksel olarak anlamlı değildir. Diğer yandan tüketim harcamalarının %10 eşik değerinin üzerinde harcama yapan hanelerin oranı 2003 yılında %4.89 iken 2008 yılında %3.99'a gerilemiştir. Ödeme kapasitesi dikkate alındığında

ise 2003 yılında hanelerin %0.86'sı %40 eşik değerin üzerinde sağlık harcaması yaparken bu oran 2008'de %0.41 olarak gerçekleşmiştir. Bu bağlamda yeşil kart uygulamasının 2003-2008 yılları arasında progresif sonuçlar gösterdiği ve haneleri sağlık harcamalarının finansal yükünden koruduğu tespit edilmiştir.

Yardım ve diğerleri (2013), 2003 yılında uygulamaya konulan sağlık reformunun, hanelerin sağlık harcamaları nedeniyle maruz kaldığı finansal baskıdan korunma üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada 2003, 2006 ve 2009 yılları Hane Halkı Bütçe Anketi verileri, lojistik regresyon ve en küçük kareler yöntemi kullanılarak, katastrofik sağlık harcamaları ve yoksulluk ilişkisi analiz edilmiştir. Ödeme kapasitesinin %40 eşik değeri katastrofik harcama olarak tanımlanmış ve eşitsizlik Kakwani endeksiyle ölçülmüştür. Buna göre sağlık hizmeti nedeniyle cebinden harcama yapan hane oranı 2003 yılında %41.9 iken bu oran 2009 yılında %59.8'e yükselmiştir. Bununla birlikte yoksul gelir diliminde yer alan hanelerin söz konusu dönemde sağlık harcamalarının ödeme kapasiteleri içindeki payı sürekli artarken, zengin dilimde azalmıştır. 2003 yılında en yoksul dilimde bu oran %29.5 iken, 2006'da %39.5 ve 2009'da %49.6 olarak gerçekleşmiştir. 2003 yılında bu oran, zengin dilimde %53.5, 2006'da %65.6 ve 2009'da %64.7'dir. Katastrofik harcamaya maruz kalan yoksul oranı 2003'te %0.6, 2006'da %0.5 ve 2009'da %0.6 iken, bu oran zengin dilimde ise yıllar itibariyle sırasıyla %1.2, %0.6 ve %0.6 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla katastrofi nedeniyle yoksul kesimde yoksulluk 2003'te %1.3, 2006'da %1.7 ve

2009'da %1 artarak derinleşmiştir. 2003 yılında en fazla cepten harcama özel sigortaya sahip haneler tarafından yapılırken 2009 yılında yeşil kartlılar ile sigortasızların yoğun olarak cepten harcama yaptığı tespit edilmiştir. Diğer yandan hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamaları ile eşitsizlik arasındaki ilişki Kakwani endeksiyle ölçülmüştür. Buna göre 2003 yılında 0.079 olan endeks, 2006 yılında 0.009 ve 2009 yılında -0.028 olarak bulunmuştur. Dolayısıyla sağlık sisteminin 2003 yılında progresif, 2006 ve 2009'da ise regresif olduğu bulunmuştur.

4.2. Materyal ve Yöntem

4.2.1. Veri Kaynağı

Çalışmanın verileri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan “Hanehalkı Bütçe Anketi” verilerinden elde edilmiştir. Söz konusu anketler, hanelerin sosyoekonomik yapıları, yaşam düzeyleri ve tüketim kalıpları hakkında bilgi vermekte ve uygulanan sosyoekonomik politikaların geçerliliğinin test edilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Anketlerde bireylerin ve hanehalklarının⁶⁵ tüketim yapıları, gelir düzeyleri, sosyoekonomik gruplar ile kır-kent bölge dağılımı kapsamında tüketim harcaması türleri, hanelerin sosyoekonomik özellikleri, hanehalkı reisi⁶⁶ ve fertlerinin⁶⁷ çalışma durumları,

⁶⁵ Aralarında akrabalık bağı bulunsun veya bulunmasın aynı konutta veya aynı konutun bir bölümünde yaşayan, temel ihtiyaçlarını birlikte karşılayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine iştirak eden bir veya birden fazla kişiden oluşan topluluktur.

⁶⁶ Hanehalkının kazanç ve masraflarından sorumlu olan, kısaca hanehalkını bilfiil yöneten kişidir. Burada ölçü yalnız gelir getirmek değil, hanehalkı adına hukuki, sosyal ve iktisadi tasarrufta bulunabilmektir. Hanede hiç değilse bir noktada diğer fertlerden daha üstün ve aktif bir rol oynayan fert, hanehalkı sorumlusu olarak tanımlanmıştır.

hanehalkı toplam geliri ve diğer konular hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu bağlamda 1994 yılında yapılan Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi, 2002 yılından itibaren her yıl düzenli olarak yapılmaktadır (TÜİK, 2011).

Avrupa Birliği uyum çalışmaları çerçevesinde 2003 yılından itibaren uygulamaya başlanan tüketici fiyat endeksine baz oluşturması için, 2003 yılında yeni ismiyle “Hanehalkı Bütçe Anketi”nin tahmin boyutu yeniden ele alınmış ve Türkiye, Kent, Kır, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey-I ve her Düzey-I bölgesi için kent/kır ayrımı ile Düzey-II bazında tahmin verme amacına yönelik olarak örnek hacmi 2003 yılı için genişletilerek 25.920 hanehalkına anket uygulanmıştır. 2004 yılından itibaren, çalışmaların yıllık örnek hacmi yeniden küçültülerek yıllık anket sistemine devam edilmiştir. Yıllık anket sonuçlarından Türkiye geneli, kentsel ve kırsal yerler ayrımında tüketim harcaması ve harcamaya dayalı yoksulluk göstergeleri elde edilmiştir. Geriye dönük üç yıllık veri setlerinin birleştirilmesiyle de Türkiye, Kent, Kır, İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması Düzey-I ve Düzey-II bazında, sadece harcamaların oransal dağılımına ilişkin tahminler verilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın coğrafi kapsamı, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bulunan tüm yerleşim yerleridir. Yerleşim yerleri, kır-kent olmak üzere iki tabakaya ayrılmıştır. Buna göre kentsel bölgeler, nüfusu 20.001 ve daha fazla olan

⁶⁷ Hanehalkını meydana getiren topluluğun her bir üyesidir. Bununla birlikte askerde, hapiste olanlar ve huzurevlerinde kalan yaşlılar ve üniversite yurdunda kalan öğrenciler, hanede kalış süresi ne olursa olsun misafirler ve hanehalkından evlenme, askere gitme, çalışmaya gitme gibi sebeplerle kesin olarak ayrılanlar hanehalkı ferdi olarak kapsamamaktadır.

yerleşim yerlerinden oluşurken kırsal bölgeler ise nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yerleri olarak tanımlanmaktadır.

Anketin kapsamı, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bulunan hanelerde yaşayan fertlerdir. Buna göre kurumsal nüfus⁶⁸ kapsamında bulunanlar ile göçer nüfus, anketlerin kapsamı dışındadır. Anketin uygulama dönemi ise 1 Ocak-31 Aralık tarihleri arasında bir yıl süre ile kırsal ve kentsel bölgelerden aylık olarak toplanan verilerden oluşmaktadır. Tüketim harcaması kapsamında hanehalklarının anket ayı içinde yaptığı satın alımlar, kendi üretiminden tüketimi, kendi üretiminden stokladığı ürünlerden anket ayındaki tüketimi, çalışan fertlerin işyerinden elde ettikleri mal ve hizmetler ile hanehalkının hediye ve yardım etmek amacıyla satın aldıkları ile anket ayı ve son on iki ayda elde edilen kullanılabilir gelir bilgileri yer almaktadır. Diğer yandan, hanehalkı örneklem sayıları yıllar itibariyle farklılık gösterebilmektedir. Bu bağlamda ilgili yıllara ait anket uygulanan hane sayısı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

⁶⁸ Günlük yaşam gereksinimleri, yasal bir düzenlemeye dayalı olarak kurulan özel ya da tüzel kurum/kuruluşlarda kısmen ya da tamamen karşılanan, bireysel karar ve davranışlarında yetkili otoritenin kurallarına kısmen ya da tamamen bağımlı olarak hareket eden, ancak bireysel harcamalarına karar verebilen kişilerin yaşamlarını sürdürdükleri alanlarda yaşayan nüfusa kurumsal nüfus denir. Bu tanıma göre; üniversite yurtları, misafirhane, çocuk yuvası, yetiştirme yurdu, huzurevi, özel nitelikteki hastane, hapisanede, kışla ve ordu evlerinde yaşayanlar kurumsal nüfusa dahildir.

Tablo 22: Yıllar İtibariyle Anket Uygulanan Hanehalkı Sayıları

Yıl	Anket Uygulanan Hanehalkı Sayısı	Ağırlıklı Hanehalkı Sayısı
2003	25.920	16.744.495
2004	8.640	17.096.537
2005	8.640	17.549.020
2006	8.640	17.689.552
2007	8.640	17.337.894
2008	8.640	17.794.238
2009	12.600	18.427.322
2010	13.248	18.808.172
2011	13.248	19.311.637

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Kılavuzu.

Anketten temel olarak üç ana grup değişken elde edilmektedir. Bunlar, oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar ve ulaştırma araçları gibi hanehalkı sosyoekonomik durum değişkenleri, alt harcama grubu ve yapılan tüketim harcaması değerinden oluşan tüketim harcaması değişkenleri ve yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, istihdam durumu (meslek, iktisadi faaliyet, işteki durum) değişkenleri ile anket ayı ve son 12 ay olmak üzere faaliyet ve faaliyet dışı kullanılabilir gelirlerden oluşan fertlere ilişkin değişkenlerdir (TÜİK, 2011).

Temel olarak bilimsel bir analizin yapılabilmesi için kullanılan veri setinin güvenilir olması ve anakütleyi doğru bir biçimde temsil etmesi gerekmektedir. Bu bağlamda Hanehalkı Bütçe Anketi verilerinin, Sağlık Harcamaları Anketlerine göre daha az güvenilir olduğu ileri sürülebilir (O'Donnell vd., 2008: 19). Bunun nedeni, araştırmanın yalnızca sağlık harcamalarına yoğunlaşması nedeniyle, ayrıntılı sorulara yer vermesi ve tüketici tarafından hatırlanmasının daha kolay olmasıdır. Bununla birlikte söz konusu sorunu en

aza indirmek için TÜİK tarafından hanehalkının anket ayı süresince tüm harcamalarının, hane tarafından unutulmadan kaydedilmesini sağlamak için hanehalkı günlük harcama kayıt defteri tutulmaktadır. Günlükler, anket ayı öncesinde hanehalkına yapılan ziyarette haneye tanıtılmakta, nasıl doldurulacağı anketör tarafından anlatılarak hanede bırakılmaktadır. Hanehalkının gerek satın alarak yaptığı harcamalar, gerekse kendi üretimlerinden tükettiği maddeler, çalışan hanehalkı fertlerinin işyerinde üretilen ya da satılan mal ya da hizmetlerden haneye getirdikleri ile haneye başka hane ya da kuruluşlardan verilen hediye ve yardımlar; hanehalkı sorumlusu veya hanehalkında yaşayan yetişkin bir fert tarafından bir ay boyunca günlüklere kaydedilmektedir. Günlükler, ay içerisinde her hafta değiştirilmektedir. Buna göre harcama maddelerinin adı, tanımı, ölçü birimi, miktarı, toplam değer ve alışverişin yapıldığı yerin kaydedilmesi istenmektedir (TÜİK, 2011). Hanehalklarından bilgiler ise görüşme, kayıt ve gözlem metodları kullanılarak derlenmektedir. Her anketör, her ay ortalama 6 örnek hanehalkını anket ayı öncesi 1 kez, 1.ve 2.hafta 2’şer kez, 3. ve 4. hafta 1 kez ve anket ayı bitiminde de 1 kez olmak üzere her bir hanehalkını ayda ortalama 8 defa ziyaret ederek tüketim harcamaları ve son ziyarette gelir bilgilerini kayıt etmektedir. Anket ayı öncesinde örnek hanehalkına yapılan ilk ziyarette, hanehalkı ile tanışma sağlandıktan sonra hanehalkının sosyoekonomik durumuna ait bilgiler alınmakta, harcama kayıt defterinin nasıl doldurulacağı açıklanmaktadır. Anket ayı içinde yapılan ziyaretler sırasında, örnek hanenin anket ayında yaptığı gıda, giyim, sağlık, ulaştırma, haberleşme, eğitim, kültür, eğlence, konut, ev eşyası gibi tüketim harcamaları

hanehalkına bırakılan kayıt defterinden kayıtlama ve görüşme yöntemleri ile alınmaktadır. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanehalkı fertlerinin anket ayı içindeki istihdam durumu, iktisadi faaliyeti, mesleği, işteki durumu, anket ayı ve son 12 ay içerisinde elde ettiği kullanılabilir net gelir bilgileri derlenmektedir.

Hanehalkının anket ayı içinde yaptığı tüm mal ve hizmet harcamalarının sınıflandırılmasında kullanılan sınıflama sistemi ise COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose) olarak isimlendirilmektedir. COICOP sınıflaması, Satın Alma Gücü (PPP), Tüketici Fiyat İndeksi (CPI) ve Hanehalkı Bütçe Anketi (HBS)'nde kullanılmak üzere üç farklı versiyonu bulunmaktadır. COICOP Sınıflaması, 12 harcama grubu bazında toplanmaktadır. Bunlar;

1. Gıda ve alkolsüz içecekler
2. Alkollü içecekler, sigara ve tütün
3. Giyim ve ayakkabı
4. Konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar
5. Mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri
6. Sağlık
7. Ulaştırma
8. Haberleşme
9. Eğlence ve kültür
10. Eğitim hizmetleri
11. Lokanta, yemek hizmetleri ve oteller
12. Çeşitli mal ve hizmetlerden oluşmaktadır.

Çalışmanın odaklandığı tüketim türü altıncı sırada kodlanan sağlık harcamalarıdır. Söz konusu harcamalar ise ilaçlar, sağlık ürünleri, tedavi edici alet ve malzemeler (gözlük, lens, boyunluk, işitme cihazı, yürüteç vb.), sağlıkla ilgili aletler (tansiyon aleti, şeker ölçme aleti vb.), hastane ve hastane dışı tıbbi hizmetler (doktor muayene ücreti, dişçilik hizmetleri, röntgen, ultrason, tomografi ve tahlil ile hastane), yatak, ameliyat, doğum, fizik tedavi ve ambulans ile ilgili harcamalardan meydana gelmektedir.

4.2.2. Yöntem

Literatürde sağlık reformunun hanehalkı refahı üzerindeki etkisi genellikle yoksullaşma ve katastrofik harcamaların düzeyi ile ölçülmektedir. Katastrofi ise hanehalkı sağlık harcamalarının toplam tüketim veya gelire oranıyla değerlendirilmektedir. Bu bağlamda söz konusu oranın, belirli eşik değerleri aşması, katastrofi olarak nitelendirilmektedir. Diğer yandan söz konusu eşiğin düzeyi ile ilgili kabul görmüş bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu bağlamda bazı çalışmalarda %5, %10 ve %20, bazılarında ise ödeme kapasitesinin %40'ı eşik değer olarak kabul edilmektedir. Katastrofinin gelir yerine tüketim ile ölçülmesi ise tüketimin gelire göre nispeten daha dengeli olması, gelirin ise konjonktürel şoklara daha duyarlı olması ile açıklanmaktadır (Xu vd., 2007: 973; Xu vd., 2003: 112).

Çalışma katastrofik sağlık harcaması için haneler tarafından yapılan sağlık harcamalarının toplam hane tüketimi içindeki çeşitli eşik değerler arasındaki dağılımına odaklanmaktadır. Buna göre çalışmada iki farklı eşik değer

kullanılmaktadır. Bunlardan birincisi, yapılan sağlık harcamalarının toplam hane tüketimi içindeki oranı %5, %10 ve %20 eşik değerlerini aşan sağlık harcamaları katastrofik olarak tanımlanmaktadır. İkinci yöntem ise Xu ve diğerleri tarafından (2003, 2007) tanımlanan ödeme kapasitesi yaklaşımıdır. Bu bağlamda hane ödeme kapasitesi hanelerin zorunlu ihtiyaçları için yaptığı harcamaların (*subsistence expenditure*) toplam tüketim harcamalarından çıkarılması ile bulunmaktadır. Söz konusu zorunlu ihtiyaçlar ise hanelerin gıda harcamaları olarak tanımlanmaktadır. Hanehalkı tüketim harcaması içinde gıda harcamasının medyan değeri, zorunlu tüketim harcaması olarak toplam tüketim harcamasından çıkarılmaktadır. Diğer yandan hane gelirinin artmasıyla birlikte üst gelir dilimindeki hanelerin gıda harcamalarının tamamının zorunlu olmayacağı ve bu nedenle ödeme kapasitelerinin düşük çıkması nedeniyle hanelerin zorunlu gıda harcaması, toplam tüketim harcaması içindeki gıda harcamasının payı %45'inci ve %55'inci yüzdelerik dilimler arasındaki hanelerin, eşdeğer fert başına⁶⁹ gıda harcamasının ortalaması olarak alınmaktadır. Hanehalkı eşdeğer fert başına gıda harcaması ile hanehalkı büyüklüğünün çarpılması sonucu hane başına ortalama gıda harcaması değerine ulaşılmıştır.

⁶⁹ Her ilave hanehalkı üyesinin aileye getirdiği ek harcamanın öncekiler kadar olmadığı ve yaş-cinsiyet farklılıkları nedeniyle hanedeki fertlerin tüketimlerinin birbirinden farklı olduğu varsayımları altında her bir hanehalkı büyüklüğünün kaç yetişkine denk olduğunu ortaya koyan katsayılar, eşdeğerlik ölçeği olarak tanımlanmaktadır. Eşdeğer fert ölçeği, ailedeki yetişkin ve çocuk sayılarına bağlı olarak oluşturulmaktadır. Böylece farklı büyüklük ve bileşimlerdeki (yetişkin ve çocuk sayısı itibarıyla) hanehalkları arasında eşit düzeyde karşılaştırmalar yapılması mümkün olmaktadır. Eşdeğer kişi başına ortalama tüketim harcaması, hanehalkı toplam harcamasının hanenin eşdeğer büyüklüğüne bölünmesiyle hesaplanmaktadır (TÜİK, 2011).

Sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki etkileri ise, sağlık harcaması öncesi ve sonrası yoksulluk oranlarının birbirleriyle karşılaştırılması yoluyla incelenmiştir. Literatürde farklı yoksulluk tanımları⁷⁰ ve sınırları bulunmakla birlikte çalışmada göreceli yoksulluk sınırları kullanılmaktadır. Bunun en önemli nedeni mutlak yoksulluk sınırlarının, toplumun göreceli olarak kıyaslanmasına olanak vermemesi ve söz konusu sınırların Türkiye için oldukça düşük düzeylerde kalmasıdır. Bu bağlamda toplumun genel düzeyine göre belli bir sınırın altında gelir veya harcamaya sahip olan birey veya hanehalkı göreceli anlamda yoksul sayılmaktadır. Hanehalkı bütçe araştırmasında eşdeğer kişi başına “tüketim harcaması medyan değerinin %50’si göreceli yoksulluk sınırı olarak” tanımlanarak, göreceli yoksulluk oranı hesaplanmaktadır. Bu çalışmada, harcama yerine eşdeğer fert başına düşen (eşdeğer hanehalkı kullanılabilir) gelirleri kullanılarak, eşdeğer hanehalkı kullanılabilir gelir medyan değerine göre belirlenen çeşitli göreceli yoksulluk sınırları, medyan değerinin %50’si olarak hesaplanmıştır.

Katastrofik sağlık harcamalarının belirleyicileri ve katastrofik sağlık harcama yapma riski ile ilgili faktörler ise literatürde yaygın olarak kullanılan bir

⁷⁰ Hane ya da bireylerin yaşamlarını fiziksel olarak sürdürebilmeleri için ihtiyaç duyulan minimum tüketim seviyesi, mutlak yoksulluk olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, mutlak yoksulluğun ortaya çıkarılması, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan minimum tüketim ihtiyaçlarının belirlenmesini gerektirir. Mutlak yoksulluk gıda ve gıda dışı bileşenler dikkate alınarak ayrı ayrı belirlenebilmektedir. Mutlak yoksulluk oranı, asgari refah düzeyini yakalayamayanların sayısının toplam nüfusa oranıdır.

