

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ULUSAL HANEHALKI CEPTEN SAĞLIK HARCAMALARININ
FİNANSMANDA DİKEY HAKKANİYET AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ece ÖZ

**Sağlık Kurumları Yönetimi Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Hacer ÖZGEN**

**ANKARA
2008**

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne:

Bu alışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Mehtap TATAR

Danışman: Doç. Dr. Hacer ÖZGEN

Üye: Doç. Dr. Yusuf ÇELİK

Üye: Doç. Dr. Bayram ŞAHİN

Üye: Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ

ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hakan S. ÖRER
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesi süresince, son derece fedakar bir şekilde değerli bilgisi ve tecrübesi ile beni yönlendiren, yardımlarını esirgemeyen, bana her anlamda destek olan, danışmanım Sayın Doç. Dr. Hacer ÖZGEN'e,

Çalışmayı değerlendiren jüri üyeleri Sayın Prof. Dr. Mehtap TATAR'a, Doç. Dr. Yusuf ÇELİK'e, Doç. Dr. Bayram ŞAHİN'e ve Doç. Dr. İsmail AĞIBAŞ'a,

Çalışmanın istatistik analizlerinin yapılması için verilerin kullanılabilir hale getirilmesinde danıştığım ve büyük yardımlarını gördüğüm Dr. Ümit ÇELEN'e, analizlerin yapılmasında desteğini aldığım Dr. Erdem KARABULUT'a, Tüketici Fiyat Endeksi konusunda değerli bilgilerinden faydalandığım Sayın Cengiz ERDOĞAN'a, Kakwani endeksi konusunda desteğini aldığım Yrd. Doç. Dr. Serdal BAHÇE'ye,

Çalışmanın her aşamasında gerek önemli fikir ve katkılarıyla, gerek sabrıyla, gerek sevgisiyle her türlü desteği veren sevgili eşim İlker ÖZ'e,

Hayatımın tüm aşamalarında olduğu gibi, tez çalışmamda da bana sonsuz sevgi, anlayış, güven ve katkılarıyla destek veren sevgili babam Orhan UĞURLUOĞLU'na ve sevgili annem Bahar UĞURLUOĞLU'na,

Çalışmama vermiş olduğu çok değerli katkılardan ve önerilerden dolayı sevgili kardeşim Murat UĞURLUOĞLU'na ve her türlü destekle her zaman yanımda olan, beni çalışmaya teşvik eden sevgili kardeşim Mert UĞURLUOĞLU'na,

Bu çalışmayı gerçekleştirirken yardımlarıyla katkı sağlayan Dr. Şerife AK'a, Dr. Yelda ÖZEN'e, Dr. Gülbiye YAŞAR YENİMAHALLELİ'ye

Başta Bölüm Başkanım Prof. Dr. Nilgün SARP olmak üzere, bütün Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü öğretim üyeleri ve elemanlarına teşekkür ederim.

ÖZET

ÖZ, Ece. Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2008. Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden belirlenebilir nitelikte olmaması ve sağlık hizmetleri kullanımının bireyler ve hanehalkları üzerinde öngörülemez finansal yük yaratma olasılığı, sağlık harcamalarının finansal yüküne karşı güvence sağlayan sosyal ve özel sağlık finansman kaynaklarını doğurmuştur. Sağlık hizmetleri finansman kaynaklarından biri, farklı ülkelerde değişik bileşimlerde kullanılan ve en az finansal koruma sağlayan sağlık amaçlı cepten harcamalardır. Cepten sağlık harcamalarının bir toplumdaki bireyleri ve hanehalklarını hakkaniyet açısından olumsuz şekilde etkileme olasılığı vardır. Hakkaniyetli bir sağlık finansman sistemi, sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerin, ödeme gücüyle orantılı olmasını gerektirir. Türkiye’de cepten sağlık harcamalarının ortaya koyulduğu araştırmalar bulunmakla birlikte, cepten sağlık harcamaları ve dikey hakkaniyet arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca, Türkiye sağlık hizmetleri sunumu ve finansmanında son yıllarda önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir ve bu değişikliklerin cepten sağlık harcamalarını etkileyebilme olasılığı bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye genelinde hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Bu amaç kapsamında Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bütçe Anketi 2003-2005 verileri kullanılarak, toplam 42.867 hanehalkından cepten sağlık harcaması yapmış olan 18.682 hanehalkı (%43,6) araştırma kapsamına alınmıştır. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyet incelenen yılların her yıl için ayrı orantı yaklaşımı, Kakwani endeksi ve çok değişkenli genelleştirilmiş doğrusal model analizleri ile değerlendirilmiştir. Orantı yaklaşımına göre, incelenen tüm yıllarda, birinci gelir dilimindeki hanelerle karşılaştırıldığında, daha yüksek gelir dilimindeki hanelerin gelirleri içinde cepten sağlık harcaması payının azaldığı bulunmuştur. Bu bulgu, ayarlanmış çok değişkenli analizde de doğrulanmıştır. Kakwani endeksi değerleri incelenen her üç yıl için de negatif olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, Türkiye’de 2003-2005 yıllarında cepten harcama azalan oranlı bir sağlık finansman kaynağı olmuştur ve dolayısıyla cepten harcamalarda hakkaniyet sağlanamamıştır. Cepten harcamalarda hakkaniyetin iyileştirilmesine yönelik sağlık politikalarında değişiklik yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık finansmanı, cepten sağlık harcamaları, hakkaniyet, dikey hakkaniyet, Kakwani endeksi

ABSTRACT

ÖZ, Ece. Assessing Vertical Equity in National Household Out-of-pocket Health Payments. Hacettepe University, Institute of Health Sciences Health Care Administration, PhD Thesis, Ankara, 2008. Because the need for healthcare and the liability of financial burden on individuals and households cannot be predicted in advance, social and private financing mechanisms have been generated to provide protection against financial burden of health expenditures. One of the financing mechanisms with the least financial risk protection is the out-of-pocket payments used in different countries, in different forms. Out-of-pocket payments might have a negative effect on individuals and households in terms of equity. An equitable health financing system must ensure that payments are in accordance with the ability to pay. Although there have been research conducted on health expenditures and out-of-pocket payments in Turkey, they all lack the link between out-of-pocket payments and equity. Additionally, Turkey has been going through a transition process on healthcare delivery and finance, and these changes might have affected out-of-pocket payments for health care. The aim of this study is to analyze households' out-of-pocket payments for healthcare in terms of equity in Turkey. For this purpose, data from Turkish Statistical Institute Household Budget Survey 2003-2005 were used and a total of 18,682 households (43.6%) who made out-of-pocket payments out of total 42,867 households constituted the study population. Equity in out-of-pocket payments was analyzed by employing the proportion approach, Kakwani index, and generalized linear model analysis. Proportion approach showed that, in each year analyzed, when compared to households in the lowest income quintile, those in higher quintiles spent lower proportion of their income as out-of-pocket payments. The adjusted multivariate analyses supported this finding. Kakwani index of negative value was found for each year. In conclusion, the out-of-pocket payments in Turkey between the years of 2003-2005 were a regressive source of funding for healthcare. Health policy changes need to be made in order to improve equity in out-of-pocket payments.

Key words: Health finance, out-of-pocket payments, equity, vertical equity, Kakwani index

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ŞEKİLLER.....	ix
TABLOLAR	xi
KISALTMALAR	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Finansmanı.....	4
2.2. Sağlık Finansman Yöntemleri.....	7
2.2.1. Vergilerle Finansman	8
2.2.2. Sosyal Sağlık Sigortası.....	11
2.2.3. Özel Sağlık Sigortası.....	14
2.2.4. Tıbbi Tasarruf Hesapları	16
2.2.5. Cepten Harcamalar.....	18
2.3. Cepten Harcamanın Etkileri.....	19
2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet	24
2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Tanımı.....	24
2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Teorileri	25
2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Boyutları	30
2.5. Cepten Sağlık Harcamalarında Dikey Hakkaniyet Ölçümü.....	38
2.5.1. Orantı Yaklaşımı	38
2.5.2. Çok Değişkenli Analiz Yaklaşımı.....	39
2.5.3. Endeks Yaklaşımı	40
2.6. Türkiye’de Sağlık Finansmanı ve Cepten Sağlık Harcamalarının Rolü	46
2.6.1. Genel Devlet Bütçesi	47
2.6.2. Sosyal Güvenlik Katkıları	48
2.6.3. Özel Harcamalar	50
2.7. Türkiye’de Cepten Sağlık Harcamaları ve Hakkaniyet Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Çalışmalar.....	59

3. GEREÇ VE YÖNTEM	62
3.1. Amaç Cümlesi.....	62
3.2. Problem Cümlesi.....	62
3.3. Hipotez.....	62
3.4. Araştırma Tasarımı.....	62
3.5. Veri Kaynağı.....	63
3.6. Evren	65
3.7. Örneklem.....	66
3.8. Değişkenler	67
3.8.1. Bağımlı Değişken.....	67
3.8.2. Bağımsız Değişken	72
3.8.3. Kontrol Değişkenleri.....	73
3.9. Verilerin Analizi	79
3.9.1. Orantı Yaklaşımı	79
3.9.2. Kakwani Endeksi	80
3.9.3. Çok Değişkenli Regresyon.....	81
4. BULGULAR VE TARTIŞMA	84
4.1. Tanımlayıcı Bulgular	84
4.1.1. Genel Tanımlayıcı Bulgular.....	84
4.1.2. Toplam Cepten Harcamanın Gelire Göre Dağılımı	92
4.1.3. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Harcamanın Gelire Göre Dağılımı (Orantı Yaklaşımı)	94
4.1.4. Toplam Cepten Harcamanın Kontrol Değişkenlerine Göre Dağılımı.....	96
4.1.5. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Harcamanın Kontrol Değişkenlerine Göre Dağılımı	112
4.1.6. Kakwani Endeksi Bulguları	128
4.2. Analitik Bulgular.....	128
4.2.1. Toplam Cepten Sağlık Harcaması İtibariyle Regresyon Bulguları.....	128
4.2.2. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması İtibariyle Regresyon Bulguları.....	132
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	137
KAYNAKLAR	143
EKLER	

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	6
Şekil 2.2. Hanehalkı Tüketiminin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Tüketime Göre Dağılımı, Mısır 1997.....	39
Şekil 2.3. Eşitlik Doğrusu ve Lorenz Eğrisi.....	42
Şekil 2.4. Hindistan’da Kırsal ve Kentte Cepten Sağlık Harcamalarının Konsantrasyon Eğrileri	44
Şekil 2.5. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%).....	59
Şekil 4.1. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	94
Şekil 4.2. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	96
Şekil 4.3. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Yaş Gruplarına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	98
Şekil 4.4. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Cinsiyete Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	99
Şekil 4.5. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Medeni Duruma Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	101
Şekil 4.6. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Eğitim Seviyesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	103
Şekil 4.7. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Büyüklüğüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	104
Şekil 4.8. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Yerleşim Yerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	106
Şekil 4.9. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık İhtiyacına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	107
Şekil 4.10. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Güvencesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	109

Şekil 4.11. Hanedeki Tüm Bireylerin Sağlık Güvencesine Sahip Olması Durumunda Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	111
Şekil 4.12. Hanede Hiç Kimsenin Sağlık Güvencesine Sahip Olmaması Durumunda Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	112
Şekil 4.13. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Yaş Gruplarına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	114
Şekil 4.14. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Cinsiyete Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	115
Şekil 4.15. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Medeni Duruma Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	117
Şekil 4.16. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Eğitim Seviyesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	118
Şekil 4.17. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Büyüklüğüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	120
Şekil 4.18. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Yerleşim Yerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	121
Şekil 4.19. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Güvencesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	123
Şekil 4.20. Hanede Tüm Bireylerin Sağlık Güvencesine Sahip Olması Durumunda Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	125
Şekil 4.21. Hanede Hiç Kimsenin Sağlık Güvencesine Sahip Olmaması Durumunda Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	126
Şekil 4.22. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık İhtiyacına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı	127

TABLULAR

Tablo 3.1. Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri.....	77
Tablo 3.2. En K¼¼k Kareler Regresyon Tekniği Varsayımları ve Değerlendirme Sonuçları	82
Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanehalklarının Araştırma Değişkenlerine G¼re Tanımlayıcı Bulguları	84
Tablo 4.2. Yıllar İtibariyle Kakwani Endeksi Bulguları	128
Tablo 4.3. Toplam Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Basit Regresyon Bulguları	129
Tablo 4.4. Toplam Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle ok Değişkenli Regresyon Bulguları.....	131
Tablo 4.5. Gelirin Y¼zdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Basit Regresyon Bulguları	134
Tablo 4.6. Gelirin Y¼zdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle ok Değişkenli Regresyon Bulguları.....	135

KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSS	Genel Sağlık Sigortası
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USH	Ulusal Sağlık Hesapları

1. GİRİŞ

Sağlıklı yaşam hakkı insani bir istemdir ve aynı zamanda anayasal bir haktır. Bu nedenle, erişilebilir en üst düzeyde sağlık hizmeti alma hakkı, insan olmanın getirdiği temel haklardan biridir ve hiçbir ayırım gözetilmeksizin herkese eşit bir biçimde sunulmalıdır. Tüm insanların sağlıklı olması aynı zamanda kalkınma ve gelişme açısından da bir zorunluluktur. Son dönemde kabul edilen ülkelerin gelişmişlik düzeyi sadece kişi başına düşen ulusal gelir, okullaşma oranı ile değil, bireylerin sağlıklı olmaları ve sağlık hizmetlerinden yararlanma biçimleri ile de ölçülmektedir (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasasında yer alan tanıma göre:

"Sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir; sağlığın ulaşılabılır en yüksek seviyesine ulaşmak, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal konumu ne olursa olsun tüm bireylerin temel hakkıdır." (2)

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 56. Maddesi'nde yer alan sağlık ile ilgili hükümler ise aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (3):

"Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir."

Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden belirlenebilir nitelikte olmaması nedeniyle sağlık hizmetleri kullanımının bireyler ve hanehalkları üzerinde öngörülemez finansal yük yaratabileceği gerçeğini ortadan kaldırmak amacıyla finansman ihtiyacı çeşitli kaynaklarla karşılanabilmektedir. Bu kaynaklardan biri olan ve farklı ülkelerde değişik şekillerde kullanılan sağlık amaçlı cepten harcamalar, bir

toplumdaki bireyleri ve hanehalklarını çeşitli açılardan olumsuz şekilde etkileyebilir. Cepten harcamaların etkilediği başlıca alanlardan biri de hakkaniyettir.

Hakkaniyetin sağlandığı bir sağlık sistemi, sağlık hizmetleri kullanımının ihtiyaçla, sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerin ise gelire bağlantılı olmasını gerektirmektedir. Finansmanda hakkaniyetin sağlanmasının önemi, sağlıklı ve hasta bireyler arasında risk havuzlama ve farklı gelir düzeyleri arasında risk paylaşımını sağlamasıdır. Böylece, sağlıklı bireyler hasta bireylerin hizmet almalarına katkı sağlarken, hasta ve yoksul bireyler hem hastalığın hem de yoksulluğun verdiği yükü paylaşmak zorunda kalmamış olacaktır.

