

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE’DE YAŞLI BİREYLERİN CEPTEN SAĞLIK
HARCAMALARI VE 2050 YILI İÇİN PROJEKSİYON

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ZEYNEP RUVEYDE BOZKAYA

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. FİKRİYE YILMAZ

ANKARA-2017

T.C.
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANA BİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE’DE YAŞLI BİREYLERİN CEPTEN SAĞLIK
HARCAMALARI VE 2050 YILI İÇİN PROJEKSİYON

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAZIRLAYAN
ZEYNEP RUVEYDE BOZKAYA

TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ.DR. FİKRİYE YILMAZ

ANKARA-2017



BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Tarih: 21 / 07 / 2017

Öğrencinin Adı, Soyadı : Zeynep Emine KAYA

Öğrencinin Numarası : 21510115

Anabilim Dalı : Sağlık Kurumları Yöneticiliği

Programı : Sağlık Kurumları Yöneticiliği Yüksek Lisans Programı

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı : Yrd. Doç. Dr. Fikriye YILMAZ

Tez Başlığı : Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Cepken Sağlık Harcamaları ve 2020 Yılı İçin Projeksiyon

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 117... sayfalık kısmına ilişkin, 21 / 07 / 2017 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından TUBAN... adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 13...'dir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

"Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını" inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:.....

Onay

21 / 07 / 2017

Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,

Yrd. Doç. Dr. Fikriye Yılmaz

KABUL VE ONAY SAYFASI

Zeynep Ruveyde BOZKAYA tarafından hazırlanan "Türkiye'de Yaşlı Bireylerin Cepten Sağlık Harcamaları ve 2050 Yılı İçin Projeksiyon" adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul (sınav) Tarihi : 17 / 08 / 2017

(Jüri Üyesinin Unvanı, Adı-Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Fikriye YILMAZ
Bartın Üniversitesi

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Korkut ERSOY
Bartın Üniversitesi

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Gülsün
Hacettepe Üniversitesi



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

13 / 09 / 2017



Prof. Dr. Doğan TUNCER

Enstitü Müdürü

Kızlarıma; ECE ve İNCİ



TEŞEKKÜR

Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı eğitimim süresince yardım, destek ve tecrübelerini esirgemeyen Saygıdeğer Hocam Prof.Dr. Korkut ERSOY’a,

Yüksek lisans çalışmalarım süresince bilgi ve tecrübeleri ile yol gösteren, Sayın Hocam Prof.Dr. Berna Simten MALHAN’a

Tez konusunun belirlenmesinde ve tezin bütün aşamalarında, sabrını, gülüyüzünü, yardım ve desteklerini esirgemeyen Sayın Hocam Yrd.Doç.Dr. Fikriye YILMAZ’a

Yaşamın tüm alanlarında örnek aldığım Değerli Hocam Sayın Prof.Dr. Kadir SEYHAN’a ve değerli, asil eşi, sevgili öğretmenim Sayın Sevilay SEYHAN’a

Yüksek Lisans çalışmalarımda yardım ve desteklerini esirgemeyen, Başkent Üniversitesi Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanı Sayın Şükrü SEYHAN’a

Yüksek Lisans Öğrenimine katılma fikrinde en başından beri yanımda olan, verilerimi düzenleme sürecinde desteklerini benden esirgemeyen, bilgisayar programları konusunda derin bilgilerini benimle paylaşan ve sabrını, ilgisini esirgemeyen Sayın Pınar Tekin BOZKAYA’ya

Hayatımın her alanında bana yol gösteren, beni yetiştiren, dayandığım dağım, sevgili babam, Sayın Osman Zeki TOPALOĞLU’na ve beni büyütmekle yetinmeyip, kızlarımı da büyüten, örnek insan, sırdaşım, dostum, şefkatli ve güzel kadın, canım annem Sayın Veliye TOPALOĞLU’na, her zaman diğer yarım olduğunu hissettiren sevgili “ağabey”im Sayın Tayfun TOPALOĞLU’na

Çalışma azmi ve öğrenme isteğini her zaman örnek aldığım, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen, kıymetli eşim, çok sevgili Sayın Doç.Dr. Süleyman BOZKAYA’ya, bana hep gülen gözlerle bakan, akıllı, sevgi dolu ve güzel kızlarım, prenseslerim, Sayın Ece BOZKAYA ve Sayın İnci BOZKAYA’ya

En içten saygılarımla teşekkür ederim.

ÖZET

Dünya nüfusu her geçen yıl biraz daha artmaktadır. Nüfus artışı beraberinde demografik yapı değişikliğini de getirmektedir. Nüfusun demografik yapısı, yaşlanma yönünde değişmektedir. Artan yaşlı nüfus; barınma, gıda, güvenlik ve sağlık gibi birçok problemi de beraberinde getirmektedir. Yaşlanan nüfus, en çok sağlık hizmetleri için harcama yapmaktadır. Çalışmanın amacı, Türkiye’deki yaşlı nüfusun genel durumunu ortaya koymak, sözkonusu nüfusun yaptığı cepten sağlık harcamalarını belirlemek ve cepten sağlık harcamalarının mevcut durumu üzerinden 2050 yılı için projeksiyon yapmaktır. Çalışmada Türkiye İstatistik Kurumu’ndan elde edilen 2015 yılı Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Veri Seti kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemini 65 yaş üzeri 3.972 birey ve bu bireylerin yaşadığı 2.837 hane olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde bireylerin ve yaşadıkları hanelerin özellikleri ve tüketim harcamaları tanımlayıcı istatistikler ile ortaya konulmuştur. Analiz sonucunda en az bir bireyin 65 yaş ve üstü olduğu hanehalklarının cepten sağlık harcaması yıllık ortalama 720,99 TL olarak hesaplanmıştır. 2015 yılı için 65 yaş üstü bireylerin yaptığı toplam cepten sağlık harcaması ise 1.442.029.435 TL olarak hesaplanmıştır. Mevcut veriler üzerinden, TÜİK nüfus projeksiyonları çerçevesinde 65 yaş üzeri bireylerin toplam cepten sağlık harcaması, 2023 yılı için minimum 2.511.384.236 TL ve maksimum 3.406.321.123 TL ve 2050 yılı için ise minimum 12.603.230.255 TL maksimum 47.820.182.036 TL olarak tahmin edilmiştir. Demografik senaryolara göre tahmin edilen cepten sağlık harcaması projeksiyonları, demografik yaşlanmanın sağlık harcamalarının düzenlenmesi, devam ettirilebilmesi ve finanse edilebilmesi açısından gelecekte Türkiye için önemli bir sorun olabileceğini göstermektedir. Çalışma, sorunun çözümüne yönelik geliştirilen öneriler ile sonlandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: yaşlılık, cepten sağlık harcamaları, Türkiye, projeksiyon

ABSTRACT

The world population is increasing every year. Population growth also brings with it demographic structure change. The demographic structure of the population changes in the direction of aging. Increased elderly population; Food, security and health. The aging population spends most of its time on health services. The aim of the study is to reveal the general situation of the elderly population in Turkey, in particular to determine the health expenditures of the population made by the population and to project for 2050 over the current state of health expenditures. In the study TURKSTAT's 2015 Household Budget Survey Micro Data Set was used. The sample of the study was accepted as 3.972 individuals over 65 years of age and 2.837 households inhabited by these individuals. In the analysis of the data, individual, household and consumption expenditures are defined with descriptive statistics. As a result of the analysis, out of pocket health expenditures of households where at least one individual is 65 years of age or older is calculated as average 720,99 TL. The total out-of-pocket health spending by individuals over the age of 65 for the year 2015 is calculated in 1.442.029.435 TL. The total out-of-pocket health expenditure of individuals aged 65 years and over within the framework of TURKSTAT's population projections is estimated as 2.511.384.236 TL minimum and 3.406.321.123 TL maximum, 12.603.230.255 TL minimum and 47.820.182.036 TL for the year 2050, based on the available data. Demographic scenarios are predicted out-of-pocket health expenditure projections show that demographic aging can be a significant problem for Turkey in the future in terms of regulating, maintaining and financing health spending. It was terminated by suggestions developed to solve the problem of work.

Keywords: Old age, out-of-pocket health expenditures, Turkey, projection

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TABLolar LİSTESİ	VII
GRAFİKLER LİSTESİ	X
KISALTMALAR DİZİNİ	XI
GİRİŞ.....	1
BÖLÜM 1. YAŞLILIK İLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER.....	4
1.1. Yaşlılık	4
1.2. Dünyada Yaşlılık.....	7
1.3. Türkiye’de Yaşlılık	13
BÖLÜM 2. SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ VE CEPTEN SAĞLIK HARCAMASI	16
2.1. Sosyal sağlık sigortaları	17
2.2. Vergiler ile finansman.....	19
2.3. Özel sağlık sigortaları.....	20
BÖLÜM 3. YAŞLANMA VE SAĞLIK HARCAMASI	29
BÖLÜM 5. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ	40
5.1. Çalışmanın Amacı	40
5.2. Çalışmanın Önemi.....	40
5.3. Veri Kaynağı	41
5.4. Evren ve Örneklem.....	42
5.5. Değişkenler.....	43
5.5.1. Bağımlı değişken	44
5.5.2. Bağımsız değişkenler	44
5.6.1. Verilerin Analize Hazırlanması	51
5.6.2. Tanımlayıcı istatistikler	51
5.6.3. Projeksiyon	52
BÖLÜM 6. BULGULAR.....	54
6.1.2. 65 yaş üstü bireylerin yaşadığı hane ile ilgili özellikler	65
6.1.3. Hanehalkının tüketim harcamaları ile ilgili bilgilerin bulunduğu tablolar	76
6.2. Türkiye’deki 65 Yaş ve Üstü Nüfus ile İlgili Projeksiyonlar.....	78
BÖLÜM 7. SONUÇ VE ÖNERİLER	87

KAYNAKÇA	99
EKLER	107
EK-1. 2015 HANEHALKI BÜTÇE ANKETİNİN KAPSAMI, YÖNTEMİ, TANIM VE KAVRAMLARI HAKKINDA GENEL AÇIKLAMALAR.....	108



TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Yapılan Ödemelerin Türüne Bağlı Olarak Formal ve İnförmal Ödemelerin Tanımı ve Ayırt Edici Özellikleri	24
Tablo 2. Cepten Sağlık Harcamaları 2002-2013 (Milyon TL)	26
Tablo 3. Kişibaşı Cepten Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	27
Tablo 4. Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri	45
Tablo 5. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı.....	55
Tablo 6. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Hanehalkı Sorumlusuna Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı	55
Tablo 7. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Sağlık Sigortası Durumuna Göre Dağılımı.....	56
Tablo 8. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Günlük Faaliyetleri Kısıtlayacak Fiziksel veya Zihinsel Problem E/H Durumuna Göre Dağılımı	56
Tablo 9. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Çalışmayı Eğitim Almayı Engelleyecek Düzeyde Fiziksel veya Zihinsel Problem E/H Durumuna Göre Dağılımı.....	57
Tablo 10. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Eğitim Durumu (en son bitirdiğiniz okul) Göre Dağılımı	57
Tablo 11. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Medeni Duruma Göre Dağılımı	58
Tablo 12. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayındaki Çalışma Durumuna Göre Dağılımı ..	58
Tablo 13. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Son Dört Hafta İçinde İş Arama Durumuna Göre Dağılımı	58
Tablo 14. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin İş Aramama Nedeni Durumuna Göre Dağılımı.....	59
Tablo 15. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin İktisadi Faaliyetinin Sınıfına Göre Dağılımı	59
Tablo 16. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Meslek Sınıflamasına Göre Dağılımı	60
Tablo 17.65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayında Çalışılan İşin Çalışma Şekline Göre Dağılımı	61
Tablo 18. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayındaki İşteki Duruma Göre Dağılımı	61
Tablo 19. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayındaki İşte İstihdam Edilme Şekline Göre Dağılımı	62
Tablo 20. 65 Yaş ve Üstü 890.981 Kişinin Elde Ettikleri Gelirin Türüne Göre Tamamlayıcı İstatistikler	62

Tablo 21. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Elde Ettikleri Gelir Miktarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	63
Tablo 22. 65 Yaş ve Üstü 6.273.138 Kişinin Elde Ettikleri Gelir Miktarına İlişkin Tamamlayıcı İstatistikler	63
Tablo 23. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hanehalkı Tipine Göre Dağılımı	65
Tablo 24. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hanehalkı Büyüklüğü Durumuna Göre Dağılımı	65
Tablo 25. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Oturdıkları Konutun Mülkiyet Durumuna Göre Dağılımı	66
Tablo 26. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Oturdıkları Konutun Tipine Göre Dağılımı	66
Tablo 27. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Oturdıkları Konutu Kiralama Şekline Göre Dağılımı	67
Tablo 28. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Sahip Oldukları Konutun Borcu veya İpoteği Olması Durumuna Göre Dağılımı	67
Tablo 29. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Binanın Yapılış Tarihine Göre Dağılımı	68
Tablo 30. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Salon Zemin Yapısına Göre Dağılımı	68
Tablo 31. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Oda Zemin Yapısına Göre Dağılımı	69
Tablo 32. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Mutfak Zemin Yapısına Göre Dağılımı	69
Tablo 33. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Banyo Zemin Yapısına Göre Dağılımı	70
Tablo 34. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Temel Isıtma Sistemine Göre Dağılımı	70
Tablo 35. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Temel Isıtma Sisteminde Tercih Edilen Yakıt Türüne Göre Dağılımı	71
Tablo 36. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Yemek Pişirmek Amacıyla Kullanılan Temel Yakıt Türüne Göre Dağılımı	71
Tablo 37. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Sıcak Su Elde Etmek Amacıyla Kullanılan Temel Yakıt Türüne Göre Dağılımı	72
Tablo 38. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Günlük Alışveriş, Bankacılık, Posta, Toplu Ulaşım, Sağlık Merkezi Hizmetlerine ve Zorunlu Eğitim Okullarına Ulaşma Zorluğuna Göre Dağılımı	72

Tablo 39. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Dışında İkinci Konuta Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı	73
Tablo 40. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Banyo, Sauna, Jakuzi, Tuvalet, Mutfak ve Çöp Öğütücü Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı	73
Tablo 41. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Kalorifer, Tabandan Isıtma Sistemi, Borulu Su Sistemi, Doğalgaz, Sıcak Su, Kabloolu Yayın, Asansör, Kapalı Garaj, Yüzme Havuzu ve Jeneratör Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı	74
Tablo 42. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Güvenlik Görevlisi/Sistemi, Balkon, Bahçe ve Çocuk Oyun Alanı Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı	74
Tablo 43. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanedeki İletişim Araçları Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı	75
Tablo 44. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanedeki Beyaz Eşya Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı	75
Tablo 45. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Ulaşım Aracı Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı	76
Tablo 46. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşadığı Hanelerin Yaptıkları Harcamaların Dağılımı (Aylık)	77
Tablo 47. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşadığı Hanelerin Cepten Sağlık Harcamaları (Aylık)	78
Tablo 48. 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Yaptığı Sağlık Harcamaları (Özet)	79
Tablo 49. İskonto Oranı 0,03 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu	80
Tablo 50. İskonto Oranı 0,05 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu	82
Tablo 51. İskonto Oranı 0,07 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu	83
Tablo 52. 2016 Enflasyon=7.78, 2017 Enflasyon=10.62, 2018 ve Sonrası İçin İskonto Oranı 0,05 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu.....	85

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. 60 Yaş ve Üzeri Kişilerin Toplam Nüfus İçindeki Oranı: 1950- 2050	11
Grafik 2. Dünya Nüfus Piramidi 2000-2050	12
Grafik 3. AB-27 Ülkelerinin Yaş Gruplarına Göre Nüfus Yapısı ve Değişimi	12
Grafik 4. Türkiye Yaş Piramidi, Kadın-Erkek, 2000	13
Grafik 5. Türkiye Yaş Piramidi, Kadın-Erkek, 2020	14
Grafik 6. Türkiye Yaş Piramidi, Kadın-Erkek, 2050	14
Grafik 7. AB Ülkeleri Yaşlı Nüfus Bağımlılık Oranı.....	34
Grafik 8. AB Ülkeleri Nüfuslarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	34
Grafik 9. Demografik Senaryoya Göre 2010'dan 2060'a Sağlık Harcamaları Değişimi...	38

KISALTMALAR DİZİNİ

TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organisation
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
BM	: Birleşmiş Milletler
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development
AB	: Avrupa Birliği
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
İTO	: İstanbul Ticaret Odası

GİRİŞ

İçinde yaşadığımız yüzyıl, teknolojik anlamda dünyayı şekillendiren önemli değişimlere ve gelişmelere sahne olmuştur. Bilim ve teknolojiye gelişmeler sonucu yaşam koşulları iyileşmiştir. Sağlık hizmetlerinin etkinliği ve yaygınlığı artmıştır. İlgili gelişmeler ortalama yaşam beklentisinin yükselmesine ve doğurganlığın azalmasına neden olmuştur (Arpacı, 2009). Yaşam kalitesi artışı, yaşam süresinin uzamasına yol açmıştır.

Yaşlılık, sözlük tanımı olarak, yaşlı olma, artmış yaşın etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Yaşlanmanın başlama yaşları olarak farklı görüşler bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 65 yaş ve üstünü yaşlı olarak kabul ederken, 85 yaş ve üzerini çok yaşlı olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 1972).

Yaşlılığın ortaya çıkışı ile ilgili iki farklı görüş bulunmaktadır. Bunlardan ilki insanda yaşlılığın ortaya çıkmasını, insanın beyin hacmindeki artış ile ilişkilendirmektedir. Yüzyıllar içerisinde insanların, beynindeki hacmin artması ile birlikte çevresel ölüm tehditlerini azaltmayı başardığı düşünülmektedir. İnsanların beynini daha etkin kullanmalarının bir sonucu olarak, besin kaynaklarına daha kolay ulaştıkları, beslenme kaynaklarını arttırdıkları kabul edilmektedir. Tüm olumlu etkenlerin birleşmeleri insanların daha uzun süre yaşamalarını sağladığı ve ‘yaşlılık’ kavramının ortaya çıktığı düşünülmektedir (Rose ve Mueller, 1998; Kaplan ve Robson, 2002).

Yaşlanma kavramı ile ilgili olan ikinci görüş; insanların içinde yaşadığı toplumda meydana gelen toplumsal değişikliklerin, yaşlılığın ortaya çıkmasını sağladığını kabul etmektedir. Bu görüş ile sözkonusu edilen toplumsal değişikliklerden en önemlisi olarak, aile bireyleri arasındaki yardımlaşma ve sonraki yıllara bilginin aktarılması kabul edilmektedir. Sözkonusu toplumsal değişikliklerden özellikle toplumun devamının sağlanabilmesi amacıyla kadınların kendi çocukları haricinde diğer çocuklarla da ilgilenmeleri ve doğurgan yaştaki kadınların daha fazla çocuk sahibi olması desteklendiği düşünülmektedir. Toplum içinde artan yardımlaşmanın, aile içi ilişkileri geliştirdiği ve yaşlı bireylerin sayısının arttığı düşünülmektedir (Hawkes et al, 1998; Duyar, 2005).

Uzayan yaşam süresinin, bireylerin yaşadığı toplumun yaşam kalitesine, standartlarına ve ekonomisine etkileri olmaktadır. Toplumda yaşayan diğer tüm bireylerle farkında olmadan yeni sorumluluklar yüklemektedir. Yaşlanan nüfus ile birlikte, nüfus bağımlılık oranlarının, yaşlı nüfus artışından daha fazla bir katsayı ile arttığı bilinmektedir.

Konu ile ilgili olarak Avrupa Komisyonu 2006 yılı “Yaşlanmanın Harcamalar Üzerindeki Etkisi” raporuna göre, günümüzde yaşlı (65+ yaş) bir insan için 4 insan çalışmakta iken, bu sayı 2050 yılında 2 insan olacaktır. Çalışan nüfusun azalmasının, kamu harcamalarında özellikle sosyal sigorta ve sağlık harcamalarında önemli sorunlara yol açması beklenmektedir. İlgili rapora göre, 2030 yılında Avrupa Birliği ülkeleri için büyüme hızının yarı yarıya azalacağı tahmin edilmektedir. Birlik ülkeleri nüfuslarına bakıldığında, çalışan nüfusun (15-64 yaş), 2010 yılından itibaren azalmaya başladığı görülmektedir. Aynı ülkeler için 2060 yılında çalışan nüfus oranının %15 oranında bir düşme göstereceği tahmin edilmektedir. Azalan çalışan nüfus ile birlikte 65+ yaşlı nüfusun, 2060 yılında 151 milyona ulaşması beklenmektedir. Söz konusu yaşlı nüfus grubunun içinde yer alacak 80+ ileri yaşlı kişi sayısının ise 2010 ve 2060 yılları için 22 milyon kişiden, 61 milyon kişiye çıkması beklenmektedir (Akalin, 2010).

Nüfustaki değişimlerin nedenleri olarak; artan doğum oranları, azalan ölüm oranları, teknolojik ve tıbbi gelişmelere bağlı olarak uzayan yaşam süreleri ve ülkelerarası göçler olarak sayılabilmektedir. Nüfus artış hızının yüksek olmasının olumlu ve olumsuz bazı sonuçları olmaktadır.

Olumsuz sonuçlar olarak; kişi başına düşen milli gelirin azalması, işsizliğin artması, beslenme ve sağlık hizmetlerinin aksaması, köyden kente göçün artması, çarpık kentleşmenin artması, doğal kaynakların tüketiminin artması, yaşam standartının düşmesi gibi etkiler sayılabilecektir. Olumlu sonuçlar olarak; iş gücünün ucuzlaması, piyasanın genişlemesi, mal ve hizmete olan talebin artması, ülke nüfusunun genç ve dinamik bir yapı kazanması, gibi etkiler sayılabilecektir. Söz konusu etkiler, ilgili ülke yönetimleri için yeni politikalar geliştirilmesi anlamına gelecektir. Ülkelerin vatandaşlarına sunduğu en temel hizmetlerden biri de sağlık hizmetidir. Nüfusun en çok sağlık hizmeti kullanan bölümünün, fazla sayıda hastalığa sahip olması nedeniyle yaşlı nüfus olduğu bilinmektedir.

Çalışmanın amacı Türkiye nüfusu içindeki yaşlı nüfusun demografik ve ekonomik

özelliklerini ortaya koymak, yaşlı nüfus için hanehalklarının yaptığı cepten sağlık harcamalarını belirlemek ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) nüfus projeksiyonları temel alınarak 2050 yılı için yaşlı bireylerin cepten sağlık harcamalarını tahmin etmektir.

Çalışmanın birinci bölümünde, yaşlılığın ne olduğu açıklanmaya çalışılmıştır. Yaşlılığın tanımı yapılmış, yaşlılık ile ilgili temel bilgilere ve istatistiklere yer verilmiştir.

İkinci bölümde, sağlık finansmanı yöntemleri olarak sosyal sigortalar, vergilerle finansman, özel sağlık sigortası ve cepten harcamalar kısaca açıklanmış ve Dünya ve Türkiye üzerinden örnekler ile cepten sağlık harcamalarının önemi açıklanmaya çalışılmıştır.

Üçüncü bölümde, yaşlanan nüfusun, sağlık durumu ile ilgili bilgiler verilmiştir. Yaşlı nüfusun karşılaştığı hastalıklar, sağlık hizmeti kullanımları ve bu sağlık hizmetlerine yaptıkları harcamalar açıklanmıştır. Sağlık hizmetlerinden yararlanma süreleri ve türlerinden bahsedilirken, yaşlanan nüfus ile diğer nüfus gruplarının farkları ortaya koyulmuştur.

Çalışmanın dördüncü bölümünde, Dünya’da ve Türkiye’de nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamaları ile ilgili yapılan projeksiyonlar ve bu yapılan projeksiyonların önemi özetlenmiştir.

Çalışmanın beşinci bölümünde, çalışmanın yöntemi anlatılmaktadır.

Çalışmanın altıncı bölümünde, verilerin analizlerinden elde edilen bulgular ortaya koyulmuştur. Türkiye’deki yaşlı nüfus ile ilgili bilgiler verildikten sonra yaşlı nüfus ve sağlık harcamaları ile ilgili projeksiyonlar üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın son bölümünde ise, analiz edilen verilere dayanılarak ulaşılan sonuçlar açıklanmış ve görüş ve öneriler sunulmuştur.

BÖLÜM 1. YAŞLILIK İLE İLGİLİ TEMEL BİLGİLER

Bu bölümde yaşlılıkla ilgili temel bilgiler; Yaşlılık, Dünyada yaşlılık ve Türkiye’de yaşlılık alt başlıkları halinde verilmektedir.

1.1. Yaşlılık

Sözlük tanımı olarak “Yaşlılık”; yaşı olma, artmış yaşı etkilerini gösterme hali olarak tanımlanmaktadır. Canlıların biyolojik açıdan erişkin durumuna ulaştıktan sonra, ölüme kadar geçen zaman süresindeki değişim ve dönüşüm olarak kabul edilmektedir. Canlıların biyolojik olarak erişkin duruma gelmesi ise üreme döneminin bitişi olarak kabul edilmektedir (Beğer ve Yavuzer, 2012).

DSÖ tarafından 1963’te yapılan yaşlılık tanımı ise şöyledir. Yaşlılık, yaşam sürecinin; çocukluk, gençlik, erişkinlik gibi doğal ve zorunlu bir çağıdır. Yaşlılık için başlangıç yaşı olarak 65 yaş kabul edilmektedir. 1963’ de yapılan DSÖ seminerinde yaşlılık dönemi üçe ayrılmıştır: orta yaşlı kişiler (45-59 yaş), yaşlılar (60-74 yaş) ve ileri derecede yaşlı kişiler (75 yaş ve üzeri).

Yaşlılığın farklı araştırmacılar tarafından yapılan farklı tanımları bulunmaktadır. Mazzeo, yaşlılığı; genetik, yaşam şekli ve kronik hastalık gibi değişkenleri içeren karmaşık bir süreç olarak tanımlamıştır (Mazzeo, 1998).

Yaşlanma, canlı varlıklar için yıpranma ve bozulmayı kapsayan bir süreç olarak tanımlanabilmektedir. Cansız varlıklardan farklı olarak, canlı varlıklarda bu süreçte onarım ve yeniden yapım mekanizmaları çalışmaya devam etmektedir. İlgili bu bakım ve onarım çalışmalarını destekleyici etkiler olarak, sağlık harcamaları ve sağlık yatırımları karşımıza çıkmaktadır (Beğer ve Yavuzer 2012; Duyar, 2008).

Yaşlılık, ortaya çıkması engellenemeyen, biyolojik, kronolojik ve sosyal olmak üzere çok yönlü bir süreç olmaktadır (Özer, 2003). Yaşlılıkla beraber bireyin ilerleyen yaşına bağlı olarak çevresi ile uyum içinde yaşamını devam ettirmesi zorlaşmaktadır.

Nüfusun yaşlanmasının etkileri ve sebeplerinin daha iyi anlaşılması için bazı genel tanımlar açıklanmalıdır. Bu genel tanımlar; doğuşta beklenen yaşam süresi, toplam doğurganlık fertilite hızı, nüfus artış oranı, medya yaş, yaşlı bağımlılık oranı, nüfusun yaşlanması ve yaşlanma endeksi şeklinde sıralanabilmektedir (Mandıracıoğlu, 2010). Nüfusun yaşlanması sürecinde ele alınan temel değişkenler şunlardır ;

Doğuşta Beklenen Yaşam Süresi: Yeni doğmuş bireylerin tüm yaşamı boyunca doğum anındaki mortalite koşullarının aynı olduğu varsayımı altında beklenen ortalama yaşam süresidir.

Toplam Doğurganlık (Fertilite) hızı: Bir kadının doğurgan olduğu dönem boyunca (15-49 yaşları arasında) doğurabileceği çocuk sayısıdır.

Nüfus artış oranı: Bir ülkede belli bir sürede insan sayısında meydana gelen artış oranıdır.

Medyan Yaş: Belirli bir nüfusun medyan yaşı, bu nüfusu oluşturan kişiler yaş büyüklüğüne göre sıralandığında, en ortada kalan kişinin yaşı veya iki kişinin yaşlarının aritmetik ortalamasıdır.

Yaşlı Bağımlılık Oranı: 65 yaş ve üstü yaşlardaki her 100 kişiye karşın 15-64 yaşlarındaki kişi sayısıdır.

Nüfusun Yaşlanması: Bir ülkenin nüfusunda yaşlı nüfusun genç nüfusa olan oranının artmasıdır.

Yaşlanma endeksi: 15 yaş altı her yüz çocuğa düşen 65 yaş üstü kişilerin sayısını ifade eder.

Yaş: Bireyin bitirmiş (tamamlamış) olduğu yaşıdır.

Ortanca yaş: Nüfusu oluşturan kişilerin yaşları, küçükten büyüğe doğru sıralandığında ortada kalan kişinin yaşıdır. Buna göre, nüfusun yarısı bu yaştan küçük, diğer yarısı da bu yaştan büyüktür.

Toplam yaş bağımlılık oranı: "15-64" yaş grubundaki her yüz kişi için "0-14" ve "65 ve daha yukarı" yaş gruplarındaki kişi sayısıdır.

Genç bağımlılık oranı: "15-64" yaş grubundaki her yüz kişi için "0-14" yaş grubundaki kişi sayısıdır.

Yaşlı bağımlılık oranı: "15-64" yaş grubundaki her yüz kişi için "65 ve daha yukarı" yaş grubundaki kişi sayısıdır (TÜİK, 2011).

Tanımlar ve genel terimler ile anlatılmaya çalışılan nüfusun yaşlanması ile ilgili farklı teoriler de bulunmaktadır.

Yeni bir teoriye göre, nüfusun yaşlanmasına etki eden faktörler, coğrafi, kültürel ya da ekonomik nedenlere bağlı olarak açıklanmaya çalışılmamalıdır. Tüm bileşenler bir araya getirilerek daha kapsayıcı genel bir teori ortaya koyulmuştur. Kapsayıcı genel teoriye göre; etki faktörleri olarak; uzayan yaşam beklentisi, öngörülebilir hastalık süreçleri, engellenebilir sakatlık durumu ve ölüm oranlarındaki azalma kabul edilmektedir. Kapsayıcı genel teori, nüfusun yaşlanması ile ilgili dört temel belirleyici unsur geliştirmiştir (Robin ve Michel, 2004).