Göreceli yoksulluk ise toplumun genel düzeyine göre belli bir sınırın altında gelir ve harcamaya sahip olan birey veya hanehalkı göreceli anlamda yoksul olarak tanımlanır. Refah ölçüsü olarak amaca göre tüketim veya gelir düzeyi seçilebilir. Göreceli yoksulluk sınırı, eşdeğer fert başına medyan gelirin/harcamanın belirli bir oranı (%50, %60 veya %40’ı) kullanılarak oluşturulmaktadır. (TÜİK, 2011).

regresyon tekniği olan lojistik regresyon analizi ile incelenmektedir (Xu vd., 2003; Xu vd., 2007; Gotsadze vd., 2009; Yardim vd., 2010; Yardım vd., 2013). Bu bağlamda regresyon analizinde, 2003-2011 yıllarına ilişkin hanehalkı verileri birlikte (pooled) kullanılmaktadır. Diğer yandan inceleme konusu yıllar, kukla değişken (dummy variable) kullanılarak analize dahil edilmiş ve böylece sağlık reformu öncesi ve sonrası farklılıkların tanımlanması amaçlanmıştır. Çalışmada kullanılan %5, %10 ve %20 katastrofik harcama eşik değerleri ile birlikte ödeme kapasitesinin %40'ı için ayrı ayrı lojistik regresyon analizi yapılmış ve böylece hangi eşik değerin katastrofik sağlık harcaması üzerinde daha etkili olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır.

Bağımlı değerşkenin iki değerli olduğu bir diğer deyişle bağımlı değerşkenin evet ya da hayır cevaplarını alması, iki uçlu değerşkenleri içeren modellerin kestirimi için doğrusal olasılık, logit, probit ve tobit gibi modellerin kullanımını yaygınlaştırmıştır. Lojistik regresyon analizi, bağımlı değerşkenin iki kategorili kesikli değerşken olması halinde kullanılan ve değerşkenlerin doğrusal regresyon analizindeki varsayımlara⁷¹ uymasını gerektirmeyen bir yöntem olması nedeniyle literatürde daha fazla tercih edilmektedir. (Sharma, 1996; Cramer, 2003). Lojistik regresyonun matematiksel gösterimi ise aşağıdaki gibidir.

⁷¹ Bağımlı ve bağımsız değerşkenler ile hata terimleri varyansının normal dağılım göstermesi gerekmektedir.

$$P_i = E(Y = 1 | X_i) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 + \beta_i X_i)}}$$

gösterimde kolaylık sağlamak için yukarıdaki denklem şu şekilde yeniden yazılabilir:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}}$$

Burada $Z = \beta_1 + \beta_2 X_i$ 'yi ifade etmektedir. Söz konusu matematiksel gösterim, lojistik dağılım fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır (Gujarati, 1999: 554). Modelde P_i , inceleme konusu olayın meydana gelme olasılığını, β_1 sabit katsayıyı, β_i değişken katsayıları, X_i , bağımsız değişkenleri ve e ise doğal logaritma değerini (2,718) ifade etmektedir.

Diğer yandan inceleme konusu olayın gerçekleşme olasılığının P_i olması durumunda, olayın gerçekleşmeme olasılığı ise $(1-P_i)$ olarak aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

$$1 - P_i = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}}, \quad \frac{P_i}{1 - P_i} = \frac{1 + e^{Z_i}}{1 + e^{-Z_i}} = e^{Z_i}$$

Dolayısıyla $\frac{P_i}{1 - P_i}$ oranı, incelemeye konu olayın bahis oranını (odds)

göstermektedir. Söz konusu iki oranın birbirine oranı ise göreceli olasılık oranını (odds ratio) vermektedir.

$\frac{P_i}{1-P_i} = \frac{1+e^{Z_i}}{1+e^{-Z_i}} = e^{Z_i}$ denkleminin doğal logaritmasının alınması sonucu

aşağıdaki ifadeye ulaşılmaktadır.

$$L_i = \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = Z_i$$

Buna göre, bahis oranının logaritması olan L, yalnızca X'e göre değil, anakütle katsayılarına göre de doğrusaldır.

Çalışma, katastrofik sağlık harcaması yapan haneleri incelemektedir. Bu bağlamda bağımlı değişken (kat), hanelerin katastrofik harcama yapıp yapmadığına göre iki uçlu değer almaktadır. Buna göre katastrofik sağlık harcaması yapan haneler için bağımlı değişken 1, yapmayanlar için ise 0 olarak tanımlanmaktadır. Hanelerin katastrofik sağlık harcaması ile karşı karşıya kalma olasılığı ise,

$\Pr(kat = 1 | X)$; göreceli olasılık oranı (odds ratio, OR);

$$OR = \frac{\Pr(kat = 1 | X)}{\Pr(kat = 0 | X)} = \frac{\Pr(kat = 1 | X)}{1 - \Pr(kat = 1 | X)}$$
 biçiminde ifade edilebilir.

Logit dönüşümü sonrası lineer model aşağıdaki gibi gösterilebilir:

$$\ln = \frac{\Pr(kat = 1 | X)}{1 - \Pr(kat = 1 | X)} = X\beta$$

Eşitlikte yer alan β , değişken katsayılarını ifade etmektedir.

Göreceli olasılık oranı (OR), bir hanenin katastrofik sağlık harcaması yapmama olasılığına göre yapma olasılığını göstermektedir. Bu bağlamda söz konusu oranın herhangi bir X değişkeni için 1'den küçük çıkması, değişkenin haneyi sağlık harcamasının olası katastrofik etkilerinden koruduğunu, 1'den büyük çıkması ise tersi sonuçlar verdiğini belirtmektedir. Böylece her bir bağımsız değişkenin, finansal katastrofinin meydana gelme olasılığına etkisi belirlenmektedir.

4.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımının Gelişimi

Sağlık reformu, gereksiz sağlık hizmetleri talebini azaltarak, sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasına odaklanmaktadır. Talep yanlı maliyet paylaşımı kapsamında getirilen katılım payı ile birlikte, hanelerin gereksiz tetkik ve tedaviden kaçınarak, sağlık hizmetleri kullanımını azaltması, katılım payı uygulamasından beklenen temel sonuçtur. Nitekim ülke uygulamaları incelendiğinde, sağlık hizmetlerinden yararlananların cepten yaptığı ödemelerin, sağlık hizmetleri kullanımını azalttığı görülmektedir. Türkiye’de yıllar itibariyle sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin veriler, aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 23: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Bin Kişi

	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012
Birinci Basamak	89.591	130.168	177.255	200.221	202.313	244.346	235.137
Özel Tıp Merkezleri	12.042	19.399	27.933	32.082	33.788	29.040	32.012
Hastaneler	152.848	217.540	273.702	295.262	302.984	337.849	354.636
İkinci ve Üçüncü Basamak	164.890	236.879	301.636	327.345	336.772	366.890	386.649
Toplam	254.482	367.048	478.891	527.566	539.566	539.085	621.786
Kişi Başı	3.8	5.3	6.7	7.3	7.3	8.2	8.2

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı, 2013.

Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımının gelişimine bakıldığında, hizmet kullanımının yıllar itibariyle arttığı görülmektedir. 2004 yılında birinci basamak 89.5 milyon, özel tıp merkezleri 12 milyon, hastaneler 153 milyon, ikinci ve üçüncü basamak 165 milyon olmak üzere toplam sağlık hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısı yaklaşık olarak 254.5 milyon olarak gerçekleşmiştir. SDP ile birlikte hizmet sunucularına erişim imkânı kolaylaşmış ve hizmet müracaat sayısı artmıştır. 2008 yılında yaklaşık 479 milyon olan hizmet başvurusu 2009 yılında 527.5 milyona yükselmiştir. Hizmet başvurusunda görülen hızlı artış, sağlık harcamaları artışını da beraberinde getirmiş ve bu nedenle 2009 yılı sonunda hizmet sunumu katılım payına bağlanmıştır. Söz konusu uygulama ile müracaat sayısındaki artış hızı azalmış ve 2010 yılında 539.5 milyon, 2011 yılında ise 539 milyon olarak gerçekleşmiştir. 2012 yılı başında yürürlüğe giren GSS ile nüfusun tamamı sosyal güvenlik kapsamına alındığından, müracaat sayısı yeniden hızlanarak yaklaşık 622 milyona yükselmiştir. Kişi başı hizmet sunucularına yapılan başvuru sayısına bakıldığında ise 2004 yılında 3.8 olan müracaat sayısı 2009 ve 2010 yıllarında 7.3, 2011 ve 2012 yıllarında ise 8.2’dir. 2012 yılı itibariyle söz

konusu oran Meksika'da 2.7, Şili'de 3.3, Polonya'da 6.8 ve OECD ülkeleri ortalamasında ise 6.6'dır (WHO, 2013). Maliyet paylaşımı ile birlikte, hizmet başvuru sayısı azaltılamamış yalnızca geçici olarak artış hızı yavaşlatılmıştır. Diğer yandan 2008-2012 döneminde, sağlık hizmeti ihtiyacı olmasına rağmen, bir hizmet sunucusuna başvuramayanların oranı aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 24: Son 12 Ay İçerisinde Bir Hekim Tarafından Yataklı ya da Günübirlik Tedavi Hizmeti Önerilmesine Rağmen, Bu Hizmeti Alamayanların Oranı (%)

	2008	2010	2012
Hizmet alamayanlar	4.9	19.9	12.5
Ödeme gücüğü (çok pahalı olması ya da sigorta fonu tarafından karşılanmaması)	44.1	45	31.8
Poliklinikte muayene olma gücüğü	6.3	6.8	7.7
İş, çocuk ya da bakmakla yükümlü olduğu diğer kişilerden dolayı zaman bulamama	17.4	18.3	22.5
Hastanenin uzak olması, ulaşım imkânının zorluğu	3.5	4.3	7.1
Ameliyat/Tedavi korkusu	10.3	4.1	7.5
Kendisini hastaneye götürecek birinin olmaması	2.4	2.7	3.1
Ailesinin veya yakınlarının gerek görmemesi	1.9	0.6	0.9
Diğer nedenler	12.4	15.7	4

Kaynak: TÜİK, Sağlık Araştırması, 2008, 2010, 2012.

2008 yılında son on iki ay içerisinde bir hekim tarafından yataklı ya da günübirlik tedavi hizmeti önerilmesine rağmen, bu hizmeti alamayanların oranı yaklaşık %5 iken, 2010 yılında bu oran yaklaşık %20'ye yükselmiştir. 2008 yılında sağlık hizmeti alamayanların %44'ü ödeme gücüğü sorunu yaşarken bu oran 2010 yılında %45'tir. Sonuç olarak her yüz kişiden yirmisi, ödeme sorunu nedeniyle, ihtiyacı olmasına rağmen sağlık hizmeti alamamaktadır. 2012 yılında ise hizmet alamayanların oranı, GSS etkisiyle

%12.5'e gerilemiştir. Bu dönemde ödeme sorunu yaşayanların oranı ise %32'dir.

4.4. Türkiye’de Hanehalkı Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Türkiye’de yıllar itibariyle hanehalkı sayısı ve harcamalarında artış görülmektedir. 2004 yılında 17.096.537 hane varken bu sayı 2011 yılında 19.311.637’ye yükselmiştir. Benzer biçimde hanehalkı başına ortalama harcama miktarlarında da artış söz konusudur. 2003 yılında ortalama tüketim harcaması 738 ₺ iken 2011 yılında bu rakam 2.120 ₺ olarak gerçekleşmiştir. Tüketim harcamalarında ortaya çıkan artışa paralel olarak hanehalkı başına ortalama sağlık harcamalarında da artış görülmektedir. 2003 yılında hane başına ortalama 16.4 ₺ sağlık harcaması yapılırken 2011 yılında bu rakam 40.28 ₺’dir. Söz konusu gelişmeler aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 25: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Hanehalkı Sayısı, Ortalama Tüketim ve Sağlık Harcaması Gelişimi (Aylık)

Yıllar	Hanehalkı Sayısı	Ortalama Tüketim	Ortalama Sağlık Harcaması	Sağlık Harcamalarının Oranı (%)
2003	16.744.495	738	16.4	2.3
2004	17.096.537	889	19.8	2.2
2005	17.549.020	1.091	24.2	2.2
2006	17.689.552	1.225	27	2.2
2007	17.337.894	1.364	33	2.4
2008	17.794.238	1.626	31	1.9
2009	18.808.172	1.688	32	1.9
2010	18.808.172	1.843	39	2.1
2011	19.311.637	2.120	40	1.9

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri 2003-2011.

Hanehalkı tarafından yapılan tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının gelişimine bakıldığında, 2003 yılında haneler tarafından yapılan toplam tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarına ayrılan payın

%2.3 olduğu görülmektedir. SDP'nin uygulamaya konulmasıyla birlikte bu oranda bir azalış beklenmiş fakat gerçekleşmemiştir. 2004, 2005 ve 2006 yıllarında söz konusu oran %2.2 olarak gerçekleşmiş, 2007 yılında ise %2.4'e yükselmiştir. Hane tüketimi içindeki sağlık harcamalarının payı 2008 ve 2009 yılında %1.9'a gerilemekle birlikte katkı payı uygulamasının ilk yılı olan 2010'da %2.1'e yükselmiş ve nihayet 2011 yılında yeniden %1.9 olmuştur. Hanehalkı tüketim harcamalarının gelire göre sıralı %20'lik gruplar itibariyle dağılımına ilişkin veriler, aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 26: Gelire Göre Sıralı %20'lik Gruplara Göre Sağlık Harcamalarının Payı

Yıllar	1. 20%	2. 20%	3. 20%	4. 20%	5. 20%
2003	2.3	2.1	2.3	1.8	2.4
2004	2.4	2.2	2	2.1	2.4
2005	2.3	2	2.1	2.2	2.4
2006	2.4	2.2	2.1	2	2.3
2007	3	2.2	2.3	2.2	2.4
2008	1.8	1.7	1.8	1.8	2.1
2009	2.2	2.1	1.6	1.9	1.9
2010	2.3	2.1	2.1	2.1	2.1
2011	2.1	1.8	1.9	1.6	2

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri 2003-2011.

Tabloda görüleceği üzere haneler, gelir gruplarına göre %20'lik dilimlere ayrılmış ve her bir dilim için yıllar itibariyle sağlık harcamalarının payı verilmiştir. Buna göre SDP'nin başlangıç yılı olan 2003'te en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının oranı %2.3 iken ikinci dilimde %2.1, üçüncü dilimde %2.3, dördüncü dilimde %1.8 ve en zengin beşinci dilimde ise %2.4'tür. Sağlık reformunun uygulamaya konulmasıyla birlikte uzun bir dönem en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları düzeyinde bir değişiklik olmamakla birlikte 2007 yılında %3'e yükselmiştir. 2007 yılında diğer dilimlerde yer alan

hanelerde ise büyük bir değişim gerçekleşmemiş ve sağlığa ayrılan pay dilimler itibariyle sırasıyla %2.2, %2.3, %2.2 ve %2.3 olmuştur. Haneleri sağlık harcamalarının finansal risklerinden korumak amacıyla yürürlüğe giren dönüşüm programının en yoksul dilim üzerinde, söz konusu dönemde olumsuz etkiye neden olduğu görölmektedir. En yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları payı 2008 yılında sert bir düşüşle %1.8'e gerilerken, diğer dilimlerde de benzer bir azalış görölmüş ve sırasıyla %1.7, %1.8, %1.8 ve %2.1 olmuştur. 2009 yılında yürürlüğe giren katkı payı uygulamasıyla birlikte hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarında artış göze çarpmaktadır. En yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin 2009 yılında sağlık harcamaları payı önce %2.2'ye 2010'da ise %2.3'e yükselmiştir. Diğer yandan, aynı dönemde orta ve üzeri gelir dilimlerinde yer alan hanelerin sağlık harcamaları payında ise azalış görölmektedir. Buna göre, 2009 yılında üçüncü dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları payı %1.6'ye gerilerken, en zengin dilimde yer alan hanelerde bu oran %1.9 olmuştur. 2010 yılında söz konusu hanelerde bir artış görölse de nihayet 2011 yılında söz konusu hanelerin sağlık harcamaları payı, 2003 yılı oranlarının altına inerek sırasıyla %1.9, %1.6 ve %2 olmuştur. SDP, en yoksul dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamalarında değişime neden olmamakla birlikte orta ve üzeri gelir dilimlerinde yer alan hanelerin sağlık harcamalarında azalışa neden olmaktadır. Hanelerin yıllar itibariyle ortalama gelir, tüketim ve sağlık harcamalarının gelir dilimlerine göre dağılımı aşığıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 27: Hanelerin Gelir Dilimlerine Göre Gelir, Tüketim ve Sağlık Harcamaları, Reel (2003=100)

2003			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	263	323	7.5
İkinci % 20	449	468	9.7
Üçüncü % 20	626	597	13.8
Dördüncü % 20	902	784	15
En Zengin % 20	2.080	1.420	33.8
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 738-Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 897			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 16.4-Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 7.9			
2004			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	294.7	372	8.6
İkinci % 20	520	527	11.5
Üçüncü % 20	735	693	14.3
Dördüncü % 20	1.063	930	20.5
En Zengin % 20	2.248	1.553	36.2
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 828-Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 994			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 18.6 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 9			
2005			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	301.8	420	9
İkinci % 20	551.3	601	12
Üçüncü % 20	791	789	16.2
Dördüncü % 20	1.135	1.026	21.5
En Zengin % 20	2.253	1.723	42.2
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 934 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.040			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 20.5 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 10.1			
2006			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	340	431.4	11
İkinci % 20	596	624	13.6
Üçüncü % 20	842	838	18
Dördüncü % 20	1.181	1.096	21
En Zengin % 20	2.323	1.751	40
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 952 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.061			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 20.7 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 9.6			

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri 2003-2011.

2007			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	348.2	431	9.4
İkinci % 20	598.3	629	14.1
Üçüncü % 20	848	830	17
Dördüncü % 20	835.7	1.079	24
En Zengin % 20	2.292	1.723	36
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 976 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.111			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 23 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 10			
2008			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	340	465.5	8
İkinci % 20	597.2	695	11
Üçüncü % 20	860	899	16
Dördüncü % 20	1.220	1.158	21
En Zengin % 20	2.433	1.867	39
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 1.051 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.140			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 19.4 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 9.7			
2009			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	327	460	10.4
İkinci % 20	599	674	14
Üçüncü % 20	862	904	14.7
Dördüncü % 20	1.218	1.146	21
En Zengin % 20	2.460	1.844	36
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 1.033 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.135			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 20 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 9.8			
2010			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	352.4	466	10.7
İkinci % 20	614.5	799	15.2
Üçüncü % 20	860	895	18
Dördüncü % 20	1.221	1.187	25
En Zengin % 20	2.429	1.851	39
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 1.041 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.123			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 22 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 11			
2011			
Gelire Göre Sıralı Haneler	Hane Başına Aylık Ortalama Gelir	Hane Başına Aylık Ortalama Tüketim	Hane Başına Aylık Ortalama Sağlık Harcaması
En Yoksul % 20	384	507	9,6
İkinci % 20	662	767	13.3
Üçüncü % 20	934	968	17.5
Dördüncü % 20	1.313	1.258	20.2
En Zengin % 20	2.633	2.037	37.2
Hanehalkı Başına Ortalama Tüketim: 1.128 - Hanehalkı Başına Ortalama Gelir: 1.215			
Hane Başına Ortalama Sağlık Harcaması: 21.3 - Eşdeğer Fert Başına Sağlık Harcaması: 10.6			

4.5. Bulgular

4.5.1. Katastrofik Sağlık Harcaması

Literatürde temel olarak sağlık sisteminin kalitesi, haneleri sağlık hizmetlerinin finansal riskinden korumasıyla ölçülmektedir. SDP'nin hedeflerinden biri olan hanelerin finansal katastrofiden korunması düşüncesi, sağlık reformunun en önemli amaçlarından biri olarak değerlendirilmektedir. Literatürde hangi eşik değerin referans alınacağına yönelik kabul gören bir yaklaşım bulunmamakla birlikte çalışmalarda genellikle %10 eşik değeri kullanılmaktadır. Söz konusu oranın kullanılmasıdaki temel neden ise bu oranın üzerinde yapılacak harcamaların haneleri borçlanmaya ve varlık satışına yöneltebilmesidir. Diğer yandan, tek bir referans değerin dikkate alınması hatalı bir yargıya ulaşmaya neden olabilirken, eşik değerin yüksek olarak belirlenmesi de katastrofinin doğru olarak tespitini engelleyebilecektir. Bununla birlikte söz konusu analizi olumsuz yönde etkileyecek bir diğer unsur ise hanelerin sağlık hizmetleri taleplerini ertelemesi veya mali gücünün söz konusu hizmetleri karşılamaya elverişli olmamasıdır. Bu durumda tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının raporlanmaması, sağlık hizmetleri talebinin ertelenmesi veya veri kaybı gibi nedenlerle katastrofik sağlık harcaması oranının olduğundan düşük çıkmasına neden olabilmektedir⁷². Tüketim harcamaları içindeki sağlık harcamaları payının %5, %10 ve %20

⁷² Örneğin Basar ve diğerleri (2012: 13) tarafından Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının konu edinildiği çalışmaya göre, 2004 yılı sonrasında yoksul kesimin %64'ünün sağlık harcaması raporlamaması nedeniyle, Türk Sağlık Sisteminin yoksul kesimi daha fazla koruduğu yargısına ulaşılmıştır.

gibi farklı eşik değerleri dikkate alınarak, Türkiye’de yıllar itibariyle finansal katastrofiye maruz kalan hanelerin gelişimi aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 28: Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yıllar İtibariyle Gelişimi, %

Yıllar	≥%5	≥%10	≥%20	Ödeme Kapasitesi	Sağlık Harcaması Yapan Haneler
2003	9.8	4.7	1.5	0.6	% 31
2004	10.8	5.4	1.9	0.8	% 46
2005	10.8	5.4	1.7	0.6	% 51
2006	10.9	5.3	1.6	0.6	% 53
2007	10.5	5	1.7	0.5	% 51
2008	8.7	4	1.2	0.5	% 54
2009	9.8	4	1.4	0.6	% 59
2010	11.6	4.2	1.2	0.4	% 64
2011	10.3	3.5	1	0.3	% 64

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri 2003-2011.