Hakkaniyetli bir finansman sistemi birçok ülkenin sağlık politikası amaçlarından biridir. Ancak bir finansman aracı olarak cepten harcamaların varlığı, türü ve boyutu, finansmanda hakkaniyetin sağlanamamasına neden olabilmektedir. Cepten harcamaların finansmandaki rolü özellikle orta ve düşük gelirli ülkelerde daha fazla önem kazanmaktadır. Dolayısıyla, cepten harcamalarda hakkaniyet konusu özellikle bu ülkelerde daha da önem kazanmaktadır.

Türkiye’de bu konunun önemi, sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasının amaçlandığı Sağlık Bakanlığı (SB) Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında da vurgulanmaktadır. Programa göre hakkaniyet; insanların sağlık hizmetlerine ihtiyaçları doğrultusunda ulaşmalarının ve hizmetlerin finansmanında mali güçleri oranında katkıda bulunmalarının sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sosyal gruplar, yerleşim yerleri ve coğrafi yerler arasında sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması hakkaniyet amacı kapsamında yer almıştır (4).

SDP kapsamında Türkiye’de sağlık hizmet sunumu ve finansmanında önemli değişiklikler gerçekleştirilmiştir. Bu değişiklikler cepten harcamaların boyutunu ve farklı nüfus grupları arasındaki dağılımını etkileme potansiyeline sahiptir. Ancak, Türkiye’deki mevcut çalışmalar cepten sağlık harcamalarının hakkaniyet açısından etkileri hakkında doğrudan bilgi sağlayamamaktadır (5-8). Ayrıca, sağlık alanında özellikle 2003 yılından sonra gerçekleştirilen reformlar cepten harcama ile

hakkaniyet arasında ilişkiyi etkileme potansiyeline sahiptir ve mevcut araştırmaların bu anlamda da literatüre katkısı sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye genelinde hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Bu tez çalışması ile Türkiye genelinde ilk kez hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten ödemelerin hakkaniyet açısından yansımaları yıllar itibariyle ve farklı yaklaşımlar birlikte kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu özelliği ile yapılan bu çalışma, politika belirleyicilere uygulanan sağlık politikalarının cepten harcamalara ve hakkaniyete olan yansımaları hakkında önemli bilgi sağlayacaktır.

Belirlenen amaç çerçevesinde, çalışmanın bundan sonraki bölümü olan genel bilgiler bölümünde, sağlık finansmanında kullanılan yöntemler ve bunların hakkaniyete olan etkileri ile cepten harcamalarda hakkaniyetin ölümü konuları incelenmekte ve Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında cepten harcamaların rolü açıklanarak, cepten harcamaların hakkaniyet ile olan ilişkisi hakkında bilgi sağlayabilecek mevcut çalışmalar ele alınmaktadır. nc bölümde, çalışmanın yöntemine ilişkin bilgiler verilmektedir. Dördüncü bölümde, çalışmanın bulguları ve tartışma sunulmaktadır. Son bölümde, araştırma bulgularına dayalı olarak, çalışmanın sonuç ve önerilerine yer verilmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde, sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili temel kavramlar ve finansman yöntemleri anlatılmakta ve cepten harcamaların çeşitli etkileri tartışılmaktadır. Ayrıca bu bölümde sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin tanımı, hakkaniyet teorileri ve hakkaniyet boyutları hakkında bilgi sunularak cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin ölçümü açıklanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan yöntemler hakkında genel bilgi verilerek cepten harcamaların yıllar itibariyle finansmandaki rolü vurgulanmaktadır. Son olarak, Türkiye’de cepten sağlık harcamaları ile hakkaniyet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar tartışılmaktadır.

2.1. Sağlık Finansmanı

Bir sağlık sisteminin en temel fonksiyonlarından biri topluma sağlık hizmetleri sunmaktır. Sürdürülebilir bir sağlık hizmetleri sistemi oluşturulması; bina ve donanım, insan kaynaklarına, sağlıkla ilgili dayanıklı ve dayanıksız tüketim mallarına ve sermayeye erişime bağlıdır. Bunu sağlamanın yolu, bu tür girdilere yeterli finansal kaynak ayırmaktır (9,10). Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, ülkeler sağlığa ayırabilecekleri kaynakların kıt olduğu gerçeği ile yüz yüzedir ve dünya genelinde sağlık harcamalarında önemli artış yaşanmaktadır (9).

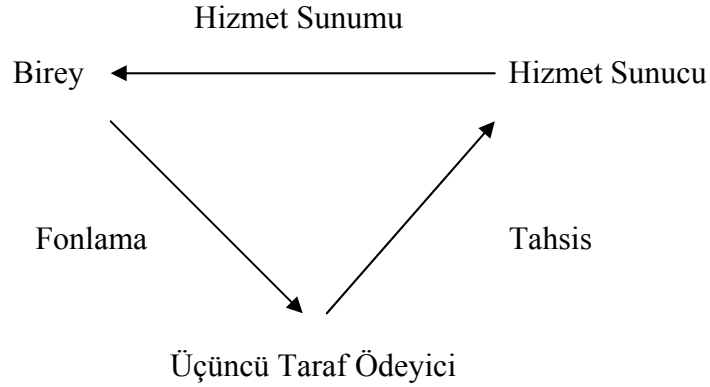
Kıt kaynaklar altında artan harcamalar, bireylerin ödeme güçlüğünden dolayı sağlık hizmetlerine erişememe riski ile karşılaşma olasılığının olduğu anlamına gelmektedir. Bu riskin azaltılması veya ortadan kaldırılması gerekliliği, ülkeleri sağlık finansmanına ilişkin düzenlemeler yapmaya yöneltmiştir (9,11,12). Bu nedenle, sağlık sisteminin fonksiyonlarından biri olan sağlık finansmanı, ülkelerin önemli politika gündem maddeleri arasında yer almaktadır.

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratma yolları olarak tanımlanabilir (13,14). Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır (9,14). Diğer amaçları ise, hizmet sunucular için doğru finansal teşvikleri hazırlamak, her bireyin etkili halk sağlığı ve kişisel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak ve finansmanı kullanılabilir hale getirmektir (9,10). Dolayısıyla, etkili bir sağlık finansmanı, bireylerin sağlık hizmeti için ödeme gücü olmadığından, hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden

yoksullaşması sorununu azaltabilir veya ortadan kaldıracaktır. Bu nedenle, finansal kaynağın yaratılması ve yönetilmesi, gelir ve havuzların yaratılması süreçleri politika belirleyiciler ve planlamacılar için önemlidir (9,10,15).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki temelde kaynakların değişimi veya transferi olarak açıklanabilir. Şekil 2.1’de de görüldüğü üzere, bu transfer, hizmet sunucuların mal veya hizmet olarak sağlık bakım kaynaklarını bireylere transfer etmesi ve bireylerin veya üçüncü şahısların da finansal kaynakları hizmet sunuculara transfer etmesi ile gerçekleşir. Bu işlemi, birinci taraf (the first party), ikinci taraf (the second party) ve üçüncü taraf (the third party) kavramları ile açıklamak yararlı olacaktır. Birinci taraf, sağlık hizmetlerini alan bireylerdir ve ikinci tarafa (sağlık hizmeti sunucularına) doğrudan ödeme yapabilir. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen transferlerin en basit şeklidir (10).

Karmaşık transfer şekli ise, bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıdır. Üçüncü taraf ödeyiciler, kamu veya özel sağlık güvencesi sağlayan kurum/kuruluşları içerir ve bunlar gönüllü kuruluşlardan, ticari veya sosyal sigorta programlarına ve ulusal veya yerel düzeyde devlet organlarına kadar farklı şekillerde olabilir (10,12). Özel üçüncü taraf ödeyicilerin sağlık hizmet sunucularına yaptıkları ödemenin finansal kaynağı temelde kendilerine bağlı üyelerinden elde ettiği gelirdir. Hemen her sanayileşmiş ülkede, özel sigorta pazarının temel sınırlılıkları ve riskin dağılımından dolayı, üçüncü taraf ödeyiciler arasında kamu kurumları ön plandadır ve sağlık hizmetlerinin büyük kısmı toplanan vergilerle devlet tarafından veya toplanan primlerle sosyal sigorta kurumları tarafından karşılanmaktadır (16). Üçüncü taraf ödeyiciler şeklinde bir ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizlikten dolayı bireylerin karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılmasını ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır (10).



Şekil 2.1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni

Mossialos ve Dixon (10)'dan alınmıştır.

Sağlık finansmanının işlevlerinden biri, bireylerin sağlık hizmetlerini etkili ve uygun bir şekilde satın alabilmelerini sağlamaktır. Bir diğer işlevi ise, kaynak sağlamaktır. Bu işlevin amacı, hastalıklar veya yaralanmalar nedeniyle finansal kayıpların meydana gelmemesi için gerekli finansal koruma ve temel hizmet paketlerini sunabilmek için sisteme sürdürülebilir gelir sağlamaktır. Bu gelirlerin etkili ve hakkaniyetli bir şekilde havuzlanarak yönetilmesi gerekmektedir (17).

Risk havuzlama (risk pooling), sağlığın korunması ve tedavi maliyetlerinin hizmetleri kimin kullandığına bakmaksızın, bir grup birey tarafından paylaşılması, daha açık bir ifadeyle, zenginlerin yoksulları, sağlıklı olanların hasta olanları, gençlerin yaşlıları sübvansetmesidir. Finansmanda hakkaniyeti artırmanın tek yolu risk havuzlamadır (9,18). Bu nedenle, hakkaniyetli bir finansman sistemi için risk havuzlama son derece önemlidir. Yoksul hanehalklarının sağlık statüsü genellikle daha düşüktür ve ödeme güçleri daha azdır. Bu nedenle bu grupların sağlık hizmetleri için doğrudan ödeme yapmaları, gıda gibi en temel ihtiyaçlarında dahi kısıtlama yapmak zorunda kalmaları ile sonuçlanabilmektedir. Ancak risk, örneğin ulusal finansman sistemiyle havuzlanırsa, sağlık ihtiyacı daha fazla olan aileler, sağlık ihtiyacı daha az olan veya ödeme gücü daha fazla olan bireyler/hanehalkları tarafından sübvansedilecektir (18). Böylece ödeme gücü düşük olan bireyler veya hanehalkları için sağlık harcamalarının yaratacağı finansal yük, risk havuzlama ile azaltılmış olacaktır.

Etkili bir risk havuzlama için havuzun büyüklüğü önemlidir. Çok sayıda küçük havuzlardan (çok sayıda küçük örgütlerden) oluşan bir sistemde sağlık hizmetleri için kullanılacak kaynak miktarı sınırlı olacağından risk havuzlamaya zarar verebilir. Bir başka ifadeyle, büyük havuzlar kullanılacak kaynak miktarını artıracığından, belirsiz sağlık ihtiyaçlarına karşı koruma sağlamak için gerekli katkı düzeyi azalacaktır (9).

Sağlık hizmetlerinin hangi yöntemlerle finanse edildiğine ilişkin bilgi aşağıdaki bölümde sunulmaktadır.

2.2. Sağlık Finansman Yöntemleri

Temel amacı, bireyleri hastalığın finansal yüküne karşı korumak olan sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollarla toplanan fonların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanmaktadır. Sağlık hizmetleri için kullanılmak üzere toplanacak finansal kaynağın hangi yollarla oluşturulduğu tarihsel süreçte farklılık göstermiş ve bu sürecin sonucunda günümüzde geçerli olan yöntemler ortaya çıkmıştır.

Sağlık hizmetleri, Ortaçağda Avrupa'daki zanaatçılar arasında özel sigortacılık ile başlayan hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan sistemlerin kurulmasına kadar olan dönemde, doğrudan ödemeler ile finanse edilmiş veya hayır kurumları tarafından ücretsiz sağlanmıştır. 19. yüzyılın sonlarında, sosyal dayanışma ilkesine dayanan ve işçi-işveren primleri ile finanse edilen sosyal sigortacılık yöntemi ve 20. yüzyılın ilk çeyreğinde kamu yararı gözetilerek nüfusun tamamını kapsayan ve vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sistemleri ortaya çıkmıştır. Yakın tarihte ise, belirtilen tüm bu yöntemlere ek olarak, yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla, tıbbi tasarruf hesapları (medical savings accounts) ve kullanıcı katkıları (user fees) olarak da adlandırılan cepten harcamalar gibi sosyal dayanışma boyutu bulunmayan finansman yöntemleri gündeme gelmiştir (19).

Sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman yöntemlerinin sınıflandırılmasında bir yaklaşım birliğinden söz etmek güçtür. Buna karşın, sağlık hizmetleri finansman yöntemleri aşağıda sıralanan yöntemleri içermektedir (13,15,20,21):

- Vergi gelirleri
- Sosyal sağlık sigortası
- Özel sağlık sigortası
- Tıbbi tasarruf hesabı
- Cepten harcamalar
- Bağışlar

Vergilerle finansman ve sosyal sağlık sigortası kamu kaynaklı finansman, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten harcamalar ise özel kaynaklı finansman olarak değerlendirilmektedir. Kamu ve özel finansman ayrımı açısından bağışlar, bağışı yapan örgütlerin kamu ve özel olmasına bağlı olarak, kamu veya özel kategoride yer almaktadır (13).

İzleyen bölümlerde, bağışlar dışındaki finansman yöntemleri hakkında detaylı bilgi sunulmaktadır. Ancak, bu yöntemlerin anlatımından önce, bir finansman yönteminin seçimi hakkında genel bilgi vermek yararlı olacaktır. Bir ülkede sağlık hizmetleri finansman yönteminin seçimi, o ülkenin sosyal değerlerini ve politika amaçlarını yansıtır. Dolayısıyla, hangi finansman yönteminin seçilmesi gerektiğine ilişkin sihirli bir formül olmayıp, mantıklı ve kanıta dayalı bir yöntem ile seçim yapılabilir. Bu da, ideoloji ve kişisel ilgilerden etkilenmektedir (21).

Bu noktada, finansman yöntemlerinin hizmete erişim, hizmetin verimliliği ve hakkaniyeti ile sağlık sistemi performansını olumlu ya da olumsuz şekilde etkileme potansiyeline sahip olduğunu belirtmek gerekir. Bu nedenle, sağlık finansman yönteminin seçiminde, kamu ve özel finansman yöntemleri aracılığıyla etkili risk havuzlama ile bireylerin kamu ve özel sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanması, bu yöntemlerin etkili, hakkaniyetli ve yönetimi kolay olmasının sağlanması ve sağlık hizmeti sunucularına uygun ödeme yöntemlerinin geliştirilmesine dikkat edilmelidir (17).

