

**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKTİSAT TEORİSİ BİLİM DALI**

**TÜRKİYE’DE HANEHALKININ YAPTIĞI CEPTEN SAĞLIK
HARCAMALARI VE BU HARCAMALARI BELİRLEYEN
FAKTÖRLER: 2000-2010 DÖNEMİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Yağmur KAYA**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. A. Hakan ÇERMİKLİ**

Ankara – 2012

T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANABİLİM DALI
İKTİSAT TEORİSİ BİLİM DALI

TÜRKİYE’DE HANEHALKININ YAPTIĞI CEPTEN SAĞLIK
HARCAMALARI VE BU HARCAMALARI BELİRLEYEN
FAKTÖRLER: 2000-2010 DÖNEMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

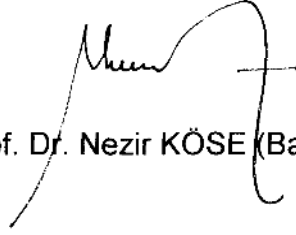
Hazırlayan
Yağmur KAYA

Tez Danışmanı
Doç. Dr. A. Hakan ÇERMİKLİ

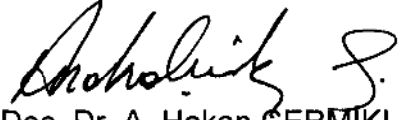
Ankara – 2012

ONAY

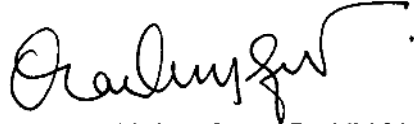
Yağmur KAYA tarafından hazırlanan “Türkiye’de Hanehalkının Yaptığı Cepten Sağlık Harcamaları Ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2000-2010 Dönemi” başlıklı bu çalışma, 23/05/2012 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda *oybirliği* ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından *İktisat Anabilim ve İktisat Teorisi Bilim* dalında *Yüksek Lisans* tezi olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Nezir KÖSE (Başkan)



Doç. Dr. A. Hakan ÇERMİKLİ



Doç. Dr. Hakkı Ozan ERUYGUR

ÖNSÖZ

Bu çalışmada, hanelerin ve bireylerin sağlık hizmetine ulaşmak için yaptıkları harcamalar incelenmekte ve bu harcamaları etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, 1980'den sonra yapılan çalışmaların artması ile birlikte hız kazanan sağlık ekonomisi incelenmeye ve Türkiye'de sağlık alanında yaşanan gelişmeler diğer ülkelerle karşılaştırmalı olarak ortaya konmaya çalışılmıştır. Hanelerin yaptığı sağlık harcamalarını etkileyen değişkenlerin tespiti için lojistik regresyon ile analiz yapılmıştır.

Lisans ve yüksek lisans hayatımda olduğu gibi bu çalışma boyunca da bilimsel ve manevi desteğini benden esirgemeyen, değerli Hocam Doç. Dr. Affan Hakan ÇERMİKLİ'ye şükranlarımı sunarım. Ayrıca çalışmanın analiz bölümünde hoşgörüsü beni dinleyen ve beni yönlendiren Hocam Doç. Dr. Hakkı Ozan ERUYGUR'a teşekkürü bir borç bilirim.

Yıllardır olduğu gibi tez çalışmam boyunca da dostlukları ve bilgi birikimleri ile her zaman yanımda olan çok değerli dostlarım Ceren Büşra UZUN ve Şener ÖZCAN'a teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, tezimin hazırlanmasında en büyük paya sahip olan canım annem Jale KAYA ve canım babam Erkan KAYA'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Her konuda sabırla beni dinleyip, bana destek olan canım ablam Meltem YILMAZ'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Yağmur KAYA

Ankara, 2012

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	viii
GRAFİKLERİN DİZİNİ	ix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ	4
1.1.1. Sağlığın Tanımı	4
1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sınıflandırılması	5
1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	8
1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	9
1.1.2.3. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri	9
1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	10
1.1.3.1. Kamusalılık.....	11
1.1.3.2. Erdemli Mallar.....	13
1.1.3.3. Dışsallık.....	13
1.1.3.4. Devlet Müdahaleleri.....	15
1.1.3.5. Asimetrik Enformasyon.....	15
1.1.3.6. Talebin Belirsiz Olması	16
1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Girdi ve Çıktıları	16
1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ.....	18
1.2.1. Sağlık Sektörünün Yapısı ve Sağlık Piyasasının Temel Özellikleri.....	21
1.2.1.1. Satıcıların Azlığı	21
1.2.1.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları	21

1.2.1.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik	22
1.2.1.4. Arz Kaynaklı Talep	22
1.2.1.5. Bilgi Maliyetleri.....	23
1.2.1.6. Monopolleşme	23
1.2.1.7. Satıcılar Arasında Anlaşma	24
1.2.1.8. Sağlık Piyasasının Diğer Özellikleri	24
1.2.2. Sağlık Sektöründe Arz ve Talep	24
1.2.2.1. Sağlık Sektöründe Talep ve Talebi Etkileyen Faktörler ..	25
1.2.2.1.1. Fiyat	26
1.2.2.1.2. Gelir	27
1.2.2.1.3. Sigorta.....	29
1.2.2.1.4. İlişkili Malların Fiyatları	31
1.2.2.1.5. Sağlık Hizmetine Olan İhtiyacın Şiddeti	32
1.2.2.1.6. Sağlık Hizmetinin Özellikleri.....	32
1.2.2.1.7. Bireyin Sağlık Durumu	32
1.2.2.1.8. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım	33
1.2.2.1.9. Hekimin Üzerine Düşen Görev.....	34
1.2.2.1.10. Zaman	36
1.2.2.1.11. Zevk ve Tercihler	36
1.2.2.2. Sağlık Sektöründe Arz ve Arzı Etkileyen Faktörler	38
1.2.2.2.1. Fiyat	40
1.2.2.2.2. Teknoloji.....	40
1.2.2.2.3. Girdi Fiyatları.....	41
1.2.2.2.4. İlişkili Malların Üretim Fiyatları	42
1.2.2.2.5. Endüstri Büyüklüğü	42
1.2.2.2.6. Sağlık İşgücü	42
1.2.2.2.7. Kapasite Kullanım Oranı	43
1.2.2.2.8. Doğa Koşulları	44
1.2.2.3. Sağlık Sektöründe Üretim Fonksiyonu	44

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPISI

2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ.....	48
2.1.1. 1980 Öncesi Türkiye'de Sağlık Sistemi	48
2.1.2. 1980-2003 Arası Türkiye'de Sağlık Sistemi	50
2.1.3. 2003 Yılı Sonrası Türkiye'de Sağlık Sistemi	52
2.1.4. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Finansmanı	58
2.2. SAĞLIK HESAPLARI SİSTEMİ	63
2.2.1. Türkiye'deki Sağlık Hesapları Sistemi	64
2.2.2. Sağlık Harcamalarının Hesaplanmasında Temel Kavramlar	67
2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI	68
2.3.1. Türkiye'de Sağlık Fiyatları	72
2.3.2. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarında Uluslar arası Açıdan Yeri.....	74
2.3.3. Türkiye'nin Temel Sağlık Göstergeleri ve Uluslararası	
Karşılaştırmalar	79
2.3.3.1. Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri ve Türkiye Karşılaştırması	79
2.3.3.2. Üst Gelir Grubu Ülkeleri ve Türkiye Karşılaştırması	83

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HANELERİN YAPTIKLARI SAĞLIK HARCAMALARI VE BU HARCAMALARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

3.1. KAVRAMLAR.....	87
3.1.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcaması	87
3.1.2. Katastrofik Sağlık Harcaması.....	90
3.2. LİTERATÜRDE SAĞLIK HARCAMALARI BELİRLEYİCİ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR.....	92
3.2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Değişkenler ve İlgili Çalışmalar ..	92
3.2.2. Sağlıkın Gelir Esnekliği ile İlgili Çalışmalar	97
3.3. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİNDE KULLANILAN VERİ SETİ	100
3.4. YÖNTEM VE ANALİZ SONUÇLARI.....	102
3.4.1. Lojistik Regresyon	102

3.4.2. Hanelerin Yaptıkları Sağlık Harcamalarını Etkileyen	
Değişkenlerin Lojistik Regresyon Yöntemi ile Analizi	105
3.4.2.1. Amaç ve Yöntem	105
3.4.2.2. Bulgular	108
SONUÇ	116
KAYNAKÇA	121
ÖZET	129
ABSTRACT	130

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
COICOP	: Classification of Individual Consumption by Purpose
CSH	: Cepten Sağlık Harcaması
DOM	: Doğrusal Olasılık Modeli
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYH	: Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla
HBA	: Hanehalkı Bütçe Anketi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
KEKK	: Klasik En Küçük Kareler
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
SHS	: Sağlık Hesapları Sistemi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TSHGM	: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
TÜFE	: Tüketici Fiyatları Endeksleri
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
USH	: Ulusal Sağlık Hesapları
WHO	: World Health Organization

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler	7
Tablo 2: Türkiye’de Sağlık Harcamaları, 1999-2008 (Milyon TL)	68
Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, 1999-2008 (%)	69
Tablo 4: Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları (1999-2008)	71
Tablo 5: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları, 1999-2008 (TL)	72
Tablo 6: Tüketici Fiyatları Endeksleri (2003= 100 Temel Yıllı)	73
Tablo 7: OECD Ülkelerinin Oluşturduğu Bölgelerin ve Türkiye’nin Bazı Sağlık Harcaması Verileri, Ulaşılabilir Son Yıl Verisi	75
Tablo 8: DSÖ Bölgeleri ve Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin ve Türkiye’nin Bazı Sağlık Harcaması Verileri, 2000 ve 2008	77
Tablo 9: 2010 Yılı HBA’daki Hane Sayıları ve Ortalama Aylık Harcama Değerleri (TL)	106
Tablo 10: Analizde Kullanılan Bağımsız Değişkenler ve Açıklamaları	107
Tablo 11: Lojistik Regresyon Sonuçları	109
Tablo 12: Sınıflandırma Tablosu	111

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, 2003 Yılı Öncesi.....	59
Şekil 2: Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, 2007	61
Şekil 3: Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, GSS Yasasının Kabulünden Sonra.....	62
Şekil 4: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl), 2009 – Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008	80
Şekil 5: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2009 – Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008	81
Şekil 6: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda), 2008 – Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$),2008	82
Şekil 7: Üst Gelir Grubu Ülkelerinin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl), 2009 – Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008	83
Şekil 8: Üst Gelir Grubu Ülkelerinin Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2008 – Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008	84
Şekil 9: Üst Gelir Grubu Ülkelerinin Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda), 2008 – Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008	85

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1: Sağlık Hizmetlerinde Talep Eğrisi.....	30
Grafik 2: Sağlık Hizmetlerinde Kayıtsız Eğrisi.....	33
Grafik 3: Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Değişimleri.....	34
Grafik 4: Sağlık Hizmetlerinde Eş-Ürün Eğrisi.....	46
Grafik 5: Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, 1999-2008 (%).....	70

GİRİŞ

Ön ödeme mekanizması olmadan, hanelerin ya da bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşmak için yaptıkları ve hanelere veya bireye geri ödenmeyecek olan harcamalar, cepten sağlık harcaması olarak ifade edilmektedir. Yapılan sağlık harcamasının, cepten harcama olarak nitelendirilmesi için, bireyin ya da hanenin kaynaklarından ve doğrudan hizmet sunucusuna yapılmış olması ve herhangi bir kurum ya da kuruluş tarafından geri ödenmeyecek olması gerekmektedir.

Sağlık sektörü finansmanının içinde vergilerin ve primlerin yanında bireylerin cepten yaptığı ödemeler de yer almaktadır. Hem sağlık sektörü finansmanını hem de bireyleri etkilediği için cepten yapılan sağlık harcamalarının boyutunun tespit edilmesi önemlidir. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan cepten yapılan sağlık harcamalarını kontrol altına almak, hem hanehalklarının hem de kamunun sağlığa ayırdığı payın daha verimli ve etkin kullanılmasına yardımcı olacaktır.

Literatürdeki temel sağlık göstergelerinden biri de, sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hâsıla (GSYH) içindeki payıdır. Türkiye'nin sağlık harcamaları ile ilgili düzenli kayıtları, birçok Avrupa ülkesine göre oldukça geç bir zamanda, 1999 yılında başlamıştır. Bu yıldan önce tutulan kayıtlar farklı yöntemlere göre hesaplanmış ve uluslararası karşılaştırmalara olanak vermemektedir. 1999 yılında % 4,8 olan sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, genel bir artış eğiliminden sonra ulaşılabilir son yıl verisi olan 2008 yılında % 6,1 olarak gerçekleşmiştir. Yine bu yıllarda kişi başı toplam sağlık harcaması 79 TL'den 812 TL'ye ulaşmıştır. Kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması ise 1999 yılından 2008 yılına gelindiğinde 23 TL'den 141 TL'ye yükselmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı ise yine bu yıllarda % 29,1'den % 17,4'ye gerilemiştir. 1999 yılından 2008 yılına gelindiğinde, Türkiye sağlık harcamalarında büyük bir yol katetmiş gibi görünse de uluslararası

karşılaştırmalarda birçok ortalamanın hala gerisindedir. Örneğin OECD üye ülkelerinin sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ortalama % 9,5 iken, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün dünya geneli için hesapladığı oran % 8,5'tir. Satın alma gücü paritesine göre kişi başı toplam sağlık harcamalarında, OECD üye ülkelerinin ortalaması 3246 \$, DSÖ'nün hesaplamalarında evrensel ortalama 899 \$, Avrupa ülkelerinde ortalama 1211 \$ ve Türkiye'de 845 \$ olarak gerçekleşmiştir. Satın alma gücü paritesine göre kişi başı cepten sağlık harcamalarında ise, OECD üye ülkelerinin ortalaması 550 \$, DSÖ'nün hesaplamalarında evrensel ortalama 125 \$, Avrupa ülkelerinde ortalama 215 \$ ve Türkiye'de 126 \$ olarak gerçekleşmiştir.

Çalışma üç bölümden oluşmakta ve çalışmada, hanelerin sağlık hizmetlerine ulaşmak için yaptıkları sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın birinci bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık ekonomisi hakkında genel bilgiler sunulmaya çalışılacaktır. Bölümde sağlık kavramı, sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin özellikleri anlatılacaktır. Daha sonra sağlık ekonomisine giriş yapılacak ve sağlık piyasasının özellikleri, mikro iktisat çerçevesinde irdelenecektir.

İkinci bölümde ise, Türkiye'deki sağlık sisteminin yapısı ve sağlık sisteminin finansal gelişim süreci anlatılmaya çalışılacaktır. Bölümde sağlık harcamalarının temel kavramları, Türkiye'de sağlık harcamalarının hesaplanma yöntemi üzerinde durulacak ve Türkiye'nin sağlık harcamaları rakamları sunulacaktır. Bölümde son olarak sağlık harcamaları ve bazı temel sağlık göstergelerinin uluslararası karşılaştırmaları yapılarak Türkiye'nin sağlık alanında nerede olduğu tespit edilmeye çalışılacaktır.

Çalışmanın son bölümünde ise, öncelikle literatürdeki cepten yapılan sağlık harcaması tanımları ve bununla ilgili diğer kavramlara yer verilecektir. Bölüm literatür çalışması ile devam edecek, literatürde cepten yapılan sağlık

harcamaları ile ilgili çalışmalar özetlenmeye, çalışmalarda kullanılan değişkenler ve elde edilen sonuçlar ortaya konmaya çalışılacaktır. Çalışmada, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yayınlanan Hanehalkı Bütçe Anketi 2010 yılı mikro veri seti kullanılmıştır. Kullanılan veri seti ve yöntemin tanıtılmasının ardından cepten yapılan sağlık harcamasını etkileyen değişkenler, lojistik regresyon analizi tahmin edilecek ve elde edilen bulgular yorumlanacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE SAĞLIK EKONOMİSİ

1.1. SAĞLIK HİZMETLERİ ve SAĞLIK HİZMETLERİNİN ÖZELLİKLERİ

1.1.1. Sağlığın Tanımı

Geleneksel anlayışta, sağlık kavramı, hastalığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Tanımın böyle yapılması, hastalık kavramını ön plana çıkarmış, kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiştir. Hastalık kavramı ya da hastalık olarak algılanan olgu ve olaylar; zamana, topluma ve kişiye göre değişmektedir. Bu nedenle sağlığı, hastalığın olmayışı şeklinde tanımlamak yeterli olmamaktadır (Akdur, 2006: 17).

1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasa'sında yapılan tanıma göre *“Sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel ve sosyal olarak tam bir iyilik halidir”* (WHO, 2011a: 1). Bu tanım literatürdeki en geniş kapsamlı sağlık tanımlarından biridir. Bu tanıma göre, sağlık; bedenen sağlıklı olmanın yanı sıra yoksulluk, işsizlik ve tüm politikalardan etkilenmektedir.

Ülkemizde 12.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun'un 2. maddesine göre sağlık *“yalnız hastalık ve mâluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali”* olarak tanımlanmaktadır.

Sağlığın pozitif tanımları, sağlığı ideal bir durum olarak algılayan, sosyal faaliyetleri yerine getirmek için yeterli olmak olarak gören ve sağlığı bir mal olarak algılayan teorileri kapsar. Yani sağlık; mutluluk içinde olma, güçlü

bir sosyal-destek bağlantısıyla yaşamı idame ettirme ya da stresle başa çıkma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bu pozitif tanımların yanında, negatif sağlık tanımlarına göre sağlık; hastalığın yokluğu veya patolojik anormalliğin yokluğudur. Sağlık; doğumda beklenen yaşam süresi, çalışma kapasitesi, tıbbi bakım ihtiyacı ya da birçok kişisel ve sosyal görevleri yerine getirebilme gibi kriterlere göre de tanımlanabilir. İnsan potansiyelinin gelişmesine engel olacak biyolojik, çevresel, sosyal, ailesel ve kişisel faktörlerin ortaya çıkmasını önleme ya da ortadan kaldırma çalışmaları sağlığın temel amacıdır (Çelik, 2011: 25).

1.1.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sınıflandırılması

Kıta Avrupası'nda sağlıkla ilgili ortaya çıkan görüşler 15. yüzyıldan 18. yüzyıla kadar hâkim olan merkantilizmden etkilenmiş ve bu etkileşim sonucu sağlık hizmetleri kamusal bir mal ve hizmet olmak yerine, özel bir mal ve hizmet olarak kabul görmüştür. Sanayileşme döneminde, ekonominin tüm alanları gibi sağlık hizmetleri de önemli gelişmeler kaydetmiştir. Sanayileşme ile refah artışı ve insan yaşamının değerinin artması, sağlık alanında yenilikleri zorunlu kılmıştır. Öte yandan sanayileşme süreci, barınma ve beslenme koşulları ile birlikte çevre sağlığının bozulması yönüyle de tarıma dayalı toplumlarda yeni hastalıkların ve risklerin ortaya çıkmasına zemin hazırlamıştır. Ayrıca sanayileşme sürecinde aşılama hizmetlerinin önemi anlaşılmış ve yaygınlaşmış; antiseptikler ve antibiyotikler elde edilmiş ve tıbbi alet ve ekipmanlar elde edilmiştir. Modern sağlık hizmetleri ise II. Dünya Savaşı'ndan sonra başlamıştır. Sağlık alanında en büyük gelişme, teknolojik gelişmelerin artması ile birlikte 1960-1980 dönemi arasında yaşanmıştır (Aktan ve Işık, 2011a: 1).

Sağlık sektörüne yönelik çalışmalar çok eskiye dayanmamaktadır. Günümüz itibari ile sağlık sektörünün devlet kontrolü altında olmasının önemi kurum ve kuruluşlarca belirtilmektedir. Tam rekabet koşulları altında

işlemeyen piyasalarda ortaya çıkan dışsallıklar ve piyasa aksaklıkları nedeniyle devletin ekonomik sisteme müdahalesi gerekmektedir.

Sağlık alanındaki ilk örgüt olan ve günümüzde uluslararası düzeyde önemli faaliyetlerde bulunan DSÖ, 7 Nisan 1948 yılında kurulmuştur. Tarihi çok eski olmayan DSÖ'nün hedefleri arasında şunlar yer almaktadır: Sağlıkla ilgili konularda liderlik sağlama ve ortak eylemlere öncülük yapma, araştırma gündemlerini şekillendirme, değerli bilgilerin yayılmasını sağlama, standartları belirleme; bunları teşvik etme ve uygulama, etkili ve kanıta dayalı politikaları belirleme, teknik destek sağlama, sürdürülebilir kapasite geliştirme, uluslararası düzeyde sağlık trendlerini takip etme ve değerlendirme (WHO, 2011c).

1978 yılında DSÖ tarafından düzenlenen Alma-Ata Konferansı, sağlık alanında uluslararası düzeyde sağlık hizmetlerinin önemine yönelik olarak yapılan ilk çalışmalardan sayılmaktadır. Alma-Ata Bildirgesi'nde temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur. Bu konferansta, bireylerin sağlıklarını korumak ve daha iyi duruma getirmek için hükümetlerin, toplumların, sağlık ve kalkınmada görevli olan kuruluşların ulusal ve uluslararası düzeyde işbirliği içinde olmasına yönelik 10 maddelik bir bildiri yayınlanmıştır (WHO, 2011b). Aşağıda, kronolojik sıra ile uluslararası sağlık alanındaki bildirgeler sunulmuştur.

Günümüzde bilimsel kriterlere göre yönlendirilen, tanı ve tıbbi tedavi süreçlerini kapsayan “batı tipi” sağlık hizmetleri anlayışı yaygındır. Bunun dışında kalan ve çoğunlukla şifacılık, bitkisel ve metafizik kürler gibi şekilde görülebilen ve ağırlıklı olarak Doğu (Çin, Asya) tıbbi ya da “alternatif tıp” olarak bilinen tarzda sağlık hizmeti üretimleri de söz konusudur. Ancak genel kabul gören ve ülkemizde de yaygın olan bilimsel kriterler ışığında bulgulara ve neden sonuç ilişkilerine dayanan “batı tipi tıp anlayışı”, sağlık politikalarını ve uygulamalarını yönlendirmektedir (Altay, 2008: 34).

Tablo 1: Sağlık Alanında Başlıca Bildirgeler

Bildirgenin Adı	Yayınlandığı Yıl	Bildirgenin İçeriği
ALMA-ATA BİLDİRGESİ	1978	Temel sağlık hizmetleri açıklanmış ve temel sağlık hizmetlerinde devletin görevleri üzerinde durulmuştur.
LİZBON BİLDİRGESİ	1981	Genel olarak hasta hakları ele alınmıştır. Hastanın hekimini özgürce seçme; dış baskı altında kalmadan serbestçe çalışabilen bir hekim tarafından bakılma; kendisiyle ilgili tüm tıbbi ve kişisel bilgilerin gizliliğine gereken saygıyı göstermesini hekimden bekleme; onurlu bir biçimde ölme; dini temsilci de dahil olmak üzere, ruhsal ve manevi yönden teselli edilmeyi isteme ya da reddetme hakkı öngörülmüştür.
OTTOWA ŞARTI	1986	Sağlığı geliştirme yalnızca sağlık sektörüne ait bir sorumluluk olmaktan çıkarılmış, sağlık için ön koşullar ve sağlığı geliştirme politika araçları belirlenmiştir.
ADELAIDE TAVSİYELERİ	1988	Sağlıklı Halk Politikası stratejileri belirlenmiştir.
AMSTERDAM BİLDİRGESİ	1994	Hasta haklarını; bilgilendirme; onay; mahremiyet ve özel hayat; bakım ve tedavi ile başvuru başlıkları altında ele almıştır.
KOPENHAG BİLDİRGESİ	1994	Avrupa'da sağlığa yöneltilen eleştiriler yer aldığı gibi gerekli değişimlerin yapılmasını ve geleceği şekillendirmeyi öngörmektedir.
BALİ BİLDİRGESİ	1995	Amsterdam Bildirgesi'ne ek olarak intihar girişimi, dini temsilcilerin ruhi ve moral desteği, sağlık eğitimi görme hakkı ile ilgili düzenlemelere yer verilmiştir.
LJUBLJANA BİLDİRGESİ	1996	Güneydoğu Avrupa'daki sağlık hizmetlerinden yararlanamayan nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması esasına dayanmaktadır.
JAKARTA DEKLARASYONU	1997	21.Yüzyılda sağlığı geliştirme eylem planları sunulmuş ve önceliklerine yer verilmiştir.
DUBROVNIK SÖZLEŞMESİ	2001	Sağlık alanında hedef ve stratejilerin belirlenmesi üzerinde durulmuştur. Ayrıca sağlığın finansman kaynaklarının oluşturulması ve kalite üzerinde durulmuştur.

Kaynak: Aktan ve Işık, 2011b: 2

12.01.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusundaki Kanun'un 2. maddesinde yer alan sağlık hizmetleri tanımı *"Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması (rehabilitasyon) için yapılan tıbbi faaliyetler sağlık hizmetidir."* şeklindedir.

DSÖ Ana Sözleşmesi 2. maddesinin c fıkrasında yer alan tanıma göre, *"Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren değişik ve çok çeşitli etkenlerin yok edilebilmesi, hastalıklara tanı konulması için hasta muayenesi ve gerektiğinde tedavi, bedensel, akılsal yeteneklerin yitme ve azalma durumunda bu yeteneklere yeniden kavuşturulması durumunda tıbbi bakım çalışmalarının tümüdür"*.

Sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon sağlık hizmetleri olarak üçe ayrılmaktadır.

1.1.2.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalığın meydana gelmesini önleyerek bireyleri ve toplumu korumak amacıyla sunulan sağlık hizmetidir. DSÖ tanımına göre, *"Koruyucu sağlık hizmetleri, bedensel ve ruhsal sakatlıkların oluşumunu ve gelişimini, toplumun organize edilmiş çabalarıyla önlemenin yanı sıra, bireylerin ve ailelerinin sağlığından sorumlu olan iyi bir hekim tarafından bağışıklama, sağlık eğitimi ve benzeri çabalarla herkes tarafından, bir bütün olarak toplum sağlığını daha iyiye götürmek için tüm olanaklar kullanarak yapılan hekimliktir."* (Altay, 2008: 34). Koruyucu sağlık hizmetleri, çevresel ve kişiye yönelik sağlık hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Çevresel sağlık hizmetleri; birey ve toplum sağlığının, direkt olarak çevre sağlığından etkilenmesinden dolayı sağlıklı bir çevre yaratılmasına yönelik hizmetlerdir. Kişiye yönelik sağlık hizmetleri ise bireylerin ve toplumun daha

sağlıklı ve kaliteli bir hayat sürmeleri için hastalıkların önlenmesi, hastalıkların bireyi en az etkileyecek şekilde tedavi edilmesine yönelik sunulan tüm tanı, tedavi, bağışıklama ve eğitim hizmetleridir.

1.1.2.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Tedavi edici sağlık hizmetleri, bireyin hastalığının tespit edilip, hastalığın tedavi edilmesine yönelik sağlık hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç grupta toplanır. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin 4. maddesine göre *“Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların evde ve ayakta tedavileridir. Bu hizmetler esas olarak yataksız sağlık kuruluşlarında ve koruyucu hizmetlerle bir arada verilir. İkinci basamak tedavi hizmetleri, hastaların bir yataklı sağlık kuruluşunda (hastanelerde) yatırılarak tedavileridir. Üçüncü basamak tedavi hizmetleri, özel bir yaş grubuna, cinsiyete ya da belli bir hastalığa yakalanan kişilere, o konuda en geniş imkânlarla sahip yataklı tedavi kuruluşlarında verilen tedavi hizmetidir. Bu hizmetler, genellikle özel dal ya da eğitim hastanelerinde verilir.”*

1.1.2.3. Rehabilitasyon (Esenlendirme) Sağlık Hizmetleri

Kişilerin hastalıklarının tedavisinden sonra, bunların bir kısmında, bazı organların işlevleri kaybolur veya bu organların işlevlerinde güçsüzlük oluşur (engellilik). Bu kişilerin günlük yaşamını devam ettirmede ve işgüçlerini kullanmada bazı sınırlılıkları vardır. Bunlara tıbbi ya da sosyal rehabilitasyon hizmetleri verilmek suretiyle, günlük yaşamlarını ailesine ve toplumuna yük, kendisine ise katlanılacak bir sıkıntı olmadan sürdürmeleri sağlanabilir (Akdur, 2006: 20).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu sağlık hizmetleri, diğerlerine göre daha öncelikli bir konumdadır. Çünkü korumak, tedavi etmekten çok daha az maliyetlidir. Özellikle ülkenin gelişmişlik seviyesine bağlı olarak bu hizmetlerin etkinliği de artmaktadır. Sağlık hizmetleri ilaç ve eczacılık hizmetleri ile laboratuvar hizmetlerini de kapsamaktadır (Altay, 2008: 34). 15.5.1987 tarihli ve 19461 sayılı Kanunu'nun 3. maddesinde *“Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatını alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.”* şeklinde ifade yer almaktadır. Ancak tedavi edici sağlık hizmetleri de, koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha fazla özel fayda içermekte ve bu hizmetler bireyin ortalama ömrünü uzattığı gibi işgücü verimliliğini de arttırarak milli gelir artışına katkıda bulunmaktadır (Aktan, 2011b: 2).

1.1.3. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Temel sağlık hizmetlerinin en önemli özelliği, sağlık hizmetlerinin tüm toplumu ilgilendirmesidir (Aktan, 2011a: 6).

Sağlık piyasası yarı kamusal bir maldır. Yarı kamusal malların piyasaları ise tam rekabetçi piyasa şartlarını taşımamaktadır. Yani sağlık piyasasında, etkin kaynak tahsisi yoktur. Sağlık piyasasında etkin bir kaynak tahsisini önleyen faktörleri Mutlu ve Işık (2005: 44, 45) şu şekilde sıralamaktadır: Sağlık piyasalarında devlet müdahalelerinin olması, belirsizlik altında seçim yapılması, asimetrik bilgilendirme olması, dışsallıkların varlığı, sağlık hizmetinin kamusal mal olması, sosyal mallar olması, satıcıların azlığı, satıcılar arası işbirliği, piyasaya giriş sınırlamaları, arz ve talep arasındaki

dengesizlikler, bilgi maliyetleri, karma bir üretim yapısının olması, monopolleşme, hastalık riskinin önceden belirlenememesi (belirsiz talep), sağlık hizmetinin tüketilmemesi ya da yeterince tüketilmesinin birey yanında toplumu da etkilemesi. Tüm bu özellikler, hükümet müdahalelerini zorunlu kılarken aynı zamanda piyasa aksaklıklarına ve refah kaybına neden olmaktadır. Yukarıda sayılan özelliklerden sağlık piyasası diğer yarı kamusal mal ve hizmetlerden ayrılmaktadır.

1.1.3.1. Kamusalılık

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür malların tüketimleri, topluma dışsal fayda sağlarken, tüketiciye özel fayda sağlamaktadır. Yarı kamusal mallar bölünebilme, pazarlanabilme özelliğine sahiptir ve bedelini ödemeyenler hizmetin faydasından dışlanırlar. Sağlık gibi yarı kamusal malların üretimi yalnızca hizmeti satın alanların sağladıkları faydayla değil aynı zamanda ekstra sosyal fayda ile de ilgilidir (Akdoğan, 2007: 47).

Yarı kamusal mallar, bölünebilme, tüketimden dışlanabilme ve dolayısıyla belli bir fiyatla arz edilebilme özelliklerine sahip olma açısında özel mallara benzeyen, fakat aynı zamanda tam özel mallardan farklı olarak, toplumsal açıdan önemli boyutlarda pozitif dışsal etkilere sahip olan mallardır. Yarı kamusal malların en tipik örnekleri eğitim ve sağlık hizmetleridir (Demir, 1997: 127).

Yarı kamusal mallar nitelikleri itibari ile piyasa tarafından üretilebilir yapıdadır ancak, bu malların toplum açısından taşıdığı önem, toplumsal faydası veya yeterince üretilemezlerse yaratacakları toplumsal maliyetler, piyasa yanında devletin de üretiminde bulunmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetinin yalnızca rekabet içinde ve piyasada üretilmesi halinde, satılan ve alınan sağlık hizmeti tutarı, kişinin sağladığı marjinal faydaya eşit fiyat

düzeyinde olacaktır. Çıkarlarını tam olarak rasyonalize eden bir kişi, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi, marjinal faydasına dikkat edecektir. Sağlık hizmeti için kullanılan kaynaklar ile sunulan sağlık hizmetinin düzeyi, kişinin marjinal faydasındaki değişmeye bağlı olacaktır. Bu nedenle sağlık gibi yarı kamusal malların üretimi, yalnızca bu hizmetleri satın alanların sağladıkları faydayla değil, aynı zamanda ortaya çıkan ekstra sosyal fayda ile de yakından ilgilidir. Bu ekstra sosyal fayda, fiyat içerisinde yer almamaktadır ve sağlık düzeyi optimum sosyal tutarda değildir. Yarı kamusal malların üretiminin yapılmaması, özel maliyet - özel fayda ilişkisi içerisinde yarı kamusal hizmete yapılacak yatırımların, yatırım kararlarının verilebilmesi bakımından rasyonel bulunmaması gibi nedenlerle hizmetlerde aksamalar ortaya çıkmasının önemli toplumsal maliyeti vardır (Akdoğan, 2007: 46, 47).

Yarı kamusal mallarda, hizmetten yararlananlar doğrudan, toplum ise dolaylı (marjinal katkı) olarak fayda sağlar. Eğer yarı kamusal malın maliyetini hizmetten yararlananlar öderse, hizmetten yararlanan birey sayısı azalır ve ülke kalkınamaz. Geri kalmışlık tüm bireyleri olumsuz etkiler. Bu olumsuzlukları önlemek için devlet yarı kamusal malları ya bizzat üretir ya da özel sektör üretecekse onları sübvans eder (Demir, 1997: 128).

Genellikle koruyucu sağlık hizmetleri kamusal mal özelliği gösterirken, tedavi edici sağlık hizmetleri yarı kamusal mal özelliği göstermektedir. Örneğin günümüzde gebelere ücretsiz demir desteğinin sağlanmasında gebeler bu hizmetten ücretsiz faydalanabilmektedir; yani bu hizmet fiyatlandırılmadığı için bireyin bu hizmetin fiyatını ödemediği için hizmetten mahrum bırakılması söz konusu değildir. Ancak tedavi edici hizmetlerde, örneğin bir ameliyatta, bedelini ödemeyen bireyler hizmetin faydasından dışlanmaktadır.

1.1.3.2. Erdemli Mallar

Sağlık piyasalarında üretilen sağlık hizmetleri, bazı özellikleriyle erdemli hizmet olarak kabul edilirler. Sosyal, ahlaki, sağlık gibi konularda arzulanan mallar erdemli mallardır. Ekonomide bazı mallar belli bir pazar büyüklüğüne sahip değildir, ancak bu mallar toplumun bazı kesimleri için hayati önem taşıyor olabilir (Demir, 1997: 128). İşte bu tip malların üretimi gerçekleşmediğinde toplumsal kayıplar meydana gelecektir. Özellikle rehabilite edici sağlık hizmetleri erdemli mal sayılmaktadır.

1.1.3.3. Dışsalılık

Sağlık piyasasının tam rekabetçi şartlar altında olmamasının başka bir nedeni ise, sağlık piyasasında hizmet üretiminin meydana getirdiği pozitif dışsallıklardır.

Pozitif dışsallıklar, bir ekonomik birimin üretim veya tüketim faaliyetleri sonucunda, başka birimlerin fayda veya maliyet fonksiyonlarının olumlu olarak etkilenmesidir. Buna bağlı olarak fiyat mekanizması içerisinde yakalanamayan faydalar ortaya çıkmaktadır (Akdoğan, 2007: 55).

Eğitim, sağlık gibi hizmetlerin bireye sağladığı yarar dışsal fayda olarak adlandırılır ve bu olumlu etki ile hizmetin yerine getirilmemesi halinde, bireye olan zararının yanında topluma olan maliyetinin de, yani dış kayıplarının da dikkate alınması suretiyle, bu tür mal ve hizmetlerin devlet tarafından üstlenildiği görülmektedir. Başka bir deyişle, piyasa tarafından üretimi üstlenilebilecek bazı mal ya da hizmet türlerine, dışsal fayda ve kayıplar, toplumsal fayda ve maliyetler dikkate alınarak toplumsal bir nitelik kazandırılmıştır (Akdoğan, 2007: 47).