2003 yılı sonunda ilan edilen SDP’nin uygulanmasıyla birlikte, sağlık hizmetlerinin hakkaniyete uygun sunumu yanında hizmet sunucularına erişimde adaletin sağlanması ve sağlık hizmetleri nedeniyle cepten yapılan sağlık harcamalarının neden olduğu finansal katastrofinin azaltılması hedeflenmiştir. Bu bağlamda 2003 yılı itibariyle toplam tüketim harcamaları içinde %5 ve daha fazlasını sağlık harcamalarına ayıran hanelerin oranı %9.8’dir. Reform programıyla birlikte bu oran 2004 ve 2005 yıllarında %10.8, 2006 yılında %10.9 ve 2007 yılında %10.5 olarak gerçekleşmiştir. 2007 yılı itibariyle % 5 ve üzeri katastrofik sağlık harcaması oranı düşmeye başlamış ve 2008 yılında % 8.7’ye gerileyerek en düşük seviyeye inmiştir. Söz konusu orandaki azalış ise esas itibariyle 19.01.2005 tarihli 5283 Sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun” ile kamu hastanelerinin tek çatı altında

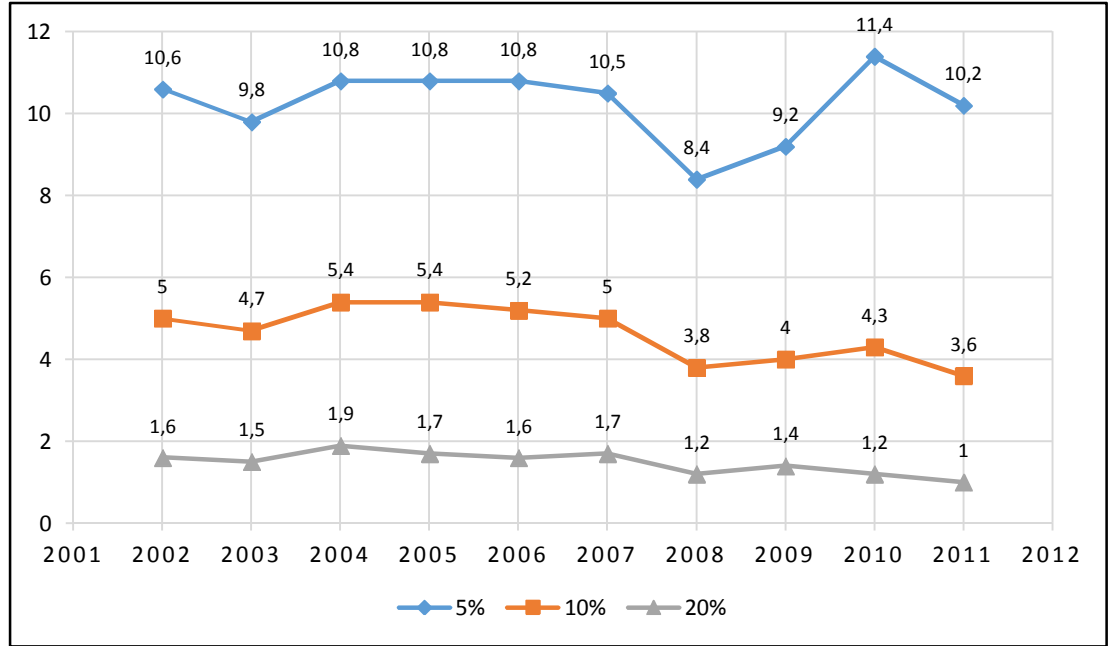
toplanması ve SSK kapsamındaki sigortalıların, kamu hastanelerinden hizmet almaya başlaması ve üniversite hastanelerine sevk zorunluluğunun kaldırılmasıyla ilişkilendirilebilir. Diğer yandan 16.05.2006 tarihli ve 5502 Sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu” ile birlikte SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının tek bir çatı altında toplanması da, hizmete erişimi kolaylaştırması nedeniyle, cepten yapılan harcamaların azalmasında etkilidir. Bununla birlikte yaşanan küresel ekonomik kriz sonucu hanelerin krizle başa çıkma mekanizmaları arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetleri için doktora daha az gitme (%26) ve sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma⁷³ (%21) davranışlarının da, sağlık harcamalarının azalması üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Sağlık harcamalarının azalmasına neden olan bir diğer unsur ise katılım payı uygulamasına maruz kalmamak için, katılım payının uygulanmadığı Acil Servis Hizmet Sunucularının kullanımıdır. Buna göre 2004 yılında 653 olan acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı, 2005 yılında 793, 2006 yılında 855, 2007 yılında 886, 2008 yılında 1.088 ve 2009 yılında ise 1.305 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011: 110). Katılım payı nedeniyle acil servis istasyonları poliklinik gibi kullanılmaya başlanmış ve başvuru sayısı artmıştır. Bu durumun önlenmesi için 21.01.2012 tarihinde Yeşil Alan Uygulaması getirilmiştir. Bu

⁷³ Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Merkezi'nin UNICEF ve Dünya Bankası ile ortaklaşa yaptığı Refah İzleme Anketi verilerine göre Türkiye'de beş büyük şehirde (Adana, Ankara, İstanbul, İzmir ve Kocaeli) yaşayan hanelerin dörtte üçünün Ekim 2008 ile Haziran 2009 tarihleri arasında gelirlerinde azalış gerçekleşmiştir. Bununla birlikte söz konusu etki yoksul hanelerde daha şiddetlidir. Nitekim sağlık hizmetlerinden yararlanmayı azaltanların %29'u en yoksul birinci dilimde yer alırken, %14'ü ise en zengin beşinci dilimde yer almaktadır.

bağlamda acil nitelikli olmayan hizmet başvurularına da, katılım payı getirilmiştir.

5510 sayılı kanunun 3. Maddesinde tanımlanan katılım payı uygulaması, SGK tarafından 29.10.2008 tarih ve 27012 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği ve Maliye Bakanlığı’nın 31.12.2008 tarih ve 27097 sayılı Resmi Gazete’de “Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliği” kapsamında i) Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ii) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, iii) Vücut dışı protez ve ortezler ile iv) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde, katılım payı uygulaması başlamıştır. Bu bağlamda 2008 yılı itibariyle sağlık hizmetleri kullanımı, cepten yapılan sağlık harcamalarını artırmış, sonuç olarak bu durum finansal katastrofinin artmasına neden olmuş, 2009 yılında % 9.2 olan katastrofik sağlık harcamaları artmaya devam ederek 2010 yılında % 11.4 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılı itibariyle tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı % 5 ve üzeri olan hanelerin oranı, sağlık reformunun başladığı 2003 yılı öncesine oranla artmıştır. 2010 yılında ise katastrofiye uğrayan hanelerin oranında bir miktar azalış görülmüş ve 2011 yılında % 10.3 olarak gerçekleşmiştir.

Şekil 19: Yıllar İtibariyle Katastrofik Sağlık Harcamalarının Gelişimi, %



Kaynak: 2003-2011 Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri

Tüketim harcamaları içinde sağlık harcamaları oranının % 10 ve % 20 eşik değerleri dikkate alındığında ise % 5 eşik değere paralel sonuçlar elde edilmektedir. Buna göre toplam tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının % 10 ve üzerinde gerçekleştiği hanelerin oranı 2003 yılında % 4.7 iken 2004 ve 2005 yıllarında % 5.4 ve 2007 yılında % 5'tir. 2008 yılında sağlık harcamaları sonucu oluşan finansal katastrofi azalışa geçerek % 4'e gerilemiştir. 2010 yılında % 4.2'ye yükselen katastrofik sağlık harcamaları 2011 yılında % 3.5 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarının % 20 eşik değeri dikkate alındığında ise 2003 yılında % 1.5 olan finansal katastrofi, yıllar itibariyle bu düzeye yakın bir seyir izlemiş ve nihayet 2011 yılında % 1'e gerilemiştir.

Tablo 29: Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yıllar İtibariyle Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı

	% 5				
	En Yoksul	2. %20	3. %20	4. %20	En Zengin
2003	9.2	8.7	9.7	10	11.3
2004	10.6	10.2	11.3	11	11
2005	10.6	10.7	10.7	10	12
2006	11	10.1	9.7	11	12.1
2007	10.1	11	10.4	10.4	10.6
2008	8.6	8.9	8	7.6	8.4
2009	10.7	9.3	7.6	8.5	11
2010	13.2	11.5	10	10.8	12
2011	11.5	9.2	10.8	9.7	11.3
	% 10				
	En Yoksul	2. %20	3. %20	4. %20	En Zengin
2003	5.4	4.7	4.3	4.2	4.9
2004	5.7	5.8	5.8	5	4.4
2005	6.5	5	5.2	5	5.2
2006	5.9	5.1	4.5	4.6	5.7
2007	5.2	5.7	4.8	4.7	4.5
2008	4.3	4	3.7	3.1	3.5
2009	5.3	4.2	3	3.6	3.7
2010	5.3	4	3.7	4.4	4
2011	3.9	3.8	3.6	3.7	3.9
	% 20				
	En Yoksul	2. %20	3. %20	4. %20	En Zengin
2003	1.9	1.4	1.3	1.2	1.6
2004	2.6	1.9	1.5	1.5	1.8
2005	2.5	1.5	1.7	1.2	1.8
2006	2.4	1.4	1.2	1.4	1.7
2007	2.1	1.5	1.8	1.6	1.3
2008	1.5	1.4	1.2	0.9	1.2
2009	2	1.7	1	1.1	1.4
2010	1.5	1.3	1	1	1.2
2011	1.2	1.2	0.9	1	0.9
	Ödeme Kapasitesi (%40)				
	En Yoksul	2. %20	3. %20	4. %20	En Zengin
2003	1.3	0.6	0.4	0.4	0.5
2004	1.7	0.7	0.4	0.5	0.6
2005	1.4	0.7	0.3	0.3	0.6
2006	1.4	0.4	0.3	0.1	0.4
2007	0.9	0.5	0.5	0.3	0.4
2008	1	0.2	0.3	0.2	0.3
2009	1.8	0.3	0.2	0.2	0.2
2010	1.1	0.3	0.2	0.3	0.1
2011	0.7	0.3	0.2	0.1	0.1

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri 2003-2011.

Katastrofik sağlık harcaması yapan hanelerin gelir dilimlerine göre dağılımına ilişkin veriler Tablo 29'da gösterilmektedir. Katastrofinin % 5 eşik değer

referans alınarak tanımlanması durumunda 2003 yılı itibariyle en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %9.2'si katastrofik harcama yaparken en zengin beşinci dilimde yer alan hanelerin %11.3'ü katastrofik harcama yapmaktadır. 2006 yılında katastrofik harcama oranı artış göstererek en yoksul birinci dilimde %11, en zengin beşinci dilimde ise %12.1 olarak gerçekleşmiştir. 2010 yılında ise cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %13.2'si katastrofiye maruz kalırken en zengin beşinci dilimde yer alan hanelerin %12'si katastrofik harcama yapmaktadır. 2011 yılında ise en yoksul ve en zengin gelir dilimlerinde yer alan hanelerin sırasıyla %11.5 ve %11.3'ü katastrofik sağlık harcaması gerçekleştirmektedir.

Katastrofinin %10 eşik değeri referans alındığında ise 2003 yılında en yoksul dilimde yer alan hanelerin %5.4'ü katastrofik harcama yaparken 2010 yılında bu oran %5.3'tir. En zengin dilimde yer alan hanelerde ise söz konusu oran sırasıyla %4.9 ve %4'tür. 2011 yılında ise her iki dilimde yer alan haneler için katastrofi oranı %3.9'dur. Harcamaların %20 eşik değeri kullanıldığında ise 2003 yılında en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.9'u, en zengin beşinci dilimde yer alan hanelerin %1.6'sı katastrofik sağlık harcaması yapmaktadır. 2011 yılında ise bu oranlar, azalarak sırasıyla %1.2 ve %0.9 olarak gerçekleşmiştir. Ödeme kapasitesinin %40'ı referans alındığında ise 2003 yılında en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.3'ü, en zengin beşinci dilimde yer alan hanelerin %0.5'i katastrofik harcama yaparken 2011 yılında söz konusu oranlar sırasıyla %0.7 ve %0.1'dir. Yoksul kesimde yer

alan hanelerin, zengin dilimde yer alan hanelere kıyasla katastrofiye daha fazla maruz kaldığı görülmektedir.

4.5.2. Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Üzerindeki Etkileri

Literatürde sağlık harcaması nedeniyle finansal katastrofi yaşayan hanelerin, yoksulluk riski ile karşı karşıya kaldığı, yoksulların ise daha da yoksullaştığına yönelik çeşitli ampirik çalışmalar bulunmaktadır. Söz konusu çalışmalara göre, sağlık harcamalarının büyük oranda regresif sonuçlar verdiği savunulmaktadır.

Wagstaff ve Van Doorslaer (2003) tarafından Vietnam'da 1993-1998 yılları arasında katastrofik sağlık harcamaları ile söz konusu harcamaların yoksulluğa etkisi incelenmiştir. Çalışmada yoksul hanelerin, cepten yapılan sağlık harcamalarından daha fazla etkilendiği düşüncesiyle, bu kesim üzerinde katastrofik harcamaların boyutu ve sıklığı konu edinilmiştir. Analizde ödeme kapasitesi yöntemi kullanılmış ve gıda dışı harcamalarda, sağlık harcamalarının payı referans alınmıştır. Sağlık harcamalarının 1998 yılında %80'inin haneler tarafından yapıldığı dikkate alındığında, inceleme konusu dönemde harcamaların beklendiği gibi katastrofik olduğu tespit edilmiştir. Diğer yandan harcamaların yoksulluk üzerindeki etkisinin ise yoksul kesimde, yoksul olmayanlara göre daha öncelikli gerçekleştiği bulunmuştur. Xu ve diğerleri (2007) ise cepten sağlık harcamalarının finansal sonuçları olan katastrofi ve yoksullaşma ilişkisini incelemişlerdir. Bu bağlamda her yıl 150 milyon kişi, sağlık hizmetleri kullanımında ödeme yapmaya maruz kalmaları

nedeniyle finansal katastrofi yaşamakta, 100 milyon kişi ise yoksulluk çizgisinin altına itilmektedir. Diğer yandan söz konusu kimselerin %90'ının düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde yaşadığı tespit edilmiştir.

Bredenkamp ve diğerleri (2010) tarafından Batı Balkan ülkeleri arasında sağlık reformu uygulayan Arnavutluk, Bosna Hersek, Arnavutluk, Karadağ, Sırbistan ve Kosova'da hanehalkı cepten sağlık harcamalarının hanehalkı refahı üzerindeki etkisi, katastrofik sağlık harcamalarının boyutu ile yoksulluk arasındaki ilişki kapsamında analiz edilmiştir. Çalışmada 2000-2005 yıllarını kapsayan yaşam standardı veri seti kullanılmış ve hanelerin sağlık harcamalarının toplam tüketimleri içindeki paylarına göre yoksul ve zengin gelir dilimleri çerçevesinde regresyon analizi yapılmıştır. Buna göre cepten yapılan sağlık harcamalarının haneleri yoksullaştırdığı, mevcut yoksulluğu ise daha da derinleştirdiği tespit edilmiştir.

Tomini ve Packard (2011) tarafından yapılan ampirik analizde Arnavutluk'a ilişkin katastrofik sağlık harcamaları ve yoksulluk ilişkisi analiz edilmiştir. Arnavutluk Yaşam Standartları Araştırması 2002, 2005 ve 2008 verilerinin kullanıldığı çalışmada, katastrofik sağlık harcamalarına ilişkin farklı eşik değerler kullanılmıştır. Buna göre %10 eşik değerinin referans alınmasıyla 2002 yılında %22.6 olan katastrofik sağlık harcamaları, 2005'te %17.6 ve 2008'de %13.3 olarak gerçekleşmiştir. Bununla birlikte söz konusu harcamaların yoksul hanehalkı oranını ve eşitsizliği artırdığı tespit edilmiştir.

Devaux ve Looper tarafından (2012) seçili 19 OECD ülkesini kapsayan gelir ile ilişkili sağlık hizmeti kullanımı eşitsizlikleri analiz edilmiştir. Çalışmada son bir yıl içinde sağlık hizmeti talebi ile hekime başvuru oranı, yüksek gelir gruplarında, düşük gelir gruplarına göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Söz konusu eşitsizlik ise hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcamalarının boyutu ile ilişkilidir. Bu bağlamda cepten harcamalar eşitsizliği artırmaktadır (Gelormino vd., 2011, Dorslaer vd., 2006).

Yardım ve diğerleri (2010) tarafından yapılan ampirik analizde, Türkiye’de katastrofik sağlık harcamaları ile yoksulluk arasındaki ilişki incelenmiştir. Buna göre ödeme kapasitesinin %40’ından fazlasını sağlık harcamasına ayıran hanelerin oranı %0.6’dır. Harcama sonrası yoksullaşarak yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı ise %0.4’tür. Söz konusu yoksullaşma oranı %1.7 ve %0.1 ile en yoksul iki dilimde görülmektedir. Toplam hanelerin %3.3’ünün yoksul olduğu ve %16.3’ünün birinci gelir diliminde yer aldığı dikkate alındığında, katastrofinin yoksulluğu derinleştirdiği tespit edilmiştir.

Arsenijevic ve diğerleri (2013) tarafından, Sırbistan’da hanehalkı sağlık harcamaları ile katastrofi ve yoksullaşma ilişkisi, 2007 yılı yaşam standardı verileri kullanılarak incelenmiştir. Hane gelirlerinin dikkate alındığı hesaplamalarda, hanelerin %2.3’ünün %40, %13.3’ünün ise %10 eşik değerin üzerinde harcama yaptığı bulunmuştur. Bununla birlikte en yoksul dilimde yer alan hanelerin %5.6’sının %40, %16.3’ünün ise %10 eşik değeri aştığı tespit edilmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamaları, yoksul kesim

üzerinde katastrofiye neden olmaktadır. Diğer yandan harcama öncesi mutlak, görelî ve sübjektif yoksulluk çizgilerinin üzerinde yer alan hanelerin, harcama sonrasında söz konusu yoksulluk çizgilerinin altına indiğı bulunmuştur. Katastrofik harcama üzerinde etkili olan faktörler ise, kırsal bölge, hane büyüklüğü, kronik hastalık ve sağlık durumu olarak belirtilmiştir.

Türkiye’de SDP’nin uygulanmasıyla birlikte cepten yapılan sağlık harcamaları, görelî yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin yıllar itibariyle gelişimi, aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Buna göre 2003 yılında sağlık harcaması öncesi yoksul fert oranı %17.5 iken, harcama sonrası yoksul fert oranı %18.3’e yükselmiştir. Sağlık harcaması sonrasında yoksulluğa düşen fertlerin oranı %0.8’dir. 2009 yılına kadar geçen süreçte sağlık harcaması sonrası yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı 2004 yılında % 0.8, 2005 ve 2006 yılında % 0.7, 2007 yılında % 0.8 ve 2008 yılında % 0.7 olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılında ise sağlık harcaması sonrası yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı önce %1’e 2010 yılında ise % 1.6’ya yükseldiğı görülmektedir. Söz konusu artışın, 2009 yılında uygulamaya konulan katkı payından kaynaklandığı ileri sürülebilir. 2011 yılında ise sağlık harcaması sonrası yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı %0.8’e gerilemiştir.

Tablo 30: Yıllar İtibariyle Harcama Esaslı Görelî Yoksulluk Oranları, Türkiye

Yıllar	Toplam Haneler			Sağlık Harcaması Yapan Haneler		
	Harcama Öncesi Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Harcama Sonrası Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Değişim	Harcama Öncesi Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Harcama Sonrası Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Değişim
2003	17.5	18.3	0.8	11.8	13.5	1.7
2004	20.6	21.4	0.8	14.7	16.4	1.7
2005	19.6	20.3	0.7	14	15.3	1.3
2006	19	19.7	0.7	13	14.4	1.4
2007	16.4	17.2	0.8	12.1	13.7	1.6
2008	16.6	17.3	0.7	14.6	15.8	1.2
2009	16.9	17.9	1	13.9	15.5	1.6
2010	16.3	16.9	1.6	14.6	15.6	1
2011	16.9	17.7	0.8	15.2	16.6	1.4

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri, 2003-2011

^a : Eşdeğer fert başına tüketim harcaması medyan değerinin % 50'si görelî yoksulluk sınırı olarak tanımlanmıştır.