2.2.1. Vergilerle Finansman

Bütün finansal sistemler, yapıları ne olursa olsun, ulusal gelir hesabının gelir-harcama kimliğinden uyarlanmış bir temel prensip ile temsil edilir. Belli bir nüfusun sağlık amaçlı yapacağı harcamalar için toplanan toplam miktar, hangi kanaldan

olursa olsun o nüfus için yapılan toplam sağlık harcamasına eşit olmalıdır. Devletin vergileri de içeren gelirlerinin ve harcamalarının birbirine eşit olması bir teori değildir. Ancak hem finansal sistemlerin etkilerini hem de finansal sistemler ve fonlama sistemleri ile ilgili yapılan tartışmaları anlamak için temel oluşturmaktadır. Evans (16), bu durumun aşağıdaki gibi formüle edilebileceğini ifade etmiştir:

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

Örneğin, Z çalışan hemşirelik hizmetleri saati, W saat başına çalışmanın ortalama geri ödemesi olabilir. P ve Q doktor ziyaretleri, cerrahi süreçler veya ilaçlar gibi birim çıktılar olabilir.

TF (Tax Finance) = Vergilerle elde edilen gelirlerin miktarı

SI (Social Insurance) = Sosyal sigorta ile elde edilen gelirlerin miktarı

UC (User Charges) = Özel harcamalar, cepten harcamalar veya kullanıcı katkıları ile elde edilen gelirlerin miktarı

PI (Private Insurance Premiums) = Özel sigorta primlerinden elde edilen gelirlerin miktarı

P (Price) = Her sağlık bakımı için ortalama fiyat

Q (Quantity) = Sunulan veya kullanılan toplam miktar

Z (Resources) = Sağlık hizmeti sağlamak için kullanılan çeşitli kaynaklar

W (Rates of payments) = Kaynakların ödeme oranları

Vergilerle finansman, günümüz sağlık hizmetleri sistemlerinde yaygın olarak başvurulan bir finansman kaynağıdır. Vergilerle finanse edilen sistemler, sağlık harcamalarının çoğunluğunun vergi ödemeleri ile karşılandığı ($TF > SI + UC + PI$) veya en azından vergilerle finanse edilen kısmın diğer bileşenlerden büyük olduğu sistemlerdir. Vergilere dayalı finansman yöntemi standart bir süreç değildir. Devlet, bütün vergilerin birleştiği genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerini finanse eder ve bu desteğin düzeyi ülkelere göre farklılık göstermektedir. Farklılığın en önemli nedeni, devletin sağlık sektörüne olan etkisine tesir eden, siyasi ve ekonomik rejim farklılıklarıdır (16,22).

Vergilerle finansman yöntemi Beveredge Modeli olarak da adlandırılır. Bu modelde bütün nüfus kapsanır ve hizmetlerden yararlanma ücretsizdir. Kimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacağı, bireyin mali katkısından bağımsız olarak, vatandaşlık veya diğer kamu hukuku kuralları ile tanımlanır. Vergilerle finansman yöntemi, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi, hangi hizmete, ne zaman ihtiyaç duyarsa alır görüşüne dayanmaktadır. Sağlık ihtiyacı genellikle hekimin önerdiği ve hastanın kabul ettiği bakım olarak tanımlanmaktadır. Gelir oluşturma ölçütleriyle tanımlanan bireyin ödeme gücü, sağlık bakımının finansmanı için kişisel katkısının belirlenmesine temel oluşturur, ancak sağlık hizmeti alma hakkına temel oluşturmaz. Bu finansman yöntemi Kanada, Danimarka, Finlandiya, İsveç ve İngiltere gibi kuzey ülkeleri ile İtalya, İspanya ve Portekiz gibi güney Avrupa ülkelerinde yaygındır (12,16).

Tüm nüfusun kapsandığı bir sağlık finansmanı için vergi gelirlerinin birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlisi geniş bir nüfusun yaptığı katkıları sağlık risklerini etkili bir şekilde havuzlamada kullanmasıdır. Bireylerin çeşitli zorunlu katkılar ile (gelir vergileri, tüketim vergileri ve sermaye geliri gibi) devlet gelirlerine katkıda bulunması sağlanır ve devlet bu gelirleri hem sağlık hizmeti sunumunda hem de geri ödemesinde kullanır. Böylece, sağlık statüsüne bakılmaksızın tüm bireylerden fon toplanır (16,23).

Vergilere dayalı finansmanda vergi kaynakları dolaysız (doğrudan) ve dolaylı vergiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Dolaysız vergiler, bireylerin elde ettikleri gelir düzeyine göre doğrudan alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler, gelirle ilişkili olmayan, tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler genellikle mal ve hizmet fiyatının belirli bir yüzdesi itibarıyla toplandığı için bireylerin dolaylı vergilerden ne kadar etkileneceklerini tüketim alışkanlıkları belirler (10,24).

Ayrıca, vergiler ulusal ve yerel olmak üzere iki düzeyde toplanmaktadır. Yerel vergilendirme yönteminin daha şeffaf, sorumluluğun daha fazla üstlenildiği, yerel tercihlere yanıt veren ve ulusal önceliklerden sağlığı ayıran özellikleri açısından avantajlara sahip olduğu belirtilmektedir. Buna karşın, sağlık harcamalarının yerel bütçelerden yapılmasının yerel politikacıların değişim için risk

almakta gönüllü olmayacaklarından durağanlık yaratabileceğine de dikkat çekilmektedir (10).

Vergileri ulusal olarak toplamanın en önemli avantajı havuzlama ile ilgilidir: sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynak havuzunu genişletir ve yönetimde ölçek ekonomisini sağlar (9). Ulusal vergilendirme, sağlık ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalarda hangi alana ne kadar pay ayrılacağı konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir (10). Bu, vergilerle toplanan fonların nasıl kullanılacağına karar vermede pazarın veya özel kişilerin değil, politik süreçlerin önemli olduğu anlamına gelmektedir. Bu, ilk bakışta bir avantaj olarak görülebilirken, sağlığa ayrılan payın diğer sektörlere göre daha düşük olduğu ve dolayısıyla bu avantajdan her zaman yararlanılamayabileceği de hatırdan tutulmalıdır. Ancak, sağlığa ayrılan payın düşük olması durumunda, sağlık amaçlı olarak ayrılan dolaylı vergi kaynakları (sigara, tütün, alkol gibi) artırılabilir ve sağlık harcamaları diğer kamu alanları ile rekabet halinde olmaktan çıkarılabilir (23). Tütün ve alkol gibi zararlı ürünler üzerine konulan dolaylı vergilerin bir diğer yararı, bu tür maddelerin tüketimini azaltarak sağlığı iyileştirmeye ve sağlık harcamalarını azaltmaya katkıda bulunmasıdır.

Sağlığa ayrılan kaynağın miktarı kadar, bu miktarın sağlık sektörü içindeki dağılımı da önemlidir. Sektör içindeki dağılımına ilişkin kararlarda personel, malzeme, kır-kent, ekonomik gelişmişlik ve sağlık hizmetlerinin türünün de dikkate alınması gerekmektedir. Vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinde kaynakların daha çok tedavi edici hizmetlere ve tıbbi malzemelere tahsis edildiği dile getirilmektedir (23). Tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, toplumun sağlık statüsünü korumaya ve iyileştirmeye yönelik sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi anlamına geldiğinden önemlidir.

2.2.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası yaklaşımı ilk kez Almanya'da geliştirilmiştir. 1883 yılında mevcut gönüllülük yapısını devlet tarafından yürütülen zorunlu kanun haline getiren ilk Batı Avrupa ülkesi Almanya olmuştur. Avrupa'da sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardımlaşma prensibinin canlandırılması, 1883 yılında Almanya'da kanun haline getirilmesinden çok daha eski bir geçmişe dayanmaktadır. Sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardım kavramının Batı Avrupa'nın sosyal gelişimini sağlaması

Ortaçağda başlamış ve II. Dünya Savaşı sonrasında gelişerek devam etmiştir. Sanayileşme, büyük firmaları ve bu firmalarda çalışanların meslek örgütlerine başvurularını beraberinde getirmiştir. İşverenler çalışanlarının daha iyi sağlık hizmetine erişiminin sağladığı faydaları görerek, çalışanlar tarafından düzenlenen hastalık fonlarını desteklemeye başlamışlardır. Ancak ortaya çıkan bu modelde kontrol daha çok çalışanlarında bulunmuş, işverenlerin yönetsel ve finansal katkısı olmamıştır (25,26).

Oluşturulan ilk hastalık fonlarının yapılarında ve yöntemlerinde farklılıklar bulunmaktadır. Ancak katkılar çoğunlukla gelire ve ihtiyaç anında hizmete erişime dayalıdır. Hastalık fonları Almanya'da Bismarck tarafından daha geniş ve istikrarlı sağlık sigortası haline getirilmiştir (26). Sosyal sağlık sigortasının geçerli bir tanımı olmamakla birlikte, iki özelliği çok önemlidir. Sigortalı bireyler genellikle ücrete dayalı olarak düzenli katkı yaparlar. Bağımsız olmakla birlikte genellikle hastalık fonları olarak adlandırılan kamu yararına oluşturulmuş bu yapıda, sistemin ana yönetimi ve sağlık hizmeti ödeyicileri olarak rol alırlar.

Sosyal sağlık sigortası yönteminde şirketler, çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve devlet sosyal sağlık sigortası fonuna katkı payları öderler. Şirketlerin ve çalışanların yaptıkları katkı payları genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarıyla ilişkilidir. Kendi hesabına çalışan bireylerin yaptıkları katkılar ise genellikle tahmin edilen gelir ya da sabit bir fiyat üzerinden belirlenir. Devlet ise ödeme gücü olmayan (çalışmayan ya da çok düşük gelirli) bireyler için katkı yapar (26,27).

Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (11,26,28):

1. Sigorta nüfusun tamamı ya da büyük çoğunluğu için zorunludur. Sosyal sağlık sigortasının ilk dönemlerinde kapsam, şehirdeki büyük firmalarda çalışanlara odaklanmış ve zamanla küçük firmalara, kendi işini yapan bireylere ve çiftçilere genişletilmiştir. Günümüzde, nüfusun çoğunluğu ya da tamamı için zorunlu hale gelmiştir. Ancak Hollanda'da olduğu gibi bazı ülkeler yüksek gelirli bireyleri sosyal sağlık sigortası kapsamına

almamakta (2007 yılından önce) ya da Almanya'da olduğu gibi belli grupların özel sigorta kapsamı altına alınmasına olanak tanınmaktadır.

2. Seçenekli ya da seçeneksiz ve risk havuzlu ya da risk havuzsuz çeşitli fonlar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde bireyler fonlara, buldukları coğrafi bölgeye, mesleğe ya da her iki koşula dayanarak üye oldukları için, bu ülkelerde birden fazla hastalık fonu bulunmaktadır. Ancak seçenek sayısı azdır. Bazı ülkelerde ise, rekabeti arttıran fakat aynı zamanda herkesin hizmete erişiminde eşitliği sağlamada potansiyel güçlük yaratan fonlarda seçenek sayısı daha fazladır. Örneğin, hastalık fonları düzenlenmesinde dört farklı seçenek vardır:
 - a. Bir ülkenin tüm nüfusu için tek bir fon.
 - b. Bir ülkede farklı bölgelerde yaşayan nüfus için ayrı fonlar.
 - c. Sigortalılar için rekabet oluşturmayan ancak aynı bölgede yaşayan nüfus için farklı fonlar.
 - d. Çok sayıda ve rekabet halinde olan fonlar.
3. Üyelere seçenek özgürlüğü tanınırken, sağlık hizmetleri sunucuları arasında rekabet yaratılır. Sosyal sağlık sigorta programları arasında da rekabet oluşabilir. Bu rekabet etkililiğin artması ve hizmet kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunabilir.
4. Devlet tarafından işsiz bireyler için yapılan katkılar genellikle hastalık fonları ile yürütülmektedir. Her sosyal sağlık sigortası sisteminde bazı bireylerin devlet desteğine ihtiyacı vardır. Bu bireyler için katkı sosyal sağlık sigortası tarafından sağlanırsa, risk havuzunun büyüklüğü artabilir, herkesin aynı hizmeti alması sağlanabilir ve yoksul bireyler için daha az hizmet sunma olasılığı azalabilir.
5. Sigortalının ödeyeceği prim miktarı maaşı üzerinden belli bir oranda kesildiğinden prim düzeyi ile kişinin yaş, cinsiyet gibi özellikleri ve sağlık statüsü arasında bir bağ kurulmaz, tüm primler bir havuzda toplanır ve buradan ihtiyacı olanlar için kullanılır. Bu durumda, düşük risk grupları yüksek risk gruplarını sübvanseder. Bir başka ifadeyle, sosyal sağlık sigortası sistemleri dayanışma prensibine, gelir düzeyine ve ihtiyaçlara göre belirlenen haklara dayanır: fonlar sağlıklıdan hastaya

(risk dayanışması), zenginden yoksula (gelir dayanışması), gençlerden yaşlılara ve küçük ailelerden büyük ailelere akar.

6. İşverenler ve çalışanlar katılım payı öder ve fonları yöneterek sorumlulukları paylaşırlar.

Bu açıklamaların ortaya koyduğu üzere sosyal sağlık sigortası ve genel vergi yöntemleri katkı ve risk havuzlama bakımından birbirlerine benzemektedir. Sosyal sağlık sigortası da bazı yazarlarca vergi olarak nitelendirilmektedir. Aralarındaki en önemli fark, genel vergi yönteminde bireylerin ödedikleri vergiler ile dolaylı olarak sağlık finansmanına katkıda bulunmalarındadır (26,29).

2.2.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası genellikle gönüllü ve kar amaçlı bir sağlık finansman yöntemidir. Bu finansman kaynağı, genellikle, devlet tarafından sağlanan imkanlara ek olarak, daha kaliteli hizmete daha hızlı ulaşmak ve sosyal sigortaların kapsamadığı alanları güvence altına almak amacıyla oluşturulur (30–32).

Özel sağlık sigortası ikame ve tamamlayıcı olmak üzere iki şekilde sınıflandırılabilir. İkame özel sağlık sigortası, zorunlu kamu sigortalarının kapsamı dışında kalan bireyler ve kamu sisteminden çıkma olanağı olan bireylere sunulabilir (10,33). Örneğin 2007 yılından önce yıllık 30.700€ üstünde geliri olan Hollanda vatandaşları ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyler zorunlu sağlık sigortasından muaftır. Almanya’da ise yıllık 45.900€ geliri olan çalışanlar ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyler zorunlu sağlık sigortasından çıkma seçeneğine sahiptir (33). Tamamlayıcı özel sağlık sigortası ise, zorunlu sigorta tarafından karşılanmayan ya da bir kısmının karşılandığı hizmetlerin tamamı veya bir kısmı için geçerli olan özel sigorta türüdür (10). Örneğin, sosyal sigorta kapsamında bir birey ameliyat olmak için bir sağlık kurumuna başvurduğunda, temel hizmet paketinin kapsamı dışında kalan ve geri ödeme miktarını aşan giderleri özel sağlık sigortası tarafından karşılanır (34).