Hizmet planlaması, fayda-maliyet ilişkileri ve etkinlik açısından dışsallıklar büyük bir önem taşımaktadır. Dışsallık, bir ekonomik birimin faaliyeti dolayısıyla diğer ekonomik birim veya birimler üzerinde dolaylı olarak görülen olumlu veya olumsuz etkilerdir. Dışsallık, dış fayda ya da maliyet şeklinde olabilmektedir. Herhangi bir hizmetin gerçekleştirilmesi sonucu, bireyin elde ettiği fayda yanında o hizmetin gerçekleştirilmesi sonucu, toplumun elde ettiği faydalar da olabilir. 20. yüzyılın başlarında Pigou, 'dışsallıklar' olarak nitelendirilen ve dikkate alınması gereken başka maliyet ya da faydaların da olabileceğini ileri sürmüştür. Bu dışsallık yaratan hizmetin, topluma olan maliyeti ve faydası ile ilgilidir. Bütün maliyetleri içeren sosyal maliyetler ile özel maliyetler arasında, özel fayda ve sosyal faydaya benzer biçimde farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar; maliyet ve fayda kavramlarının toplumsal ya da bireysel düzeyde göz önünde tutulmasından kaynaklanmaktadır (Akdoğan, 2007: 53, 54).

Yasalar ya da yapılan hizmet uygulamalarıyla dışsal fayda elde edilebilir. Örneğin bir tifolu hasta, kendisine sunulan sağlık hizmetinin masraflarına katlanır, ancak yaptığı ödeme hem kendinin elde ettiği faydanın hem de sunulan sağlık hizmetinden (hastalığa yakalanma riskinin azalması gibi) faydalananların elde ettikleri faydanın karşılığı durumundadır. Sağlık hizmetinde yapılan bazı harcamalar, özel faydanın üzerinde, sosyal fayda yaratmaktadır. Sağlık harcamaları, üretim ve verimliliği üç yoldan artırmaktadır: ölüm oranlarını azaltır, ortalama yaşam süresini yükseltir ve sonuç olarak ekonomiyi güçlendirir. Ayrıca hastalık nedeniyle kaybedilen süreyi azalttığından, üretime yönelik harcamaların da verimini artırır. Bunların yanında sağlık harcamaları, işgücü kalitesini ve verimliliğini yükseltici etki yaratır (Akdoğan, 2007: 55-57).

Devletlerin anayasalarında yer alan sağlıklı yaşam hakkı yaygınlaştıkça, devletin sağlık piyasalarındaki rolü ve sağlık piyasasına müdahaleleri giderek artmaktadır. Toplumun düşük gelirli vatandaşlarına sağlık hizmeti sunması uluslararası düzeyde giderek önem kazanmaktadır.

Ayrıca sağlık piyasasını diğer piyasalardan ayıran en büyük özelliklerden biri; bireyin tedavi edilmesi ya da yakalanması muhtemel bir hastalığı önüne geçilmesi ile birlikte yalnızca bireyin bundan fayda sağlamayacak olması, sosyal bir faydanın ortaya çıkacak olmasıdır. Yani kamusalılık ve dışsallık özellikleri dolayısıyla sağlığın eksik tüketilmesinin hem birey hem de toplum üzerinde olumsuz etkileri vardır.

1.1.3.4. Devlet Müdahaleleri

Sağlık personelinin ve sağlık alanında görev yapan hemen hemen tüm çalışanlardan, işlerini yapabilmeleri için gerekli donanıma sahip olduklarını belirten belge ve izin belgeleri istenmektedir. Bu yetki belgeleri, sağlık piyasalarına devletin müdahalesinin ilk basamağıdır. Bunun yanında devlet, sağlık piyasasına, sağlık harcamalarını finanse etmek için sigorta sistemini kurma ya da var olan sigortalara finansal yardımlar yapma gibi uygulamalar yoluyla müdahale edebilmektedir. Ayrıca devletler, sağlık üretim birimlerinin ekonomik davranışları üzerinde doğrudan müdahalede bulunabilirler (Mutlu ve Işık, 2005: 53, 54).

1.1.3.5. Asimetrik Enformasyon

Sağlık piyasası, asimetrik enformasyonun yoğun olduğu bir piyasadır ve asimetrik enformasyonun en çok etkilediği sektörlerden biridir. Bir sağlık kuruluşuna veya hekime başvurmayı birey kendi ister, ancak ondan sonraki aşamaları belirleyen hekim olacaktır; yani birey tüketeceği malın miktarında ve ödeyeceği paranın bilgisine tamamen hâkim olamayacaktır. Tedaviye karar veren hekim olduğu için, bireyin tüketim süresi de hekim tarafından belirlenecektir. Hekim, hastaya göre sağlık durumu ile ilgili daha çok bilgiye sahip olduğundan burada zarar görmesi muhtemel taraf hastadır. Ayrıca her hekimin farklı tedavi yöntemleri uygulaması mümkün olduğundan, tüketim

hastadan hastaya değiştiği gibi hekimden hekime de değişim gösterebilmektedir. Hastanın hekim ile olan ilişkisinde yapabileceği tek şey tedaviyi kabul veya reddetmesidir.

1.1.3.6. Talebin Belirsiz Olması

Sağlık dışındaki çoğu sektörde, belli bir mal veya hizmete ihtiyaç duyulduğu zaman, bu hizmetin satın alınabilirliğinin yanında tüketiciler bu hizmeti niçin t keteceklerini ve bu tüketimden sağlayacakları faydayı da bilirler. Ancak sağlık hizmeti söz konusu olduğuunda durum böyle değildir. Sağlık hizmetlerinin ne zaman, kim tarafından, ne kadar isteneceği tam olarak belirlenememektedir; sağlık hizmetleri talebi tesadüfî yani düzensizdir. Aynı zamanda hangi sağlık hizmetine ihtiyaç duyulacağı ve bu hizmetten ne kadar arz edilmesi gerektiğinin belirlenmesi de zordur. Sağlık piyasasında tüketicisi ihtiyaç ve talebi önceden tahmin edilemediği için kaynak tahsisi, bunların belirlenebildiği sektörler kadar etkin değildir (Mutlu ve Işık, 2005: 58).

1.1.4. Sağlık Hizmetlerinin Girdi ve  ıktıları

Sağlık programlarının girdileri ve çıktılarının sağlığa faydaları vardır. Bu girdi ve çıktılar ile k t kaynaklar için en uygun kullanım miktarının belirlenmesi daha kolay olacaktır. Bir tedavi yöntemi daha iyi ve daha az maliyetli ise diğer tedavi yöntemlerinin yerine bu tedavi yöntemi seçilecektir. Ancak gerçek hayatta genellikle daha iyi olan tedavi yöntemi daha pahalıdır. Bir tedavinin girdileri ya da maliyetleri, tedavi uygulanmasının maliyetinden tedavi nedeniyle kaçınılan maliyetlerin çıkarılması ile elde edilir. Sağlık piyasasının girdileri (maliyetleri) aşağıdaki gibi özetlenebilir (Kobelt, 2010: 25-30):

Doğrudan tıbbi maliyetler; hastalık veya tedavisine bağlı olarak kaynakların kullanılması ile ilgili maliyetlerdir. Sağlık sistemine ait maliyetlerin yanı sıra sosyal hizmetlere ve bizzat hastalara veya yakınlarına ait maliyetlerde doğrudan maliyetlerdir.

Dolaylı maliyetler (verimlilik maliyetleri); toplumu ilgilendiren hastalık veya tedavisine bağlı verimlilik kaybı ile ilgili maliyetlerdir. Bu maliyetler genellikle işgücünde meydana gelen geçici veya kalıcı azalmalar ile ilgilidir. Hastalık izni, işte azalan verim, hastalığa bağlı olarak erken emeklilik, erken ölüm buna örnek gösterilebilir. Özellikle ağırlıklı olarak yüksek işgücü katılımına sahip yaş gruplarını etkileyen hastalıkların dolaylı maliyeti daha yüksek iken, yaşlıları etkileyen hastalıkların dolaylı maliyeti daha azdır.

Doğrudan tıbbi olmayan maliyetler (soyut maliyetler); hastayı ilgilendiren, hastalığa veya tedavisine bağlı olarak çekilen sıkıntı ve yaşam kalitesindeki düşüş ile ilgili maliyetlerdir. Bu maliyetleri ölçmek ve bunlara değer biçmek zordur ve genellikle ekonometrik analizlere bu maliyetler dâhil edilemez.

Farklı tedavi yöntemleri, farklı sonuçlar doğurmaktadır. Akut hastalıkların sonucu “tedavi edilebilir” ve “tedavi edilemez” şeklinde tanımlanmaktadır. Kronik hastalıklarda ise sonuç tanımlamak daha zordur; genellikle nüksetme sıklığı sonuç olarak değerlendirilmektedir. Sağlık ekonomisinin çıktıları (faydaları) ise şunlardır (Kobelt, 2010: 26, 44-49):

Hastalık ölçütleri; tedavi sonucunda önlenen veya geciktirilen olayları kapsamaktadır. Hastaların başarıyla tedavi edilmesi buna örnek olarak gösterilebilir. Ancak ciddi klinik olayları önlemenin gerçek hedefi, olaydan çok olayın sonucunu (ölüm, sakatlık gibi) önlemektir. Hastalık ölçütleri yaş, cinsiyet ve risk faktörlerine göre değişebilmektedir.

Sağkalım; hayatta kalan hastaları veya önlenilen ölüm vakalarını kapsamaktadır. Kurtarılan yaşamlar veya uzayan yaşam ömrünü ifade etmektedir ve genellikle yaşam yıllarının sayısı olarak ölçülmektedir.

Kaliteye ayarlı sağkalım; kaliteye ayarlı yaşam yılları (QALY: Quality Adjusted Life Years) ile ölçülmektedir. Bu kavram bir hastalığın belirli bir zaman boyunca yaşam kalitesi üzerindeki genel etkisini açıklar ve tedavi ile kazanılan yaşamın süresi ile kalitesini birleştirir. Kronik ve progresif hastalıklarda (Alzheimer, Parkinson hastalıkları gibi), hastalar fiziksel ve ruhsal yetilerinde uzun bir zamana yayılan sürekli azalma yaşarlar ve bu tip hastalıkların tedavisi ile meydana gelen iyileşmeler QALY ile ölçülür.

Parasal değer; bir fayda için ödeme isteği olarak ifade edilmektedir. Yani sağkalım veya QALY için toplumun ödemesi gereken miktardır.

Kısacası, sağlık ekonomisinin çıktıları arasında fiziksel boyut (hareket edebilme, günlük aktivitelerde artma), ruhsal boyut (psikolojik olarak iyileşme), sosyal boyut (aile yaşamı, sosyal ilişkilerde iyileşme) ve tedaviden memnun olma yer almaktadır.

1.2. SAĞLIK EKONOMİSİ

Sağlık ekonomisi, mikroekonomi çerçevesinde incelenir ve bireyin davranışlarını etkileyen etmenler üzerine kurulmuştur. Yani sağlık ekonomisi hanehalkı, sağlık hizmet sunucuları gibi birey davranışları ile ilgilenir. Ayrıca sağlık ekonomisi kıt kaynakların etkin kullanımına odaklanırken de mikroekonomiyi kullanır (Folland, 2007: 20).

Sağlık ekonomisine neden ihtiyaç duyulduğunun tam olarak anlaşılabilmesi için ekonomi biliminin ilgi alanı olan birkaç noktanın üzerinde durulması gerekmektedir. Toplumun belirli bir anda sahip olduğu kaynaklar

sınırlıdır ve istekler sınırsızdır. İstekler ve kaynaklar arasındaki bu dengesizliğe kıtlık denmektedir. Sorun; sınırlı kaynakların, sınırsız isteklerden hangilerinin karşılanmasına tahsis edileceğidir. Yani iktisadi mesele; hangi malın, nasıl ve kimler için üretileceğidir (Ünsal, 2005: 10, 11).

Sağlık ve sağlık hizmetleri, hem ekonomik hem de sosyal yönü olan bir sorun olarak son yıllarda pek çok ülkede tartışılmaktadır. Özellikle sağlık sektörünün büyüklüğü ve diğer ekonomik sektörlerle yakından ilişkisi göz önüne alındığında, sağlık ekonomisinin, ekonomi biliminin bir disiplini olarak ayrılması beklenmektedir. Sağlık ekonomisi kısaca, “kıt olan kaynakların sağlık sektörü içinde nasıl tahsis edildiğini inceleyen bir bilimdir” şeklinde tanımlayabiliriz. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve üretilen sağlık hizmetlerinin toplum içindeki dağılımı sağlık ekonomisinin ilgi alanıdır.

Sağlık ekonomisi; ekonomi bilimi kurallarının sağlık sektörüne uygulanmasıyla, yani bu kuralların sağlık sektörüne adapte edilmesiyle ortaya çıkan uygulamalı bir alt daldır. Sağlık ekonomisi; hastaların ve hekimlerin davranışlarını, nüfusun sağlık durumunu veya sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkilerini konu aldığından, daha çok mikroekonomik bir bakış açısına sahiptir (Çelik, 2001: 50, 52).

Tokat (1994) tarafından yapılan tanım ise şöyledir: Sağlık ekonomisi, sağlık sektörüne ayrılan kaynakları en iyi şekilde (en ekonomik, etkili, verimli, rasyonel) kullanarak en yüksek düzeyde sağlık hizmeti üretmek ve bunu, toplumu oluşturan sosyal gruplar ve fertler arasında en iyi bölüştürmek şeklinde tanımlanabilir. Yani sağlık ekonomisinin “en iyi üretim” ve “en iyi bölüşüm” olmak üzere iki temel bileşeni vardır.

Literatürde sağlığın sosyal bir hizmet olduğu ve ekonomi bilimi içinde yer almasının etik olmayacağı konusunda tartışmalar yaşanmaktadır. Çelik (2011: 49-52), sağlık ekonomisinin ekonomi kuralları içinde tartışılabilirliğini dört maddede özetlemektedir. Birincisi; sağlık hizmeti üretiminde de kıt olan

kaynaklar kullanılmaktadır. Bu kaynaklar sağlık insan g¼c¼ (t¼m sağlık personeli), toprak ve doğal kaynaklar, sermaye ve girişimcidir. İkincisi, sağlık sektöründe de farklı sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için sağlık ¼retimi (ameliyatlar, yataklı ve poliklinik tedavi hizmetleri, ¼retilen ilaçlar) yapılmakta ve bu ¼retimlerin dağıtım sorunu –belki diğer sekt¼rlere g¼re daha ¼nemlidir– vardır. ¼¼nc¼s¼ ve en çok tartışılan konu, sağlıkta rasyonel olunup olunamayacağıdır. Bu tartışmaların temelinde t¼m sağlık hizmetlerinin acil olduğu ve ¼l¼m ya da sakatlık ile sonuçlanacağı ¼zerinde durulduğu gerçeği vardır. Ancak çoğu sağlık hizmeti acil değildir. Hatta bazı bireylerin sağlıksız olmayı kabul etmek gibi bireysel tercihleri vardır. D¼rd¼nc¼ ve son olarak, fiyatlar ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgilidir. ¼ncelikle sağlık hizmeti fiyatlarının yalnızca kullanım sırasında verilen ¼crete değil, sağlık hizmetine ulaşmak için geçen s¼rede yapılan masraflara da bağlı olduğu bilinmelidir. Kişisel tercihe dayalı ve acil olmayan sağlık hizmetleri fiyata duyarlıdır. Aynı zamanda d¼ř¼k gelirli olmasından dolayı ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini alamayan ya da hizmet alımını ¼teleyen bireylerde vardır. Bu nedenlerden dolayı fiyat, sağlık hizmetlerini etkilemektedir.

Sağlık ekonomisi, ilk olarak II. D¼nya Savaşından sonra ABD’de ¼nem kazanmış ve sonra Avrupa’da, sosyal refah devletinin gelişimine paralel olarak gelişimi hızlanmıştır.

Sağlık ekonomisi gelişiminin 1960’lı yılların başında başlamasına ve 1980’lere gelene kadar hem teorik hem de uygulama açısından çok ¼nemli bir yol alınmasına karşın, T¼rkiye’de sağlık ekonomisi kavramı ilk olarak, 1989 yılında Price Waterhouse tarafından Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) için hazırlanan Master Plan Et¼d¼ ile kullanılmaya başlanmıştır (Tatar, 2010: 2).

Sağlık sektöründe son yıllarda yaşanan hızlı gelişmeler, sağlık harcamalarına ayrılan payın devamlı artmasına neden olmuş ve sağlık sektöründeki kaynakların ne derecede verimli kullanıldığına y¼nelik

tartışmaları başlatmıştır. Sağlık alanında yaşanan sorunlar ise, sağlık ekonomisine verilen önemin giderek artmasına neden olmuştur.

1.2.1. Sağlık Sektörünün Yapısı ve Sağlık Piyasasının Temel Özellikleri

Tokat (1994) sağlık ekonomisinin özelliklerini şu şekilde sıralamaktadır: Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği katıdır, sağlık hizmetlerinin bir bölümü toplumsal özellik taşır, sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfdir, sağlık hizmetlerinde kişinin talebini hekim belirler, hasta almış olduğu sağlık hizmetlerinin kalitesini ve karakterini ölçme yeteneğine sahip değildir, sağlık hizmetleri çoğu kez kâr amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır.

Sağlık piyasasının özelliklerini ise Mutlu ve Işık (2005: 59-67) aşağıdaki gibi gruplandırmaktadır.

1.2.1.1. Satıcıların Azlığı

Sağlık piyasasında üretimdeki aktörler, diğer piyasalara göre sayısal olarak daha azdır. Bu gibi durumlar, piyasanın doğal tekel olmasına zemin hazırlar. Tam rekabet koşulları sağlanamadığı ve hastanelerin kâr amaçlı olmaması gerekliliğinden dolayı, devlet tarafından yapılan müdahaleler kaçınılmaz olmaktadır. Bu duruma, sağlık alanında kâr güdüsü olmamasından dolayı kaynakların verimsiz kullanılmasına yol açacağı şeklinde eleştiriler getirilmektedir.

1.2.1.2. Piyasaya Giriş Sınırlamaları

Bir bireyin sağlık piyasasında hizmet verebilmesi için uzun süren eğitimlerden geçmesi gerekmektedir. Özellikle hekimlerin sağlık eğitimi, diğer

sağlık personelinden çok daha uzundur. Sağlık piyasalarının arz tarafında yer alan sağlık personelinden, görevlerini yapmaları için istenen diploma veya alanında yeterliliğini gösteren belgeler sağlık piyasasına giriş sınırlılıklarıdır.

1.2.1.3. Arz ve Talep Arasındaki Dengesizlik

Sağlık piyasası fiyatları, denge noktasına ulaşmada başarısızdır. Sağlık piyasasındaki bu dengesizlik, arzın veya talebin genişlemesi ile ortaya çıkan dengesizlik olarak tanımlanır. Sağlık hizmeti sunan kuruluşların genelde monopolcü bir yapıda olmaları ve kamu kurumlarından izin ve yetki alma zorunluluğu, arz açısından piyasayı monopolistik bir hale getirmektedir. Arz yönündeki monopolistik yapıya karşı, talep açısından dağınıklık vardır. Sağlıkla ilgili mal ve hizmetler diğer piyasalarda olduğu gibi standart değildir. Bunların yanı sıra, üreticiler ve tüketiciler arasında bilgi dengesizliği vardır. Tüm bu durumlar, arz ve talep arasında dengesizlik yaratmaktadır.

1.2.1.4. Arz Kaynaklı Talep

Say Yasası sağlık ekonomisinde geçerlidir; yani sağlık sektöründe arz kaynaklı bir talep yapısı vardır.

Hekim ile hasta arasındaki ilişki, çoğu sektörde benzeri olmayan bir şekilde işlemekte ve sağlık piyasasında arz kendi hizmeti için talep yaratabilmektedir. Bu durumun temel nedeni ise doktor ile hastası arasındaki bilgi asimetrisidir. Hastaların, tıbbi bakımın etkililiği, kalitesi ya da tedavi almanın veya almamanın etkileri üzerindeki bilgilerinin sınırlı olması, sağlıkları ile ilgili tüm kararları doktora devretmeleri ile sonuçlanmaktadır. Bir başka ifade ile arz, talebin yerine kendi hizmetleri için karar verme yükümlülüğü ile karşı karşıya kalmaktadır (aracı-vekil ilişkisi) (Tatar, 2010: 2).

1.2.1.5. Bilgi Maliyetleri

Tam rekabet varsayımlarından olan tam bilgi, gerçek hayatta olduğu gibi sağlık piyasasında da geçerli değildir. Sağlık piyasasında bilgi maliyetleri yüksektir. Ayrıca sağlık piyasalarının çoğunda bilgi eksikliği nedeniyle piyasa fonksiyonları verimli çalışmamaktadır. Hasta ile doktorun bilgi alışverişinde bulunmalarının tek yolu hasta ile doktorun birbirlerini görmeleridir. Bilgi maliyetine katlanan taraf, asimetrik enformasyonda olduğu gibi genellikle hastadır.

1.2.1.6. Monopolleşme

Monopol piyasaları, tek bir firmanın ikamesi olmayan bir mal ürettiği piyasa türü olarak tanımlanır. Piyasaya yeni bir firmanın girişi, yasal yollardan ya da piyasanın kendi yapısal özelliklerinden dolayı engellenmiştir. Genelde piyasanın maliyet koşullarının yeteri kadar yüksek olması, piyasada tek bir firmanın faaliyet göstermesine imkân sağlıyor olabilir.

Ayrıca, sağlık hizmetinin ikamesi olmayan bir mal özelliği taşıması, hastanelerin ve/veya hekimlerin monopol güçleri nedeniyle ücret, vergi ve benzeri yollarla monopol kazancı elde etmelerine neden olabilir.

Hangi nedenden kaynaklanırsa kaynaklansın, tekel piyasasında rekabetçi koşulların olmaması nedeniyle devlet müdahalesine her zaman ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenlerden dolayı, sağlık piyasasında da devlet müdahalesi söz konusudur.

1.2.1.7. Satıcılar Arasında Anlaşma

Sağlık hizmeti sektöründe yer alan gruplar, ilaç firmaları ve hastaneler ortak hareket edebilirler ve bu durum genellikle, diğer piyasalarda olduğu gibi sağlık piyasasında da tüketicinin aleyhine sonuçlanmaktadır. Bu durumda kamu kesiminin düzenleyici bir rol üstlenmemesi veya bu rolü etkin yerine getirememesi, tüketici kaybının büyümesine neden olacaktır. Yine, sağlık piyasasının devlet müdahalelerinin yoğun olması gereken bir piyasa olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır.

1.2.1.8. Sağlık Piyasasının Diğer Özellikleri

Sosyal bir mal üretme özelliği, zorunlu sigorta uygulamaları ve bunların yaptırımlarının olması, karma bir üretim yapısıyla üretim yapması, sağlık hizmetlerinde homojenliğin olmaması, sağlık hizmetlerinin fiyatları ile maliyetleri arasında korelasyonun zayıf olması sağlık piyasasının diğer özelliklerindendir.

1.2.2. Sağlık Sektöründe Arz ve Talep

Talep, bireyin belli bir dönemde satın alma gücü ile desteklenmiş satın alma isteğidir. Bireysel talep fonksiyonu; malın fiyatına, ikame ve tamamlayıcı malların fiyatına, tüketici sayısı ile tüketicinin gelirin, zevk ve tercihlere ve beklentilerine bağlıdır (Ünsal, 2005: 41-43).

Arz, üreticinin belli bir dönemde satmak için ürettiği mal ve hizmetlerin tümüdür. Üretilen mal ve hizmetler; malın fiyatına, diğer malların fiyatına, üretim faktörleri fiyatına, teknolojik gelişmelere, beklentilere, vergi ve sübvansiyonlara ve piyasa yapısına bağlıdır (Ünsal, 2005: 51-53).

Sağlık ekonomisinde de kullanılan arz-talep eğrileri mikroiktisattan farklılık göstermemektedir. Grafikler ceteris paribus varsayımı altında yorumlanmaktadır. Talep eğrisi, tüketicinin artan fiyatlar karşısında talep edilen miktarın azalacağını gösterecek şekilde negatif eğimli iken; arz eğrisi, üreticinin artan fiyatlar karşısında arz etmek isteyeceği miktarın artacağını gösterecek şekilde pozitif eğimlidir (Folland, 2007: 20, 21).

1.2.2.1. Sağlık Sektöründe Talep ve Talebi Etkileyen Faktörler

Ekonomi literatüründeki talep ile sağlık hizmetleri talebi arasında farklılıklar vardır; çünkü sağlık malı farklıdır. Piyasa ekonomisinde tüketimi yapılan bir mal veya hizmet, tüketiciye fiziksel olarak aynı tatmin düzeyini sağlarken; sağlık hizmetleri tüketiminde tüketiciye sağladığı tatmin düzeyleri arasında önemli farklar ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi, türetilmiş bir talep olma özelliği ile diğer mal ve hizmet taleplerinden ayrılmaktadır. Çünkü sağlık hizmetleri talebi, sağlık talebinin bir sonucu olarak ortaya çıkar ve sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan birbiriyle ikamesi mümkün olan girdilerin talebinden bağımsız olarak ele alınamaz. Türetilmiş bir talep olmasının bir diğer nedeni ise, hekimin kararının önem ve öncelik taşımasıdır. Yani sağlık hizmetleri için üretilen mal ve hizmetlere yönelik talep, öncelikle tüketiciler tarafından değil hekimler tarafından belirlenir (Mutlu ve Işık, 2005: 74).

Sağlık hizmetleri, toplumun sosyo-ekonomik, demografik ve epidemiyolojik yapısına göre nüfusun hasta kısmının ortaya koyduğu her türlü (ayakta veya yatarak tedavi) sağlık hizmeti ve ilaç ve tıbbi malzeme ihtiyacını içerir. Ekonomi literatüründe bir isteğin talep olabilmesi için satın alma gücü ile desteklenmesi gerekmektedir. Ancak bir bireyin sağlık ihtiyacı olduğunda ve bu ihtiyaç karşılanmadığında, hizmetin yokluğu yalnızca bireyi değil toplumu ilgilendireceği için, literatürde sağlık hizmetleri talebinin satın alma gücü ile desteklenip desteklenmemesi gerekliliği tartışılmaktadır. Sağlık

hizmetlerinin kullanımını etkileyen çok çeşitli faktörler vardır. Bunların bir kısmı sağlık hizmetleri sisteminden, bir kısmı da hizmeti alacak olan toplumun ve bireylerin özelliklerinden kaynaklanmaktadır (Çelik, 2011: 119).

Sağlık talebi, hekimlerin veya diğer sağlık personelinin aldıkları eğitime dayanarak, bireyin sağlığının korunması veya sağlığına kavuşturulması için gerekli olan sağlık hizmet miktarıdır. Son yıllarda bireylerin kendilerine yaptıkları yatırımlar artmış ve bireyler kendileri için “iyi sağlık” talep etmektedirler. Bireyler hem kendilerine yatırım yapmak için hem de cari dönemdeki sağlık statülerini yükseltmek için sağlık hizmeti talep ederler (Grossman, 1972: 223, 224).

Gerçekte var olan ya da algılanan hastalık veya koruyucu sağlık hizmetleri istemi, yaşam süresinin herhangi bir döneminde sağlık hizmetleri piyasasında talep yaratacaktır. Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfî bir şekilde ortaya çıksa bile hastalık, sağlık bilimi kurallarına uygun bir şekilde önceden belirtiler göstermektedirler. Sağlık hizmetleri talebinden bahsedilirken unutulmaması gereken nokta, talep hasta tarafından başlatılmış olsa da, talebi devam ettirecek tarafın hekimin olduğudur.

Sağlık sektöründe talebi etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır.

1.2.2.1.1. Fiyat

Piyasalarda fiyat ile talep arasındaki ters yönlü ilişki, sağlık hizmetleri piyasasının talep yönü için geçerliğini kaybetmeye başlamaktadır. Sağlık hizmetleri alanında talep ve fiyat ilişkileri incelendiğinde, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliğinin zayıf olduğu göze çarpmaktadır. Sağlık hizmetlerinde fiyat esnekliği, ilaç ve tedavide en yüksek, doktor ve hastane hizmetleri alanında ise en düşüktür (Mutlu ve Işık, 2005: 75). Yani sağlık

hizmetleri fiyatı yükseldiğinde, talepte meydana gelen düşüş, fiyat artışından daha az olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde fiyatın etkisinden söz edilirken yalnızca hizmete ödenen ücret değil, aynı zamanda sağlık hizmetine ulaşmak için yapılan harcamalarda dikkate alınmalıdır. Bazı çalışmalar sağlık hizmeti talebinin, fiyata az da olsa duyarlı olduğunu göstermektedir. Örneğin, hekimlik hizmeti için -0,08, hastaneye yatış için -0,14 ile -0,17, yaşlı hastaların günlük evde hasta bakımı için -0,96 ile -0,76, öğrenci sağlık merkezilerindeki muayeneler için -0,25 ile -0,5 arasında fiyat esneklikleri hesaplanmıştır (Çelik, 2011: 123). Diğer birçok piyasaya göre sağlık hizmetlerinin fiyat esnekliğinin katı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır.

Fiyatlar yüksek tutulsa bile devlet müdahaleleri ve sağlık sigortaları aracılığıyla fiyat ve talep arasındaki ilişki zayıflamaktadır. Zaten sigorta aracılığıyla veya devlet tarafından bazı sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması, fiyat ve talep arasındaki ilişkinin yok olması anlamına gelmektedir. Yani bu tür durumlarda, talebin fiyat esnekliği sıfıra yaklaşmaktadır.

Sağlık hizmetleri, birey için hayati öneme sahip olduğundan, sağlık hizmetleri talebinin fiyat esnekliği oldukça düşüktür. Özellikle alınacak olan sağlık hizmetinin yaşamsal öneme sahip olma derecesi arttıkça, talebin fiyat esnekliği giderek düşmektedir.

1.2.2.1.2. Gelir

Bireylerin gelirleri artınca talep ettikleri mal miktarı artar. Bu tür mallar normal mal olarak adlandırılır. Gelir artışı karşısında talepleri düşen düşük mallar, sağlık ekonomisi söz konusu olduğunda yok varsayılmaktadır. Yani gelir artışı negatif eğimli talep eğrisini sağa kaydırmaktır (Folland, 2007: 25).

Sağlık hizmetleri talebini; gelir, fiyata göre daha çok etkilemektedir. Düşük gelir düzeylerinde gelir esnekliği, fiyat esnekliğinden daha güçlüdür. Gelir artışları, belli bir noktaya kadar sağlık hizmetleri tüketimini artırır ve bu seviyeden sonra talebin gelir esnekliği azalmaya başlar. Engel kanuna göre gelir artıkça, gıda ve giyime ayrılan pay oransal olarak azalırken, sağlığa ayrılan pay oransal olarak artmaktadır. Çünkü gelir artışı ile geçmişte ertelenen estetik ve diş sağlığı gibi nispeten ertelenebilir sağlık hizmetleri, talep edilir hale gelir. Yani, sağlık hizmetlerinin gelir esnekliği pozitif ve yüksektir (Mutlu ve Işık, 2005: 75, 76; Çelik, 2011: 121, 122).

Gelir artışından, kişilerin hayati öneme sahip olan yani ertelenemeyen sağlıkla ilgili mal ve hizmet talebi, ertelenmesi mümkün olan sağlık hizmetleri talebine göre daha az etkilenecektir.

Sağlık hizmetleri için yapılan araştırmalar, genel olarak talebin gelir esnekliğinin esnek bir yapıda olduğunu göstermektedir. Yani, bireyin geliri arttığında sağlık hizmetleri kullanımı da artmaktadır. Bu araştırmalar sağlık hizmetlerinde gelir esnekliğinin kişi başı harcamalar için 1,35, kişi başına hekim muayenesi için 0,2-0,57, hekim muayeneleri için 0,01-0,04, hastane yatışları için 0,02-0,04 ve diş sağlığı harcamaları için 0,6-3,2 arasında olduğunu göstermektedir. Yani burada da fiyat esnekliğinde olduğu gibi sağlık hizmetinin türü önemli olmaktadır. Bireylerin gelir artışı sonucunda ameliyat olma talebi artmayacaktır ancak, ertelenmiş sağlık hizmeti söz konusu ise gelir artışı ile birlikte sağlık hizmeti talebi de artacaktır (Çelik, 2011: 122).

Sağlık hizmetlerinde gelirin talep üzerindeki etkisi, sağlık harcamalarını bireyler kendileri yaptıklarında, yani cepten yapılan sağlık harcaması söz konusu olduğunda, daha yoğun olmaktadır.

Bunun yanında bir malın bireyin bütçesi içindeki payı ne kadar az ise malın talep esnekliği o denli katı esnektir. Bireylerin genellikle sağlık harcamalarının bütçe içinde düzenli bir payı yoktur. Ancak düzenli bir sağlık hizmeti alan bireylerin taleplerini erteleme ya da ikame etme şansları yok ise, bu sağlık hizmetlerinin talep esneklikleri katı olacaktır. Sağlık hizmeti herhangi bir sigorta kapsamında değil ise veya birey başka şekilde sağlık hizmetini alabilecek ise, bu sağlık hizmetlerinin talepleri esnek olacaktır.

1.2.2.1.3. Sigorta

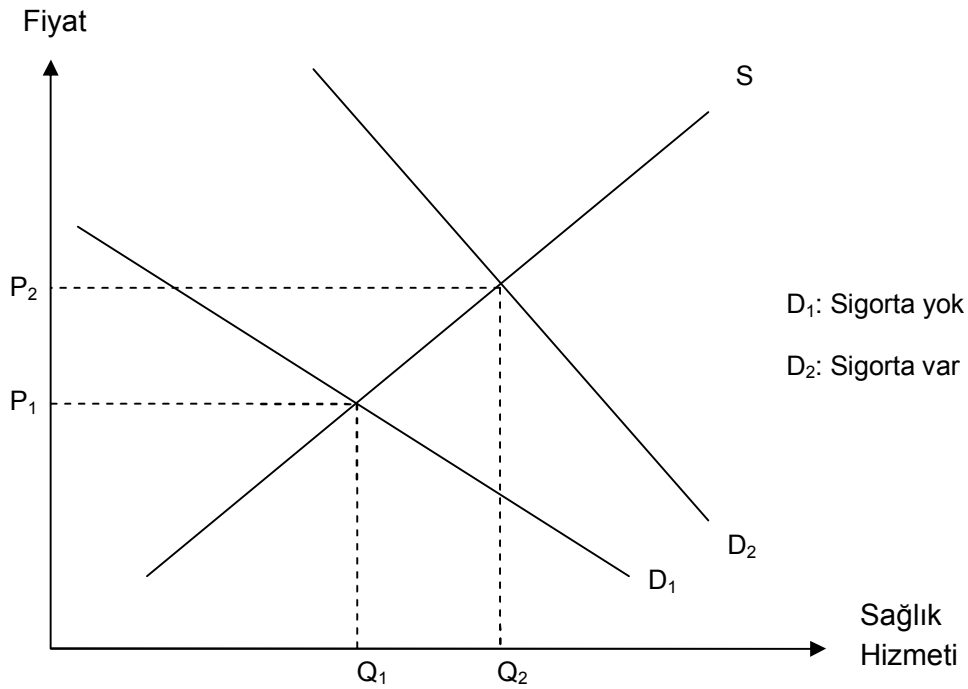
Sigorta, bireylerin sağlık hizmetine ulaşmak için cepten yapacakları ödemelerin azalmasını sağlayacaktır. Ödemelerin azalmasına paralel olarak sağlık hizmetlerine olan talep artacaktır. Sigorta, bireylerin efektif taleplerini birçok yönden etkilemektedir (Folland, 2007: 25).

Hastalar genellikle sağlık hizmeti sağlayanların belirlediği fiyat ve ücreti ödemezler. Bunların bir kısmı veya tamamı üçüncü parti ödeyiciler (third-party payer) tarafından ödenir.