Sağlık harcaması yapan haneler dikkate alındığında ise 2003 yılında harcama öncesi görelî yoksulluk oranı % 11.8, harcama sonrası yoksulluk oranı ise % 13.5'tir. Harcama sonrası yoksulluğa düşenlerin oranı %1.7'dir. 2004 yılında söz konusu oran % 1.7, 2005 yılında % 1.3, 2006 yılında % 1.4, 2007 yılında %1.6 ve 2008 yılında % 1.2 olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılında katkı payı uygulaması sonrası, sağlık harcaması yapan haneler bakımından yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı % 1'e gerilemiş, 2011 yılında ise yeniden artarak % 1.4 olmuştur. Diğer yandan sağlık harcaması nedeniyle yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin gelir dilimlerine göre dağılımı ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 31: Sağlık Harcaması Sonrası Görelî Yoksulluk Sınırının Altına Düşen Fertlerin Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı (Gelir Esaslı)

	En Yoksul	2. %20	3. %20	4. %20	En Zengin
2003	1.4	0.7	-	-	-
2004	1.1	-	-	-	-
2005	1.7	0.8	0.5	-	-
2006	1.6	0.6	0.5	-	-
2007	1.8	0.8	0.6	0.5	-
2008	1.3	0.6	-	-	-
2009	1.8	1	-	0.5	-
2010	1.7	0.7	0.7	-	-
2011	1.4	1.6	-	-	-

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri, 2003-2011

Cepten yapılan sağlık harcaması sonrası, görelî yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin gelir dilimlerine göre dağılımı incelendiğinde 2003 yılında en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.4'ü görelî yoksulluk sınırının altına düştüğü görülmektedir. İkinci %20'lik dilimde yer alan hanelerin %0.7'si yoksullaşırken, sonraki dilimlerde böyle bir etki gerçekleşmemektedir. 2004 yılında yalnızca en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.1'i görelî yoksulluk sınırının altına düşerken, izleyen yıllarda yoksullaşma oranı artmıştır. Buna göre 2005 yılında orta ve ortanın altı gelir dilimlerinde sırasıyla %1.7, %0.8 ve %0.5, 2006 yılında ise %1.6, %0.6 ve %0.5 oranlarında yoksullaşma görülmektedir. 2007 yılında ise yoksullaşma oranlarındaki artış dikkat çekmektedir. En yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.8'i yoksullaşırken diğer dilimlerde sırasıyla %0.8, %0.6 ve %0.5 oranlarında yoksullaşma tespit edilmiştir. 2008 yılında görelî olarak azalan yoksulluk etkisi 2009 yılında yeniden artarak en yoksul birinci dilimde %1.8'e yükselmiştir. 2010 yılında ise birinci dilimde %1.7 olan yoksullaşma 2011 yılında %1.4'e gerilemiş fakat ikinci dilimdeki etki %1.6'ya yükselmiştir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının orta ve altı gelir dilimlerinde yoksullaşmaya

neden olduğu görölmekle birlikte söz konusu etkinin birinci gelir dilimlerinde yer alan yoksul haneler arasında daha yoğun olduğu söylenebilir.

4.5.3. Katastrofik Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri

Hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcamaları nedeniyle, söz konusu harcamanın hanelerin toplam tüketim harcamalarına oranı itibariyle kullanılan farklı eşik değerler olarak tanımlanan katastrofik sağlık harcamaları ve bu harcamaları etkileyen unsurlar, literatürde yaygın olarak incelenmektedir.

Ekman (2007) tarafından Zambiya’da yüksek gelir düzeyinin sağlık harcaması nedeniyle katastrofiye uğrama riskini azalttığı, sağlık sigortası sahipliğinin ise bireyleri katastrofiye karşı korumadığı hatta riski artırdığı tespit edilmiştir. Van Doorslaer ve diğerleri (2007) tarafından 14 Asya ülkesine yönelik gerçekleştirilen ampirik analizde sağlık hizmetlerine yapılan doğrudan ödemelerin katastrofiye neden olduğu tespit edilmiştir. Gotsadze ve diğerlerinin (2009) Gürcistan’da yaptığı incelemede ise kronik hastalıklar ile yoksulluğun finansal katastrofi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Mondal ve diğerleri (2010) tarafından Hindistan’da katastrofik sağlık harcamaları üzerinde yapılan analizde, uzun süreli ve kronik hastalıklar, yatarak tedavi hizmetleri ve bebek ölümleri ile hanehalkı büyüklüğü ve kırdaki ikamet etmenin katastrofi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Knaut ve diğerleri (2011) tarafından Latin Amerika ve Karayip ülkelerinde hanede küçük çocuk ve yaşlı birey varlığı ile yoksulluğun katastrofi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Minh ve diğerleri (2012) ise Vietnam’da sağlık sigortası

sahipliği, hane halkı fert sayısı, yaşlı fert sayısı, altı yaşından küçük çocuk sahipliği ile kırsal kesimde ikamet etme gibi faktörlerin katastrofik sağlık harcamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmiştir. Krutilová ve Yaya (2012) Çek Cumhuriyeti'nde hanede yaşlı fert varlığı ile tek ve çocuksuz yaşamının yanında hanehalkı reisinin bayan olması ve düşük gelir düzeyinin katastrofi üzerinde etkili olduğunu vurgulamıştır.

Katastrofik sağlık harcamaları üzerinde etkili olan faktörlerin belirlenmesinde logit model tercih edilmektedir. Bunun nedeni ise katastrofik sağlık harcaması yapıp yapmama durumunun iki sonuçlu değer alması (evet/hayır) ve verilerin modele daha uygun olmasıdır. Çalışmada kullanılan veriler, Tablo 30'da gösterilmektedir. Bağımsız değişkenler yardımıyla tahmin edilmek istenen logit fonksiyon aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

$$\ln [p/(1-p)] = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_i X_i$$

Modelde yer alan p, bağımlı değişkenin 1 veya 0 olması halinde tahmin edilen olasılık durumunu göstermektedir. Bu bağlamda lojistik regresyon analiziyle elde edilen sonuç, modelin doğrusal olmayan bir fonksiyonudur. Regresyon katsayılarının doğal logaritmalarının hesaplanmasıyla elde edilen olasılık oranlarının (OR) 1'den büyük olması, söz konusu bağımsız değişkenin katastrofik sağlık harcamasını artırdığı, 1'den küçük olması ise bağımsız değişkenin, hanehalkını katastrofik sağlık harcamasına karşı koruduğunu ifade etmektedir.

Lojistik regresyonda model seçimi için olabilirlik oran istatistiği (likelihood ratio statistics) kullanılmaktadır. Buna göre söz konusu model, bağımsız değişkenlerin dışarıda bırakıldığı model ile karşılaştırılmakta ve anlamlı bir farka neden olması durumunda, bağımsız değişken modelde tutulmaktadır. Dolayısıyla bağımsız değişkenin modele eklenmesi, model uyumunu iyileştirmektedir. Model seçiminde kullanılan bir diğer yöntem ise Wald testidir. Her bir bağımsız değişkenin, lojistik regresyon katsayılarının anlamlılığını inceleyen Wald istatistiği, herhangi bir logit katsayısının sıfıra eşit olduğu biçimindeki boş (null) hipotezi test etmektedir. Lojistik katsayının, kendi standart hatasına oranının karesi olarak hesaplanan Wald istatistiği, lojistik regresyonda β katsayısının anlamlılık testini göstermektedir. Bu bağlamda Wald istatistiği yardımıyla istatistiksel olarak anlamsız bulunan değişkenler modelden çıkarılmaktadır (Kleinbaum ve Klein, 2010).

Lojistik regresyon analizinde öncelikli olarak $-2LL^{74}$ istatistiği elde edilmektedir. En çok olabilirlik yönteminin kullanıldığı $-2LL$ 'nin alabileceği en küçük değer 0'dır ve modelin en iyi uyuma sahip olduğunu göstermektedir. Bu durumda $-2LL$ 'nin 0 olması ile birlikte olabilirlik 1'e eşittir. Birinci durumda sabit terimin yer aldığı modelin $-2LL$ değeri ile bağımsız değişkenlerin modele eklenmesi sonucu ulaşılan $-2LL$ değerinin karşılaştırılması yoluyla modelde meydana gelen değişimler ölçülmektedir. Buna göre daha küçük $-2LL$ değeri, daha iyi bir modeli ifade etmektedir.

⁷⁴ $-2LL$ (log likelihood), en çok olabilirlik kestiriminin ne kadar iyi uyuma işaret ettiğini göstermektedir. Bir diğer değişle çoklu regresyondaki kareler toplamına benzeyen olabilirlik değeridir (Çokluk, 2010: 1380).

Logit modelin uyumunun incelenmesinde ise Cox ve Snell R^2 ile Nagelkerke R^2 değerleri kullanılmaktadır. Söz konusu değerler ile model tarafından bağımlı değişkende açıklanan varyans iki farklı yoldan kestirilmektedir. Bu bağlamda her iki değer de lojistik model tarafından açıklanan varyans miktarını göstermektedir. Söz konusu değerlerin 1 olması durumu mükemmel model uyumunu göstermekte ve daha büyük değer daha iyi model uyumunu ifade etmektedir. Lojistik regresyon modelinin bir bütün halinde uyumu ise Hosmer-Lemeshow Testi ile ölçülmektedir. Buna göre modelin anlamsız olduğunu ileri süren H_0 hipotezi, Hosmer-Lemeshow Testi ile değerlendirilmektedir. Sonucunun anlamlı çıkmaması ($p>0.05$) ise model ve veri uyumunun yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir (Hosmer vd., 2010). Bir diğer deyişle sonucun anlamlı çıkmaması, modelin kabul edilebilir düzeyde uyuma sahip olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda, gözlenen ve model tarafından kestirilen değerler arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Model uyumunun bir diğer göstergesi ise verilerin doğru sınıflandırma yüzdesidir. Elde edilen kestirimler ile verilerin gerçek durumlarının karşılaştırılması yoluyla elde edilen sınıflandırma oranı, model uyumunun iyiliğini ifade etmektedir. Bununla birlikte bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki etkilerinin incelenebilmesi için değişkenlerin marjinal etkileri hesaplanmaktadır. Buna göre her bir bağımsız değişkene ilişkin marjinal etki, bağımlı değişkenlerin örneklem ortalamaları yardımıyla elde edilmiştir.

Tablo 32: Tanımlayıcı İstatistikler

Bağımlı Değişkenler		
Katastrofik Sağlık Harcaması (% 5)	Hanehalkı aylık tüketim harcamasının, hanehalkı aylık tüketim harcaması içindeki payının % 5'ten fazla olması	1= Evet / 0 = Hayır
Katastrofik Sağlık Harcaması (% 10)	Hanehalkı aylık tüketim harcamasının, hanehalkı aylık tüketim harcaması içindeki payının % 10'dan fazla olması	1= Evet / 0 = Hayır
Katastrofik Sağlık Harcaması (% 20)	Hanehalkı aylık tüketim harcamasının, hanehalkı aylık tüketim harcaması içindeki payının % 20'dan fazla olması	1= Evet / 0 = Hayır
Katastrofik Sağlık Harcaması (Ödeme Kapasitesi % 40)	Hanehalkı aylık tüketim harcamasının, hanehalkı aylık ödeme kapasitesi içindeki payının % 40'dan fazla olması	1= Evet / 0 = Hayır
Bağımsız Değişkenler		
Cinsiyet	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	1= Erkek / 2 = Kadın
0-5 Yaş Çocuk	Hanede 5 yaş altı çocuk varlığı	1= Evet / 0 = Hayır
65 Yaşından Büyük Fert	Hanede 65 yaş üzeri yaşlı fert varlığı	1= Evet / 0 = Hayır
Yeşil Kart	Hanehalkı reisinin yeşil kart sahipliği	1= Evet / 0 = Hayır
Sağlık Sigortası Sahipliği	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası sahipliği	1= Hayır / 0 = Evet
Hasta Fert	Hanede hasta veya özürlü fert varlığı	1= Evet / 0 = Hayır
Medeni Durum	Hanehalkı reisinin medeni durumu	1= Evli / 0 = Hayır
Yerleşim Yeri	Hanehalkının yerleşim yeri	1= Kırsal / 0= Kent
İstihdam Durumu	Hanehalkı reisinin çalışma durumu	1= Çalışmıyor / 0 = Çalışıyor
Eğitim Düzeyi	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	1= İlköğretim ve altı / 0= Ortaöğretim ve üzeri
Yıl	Katkı payının sağlık reformu kapsamında uygulamaya konulması	1 = 2009 yılı sonrası / 0 = 2009 yılı öncesi
Gelir Dağılımı	Hanehalkı gelirinin %20'lik dilimler itibariyle dağılımı	1.Dilim (Referans), 2.Dilim, 3.Dilim, 4.Dilim, 5.Dilim
Hanehalkı Büyüklüğü	Hanede yer alan birey sayısı	1= 6 ve üzeri, 0= 5 ve altı

Tablo 33: Lojistik Regresyonda Kullanılan Bağımsız Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler, %

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cinsiyet (Erkek)	48.83	48.38	48.56	48.40	48.08	48.21	48.73	48.80	48.64
5 Yaşından Küçük Çocuk	10.37	10.19	8.55	10.11	9.78	9.66	9.64	9.51	9.61
65 Yaşından Büyük Fert	6.12	5	5.3	5.96	6.16	6.86	7.25	7.33	6.79
Yeşil Kart Sahipliği	4.17	7.22	13.44	14.67	17.02	15.30	16.15	17.18	16
Sağlık Sigortası Sahipliği	64.18	69.33	73.89	80.88	84.74	87.8	85.87	87.52	90.42
İstihdam Durumu (Çalışıyor)	40.54	40.18	31.97	41.64	41.06	32.37	48.31	46.53	48.07
Hasta Fert	2.26	2.17	2.05	2.60	2.78	2.56	3.94	3.97	3.97
Eğitim									
İlköğretim ve altı	74.86	74.04	68.5	74.48	74.57	68.6	73.98	73.54	72.39
Ortaöğretim ve üzeri	20.42	20.08	17.16	20.24	20.02	19.41	19.14	19.2	19.3
Medeni Durum (Evli)	62.36	61.83	47.98	63.12	62.42	50.24	68.17	67.89	68.05
Hanehalkı Büyüklüğü									
0-5 Kişi	80.85	82.13	81.08	82.71	83.29	84.98	85.41	85.87	86.84
6 ve üzeri	17.81	16.43	17.63	16.35	15.38	14.26	13.71	12.67	25.31
Yerleşim Yeri (Kent)	70.94	70.05	69.93	69.29	68.94	69.70	67.80	68.56	69.30

Kaynak: 2003-2011 Hane Halkı Bütçe Anketi Araştırma Verileri

Tablo 34: Bağımsız Değişkenler Arası Çoklu Bağlantı Probleminin VIF, Tolerans ve R² Değerleriyle İncelenmesi

Bağımsız Değişkenler	VIF	Tolerans	R²	Wald	p
Cinsiyet	1.21	0.8258	0.1742	0.39	0.5300
0-5 Yaş Çocuk	1.29	0.7740	0.2260	28.93	0.0000*
65 Yaşından Büyük Fert	1.42	0.7066	0.2934	51.21	0.0000*
Yeşil Kart Sahipliği	1.14	0.8771	0.1229	154.36	0.0000*
Sağlık Sigortası Sahipliği	1.09	0.9172	0.0828	171.42	0.0000*
Hasta Fert	1.03	0.9723	0.0298	399.43	0.0000*
Medeni Durum	1.36	0.7337	0.2663	57.39	0.0000*
Yerleşim Yeri	1.08	0.9270	0.0730	158.81	0.0000*
İstihdam Durumu	1.15	0.8711	0.1289	11.82	0.0006*
Eğitim Düzeyi	1.16	0.8635	0.1365	12.11	0.0005*
Yıl	1.34	0.7483	0.2517	13.25	0.0003*
Gelir Dağılımı	1.23	0.8144	0.1856	89.36	0.0000*
Hane Büyüklüğü	1.11	0.9002	0.0998	13.27	0.0003*
Ortalama VIF	1.20				

* p<0.001

Çoklu bağlantı (multicollinearity) sorunu tolerans, varyans artış faktörleri (varyans inflation factor-VIF) ve R² değerlerinin incelenmesi yoluyla tespit edilmektedir. Tolerans değeri ise 1/VIF değeriyle bulunmaktadır. Buna göre, VIF değerlerinin 10'dan büyük olması çoklu bağlantı sorununu ifade etmektedir. Diğer yandan tolerans değerinin 0.1'den küçük olması çok ciddi çoklu bağlantı sorununu, 0.2'den küçük olması ise çoklu bağlantı potansiyelini ifade etmektedir. Ortalama VIF değerinin 1'e yakın olması ise çoklu bağlantı sorunun oluşmadığını göstermektedir (Hosmer vd., 2013). Bu bağlamda tabloda görüldüğü üzere düşük VIF değerlerinin yanı sıra yüksek tolerans değerlerinin varlığı ve Ortalama VIF değerinin 1'e yakın bir değer alması, çalışmaya konu veriler arasında çoklu bağlantı sorununun bulunmadığını göstermektedir.

Katastrofik sağlık harcamalarının belirleyici değişkenlerinin analizinde ise cinsiyet dışındaki tüm değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu grlmektedir. Bu bağlamda hanede bebek, hasta ve yaşlı fert bulunması, herhangi bir sağlık sigortasının bulunmaması, kırdaki ikamet edilmesi, hane halkı reisinin çalışmaması ve evli olması ile birlikte düşük eğitim seviyesine sahip olması, yıl, gelir dağılımı ve hane büyüklüğünün katastrofik sağlık harcamaları üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet değişkeninin Wald testinde anlamsız çıkması, değişkenin modelden çıkarılabileceğini işaret etmektedir (Hosmer vd., 2013). Bu bağlamda değişkenin modelden çıkarılması durumunda modelin anlamlılığında meydana gelen değişim, -2LL değerı ile incelenmiştir.

Tablo 35: Cinsiyet Bağımsız Değişkeninin ıkarılması Durumunda Modelin Anlamlılığı

Değişken	-2 LL Değerimi	LR Chi-Square	P
Cinsiyet	0.218	(1) 0.32	0.5716

Tablo 35’de cinsiyet bağımsız değişkeninin modelden çıkarılması durumunda, modelin anlamlılığında meydana gelen değişim gösterilmektedir. Analiz sonucunun anlamlı çıkması, söz konusu değişkenin modelden elenmesinin modeli olumsuz yönde etkileyeceğini göstermektedir. Dolayısıyla tabloda grldğu üzere -2LL değerindeki değişim anlamsız çıkmaktadır. Bu bağlamda cinsiyet değişkeninin modele eklenmesi istatistiksel olarak anlamlı olmadığından modelden çıkarılmıştır. Katastrofik sağlık harcamasına yönelik lojistik regresyon sonuçları aşağıda gösterilmektedir.

Tablo 36: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %5 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Regresyon Katsayısı (β)	Standart Hata	OR	p	% 95 Güven Aralığı	
0-5 Yaş Çocuk	-0.11917	0.023185	0.887656	0.000*	-0.16461	-0.07373
65 Yaşından Büyük Fert	0.144732	0.019508	1.15573	0.000*	0.106498	0.182967
Yeşil Kart Sahipliği	0.267046	0.021494	1.3061	0.000*	0.224918	0.309174
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.072572	0.021616	1.07527	0.001*	0.030205	0.114939
Hasta Fert	0.607659	0.03031	1.836127	0.000*	0.548252	0.667065
Medeni Durum	0.1323	0.015833	1.141451	0.000*	0.101269	0.163332
Yerleşim Yeri	0.171788	0.014275	1.187426	0.000*	0.14381	0.199766
İstihdam Durumu	0.059586	0.014668	1.061397	0.000*	0.030836	0.088335
Eğitim Düzeyi	0.047541	0.01576	1.048689	0.003*	0.016653	0.078429
Yıl	-0.06641	0.018295	0.935745	0.000*	-0.10227	-0.03056
Hanehalkı Büyüklüğü	0.049413	0.015856	1.050654	0.002*	0.018335	0.08049
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	0.021064	0.022606	1.021288	0.351	-0.02324	0.065372
3. Dilim	0.052198	0.022642	1.053584	0.021**	0.007821	0.096575
4. Dilim	0.079023	0.022893	1.082229	0.001*	0.034154	0.123893
5. Dilim	0.214343	0.023183	1.239048	0.000*	0.168906	0.25978
Sabit	-2.49831	0.027735	0.082224	0.000*	-2.55267	-2.44395

* $p < 0.001$ ** $p < 0.05$

Log Likelihood: -80043.467 N: 239.013, LR Chi-Square (15): 1093.29. p: 0.0000.