Özel sağlık sigortasında primlerin hesaplanma şekilleri bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenebilir. Primlerin bireysel riske göre belirlenmesinde, sigortalanma talebi olan bireyin olası sağlık riskleri aktüeryal hesaplamalar ile

değerlendirilir (10). Aktüeryal hesaplama ile yaş ve cinsiyet değişkeni esas alınarak ve hizmetin kullanılma sıklığı da dikkate alınarak, bireyin yararlanabileceği hizmetlerin sigorta şirketlerine muhtemel riskleri ve dolayısıyla maliyetleri hesaplanmaktadır. Bireylerin risk profillerini ortaya çıkaran bu hesaplama dayalı olarak, ödeyecekleri prim miktarı hesaplanır (34). Anlaşmaların işverenler tarafından yapıldığı durumlarda bu hesaplama, o işyerinde çalışan grubun ortalama riskine göre belirlenir. Toplumsal riske göre belirlenen primler ise, bir coğrafi bölgede yaşayanların ortalama riskine göre ayarlanır (10,21).

Özel sağlık sigortasının uygulamadaki en önemli yararı gelir düzeyi göreceli olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak tanıyarak, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için kullanılmasına olanak tanınmasıdır (21,30). Bunun yanı sıra özel sağlık sigortası hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımı sonucu yapacakları yüksek miktarlarda cepten harcamaların finansal yükünü azaltmaya olanak tanır (30).

Özel sağlık sigortasının başarılı olması için bazı düzenlemeler yapılması gerekir. Ancak düzenlemeler yapılsa da, özel sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin finansmanı için tek başına etkili bir yöntem değildir. Özel sağlık sigortası pazarları çeşitli nedenlerle verimli çalışmamaktadır. Bu nedenler aşağıda belirtilmektedir (21):

1. Sağlık statüsü kötü olan, kalıtsal ya da kronik hastalığı bulunan veya yaşlı olan bireylerin sigortalanmasında kısıtlılıklar getirilebilir (risk seçimi).
2. Bireyler, sağlık statüleri hakkında sigorta şirketinden daha fazla bilgiye sahip olabilir (bilgi asimetrisi) ve bu bilgileri gizleyebilir. Bu durumda, yüksek riskli bireylerin seçimi söz konusu olabilir (ters seçim) (adverse selection).
3. Birey sigortalandıktan sonra, risk alıcı davranışlar içine girebilir ya da sağlık hizmetine olan ihtiyacını etkileyebilir (ahlaki tehlike) (moral hazard).

Sağlık hizmetlerine ihtiyacı olacağını bilen bireylerin sigortayı tercih etme oranları daha fazla olduğu için, sigortalar genellikle bireysel riske göre oranlanır ve

hizmeti kullanma riski daha yüksek olan bireylerin primleri daha yüksek belirlenir. Bunun sonucu olarak özel sağlık sigortalarının daha az sağlık hizmeti ihtiyacı olan genç ve sağlıklı bireyler lehine çalıştığını söylemek mümkündür (21).

Özel sağlık sigortasının bir diğer dezavantajı primlerin toplumsal riske göre belirlendiği durumlarda görülmektedir. Göreceli olarak daha sağlıklı bireyler, toplumsal riske göre belirlenmiş prim oranlarını yüksek bularak, bireysel riske göre belirlenmiş bir sigortayı tercih edebilirler. Bu durumda geriye kalan göreceli olarak daha az sağlıklı bireylerin sigorta primlerini ödemesi güçleşebilmektedir. Bu nedenle, tüm nüfusu kapsayan tek bir havuzlama sisteminin olmadığı durumlarda havuzlamayı düzenleyecek kuralların çok iyi belirlenmesi gerekmektedir. Aksi halde, piyasanın bölünmesi, piyasadaki kaymağın toplanması (cream skinning) ve bazı risk gruplarının izole edilmesi söz konusu olabilmektedir (21). Ayrıca, özel sağlık sigortasına olan talep, kişi başına gelirin düşük, sağlık sigortası primlerinin yüksek olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde sınırlıdır (31).

2.2.4. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Bireylerin sağlık güvencesi kapsamına alındıktan sonra ahlaki tehlike ile ortaya çıkan talep kaynaklı maliyet artışı, tıbbi tasarruf hesabı yaklaşımının başlangıcını oluşturmuştur. Tıbbi tasarruf hesabı ilk olarak Singapur'da uygulanmıştır. Dönemin Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Başkanı Bill Clinton tarafından imzalanan Kassebaum-Kennedy Yasası'nın 1997 yılında yürürlüğe girmesi ile birlikte, tıbbi tasarruf hesabı Amerika'da da kullanılmaya başlanmıştır.

Tıbbi tasarruf hesabı, bireylerin sağlıkla ilgili harcamalar için para tasarruf etmelerini sağlayan vergiden muaf bir hesaptır. Bireyler ya da işverenleri mevcut durumda sağlık sigortası için harcanan parayı sağlık harcamalarını karşılamak için açılan tıbbi tasarruf hesabına yatırır (21). Hesaba yatırılan bu miktar Amerika'da kişi başına maksimum 1.400\$ ya da bir aile için 3.375\$'dır.

Bu konudaki uygulamalar ülkeden ülkeye göre farklılık göstermektedir ve çoğunlukla diğer finansman yöntemleri ile desteklenmektedir. Örneğin, Singapur'da gelir düzeyi çok düşük olan kesim için hükümet tarafından finanse edilen bir güvenlik ağı (Medifund) veya vergilerle finanse edilen hizmetler (Hong Kong

önerileri) ile desteklenmektedir. Primler, bazı ülkelerde tüm nüfus veya toplumun belli bir kesimi için zorunlu (Singapur-Medisave ve Çin) olurken, bazılarında gönüllü (ABD ve Güney Afrika) olabilmektedir (35).

Amerika'da bireyler bu yaklaşımı üçüncü taraf sigorta seçeneklerine bir alternatif olarak tercih edebilmektedirler. Örneğin, Medicare programı tarafından kapsanan bireyler ya Medicare programının geri ödemeleri üstlenmesini ya da Medicare programındaki kendi paylarını özel sektörden hizmet satın almak için tıbbi tasarruf hesabına yatırmayı tercih edebilirler. Tıbbi tasarruf seçeneğini tercih eden bireyler için, Medicare fonları öncelikle bireyin seçtiği yüksek katılım eşikli katkı payını (deductible) aşan tüm harcamaları kapsayan katastروفik sigorta satın almak için ayrılır. Medicare fonunda kalan miktar ise, katılım eşikli katkı payı altında kalan sağlık harcamalarında kullanılmak üzere tasarruf hesabına aktarılır. Örneğin, 2002 yılında Medicare kapsamındaki bireylere kişi başına yılda yaklaşık 7.200\$ harcama yapılması öngörülmüştür (36). Araştırmalara göre, bir birey yaklaşık 5.700\$ karşılığında 3.000\$'lık katılım eşikli katkı payı olan bir katastروفik sigorta poliçesi satın alabilmektedir (37). Bu durumda, her yıl bireyin tıbbi tasarruf hesabına yatırılacak miktar 1.500\$'dır. Birey, sağlık harcamalarını öncelikle bu hesaptaki paradan karşılar ve harcamalarının 1.500\$'ı aşması durumunda 3.000\$'lık katılım eşikli katkı payına ulaşınca değin cepten harcama yapmak zorunda kalır. Katılım eşikli katkı payına ulaşılması durumunda ise, birey hiçbir harcama yapmaz. Hesaptaki paranın kullanılıp kullanılmadığına bakılmaksızın, sonraki yıl aynı bireyin tıbbi tasarruf hesabına 1.500\$ tekrar yatırılır (36).

Her ne kadar para tasarruf hesabında saklanıyor ve hesap bireysel olsa da ve dolayısıyla risk havuzlama veya risk paylaşımı olmasa da, tıbbi tasarruf hesabı, ön ödeme ve hizmet başına ödemenin karışımıdır. Ön ödeme mekanizması, bireylerin ya da hanehalklarının riskleri paylaşmak için üçüncü taraf ödeyicilere gönüllü ya da zorunlu olarak yaptıkları ödemelerdir (9). Dolayısıyla, bu hesabın amacı bireyler, haneler ya da firmalar tarafından gönüllü ya da zorunlu olarak yapılan katkıların bireysel tasarruf hesaplarında saklanıp zaman içinde sağlık statüsü bozulduğunda finansal riski ortadan kaldırmaktır (35).

Tıbbi tasarruf hesabının en önemli avantajı, bireylerin bir dönemde hesapta kalan kullanılmayan parayı tutabilmeleri ve gelecekteki harcamaları için kullanabilmeleridir. Bu da, bireylerin sağlık harcamalarını kontrol etmeleri ve maliyet bilinci geliştirebilmelerine yardımcı olmaktadır (21,36). Sonuç olarak, bu hesapların ahlaki tehlikeyi azaltacağı, sigortanın verimliliğini arttıracığı, tüketici tercihlerini arttıracığı ve sağlık harcamalarını azaltacağı öne sürülmektedir (35,36).

Buna karşın, tıbbi tasarruf hesabının olumsuz etkileri olduğuna işaret eden görüşler de mevcuttur. Bu olumsuz etkiler, maliyet kontrolüne izin vermemesi, tahsis ve teknik verimliliği sağlamaması, hizmet sunucular arasındaki rekabetin klinik kalite ya da fiyatta değil, yüksek teknoloji malzeme ve otelcilik hizmetlerinde yaşanması, sağlıklı bireyler bu yaklaşımı kullanacağından ters seçime neden olması ve dolayısıyla maliyetlerin artması, gerekli hizmetlerin kullanılmasının engellenmesi ve hakkaniyetin sağlanamamasıdır (35,36).

2.2.5. Cepten Harcamalar

Cepten harcama, “doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (38,39). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, sağlık hizmetlerinde cepten harcamaları özel sağlık sigortası, sosyal sigorta ve vergilendirme gibi diğer sağlık hizmetleri finansman yöntemlerinden ayıran en önemli özellik, cepten harcamalarda ön ödeme mekanizmasının olmaması ve harcamaların hizmetin alındığı anda doğrudan yapılmasıdır (38).

Cepten harcamalar formal ve informal olmak üzere iki unsuru içerir. Formal cepten harcamalar ilgili yasalar veya düzenlemeler çerçevesinde kişinin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir (38). Doğrudan ödemeler ve maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşen ödemeler formal ödemelerdir. Doğrudan ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri alımının herhangi bir sağlık güvencesi programı tarafından karşılanmadığı durumlarda hizmet bedelinin tamamı için yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler, ağız ve diş sağlığı hizmetleri, ilaçlar, özel hekim muayeneleri, özel hastaneler veya özel laboratuvarlar gibi geri ödeme kapsamı dışındaki ödemeleri kapsamaktadır (10).

Maliyet paylaşımı ödemeleri katkı-payı (co-payment) ve katılım eşikli katkı payını içermektedir. Katkı payları, bir sağlık güvencesi programı kapsamında olan bireylerin aldıkları sağlık hizmeti bedelinin belirli bir miktarı için yaptıkları ödemelerdir. Ülkeler sağlık hizmetlerini vergi ya da sosyal sigorta katkılarıyla finansmanında zorluklar yaşadıklarında, katkı payları ek gelir sağlamaktadır. Katılım eşikli katkı payı, sağlık sigortasının devreye gireceği eşik değer öncesinde bireylerin ödemek zorunda oldukları miktardır. Örneğin, katılım eşikli katkı payı 1.000 YTL ise, kişi bir yıl boyunca aldığı sağlık hizmetleri için 1.000 YTL'ye kadar cepten harcama yapmakta ve 1.000 YTL'yi aşan sağlık hizmetleri alımında sigorta geri ödeme için devreye girmektedir.

İnformal ödemelerin genel kabul gören bir tanımı olmamakla birlikte, “sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (40). Bu tanıma göre, informal ödemeler sağlık güvencesi kapsamında olan mal/hizmetler için yapılan ek ödemelerdir. İnformal ödemeler, nakit, hediye ve aynı katkı şeklinde gerçekleşebilmektedir. Sağlık personeline doğrudan elden verilen para nakit ödemelere; sağlık personeline verilen çiçek, çikolata gibi hediyeler için yapılan ödemeler hediye ödemelerine ve refakatçi ücreti, laboratuvar tetkiki gibi hastanede yatarken dışarıdan temin edilen sağlıkla ilgili mal/hizmetler için yapılan ödemeler aynı katkı ödemelerine örnek olarak verilebilir (41,42). Bu ödemeler, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri başta olmak üzere, Orta Asya ülkeleri ve Türkiye'nin de aralarında bulunduğu birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanında değişen boyutlarda rol almaktadır (7,38,40,42-48).

İzleyen bölümde, gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere birçok ülkenin sağlık sistemi finansmanında önemli kaynak oluşturan cepten harcamaların çeşitli açılardan etkileri anlatılmaktadır.

2.3. Cepten Harcamanın Etkileri

Sağlık amaçlı cepten harcamalar 1980'lerden itibaren özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (18). Cepten harcama, temel olarak, sağlık hizmetleri finansmanında ek kaynak yaratma ve sağlık hizmetlerine olan gereksiz

talebi/kullanımı ve kamu sağlık harcamalarını kontrol etmede kullanılan bir araçtır (49-51). Bu iki önemli amaca hizmet eden cepten harcama, bireyler ve genel olarak toplum için çeşitli açılardan hem olumlu hem de olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Bu etkilerinin neler olduğu cepten harcama türleri itibariyle daha açık bir şekilde aşağıda açıklanmaktadır.

Cepten harcamanın bir türü olarak informal ödemelerin bireyler ve sistem açısından etkileri söz konusudur. Sağlık hizmetlerine erişimi, kullanımı hızlandırma ve sağlık sistemine ek kaynak sağlama informal ödemelerin en yaygın kullanım sebepleri arasındadır (7,38,52-54). Bu bilgi ışığında, informal ödemelerin bireyler ve sistem açısından olumlu etkileri olan bir finansman kaynağı olduğu düşünülebilir.

Ancak, informal ödemeler bireyler açısından önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bu sorunlardan biri, ödeme yapan ve yapmayan kişiler arasında alınan hizmetler açısından farklılaşma olabilmesidir (55). Thompson ve Xavier tarafından yapılan çalışmada (56), Kazakistan'da kamuda çalışan hekimlerin informal ödeme yapan hastalara daha kaliteli hizmet sundukları bulgusu, informal ödemelerin bu anlamdaki etkisini doğrulayan bir örnektir. İnfomal ödemelerin bireyler açısından diğer olumsuz etkileri ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini erteleme veya hiç almama, hizmet almak için varlıkları satma ve sağlık sistemine olan güveni kaybetmedir (44,54,57).