Alınması gereken sağlık hizmetlerinin miktarı ve maliyeti belirsiz olduğu için, sağlık sektöründe sigorta kuruluşları çok önemli bir yere sahiptirler. Sigortalılık, sağlık hizmeti fiyatlarını önemli ölçüde düşürmektedir. Eğer sigorta kuruluşu bireyin sağlık hizmeti alması esnasında tüm masraflarını karşılıyorsa, sağlık hizmeti fiyat esnekliği tam katı yani sıfır olacaktır. Bireyler sağlık hizmeti alırken sigorta kuruluşuna ödedikleri ön ödemeleri dikkate almadan hareket etmektedirler. Yani sigortalılık, bireyin sağlık hizmetleri talebini arttırırken talep esnekliğini azaltmaktadır. Sigorta, bireylerin sağlık hizmeti fiyatına daha az duyarlı olmasına neden olur (Çelik, 2011: 123, 124).

Aşağıdaki grafikte, sigorta olmadığı durumda talep eğrisi D_1 iken, sigorta olduğu durumda talep eğrisinin eğimi artarak D_2 olmaktadır. D_2 talep eğrisi, fiyat değişimlerine karşı D_1 eğrisine göre daha duyarsızdır. Sigorta olduğu durumlarda bireyler, fiyat artışına daha az tepki göstermektedir.

Grafik 1: Sağlık Hizmetlerinde Talep Eğrisi



Arz veya talepte meydana gelecek bir değişim sonucunda piyasa yeni denge düzeyine ulaşacaktır. Örneğin, sigortaların kapsamının genişletilmesi sonucunda, sağlık hizmetlerine olan talep artacak ve talep eğrisi sağa kayacak, denge fiyat düzeyi artacaktır. Sonuç olarak sağlığa harcanan toplam para artacaktır. Ancak verimli yapılacak olan sağlık politikaları sonucunda, katlanılacak maliyetler aynı olsa bile çıktılar çok farklı olabilir (Folland, 2007: 27).

1.2.2.1.4. İlişkili Malların Fiyatları

Bir malın ilişki olduğu mallar, tamamlayıcı veya ikame mallar olabilir. İkame malın fiyatının artması, mala olan talebi arttıracak ve malın talep eğrisini sağa kaydıracaktır. Bunun yanında tamamlayıcı malların fiyatının düşmesi ise mala olan talebi arttıracak ve malın talep eğrisini sağa kaydıracaktır (Folland, 2007: 25).

Bir malın ikamesi yoksa ve bireylerin bu mala ihtiyacı varsa, bireyler mutlaka bu maldan tüketeceklerdir. Bu durumda fiyatlarda bir değişiklik yaşandığında bireyler yalnızca malın tüketim miktarlarını değiştirebilirler. Sağlık hizmetlerinin ikamesi zor olmaktadır. Birey, sağlık hizmetlerinin fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun bir miktar sağlık hizmeti alacaktır.

Sağlık hizmetlerinin ikamesi olmayan ve mutlaka sosyal bir hizmet olarak kabul edilip, tüm bireylerin kullanması gereken bir kamu hizmeti olması gerektiğini savunanlar olsa da, bazı ikameler söz konusu olabilmektedir. Aynı sağlık hizmeti ihtiyacını karşılamaya yönelik birbirinin alternatifi olan tedavi yöntemleri vardır. Örneğin, bazı ameliyatlar açık cerrahi girişimle veya daha pahalı olan lazer teknolojisi ile tedavi edilebilir (Çelik, 2011: 122, 123).

Elbette sağlık hizmetinin niteliği yani ertelenebilir veya ertelenemez sağlık sorunu olup olmaması ile talebin arasında doğrudan bir ilişki vardır. Bir estetik operasyon ile acil bir sağlık hizmetinin talep esneklikleri aynı olmayacaktır. Ama diğer piyasalarla karşılaştırıldığında, sağlık hizmetlerinin ikamesi zor olacağı için talep esnekliği de katıdır.

İkame malın fiyat artışı malın talebini arttırırken, tamamlayıcı malların fiyat artışı malın talebini düşürmektedir. Yani çapraz esneklik katsayısı ikame mallarda pozitif ve tamamlayıcı mallarda negatiftir. Genel kabul olan sağlık hizmetlerinin ikamesinin olmadığı görüşü nedeniyle sağlık hizmetlerinin

Çapraz fiyat esnekliklerinin hesaplanması mümkün değildir. Ancak yukarıda da bahsedildiği gibi bazı durumlarda sağlık hizmetlerinin de ikamesi olabilmektedir.

1.2.2.1.5. Sağlık Hizmetine Olan İhtiyacın Şiddeti

İhtiyacın ortaya çıktığı anda ertelenmesi zor olan ve ertelendiği zaman bireyin hayatını olumsuz etkileyecek mallar, zorunlu mallardır ve bu malların talep esneklikleri katıdır. Nerdeyse başka hiçbir mal ve hizmet, acil nitelikteki sağlık hizmeti kadar ertelenemez değildir. Sağlık hizmeti almadığı takdirde hayatını kaybedecek bir birey için, bu tür sağlık hizmetlerinin talep esnekliği sıfırdır. Yani o anda sağlık hizmetinin fiyatı ne kadar artarsa artsın, talep edilen sağlık hizmet miktarı değişmeyecektir. Acil olmayan sağlık hizmetlerinin talep esneklikleri bu denli katı olmamakta ve sağlık fiyatlarından etkilenmektedir.

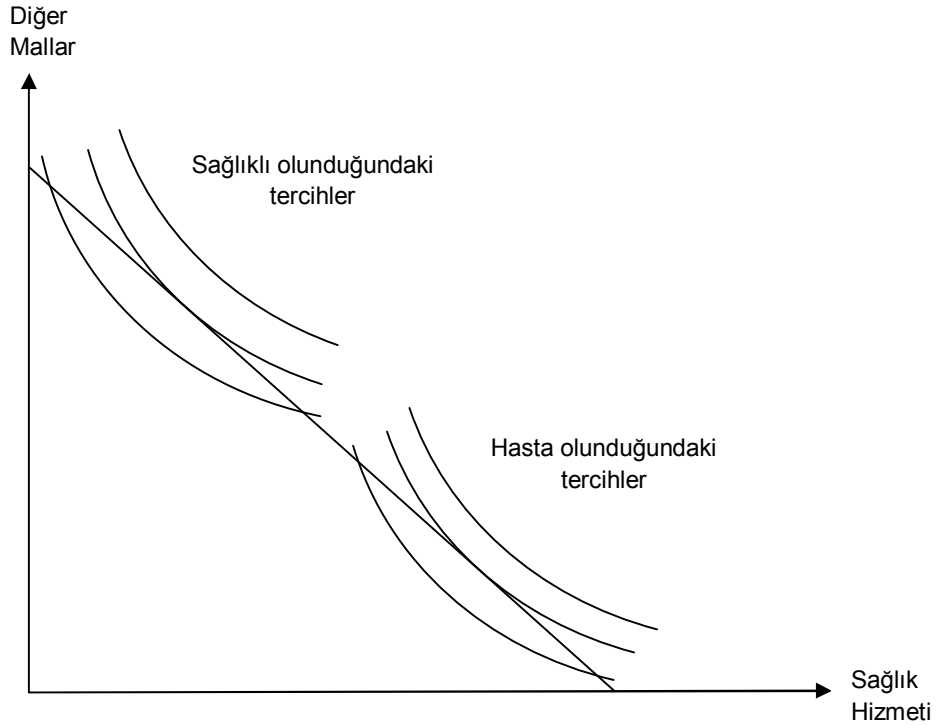
1.2.2.1.6. Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetleri bugünden alınıp gelecekte kullanılabilecek bir yapıya sahip olmadığı için genellikle sağlık hizmetlerinin talep esneklikleri katıdır. Örneğin bir estetik operasyonun hayatı bir önemi olmasa bile, yinede birey gelecekte yapılması gerektiğini düşündüğü bir estetik operasyonunu bugünden yaptırmayacaktır.

1.2.2.1.7. Bireyin Sağlık Durumu

Bireyin sağlık durumu kötü ise, birey daha çok sağlık hizmeti talep edecektir. Bu durum geçici ya da kalıcı olabilir. Bireyin sağlığının bozulduğu durumlarda kayıtsız eğrisi aŗaęıdaki gibi değişecektir ( elik, 2011: 125).

Grafik 2: Sağlık Hizmetlerinde Kayıtsız Eğrisi



Yukarıdaki grafikten de görüleceğ i üzere, bireyin sağlık durumu kötü iken bireyin tercihi daha fazla sağlık hizmeti almaya yöneliktir. Birey sağlıklı iken, sağlık hizmeti yerine diğ er mallara olan talebi artmaktadır.

Ayrıca sağlık hizmeti sunumunun başlatılabilmesi için bireyin bir hastalığının olduğ unun farkında olması gerekmektedir. Daha öncede bahsedildiğ i gibi sağlık hizmetinden ne kadar talep edileceğ i büyük bir ölçüde hekime ya da başvurduğ u sağlık kuruluşuna bağlıdır. Yani bireyin kayıtsızlık eğrisindeki kayma miktarının, hekime bağlı olduğ unu söylemek yanlış olmayacaktır.

1.2.2.1.8. Sağlık Hizmetlerine Ulaşım

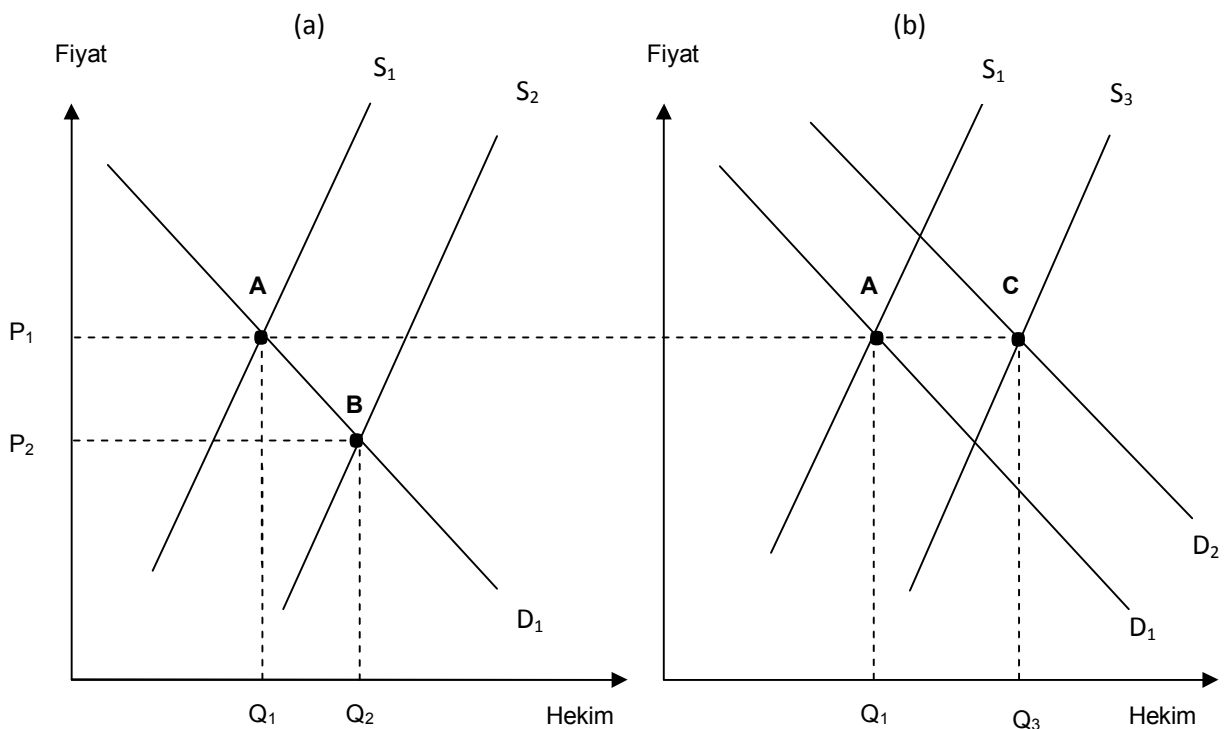
Sağlık harcamaları belirlenirken yalnızca sağlık hizmeti alırken ödenen ücret değ il sağlık hizmetlerine ulaşmak için yapılan masrafların dikkate

alınması gerekmektedir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşım özellikle kırsal bölgelerde zordur. Bireylerin sağlık hizmetine rahat ulaşabilmesi, ertelenmesi mümkün sağlık ihtiyaçlarını ertelemeyip sağlık hizmeti talep etmesine ve dolayısıyla sağlık hizmeti talebinin artmasına neden olacaktır.

1.2.2.1.9. Hekimin Üzerine Düşen Görev

Sağlık hizmet sunumunda en önemli faktörlerden biri olan hekim, hastanın mükemmel ajanı rolünü oynarsa hastanın ihtiyaçlarına, ödeme gücüne ve tercihlerine göre sağlık hizmeti miktarını tavsiye edecektir. Ancak, arz-kaynaklı talep yaratacak şekilde ekonomik çıkarlarını ön planda tutarsa hastaya ek sağlık hizmeti sunacaktır. Arz ve talep arasında bilgi açısından bağımsızlığın olmaması, arz-kaynaklı talebe yol açmaktadır (Çelik, 2011: 126).

Grafik 3: Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Değişimleri



Grafiklerde D hekimlerden talep edilen sağlık hizmetini, S sağlık hizmetleri arzını, P sağlık hizmetleri fiyatını ve Q sağlık hizmetleri üretim miktarını temsil etmektedir.

Birinci grafikte (a) arz ve talep P_1 ve Q_1 düzeyinde, A noktasında dengededir. Açılan muayenehane sayısı artsın ve buna bağlı olarak hekim sayısında bir artış yaşansın. Bu durumda arz eğrisi S_1 'den S_2 'ye kayar ve artık piyasa P_1 seviyesinde denge olmayacağı için hekimlerin rekabeti sonucunda fiyat P_2 düzeyine düşer; sağlık hizmetleri üretim miktarı Q_1 'den Q_2 'ye yükselir ve yeni denge B noktasında oluşur. Bu durumda talep eğrisinde bir değişme olmaksızın D_1 olarak kalır. Bu fiyat seviyesinde bazı hekimler zarar edip piyasayı terk edebilirler.

Ancak sağlık sektöründe piyasa mekanizması genel olarak bu şekilde işlememektedir. Çünkü sağlık hizmetleri sektörü, düzenlemelerin ve devlet müdahalelerinin çok yoğun olduğu bir sektördür. Bu sektörde fiyatların belirlenmesi piyasa mekanizmasına bırakılmaz; devlet veya meslek örgütlerince belirlenir. Belirlenen bu fiyat, genel olarak taban fiyattır. Yani hekimlerin muayene ücretini aşağı çekerek rekabet etme şansları olmamaktadır. Hekimler, ancak verdikleri hizmet kalitesini veya kullandıkları teknolojiyi arttırabilirler; ya da etik olmayarak, bilgi asimetrisinden faydalanarak hastalara daha fazla sağlık hizmeti sunma yollarını ararlar.

Bu durum ikinci grafik (b) yardımı ile gösterilmiştir. Bu grafikte başta hekim sayısında meydana gelen artış nedeniyle arz eğrisi S_1 'den S_3 'e kaymıştır. Fiyatlara müdahale edemeyen hekimler, sundukları hizmetin kalitesini veya kullandıkları teknolojiyi arttırarak ya da gereksiz sağlık hizmeti sunarak talebin D_1 'den D_2 'ye yükselmesini sağlayacaklardır. Yeni denge noktası artık A noktasında değil C noktasında oluşacaktır. Bu noktada fiyat seviyesi değişmeden P_1 düzeyinde olacak, sağlık hizmetleri üretim ise artarak Q_1 'den Q_3 'e yükselecektir.

1.2.2.1.10. Zaman

Diğer piyasalarda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de talep eğrisi, zaman içinde daha esnek hale gelmektedir. Örneğin, düzenli olarak özel bir muayenehaneden dişçilik hizmeti alan bir hasta, alışkanlığı nedeniyle başta fiyat artışını tepki vermeyebilir; ancak zaman içinde bu hizmeti başka bir sağlık hizmet sunucusundan alma yoluna gidebilir. Ancak bazı bireyler, sağlık hizmeti alırken hekime veya kuruma duydukları güven nedeniyle sağlık hizmeti fiyatlarına tamamen duyarsız kalabilmektedirler. Çünkü hastaların birçoğunun tedavi sürecinde yapabileceği tek şey, hekimin izlediği yolu takip etmektir. Bu nedenle bazı bireyler için hekime duyulan güven, katlanılan maliyetin önüne geçmektedir. Bu şekilde davranış gösteren bireylerin talep esneklikleri zaman içinde değişmemektedir.

1.2.2.1.11. Zevk ve tercihler

Folland (2007: 25), sağlığa olan talebi etkileyebilecek diğer tüm faktörleri, yaş, cinsiyet vb. burada toplamaktadır. Çünkü kişisel özelliklere göre sağlık hizmetlerinden alınacak fayda farklı olmaktadır. Ayrıca Folland, sağlık piyasasında zevk ve tercihlerin talebi etkileme gücünün, diğer piyasalara göre daha düşük olduğunu eklemektedir.

Bireylerin sağlık hizmeti talepleri; yaş, eğitim düzeyi, çevre, medeni durum, genetik yapı, aile yapısı, ırk ve farklı hayat tarzları gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.

Örneğin; kadınların hayatlarının her döneminde daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları, daha uzun beklenen yaşam süresine sahip olmaları ve anne olabilmeleri nedeniyle, erkeklere göre daha fazla sağlık hizmeti kullanmaktadırlar. Eğitim ve kültür seviyesinin yüksek olması, bireylerin kendilerine daha iyi bakmalarının yanında oluşabilecek bir

rahatsızlığı daha kısa sürede fark edip daha çok sağlık hizmeti talep etmelerine neden olabilir. Nüfusun artması ve nüfus yapısının değişmesi (özellikle nüfusun yaşlanması) toplam talebi arttıran faktörlerdendir.

Sanayileşme ve kentleşme, yeni hastalıkların oluşmasına zemin hazırladığı için sağlık hizmetleri talebini arttıran etmenlerdendir. Nüfus içerisinde çocuk ve yaşlı nüfusun artması ile anne ve çocuk sağlığına ve yaşlılara yönelik olan sağlık hizmetlerinin artması ve yaygınlaşması, sağlık hizmetleri talebini arttıran diğer faktörlerdendir. Ayrıca hükümetlerin koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde yaptığı yenilikler de sağlığa olan talebi arttırmaktadır. Sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, teşhis ve tedavi edilebilecek hastalık sayısını arttırmaktadır. Teknoloji ve bilimsel alandaki gelişmeler, tüketimi ve ürün gruplarını çeşitlendirirken, her yeni gelişme fiyatlara ve talebe yansımakta, talebi önemli ölçüde yükseltmektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 85, 86).

Ülkelerin, ekonomik faktörlerini optimal bir şekilde kullanabilmesi ve kaynak dağılımında etkinliğin gerçekleştirilebilmesi, toplum refahının maksimize edilebilmesi için arzın planlanması, yani talebin belirlenmesi gerekmektedir. Ekonomik faaliyetlerde talebin tahmin edilmesi için, anket yoluyla piyasa inceleme, mikro ve makro ekonomik göstergelerle yapılan tahminler, uluslararası göstergelerin karşılaştırılması yoluyla yapılan tahminler, grafik yöntemi, en küçük kareler yöntemi, talebin gelir esnekliğinin hesaplanması, regresyon ve korelasyon gibi ekonometrik araçlar kullanılmaktadır. Ancak sağlık piyasasında talep belirlenirken kullanılan yöntemler farklılık göstermektedir. Talebin geçmiş deneyimlerden yararlanılarak hesaplanması, norm ve katsayı gibi kriterler yardımıyla talep planlaması, uzman veya uzmanlar kurulunun talebi doğrudan tahmin etmeye yönelik çabaları, zaman serileri analizi ile ekonometrik analizler kullanılmaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 92).

Azalan marjinal fayda kanunu, sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Yani ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti alındıkça, bireyin bu hizmete olan gereksinim ve dolayısıyla hizmetin marjinal faydası azalır. Daha sağlıklı birey veya toplum yaratılmasında yalnızca sağlık hizmetleri kullanımı sınırlı bir etkiye sahip olacaktır. Sağlık statüsünün sürekli yükseltilmesi veya en yüksek düzeyde tutulabilmesi için eğitim, beslenme ve spor gibi bazı girdi ve davranışların da birey tarafından kullanılması veya toplum bazında iyileştirilmesi gereklidir. Sadece sağlık hizmeti kullanıldığında sağlık hizmetlerinin sağlık statüsü üzerindeki etkisi, tepe noktasından sonra giderek azalacaktır. Ayrıca farklı sağlık sorunları üzerinde sağlık hizmetlerinin katkısı da farklı olacaktır. Bazı sağlık sorunları, sağlık hizmetleri kullanımını zorunlu kılarken (örneğin bulaşıcı hastalıkların tedavisi), diğerleri sağlık hizmeti kullanımını çok etkilemeyebilir (örneğin soğuk algınlığı). Bu durumda farklı sağlık sorunları için sağlık hizmeti kullanımının marjinal katkısı da farklı olmaktadır (elik, 2011: 107-111).

1.2.2.2. Sağlık Sektöründe Arz ve Arzı Etkileyen Faktörler

Sağlık sektöründe arz, bir sağlık kuruluşunun verdiği hizmetler olabileceği gibi bir hekim tarafından sunulan sağlık hizmeti de olabilir.

Sağlık hizmetleri arzı, farklı türden sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamak üzere sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, dispanserler ve hastaneler gibi temel sağlık hizmeti birimlerinde, hekim muayenehanelerinde, tahlil ve tetkiki laboratuvarlarda üretilen ayakta ve yataklı tedavi hizmetlerinin tümüdür. Aynı zamanda sağlık hizmetleri arzının içine ilaç, tıbbi malzeme, alet ve donanım üretimi de dâhil olmaktadır. Sağlık hizmetleri üretimi için kullanılacak olan gerekli üretim faktörlerini (sağlık kurumları, sağlık insan işgücü ve sağlık bilgisi vb.) kısa vadede arttırmak mümkün değildir. Bunun için kısa vadede sağlık hizmetleri üretim miktarını arttırmak, verimliliği arttırma ile mümkün iken, yeni sağlık kurumları inşası veya daha fazla sağlık

personeli yetiştirmek ancak uzun vadede mümkün olmaktadır (elik, 2011: 75).

Sağlık hizmetlerinde olası talep artışına karşı arz edilen miktar yukarıda sayılan nedenlerden dolayı hemen arttırılamaz. Bu durum sağlık hizmetlerinin arz esnekliğin kısa dönemde katı, uzun dönemde ise daha esnek olmasına neden olmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinde depolama özelliği olmadığı için yani sağlık hizmetine ihtiyaç duyulduğu an talep edildiği için sağlık hizmetlerinin arz esnekliği düşüktür.

Sağlık hizmeti üretim birimleri; doktor muayeneleri, gezici sağlık araçları, bakım evleri, dispanser, poliklinik, ev, sağlık karavanı, rehabilitasyon merkezleri ve hastanelere kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsar. Sağlık faaliyetleri 3 grupta toplanmaktadır. Bunlar tıbbi tedavi, kamu sağlığı, eğitim, ğretim ve araştırma hizmetleridir.

Kısaca sağlık hizmetleri üretiminde sabit maliyetlerin toplam maliyetler içinde önemli bir paya sahip olması, sağlık hizmetlerinin stoklanamaması ve kısa vadede sağlık hizmetlerini çok fazla arttırmanın mümkün olmaması sebebi ile sağlık hizmetlerinin arz esnekliğinin katı olduğu söylenebilir (elik, 2011: 77).

Mutlu ve Işık (2005: 95) sağlık hizmetleri arzını, tanı ve tedaviyi sağlayacak mal ve hizmet arzı ile koruyucu nitelikli mal ve hizmet arzı olarak ikiye ayırmaktadır. Sağlık piyasası içinde üretimi yapılan mal ve hizmet arzının sınırlı olması, ulusal ve uluslararası anlamda monopollerin varlığı, fiyat ve patent konularında yasal sınırlamalar gibi özellikleri nedeniyle, sağlık piyasasının arz yapısı, diğer sektörlerin arz yapısından farklılık göstermektedir.

Sağlık hizmetleri arzını, sağlık alanına ayrılan kaynakların büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı, devlet politikaları, finansman yöntemleri gibi faktörler

belirler. Ancak sağlık hizmetleri arzının düzeyini ve kalitesini belirleyen iki temel faktör vardır. Bunlar; sağlık hizmetleri üretim birimleri ve sağlık personelidir. Ancak şüphesiz sağlık hizmetleri üretim birimi olan hastaneler, sağlık alanında en önemli yere sahiptir. Ayrıca ülkenin toplam sağlık harcamaları içinde en büyük payı da hastaneler almaktadır (Mutlu ve Işık, 2005: 101-103).

Kısaca sağlık hizmetleri piyasası, üretim artışının hemen gerçekleşmediği, eğitim sürecinin uzun olduğu, teknolojik gelişmelerin hızlı yaşandığı ve müdahalelerin yoğun olduğu bir piyasadır.

Sağlık sektöründe arzı etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır.

1.2.2.2.1. Fiyat

Sağlık piyasasında fiyatın arz üzerindeki etkisi, diğer sektörler kadar yoğun değildir. Bazı durumlarda arzın yalnızca fiyattan etkilendiği varsayılırken, sağlık piyasasında bu varsayım doğru olmayacaktır.

Sağlık hizmetleri tek bir ürün veya hizmetle ifade edilmez; farklı sağlık ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için birçok sağlık hizmeti ve malı vardır. Sağlık hizmetlerinde fiyat belirlenirken sağlık hizmetinin aciliyeti, pozitif dışsallığı, nerede ve kim tarafından verildiği önemli olmaktadır. Ancak yapılan çalışmaların çoğu sağlık hizmetleri için arz esnekliğinin katı olduğu yönündedir (Çelik, 2011: 77).

1.2.2.2.2. Teknoloji

Teknolojik gelişmeler, üreticilerin daha kaliteli malları daha ucuza üretmelerine imkân verir. Teknoloji, maliyetleri arttırmakla beraber, ürünlerin

daha ucuza üretilmelerini sağlar. Bu durum üreticilerin veri fiyatlardan daha fazla mal arz etmek istemelerine yol açar ve arz eğrisini sağa kaydırır (Folland, 2007: 26).

Sağlık piyasası emek yoğun bir sektör olsa bile çok pahalı yatırımları ve ileri teknolojiyi gerekli kılmaktadır. Ayrıca son yıllarda sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler çok fazladır. Dolayısıyla fiyatı yükselen sağlık hizmetlerinin arz miktarının artırılması için üreticilerin yüksek sabit ve değişken maliyetlere katlanabiliyor olması gerekir. Bu durum yine sağlık hizmetleri arzının katılığına işaret eder.

Sağlık alanında teknolojik gelişmenin iki etkisi vardır. Birincisi, teknolojik gelişme için yapılacak yatırımların maliyetidir. İkincisi ise teknoloji kullanımının, teşhis ve tedavide sağladığı faydalar ve bunun toplam sağlık harcamalarında yarattığı azalmadır. Sağlık hizmetleri üretiminde kullanılan gidilerin maliyetinin azaltılması için sağlık personelinin verimliliğinin artırılması önemlidir (Mutlu ve Işık, 2005: 99).

1.2.2.2.3. Girdi Fiyatları

Girdi fiyatlarının, örneğin işçi ücretlerinin artması, üreticilerin veri fiyat düzeyinden daha az mal arz etmek istemelerine neden olur ve bu durum arz eğrisini sola kaydırır (Folland, 2007: 26). Sağlık piyasasında girdi fiyatlarında sağlık personeline verilen ücretler en büyük kalemi oluşturmaktadır. Yasal düzenlemeler nedeniyle girdi fiyatları yüksek olabilmekte, bu durum da maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır.

1.2.2.2.4. İlişkili Malların Üretim Fiyatları

Üreticiler, üretim imkânları ile üretebilecekleri başka bir malın piyasa fiyatının artması sonucu, ürettikleri ürün yerine fiyatı artan malı üretmeyi tercih edecekleri için, malın veri fiyat düzeyinden arz edilen miktarı düşer ve arz eğrisi sola kayarak arz miktarı azalır. Bu durum sağlık piyasasında da geçerli olmakla birlikte daha kısıtlı uygulama alanı bulmaktadır (Folland, 2007: 26). Sağlık piyasasının işleyişi ve yasal düzenlemeler sebebiyle sağlık alanında üretimin ikamesi çok zor olmakta, bazı durumlarda hiç olamamaktadır.

1.2.2.2.5. Endüstri Büyüklüğü

Piyasaya daha fazla firma –sağlık piyasası için hekim- girmesi ile birlikte arz miktarı artacak ve endüstriye giren firmanın arz eğrisi sağa kayacaktır (Folland, 2007: 26). Bu durum grafik yardımıyla talep bölümünde incelenmiştir.

1.2.2.2.6. Sağlık İşgücü

Sağlık işgücünü, Belek (2001: 41, 42) beş gruba ayırmıştır. Tıbbi teknoloji ve ilaç sanayileri grubunda, sanayi işçileri yer almaktadır. Tıbbi bakım hizmetleri üreten sağlıkçılar grubunda hekimler, hemşireler, ebeler, eczacılar, sağlık memurları, bakım evlerinde çalışanlar ve diğer yardımcı personel vardır ve bu grup sağlık sektöründen en önemli grup olarak algılanır. Çevre sağlığı hizmetinde yer alan kimyagerler, biyologlar ve çevre mühendisleri vardır. Otelcilik hizmetini üreten sağlıkçılar grubunda ise mutfak, temizlik, çamaşırhane, depolama gibi hizmetlerde çalışanlar yer alır. Son olarak ise idari hizmetleri üreten tıbbi sekreterler ve diğer memurlar vardır.

Sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olduğu için, sağlık hizmetleri arz edilirken en önemli faktör, sağlık personeli olmaktadır. Sağlık personeli sağlık piyasasının emek girdisi olarak kabul edilirse, doktorlar da emek girdisinin en önemli aktörlerinden olacaktır. Sağlık piyasasına giriş sınırlamaları bölümünde de bahsedildiği gibi, her türlü sağlık personelinin mutlaka alması gereken üniversite eğitimi vardır. Sağlık piyasasının arz tarafını oluşturan en önemli kesim olan hekimlerin uzmanlaşmaları çok uzun zaman almaktadır. Bu durum az önce de bahsedildiği gibi sağlık hizmetleri arzının -fiyatlar yükseliyor olsa bile- hemen arttırılamayacağını, yani sağlığın arz esnekliğinin katı olduğu ifade eder.

Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak hekimlerin, hastalara yol gösterici olması -ki bu sağlık hizmetlerine talep yaratılması anlamına gelir- ve hizmeti arz eden taraf -ki bu hekimlere talep yaratılması anlamına gelir- olmak üzere iki konumları vardır (Mutlu ve Işık, 2005: 91).

1.2.2.2.7. Kapasite Kullanım Oranı

Fiyatı değişen ve artan mallarda malın arzının arttırılması kısa vadede kapasite kullanım oranının arttırılması ile gerçekleştirilebilir. Ancak sağlık kurumlarında % 100 kapasiteyi yakalamak mümkün olmayabilir (Çelik, 2011: 78).

Tüm sebeplerden dolayı, sağlık hizmetlerinin fiyatları çok yükselse bile kısa dönemde üretilmek istenen miktarı her zaman yükseltmek mümkün değildir. Bunun için sağlık hizmetlerinde arz esnekliği çoğunlukla katıdır.

1.2.2.2.8. Doğa Koşulları

Sağlık piyasasında, müdahale edilemeyecek koşullar bu başlık altında toplanmıştır ve bu gruptaki faktörler arz ve talebin artış veya azalışına neden olmaktadır (Folland, 2007: 27).

1.2.2.3. Sağlık Sektöründe Üretim Fonksiyonu

Üretim fonksiyonu, belirli bir üretim tekniği kullanılarak, üretim sırasında emek, sermaye, girişim ve doğal kaynakların bir araya getirilmesidir. Sağlık hizmetleri üretim fonksiyonu, sağlık seviyesini iyileştirmede alternatif programlar arasında kıt kaynakların nasıl dağıtılması gerektiğini ortaya koyar. Tüm ülkelerde sağlık sistemine verilen en önemli görev, toplumun sağlık statüsünü yükseltmektir. Bunun için sağlık sisteminin farklı birçok girdiye ihtiyacı vardır. Sağlık statüsünü etkileyen faktörler; sağlık hizmetleri, eğitim, demografik ve bireysel faktörlerdir. Sağlık hizmetleri üretim fonksiyonu ise; sağlık personeli, teknoloji ve sermayeden oluşmaktadır. Sağlık hizmetleri üretim fonksiyonu; sağlık hizmetlerinin toplumun sağlık statüsüne etkisi nedir ve sağlık hizmetleri üretiminin ve dağıtımının en iyi yolu nedir sorularına cevap vereceği için önemlidir. Üretim fonksiyonu, optimum faktör oranlarını yani, en iyi sağlık personeli sayısını, en uygun teknolojiyi ve en uygun sermaye oranının ne olduğunu söyler ve bu durumda üretim miktarı maksimum olur (Çelik, 2011: 79-81).

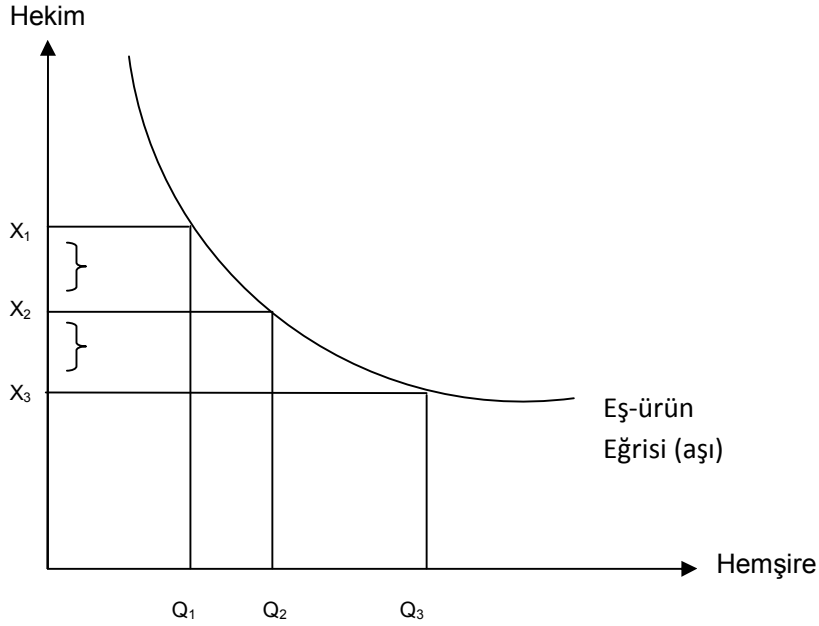
Sağlık hizmetleri kapsamında arz edilen mal ve hizmetlerin boyutu, bu alana ayrılan kaynakların miktarı, sağlık sisteminin yapısı ve işleyişi, devlet politikalarının yapısı ve yöntemleri gibi faktörlerin etkisi altındadır. Ancak temel olarak sağlıkla ilgili mal ve hizmet arzının belirleyen faktörler, yani sağlık girdileri şunlardır: Sağlık sektörü içinde yer alan sağlık personeli ve sağlık üretimini gerçekleştiren sağlık üretimi birimleri (Mutlu ve Işık, 2005: 97). Ayrıca diğer bir girdi olan teknoloji, sağlık sektöründe bilimsel

gelişmelerin çok hızlı yaşanması ile sağlık hizmet arzını şekillendiren önemli faktörlerden biri olmaktadır. Sağlık sektöründeki tüm girdilerin birbirleri ile ilişki içinde olmalarının yanında, sağlık sektöründe emek girdisi esnek değildir. Çünkü üretim sürecinde yer alan, başta hekimler olmak üzere, tüm sağlık personelinin sayısının artırılması, eğitim sürecinin uzun ve yasal düzenlemelerin yoğun olması sebebiyle kısa dönemde mümkün değildir. Ayrıca sermaye artırımını da emek girdisi gibi kolay olmamaktadır. Devlet müdahalesinin olması sebebiyle, sağlık hizmetleri arzında üreticiler bağımsız hareket edememekte ve sağlık piyasası fiyat dengeleme görevini yerine getirememektedir (Mutlu ve Işık, 2005: 96). Yani sağlık sektöründeki üreticiler, meydana gelen talep artışlarına, kısa dönemde cevap veremezler ve hem bu sebeple hem de piyasa fiyatlarını kontrol edememeleri sebebiyle üreticilerin toplam hâsılaya müdahaleleri sınırlı olmaktadır.