- (1) Hasta bireylerin yaşam sürelerinde artış,
- (2) Kronik hastalıkların ilerleyişinin kontrol altına alınması,
- (3) Sağlık durumunda ve yaşlıların sağlık davranışlarında gelişme,
- (4) Oldukça yaşlı ve kırılgan bir nüfusun ortaya çıkması

İkinci bir teoriye göre, insanlığın beslenme düzenindeki değişimin nüfusun demografik dönüşümünde etkili olduğu belirtilmiştir (Popkin, 2003). Gelişen teknoloji, uzayan çalışma saatleri ve gıdaya erişimin kolaylaşması, beslenme düzeninin değişiminde önemli rol oynamıştır. Gelişen iletişim sayesinde gıdanın yanısıra tıbbi malzeme ve bilgiye ulaşım da kolaylaşmıştır. Burada fark yaratan durum, gelişmiş ülkeler ile gelişmekte olan ülkeler arasındaki beslenme alışkanlıkları olmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki beslenme alışkanlıkları genellikle hayvansal içerikli ve yağlı olması sebebiyle, hasalık türleri ve tedavileri daha farklı olmaktadır. Özellikle yağ ağırlıklı beslenme şekli obeziteyi arttırmaktadır. Obezite beraberinde birçok hastalığı getirmekte ve çoğu zaman mevcut

hastalıkların tedavisinde olumsuz yönde etkide bulunabilmektedir. Artan tedavi maliyetleri ise planlanması gereken politikalar olarak ülkelerin karşısına çıkmaktadır. Önleyici tedbirler alınabilmesi için beslenme alışkanlığı değişikliği üç basamakta açıklanabilecektir.

İlk basamakta, bireylerin artan geliri ve yiyecek kıtlığının azalması durumu meydana gelmiştir. İkinci basamakta, artan yiyecek miktarı ve yiyeceğe ulaşmadaki rahatlığın fiziksel aktiviteyi azalması, ilgili etkiler sonucunda bireylerin karşılaştıkları hastalık türlerinin artması durumu ortaya çıkmıştır. Üçüncü basamakta ise, olumsuz beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite eksikliği nedeniyle karşılaşılan olumsuz durumlar, olumlu yaşam tarzına çevrilmeye çalışılmıştır. Beslenme ve aktivite yönünden olumsuz olan alışkanlıkların, değiştirilmeye çalışması ile de ‘başarılı yaşlanma’ süreci ortaya çıkmıştır (Popkin, 2003).

1.2. Dünyada Yaşlılık

İçinde bulunduğumuz yüzyılda, dünya nüfusu bir önceki elli yıla göre daha hızlı yaşlanmıştır (Kutsal, 2006). Beklenen yaşam süresinin uzaması ile birlikte, yüzyılın başında gelişmiş ülkeler için ortalama yaşam süresi 65 iken, günümüzde 85 yaşa doğru artmıştır (Danış, 2007).

Amerika Birleşik Devletleri Sayım Bürosu’nun (U.S. Census Bureau) 20 Temmuz 2009 tarihinde yayınladığı rapora göre, dünyada yaşlı nüfus büyük bir hızla büyümektedir ve yakın bir gelecekte genç nüfusu geçeceği düşünülmektedir. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonunun 2012 yılı “21. Yüzyılda Yaşlanmak Kutlama ve Meydan Okuma/Mücadele” konulu rapora göre 2012 yılında dünyadaki yaşlı nüfus 810 milyon kişi olarak hesaplanmıştır. 2040 yılında ise yaşlı nüfusun 1.3 milyar kişi olarak yaklaşık iki katına çıkması beklenmektedir. 2040 yılı itibariyle ulaşılacak bu yaşlı nüfus, tüm dünya nüfusunun %14’ünü oluşturacaktır.

1999 yılında DSÖ tarafından yayınlanan “Sağlıklı Yaşlanma Deklerasyonu”, herkes için sağlık hedefleri raporunda, “sağlıklı yaşlanma/yaşanan yıllara yaşam katılması” tanımlarının yer aldığı görülmektedir. “Başarılı Yaşlanma” görüşünün, nüfusun yaşlanması

ile birlikte yaşılanmanın kaçınılmaz bir hastalık ve çöküş olmaması ile ilgili olarak Birleşik Devletler’de ortaya çıktığı bilinmektedir. Başarılı yaşılanma, hastalık ve maluliyetin olmaması, bilişsel ve fizyolojik fonksiyonların devam etmesi ve hem insanlarla hem de üretici uğraşlarla bağlantılı olmak olarak tanımlanmaktadır (Rowe ve Kahn, 1997).

Başarılı yaşılanma, bireylerin yaşılanmanın getirdiği güçlüklerle başa çıkabilme becerisine, fiziksel olarak yaşlılığın getirdiği bakım gereksinimlerini yerine getirme gücüne sahip olması anlamına gelebilmektedir (Steverink et al 2005). Başarılı yaşlılık kavramı ile birlikte, bireyin yaşam süresinin uzunluğu, bireyin fiziksel olarak sağlıklı olması, bireysel kontrol mekanizmasının yerinde olması, toplumsal yeterliliğinin ve psikolojik sağlığının yerinde olması gerekmektedir (İçli, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü aktif yaşlanmayı, *“insanların yaşılanmasıyla birlikte yaşam kalitelerini geliştirmek amacıyla sağlık, katılım ve güvenlikle ilgili olanakları en uygun hale getirme süreci”* olarak tanımlamaktadır. DSÖ tarafından yapılan bu tanımda yer alan aktif kelimesi ile, yaşlı bireyin halen çalışma hayatında yer alması anlaşılmamalıdır. Tanımda sözkonusu edilen aktif kelimesi ile, yaşlı bireylerin fiziksel olarak iyi durumda olmaları, sosyal, ekonomik, ve kültürel olarak hayatın içinde yer almaya devam etmelerinden bahsedilmektedir (WHO, 2002).

Yaşlanmayı sağlıklı bir şekilde geçirebilen birey, fiziken ve ruhen daha sağlıklı olacaktır. Kendi sağlığına dikkat ederek yaşılan bireyin, önleyici sağlık politikaları ile birlikte, hastalığa yakalanma riskleri azalacak, tedavi olma süreçleri ve sağlıklı olarak yaşadıkları süre artacaktır. Dolayısıyla sağlıklı yaşılan bireyin sağlık masrafları azalırken, bağımlı nüfus olarak genç nüfus üzerindeki yükü de azalacaktır. Artan yaşla birlikte, yaşlılığa bağlı olarak geçirilen hastalık sayısı da artmaktadır. Birçok hastalığın birarada görülmesi olarak tanımlanabilecek multimorbidite durumu; bireyin işlevlerinde azalma, tedavi ünitelerini ve sağlık hizmetlerini kullanmada artış olarak ortaya çıkacaktır. Burada sözkonusu edilen işlevsel kayıba bağlı tedavi değil, yaşlanmaya bağlı olarak daha fazla hastalıkla birlikte daha çok işlevsel kaybın yaşanması anlatılmak istenmektedir. Yaşlı birey, kendini fiziksel ve sosyal açıdan ne kadar fazla yetersiz hissederse, sahip olduğu hastalık sayısında artmaktadır. Yaşılan bireyin sağlıklı olarak yaşlanması, kendini sadece fiziksel olarak değil, ruhsal ve sosyal açıdan da yeterli görmesi önemli olmaktadır (Aykın,

2013).

Geçmiş yıllara oranla, çalışan nüfus başına düşen çalışmayan kişi sayısı artmaktadır. Çalışan bireyin daha uzun yıllar çalışması, emekli aylığı alan bireyin ise daha uzun yıllar emekli aylığı almaya devam edecek olması fikri, çalışan birey üzerinde olumsuz etki oluşturmaktadır. Bireylerin yaşlanması ve artan kronik hastalıklar dışında, gelişen tedavi yöntemlerinin daha maliyetli olması, yine artan yaşam yılları nedeniyle hastalık ve tedavi sürelerinin uzaması, sağlık konusunda devlet bütçelerinin payının tekrar gözden geçirilmesi anlamına gelmektedir.

Demografik değişim, ülkeleri ekonomik büyüme ve gelişmişlik düzeylerine göre etkileyecektir. Alınacak önlemlerin, ülkelerin ekonomik büyümelerini yavaşlatacağı yönündeki görüşler daha çok kabul görmektedir. Söz konusu ekonomik etkiler; ekonomik önlemler, sosyal güvenlik ödemeleri, sağlık harcamalarının karşılanması ve ülkelerin kamu harcamalarını yeniden yapılandırması şeklinde olabilecektir (Akalin, 2010).

Gelişmiş ülkeler, sosyal güvenlik ve sosyal hizmet alanlarında önlemler alarak, yaşlı bireylerin sosyal refah standardını devam ettirebilmektedirler. Ancak, Türkiye'nin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkeler açısından bu demografik değişim süreci, değişimin gerektirdiği önlemlerin alınma hızı bakımından yeterli olmamaktadır. Uygulanması gereken sosyal politikalar açısından geride kalmakta olan gelişmekte olan ülkeler için, demografik olarak yaşlanma hızı ile sosyal politikalar geliştirme ve uygulama hızı birbiri ile örtüşmemektedir. Longman (2004: 67)'in da belirttiği gibi; *“demografik değişim süreci açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin durumlarının farklılaştığı, gelişmiş ülkelerin nüfusları henüz yaşlanmadan zenginleştikleri, gelişmekte olan ülkelerin ise zenginleşmeden yaşlanma trendine girmeleri nedeniyle, gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusun ekonomik açıdan yoksulluk, sosyal açıdan ise yalnızlık soruları ile daha ağır bir biçimde yüz yüze gelmesi”* anlamına gelmektedir (Danış, 2009).

Demografik dönüşüme bağlı olarak gelecekteki nüfus değişimi tahminleri şu şekilde yapılmaktadır (Mandıracıoğlu, 2010);

1950 yılı dünya nüfusu ve yaşlanma durumu:

- 200 milyon kişi 60 yaşından yaşlı, yani her 100 kişiden 8' i 60 yaş ve üzeriydi,
- Dünya nüfusunun yarısı 24 yaş ve üzeri kişilerden oluşuyordu,
- 0-14 yaş grubu çocuklar, dünya nüfusunun % 34'ünü oluştırmakta iken, 60 yaş üstü kişiler ise % 8'ini kapsıyordu,
- Dünyada sadece 14 milyon kişi 80 yaş ve üzerindeydi.

2000 yılı dünya nüfusu ve yaşlanma durumu:

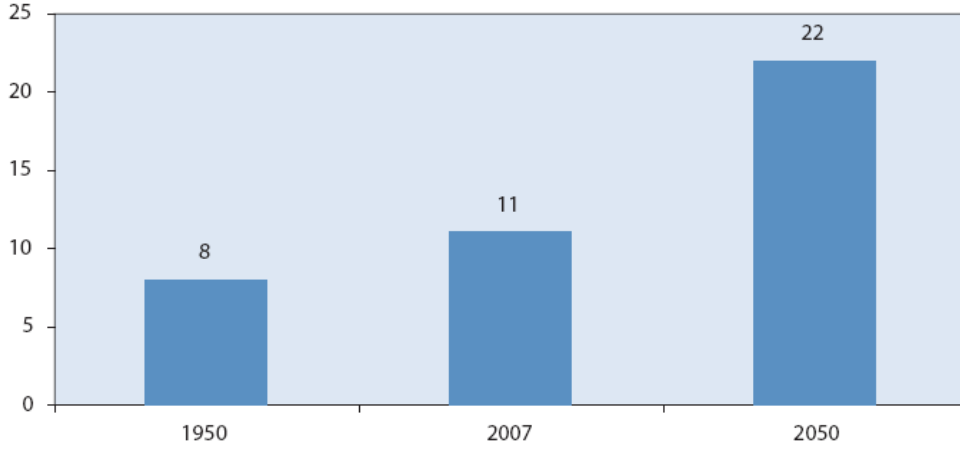
- 600 milyon kişi, yani her 10 kişiden 1' i 60 yaş ve üzeriydi,
- Dünya nüfusunun yarısı 27 yaş üstü kişilerden oluşmaktaydı,
- 0-14 yaş çocuklar nüfusun % 30'u iken, 60 yaş ve üzeri kişiler % 10'uydu,
- Dünyada 61 milyon kişi 80 yaş ve üzerinde, 8 milyon kişi 90 ve üzeri yaşta ve 180 bin kişi de 100 yaşını aşmış durumdaydı.

2050 yılı dünya nüfusu ve yaşlanma durumu:

- 1 milyar kişi 60 yaş ve üzeri, yani 5 kişiden biri yaşlı olacaktır,
- Dünya nüfusunun yarısı 36 yaş ve üzeri kişilerden oluşacaktır,
- 0-14 yaş çocuklar, nüfusun % 21'ini kapsayacakken, nüfusun % 21'i 60 yaş ve üzeri kişiler olacaktır,
- Dünyada 314 milyon kişi 80 yaş ve üzerinde, 61 milyon 90 ve üzeri yaşta, 3.2 milyon kişi de 100 yaşını aşmış olacaktır.
- 65 yaş ve üzeri her yüz kişiden 55 i kadın ve 100 yaş üstü her yüz kişiden 6'sının kadın olacağı tahmin edilmektedir.

Grafik 1'de, 1950-2050 yılları dünya nüfusu için 60 yaş ve üzeri nüfusun, toplam nüfus içindeki oranı gösterilmektedir.

Grafik 1. 60 Yaş ve Üzeri Kişilerin Toplam Nüfus İçindeki Oranı: 1950- 2050



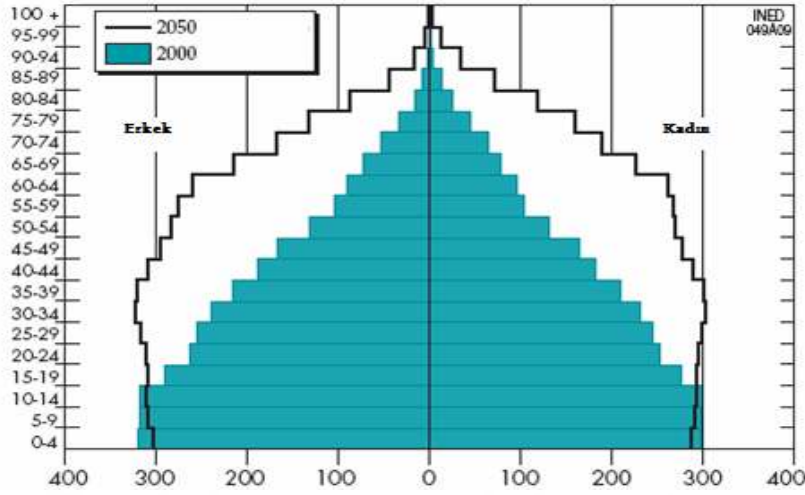
Kaynak: Mandıracıoğlu, Aliye, 2010, *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*

Grafik 1'e bakıldığında 2050 yılı itibariyle dünya nüfusunun %22'sinin 60 yaş ve üzeri olacağı görülmektedir.

Yapılan nüfus projeksiyonlarında, 2050 yılında dünyada her bir çocuğa karşılık, iki yaşlının var olacağı tahmin edilmektedir (Kutsal, 2005; Danış, 2009).

1950 yılında, tüm dünyada 205 milyon olan 60 yaş ve üstü nüfusun, 50 yıl sonra üçe katlayarak 606 milyon olması beklenmektedir. 2025-2030 yıllarında yaşlı nüfusun, toplam nüfusa göre 3,5 kat daha fazla büyümesi beklenmektedir (BM, 2002). Tüm bu gelişme ve bilgiler göstermektedir ki; yaşlı nüfusun büyüme oranı toplam nüfusun büyüme oranından daha hızlı olmaktadır. Grafik 2'de 2000-2050 yılları için dünya nüfus piramidi gösterilmektedir.

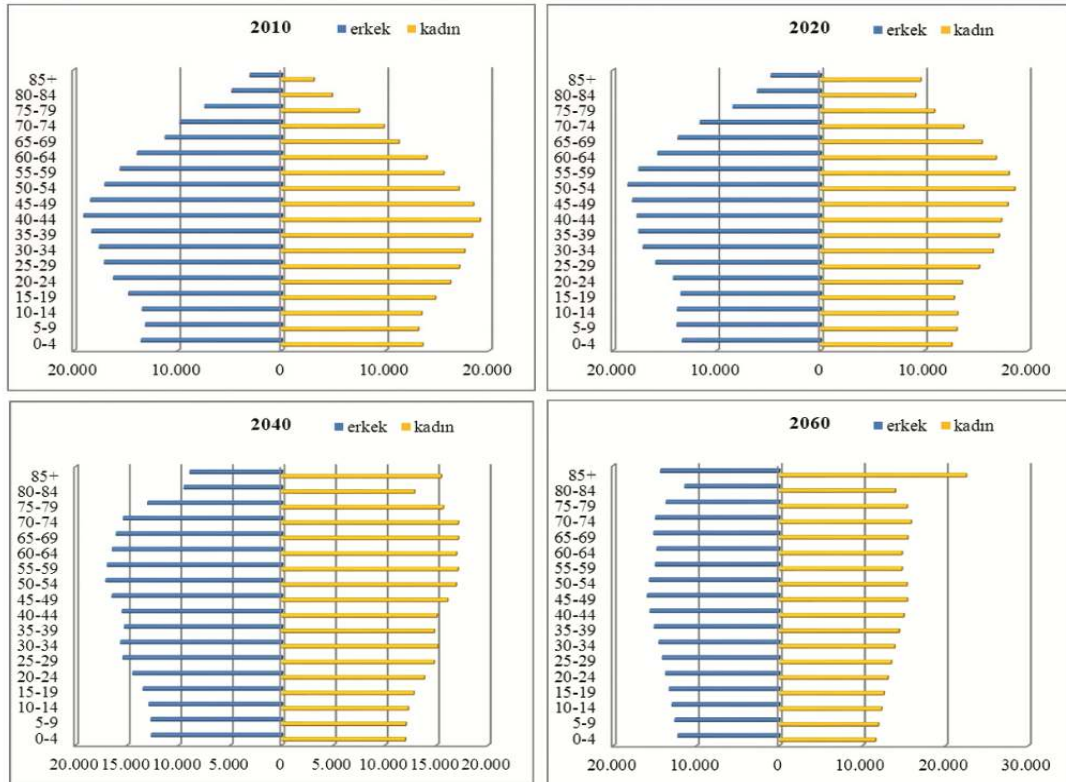
Grafik 2. Dünya Nüfus Piramidi 2000-2050



Kaynak: Pison G., 2009, *Population&Societies* No.457

Grafik 2’de gösterildiği gibi 2050 yılı itibariyle, 65 yaş ve üzeri nüfus artma eğilimindedir. Grafik 3’de AB-27 Ülkelerinin yaş gruplarına göre nüfus yapısı ve değişimi gösterilmektedir.

Grafik 3. AB-27 Ülkelerinin Yaş Gruplarına Göre Nüfus Yapısı ve Değişimi



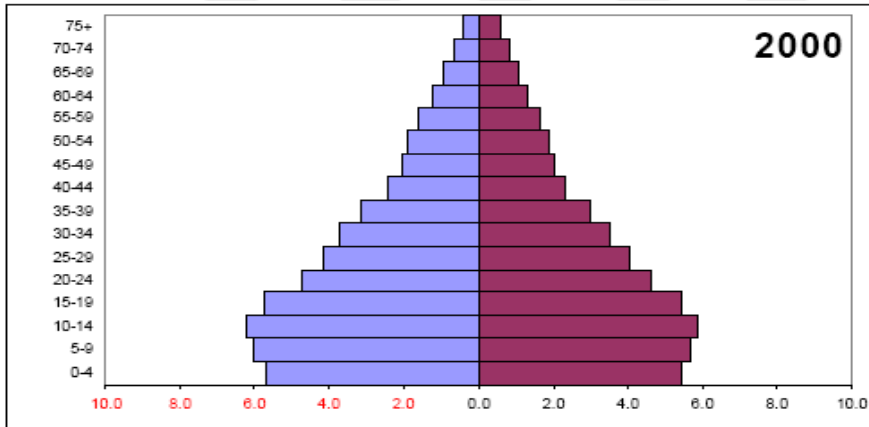
Kaynak: Erol, Mehmet Turgay, 2011, *Avrupa Birliği’nde Nüfusun Yaşlanması Ve Sağlık Harcamalarına Etkisi.*

Grafik 3’de gösterildiği gibi, 2010 ve 2060 yılları itibariyle, 65 yaş ve üstü nüfusun cinsiyete göre dağılımı, artma eğilimindedir.

1.3. Türkiye’de Yaşlılık

Dünya ülkeleri için yapılan nüfus değişimleri belirtildikten sonra Türkiye için yapılan nüfus değişimi beklentileri açıklanmalıdır. Türkiye’nin gelecek nüfus gelişimi için tahminler yapılabilmektedir. Yapılan tahminler 2000, 2020 ve 2050 yılları için grafiklerle gösterilmeye çalışılmıştır. Grafik 4’te 2000 yılı itibariyle kadın-erkek ayrımına göre Türkiye Yaş Piramidi gösterilmektedir.

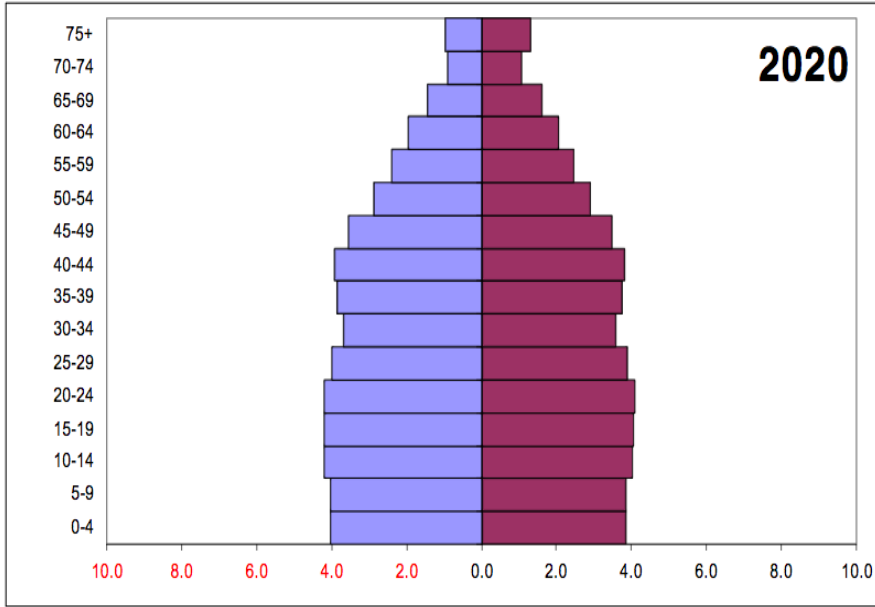
Grafik 4. Türkiye Yaş Piramidi, Kadın-Erkek, 2000



Kaynak: Mandıracıoğlu, Aliye, 2010, *Ege Tıp Dergisi* / Ege Journal of Medicine

Grafik 4’de gösterildiği gibi, nüfus yoğunluğu, 15-45 yaş aralığında olma eğilimindedir. Grafik 5’te 2020 yılı itibariyle kadın-erkek ayrımına göre Türkiye yaş piramidi gösterilmektedir.

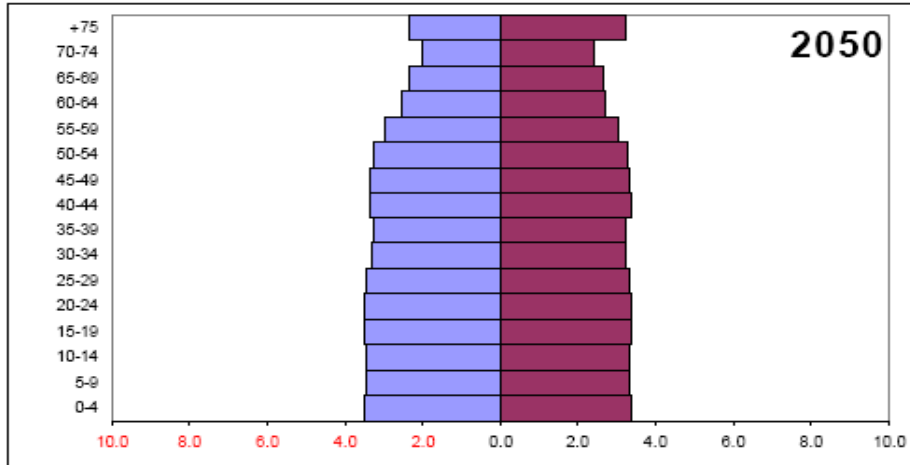
Grafik 5. Türkiye Yaş Piramidi, Kadın-Erkek, 2020



Kaynak: Mandıracıoğlu, Aliye, 2010, *Ege Tıp Dergisi* / Ege Journal of Medicine

Grafik 5’de gösterildiği gibi, nüfus yoğunluğu 65 yaş ve üstü nüfusu kapsama eğilimindedir. Grafik 6’da 2050 yılı itibariyle kadın-erkek ayrımına göre Türkiye yaş piramidi gösterilmektedir.

Grafik 6. Türkiye Yaş Piramidi, Kadın-Erkek, 2050



Kaynak: Mandıracıoğlu, Aliye, 2010, *Ege Tıp Dergisi* / Ege Journal of Medicine

Grafik 6’da gösterildiği gibi, nüfus yoğunluğu tüm yaşlar için eşitlenme eğilimindedir.

TÜİK'in Türkiye'de İstatistiklerle Yaşlılar çalışmasına göre, 65 ve daha yukarı yaş nüfus oranı 2013 yılında %7,7 iken, 2023 yılında %10,2, 2050 yılında %20,8, 2075 yılında ise %27,7'ye yükseleceği tahmin edilmektedir (TÜİK, 2016).

Türkiye'deki nüfusun yaşlanması, sağlık yönünden önemli olacaktır. 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payının artacaktır. Günümüzdeki sağlık uygulamalarının yönetim şekli, gelecekteki nüfusun sağlığının yönetilmesi konusunda bir gösterge olabilecektir (Ersoy, 2012).



BÖLÜM 2. SAĞLIK FİNANSMAN YÖNTEMLERİ VE CEPTEN SAĞLIK HARCAMASI

Sağlık hizmeti alınması ve yaşamın sağlıklı olarak devam ettirilebilmesi, yatırım gerektiren uzmanlaşmış bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetine erişebilme her yaştaki nüfusun en temel hakkı ve ihtiyacıdır. Çalışmanın ikinci bölümünde, bireylerin ve devletlerin sağlık hizmetlerini nasıl finanse ettiği konusu üzerinde durulacaktır.

Devletlerin sağlık sistemlerinde üstlendikleri bazı görevler bulunmaktadır. Devletler, sağlık politikaları aracılığı ile sağlık sistemini düzenlemektedirler. Uygulanabilir ve finanse edilebilir bir sağlık politikası oluşturmak ve ülke vatandaşlarını sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirmek de ülke yöneticilerinin temel görevleri arasında bulunmaktadır (Mokhtari ve Ashtari, 2012).

Ülkelerin bireylerine sundukları sağlık hizmetlerinin finanse edilme şekli, sunulan hizmetin sürdürülebilirliğini etkilemektedir. Sağlık hizmetleri diğer sosyal hizmetlerden farklı olarak, sürekli gelişme halindedir ve teknoloji ile işbirliği içindedir. Kaliteli sağlık hizmeti sunulma imkanı, sağlığın maddi kaynaklarla desteklenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Tatar, 2011).

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık hizmetini sunanlar ile sağlık hizmetini finanse edenler arasındaki kaynak aktarımı olarak tanımlanmaktadır. Kaynak aktarımı ülkelerin zenginliğine diğer bir deyişle ülke vatandaşlarının kişi başına düşen gelirleri ile doğru orantılı olmaktadır. Ülkedeki kişi başına gelirin yüksek olması, yaşam süresinin uzamasına ve ölüm oranlarını azalmasına neden olmaktadır (Berger ve Messer, 2010).

Ülkelerin sağlık finansman yöntemini belirlemedeki en önemli kriter, kişi başına düşen gelirdir. Bunun nedeni olarak, farklı ülkeler için sağlık sistemi karşılaştırılması ya da inceleme yapılması durumunda kişi başına düşen gelirin karşılaştırma olanağı sağlamasıdır (Meijer, 2015).

Sağlık finansmanın türünün seçilmesinde bir diğer önemli etken ise, finanse edilecek sağlık hizmetinin ülkenin sosyo-ekonomik durumu ile uyumlu olmasıdır. Ülke vatandaşları tarafından erişilebilme olanağı düşük olan ya da bireylerin kültür ve yaşam tarzına uymayan tedaviler için kaynak ayrılması doğru olmayacaktır (Gottret ve Schieber, 2006).

Sağlığı finanse etmenin dört farklı yöntemi bulunmaktadır. Bunlar;

2.1. Sosyal sağlık sigortaları

2.2. Vergiler aracılığı ile finansman

2.3. Özel sağlık sigortaları

2.4. Cepten sağlık harcamaları

2.1. Sosyal Sağlık Sigortaları

Sağlığın, sosyal sigortalar yolu ile finansmanı yöntemi 19.yy'da Almanya'da ortaya çıkmıştır. Sağlık çalışanlarının haklarının korunması ve sağlık işletmelerinin daha etkin hizmet sunmaları ile birlikte sözkonusu finansman yöntemi uygulama alanı olarak olumlu kabul edilmeye başlanmıştır (Moissialos ve diğerleri, 2004).

Sağlığın, sosyal sigortalar aracılığı ile finanse edilmesinin tanımı şu şekilde yapılmaktadır; yönetimi ve denetimi kamuya ait sigorta sistemlerine, bireylerin, belirlenmiş prim tutarı ödeme yoluyla katılmasıdır. Bireylerin ödediği primlerin diğer özel sağlık sigortalarından farklı olan yönü, primlerin bireyin yaşına, çalışma durumuna ve bireyin elde ettiği kazanca bağlı olarak, daha önceden yasalarla belirlenmiş olmasıdır. Sözkonusu primler, özel sağlık sigortalarındaki gibi bireyin geçmiş hastalık yükü ile ilişkili olmamaktadır.

Bireyler primlerini kendileri aktarabildikleri gibi çoğu zaman çalıştıkları kurum, bireyler adına ilgili kuruluşa aktarmaktadırlar. Devletin, çalışamayan ve ödeme güclüğü çeken bireylerin primlerini karşıladığı bu system, sosyal dayanışma ilkesine dayanmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Devlet tarafından tüm bireylerden prim alınarak bir prim havuzu oluşturulmaktadır. Prim havuzunun olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Sosyal sigorta yöntemi, ülke yöneticileri açısından önemli bir gelir kaynağı olarak kabul edilmektedir. Düzenli ve tahmin edilebilir olan sözkonusu gelir kaynağı sağlık hizmetlerini sürdürülebilir olmasına yardımcı olmaktadır. Sosyal sigortaya sahip tüm bireylerin primleri toplamı, prim sahiplerinin sağlık hizmetinin tutarına bakılmaksızın hizmetten yararlanmasına olanak sağlamaktadır. Aynı prim havuzu, hiç ödeme gücü olmayan bireylerin, diğer vatandaşlar ile aynı sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına yardımcı olmaktadır.