İnfomal ödemelerin sağlık sistemi açısından olumsuz etkileri verimlilik ve reformlar ile ilgilidir. İnfomal ödemeler, hizmet sunucuları cazip ancak gereksiz veya uygun olmayan hizmetleri sunma yönünde teşvik ederek (43) ve hastalar veya yakınları tarafından perakende fiyatlar üzerinden yapılan aynı katkı ödemelerinde ölçek ekonomisi avantajından yararlanılmasını engelleyerek sistemin verimliliğini azaltabilir (54). İnfomal ödemelerden elde edilen gelir yüksek olduğunda, bu tür gelire sahip sağlık personeli önemli değişiklik öngören reform çalışmalarına güçlü direnç gösterebilir (41,42,58).

İnfomal ödemelerin yukarıda belirtilen olumsuz etkileri, bu tür ödemelerin nüfusun alt kesimleri, özellikle yoksullar için erişim, kullanım, sağlık statüsü ve dolayısıyla hakkaniyet sorunu yaratabileceğine veya mevcut hakkaniyetsizlik

boyutunu arttırabileceğine işaret etmektedir (43,44,59). Bu tür etkilerine, sistemin verimliliğinin iyileştirilmesi ve reform çalışmalarının yapılabilmesi için potansiyel bir tehdit oluşturması da eklendiğinde, informal ödemelerin bir ülkenin sağlık sistemi performansının iyileştirilmesi açısından ciddi bir sorun alanı olabileceği açıktır.

Cepten harcamaların bir diğer türü olarak katkı paylarının da olumlu ve olumsuz etkileri tartışılan konular arasında yer almıştır. Literatürde katkı paylarının iki önemli avantajına işaret edilmektedir: 1) sağlık amaçlı kaynakların toplamında azalma meydana geldiğinde, mevcut kaynakların sağladığından daha fazla para yaratmak, 2) sağlık harcamaları yüksek olduğunda ya da hızla yükseldiğinde, talebi azaltarak maliyetleri kısıtlamak ve verimliliği arttırmak (5). Sağlık hizmetleri pazarının doğası gereği üçüncü şahıs ödeme sistemi desteklense de, katkı paylarının bulunmaması, sağlık hizmetlerine gereksiz talep yaratması ve harcamaları yükseltmesi nedeniyle eleştirilere maruz kalmıştır. Bu eleştirinin temel nedeni, sağlık hizmeti için katkı payının olmaması durumunda ahlaki tehlike sorununun ortaya çıkmasıdır (18,21). Ahlaki tehlike sorunu sadece sağlık sektörüne ayrılan kaynakların verimsiz kullanımını değil, sağlık hizmeti ihtiyacı kaynak yetersizliği nedeniyle karşılanamayan veya yeterli düzeyde karşılanamayan bireylerin sağlık statüsünü de olumsuz etkileyecektir.

Dolayısıyla, kullanıcı katkılarının finansman sistemine dahil edilmesi ya da mevcut katkı payı düzeyinin yükseltilmesi ile, bireylerin sağlık hizmetleri maliyetleri konusunda daha bilinçli olmaları sağlanabilir ve gerçekten gerekli olmayan sağlık hizmeti talebi sınırlandırılabilir (18,21). Yapılan araştırmalar, sağlık hizmetlerine olan talebin katkı paylarındaki değişikliklere önemli ölçüde yanıt verdiğini göstermektedir (60). Katkı payları talebin yönünü değiştirmede de etkili olabilir. Örneğin, ikinci basamak sağlık hizmetleri için katkı payı uygulamasının getirilmesi, bireyleri sağlık hizmeti ihtiyaçlarını birinci basamak sağlık hizmeti sunucularından karşılamaya yöneltebilir. Bu noktada, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemli olduğunun altı çizilmelidir (18).

Katkı payı uygulamasının sağlık sistemi açısından olumlu etkilerinin olduğu açıktır. Ancak, ahlaki tehlike sorununu önlemek ve ek kaynak yaratmak temel amaçları ile uygulanan katkı payları, bireylerin tıbbi açıdan gerekli sağlık

hizmetlerini alamamalarına neden olabilir (60). Bir başka ifadeyle, katkı payları özellikle düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmeti kullanımında önemli bir finansal engeldir (61). Xu ve arkadaşlarının (62) Uganda’da yaptığı araştırmada, kamu sağlık birimlerinde alınan hizmetler için katkı payı uygulamasının kaldırılmasının özellikle yoksullar arasında sağlık hizmeti kullanımını arttırdığı bulunmuştur. Katkı payları, ayrıca, özellikle yoksullar açısından sağlık harcamalarında da önemli artışa yol açabilir (18,61). Örneğin katkı payı yükünün yüksek olması, düşük sağlık statüsüne ve düşük gelir seviyesine sahip kişiler sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyacağından, cepten harcama yükünün hem sağlık statüsü hem de gelir açısından en kötü durumda olan bireylere yükleneceği anlamına gelmektedir (49). Her iki durum da hakkaniyet açısından sorun yaratabilir.

Cepten sağlık harcamalarının türlerinden bağımsız olarak, önemli olumsuz etkilerinden biri, hanelerin finansal korumadan yoksun olmasına yol açabilmesidir. Bu anlamda, cepten harcamalar katastrofik harcamalar ve yoksullaşma sorunu yaratabileceği veya mevcut sorunu artırabileceği için özellikle son yıllarda birçok araştırmanın konusu olmuştur (62-68). Hanelerin yüksek miktarlarda sağlık harcaması yapması yaşam standartlarını olumsuz etkileyebilir. Bir başka ifadeyle, yüksek miktarda sağlık harcaması diğer mal/hizmetlerden fedakarlık edilmesi, tasarruf hesaplarının kullanılması, varlıkların satılması veya borçlanma anlamına gelebilir (69). Bu nedenle DSÖ, hanelerin katastrofik olarak nitelendirilebilecek bu tür bir riske karşı korunması gerektiğini önermektedir (9).

En yaygın kullanılan katastrofik harcama tanımı “sağlık harcamasının belli bir dönemde toplam hane geliri veya harcamasının belli bir yüzdesini aşması” olarak ifade edilmektedir (63,70-72). Ancak, O’Donnell ve arkadaşlarına göre (20), paydada gelir veya harcama değişkenlerinin yer alması katastrofik harcamaları belirleyememe sorunu yaratmaktadır. Gelir değişkeni kullanıldığında, haneler mevcut gelirlerinden fazlasını sağlığa ayırabileceklerinden katastrofik harcamalar belirlenemeyebilir. Harcama değişkeni kullanıldığında ise, yoksul haneler kaynaklarının büyük kısmını gıda gibi zorunlu tüketim kalemlerine ayıracakları için, toplam harcama içinde sağlığın payının düşük olmasına ve dolayısıyla katastrofik harcamaları karşılayamayan hanelerin göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Bu nedenlerle, DSÖ

uzmanları katastrofik harcamaların temel ihtiyaç olan gıda için yapılan harcama çıkarıldıktan sonra kalan efektif geliri (hanehalkının toplam tüketim harcaması itibariyle ölçülmektedir) içinde sağlık harcamasının payı itibariyle tanımlanmasını önermiştir. Buna göre, katastrofik harcama, sağlık harcamasının zorunlu harcamalar (non-discretionary expenditures) (72) veya gıda dışındaki harcamaları ifade eden ödeme kapasitesi (capacity to pay) içindeki payı olarak tanımlanmaktadır (73).

Cepten harcamanın katastrofik olarak tanımlanması için kullanılan standart bir eşik değer bulunmamaktadır. Kullanılan eşik değerler %5, %10, %15, %20, %25 ve %40'dır. Bunlardan hangisinin en yaygın olduğu ise paydadaki değer ne olduğuna bağlı olarak değişmektedir. Paydada toplam gelir veya tüketim harcaması yer aldığında, en yaygın kullanılan eşik değer %10'dur (71,73,74). Paydada ödeme kapasitesi yer aldığında ise kullanılan eşik değer %40'dır (72,75).

DSÖ'nün 2000 yılı Dünya Sağlık Raporuna göre (9), ödeme kapasitesine göreceli olarak, yüksek düzeyde sağlık harcaması yapılması yoksullaşmaya neden olabilir. DSÖ, cepten sağlık harcamasının hanelerin ödeme kapasitesinin %50'sini geçmesi durumunda yoksullaşmanın meydana gelme olasılığı olduğuna dikkati çekmektedir.

Ayrıca, cepten harcamaların çoğunlukla gönüllü olmayan doğasından dolayı yeniden dağıtıcı etkisi de (redistributive effect) vardır (76). Cepten harcamanın yeniden dağıtıcı etkisi, cepten harcamanın gelir dağılımını ne kadar eşit veya eşitsiz hale getirdiğini gösterir. Toplam hanehalkı geliri içinde cepten sağlık harcamalarına ayrılan pay arttıkça, gelirin farklı tüketim kalemleri arasında dağılımı değişeceği için cepten harcamaların yeniden dağıtıcı etkisi artmaktadır (77). Cepten harcamanın bu etkisi, hanehalklarının sağlık amaçlı harcama yaptıktan sonra gıda ve diğer zorunlu ihtiyaçları için kullanabilecekleri gelirin düzeyi ve dağılımı konusu ile ilgilendiği durumda önemlidir. Ancak, yeniden dağıtıcı etki, cepten harcamaların hanehalklarının yoksullaşmasına yol açıp açmadığını ve cepten harcamaların hakkaniyetli şekilde dağılıp dağılmadığını göstermemektedir (78). Dolayısıyla, bu çalışmada olduğu gibi, cepten harcamaların hakkaniyeti nasıl etkilediği konusunun incelendiği çalışmalarda cepten harcamanın yeniden dağıtıcı etkisi araştırma kapsamı dışındadır.

Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin finansmanında hanehalklarının yaptıkları cepten harcamaların hanehalklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına, almak istediklerinde ise öngörülemeyen harcama riski ile karşı karşıya kalmalarına ve hatta yoksullaşmalarına veya yoksul iseler daha da yoksullaşmalarına neden olabileceği görülmektedir. Daha açık bir ifadeyle, cepten harcamalar, toplumun sağlık statüsünün en üst düzeye çıkarılması, finansal risk koruma altında olması ve hakkaniyetin sağlanması hedeflerini etkileyebildiği için, bir ülkenin sağlık sistemi performansına olumlu veya olumsuz yönde önemli düzeyde katkıda bulunabilir (24).

Bu araştırmada, bir finansman yöntemi olarak cepten sağlık harcamasının hakkaniyet açısından etkisi incelendiğinden, aşağıdaki bölümde sağlık hizmetlerinde hakkaniyet konusu ile ilgili detaylı bilgi sunulmaktadır.

2.4. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet

2.4.1. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Tanımı

Sosyal ve ekonomik etmenlerin sağlığa olan etkisi ile ilgili tartışmalar, sağlıkta eşitlik (equality) ve hakkaniyet (equity) konusuna odaklanılmasına neden olmuştur. Bu iki kavram farklı anlam taşımaktadır. Eşitlik kavramı kısaca matematiksel eşitlik olarak tanımlanmaktadır (79). Daha açık bir tanım ise, Gakidou ve arkadaşları tarafından (80) “bir toplumda sağlık açısından bireyler arasında farklılık olmaması” olarak yapılmıştır. Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grubun doğuştan beklenen yaşam süresi aynı ise, eşitlikten söz edilir. Hakkaniyet kavramı ise kısaca “adil” (fair) anlamına gelmektedir (79,81). Bir başka ifadeyle, hakkaniyet, “teoride değil pratikte, herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir” (79). Hakkaniyet kavramının ahlaki ve etik boyutu vardır. Hakkaniyetsizlik gereksiz, önlenemez ve adil olmayan farklılıkları ifade eder (82).

Eşitlik ve hakkaniyet kavramları farklı anlam taşımakla birlikte birbirleriyle ilişkilidir çünkü eşitsizliği azaltmak amacıyla yapılan müdahaleler hakkaniyetsizliği de azaltabilir veya bunun tersi de geçerlidir. Ancak eşitsizlik, her zaman hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir. Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grup arasında doğuştan beklenen yaşam süresinde bulunan fark, yaşam tarzlarındaki

farklılıklardan kaynaklanıyor ise, bu eşitsizlik hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir (84). Bir başka örnek olarak, bir toplumdaki bazı birey veya gruplara asgari sağlık hizmetleri fayda paketinden daha fazla sağlık hizmeti imkanı tanınması verilebilir. Bu örnekte, tüm bireylerin asgari sağlık hizmetlerine erişim imkanı sağlandığı için hakkaniyetsizlik söz konusu değildir, ancak bazı birey veya gruplara göreceli olarak daha fazla erişim imkanı sağlandığı için eşitsizlik vardır.

Kısaca, hakkaniyetsizlik gereksiz, önlenabilir ve adil olmayan farklılıkları ifade ederken, eşitsizlik bireyler ve gruplar arasındaki matematiksel farkları ifade etmektedir. Her eşitsizlik, hakkaniyetsizlik anlamına gelmemektedir. Ancak, hakkaniyetsizlikler, eşitsizlikler sonucu oluşmaktadır (85).

Aşağıdaki bölümde sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ile ilgili olarak geliştirilmiş teoriler ana hatlarıyla anlatılmaktadır.

2.4.2. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Teorileri

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet, sağlık hizmetlerinin adil dağılımını arttırmak ve farklı gruplar arasında sağlıkta eşitsizlikleri azaltmakla ilgilidir (86). Sağlık hizmetlerinde faydaların ve finansal yüklerin adil şekilde dağılımının nasıl olması gerektiğine ilişkin çeşitli ilkeler geliştirilmiştir ve bu ilkeler, çeşitli teoriler ile gündeme gelmiştir. Aşağıda ana hatlarıyla açıklanan teoriler; özgürlükçü teori (libertarianism), yararlanım teorisi (utilitarian theory), Rawls'ın adalet teorisi (Rawlsian theory), toplumsalcı teori (communitarian theory), Marksist teori ve eşitlikçi teoridir (egalitarian theory, equity theory).