Folland (2007: 89-91), sağlık hizmetlerinde üretim fonksiyonunu ve sağlık girdi ve çıktılarını şu şekilde açıklar: Üretim fonksiyonu, sağlık girdi ve çıktılarının belli bir zaman içerisindeki ilişkisini anlatır. Sağlık çıktısı; günlük hayatta kişi başına düşen sağlıklı geçirilen gün sayısı, ölüm oranı, sakatlıkla geçirilen gün sayısı gibi değişkenlerle ölçülebilir ve bunlar bireyin sağlık durumunu belirler. Üretim fonksiyonunda sağlık girdileri gerçek hayatta birçok bileşenden oluşmaktadır. Sağlık girdilerinin en önemli ayağı, hekimler tarafından verilen sağlık hizmetleridir. Diğer sağlık çalışanları da birçok sağlık hizmeti vermektedirler. Yapılacak ekonomik değerlendirmelerde, sağlık hizmetinin ölçüsü, tüm sağlık hizmetlerinin toplamının belli bir para cinsine dönüştürülmüş şekli olarak düşünülebilir.

Sağlık hizmetlerinde de girdiler belli bir seviyeye kadar ikame edilebilirler. Ancak sağlık sektöründe, özellikle hekimleri sunduğu sağlık hizmetlerinin ikamesi diğer girdilere göre daha zor olmaktadır. Sağlık sektöründe eş-ürün eğrisi aşağıdaki gibidir.

Grafik 4: Sağlık Hizmetlerinde Eş-Ürün Eğrisi



Yukarıdaki grafikte, aynı sağlık hizmetinin üretilmesi için vazgeçilen her hekim yerine daha çok hemşire ikame edilmesi gerektiği gözükmektedir. Ancak belli bir düzeye gelindiğinde ise konu olan sağlık hizmetinin hekim olmadan verilemediği gözükmektedir. Yani sağlık hizmetlerinde de bir faktör diğer ile belli bir seviyeye kadar birbirlerini ikame edebilirler; ancak bu ikame edilebilirlik, diğer piyasalara göre zordur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde de eş-ürün eğrisi orijine göre dışbükeydir, yani marjinal teknik ikame oranı sol yukarıdan sağ aşağıya doğru gidildikçe azalmaktadır.

Sağlık bakımının sağlık statüsü üzerindeki etkisi ülkelerin gelişmişlik seviyesine göre farklılık göstermektedir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri, sağlık statüsünün iyileştirilmesinde çok önemli bir etkiye sahip iken, gelişmiş ülkelerde o kadar yüksek bir etkiye sahip değildir. Çünkü az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hastalık yükü, bulaşıcı hastalıklarda iken, gelişmiş ülkelerde hastalık yükü, kronik hastalıklardadır. Ayrıca bu ülkelerde, hastalıkların kaynağının, beslenme, stres ve alışkanlıklar olduğu gözlenmektedir. Yani az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık

girdilerinin marjinal katkısı yüksek iken, gelişmiş ülkelerde bu denli yüksek değildir.

Kısaca, sağlık maliyetlerinin artmasına neden olan birçok faktör vardır. Bunlardan bazıları şu şekildedir: Demografi (yaşlanan nüfus), bilgi (eğitilmiş tüketici), yaşam standardı (yaşam kalitesi beklentisi), bağıl fiyat etkileri (özel beceri gereksinimi), yapı (teşvik), yaşam tarzı (suistimal), yenilik (teknoloji). Sağlık maliyetlerinin artmasında akla gelen ilk faktör, hem uzun süreli tıbbi hem de sosyal bakım isteyen yaşlı nüfusun artmasının yanında artan tedavi seçeneklerinin kullanılabilirliği ve sağlık hizmetlerinin kalitesinde ve yoğunluğundaki gelişmelerdir. Sağlık hizmetlerinde verimlilik ve etkililiğin her geçen gün artmasına rağmen sağlık sektörü, diğer sektörlerle göre hala işgücü ve özel beceri isteyen bir sektördür ve bu nedenle daima ekonomi ortalamasının gerisinde kalacaktır (Kobelt, 2010: 11).

İKİNCİ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİNİN YAPISI

2.1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİSTEMİ

Bu bölümde Türkiye'nin sağlık sisteminin gelişimi çerçevesinde yapılan politikalar, reformlar ve sağlık sisteminin finansmanı konuları ele alınacaktır.

2.1.1. 1980 Öncesi Türkiye'de Sağlık Sistemi

Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin açılmasından sonra ilk kurulan bakanlıklardan olan Sağlık Bakanlığı (SB), 3 Mayıs 1920 yılında 3 sayılı kanun ile kurulmuş ve bakanlık görevini Dr. Adnan Adıvar yürütmüştür. Ülke savaştan henüz çıktığı için bu dönemde, halkın sağlığına bir an önce kavuşturulması için çalışmalar yapılmış, bu ortamda düzenli politikalar uygulanamamış ve veri sistemi oluşturulamamıştır. 1920 yılında 38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunun çıkartılması ile hekimlere ve sorumluluklarına yönelik ilk düzenlemeler yapılmıştır (SB, 2010: 15).

Cumhuriyetin ilanından sonra Dr. Refik Saydam sağlık bakanı görevini üstlenmiş, hizmet sunucular olan hastanelere ağırlık vermiş, dönemi içerisinde sağlık personeli sayısını arttırmayı hedeflemiş ve sağlık personelinin eğitimine önem vermiştir. Saydam, döneminde kararların hızlı bir biçimde alınıp, uygulamaya geçmesini amaçlamıştır. Ayrıca tedavi edici hekimliğin yanında bu dönemde ilk defa koruyucu hekimliğe önem verilmiştir. Dönemde yaygın olan bulaşıcı hastalıklarla (sıtma, frengi, trahom, verem, cüzam vb.) mücadele edilmiştir. Hala yürürlükte olan 992 sayılı Bakteriyojoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu (1927), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı

Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (1928), 1962 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1928), 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930), 3071 sayılı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilat ve Memurin Kanunu (1936), 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun (1937) çıkarılmıştır (SB, 2008b: 15).

1947 yılında hazırlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı'nda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinde karşılaşılan sorunların çözüm yolları ele alınmış ve özellikle hizmetin kırsal bölgelere yöneltilmesi gerektiği belirtilmiştir (SB TSHGM: 2011). Ancak bu plan kanunlaşamadığı için uygulama alanı bulamamıştır. Temel olarak bu dönemde yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları, merkezden yönetilmeye başlanmıştır. Ayrıca tıpta uzmanlaşma ön plana çıkarılmıştır. Özellikle nüfusa düşen yatak sayısının artırılmasına yönelik politika oluşturmuş ve nüfus esaslı sağlık hizmeti vermek üzere sağlık merkezleri kurmuştur. Ayrıca temel sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Özellikle çocuk hastaneleri, doğumevleri ve verem hastanelerinin sayısı artırılmış; vereme ve tüberküloza bağlı ölümler azalmış, bebek ölüm hızı düşmüştür. Sağlık harcamalarının finansmanı gündeme gelmiş ve tıbbi malzemelerin üretiminin denetim altına alınmasına dair çalışmalar başlamıştır. Bu çerçevede 1947 yılında Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve verem aşısı ile boğmaca aşısı üretilmeye başlanmıştır. 1946 yılında İşçi Sigortaları İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuş ve 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için hastaneler açılmıştır. Ayrıca 1952 yılında Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve DSÖ gibi uluslararası kuruluşlardan yardım sağlanmıştır. 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953), 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu (1954), 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu (1956) bu dönemde yürürlüğe girmiştir (SB, 2010: 18, 19).

1960 yılından itibaren planlı döneme girilmiş; sağlık hizmetlerine ve özellikle koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilerek, hizmetin nüfus çoğunluğunun bulunduğu kırsal bölgelere götürülmesi konusu ele alınmıştır. Sağlık düzeyinin yükseltilmesi için 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun 1961 yılında çıkarılmış ve bu kanunun uygulanması için Sosyalleştirme Daire Başkanlığı kurulmuştur (SB TSHGM, t.y). Böylece sağlık alanında sosyalleşme için ilk adımlar atılmıştır. 1961 Anayasası'nın 49. maddesinde 'Sağlık Hakkı' başlığı ile şu ifade yer almaktadır: *"Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır."*

1965 yılında çıkartılan 554 sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun ile savaş döneminden 1965 yılına kadar uygulanan pro-natalist (nüfusu artırıcı) politikadan, anti-natalist (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçiş yapılmıştır (SB, 2010: 19).

1969 yılına gelindiğinde ise, İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması öngörülmüştür. 1971'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş ancak kanun taslağı kabul edilmemiştir. 1974 yılında TBMM'ye tekrar sunulan taslak ise görüşülmemiştir. 1978 yılında 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun yürürlüğe girmiştir; ancak 1980 yılında 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun ile bu kanun yürürlükten kaldırılmış ve hekimlere tekrar muayenehane serbestliği sağlanmıştır (SB, 2010: 19).

2.1.2. 1980-2003 Arası Türkiye'de Sağlık Sistemi

1980 yılı sonrası uygulanan liberal politikalar ile yeni bir süreç girilmiş, piyasalar bu yapısal dönüşümden etkilenmişlerdir. 1982

Anayasası'nın 56. maddesi *"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. 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 vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."* şeklindedir. 60. maddesi ise *"Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar"* ifadelerinden oluşmaktadır. 1982 Anayasası'nda bireylerin haklarını korumak ve bireylerin sosyal güvenlik hakkına sahip olmalarının yanında devletin bu hakları korumasına yönelik ve genel sağlık sigortasını kapsayan ifadeler de yer almaktadır.

Özellikle 90'lı yıllarda yürütölen Sağlık Reformu çalışmalarının temelinde; sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak genel sağlık sigortasının kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliğı ile genişletilmesi ve geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürölmesi, SB'nin koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren ve sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması yer almaktadır (SB, 2010: 20). Aşağıda bu yıllarda yapılan bazı reform ve politikalar yer almaktadır (SB, 2010: 19, 20; SB RSHMM, 2010: 11-15):

1990 yılında DPT tarafından Price Waterhouse'a Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü hazırlatılmış ve Birinci Ulusal Sağlık Kongresi toplanmıştır. SB'nin işbirliğı ile yürütölen bu plan, sağlık reformlarının başlangıcını oluşturmuş ve bu plan ile sağlık sisteminin amaçlarının analizi yapılmaya başlanmıştır. 1992 ve 1993'te Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri yapılarak, sağlık reformu çalışmalarına hız verilmiştir. 1992 yılında 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil

Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun ile sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için Yeşil Kart uygulaması başlatılmış ve Yeşil Kart Sistemi ile belirlenmiş yoksulluk düzeyinin altındaki vatandaşların yataklı tedavi hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmeleri sağlanmıştır. 1993 yılında SB tarafından hazırlanan, mevcut durumu analiz eden, sorunları ve geleceğe yönelik stratejileri belirleyen Ulusal Sağlık Politikası; destek, çevre sağlığı, yaşam biçimi, sağlık hizmetlerinin sunumu, sağlıklı Türkiye hedefleri olmak üzere başlıca beş bölümünden oluşmakta idi. 1998 yılında Genel Sağlık Sigortası, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı adı altında, Bakanlar Kurulu'nca TBMM'ye sunulmuş, ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası, Sağlık Sandığı adıyla kanun tasarısı taslağı bakanlıkların görüşüne gönderilmiş, ancak yine kanunlaşmamıştır (SB, 2008b: 18-21).

2.1.3. 2003 Yılı Sonrası Türkiye’de Sağlık Sistemi

2002 genel seçimlerinden sonra sağlık alanında önemli değişiklikler olmuştur. Seçimlerin hemen ardından hazırlanan Acil Eylem Planı'nda; SB'nin idari ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılması, tüm vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamı altına alınması, sağlık kuruluşlarının tek çatı altında toplanması ve hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması yer alıyordu. Ayrıca bireylerin sağlık hizmetlerine daha rahat ulaşabilmeleri için aile hekimliği uygulamasına geçilmesi, anne ve çocuk sağlığına özel önem verilmesi, koruyucu hekimliğin yaygınlaştırılması hedeflerin arasında bulunmakta idi. Bunlar dışında; özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasının özendirilmesi, tüm kamu kuruluşlarında alt kademelere yetki devri, kalkınmada öncelikli bölgelerde yaşanan sağlık personeli eksikliğinin giderilmesi, sağlık alanında e-dönüşüm projesinin hayata geçirilmesi diğer hedefler arasında yer almaktaydı (SB 2008: 20).

2003 yılında, kamu sağlık finansmanı ile ilgili düzenlemelerin özünde 1946 yılında kurulan, 1960 ve 1970'ler boyunca önemli ölçüde gelişen bir sosyal güvenlik sistemi vardı. Bu sistemde, üç ayrı sağlık sigorta fonu bulunmaktaydı. Bunlardan birincisi kamu ve özel sektördeki mavi yakalı işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu yani SSK; ikincisi esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu yani Bağ-Kur; üçüncüsü ise devlet memurları emeklilik fonu yani Emekli Sandığı. Çalışan devlet memurları Emekli Sandığı'na dâhil edilmemişti ve harcamaları doğrudan devlet bütçesinden karşılanmaktaydı (OECD ve World Bank, 2008: 20).

DPT'ye göre 2003 yılında, nüfusun yaklaşık %85'i sağlık sigortası kapsamında yer almaktaydı. Geri kalan %15'lik kesimin ise bir sağlık sigortasına erişimi yoktu ve katkı payı ödemesi yapmıyorlardı. Ancak SB ağı aracılığıyla sunulan koruyucu hizmetleri, birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil tıbbi bakımları dolaylı olarak karşılanmaktaydı. Nüfusun %46,3'lük kesimini kapsayan SSK en büyük sigortacıydı. Bunu nüfusun %22,3'ünü kapsayan Bağ-Kur izliyordu, daha sonra %15,4'ünü kapsayan Emekli Sandığı geliyordu. Türkiye'de özel sigortalar %0,5 gibi çok az bir nüfusu kapsıyordu. Ancak bu rakamlar, fiilî kayıtlı çalışan sayısından ziyade tahminlere dayalıydı. Bu döneme ait sağlık sigortası kapsamı rakamlarıyla ilgili üç önemli sorun vardı: i) Çoğu insan birden fazla sosyal güvenlik kurumunca sigortalanmıştı, bu yüzden birçok kayıta görünmekteydiler ii) Çalışan nüfus sayısı, düzenli katkıda bulunarak mevcut görünenleri değil programa kayıt yaptırmış herkesi gösteriyordu (bu özellikle Bağ-Kur için geçerliydi) iii) Sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sayısı tahminiydi, yani kesin olarak bilinmiyordu. DPT'nin bildirdiği resmî rakamlara karşın, SB tarafından 2002 yılında yapılan bir hanehalkı çalışması, nüfusun %67'sinin sağlık sigortasına sahip olduğunu bildirildiğini tespit etmişti. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından üç ayda bir yapılan bir çalışma olan Türkiye Hanehalkı Bütçe Araştırması'na göre 2003 yılında herhangi bir sigortanın kapsamı altında olan nüfusun oranı %64 idi. Bu araştırmaların ikisi

de Türk nüfusunu istatistikî olarak temsil eden bir örneklem üzerinde yapılmıştır ve bu resmî rakamlar arasındaki fark çarpıcı olup, aynı zamanda resmî rakamlarda bildirim ve tahmin yanılığı sorunları olduğunu da doğrulamaktadır. 2003 yılında iş gücünün yaklaşık %46'sının kayıt dışı sektörde çalıştığı tahmin edilmektedir. Sağlık sigortası kapsamının %85 civarında olduğu tahmin edildiği için, kayıt dışı çalışanların büyük bir kısmının Yeşil Kart kapsamında olması, SSK, Bağ-Kur veya Emekli Sandığı bünyesinde sağlık sigortasına sahip bireylerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler arasında olması mümkündür. Örneğin, 2003 Hanehalkı Bütçe Araştırması'na göre en fakir %10 dilime girenlerin yalnızca %12'si (kişi başı harcama dilimlerine göre) Yeşil Kart kapsamındaydı ve daha yüksek ondalık dilimlere girenler arasında Yeşil Kart kapsamı yüzde %1 ile %8 arasında değişmekteydi (OECD ve World Bank, 2008: 21-22).

2003 yılında sağlıkta yeni bir döneme girilerek Sağlıkta Dönüşüm Programı başlatılmıştır. Bu program Dünya Bankası finansmanlı olarak günümüzde hala devam etmekte ve programın 2. fazı uygulanmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın amaçları planlayıcı ve denetleyici SB; herkesi tek çatı altında toplayan genel sağlık sigortası (GSS); yaygın, erişimi kolay ve güler yüzlü sağlık hizmet sistemi; bilgi ve beceri ile donanmış sağlık insan gücü; sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları; nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon; akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma; karar sürecinde etkili bilgiye erişim sağlayacak olan sağlık bilgi sistemidir (OECD ve World Bank, 2008: 36).

Aşağıda 2003 yılında sonra sağlık alanında yapılan reform ve çalışmaların özeti sunulmuştur (SB, 2008a: 20-21; OECD ve World Bank, 2008: 35-47; SB, 2010: 21-23; SB RSHMM, 2010: 11-15):

2003 yılında devlet memurları özel hastanelerden sağlık hizmeti alabilmeye başladılar. Hasta haklarıyla ilgili yasal düzenlemeler başlatıldı ve hastaların şikâyetlerini aktarabilecekleri İletişim Merkezi (SABİM) kuruldu.

Sağlık personelinin kırsal alanlardaki mecburi hizmeti kaldırılarak, sözleşmeli görevlendirilmeler başladı. Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler tespit edilerek, bu bölgeler geliştirilmeye çalışıldı. Kızamığa karşı ulusal aşılama kampanyası başlatıldı. Ambulans hizmetleri ücretsiz verilmeye başlandı. Performansa dayalı ödemeler, 10 SB hastanesinde pilot olarak uygulandı.

2004 yılında gebelere ücretsiz demir desteği sağlandı. Aşılama programı oluşturuldu, raşitizm önleme programı başlatıldı ve Toplum Sağlığı Merkezleri oluşturuldu. Şartlı nakit transferi başlatıldı. Toplumun mahrumiyetten en fazla etkilenen %6'lık kesimine (gebelerin ve çocuklar) ilgili tıbbi denetimlerden geçmeleri kaydıyla şartlı nakit transferi uygulandı. İlaç fiyatlarında yurt dışı referans fiyat sistemi getirildi. İlaçta KDV %18'den %8'e indirildi. SB hastanelerinde hastalara hekim seçme imkânı tanındı. Geri ödeme kararlarına ilişkin olarak Maliye Bakanlığı'nın öncülüğünde Geri Ödeme Komisyonu oluşturuldu. Performansa Dayalı Ödeme Sistemi, SB'nda uygulamaya başlandı.

2005 yılında ayaktan tedavi ve reçete giderleri de Yeşil Kart kapsamına alındı. Sağlık hizmet sunucularında %20'lik katkı payı ödemesi getirildi. Savunma Bakanlığı ve üniversite hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları SB'na devredildi. SB'na bağlı olan Sağlık Meslek Liseleri, Milli Eğitim Bakanlığı'na devredildi. İlaçların lisanslanmasına dair yönetmelik TBMM'den geçti. Kalp-damar hastalıkları, kanser, diyabet, kronik solunum yolları hastalıkları, felç, böbrek yetmezliği başta olmak üzere belirli hastalıklar için ulusal programlar başladı. Aile hekimliği, pilot uygulama olarak Düzce'de başlatıldı.

2006 yılında 2003'te yürürlükten kaldırılan hekimlere yönelik mecburi hizmet uygulaması geri getirildi. 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Birleştirilmesine Dair Yasa yürürlüğe girdi. SB hastanelerinde global bütçeye geçilerek kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin SB'nca sunulması,

hizmetlerin finansmanının ise Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından yapılması sağlandı. SGK'da ilaç harcamaları takip edilmeye başlandı ve MEDULA (reçete onay sistemi) kullanıma girdi. Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşıları, rutin aşılama programlarına alındı.

2007 yılında sosyal güvenlik kapsamında olmasalar bile bireylere birinci basamak hizmetlerinden yararlanma imkânı verildi. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT), kabul edildi ve şunlar sağlandı: SSK ve Bağ-Kur için SB hastanesinden, üniversite hastanesine sevk zorunluluğu kaldırıldı. Kronik rahatsızlığı olan hastaların hekim onayı olmadan eczanede tekrar reçete yazdırabilmesi sağlandı. SGK ile sözleşmeli tüm SB hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde uluslararası standartlara dayalı ayaktan ve yatan hasta prosedürlerine yönelik sabit fiyat ödemesi getirildi. SGK ile sözleşmeli hastanelerin, sigorta kapsamındaki yatan hastalar için ilaç ve tıbbi malzemeleri ücretsiz sağlanmaya başlandı. SGK ile sözleşmeli tüm SB, üniversite ve özel hastanelerin talepleri MEDULA üzerinden bildirme zorunluluğu getirildi.

2008 yılında ambulans hizmetleri geliştirilerek kara, deniz ve hava ambulansları hizmete dâhil edildi. Özel Ayaktan Tanı ve Tedavi Merkezleri yönetmelikleri kabul edildi. Difteri, tetanos, aselüler boğmaca, çocuk felci ve HİB enfeksiyonlarına karşı pentavalan aşılar, Ulusal Bağışıklama Programına kapsamında rutin aşılama programına alındı. Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun kabul edildi.

2009 ayaktan tedavilere ilişkin hekim ve diş hekimi muayenelerinde katkı payı uygulaması başlatıldı. Eş değer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin ödenmesinde dikkate alınan %22 oranı, %15'e düşürüldü.

2010 yılında devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık ödemeleri SGK'ya devredildi. 5497 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kabul edilerek hekimlerin tam gün çalışmasına dair yasal zemin hazırlandı. Aile hekimliği çeşitli şehirlerde yayılmaya devam ederek, 2010 yılının sonunda tüm ülkede uygulamaya kondu.

Özellikle son yıllarda birçok Avrupa ülkesinin daha önce hayata geçirdiği uygulamaların ülkemizde son yıllarda yapılmaya başlanması, bütçeden sağlığa ayrılan payın giderek artmasına neden olmuştur. Sağlık alanında yaşanan teknolojik gelişmenin artarak devam etmesi, demografik ve sosyal gelişmeye paralel olarak sağlık hizmet talebinin artma eğiliminde olması, bütçeden sağlığa ayrılan payın verimli ve etkin şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Ayrıca bireylerin sağlık hizmeti alabilmek için yaptıkları ödemelerin boyutu da literatürde giderek önem kazanmaktadır. Katkı payı sistemi; dünyada çoğu ülkede, artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak için kullanılıyor olsa da, gelişmekte olan, sosyal güvenlik sisteminin tam olarak yerleşmediği ve gelir dağılımının çarpık olduğu ülkelerde, hanelerin ve bireylerin yaptıkları sağlık harcamalarının artmasına neden olacağı için dikkat edilmesi gereken bir uygulamadır. Özellikle gelir seviyesi düşük olan bireylerin ve hanelerin, bu ödemeler nedeniyle ertelenmemesi gereken sağlık hizmetlerini almaktan vazgeçmek zorunda kalmaları, karar vericiler tarafından dikkat edilmesi gereken konulardan biridir. Ayrıca performansa dayalı ödeme sistemi, hekimlerin muayene ettikleri hasta sayısı arttıkça kazançlarının da artmasına yol açacağı için verilen sağlık hizmetinin kalitesinde şüpheler yaratmayacak şekilde uygulanmalıdır. Yapılan reformların birçoğu yüksek maliyeti de beraberinde getirdiği için reformların uygulanmadan önce fayda maliyet analizlerinin yapıp, alternatif uygulamalar ile karşılaştırmasının yapılması, uygulamaların etkin ve verimli biçimde sürdürülmesini sağlayabilir.

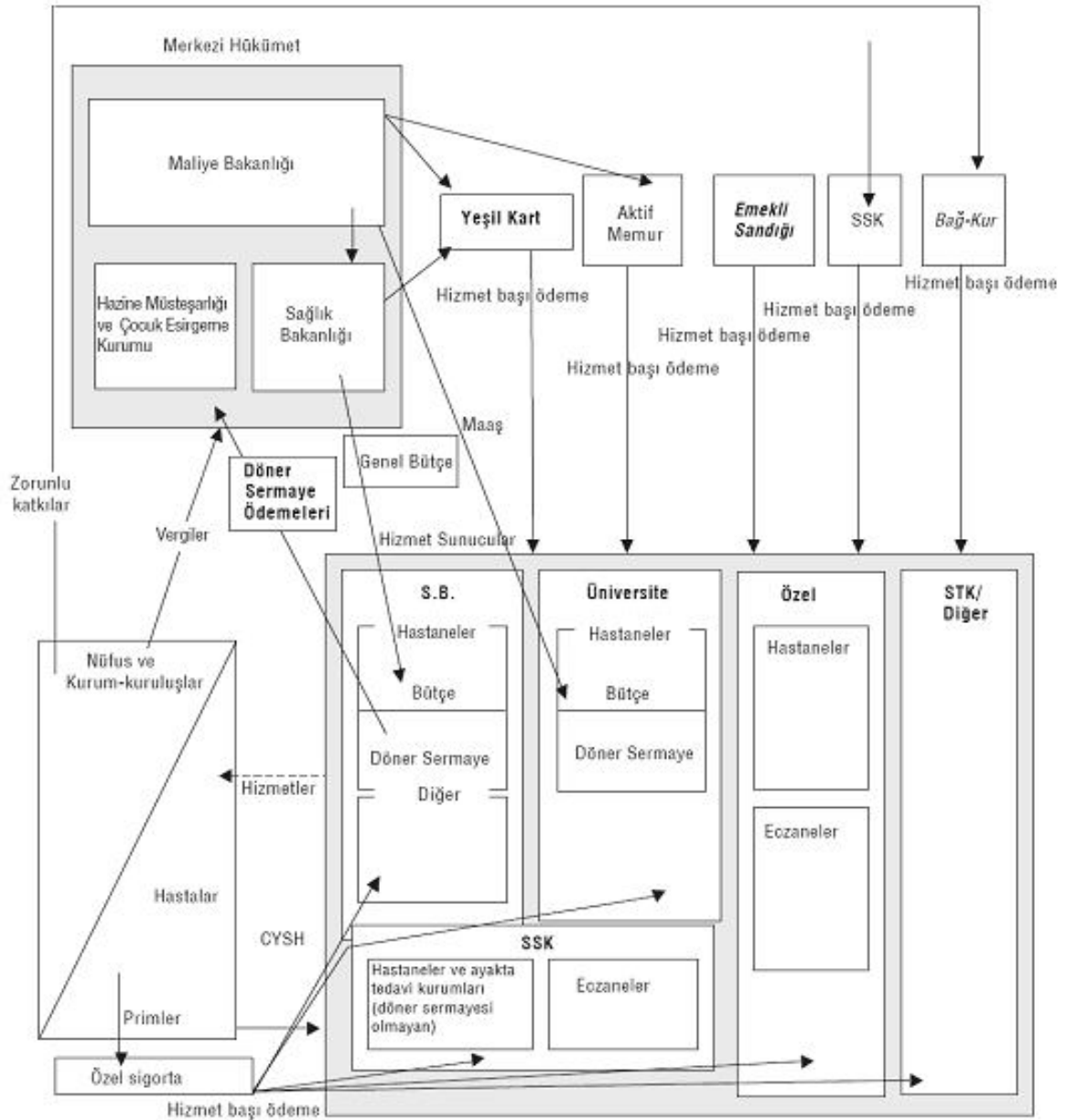
2.1.4. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansmanı

2003 yılında, Türkiye’de sağlığa ayrılan toplam finansmanın büyük bir kısmı (yaklaşık %60 ila %70’i) kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan elde edilmekteydi. Türkiye’de sağlık alanında yapılan kamu harcamaları; SB, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, diğer bakanlıklar ve kurumlar, yerel yönetimler, devlet teşebbüsleri, devlet memurları ve sosyal güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamaları içermekteydi. Özel harcamalar; cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından finanse edilen politikalara yönelik özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktaydı (OECD ve World Bank, 2008: 20). Şekil 1’de, 2003 yılında Türk sağlık sektöründeki fon akışı gösterilmiştir.

Bu dönemde farklı sağlık sigortası sistemleri ve Yeşil Kart sahiplerine yönelik sağlık teminatlarını birbirleriyle uyumlu hale getirmek amacıyla çeşitli reformlar uygulamaya geçirilmiştir. 2005’te, Yeşil Kart sahipleri ayaktan tedavi hizmeti ve ilaçlara erişim hakkına kavuşmuştur. Bu değişiklikle birlikte Yeşil Kart sahipleri, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile aynı haklara sahip olmuşlardır. Bu reformun amacı, Yeşil Kart sahipleri için mali koruma ve hizmete erişim imkânlarını artırmaktır. 2005’te, SSK’lılara tüm devlet hastanelerine ve eczanelere erişim imkânı sağlanmıştır. 2007 yılında alınan yasal tedbirler, her Türk vatandaşının sosyal güvenlik sistemi bünyesinde yer almasa bile birinci basamak sağlık hizmetine erişim sahibi olmasını resmî hale getirmiştir. 2007 yılı SUT kapsamında; SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı sağlık sigorta sistemleri bünyesinde yer alan haklar uyumlu hale getirilmiştir. SUT’tan önce SSK ve Bağ-Kur mensuplarının SB hastanelerine gitmeleri için herhangi bir sevk zorunluluğu yokken, üniversite hastanelerine erişim için bir sevk zorunluluğu vardı. Bu sevk zorunluluğu ortadan kaldırılmıştır. Özel sağlık kuruluşlarına erişim öncekiyle aynı kalmıştır. Yani SSK ve Bağ-Kur mensupları, sağlık sigorta sistemlerinin sözleşmeli olduğu özel sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi ve yatan hasta hizmeti almaya devam ettiler.

Sözleşmesi olmayan özel bir kuruluştan ayakta tedavi ve tanı hizmeti almak için ise sevk gerekliydi.

Şekil 1: Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, 2003 Yılı Öncesi



Not: SSK ve Bağ-Kur, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) bünyesinde yarı özerk bir şekilde çalışmaktadır.

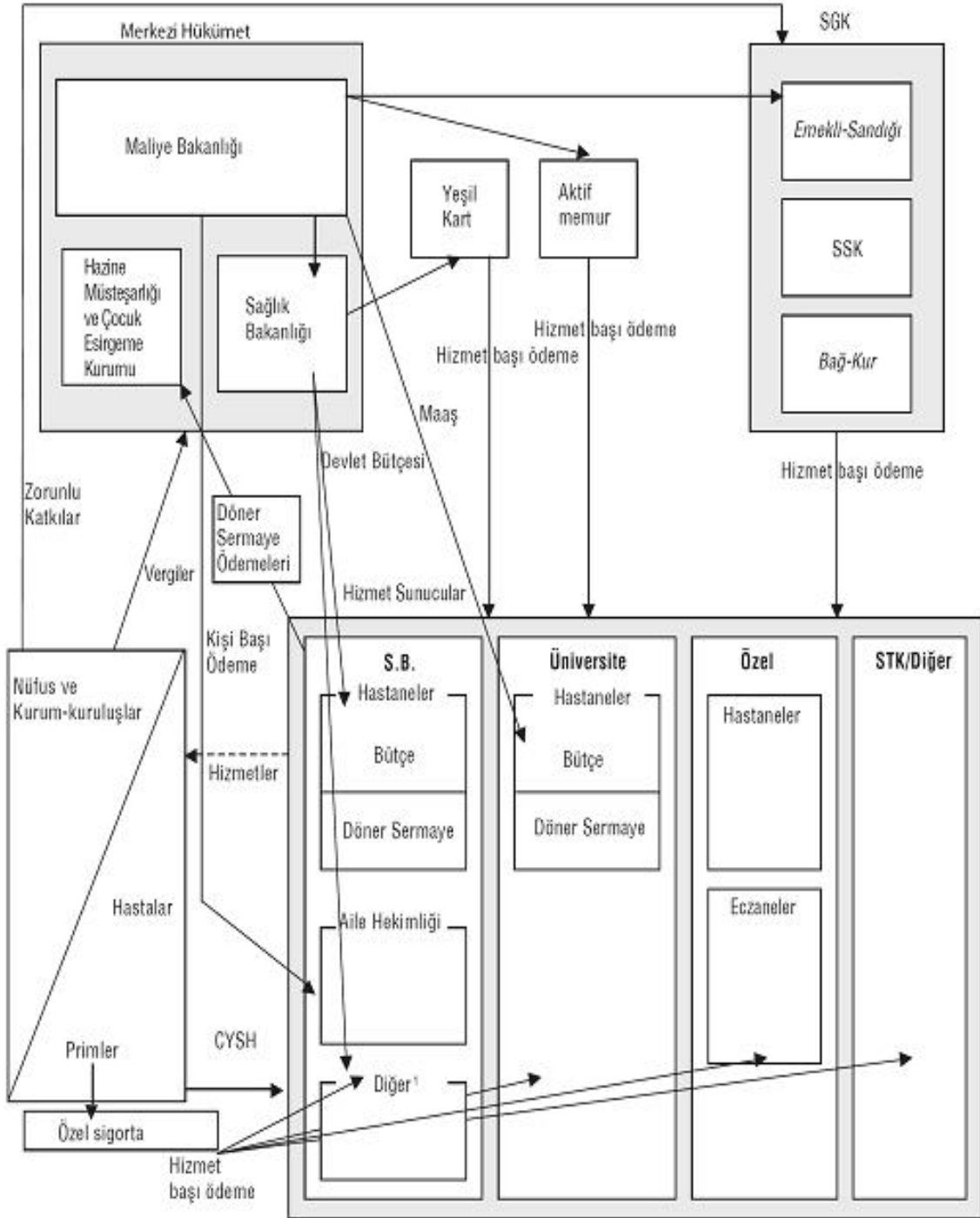
Not: Stk: Sivil Toplum Kuruluşları

Kaynak: OECD ve World Bank, 2008: 21

Bu değişikliklerle birlikte SSK ve Bağ-Kur mensuplarının hakları Emekli Sandığı seviyesine gelecek şekilde düzeltilmiştir (OECD ve World Bank, 2008: 20). 2003 yılından sonra yapılan değişiklikler ile Türk sağlık sektöründeki fon akışı düzenlemeleri şekil 2’de gösterilmiştir.