Sosyal sağlık sigortasının olumsuz yönü, maliyet açısından tüm bilgileri içermemesi olarak görülmektedir. Düzenli ve sürekli bir gelir durumunda olan prim ödemeleri, maliyet hesaplamaları açısından bakıldığında önemini kaybetmektedir (Moissialos ve diğerleri, 2004).

Türkiye’de sosyal güvenlik sistemini ile ilgili olarak 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir. Sözkonusu iki kanun ise, 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu (SSK) ile birleşmiştir. SSK sağlık hizmetlerini finanse etmek amacı ile çalışanlardan ve işverenlerden prim toplama yöntemini kullanmıştır. SSK, işleyiş mekanizması olarak, sağlık hizmetlerini kendi hastaneleri ve sağlık ocakları aracılığı ile sağlamıştır. Bu yöntem, sağlık hizmetlerinde direkt yöntem olarak adlandırılmaktadır.

Direkt yöntem; sağlık hizmetlerini sunma ve finanse etme fonksiyonlarının tek kurum tarafından yapılması anlamına gelmektedir. Sözkonusu durum, sağlık hizmetlerinde maliyet yönünden eksik kalmasına ve hizmetlerin verimlilik yönünün gözardı edilmesine neden olmuştur. 2003 yılında ise SSK, Sosyal Güvenlik Kurumuna (SGK) devredilmiştir.

Sağlığın sosyal sigortalar ile finansmanına SGK dönemi açısından bakıldığında SGK, tek kurum olarak monopsonik güce sahip durumdadır. Monopsonik güce sahip olması kurumun, sağlık hizmetleri ile ilgili temel güç olmasına ve sağlık politikaları açısından etkili bir öneme sahip olması anlamına gelmektedir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile genel olarak sağlık sistemi ve sosyal güvenlik sisteminin değişim sürecine girdiği bir dönem başlamıştır.

Türkiye’de uzun yıllar sağlık hizmetlerinin finansmanı, farklı finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. 31 Mayıs 2006 tarihinde kabul edilen ve 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Genel Sağlık Sigortası sistemi uygulanmaya başlamıştır. Genel sağlık sigortası sistemi ile sağlık sigortası kapsamına alınan nüfusun kapsamı genişletilmiştir (Pekten, 2006). Sağlık finansmanı ile ilgili tüm sosyal sağlık sigorta kuruluşları Genel Sağlık Sigortası şemsiyesi altında toplanmıştır (Sıvacı, 2007).

Sağlıkta Dönüşüm Programı 2003 yılında başlamıştır. 2008 yılında, 18 yaş altındaki tüm nüfus güvence altına alınmıştır. 2010 yılında, aile hekimliği uygulamaları Türkiye genelinde yaygınlaşmıştır. Kamu çalışanları ve bağımlı nüfusları SGK’ya devredilmiştir.

2.2. Vergiler ile Finansman

Sağlık finansmanının diğer bir yöntemi, sağlığın vergiler ile finanse edilmesidir. Vergi ile finansman sistemi; bireylerin sağlık statüsü ve geliri dikkate alınmaksızın, toplumun tamamından vergi alınarak bir ulusal vergi havuzu oluşturulmasıdır. Ulusal vergi havuzu oluşturulduktan sonra, kamu alanlarına ve kamu alanlarından biri olan sağlık alanına ayrılacak miktarın ne kadar olacağına karar verilmektedir. Oluşturulan vergi havuzu, hangi kamusal alanın daha çok finansmana ihtiyacı varsa kaynak o alana aktarılmaktadır. Başka bir deyişle ihtiyaç halinde sağlık alanına daha fazla pay ayrılabilir (Dixon, 2002).

Diğer sağlık finansman yöntemleri gibi sağlığın vergi ile finansmanı yönteminin de olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Vergiler kanunla konulduğu için, uygulamak ve toplamak, gönüllü prim sistemlerine ile kıyaslandığında daha kolay olmaktadır. Ancak,

uygulanan vergi oranlarının toplumca kabul görmesi, tüm toplum için uygun düzeyde olması gerekmektedir (Savedoff, 2004).

Vergiye dayalı sağlık finansman sistemlerinin özünde, neyin vergilendirileceği ve toplanan verginin nereye aktarılacağı önem taşımaktadır. Ülkenin vergi toplama kapasitesi de etkili olmaktadır. Ülkenin vergi toplama kapasitesi ile anlatılmak istenen; toplanan vergilerin yüksek olmasının, vergi ödeyenler açısından çalışma isteğini azaltıcı etkide bulunması durumudur. Toplanan vergilerin adaletli olması gerekmektedir. Bireylerin geliri ile doğru orantılı olmalıdır. Aksi takdirde, tüm bireylerin eşit vergi ödediği düşünülürse, fakir olan bireylerin, zengin bireyleri vergi yoluyla finanse etmesi durumu oluşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002). Kayıt dışı gelirlerin fazla olduğu ülkeler için vergiye dayalı sağlık finansmanı sistemi adaletli olmamaktadır. Çünkü böyle bir durumda, fakirin zengini finanse etmesi durumu yaşanmaktadır.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmeti devletin görevlerindendir. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansmanı ise vergiler, sosyal güvenlik primleri (SGK), özel sigorta primleri ve cepten ödeme ile gerçekleşmektedir (Alcan ve Özsoy, 2017).

2.3. Özel Sağlık Sigortaları

Sağlığı finanse etmenin bir diğer yolu da özel sağlık sigortalarıdır. Özel sağlık sigortası sistemi; bireylerin kullandıkları sağlık hizmetleri için ödeyecekleri primleri, işveren ya da şirketler aracılığı ile değil, doğrudan kendilerinin isteyerek ödedikleri sigorta sistemidir (Sekhri ve Savedoff, 2004).

Özel sağlık sigortası sisteminin ana kaynağı Amerika Birleşik Devletleri'dir (Carrasquillo, 2000). ABD'nin yanı sıra özel sağlık sigortalarını ağırlıklı olarak kullanan ülkeler arasında Avusturalya ve İsviçre bulunmaktadır.

Özel sağlık sigortalarındaki en önemli ayırt edici özellik, primlerin bireylerin sağlık riskine göre belirlenmesidir. Ülkelerin özel sağlık sigortalarını tercih etme sebeplerinin başında, sözkonusu sigorta şirketlerinin yüksek bütçeli şirketler olmasıdır. Şirketlerin

yüksek bütçeli olması, sağlık alanındaki kar getirecek yeniliklerin araştırılmasına kaynak sağlamaları açısından önemli olmaktadır.

Ancak sözkonusu sistemin dezavantajları da bulunmaktadır. Örneğin; kişilerin sigorta şirketinden var olan hastalıklarını gizleme durumları olabilmektedir. Sigortalandıktan sonra, bireylerin riskli davranışlarda bulunabilmektedirler. Özel sigorta şirketleri, yüksek sağlık riski olan bireyleri sigortalamaktan kaçınmaktadırlar (İstanbuluoğlu, 2010).

Özel sigorta ile finansman yönteminde, bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde bireyin sağlık riskleri ile ilişkilidir. Bir başka ifade ile özel sağlık sigortasında herhangi bir hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon gibi) ya da hastalanma riski yüksek olan bireyler (sigara, alkol kullananlar gibi), diğerlerine göre daha çok prim ödeyebilirler. Olumsuz yönleri nedeni ile, özel sağlık sigortaları, sağlığın finansmanı için tek başına tercih edilen bir yöntem olmamaktadır. Özel sigortalardan, sağlığın vergiler ya da sosyal sigorta ile finanse edildiği sistemlerde, tamamlayıcı ya da destekleyici sistem olarak faydalanılmaktadır.

Bireyin sağlık hizmetine ihtiyaç duyma zamanı belirsizdir. Bu nedenle devletlerin, sağlık hizmeti sözkonusu olduğunda her zaman fiziksel ve finansal olarak hazır olması gerekmektedir (Özdemir, 2003).

Özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin karşılaşabilecekleri hastalık risklerini dikkate alarak, bireylerin sağlık alanındaki harcamalarını paylaşmak ve bunu yaparken de her işletme gibi kar elde etmektir. Türkiye’de özel sağlık sigortaları önceleri sadece kaza sigortası konusu ile ilgileniyorlardı. Daha sonra hastalık sigortaları da kapsama dahil edilmiştir. Türkiye’deki özel sağlık sigortalarında ücretler ve teminatlar, serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir (Ulaş, 1997).

Türkiye’deki özel sağlık sigortası şirketleri, diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında daha düşük bütçeli kalmaktadır. Bu nedenle, police teminatları da sınırlı olmaktadır. Türkiye’de özel sağlık sigortası sistemine girmek isteyen sigortalı adayları için en büyük sorun; çifte prim ödeme durumudur. Bireyin özel sağlık sigortası yaptırdığı zaman, sosyal sigorta sisteminden çıkamaması durumudur. Bireyin çift prim ödemek zorunda olması,

özel sağlık sigortası satın almanın maliyetini yükseltir ve bu durum ülkemizde özel sağlık sigortası sistemine katılımı engellemektedir (Ulaş, 1997).

2.4. Cepten Sağlık Harcamaları

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre cepten yapılan sağlık harcamaları; hastalar ya da hanehalkları tarafından doğrudan yapılan ödemelerdir (Gaal, 2006).

Başka bir deyişle, cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık hizmetinin alındığı anda yapılması nedeniyle sadece bir ödeme yöntemi olarak tanımlanmamaktadır. Aynı zamanda finansman kaynağı olarak da kabul edilmektedir.

Sağlık finansmanı yöntemi olarak cepten yapılan sağlık harcamalarının olumlu etkileri olarak, cepten yapılan ödemelerin gereksiz sağlık hizmeti talebini azaltmaya yönelik etki etmesi ve sağlık hizmetleri sunumu için ek bir kaynak yaratmasıdır.

Bireyin sağlık hizmeti karşılığında cepten yaptığı ödemenin, sağlık finansmanı sayılabilmesi için, bireyin yaptığı harcamanın sonradan kendisine herhangi bir transfer aracılığı ile geri ödenmemesi gerekmektedir. Özel sigortası olan bir bireyin, sağlık hizmeti kullanımı anında ödeme yapması ve sonradan özel sigorta şirketinden yapılan ödemenin bireye iadesi, sözkonusu duruma örnek olarak verilebilecektir (Özgen, 2008).

Sağlık harcamalarının finansman türlerinden biri olan, bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamaları, bireylerin bazı özelliklerine göre miktar olarak farklılık gösterebilmektedir. Sağlık hizmeti kullanan bireyin, sağlık sigortası sahipliği durumu, bireyin yaşadığı hanehalkının gelir seviyesi ve bireyin hastalığının türü cepten yapılan sağlık harcamalarının düzeyini etkilemektedir. Bireyin yaşadığı hanede bulunan kadın, çocuk ve yaşlı birey sayısı da cepten yapılan sağlık harcamalarını arttırmaktadır (Hwang, 2004).

Cepten yapılan sağlık harcamaları, bireyin sahip olduğu hastalık türüne göre artış ya da azalış göstermektedir. Birey, kronik bir hastalığa sahip ise, tedavi maliyetlerinin fazlalığı ve tedavi süresinin uzunluğu sebepleri ile, cepten yaptığı sağlık harcaması daha

fazla olmaktadır. Örneğin kanser tedavisi gören bir bireyin, yüksek tedavi maliyetleri ile başa çıkması gerekmektedir. Hanehalkından bir bireyin kanser tedavisi görmesi, hanehalkının tamamının gider dengesi üzerinde olumsuz bir etki yaratacaktır. En fazla sağlık harcaması yapılan hastalıklar; kanser ve kardiyovasküler hastalıklar olmaktadır (Langa ve diğerleri, 2004).

Cepten yapılan sağlık harcamalarının, bireyin gider dengesini bozmaması açısından, en fazla görülen üç kronik hastalık olan, kanser, diyabet ve hipertansiyon tedavileri için daha az düzeyde tutulması önerilmektedir (Tatar, 2011).

Cepten yapılan sağlık harcamaları üçe ayrılmaktadır; doğrudan ödeme, kullanıcı katkıları ve informal ödemeler. Doğrudan ödemeler; sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan bütün sağlık hizmetleri için yapılan cepten ödemelerdir. Kullanıcı katkıları; ya da maliyet paylaşımı; sağlık için yapılan harcamaların, sosyal güvenlik kapsamı içinde kalan hizmetlerin, kullanımı sırasında, cepten yapılan ödemelerdir.

İnformal ödemelerin tanımı; *“sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanmış ödemelerin dışında hizmet sunuculara yapılan ödemeler ile bunların dışında verilen hediyeler ve yapılan bağışlardır”* şeklinde yapılmaktadır (Belli ve diğerleri, 2002). Sağlık için cepten yapılan harcamaların informal harcama olarak değerlendirilebilmesi için, yapılan harcamanın formal ya da informal olduğunun anlaşılması gerekmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının formal bölümü; sağlık hizmetlerinden yararlanması karşılığında bireyin yasal düzenlemeler ile belirlenmiş ve sağlık hizmeti alan bireyin, hizmeti alma anında yapmak zorunda oldukları ödemelerdir (örn. Katkı payı). Tablo 1’de Türkiye’de sağlık hizmetleri alanındaki formal ve informal ödemelere örnekler verilmektedir.

Tablo 1. Yapılan Ödemelerin Türüne Bağlı Olarak Formal ve İnfomal Ödemelerin Tanımı ve Ayırt Edici Özellikleri

Ödemenin Türü	Tanım	Formal	İnfomal
Bağış	Hastalar tarafından daha iyi sağlık hizmetine erişmek amacıyla yapılan ödemelerdir.		Tüm bağışlar informal ödeme olarak adlandırılmaktadır.
Hekimlik Hizmetleri	Hastaların almış oldukları tıbbi hizmetler karşılığında hekimlere yaptıkları ödemelerdir.	Sigortalı bir hastanın daha hızlı ve iyi sağlık hizmeti almak için gönüllü olarak özel bir hekime yapmış olduğu ödemeler ile sigortası olmayan kişinin doktoru özel muayenehanesinde ziyaret ederek yaptığı ödemedir.	Sigortalı bir hastanın aslında sigorta kapsamında olup devlet tarafından kendisine sunulan temel sağlık hizmetlerini özel hekim muayenehanesinden alması durumunda bunlar informal ödemeler olarak kabul edilmektedir. Sigorta kapsamında olan temel sağlık hizmetleri bu gruba dahil edilmekle birlikte sigorta kapsamında olan ancak daha gelişmiş sağlık hizmetleri bu gruba dahil edilmemektedir.

Tablo 1. (devam) Yapılan Ödemelerin Türüne Bağlı Olarak Formal ve İnfomal Ödemelerin Tanımı ve Ayırt Edici Özellikleri

Ödemenin Türü	Tanım	Formal	İnfomal
Hekim Cerrahi Hizmetleri	Hastaların hekimlere cerrahi uygulamalar sonucunda ödedikleri ücretlerdir.	Sağlık sigortası olmayan hastanın cerrahi uygulamalar için yapmış olduğu ödemeler formal olarak kabul edilmektedir.	Hasta sigorta kapsamında iken cerrahlara cerrahi işlemler için yapılan ödemeler informal olarak kabul edilmektedir. Hastaların kamuda fatura almaksızın yaptıkları ve “bıçak parası” olarak ödedikleri ücretler de informal olarak kabul edilmektedir. Ayrıca sigortasız olup cerrahi işlemler için fatura alamaksızın ödemede bulunan hastalar tarafından yapılan ödemeler de informal ödemeler olarak kabul edilmektedir.
İlaçlar	Hastalar tarafından ilaçlar için yapılan ödemelerdir. (reçetesiz/reçeteli)	Hastaların kendi kendilerine tedavi amacıyla ilaç satın almaları ya da sigorta kapsamındaki hastaların reçeteli ya da reçetesiz ilaçlar için yapmış oldukları ödemelerdir.	Yatan hastaların hizmet aldıkları hastane tarafından kendilerine temin edilmesi gerektiği halde başka bir kuruluştan reçeteli ilaç almaları durumunda bu ödemeler informal olarak kabul edilmektedir.
Diğer Personele Yapılan Ödemeler	Hekimler ve cerrahlar dışında diğer personele yapılan ödemelerdir.		Sağlık sigortası olup olmaması ya da alınan sağlık hizmeti türüne bağlı olmaksızın hemşire ve diğer sağlık personeline yapılan ödemeler informal ödemeler olarak kabul edilmektedir.
Hediyeler ve Ayni Yardımlar	Sağlık hizmeti sunucularına yapılan nakit olmayan ödemelerdir.		Tüm hediyeler ve ayni yardımlar informal ödemeler olarak kabul edilmektedir.

Kaynak: Tatar, M, 2007, Özgen H, Şahin B, Belli P, Berman P., *Informal payments In The Health Sector: A Case Study From Turkey*, Health Affairs, 26(4), 1029-1039, s. 1032).

Tablo 1’de gösterildiği gibi, hediyeler ve aynı yardımlar da dahil olmak üzere tüm bağışlar, informal ödemeler olarak tanımlanmaktadır.

Hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamaları iki temel değişken ile bağlantılı olmaktadır. İlk temel belirleyici, bireyin sağlık sigortası sahipliği diğeri ise, bireyin içinde bulunduğu hanehalkının gelir düzeyi olmaktadır. Bireylerin sahip olduğu sosyal sağlık sigortaları, hanehalkı geliri ile ilişkili olarak, hanelerin sağlık giderlerini azaltıcı etkide bulunmaktadır (Shen ve McFeeters, 2006).

Düşük gelirli ülkelerde cepten yapılan sağlık harcaması yüksek ve değişken bir durum sergilemektedir. Harcamalar çok fazla olduğunda, hanehalkları için uzun vadede yoksullaştırıcı etkide bulunmaktadır (Musgrove ve diğerleri, 2002). Cepten yapılan sağlık harcamaları ile ülkenin sağlık finansman sistemi arasında doğrudan bir etkileşim bulunmaktadır. Harcama, ne kadar yüksek ise, o ülke için sağlık finansman sistemi o kadar kötü çalışmaktadır denilebilmektedir (Minh ve diğerleri, 2012).

TÜİK tarafından yayınlanan 21527 numaralı haber bülteninde, Türkiye için cepten yapılan sağlık harcamalarının, 2015 yılında %10,4 oranında artarak, 104 milyar 568 milyon TL’ye ulaştığı belirtilmiştir. Tablo 2’de cepten yapılan sağlık harcamaları gösterilmiştir.

Tablo 2. Cepten Sağlık Harcamaları 2002-2013 (Milyon TL)

	2002	2010	2013	2002-2013 Artış
TL	3.725	10.062	14.156	2,8
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	10.375	12.540	14.156	0,4
USD	2.474	6.707	7.445	2,0
SGP USD	6.103	10.699	12.890	1,1
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	19,8	16,3	16,8	
GSYH İçindeki Payı (%)	1,1	0,9	0,9	

Kaynak : TÜİK, 2015

Tablo 2’de görüldüğü gibi, TL bazında %2,8’lik bir artış gerçekleşmiştir.

Toplam sağlık harcamasının GSYH'ye oranı, 2015 %5,4 seviyesinde kalmıştır. Genel devlet sağlık harcamasının GSYH'ye oranı ise, %4,2 olarak gerçekleşmiştir. Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2014 yılında %77,4 iken, 2015 yılında %78,5'e yükselmiştir.

Hanehalkları tarafından tedavi, ilaç vb. amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması, 2015 yılında %3 artarak 17 milyar 315 milyon TL olmuştur. Hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, 2015 yılında %16,6 olarak gerçekleşmiştir.

Kişi başi sağlık harcaması, 2014 yılında 1.232 TL iken, 2015 yılında %9,2 artarak, 1.345 TL'ye yükselmiştir. Kişi başi sağlık harcaması ABD Doları (\$) bazında değerlendirildiğinde ise, 2014 yılında 563 \$ iken, 2015 yılında 496 \$ olarak hesaplanmıştır. Tablo 3'te kişibaşi cepten sağlık harcamaları gösterilmiştir.

Tablo 3. Kişibaşi Cepten Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

	2014	2015
Toplam Sağlık Harcaması		
Milyon Türk Lirası (TL)	94.750	104.568
Milyon ABD Doları (\$)	43.325	38.537
Kişibaşi Sağlık Harcaması		
Türk Lirası (TL)	1.232	1.345
ABD Doları(\$)	563	496
Toplam Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi HasılayaOranı (%)	5,4	5,4
Genel Devlet Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	77,4	78,5
Hanehalkı Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	17,8	16,6

Kaynak : TÜİK, 2015

Tablo 3'te görüldüğü gibi, hanehalkı sağlık harcamasının, toplam sağlık harcamasına oranı, 2014 yılı için %17,8 ve 2015 yılı için %16,6 olarak gerçekleşmiştir.

Bireylerin kişisel gelirlerinden, sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda cepten yaptıkları ödemeler farklı şekillerde karşımıza çıkmaktadırlar. En sık olarak uygulamada karşılaşılan ödemeler; özel sigorta primleri, ilaç katkı payları, özel sağlık kurumu ve doktor ödemesi şeklinde olmaktadır. Türkiye için bakıldığında, sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemelerin kayıt altına alınmaması, ilgili verilere ulaşımı zorlaştırmaktadır. Türkiye’deki sağlık sigortası şirketlerinin tamamı katkı payı içermektedir. Katkı payı ile birlikte maliyet paylaşımı sistemini içeren sağlık sigortaları da bulunmaktadır (Şahin, 2013).



BÖLÜM 3. YAŞLANMA VE SAĞLIK HARCAMASI

Değişen yaşam süresi, bireyin yaşam evrelerini değiştirmektedir. Değişen yaşam evreleri süresince bireylerin geçirdikleri hastalık türleri, hastalık sayıları ve tedavi için geçirilen zamanı olumsuz olarak etkilemektedir. Uzayan yaşam süresi ile birlikte, bireylerin hastalıkları ile ilgili olarak multimorbidite kavramı önem kazanmaya başlamıştır.

Yakın zamana kadar bireyler, yaşam sürelerinin daha kısa olması nedeniyle, yaralanma ve ani gelişen hastalıklara bağlı olarak yaşamlarını kaybetmekteydiler. Günümüzde bireyler, uzun tedavi süresi içeren hastalıklar sebebi ile ölmektedirler. DSÖ, kronik hastalığı “uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak tanımlamaktadır. Kronik kelimesi ise, “birkaç yıl veya on yıl boyunca sürekli bakıma ihtiyaç duyulan sağlık sorunları” tanımlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010). Nüfusun yaşlandıkça, kronik hastalığa yakalanma olasılığı artmaktadır. Yaşlanma düzeyi ile birlikte bireyin birden fazla kronik hastalığı olması durumu gerçekleşmektedir (Deng ve diğerleri, 2009; Durna, 2012).

Kronik hastalıklar, ülkeler ve bireyler üzerindeki ekonomik yükü arttırmaktadır. Multimorbidite ve kronik hastalıklar, toplumsal açıdan değerlendirildiğinde ise bireylerin sağlık hizmeti kullanımı artacağından, tıbbi maliyetler arttırmaktadır. Bireylerin hastalık nedeniyle üretkenliği azalacaktır. Artan sağlık hizmeti kullanımı, azalan çalışma gücü ile birleşerek toplum üzerindeki ekonomik yükü arttıracaktır (Uğurluoğlu, 2008).

Sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların artmasının sebepleri, dokuz ayrı faktör olarak tanımlanmaktadır (Çilingiroğlu, 2006). Bu dokuz etki faktörünü şu şekilde açıklayabiliriz;

1. Demografik etki: Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır.
2. Epidemiyolojik etki: Günümüzde, eskiden ölümle sonuçlanacak birçok vaka yaşatılmakta, ancak bu başarının maddi bedeli yüksek olmaktadır.
3. Teknolojik etki: Genişleyen teknolojik olanaklar, sağlık hizmetlerinin finansmanında yükselişle sonuçlanmaktadır.

4. İletişim ve ulaşım olanakları etkisi: Dünyanın bir ülkesinde görülen yeni bir buluş kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta ve talepler hızla artmaktadır.
5. Felsefi etki: Önceki yıllarda yaşlı bir kişinin köşesine çekilmesi beklenirken, bugün; çevresindeki etkinliklerden geri kalmaması istenmektedir.
6. Sigorta uygulamalarının yaygınlaşması etkisi: Sağlık sigortası sistemleri yaygınlaşmaktadır.
7. Üretkenlik ile ilgili değişim etkisi: Tıbbi hizmetlerin üretkenlik kazanımları daha düşüktür. Bu durum tıp hizmetlerinin fiyatının giderek yükselmesine yol açmaktadır.
8. Savunmacı tıp etkisi: Sağlık görevlilerinin hukuki ve adli işlemlere karşı kendilerini tazminat açısından korumaya almaya çalışmaları hizmetleri daha pahalı hale getirmektedir.
9. Gelir artışı etkisi: Sağlık hizmetleri kullanımı, her zaman kişilerin yeterince gelir elde ettiği durumlarda fiyatını ödemeye hazır olduğu hizmetler arasında sayılmaktadır.

OECD ülkelerinde ile ilgili yapılan bir çalışmada elde edilen sonuçlara göre, ilgili ülkelerin yönetimlerinin 2000-2050 yılları için sağlık harcamalarına ayrılan bütçeleri ile ilgili %2'lik bir artış olması beklenmektedir (Koç, 2013).

Alemayehu ve Warner tarafından 2004 yılında ABD, Michigan eyaletinde yapılan başka bir çalışmada, sağlık harcamalarındaki artışın yaşla doğru orantılı olarak hareket ettiği ifade edilmektedir. İlgili çalışmaya göre, küçük yaşlardaki çocuklarda sağlık harcamalarının düşük olduğu, bireylerin yaşlarının artması ile ve özellikle orta yaş döneminde sağlık harcamalarının arttığı görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki bu artışın en yüksek olduğu dönem ise 65+ yaş dönemi olmuştur (Alemayehu ve Warner, 2004).

Aynı araştırmacıların yaşlılık ve sağlık harcamaları konusunda üzerinde durduğu bir diğer konu, bir bireyin hayatı boyunca ne kadarlık sağlık harcaması yapacağı olmuştur. Araştırmacılar konu ile ilgili hesaplamalarda ilgili ülkelerin 2000 yılı tüketici fiyat endekslerini dikkate almışlardır. Yaptıkları hesaplamalarda, bireyin yaşam süresi boyunca yaptığı sağlık harcaması miktarının 316.597 \$ olacağı sonucuna ulaşmışlardır. Söz konusu sağlık harcaması miktarı erkekler için 268, 679 \$ iken, kadınlar için ise 361.192 \$ olarak

bulunmuştur. Kadınların sağlık harcamalarının erkeklerden daha yüksek olmasının nedeni olarak, kadınların erkeklere göre daha uzun ömüre sahip olmaları gösterilmiştir. Kadınların, erkeklere göre daha uzun yaşmaları, kadınların sağlık harcamalarının erkeklerden %8 daha yüksek olmasına neden olmaktadır.

Aynı çalışmanın bir diğer sonucu olarak, ömür boyu sağlık harcamalarının ölçülmesi yapılmıştır. Söz konusu çalışmaya göre; ömür boyu sağlık harcamalarının; sadece beşte birlik bölümü, yaşamın ilk yarısında, % 80'lik kısmı 40 yaş sonrasında ve yarısına yakını da 65 yaş üstü kişiler tarafından yapılmaktadır (Alemayehu ve Warner, 2004).

Bireyin yaşamının ilk yıllarında yaptığı sağlık harcamaları normal kabul edilen düzeyde olmaktadır. Yaşamın ilk yıllarından sonra ise, sağlık bakım masrafları çocuklar için en düşük düzeyde kalmaktadır. Yetişkin yaşamı süresince yavaşça yükseldiği ve 50 yaşından sonra katlanarak arttığı kabul edilmektedir (Meerding ve diğerleri, 1998).

Bradford ve Max tarafından 1996 yılında yapılan bir çalışma ile, yaşlıların yıllık sağlık bakım maliyetlerinin, bireyin ilk çocukluk döneminde yapılan harcamalardan yaklaşık dört kat yüksek olduğu tespit edilmiştir. 1996 yılında yaşlılığın, sağlık harcamaları üzerinde arttırıcı yönde etkisi olduğunu tespit etmek açısından ABD'de Michigan eyaletinde, eyalet sakinleri ile yapılan sözkonusu çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıdaki gibi olmuştur:

<u>Yaşam Yılları</u>	<u>Sağlık Hizmeti Kullanım Oranı</u>
Çocukluk dönemi (0-19 yaş)	%7.8
Gençlik dönemi (20-29 yaş)	%12.5
Orta yaş dönemi (40-64 yaş)	%31.0
Yaşlılık dönemi (65-84 yaş)	%36.5
İleri yaşlılık dönemi (85+ yaş)	%12.1

Avrupa Birliği ve OECD, 2014 yılı Ağustos ayında, projeksiyon ve senaryolarla desteklediği “2015 YılıYaşlanma Raporu”nu yayınlamıştır. 2015 Yaşlanma Raporu, ilgili ülkelerin 2013-2060 yıllarında beklenen demografik değişimi açıklamak amacıyla hazırlanmıştır. Ülkelerde meydana gelecek değişiklikleri ve bu değişikliklerin sonuçlarını, nüfus projeksiyonları ve senaryoları ile açıklanmaya çalışılmıştır.

Avrupa Birliği ve OECD ülkeleri, yaşlanma yönündeki demografik nüfus hareketinin içinde bulunmaktadır. İlgili ülkeler ile karşılaştırıldığında, Türkiye nüfus yapısı genç olarak tanımlanmaktadır. Sözkonusu Avrupa Birliği ve OECD Ülkeleri tarafından hazırlanan 2015 Yılı Yaşlanma Raporu, Türkiye’ye nüfusun yaşlanması ve artan sağlık harcamaları durumu ile başa çıkma yöntemlerinde yol gösterici bir çalışma olması bakımından önemlidir. İlgili raporun özeti şu şekildedir;

“2015 YılıYaşlanma Raporu” çalışmasının amacı; Avrupa Birliği ülkelerinde yaşanacağı öngörülen nüfustaki değişiminlerin, sağlık harcamaları üzerinde meydana getireceği etkileri incelemektir. Sözkonusu çalışmayı yürütebilmek için Avrupa Birliği ve OECD nüfusunun günümüze kadar geçirdiği süreçler dikkate alınarak, nüfus projeksiyonları oluşturulmuştur. Oluşturulan nüfus projeksiyonları ile ilgili nüfusun 2010-2060 yılları için geleceği seviyeler tahmin edilmiştir. Avrupa Komisyonu ve Ekonomik Politika Komitesi (2009) projeksiyon sonuçları doğrultusunda nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarına etkisi incelenmiştir.