Özgürlükçü Teori

Özgürlükçü teori 19. yüzyılın “Eski Liberalizm” görüşüne dayanır ve “doğal-hak” ve “ampirik” özgürlükçüler olarak iki gruba ayrılır. Bu iki grup özgürlükçü görüş arasında farklılıklar vardır. “Doğal-hak” düşünürü olan Robert Nozick, devletin görevinin sadece kanun yapmak olduğunu ve sınırlı durumlar dışında müdahalesinin ahlaki olarak yanlış olduğunu savunur. Devlet vergileri yükseltmemelidir ve herhangi bir nedenden dolayı bireysel özgürlüklere müdahale etmemelidir. Bir başka ifadeyle, vergilendirme ve yeniden dağıtım konusunda devletin rolü sınırlandırılmalıdır. Herkesin kendi işini ödüllendirme hakkı vardır ve

bu, hisselerdeki adalet olarak adlandırılır (87,88). Nozick “adaletin hak ediş teorisi” adını verdiği adalet görüşünü açıklamak amacıyla öncelikle “adaletin tarihsel ilkeleri” ile “amaç-durum ilkeleri” arasında bir ayrım yapmaktadır. Bu ayrıma göre tarihsel ilkeler, insanların geçmişteki eylemlerinin veya durumlarının farklı hak edişlere yol açabileceğini kabul eder. Bunun tersine amaç-durum ilkeleri ise dağıtımın belli amaçlara göre yapılması gerektiğini öngörür. Yararlanım ve sosyal adalet teorileri bu türdendir (89). Nozick gibi düşünen yazarlara göre, adalet, bir bireyin kaynaklarını dilediği gibi kullanma hakkıdır ve birey servetini yasal yollardan sağladığı sürece bu kaynakları nasıl kullanacağına kendisi karar vermelidir.

Hayek ve Friedman gibi “ampirik” özgürlükçüler ise klasik liberal geleneğin modern mirasçıları olarak; devlet müdahalesi konusunu toplam refahı azaltacağından ahlaki boyutta tartışmazlar. Hayek’in özgürlük anlayışında üç önemli vurgu vardır; bireysel özgürlüğün üstünlüğü, piyasa mekanizmasının değeri ve sosyal adaleti sağlama inancının geçersizliği. Hayek’e göre sosyal adaleti sağlamaya yönelik tartışmalar anlamsızdır çünkü böyle bir şey yoktur ve bu tartışmalar bireysel özgürlüğü kısıtladığı için gerçekte zararlıdır (90). İnsanlar her zaman bazı kanunlara maruz kalmış ancak yine de özgür kalabilmişlerdir. Hayek’in düşünce sisteminde özgürlük kanunların koruması altındadır ama kanunlar bireylerin özel alanlarında sınırlandırılmamış bir özgürlüğe sahip değildir. Kanunlar sadece özgürlüğün korunması için kullanılan araçlardır (87,91).

Her iki grup da toplumu grup ya da sosyal sınıf olarak değil bireysel ahlaki boyutta inceler, bireysel bağımsızlığa önem verir ve gerçek anlamda özel mülkiyeti ve pazar mekanizmasını destekler. Devlet büyük haklara karşı gelinmesini engellemek için küçük haklara karşı gelemez. Benzer şekilde özgürlükçü bakış açısına göre, devlet bir kişinin haklarını korumak için bir başka kişinin haklarına tecavüz edemez (87,89).

Özgürlükçü teori, sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet kurumlarının hakkaniyet ve etkililiği sağlama konusunda doğrudan sorumluluğu olması gerektiği görüşünü reddeder. Sağlık hizmetlerinde devlet müdahalesi yerine özel sağlık sigortacılığının desteklenmesi ve yoksullar ile engelliler için özel para toplama yöntemlerinin benimsenmesi gerektiği vurgulanır. Kimin hangi hizmetlerden

yararlanacağını belirlemede kişisel otonomi (seçme özgürlüğü) önemlidir. Bu bakış açısı, sağlık hizmetlerinde tüketici tercihlerini ve memnuniyetini maksimize eden politikaları ve sağlık hizmeti sunumu için pazara dayalı arz ve talep güçlerini uygun bulur (86,88). Özel sağlık sektörüne önem vermesinden dolayı, özgürlükçü teorinin ilkeleri ABD gibi ülkelerin sağlık sistemlerinde gözlenmektedir (92).

Yararlanım Teorisi

Yararlanım teorisi, sonuç yönelimli bir teoridir. Temel amacın yararlanımı maksimum seviyeye çıkarmak olduğu bu yaklaşıma göre, herhangi bir kararın veya faaliyetin değeri yarattığı sonuçlar itibarıyla değerlendirilir (86). Daha açık bir ifadeyle, yararlanım teorisi ya da “En Büyük Mutluluk İlkesi”, faaliyetlerin mutluluğun (memnuniyetin olması ve ağrının yokluğu) değerini arttırdığı sürece doğru, mutluluğa ters etki yaptığı sürece de yanlış olduğunu kabul eder (93). Maliyet-etkililik, maliyet-fayda ve maliyet-yararlanım analizleri faaliyetlerin doğru ya da yanlış olduğunu ölçmek için kullanılabilir (86). Mal ve hizmetlerin, hak ve özgürlüklerin dağılımının toplumun bireylerinin toplam mutluluğunu, toplam refahını ve toplam iyilik halini maksimize edecek şekilde hakkaniyetli bir şekilde yapılması amaçlanır. Her bireyin mutluluğuna eşit derecede önem verilir (82,87,88,94).

Rawls’ın Adalet Teorisi

Sözleşmecî teori olarak da tanımlanan Rawls’ın adalet teorisi, bir anlamda Nozick’in görüşünü tamamlamaktadır. Nozick, özgürlüğün doğal bir hak olduğunu savunmuş, John Rawls ise sosyal adaletin doğal bir hak olduğunu belirtmiştir. Rawls’a göre, bütün sosyal değerler, özgürlük ve fırsatlar, gelir ve refah, özsaygı bütün bireylere eşit şekilde dağıtılmalıdır. Adaleti politikanın birincil önceliği olarak gören Rawls’a göre adaletin iki ilkesi vardır. Birincisi, her bireyin başkaları ile uyumlu bir şekilde, temel özgürlükten en geniş şekliyle yararlanma hakkı olmalıdır. İkincisi, sosyal ve ekonomik eşitsizlikler herkesin yararına ve her pozisyona ve kuruma açık olacak şekilde düzenlenmelidir (95).

Bu teorinin odak noktası, sağlık hizmetlerini minimum düzeyde satın alabilenler ve minimum düzeyde tedavi görebilen bireylerdir (86). Bu nedenle, Rawls’a göre, toplumda en kötü durumda olan bireyler lehine meydana gelen olumlu

değişiklikler önemlidir. Toplumda en kötü durumda olan bireyler ya da gruplar bütün mal ve hizmetlerin eşit dağıtılmasından olumlu şekilde yararlanacaksa, bütün mal ve hizmetler bütün bireylere eşit olarak dağıtılmalıdır (95).

Toplumsalçı Teori

Toplumsalçı teorinin ana kuralı toplumların iyilik hali, refahı, sosyal dayanışma ve ortak faydadır. Bu normlar sağlık hizmetlerinin finansmanının daha evrensel olduğu geleneksel halk sağlığı politikaları ve çalışmalarında yaygındır. Temel odak, halkın sağlığının korunması ve geliştirilmesidir ve aile, okul, işletme ve devlet gibi sağlığın ve toplumun canlılığının korunmasında rol alan kurumlar önemlidir (86).

Müdahalelerin rolü bireysel hareketleri ve güduları değiştirmek değil, bireylerin yaşadığı ve çalıştığı fiziksel, ekonomik ve sosyal çevrelerde meydana gelebilecek sağlık sorunlarına ve sağlıkta eşitsizlikleri önlemektir. Bu görüşe göre, belirli ortamlarda risk altında olan bireylere koruma sağlamak önemlidir. Örneğin, toplumsalçı yaklaşıma göre hava, su ya da toprak yoluyla çevreye zehirli madde yayılması söz konusu ise, bu bölgede yaşayan bireylerin bu durumdan etkilenmemesi için çalışılmalıdır (86).

Marksist Teori

Marksist yaklaşım, bir mal ya da hizmetin değerinin onu üretmek için gerekli olan emek miktarı tarafından belirlendiğini belirten “değerin emek kuramı”na dayanmaktadır. Buna göre, emeğin arz fiyatı, işgücünü tam olarak koruyacak asgari geçim düzeyini oluşturan mal ve hizmetleri üretmek için gerekli olan işgücü miktarınca belirlenir. Emeğin bir doğal fiyatı, işgücünün hayatta kalmasını ve kendisini yeniden üretmesini sağlamaya yeterli bir gerçek ücretler düzeyi bulunmaktadır. Bu asgari geçim düzeyini karşılayan gerçek ücret değerini asgari yaşam standardına giren malları üretmek için gerekli işgücü miktarı belirler. Marksist yaklaşıma göre, artık değer var oluş nedeni belli bir devrede emeğin işgücünü tam olarak korumaya yetecek asgari gerçek ücretten veya emeğin arz fiyatı ile ölçülen kendi maliyetinden daha fazla iktisadi değer yaratmasıdır (96).

Bu yaklaşıma göre, komünizmin ilk aşaması olan sosyalizmde bireyler çabalarına ve topluma yaptıkları katkıya göre, nihai aşama olan komünizmde ise ihtiyaçlarına göre ödüllendirileceklerdir. Ancak, bu şemaların her ikisinde de önerilen bu ilkeler mutlak eşitliği öngörmemektedir. Değerin emek kuramına göre yaratılan değer miktarı işçilerin kalifiye olup olmadıklarına ve emeklerinin karmaşık olup olmadığına bağlıdır. Karmaşık işlerde çalışan bir işgücü basit bir işte çalışan işgücüne göre daha fazla değer üretir. Bu nedenle, sosyalist gelir dağılımı teorisi yüksek kalifiye işgücünün düşük kalifiye işgücüne göre daha fazla ücret alması gerektiği anlamına gelmektedir. Bireysel çabalar, eğitim ve tecrübe sonucunda emeğin daha fazla kalifiye hale gelmesi durumunda ortaya çıkacak gelir farklılıkları da meşru olacaktır. Öte yandan, kişiler arasında doğuştan gelen fiziksel veya entellektüel farklılıklar da gelir dağılımında eşitsizliğe yol açabilir. Bu nedenle, sosyalist eşitlik, kişilerin sahip oldukları gelirlerin eşit olmasını değil, gelir elde etme fırsat ve koşullarında eşit olmayı içerir (96).

Komünizm aşamasında “yeteneklerine göre herkesin katkıda bulunması, ihtiyaçlarına göre herkese katkı sağlanması” ilkesi de gelirden mutlak eşitliği öngörmemektedir. Bireyler fiziksel ve entellektüel düzeyde farklı oldukları sürece farklı ihtiyaçlara sahip olacaklarından gelir dağılımında eşitsizlik komünizm aşamasında da devam edecektir (96).

Marksist yaklaşımda ana tema özgürlük, eşitlik ve kardeşliktir. Marksist bir toplumda kamu mülkiyeti ve çalışanların kararlara katılımıyla hükümet planlaması beklenir (87). Bu anlayışa göre, bireyler kişisel çabalarına ve topluma yaptıkları katkıya göre sağlık hizmetlerinden faydalanırlar.

Eşitlikçi Teori

Marksist teorinin ortaya attığı ihtiyaca göre katkı ilkesi, 21. yüzyılın temel yaklaşımı olan eşitlikçi teorinin ana çerçevesini oluşturmuştur. Bu teorinin ana teması, bütün bireylerin eşit değerinde olduğu ve eşit muamele görmesi gerektiğidir. Teoriye göre, iki tür eşitliğe odaklanılabilir. Birincisi, prosedürel eşitliktir ve yaş, cinsiyet, ırk, gelir ya da sağlık güvencesi gibi kişisel özellikleri bakılmaksızın herkesin sağlık hizmetlerinden eşit yararlanma imkanı olması gerektiği savunulur.

İkincisi, gerçek eşitlik (substantive equality) ve gruplar arasında sağlık statüsündeki farklılıkların minimize edilmesini vurgular. Sağlık sektöründe ikinci tür eşitlik özellikle odaklanılan eşitlik olmuştur. Bu teori, sağlık hizmetlerine yapılan ödemelerin, hizmetlerin kullanımından çok ödeme gücüne göre yapılması gerektiği görüşünü benimseyen birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi, kamu finansmanının ağırlıklı olduğu ülkelerde kullanılmaktadır (86,92).

Aşağıdaki bölüm, çeşitli teorilerle ilkelerinin açıklanmaya çalışıldığı hakkaniyet konusunun hangi boyutlarda incelendiği hakkında bilgi vermektedir.

2.4.3. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Boyutları

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin hangi boyutlar itibariyle tanımlandığı konusunda literatür farklı görüşler sunmaktadır. Bir sağlık sisteminin performansının değerlendirilmesi ile ilgili olarak DSÖ uzmanları hakkaniyeti üç boyutta ele almıştır: sağlık, sistemin nüfusun beklentilerine yanıt verme düzeyi (responsiveness) ve finansman (97). Literatürde sağlık statüsü ve finansmanın yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım da hakkaniyet boyutları arasında tanımlanmaktadır (98-100). Sağlık hizmetlerinde hakkaniyetin bu boyutları arasında özellikle sağlık hizmetleri kullanımı ve finansmanı boyutları vurgulanmaktadır (98-100).

Sağlık hizmetleri kullanımı ve finansmanında hakkaniyetin birbirleriyle doğrudan ilişkili olması gerekmemektedir (46,100). Bir başka ifadeyle, sağlık hizmetleri kullanımı ve finansmanında hakkaniyet birbirlerinden tamamen ayrı ele alınabilir. Ancak, sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyette iyileştirme sağlayabilmek için yapılan düzenlemeler, finansmanda hakkaniyetin iyileştirilmesinde önemli rol oynamaktadır (46). Örneğin, Yunanistan'da 1983 reformlarında temel amaç, sağlık hizmetlerinin kullanımında hakkaniyeti artırmak olmuştur. Bunun için alınan önlemler aynı zamanda sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet sağlanması bakımından da iyileşmeler sağlamıştır. Kullanımda hakkaniyet, hizmetin kamu tarafından sunumu ile sağlanır görüşünden hareketle, kamuya bağlı hastane hizmetlerinde artış sağlanmıştır. Özel hastanelerin kurulmasına ve ulusal sağlık hizmetleri kapsamında çalışan doktorların özel sektörde çalışmalarına izin verilmeyerek özel sağlık hizmetleri sunumu sınırlandırılmıştır.

Bütün bu düzenlemeler, özel sağlık harcamalarını azaltarak finansmanda hakkaniyete olumlu katkıda bulunmuştur (46).

Her iki hakkaniyet boyutu da yatay ve dikey hakkaniyet açısından ele alınmaktadır. Yatay ve dikey hakkaniyet, “eşitlere eşit, eşit olmayanlara eşit olmayan muamele” ilkesine dayalı olan eşitlik teorisine dayalıdır.

Aşağıdaki bölümlerde sağlık hizmetleri kullanımı ve finansmanında yatay ve dikey hakkaniyet konuları açıklanmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Kullanımında Hakkaniyet

Sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyet, eşit sağlık ihtiyacı olan bireylerin, ödeme güçlerine bakılmaksızın sağlık hizmetlerinden eşit şekilde yararlanabilmesidir. Sağlık hizmetleri kullanımında dikey hakkaniyet, farklı düzeylerde sağlık ihtiyacı olan bireylerin farklı düzeylerde sağlık hizmet alması anlamına gelmektedir (83,101).