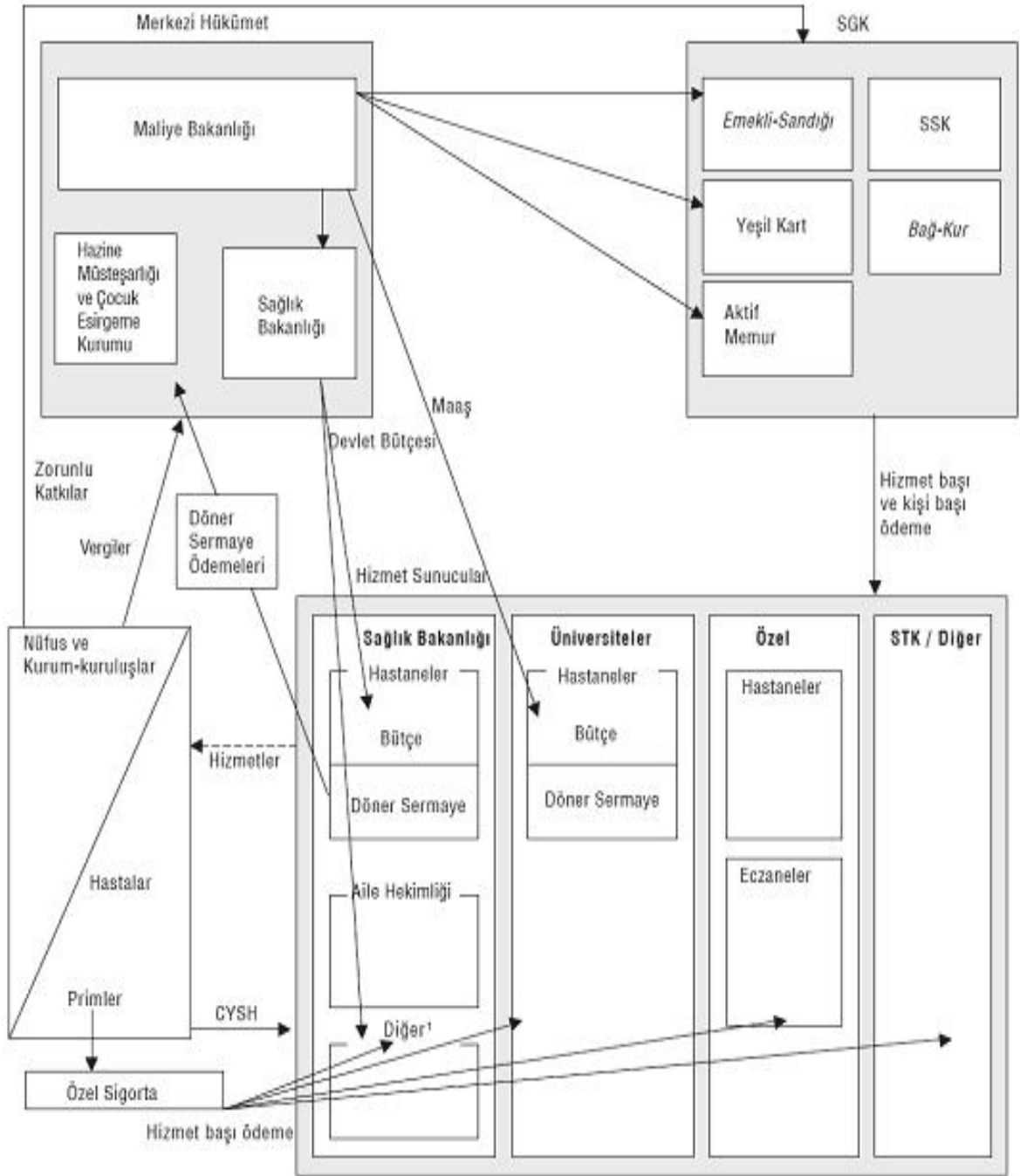
5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu 2006’da TBMM tarafından kabul edilmiştir. 5510 sayılı Kanuna (Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu) ilave yapması amaçlanan bu yasanın amacı, 3 ayrı sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemini (SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı) tek bir sosyal güvenlik kurumu altında birleştirmekti. Bu yasa, 2006’dan beri uygulanmaktadır. Sonuç olarak, SGK bünyesinde bir GSS Fonu bulunmaktadır. Yeşil Kart dâhil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA adı verilen bir talep ve kullanım yönetim sistemi kurulmuştur. 2007 SUT’a göre, SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının taleplerini MEDULA sistemiyle sunması gerekmektedir. Birleşik bir talep yönetim sisteminin kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem, GSS kanununun yokluğu halinde dâhi sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulmasına katkıda bulunmuştur (OECD ve World Bank, 2008: 38). GSS Yasasının Kabulünden sonra 2003 yılında Türk sağlık sektöründeki fon akışı düzenlemeleri şekil 3’te gösterilmektedir.

Şekil 2: Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, 2007



Alt seviyedeki SB kurumlarının; örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocakların ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşların finansmanını yönetmekte ve birimlerin operasyonlarını kontrol etmektedir. Bazı alt seviyedeki kuruluşların döner sermayeleri yakınlardaki bir hastane tarafından da yönetilebilir.

Şekil 3: Türk Sağlık Sistemi'ndeki Temel Mali Akışlar, GSS Yasasının Kabulünden Sonra



Alt seviyelerdeki SB kurumlarının, örneğin sağlık ocakları, dispanserler, köylerdeki ocaklar ve diğer birinci basamak sağlık kuruluşlarının tek başına yönetilen bir bütçeleri veya döner sermayeleri bulunmamaktadır. Bunun yerine, il sağlık müdürlükleri kuruluşun finansmanını yönetmekte ve birimin operasyonları kontrol etmektedir. Bazı alt seviye kuruluşların döner sermayeleri yakınlardaki bir hastane tarafından da yönetilebilmektedir.

2.2. SAĞLIK HESAPLARI SİSTEMİ

Ülkelerin sağlık hesaplarının tanımlanması son yıllarda politika belirleyicilerinin önemle üzerinde durdukları bir konu olmuştur. Amaçlarını gerçekleştirmede etkin rol oynayabilmek için, mevcut kısıtlı kaynakların sektör içindeki miktarı ve dağılımı, bu kaynakların akış yönü, şekli ve geçmişte gözlenen hareketleri ile gelecekte beklenen hareketleri konusunda kamu ve özel sektörü kapsayan detayda doğru bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Ülkelerin ulusal sağlık hesapları (USH) sistemlerini geliştirmelerinin genellikle iki önemli amacı bulunmaktadır. Birincisi ve en önemlisi, ülkelerin kendi sağlık sistemlerinin performansını iyileştirmede kullanılabilecek temel bilgileri sağlamak ve ikincisi ise, uluslararası karşılaştırma ve raporlamalarda yer almaktır. OECD tarafından geliştirilen sağlık hesapları sistemi (SHS) belirli bir dönem için yapılan harcamalar üzerinde odaklanır. Bu çerçevede, sağlık amacı ile örtüşen tüm harcama ve faaliyetler ekonomik amaçlarına bakılmaksızın USH içinde yer alır. Genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım ve acil programlar için yapılan harcamalar 'sağlık harcaması' olarak kabul edilmektedir. (SB RSHMM, 2006: 1).

Günümüzde sağlık sisteminin değerlendirilmesinde, hem kamu sektörünü hem de özel sektörü kapsayan geniş bir bakış açısı benimsenmiştir. Bu bakış açısının temel gereği ise, tüm sağlık sistemi için ayrıntılı bilgiye sahip olmaktır. Bu bilgilerin mevcut geleneksel bütçe verilerinden çıkarılabilmesi mümkün değildir. Bu nedenle OECD tarafından sağlık harcamalarına yönelik kaynak-kullanım matrisinin detaylı şekilde ortaya konulmasını sağlayan ve fon akışının izlenmesine imkân veren SHS geliştirilmiştir (SB RSHMM, 2006: 1).

USH yeterli şekilde detaylandırılabilirdiği takdirde, hanehalkları ve kurumlar arasındaki kaynak akışını da ortaya koyabilir. Özellikle özel sektör sağlık harcamalarının, sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tuttuğu

lkelerde, bu tür harcamaların hesaplanması sektörün gerçek büyüklüğünün ve önceliklerinin belirlenmesinde önemli veriler sağlar (SB RSHMM, 2006: 1; SB RSHMM, 2004: 1).

2.2.1. Türkiye’de Sağlık Hesapları Sistemi

Türkiye’de sağlık harcamalarının sistematik analizine yönelik çalışmalar 1990’lı yıllarda başlamış, SB sağlık projesi genel koordinatörlüğü tarafından; 1992-1996, 1997, 1998 sağlık harcamaları kitapları eldeki verilerle hazırlanmıştır. Dünya Bankası’nın 2003 yılında yayınladığı, Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency (Türkiye: Daha İyİ Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektör Reformu) bu konuda yapılan diğer bir çalışmadır. Bu raporlar özellikle, kamudaki mevcut genel bütçe kalemlerinin analiz ve projeksiyonlarını içermesine rağmen hizmet sunucusu, fonksiyon alt detaylarını kapsamamakta, sonuç olarak da stratejik sağlık planlamaları ve ülkeler arası karşılaştırmalara imkân vermemekteydi. Bu nedenle ülkedeki mevcut durumu ortaya koyacak detayda, uluslararası kabul görmüş yöntemlere dayalı sağlık sistemimizin finansal analizinin yapılması öncelikli ihtiyaç olarak ortaya çıkmıştır (SB RSHMM, 2006: 17-18).

Ülkemizde sağlık hizmetleri sunum ve finansman sistemi oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Hem hizmet sunup hem de hizmeti finanse eden kurumlar, hizmeti satın alan kurumlar ve bu kurumlar arasındaki hizmet farklılıklarının varlığı, sistemi daha da karmaşık hale getirmektedir. Bu durum sağlık hesaplarının belirlenmesini zorlaştırmaktadır (SB RSHMM, 2006: 1). Ülkemizde farklı kurum ve kuruluşların tüm sağlık giderleriyle ilgili bir akış şemasının çıkarılması, kişilerin gerek sağlık sigortası, gerekse cepten yaptıkları sağlık harcamalarının dağılımı ve miktarlarının saptanması ve tüm bunların uluslararası karşılaştırmaları sağlayacak standartlarda yapılabilmesi için OECD, SHS erevesinde USH sisteminin oluşturulmasına ihtiyaç duyulmuştur. Böylece sağlık harcamalarını, kamu sektörü ve özel sektör

bazında finansman kaynağı, hizmet sunucuları ve fonksiyonlar açısından detaylı bir şekilde analiz edilmesine imkân sağlanmıştır (SB RSHMM, 2006: 2; SB RSHMM, 2004: 2).

Türk sağlık sisteminde finansman kurumları, SHS'nin ilk bileşenidir ve genel devlet ve özel sektör olmak üzere ikiye ayrılır. Genel devlet, merkezi devlet ve yerel yönetimlerin tüm kurumsal birimlerini ve devletin tüm düzeylerindeki sosyal güvenlik fonlarını içerir. Ayrıca temelde devlet birimleri tarafından finanse edilen ve kontrol edilen piyasa dışı kâr amaçsız kurumları da kapsar. Özel sektör, devlet kurum ve kuruluşlarının dışında kalan birimlerden oluşur. Sağlık sisteminde finansman kurumlarında ilki olan genel devlet; merkezi devlet, yerel yönetimler ve sosyal güvenlik fonları olmak üzere üçe ayrılır. Merkezi devlet kapsamında; genel bütçeli kuruluşlar (SB, diğer bakanlıklar), katma bütçeli kurumlar (üniversiteler, diğer katma bütçeli kurumlar), bağımsız bütçeli kurumlar, kamu sektörü denetimindeki fonlar ve devlet memurlarına verilen sağlık hizmetleri yer almaktadır. Yerel yönetimler kapsamında ise belediyeler ve il özel idareleri vardır (SB RSHMM, 2004: 3-6).

Sağlık sisteminde finansman kurumlarında ikincisi olan özel sektör ise özel sosyal sigorta, özel sigorta şirketleri, hanehalkı tarafından cepten yapılan ödemeler, hanehalklarına hizmet eden kâr amaçsız kuruluşlar ve işletmelerden (kamu iktisadi teşekkülleri, vakıf üniversiteleri, özelleştirme kapsamındaki kurumlar ve diğer işletmeler) oluşmaktadır (SB RSHMM, 2004: 3-7).

SHS'nin diğer bileşenlerinden olan hizmet sunucuları ise hastaneler, ayakta sağlık hizmeti sunucuları, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları, halk sağlığı programları sunumu ve yönetimi, genel sağlık yönetimi ve sigorta ve de sağlıkla ilgili hizmet sunan kurumlardan oluşmaktadır. Hastaneler; genel hastaneler (sağlık merkezleri, SB genel hastaneleri, üniversite hastaneleri, SGK hastaneleri, özel hastaneler, vakıf

üniversite hastaneleri), ruh sağlığı ve madde bağımlılığı hastaneleri ve de KİT, belediye ve diğer bakanlıkların hastanelerinden oluşmaktadır. Ayakta sağlık hizmeti sunucuları kapsamında; hekim muayenehaneleri, diş hekimi muayenehaneleri, diğer sağlık hizmeti sunucuları ve ayakta hasta bakım merkezleri (SB ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, diyaliz merkezleri ve diğer tüm ayakta çok uzmanlı, ortak hizmet merkezleri ve tıbbi ve teşhis amaçlı laboratuvarlar) yer almaktadır. Eczaneler, gözlük ve diğer görme araçlarının perakende satıcıları ve sunucuları, işitme araçlarının perakende satış ve diğer sunucuları, tıbbi cihaz perakende satıcıları ve sunucuları; perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucuları kapsamındadırlar. Genel sağlık yönetimi ve sigorta kapsamında; devlet sağlık yönetimi, sosyal güvenlik fonları yönetimi, diğer sosyal sigortaların yönetimi ve diğer (özel) sigortalar vardır (SB RSHMM, 2004: 7-12).

SHS'nin üçüncü bileşeni olan sağlık fonksiyonları; tedavi edici hizmetler, rehabilite edici hizmetler, yardımcı sağlık hizmetleri, ayakta hastalara verilen tıbbi malzemeler, koruma ve halk sağlığı hizmetleri, sağlık yönetimi ve sağlık sigortasından oluşmaktadır. Tedavi edici hizmetler kapsamında; yatan ve ayakta hastalara verilen tedavi edici hizmetler (temel tıbbi ve teşhis hizmetleri, ayakta ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ayakta ağız ve diş sağlığı hizmetleri, diğer tüm uzmanlaşmış tıbbi hizmetler, diğer tüm ayakta tedavi edici hizmetler) yer almaktadır. Yardımcı sağlık hizmetleri, klinik laboratuvarlar, teşhis ve görüntüleme, hasta nakli ve acil kurtarma, diğer tüm yardımcı sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır. İlaçlar ve diğer tıbbi sarf malzemeleri ile tedavi araçları ve diğer tıbbi malzemeler, ayakta hastalara verilen tıbbi malzemeler kapsamındadır. Koruma ve halk sağlığı hizmetleri kalemi, ana çocuk sağlığı aile planlaması ve danışmanlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıkları önleme, bulaşıcı olmayan hastalıkları önleme ve mesleki sağlık hizmetlerinden meydana gelmektedir. Sağlık yönetimi ve sağlık sigortası ise genel devlet sağlık yönetimi, özel sağlık yönetimi ve sağlık sigortalarını içine almaktadır (SB RSHMM, 2004: 12-16).

2.2.2. Sağlık Harcamalarının Hesaplanmasında Temel Kavramlar

Hanehalkı, aynı konutu paylaşan, gelirlerinin ve refahlarının bir kısmını bir havuzda toplayan ve temelde konut ve gıda gibi mal ve hizmet türlerini ortak olarak tüketen bireylerden oluşan gruptur.

Sağlık harcaması genel olarak, sağlığı geliştirme veya koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, esenlendirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalardır. Sağlık harcaması, sağlık olarak tanımlanan malların nihai tüketimi ve sağlık faaliyeti olarak tanımlanan belirli faaliyetlerin üretimi için yapılan harcamaların değeridir.

Genel sağlık harcaması, OECD toplam sağlık harcamasına, sağlıkta araştırma geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu harcamalarının da eklenmesi ile ortaya çıkan sağlık harcaması tanımıdır. Ülkeler arası karşılaştırmalarda kullanılmamaktadır.

Cari sağlık harcaması, tüm tedavi, rehabilitasyon, koruyucu ve halk sağlığı, yardımcı tıbbi hizmetler ile bu hizmetlerin yönetimi ve topluma sunulması için gerekli ilaç, tıbbi sarf ve tedavi malzemeleri, sağlık personeli maaş ve ücretleri için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Doğrudan sağlık hizmeti olmayıp sağlıkla ilgili olarak tanımlanan sağlıkta araştırma geliştirme, sağlık eğitimi, çevre sağlığı hizmetleri, gıda, hijyen, içme suyu ve yatırım harcamalarını kapsamaz.

Yatırım harcaması, bina, ekipman, motorlu taşıtlar vb. için yapılan ödemelerden oluşan, sağlıkla ilgili fonksiyonlarda yer alan bir alt sınıftır.

Toplam sağlık harcaması, cari sağlık harcaması ve yatırım harcamalarının toplamını tanımlar.

Cepten yapılan harcama, maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hanehalkları tarafından doğrudan yapılan harcamalardan oluşur.

2.3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HARCAMALARI

1999 yılından beri Türkiye'de sağlık harcamaları OECD SHS'e göre hesaplanmaktadır. 1999 yılı öncesi sağlık harcaması verileri olmakla birlikte farklı metodolojilere göre hesaplanmış rakamların karşılaştırılması doğru olmayacaktır. TÜİK tarafından yayınlanan sağlık harcaması verilerine 2008 yılına kadar ulaşılabilmektedir.

Tablo 2'de 1999-2008 yılları arasında, kamu sektörünün ve özel sektörün yapmış olduğu cari sağlık harcaması, yatırım harcaması ve toplam sağlık harcamaları yer almaktadır.

Tablo 2: Türkiye'de Sağlık Harcamaları, 1999-2008 (Milyon TL)

Yıllar	Cari Sağlık Harcaması			Yatırım Harcaması			Toplam Sağlık Harcaması		
	Kamu	Özel	Toplam	Kamu	Özel	Toplam	Kamu	Özel	Toplam
1999	2.872	1.914	4.786	176	23	199	3.048	1.937	4.985
2000	4.865	3.023	7.888	325	35	360	5.190	3.058	8.248
2001	8.128	3.958	12.086	310	-	310	8.438	3.958	12.396
2002	12.827	5.504	18.331	443	-	443	13.270	5.504	18.774
2003	16.859	6.817	23.676	603	-	603	17.462	6.817	24.279
2004	20.519	8.098	28.616	871	534	1.405	21.389	8.632	30.021
2005	22.554	10.738	33.292	1.433	634	2.067	23.987	11.372	35.359
2006	28.194	12.755	40.949	1.922	1.198	3.120	30.116	13.953	44.069
2007	31.981	14.514	46.495	2.549	1.860	4.409	34.530	16.374	50.904
2008	38.033	14.286	52.320	4.126	1.294	5.420	42.159	15.580	57.740

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları.

Cari sağlık harcamaları hem özel sektörde hem de kamu sektöründe 2008 yılına kadar artış göstermiştir. 2008 yılına gelindiğinde ise özel sektörün hem cari hem de yatırım harcamaları 2007 yılına göre düşmektedir. Ayrıca özel sektörün kriz dönemlerinde hiç yatırım harcaması yapmadığı da dikkati çekmektedir. Kamu tarafından yapılan sağlık yatırımlarında ise 2001 yılında düşüş olmakla birlikte diğer yıllarda yatırımlar artmaktadır. 1999-2008 yıllarında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları, azalan bir hızla artmaktadır.

Tablo 3’te Türkiye’de kamu sektörünün ve özel sektörün yaptığı ve toplam sağlık harcamalarının gayrisafi yurtiçi hâsıla (GSYH) içindeki payları verilmiştir.

Tablo 3: Türkiye’de Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, 1999-2008 (%)

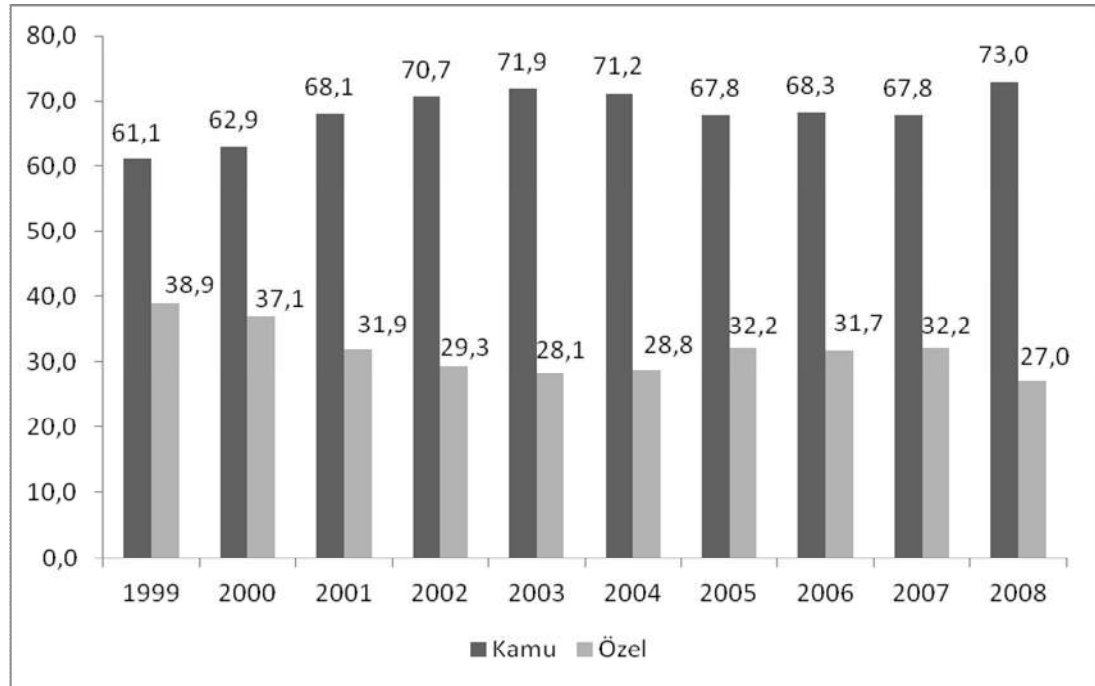
Yıllar	Kamu Sağlık Harcamasının Payı	Özel Sağlık Harcamasının Payı	Toplam Sağlık Harcamasının Payı
1999	2,9	1,9	4,8
2000	3,1	1,8	4,9
2001	3,5	1,6	5,2
2002	3,8	1,6	5,4
2003	3,8	1,5	5,3
2004	3,8	1,5	5,4
2005	3,7	1,8	5,4
2006	4,0	1,8	5,8
2007	4,1	1,9	6,0
2008	4,4	1,7	6,1

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları; TÜİK, Üretim Yöntemi ile GSYH.

Toplam sağlık harcaması 1999-2008 yılları arasında devamlı artarken, toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı da artmaktadır. Artışın bu şekilde devam etmesi halinde sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliğine ilişkin sorunların gündeme gelmesi olasıdır.

Aşağıda kamu ve özel sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payları grafik yardımıyla verilmiştir.

Grafik 5: Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, 1999-2008 (%)



Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları.

Grafik 5'ten de görüldüğü üzere Türkiye’de sağlık harcamalarının önemli bölümünü kamu sektörü üstlenmiştir. Kamu sektörü, kâr amacı gütmeyişi için bu, sağlık kullanıcıları için olumlu bir durumdur. Ancak sağlığın finansmanında kullanılan kaynakların verimli ve etkin kullanılması gerekliliği de gözden kaçırılmamalıdır.

Tablo 4’te, cepten yapılan sağlık harcamaları ve bu harcamaların özel ve toplam sağlık harcamaları içindeki payları yer almaktadır.

Tablo 4: Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, 1999-2008

Yıllar	Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Cepten Sağlık Harcamasının Özel Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	Cepten Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)
1999	1.449	74,8	29,1
2000	2.280	74,4	27,6
2001	2.832	71,5	22,8
2002	3.725	67,6	19,8
2003	4.482	65,8	18,5
2004	5.775	66,7	19,2
2005	8.049	70,8	22,8
2006	9.684	69,4	22,0
2007	11.105	67,7	21,8
2008	10.036	64,4	17,4

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları.

Cepten yapılan sağlık harcamaları, daha öncede bahsedildiği gibi, özel sağlık harcamaları içinde yer almaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için hanehalklarının kendi kaynakları ile doğrudan yapılan harcamalardan oluşmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcaması 1999-2008 yılları arasında artmakta iken, toplam sağlık harcamasındaki payı dalgalı bir seyir izlemektedir. Cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2008 yılında en düşük seviyeye ulaşmıştır, ama özellikle son yıllarda arttırılan katkı payları nedeniyle bu oranın önümüzdeki senelerde yükselmesi şaşırtıcı olmayacaktır.

Tablo 5’te 1999-2008 yıllarında kişi başı kamu, özel, cepten yapılan ve toplam sağlık harcamaları yer almaktadır.

Tablo 5: Türkiye’de Kişi Başı Sağlık Harcamaları, 1999-2008 (TL)

Yıllar	Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması	Kişi Başı Özel Sağlık Harcaması	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması
1999	48	31	23	79
2000	81	47	35	128
2001	130	60	43	190
2002	201	83	56	284
2003	261	102	67	363
2004	316	127	85	443
2005	350	166	117	516
2006	434	201	139	635
2007	491	233	158	724
2008	593	219	141	812

Kaynak: TÜİK, Sağlık Harcamaları; TÜİK, Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri.

Kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması 2008 yılına gelinceye kadar artma eğilimi içindedir. Politika yapıcılar açısından 2008 yılındaki düşüş olumlu olmakla birlikte, gelecek yıllarda kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması takip edilmelidir. Kişi başı toplam sağlık harcaması ise bu yıllar arasında düzenli olarak artmaktadır. Ancak bu artışın, bireyler arasında adil bir şekilde dağıtılıp dağıtılamadığı sorusu üzerinde durulması gereken bir konudur. Sağlık harcamaları artışı, tüm bireylerin refahını arttırmadığı ya da sağlık hizmeti olarak toplumun her kesimine ulaşmadığı takdirde anlamsız olacaktır.

2.3.1. Türkiye’de Sağlık Fiyatları

TÜİK tarafından yayınlanan Tüketici Fiyatları Endeksleri (TÜFE), 12 ana gruptan oluşmaktadır. Bu ana gruplardan biri olan sağlık grubunun ağırlığı, 2011 yılında %2,4’tür. 2009 ve 2010 yıllarında bu ağırlıklar %2,50 ve %2,55’tir. Sağlık grubu tıbbi ürünler aletler ve malzemeler, ayakta tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere 3 alt gruptan oluşmaktadır

ve 2011 yılında bunların sağlık grubunun içindeki ağırlıkları sırayla %36,88, %49,40 ve %13,72 şeklindedir. Aşağıdaki tabloda 2003-2011 yılları arasında genel ve sağlık tüketici fiyatları endeksleri verilmiştir.

Tablo 6: Tüketici Fiyatları Endeksleri (2003=100 Temel Yılı)

Yıl	Genel	Sağlık
2003	104,12	100,45
2004	113,86	112,20
2005	122,65	111,75
2006	134,49	120,61
2007	145,77	121,63
2008	160,44	124,08
2009	170,91	127,11
2010	181,85	127,84
2011	200,85	128,27

Kaynak: TÜİK, 2003 Temel Yıllı Tüketici Fiyatları Endeksleri

TÜFE’de, her yılın aralık ayı verisi kullanılmıştır. Genel fiyatların ve sağlık fiyatlarının 2003 yılından 2011 yılına kadar olan değişimi hesaplanmış ve hesaplamada aşağıdaki büyüme formülü kullanılmıştır.

$$\text{Ortalama büyüme oranı} = \left(\frac{\text{Dönem başı}}{\text{Dönem sonu}} \right)^{\frac{1}{\text{zaman}}} - 1$$

Genel fiyat düzeyi için 2003-2011 yılları arası, ortalama büyüme oranı 0,0757 ve sağlık fiyat düzeyi için ortalama büyüme oranı 0,0275 olarak hesaplanmıştır. Yani Türkiye’de 2003 yılından 2011 yılına gelindiğinde, sağlık fiyatları, genel fiyat düzeyine göre daha az artmıştır. Bu yıllar arasında nispi fiyat yapısı sağlık fiyatları lehine gelişmiştir.

2.3.2. Türkiye'nin Sağlık Harcamalarında Uluslararası Açıdan Yeri

Bu bölümde Dünya'nın bazı bölgelerine göre, sağlık harcaması verilerinin daha sonrada bazı temel sağlık göstergelerinin Türkiye ile karşılaştırması yapılacaktır.

Tablo 7'de OECD ülkelerinin, bu ülkelerle oluşan bazı bölgelerin ve Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı, kişi başı toplam sağlık harcaması, kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı ve kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması rakamları verilmiştir. OECD üye ülkelerinden; Euro Bölgesi ülkeleri, Avrupa Birliği ülkeleri (15), Avrupa Birliği ülkeleri (19), Rusya hariç G8 ülkeleri, OECD Avrupa ülkeleri ve OECD üyesi tüm ülkeler olmak üzere, ülkeler 6 gruba ayrılmış ve bu gruplara dâhil ülkelerin ulaşılabilir son yıl verilerinin ortalamaları alınmıştır. Harcama rakamlarının birimi yorumların daha objektif olarak yapılabilmesi için satın alma gücü paritesi (\$) olarak verilmiştir. Veriler OECD resmi internet sayfasında yayınlanan OECD Health Data 2011'den alınmıştır. Türkiye OECD Avrupa ülkeleri ve OECD üye ülkeleri gruplarında yer almaktadır.

Tablo 7: OECD Ülkelerinin Oluşturduğu Bölgelerin ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Harcaması Verileri, Ulaşılabilir Son Yıl Verisi

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH İçindeki Payı (%)	Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$)	Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)	Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (%)	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (SGP \$)
Euro Bölgesi Ülkeleri (15)	9,9	3387	73,0	16,6	510
Avrupa Birliği Ülkeleri (AB 15)	10,2	3754	75,4	15,3	539
Avrupa Birliği Ülkeleri (AB 19)	9,8	3337	74,9	16,7	503
G8 Ülkeleri (Rusya hariç)	11,4	4319	73,6	13,3	561
OECD Avrupa Ülkeleri (25)	9,6	3294	74,7	17,5	538
OECD Ülkeleri (34)	9,5	3246	71,4	19,2	550
Türkiye*	6,1	902	73	17,4	167,4

*: Verilerde tutarlılık sağlanması için tek bir kaynaktan yararlanıldığı için uluslararası karşılaştırmalardaki Türkiye verisi, TÜİK tarafından yayınlanan veriler ile farklılık gösterebilir.
NOT: Ülke verileri alınırken, ulaşılabilir son yıl verileri kullanılmıştır.

Kaynak: OECD Health Data 2011

G8 ülkeleri, toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payında ve kişi başı toplam sağlık harcaması rakamlarında diğer ülke ortalamalarının oldukça üstündedir. Türkiye ise bu iki göstergede sınıflamasına dâhil olduğu OECD Avrupa ülkeleri ve OECD üye ülkeleri ortalamalarının oldukça altındadır. Özellikle Türkiye'nin kişi başı toplam sağlık harcaması, tüm ülke ortalamalarından çok fazla sapma göstermiştir. Türkiye bu iki göstergede OECD üye ülkeleri arasında sonuncu sırada yer almaktadır. Gelişmişlik seviyesi ile ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları pay arasında tablo 7'ye göre doğru orantı vardır. Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payına bakıldığında ülke ortalamalarını ve Türkiye'nin rakamlarının birbirine yakın olduğu dikkati çekmektedir. Türkiye'nin bu verisi 2005-2007 arasında düşme göstermiş olsa da (bakınız şekil 1) 2008 yılında artış göstererek OECD üye ülkelerinin ortalamasına yaklaşmıştır. Cepten yapılan

sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının en düşük olduğu bölge G8 ülkelerinden oluşmaktadır. En yüksek değer OECD üye ülkelerinin ortalaması iken, Türkiye sadece OECD üye ülkelerinin ortalamasının altında kalabilmiştir. Kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasında en düşük ortalama Avrupa Birliği üyesi 19 ülkeye ait iken diğer ülke ortalamalarına bakıldığında değerlerin birbirlerinden çok farklı olmadığı gözükmemektedir; ancak Türkiye ortalamadan çok fazla sapma göstermiştir. Türkiye'nin kişi başı toplam sağlık harcamasının zaten çok düşük olması nedeniyle kişi başı cepten yapılan sağlık harcamasının da bu denli düşük olması beklenen bir sonuçtur. Birçok Avrupa ülkesinin 90'lı yıllarda ulaştığı kişi başı toplam sağlık harcaması rakamına Türkiye henüz ulaşabilmiş değildir.

Tablo 8'de DSÖ tarafından yapılan sınıflandırmalara dâhil ülkelerin ve Türkiye'nin toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı, kişi başı toplam sağlık harcaması, kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı ve kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması rakamları verilmiştir. Karşılaştırma yapılabilmesi için verilerin hem 2000 hem de 2008 yılı rakamları kullanılmıştır. Veriler, DSÖ tarafından yayınlanan "World Health Statistics 2011" çalışmasından elde edilmiştir. DSÖ bu çalışmasında tüm ülkelerin verisini yayınlamaktadır. Ayrıca Afrika, Amerika, Güneydoğu Asya, Avrupa, Doğu Akdeniz, Batı Pasifik olarak ülkeleri bölgelere göre ayırmaktadır. Bunun yanında Dünya Bankası tarafından oluşturulan gelir gruplarına göre de sağlık verileri yayınlamaktadır. Türkiye bölgesel sınıflamada Avrupa'da yer alırken, gelir sınıflamasında üst-orta gelir grubu içinde yer almaktadır.

Tablo 8: DSÖ Bölgeleri ve Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin ve Türkiye'nin Bazı Sağlık Harcaması Verileri, 2000 ve 2008

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamasının GSYH içindeki Payı (%)		Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$)		Kamu Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması içindeki Payı (%)		Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması içindeki Payı (%)		Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (SGP \$)	
	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008	2000	2008
DSÖ Bölgeleri										
Afrika	5,5	6,0	87	146	43,7	49,8	32,3	30,6	28	44
Amerika	11,4	12,6	1971	3005	45,3	49,4	17,9	16,2	353	487
Güneydoğu Asya	3,9	3,8	64	116	32,1	41,3	60,7	44,1	40	49
Avrupa	8,0	8,5	1211	2087	73,8	73,7	17,7	16,5	215	340
Doğu Akdeniz	4,2	4,2	168	262	47,9	53,2	45,8	41,6	78	99
Batı Pasifik	6,0	5,8	298	530	63,7	67,1	32,2	25,3	96	124
Gelir Grupları										
Düşük	4,6	5,4	37	74	37,1	40,5	55,0	51,0	21	38
Alt-Orta	4,4	4,3	95	197	37,1	45,4	58,0	45,2	55	88
Üst-Orta	5,9	6,3	438	830	54	57,2	33,6	30,0	147	251
Yüksek	10,0	11,1	2740	4246	59,3	62,2	15,7	13,8	431	576
Evrensel	8,3	8,5	566	899	56,4	60,5	22,1	19,5	125	169
Türkiye*	4,9	6,1	454	845	62,9	73,1	27,7	17,4	126	147

*:Verilerde tutarlılık sağlanması için tek bir kaynaktan yararlanıldığı için uluslararası karşılaştırmalardaki Türkiye verisi, TÜİK tarafından yayınlanan veriler ile farklılık gösterebilir.
Kaynak: WHO, 2011

Tablo 8, yıllar itibari ile karşılaştırıldığında Dünya'da, bölgelerde ve Türkiye'de yukarıdaki değişkenlerin trendlerinin hemen hemen aynı olduğu göze çarpmaktadır. Toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı, kişi başı toplam sağlık harcaması ve kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı artma eğilimindedir. Yalnızca toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı alt-orta gelir grubundaki ülkelerde ve kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı Avrupa

Bölgesinde 0,1'lik bir düşüş göstermiştir. Bunun yanında tüm bölgelerde cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı azalma ve kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması artma eğilimi içindedir. Evrensel olarak bakıldığında özellikle kişi başı toplam sağlık harcamasında ciddi bir artış göze çarpmaktadır. Bu durum sağlık sektöründe teknolojinin hızlı bir şekilde artması ve bu teknolojinin maliyetinin yüksek olması ile ilgili olabilir.

Değişkenler bölgesel bazda incelendiğinde ise toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı ve kişi başı toplam sağlık harcamasında, Amerika bölgesi ve yüksek gelirli ülkeler grubu, diğer ülke gruplarına göre daha yüksek rakamlara sahiptirler. Türkiye coğrafi bölge ve gelir gruplarına göre sınıflandırmanın her ikisinde de ait olduğu ülke grupları ortalamalarının altında kalmıştır. Özellikle kişi başı toplam sağlık harcaması Avrupa ortalaması neredeyse Türkiye'nin 3 katıdır. Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payında, Türkiye rakamları Avrupa'ya yakın iken, üst-orta gelir grubundaki ülkelerin ortalamasının altında kalmaktadır. Türkiye'de sağlık sektörüne, Avrupa'da olduğu gibi kamu sektörü hâkimdir. Türkiye'nin cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2000 yılından 2008 yılına gelindiğinde Avrupa'ya ve üst-orta gelir grubundaki ülkelere göre daha büyük bir düşüş göstermiştir. Özellikle üst-orta gelir grubundaki ülkelere göre bu veri, Türkiye'de oldukça düşük seviyededir; bu durum bireylerin sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşılabilir olduğu için olumlu bir durum olarak kabul edilebilir. Ancak kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması rakamlarına bakıldığında iki ülke grubunun da Türkiye'nin oldukça üzerinde olduğu gözükmemektedir. Bu durum Türkiye'de kişi başı toplam sağlık harcamasının düşük olması ve sağlık alanındaki reformların çok eskiye dayanmaması ile yakından ilgilidir.