McFadden Adj R^2 : 0.007. Nagelkerke R^2 : 0.009. Wald Chi-Square (15): 1150.99. p: 0.0000

Pseudo R^2 : 0.0068. Hosmer-Lemeshow (8): 6.07. p: 0.6390

Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 89.44

Tablo 37: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %10 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Regresyon Katsayısı (β)	Standart Hata	OR	p	% 95 Güven Aralığı	
0-5 Yaş Çocuk	-0.10089	0.034295	0.904032	0.003*	-0.16811	-0.03367
65 Yaşından Büyük Fert	0.270139	0.028164	1.310147	0.000*	0.214939	0.32534
Yeşil Kart Sahipliği	0.26891	0.030969	1.308537	0.000*	0.208212	0.329608
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.140294	0.030893	1.150611	0.000*	0.079745	0.200842
Hasta Fert	0.676418	0.040729	1.96682	0.000*	0.596591	0.756246
Medeni Durum	0.14493	0.023037	1.155958	0.000*	0.099779	0.190081
Yerleşim Yeri	0.239022	0.020626	1.270007	0.000*	0.198597	0.279448
İstihdam Durumu	0.145521	0.021178	1.156642	0.000*	0.104014	0.187028
Eğitim Düzeyi	0.103674	0.023554	1.109239	0.000*	0.057508	0.14984
Yıl	-0.41319	0.028391	0.661537	0.000*	-0.46883	-0.35754
Hanehalkı Büyüklüğü	-0.02031	0.023271	0.979892	0.383	-0.06592	0.025298
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	0.015832	0.031917	1.015958	0.623	-0.04672	0.07839
3. Dilim	-0.02508	0.032568	0.975236	0.441	-0.08891	0.038757
4. Dilim	0.012425	0.032983	1.012503	0.706	-0.05222	0.07707
5. Dilim	0.123136	0.033556	1.131038	0.000*	0.057368	0.188904
Sabit	-3.39347	0.040348	0.033592	0.000*	-3.47255	-3.31439

* p<0.001 ** p<0.01 *** p<0.05

Log Likelihood: -44368.342. N: 239.013, LR Chi-Square (15): 987.44 p: 0.0000.

McFadden Adj R²: 0.011. Nagelkerke R²: 0.013. Wald Chi-Square (15): 1005.16. p: 0.0000

Pseudo R²: 0.0110. Hosmer-Lemeshow (8): 22.19. p: 0.2867.

Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 95.36

Tablo 38: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %20 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Regresyon Katsayısı (β)	Standart Hata	OR	p	% 95 Güven Aralığı	
0-5 Yaş Çocuk	-0.1958	0.063378	0.822177	0.002	-0.32002	-0.07158
65 Yaşından Büyük Fert	0.474283	0.047852	1.606862	0.000*	0.380495	0.568072
Yeşil Kart Sahipliği	0.335586	0.053538	1.39876	0.000*	0.230653	0.440519
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.216795	0.053411	1.24209	0.000*	0.112112	0.321478
Hasta Fert	0.78779	0.065181	2.198533	0.000*	0.660038	0.915543
Medeni Durum	0.121985	0.04014	1.129738	0.002	0.043312	0.200659
Yerleşim Yeri	0.329753	0.036122	1.390624	0.000*	0.258956	0.400549
İstihdam Durumu	0.187476	0.037232	1.206202	0.000*	0.114503	0.260449
Eğitim Düzeyi	0.131033	0.042647	1.140005	0.002	0.047446	0.214619
Yıl	-0.73734	0.05311	0.478385	0.000*	-0.84143	-0.63325
Hanehalkı Büyüklüğü	-0.08654	0.041438	0.917098	0.037***	-0.16776	-0.00532
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	-0.05664	0.05481	0.944933	0.301	-0.16407	0.050785
3. Dilim	-0.1219	0.056694	0.885234	0.032***	-0.23302	-0.01079
4. Dilim	-0.14817	0.058582	0.862284	0.011**	-0.26299	-0.03335
5. Dilim	0.153427	0.057426	1.165823	0.008*	0.040875	0.26598
Sabit	-4.59671	0.070798	0.010085	0.000*	-4.73548	-4.45795

* p<0.001 ** p<0.01 *** p<0.05

Log Likelihood: -17624.198. N: 239.013, LR Chi-Square (15): 701.07. p: 0.0000.

McFadden Adj R²: 0.019. Nagelkerke R²: 0.021. Wald Chi-Square (15): 723.78. p: 0.0000

Pseudo R²: 0.0195. Hosmer-Lemeshow (8): 20.62. p: 0.3185.

Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 98.56

Tablo 39: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Ödeme Kapasitesi İçindeki Payının %40 ve Üzerinde Olması Halinde Katastrofik Sağlık Harcamasına İlişkin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	Regresyon Katsayısı (β)	Standart Hata	OR	p	% 95 Güven Aralığı	
0-5 Yaş Çocuk	0.532211	0.114776	1.702693	0.000*	0.307254	0.757168
65 Yaşından Büyük Fert	0.758605	0.076834	2.135295	0.000*	0.608013	0.909197
Yeşil Kart Sahipliği	0.302834	0.088239	1.35369	0.001*	0.129888	0.47578
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.2416	0.085116	1.273284	0.005*	0.074775	0.408424
Hasta Fert	0.920893	0.098579	2.511532	0.000*	0.727682	1.114104
Medeni Durum	0.223703	0.066962	1.250699	0.001*	0.092459	0.354946
Yerleşim Yeri	0.481688	0.061632	1.618805	0.000*	0.360893	0.602484
İstihdam Durumu	0.371541	0.063697	1.449968	0.000*	0.246697	0.496385
Eğitim Düzeyi	0.197559	0.081341	1.218425	0.015**	0.038133	0.356985
Yıl	-0.96906	0.096386	0.379441	0.000*	-1.15797	-0.78014
Hanehalkı Büyüklüğü	-0.38116	0.075307	0.683065	0.000*	-0.52876	-0.23357
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	-0.74068	0.086337	0.47679	0.000*	-0.9099	-0.57146
3. Dilim	-1.0142	0.096869	0.362691	0.000*	-1.20406	-0.82434
4. Dilim	-1.01861	0.100832	0.361096	0.000*	-1.21624	-0.82098
5. Dilim	-0.74249	0.09834	0.475928	0.000*	-0.93523	-0.54975
Sabit	-5.13528	0.118311	0.005885	0.000*	-5.36716	-4.90339

* p<0.001 ** p<0.01 *** p<0.05

Log Likelihood: -17624.198. N: 239.013, LR Chi-Square (15): 772.32. p: 0.0000.

McFadden Adj R²: 0.019. Nagelkerke R²: 0.021. Wald Chi-Square (15): 723.78. p: 0.0000

Pseudo R²: 0.0195. Hosmer-Lemeshow (8): 20.62. p: 0.3185.

Doğru Sınıflandırma Yüzdesi: % 98.56

Katastrofik sağlık harcaması üzerinde etkili olan sosyo-demografik faktörler, cepten yapılan sağlık harcamalarının farklı eşik değeri dikkate alınarak dört farklı yöntemle analiz edilmiştir. Buna göre %5, %10, %20 ve ödeme kapasitesinin %40'ı katastrofik sağlık harcaması olarak tanımlanmış ve bu düzeylerde harcamaya neden olan faktörler lojistik regresyon yardımıyla incelenmiştir.

Tablo 36, hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamasının tüketim harcaması içindeki payının %5 ve üzerinde olması halinde, katastrofik sağlık harcamasına ilişkin lojistik regresyon analiz sonuçlarını göstermektedir. Buna göre analizde yer alan bağımsız değişkenlerin hepsi, katastrofik sağlık harcaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Hanede beş yaşından küçük çocuk bulunması ile 2009 yılı ve sonrası, finansal katastrofi üzerinde negatif yönlü etkiye sahipken, hanede hasta ve altmış beş yaş ve üzeri fert bulunması katastrofi üzerinde pozitif yönlü etkiye sahiptir. Bununla birlikte hanehalkı reisinin herhangi bir sağlık sigortasına sahip bulunmaması katastrofi üzerinde etkiliyken, hanehalkı reisinin yeşil kart sahibi olması ise hanelerin sağlık harcaması nedeniyle katastrofiye uğramasına neden olmaktadır. Sonuç olarak yeşil kart sahipliği, haneleri sağlık hizmeti nedeniyle oluşacak finansal yükten korumamaktadır. Benzer biçimde kırdaki ve büyük hanede ikamet etme, düşük eğitim düzeyi, evli ve işsiz olma faktörleri de hanelerin katastrofi ile yüz yüze kalmasına neden olan faktörler arasında yer almaktadır. Gelir dağılımında ise ikinci dilimde yer almak istatistiksel olarak anlamsızken, diğer dilimlerde bulunmak katastrofi üzerinde istatistiksel olarak

anlamlıdır. Lojistik regresyonda hesaplanan β katsayıları, analizin yorumlanmasında doğrudan dikkate alınmamakta bunun yerine söz konusu katsayıların doğal logaritmalarından hesaplanan Odds oranları kullanılmaktadır. Dolayısıyla Tablo 36'da gösterilen Odds oranları incelendiğinde, hanelerin cepten yaptıkları sağlık harcamaları nedeniyle finansal katastrofiye uğrama riski hasta fertlerin yer aldığı hanelerde, hasta fertlerin bulunmadığı hanelere kıyasla 1.8 kat daha fazladır. Yeşil kart kapsamında sağlık sigortasına sahip olanlar ise yeşil kartı olmayanlara göre 1.3 kat katastrofiye uğrama riskine sahiptir.

Analizde kullanılan modelin uyum istatistikleri ise çeşitli testler yardımıyla elde edilmektedir. Bunlardan birincisi değişkenlerin anlamlılığını inceleyen Wald istatistikleridir. Buna göre, modele dahil edilen değişkenlerin β katsayılarının sıfır olduğunu test eden boş hipotez reddedilmektedir. Bu bağlamda modelde kullanılan değişkenlerin modele anlamlı katkılarının olduğu görülmektedir. Model uyumunu test eden ikinci istatistik ise modelin ki-kare değeridir. Söz konusu, değer anlamlı olması, bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin varlığını göstermektedir. Modelin ki-kare değerinin anlamlı olması, yalnızca sabit terimin yer aldığı başlangıç model ile amaçlanan model arasında fark yoktur şeklindeki boş hipotezin (H_0) reddedilmesi ve bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin desteklenmesini ifade etmektedir. Sonuç anlamlı çıktığından boş hipotez reddedilmiştir. Modelin uyumunu ölçen bir diğer test ise Hosmer-Lemeshow olarak isimlendirilen ki-kare modelin uyum iyiliği testidir. Bu teste ilişkin

sonucun anlamlı bulunmaması, model ile veri uyumunun yeterli düzeyde olduğunu ifade etmektedir. Bu bağlamda gözlenen ve model tarafından kestirilen değerler arasında anlamlı bir fark yoktur. Bir diğer deyişle model tahmini, gözlenen durumdan farklı değildir. Tabloda görüldüğü üzere p değerinin 0.05'den büyük olması ($p=0.6390$) model veri uyumunun yeterli düzeyde olduğunu göstermektedir. Model uyumunun bir diğer göstergesi ise verilerin doğru sınıflandırma yüzdesidir. Buna göre tahminler ile verilerin gerçek durumları karşılaştırılmakta ve doğru sınıflandırılan verilerin oranı, modelin bir diğer uyum istatistiğini göstermektedir. Regresyonda yer alan bağımsız değişkenlere yönelik doğru sınıflandırma oranı %89.44 olarak bulunmuştur.

Tablo 37, hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamasının tüketim harcaması içindeki payının %10 ve üzerinde olması halinde, katastrofik sağlık harcaması üzerinde etkili olan faktörlere ilişkin lojistik regresyon analiz sonuçlarını göstermektedir. Analizde kullanılan bağımsız değişkenlerden hanehalkı büyüklüğü ile gelir dağılımının ikinci ve üçüncü dilimleri istatistiksel olarak anlamsız, diğer değişkenler ise anlamlı olarak bulunmuştur. Katastrofinin % 5 olarak tanımlandığı önceki analizde olduğu gibi % 10 düzeyinde de hanede beş yaş altı çocuk bulunması ile 2009 yılı ve sonrası katastrofi üzerinde negatif yönlü etkiye sahiptir. Bununla birlikte hanede altmış beş yaş ve üzeri fert bulunması ile hasta fert varlığı, yeşil kart sahipliği, herhangi bir sağlık sigortasının bulunmaması, evli olma, düşük eğitim düzeyi, çalışmama ve kırdaki ikamet etme, hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamaları

sonucu finansal katastrofiye uğramaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahiptir. Söz konusu değişkenler yardımıyla hesaplanan Odds oranları incelendiğinde, hasta fertlerin yer aldığı hanelerin finansal katastrofiye uğrama olasılığının, hasta fertlerin bulunmadığı hanelere göre yaklaşık iki kat yüksek olduğu görülmektedir. Benzer biçimde altmış beş yaş ve üzeri fertlerin yer aldığı hanelerde olasılık 1.31, yeşil kart sahibi olanların olasılığı 1.30 ve kırdaki ikamet edenlerin olasılığı ise 1.27 olarak hesaplanmıştır. Tablo 38’de ise katastrofik sağlık harcamalarının %20 eşik değeri referans alınarak, katastrofik sağlık harcamaları üzerinde etkili olan sosyo-demografik faktörlere ilişkin lojistik regresyon analiz sonuçları gösterilmektedir. Hanede beş yaş altı çocuk bulunması, altmış beş yaş üzeri fert bulunması, yeşil kart sahipliği, sağlık sigortası sahipliğinin bulunmaması, hanede hasta fert bulunması, evli olma, düşük eğitim düzeyi, çalışmama ve kırdaki ikamet etme faktörlerinin, katastrofik sağlık harcaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Diğer yandan gelir diliminin ikinci diliminde bulunma istatistiksel olarak anlamsızken, gelir diliminin üçüncü dilimi ile hanehalkı büyüklüğü, 0.1 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlıdır. Bununla birlikte beş yaş altı çocuk sahipliği ile 2009 ve sonrası dönem ve hanehalkı büyüklüğünün, katastrofi üzerinde negatif yönlü etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bağımsız değişkenlerin Odds oranları incelendiğinde ise hasta fertlerin yer aldığı hanelerin finansal katastrofiye uğrama olasılığının, hasta fertlerin

bulunmadığı hanelere kıyasla 2.2 kat fazla olduğu tespit edilmiştir. Yaşlı fertlerin bulunduğu hanelerde ise bu oranın 1.6 olduğu bulunmuştur.

Hanehalkı cepten sağlık harcamasının ödeme kapasitesi içindeki payının %40 ve üzerinde olması halinde katastrofik sağlık harcamasına ilişkin lojistik regresyon analiz sonuçları ise Tablo 39'da gösterilmektedir. Lojistik regresyonda yer alan değişkenlerin tamamının, ödeme kapasitesinin % 40 eşik değeri itibariyle istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte katatrofi üzerinde etkili olan değişkenlerden hane büyüklüğü ile 2009 ve sonrası dönem ve gelir dilimlerinin tamamı, katastrofi üzerinde negatif yönlü etkiye sahiptir. Değişkenlere ilişkin Odds oranları incelendiğinde ise katastrofi riskinin yükseldiği görülmektedir. Buna göre hasta fert bulunan hanelerin sağlık harcamaları nedeniyle finansal katastrofiye uğrama olasılığının, hasta fert bulunmayan hanelere oranla 2.5 kat, altmış beş yaş üzeri fert bulunan hanelerde, olmayanlara göre 2.1 kat ve kırdaki ikamet eden hanelerin etmeyenlere göre 1.6 kat fazla olduğu bulunmuştur.

Lojistik regresyon yardımıyla tahmin edilen katsayılar, söz konusu değişkenlerin marjinal etkilerini göstermemektedir. Bağımsız değişkenlerde meydana gelebilecek küçük bir değişikliğin, bağımlı değişken üzerindeki etkisinin açıklanabilmesi için çalışmada marjinal etkiler de hesaplanmıştır. Bağımsız değişkenlerin ortalamaları baz alınarak hesaplanan olasılıkların marjinal etkileri, aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir.

Tablo 40: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %5 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri

Bağımsız Değişkenler	Marjinal Etki	Standart Hata	p	OR Değişim (%)	% 95 Güven Aralığı	
0-5 Yaş Çocuk	-0.01035	0.00202	0.000*	-10.8	-0.01431	-0.00639
65 Yaşından Büyük Fert	0.013914	0.00195	0.000*	15.5	0.0101	0.017728
Yeşil Kart Sahipliği	0.028756	0.0025	0.000*	32.6	0.023854	0.033659
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.005976	0.00208	0.004	6.5	0.001909	0.010043
Hasta Fert	0.071477	0.00428	0.000*	84.8	0.063091	0.079863
Medeni Durum	0.011745	0.00143	0.000*	13.6	0.008939	0.01455
Yerleşim Yeri	0.016372	0.00138	0.000*	18.8	0.01366	0.019084
İstihdam Durumu	0.005731	0.00139	0.000*	6.3	0.003007	0.008455
Eğitim Düzeyi	0.004186	0.00145	0.004	4.6	0.001346	0.007026
Yıl	-0.00624	0.00166	0.000*	-6.6	-0.00949	-0.003
Hanehalkı Büyüklüğü	0.004903	0.0015	0.001	5.4	0.001957	0.007849
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	0.002409	0.00214	0.26	2.6	-0.00178	0.006598
3. Dilim	0.005453	0.00218	0.012	5.9	0.00119	0.009716
4. Dilim	0.007967	0.00222	0.000*	8.8	0.00361	0.012324
5. Dilim	0.021444	0.00239	0.000*	24.5	0.016767	0.02612
Ortalama	0.103924					

Tablo 41: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %10 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri

Bağımsız Değişkenler	Marjinal Etki	Standart Hata	p	OR Değişim (%)	% 95 Güven Aralığı	
0-5Yaş Çocuk	-0.00399	0.00137	0.004	- 9.2	-0.0013	0.141695
65 Yaşından Büyük Fert	0.01242	0.00139	0.000*	31	0.015154	0.195065
Yeşil Kart Sahipliği	0.013872	0.00171	0.000*	34	0.017215	0.096765
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.0059	0.00143	0.000*	14.1	0.008708	0.118738
Hasta Fert	0.03917	0.00303	0.000*	97.8	0.045113	0.034044
Medeni Durum	0.005887	0.00095	0.000*	15.1	0.007744	0.643735
Yerleşim Yeri	0.010552	0.00094	0.000*	27	0.012393	0.349893
İstihdam Durumu	0.006435	0.00095	0.000*	16	0.008293	0.322346
Eğitim Düzeyi	0.004244	0.00097	0.000*	11	0.006148	0.685787
Yıl	-0.01607	0.00099	0.000*	- 34	-0.01413	0.230234
Hanehalkı Büyüklüğü	-0.00079	0.00098	0.421	-1.8	0.001135	0.25594
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	0.000924	0.00138	0.504	2.2	0.003632	0.188165
3. Dilim	-0.00076	0.00138	0.58	-1.8	0.001942	0.202905
4. Dilim	0.000821	0.00143	0.565	1.9	0.003618	0.216135
5. Dilim	0.005743	0.00154	0.000*	13.9	0.008754	0.222461
Ortalama	0.046521					

Tablo 42: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının %20 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri

Bağımsız Değişkenler	Marjinal Etki	Standart Hata	p	OR Değişim (%)	% 95 Güven Aralığı	
0-5Yaş Çocuk	-0.00229	0.00072	0.001	-17.2	-0.00088	0.141695
65 Yaşından Büyük Fert	0.007055	0.00082	0.000*	60.1	0.008666	0.195065
Yeşil Kart Sahipliği	0.004085	0.00092	0.000*	32.6	0.005882	0.096765
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.002674	0.00079	0.001	21.2	0.004223	0.118738
Hasta Fert	0.01508	0.00172	0	121.5	0.018454	0.034044
Medeni Durum	0.001456	0.0005	0.004	12.1	0.002442	0.643735
Yerleşim Yeri	0.004537	0.00052	0.000*	39.5	0.005548	0.349893
İstihdam Durumu	0.002501	0.00051	0.000*	20.6	0.00351	0.322346
Eğitim Düzeyi	0.001653	0.00053	0.002	14	0.002686	0.685787
Yıl	-0.00798	0.00048	0	-52	-0.00704	0.230234
Hanehalkı Büyüklüğü	-0.00096	0.00052	0.063	-7.3	0.000053	0.25594
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	-0.00078	0.00068	0.254	-6	0.000561	0.188165
3. Dilim	-0.00161	0.00068	0.018	-12.1	-0.00027	0.202905
4. Dilim	-0.00197	0.0007	0.005	-14.7	-0.0006	0.216135
5. Dilim	0.0019	0.00081	0.018	15.2	0.003479	0.222461
Ortalama	0.01311					

Tablo 43: Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Ödeme Kapasitesi İçindeki Payının %40 ve Üzerinde Olması Halinde Bağımsız Değişkenlerin Marjinal Etkileri

Bağımsız Değişkenler	Marjinal Etki	Standart Hata	p	OR Değişim (%)	% 95 Güven Aralığı	
0-5Yaş Çocuk	0.003284	0.00087	0.000*	70.5	0.001572	0.004996
65 Yaşından Büyük Fert	0.004779	0.00062	0.000*	113.1	0.003573	0.005984
Yeşil Kart Sahipliği	0.001665	0.00056	0.003	35.1	0.000561	0.00277
Sağlık Sigortası Sahipliği	0.001212	0.00048	0.012	25.6	0.000261	0.002162
Hasta Fert	0.007151	0.00113	0.000*	152.1	0.004927	0.009374
Medeni Durum	0.001038	0.00031	0.001	24.4	0.000432	0.001644
Yerleşim Yeri	0.002545	0.00035	0.000*	62	0.001861	0.003228
İstihdam Durumu	0.001942	0.00036	0.000*	45	0.001245	0.002638
Eğitim Düzeyi	0.000928	0.00037	0.012	21.7	0.000203	0.001652
Yıl	-0.00371	0.00029	0.000*	-62.0	-0.00428	-0.00314
Hanehalkı Büyüklüğü	-0.0017	0.00031	0.000*	-31.4	-0.00232	-0.00109
Gelir Dağılımı						
2. Dilim	-0.00294	0.00029	0.000*	-52.3	-0.0035	-0.00238
3. Dilim	-0.00383	0.00029	0.000*	63.6	-0.0044	-0.00325
4. Dilim	-0.0039	0.00031	0.000*	-64	-0.00452	-0.00329
5. Dilim	-0.00304	0.00034	0.000*	-52.4	-0.00371	-0.00236
Ortalama	0.00491					

Bağımsız değişkenlerin ortalamaları dikkate alınarak hesaplanan olasılıkların marjinal etkileri, %5, %10, %20 ve ödeme kapasitesinin %40 eşik değerleri referans alınarak farklı farklı hesaplanmıştır. Buna göre katastrofik sağlık harcamalarının %5 eşik değeri referans alınarak hesaplanan marjinal etkiler Tablo 38’de gösterilmektedir. Finansal katastrofi üzerindeki en önemli etki, hasta fert varlığında görülmektedir. Hanede hasta fert varlığındaki değişim, finansal katastrofi riskini %7 artırırken, yeşil kart sahipliği ise söz konusu riski yaklaşık olarak %3 artırmaktadır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin odds değerindeki değişimi incelendiğinde hasta fert varlığının odds değerini %85, yeşil kart sahipliğinin ise %33 oranında artırdığı tespit edilmiştir. Tüketim harcamalarının %10 eşik değeri kullanıldığında ise hasta fert varlığındaki değişimin finansal katastrofiyi %4, yeşil kart sahipliğinin ise %1 artırdığı görülmektedir. Hasta fert varlığının odds değeri üzerindeki etkisi %98 iken yeşil kart sahipliğinin etkisi ise %34 olarak bulunmuştur. Tablo 42 ve Tablo 43’den görüldüğü üzere %20 ve ödeme kapasitesinin %40 eşik değerleri kullanıldığında ise marjinal etkilerin giderek azaldığı bulunmuştur.