Sağlık hizmetleri kullanımında özellikle ilgi odağı olan hakkaniyet, yatay hakkaniyettir (97,100-110). Bir başka ifadeyle, gelir düzeyi ve bireysel özellikleri (yaş, cinsiyet, ırk gibi) ne olursa olsun, aynı sağlık ihtiyacı olan kişilerin eşit sağlık hizmeti almaları sağlık hizmetleri kullanımında hakkaniyet için esastır. Bu nedenle, sağlık hizmetleri kullanımında dikey hakkaniyet ile ilgili çalışmalar sınırlıdır (92,102).

Sağlık hizmetleri kullanımında yatay hakkaniyeti inceleyen araştırmalara örnek olarak Van Doorslaer ve arkadaşlarının Avrupa ülkeleri ve ABD’de yaptığı çalışma verilebilir (101). Bu çalışmada, araştırma kapsamında olan bütün ülkelerde yoksulların pratisyen hekimleri ve hastane hizmetlerini diğer gruplara göre daha çok kullandığı ortaya çıkmıştır. Ancak, bu durumun hakkaniyetsizlik olarak yorumlanamayacağı, çünkü gelir düzeyi daha düşük olan bireylerin sağlık ihtiyaçlarının daha yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yoksul bireylerin daha çok hizmet alması onların sağlık ihtiyaçlarına oranlı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, araştırma kapsamındaki çoğu ülkede pratisyen hekimlere başvuru dağılımı ihtiyaç göstergelerinin dağılımıyla anlamlı bir ilişki gösterdiği bulunmuştur. Ancak, Belçika ve İrlanda’da düşük gelirli bireyler için pratisyen hekim hizmetlerinde katkı

payı bulunmadığından, bu hizmetlere başvuru beklenenden daha yüksek bulunmuştur. Uzman hekim hizmetlerinden yararlanma ile ilgili olarak ise, araştırma kapsamındaki çoğu ülkede zengin bireyler lehine bir hakkaniyetsizlik belirlenmiştir ve bu durum, bu ülkelerde uzman hekime doğrudan başvurabilme olanağının olması ile açıklanmıştır.

Cisse ve arkadaşlarının (103) dört Afrika başkentinde yaptıkları çalışma, konu ile ilgili bir başka örnek olarak verilebilir. Bu çalışmada, her ne kadar gelir grupları arasında hastalanma oranları açısından benzerlik bulunsa da, sağlık kaynakları kullanımının gelir düzeyi yüksek olan haneler üzerinde yoğunlaşması, yüksek gelirli grupların sağlık hizmetleri kaynaklarından düşük gelirli gruplara göre daha fazla yararlandığı ve bunun da yatay hakkaniyetsizliğe işaret ettiği belirlenmiştir.

Sağlık Hizmetleri Finansmanında Hakkaniyet

Hakkaniyetli finansman, her hane halkının sağlık hizmetleri maliyetlerinden dolayı karşı karşıya bulunduğu riskin hastalık düzeyinden çok ödeme gücüne göre dağıtılması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet anlayışı, bireylerin sağlık hizmetleri aldıklarında sistemin finansmanına yaptıkları katkının ödeme gücüne göre olması ve toplumdaki herkes için finansal koruma sağlanması esasına dayalıdır. Bireylerin veya hane halklarının sağlık amaçlı harcamalarından dolayı yoksullaşmasına veya ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına yol açan bir finansman sistemi hakkaniyetli değildir (9).

Her finansman kaynağı hakkaniyet açısından farklı etkilere sahiptir. Aşağıdaki bölümlerde finansmanda hakkaniyet ile ilgili daha detaylı bilgi, yatay ve dikey hakkaniyet açısından ve farklı finansman kaynakları itibarıyla sunulmaktadır.

Finansmanda Yatay Hakkaniyet

Sağlık hizmetleri finansmanında yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır. Yatay hakkaniyet, aynı gelir düzeylerinde olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer gibi farklılıklardan etkilenmeden sağlık hizmetlerine eşit miktarda katkı yapması anlamına gelmektedir (92,111).

Finansmanda yatay hakkaniyetsizlik sorunu farklı finansman yöntemlerinde meydana gelebilir. Doğrudan vergilerle finansmanda; gelir vergisi sisteminde (konut kredisi ve özel sağlık sigortası primlerinin vergiden düşülebilmesi gibi) ortaya çıkabilecek sıkıntılar da yatay hakkaniyeti olumsuz etkilemektedir (92,112). Ayrıca, farklı yerel bölgelerde, farklı vergi oranları uygulanırsa, aynı vergi oranı zengin bölgeler için daha çok gelir, yoksul bölgeler için daha az gelire neden olabileceğinden, yerel vergi gelirleriyle sağlık finansmanı sağlanması durumunda da yatay hakkaniyetsizlik ortaya çıkabilir (10).

Sosyal sigorta yöntemiyle finansmanda, çoğu sosyal sağlık sigortası sistemi prim/katkı düzeylerini belirlemek için bireyin yaş, cinsiyet gibi özelliklerine ve sağlık statüsüne bakmaksızın gelirini “taban” kabul eder. Bir işte çalışarak elde edilen gelir ödeme gücünü gösterdiğinden genel olarak hakkaniyetlidir. Ancak, bireylerin ve hanehalklarının diğer gelirlerini (örneğin, birden fazla işte çalışılması veya işveren olunması durumunda) dikkate almadığı için birçok durumda ödeme gücünün doğru tespit edilememesine neden olmaktadır. Bu da, aynı gelir düzeyine sahip bireylerin ya da hanehalklarının farklı oranlarda katkı yapması ve dolayısıyla yatay hakkaniyetsizlik ile sonuçlanabilmektedir (26,92). Özellikle bir ülkede birden fazla sosyal sağlık sigortası fonu varsa yatay hakkaniyeti sağlamak daha da zorlaşmaktadır (28). Yatay hakkaniyetsizlik sorunu, Hollanda ve Almanya’da sağlık hizmetleri finansmanında reform baskısının en önemli nedeni olmuştur (92).

Özel sağlık sigortacılığında, yaşlıların ya da sigara kullanan bireyler gibi yüksek riskli grupların, aynı gelir düzeyine sahip daha düşük riskli gruplardan daha yüksek prim ödemeleri yatay hakkaniyetsizlik olarak karşımıza çıkmaktadır (92,112). Örneğin, ailesinde hastalık geçmişi olan bir birey daha yüksek prim öderken, ailesinde hiçbir hastalık geçmişi olmayan bireyin daha düşük prim ödemesi yatay hakkaniyeti zedelemektedir (113).

Cepten sağlık harcamalarında yatay hakkaniyetsizlik, belirli bir gelir düzeyindeki bireyler arasında farklı miktarlarda cepten harcama yapıldığında meydana gelir ve bu durum, sağlık hizmetleri kullanımındaki farklılıklardan kaynaklanır (103,111,113,114). Örneğin, Vietnam’da 1992-2002 yıllarına ait verilerle yapılan bir araştırmada (114), kadınların erkeklere göre ve kentte

yaşayanların kırdaki yaşayanlara göre gelirlerinin daha fazla oranını cepten sağlık harcamalarına ayırması yatay hakkaniyetsizlik olduğunu göstermiştir. Araştırmacılar, belirlenen yatay hakkaniyetsizliğin ilgili alt gruplar arasında sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımdaki hakkaniyetsizlikten kaynaklandığına işaret etmiştir.

Cepten harcamalardaki yatay hakkaniyetsizlik sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarının gelire göre ayarlanmasıyla ve muafiyet uygulamalarına geçilmesiyle azaltılabilir. Ancak muafiyet yaş ya da hastalık gibi faktörlere göre ayarlandığında yatay hakkaniyetsizlik meydana gelebilmektedir. Yatay hakkaniyetsizlik, Fransa'da olduğu gibi kullanıcı katkıları için tamamlayıcı sigorta almayı tercih etmek gibi, farklı seçeneklerden de etkilenmektedir. Tamamlayıcı özel sigorta gelirle ilişkili olduğundan yatay hakkaniyetsizlik yaratabilmektedir (10).

Finansmanda Dikey Hakkaniyet

Sağlık hizmetleri finansmanında dikey hakkaniyet, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin veya hanehalklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapması anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle, ödeme gücü daha yüksek olan bireylerin, ödeme gücü daha düşük olan bireylere göre sağlık finansmanına daha fazla katkıda bulduklarında dikey hakkaniyet sağlanmaktadır (10,92,103,111).

Finansman kaynakları açısından değerlendirildiğinde, dikey hakkaniyet sorunu (azalan oranlılık durumu) en az, vergilerle ve sosyal sigorta yöntemleri ile finansmanda görülmektedir (9,28,46,112). Özellikle vergilerle finansman sistemlerinde, nüfusun tamamı kapsama alındığından, hakkaniyetli finansman verginin artan oranlılığına bağlıdır. Birçok yüksek gelirli ülkede vergi sorumluluğu gelirle orantılıdır ya da artan oranlıdır. Bir başka ifadeyle, vergilerle finansmanda, yüksek gelirli bireyler, düşük gelirli bireylere göre daha fazla vergi ödeyerek sağlık finansmanına katkı yapmaktadır ve dolayısıyla sağlık finansmanı artan oranlılık göstermektedir (16,28,112). Ancak, az kazananlardan az, çok kazananlardan çok vergi alınarak vergi adaletinin sağlanması henüz istenilen düzeyde gerçekleşmemiştir. Özellikle az gelişmiş ülkelerin çoğunda rastlanan bu durumdan dolayı genel vergi gelirlerine dayalı bir sağlık finansmanının evrensel sağlık güvencesi sağlanmasına yönelik olarak kullanılması hakkaniyet ilkesini zedeleyebilir. Bu ülkelerde vergi yükü genellikle yoksul ve orta sınıf nüfusta daha ağırdır, buna karşın sağlık

hizmetleri genellikle gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler tarafından daha fazla kullanılır (22).

Sosyal sağlık sigortasının doğuşu hastalık nedeniyle meydana gelebilecek gelir kaybının telafi edilmesine dayanmaktadır. Bunun sonucu olarak da bu sistemlerin finansmanı gelirle orantılıdır. Finansmanı sadece ücret gelirine dayalı olduğundan, vergilerle finanse edilen sistemlere göre daha hakkaniyetsizdir (24). Wagstaff ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada (113), Almanya, Hollanda ve İspanya'da sosyal sağlık sigortası sisteminin azalan oranlı olduğu bulunmuştur. Bu durum, bu ülkelerdeki bireylerin zorunlu sağlık sigortası dışına çıkma hakkının bulunması ile açıklanmıştır. Almanya'da nüfusun yaklaşık %12'si zorunlu sosyal sigorta ya da özel sağlık sigortalarını tercih etmektedir. Bu ülkede nüfusun %9'u özel sağlık sigortaları kapsamı altındadır. Hollanda'da ise 2007 yılından önce nüfusun %31'nin kamu sisteminden çıkma hakkı bulunmaktadır. Bu durum, gelir düzeyi düşük ve hastalık riski daha yüksek olan bireylerin zorunlu sosyal sigorta sisteminde yoğunlaşması ve böylece sosyal sağlık sigortası primlerinin artmasıyla sonuçlanmaktadır (113).

Wagstaff ve arkadaşları Fransa'da özel sağlık sigortası sisteminin azalan oranlı olduğunu vurgulamıştır (113). Fransa gibi nüfusunun %85'inin tamamlayıcı özel sağlık sigortasının olduğu bir ülkede düşük gelirli bireyler, ülke vatandaşı olmayan bireyler, 20-24 yaş arası ve 70 yaş üstü bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alınmamaktadır. Dolayısıyla, düşük gelirli bireylerin ve yüksek risk grupların tamamlayıcı özel sağlık sigortası satın alamayacak durumda olması, bu grubun daha fazla cepten harcama yapmasına ve finansman yükünün düşük gelirli bireylere yüklenmesine yol açarak dikey hakkaniyeti olumsuz yönde etkilemektedir. Özel sağlık sigortacılığının yaygın olarak kullanıldığı İsviçre ve ABD gibi ülkelerde, sistem gelir artışı karşısında azalan oranlı bir yapı göstermektedir. Almanya ve Hollanda'da ise özel sağlık sigortası genellikle yüksek gelirli gruplar tarafından tercih edildiği için artan oranlıdır (113).

Yapılan araştırmalar, cepten harcamaların sağlık finansmanında azalan oranlı bir yöntem olduğunu ve dolayısıyla dikey hakkaniyeti sağlayamadığını göstermektedir (46,103,113-115). Cepten harcama türleri itibariyle yapılan

değerlendirmeler de bu yöndedir. Örneğin, Macaristan'da yapılan bir çalışmada, informal ödemelerin azalan oranlı bir finansman yöntemi olduğu ve yoksulların kamu sağlık birimlerinden aldıkları hizmetler için zenginlere göre daha fazla informal ödeme yaptıkları bulunmuştur (116). Cepten harcamaların azalan oranlı olması temelde ödeme gücü ve sağlık statüsü arasındaki doğrusal ilişki ile açıklanmaktadır (50). Daha açık bir ifadeyle, gelir düzeyi daha düşük olan bireyler sağlık hizmetlerini daha fazla kullanacaklarından, cepten harcama yükünün en fazla bu grup tarafından üstlenilmesi beklenir. Örneğin, Wagstaff ve arkadaşlarının (113) 12 OECD (Organization for Economic Co-operation and Development—OECD) (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) ülkesinde farklı finansman kaynakları itibariyle artan oranlılığı değerlendirdiği bir araştırmada, sağlık finansmanının temelde özel finansmana dayalı olduğu İsviçre ve ABD'de cepten harcamaların azalan oranlılık gösterdiği belirlenmiştir. Bunun nedeni olarak, düşük gelirli bireylerin Avrupa ülkelerindeki bireyler gibi kronik hastalık ve düşük gelire sahip olma gibi nedenlerle cepten harcamadan muaf tutulmamaları belirtilmiştir.

Cepten harcama yükünün gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler tarafından üstlenilmesi, cepten harcamanın artan oranlı olmasına ve dolayısıyla dikey hakkaniyetin sağlanmasına işaret edecektir. Ancak, artan oranlılık, gelir düzeyi daha düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerini ihtiyaçları olduğu halde çeşitli nedenlerle alamaması ve dolayısıyla daha az cepten harcama yapması durumunda da gerçekleşebilir. Örneğin, Hindistan'da hastane hizmetleri için yapılan cepten sağlık harcamaları ve ödeme gücü ilişkisinin değerlendirildiği araştırmada, ödeme gücü arttıkça sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamaların da arttığı ve dolayısıyla cepten harcamalarda artan oranlılığın olduğu belirlenmiştir (111). Cepten harcama yükünün gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerde olmasının nedeni, yoksul kesimin sağlık hizmetleri için cepten harcama yükünün yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanmama ya da daha ucuza daha kötü sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma yoluna gittikleri şeklinde açıklanmıştır.