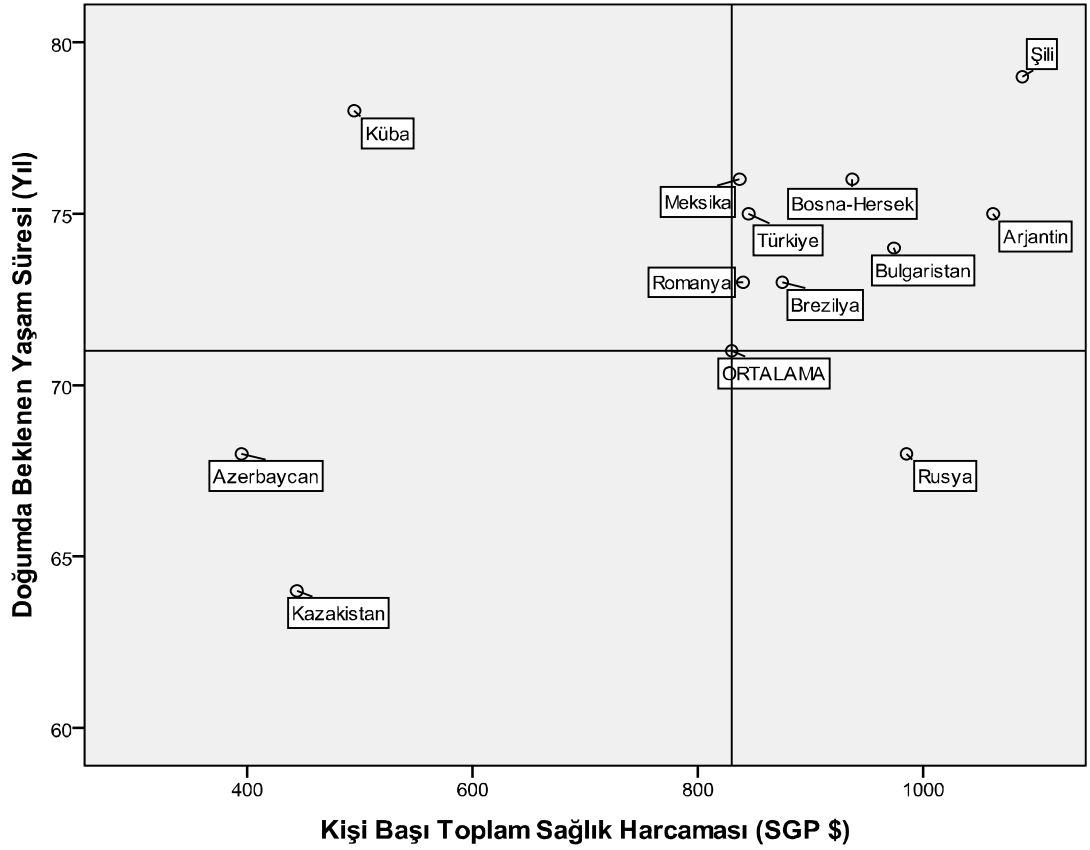
2.3.3. Türkiye'nin Temel Sağlık Göstergeleri ve Uluslararası Karşılaştırmalar

Bu bölümde temel sağlık göstergelerinden olan kişi başı toplam sağlık harcaması, doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm oranı verileri Türkiye'nin de içinde bulunduğu, Dünya Bankası'nın yapmış olduğu ekonomik gelire göre sınıflandırmadaki üst-orta gelir grubundaki bazı ülkelerin Türkiye ile karşılaştırması yapılacaktır. Karşılaştırma yaparken ülkelerin diğer ülkelere göre konumunun daha iyi belirlenebilmesi için dağılım grafiklerden yararlanılmıştır. Bu bölümde kullanılan tüm veriler DSÖ tarafından yayınlanan "World Health Statistics 2011" çalışmasından elde edilmiştir. Dağılım grafikleri ise SPSS 18 istatistik programı ile çizilmiştir.

2.3.3.1. Üst-Orta Gelir Grubu Ülkeleri ve Türkiye Karşılaştırması

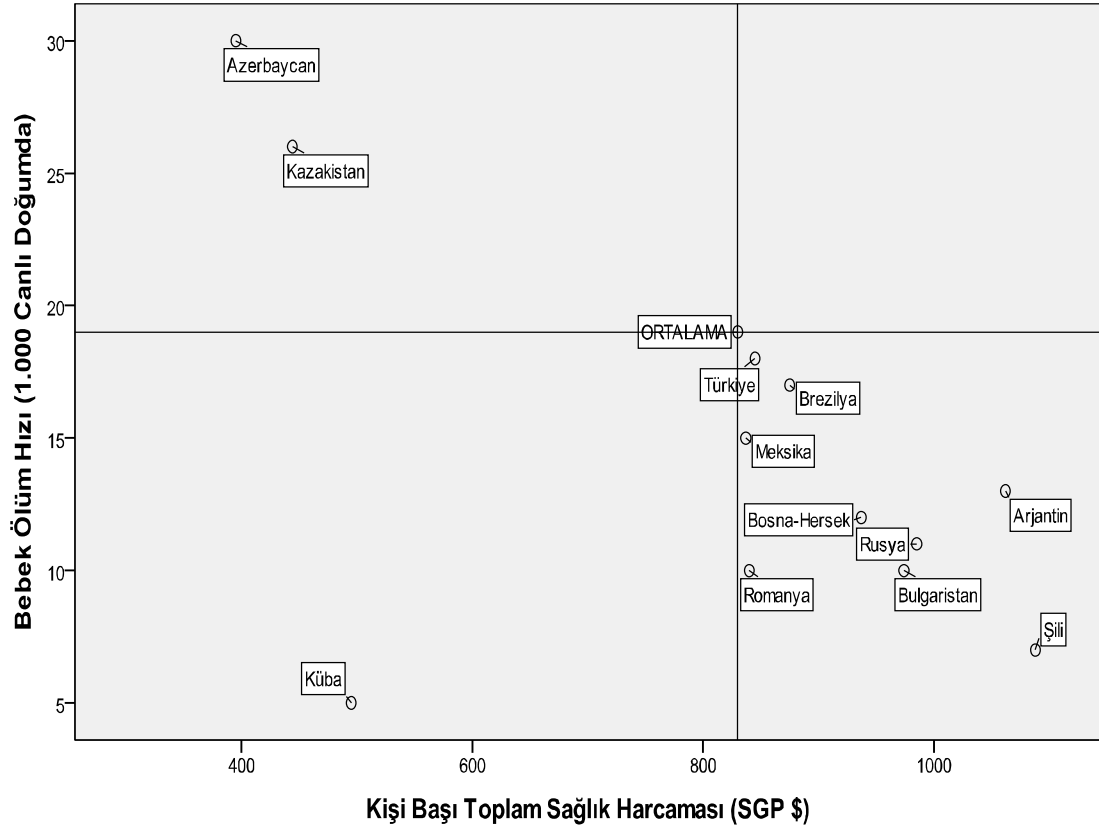
Bu bölümde karşılaştırma yapılırken Dünya Bankası gelir sınıflamasında üst-orta gelir grubunda bulunan ülkelere Arjantin, Azerbaycan, Bosna-Hersek, Brezilya, Bulgaristan, Şili, Küba, Kazakistan, Meksika, Romanya, Rusya ve Türkiye'nin verileri kullanılmıştır. Ayrıca tüm üst-gelir grubu ülkelerin ortalamaları da referans değer olarak alınmıştır.

Şekil 4: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl), 2009 - Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008



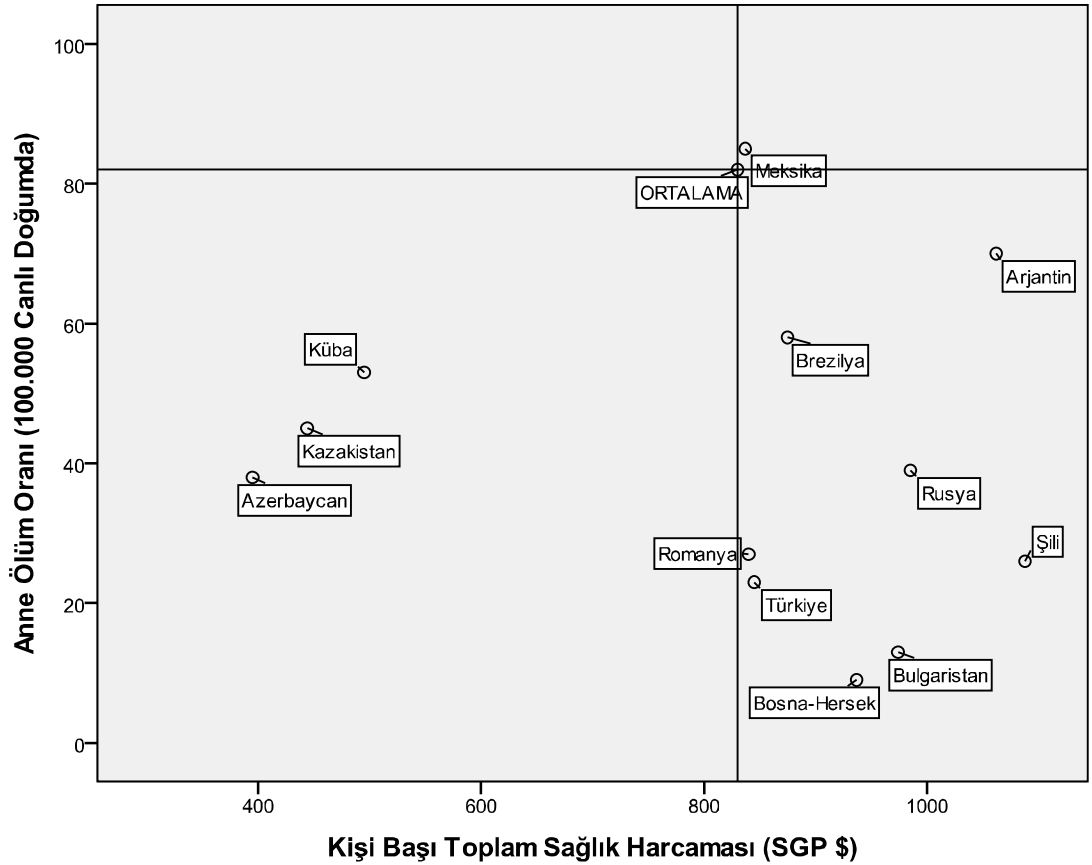
Kişi başı toplam sağlık harcama verisi, tüm üst-orta gelir grubu ülkelerin ortalamasında 830 SGP \$ ve Türkiye’de 845 SGP \$’dır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bu ülkelerde ortalama 71 iken Türkiye’de 75 yıldır. Türkiye bu iki göstergede de azda olsa ortalamanın üstünde yer almıştır. Kazakistan ve Azerbaycan her iki göstergede de diğer ülkelere ve ortalamaya göre düşük, Şili de yüksek verilere sahiptir. Küba ortalamaya göre yüksek bir doğumda beklenen yaşam süresine sahip iken, düşük bir kişi başı toplam sağlık harcamasına sahiptir. Rusya ise ortalamaya göre düşük bir doğumda beklenen yaşam süresine ve yüksek kişi başı toplam sağlık harcamasına sahiptir.

Şekil 5: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2009 - Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008



1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı, üst-orta gelir grubu ülkelerinde ortalama 19 iken Türkiye’de 18’dir. Türkiye, bebek ölüm hızında ortalamanın altında ve kişi başı toplam sağlık harcamasında ortalamanın üzerinde kalarak kendi gelir grubu ülkeleri arasında olumlu bir performans sergilemiştir. Kazakistan ve Azerbaycan yine diğer ülkelerle ve ortalamaya göre yüksek bebek ölüm hızına ve düşük kişi başı toplam sağlık harcamasına sahiptir. Küba ise düşük kişi başı toplam sağlık harcamasına sahip iken bu ülkeler arasında en düşük bebek ölüm hızına sahip ülke olmuştur.

Şekil 6: Üst-Orta Gelir Grubu Ülkelerinin Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda), 2008 - Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008



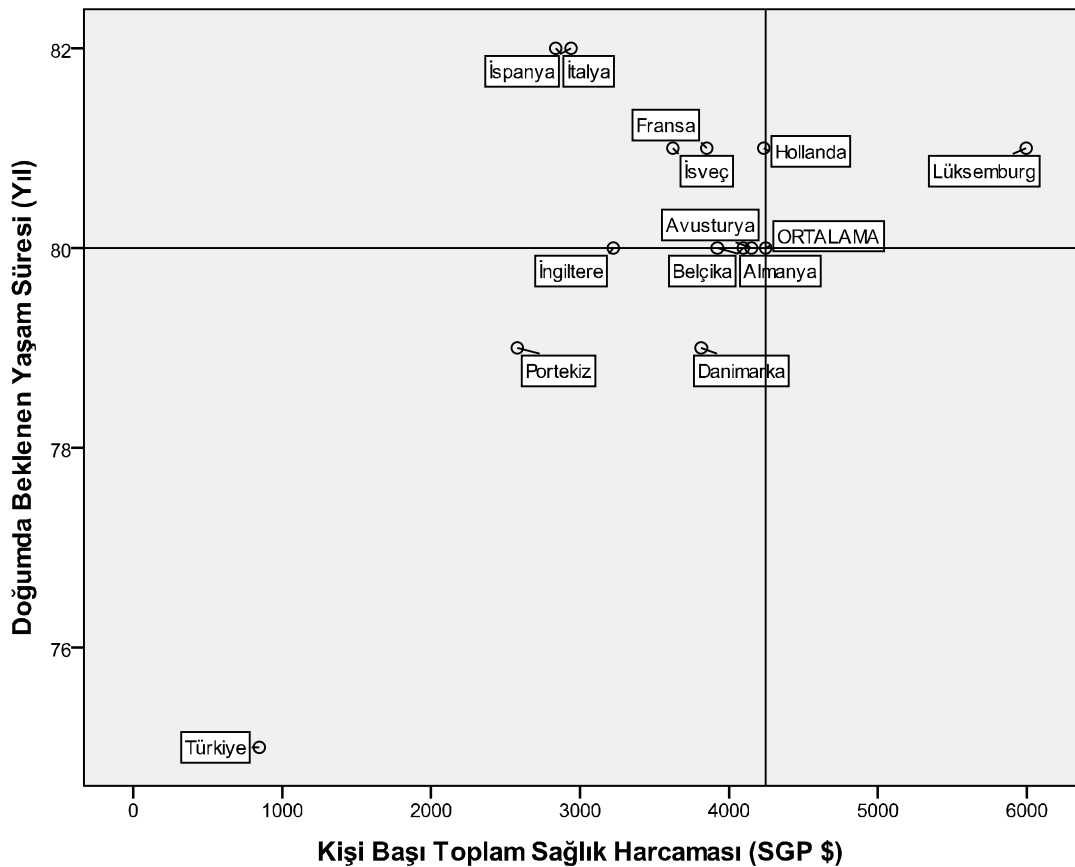
Anne ölüm oranı 100.000 canlı doğum ile ölçülen çok hassas bir değişkendir, bu nedenle 1 birimlik bir artış bile bu değişkeni önemli ölçüde değiştirecektir. 100.000 canlı doğumda anne ölüm oranı, üst-orta gelir grubu ülkelerinde ortalama 82 iken Türkiye’de 23’tür. Anne ölüm oranı verisi, Türkiye’nin ortalamaya göre düşüktür. Meksika’nın ise bu verisi diğer ülkelere ve ortalamaya göre yüksektir.

Türkiye kendi ekonomik yapısına benzer ülkelerle karşılaştırılınca, sağlık harcamalarında ve temel sağlık göstergelerinde ortalamaya yakın bir performans sergilemektedir. Ancak önemli olan bir diğer karşılaştırma, Türkiye’nin yüksek gelire sahip ülkeler içinde nerede yer aldığıdır.

2.3.3.2. Üst Gelir Grubu Ülkeleri ve Türkiye Karşılaştırması

Bu bölümde karşılaştırma yapılırken Dünya Bankası gelir sınıflamasında üst gelir grubunda bulunan ülkelerden Avusturya, Belçika, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç, İngiltere ve üst-orta gelir grubunda yer alan Türkiye'nin verileri kullanılmıştır. Ayrıca tüm üst gelir grubu ülkelerin ortalamaları da referans değer olarak alınmıştır.

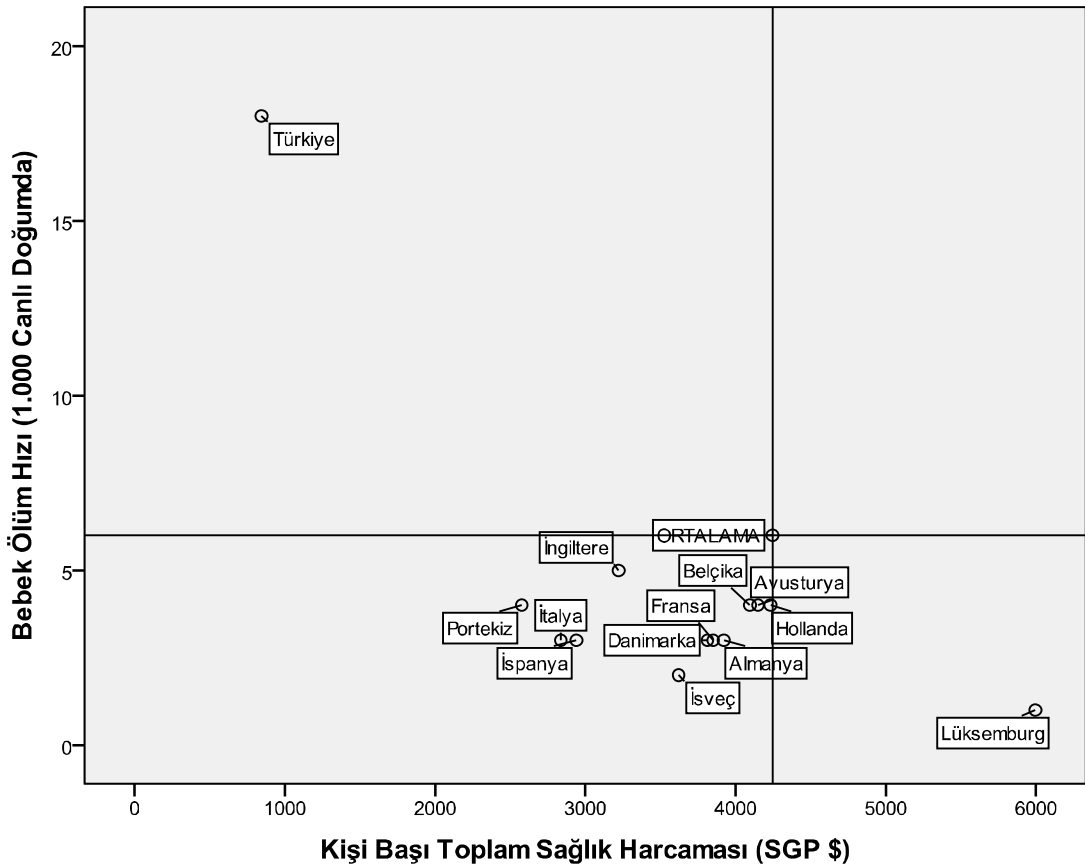
Şekil 7: Üst Gelir Grubu Ülkelerinin Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl), 2009 - Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008



Kişi başı toplam sağlık harcama verisi, tüm üst gelir grubu ülkelerin ortalamasında 4246 SGP \$ ve Türkiye'de 845 SGP \$'dır. Doğumda beklenen yaşam süresinde ise ortalama 80 iken Türkiye'de 75 yıldır. Türkiye bu iki

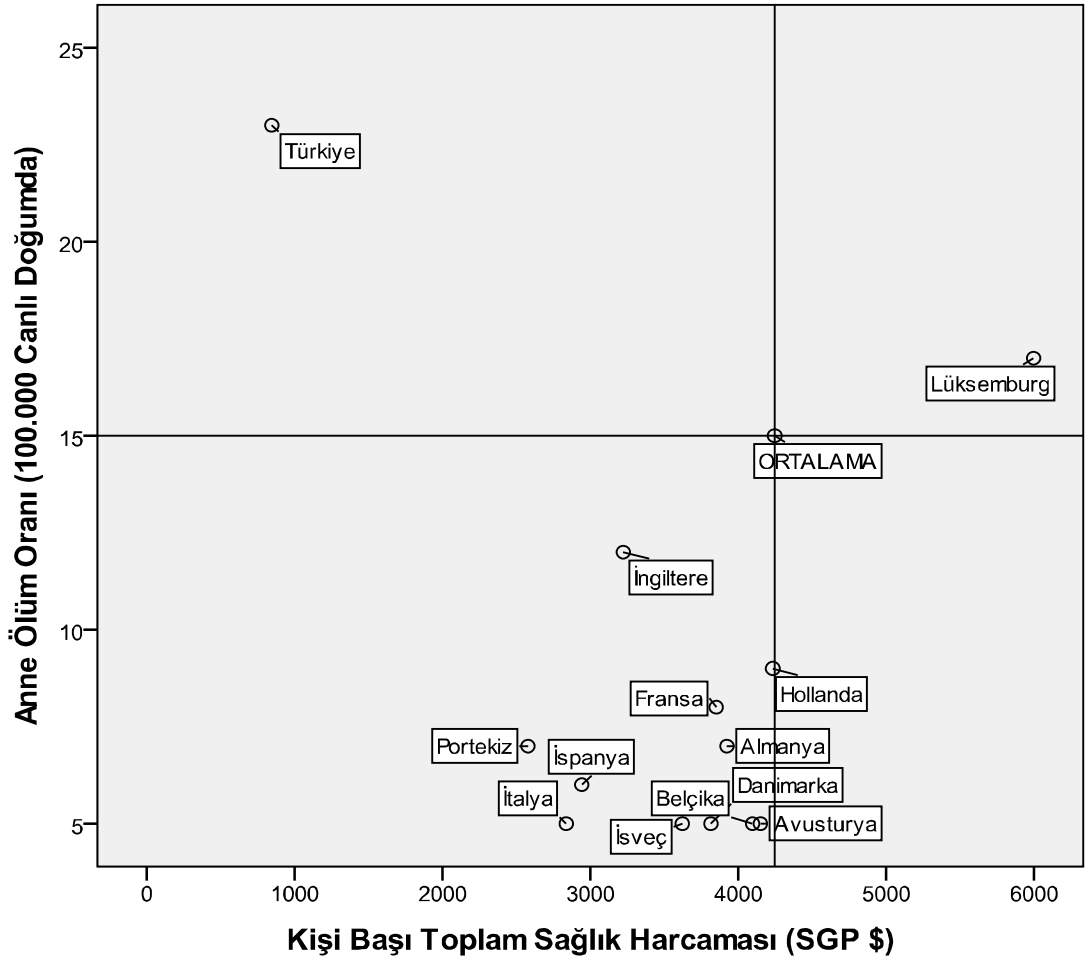
göstergede de hem üst gelir grubu ülkelerin ortalamasında hem de diğer ülkelere göre çok düşük verilere sahiptir. Seçilen ülkeler arasında Lüksemburg kişi başı toplam sağlık harcamasında, İtalya ve İspanya da doğumda beklenen yaşanan süresinde ortalamanın üzerinde yer almaktadır. Ortalamaya göre en düşük performansı sergileyen Portekiz ile bile Türkiye arasında çok büyük fark vardır.

Şekil 8: Üst Gelir Grubu Ülkelerinin Bebek Ölüm Hızı (1.000 Canlı Doğumda), 2008 - Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008



1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı, üst gelir grubu ülkelerin ortalamasında 6 iken Türkiye’de 18’dir. Türkiye yine her iki değişkende de çok olumsuz bir performans sergileyerek bebek ölüm hızında ortalamanın üstünde yer almıştır. Bebek ölüm hızı tüm ülkeler ortalamasında zaten çok düşük olduğu için diğer ülkeler ortalamanın etrafında toplanmıştır.

Şekil 9: Üst Gelir Grubu Ülkelerinin Anne Ölüm Oranı (100.000 Canlı Doğumda), 2008 - Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması (SGP \$), 2008



100.000 canlı doğumda anne ölüm oranı, üst gelir grubu ülkelerin ortalamasında 15 iken Türkiye’de 23’tür. Bu değişkende de Türkiye, hem ortalamaya hem de diğer ülkelere göre olumsuz bir performans sergilemektedir. Kişi başı toplam sağlık harcaması ortalamanın üzerinde olan Lüksemburg, anne ölüm oranında ise ortalamanın üstünde yer almıştır.

Türkiye, önce içinde bulunduğu gelir grubu ülkeleri ile karşılaştırılarak Türkiye’nin içinde bulunduğu durum tespit edilmeye çalışılmıştır. Daha sonra üst gelir grubu ile karşılaştırma yapılarak Türkiye’nin hedefi ve bu hedef için alması gereken yol anlatılmaya çalışılmıştır. Dağılım grafiklerinden de

görüldüğü üzere Türkiye kendi sınıfında yer alan ülke ortalamalarına henüz çok yakın ve üst gelir grubu ülkelerinin ortalamalarına çok uzaktır. Yıllık sağlık harcamalarının büyüme hızı, Avrupa Birliği'nde %4,6'dır ve Türkiye %8,8 ile OECD ülkeleri içinde ilk sırada yer almıştır (OECD, 2010: 105). Bu yüksek büyüme hızı henüz Türkiye'nin sağlık alanında yeni gelişmeye başladığını ve Avrupa'nın daha oturmuş bir sağlık sistemi olduğuna işaret etmektedir. Açıktır ki Türkiye, hem temel sağlık göstergelerinde hem de sağlık harcamalarında gelişmeye yeni başlamıştır ve Türkiye'nin gelişmiş ülke seviyesine ulaşması için önünde uzun bir yol vardır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

HANELERİN YAPTIKLARI SAĞLIK HARCAMALARI VE BU HARCAMALARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

3.1. KAVRAMLAR

3.1.1. Cepten Yapılan Sağlık Harcaması

Cepten yapılan sağlık harcamaları, sigorta gibi üçüncü parti ödemeler düşüldükten sonra, hanehalkının sağlık için yaptığı ödemeleri ifade etmektedir (WHO, 2008: 7).

Başka bir tanıma göre cepten yapılan sağlık harcaması, ön ödeme mekanizmasının olmadığı ve ödemelerin, hizmetin alındığı anda hizmeti alan kişinin doğrudan hizmet sunucuya yaptığı durumu ifade eder. Ön ödeme mekanizması, bireylerin finansal riski paylaşımı gereği, geri ödeme kurumlarına yaptıkları ödemelerdir (WHO, 2004: 19).

Xu (2005b: 2) cepten yapılan sağlık harcamasını, 'hanelerin sağlık hizmetlerine ulaşmak için yaptıkları tüm ödemelerdir' şeklinde tanımlamaktadır. Bu harcamalar içinde; muayene ücreti, ilaç veya hastaneye ödenen faturalar yer almaktadır. Ancak Xu, cepten yapılan harcamalarında sağlık hizmetlerine ulaşım sırasındaki harcamaları – ulaşım, gıda vb. - kapsam dışı bırakmaktadır.

Bir harcamanın cepten harcama olarak kabul edilmesi için, bu harcamanın bireyin veya hanehalkının kendisi tarafından ve doğrudan hizmet sunucuya yapılmış olması gerekir. Yani cepten yapılan sağlık harcaması tüm harcamalardan, geri ödeme veya yardım olarak bireye veya hanehalkına geri ödenen kısım çıkartıldıktan sonra kalan miktardır (Özgen, 2010: 3). Bireyin

sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması için önceden yapılan ödemeler, cepten harcama olarak nitelendirilmemektedir. Sosyal güvenlik fonları ve özel sağlık sigortası için yapılan prim ödemeleri cepten harcama değildir (Shen ve McFeeters, 2006).

Özetlemek gerekirse; cepten yapılan sağlık harcaması, hanehalklarının sağlıkla ilgili aldıkları mal veya hizmetler için hanehalkı kaynaklarından, doğrudan hizmet sunucularına yaptıkları ve herhangi bir kişi veya kurum tarafından kısmen veya tamamen kendilerine geri ödenmeyen harcamalardır (Özgen, 2010: 4).

Sağlık sektörü finansmanının içinde vergilerin ve primlerin yanında bireylerin cepten yaptığı ödemeler de yer almaktadır. Hem sağlık sektörü finansmanını hem de bireyleri etkilediği için, cepten yapılan sağlık harcamalarının boyutunu tespit etmek önem taşımaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan cepten yapılan sağlık harcamalarını kontrol altına almak, hem hanehalklarının hem de kamunun sağlığa ayırdığı payın daha verimli ve etkin kullanılmasına yardımcı olacaktır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının büyük boyutta olması sadece bireylerin sağlık hizmeti alma konusunda kararsız kalmalarına neden olmaz, aynı zamanda sağlık sistemi kaynaklarının verimsiz ve adaletli olmayan şekilde kullanılmasına sebebiyet verir (WHO, 2010: 9).

2007 yılında yapılan ve çoğunluğunu düşük gelirli ülkelerin oluşturduğu bir araştırmadaki bulgular, araştırma yapılan 33 ülkenin toplam sağlık harcamasının içinde cepten yapılan sağlık harcamasının payının %50'den fazla olduğu yönündedir (WHO, 2010: xiv).

Yapılan çalışmalar, cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durumu Gotter, Schieber ve Waters çalışmalarında,

gelişmekte olan ülkelerde yoksulluğun ve informal sektörün, gelişmiş ülkelere göre daha yaygın olması sebebiyle, vergiler ve sosyal sigorta primleri aracılığıyla sağlık için yeterli finansman yaratılamamasına bağlamaktadırlar. Yine bu çalışmada cepten harcamaların, toplam harcamalar içindeki payının gelişmiş ülkelerde ortalama % 20, orta gelirli ülkelerde % 40 ve düşük gelirli ülkelerde % 60 olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin sağlığa, gelişmiş ülkeler kadar finansman ayıramaması ile açıklanmaktadır. Bu nedenle cepten yapılan sağlık harcamasının boyutları hem bireyleri daha yoğun etkilemesi hem de kaynaklarının etkin şekilde kullanılması gereken az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere daha önemli olmaktadır (World Bank, 2008).

Ancak kayıt dışı ödemelerin, genel ekonomide olduğu gibi sağlık sektöründe de, toplumun sağlık düzeyini mevcuttan daha üst düzeye taşıması gibi avantajları da vardır. Bu avantajlar arasında; sağlık sistemine ek kaynak sağlama, kaynakların yetersizliğine geçicide olsa bir çözüm getirerek sağlık hizmet kullanımının arttırılmasına yardımcı olması sayılabilir (Falkingham, 2004: 257).

Sağlık sistemi, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri sunmaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle bireylerin bu hizmetlerden yararlanamamaları, en sonunda bireylerin daha ağır bir finansal yük ile karşı karşıya gelmesine neden olabilir. Cepten yapılan sağlık harcamasının, bireyler ve toplum üzerinde sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanılamaması, tedavi edilmeyen hastalık ve bilinçsiz ilaç kullanımı gibi dezavantajları vardır (Özgen, 2010: 18). Bu durum ise bireyin, önlenebilecek bir hastalığa maruz kalması veya çok daha pahalı yöntemlerle tedavi edilmesi ve sonuçta kaynakların atıl kullanımı sorunlarına yol açabilmektedir. Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırmasına göre en fakir % 20'lik gelir grubuna ait hanelerin % 25'i var olan sağlık sorununa yönelik herhangi bir çözüm getirmezken, bu oran en zengin % 20'lik gelir grubunda % 8,71'e gerilemektedir.

Sağlık hizmet sunucularının tek görevi, morbidite ve mortaliteyi azaltmak olmamalıdır. Sağlık, genel ekonomi içindeki önemli kalemlerden biridir ve sağlık harcamaları içinde bireylerin yaptığı sağlık harcaması mutlaka yer alacaktır. Bu nedenle sağlık sisteminin, başta yoksul bireyler olmak üzere tüm bireylerin sağlık harcamalarından daha az etkilenmeleri için finansal korumayı sağlayabiliyor olması gerekmektedir. Özellikle sağlığın yalnızca bir emtia piyasası gibi algılanması muhtemel olan geçiş ekonomilerinde, bireyler için finansal koruma tedbirlerinin alınması zorunludur (Damme ve diğerleri, 2004: 279).

3.1.2. Katastrofik Sağlık Harcaması

Sağlık hizmetleri finansmanında cepten yapılan sağlık harcamaları önemli bir yer tutmakla beraber, bu finansal kaynağın bireyler veya hanehalklarını nasıl etkilediğinin irdelenmesi gerekmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının birey veya hanehalkları üzerinde katastrofik etkiler yaratma olasılığı vardır. Katastrofi yıkıcı, bozucu anlamına gelmektedir.

Önceleri katastrofik sağlık harcaması, hanenin cepten yaptığı sağlık harcamalarının toplam hane gelirinin belli bir oranından büyük olması olarak tanımlanmıştır (Wagstaff ve Doorslaer, 2003: 923). Ancak bu tanım yapılan matematiksel işlemlerde bazı eksiklerin olabilmesi ihtimaliyle eleştirilmiştir. Hesaplamaların güvenilirliğinin sağlanması için DSÖ katastrofik sağlık harcamasını, hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcamasının, hanenin ödeme kapasitesinin % 40'ını aşması durumu olarak tanımlamıştır (Xu, 2003: 111). Ödeme kapasitesi (capacity to pay), hanehalkının toplam harcamalardan temel yaşam ihtiyaçları için yaptığı harcamaların (subsistence expenditure) çıkartılmasından sonra kalan harcama büyüklüğüdür (Xu, 2005b: 2).

Cepten yapılan sağlık harcaması, hanelerin yaşam standartlarını dūřurebilir. Kiřilerin sağlık için yaptıkları demeler, hanelerin ya da bireylerin gelirleri dikkate alındığında katastrofik etkiler oluşturabilmekte, hatta bazı haneleri yoksulluğa sürükleyebilmektedir. Hanehalkları, cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle tkretim kalıplarını değiştirmek zorunda kalabilirler. Bu demeler nedeniyle ilk vazgeçilmek zorunda kalınan harcama kalemleri bu anlamda, eğence, kültürel aktivite gibi lüks tkretim mallarıdır. Ancak yüksek miktarda harcama gerektiren durumlarda temel tkretim içinde sayılan gıda, giyim, eğitim gibi kalemlerin tkretiminden de vazgeçilmek zorunda kalınabilir. Dünyada her yıl yaklaşık 44 milyon hanehalkı ya da 150 milyon kiři katastrofik sağlık harcaması ile yüz yüze gelmektedir (Xu, 2005a: 1). Dünya örneklerine bakıldığında ise bireyler cepten yapılan sağlık harcamasının büyük boyutlara ulaşması durumunda; borçlanmanın yanı sıra zorunlu ihtiyaçlardan vazgeçme, gıda tkretimlerini azaltma, mevduat hesaplarını kullanma, varlıklarını satma gibi yollara başvurmak zorunda kalmaktadırlar. DSÖ 2000 yılı raporunda bu durumu finansal katastrofi olarak adlandırmakta ve bu durumda olan bireylerin korunmasına yönelik çalışmalar yapılması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2000).

Sağlık sistemleri harcamaların tümünü karşılayamamakla beraber sağlık talebinin, düzenli olarak izlenip harcamaların kontrol altında tutulması gerekir (Yardımlar ve diğerleri 2010: 27). Çünkü öngörülemeyen bir hastalık, hanenin yalnızca ekonomik durumunu sarsmakla kalmaz, işgücü verimliliğinin ve/veya işgücünün azalmasına neden olabilir. Bu durum ekonomik olarak güç kaybı anlamına gelmektedir. Ayrıca zamanında müdahale edilmeyen bir hastalığın tedavisi, gelecek dönemlerde cari dnemdekinden daha yoğun bir harcamayı zorunlu kılabilir. Sağlık hizmetlerine ulaşırken yapılmak zorunda kalınan cepten harcamaların önüne geçmek için iyi bir risk yönetiminin oluşturulması, hem bireylerin katlanacağı cepten sağlık harcamalarını azaltır hem de sağlık hizmetlerinin dağılımında doğacak adaletsizliğin engellenmesine yardım eder. İyi bir sağlık sisteminde,

birey öngörülemez bir hastalığa yakalandığında hastalığın gerektirdiği aşırı harcama yükünden, finansal sistem sayesinde kurtulabilir.