Birlik Ülkeleri için nüfus yapısı üç temel etkene bağlı olarak değişim göstermektedir. Bu üç temel etken; azalan doğum oranı, uzayan yaşam beklentisi ve ülkelerin aldığı göç oranı olarak açıklanmaktadır. Projeksiyonlar için hedef alınan 2060 yılı için nüfus çok fazla artmış olmayabilir ancak bu nüfusun içindeki yaşlı nüfus oranı çok fazla artmış olacaktır. Şöyleki, toplam nüfusun, 2013-2050 arası %4 lük bir artış ile 507 milyon kişiden 526 milyon kişiye, 2060 yılında ise 523 milyon kişiye ulaşması beklenmektedir.

2060 yılı itibariyle toplam nüfus içerisindeki 0-14 yaş aralığının 51.5 civarında sabit kalacağı, 15-64 yaş aralığının %66’dan %5’e doğru azalma şeklinde göreceli olarak sabit kalacağı, 65 yaş ve üstünün nüfus içindeki payının %18’den %28’e çıkması beklenmekte, 80 yaş civarı nüfusun ise % 5’ten % 12’ye çıkması beklenmektedir.

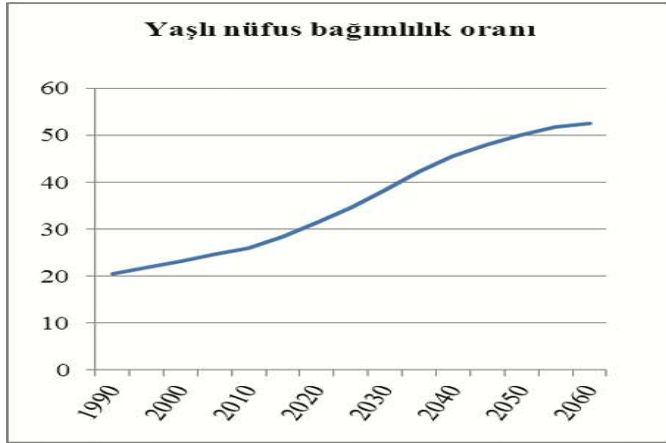
Yaş gruplarındaki bu değişimlere bağlı olarak, 2060 yılı itibariyle 65 yaş ve üstü grubun, bağımlı nüfus olarak oranının %27.8'den %50.1'e yükselecektir. Bu durum şu anlama gelmektedir; 65 yaş ve üstü nüfusta çalışan oranı 4 kişiden 2 kişiye doğru azalacaktır. Yaşlanan nüfustaki çalışan oranının azalması, aynı nüfusun bağımlı olma oranını arttırmaktadır.

Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artmasının bir sonucu olarak, yaşlı nüfus bağımlılık oranı kavramı ortaya çıkmıştır. Yaşlı nüfus bağımlılık oranı; 65 yaş ve üzeri nüfusun, 15-64 yaşındaki çalışan nüfusa göre yüzdesel oranı olarak tanımlanabilecektir. Sözkonusu oran için geçmiş yıllara bakıldığında, 1990 yılında %20,6 iken, 2010 yılında 25,9'a yükselmiştir. Bu durum 2010 yılı için toplam nüfusta 65 yaş ve üzerindeki bir bireye karşılık olarak, çalışma çağında yaklaşık dört birey düştüğünü göstermektedir.

2060 yılında, yaşlı nüfus bağımlılık oranının %52,55'e çıkacağı tahmin edilmektedir. Böylece dünya nüfusun genel yapı olarak, çalışma çağı nüfusunun yarısı kadar yaşlı nüfusa sahip olacağı beklenmektedir.

AB'deki farklı nüfus gruplarına genel baktığımızda, 2060 yılı için nüfus yapısı; genç nüfus (0-14), çalışma yaşındaki nüfus (15-64), 65 yaş ve üzeri olanlar ve yaşlılar 80 yaş ve üstü olarak ayrılmıştır. Genç nüfusun oranının (0-14 yaş), 2060 yılına kadar yaklaşık % 15 oranında sabit kalacağı, 15-64 yaş grubunun % 66'dan %57.65'e düşeceği tahmin edilmektedir. 65 yaş ve üzeri nüfusun % 18'den % 28'e yükselerek toplam nüfus içerisinde daha büyük bir paya sahip olacağı, 80 yaş ve üzeri yaş grubunun ise % 5'den % 12'ye yükselmesi beklenmektedir. Grafik 7'de AB Ülkeleri yaşlı nüfus bağımlılık oranı gösterilmiştir.

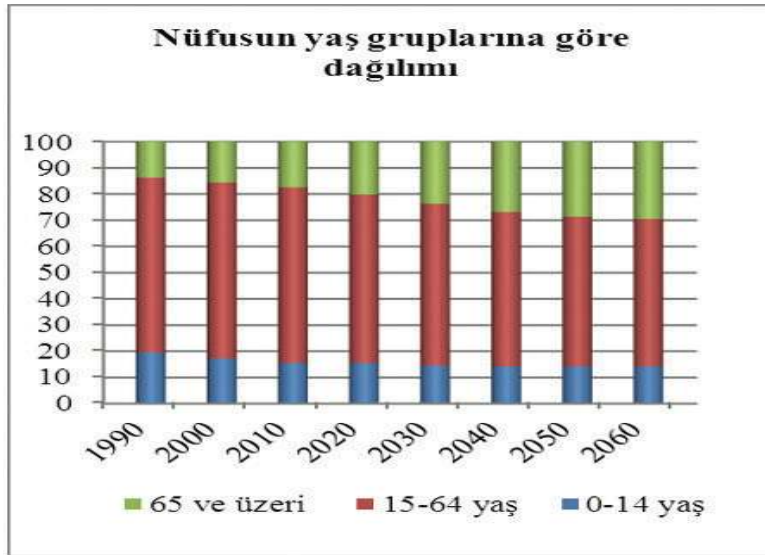
Grafik 7. AB Ülkeleri Yaşlı Nüfus Bağımlılık Oranı



Kaynak: Erol, Mehmet Turgay, 2011, *Avrupa Birliği'nde Nüfusun Yaşlanması Ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*

Grafik 7'de görüldüğü gibi, 2020 ve 2060 yılları arasındaki yaşlı nüfusun bağımlılık oranı artan bir hızla yükselmektedir. Grafik 8'de AB Ülkeleri nüfuslarının yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmektedir.

Grafik 8. AB Ülkeleri Nüfuslarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı



Kaynak: Erol, Mehmet Turgay, 2011, *Avrupa Birliği'nde Nüfusun Yaşlanması Ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*

Grafik 8'de görüldüğü gibi, 2020 ve 2060 yılları arasındaki çok yaşlı nüfus, 2020 ve 2050 yılları arasında 65 yaş ve üzeri olarak artış gösterme eğilimindedir.

Doğum oranı açısından geçmiş yıllara bakıldığında özellikle, İrlanda, Fransa, Finlandiya ve İngiltere’de 2000 ile 2012 yılları arasında, % 1.8’lik artış oranı ile en yüksek seviyede olurken, Kıbrıs, Lüksemburg, Malta, Polonya ve Portekizde ise doğum oranında düşme yaşanmıştır.

2013 yılında 507 milyon olan Avrupa Birliği nüfusunun, 2050 yılına kadar % 5 artarak 526 milyona ulaşması ve 2060 yılında ise yavaş yavaş düşerek 523 milyon olması öngörülmektedir. En yüksek nüfus artışının Lüksemburg'da (+% 111), Belçika'da (+% 38), İsveç'te (+% 36), Kıbrıs'ta (% 30) İngiltere'de (+% 25) olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Litvanya (% 38), Letonya (% 31), Bulgaristan (% 25), Yunanistan (% 23) ve Portekiz (-% 22)’de nüfus artış hızlarında düşüş beklenmektedir.

2015 Yaşlanma Raporu hazırlanırken iki ana senaryo üzerinde durulmuştur. Bu senaryolardan biri; dayanak noktası senaryosu (baseline scenario), diğeri ise; risk senaryosu olarak adlandırılmıştır.

Dayanak noktası senaryosuna göre; ülkelerin nüfus artış oranları karşısında, uzun dönemde ülkelerin büyüme (GDP oranı) oranlarını ve gelirleri sabit kabul edilmiştir. Söz konusu senaryoya göre; geçmiş yıllar verileri dikkate alındığında, Avrupa Birliği ve OECD Ülkelerinde, yıllık ortalama GSYİH büyüme oranının, uzun vadede oldukça istikrarlı kalacağı tahmin edilmektedir. GSYİH büyüme oranının, 2020 yılına kadar %1.1 olması, 2060 yılına kadar ise ortalama %1.4-1.5 seviyesinde kalması beklenmektedir.

Risk senaryosuna göre ise; ülkelerin yaşlanarak artan nüfus ve sağlık harcamaları arasında harcamalar yönünde olumsuz bir etki olduğu belirtilmektedir. Söz konusu durumun ülkeler için risk oluşturan bölümü olarak; ülkelerin artan doğurganlık oranı karşısında, kişi başı gelirin daha yavaş olarak arttığı kabul edilmiştir. Risk senaryosu, gelecekteki büyüme oranlarının temel senaryodan daha düşük olarak gelişmesini öngörmektedir. Risk senaryosuna göre, 2060 yılına kadar Avrupa Birliği ve OECD Ülkelerinde GSYİH ve büyüme oranlarının % 1,2 oranında kalması beklenmektedir.

Söz konusu raporda dokuz farklı senaryoya yer verilmiştir. İlgili senaryolar ve açıklamaları belirtilmiştir;

1. Demografik Senaryo (Demographic scenario)

Demografik Senaryo'ya göre, nüfus yapısının yaşlanma yönünde değişmesi ve nüfusun yaşlanmasının, uzun süreli ve kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak, sağlık harcamalarını arttırdığı kabul edilmektedir.

2. Beklenen Yaşam Süresi Senaryosu (Highlife expectancy scenario)

Beklenen Yaşam Süresi Senaryosu'na göre, nüfustaki uzun ömür beklentisi, bireyin sağlıklı ya da hastalıklı olmasına bakılmaksızın, yaşam süresinin uzaması, sağlık harcamalarını arttırdığı kabul edilmektedir.

3. Sabit Sağlık Senaryosu (Constant health scenario)

Sabit Sağlık Senaryosu'na göre, nüfustaki ölüm oranlarının azalması ve uzayan ömür, bireyin sağlık olarak kötü geçireceği yılları uzatmakta ve dolayısıyla sağlık harcamaları arttırdığı kabul edilmektedir.

4. Ölüm Maliyeti Senaryosu (Death-related costs scenario)

Ölüm Maliyeti Senaryosu'na göre, yaşlı nüfusta artan ölüm oranları, sağlık harcamalarını arttırmaktadır. Ülkeler açısından bakıldığında, kişi başına düşen sağlık harcamaları, bireyin kalan yaşam yılları dikkate alınarak planlanmaktadır. Bireyin en yoğun olarak sağlık hizmeti kullandığı dönemin, hayatının son yıllarında olduğu kabul edilmektedir.

5. Gelir Esnekliği Senaryosu (Income elasticity scenario)

Gelir Esnekliği Senaryosu'na göre, artan yaşlı nüfus ile birlikte sağlık bakım ürünleri ve hizmetleri talebinde artış meydana gelmektedir. Ülkelerin, artan talebi karşılamak amacıyla bireylerin kişi başına düşen gelirini arttırmaya yönelik politikalar izlemesi gerekmektedir.

6. AB28 Maliyet Yakınsama Senaryosu (EU28 cost convergence scenario)

AB28 Maliyet Yakınsama Senaryosu'na göre, ülkelerin sağlık politikaları oluştururken ve sağlık politikaları için bütçelerini planları yapılırken, bireylerin almayı beklediği sağlık hizmetlerini kapsamı durumunun dikkate alınması gerekmektedir.

7. Emek Yoğunluğu Senaryosu (Labour intensity scenario)

Emek Yoğunluğu Senaryosu'na göre, sağlık sektörünün emek yoğun bir olması ve bu şekilde kalacağı öngünerek, sağlık ile ilgili kamu harcamalarının artacağı kabul edilmektedir.

8. Sektör Bazlı Bileşik Endeksleme Senaryosu (Sector-specific composite indexation scenario)

Sektör Bazlı Bileşik Endeksleme Senaryosu'na göre, sağlık sektörünün diğer kamusal hizmet sektörlerinden farklı gelişim dinamikleri bulunmaktadır. Ülkelerin sağlık bütçeleri planlamalarını yaparken, sağlık sektörünün emek yoğun, yüksek teknoloji içeren ve sürekli değişen yapısı dikkate alınmalıdır. Sağlık hizmetleri diğer kamu hizmetlerine göre daha kapsamlı, değişken ve maliyetli olmaktadır.

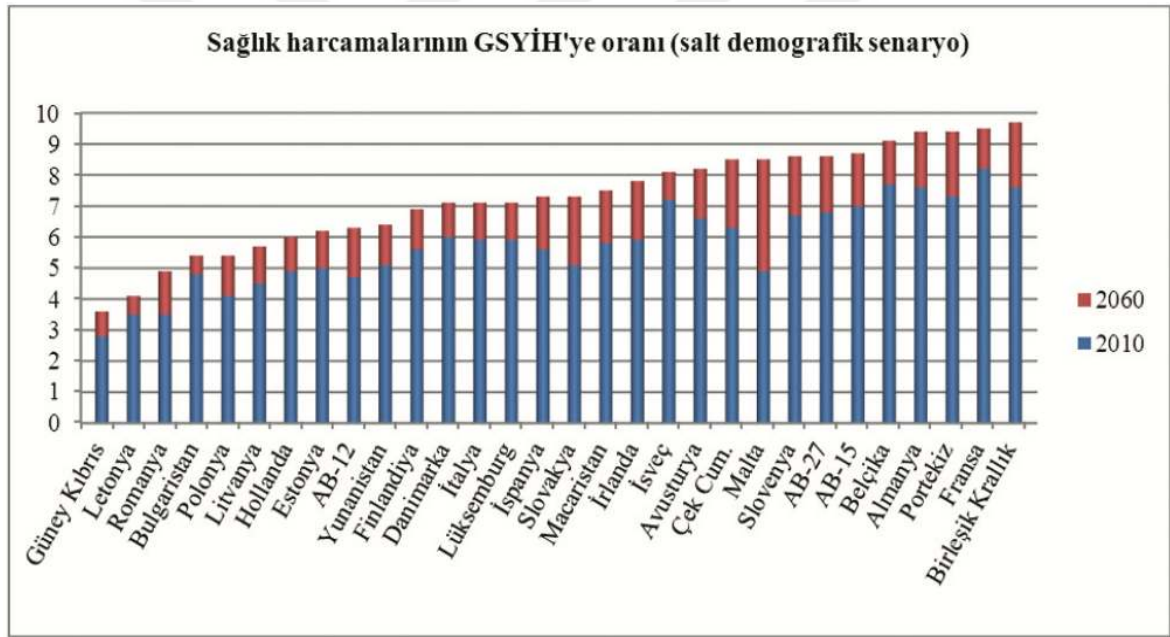
9. Demografik Olmayan Belirleyiciler Senaryosu (Non-demographic determinants scenario)

Demografik Olmayan Belirleyiciler Senaryosu'na göre, 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren, sağlık harcamaları gelirden daha hızlı büyümektedir. Sağlık harcamalarının artmasında, sağlık hizmetlerinin fiyatının sürekli artma eğiliminde olması ve sektörde kullanılan yüksek teknolojinin pahalı olması gibi demografik olmayan belirleyicilerin etkileri görülmektedir. Demografik olmayan belirleyicilerin etkisi ile birlikte ülke yönetimleri tarafından sağlık hizmetleri konusunda yapılan müdahalelerin etkileri geniş kapsamlı olmaktadır.

Avrupa Birliği ve OECD Ülkeleri 2015 Yılı Yaşlanma Raporu'nda, temel demografik ve ekonomik etkenlerin sağlık harcamaları artışı üzerindeki etkileri, önceki paragrafta açıklanan senaryolar aracılığı ile incelenmiştir.

Demografik Senaryo'ya göre; ölüm oranları azalmakta ancak bireyler uzun ömürlü olmakla beraber aynı zamanda hastalıklı ve engelli olarak yaşamlarına devam etmektedirler. “Yaşa bağlı harcama profilleri”, bireylerin yaşı ile sağlık hizmetleri talebi arasındaki ilişki hakkında bilgi vermektedir. Yaşam süresindeki artma yönündeki değişim, bireylerin sağlık durumları ve yaşam kaliteleri üzerinde olumsuz etkiler olarak gerçekleşmektedir. Tıbbi gelişmeler, uzayan insan ömürünü, artan sayıda ve çeşitlilikte hastalığa karşı korumaktadır. Ancak, bireyin yaşlılık döneminde ortaya çıkan kronik hastalıklar, sağlık için harcanan zaman ve masrafın artması şeklinde kendini göstermektedir. Grafik 9'da demografik senaryoya göre 2010'dan 2060'a sağlık harcamaları değişimi gösterilmektedir.

Grafik 9. Demografik Senaryoya Göre 2010'dan 2060'a Sağlık Harcamaları Değişimi (%)



Kaynak: Erol, Mehmet Turgay, 2011, *Avrupa Birliği'nde Nüfusun Yaşlanması Ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*

Grafik 9'da gösterildiği gibi, en yüksek sağlık harcaması değişiminin Malta'da yaşanması beklenmektedir.

AB27 Ülkelerinin 2010-2060 yılları için, sağlık harcamalarının, ülkelerin GSYİH'ya oranının %7'den %9'a çıkması beklenmektedir.

Sağlık harcamaları artışında, yaşılanan bireylerin sahip olduğu kronik hastalıklar etkili olmaktadır. Artan kronik hastalıklara bağlı olarak, dünya genelinde görülen hastalıklar ve ölüm nedenlerinde de değişiklikler meydana gelmiştir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar, bulaşıcı hastalıkların yerini almaktadır. Tüm dünyada kronik hastalıklar nedeni ile meydana gelen ölümler, toplam ölümlerin %60'ından fazlasını oluşturmaktadır (Avrupa Komisyonu ve Ekonomik Politika Komitesi, 2009).



BÖLÜM 5. ÇALIŞMANIN YÖNTEMİ

5.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, Türkiye’de yaşayan 65 yaş ve üzeri bireylerin cepten yaptıkları sağlık harcamasını belirlemek ve 2050 yılı için projeksiyon yapmaktır. Çalışma süresince, 65 yaş ve üzeri bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ortaya konulması, yaşadıkları hanelerin özelliklerinin belirlenmesi ve bu hanelerde yapılan cepten sağlık harcamalarının tespit edilmesi doğrultusunda, sağlık sistemine önemli yansımaları olan demografik yaşlanmanın olası etkilerinin belirlenmesi ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda devlete, kişilere ve kurumlara yönelik olarak öneriler geliştirilmesi amaçlanmıştır.

5.2. Çalışmanın Önemi

Dünya genelinde ve Türkiye’de nüfus yapısında önemli demografik değişimler meydana gelmektedir. Nüfus yapısında yaşlanma yönünde meydana gelen değişimler bireyler üzerinde olumlu ve olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Uzun ömürlü olmak her bireyin ulaşmak istediği bir hedef olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak sadece uzun bir yaşam sürmek yeterli olmamaktadır. Uzayan yaşam süresi bireyin sağlıklı olması durumunda anlam kazanmaktadır.

Sağlıklı bireyler olarak yaşamak, sağlığın kazanılması ve devam ettirilmesi açılarından bakıldığında masraflı bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye’de 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşadığı hanelerde yapılan cepten sağlık harcamasının belirlenmesi ve 2050 yılı için projeksiyon yapılması, demografik yaşlanmanın sağlık hizmetleri finansmanı üzerindeki önemli etkilerini ortaya koyma yönünde çok ciddi bir adım olarak değerlendirilmektedir. 65 yaş ve üzeri bireyler için cepten sağlık harcamasının mevcut durumu ve nüfus projeksiyonları ile birlikte değerlendirildiğinde 2050 yılı tahminleri, sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili politikacılar için bir erken uyarı sistemi olarak görülmektedir.

5.3. Veri Kaynağı

Çalışmada ikincil veri kaynağı kullanılmıştır. Bu kaynak, TÜİK tarafından oluşturulan 2015 yılı Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Veri Setidir. Hanehalkı Bütçe Anketi, TÜİK tarafından, Türkiye genelini kapsayacak şekilde ilk olarak 1987 yılında gerçekleştirilmiştir. Sonraki anket çalışması olan 1994 Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi, tüketim harcamaları ve gelir dağılımı amaçlarına yönelik olarak iki farklı anket olarak yapılmıştır. 2002 yılından itibaren anket için kullanılan sorulara TÜİK tarafından bir standart getirilerek anketler yıllık olarak düzenlenmeye başlanmıştır. Uygulanan anketin adı ise Hanehalkı Bütçe Anketi olarak değiştirilmiştir.

Hanehalkı Bütçe Anketleri, hanelerin sosyo-ekonomik yapıları, yaşam düzeyleri, tüketim kalıpları hakkında bilgi vermektedir. Sözkonusu anket, toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi, kullanılabilir gelirin fertler arasındaki dağılımının görülmesi ve uygulanan sosyo-ekonomik politikaların geçerliliğinin test edilmesi amacıyla kullanılan en önemli kaynaklardan biridir.

Çalışmanın güvenliği açısından değerlendirildiğinde, sözkonusu Hanehalkı Bütçe Anket'ine, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bulunan tüm yerleşim yerleri kapsama dahil edilmiştir. Kurumsal nüfus olarak tanımlanan yaşlılar evi, huzur evleri, hapishane, askeri kışla, özel nitelikli hastane, otel, çocuk yuvalarında bulunan nüfus ile uygulama zorluğundan dolayı göçer nüfus anket kapsamı dışında tutulmuştur (TÜİK, 2015).

Çalışmada Hanehalkı Bütçe Anketi kullanılmasının sebepleri şu şekilde açıklanabilmektedir; hanehalkı bütçe anketleri, hanelerin sosyo-ekonomik yapıları, bireylerin yaşam düzeyleri ve tüketim alışkanlıkları hakkında bilgi vermektedir. (Ek.1)

Hanehalkı Bütçe Anket ile elde edilen veriler; hanehalkı sağlık harcaması ile ilgili yapılacak analizlerde uluslararası literatürde kabul gören en uygun verilerdir. TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi üç ana bölümden oluşmaktadır;

Bölüm 1, hanehalkı sosyo-ekonomik durum değişkenlerini (oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar ve ulaştırma

araçları gibi) içermektedir.

Bölüm 2, hane bazında toplam 12 kalemden oluşan tüketim harcamalarının değerlerini içermektedir. Bu kalemler gıda ve alkolsüz içecekler; alkollü içecekler, sigara ve tütün; giyim ve ayakkabı; konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar; mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri; sağlık; ulaştırma; haberleşme; eğlence ve kültür; eğitim; lokanta, yemek hizmetleri ve oteller; diğer mal ve hizmetlerdir.

Bölüm 3, hanedeki bireylere ilişkin demografik değişkenleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu), istihdam durumu değişkenlerini (meslek, iktisadi faaliyet, işteki durum), hanede fiziksel veya zihinsel sağlık sorunu olması durumu ve anket ayı ve son bir yıl olmak üzere faaliyet ve faaliyet dışı kullanılabilir gelir değişkenlerini içermektedir.

5.4. Evren ve Örneklem

TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan tüm hanehalkı fertlerini kapsamaktadır. Bu çalışmanın evrenini 2015 yılında Türkiye sınırları içinde yaşayan, kurumsal olmayan 65 yaş ve üzeri tüm bireyler ve yaşadıkları hanehalkları oluşturmuştur.

Çalışmanın 65 yaş ve üstü nüfusu kapsayan örnekleme, 3.972 kişiden oluşmaktadır. Çalışmanın kişi örnekleme, ağırlıklandırılmış veri olarak 6.273.138 kişiden oluşmaktadır.

En az bir 65 yaş ve üstü bireyin yaşadığı, çalışmanın hane örnekleme, 2.837 haneden oluşmaktadır. Çalışmanın hane örnekleme, ağırlıklandırılmış veri olarak 4.898.649 haneden oluşmaktadır.

TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi örnekleme seçimi çalışması iki aşamadan oluşmuştur; örnekleme yöntemi olarak, Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Bu yöntemde öncelikle örnek adreste bulunan hanehalkı tanımlanarak, nihai örnekleme birimi oluşturulmuştur. Sonrasında Ulusal Adres Veri Tabanı kullanılarak oluşturulan bloklardan yerleşim yeri büyüklüğüne orantılı olasılıkla, anket yapılacak bloklar belirlenmekte ve bu bloklardan nihai örnekleme birimi olan hanehalkları sistematik olarak seçilmiştir (TÜİK, 2015).

1 Ocak – 31 Aralık 2015 döneminde her ay değişen 1.272, yıl boyunca toplam 15.264 hanehalkında uygulanan (cevap alınan hanehalkı sayısı 11.491’dir). 2015 Hanehalkı Bütçe Anketi’nin örnekleme yapısı gereğince tahmin düzeyi Türkiye genelidir. Harcama ile ilgili olarak da aylık ortalama göstergeler üretilmektedir (TÜİK, 2015).

Veri kaynağı: Hanehalkı gelirlerine ve tüketim harcamalarına ilişkin bilgiler, hanehalkı fertleriyle yapılan birebir görüşmeler ve hanehalklarının bir ay boyunca yaptıkları günlük harcamaları tuttukları kayıt defterleri yoluyla derlenmektedir (TÜİK, 2015).

Veri toplama şekli: Hanehalklarından bilgiler; görüşme, kayıt ve gözlem metodları kullanılarak derlenmektedir. Her anketör, her ay ortalama 6 örnek hanehalkını anket ayı öncesi 1 kez, 1. ve 2.hafta 2’şer kez, 3. ve 4.hafta 1 kez ve anket ayı bitiminde de 1 kez olmak üzere her bir hanehalkını ayda ortalama 8 defa ziyaret ederek tüketim harcamaları ve son ziyarette gelir bilgilerini kayıt etmektedir.

Anket ayı öncesinde örnek hanehalkına yapılan ilk ziyarette, hanehalkı ile tanışma sağlandıktan sonra hanehalkının sosyo-ekonomik durumuna ait bilgiler alınmakta, harcama kayıt defterinin nasıl doldurulacağı açıklanmaktadır.

Anket ayı içinde yapılan ziyaretler sırasında, örnek hanenin anket ayında yaptığı gıda, giyim, sağlık, ulaştırma, haberleşme, eğitim, kültür, eğlence, konut, ev eşyası vb. gibi tüketim harcamaları hanehalkına bırakılan kayıt defterinden kayıtlama ve görüşme yöntemleri ile alınmıştır. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanehalkı fertlerinin anket ayı içindeki istihdam durumu, iktisadi faaliyeti, mesleği, işteki durumu, son bir yıl içerisinde elde ettiği gelir bilgileri derlenmiştir (TÜİK, 2015).

5.5. Değişkenler

2015 hanehalkı bütçe anketi aracılığı ile 3 ana grup değişkenler elde edilmiştir. Sözkonusu değişkenler şu şekildedir;

Hanehalkı sosyo-ekonomik durum değişkenleri: Oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar, gayrimenkul, ulaştırma

araçları vb.

Tüketim harcaması değişkenleri: Alt harcama grupları düzeyinde harcama türü ve aylık toplam harcama değeri, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar, gayrimenkul, ulaştırma araçları vb.

Hanehalkı bileşimi, istihdam ve gelir durumu değişkenleri: Hanehalkı fertlerinin yaş grubu, cinsiyet, öğrenim durumu, istihdam durumu ile ilgili değişkenler (mesleği, iktisadi faaliyeti, işteki durumu vb.), anket ayı ve son bir yılda elde edilen faaliyet ve faaliyet dışı net gelirler.

5.5.1. Bağımlı değişken

Çalışmanın bağımlı değişkeni, hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamasıdır. TÜİK cepten sağlık harcaması verilerini yıl boyunca her ay örnekleme seçilen farklı hanelere sorarak toplamaktadır. Böylece, bir yılın sonunda Türkiye'yi temsil eden aylık toplam cepten sağlık harcaması belirlenmektedir ve veri setinde cepten harcama değerleri yıllık değil, aylıktır. Bu çalışmada cepten harcama değişkeni, hanehalkının yıllık toplam harcaması olarak tanımlandığı için her hanenin aylık cepten sağlık harcaması verisi 12 ile çarpılarak yıllık rakamlar elde edilmiştir (TÜİK, 21580 nolu haber bülteni, metaveri açıklaması).