4.6. Çalışmanın Kısıtları

Çalışmada, hanelerin sağlık hizmetleri nedeniyle cepten yaptığı harcamalar ile söz konusu harcamaların neden olduğu finansal katastrofi, TÜİK tarafından yıllık olarak gerçekleştirilen Hanehalkı Bütçe Anketi verileriyle incelenmektedir. Mikro veri setleri, hanehalkı tarafından yapılan tüketim

harcamalarının dağılımı ve miktarını göstermektedir. Çalışmanın en önemli kısıtı, verilerin tüketim harcamalarının gerçek değerini temsil edip, etmediğidir. Nitekim hanelerin yaşadığı ödeme sorunu nedeniyle ertelenen sağlık hizmetleri talebi, hanelerin tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarını ya hiç ya da olduğundan düşük raporlamalarına neden olmaktadır. Bir hanenin gerçekleştirdiği tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının bulunmaması, bazı yazarlara göre hanelerin, sağlık harcamalarının finansal yükünden korunduğu biçiminde yorumlanmaktadır. Ancak bütçe anketi verilerinden böyle bir yargıya ulaşmak mümkün değildir.

Çalışmada görülen bir diğer kısıt, 2009 yılında görülen küresel ekonomik krizin, hanehalkı tüketimi üzerindeki olumsuz etkileridir. Katılım payı uygulamasının yürürlüğe girdiği 2009 yılının kriz dönemine denk gelmesi, sağlık harcamalarının azalmasını da beraberinde getirmiştir. Örneğin, hanelerin kriz ile mücadele etme yöntemleri arasında koruyucu sağlık hizmetleri için doktora daha az gitme oranı %26, sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma oranı ise %21'dir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmayı azaltanların %29'u ise en yoksul birinci dilimde yer almaktadır (DB, 2009).

Bir diğer kısıt ise hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarının, bütçe anketi verilerinde doğru olarak gösterilmesi sorunudur. Özellikle bütçe araştırmalarının sağlığa özgü olmayıp genel bir nitelik taşıması, haneler tarafından hatırlamama sorununa neden olabilmektedir. Bu sorun SGK sağlık istatistikleri verileri kullanılarak açıklanabilir. Buna göre, 2012 yılında SGK

tarafından sağlık hizmetleri kullanımı nedeniyle, hanehalkından toplanan katılım payının toplam büyüklüğü 2.132.000 ₺’dir⁷⁵. Diğer yandan SGK tarafından özel hizmet sunucularına yapılan ödeme tutarı ise 6.861.000 ₺ olarak gerçekleşmiştir. Özel hizmet sunucularına yönelik katılım payının yanı sıra %30 ile %90 arasında “ilave ücret” uygulaması dikkate alındığında ve ortalama hanelerden % 60 ilave ücret alındığı varsayımıyla, hanehalkının söz konusu hizmet sunucularına ödediğı ilave ücret tutarı yaklaşık olarak 4.116.000 ₺ olarak hesaplanmaktadır. Hanehalkının yalnızca katılım payı ve ilave ücret nedeniyle cebinden yaptığı harcama tutarı yaklaşık olarak 6.248.000 ₺’dir. 2012 yılında TÜİK tarafından yapılan Hanehalkı Bütçe Anketi verilerine göre ise cepten yapılan sağlık harcamalarının tutarı 9.143.000 ₺’dir. İnformal ödemelerin toplam büyüklüğünün bilinmemesi ve SGK üzerinden gerçekleşmeyen hizmet alımları tutarının bu yöntemle hesaplanamaması ise, gerçekleşen harcamaların daha fazla olabileceğini düşündürmektedir. Nitekim ilaç alımlarında uygulanan kutu başı katkı payı ve muayene bedelleri nedeniyle, hastaların ilaç alımını doğrudan ceplerinden yapmaları, kimi zaman daha az cepten harcama ile sonuçlanabilmektedir. Söz konusu kısıtlar ile birlikte çalışma, Türkiye’de 2003 ve 2011 yıllarını kapsayan en geniş veri setini içermektedir. Özellikle 2009 yılı sonrası dönemi de inceleme konusu edinerek, sağlık reformu kapsamında uygulanan katılım payının hanehalkı refahı üzerindeki etkisini incelemesi, çalışmanın bir politika aracı olarak kullanılabilirliğini ifade etmektedir.

⁷⁵ Faruk Çelik (2013), İzmir Milletvekili Aytun Çıray’a ait 7/13926 esas numaralı soru önergesi cevabı.

SONUÇ

1980’li yıllarda merkez ve çevre ülkelerde köklü bir dönüşüm sürecine giren ve son yirmi yıldır neoliberalizm olarak ifade edilen kapitalizm, refah harcamalarındaki genişlemenin sonunu getirmiştir. Birçok ülke, bu tarihten itibaren artan sağlık harcamalarını kısmanın yollarını aramaya başlamıştır. Bu bağlamda son yirmi beş yıllık süreçte, neoliberal politikalar kapsamında, finansal piyasalarda deregülasyon uygulamaları yaygınlaşmış, sosyal kuruma kurumları zayıflatılmış ve devlet küçültülmüştür. Söz konusu politika değişikliği kendisini sağlık hizmetlerinde de göstermiş ve kamusal olarak sunulan sağlık hizmetlerinin kontrol altına alınması yönünde uygulamalar geliştirilmiştir. Özellikle yaşlanma sorunu ile birlikte kronik hastalıkların yaygınlaşması sağlık harcamalarının artması yönünde baskı oluşturduğundan, reform adı altında yürütülen dönüşüm hız kazanmıştır. Diğer yandan, kamu kaynaklarının verimsiz kullanımı, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar ve sağlık hizmet sunumunun hakkaniyetten uzaklaşması söz konusu dönüşümün temel gerekçeleri arasında sunulmaktadır.

Piyanın etkinliğine olan inanç, sağlık reformuna ışık tutmuş, onu şekillendirmiş ve politika önerileri bu çerçevede gelişmiştir. 1970’li yıllardan itibaren uygulanan maliyetleri azaltmaya yönelik reformlar ile 1990’lı yıllardan bugüne uygulanan ve piyasa tarzı mekanizmalar yardımıyla sağlık hizmetleri sistemini yeniden yapılandırmayı amaçlayan politikalar, sağlık hizmetlerinin reform sürecinde iki farklı odak noktası olarak nitelendirilmiştir. Dolayısıyla

sağlık hizmetlerinde uygulanan reformlar, kapitalist sistemin fiyat mekanizması yoluyla uğradığı başarısızlığı giderme girişimi olarak değerlendirilmektedir. Sağlıkta reform adı altında uygulanan dönüşüm politikaları, esas itibariyle hizmet nedeniyle yapılan harcamayı kısmak veya kontrol etmek ya da geliri artırmak biçiminde özetlenebilir. Sağlık harcamalarının hizmet talebi ile yakın ilişkili olması nedeniyle tercih edilen uygulama ise gelirlerin artırılmasıdır. Bu düşünceye göre hizmetten yararlananlar, hizmet nedeniyle daha fazla ödemeye tabi olacak ve böylece sağlık hizmetlerinin bütçe üzerindeki yükü azalacaktır.

Türkiye, 2003 yılında uygulamaya koyduğu SDP ile sağlık göstergelerinde hızlı bir iyileşme sağlamış ve bu iyileşmeyle birlikte OECD ülkelerinin sağlık göstergelerine yaklaşmıştır. Başta bebek ölüm oranları olmak üzere, doğumda beklenen yaşam süresi ve anne ölüm oranları gibi birçok göstergede gelişme görülmüştür. Kamu hizmet sunucularının birleştirilmesi ve tek elde toplanması sonucu, hizmete erişimde hakkaniyet dikkate alınmış, dağınık ve parçalı bir yapıya sahip olan sosyal güvenlik kurumları birleştirilmiştir. Diğer yandan sosyal güvenliğin kapsamı genişletilerek, sosyal güvenlik kapsamı altındaki nüfusun payı artırılmıştır. Herhangi bir sigorta kapsamında olmamakla birlikte ödeme gücü bulunmayan yoksul kesimin yararlandığı yeşil kart uygulamasının kapsamı genişletilmiş ve yeşil karttan yararlananların sayısı artırılmıştır. Bununla birlikte sağlık sektöründe yoğun olarak kullanılmaya başlayan ileri teknoloji ürünlerinin yaygınlaşması ve hizmet kalitesine yönelik artan hasta beklentileri, sağlık harcamalarının

devasa boyutlara ulaşmasını da beraberinde getirmiştir. SGK bütçe dengesi bozulmuş ve artan bütçe açıklarının hazine üzerinde meydana getirdiği finansal baskı artmıştır (Tablo 13). Bu bağlamda artan harcamaların kontrol altına alınması ve bütçe üzerindeki finansal yükün azaltılması amacıyla, bireylerin sağlık hizmetlerinin maliyetine katılımı amaçlanmıştır. Özellikle 2009 yılı sonunda yürürlüğe giren katılım payı uygulaması, bunun en önemli aracı olarak dikkat çekmektedir.

Sağlık hizmetlerine olan talebin katılım payı gibi unsurlarla azaltılması hedeflenirken, yıllar itibariyle sağlık hizmetleri talebinin azalmadığı, aksine arttığı görülmektedir. Bu artışa paralel olarak, söz konusu hizmetten yararlanmak için hanehalkı tarafından yapılan cepten harcamalar da artmıştır. Başta hekim muayene katılım payı olmak üzere sosyal güvenlik kapsamının daraltılması sonucu ilaç ve benzeri medikal malzemeler için ödenen katkı payları, söz konusu cepten harcamanın düzeyini doğrudan etkilemiştir. Bununla birlikte ayaktan muayene hizmetlerinin sunulduğu poliklinik hizmetlerinde bu ödemeleri yapmak istemeyen veya bu ödemelerden kaçınan kesimlerin, katılım payı uygulamasının dışında tutulan acil servis sunucularına yönelmesi sonucu acil servisler, toplum tarafından poliklinik hizmetleri gibi kullanılmaya başlamıştır. Acil servis kullanımında görülen artış nedeniyle, yeşil alan uygulamasına geçilmiş ve acil olmayan vakalar için de katılım payı getirilmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanmak, daha fazla cepten harcamayı da beraberinde getirmiştir.

Çalışmada hanelerin sağlık hizmeti alabilmek için yaptığı cepten harcamaların, hanehalkı refahını çeşitli yollardan etkilediği tespit edilmiştir. Bunlardan ilki cepten harcamaların neden olduğu finansal katastrofidir. 2003 yılında cepten yapılan sağlık harcamalarının, hanehalkı tüketimi içindeki payının %5 ve üzerinde olduğu hanelerin oranı %9.8 iken bu oran 2006 yılında %10.9'a yükselmiş ve nihayet 2011 yılında %10.3'e gerilmiştir. Söz konusu yükselme ilk bakışta düşük gibi görülmektedir. Bununla birlikte 2003 yılında herhangi bir sağlık sigortasına sahip hanehalkı oranı %64 iken 2011 yılında yaklaşık %91'dir. Sosyal güvenlik kapsamındaki nüfus oranının artmasına rağmen, hanelerin sağlık harcamalarının neden olduğu finansal katastrofiden korunamadığı tespit edilmiştir. Finansal katastrofinin %10 ve %20 eşik değerler kapsamında incelenmesi sonucu, katastrofiye maruz kalan hanelerin oranı 2003 yılında sırasıyla % 4.7 ve % 1.5 iken, 2011 yılında % 3.5 ve % 1 olarak tespit edilmiştir. Ödeme kapasitesinin %40 eşik değeri dikkate alındığında ise katastrofiye uğrayan hanelerin 2003 yılında %0.6, 2011 yılında ise %0.3 olduğu bulunmuştur (Tablo 26). Harcama düzeyinin artmasıyla birlikte, %10 ve %20 gibi yüksek düzeylerde finansal katastrofiye uğrayan hanelerin oranındaki azalma, 2009 yılında başlayan finansal kriz ile ilişkilendirilmektedir. Buna göre yaşanan küresel ekonomik kriz sonucu hanelerin krizle başa çıkma mekanizmaları arasında yer alan koruyucu sağlık hizmetleri için doktora daha az gitme (%26) ve sağlık hizmetlerinden daha az yararlanma (%21) davranışlarının, sağlık harcamalarının azalması üzerinde etkili olduğu görülmektedir (UNICEF). Nitekim son on iki ay içinde hekim tarafından bir tedavi önerilmesine rağmen söz konusu hizmeti alamayanların

oranı 2008 yılında % 5 iken 2010 yılında %20'ye yükselmiştir. Bunun en önemli nedeni olarak da önerilen sağlık hizmetinin sağlık sigortası tarafından karşılanmaması veya bireylerin ödeme gücündeki yetersizlik (%45) gösterilmektedir (Tablo 24).

Katastrofik sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ise lojistik regresyon yardımıyla incelenmiştir. Buna göre modelde yer alan değişkenlerden hanede beş yaş altında çocuk, yaşlı ve hasta fert bulunması, sağlık sigortasına sahip olunmaması ile yeşil kart sahipliği, evli olma, düşük eğitim düzeyi, kırdaki ikamet etme, çalışmama ve 2009 yılı sonrası harcama yapılmasının, hanelerin finansal katastrofiye maruz kalması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte hanede beş yaşından küçük bebek bulunması ve 2009 yılı sonrası harcama yapılması katastrofi üzerinde negatif yönlü etkiye sahiptir. Çalışmanın elde ettiği önemli sonuçlardan bir diğeri de yeşil kart sahipliğinin, haneleri finansal katastrofiden korumadığının belirlenmesidir. Diğer yandan hanede hasta fert bulunan hanelerin, hasta fert bulunmayanlara kıyasla 1.8 kat, yeşil kart sahiplerinin, yeşil kart sahibi olmayanlara kıyasla 1.3 kat daha fazla katastrofi riski taşıdığı tespit edilmiştir (Tablo 37).

Cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı üzerinde neden olduğu bir diğer etki ise gelir dağılımı üzerinde görülmektedir. 2003 yılında en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %9.3'ü, % 5 düzeyinde katastrofiye maruz kalırken en zengin dilimde bu oran %11.3'tür. 2011 yılına gelindiğinde ise en

yoksul dilimde söz konusu oran %11.5'e yükselirken en zengin dilimde değişmemiştir. Katastrofik sağlık harcamalarının %10 düzeyinde tanımlandığı durumda ise en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %5.4'ü katastrofiye uğrarken en zengin dilimde yer alan hanelerin yaklaşık %5'i finansal katastrofi yaşamaktadır. 2011 yılında ise söz konusu oran, gelir dilimleri itibariyle yaklaşık olarak %4'tür (Tablo 27). Farklı eşik değerlerin tamamında yoksul kesimin, zengin dilime oranla katastrofiye daha fazla uğradığı ve bu nedenle sağlık hizmetlerinden yararlanmanın regresif (gelir dağılımını bozucu) sonuçlara neden olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmada tespit edilen bir diğer sonuç ise hanehalkı tarafından yapılan harcamaların haneleri yoksulluk sınırının altına düşürmesi ya da bir diğer deyişle sağlık hizmetlerinin haneleri yoksullaştırmasıdır. Buna göre 2003 yılında sağlık harcaması yapan haneler kapsamında sağlık harcaması öncesi görel yoksulluk sınırının altında yer alan fertlerin oranı %11.8 iken, harcama sonrası yoksul fert oranı %13.5'e yükselmiştir. 2011 yılında ise harcama öncesi ve sonrası görel yoksulluk seviyesinin altında yer alan fertlerin oranı sırasıyla %15.2 ve %16.6'dır. Bununla birlikte görel yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin gelir dilimlerine bakıldığında ise yoksullaşmanın yoğun olarak en yoksul birinci dilimde gerçekleştiği görülmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının haneleri yoksullaştırdığı tespit edilmiştir (Tablo 29).

Kaynakça

- Abel-Smith, B., & Falkingham, J. (1996). *Financing Health Services in Kyrgyzstan: The Extent of Private Payments*. London: London School of Economics and Political Science, LSE Health and Department of Social Policy.
- Abul Naga, R., & Lamiraud, K. (2008). *Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being*. London: The Toyota Centre Suntory and Toyota International Centres for Economics and Related Disciplines.
- Ahlamaa, T., Linna, M., & Kekomaki, M. (1998). Impact of User Charges and Socio-Economic Environment on Visits to Paediatric Trauma Unit in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine* , 26 (4), 265-269.
- Akdağ, R. (2008). *İlerleme Raporu, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2007). *Nereden Nereye Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Kasım 2002- Haziran 2007*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Akdağ, R. (2009). TBMM Soru Önergeleri ve Cevapları. Ankara: TBMM.
- Akdağ, R. (2011). Türkiye Büyük Milet Meclisi Genel Kurul Görüşmeleri. *Türkiye Büyük Milet Meclisi Tutanak Dergisi* , 6 . Ankara.
- Akerlof, G. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics* , 84 (3), 488-500.
- Anomaly, J. (2011). Public Health and Public Goods. *Public Health Ethics* , 4 (3), 251-259.
- Aran, M., & Hentschel, J. (2012). *Protection in Good and Bad Times? The Turkish Green Card Health Program*. The World Bank Europe and Central Asia Region Human Development Department.
- Aristoteles. (2010). *Politika*. (M. Tunçay, Çev.) İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Arredondo, A., & Najera, P. (2005). Who Pays More for Health Services in Middle Income countries: Lessons from Mexico. *Public Health* , 119, 150-152.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* , 53 (5), 941-973.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review* , 53 (5), 941-973.
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., & Groot, W. (2013). Measuring the Catastrophic and Impoverishing Effect of Household Health Care Spending in Serbia. *Social Science & Medicine* , 78, 17-25.
- Backhaus, U. (2007). *A History of German and Austrian Economic Thought on Health Issues*. Duitsland: Groningen.

Baeza, C., & Packard, T. (2005). *Beyond Survival: Protecting Households from the Impoverishing Effects of Health Shocks in Latin America*. Washington, DC: World Bank.

Bağ-Kur Kanunu. (1971). 1479 Sayılı Bağ-Kur Kanunu.

Baji, P., Pavlova, M., Gulacsi, L., & Groot, W. (2011). User Fees for Public Health Care Services in Hungary: Expectations, Experience, and Acceptability from the Perspectives of Different Stakeholders. *Health Policy* , 102 (2-3), 255-262.

Barros, A., Bastos, J., & Dâmaso, A. (2011). Catastrophic Spending on Health Care in Brazil: Private Health Insurance Does not Seem to be the Solution. *Cad. Saúde Pública* , 254-262.

Basar, D., Brown, S., & Hole, A. (2012). *Out-of-Pocket Health Care Expenditure in Turkey: Analysis of the Household Budget*. University of Sheffield, Sheffield.

Batirel, Ö. (1991). Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yeni Yaklaşımlar. *Maliye Araştırma Merkezi Konferansları* , 34, 16-25.