3.2. LİTERATÜRDE SAĞLIK HARCAMALARI BELİRLEYİCİ İLE İLGİLİ ÇALIŞMALAR

Bu bölümde literatürde sağlık harcamalarını etkileyen değişkenleri belirlemeye yönelik çalışmalar özetlenmeye çalışılacaktır. Daha sonra sağlığın gelir esnekliğine ilişkin yapılmış çalışmalar sunulacaktır.

3.2.1. Sağlık Harcamalarını Etkileyen Değişkenler ile İlgili Çalışmalar

2002-2003 Türkiye Ulusal Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması'nın genel amacı, Türkiye nüfusunu temsil eden bir örneklem ile hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının ve bu harcamaların kimlere, ne için yapıldığının ortaya konmasıdır (SB, 2006: 10). Bu çalışma kapsamında 10.675 hane ile görüşme yapılması planlanmış olup 9.805 haneden 42.177 kişi ile görüşülmüştür (SB, 2006: 15). Çalışmada, sosyo-demografik özellikler ve algılanan sağlık statüsüne göre sağlık hizmeti kullanımı sırasında toplam cepten harcama dağılımı ile ilgili şu sonuçlara ulaşılmıştır: Doğuda yaşayan bireylerin yaptığı ortalama cepten harcama bölgeler arasında en yüksek seviyededir. Kentsel alanda yaşayan bireyler, kırsal alanda yaşayanlara göre daha fazla harcama yapmışlardır. 80 yaş ve üzeri kişiler ortalama harcamanın en yüksek olduğu, 5-14 yaş grubundaki kişiler ise ortalama harcamanın en düşük olduğu yaş gruplarıdır. Erkeklerin ortalama cepten harcaması, kadınlara göre daha yüksektir. Eğitim seviyesi anaokulu olan kişiler en düşük harcamayı yaparken, en yüksek harcama yapan kişilerin eğitim grubu ise lisansüstüdür. Sağlık güvencesine bakıldığında ise; Bağ-Kur emeklilerinin ortalama harcaması en düşük iken, sağlık sigortası olmayanlar, Bağ-Kur ve özel sigortalılar en yüksek harcamayı

yapan gruplar olmuşlardır. En çok harcama yapan kişiler birinci gelir dilimi ve sonra beşinci gelir diliminde iken, üçüncü gelir dilimdeki kişiler en az harcamayı yapmışlardır. Ortalama harcama, ayrı yaşayan kişiler için en yüksek, boşanmış kişiler için ise en düşüktür. Algılanan sağlık statüsünü ‘çok kötü’ olarak tanımlayan kişiler, ‘çok iyi’ olarak tanımlayan kişilere göre daha fazla cepten harcama yapmışlardır (SB, 2006: 24, 25).

Yıldırım ve diğerleri (2011) tarafından yapılan çalışmanın amacı, Ankara’da seçilen hastanelerde cepten yapılan sağlık harcamalarının belirleyicilerinin tespit edilmesidir. Ampirik çalışma sonucunda; cepten sağlık harcama yapma olasılığını arttıran talep yönlü faktörler gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve yaşın artması olarak bulunmuştur. Ayrıca bireylerde başarılı geçen bir operasyonun ardından hekime teşekkür etmek için hediye verme alışkanlığının cepten yapılan sağlık harcama düzeyini arttırdığı belirtilmiştir. Bireylerin cepten harcama yaparken sosyal güvencelerine bağlı kalmadıkları belirlenmiştir. Çalışmada, cepten yapılan sağlık harcamasının asıl nedeni olarak, hastaların hekime özel muayene ücreti ödemeleri veya hediye vermeleri sonucunda daha kaliteli ve hızlı olarak sağlık hizmetlerine ulaşabileceklerini düşünmeleri gösterilmiştir. Bu durum ise sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılmadığı, farklı gelir grupları arasında bireylerin sağlık hizmetlerine eşit şekilde ulaşamadığı sonuçlarına bağlanmış ve cepten yapılan sağlık harcamalarının belirleyicilerinin arz yönü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada, bireylerin cepten sağlık harcama kararlarını etkileyen etmenlerde araştırılmıştır. Çalışmada gelir düzeyi yüksek olan bireylerin, kamu sağlık hizmetleri yerine özel sağlık hizmetlerini tercih ettiği vurgulanmıştır. Bu durum ise Türkiye’de bireylerin sağlık hizmetlerine duyduğu güvensizliğin özel sektörü tercih ederek kapatılmaya çalışıldığı ile bağdaştırılmıştır. Ayrıca bu çalışmada, ankete katılan yalnızca %1,2’si sağlık hizmetlerine ulaşmada bireylerin eşit olduğuna inanırken, sadece %11,15’i gelecekte bu eşitliğin sağlanabileceğine inandığını ve %82,6’sı Türkiye’de sağlıkta bir gelişme kaydedileceğine inanmadığını ifade etmiştir.

Liu ve diğerkleri (2005: 5) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’de sağlık ve ilaç harcamalarının düzeyi ve yapısını diğerk ülkelerle karşılaştırmalı olarak analiz edilmesi amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde, coğrafi eşitsizliklerin yanı sıra sağlık hizmetleri erişimde de hakkaniyetsizlik olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada yoksul bireylerin hasta oldukları zaman hiçbir şey yapamadıkları tespit edilmiştir (Liu, 2005: 79). Kentsel bölgelerde, ülkenin batısında yaşayanların, kadınların, herhangi bir sağlık sigortası olanların ve en st gelir diliminde olan bireylerin ayakta sağlık hizmetlerini kullanma olasılığı diğerklerine göre daha yüksektir. Bundan daha önemlisi, herhangi bir sağlık sigortası tarafından kapsanan bireylerin cepten yaptığı sağlık harcamaları, sigorta kapsamında olmayan bireylere göre daha yüksektir. Çalışmada bu bulgu, kapsam altında olmayan bireylerin aynı zamanda yoksul olması ve daha yüksek gelir grubundakiler kadar harcama yapamaması ile de açıklanmaktadır (Liu, 2005: 85, 91).

Belli (2002: 2) tarafından yapılan çalışmada ek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya ve Romanya’daki formal ve informal cepten yapılan sağlık harcamaları incelenerek, bu harcamaların boyutu ve bu harcamaları etkileyen demografik ve sosyo-ekonomik faktörler üzerinde çalışılmıştır. Çalışmada, cepten yapılan sağlık harcaması ile hanede yaşayan birey sayısı, eğitim seviyesi ve bununla ilişkili olarak gelir düzeyi ve hastalıkların insidansı arasında pozitif yönlü ilişkiler tespit edilmiştir (Belli, 2002: 40, 41). Ayrıca ek Cumhuriyeti’nde cepten yapılan sağlık harcamaları ile sağlık vergileri ve özel ve kamu sigortaları arasında ters yönlü ilişki bulunmuştur. Polonya’da ise cepten sağlık harcamasının daha çok yaşlılar tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Çalışmada cepten yapılan sağlık harcamasına, fakirlerin zenginlere göre, yaşlıların ise gençlere göre daha fazla karşı olduğu tespit edilmiştir (Belli, 2002: 2, 3).

De Graeve ve diğerkleri (2003: 2) tarafından Belçika’da 1997-1998 yılları için yapılan çalışmada sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl dağıldığı araştırılmıştır. Çalışmada, cepten yapılan sağlık harcaması ile

hanenin geliri, hanede yaşayan birey sayısı, hanede referans kişinin eğitim düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bunun yanında ortalama hane yaşı ve hanenin ikamet yer ile cepten yapılan sağlık harcaması arasında anlamlı ilişkiler tespit edilememiştir (De Graeve, 2003: 5, 6).

Chu ve diğerleri (2005: 1, 5) tarafından yapılan çalışmada, Tayvan Ulusal Sağlık Sigortası'nın, farklı bölgeler ve farklı gelir gruplarının ilaç için cepten yaptığı sağlık harcamasında meydana gelen değişimler incelenmiştir. Yaşlıların, kadınların, evlilerin, işsizlerin, eğitim düzeyi yüksek olanların, üst gelir grubunda bulunanlar ile hanede yaşayan birey sayısının fazla olduğu ve yerleşim yeri kentte olan hanelerin cepten sağlık harcama yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Xuedan (2010: 3, 18-20) tarafından Çin'deki cepten yapılan sağlık harcamalarının detaylı analizinin yapılmasının amaçlandığı çalışmada; yaşlılar, eğitim seviyesi düşük olanlar, sağlık sigortası olanlar, sağlık durumu kötü olanlar, kronik hastalığı olanlar, yüksek gelir grubunda bulunanlar ile hanehalkı reisinin yaşlı, kadın veya düşük eğitim düzeyli olduğu ve yerleşim yerinin kent olduğu hanelerde daha fazla cepten sağlık harcaması yapıldığı tespit edilmiştir.

Xu ve diğerleri (2003: 111) tarafından, 59 ülkenin hanehalkı anketleri kullanılarak yapılan çalışmada, katastrofik sağlık harcamalarının tespit edilmesi amaçlanmıştır. Orta ve düşük gelirli ülkelerde ve Latin Amerika ülkelerinde katastrofik sağlık harcaması oranları yüksek bulunmuştur. Yoksulluk, sağlık hizmetlerine ulaşımının zor olması ve finansal risklere karşı sosyal mekanizmaların yetersiz olması ülkelerde katastrofik sağlık harcaması oranlarını arttıran en önemli sebeplerden olarak bulunmuştur (Xu, 2003: 114, 115). Çalışmada, cepten yapılan sağlık harcamalarının boyutunun ve bireyleri/hanehalklarını etkilemesinin yeni bir problem olmamakla birlikte öneminin giderek arttığı belirtilmiştir. Çünkü ülkeler arasında ve hatta ülkenin kendi içindeki bölgeleri arasında sağlık hizmetlerine ulaşım ile ilgili

eşitsizlikler yaşanmaktadır. Pek çok orta gelirli ülkede sağlık hizmeti kullanımı hızlı bir şekilde artmış ancak sigorta ve vergilerle finanse edilen sağlık sistemi bu gelişime ayak uyduramamıştır. Çalışmada, gelir artışının sağlık hizmeti kullanımında adaleti sağlamaya yönelik bir araç olmakla beraber etkin bir risk havuzlama sisteminin ülkelerin sağlık sistemi için gerekli olduğu belirtilmiştir (Xu, 2003: 116).

Yardım ve diğerleri (2010: 26) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye’de katastrofik sağlık harcaması oranının hesaplanması ve bu oranın etkilendiği faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Çalışmada katastrofik sağlık harcaması oranı %0,6 ve cepten yapılan sağlık harcaması nedeniyle yoksulluğa sürüklenen hane oranı %0,4 olarak bulunmuştur. Ayrıca kırsal alanda yaşayan, okul öncesi yaşta veya özürlü birey bulunan hanelerde katastrofik sağlık harcaması yapma riski daha yüksek bulunmuştur. Analizde hane reisinin eğitim ve istihdam durumu anlamsız bulunurken, gelir değişkeni anlamlı bulunmasına rağmen katastrofik sağlık harcaması yapma riskinde çok önemli bir rol oynamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hane reisinin sağlık sigortasının olmaması bu riski arttıran bir değişken iken, yeşil karta sahip olmasının bu risk üzerinde bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (Yardım, 2010: 31, 32).

Yapılan literatür taraması, ülkelerde sağlık harcamalarına yönelik çalışmalarda seçilen değişkenlerin benzerlik gösterdiğini, ancak etkilerinin çok farklı olabileceğini göstermektedir. Çalışmanın gelir esnekliği literatür taramasından sonraki bölümünde, yukarıda bahsedilen veri setine ve literatüre ile uyumlu olan değişkenlerin tespit edilmesi ile birlikte analiz yapılacaktır.

3.2.2. Sağlığın Gelir Esnekliği ile İlgili alışmalar

Literatürde sağlığın gelir esnekliği ile ilgili yapılan çalışmalarda, sağlığın gelir esnekliği pozitif olarak hesaplanmış olup bazı ölkelerde sağlık zorunlu, bazı ölkelerde ise lüks mal olarak bulunmuştur. Hatta aynı ölkede farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda bile sonuçlar değişebilmektedir. Çalışmalarda gelir esnekliğinin tespit edilmesi için ekonometrik yöntemler kullanılmış ve bağımlı değişken olarak toplam sağlık harcaması, kişi başi müracaat sayısı, toplam müracaat sayısı, ödenen giriş ücreti gibi değişkenler kullanılmıştır (Folland, 2007: 189,190).

1997 yılında Kanadalı araştırmacılar olan Blomquist ve Carter, sağlık harcamalarının gelire göre daha hızlı bir şekilde arttığını ifade etmiş, bunu sağlık alanında yaşanan hızlı gelişmelere bağlamışlardır (Folland, 2007: 191). Folland (2007) ise çalışmasında, teknolojileri ileri düzeyde olan ve daha kaliteli sağlık hizmeti veren zengin ölkelerin, sağlık gelir esnekliklerinin daha fakir ölkelere göre daha yüksek olmasının beklenen bir sonuç olduğunu vurgulamıştır.

Newhouse'un 1977 yılında Birleşmiş Milletlerde yaptığı çalışma, literatürde sağlığın gelir esnekliğine ilişkin ilk çalışmalardan sayılmaktadır. Newhouse'un 13 ölkede yatay kesit ile yaptığı analizde, sağlık harcamasının gelir esnekliği 1,15 ile 1,31 arasında değişen değerlerde hesaplanmış ve sağlığın lüks mal olarak bulunması, sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmelere bağlanmışır (Newhouse, 1977: 119).

Di Matteo ve Di Matteo, 1998 yılında panel veri analizi ile yaptıkları çalışmada kamu sağlık harcamalarını araştırmışlar ve sağlığın lüks mal olmadığı, gelir esnekliğinin 0,77 olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Di Matteo, 1998: 209).

2000 yılında Getzen (2000) tarafından yapılan çalışmada, bireylerin sağlık gelir esnekliği 0'a yakın, toplumun sağlık gelir esnekliği ise 1'den büyük olarak bulunmuştur (Getzen, 2000: 259).

Di Matteo'nun yaptığı başka bir çalışmada ise (2003) Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve 16 OECD ülkesi incelenerek sağlık gelir esnekliğinde parametrik ve parametrik olmayan yöntemlerin karşılaştırması yapılmıştır. Çalışmada kişi başı sağlık harcaması, kişi başı kamu sağlık harcaması ve kişi başı toplam sağlık harcaması bağımsız değişkenler olarak kullanılmış ve panel veri analizi ile yapılan çalışmada sağlık, Amerika Birleşik Devleti ve Kanada'da zorunlu mal ve OECD ülkeleri için lüks mal olarak bulunmuştur (Di Matteo: 2003: 25-27).

Çalışkan tarafından 2009 yılında yapılan çalışmada panel veri analiz yöntemi kullanılarak 21 OECD ülkesinin 22 yıllık sağlık harcamalarına ilişkin analiz yapılmış ve bu ülkelerde sağlık hizmetlerinin zorunlu bir mal olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Çalışkan, 2009: 130-133).

Gerdtham ve Jönsson'ın (2000: 23) çalışmasında sağlık hizmetlerinin lüks mal mı normal mal mı olduğu, sağlık hizmetlerinin kamu tarafından veya cepten karşılandığı ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Getzen'e göre (2000: 263) bu durumlarda diğer mal ve hizmetlerde geçerli olan bütçe kısıtının etkilerinin görülebilmesi güçleşmektedir (Çalışkan, 2009: 131).

Bilgel (2004) tarafından yapılan çalışmada Kanada'daki sağlık harcamalarının gelir esnekliği panel data kullanılarak araştırılmıştır. 1975-2002 yıllarını kapsayan çalışmada, kişi başı GSYH, görelî sağlık fiyatları, kamu sağlık harcamalarının payı, kişi başına düşen kamu transferleri ve doğumda beklenen yaşam süresi değişkenleri kullanılmıştır. Bilgel bu çalışmasında, gelir dışı değişkenlerin sağlık harcamaları üzerindeki etkisinin ihmal edilebilecek kadar az olduğunu vurgulamıştır. Sağlığın ise bazı illerde

zorunlu, bazı illerde ise lüks mal olduğu sonucuna ulaşmıştır (Bilgel, 2004: 14).

Sigorta sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerde sağlığın gelir esnekliğinin 0 ile 1 arasında olması yani sağlığın zorunlu bir mal olması beklenmektedir. Çünkü bireyler sağlık hizmetlerine sigorta aracılığı ile ulaşır sağlık hizmetleri için beklenmeyen bir harcama yapmak durumunda kalmayacaklarından, talepleri de gelirlerinden en az şekilde etkilenecektir (Ringel, 2002: 27). Yani gelişmiş bir sigorta sisteminin varlığı, bireyin sağlık hizmet talebi ile geliri arasındaki ilişkiyi azaltacaktır.

Uzun dönemde milli gelirden sağlığa ayrılan pay artacağı için sağlığın gelir esnekliği 1'e yaklaşmaktadır. Ayrıca çoğu gelişmiş ve orta gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının gelir esnekliği ya bire çok yakın ya da birden büyüktür. Di Matteo ise sağlık harcamalarında yüksek oranlarda meydana gelen artışı yaşanan teknolojik ve demografik değişimlerle açıklamıştır (Di Matteo, 2003: 21).

Gelir esnekliğinin dışında literatürde fiyat esnekliği, sigorta esnekliği, hastaların talep esnekliği, acil servis talep esnekliği, ilaç talep fiyat esnekliği gibi çalışmalarda yer almaktadır. Sağlık alanında sunulan hizmetlerin detayına girildikçe esnekliklerin değişmesi beklenmektedir. Örneğin, acil servis ile estetik operasyondaki bireyin gelir esnekliklerinin aynı olması beklenemez.

Sağlık hizmetleri teknolojik gelişmeler ile doğrudan ilgili olduğundan, sağlığın gelir esnekliği hesaplanırken ne kadar büyük bir veri seti kullanılırsa, gelir esnekliği o denli gerçeği yansıtacaktır (Ringel, 2002: 27).

3.3. LOJİSTİK REGRESYON ANALİZİNDE KULLANILAN VERİ SETİ

Çalışmanın analiz aşamasında, TÜİK tarafından yıllık olarak yayınlanan hanehalkı bütçe anketlerinden 2010 yılı mikro veri seti kullanılmıştır. Tüm hesaplamalar ve analizler STATA 10 bilgisayar programı aracılığıyla yapılmıştır.

Hanehalkı bütçe anketlerinin ilki 1994 yılında yayınlanmış ve 2002 yılından sonra her yıl düzenli olarak yayınlanmaya devam etmiştir. TÜİK bu anket ile Türkiye'nin değişen sosyo-ekonomik yapısını ortaya koymaya amaçlamıştır. Hanehalkı bütçe anketleri, hanelerin sosyo-ekonomik yapıları, yaşam düzeyleri, tüketim kalıpları hakkında bilgi veren ve toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi, kullanılabilir gelirin haneler ya da fertler arasında ne şekilde dağıldığının bilinmesi ve uygulanan sosyo-ekonomik politikaların geçerliliğinin test edilmesi amacıyla kullanılan en önemli kaynaklardan biridir (TÜİK, 2008). 2003 yılından sonra soru kâğıtlarında, önemli olmamakla beraber değişiklikler yapılmıştır ve her yıl ihtiyaçlara göre yeni düzenlemeler yapılmaktadır.

2010 Hanehalkı Bütçe Anketi, 1 Ocak – 31 Aralık 2010 tarihleri arasında bir yıl süre ile her ay değişen 1.104, yıllık toplam 13.248 örnek hanehalkına uygulanarak, Türkiye geneli, kentsel ve kırsal yerler ayrımında tüketim harcaması göstergeleri elde edilmiştir. (TÜİK, 2011: 1, 3).

Anketten temel olarak 3 ana grup değişken elde edilmiştir:

- Hanehalkı sosyo-ekonomik durum değişkenleri (hane veri seti): Oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar ve ulaştırma araçları vb.,
- Tüketim harcaması değişkenleri (tüketim veri seti): Alt harcama grubu ve yapılan tüketim harcaması değeri,

- Fertlere ilişkin değişkenler (fert veri seti): Yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum), istihdam durumu (meslek, iktisadi faaliyet, işteki durum) değişkenleri ile anket ayı ve son bir yıl olmak üzere faaliyet ve faaliyet dışı kullanılabilir gelirler (TÜİK, 2011: 5).

Hanehalkı Bütçe Anketinde; hanehalkı, 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 topluluk olarak tanımlanmıştır. Hanehalkı ferdi ise, hanehalkını meydana getiren topluluğun her bir üyesi olarak tanımlanmıştır. 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 kapsanmamaktadır. Hanehalkı reisi, hanehalkının kazanç ve masraflarından sorumlu olan, kısaca hanehalkını bilfiil yöneten kişi olarak tanımlanmıştır. Burada ölçü yalnız gelir getirmek değil, hanehalkı adına hukuki, sosyal ve iktisadi tasarruflarda bulunabilmektir. Hanede hiç değilse bir noktada diğer fertlerden daha üstün ve aktif bir rol oynayan fert, hanehalkı sorumlusu olarak tanımlanmıştır. Tüketim, mal ve hizmetlerin insan ihtiyaçlarını ve arzularını karşılamak üzere kullanılması olarak tanımlanırken; harcama, bir mal veya hizmet satın almak için yapılan parasal ödeme veya fedakârlıkların tümü olarak tanımlanmıştır (TÜİK, 2011: 7, 8).

COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose) sınıflaması hanehalkının anket ayı içinde tüm mal ve hizmet harcamalarının mekanik ortama veri girişi sırasında kullanılan sınıflama sistemidir. COICOP sınıflamasının Satın Alma Gücü, Tüketici Fiyat İndeksi ve Hanehalkı Bütçe Anketi'nde kullanılmak üzere üç farklı versiyonu bulunmaktadır. COICOP sınıflaması, 12 harcama grubunda toplanmaktadır.

Bu çalışmada, COICOP sınıflamasına göre 6. grupta bulunan sağlık harcamaları kullanılacaktır. Sağlık harcamaları; 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, tahlil vb., hastane yatak, ameliyat, doğum, fizik tedavi, ambulans vb.) ile ilgili harcamaları kapsamaktadır (TÜİK, 2011: 9, 10).

Cepten yapılan sağlık harcamasını etkileyen değişkenler tespit edilmeye çalışılırken, tüketim veri setindeki tüketim kalemleri hane bazından toplulaştırılmıştır. Daha sonra hanelerin gıda harcaması, sağlık harcaması ve toplam tüketim harcaması değişkenleri oluşturulmuştur. Cepten yapılan sağlık harcamasını etkileyen değişkenlerin tespit edilebilmesi amacıyla oluşturulan bu yeni tüketim veri seti, fert ve hane veri setleri ile birleştirilmiştir. Bunun yapılabilmesi içinde, tüketim veri setinde olduğu gibi fert ve hane veri setleri de hane bazında toplulaştırılmış ve analizde kullanılacak değişkenler oluşturulmuştur. Değişkenlerin hane bazında birleştirilmesi ile birlikte hanelerin yaptıkları sağlık harcamalarını etkileyen değişkenlerin tespitine ilişkin analizin yapılmasına olanak sağlanmıştır.

3.4. YÖNTEM VE ANALİZ SONUÇLARI

3.4.1. Lojistik Regresyon

İstatistiksel analiz yapılmadan önce, verilerin kategorik (nominal, ordinal) veya sürekli (aralıklı, oransal) olup olmadığına bakılmalıdır. Birinci tür verilerde parametrik olmayan istatistikler kullanılırken, ikinci türde verilerde parametrik istatistikler kullanılır. İleri parametrik olmayan bir istatistiksel metot olan lojistik regresyon, bağımlı değişken ikili sonucu olan (dikotom) değişken olduğunda kullanılır. Bir olayın meydana gelip gelmeyeceğini kestirmek ve kestirimde kullanılacak değişkenlerin belirlenmesi önemli hale gelmiştir.

Bağımlı değişkenin ikili sonucu olduğunda, çoklu doğrusal regresyon analizinde hipotez testi için gerekli varsayımlar ihlal edilir. Bu durumda, artık değerlerin normal dağıldığını kabul etmek makul değildir. Doğrusal regresyonda yapıldığı gibi, lojistik regresyonda da bazı değişken değerlerine dayanarak tahmin yapılır. Ancak doğrusal regresyon analizinde tahmin edilecek olan bağımlı değişken, sürekli bir değişken iken, lojistik regresyonda bağımlı değişken ikili bir değişkendir (Akgül, 2005: 414).

Hosmer ve Lemeshow (2000: 1-7) doğrusal regresyon ile lojistik regresyon arasındaki farkı şu şekilde özetlemektedir: Doğrusal regresyonda, bağımlı değişken sayısal iken lojistik regresyonda kesikli (binary ya da dichotomous) bir değişken olmalıdır. Doğrusal regresyonda bağımlı değişkenin değeri, lojistik regresyonda ise bağımlı değişkenin gerçekleşme olasılığı tahmin edilir. Lojistik regresyon, doğrusal regresyona göre daha az varsayımı gerekli kılar. Doğrusal regresyonda bağımlı değişkenlerin çoklu normal dağılım göstermesi koşulu aranırken, lojistik regresyonun uygulanabilmesi için bağımsız değişkenlerin dağılımına ilişkin bir koşul gerekmemektedir. Yani lojistik regresyonda varyanslar minimum değildir.

Lojistik regresyon modelinin parametreleri, analitik olarak elde edilemediğinden, iteratif bir yöntem maksimum olabilirlik (maximum likelihood) tekniğiyle tahmin edilmektedir (Kalaycı, 2009: 273).

Bağımlı değişkenin iki uçlu değişken olduğu modelleri tahmin etmede yaygın olarak kullanılan modeller şunlardır: Doğrusal olasılık modeli (DOM), logit model, probit model ve tobit model.

Bağımlı değişkeni Y, bağımsız değişkeni X olan DOM aşağıdaki gibi gösterilmektedir:

$$P_i = E(Y=1 | X_i) = \beta_1 + \beta_2 X_i \quad (1)$$

DOM'da bağımlı değişken, bağımsız değişkenlerin doğrusal bir fonksiyonu olarak gösterilmektedir (1). Çünkü X_i veri iken, Y_i 'nin koşullu beklenen değeri, X_i veri iken olayın gerçekleşmesinin koşullu olasılığıdır.

Bağımlı değişkeni Y , bağımsız değişkeni X olan ikili lojistik regresyon modelinin lojistik regresyon dağılımı aşağıdaki gibidir (Gujarati, 2005: 541-542):

$$P_i = E(Y=1 | X_i) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_1 + \beta_2 X_i)}} \quad (2)$$

Gösterimde kolaylık sağlanması amacıyla lojistik dağılımı şu şekilde gösterilebilir:

$$P_i = \frac{1}{1 + e^{-Z_i}} \quad (3)$$

Lojistik dağılım fonksiyonunda P_i bağımsız değişkeni, X_i veri iken i . bireyin belirli bir seçim yapma olasılığını (i . birey için Y 'nin 1 ve 0 değerini alma olasılığını) göstermektedir. Bu fonksiyonda, P_i hem bağımsız değişkene (X 'e) göre hem de parametrelere (β 'lara) göre doğrusal değildir. Z_i , $-\infty$ 'dan $+\infty$ 'a kadar aralıkta değişirken, P_i 'nin de 0 ile 1 arasında değer aldığını ve Z_i (yani X_i) ile ilişkisinin doğrusal olmadığını göstermektedir (Gujarati, 2005: 554).

Olayın gerçekleşme olasılığı (P_i), gerçekleşmeme ($1-P_i$) olasılığına oranladığında şu denklem elde edilir:

$$\frac{P_i}{1-P_i} = \frac{1+e^{Z_i}}{1+e^{-Z_i}} = e^{Z_i} \quad (4)$$

Denklem 4'te $P_i/(1 - P_i)$, bahis oranı; yani olayın gerçekleşme olasılığının, gerçekleşmeme olasılığına olan oranıdır. Denklem 4'ün logaritması alınırsa logit model elde edilir:

$$L_i = \ln \left(\frac{P_i}{1 - P_i} \right) = Z_i \quad (5)$$

Yani bahis oranının logaritması L , yalnız X 'e göre değil anakütle katsayılarına göre de doğrusaldır. Lojistik modelin DOM'a göre avantajı, olasılıklar 0 ile 1 arasında yer alırken, logitlerde böyle bir sınırlama (Z_i , $-\infty$ ile $+\infty$ arasında değişmektedir) olmayışıdır. Ayrıca DOM P_i 'nin X ile doğrusal ilişki içinde olduğunu varsayarken, logit modeli log-bahis oranının (odds oranı) X ile doğrusal ilişkide olduğunu varsayar (Gujarati, 2005: 555- 556).

DOM'un var olan sorunları nedeniyle DOM yerine doğrusal olmayan modele ihtiyaç duyulmaktadır. İki kategorili bağımlı değişkenin davranışının açıklanabilmesi için DOM modeline karşı alternatif olarak kullanılan yöntemlerin başında lojistik regresyon yöntemi gelir (Uzun, 2011: 48).

3.4.2. Hanelerin Yaptıkları Sağlık Harcamalarını Etkileyen Değişkenlerin Lojistik Regresyon Yöntemi ile Analizi

3.4.2.1. Amaç ve Yöntem

Bu çalışmada, TÜİK tarafından yayınlanan 2010 yılı HBA verilerine dayanarak Türkiye'de hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcaması (CSH)'nı etkileyen değişkenlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Öncelikle aşağıdaki tabloda 2010 yılı HBA'den elde edilmiş bazı harcama kalemlerine ilişkin veriler sunulmuştur.

Tablo 9: 2010 Yılı HBA'daki Hane Sayıları ve Ortalama Aylık Harcama Değerleri, (TL)

Değişkenler	Tüm haneler	CSH yapan haneler	CSH yapmayan haneler
Hane Sayısı (Ham veri)	10.082	6.423	3.569
(Ağırlıklandırılmış veri)	18.808.166	11.993.419	6.814.747
Ortalama harcama	1.843	1.962	1.633
Ortalama gıda harcaması	403	425	363
Ortalama sağlık harcaması	39	61	0
Gıda harcaması / Toplam harcama (%)	25,44	25,23	25,80
Sağlık harcaması / Toplam harcama (%)	2,05	3,21	-

Tablo 9'da sunulan harcama değerleri, HBA veri setinin ağırlıklandırılması ile elde edilmiştir. Yani veri seti genişletilerek, Türkiye'yi temsil edecek düzeye getirilmiştir. Tablodan da görüleceği üzere, tüm hanelerin, CSH yapan ve yapmayan hanelerin ortalama harcama değerleri arasında çok büyük farklar bulunmamaktadır. Yalnızca CSH yapan hanelerin, toplam harcama içindeki sağlık harcaması payı tüm hanelere oran %1 kadar daha fazladır.

2010 yılı HBA mikro veri setinden elde edilen değişkenler ile lojistik regresyon modeli kurulmuştur. Modelde bağımlı değişken olarak CSH yapıp yapmama durumu alınmıştır. CSH yapma durumu kukla değişken olup, CSH yapmama durumu 0, CSH yapma durumu 1 ile olarak kodlanmıştır. Veri setinde toplam 10.082 hane olup, bu hanelerden 6.423 tanesi CSH yapmakta ve 3.659 tanesi CSH yapmamaktadır.

Aşağıdaki tabloda, analizde kullanılan değişkenler ve bu değişkenlerin veri setindeki dağılımları sunulmuştur.

Tablo 10: Analizde Kullanılan Bağımsız Değişkenler ve Açıklamaları

Değişkenler		Veri Seti		CSH Yapan Haneler		CSH Yapmayan Haneler	
		N =10.082	%	n =6.423	%	n =3.659	%
Hane reisinin sigortalılık durumu	SGK	7.769	77,1	5.056	78,72	2.713	74,15
	Diğer	34	0,34	24	0,37	10	0,27
	İsteğe bağlı	86	0,85	63	0,98	23	0,63
	Yeşil kart	1.228	12,2	743	11,57	485	13,25
	Sigorta yok	965	9,57	537	8,36	428	11,70
Hane reisinin cinsiyeti	Erkek	8.616	85,5	5.533	86,14	3.083	84,26
	Kadın	1.466	14,5	890	13,86	576	15,74
Hane reisinin yaşı	< 65	8.529	84,6	5.375	83,68	3.154	86,20
	≥ 65	1.553	15,4	1.048	16,32	505	13,80
Hane reisinin istihdam durumu	Çalışmıyor	3.246	32,2	2.061	32,09	1.185	32,39
	Çalışıyor	6.836	67,8	4.362	67,91	2.474	67,61
Hane reisinin eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı	6.158	61,1	3.872	60,28	2.286	62,48
	Ortaokul ve üstü	3.924	38,9	2.551	39,72	1.373	37,52
Hane reisinin medeni durumu	Evli değil	1.457	14,5	832	12,95	625	17,08
	Evli	8.625	85,6	5.591	87,05	3.034	82,92
%20'lik Gelir dilimleri (Q1: En fakir) (Q2: En zengin)	Q1	2.017	20	1.163	18,11	854	23,34
	Q2	2.016	20	1.262	19,65	754	20,61
	Q3	2.017	20	1.270	19,77	747	20,42
	Q4	2.016	20	1.335	20,78	681	18,61
	Q5	2.016	20	1.393	21,69	623	17,03

Değişkenler		Veri Seti		CSH Yapan Haneler		CSH Yapmayan Haneler	
		N =10.082	%	n =6.423	%	n =3.659	%
Hanenin sağlık merkezlerine ulaşım durumu	Zor	2.546	25,3	1.617	25,18	929	25,39
	Kolay	7.536	74,8	4.806	74,82	2.730	74,61
Hanede 5 yaş ve altı birey olması	Yok	7.304	72,5	4.535	70,61	2.769	75,68
	Var	2.778	27,6	1.888	29,39	890	24,32
Hanede 65 yaş ve üstü birey olması	Yok	7.930	78,7	4.934	76,82	2.996	81,88
	Var	2.152	21,3	1.489	23,18	663	18,12
Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan birey olması	Yok	8.945	88,7	5.586	85,97	3.359	91,80
	Var	1.137	11,3	837	13,03	300	8,20
Hanenin yerleşim yeri	Kır	3.170	31,4	2.005	31,22	1.165	31,84
	Kent	6.912	68,6	4.418	68,78	2.494	68,16
Hanede yaşayan birey sayısı	≤4	7.374	73,1	4.623	71,98	2.751	75,18
	≥5	2.708	26,9	1.800	28,02	908	24,82
Toplam		10.082	100	6.423	100	3.659	100

3.4.2.2. Bulgular

Aşağıdaki tabloda 2010 yılı HBA'ya göre Türkiye'de hanelerin yaptıkları sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin tespit edilmesini amaçlayan lojistik regresyon sonuçları yer almaktadır.

Tablo 11: Lojistik Regresyon Sonuçları

Değişkenler	β	Exp β (Odds Oranı)	Standart Hata	z	Anlamlılık Düzeyi	Güven Aralığı	
						Alt	Üst
	SGK						
Hane reisinin sigortalılık durumu	Diğer	0,129	1,137	0,433	0,34	0,735	0,540 2,397
	İsteğe bağlı	0,491	1,634	0,405	1,98	0,048	1,005 2,656
	Yeşil kart	-0,154	0,857	0,064	-2,07	0,038	0,741 0,992
	Sigorta yok	-0,301	0,740	0,054	-4,16	0,000	0,642 0,853
Hane reisinin cinsiyeti	Erkek						
	Kadın	0,223	1,250	0,108	2,57	0,010	1,055 1,481
Hane reisinin yaşı	< 65						
	≥ 65	-0,066	0,936	0,108	-0,57	0,566	0,747 1,173
Hane reisinin istihdam durumu	Çalışmıyor						
	Çalışıyor	0,007	1,007	0,053	0,14	0,889	0,908 1,118
Hane reisinin eğitim düzeyi	İlköğretim ve altı						
	Ortaokul ve üstü	0,024	1,025	0,051	0,50	0,620	0,930 1,129
Hane reisinin medeni durumu	Evli değil						
	Evli	0,490	1,632	0,140	5,72	0,000	1,380 1,930
%20'lik Gelir dilimleri (Q1: En fakir) (Q2: En zengin)	Q1						
	Q2	0,199	1,220	0,084	2,90	0,004	1,067 1,395
	Q3	0,216	1,241	0,089	3,02	0,003	1,079 1,428
	Q4	0,345	1,412	0,105	4,62	0,000	1,220 1,634
	Q5	0,485	1,625	0,127	6,19	0,000	1,393 1,894

Değişkenler	β	Exp β (Odds Oranı)	Standart Hata	z	Anlamlılık Düzeyi	Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Hanenin sağlık merkezlerine ulaşım durumu	Zor						
	Kolay	-0,045	0,956	0,052	-0,83	0,404	0,859 1,063
Hanede 5 yaş ve altı birey olması	Yok						
	Var	0,306	1,358	0,071	5,87	0,000	1,226 1,504
Hanede 65 yaş ve üstü birey olması	Yok						
	Var	0,438	1,549	0,155	4,37	0,000	1,273 1,885
Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan birey olması	Yok						
	Var	0,501	1,650	0,123	6,70	0,000	1,425 1,911
Hanenin yerleşim yeri	Kır						
	Kent	-0,005	0,995	0,052	-0,09	0,930	0,899 1,103
Hanede yaşayan birey sayısı	≤ 4						
	≥ 5	0,039	1,039	0,056	0,72	0,474	0,935 1,155
Sabit		-0,289	0,749	0,749	-2,47	0,014	-0,519 -0,594
Model Ki-Kare: 272,604 (p=0,000). -2 Log likelihood: 12936,47. Pseudo R ² : 0,0206; Nagelkerke R ² :0,037. Hosmer–Lemeshow test Ki-Kare: 5,317 (p = 0.723)							

Model Ki-Kare istatistiğine göre; (p=0,000) < $\alpha=0,05$ olduğu için H_0 hipotezi reddedilir ve modelde katsayılardan en az biri istatistikî olarak sıfırdan farklı olduğu için lojistik modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu söylenebilir.