5.5.2. Bağımsız değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkenleri ve çalışma kapsamında aldıkları değerler aşağıda tanımlanmıştır;

Tablo 4. Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri

Değişken	Ölçüm şekli
Yaş	65 yaş ve üstü olarak sınırlandırılmıştır.
Cinsiyet	1-Kadın, 2-Erkek
Sağlık Sigortası	11- evet sgk –ssk 4a 12- evet sgk-bağ-kur 4b 13- evet sgk-emekli sandığı 4c 14- evet- banka sandığı, vakıf, vb 15- evet- özel sağlık sigortası 16- evet- gss (yeşil kart dahil) 2- hayır
Günlük faaliyetleri kısıtlayacak fiziksel veya zihinsel problem	1-evet, 2- hayır
Çalışmayı/eğitim almayı engelleyecek düzeyde fiziksel veya zihinsel problem	1-evet, 2- hayır
Eğitim durumu-en son bitirdiğiniz okul	0- bir okul bitirmedi 1-ilkokul 21- genel ortaokul 22- mesleki veya teknik ortaokul 23- ilköğretim 31- genel lise 32- mesleki veya teknik lise 4- iki veya üç yıllık yüksekokul 5- dört yıllık yüksekokul veya fakülte 61- beş veya altı yıllık fakülte 62 -yüksek lisans 7-doktora
Medeni durum	1-hiç evlenmedi 2-evli 3-boşandı 4-eşi öldü
Meslek	1-Yöneticiler 2-Profesyonel meslek grupları 3-Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları 4-Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar 5-Hizmet ve satış elemanları 6-Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları 7-Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar 8-Tesisi ve makina operatörleri ve montajcıları 9-Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar

Tablo 4. (devam) Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri

Değişken	Ölçüm şekli
Hanehalkı sorumlusuna yakınlığı	1-Hanehalkı sorumlusu 2-Eşi 3-Oğlu/Kızı 4-Babası/Annesi 5-Kardeşi 6-Kayınpederi/Kayınvalidesi 7-Damadı/Gelini 8-Torunu 9-Diğer akrabalar 10-Akraba olmayanlar 11-Evde kalan hizmetli
Anket ayındaki çalışma durumu	1-Çalıştı 2-Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor 3-Çalışmadı
Son 4 hafta içinde iş arama durumu	1-evet 2- hayır
İş aramama nedeni	1-İş buldu-işini kurdu, başlamak için bekliyor 2-Mevsimlik çalışıyor/ Eski işine geri çağrılmayı bekliyor 3-Daha önce çok aradı ancak bulamadı 4-Kendi vasıflarına uygun bir iş bulabileceğine inanmıyor 5-Eğitim / öğretime devam ediyor 6-Ev işleri ile meşgul (çocuk, yaşlı, hasta vb.kişilerin bakımı dahil) 7-Emekli 8-Engelli veya hasta 9-Yaşlı (emekli değil, ancak çalışmak için yaşlı olduğunu düşünüyor, 65+) 10-İrad sahibi 98-Diğer
Çalıştığı işindeki ana sektör kodu	1-Tarım, Ormancılık ve Balıkçılık 2-Madencilik ve Taş Ocakçılığı 3-İmalat 4-Elektrik, Gaz, Buhar ve İklimlendirme Üretimi ve Dağıtımı 5-Su Temini; Kanalizasyon, Atık Yönetimi ve İyileştirme Faaliyetleri 6-İnşaat 7-Toptan ve Perakende Ticaret; Motorlu Kara Taşıtlarının ve Motosikletlerin Onarımı 8-Ulaştırma ve Depolama 9-Konaklama ve Yiyecek Hizmeti Faaliyetleri

Tablo 4. (devam) Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri

Değişken	Ölçüm şekli
Çalıştığı işindeki ana sektör kodu	10-Bilgi ve İletişim 11-Finans ve Sigorta Faaliyetleri 12-Gayrimenkul Faaliyetleri 13-Mesleki, Bilimsel ve Teknik Faaliyetler 14-İdari ve Destek Hizmet Faaliyetleri 15-Kamu Yönetimi Ve Savunma; Zorunlu Sosyal Güvenlik 16-Eğitim 17-İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri 18-Kültür, Sanat, Eğlence, Dinlenceve Spor 19-Diğer Hizmet Faaliyetleri 20-Hanehalklarının İşverenler Olarak Faaliyetleri; Hanehalkları Tarafından Kendi Kullanımlarına Yönelik Olarak Ayrım Yapılmamış Mal ve Üretim Faaliyetleri 21-Uluslararası Örgütler ve Temsilciliklerin Faaliyetleri
Çalıştığı işindeki meslek kodu	1-Yöneticiler 2-Profesyonel meslek mensupları 3-Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları 4-Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar 5-Hizmet ve satış elemanları 6-Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları 7-Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar 8-Tesis ve makine operatörleri ve montajcılar 9-Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar
Çalışma şekli	1-Tam zamanlı 2-Yarı zamanlı
İşteki durum	11-Ücretli veya maaşlı 12-Yevmiyeli (mevsimlik veya günübirlik işlerde çalışanlar) 2-İşveren 3-Kendi hesabına 4-Ücretsiz aile işçisi
İstihdam edilme şekli	1-Sürekli iş 21-Belirli süreli sözleşmeli iş (geçici) 22-Sözleşmesiz arada sırada çalışılan iş 23-Öğrenci vb kişilerin tatil zamanında yaptıkları geçici iş 24-Ücretli stajyer 25-Ücretli çırak

Tablo 4. (devam) Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri

Değişken	Ölçüm şekli
Hanehalkı tipi	1 -Tek çocuklu çekirdek aile 2-İki çocuklu çekirdek aile 3-Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile 4-Çocuksuz çift 5-Ataerkil veya geniş aile 6-Tek yetişkinli aile 7-Birarada yaşayan kişiler
Hanehalkı büyüklüğü	Hanede kaç kişi yaşadığını sayısal olarak göstermektedir.
Konuta mülkiyet durumu	1-Ev sahibi 2-Kiracı 3-Lojman 4-Ev sahibi değil ama kira ödemiyor
Oturulan konutun tipi	1-Müstakil konut 2-ikiz ya da sıralı ev 3-Apartman (10 daireden az) 4-Apartman (10 ve daha fazla daire) 98-Diğer (Açıklayınız)
Konutu kiralama şekli	1-Mobilyalı 2-Mobilyasız
Konutun borcu olup, olmadığı	1-Evet 2-Hayır
Binanın yapılış tarihi	1-1945 ve öncesi 2-1946-1960 3-1961-1970 4-1971-1980 5-1981-1990 6-1991-2000 7-2001-2005 8-2006 ve sonrası
Oturulan konuttaki salonun, odaların, mutfak ve banyonun zemin yapısı	1 -Parke 2 -Tahta 3 -Karo seramik 4 -Marley, PVC 5 -Duvardan duvara halı 6 -Şap (Kara beton) 7-Mozaik 8-Mermer 98-Diğer
Konutun ısıtma sistemi	1-Uzaktan ısıtılmalı merkezi kalorifer sistemi 2-Bina içi merkezi kalorifer sistemi 3-Kat kaloriferi sistemi (kombi vb) 4-Doğalgaz sobası 5-Soba 6-Klima

Tablo 4. (devam) Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri

Değişken	Ölçüm şekli
Konutun ısıtma sistemi	7-Elektrikli ısıtıcı 90-Isıtma sistemi yok 98-Diğer
Yakıt türü, yemek pişirmek amacıyla kullanılan temel yakıt türü, sıcak su elde etmek amacıyla kullanılan temel yakıt türü	11-Odun 12-Kömür 13-Tezek 2-Fuel oil 3-Doğalgaz 4-LPG 5-Elektrik 6-Güneş 7-Termal 8-Rüzgar 98-Diğer
Konutun bulunduğu yer itibariyle günlük alışveriş, bankacılık, posta, toplu ulaşım, sağlık merkezi ve İlköğretim okuluna ulaşılabilme durumu	Çok kolay, kolay, orta, zor ve çok zor
İkinci konutun olup olmadığı	1-Evet 2-Hayır
Banyo, sauna, jakuzi, tuvalet, mutfak, çöp öğütücü, kalorifer, tabandan ısıtma, borulu su sistemi, doğalgaz, sıcak su, kablolu yayın, asansör, garaj, havuz, jeneratör, güvenlik görevlisi/sistemi, balkon, bahçe ve çocuk oyun alanı sahipliği	0-Yok, 1-Var
Telefon hattı, cep telefonu, bilgisayar, internet aboneliği, panel TV, video kamera ve uydu anteni sahipliği	Sahip olduklarının sayısal olarak gösterildiği özellikler
Beyaz eşyalar; buzdolabı, derin dondurucu, bulaşık makinesi, mikrodalga fırın, çamaşır makinesi ve çamaşır kurutma makinesi sahipliği	Sahip olduklarının sayısal olarak gösterildiği beyaz eşyalar
Binek araçlar; binek otomobil, işverence sağlanan araç ve motosiklet sahipliği	Sahip olduklarının sayısal olarak gösterildiği binek araçlar

Tüketim harcamaları ve gelirin kapsamı: Tüketim harcaması kapsamında hanehalklarının anket ayı içinde yaptığı satın alımlar, kendi üretiminden tüketimi, kendi üretiminden stokladığı ürünlerden anket ayındaki tüketimi, çalışan fertlerin işyerinden elde

ettikleri mal ve hizmetler (aynı gelirden tüketim) ile hanehalkının hediye/yardım etmek amacıyla satın aldıkları; gelir kapsamında ise son 12 ayda elde edilen kullanılabilir gelir bilgileri kapsamıştır. Tüketim harcamaları ile ilgili değişkenler şu şekildedir;

1 Gıda Harcamaları Kodları ve Tanımları

2 Alkol Harcamaları Kodları ve Tanımları

3 Giysi Harcamaları Kodları ve Tanımları

4 Konut Harcamaları Kodları ve Tanımları

5 Mobilya Harcamaları Kodları ve Tanımları

6 Sağlık Harcamaları Kodları ve Tanımları

6110 Eczacılık ürünleri

6121 Gebelik testleri ve gebelik önleyici mekanik cihazlar

6129 Başka yerde sınıflandırılmamış diğer tıbbi ürünler

6131 Düzeltici gözlükler ve kontak lensler

6132 İşitme cihazları

6133 Tedavi amaçlı alet ve ekipmanların onarımı

6139 Diğer tedavi amaçlı alet ve ekipmanlar

6211 Pratisyen hekimlik

6212 Uzman hekimlik

6220 Diş hekimliği hizmetleri

6231 Tıbbi analiz laboratuvarlarının ve röntgen merkezlerinin hizmetleri

6232 Kaplıcalar, düzeltici jimnastik tedavisi, ambulans hizmetleri ve tedavi amaçlı ekipmanların kiralanması

6239 Diğer paramedikal hizmetler

6300 Hastane hizmetleri

7 Ulaştırma Harcamaları Kodları ve Tanımları

8 Haberleşme Harcamaları Kodları ve Tanımları

9 Kültür Harcamaları Kodları ve Tanımları

10 Eğitim Harcamaları Kodları ve Tanımları

11 Otel Harcamaları Kodları ve Tanımları

12 Çeşitli Harcamalar Kodları ve Tanımları

5.6. Verilerin analizi

65 yaş ve üstü hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamalarının artışını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, ilk olarak 2015 yılı verileri, tanımlayıcı istatistikler, ortalama standart sapma ile değerlendirilmiştir. Gruplu değişkenler için frekans ve yüzde ile değerlendirmeler yapılmıştır. İkinci aşamada, paranın zaman değeri hesaplanması ile cepten sağlık harcamalarının projeksiyonu gerçekleştirilmiştir.

5.6.1. Verilerin Analize Hazırlanması

TÜİK'ten 2015 yılı hanehalkı bütçe anketi talep edilmiştir. Mail olarak alınan veriler, üzere üç ayrı excel dosyası formatına getirilmiştir. Hazırlanan excel dosyalarındaki veriler, SPSS18 programı kullanılarak, tablolar haline getirilmiştir. Tablolardaki veriler, 65 yaş ve üstü sınıflandırılması yapılmıştır. Sınıflandırılan verilerin; fert, hane ve tüketim özellikleri ayrı ayrı tablolarda gösterilmiştir. TÜİK'ten alınan verilerin aylık olması, yıllığa çevrilme çalışmasını da gerektirmiştir. Yapılan tüm hazırlıklardan sonra elde edilen veriler ağırlıklandırılmış olarak tablolar haline getirilmiştir.

Yapılan tüm analizlerde temel alınan 65 yaş ve üstü bireyler ve yaşadıkları hanehalkları olmuştur. Analizlerin bireysel düzeyde yapılmamasının nedeni, kullanılan veri seti hanedeki her birey için değil, hanenin tamamına ait sağlık harcaması verilerini içermesidir. İlgili nedenle bağlantılı olarak, içinde en az bir 65 yaş ve üstü hanehalkının yaşadığı haneler çalışmaya dahil edilmiştir.

5.6.2. Tanımlayıcı istatistikler

Çalışmada, 3.792 65 yaş ve üstü bireyin yaşadığı, 2.837 hane için 2015 yılı için tüm bağımsız değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri SPSS 18 paket programında ortalama standart sapma, frekans ve yüzde ile değerlendirilmiştir.

5.6.3. Projeksiyon

2015 TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi verilerinden yararlanılarak, 2050 yılına kadar projeksiyonlar yapılmıştır. Verilerin aylık bazda olmasından dolayı, hanenin harcamaları 12 ile çarpılarak yıllık rakamlar elde edilmiştir. Projeksiyonlar yapılırken paranın zaman değeri formülasyonu kullanılmıştır. TÜİK tarafından yapılan 3 farklı nüfus senaryosu bulunmaktadır. Çalışma bu üç senaryo ile ilgili olarak yapılırken, farklı enflasyon oranları dikkate alınmıştır. TÜİK nüfus senaryoları şu şekildedir;

TÜİK tarafından 2008 yılı Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) ve 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması sonuçlarına göre yapılan nüfus projeksiyonları, 14 Şubat 2013 tarihli haber bülteninde yayınlanmıştır. Söz konusu çalışmaya göre; Türkiye'nin doğurganlık hızında yaşanacak değişimin nüfus büyüklüğüne, yaş yapısına ve diğer demografik süreçlere etkisi üç temel projeksiyon senaryosu ile incelenmiştir. Bu senaryolar arasındaki temel farklılık yıllar itibariyle kadın başına düşen ortalama çocuk sayısındaki değişimdir.

İlgili senaryoları aşağıdaki şekilde açıklayabiliriz:

Senaryo 1 (Temel Senaryo): Toplam doğurganlık hızının doğal akışı içinde azalıp 2050 yılında 1,65'e düştüğü ve 2050 yılından sonra artışa geçip 2075 yılında 1,85'e ulaşması,

Senaryo 2: Toplam doğurganlık hızının, 2020 yılında 2,11'e, 2050 yılında 2,5'e ulaşması ve 2075 yılına kadar sabit kalması,

Senaryo 3: Toplam doğurganlık hızının 2050 yılına kadar kademeli olarak 3'e ulaşması ve 2075 yılına kadar sabit kalması.

İlgili senaryolar doğrultusunda projeksiyonlar yapılırken, iskonto oranları (enflasyon oranları) sırasıyla, %3, %5 ve %7 olarak alınmıştır.

%3 olarak alınmasının sebebi, uluslararası literatürde yapılan hesaplamalarda genel kabul görmesidir.

%5 olarak alınmasının sebebi, T.C. Merkez Bankasının hesaplamalarında kullanmasıdır.

%7 olarak alınmasının sebebi olarak ta, diğer iki enflasyon oranı gerçekleşmediği durumda, sağlık harcamalarının düzeyini gösterebilmektir.

5.6.4. Çalışmanın Varsayımları

Çalışmanın amacı ile doğru orantılı olarak yaptığımız varsayımlar şu şekildedir;

Hanehalklarının artan yaşlarından bağımsız olarak sağlık durumlarıyla ilgili bir değişiklik olmadığı,

Sağlık finansmanı ile ilgili sağlık politikalarında değişiklik olmadığı,

Uzun süreli evde bakım hizmetlerinde ve ayrılan kamu harcamalarında bir değişim olmadığı,

Engelliliğe bağlı yardımları alan bağımlı nüfusta bir değişiklik olmadığı,

Çalışan nüfusta herhangi bir değişiklik olmadığı varsayılmaktadır.

BÖLÜM 6. BULGULAR

Hanehalkı Bütçe Anketi'nden elde edilen veriler öncelikle 65 yaş ve üstü nüfus olarak ayırma tabii tutulmuştur. Bulgular ağırlıklandırılmış veriler üzerinden gösterilmektedir.

Çalışmanın bulgular bölümü dört başlık altında incelenecektir.

Birinci kısımda yaşlı bireylerin temel özelliklerini gösteren tablolar gösterilecektir.

İkinci kısımda yaşlı bireylerin yaşadığı hane ile ilgili özelliklerin gösterildiği tablolar verilecektir.

Üçüncü kısımda ise hanehalkının tüketim harcamaları ile ilgili bilgilerin bulunduğu tablolar gösterilecektir.

Projeksiyon kısmında ise, elde edilen bulgular temel alınarak yaşlanan nüfus ve sağlık harcamaları ile ilgili özet bir tablo gösterildikten sonra, TÜİK nüfus artışı senaryolarından yararlanılarak, yaşlanan nüfus ve sağlık harcamaları ile ilgili projeksiyonlar yapılacaktır.

Çalışmada tablolar halinde gösterilen bulgular; yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri, 65 yaş üstü bireylerin yaşadığı hane ile ilgili özellikleri ve hanehalklarının tüketim harcamaları ile ilgili bilgiler, 2015 Hanehalkı Bütçe Anketi verilerinden yararlanarak yapılmıştır.

6.1.1.Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmada 65 yaş ve üstü 6.273.138 kişinin, bireysel özellikleri incelenmiştir. Kişilerin yaşları 65 ile 99 arasında dağılım göstermekte olup ortalaması $73,07 \pm 7,05$ yıldır.

Tablo 5’de araştırmaya dahil edilen 65 yaş ve üstü kişilerin, cinsiyetlerine göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 5. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Erkek	2.731.654	43,5
Kadın	3.541.484	56,5
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 5’de görüldüğü gibi, %56,5’ini kadın nüfus oluşturmaktadır. Tablo 6’da 65 yaş ve üstü kişilerin, hanehalkı sorumlusuna yakınlık durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 6. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Hanehalkı Sorumlusuna Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hanehalkı sorumlusu	3.621.929	57,7
Eşi	1.238.346	19,7
Oğlu/Kızı	7.368	0,1
Babası/Annesi	1.164.867	18,6
Kardeşi	12.552	0,2
Kayınpederi/Kayınvalidesi	153.311	2,4
Damadı/Gelini	2.358	0,0
Diğer akrabalar	72.126	1,1
Akraba Olmayanlar	282	0,0
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 6’da görüldüğü gibi, %57,7’sinin hanehalkı sorumlusu olduğu görülmektedir. Tablo 7’de 65 yaş ve üstü kişilerin sağlık sigortası durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 7. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Sağlık Sigortası Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hayır	130.270	2,1
Evet, SGK-SSK (4A)	2.545.410	40,6
Evet, SGK-Bağ-Kur (4B)	1.725.166	27,5
Evet, SGK-Emekli Sandığı (4C)	886.067	14,1
Evet, Banka Sandığı, vakıf vb	12.026	0,2
Evet, Özel sağlık sigortası	7.651	0,1
Evet, GSS (Yeşil Kart dahil)	966.549	15,4
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 7’de görüldüğü gibi, %40,6’sının SGK-SSK (4A) kapsamında sağlık sigortasına sahip olduğu görülmektedir. Tablo 8’de 65 yaş ve üstü kişilerin günlük faaliyetleri kısıtlayacak fiziksel veya zihinsel problem e/h durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 8. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Günlük Faaliyetleri Kısıtlayacak Fiziksel veya Zihinsel Problem E/H Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	1.256.124	20,0
Hayır	5.017.015	80,0
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 8’de görüldüğü gibi, %80,0’ninin hayır cevabı verdiği görülmektedir. Tablo 9’da 65 yaş ve üstü kişilerin eğitim almayı engelleyecek düzeyde fiziksel veya zihinsel problem e/h durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 9. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Çalışmayı Eğitim Almayı Engelleyecek Düzeyde Fiziksel veya Zihinsel Problem E/H Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	1.686.317	26,9
Hayır	4.586.821	73,1
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 9’da görüldüğü gibi, %73,1’inin hayır cevabı verdiği görülmektedir. Tablo 10’da 65 yaş ve üstü kişilerin eğitim durumuna (en son bitirdiğiniz okul) göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 10. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Eğitim Durumu (en son bitirdiğiniz okul) Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Bir okul bitirmedi	3.173.989	50,6
İlkokul	2.297.575	36,6
2 veya 3 yıllık yüksekokul	100.906	1,6
4 yıllık yüksekokul veya fakülte	150.937	2,4
Doktora	5.606	0,1
Genel ortaokul	217.908	3,5
Mesleki veya teknik ortaokul	24.487	0,4
Genel lise	122.231	1,9
Mesleki veya teknik lise	163.907	2,6
5 veya 6 yıllık fakülte	3.742	0,1
Yüksek lisans	11.851	0,2
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 10’da görüldüğü gibi, %50,6’sının bir okul bitirmedi cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 11’de 65 yaş ve üstü kişilerin medeni duruma göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 11. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Medeni Duruma Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Hiç evlenmedi	81.400	1,3
Evli	3.598.504	57,4
Boşandı	137.869	2,2
Eşi öldü	2.455.366	39,1
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 11’de görüldüğü gibi, %57,4’ünün evli olduğu görülmektedir. Tablo 12’de 65 yaş ve üstü kişilerin anket ayındaki çalışma durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 12. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayındaki Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Çalıştı	806.665	12,9
Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor	16.364	0,3
Çalışmadı	5.450.109	86,9
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 12’de görüldüğü gibi, %86,9’unun çalışmadı cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 13’te 65 yaş ve üstü kişilerin son dört hafta içinde iş arama durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 13. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Son Dört Hafta İçinde İş Arama Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	18.535	0,3
Hayır	5.431.574	99,7
Toplam	5.450.109	100,0

Tablo 13’te görüldüğü gibi, %99,7’sinin hayır cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 14’de 65 yaş ve üstü kişilerin iş aramama nedeni durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 14. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin İş Aramama Nedeni Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Mevsimlik çalışıyor/ Eski işine geri çağrılmayı bekliyor	9.825	0,2
Ev işleri ile meşgul (çocuk, yaşlı, hasta vb.kişilerin bakımı dahil)	1.183.428	18,9
Emekli	2.051.033	32,7
Engelli veya hasta	334.247	5,3
Yaşlı (emekli değil, ancak çalışmak için yaşlı olduğunu düşünüyor, 65+)	1.853.040	29,5
Diğer	841.564	13,4
Toplam	6.273.138	100,0

Not:Tanımlanan nedenlerin dışındaki nedenlerden dolayı çalışmayan kişiler, diğer bölümünde toplanmıştır.

Tablo 14’de görüldüğü gibi, %32,7’sinin emekli konumunda olduğu görülmektedir. Tablo 15’de 65 yaş ve üstü kişilerin iktisadi faaliyetinin sınıfına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 15. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin İktisadi Faaliyetinin Sınıfına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Tarım, Ormancılık ve Balıkçılık	534.100	8,5
İmalat	34.162	0,5
Su Temini; Kanalizasyon, Atık Yönetimi ve İyileştirme Faaliyetleri	3.169	0,1
İnşaat	18.933	0,3
Toptan ve Perakende Ticaret; Motorlu Kara Taşıtlarının ve Motosikletlerin Onarımı	79.129	1,3
Ulaştırma ve Depolama	37.226	0,6
Konaklama ve Yiyecek Hizmeti Faaliyetleri	11.356	0,2
Bilgi ve İletişim	3.783	0,1
Gayrimenkul Faaliyetleri	10.456	0,2
Mesleki, Bilimsel ve Teknik Faaliyetler	5.892	0,1
İdari ve Destek Hizmet Faaliyetleri	8.045	0,1

Kamu Yönetimi Ve Savunma; Zorunlu Sosyal Güvenlik	11.980	0,2
--	--------	-----

Tablo 15. (devam) 65 Yaş ve Üstü Kişilerin İktisadi Faaliyetinin Sınıfına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Faaliyetleri	43.697	0,7
Kültür, Sanat, Eğlence, Dinlenceve Spor	1.813	0,0
Diğer Hizmet Faaliyetleri	13.680	0,2
Hanehalklarının İşverenler Olarak Faaliyetleri; Hanehalkları Tarafından Kendi Kullanımlarına Yönelik Olarak Ayrım Yapılmamış Mal ve Üretim Faaliyetleri	5.607	0,1
Diğer (Anket ayında çalışmayan hanehalkı)	5.450.109	86,9
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 15’de görüldüğü gibi, %8,5’inin Tarım, Ormancılık ve Balıkçılık ile uğraştığı görülmektedir. Tablo 16’da 65 yaş ve üstü kişilerin meslek sınıflamasına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 16. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Meslek Sınıflamasına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Yöneticiler	37.825	0,6
Profesyonel meslek mensupları	19.751	0,3
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	8.505	0,1
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	8.476	0,1
Hizmet ve satış elemanları	127.116	2,0
Nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları	501.044	8,0
Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar	37.641	0,6
Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları	41.944	0,7
Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar	40.727	0,6
Diğer (Anket ayında çalışmayan kişi)	5.450.109	86,9
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 16’da görüldüğü gibi, %8,0’nin nitelikli tarım, ormancılık ve su ürünleri çalışanları olduğu görülmektedir. Tablo 17’de 65 yaş ve üstü kişilerin anket ayında çalışılan işin çalışma şekline göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 17. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayında Çalışılan İşin Çalışma Şekline Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Tam zamanlı	606.029	9,7
Yarı zamanlı	217.000	3,5
Diğer (Anket ayında çalışmayan hanehalkı)	5.450.109	86,9
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 17’de görüldüğü gibi, %9,7’sinin tam zamanlı olarak çalıştığı görülmektedir.

Kişilerin anket ayında çalışılan işteki haftalık normal çalışma süresine saat olarak bakıldığında 2 ile 99 saat arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 42,30± 18,6 saattir.

Kişilerin anket ayında çalışılan işteki çalışma süresine yıl olarak bakıldığında 0 ile 65 yıl arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 27,24±19,17 yıldır. Tablo 18’de 65 yaş ve üstü kişilerin anket ayındaki işteki duruma göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 18. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayındaki İşteki Duruma Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
İşveren	34.628	0,6
Kendi hesabına	484.522	7,7
Ücretsiz aile işçisi	143.773	2,3
Ücretli veya maaşlı	134.863	2,1
Yevmiyeli (mevsimlik veya günlük işlerde çalışanlar)	25.243	0,4
Diğer (Anket ayında çalışmayan kişi)	5.450.109	86,9
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 18’de görüldüğü gibi, %7,7’sinin kendi hesabına çalıştığı görülmektedir. Tablo 19’da 65 yaş ve üstü kişilerin anket ayındaki işte istihdam edilme şekline göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 19. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Anket Ayındaki İşte İstihdam Edilme Şekline Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Sürekli iş	131.284	2,1
Belirli süreli sözleşmeli iş (geçici)	11.136	0,2
Sözleşmesiz arada sırada çalışılan iş	17.686	0,3
Diğer (Anket ayında çalışmayan kişi)	6.113.032	97,4
Toplam	6.273.138	100,0

Tablo 19’da görüldüğü gibi, %2,1’inin sürekli bir işte çalıştığı görülmektedir. Tablo 20’de 65 yaş ve üstü 890.981 kişinin elde ettikleri gelirin türüne göre tamamlayıcı istatistikler gösterilmektedir.

Tablo 20. 65 Yaş ve Üstü 890.981 Kişinin Elde Ettikleri Gelirin Türüne Göre Tamamlayıcı İstatistikler

	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Yıllık Maaş-Ücret-Yevmiye Geliri (nakdi)	0,0	90.000,0	2.455,36	7.198,08
Yıllık İkramiye	0,0	9.600,0	36,69	468,35
Yıllık Maaş-Ücret-Yevmiye Geliri (ayni)	0,0	5.400,0	95,44	488,08
Konut (Lojman) ayni geliri (Yıllık)	0,0	4.800,0	17,86	286,03
Ulaşım (Servis)	0,0	2.400,0	14,73	136,42
Elektrik	0,0	600	2,25	36,04
Yemek ayni geliri (yıllık)	0,0	2.016,0	52,90	270,46
Giyecek ayni geliri (yıllık)	0,0	200,0	0,34	7,81
Gıda ayni geliri (yıllık)	0,0	2.160,0	4,62	77,84

Tablo 20’de görüldüğü gibi, yıllık maaş-ücret geliri olarak bakıldığında 0 ile 90.000 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 2.455,36±7.198,08 TL olmaktadır.

65 yaş ve üstü 886.532 kişinin gelir elde etme şekline göre dağılımına diğer aynı gelir (yıllık) olarak bakıldığında 0 ile 600 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 2,75±40,42 TL olmaktadır. Tablo 21’de 65 yaş ve üstü kişilerin, elde ettikleri gelir miktarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler gösterilmektedir.

Tablo 21. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Elde Ettikleri Gelir Miktarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Yıllık Müteşebbis Geliri (nakdi)	147.150	0,0	150.000,0	21.571,20	28.735,53
Yıllık Müteşebbis Geliri (ayni)	147.150	0,0	6.000,0	442,47	1.209,89
Yıllık Net Tarım Geliri (ayni)	404.887	9,0	80.647,0	9.922,34	11.744,09

Tablo 21’de görüldüğü gibi, yıllık müteşebbis geliri, 0 ile 150.000 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 21.571,20±28.735,53 TL olmaktadır. Tablo 22’de 65 yaş ve üstü 6.273.138 kişinin elde ettikleri gelir miktarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler gösterilmektedir.

Tablo 22. 65 Yaş ve Üstü 6.273.138 Kişinin Elde Ettikleri Gelir Miktarına İlişkin Tamamlayıcı İstatistikler

	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Yıllık gayrimenkul kira geliri (nakdi)	6.273.138	0,0	160.800,0	1.167,02	7.613,85
Yıllık gayrimenkul kira geliri (ayni)	6.273.138	0,0	16.800,0	30,35	469,36
Yıllık banka hesabından elde	6.273.138	0,0	23.000,0	116,0	1.117,66

edilen gelir					
Yıllık bireysel emeklilik sistemlerinden elde edilen gelir	6.273.138	0,0	32.000,0	7,94	503,97
Yıllık ortakçıya verilen araziden elde edilen gelir (nakdi)	6.273.138	0,0	20.000,0	36,96	561,58

Tablo 22. (devam) 65 Yaş ve Üstü 6.273.138 Kişinin Elde Ettikleri Gelir Miktarına İlişkin Tamamlayıcı İstatistikler

	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Yıllık ortakçıya verilen araziden elde edilen gelir (ayni)	6.273.138	0,0	14.400,0	2,35	130,77
Yıllık devletten emekli maaş geliri	6.273.138	0,0	90.000,0	5.614,88	7.983,04
Yıllık devletten yaşlılık maaş geliri	6.273.138	0,0	4.834,0	191,65	585,93
Yıllık devletten aile ve çocuk yardımı	6.273.138	0,0	4.200,0	22,25	250,96
Yıllık devletten öğrenci burs (karşılıksız) geliri (nakdi)	6.273.138	0,0	7.200,0	0,64	67,64
Yıllık devletten gazilik, malüllük ve sakatlık maaşı (nakdi)	6.273.138	0,0	28.000,0	86,99	806,19
Yıllık devletten hastalık yardımı (nakdi)	6.273.138	0,0	9.600,0	20,59	339,42
Yıllık devletten dulluk yardımı	6.273.138	0,0	34.560,0	2.274,03	4.567,87
Yıllık devletten tarımsal destek ödemeleri (nakdi)	6.273.138	0,0	25.000,0	63,91	576,01
Yıllık devletten ayni gelir	6.273.138	0,0	3.500,0	32,64	159,59
Yıllık yurtdışından emeklilik maaşı (nakdi)	6.273.138	0,0	52.104,0	375,76	2.772,72
Yıllık yurtdışından döviz geliri	6.273.138	0,0	21.000,0	21,14	493,73
Yıllık yurtdışından ayni gelir	6.273.138	0,0	7.800,0	2,66	123,92
Yıllık özel kişiden ve teşebbüslerden nafaka	6.273.138	0,0	30.000,0	252,79	1.459,42
Yıllık diğer ayni gelir	6.273.138	0,0	24.000,0	102,52	732,16
Toplam yıllık nakdi gelir	6.273.138	0,0	226.800,0	11.752,91	15.153,83
Toplam yıllık ayni gelir	6.273.138	0,0	24.000,0	194,45	941,12
Toplam yıllık gelir	6.273.138	0,0	226.800,0	11.947,37	15.195,18

Tablo 22’de görüldüğü gibi, 0 ile 226.800 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 11.947,47±15.195,18 TL olmaktadır.