Bator, F. (1958). The Anatomy of Market Failure. *The Quarterly Journal of Economics* , 72 (3), 351-379.

Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-Pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia. *Health Policy* , 70 (1), 109-123.

Belli, P., Gotsadze, G., & Shahriari, H. (2004). Out-of-Pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia. *Health Policy* , 70, 109-123.

Bennett, S. (1991). *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Bentham, J. (1781). *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. London: Oxford.

Berki, S. (1986). A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. *Health Affairs* , 5 (4), 138-145.

Berman, P., & Bossert, T. (2000). A Decade of Health Sector Reform in Developing Countries: What Have We Learned?

Blaug, M. (1970). *An Introduction to the Economics of Education*. London: Penguin.

Blendon, R., Schoen, C., DesRoches, C., Osborn, R., & Zapert, K. (2002). Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries. *Health Affairs* , 22 (3), 106-121.

Blendon, R., Schoen, C., DesRoches, C., Osborn, R., Scoles, K., & Zapert, K. (2002). Inequities in Health Care: A Five-Country Survey. *Health Affairs* , 21 (3), 182-191.

- Boratav, K. (2013). Neoliberal Transformasyonun Arka Planı. *Avrasya Sosyal Bilimler Forumu, Dünya Ekonomisinin Gelişim Paradigması: Piyasa ve Ötesi* (s. 34-40). Bakü: Azerbaycan İktisat Üniversitesi.
- Bredenkamp, C., Mendola, M., & Gragnolati, M. (2010). Catastrophic and Impoverishing Effects of Health Expenditure: New Evidence from the Western Balkans. *Health Policy and Planning* , 1-8.
- Brix, H., Mu, Y., Targa, B., & Hipgrave, D. (2011). Equity and Public Governance in Health System Reform, Challenges and Opportunities for China. *Policy Research Working Paper* . The World Bank East Asia and Pacific Region. Retrieved 06. 11, 2012, from <http://elibrary.worldbank.org/doi/pdf/10.1596/1813-9450-5530>
- Buğra, A. (2011). *İktisatçılar ve İnsanlar*. İstanbul: İletişim.
- Burrows, P. C. (2012). Out of Pocket Health Care Spending by the Chronically Ill in Chile. *Procedia Economics and Finance* , 88-97.
- Burström, B. (2002). Increasing Inequalities in Healthcare Utilisation Across Income Groups in Sweden During the 1990's? *Health Policy* , 62, 117-129.
- Carande-Kulis, V., Getzen, T., & Thacker, S. (2007). Public Goods and Externalities: A Research Agenda for Public Health Economics. *J Public Health Management Practice* , 13 (2), 227-232.
- Cardoso, C. (2008). Health Economics or Health Care Economics? *Polytechnical Studies Review* , 6 (10), 189-198.
- Cassels, A. (1995). Health Sector Reform: Some Key Issues in Less Developed Countries. *Journal of International Development* , 7 (3), 329-347.
- Castano Ramon A. et al. (2002). Equitable Financing, Out-of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia. *Health Policy and Planning* , 17, 5-11.
- Castano, R., Arbelaez, J., Giedion, U., & Morales, L. (2002). Equitable Financing, Out-of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia. *Health Policy and Planning* , 17, 5-11.
- Cavagnero, E. (2008). System, Health Sector Reforms in Argentina and the Performance of the Health Financing;. *Health Policy* , 88, 88-99.
- Chalkley, M., & Malcomson, J. (2002). Cost sharing in health service provision: an empirical assessment of cost savings. *Journal of Public Economics* , 84 (2), 219-249.
- Chandra, A., Gruber, J., & McKnight, R. (2012). *The Impact of Patient Cost-Sharing on the Poor: Evidence from Massachusetts*. National Bureau of Economics Research.
- Chawla, M., Berman, P., Windak, A., & Kulis, M. (1999). Provision of Ambulatory Health Services in Poland: A Case Study from Krakow. Boston: International Health

Systems Group, Harvard School of Public Health. Retrieved 06 09, 2010, from <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/>

Clark, J. (1957). *Economic Institutions and Human Welfare*. New York: Knopf.

Clark, S. (2008). Neoliberal Toplum Kuramı. A. Saad-Filho, & D. Johnston (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 91-105). İstanbul: Yordam Kitap.

Colás, A. (2008). Neoliberalizm, Küreselleşme ve Uluslararası İlişkiler. A. Saad-Filho, & D. Johnston (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 123-142). İstanbul: Yordam Kitap.

Cramer, J. (2003). *Logit Models From Economics and Other Fields*. Cambridge: Cambridge University Press.

Culyer, A. J. (1981). Health, Economics and Health Economists. In J. Van de Gaag, & M. Perlman (Eds.), *Health Economics and Health Economists*. Amsterdam: North-Holland.

Culyer, A. J. (1973). *The Economics of Social Policy*. London: Dunellen.

Culyer, A. (2005). *The Dictionary of Health Economics*. Cheltenham: Edward Elgar.

Culyer, A. (1971). The Nature of the Commodity 'Health Care' and its Efficient Allocation. *Oxford Economic Papers* , 23 (2), 189-211.

Çelik, Y. (2011). *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal.

Çokluk, Ö. (2010). Lojistik Regresyon Analizi: Kavram ve Uygulama. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* , 1357-1407.

Dao, H., Waters, H., & Le, Q. (2008). User Fees and Health Service Utilization in Vietnam: How to Protect the Poor? *Public Health* , 122 (10), 1068-1078.

Deber, R. (2000). *Myths and Realities about Financing Canada's Health Care System*. Dialogue on Health Reform.

Devaux, M., & Looper, M. (2012). *Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008-2009*. OECD Publishing.

Dewar, D. (2010). *Essentials of Health Economics*. London: Jones and Bartlett Publishers.

Dinçer, Ö. (2011). 2. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sempozyumu. [www.alomaliye.com: http://www.alomaliye.com/goster.php?id=53779](http://www.alomaliye.com/goster.php?id=53779) adresinden alınmıştır

Dinler, Z. (2000). *İktisada Giriş*. Bursa: Ekin.

Dolfman, M. (1973). The Concept of Health: An Historic and Analytic Examination. *Journal of School Health* , 43 (8), 491-497.

Dolfman, M. (1973). The Concept of Health: An Historic and Analytic Examination. *The Journal of School Health* , 43 (8), 491-497.

DPT. (2003). *58. Hükümet Acil Eylem Planı*. Ankara.

DPT. (2002). *Acil Eylem Planı*. Ankara: DPT.

Drache, D., & Sullivan, T. (Eds.). (1999). *Health Reform: Public Success, Private Failure*. London: Routledge.

Dranove, D., & Satterthwaite, M. (2000). Industrial Organization of Health Care Markets. In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier.

DSÖ. (1948). Dünya Sağlık Örgütü Tüzüğü.

DSÖ. (2012). *Türkiye Sağlık Sistemi Performans Değerlendirmesi 2011*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.

Duménil, G., & Lévy, D. (2008). Neoliberal (Karşı) Devrim. A. Saad-Filho, & D. Johnston (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 25-41). İstanbul: Yordam Kitap.

Dünya Bankası. (2009). Türkiye Refah İzleme Anketi Mikro Verileri.

Ekman, B. (2007). Catastrophic Health Payments and Health Insurance: Some Counterintuitive Evidence from One Low-Income Country. *Health Policy* , 83, 304-313.

Ellis,, R., & McGuire, T. (1993). Supply-Side and Demand Side Cost Sharing in Health Care. *Journal of Economics Perspectives* , 135-151.

Ensor, T., & Cooper, S. (2004). Overcoming Barriers to Health Service Access: Influencing the Demand Side. *Health Policy and Planning* , 19 (2), 69-79.

Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-country Comparisons1989Oxford Review of Economic Policy 5189-112

Evans, R. (2002). Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. D. A. Mossialos E. içinde, *Funding Health Care: Options for Europe* (s. 31-58). Philadelphia: Open University Press.

Ewans, R. G. (1974). Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications. (M. Perlman, Dü.) *The Economics of Health and Medical Care* , 162-173.

Fabricant, S., Kamara, C., & Mills, A. (1999). Why the Poor Pay More: Household Curative Expenditures in Rural Sierra Leone's. *International Journal of Health Planning and Management* , 14, 179-199.

Falkingham, J. (2004). Poverty, Out of Pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine* , 247-258.

Feldstein, M. (1967). *Economic Analysis for Health Service Efficiency*. Amsterdam: North-Holland.

- Feldstein, P. (1983). *Health Care Economics*. New York: John Wiley and Sons.
- Flood, C. (2003). *International Health Care Reform: A Legal, Economic and Political Analysis*. London: Routledge.
- Franzel, K., & McCreedy, D. (1979). Health Economics: A Subdiscipline? *Economic Development and Cultural Change* , 27 (2), 267-282.
- Fuchs, V. R. (2005). Health Care Expenditures Reexamined. *Annals of Internal Medicine* , 143 (1), 76-78.
- Galbraith, J. (2010). *İktisat Tarihi*. (M. Günay, Çev.) Ankara: Dost.
- Garber, A. (2000). Advances in CE Analysis. In A. N. Culyer (Ed.), *Handbook of Health Economics* (pp. 181-221). Amsterdam: Elseiver.
- Gavrilov, L., & Heuveline, P. (2003). Aging of Population. In P. Demeny, & G. McNicoll (Eds.), *The Encyclopedia of Population*. New York: Macmillan.
- Gelormino, E., Bambra, C., Spadea, T., Bellini, S., & Costa, G. (2011). The Effects of Health Care Reforms on Health Inequalities: A Review and Analysis of the European Evidence Base. *International Journal of Health Services* , 41 (2), 209-230.
- George, V., & Wilding, P. (2002). *Globalization and Human Welfare*. New York: Macmillan.
- Gotsadze, G., Zoidze, A., & Rukhadze, N. (2009). Household Catastrophic Health Expenditure: Evidence from Georgia and its Policy Implications. *BMC Health Services Research* , 9 (69), 1-9.
- Hartwell, R. (1974). The Economic History of Medical Care. M. Perlman (Dü.) içinde, *The Economics of Health and Medical Care* (s. 3-20). London: Macmillan.
- Hartwell, R. (1974). The Economic History of Medical Care. M. Perlman (Dü.) içinde, *The Economics of Health and Medical Care: Proceedings of a Conference Held by the International Economic Association at Tokyo*. Macmillan.
- Head, J. (1974). *Public Goods and Public Welfare*. Durham: Duke University Press.
- Herten, L., & Schepers, L. (2002). Historical Perspectives on European Health and Policy. In M. Marinker, & M. McKee (Eds.), *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*. London: BMJ Books.
- Hindriks, J., & Myles, G. (2006). *Intermediate Public Economics*. Cambridge: MIT Press.
- Hoerger, T., & Howard, L. (1995). Search Behavior and Choice of Physician in the Market for Prenatal Care. *Medical Care* , 33, 332-349.
- Horton, E. (2007). Neoliberalism and the Australian Healthcare System (Factory). *Proceedings 2007 Conference of the Philosophy of Education Society of Australasia*. New Zealand: Wellington.

- Horwitz, A. (1963). A New Dimension for Health. *Public Health Reports* , 78 (11), 947-953.
- Hosmer, D., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. (2013). *Applied Logistic Regression*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Hotchkiss, D., Hutchinson, P., Malaj, A., & Berruti, A. (2005). Out-of-pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania: Evidence from Three Districts. *Health Policy* , 75 (1), 18-39.
- Hotchkiss, D., Jeffrey, J., Keshav, K., & Prem, S. (1998). Household Expenditures in Nepal: Implications for Health Care Financing Reform. *Health Policy and Planning* , 13 (4), 371-383.
- Household Catastrophic Health Expenditures. A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries 2011 53285-95
- Howard, M. (2001). *Public Sector Economics for Developing Countries*. Kanada: University of the West Indies Press.
- Hsiao, W. C. (2000). Inside the Black Box of Health Systems. *Program on Health Care Financing* .
- Hume, D. (1739). *A Treatise of Human Nature*. London: White-Hart.
- Illich, I. (1995). *Sağlığın Gasplı*. (S. Sertabiboğlu, Çev.) İstanbul: Ayrıntı.
- Interpharma. (2007). *Ims Health GMBH: Pharmamarkt*. Switzerland: Interpharma.
- Johnson, C. (2007). *Creating Health for Everyone, Principles, Practice & Philosophy*. UK: Lulu Press.
- Journard, I., André, C., Nicq, C., & Chatal, O. (2008). *Health Status Determinants: Lifestyle, Environment, Health-Care Resources and Efficiency*. Paris: OECD.
- Kakwani, N. (1977). Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *Economic Journal* (87), 71-80.
- Karsten, S. (1995). Health Care: Private Good vs. Public Good. *The American Journal of Economics and Sociology* , 54 (2), 129-144.
- Kazgan, G. (2011). *İktisadi Düşünce veya Politik İktisadın Evrimi* . İstanbul: Remzi.
- Ke Xu, e. a. (2007). Protecting Households from Catastrophic Health Spending. *Health Affairs* , 972-983.
- Kim, J. Y., Millen, J., Irwin, A., & Gershman, J. (Eds.). (2002). *Dying For Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*.
- Kim, J., Ko, S., & Yang, B. (2005). The Effects of Patient Cost Sharing on Ambulatory Utilization in South Korea. *Health Policy* , 72 (3), 293-300.
- Kirmanoğlu, H. (2009). *Kamu Ekonomisi Analizi* (2 b.). İstanbul: Beta.

Klarman, H. (1965). *The Economics of Health*. New York: Columbia University Press.

Kleinbaum, D., & Klein, M. (2010). *Logistic Regression*. London: Springer.

Knaul, F. M., Wong, R., & Arreola-Ornelas, H. (2011). Household Catastrophic Health Expenditures. A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries. *53* (2), 85-95.

Knowles, J., Leighton, C., & Stinson, W. (1997). *Measuring Results of Health Sector Reform for System Performance: A Handbook of Indicators*. Bethesda, Maryland: Partnerships for Health Reform.

Kruk, M., Goldmann, E., & Galea, S. (2009). Borrowing And Selling To Pay For Health Care In Low- And Middle-Income Countries. *Health Affairs* , *28* (4), 1056-1066.

Krutilová, V., & Yaya, S. (2012). Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets. *Health Policy* , *107*, 276-288.

Kulis, V., Getzen, T., & Thacker, S. (2007). Public Goods and Externalities: A Research Agenda for Public Health Economics. *J Public Health Management Practice* , *13* (2), 227-232.

Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy* , *56* (3), 171–204.

Kutzin, J. (1998). The Appropriate Role for Patient Cost Sharing. In R. Saltman, J. Figueras, & C. Sakellarides (Eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform*. Buckingham: Open University Press.

Lagarde, M., & Palmer, N. (2008). The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bulletin of the World Health Organization* , *86*, 839-848.

Lapavitsas, C. (2008). Neoliberal Dönemde Anayolcu İktisat Kuramı. D. Johnston, & A. Saad-Filho (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (Ş. Başlı, & T. Öncel, Çev., s. 59-75). İstanbul: Yordam Kitap.

Leach, J. (2004). *A Course in Public Economics*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ledyard, J. (2008). Market Failure. In S. Durlauf, & E. Lawrence (Eds.), *The New Palgrave Dictionary of Economics* (Second ed.). Palgrave and Macmillan.

Less, D. (1960). The Economics of Health Services. *Lloyds Bank Review* , *56*, 26-40.

Less, D. (1962). The Logic of the British National Health Service. *The Journal of Law and Economics* , *5*, 111-118.

Lewis, M. Informal Health Payments in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union: Issues, Trends and Policy Implications. In E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press.

Li, Y., Wu, Q., Xu, L., Legge, D., Hao, Y., Gao, L., et al. (2012). Factors Affecting Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment from Medical Expenses in China: Policy Implications of Universal Health Insurance. *Bull World Health Organ* , 90, 664–671.

Light, D. (1997). From Managed Competition to Managed Cooperation: Theory and Lessons from the British Experience. *The Milbank Quarterly* , 75, 297-341.

Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., & Prakongsai, P. (2007). Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand. *Bull World Health Organ* , 85 (8), 600-606.

Lindelov, M., & Wagstaff, A. (2005). *Health Shocks in China : Are the Poor and Uninsured Less Protected ?* The World Bank.

Lindsay, C. (1969). Option Demand and Consumer's Surplus. *The Quarterly Journal of Economics* , 83, 344-346.

Lipsey, R. G., Steiner, P. O., & Purvis, D. D. (1984). *İktisat*. (Ö. F. diğ., Çev.) İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi.

Lipsey, R., & Lancaster, K. (1956-1957). The General Theory of Second Best. *The Review of Economic Studies* , 24 (1), 11-32.

Lipsey, R., Steiner, P., & Purvis, D. (1984). *İktisat*. İstanbul: Bilim ve Teknik.

Lister, J. (2008). *Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?* (M. İnan, & A. Kılıçaslan, Çev.) İstanbul: İnsev Yayınları.

Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S., & Aiach, P. (2007). Patient Cost Sharing and Physician Visits by Socioeconomic Position: Findings in Three Western European Countries. *J. Epidemiol Community Health* , 416-420.

Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S., & Aiach, P. (2007). Patient Cost Sharing and Social Inequalities in Access to Health Care in Three Western European Countries. *Social Science & Medicine* , 367-376.

Luczak, J., & García-Gómez, P. (2012). Financial burden of drug expenditures in Poland. *Health Policy* , 256-264.

Makinen, M. et al. (2000). Inequalities in Health Care Use and Expenditures: Empirical Data from Eight Developing Countries and Countries in Transition. *Bulletin of the World Health Organization* , 78 (1), 55-65.

Marinker, M. (2002). Evidence and Imagination. In M. M., & M. McKee (Eds.), *Health Targets in Europe: Polity, Progress and Promise*. London: BMJ Books.

- Marshall, A. (1948). *Principles of Economics* (Eighth ed.). New York: The Macmillan Company.
- Marx, K. (2011). *Ekonomi Politiğin Eleştirisine Katkı*. (S. Belli, Çev.) Ankara: Sol Yayınları.
- Marx, K. (2011). *Kapital* (Cilt 2). (M. S. Satlıgan, Çev.) İstanbul: Yordam Kitap.
- McGuire, A., Henderson, J., & Mooney, G. (2005). *The Economics of Health Care*. New York: Routledge.
- McGuire, T. (2000). Physician Agency. In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (pp. 462-528). Amsterdam: Elsevier.
- McPake, B., & Normand, C. (2008). *Health Economics, An international perspective* (Second ed.). New York: Routledge.
- Mendelson, D., & Arnold, J. (1992). Evaluating the Cost of Health Care Reform Plans. *Yale Law & Policy Review* , 283-301.
- Mill, J. S. (1920). *The Principles of Political Economy The Principles of Political Economy*. New York: D. Appleton and Company.
- Mondal, S., Kanjilal, B., Peters, D., & Lucas, H. (2010). *Catastrophic Out-of-Pocket Payment for Health Care and Its Impact on Households: Experience from West Bengal, India*. Retrieved from http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/mondal_et_al_health.pdf
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (Eds.). (2002). *Funding Healthcare: Options for Europe*. Berkshire: Open University Press.
- Munck, R. (2008). Neoliberalizm ve Siyaset. A. Saad-Filho, & D. Johnston (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 106-122). Yordam Kitap.
- Musgrave, R. A. (1969). Provision for Public Goods. In J. Margolis, & H. Guitton (Eds.), *Public Economics* (pp. 124-145). London: Macmillan.
- Musgrave, R. A. (1959). *The Theory of Public Finance*. New York: McGraw Hill Book Company.
- Musgrave, R. (2008). Public Finance. In S. Durlauf, & L. Blume (Eds.), *The New Palgrave Dictionary of Economics* (Second ed.). New York: Palgrave Macmillan .
- Musgrave, R., & Musgrave, P. (1989). *Public Finance in Theory and Practice* (Fifth ed.). Singapore: McGraw-Hill.
- Musgrove, P. (1996). *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*. Washington, D.C.: World Bank.
- Mushkin, S. (1958). Toward a Definition of Health Economics. *Public Health Reports* , 73, 785-793.