Lojistik regresyondaki Pseudo R², sıradan en küçük karelerdeki R² ile aynı şeyi ifade etmemektedir. Yani Pseudo R², bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin açıklama gücünü vermemektedir. Pseudo R² 0 ile 1 arasında değer alır ancak 1 çok ulaşılabilir bir değer değildir. Sonuçlar lojistik modele iyi uyuyorken de Pseudo R² normalden çok daha düşük çıkabilir (Ucla, 2011). Lojistik regresyonda kullanılan R²'ler doğrusal regresyona

kıyasla oldukça düşüktür. Doğrusal regresyonda Düşük R^2 okuyucu için bir problemdir. Lojistik regresyonda R^2 değerinin verilmemesi tavsiye edilmektedir (Hosmer ve Lemeshow, 2000: 167).

Kurulan modelin geçerliliğini sınavan ve uyum iyiliği testi olan Hosmer ve Lemeshow testinin ($p = 0,723$) $< \alpha=0,05$ olduğu için H_0 hipotezi kabul edilir ve modelin verilere uyum olduğu söylenebilir.

Sınıflandırma tablosu (classification tables), lojistik regresyonda uyum iyiliği için kullanılan bir ölçüttür ve bağımlı değişken değerlerinin çaprazlanması ile elde edilir. Bu tabloda, bağımlı değişkeninin gözlenen ve olasılıklardan türetilen (0 veya 1) değerleri yer almaktadır. Kesim değeri için genellikle 0,5 değeri kullanılmaktadır. Ele alınan kestirim değeri 0,5'i geçtiğinde 1, aksi durumda 0 grubuna atama yapılmaktadır (Hosmer ve Lemeshow, 2000:156). Bu tablo kısaca modelin incelenen durumu ne kadar doğru sınıflandırabildiğini gösterir. Aşağıdaki kurulan lojistik modelin sınıflandırma tablosu verilmiştir.

Tablo 12: Sınıflandırma Tablosu

Gözlenen	Tahmin		
	Cepten sağlık harcaması yok	Cepten sağlık harcaması var	Doğru sınıflandırma yüzdesi
Cepten sağlık harcaması yok	236	3423	6,4
Cepten sağlık harcaması var	181	6242	97,2
Toplam yüzde			64,3

Not: Kestirim değeri=0,5

Kurulan lojistik modelin sınıflandırma tablosuna göre, Türkiye'de hanelerin cepten sağlık harcaması yapma durumu %64,3 oranında doğru sınıflandırılmıştır.

Odds oranı epidemiyolojik olarak nispi risk anlamını taşımaktadır. Risk, toplam içinde meydana gelenlerin oranıdır. Nispi risk ise bir durumdaki riske karşılık diğer durumdaki riskin olmasıdır. Yani odds oranı, olma ihtimalinin, olmama ihtimaline oranı olarak tanımlanır (Akgül, 2005: 414, 415). Lojistik regresyon modelinde katsayıların yorumu yapılırken hesaplanan olabilirlik oranı olan odds oranı kullanılmaktadır. Hesaplanan odds oranı $\text{Exp}(\beta)$ değeri ait olduğu bağımsız değişkende, bağımlı değişkenin meydana gelme olasılığını kaç kat artıracığı ya da azaltacağını temsil etmektedir. Odds oranı 1'den büyük çıkan değişkenler, cepten sağlık harcama yapma olasılığını arttırmaktadır. Odds oranı 1'den küçük çıkan değişkenler ise cepten sağlık harcama yapma olasılığını azaltmaktadır. Tablo 11'deki modelin sonuçları yorumlanırken, %5 anlamlılık düzeyinde istatistikî olarak anlamlı bulunmayan değişkenler yorumlanmamıştır. İstatistikî olarak anlamsız bulunan değişkenlerin işaretleri beklentilere uygun bulunduğu için modelden çıkartılmamıştır. Hanelerin sağlık harcama yapmasını etkileyen değişkenler yorumları ile birlikte aşağıda verilmiştir.

Hane reisinin isteğe bağlı sigorta kapsamında olduğu hanelerin, hane reisinin zorunlu sigortalı (SGK) olduğu hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,634 kat daha fazladır.

Hane reisinin yeşil kart sigorta kapsamında olduğu hanelerin, hane reisinin zorunlu sigortalı olduğu hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 0,857 kat azalmaktadır. Yani hane reisi yeşil kart sahibi ise, hanenin cepten sağlık harcama yapma riski daha azdır. Bu durum beklenen bir sonuçtur. Yeşil kart, belli bir gelir seviyesinin altında hanelere verildiği için hanelerin sağlık ihtiyaçlarının yeşil kart aracılığı ile karşılanması, hanelerin kendi gelirleri aracılığı ile en az seviyede sağlık harcaması yapması beklenmektedir.

Hane reisinin herhangi bir sigorta kapsamında olmadığı hanelerin, hane reisinin zorunlu sigortalı olduğu hanelere göre cepten sağlık harcama

yapma olasılığı 0,74 kat daha azalmaktadır. Yani hane reisinin herhangi bir sağlık güvencesi yok ise hanenin cepten sağlık harcama yapma riski daha azdır. Bu durum literatürle de uyumludur. Bu hanelerin, gelir seviyesinin düşük ve aynı zamanda gelirin büyük bir kısmının gıda harcamalarına ayrılması muhtemel olduğu için sağlık harcamalarına bütçe ayırmıyor ya da ayıramıyor olmaları beklenmektedir.

Hane reisinin kadın olduğu hanelerin, hane reisinin erkek olduğu hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,25 kat daha fazladır. Literatür taraması bölümünde bahsedildiği gibi yapılan çalışmalarda, kadınların sağlık harcama yapma olasılığı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum kadınların erkeklere göre hayatları boyunca daha fazla sağlık hizmeti kullanması ile ilişkilendirilmektedir.

Hane reisinin evli olduğu hanelerin, hane reisinin evli olmadığı hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,632 kat daha fazladır. Literatür taramasında belirtildiği gibi bazı çalışmalarda evli olan bireylerin, sağlık harcama riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Beklentiler, evli olan bireylerin hanelerinde daha fazla birey yaşamsı ve buna bağlı olarak daha fazla cepten sağlık harcaması yapması yönündedir.

% 20'lik gelir gruplarına göre 1. gelir dilimi en fakir ve 5. gelir dilimi en zengin grubu temsil etmektedir. İkinci gelir diliminde olan hanelerin, birinci gelir diliminde olan hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,22 kat daha fazladır. Üçüncü gelir diliminde olan hanelerin, birinci gelir diliminde olan hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,241 kat daha fazladır. Dördüncü gelir diliminde olan hanelerin, birinci gelir diliminde olan hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,412 kat daha fazladır. Beşinci gelir diliminde olan hanelerin, birinci gelir diliminde olan hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,625 kat daha fazladır. %20'lik sıralı gelir diliminde, hanelerin içinde bulunduğu gelir düzeyi arttıkça, cepten sağlık harcama riski artmaktadır. Bu durum üst gelir

grubundaki hanelerin, literatür çalışmasında da belirtildiği gibi kamu sağlık hizmetleri yerine özel sağlık hizmetlerini tercih etmeleri ile açıklanabilir. Çıkan sonuç, özellikle özel muayenehanelerin ülkemizde yüksek fiyatlı olması ve aynı zamanda eczaneden ilaç satın alma konusunda yasal kısıtlamaların çok fazla olmaması sebebiyle beklentilere uygundur.

Hanede 5 yaş ve altı birey bulunan hanelerin, bu yaş grubuna ait bireyin bulunmadığı hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,358 kat daha fazladır. Hanede 65 yaş ve üstü birey bulunan hanelerin, bu yaş grubuna ait bireyin bulunmadığı hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,549 kat daha fazladır. Bir insanın yaşamı boyunca en sık sağlık hizmeti kullanmaya ihtiyaç duyduğu yaş aralıklarında, hanenin kendi kaynakları ile sağlık harcaması yapma riskinin arttığının bulunması hem beklentileri karşılamakta hem de literatüre uymaktadır.

Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan birey bulunan hanelerin, böyle bir problemi olan bireyin bulunmayan hanelere göre cepten sağlık harcama yapma olasılığı 1,65 kat daha fazladır. Sağlıklı bireylerin yaşadığı hanelere göre, özürlü ya da engelli birey olan hanelerin kendi kaynakları ile sağlık harcaması yapma riskinin daha fazla olması beklenen bir sonuçtur.

Hane reisinin yaşı, istihdam durumu, eğitim seviyesi ve hanenin sağlık merkezi hizmetlerine ulaşımı, yerleşim yeri ve hane büyüklüğü ile hanelerin cepten sağlık harcama yapması arasında %5 anlamlılık düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunamamıştır. Zaten lojistik regresyon sonucunda bu değişkenler için elde edilen odds oranları, karşılaştırılan değişkenler arasında fark olmadığını temsil eden değer olan 1'e çok yakın olduğu için yorum yapmaya çok elverişli değillerdir. Yani bu değişkenler istatistiksel olarak anlamlı olmamalarının yanında, bağımlı değişkenin ortaya çıkma olasılığı üzerinde de etkileri yoktur. Literatürde çalışmasında belirtildiği gibi bu değişkenler için birbirinden farklı sonuçlar vardır. Literatürde genel

olarak yaşı ve eğitim seviyesi yüksek olan bireylerin daha fazla sağlık harcaması yaptığı yönünde bulgular vardır. Bu çalışmada hanede 65 ve üstü birey olması durumu ile hanenin cepten sağlık harcaması yaptığına ilişkin anlamlı ilişki bulunurken, hane reisinin yaşı ile anlamlı ilişki bulunamamıştır. Hanenin gelir seviyesi ile hane reisinin istihdam durumu değişkenlerinin aynı yönlü olması beklenmektedir. Çalışmada bu beklenti karşılanmakla birlikte hane reisinin istihdam durumu değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Hane reisinin eğitim seviyesi arttıkça cepten sağlık harcama yapma riskinin artması beklenmektedir. Odds oranı bu beklentiye karşılıyor da olsa hane reisinin eğitim seviyesini temsil eden değişken istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Kentte yaşayan bir hane sağlık merkezlerine de kolay ulaşacağından, hanenin yerleşim yeri ve konutunun bulunduğu yerin sağlık merkezi hizmetlerine ulaşımını temsil eden değişkenlerin aynı yönlü olması beklenmektedir. Bu değişkenler istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ancak beklentileri karşılayacak şekilde aynı yönlüdürler. Hane büyüklüğü arttıkça hanelerin kendi kaynakları ile daha fazla sağlık harcaması yapması beklenmektedir. Literatür, hanede yaşayan birey sayısı fazla olan hanelerin sağlık harcaması yapma olasılığının daha fazla olması yönündedir. Çalışmada hane büyüklüğü değişkeni istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ancak değişkenin yönü beklentilere uygundur.

SONUÇ

Son yıllarda çoğu ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sağlık harcamaları hem rakamsal hem de oransal olarak artmaktadır. Sağlık harcamalarının GSYH’daki payının artıyor olması, bu harcamaların daha etkin ve verimli kullanılması gerekliliğini gündeme getirmektedir.

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türkiye’de sağlık alanında reformlar yapılmaya çalışılmaktadır. Türkiye, sağlık alanında özellikle Avrupa’nın çok daha önceleri yaşadığı gelişmeleri henüz yeni yaşamaya başlamıştır. Yaşanan bu gelişmeler; Türkiye’yi, OECD Avrupa ülkeleri içerisinde sağlık harcamalarındaki büyüme hızında birinci ülke yapmakta, ancak kişi başına düşen toplam sağlık harcamasında hala sonuncu ülke olmaktan kurtaramamaktadır.

1999 yılından beri Türkiye’de sağlık harcamaları, OECD tarafından geliştirilen sağlık hesapları sistemi göre hesaplanmakta ve bu tarihten itibaren rakamlar uluslararası düzeyde karşılaştırma imkânına sahip olmaktadır. Sağlıkın finansman kaynaklarından birisi özel sektör harcamalarıdır ve özel sektör harcamalarının içerisinde hanehalkı harcamaları yer almaktadır. Literatürde bu tip harcamalar, cepten yapılan sağlık harcaması (out-of-pocket health payments) olarak geçmektedir. Cepten yapılan sağlık harcaması; hanelerin, ön ödeme mekanizması olmadan, sağlık hizmetlerine ulaşmak için, doğrudan hizmet sunucusuna yaptıkları ve herhangi bir kişi veya kurum tarafından kısmen veya tamamen kendilerine geri ödenmeyen harcamalardır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının, sağlık harcamaları finansmanına katkıda bulunmasının yanında, bireylerin üzerinde yarattığı olumsuz etkileri de vardır. Fazla cepten sağlık harcaması yapan bireyler, sağlık hizmeti alma konusunda daha çekingen davranabilirler. Ayrıca bireylerin farklı oranlarda sağlık harcaması yapması adaleti engelleyen bir

unsur olarak ülkelerin karşısına çıkmaktadır. Literatürdeki çalışmalar, cepten yapılan sağlık harcamasının, toplam sağlık harcaması içindeki payının gelişmekte olan ülkelerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu durum, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerin sağlığı, gelişmiş ülkeler kadar finansman ayıramaması ile açıklanmaktadır. Bu nedenle Türkiye gibi orta gelirli ülkelerin bu harcamalara daha fazla önem vermesi gerekmektedir. Hanehalkı tarafından yapılan sağlık harcamalarının, haneleri etkileme yoğunluğu gelir durumuna göre değişiklik göstermektedir. Yüksek gelirli hanelere göre geliri düşük olan hanelerin yapacakları sağlık harcamaları, bu haneleri daha çok etkileyecektir. Yani cepten yapılan sağlık harcamaları, hem yapılan sağlık politikalarıyla hem de ülkenin içerisinde bulunduğu ekonomik durumla yakından ilişkilidir.

Türkiye’de toplam sağlık harcaması içinde cepten yapılan sağlık harcamasının payı 1999 yılında %29,1 iken, yıllar içerisinde dalgalı bir seyir izleyerek bu oran 2008 yılında %17,4’e gerilemiştir.

Hem haneleri hem de sağlık harcamalarında finansman kaynaklarından biri olarak politika yapıcıları yakından ilgilendiren cepten yapılan sağlık harcamalarının boyutlarının ve bu harcamaları etkileyen faktörlerin tespit edilmesi önemlidir. Bu noktadan hareketle bu çalışmada, haneler tarafından yapılan sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda, TÜİK tarafından yıllık olarak yayınlanan ve Türkiye’nin değişen sosyo-ekonomik yapısını ortaya koymaya amaçlayan 2010 yılı Hanehalkı Bütçe Anketi veri seti kullanılmıştır. Haneler tarafından yapılan sağlık harcamasını etkileyen değişkenler tespit edilmeye çalışılırken, tüketim, fert ve hane veri setindeki değişkenler kullanılmıştır. Değişkenlerin hane bazında birleştirilmesi ile birlikte hanelerin yaptıkları sağlık harcamalarını etkileyen değişkenlerin tespitine olanak sağlanmıştır.

Hanelerin yaptığı sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin tespiti için çalışmada ileri parametrik olmayan bir istatistiksel metot olan lojistik

regresyon kullanılmıştır. Lojistik regresyon; bağımlı değişken ikili sonucu olan bir değişken olduğu durumlarda kullanılır. Lojistik dağılım fonksiyonunda, P_i bağımsız değişkeni X_i veri iken, i . bireyin belirli bir seçim yapma olasılığını temsil etmektedir.

Modelin bağımsız değişkenleri; hane reisinin sigortalılık durumu, hane reisinin cinsiyeti, hane reisinin yaşı, hane reisinin istihdam durumu, hane reisinin eğitim düzeyi, hane reisinin medeni durumu, hanenin %20'lik gelir dilimindeki yeri, hanenin sağlık merkezlerine ulaşım durumu, hanede 5 yaş ve altı birey olup olmaması, hanede 65 yaş ve üstü birey olup olmaması, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan birey olup olmaması, hanenin yerleşim yeri, hanede yaşayan birey sayısı olmak üzere ikili ya da kategorik değişkenlerden oluşmaktadır. Modelin bağımlı değişkeni ise hanenin sağlık harcaması yapıp yapmama durumudur. Yapılan testler ile modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve modelin verilere uygun olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Yapılan çalışmanın sonucunda; hane reisinin isteğe bağlı sigorta kapsamında olduğu hanelerin, hane reisinin zorunlu sigortalı olduğu hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılığının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bunun yanında, hane reisinin yeşil kart sigorta kapsamında olduğu haneler ile hane reisinin herhangi bir sigorta kapsamında olmadığı hanelerin, hane reisinin zorunlu sigortalı olduğu hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılığının daha az olduğu bulunmuştur. Sağlık sigortası olmayanlar ile yeşil kart kapsamında olan hanelerin ihtiyacı olduğu halde sağlık harcaması yapamadıkları sonucu ortaya çıkmaktadır.

Hane reisinin kadın olduğu hanelerin, hane reisinin erkek olduğu hanelere göre ve hane reisinin evli olduğu hanelerin, hane reisinin evli olmadığı hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların erkeklere göre daha uzun yaşam beklentisine sahip olmaları ve yaşamları boyunca sağlık hizmetlerine

daha fazla ihtiyaç duymaları nedeniyle sağlık harcaması yapma olasılıklarının daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Medeni durumda ise literatürde farklı sonuçları yer almaktadır.

Hanede 5 yaş ve altı ile 65 yaş ve üstü birey bulunan hanelerin, bu yaş gruplarına ait bireyin bulunmadığı hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde de belirtildiği gibi bu yaş grubundaki bireyler sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duyarlar. Ayrıca hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan birey bulunan hanelerin, böyle bir problemi olan bireyin bulunmayan hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Zaten dezavantajlı olan bireylerin birde cepten sağlık harcaması yaparak finansal olarak zor durumda kalmaları, bireylerin sağlık hizmetlerine hakkaniyetli bir şekilde ulaşması gerekliliği ile ters düşmektedir.

Analizde hanelerin gelirleri beş eşit gruba ayrılmış ve %20'lik gelir gruplarına göre 1. gelir dilimi en fakir ve 5. gelir dilimi en zengin grubu temsil etmektedir. 1. gelir dilimi referans olarak alınmıştır ve yapılan analiz sonucunda diğer gelir dilimindeki hanelerin 1. gelir dilimindeki hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca gelir dilimi yükseldikçe cepten sağlık harcaması yapma olasılığının giderek arttığı da dikkati çekmektedir. Bu durum zaten gelir düzeyi düşük olan haneler için bir avantaj olabilir. Ancak yüksek gelir grubundaki hanelerin daha fazla sağlık sigortası yaptırmaya olanağına sahip olması nedeniyle daha az cepten sağlık harcaması yapmaları beklenmektedir. Bu durum Türkiye'de sigorta kapsamındaki bireylerin arttırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Çıkan sonuç, üst gelir grubundaki hanelerin kamu hastaneleri yerine özel hastane ve muayenehaneleri tercih ettiğini göstermektedir.

Türkiye’de sağlık harcamaları son yıllarda artış göstermiştir ve bu artış, özellikle nüfusun artması ve teknolojik gelişmeler nedeniyle devam etme eğilimindedir. Bu durum, artan sağlık harcamalarının nasıl karşılanacağı sorusunu gündeme taşımaktadır. Artan harcamalar, bireyler üzerindeki finansal yükü arttırmamalı ve sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli dağıtılmasının önünde bir engel oluşturmamalıdır.

Hanelerin sosyo-ekonomik durumları ile sağlık harcamaları yapmaları arasında ilişki vardır. Hanelerin yaptığı bu harcamaların hangi koşullara bağlı olduğu ve hanelerin bu harcamalardan nasıl etkilendiğinin tespit edilip, sağlık hizmetlerinin en adil şekilde dağıtılması politika yapıcılar açısından önem taşımaktadır. Özellikle yoksul bireylerin ihtiyacı olduğu ölçüde sağlık hizmeti alabilmelerinin birinci koşulu, piyasa kaygısı olmayan sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almalarıdır. Türkiye, kendi yapısına ve koşullarına bağlı kalarak finansal olarak sürdürülebilir, erişilebilir ve adil bir sağlık hizmeti sisteminin sağlanması için sağlık harcamalarını en uygun düzeyde belirlemelidir. Şüphesiz ki sağlık sektörünün mevcut durumu ve gelişimi, makroekonomik yapı ile yakından ilgilidir. Sağlık sektörüne ayrılan bütçe, sağlık sektörünün finansal sürdürülebilirliği, bireylerin yaptıkları sağlık harcamaları ve bu harcamalar nedeniyle yaşanan finansal zorluğun boyutları ülkenin genel ekonomik yapısı ile iç içedir.

KAYNAKÇA

AKDOĞAN, Abdurrahman; **Kamu Maliyesi**, Ankara, Gazi Kitabevi, 2007.

AKDUR, Recep; **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu** (Güncellenmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı), Ankara, ATAUM Araştırma Dizisi, No:25, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006.

AKGÜL, Ziya; **Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri**, Ankara, Emek Ofset, 2005.

AKTAN, Coşkun; "Halk Sağlığı Ve Temel Sağlık Hizmetleri Sunumunda Devletin Hizmet Sunma Kapasitesinin Arttırılması", (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/halk-saglik.pdf>, 04.11. 2011a.

AKTAN, Coşkun; "Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler", (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, 04.11. 2011b.

AKTAN, Coşkun Can, IŞIK A. Kadir; "21. Yüzyıldada Herkes İçin Sağlık: 21 Hedef", (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/herkes-icin.pdf>, 04.11.2011a.

AKTAN, Coşkun Can, IŞIK A. Kadir; "Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Yönelik Evrensel Sağlık Bildirgelerine Toplu Bir Bakış; 2", (Erişim) <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sagligin-korunmasi.pdf>, (Erişim tarihi: 04.11.2011), 2011b.

ALTAY, Asuman; "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", **Sayıştay Dergisi**, sayı 64, Ocak-Mart, 2007, s. 33-58.

BELEK, İlker; **Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, İstanbul, Sorun Yayınları, 2001.

BELLI, Paolo; **Formal and Informal Household Spending on Health: A Multicountry Study In Central and Eastern Europe Final Report, Central and Eastern European Health Network**, Harvard School of Public Health, International Health System Group, 2002.

BİLGEL, Fırat; **The Determinants of Canadian Provincial Health Expenditures: Evidence from Dynamic Panel**, University of Saskatchewan Library Electronic Theses & Dissertations, 2004.

CHU, Tu-Bin, LİU, Tsai-Ching, CHEN, Chin-Shyan, TSAİ, Yi-Wen, CHİU, Wen-Ta; “Household Out-Of-Pocket Medical Expenditures and National Health Insurance in Taiwan: Income and Regional Inequality”, **BMC Health Services Research**, vol 5: 60, 2005, s. 1-9.

ÇALIŞKAN, Zafer; “OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi”, **Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, sayı: 34, Temmuz-Aralık 2009, s. 117-137.

ÇELİK, Yusuf; **Sağlık Ekonomisi**, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2011.

DAMME, Wim Van., LEEMPUT, Luc Van, POR, Ir, HARDEMAN, Wim, MEESEN, Bruno; “Out-of-pocket Health Expenditure and Debt in Poor Households: Evidence From Cambodia”, **Tropical Medicine and International Health**, vol 9, no 2, February 2004, s. 273-280.

DE GRAEVE, Diana, SCHOKKAERT, Erik, CANTILLON, Bea; **Equity in the Finance of Healthcare: Summary**, 2003.

DEMİR, Osman; **Ekonomide Devlet**, Ankara, SPK, 1997.

DI MATTEO, Livio, DI MATTEO Rosanna; “Evidence on the Determinants of Canadian Provincial Government Health Expenditures: 1965–1991”, **Journal of Health Economics** vol 17, issue 2, April, 1998, s. 209–227.

DI MATTEO, Livio; “The Income Elasticity of Health Care Spending”, **The European Journal of Health Economics**, vol 4, 2003, s. 20-29.

FALKINGHAM, Jane; Poverty, “Out-of-pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan”, **Social Science & Medicine**, 58 (2), January, 2004, s. 247–258.

FOLLAND, Sherman, GOODMAN, Allen C., STANO, Miron; **The Economics Of Health And Health Care**, Fifth Edition, New Jersey, Pearson Prentice Hall, 2007.

GETZEN, Thomas E.; “Health care is an Individual Necessity and a National Luxury: Applying Multilevel Decision Models to the Analysis of Health Care Expenditures”, **Journal of Health Economics**, vol 19, issue 2, March, 2000, s. 259-270.

GOTTRET, Pablo, SCHIEBER, J. George, WATERS, Hugh R.; **Good Practices in Health Financing**, World Bank, USA, 2008.

GROSSMAN, Micheal; “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health”, **The Journal of Political Economy**, Vol: 82, No: 2, 1972, s. 223-255.

GUJARATI, Damodar; **Temel Ekonometri**, çev. Ümit Şenesen, Gülay Günlük Şenesen, İstanbul, Literatür Yayıncılık, 2005.

HOSMER, Dawid W., LEMESHOW Stanley; **Applied Logistic Regression**, Second Edition, John Wiley and Sons, 2000.

KALAYCI, Şeref; **SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri**, 4. Baskı, Ankara, Asil Yayın Dağıtım, 2009.

KOBELT, Gisela; **Sağlık Ekonomisi: Ekonomik Değerlendirmeye Giriş**, Office of Health Economics, Fransa, 2010.

LİU, Yuanli, ÇELİK, Yusuf, ŞAHİN, Bayram; **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005.

MUTLU, Ayşegül, IŞIK, A. Kadir; **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa, Ekin Kitabevi Yayınları, 2005.

NEWHOUSE, Joseph P.; “Medical-care Expenditure: A Cross-National Survey”, **The Journal Of Human Resources**, vol 12, no 1, Winter, 1977, s. 115-125.

OECD, **Health at a Glance: Europe 2010**, OECD, 2010.

OECD, **OECD Health Data 2011**, (Erişim)

http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html, 21.09.2011.

OECD, World Bank; **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri-Türkiye**, OECD ve Dünya Bankası, 2008.

ÖZGEN, Hacer, ŞAHİN, İsmet, YALÇIN, Pınar; **Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Katastrofik Harcamalara ve Yoksullaşmaya Etkisinin Değerlendirilmesi**, Proje no: 08D12702001 (4714), Ankara, 2010.

RINGEL, Jeanne S., HOSEK, Susan D., VOLLAARD, Ben A., MAHNOVSKI, Sergej; **The Elasticity of Demand for Health Care**, National Defense Research Institute, RAND, 2002.

Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sayısı: 224, R.G. Tarihi: 12.01.1961, R.G. Sayısı: 10705 (Erişim) <http://saglik.gov.tr/TR/belge/1-463/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hiz-.html>, 03.10.2011.

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge, (Erişim) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-2446/saglik-hizmetlerinin-yurutulmesi-hakkinda-yonerge.html>, 03.10.2011.

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Kanun Numarası: 3359, Resmi Gazete Tarih: 15.5.1987, Sayı: 19461, (Erişim) <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-3966/saglik-hizmetleri-temel-kanunu.html>, 03.10.2011.

SHEN, Yu-Shen, MCFEETERS, Joshuna; “Out-of-Pocket Health Spending Between Low- and High-Income Populations: Who is at Risk of Having High Financial Burdens?”, **Medical Care**, vol 44, March, 2006, 200-209.

TATAR, Mehtap; “Teorik Çerçevesiyle Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’ye İlişkin Genel Bir Değerlendirme”, **Sağlık Ekonomisi**, sayı 1, 2009, (Erişim) <http://www.saglik-ekonomisi.com/sed/index.php/dergi-arsivi/say-1/59-teorik-cercevesiyle-salk-ekonomisi-ve-tuerkiyeye-likin-genel-bir-deerlendirme>, 10.11.2011.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **İlerleme Raporu Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Ağustos 2008**, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayın no: 749, 2008a.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu Eylül 2010**, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayın no: 807, 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008**, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayın no: 770, 2008b.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999 – 2000**, Ankara, Yayın no: SB-HM-2004 / 08, 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Türk Sağlık Sistemi'nde Kurum Dışından Hizmet Alımı Uygulamaları**, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayın no: 791, 2010.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003**, Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayın no: 691, 2006.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, **Tarihçe**, (Erişim)<http://www.saglik.gov.tr/TSHGM/belge/1-724/tarihce.html>, 19.07.2011.

TOKAT, Mehmet; **Sağlık Ekonomisi**, AÖF Yayınları, 1994.

TÜİK, **2003 Temel Yıllı Tüketici Fiyatları Endeksleri**, (Erişim) http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=17&ust_id=6, 17.01.2012.

TÜİK, **Hanehalkı Bütçe Anketlerinin Uygulama Yöntemi, Tanım ve Kavramlar**, 2010 yılı Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Veri Seti, 2011.

TÜİK, **Nüfus Projeksiyonları ve Tahminleri**, (Erişim) http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=39&ust_id=11, 21.09.2011.

TÜİK, **Sağlık Harcamaları**, (Erişim) http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=6&ust_id=1, 21.09.2011.

TÜİK, **Tüketim Harcamaları, Yoksulluk ve Gelir Dağılımı**, Ankara, Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, 2008.

TÜİK, **Üretim Yöntemi ile GSYH**, (Erişim) http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=55&ust_id=16, 21.09.2011.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961), (Erişim) <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm>, 01.12.2011.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası,

(Erişim) <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>, 01.12.2011.

UCLA Academic Technology Services, **Resources to help you learn and use Stata**, (Erişim) <http://www.ats.ucla.edu/stat/stata/>, 03.02.2011.

UZUN, Ceren Büşra; **Türkiye’de Şartlı Nakit Transferi Yardımlarını Etkileyen Faktörlerin Lojistik Regresyon Analiziyle Tahmini**, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011.

ÜNSAL, M. Erdal; **Mikro Ekonomi**, 5. Baskı, Ankara, İmaj Yayınevi, 2004.

YARDIM, Mahmut Saadi, ÇİLİNGİROĞLU, Nesrin, YARDIM, Nazan; “Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey”, **Health Policy**, vol 94, 2010, 26-33.

YILDIRIM, Jülide, YILMAZ, Erdoğan, KORUCU, Nebile; “The Determinants of Out-of-pocket Payments: Evidence from Selected Hospitals in Ankara”, Turkey, **Applied Economics Letters**, vol 18, 2011, s. 1159-1162.

WAGSTAFF, Adam, DOORSLAER van Eddy; “Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98”, **Health Economics**, vol 12, April, 2003, s. 921-934.

WHO, **Constitution Of The World Health Organization**, (Erişim) <http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/>, 03.10.2011a.

WHO, **Declaration of Alma-Ata**, (Erişim) <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>, 03.10. 2011b.

WHO, **National Health Accounts Estimation Methods: Household Out-of-pocket Spending in Private Expenditure**, İsveç, 2008.

WHO, **The World Health Report**, İsveç, 2010.

WHO, **The World Health Report 2000: Having systems: Improving Performance**, İsveç, 2000.

WHO, **What are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?** WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Danimarka, 2004.

WHO, **Working For Health**,
(Erişim) <http://www.who.int/about/role/en/index.html>, 03.10. 2011c.

WHO, **World Health Statistics 2011**, Fransa, 2011.

World Bank, **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, Vol: 1, 2003.

World Bank, **World Development Report 1993 Investing in Health**, New York, Oxford University Press, 1993.

XU, Ke; **Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure**, Technical Briefs for Policy-Makers, Number 2, World Health Organization, 2005a.

XU, Ke; **Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures Methodology**, Discussion Paper, Number 2, World Health Organization, 2005b.

XU, Ke, EVANS, David, KAWABATA, Kei, ZERAMDİNİ, Riadh, KLAVUS, Jan, MURRAY, Christopher; "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis", **Lancet**, vol 362, July, 2003, 111-117.

XUEDAN, You; **Determinants of Out-of-pocket Health Expenditure in China: Analysis Using China Health and Nutrition Survey Data**, A Dissertation Submitted to the Graduate School of Medicine, The University of Tokyo in Partial Fulfillments for the Degree of Doctor of Public Health, 2010.

ÖZET

KAYA, Yağmur. Türkiye’de Hanehalkının Yaptığı Cepten Sağlık Harcamaları Ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2000-2010 Dönemi Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2012.

Cepten yapılan sağlık harcaması, hanelerin veya bireylerin sağlık hizmetine ulaşabilmek için direkt olarak hizmet sunucusuna yaptıkları ve kendilerine geri ödenmeyecek olan harcamalardır. Sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinden biri olan cepten yapılan sağlık harcamaları, hem bireyleri hem de sağlık sektörü finansmanını etkilediği için bu harcamaların boyutu tespit edilmelidir.

Bu çalışmada sağlık, sağlık hizmetleri, sağlık ekonomisi, Türkiye’de sağlık sistemi ve finansmanı üzerinde durulmuştur. Türkiye’de hanelerin yaptığı sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla TÜİK tarafından yayınlanan 2010 yılı Hanehalkı Bütçe Anketi mikro veri seti kullanılarak, lojistik regresyon ile model tahmin edilmeye çalışılmıştır.

Yapılan çalışmalar sonucunda; Türkiye’de hane reisinin isteğe bağlı sigorta kapsamında olduğu, kadın olduğu ve evli olduğu haneler ile hanede 5 yaş ve altı, 65 yaş ve üstü birey bulunan ve hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireyin olduğu hanelerin, diğer hanelere göre cepten sağlık harcaması yapma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gelir düzeyi arttıkça hanelerin cepten sağlık harcaması yapma olasılığının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler

1. Cepten yapılan sağlık harcaması
2. Sağlık harcaması
3. Lojistik regresyon
4. Sağlık ekonomisi
5. Sağlık hizmetleri

ABSTRACT

KAYA, Yağmur. Household Out-of-Pocket Health Expenditures in Turkey and the Determinants of These Expenditures: 2000-2010 Period, Ankara, 2012.

Out-of-pocket health expenditure refers to non-refundable direct payments to health-care service providers, paid by households or individuals to access to health-care services. Because out-of-pocket health expenditures, one of the methods of financing health-care services, affect both individuals and health-care financing, the size of out-of-pocket health expenditures must be determined.

In this study, health, health-care services, health economics, Turkey's health system and its financing is focused on. In order to determine the factors that affect health expenditures of households in Turkey, a logistic regression model is estimated by using micro data set of 2010 Household Budget Survey, published by TurkStat.

The results indicate that, compared to other households, households whose head has optional insurance, households whose head is female or married, households that have family members 5 years old and under or 65 years old and over and households that have family members having physical or mental problem that prevents daily activity are more likely to come across with out-of-pocket health expenditure. In addition, it is concluded that as the level of income of households increases, the probability of those households to disburse out-of-pocket health expenditure also rises.

Key Words

1. Out-of-pocket health expenditure
2. Health expenditure
3. Logistic regression
4. Health economics
5. Health care services