6.1.2. 65 Yaş Üstü Bireylerin Yaşadığı Hane İle İlgili Özellikler

Çalışmada 65 yaş ve üstü 6.273.138 kişinin yaşadığı 4.898.649 hane ile ilgili özellikler incelenmiştir. Tablo 23’de araştırmaya dahil edilen kişilerin, hanehalkı tipine göre dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 23. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hanehalkı Tipine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Tek çocuklu çekirdek aile	404.499	8,3
İki çocuklu çekirdek aile	158.731	3,2
Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile	117.034	2,4
Çocuksuz çift	1.145.291	23,4
Ataerkil veya geniş aile	1.593.416	32,5
Tek yetişkinli aile	1.453.778	29,7
Birarada yaşayan kişiler	25.902	0,5
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 23’te görüldüğü, %32,5’inin ataerkil veya geniş aile şeklindeki hanehalkı tipine sahip olduğu görülmektedir. Tablo 24’de 65 yaş ve üstü kişilerin hanehalkı büyüklüğü durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 24. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Hanehalkı Büyüklüğü Durumuna Göre Dağılımı

Hanehalkı Büyüklüğü (kişi sayısı)	Sayı	Yüzde
1	1.244.024	25,4
2	1.458.108	29,8
3	590.544	12,1
4	412.279	8,4
5	359.388	7,3
6	399.119	8,1
7	219.949	4,5
8	87.254	1,8
9	53.927	1,1
10	24.838	0,5
11	13.281	0,3
12	12.166	0,2

13	13.016	0,3
14	7.021	0,1
15	2.768	0,1
20	967	0,0
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 24’de görüldüğü gibi, %29,8’inin iki kişilik hanehalkına sahip olduğu görülmektedir. 65 yaş üstü bireylerin yaşadığı hanelerin büyüklüğü ortalama $3,21 \pm 2,21$ kişi olarak hesaplanmıştır. Tablo 25’de 65 yaş ve üstü kişilerin oturulan konutun mülkiyet durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 25. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Oturdukları Konutun Mülkiyet Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Ev sahibi	3.903.790	79,7
Kiracı	421.276	8,6
Lojman	18.229	0,4
Ev sahibi değil ama kira ödemiyor	555.354	11,3
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 25’de görüldüğü gibi, %79,7’sinin ev sahibi olduğu görülmektedir. Tablo 26’da 65 yaş ve üstü kişilerin oturulan konutun tipine göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 26. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Oturdukları Konutun Tipine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Müstakil konut	2.613.200	53,3
İkiz ya da sıralı ev	191.110	3,9
Apartman (10 daireden az)	975.748	19,9
Apartman (10 ve daha fazla daire)	1.118.591	22,8
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 26’da görüldüğü gibi, %53,3’ünün müstakil konut cevabı verdiği görülmektedir. Tablo 27’de 65 yaş ve üstü kişilerin oturdukları konutu kiralama şekline

göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 27. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin Oturdıkları Konutu Kiralama Şekline Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Mobilyalı	16.620	0,3
Mobilyasız	404.656	8,3
Diğer	4.477.373	91,4
Toplam	4.898.649	100,0

Not: Diğer bölümündeki sayı, tablo 20’de gösterilen ev sahibi, lojman ve ev sahibi değil ama kira ödemiye sayılarının toplamından oluşmaktadır.

Tablo 27’de görüldüğü gibi, %8,3’ünün mobilyasız cevabı verdiği görülmektedir. Tablo 28’de 65 yaş ve üstü kişilerin, sahip oldukları konutun borcu veya ipoteği olup olması durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 28. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Sahip Oldukları Konutun Borcu veya İpoteği Olması Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	182.230	3,7
Hayır	3.721.560	76,0
Diğer	994.859	20,3
Toplam	4.898.649	100,0

Not: Diğer bölümündeki sayı; tablo 20’de gösterilen kiracı, lojman ve ev sahibi değil ama kira ödemiye sayılarının toplamından oluşmaktadır.

Tablo 28’de görüldüğü gibi, %76,0’sının hayır cevabı verdiği görülmektedir. Tablo 29’da 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları binanın yapılış tarihine göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 29. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Binanın Yapılış Tarihine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
1945 ve öncesi	218.864	4,5
1946-1960	411.919	8,4
1961-1970	607.650	12,4
1971-1980	876.558	17,9
1981-1990	1.066.083	21,8
1991-2000	897.290	18,3
2001-2005	379.422	7,7
2006 ve sonrası	440.864	9,0
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 29’da görüldüğü gibi, %21,8’inin 1981-1990 tarihleri arası cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 30’da 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanenin sahip olduğu zemin yapısına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 30. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Hanenin Salon Zemin Yapısına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Parke	1.926.888	39,3
Tahta	814.964	16,6
Karo seramik	462.698	9,4
Marley, PVC	269.282	5,5
Duvardan duvara halı	46.951	1,0
Şap (kara beton)	969.857	19,8
Mozaik	110.355	2,3
Mermer	6.927	0,1
Diğer	101.152	2,1
Salonu olmayanlar	189.574	3,9
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 30’da görüldüğü gibi, %39,3’ünün parke cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 31’de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanenin oda zemin yapısına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 31. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Oda Zemin Yapısına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Parke	1.813.484	37,0
Tahta	950.017	19,4
Karo seramik	430.640	8,8
Marley, PVC	333.930	6,8
Duvardan duvara halı	45.488	0,9
Şap (kara beton)	1.075.208	21,9
Mozaik	105.271	2,1
Mermer	6.927	0,1
Odası olmayanlar	137.685	2,8
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 31’de görüldüğü gibi, %37,0’sinin parke cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 32’de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanenin mutfak zemin yapısına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 32. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Mutfak Zemin Yapısına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Parke	275.070	5,6
Tahta	275.198	5,6
Karo seramik	2.724.276	55,6
Marley, PVC	102.355	2,1
Duvardan duvara halı	5.500	0,1
Şap (kara beton)	1.155.732	23,6
Mozaik	141.043	2,9
Mermer	35.995	0,7
Diğer	77.453	1,6
Mutfakı olmayanlar	106.027	2,2
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 32’de görüldüğü gibi, %55,6’sının karo seramik cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 33’de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanenin banyo zemin yapısına göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 33. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Banyo Zemin Yapısına Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Karo seramik	3.431.164	70,0
Marley, PVC	2.459	0,1
Şap (kara beton)	1.040.564	21,2
Mozaik	137.404	2,8
Mermer	28.320	0,6
Diğer	4.686	0,1
Banyosu olmayanlar	254.052	5,2
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 33'te görüldüğü gibi, %70,0'inin karo seramik cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 34'de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanenin temel ısıtma sistemine göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 34. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanenin Temel Isıtma Sistemine Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Uzaktan ısıtmalı merkezi kalorifer sistemi	29.121	0,6
Bina içi merkezi kalorifer sistemi	313.013	6,4
Kat kaloriferi sistemi (kombi vb)	1.465.856	29,9
Doğalgaz sobası	81.459	1,7
Soba	2.756.485	56,3
Klima	150.260	3,1
Elektrikli ısıtıcı	92.112	1,9
Isıtma sistemi yok	3.846	0,1
Diğer	6.497	0,1
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 34'de görüldüğü gibi, %56,3'ünün soba cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 35'de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanenin temel ısıtma sisteminde tercih edilen yakıt türüne göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 35. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Hanenin Temel Isıtma Sisteminde Tercih Edilen Yakıt Türüne Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Doğalgaz	1.641.444	33,5
LPG	3.702	0,1
Elektrik	287.238	5,9
Güneş	2.561	0,1
Termal	37.263	0,8
Odun	2.090.571	42,7
Kömür	722.605	14,8
Tezek	97.343	2,0
Diğer	12.076	0,2
Isıtma sistemi yok	3.846	0,1
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 35’de görüldüğü gibi, %42,7’sinin odun cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 36’da 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanede yemek pişirmek amacıyla kullanılan temel yakıt türüne göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 36. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Hanede Yemek Pişirmek Amacıyla Kullanılan Temel Yakıt Türüne Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Fuel oil	10.303	0,2
Doğalgaz	1.616.201	33,0
LPG	2.948.994	60,2
Elektrik	61.170	1,2
Odun	170.270	3,5
Kömür	8.537	0,2
Tezek	73.581	1,5
Diğer	9.591	0,2
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 36’da görüldüğü gibi, %60,2’sinin LPG cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 37’de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanede sıcak su elde etmek amacıyla kullanılan temel yakıt türüne göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 37. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Sıcak Su Elde Etmek Amacıyla Kullanılan Temel Yakıt Türüne Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Doğalgaz	1.530.048	31,2
LPG	313.696	6,4
Elektrik	1.125.468	23,0
Güneş	1.306.364	26,7
Termal	12.212	0,2
Odun	497.819	10,2
Kömür	48.748	1,0
Tezek	57.958	1,2
Diğer	6.337	0,1
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 37’de görüldüğü gibi, %31,2’sinin Doğalgaz cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 38’de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanenin günlük alışveriş, bankacılık, posta, toplu ulaşım, sağlık merkezi hizmetlerine ve zorunlu eğitim okullarına ulaşma zorluğuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 38. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Hanenin Günlük Alışveriş, Bankacılık, Posta, Toplu Ulaşım, Sağlık Merkezi Hizmetlerine ve Zorunlu Eğitim Okullarına Ulaşma Zorluğuna Göre Dağılımı

	Çok kolay	Kolay	Orta	Zor	Çok zor
Günlük alışveriş hizmetlerine ulaşma zorluğu	%17,4	%46,8	%10,6	% 18,3	% 6,8
Bankacılık hizmetlerine ulaşma zorluğu	%12,6	%34,6	%12,3	%30,7	% 9,8
Posta hizmetlerine ulaşma zorluğu	%13,2	% 37,6	% 12,1	% 28,0	% 9,2
Toplu ulaşım hizmetlerine ulaşma zorluğu	%17,7	% 44,5	%10,8	% 20,0	% 6,9
Sağlık merkezi hizmetlerine ulaşma zorluğu	%15,0	% 44,9	% 11,1	% 21,5	% 7,5
Zorunlu eğitim okullarına ulaşma zorluğu	%16,8	% 48,0	% 11,3	% 18,0	% 6,0

Tablo 38’de görüldüğü gibi, ortalama %42,73’ünün kolay cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 39’da 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanenin dışında ikinci konuta sahip olma durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 39. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Hanenin Dışında İkinci Konuta Sahip Olma Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Evet	569.578	11,6
Hayır	4.329.070	88,4
Toplam	4.898.649	100,0

Tablo 39’da görüldüğü gibi, %88,4’ünün hayır cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 40’da 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanede banyo, sauna, jakuzi, tuvalet, mutfak ve çöp öğütücü sahipliği durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 40. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdukları Hanede Banyo, Sauna, Jakuzi, Tuvalet, Mutfak ve Çöp Öğütücü Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı (var)	% Yüzde
Banyo	4.644.596	94,8
Sauna	-	-
Jakuzi	16.283	0,3
Tuvalet (ev içinde)	4.280.152	87,4
Mutfak	4.792.622	97,8
Çöp öğütücü	3.569	0,1

Tablo 40’da görüldüğü gibi, %94,8’inin banyo için var cevabını verdiği, %87,4’ünün tuvalet (ev içinde) için var cevabını verdiği ve %97,8’inin mutfak için var cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 41’de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdukları hanede kalorifer, tabandan ısıtma sistemi, borulu su sistemi, doğalgaz, sıcak su, kablolu yayın, asansör, kapalı garaj, yüzme havuzu ve jeneratör sahipliği durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 41. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Kalorifer, Tabandan Isıtma Sistemi, Borulu Su Sistemi, Doğalgaz, Sıcak Su, Kablolu Yayın, Asansör, Kapalı Garaj, Yüzme Havuzu ve Jeneratör Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı (var)	% Yüzde
Kalorifer	1.855.908	37,9
Tabandan ısıtma sistemi	4.707	0,1
Borulu su sistemi (şebeke suyu)	4.859.943	99,2
Doğalgaz	1.707.262	34,9
Sıcak su (güneş enerjisi)	4.036.354	82,4
Kablolu yayın	251.584	5,1
Asansör	684.436	14,0
Kapalı garaj	358.645	7,3
Yüzme havuzu (bağımsız veya müşterek)	60.880	1,2
Jeneratör (bağımsız veya müşterek)	80.446	1,6

Tablo 41’de görüldüğü gibi, %37,9’unun kalorifer için var cevabını verdiği, %99,2’sinin borulu su sistemi için var cevabını verdiği ve %82,4’ünün sıcak su için var cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 42’de, 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanede güvenlik görevlisi/sistemi, balkon, bahçe ve çocuk oyun alanı sahipliği durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 42. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanede Güvenlik Görevlisi/Sistemi, Balkon, Bahçe ve Çocuk Oyun Alanı Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı

	Sayı (var)	% Yüzde
Güvenlik görevlisi/sistemi	235.446	4,8
Balkon	3.131.764	63,9
Bahçe	2.776.280	56,7
Çocuk oyun alanı	469.858	9,6

Tablo 42’de görüldüğü gibi, %63,9’unun balkon için var cevabını verdiği ve %56,7’sinin bahçe için var cevabını verdiği görülmektedir. Tablo 43’te 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanedeki iletişim araçları sahipliği durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 43. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanedeki İletişim Araçları Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı

	Olmayanların payı (%)	Olanların Ortalama sayısı
Telefon Hattı Sayısı	54,7	1,041
Cep Telefonu	12,6	2,201
Bilgisayar	73,3	1,147
İnternet Aboneliği	78,8	1,055
Panel Tv	56,2	1,118
Video Kamera	97,5	1,390
Uydu Anteni	13,3	1,015

Tablo 43'te görüldüğü gibi, %12,6'sının cep telefonu olmadığı görülmektedir. Tablo 44'de 65 yaş ve üstü kişilerin, oturdıkları hanedeki beyaz eşya sahipliği durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 44. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Oturdıkları Hanedeki Beyaz Eşya Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı

	Olmayanların payı (%)	Olanların ortalama sayısı
Buzdolabı	1,6	1,019
Derin Dondurucu	75,6	1,036
Bulaşık Makinesi	50,6	1,008
Mikrodalga	85,9	1,038
Çamaşır Makinesi	7,1	1,007
Kurutma Makinesi	98,2	1,341

Tablo 44'de görüldüğü gibi, %50,6'sının bulaşık makinesi olmadığı görülmektedir. Tablo 45'de 65 yaş ve üstü kişilerin, ulaşım aracı sahipliği durumuna göre dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 45. 65 Yaş ve Üstü Kişilerin, Ulaşım Aracı Sahipliği Durumuna Göre Dağılımı

	Olmayanların payı (%)	Olanların ortalama sayısı
Binek Otomobil	71,4	1,052
İşverence Sağlanan Otomobil	99,2	0,8
Motosiklet Sayısı	95,1	1,086

Tablo 45’de görüldüğü gibi, %71,4’ünün binek otomobil sahibi olmadığı görülmektedir.

6.1.3. Hanehalkının tüketim harcamaları ile ilgili bilgilerin bulunduğu tablolar

Çalışmada 65 yaş ve üstü bireylerin yaşadığı 4.898.649 hanenin, yaşadığı hanelerde yaptığı tüketim harcamaları incelenmiştir. Hanelerin yıllık kullanılabilir hanehalkı geliri 9.000 ile 524.700 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 33.121,44±30.380,47 TL’dir.

65 yaş ve üstü bireylerin yaşadığı 4.898.649 hanenin, hanehalkı bazında harcama değerine ve harcamaları genel toplamına bakıldığında, 105,00 ile 23.688,38 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 2.327,24±1.962,65 TL’dir. Tablo 46’da 65 yaş ve üstü bireylerin yaşadığı hanelerin yaptıkları harcamaların dağılımı gösterilmiştir.

Tablo 46. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşadığı Hanelerin Yaptıkları Harcamaların Dağılımı (Aylık)

	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma	Toplam %
Gıda	4.887.938	2,90	4.676,75	569,01	432,20	0,30
Alkol	1.875.527	3,00	2.061,50	214,08	183,14	0,09
Giysi	3.010.444	0,10	3.485,00	155,10	260,70	0,05
Konut	4.898.649	15,00	13.614,00	717,09	654,98	0,34
Mobilya	4.380.148	0,50	4.554,38	164,93	275,03	0,06
Ulaştırma	3.643.089	1,50	14.280,00	397,02	905,21	0,10
Haberleşme	3.808.233	2,00	2.718,00	95,66	163,47	0,03
Kültür	2.431.958	0,50	2.735,00	101,53	212,13	0,03
Sağlık	3.035.227	0,40	4.270,00	98,64	237,74	0,04
Eğitim	625.675	0,08	2.125,00	164,29	299,75	0,04
Otel harcama	3.082.371	0,50	5.500,00	149,15	212,35	0,05
Çeşitli harcamalar	3.816.069	0,50	19.401,00	110,28	538,96	0,03
Toplam harcama	4.898.649	70,00	13.813,91	1.255,07	1.088,54	

Tablo 46’da görüldüğü gibi, ulaşırma için yapılan harcama, 1,50 ile 14.280,00 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 397,02±905,21 TL’dir. Konut için yapılan harcama, 15,00 ile 13.614,00 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 717,09±654,98 TL’dir. Hanelerin yaptığı toplam sağlık harcaması, 0,13 ile 3.016,44 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 60,24±164,31 TL’dir.

Tablo 47’de 65 yaş ve üstü bireylerin yaşadığı hanelerin yaptıkları sağlık harcamaları gösterilmektedir.

Tablo 47. 65 Yaş ve Üstü Bireylerin Yaşadığı Hanelerin Cepten Sağlık Harcamaları (Aylık)

	Sayı	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart sapma
İlaç ve tıbbi cihaz	2.526.166	0,20	3.000,00	41,85	126,36
Paramedik hizmetler	1.899.117	1,00	3.015,83	73,92	196,98
Hastane hizmetleri	428.699	0,25	3.163,42	112,43	256,93
Sağlıkla ilgili diğer hizmetler (Evde bakım vs.)	5.931	400,00	450,00	445,18	14,74
Sağlık sigortaları	17.066	35,00	330,00	144,03	98,80
Toplam Sağlık Harcaması	3.035.227	0,40	4.270,00	98,64	237,74

Tablo 47’de görüldüğü gibi, 0,40 ile 4.270,00 TL arasında dağılım göstermekte olup, ortalaması 98,64±237,74 TL’dir.

6.2. Türkiye’deki 65 Yaş ve Üstü Nüfus İle İlgili Projeksiyonlar

65 yaş ve üstü nüfusun cepten sağlık harcamalarını incelediğimiz çalışmada çalışmamızın evreni 76.368.972 kişiden oluşmaktadır. Evreni oluşturan kişilerin 4.898.649 kişisi 65 yaş ve üstü olarak tespit edilmiştir. Çalışmada incelediğimiz 65 yaş ve üstü nüfusun yaptığı sağlık harcamaları ile ilgili özet tablo 48’de gösterilmiştir.

Tablo 48. 65 Yaş ve Üstü Nüfusun Yaptığı Sağlık Harcamaları (Özet)

	Toplam	En az bir 65 yaş üstü olan haneler
Evren kişi	76.368.972	15.364.481
Örneklem kişi	40.956	3.972
Evren hane	21.824.712	4.898.649
Örneklem hane	11.491	2.837
Toplam hane cepten sağlık harcaması	15.940.892.797,39	3.531.889.985,37
Hane ortalama sağlık harcaması	730,41	720,99
Kişi başı cepten sağlık harcaması	208,74	229,87
		Toplam içinde %
Yaşlı birey sayısı	6.273.138,16	0,082
Yaşlıların toplam cepten sağlık harcaması	1.442.029.435,69	0,090

Tablo 48’de görüldüğü gibi, 2015 Hanehalkı Bütçe Anketi verilerinden yararlanarak yapılan çalışmanın bulgularına göre, içinde en az bir 65 yaş ve üstü kişinin yaşadığı 2.837 hanenin yaptığı toplam cepten sağlık harcaması 3.531.889.985,37 TL olarak gerçekleşmiştir.

İlgili senaryolara da dayanarak, 2015, 2023 ve 2050 yılları için, farklı iskonto oranları için projeksiyonlar yapılmıştır. Tablo 49’da, DSÖ tarafından yapılan hesaplamalarda genel kabul görmesi sebebiyle 0,03 iskonto oranı alınarak yapılan nüfus ve sağlık harcamaları projeksiyonu gösterilmiştir.

Tablo 49. İskonto Oranı 0,03 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu

İskonto faktörü=0,03			
Senaryo 1	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	84.247.088	93.475.575
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	22.516.803.075,19	54.904.341.749,87
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	2.511.384.236,51	12.603.230.255,55
Senaryo 2	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	85.153.647	104.309.596
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	22.516.803.075,19	61.267.873.522,84
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	2.511.384.236,51	12.603.230.255,55
Senaryo 3	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	85.598.777	110.546.401
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	22.634.506.836,63	64.931.158.537,64
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	2.511.384.236,51	12.603.230.255,55

Tablo 49’da görüldüğü gibi, 2015’te 76.368.972 kişi olan toplam nüfus içinde yaşlı nüfus sayısı 6.273.138 kişi olarak gerçekleşmiştir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamı 15.940.892.797,39 TL iken yaşlı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamı 1.442.029.435,69 TL olark gerçekleşmiştir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2023 yılına bakıldığında toplam nüfusun 84.247.088 kişi olması, yaşlı nüfusun ise 8.624.483 kişi olması beklenmektedir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamının 22.277.085.679,65 TL, yaşlı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 2.511.384.236,51 TL olması beklenmektedir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2050 yılına bakıldığında, toplam nüfusun 93.475.575 kişi olması, yaşlı nüfusun ise 19.484.834 kişi olması beklenmektedir. Cepten yapılan sağlık

harcaması toplamının 54.904.341.749,87 TL, yaşı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 12.603.230.255,55 TL olması beklenmektedir.

Tablo 50’de, Merkez Bankası tarafından yapılan hesaplamalarda genel kabul görmesi sebebiyle 0,05 iskonto oranı alınarak yapılan nüfus ve sağlık harcamaları projeksiyonu gösterilmiştir.



Tablo 50. İskonto Oranı 0,05 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu

İskonto faktörü=0,05			
Senaryo 1	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	84.247.088	93.475.575
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	25.982.143.084,01	107.628.996.708,53
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	2.929.070.054,77	24.706.115.845,48
Senaryo 2	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	85.153.647	104.309.596
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	26.261.729.550,57	120.103.429.848,40
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	2.929.070.054,77	24.706.115.845,48
Senaryo 3	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	85.598.777	110.546.401
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	26.399.009.445,05	127.284.568.502,18
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	2.929.070.054,77	24.706.115.845,48

Tablo 50’de görüldüğü gibi, iskonto oranı 0,05 alınarak yapılan nüfus ve sağlık harcamaları projeksiyonuna bakıldığında; 2015’te 76.368.972 kişi olan toplam nüfus içinde yaşlı nüfus sayısı 6.273.138 kişi olarak gerçekleşmiştir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamı 15.940.892.797,39 TL iken yaşlı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamı 1.442.029.435,69 TL olarak gerçekleşmiştir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2023 yılına bakıldığında toplam nüfusun 84.247.088 kişi olması, yaşlı nüfusun ise 8.624.483 kişi olması beklenmektedir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamının 25.982.143.084,01 TL, yaşlı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 2.929.070.054,77 TL olması beklenmektedir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2050 yılına bakıldığında, toplam nüfusun 93.475.575 kişi olması, yaşlı nüfusun ise 19.484.834 kişi olması beklenmektedir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamının 107.628.996.708,53 TL, yaşlı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 24.706.115.845,48 TL olması beklenmektedir.

Tablo 51’de, 0,07 iskonto oranı alınarak yapılan nüfus ve sağlık harcamaları projeksiyonu gösterilmiştir.

Tablo 51. İskonto Oranı 0,07 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu

İskonto faktörü=0,07			
Senaryo 1	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	84.247.088	93.475.575
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	30.215.570.531,77	208.322.435.107,28
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	3.406.321.123,95	47.820.182.036,17
Senaryo 2	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	85.153.47	104.309.596
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	30.540.711.709,42	232.467.455.201,81
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	3.406.321.123,95	47.820.182.036,17
Senaryo 3	2015	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	85.598.777	110.546.401
Yaşlı nüfus	6.273.138	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	30.700.359.445,98	246.366.983.553,35
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	3.406.321.123,95	47.820.182.036,17

Tablo 51’de görüldüğü gibi, 2015’te 76.368.972 kişi olan toplam nüfus içinde yaşlı nüfus sayısı 6.273.138 kişi olarak gerçekleşmiştir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamı

15.940.892.797,39 TL iken yaşı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamı 1.442.029.435,69 TL olark gerçekleşmiştir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2023 yılına bakıldığında toplam nüfusun 84.247.088 kişi olması, yaşı nüfusun ise 8.624.483 kişi olması beklenmektedir. Cipten yapılan sağlık harcaması toplamının 30.215.570.531,77 TL, yaşı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 3.406.321.123,95 TL olması beklenmektedir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2050 yılına bakıldığında, toplam nüfusun 93.475.575 kişi olması, yaşı nüfusun ise 19.484.834 kişi olması beklenmektedir. Cipten yapılan sağlık harcaması toplamının 208.322.435.107,28 TL, yaşı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 47.820.182.036,17 TL olması beklenmektedir.

Tablo 52’de, 2016 ve 2017 yılları için iskonto oranı sabit olarak 0,05 alınmayıp, gerçek enflasyon oranları üzerinden değerlendirilmiş ve takip eden yıllar için yine 0,05 iskonto oranı ile üç ana senaryo temel alınarak yapılan projeksiyonlar gösterilmiştir.

Tablo 52. 2016 Enflasyon=7.78, 2017 Enflasyon=10.62, 2018 ve Sonrası İçin İskonto Oranı 0,05 Alınarak Yapılan Nüfus ve Sağlık Harcamaları Projeksiyonu

2016 enflasyon=7,78					
2017 enflasyon=10,62					
2018 ve sonrası=0,05					
İskonto faktörü=0,05					
Senaryo 1	2015	2016	2017	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	78.965.645	79.766.012	84.247.088	93.475.575
Yaşlı nüfus	6.273.138	6.567.056	6.860.974	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	17.765.688.601,06	20.374.683.301,23	25.982.143.084,01	107.628.996.708,53
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	1.627.013.709,60	1.929.902.644,14	2.929.070.054,77	24.706.115.845,48
Senaryo 2	2015	2016	2017	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	79 063 465	79 929 196	85 153 647	104 309 596
Yaşlı nüfus	6.273.138	6.567.056,27	6.860.974,37	8 624 483	19 484 834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	17.787.696.141,92	20.416.365.494,39	26.261.729.550,57	120.103.429.848,40
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	1.627.013.709,60	1.929.902.644,14	2.929.070.054,77	24.706.115.845,48
Senaryo 3	2015	2016	2017	2023	2050
Toplam nüfus	76.368.972	79.111.401	80.009.298	85.598.777	110.546.401
Yaşlı nüfus	6.273.138	6.567.056,27	6.860.974,37	8.624.483	19.484.834
Cepten sağlık harcaması toplamı	15.940.892.797,39	17.798.480.781,86	20.436.825.999,32	26.399.009.445,05	127.284.568.502,18
Yaşlı nüfusun cepten sağlık harcaması toplamı	1.442.029.435,69	1.627.013.709,60	1.929.902.644,14	2.929.070.054,77	24.706.115.845,48

Tablo 52’de görüldüğü gibi, 2015’te 76.368.972 kişi olan toplam nüfus içinde yaşlı nüfus sayısı 6.273.138 kişi olarak gerçekleşmiştir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamı 15.940.892.797,39 TL iken yaşlı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamı 1.442.029.435,69 TL olark gerçekleşmiştir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2023 yılına bakıldığında toplam nüfusun 84.247.088 kişi olması, yaşlı nüfusun ise 8.624.483kişi olması beklenmektedir. Cepten yapılan sağlık

harcaması toplamının 25.982.143.084,01 TL, yaşı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 2.929.070.054,77 TL olması beklenmektedir.

Yapılan projeksiyon sonucu 2050 yılına bakıldığında, toplam nüfusun 93.475.575 kişi olması, yaşı nüfusun ise 19.484.834 kişi olması beklenmektedir. Cepten yapılan sağlık harcaması toplamının 107.628.996.708,53 TL, yaşı nüfusun yaptığı cepten sağlık harcaması toplamının 24.706.115.845,48 TL olması beklenmektedir.



BÖLÜM 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada, 65 yaş ve üstü nüfusun cepten yaptıkları sağlık harcamaları ddeğerlendirilmiştir. Yaşlı bireylerin 2015 yılında cepten yaptığı sağlık harcamalarını ortaya koymak amacıyla, TÜİK tarafından yapılan 2015 yılı Hanehalkı Bütçe Anketi talep edilmiştir. Anket verilerin aylık olması sebebiyle öncelikle yıllığa çevrilmiştir. Söz konusu anket verileri temel alınarak, 2050 yılına kadar projeksiyon yapılmıştır. Nüfusun değişen demografik yapısı ve bu değişimin harcamalar üzerindeki sayısal etkisi belirtilmeye çalışılmıştır.

Çalışma kapsamında elde edilen en önemli bulgular aşağıdaki şekilde değerlendirilebilir;

TÜİK anket verilerine dayanarak, çalışmanın kapsamında, 65 yaş ve üstü 3.972 birey ve bu bireylerin yaşadığı 2.837 hanenin özellikleri incelenmiştir.