- Mutluer, M., Öner, E., & Kesik, A. (2010). *Teoride ve Uygulamada Kamu Maliyesi*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mwabu, G. (2007). *Health Economics for Low-Income Countries*. New Haven: Economic Growth Center Yale University.
- Naga, R., & Lamiraud, K. (2008). *Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being*. University of Lausanne, Institute of Health Economics and Management (IEMS).
- Nath, S. (1973). *A Perspective of Welfare Economics*. London: Macmillan.
- Nath, S. (1973). *A Perspective of Welfare Economics*. London: Macmillan.
- Nath, S. (1969). *A Reappraisal of Welfare Economics*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Newhouse, J. (1992). Medical Care Cost: How Much Welfare Loss? *The Journal of Economic Perspectives* , 6 (3), 3-21.
- Ng, Y.-K. (1980). *Welfare Economics Introduction and Development of Basic Concepts*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Nguyen, H., Ivers, R., Jan, S., Martiniuk, A., & Pham, C. (2013). Catastrophic Household Costs Due to Injury in Vietnam. *Injury* , 684-690.
- O'Donnell, O. e. (2008). Who Pays for Health Care in Asia? *Journal of Health Economics* , 27, 460-475.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R., Somanathan, A., Garg, C., & Hanvoravongchai, P. (2005). *Explaining the Incidence of Catastrophic Expenditures on Health Care: Comparative Evidence from Asia*.
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Rannan-Eliya, R., Somanathan, A., Raj Adhikari, S., & Akkazieva, B. (2008). Who Pays for Health Care in Asia? *Journal of Health Economics* , 460-475.
- Ober, W. B. (1972). Sir William Petty: Medical Education, Hospitals, and Health Care". *Bull N.Y. Acad. Med.* , 48 (8), 998-1002.
- Ober, W. (1972). Sir William Petty: Medical Education, Hospitals, and Health Care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine* , 998-1002.
- O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington: The World Bank.
- OECD. (2000). *A System of Health Accounts*. Paris: OECD.
- OECD. (2011). *Health at a Glance 2011, OECD Indicators*. OECD Publishing.
- OECD. (2005). *Health at a Glance, OECD Indicators*. Paris: OECD.
- OECD. (2012). *Health Statistics*. OECD.

OECD. (2003). *OECD Health Data*. OECD.

OECD. (2013). Sağlık İstatistikleri.

OECD. (2008). *Sağlık Sistemleri İncelemeleri Türkiye*. OECD.

Özgen, H., Şahin, İ., & Yalçın, P. (2010). *Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamalarının Katastrofik Harcamalara ve Yoksullaşmaya Etkisinin Değerlendirilmesi*. Ankara: TÜBİTAK.

Palley, T. (2008). *Financialization: What It is and Why It Matters*. Dusseldorf: IMK Macroeconomic Policy Institute.

Palley, T. I. (2008). Keynesçilikten Neoliberalizme: İktisat Biliminde Paradigma Kayması. A. Saad-Filho, & D. Johnston (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 42-58). İstanbul: Yordam Kitap.

Pareto, V. (1897). The New Theories of Economics. *The Journal of Political Economy*, 5 (4), 485-502.

Parker, S., & Wong, R. (1997). Household Income and Health Care Expenditures in Mexico. *Health Policy*, 40 (3), 237-255.

Pauly, M. (1978). *Is Medical Care Different?* Mart 13, 2012 tarihinde The University of North Carolina: <http://www.unc.edu/~dgill/links/courses/Econ850/papers/Pauly-IHE-1983.pdf> adresinden alındı

Pauly, M., & Satterthwaite, M. (1981). The Pricing of Primary Care Physicians' Services: A Test of the Role of Consumer Information. *Bell Journal of Economics*, 12, 488-506.

Phelps, C. (1997). *Health Economics*. Addison-Wesley Longman.

Pigou, A. (1920). *The Economics of Welfare*. London: Macmillan.

Poterba, J. (1996). Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why? In V. Fuchs (Ed.), *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America* (pp. 277-308). Massachusetts: University of Chicago Press.

Poterba, J. M. (1996). Government Intervention in the Markets for Education and Health Care: How and Why? V. R. Fuchs içinde, *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America* (s. 277-308). Chicago and London: University of Chicago Press.

Poverty and Health Sector Inequalities2002*Bulletin of the World Health Organization* 97-105

Preker, A., & Harding, A. (Eds.). (2003). *Innovations in Health Service Delivery: The Corppporatization of Public Hospitals*. Washington: The World Bank.

Rees, R. (1984). *Public Enterprise Economics* (Second Edition ed.). London: George Weidenfeld and Nicolson Ltd.

Reinhardt, U. E. (2001). Can Efficiency in Health Care Be Left to the Market? *Journal of Health Politics, Policy and Law* , 26 (5).

Rezayatmand, R., Pavlova, M., & Groot, W. (2012). The Impact of Out of Pocket Payments on Prevention and Health-Related Lifestyle: A Systematic Literature Review. *European Journal of Public Health* , 23, 74-79.

Robbins, L. (1932). *An Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. London: Macmillan.

Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2009). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. Oxford : Oxford University Press.

Robinson, R. (2002). User Charges for Health Care. In A. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras, & J. Kutzin (Eds.), *Funding Health Care: Options for Europe* (pp. 161-183). Buckingham: Open University Press.

Roemer, M. (1961). Bed Supply and Hospital Utilization: A Natural Experiment. *Hospitals* , 35, 36-42.

Roemer, M. (1982). Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy* , 3 (4), 419-431.

Roll, E. (1946). *A History of Economic Thought*. New York: Prentice-Hall.

Rosen, G. (1974). *From Medical Police to Social Medicine: Essays on the History of Health Care*. New York: Science History Publications.

Rosen, G. (1953). Medical Care and Social Policy in Seventeenth Century England. *Bull N.Y. Acad. Med.* (29), 420-437.

Rosen, G. (1953). Medical Care and Social Policy in Seventeenth Century England. *Bull N.Y. Acad. Med.* , 29 (5), 420-437.

Rosen, G. (1959). Mercantilism and Health Policy in Eighteenth Century French Thought. *Medical History* , 3, 259-277.

Rosen, H., & Gayer, T. (2008). *Public Finance* (Eighth ed.). Singapore: McGraw-Hill.

Rout, H., & Nayak, N. (2007). Health and Health Economics: A Conceptual Framework. *Health Economics in India* , 13-29.

Roy, K., & Howard, D. (2007). Equity in Out-of-Pocket Payments for Hospital Care: Evidence from India. *Health Policy* , 80, 297-307.

Rubin, R., & Mendelson, D. (1996). A Framework for Cost Sharing Policy Analysis. (N. Mattison, Ed.) *Pharmacoeconomics* , 10 (2), 56-57.

Ruger, J., & Kim, H. (2007). Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea. *Am J Public Health* , 97 (5), 804-811.

- Ruger, J., & Kim, H.-J. (2007). Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea. *American Journal of Public Health* , 804–811.
- Russell, S. (2005). Illuminating Cases: Understanding the Economic Burden of Illness Through Case Study Household Research. *Hygiene and Tropical Medicine* , 277-289.
- Russell, S. (2004). The Economic Burden of Illness for Households in Developing Countries: A Review of Studies Focusing on Malaria, Tuberculosis, and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* , 71 (2), 147-155.
- Saad-Filho, A. (2008). Washington Uzlaşmasından Washington Sonrası Uzlaşmasına: İktisadi Kalkınmaya Dair Neoliberal Gündemler. A. Saad-Filho, & D. Johnston (Dü) içinde, *Neoliberalizm Muhalif Bir Seçki* (s. 191-201). İstanbul: Yordam Kitap.
- Sağlık Bakanlığı. (2011). *İstatistik Yıllığı*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Sağlık İstatistikleri*. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Saltman, B., & Figueras, J. (Eds.). (1997). *European Health Care Reform Analysis of Current Strategies* (Vol. European Series). WHO Regional Publications,.
- Saltman, R., & Figueras, J. (1998). *Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü.
- Saltman, R., & Van Otter, C. (1992). *Planned Markets and Public Competition Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Buckingham: Open University Press.
- Samuelson, P. A. (1973). *İktisat*. (D. Demirgil, Çev.) İstanbul: Menteş Kitabevi.
- Saracci, R. (1997). The World Health Organization Needs to Reconsider its Definition of Health. *British Medical Journal* , 314, 1409-1410.
- Sarı, N. (2007, Nisan). Teşhise Dayalı Ödeme Sistemlerinin Sağlık Sektör Reform Tartışmalarına Yansımaları. *İktisat, İşletme ve Finans* , 5-17.
- Satterthwaite, M. (1979). Consumer Information, Equilibrium Price and the Number of Sellers. *Bell Journal of Economics* , 10, 483-502.
- Savedoff, W. D. (2004). Kenneth Arrow and the Birth of Health Economics. *Bull World Health Organ [online]* , 82 (2), 139-140.
- Schieber, G., & Maeda, A. (1997). A Curmudgeon's Guide to Financing Health in Developing Countries. In G. Schieber (Ed.), *Innovations in Health Care Financing*. Washington, D.C.: World Bank.

- Sen, A. (2008). Why and How is Health A Human Right? *The Lancet* , 372 (9655), 2010.
- Sen, A. (2002). Why Health Equity? *Health Economics* , 11, 659-666.
- Sen, A. (2002). Why Health Equity? *Health Economics* , 11, 659-666.
- Seyidoğlu, H. (2006). *İktisat Biliminin Temelleri*. İstanbul: Kurtiş.
- SGK Kanunu. (2006). 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu.
- SGK. (2013). SGK İstatistik Yıllığı.
- SGK. (2013). *SGK Mali İstatistikleri*. www.sgk.gov.tr adresinden alınmıştır
- SGK. (2003). *SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı İstatistikleri*. www.sgk.gov.tr adresinden alınmıştır
- Sharma, A. (2012). User Fee Impact on Equitable Access to Care: A Review. *Journal of Health Management* , 14 (1), 43-49.
- Sharma, S. (1996). *Applied Multivariate Techniques*. New York: John Wiley & Sons.
- Shaw, R. (1995). User Fees in Sub-Saharan Africa: Aims, Findings, Policy Implications. In R. Shaw, & M. Ainsworth (Eds.), *Financing Health Services through User Fees and Insurance*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Singer, C. (1928). *A Short History of Medicine* Singer. New York : Oxford University Press .
- Singer, C. J., & Underwood, E. A. (1962). *A Short History of Medicine* (Second ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Slater, A. (1999). *Dictionary of Health Economics*. Oxon: Radcliffe Medical Press Ltd.
- Smith, A. (1979). *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, A. (2010). *Milletlerin Zenginliği*. (H. Derin, Çev.) İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.
- Sraffa, P. (2009). Malların Mallarla Üretimi, İktisat Kuramını Eleştiriye Açış. *Çevirmenin Önsözü* . (Ü. Şenesen, Çev.) İstanbul: Yordam.
- SSK Kanunu. (1964). 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu.
- Stigler, G. (1961). The Economics of Information. *Journal of Political Economy* , 63 (3), 213-225.
- Stiglitz, J. (1994). *Kamu Kesimi Ekonomisi*. (Ö. Batırel, Çev.) İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Stiglitz, J. (2000). The Contributions Of The Economics Of Information To Twentieth Century Economics. *European Economic Review* , 44 (2), 281-304.

Street, A., Carr-Hill, R., & Posnett, J. (1999). Is Hospital Performance Related to Expenditure on Management? *Journal of Health Services Research and Policy* , 4 (1), 16-23.

Slk, S. a. (2008). *Financial Burden of Health Expenses: Turkey, 2002-2003 Period*. Ankara: Ministry of Health of Turkey.

Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı ncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları*. Ankara: T.C. Maliye Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı.

T.C. Başbakanlık. (2005). *Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma: 9 Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve çözüm nerileri*. Ankara: İGB.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. (2008). *Sosyal Güvenlik Reformu*. Ankara: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2008). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2010). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı 2003 *Sağlıkta Dönüşüm Programı* Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2011). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

TBMM200258. Hükümet Programı

TBMM. (2002). 58. Hükümet Programı. <http://www.tbmm.gov.tr/hukumetler/HP59.htm> adresinden alınmıştır

TBMM. (2007). *TBMM Soru nergeleri*. www.tbmm.gov.tr adresinden alınmıştır

(1998). The Appropriate Role for Patient Cost Sharing. In R. Saltman, J. Figueras, & C. Sakellarides (Eds.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.

The World Bank. (1993). *Investing in Health*. Washington D.C.: World Bank and Oxford Univesity Press.

Timmins, N. (1995). *The Five Giants, a Biography of the Welfare State*. London: Harper Collins.

Titmuss, R. (1963). Ethics and Economics of Medical Care. *Medical Care* , 1, 16-22.

Tomini, S., & Packard, T. (2011). *Are Health Care Payments in Albania Catastrophic? Evidence from ALSMS 2002, 2005 and 2008*. Maastricht University. Maastricht: UNU-Merit.

TÜİK. (2012). *Eşdeğerlik Ölçeği*. TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_Panel_2011/turkce/metaveri/tanim/essdeggerlik-oelcceggi/index.html adresinden alınmıştır

TÜİK. (2011). *Hanehalkı Bütçe Anketi Klavuzu*. Ankara: TÜİK.

TÜİK. (2003). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2004). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2005). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2006). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2007). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2008). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2009). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2010). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2011). *Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri*.

TÜİK. (2011). *Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri Kılavuzu*. TÜİK.

TÜİK. (2011). *Hanehalkı Bütçe Anketlerinin Uygulama Yöntemi, Tanım ve Kavramlar*. Ankara: TÜİK.

TÜİK. (2008). *Sağlık Araştırması*. Ankara: TÜİK.

TÜİK. (2010). *Sağlık Araştırması*. Ankara: TÜİK.

TÜİK. (2012). *Sağlık Araştırması*. Ankara: TÜİK.

TÜİK. (2013). *Sağlık Harcama İstatistikleri*. www.tuik.gov.tr adresinden alınmıştır

TÜİK. (2012). *Sağlık Harcamaları İstatistikleri*. www.tuik.gov.tr adresinden alınmıştır

TÜİK. (2013). *Sağlık İstatistikleri*. www.tuik.gov.tr adresinden alınmıştır

Twaddle, A. (2002). *Health Care Reform Around The World*. Westport: Greenwood Publishing Group.

Ulutan, B. (1978). *İktisadi Doktrinler Tarihi*. İstanbul: Ötüken.

Ulutan, B. (1978). *İktisadi Doktrinler Tarihi*. İstanbul: Ötüken.

Üstün, B., & Jakob, R. (2005, December 5). Re-defining "Health". *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization.

- Van De Ven, W., & Ellis, R. (2000). Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. In A. Culyer, & J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (pp. 755-837). Amsterdam: Elseiver.
- Van De Voorde, C., Van Doorslaer, E., & Schokkaert, E. (2001). Effects of Cost Sharing on Physician Utilization Under Favourable Conditions for Supplier-Induced Demand. *Health Economics* , 10 (5), 457-471.
- Van Doorslaer E. et al. (1999). The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries. *Journal of health economics* , 18 (3), 291-313.
- Van Doorslaer et al. (1997). Income-Related Inequalities in Health: Some International Comparisons. *Journal of Health Economics* , 16, 93-112.
- Van Doorslaer, E., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. *CMAJ* , 174 (2), 177-183.
- Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R., & Somanathan, A. (2007). Catastrophic Payments for Health Care in Asia. *Health Economics* , 16, 1159–1184.
- Van Minh, H., Phuong, N., Saksena, P., James, C., & Xu, K. (2012). Financial BURden of Household Out of Pocket Health Expenditure in Viet Nam: Findings from the National Living Standard Survey 2002-2010. *Social Science & Medicine* , 1-6.
- Wagner, A., Graves, A., Reiss, S., LeCates, R., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2011). Access to Care and Medicines, Burden of Health care Expenditures, and Risk Protection: Results from the World Health Survey. *Health Policy* , 100, 151-158.
- Wagner, A., Graves, A., Reiss, S., LeCates, R., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2011). Access to Care and Medicines, Burden of Health Care Expenditures, and Risk Protection: Results from the World Health Survey. *Health Policy* , 151-158.
- Wagstaff A. et al. (1999). Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons. *Journal of Health Economics* , 18 (3), 263-290.
- Wagstaff, A. (2001). *Measuring Equity in Health Care Financing - Reflections on (and alternatives to) the World Health Organization's Fairness of Financing Index*. The World Bank. : Policy Research Working Paper Series 2550.
- Wagstaff, A. (2002). Poverty and Health Sector Inequalities. *Bulletin of the Health Organization* , 80, 97-105.
- Wagstaff, A. (1989). The Measurement of Hospital Efficiency: A Comment. *Social Science & Medicine* , 28 (1), 13-15.
- Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ* , 921-934.

- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Pierella, P. (1989). Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-country Comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* , 5 (1), 89-112.
- Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., & Pierella, P. (1989). Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-Country Comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* , 5 (1), 89-112.
- Waters, H., Anderson, G., & Mays, J. (2004). Measuring Financial Protection in Health in the United States. *Health Policy* , 69, 339–349.
- Weisbrod, B. (1961). *The Economics of Public Health*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Wennberg, J. (1985). On Patient Need, Equity, Supplier-Induced Demand, and the Need to Assess the Outcome of Common Medical Practices. *Medical Care* , 23, 512-520.
- WHO (World Health Organization). (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- WHO. (2000). *Country Statistics*. WHO.
- WHO. (2013). *WHO Country Statistics*.
- Williams, A. (2003). Health Economics: A Bird's Eye View of the Structure of the Discipline. In *Health Care Economics for Health Care Professionals: Module 1 Basic Economic Concepts*. York: University of York.
- Williams, A. (1981). Welfare Economics and Health Status Measurement. J. Van der Gaag, & M. Perlman içinde, *Health, Economics and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland.
- Williams, M. (1994). *International Economic Organisations and the Third World*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Williamson, J. (2000). What Should the World Bank Think about the Washington Consensus? *World Bank Research Observer* , 15 (2), 251 - 264 .
- Williamson, J. (1990). What Washington Means by Policy Reform. J. Williamson içinde, *Latin American Adjustment: How Much Has Happened?* Washington D.C.: Institute for International Economics.
- Winkelmann, R. (2001). *Health Care Reform and the Number of Doctor Visits*. Institute for the Study of Labor (IZA).
- Wonderling, D., Gruen, R., & Black, N. (2005). *Introduction to Health Economics*. New York: Open University Press.
- Wyszewianski, L. (1986). Families with Catastrophic Health Care Expenditures. *Health Services Research* , 21 (5), 617-634.

- Xu, K., Evans, D. B., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwal, P. O., Nabukhonzo, P., et al. (2006). Understanding the Impact of Eliminating User Fees: Utilization and Catastrophic Health Expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine* , 62, 866–876.
- Xu, K., Evans, D., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health Affairs* , 26 (4), 972-983.
- Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J., & Murray, C. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *The Lancet* , 362, 111-117.
- Yach, D., & Bettcher, D. (1998). The Globalization of Public Health, I: Threats and opportunities. *Am J Public Health* , 88 (5), 735-744.
- Yalçın, A. (1976). *İktisadi Doktrinler ve Sistemler Tarihi*. Ankara: Ekonomik ve Sosyal Yayınlar.
- Yardim, M., Cilingiroglu, N., & Yardim, N. (2012). Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey. *Health Policy* (94), 26-33.
- Yardim, M., Cilingiroglu, N., & Yardim, N. (2013). Financial Protection in Health in Turkey: The Effects of the Health Transformation Programme. *Health Policy and Planning* , 1-16.
- Yardı, M., Çilingiroğlu, N., & Yardı, N. (2010). Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey. *Health Policy* , 26-33.
- Yeşil Kart Kanunu. (1992). Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun.
- Yumuturuğ, S. (1988). *Halk Sağlığı Ders Kitabı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları No:64.
- Zweifel, P., Breyer, F., & Kifmann, M. (2009). *Health Economics* (Second ed.). London: Springer.

KÖKTAŞ, Altuğ Murat, Türkiye’de Sağlık Reformu ve Hanehalkı Refahı Üzerindeki Etkileri, Doktora Tezi, Danışman: Doç.Dr. Serdal Bahçe, 294 s.

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte cepten yapılan sağlık harcamalarının, hanehalkı refahı üzerindeki etkilerini incelemektir. Harcama sonrası gelir dağılımı, görelî yoksulluk ve finansal katastrofinin araştırılması, çalışmanın odak noktasını oluşturmaktadır. Çalışmada TÜİK tarafından yayımlanan 2003-2011 yıllarına ilişkin Hanehalkı Bütçe Anketi mikro verileri kullanılmış ve finansal katastrofi üzerinde etkili olan unsurlar, lojistik regresyon yardımıyla araştırılmıştır. Bu bağlamda, sağlık reformunun sağlık hizmetleri kullanımını artırmakla birlikte, gelir dağılımını bozduğu, yoksulluk oranını artırırken özellikle yoksul kesimi daha da yoksullaştırdığı ve çeşitli düzeylerde finansal katastrofiye neden olduğu tespit edilmiştir.

Jel Kodu: I10, I11, I14

Anahtar Kelimeler: Sağlık Reformu, Cepten Sağlık Harcaması, Görelî Yoksulluk, Katastrofik Sağlık Harcaması

KOKTAŞ, Altuğ Murat, Health Care Reform and Its Effects on Household Welfare In Turkey, Ph.D Thesis, Advisor: Assoc. Prof. Serdal Bahçe, 294 p.

ABSTRACT

The aim of the study is investigate out of pocket health expenditures and its effects on household welfare after health transformation programme which is carried out in 2003. The focus of the study is income distribution, relative poverty and catastrophic health expenditures. The study used descriptive analysis on 2003-2011 TURKSAT household budget survey data and catastrophic health expenditure is calculated by different ratios and logistic regression is used for address the determinative of catastrophic health expenditures. After health transformation programme using of health care ratio increased. On the other hand income distribution got worse, out of pocket health expenditures caused catastrophic expenditures and poverty among households, especially poorest.

Jel Codes: I10, I11, I14

Keywords: Health Reform, Out of Pocket Health Expenditure, Relative Poverty, Catastrophic Health Expenditure