Bireylerin gelir kaynağı olarak %32.7'lik bir oran ile emekli maaşı olduğu görülmüştür. Yaşlı nüfusun %29.5'lik bölümünün ise çalışmak için çok yaşlı olduğunu düşündüğü için çalışmadığı görülmüştür. İlgili sonuçlardan anlaşıldığı üzere, bireylerin yaşlandıkça gelirleri artmamaktadır.

Söz konusu durum, 2050 yılında toplam nüfus içinde artacak olan 65 yaş ve üstü nüfusun sağlık hizmeti ve bakım ihtiyaçlarının artacağı ve dolayısıyla bireylerin sosyal güvenlik ihtiyaçlarının artması anlamına gelmektedir. Sosyal güvenlik ihtiyacının karşılanması, yaş yapısındaki değişimin işgücüne yansımalarının doğru değerlendirilmesi ile mümkün olacaktır (Ersoy, 2012).

Yaşlılık döneminde bireylerin temel ihtiyaçlarını, sağlık bakım hizmetlerini ve sosyal ihtiyaçlarını karşılayabileceği bir geliri olması önemlidir. Emekli aylığı sahipliği, bireyi sosyal güvence kapsamına almaktadır. Sosyal güvencesi olan bireyler, daha az cepten sağlık harcaması yapacaklardır. Emekli aylıklarının artırılması, bireyin daha fazla sağlık hizmetine ulaşmasında etkili olacaktır. Yapılan çalışma sonucunda, bireylerin %40,6'sının SSK'lı olduğu ve %27,5'inin Bağ-Kur'lu olduğu görülmüştür.

Bireylerin önleyici sağlık hizmetleri ile sağlıklarını olumlu olarak iyileştirebilecekleri bilinmektedir. Çalışmada bireylerin yaşadıkları hanelerin sağlık hizmetlerine ulaşma zorluğu değerlendirildiğinde, %44.9'unun kolay cevabını verdiği görülmüştür. Konu ile ilgili yapılan literatür taramasında yaşlıların, zamanında ve uygun hastalıklara karşı yaptıracakları aşıların, sağlıklarını korumada etkili olabileceği anlaşılmıştır. Aşılanmanın 65 yaşın üzerindeki, kalp, akciğer, şeker ve kanser gibi hastalıkları olan bireylere yapılması uygun olacaktır. Her yıl tekrarlanan grip aşısının, solunum sistemi hastalıklarında %56, zatürrede %53, grip nedeniyle hastaneye başvurularda %50 ve gribe bağlı ölümlerde %68 azalma sağladığı görülmüştür.

Artan yaş beraberinde zayıflayan bağışıklık sistemini de getirmektedir. Kronik hastalıklar ile beraber bireyin kötü alışkanlıkları da varsa eğer, kanser riski atmaktadır. Kanser taramalarının yapılması, hastalığın erken teşhisinde önemli olmaktadır. Söz konusu hastalık, tedavi maliyetleri ve uzun zaman alması sebebi ile, bireyleri için ekonomik yönden ağır yükler içermektedir. Erken teşhis, tedavi şansını arttırmakta ve maliyetleri azalmaktadır (Kaptanoğlu, 2011).

Elde edilen gelir ile sağlığa ayrılan pay arasında ise güçlü bir etkileşim olduğu yapılan literatür taramasında görülmüştür. Çalışma bulgularının değerlendirilmesi sonucunda kişilerin yaşlı nüfusun %86.9'unun çalışmadığı belirlenmiştir. Çalışmayan kısmın ise sadece %32.7'sinin emekli geliri olduğu bilinmektedir. Maaşı olan bireylerin yıllık ortalama gelirleri 5.614 TL olarak bulunmuştur. Maaşı olmayan bireyler ise yıllık 9.922 TL tarım geliri elde etmektedir. Tarım faaliyeti ile uğraşan 65 yaş ve üstü nüfus ise % 8.5 olarak tespit edilmiştir.

Yaşlı nüfusun en önemli gelir kaynağı, sosyal transferler olmaktadır. Söz konusu transferler; emekli ve dul-yetim aylığından oluşmaktadır. Yararlanan yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %76 olarak gerçekleşmiştir. Cinsiyet ayrımına göre değerlendirildiğinde ise, erkeklerde %71.4, kadınlarda ise %85 olmuştur (TÜİK, 2015).

OECD tarafından 2011 yılında yayınlanan, Emeklilik Maaşlarına Bakış raporunda, 2000'li yıllarda 65 yaş üstü bireylerin maaşının, yıllık 18.271 dolar olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise 5.829 dolar olarak gerçekleşmiştir.

2017 yılı Türkiye ortalama emekli maaşı 1.212 TL'dir (SGK.Gov.tr). Türkiye, OECD ortalamasının gerisinde kalmaktadır. Sözkonusu veriler göstermektedir ki; Türkiye'deki 65 yaş üzeri bireyler emekli olsalar dahi çalışmaya devam etmekte. OECD ülkelerinde, emekli maaşına ek olarak, sosyal destek aylığı da ödenmektedir (Ergin, 2016).

Çalışmada elde edilen eğitim durumu ile ilgili bulgulara baktığımızda, 65 yaş ve üstü nüfusun %50.6'sının bir okul bitirmediği, %36.6'sının ise ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Yapılan literatür çalışmasında, bireylerin daha sağlıklı olmaları ile, gelir düzeyleri ve eğitim durumları arasında doğru yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur. Gelirin iyi olması, tedaviye erişimi ve daha iyi koşullarda yaşamayı beraberinde getirmektedir. Gelir dağılımı bozukluğu, ruhsal olarak en yüksek oranda yaşlı bireyleri etkilemektedir. Kendilerini fiziksel olarak etkisiz hisseden bireylerin gelirinin azalması, psikolojik olarak kötü bir etki bırakmaktadır (Arber, 2004).

Sağlık hizmetlerine ulaşım, yaşlılık döneminde hayati öneme sahip olmaktadır. Çalışmada, sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu değerlendirildiğinde % 44.9'unun kolay cevabını verdiği görülmüştür. Bu durum bireyin yaşadığı bölge ile ilgili olabilmektedir.

Kırsal ve kentsel alanlarda sunulan sağlık hizmeti arasında farklar bulunmaktadır. Türkiye'de yaşlıların büyük bölümü kırsal alanda yaşamaktadırlar. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine ulaşım kısıtlı olabilmektedir. Bireyin engelli olması ya da hizmeti satın alacak parasının olmaması gibi durumlar da olabilmektedir (Okursoy, 2010).

Çalışmada projeksiyonlar yapılırken, TÜİK tarafından yapılan 3 farklı nüfus senaryosu dikkate alınmıştır. Elde edilen bulgular, üç farklı iskonto oranı ile değerlendirilmiştir. 2015 yılı verileri baz alınarak, 2050 yılına kadar 65 yaş üstü bireylerin sağlık harcaması düzeyleri üzerine projeksiyonlar yapılmıştır. Türkiye için yapılan projeksiyonlarda, toplam nüfus, yaşlı nüfus, toplam nüfusun sağlık harcaması ve yaşlı nüfus sağlık harcaması bilgileri verilmiştir. 2015 yılında, yaşlı nüfus, toplam nüfusun %8'ini oluştururken, 2050 yılında yaşlı nüfusun, toplam nüfusun %21'ini oluşturması beklenmektedir (TÜİK, 2015).

Yapılan projeksiyonlar sonucunda, tüm nüfusun yaptığı toplam sağlık harcaması 2015 yılı için 15.940.892.797, 39 TL olarak gerçekleşmiştir. Aynı toplam nüfus içindeki tüm bireylerin, yıllar itibariyle yaşlanacakları bilinmektedir. Aynı nüfus için yapılacak harcamanın 2020 yılında 19.861.505.049,88 TL, 2030 yılında ise, 28.757.551.579,16 TL olarak gerçekleşmesi beklenmektedir. Bireylerin yaşlarının artışı, toplam sağlık harcamalarını arttırmaktadır.

Çalışmada, 2015 yılı toplam sağlık harcamaları içinde, yaşlı nüfusun sağlık harcamaları payı 2015 yılı için %9 olarak bulunmuştur. Yapılan projeksiyonlar sonucunda 2020 yılında %11, 2030 yılında %15 ve 2050 yılında ise %23 olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir.

Yapılan literatür çalışmasında, bireylerin yaşları ile sağlık harcamaları arasında doğru yönlü bir ilişki bulunduğu görülmüştür. Gençlik döneminde %12.5 olarak gerçekleşen sağlık harcaması, yaşlılık döneminde yani 65-84 yaş arasında yapılan sağlık harcaması %36.5 olarak gerçekleşmektedir. En az sağlık harcamasının çocukluk döneminde yapıldığı bulunmuştur. 50 yaş ve sonrasında ise katlanarak artmaktadır. Yaşlıların yıllık sağlık harcamalarının, gençlere oranla 5/4 kat fazla olduğu görülmüştür (Alemayehu; Warner, 2004).

Demografik değişimin sağlık harcamaları üzerinde yaptığı etkileri belirlemek amacıyla, Hall ve Jones tarafından 2004 yılında, ABD’de bir simülasyon çalışması yapılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda yaşlı harcamalarının, toplam sağlık harcamalarının içindeki payı ortaya koyulmuştur. Söz konusu payın, 2020 yılında %20, 2050 yılında %30 olabileceği belirtilmiştir. Daha kaliteli ve uzun yaşam da daha fazla sağlık harcamaları gerektirmektedir (Hall; Jones, 2004).

Artan yaşla beraber kişisel sağlık harcamalarına bakıldığında, 85 yaş ve üstü kişilerin, 65-74 yaş arasındaki kişilerden üç kat ve 75-84 yaş arasındaki kişilerden ise iki kat daha fazla sağlık hizmetlerinden yararlandığı görülmüştür (Alemayehu; Warner, 2004).

Çalışmada, toplam nüfusun içindeki yaşlı nüfus oranı belirlenirken TÜİK Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Veri Seti’nden yararlanılmıştır. TÜİK, sözkonusu anketi yaparken kurumsal yaşlı nüfusu, örneğin huzurevlerinde ve cezaevlerinde yaşayan, 65 yaş

ve üstü nüfusu kapsama dahil etmemiştir. İlgili nüfusun da eklenerek çalışmaların yapılmasının olumlu olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada elde edilen bulgularının değerlendirilmesi ve elde edilen sonuçlara göre, aşağıda yer alan öneriler geliştirilmiştir;

Çalışmada ele alınan bağımlı ve bağımsız değişkenlerle birlikte hizmet sunucuların ve bireylerin yapacakları değişikliklerin sağlık üzerinde etkili olabileceği anlaşılmıştır. Bireylerin sağlığını olumlu yönde etkileyen uygulamalar, cepten yapacakları harcamaları azaltacaktır. Bireylere sağlanan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması, verimliliğin sağlanması ve cepten yapılan harcamaların azaltılması için sağlıkta dönüşüm programı ile birlikte başlatılan çalışmaların devamlılığı önemli olacaktır (Gümüş, 2007).

SGK kanununun çıkarılması ile birlikte, tüm sağlık kurumları, bireylerin aldığı sağlık hizmetini sistemsal olarak görebilmektedir. Bu yöntem ile gereksiz yapılabilecek tahlillerin tekrarlanması önlenmiş olmaktadır. Hastanın bekleme süresi azalmakta ve hizmetler daha hızlı yürüyebilmektedir.

Yaşlı nüfus, bağımlı nüfus olma durumundadır. İstanbul Ticaret Odası (İTO) tarafından 2007 yılında yayınlanan bir rapora göre, yaşlı nüfus hızındaki artışın aynı şekilde devam etmesi halinde, sosyal güvenlik kurumları ile ilgili bazı öngörülerde bulunmuştur. Sosyal güvenlik kurumlarının hizmetlerine devam edebilmesi için sigortalılardan kesilecek primin artması gerektiğini savunmuştur. Günümüzde sosyal sigorta kesintisi, %32 düzeyindedir. Genel sağlık sigortası ve sağlıkla ilgili diğer sigortaların primi ise %34,5 düzeyinde olmaktadır. Toplamda % 66,5 olan prim oranlarının 2050 yılına gelindiğinde gerekli sağlık güvencesini karşılayabilmek için % 111'e çıkarılması gerekeceği belirtilmiştir (Erdem, 2017).

Çalışan nüfustan kesilen sigorta primlerinin artırılması, genel sağlık sigortası sisteminin, hizmet kapsamını geliştirebilecektir. Maddi kaynak olarak güçlenen sağlık sisteminde, cepten yapılan sağlık harcamaları azalabilecektir. İlgili konu ile bağlantılı olarak, Sağlık Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı tarafından ortak bir çalışma yürütülmesi sağlanabilir.

Yaşlı kliniklerinin çoğalması ve yaşlı acil servisinin, normal acil servisten ayrı olarak hizmet vermesi, yaşlı bireylerin sağlık harcamalarını azaltabilecektir. Acil servise başvuran yaşlı hastaların gereksinimleri farklı olmaktadır. Yaşlı bakımında uzman doktor ve hemşire tarafından sağlanacak bakım hizmeti, zaman ve maliyet açısından kaynakların daha verimli kullanılmasının sağlayabilecektir.

Türkiye’de acil servise başvuran hastaların içindeki yaşlı hasta oranının %12-15 aralığında olduğu bilinmektedir. Hastaların yaş ortalaması ise 68-81 olarak gerçekleşmektedir. Yaşlıların acile başvuru sebepleri arasında; kronik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklar, solunum hastalıkları ve kas-iskelet sistemi sorunları bulunmaktadır. Yaşlı hastaların, işitme ve anlama kayıpları gibi, özel durumları olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Sağlık kurumlarında yer alan klasik acil servis bölümleri, zemin katlarda bulunmaktadır. Ulaşım açısından zemin kat uygun gibi görünse de fiziksel şartlara bakıldığında genelde mevcut hastalığa müdahale ile sınırlı kalabilmektedir. Yaşlı hastalar ile diğer hastaların aynı fiziksel koşullarda hizmet alması doğru olmamaktadır (Bulduk; Çetin; Usta, 2015).

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın eylem planında da yer alan, geriatrik acil ünite uygulamalarında, eğitilmiş personel ile daha uygun fiziksel şartlarda hizmet verilmesi planlanmaktadır. Geriatri acil servislerinde çalışacak personelin geriatrik acil tıp konusunda eğitilmiş olmaları planlanmaktadır. Yaşlı hastaların daha sık karşılaştığı, düşme ve yaralanma gibi olumsuz fiziksel ortamdan arındırılması önemli olacaktır.

Amerika, Kanada, Avustralya’da geriatrik acil ünitelerinin bulunduğu hastaneler mevcuttur. Sözkonusu servislerde, konu ile ilgili uzman doktor ve hemşireler görev almaktadırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015). Acil bakım servislerinin, iletişim açısından özel ilgi gerektiren hastalıklara hizmet vermeye uygun hale getirilmesi önemli olacaktır.

Türkiye’de bir veya birden fazla kronik hastalığı bulunan ortalama 22 milyon kişi bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Kronik hastalıklar maliyetli hastalıklar olmaktadır. Yaşlı hastalar açısından değerlendirmek gerekirse; Türkiye’de 65 yaş ve

üzeri nüfusun, %90'ında 1 adet, %35'inde 2 adet, 23'ünde 3 adet ve % 15'inde 4 ve daha fazla kronik hastalık olduğu bilinmektedir (TÜİK, 2013).

Kronik hastalığın yönetilmesi, bireyin yaşam kalitesini arttıracaktır. Kronik hastalıkların yönetilmesi, bazı özellikler içermektedir. Söz konusu özellikler şu şekildedir;

- Hastalar doktor tarafından verilen bilgilere güvenmelidirler.
- İlgili diyetle uyulması, egzersizlerin yapılması ve ilaç kullanımı önemli olmaktadır.
- Yetkin olmayan kişilerin yönlendirme ve tavsiyeleri dikkate alınmamalıdır.
- Tedavi süresince doktor değiştirilmemeli, kontroller aksatılmamalıdır.
- Yaşlı bireylerin sahip olduğu kronik hastalıkların yönetimi, sağlık harcamalarını azaltacaktır (Kaptanoğlu, 2011).

Çalışmada, veriler değerlendirilmiş ve özel sağlık sigortası sahibi bireylerin yüzdesi %0.1 olarak bulunmuştur. Özel sağlık sigortalarında, sigorta sahibi yaşlı ve kronik hastalığı mevcut ise bu durumu genelde sigorta şirketinden saklamaktadır. Saklama nedeni prim artışı olmasıdır. Söz konusu durumda tedavi talebi için başvuru geciktirilmekte ve tedavi maliyetleri de artmaktadır. Özel sağlık sigortalarının doğru kullanımı, cepten yapılan sağlık harcamalarını azaltabilecektir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, Genel Sağlık Sigortasının yürürlüğe girmesi birçok olumlu etkiye neden olmuştur. Bireylerin hastalıkları ve kullandıkları ilaçlar kayıt altına alınabilmektedir. Kayıt sistemi tam olarak yerine getirilebilirse, hastalıkların dağılımı, zamanı ve tedavi süresi belirlenebilecektir. Hastalıklar ortaya çıkmadan önce tedbirler alınabilecektir. Alınacak tedbirler, bireylerin daha az sağlık harcaması yapmalarına etki edebilecektir.

Genel Sağlık Sigortası ile birlikte hastanelerin sunduğu medikal hizmetlerin ve otelcilik hizmetlerinin maliyetleri azaltılmaya çalışılmıştır. Kalitenin ve sunulan hizmetin denetlenebilmesi için, yasal düzenlemeler oluşturulabilir. Yapılacak denetlemeler ile hastaya yansıtılan gereksiz harcama talepleri azaltılabilecektir. Gerekli altyapının geliştirilmesi ile devlet hastaneleri daha kaliteli hizmet sunulabilecektir. Sigorta

kapsamındaki yaşı bireyler için bu durum, cepten yapacağı harcamayı azaltabilecektir.

Aile hekimliği uygulamasının etkin olarak kullanılmaya başlanması, bireylerin aldıkları sağlık hizmetlerin kayıt altına alınmasında etkili olmaktadır. Kaynakların gereksiz kullanımı azaldığı gibi önleyici sağlık tedbirleri de alınmış olmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin topluma daha iyi anlatılması için aile hekimliği ve yayın kuruluşları tarafından eğitici programlar hazırlanabilir (Ecevit, Bilgili, 2008).

Belediyeler, sosyal belediyeçilik ilkesi ile hizmet alanlarındaki yaşı nüfusa yönelik ayrı hizmetler geliştirebilirler. Kapsadıkları bölgede yaşayan yaşı nüfusu, sağlık yönünden kayıt altına almaları, önleyici sağlık hizmetleri açısından olumlu olabilir (Pektaş, 2010).

Çalışma bulgularında yer almamakla birlikte, yapılan literatür taramasında bireylerin yaşadığı hanelerin özelliklerinin, sağlığı önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Sadece banyonun zemin yapısının kaygan olması sebebiyle bile ev kazaları sıkça yaşanabilmektedir. Hane içinde önleyici tedbirler alınarak yaşı sağlığı korunabilir.

Yaşlılarla ilgili olarak düzenlenen en yaygın sosyal politika uygulaması, yaşlılık sigortası olmaktadır. Yaşlılık sigortası, ilerleyen yaşa bağlı olarak bireyin çalışamayacak hale gelmesi durumunda, sigorta sahibi bireye, belirli bir meblağı ödemeyi tahahhüt eden bir çeşit sosyal sigorta türü olarak tanımlanabilecektir. Yaşlılık sigortasından yararlanmak için belirli bir yaş kriteri bulunmamaktadır. Ancak, uygulayan ülkelere bakıldığında (İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya) 65 yaş, sınır olarak kabul edilmektedir. Söz konusu sigorta ile, çalışamayacak durumda olan bireylerin, hayatını devam ettirebilmesi ve sağlık hizmetlerinin karşılanması sağlanabilir (Taşçı, 2010).

Çalışma kapsamında eğitim durumu ve sağlık düzeyi arasındaki ilişki incelenmemiştir. Ancak yapılan literatür çalışmasında, bireylerin eğitim durumu ile sağlık düzeyi arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Çalışma bulgularında, yaşı bireylerin % 50.6'sının ilköğretim mezunu olmadığı görülmüştür. Bireylerin kendi sağlık hizmetlerini anlayabilmesi, ilaçların etkileşimini okuyabilmesi ve hizmete ulaşabilmesi açısından okur-yazar olmak önemlidir. Bireylerin yaşadığı alanlardaki halk sağlığı merkezleri ve milli eğitim bakanlığı tarafından kurslar düzenlenebilir.

Evde bakım hizmetlerinin kapsamının geliştirilmesi ve ulaşımının kolay olması, harcamaları azaltabilecektir. Hastane maliyetleri azalacağından, bireye yansıtılan ücretler de azalacaktır.

Gelişmiş ülkeler, yaşlıların evde bakım hizmetlerini kolaylaştırma amacıyla gelişen teknolojiden yararlanmaktadır. Bireylere yardımcı ev içi donanımların arttırılması gibi basit önlemler alınabilir. Örneğin özel alarm, acil uyarı butonları, banyo rayları, vb. gibi (Çağlar, 2015).

Hastanelerde verilen tüm hizmetler için, enfeksiyon riski bulunmaktadır. Evde bakım, enfeksiyon riskini azalmaktadır. Maliyetler açısından, evde bakım, hastaneye göre daha düşük olmaktadır. Söz konusu durum, sağlık kurumları için zaman ve yer maliyeti açısından azaltıcı yönden etkili olabilir (Düzkaya; Bozkurt, 2013). Evde bakım hizmetlerinin arttırılması, yaşlı bireylerin cepten yaptığı harcamaları azaltabilir.

Bireylerin sahip olduğu kötü alışkanlıklar, sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir. 2012 yılı TÜİK verilerine göre, tütün mamülü kullanan yaşlı nüfus oranı %18.2 olmuştur. Ekonomik durumu ve eğitim durumu kötü olan yaşlılarda, sigara ve alkol kullanımının yaygın olduğu görülmüştür. Aynı şekilde kötü beslenme alışkanlığı olarak tanımlanabilecek obezite de bireylerin sağlık durumlarının kötüleşmesinde önemli bir etken olmaktadır. Konu ile ilgili uyarıcı yayınların yapılması ve doktor tarafından yapılacak görüşme etkili olabilir (Peel; Mc Clure; Barlett, 2005).

Yaşlı bireylerin sağlıklarını koruma amaçlı yapabilecekleri fiziksel aktiviteler bulunmaktadır. İlgili aktivite ortamlarının bireylerin yaşadıkları yerleşim yerlerinde oluşturulması önemli olacaktır. Düzenli egzersiz, vücudun oksijen kullanma yeteneğini arttırmaktadır. Böylece vücut direnci artacak ve enfeksiyonlara karşı dayanıklılık oranı artacaktır. Sağlığı koruyucu davranışlar, sağlık bakım ücretlerini azaltabilir. Konu ile ilgili olarak belediye ve sivil toplum kuruluşları önderliğinde çalışmalar yapılabilir (Hacıhasanoğlu; Türkleş, 2007).

Yine çalışma kapsamında incelenemeyen ancak literatür taraması sonucunda, yaşlı nüfusun sağlık problemlerinin birçoğunun, mental hastalıklar ile ilgili olduğu görülmüştür. Yaşlılar, sosyal açıdan kendilerini yetersiz görmektedirler. Bireylerin ruhsal yönden

dışlanmadan yaşamalarına devam etmeleri aileleri tarafından sağlanabilir.

Türkiye’de, 65 yaş ve üzeri bireylerin ilaç kullanımı ile ilgili olarak yapılan literatür taramasında, bireylerin %92.9’unun doktor tavsiyesi dışında ilaç kullandığı belirlenmiştir. İlgili rakamın %89.3’ünün ise, bitkisel ilaçlar kullandığı belirlenmiştir. Bu durumun temel kaynağı olarak da, yaşlıların akraba ve arkadaş tavsiyelerinden etkilenmeleri gösterilmiştir (Özdemir; Özer, 2009).

Literatür çalışması göstermiştir ki; Türkiye’de sağlık giderlerinin %40’ını ilaç harcamaları oluşturmaktadır (Özdemir; Özer, 2009). Yaşlı bireylerin artan kronik sağlık sorunları nedeniyle, ilaç kullanımları fazla olmaktadır. Farklı kronik hastalıklar, farklı ilaçları birlikte kullanmayı gerektirmektedir. Çoğu zamanda ilaçların birbirleri ile etkileşimi bireylerin hastalanmasına neden olmaktadır.

Bireylerin aldıkları tedavinin doğruluğu kadar, kullandıkları ilaçların nasıl tüketildiği de önemli olmaktadır. Bu durumda karşımıza akılcı ilaç kavramını çıkarmaktadır. DSÖ, tarafından yapılan akılcı ilaç kullanımı tanımı; *“hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları”* olarak yapılmıştır (WHO, 1985).

Bireylerin ilaçlarını doğru kullanımı, sağlık harcamalarını azaltıcı etki yapacaktır. Sözkonusu durum ile ilgili aileler, hekimler ve eczacılar hastalara yardımcı olabilirler.

Yapılan literatür taramasında, yaşlı nüfusun en önemli gelir kaynağının sosyal transferler olduğu görülmüştür. İlgili yardımlardan yararlanan yaşlı nüfus oranı 2013 yılında %76 olmuştur. Emekli ve dul-yetim aylığından yararlanan yaşlı nüfus oranı %75.5 olarak gerçekleşmiştir. Bireylerin emekli aylıklarının arttırılması, ekonomik durumlarını düzeltecektir. Daha iyi koşullarda yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşımı arttıracaktır. Sağlık durumları iyileşecektir ve dolayısıyla sağlık harcamaları azalabilecektir.

T.C. Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından 2015-2020 Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı uygulanmaya

koyulmuştur. Raporda planlanan uygulamaların faaliyete geçirilmesi, yaşlı sağlığı alanında daha düzenli hizmet sunulmasını sağlayabilecektir. Evde bakım hizmetinin “özelleştirerek”, erişimin ücretsiz olması yine raporun hedefleri arasında bulunmaktadır. Ücretsiz hizmetlerin artışı, bireylerin cepten yaptığı harcamaları azaltabilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Türkiye’de resmi makamlara bağlı olarak sadece 109 huzurevi ve 11.826 kişilik kapasite bulunmaktadır (T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015).

Huzurevleri, yaşlı bireylerin barınma, beslenme, fiziksel aktivite ve düzenli sağlık taraması hizmetlerini karşılamaktadır. Sahip oldukları özellikler nedeniyle, huzurevlerinin yaygınlaşması, bireyin sağlık bakım masraflarını azaltıcı etki sağlayabilecektir.

Tüm bireyler yaşlanma ile karşıya karşıyadır. Yaşlılık dönemi, maddi ve manevi olarak rahat ve sağlıklı bir şekilde geçirilmek istenmektedir. Çalışmamız, bu dönem ile ilgili olarak alınması gereken sosyal politikalar ve önlemler için bir fikir oluşturup, farkındalık yaratabilmek amacıyla yapılmıştır.

Yaşlanma ile birlikte bireylerin hastalıklılık ve engellilik durumları ortaya çıkacaktır. Kronik hastalıklar artış gösterecek, dolayısıyla ihtiyaç duyulacak sağlık hizmeti türü de değişiklik gösterecektir. Değişen sağlık hizmeti türü ile birlikte, tedavi yöntemleri ve yaşlı bireylerin katlanacağı tedavi maliyetleri değişecektir. Yaşlanma, yaşlı bireylerin harcama kararları üzerinde belirleyici bir rol oynayacaktır. Gelecek yıllarda artması beklenen yaşlı nüfus sağlık harcamalarının, ortaya çıkaracağı riskler ve alınabilecek tedbirler belirtilmelidir.

Nüfusun yaşlanma süreci dikkate alınmalı ve sosyal politikalar geliştirilmelidir. Yaşlanan bireylerin ihtiyaçlarına cevap verebilmek amacıyla;

- Emeklilik, sosyal destek aylığı ve evde bakım aylığı şeklinde, bireylerin gelirlerinin arttırılması,
- Sağlık hizmeti ve sosyal destek düzenlemeleri ile bireylerin sosyal ve ruhsal olarak geliştirilmesi,

- İhtiyacı olan bireylerin, kurumlarda barınma imkanının artırılması ile fiziksel olarak desteklenmesi önemli olacaktır.



KAYNAKÇA

- Arpacı, Fatma 2009: 62, *Çalışma ve Toplum Dergisi*, Türkiye’de Yaşlı Yoksulluğu.
- AB, 2015, *Yaşlanma Raporu*.
- Akalın, Erdal 2010, *Sağlık Ekonomisi Dergisi*, Yayın Tarihi 3 Şubat 2010 Cuma,
- Alcan, Sezer ve Özsoy, Onur, 2017, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 2017.
- Alemayehu, Berhanu; Warner, E. Kenneth, 2004, *The Lifetime Distribution of Health Care Costs*, Health Services Research, 39(3), June, s. 627-642.
- Arber S. Gender, 2004, *Marital Status and Ageing*:Linking Material, Health, and Social Resources. J Aging Study.
- Arpacı, Fatma, 2009, *Türkiye’de Yaşlı Yoksulluğu*, Çalışma ve Toplum Dergisi.
- Avrupa Ekonomisi Raporu, 2010, *Projecting Future Health Care Expenditure at European Level: Drivers, Methodology and Main Results*, European Commission Directorate-General for Economic and Financial Affairs Publications, Economic Papers 417 July 2010.
- Aykın, Nadir, 2013, *Aile Hekimliğinde Komorbidite ve Multimorbiditeyi Anlamak*, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kan Merkezi ve Aferez Ünitesi.
- Beğner ve Yavuzer, 2012, Tanju BEĞNER, Hakan YAVUZER, *Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi*, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı.
- Belli, P., 2002, *Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia*, HNP Discussion Paper, Washington DC: World Bank.

Berger; Messer, 2010, *Public Financing of Health Expenditures*, Insurance, and Health Outcomes.

Bilgili, Emine; Ecevit, Eyyüp, 2008, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:11, Sayı:2.

Bloom, D.E., 2001, *The Effect of Health on Economic Growth: Theory and Evidence*, NBER, Working Paper Series, No. 8587.

BM, 2002, *Yaşlanan Dünya Nüfusu*, 1950-2050 Raporu.

Bulduk, Serap; Çetin, Hacer; Usta, Esra, 2015, *Birey Merkezli Yaklaşım Yaşlıların Acil Bakımında Olası mıdır?*.

Çağlar, Türken, 2015, *Yaşlılık ve Bakım Sigortası*, Almanya Örneği.

Carrasquillo, Olveen, 2000, *Health Insurance Coverage of Immigrants Living in the United States: Differences by Citizenship Status and Country of Origin*.

Çilingiroğlu, N., 2006, *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları).

Danış, Mehmet Zafer, 2007, *Yaşlılık, Yoksulluk ve Yalnızlık*, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü.

Danış, Mehmet Zafer, 2009, *Türkiye’de Yaşlı Nüfusun Yalnızlık ve Yoksulluk Durumları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları Açısından Bazı Çıkarımlar*.

Deng, G.E.; Durna, Zehra, 2012, *Evidence-Based Clinical Practice Guidelines for Integrative Oncology: Complementary Erapies and Botanicals*. Journal of the Society for Integrative Oncology.

Dixon, A.; Mossialos, E., 2002, *Funding Health Care: An introduction*, Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham: Open University Press: 1-30.

Duyar, İzzet 2005, *İnsanda Yaşlılığın Evrimi*, Türk Geriatri Dergisi 2005; 8:209-214.

Duyar, İzzet, 2008, *Gerontolojinin Temelleri*. Ankara: TGV; 2008: 9-19.

Düzkaya, Duygu; Bozkurt, Gülçin, 2013, *Yoğun Bakım Hastasının Evde Bakımı*.

Erdem, Emine, 2017, *Sosyal Güvenlik Mevzuatı Pratik Bilgiler* İleri Araştırmalar Koordinatörlüğü Mevzuat-Analiz Birimi Uzmanı.

Ergin, Işıl, 2016, *Yaşlı Sağlığı ve Sosyal Politikalarda Kamusal Destek Ne Durumda?*, Türkiye ve Dünyada Mevcut Durum.

Erol, Mehmet Turgay, 2011, *Avrupa Birliği'nde Nüfusun Yaşlanması Ve Sağlık Harcamalarına Etkisi*, Sosyal Güvenlik Kurumu, Avrupa Birliği ve Yurtdışı İlişkiler Daire Başkanlığı, Sosyal Güvence Dergisi, Sayı 1, Sayfa 54-81.

Ersoy, Korkut, 2012, *2050'ye Doğru Nüfusbilim ve Yönetim; Sağlık Sistemine Bakış*, TÜSİAD, Kasım 2012, Yayın No: TÜSİAD-T/2012-11/533

Gaal, Peter, 2006, *Informal Payment for Health Care: Evidence from Hungary*, Volume, 77.

Galbraith, A. A.; Wong, S. T.; Kim, S .E.; Newacheck, P.W., 2005, *Out- of-Pocket Financial Burden for Low-Income Families with Children: Socioeconomic Disparities and effects of insurance*. Health Services Research, 40(6) 1722–1736.

Gottret; Schieber, 2006, Gottret P. and Schieber G., *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide*, The World Bank, Washington.

Guendelman, S.; Pearl, M., 2004, *Children's Ability to Access and Use Health Care*, Health Affairs (Millwood), 23(2), 235–44.

Gümüş, Erdal, 2007, *Kamu Maliyesi Perspektifinden Sosyal Güvenlik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi ve Finansal Geleceği*, Mali Yapılanma Sürecinde Stratejik Yönetim ve Sosyal Güvenlik Sisteminin Kamu Maliyesine Etkileri.

Hacıhasanoğlu, Rabia; Türkleş, Serpil, 2007, ***Depression and Affecting Factors in the Old at the Age of 65 and Over.***

Hall, R.Robert ; Jones, Charles, 2004, ***The Value of Life And The Rise In Health Spending***, National Bureau of Economic Research, Cambridge: NBER Working Paper Series: 107.

Hanson, K., 1998, ***Is Insurance Enough? The Link Between Parents' and Children's Health Care Use Revisited. Inquiry***, 35(3), 294–302.

Hawkes K., O'Connell, Jones, Alvarez, Charnov, 1998, Hawkes K, O'Connell JF, Jones NG, Alvarez H, Charnov EL: ***Grandmothering, Menopause and The Evolution of Human Life Histories.*** Proc Natl Acad Sci USA 1998; 95: 1336-1339.

Hwang, Seng, Lee, 2004, ***Factors In Healthcare Spending in Singapore: A Regression Model.*** International, Journal of The Computer, the Internet and Management,12, 51-62.

İçli, Gönül, 2010, ***Yaşlılar ve Yaşlılığın Değerlendirilmesi: Denizli İli Üzerine Niteliksel Bir Araştırma***, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1,1–13.

İstanbuluoğlu, Hakan, 2010, ***Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri***, Dirim Tıp Gazetesi, 85 (2): 86-99.

Kaplan ve Robson, 2002, Kaplan HS, Robson AJ. ***The Emergence of Humans: The Coevolution of Intelligence and Longevity With Intergenerational Transfers.*** . Proc Natl Acad Sci USA. 2002; 99: 10221-10226.

Kaptanoğlu, Ayşegül, 2011, ***Yaşlı Sağlığı***, 2011.

Koç, Aylin, 2013, ***Beşeri Sermaye ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Yatay Kesit Analizi ile AB Ülkeleri Üzerine Bir Değerlendirme***, Maliye Dergisi, Sayı: 165, Temmuz-Aralık, s.241-258.

- Kutsal, Gökçe, 2006, *Aging in Turkey*, 60 th Annual Scientific Meeting of The Gerontological Society of America, State of the Art-Presidential Symposium, 17 Nov, 2007, San Francisco, USA.
- Langa, KM; Cigolle, CT; Kabeto, MU, 2004, **Geriatric Conditions and Disability: the Health and Retirement Study**. Ann Intern Med 2007; 147:156.
- Lee, TW.; Ko, IS.; Lee, KJ., 2006, *Health Promotion Behaviors and Quality of Life Among Community-Dwelling Elderly in Korea: A Cross-Sectional Survey*, 2006; 43: 293-300.
- Mandıracıoğlu, Aliye, 2010, *Ege Tıp Dergisi*.
- Mazzeo, 1998, *American College of Sports Medicine Position Stand, 1998, Exercise and Physical Activity for Older Adults*. Med Sci Sports Exerc 1998;30:992-1008.
- Meerding, WJ.; Bonneux, L.; Polder. JJ.; Koopmanschap, MA., 1998, *Demographic and Epidemiological Determinants of Health Care Cost in Netherland: Cost of Illness Study*, BMJ, 317:111-115.
- Meijer, 2015, *Yaşlılarda Egzersizin Fiziksel Aktivite, Hareket Korkusu, Yorgunluk ve Uyku Kalitesine Etkisi*, (2015).
- Minh, H.V.; Phuong, N.T.K.; Saksena, P.; James C.D. Xu K., 2012 *Financial Burden of Household Out Of Pocket Health Expenditure In VietNam: Findings From The National Living Standart Survey 2002-2010*”, Social Science&Medicine, Nov(96),
- Moissialos; Thomson, 2004, *Voluntary Health Insurance in the European Union*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Mokhtari; Ashtari, 2012, *Reducing Informal Payments in the Health Care System: Evidence From a Large Patient Satisfaction Survey*, April 2012, Volume 23

- Musgrove, P.; Zeramndini, R.; Carrin, G., 2002, *Basic Patterns In National Health Expenditure*, Bulletin Of World Health Organization, 80(2), 134-142.
- Okursoy, Algin, 2010, *Türkiye'de Sağlık Sistemi ve Kamu Hastanelerinin Performanslarının Değerlendirilmesi*,
- Özdemir, O.; Ocaktan, E.; Akdur, R., 2003 *Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Cilt 56, sayı 4, 207-216,.
- Özer ve Karabulut, 2003, *Huзуervinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Doyumunun İncelenmesi*.
- Özer, Emine; Özdemir, Leyla, 2009, *Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları*, *Sağlık Bilimleri* Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2009, 42–51
- Özgen H., 2008, *İnformal Cepten Sağlık Harcamaları ile İlişkili Faktörler* İçinde: Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi-Bildiriler, Antalya.
- Peel, NM.; McClure, RJ.; Bartlett, HP., 2005, *Behavioral Determinants of Healthy Aging*. Am J Prev Med.
- Pektaş, Ethem Kadri, 2010, *Türkiye'de Sosyal Belediyecilik Uygulamaları ve Temel Sorunlar*.
- Pekten, Ali, 2006, *Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler*, Sayıştay Dergisi, 61:119-138.
- Pison, G, 2009, *Population Ageing Will be Faster in the South Than in the North*, Population&Societies, No.457:14http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1468/publi_pdf2_pesa457.2.pdf
- Popkin, Barry M., 2003, *The Nutrition Transition in the Developing World*, Development Policy Review, 21 (5-6): 581-597.

- Robine, Jean-Marie, Michel, Jean-Pierre, 2004, *Looking Forward to a General Theory on Population Aging*, The Journals of Gerontology; 59A, 6; ProQuest Medical Library pg. 590.
- Rose ve Mueller, 1998, Rose MR, Mueller LD. *Evolution of Human Lifespan: Past Future and Present*. Am J Hum Biol 1998; 10:409-420.
- Rowe ve Kahn, 1997, *Successful Aging*, *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Sağlık Bakanlığı, 2010, *Dünya Sağlık Örgütü Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi Çalışması*.
- Şahin, Bayram, 2013, *Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması*.
- Savedoff, W., 2004, *Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences*, Discussion Paper Number 4, Geneva: World Health Organization.
- Shen, Y.C.; McFeeters, 2006, *Out-Of-Pocket Health Spending Between Low- And Higher Income Populations: Who Is At Risk Of Having High Expenses And High Burdens?* Medical Care, 44(3), 200-209.
- Sıvacı, C., 2007, *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği*, Bütçe Dünyası Dergisi, 24, 32-409.
- Steverink; Lindenberg; Slaets, 2005, *How to Understand and Improve Older People’s Self-Management of Wellbeing*. European Journal of Ageing, 2, 235-44.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2015, *Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne Bağlı Huzurevleri Çalışma Raporu* Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü,.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015, *Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı*.

- Halk Sağlığı Kurumu, Taşçı, Faruk, 2010, *Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar*: İsveç, Almanya, İngiltere ve İtalya Örnekleri.
- Tatar, M.; Özgen, H.; Şahin, B., 2007, *Informal Payments In The Health Sector: A Case Study From Turkey*, Health Affairs, 26(4), 1029-1039, s. 1032.
- Tatar, Mehtap, 2011, *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi*, Sosyal Güvenlik Dergisi, 2011/1.
- Tekeli, Seda, 2015, *Amme İdaresi Dergisi*, Cilt 48, Sayı 1, Mart 2015, s. 35-87.
- TÜİK, 2011, *Nüfusla İlgili Tanımlar*.
- TÜİK, 2015, *Bireysel Sağlık Harcamaları*, 21527 Nolu Haber Bülteni.
- TÜİK, 2015, *İstatistiklerle Yaşlılar Çalışması*.
- Uğurluoğlu, Ece, 2008, *Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet*, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:2
- Ulaş, Işıl, 1997, *Uygulamalı Can Sigortası Hukuku*, Turhan Kitabevi Yayınları, Ankara.
- Van den Akker M; Buntinx F, 1998, *Multimorbidity in General Practice: Prevalence, Incidence and Determinants of Cooccurring Chronic and Reccurrent Diseases*, 51(5);367-375.
- WHO, 1972 *Psychogeriatric, Report of a WHO Scientific Group*, Technical Report Series 507, Geneva. Cited in Davise AM. Epidemiology 185; 14(1):9-21.
- WHO, 1985, *The Rational Use of Drugs*, Report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985.
- WHO, 2002: 12, **Ageing Report**. Active Ageing, A Policy Framework.



EK-1. 2015 HANEHALKI BÜTÇE ANKETİNİN KAPSAMI, YÖNTEMİ, TANIM VE KAVRAMLARI HAKKINDA GENEL AÇIKLAMALAR

Hanehalkı bütçe anketleri, hanelerin sosyo-ekonomik yapıları, yaşam düzeyleri, tüketim kalıpları hakkında bilgi veren ve toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uygulanan sosyo-ekonomik politikaların geçerliliğinin test edilmesi amacıyla kullanılan en önemli veri kaynaklarından biridir. Türkiye İstatistik Kurumu 2002 yılından itibaren her yıl düzenli olarak hanehalkı bütçe anketi uygulamaktadır.

Hanehalkı bütçe anketinden elde edilen tüketim harcamaları bilgileri ile;

1. Tüketici fiyat indekslerinde kullanılacak maddelerin seçimi ve ağırlıklarının elde edilmesi,
2. Hanelerin tüketim kalıplarında zaman içinde meydana gelen değişikliklerin izlenmesi,
3. Milli gelir hesaplamalarında özel nihai tüketim harcamaları tahminlerine yardımcı olacak verilerin derlenmesi,
4. Yoksulluk sınırının belirlenmesi vb. diğer sosyo-ekonomik göstergelerin elde edilmesi,
5. Asgari ücret tespit çalışmaları için gerekli verilerin derlenmesi amaçlanmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu, önceki yıllarda adı “Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi” olan bu araştırmanın ilkinin, 1954 yılında, Ankara’da sadece memur ailelerini kapsayacak şekilde uygulamıştır. Daha sonra, 1964-70 yılları arasında, 1973-74 ve 1978-79 yıllarında Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi belirli kapsamlarla uygulanmış ve bu yıllar baz alınarak Tüketici Fiyat Endeksleri kurulmuştur. Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye genelini kapsayan ilk çalışmayı 1987 yılında gerçekleştirmiş ve bu anketin sonuçlarını “Tüketim Harcamaları” ve “Gelir Dağılımı” olmak üzere iki yayın halinde kullanıcılara sunmuştur.

1987'den sonra 1994 yılında uygulanan Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi,

tüketim harcamaları ve gelir dağılımı amaçlarına yönelik olarak iki ayrı anket şeklinde düzenlenmiştir. Bu uygulamada, 1 Ocak – 31 Aralık 1994 tarihleri arasında Türkiye genelinde 62 kentsel ve 174 kırsal yerleşim yerinde her ay değişen, 1 522’si kentsel, 666’sı kırsal yerleşim yerinde olmak üzere toplam 2 188 örnek haneye Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketi uygulanmıştır. Bu anketin sonuçları, 1994=100 bazlı Tüketici Fiyatları Endeksinin hesaplanmasında kullanılmış olup, bu çalışmadan elde edilen verilerden Türkiye, kent, kır ve 7 coğrafi bölge ile seçilmiş 19 il merkezi için tahminler üretilmiştir. İkinci aşamada ise Şubat – Mayıs 1995 tarihleri arasında “Hanehalkı Tüketim Harcamaları Anketi” kapsamında olan toplam 26 256 örnek haneye “Hanehalkı Gelir Dağılımı Anketi” uygulanmıştır.

Kurumumuz, 2002 yılından itibaren daha küçük bir örnek hacmi ile her yıl düzenli olarak Hanehalkı Bütçe Anketi uygulamayı planlamıştır. Buna göre; 2002 Hanehalkı Bütçe Anketi, 1 Ocak – 31 Aralık 2002 tarihleri arasında bir yıl süre ile, kentsel kesimden her ay değişen yaklaşık 650, kırsal kesimden her ay değişen yaklaşık 150 hanehalkı olmak üzere aylık 800, yıllık ise 9 600 örnek hanehalkına uygulanarak, Türkiye geneli, kentsel ve kırsal yerler ayrımında tüketim harcaması ve gelir dağılımı göstergeleri elde edilmiş ve sonuçları kamuoyuna duyurulmuştur.

2003 Hanehalkı Bütçe Anketi, 1 Ocak – 31 Aralık 2003 tarihleri arasında bir yıl süre ile kentsel kesimden her ay değişen 1 512 ve kırsal kesimden her ay değişen 648 hanehalkı olmak üzere aylık 2 160, yıllık toplam 25 920 örnek hanehalkına uygulanmış; anketten tüketim harcamaları, gelir dağılımı ve yoksulluk konularında elde edilen temel göstergeler kamuoyuna duyurulmuştur.

2004 ve 2005 Hanehalkı Bütçe Anketleri de bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8 640 örnek hanehalkıyla yürütülmüş; anketlerden yine tüketim harcamaları, gelir dağılımı ve yoksullukla ilgili olarak elde edilen göstergeler yayınlanan haber bültenleri ile kamuoyuyla paylaşılmıştır.

Yine bir yıl süre ile her ay değişen aylık 720, yıllık toplam 8 640 örnek hanehalkıyla yürütülen 2006, 2007 ve 2008 Hanehalkı Bütçe Anketleri'nden tüketim harcamaları ve yoksullukla ilgili göstergeler üretilmiştir.

2009 Hanehalkı Bütçe Anketi 1 Ocak–31 Aralık 2009 tarihleri arasında yine bir yıl süre ile

her ay değişen aylık ortalama 1 050, yıllık toplam 12 600 örnek hanehalkıyla yürütölerek yine tüketim harcamaları ve yoksullukla ilgili göstergeler üretilmiştir.

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 anket uygulanmış, anketi geçerli olan hanehalkı sayısı 10 082 olmuştur.

2011-2014 Hanehalkı Bütçe Anketleri her yıl 1 Ocak–31 Aralık tarihleri arasında yine bir yıl süre ile her ay değişen 1 104, yıllık toplam 13 248 örnek hanehalkına anket uygulanmıştır. Anketi geçerli olan hanehalkı sayısı 2011 yılında 9 918, 2012 yılında 9 987, 2013 yılında 10 060 ve 2014 yılında ise 10 122 hanehalkı olmuştur.

2015 Hanehalkı Bütçe Anketi ise 1 Ocak–31 Aralık 2015 tarihleri arasında yine bir yıl süre ile her ay değişen toplam 15 264 örnek hanehalkına uygulanmış, anketi geçerli olan hanehalkı sayısı ise 11 491 olmuştur.

Anketin Örnekleme Planı ve Tahmin Yöntemi Coğrafî kapsam: Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bulunan tüm yerleşim yerleri kapsama dahil edilmiştir.

Kapsanan kitle: Anket çalışmasında, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan tüm hanehalkı fertleri kapsama alınmıştır. Ancak kurumsal nüfus olarak tanımlanan yaşlılar evi, huzur evleri, hapishane, askeri kışla, özel nitelikli hastane, otel, çocuk yuvalarında bulunan nüfus ile pratik nedenlerden dolayı göçer nüfus kapsam dışı tutulmuştur.

Tüketim harcamaları ve gelirin kapsamı: Tüketim harcaması; hanehalklarının anket ayı içinde yaptığı tüketim amaçlı satın alışları, kendi üretiminden tüketimi, çalışan fertlerin hanehalkı tüketimi için işyerinden getirdiğı mal ve hizmetler, hanehalkının hediye/yardım etmek amacıyla satın aldıkları ile son bir yıl içinde satın aldığı otomobil, beyaz eşya, boya-badana, mobilya, bilgisayar, televizyon, kamera, mobilya, özel okul, dersane vb. dayanıklı tüketim mal ve hizmetleri veya seyrek yapılan harcamaların aylık ortalamasıdır. Gelir kapsamında ise son on iki ayda elde edilen kullanılabilir gelir bilgileri kapsanmıştır.

Örnekleme çerçevesi: 2015 Hanehalkı Bütçe Anketi'nde birinci aşama örnekleme birimi olan blokların seçiminde kullanılan temel örnekleme çerçevesi, 2007 yılında oluşturulan ve her yıl güncellenen Ulusal Adres Veri Tabanıdır.

Nihai örnekleme birimi seçim çerçevesi: Yukarıda verilen çerçeve kullanılarak bloklar oluşturulmuş, kentsel yerlerden ve belediye teşkilatı olan kırsal yerler ve köylerden yerleşim yerinin büyüklüğüne orantılı olasılıkla bloklar belirlenmiş ve her bloktan nihai örnekleme birimi olan hanehalkları sistematik olarak seçilmiştir.

2014 yılından itibaren Hanehalkı Bütçe Anketi'nin örneklem tasarım ve çerçevesinde, “On Üç İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Altı İlçe Kurulması ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” kapsamında 2014 yılından itibaren geçerli olan yeni idari bölünüş temel alınmıştır.

Yeni kent ve kır tanımları üzerindeki çalışmalar sonuçlanıncaya kadar tüketim harcaması göstergeleri sadece Türkiye toplamı olarak verilecek, kent ve kır ayrımında sonuçlar yayımlanmayacaktır.

Nihai örnekleme birimi: Nihai örnekleme birimi olarak örnek adreste bulunan hanehalkı tanımlanmıştır. Örnekleme yöntemi: Tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Cevapsızlık oranı: Ankette örnekleme tekniklerine göre seçilen örnek hanehalkı ile anket yapılamaması durumunda "cevaplamama formu" doldurulmuş, bu durum dikkate alınarak ağırlık katsayıları hesaplanmıştır. 2015 Hanehalkı Bütçe Anketi'nde cevapsızlık oranı Türkiye genelinde % 24,7 olarak gerçekleşmiştir.

Ağırlık katsayıları: Hanehalkı Bütçe Anketi sonuçları, en güncel nüfus projeksiyonlarına göre ağırlıklandırılmakta ve yayımlanmaktadır. 2009 yılına kadar sözü edilen nüfus projeksiyonları, genel nüfus sayımı sonuçlarına dayalı olarak hesaplanmış, 2007 yılında ise Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) kurulmuştur. ADNKS veritabanından elde edilen yaş ve cinsiyet yapısı ile nüfusun yerleşim yerine göre dağılımında, nüfus sayımlarına göre önemli dağılım farklılıkları bulunmaktadır. Bu doğrultuda, en güncel nüfus bilgilerinin elde edildiği bu sistemdeki bilgiler kullanılarak nüfus projeksiyonlarının üretilmesine başlanmış olup, ulusal ve bölgesel düzeyde nüfus projeksiyonları yenilenmiştir. Hanehalkı Bütçe Anketi'nin 2007-2015 uygulamalarında 2007 bazlı nüfus projeksiyonlarına göre hesaplanan ağırlık katsayıları kullanılmıştır.

Tanım ve Kavramlar

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 topluluktur.

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

Tüketim: Mal ve hizmetlerin insan ihtiyaçlarını ve arzularını karşılamak üzere kullanılmasıdır. Harcama: Bir mal veya hizmet satın almak için yapılan parasal ödeme veya fedakarlıkların tümüdür.

Satın alış: Herhangi bir mal ya da hizmete belli bir ücret ödeyerek sahip olunmasıdır.

Kendi üretiminden tüketim: Hanelerin kendi üretimleri sonucu elde ettikleri maddeleri, ya ürettikleri gibi ya da işleyerek tüketmeleridir. Örneğin; hanehalkının kendi ürettiği sütün ya süt olarak ya da peynir yapılarak tüketilmesi gibi.

Aynı gelirlerden tüketim: Hanede iktisaden faal olan fertlerin çalıştıkları işyerinde üretilen ya da satışa sunulan mal ve hizmetlerden hanede tüketilenler, aynı gelirlerden tüketim olarak alınmıştır. Örneğin; ücretli olarak çalışan bir ferde işyerince verilen mal (yiyecek, giyecek vb.) ve hizmetler, ücretlinin elde ettiği aynı gelirden tüketim olarak; işveren ya da kendi hesabına çalışan bir ferdin de kendisine ait işyerinde ürettiği ya da sattığı mallardan hanesine tüketmek üzere getirdikleri aynı gelirden tüketim olarak değerlendirilmiştir.

Hanehalkının özel kişi veya kuruluşlara vermek üzere hediye veya yardım şeklinde satın aldığı mal veya hizmetler: Hanehalkı fertleri tarafından anket ayı süresince, özel kişi veya kuruluşlara verilmek üzere (hediye etmek veya yardımda bulunmak amacıyla) satın alınan mal ve hizmetlerin değeri kapsamıştır.

İzafi kira: Konuta mülkiyet şekli ev sahibi, lojman ve diğer (babasına, akrabasına vb. kişilere ait yerlerde ikamet edip hiç bir şekilde ücret ödemedi ya da çok düşük değerde kira ödeyenler) şekilde olan hanehalkının ikamet ettiği konutun kira değeri izafi kira olarak değerlendirilmiştir. İzafi kira, tüketim harcaması içinde kapsamaktadır. İzafi kira değeri,

benzer özelliklere sahip olan, aynı semtte ve yerleşim yerinde kira ile oturan konutun kira değeri emsal alınarak hanehalkı tarafından beyan edilmiştir.

Hanehalkı tüketim harcamalarının kapsamı:

i-) Harcamaların hanehalkı için yapılmış olması gerekmektedir.

ii-) Harcamaların tüketim amacıyla yapılmış olması gerekmektedir.

iii-) Tüketim harcamaları aşağıdaki gruplar ayrımında kapsamıştır:

1. Gıda ve alkolsüz içecekler 2. Alkollü içecek, sigara ve tütün 3. Giyim ve ayakkabı 4. Konut ve kira 5. Ev eşyası 6. Sağlık 7. Ulaştırma 8. Haberleşme 9. Kültür, eğlence 10. Eğitim hizmetleri 11. Otel, lokanta ve pastane 12. Çeşitli mal ve hizmetler

iv-) Hanehalkı tarafından yapılan tüketim harcamaları, anket dönemi içinde ölçüm kriterlerine (sahiplenme, kullanım, ödeme) uygun bir şekilde alınmıştır.

v-) Anket döneminde yapılan tüketim harcamaları kapsamıştır. Araştırmada örnek hanehalkı tarafından anket dönemi içinde,

- Hangi tüketim mal ve hizmetlerinin,

- Nasıl (satın alış, kendi üretimi, aynı gelen vb. şeklinde),

- Ne kadar (ne miktarda),

- Ne değerinde,

- Nereden alındığı şeklinde bilgiler derlenmiştir.

Tüketim harcaması bileşenleri:

* Hanehalkı için anket ayında yapılan tüketim mal ve hizmet satın alışları,

* Kendi üretiminden tüketilen ürünlerin değeri,

* Müteşebbis olan fertlerin anket ayında işyerinden haneye getirdiği ürünlerin değeri,

* Ücretli çalışan fertlere anket ayında işvereni tarafından verilen mal ve hizmetlerin değeri,

* Hanehalkının özel kişi veya kuruluşlara vermek üzere hediye veya yardım şeklinde satın aldığı mal veya hizmetlerin değeri,

* İzafî kira,

* Son bir yıl içinde satın alınan otomobil, beyaz eşya, bilgisayar, televizyon, kamera, mobilya, ısıtma ve soğutma sistemi gibi dayanıklı tüketim mallarına yapılan harcamaların aya düşen değeri.

% 20'lik hanehalkı gruplarının belirlenmesi:

Hanehalkı kullanılabilir gelirine göre sıralı % 20'lik gruplar: Anket kapsamında görüşme yapılan tüm hanelerin son on iki ayda elde ettiği toplam kullanılabilir hanehalkı gelirleri; her ay için farklı bir referans dönemini içermesi ve tüm gelirlerin karşılaştırılabilir olması amacıyla inflate edilerek 2015 takvim yılına çekilmiştir. Daha sonra, elde edilen hanehalkı kullanılabilir yıllık gelirleri küçükten büyüğe doğru sıralanmış, haneler 5 eşit parçaya bölünmek suretiyle % 20'lik gruplar oluşturularak, her bir grubun harcamadan aldığı pay hesaplanmıştır.

Hanehalkı tüketim harcamasına göre sıralı % 20'lik gruplar: Hanelerin aylık tüketim harcama değerleri, ay içerisinde küçükten büyüğe doğru sıralandıktan sonra haneler 5 eşit parçaya bölünerek aylık % 20'lik gruplar oluşturulmuş ve her bir grubun harcamadan aldığı pay hesaplanmıştır.

Anketten temel olarak 3 ana grup değişken elde edilmiştir:

1. Hanehalkı sosyo-ekonomik durum değişkenleri: Oturulan konutun tipi, mülkiyet durumu, ısıtma sistemi, konut kolaylıkları, sahip olunan eşyalar ve ulaştırma araçları vb.
2. Tüketim harcamaları değişkenleri: Tüketim mal ve hizmetlerinin; tanımı, elde ediliş şekli, miktarı, piyasa birim fiyatı, toplam değeri, nereden alındığı vb.
3. Hanehalkı bileşimi, istihdam ve gelir durumu değişkenleri: Hanehalkı fertlerinin yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, istihdam durumu ile ilgili değişkenler (mesleği, iktisadi faaliyeti, işteki durumu vb.), son on iki ayda elde edilen faaliyet ve faaliyet dışı kullanılabilir gelirler.

Alan uygulaması yöntemi:

2015 Hanehalkı Bütçe Anketi'nin ilk 3 ayında her ay 1 200, sonraki 9 ayında ise her ay 1 296 örnek hane ile anket gerçekleştirilmiştir. Anket her ay farklı örnek hanenin dönüşümlü olarak izlenmesi yoluyla yürütülmüştür. Örneğin; Ocak ayında 1 200 örnek hanehalkının anket ayı sosyo-ekonomik durum bilgileri, tüketim harcamaları ve fertlerin gelir bilgileri alınmış ve Şubat ayında da, Ocak ayındaki haneleri temsilen farklı 1 200 hanehalkı ile anket yapılarak Aralık ayı sonuna kadar bu dönüşüm sürdürülmüş; yıl boyunca toplam 15 264 hanehalkına anket uygulanmıştır.

Hanehalklarından bilgiler; görüşme, kayıt ve gözlem metodları kullanılarak derlenmiştir. Her anketör, her ay ortalama 6 örnek hanehalkını anket ayı öncesi 1 kez, 1. ve 2.hafta 2'şer kez, 3. ve 4. hafta 1 kez ve anket ayı bitiminde de 1 kez olmak üzere her hanehalkını ayda ortalama 8 defa ziyaret ederek tüketim harcamaları ve gelir bilgilerini kayıt etmiştir. Anket ayı öncesinde örnek hanehalkına yapılan ilk ziyarette, hanehalkı ile tanışma sağlandıktan sonra hanehalkının sosyo-ekonomik durumuna ait bilgiler alınmış, harcama kayıt defterinin nasıl doldurulacağı açıklanmıştır. Anket ayı içinde yapılan ziyaretler sırasında, örnek hanenin anket ayında yaptığı gıda, giyim, sağlık, ulaştırma, haberleşme, eğitim, kültür, eğlence, konut, ev eşyası vb. gibi tüketim harcamaları hanehalkına bırakılan kayıt defterinden kayıtlama ve görüşme yöntemleri ile alınmıştır. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanehalkı fertlerinin anket ayı içindeki istihdam durumu, iktisadi faaliyeti, mesleği, işteki durumu ve son on iki ay içerisinde elde ettiği kullanılabilir net gelir bilgileri derlenmiştir.