Cepten harcamalar, diğer finansman yöntemleri arasında artan oranlılığı sağlamanın en zor olduğu finansman yöntemidir (9). Artan oranlılığı sağlamanın araçları olarak gelirlerin yoksul bireylere yönlendirilmesi ve etkili muafiyet

düzenlemelerinin uygulamaya konulması gösterilmektedir (24,117,118). Böylece, kamu fonlarının daha çok yoksullar lehine kullanılması, yoksulların almaları gereken sağlık hizmetlerini alabilmelerini ve göreceli olarak daha az cepten harcama yapmalarını sağlayabilecektir.

Yapılan araştırmalar, bu durumun yoksulların belirli katkı paylarından muaf oldukları ülkelerde görüldüğünü göstermektedir. Örneğın, van Doorslaer ve arkadaşlarının 14 Asya ülkesinde yaptıkları çalışmada (119) orta ve düşük gelirli ülkelerde zenginlerin cepten harcama yapma olasılıkları (artan oranlılık) daha yüksek bulunmuş ve bu bulgu, yoksulların katkı paylarından muaf olmalarına atfedilmiştir. Ayrıca, bu çalışmada Çin, Kırgızistan ve Vietnam gibi yoksulların hiçbir katkı payından muaf olmadıkları ülkelerde, yoksullaşmaya yol açabilecek katastrofik cepten harcamaların varlığına işaret edilmektedir.

Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için hem yatay hem de dikey hakkaniyetin sağlanması gerekmektedir (9). Bu nedenle, birçok araştırmada her iki boyut da birlikte ele alınmaktadır (103,111,113,114). Yatay hakkaniyeti önemli kılan temel neden, bireylerin ve hanelerin sağlık harcaması öncesi ve sonrasında gelir dağılımındaki yerinin değışmesine ve dolayısıyla gelir itibariyle sıralamalarının değışmesine sebep olabilmesidir. Örneğın, zengin gruba giren iki haneden biri sağlık harcaması sonrası yoksul grubuna girebilir (120).

Ancak, dikey hakkaniyet, sağlık hizmetlerinin finansmanında özellikle odaklanılan hakkaniyet türüdür. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin önemli olmasının temel nedeni, her bireyin kendisinin bir havuz olması ve dolayısıyla farklı ödeme gücüne sahip bireylerin sağlık hizmetleri için kullanabilecekleri farklı büyüklükte kaynak havuzu yaratabilmesidir. Bu da, sağlık ihtiyaçlarının göreceli olarak daha fazla olduğı dikkate alındığında, küçük havuza sahip bireylerin sağlığa ayıracakları payın büyük havuza sahip bireylere göre daha yüksek olması demektir (9). Oysa sosyal adaletin sağlanabilmesi için sağlık sistemi finansmanına “az kazananın az, çok kazananın çok” katkı sağlaması gerekmektedir.

Bu çalışmada da cepten sağlık harcaması ile hakkaniyet arasındaki ilişki dikey hakkaniyet açısından incelenmiştir. Aşağıdaki bölümde cepten sağlık

harcamalarında dikey hakkaniyetin nasıl ölçüldüğüne ilişkin açıklamalar sunulmaktadır.

2.5. Cepten Sağlık Harcamalarında Dikey Hakkaniyet Ölçümü

Bir ülkenin sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının dikey hakkaniyet açısından değerlendirmesi, ödeme gücü ve sağlık harcaması arasındaki ilişkiye bakılarak yapılmaktadır. Bu yaklaşım, cepten sağlık harcamalarında dikey hakkaniyetin değerlendirilmesi için de geçerlidir. Bu ilişkinin ne kadar artan oranlı (zengin bireylerin oransal olarak daha fazla ödeme yapmaları) ya da ne kadar azalan oranlı (zengin bireylerin oransal olarak daha az ödeme yapmaları) olduğu değerlendirilir (10,92). Daha önce de belirtildiği gibi, finansmanda hakkaniyetin sağlanması için ödeme gücü ile sağlık harcaması arasındaki ilişkinin artan oranlı olması gerekir.

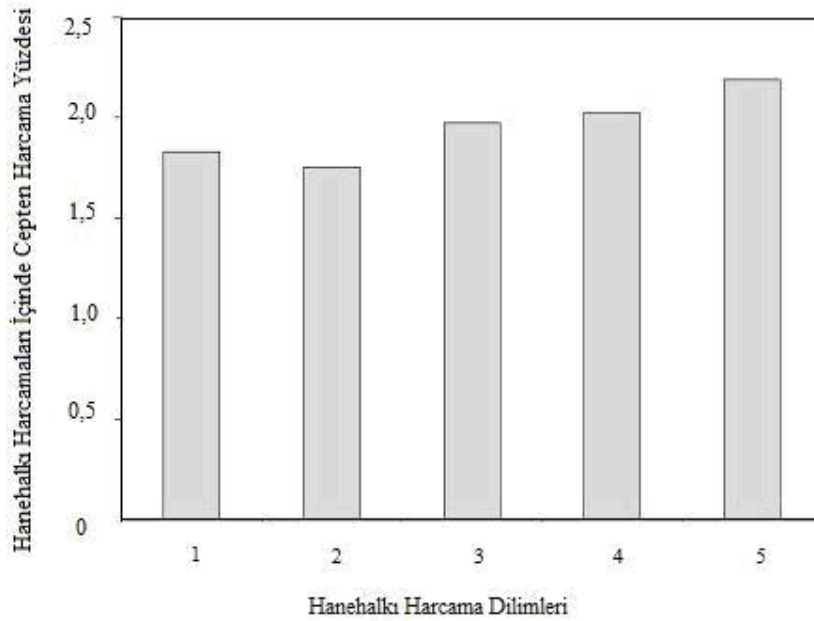
Ödeme gücü ile cepten sağlık harcaması arasındaki ilişkinin artan oranlı olup olmadığının değerlendirmesinde çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır. Bunlar, orantı yaklaşımı, çok değişkenli yaklaşım ve endeks yaklaşımıdır. Bu yaklaşımların her biri aşağıda açıklanmaktadır.

2.5.1. Orantı Yaklaşımı

Orantı yaklaşımında, cepten sağlık harcamasının ödeme gücü içindeki payının ödeme gücü dilimleri itibariyle dağılımına dayalı olarak cepten harcama ile ödeme gücü arasındaki ilişki incelenmektedir (46,99,104,112,121,122). İki değişkenli analiz tekniği olarak da nitelendirilen bu yaklaşım, artan oranlılığı değerlendirmenin en doğrudan yöntemi olarak kabul edilmektedir (20). Bunun nedeni, ödeme gücü hanelere göre değiştiği için cepten harcamanın hanelerde yarattığı finansal yükün farklılaşmasıdır. Bu durum, aynı zamanda, hanehalkı ödeme gücü içinde cepten yapılan sağlık harcamasının payı yükseldikçe, finansal korumanın azaldığına işaret etmektedir.

Orantı yaklaşımının hanehalklarının finansal yüklerinin derecesini değerlendirmenin yanı sıra, katastrofik sağlık harcamalarından korunup korunmadıklarını belirlemek için de son derece önemli bir yaklaşım olduğunun altı çizilmektedir (99). Bu yaklaşımın dezavantajı ise, ülkelerarası analizlerden çok ülke bazındaki analizlerde kullanılmasıdır.

Orantı yaklaşımı kullanılarak cepten harcama ile ödeme gücü arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmalara bir örnek olarak Mısır'da yapılan bir çalışma verilebilir (Şekil 2.2). Mısır'da cepten sağlık harcaması hanehalkı harcamasının ortalama %2'sini oluşturmaktadır. Ancak harcama dilimleri itibariyle bakıldığında, harcama arttıkça cepten sağlık harcamasının payının arttığı ve dolayısıyla artan oranlılık yönünde bir eğilim olduğu görülmektedir (20).



Şekil 2.2. Hanehalkı Tüketiminin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Tüketime Göre Dağılımı, Mısır 1997

O'Donnell ve diğ. (20)'nden alınmıştır.

2.5.2. Çok Değişkenli Analiz Yaklaşımı

İki değişkenli analizler artan oranlılığı değerlendirmede en yaygın yaklaşım olarak kabul edilmekle birlikte, literatürde bu yaklaşımın önemli bir kısıtlılığına dikkat çekilmektedir. Bu, iki değişkenli analiz yaklaşımında, cepten harcama ile ödeme gücü arasındaki ilişkiyi etkileyecek faktörlerin dikkate alınmamasıdır. Bu nedenle, cepten harcama ile ödeme gücü arasındaki ilişki hakkında yapılan yorumlar bireylerin veya hanelerin demografik, sosyo-ekonomik ve sağlık hizmetleri kullanımı gibi birçok özelliğinin etkisini de barındırmaktadır. Çok değişkenli regresyon analizi

yaklaşımı, bu iki değişken arasındaki ilişkinin diğer tüm olası faktörlerin etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra değerlendirildiği bir analiz yaklaşımıdır.

Bu yaklaşımı kullanarak yapılmış çalışmalar mevcut durum itibariyle sınırlıdır. Örneğin, Roy ve Howard tarafından (111) Hindistan’da hastane hizmetleri için cepten yapılan sağlık harcamalarında artan oranlılığın değerlendirildiği bir araştırmada, ödeme gücü arttıkça sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamanın da arttığı bulunmuştur. Bir başka ifadeyle, cepten harcamalar Hindistan’da artan oranlı finansman yöntemidir. Araştırmacılar bunun nedeni olarak, yoksul kesimin daha ucuz ve düşük kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma yoluna gitmelerini belirtmektedir. Araştırmada, cepten harcama ve ödeme gücü arasındaki ilişkiyi değerlendirmede yaş, cinsiyet, medeni durum, sigara içme durumu ve sağlık hizmeti alınan hizmet sunucusu türü kontrol değişkenleri olarak kullanılmıştır.

Çok değişkenli analiz yaklaşımı ile cepten harcama ve ödeme gücü arasındaki ilişkiyi test eden bir diğer çalışma Vietnam’da 1992-2002 yılları itibariyle yapılan çalışmadır (114). Araştırmada 1990’lı yıllarda cepten harcamaların azalan oranlı olduğu ve yüksek gelirlili bireylerin gelirlerinin daha az oranını sağlığa ayırdığı ortaya konulmuştur. Ancak, çalışmada, 2002 yılında sağlık sigortasına sahip nüfusun kapsamının genişletilmesi, yoksullar için ücretsiz sağlık sigortası ve sağlık fonları yapılanmaları ile cepten sağlık harcamalarında hakkaniyetsizliğin yıllar itibariyle azaldığı gösterilmiştir. Cepten harcama ve gelir arasındaki ilişki yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, yerleşim yeri, ırk, hasta olma durumu, sağlık güvencesi değişkenleri itibariyle kontrol edilerek test edilmiştir.

2.5.3. Endeks Yaklaşımı

Endeks yaklaşımında artan oranlılık, geliştirilmiş çeşitli endeksler kullanılarak değerlendirilmektedir. Bu endeksler, Gini katsayısı, konsantrasyon eğrisi (concentration curve), konsantrasyon endeksi (concentration index), Kakwani endeksi (Kakwani index), Suits endeksi (Suits index) ve DSÖ finansmanda adalet endeksidir (WHO fairness in financing index). Ayrıca, bir endeks kullanılarak yapılan değerlendirmelerde, sadece cepten harcamalar değil, bir ülkenin sağlık sistemi finansman kaynaklarının tamamı itibariyle de dikey hakkaniyet değerlendirilebilmektedir.

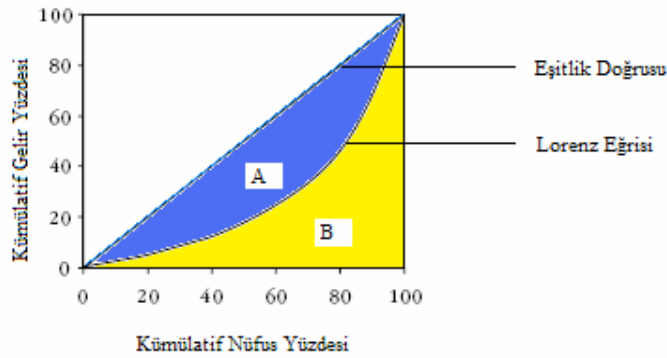
Dış yardımlarla sağlanan finansman kaynağı analize dahil edilmemektedir çünkü bu yardımların geri ödemesi vergilerle yapılıyor ise, dış yardımların finansal yükü zaten vergilerin dağılımında dikkate alınmış olacaktır (20,92,113). Endeksler hakkında bilgi aşağıda ana hatlarıyla sunulmaktadır.

Gini Katsayısı

Corrado Gini tarafından geliştirilen Gini katsayısı, Lorenz eğrisine dayanmaktadır. Max Lorenz tarafından 1905 yılında geliştirilen Lorenz eğrisi, bir toplumdaki gelir eşitsizliğinin derecesini gösteren bir eğridir. Bu eğri, “y” ekseninde kümülatif gelir yüzdesi ile “x” ekseninde yoksullardan başlayarak gelire göre sıralanmış kümülatif nüfus yüzdesi gösterilerek oluşturulmaktadır (Şekil 2.3).

Bir toplumda gelirin eşit dağılması (tam eşitlik) durumunda Lorenz eğrisi, “0” noktası ile en üst sağ köşe arasında 45 derecelik bir doğru ile gösterilir. Bu doğru, eşitlik doğrusu olarak adlandırılır. Böylece, bu doğru, örneğin, nüfusun %25’inin gelirin %25’ini, nüfusun %50’sinin gelirin %50’sini aldığını gösterir. Bir toplumda gelir dağılımında eşitsizlik olması durumunda ise, Lorenz eğrisi eşitlik doğrusunun altında kalır ve bu sapmanın derecesine göre eşitsizlik artar. Örneğin, nüfusun %25’i gelirin %10’unu alıyorsa, gelir dağılımında eşitsizlik var demektir (123,124).

Lorenz eğrisi, gelir dağılımında ne ölçüde eşitlik olduğunu sayısal olarak ifade etmez. Bu nedenle, Gini katsayısı, Lorenz eğrisinin sağladığı bilgiyi sayısal olarak ifade etmede kullanılır. Şekil 2.3’de gösterildiği gibi, eşitlik çizgisi ile Lorenz eğrisi arasında kalan alan A ve Lorenz eğrisi altında kalan alan B olduğunda, Gini katsayısı $A/A+B$ olarak hesaplanmaktadır. Gini katsayısı 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır. Sıfır değer tam eşitliği, 1 ise tam eşitsizliği göstermektedir. Gini katsayısının 0,20’nin altında olması düşük eşitsizliği, 0,20 - 0,50 arasında olması orta düzeyde eşitsizliği, 0,50’nin üzerinde olması ise yüksek eşitsizliği göstermektedir (123,124).



Şekil 2.3. Eşitlik Doğrusu ve Lorenz Eğrisi

PAHO (123)'dan alınmıştır.

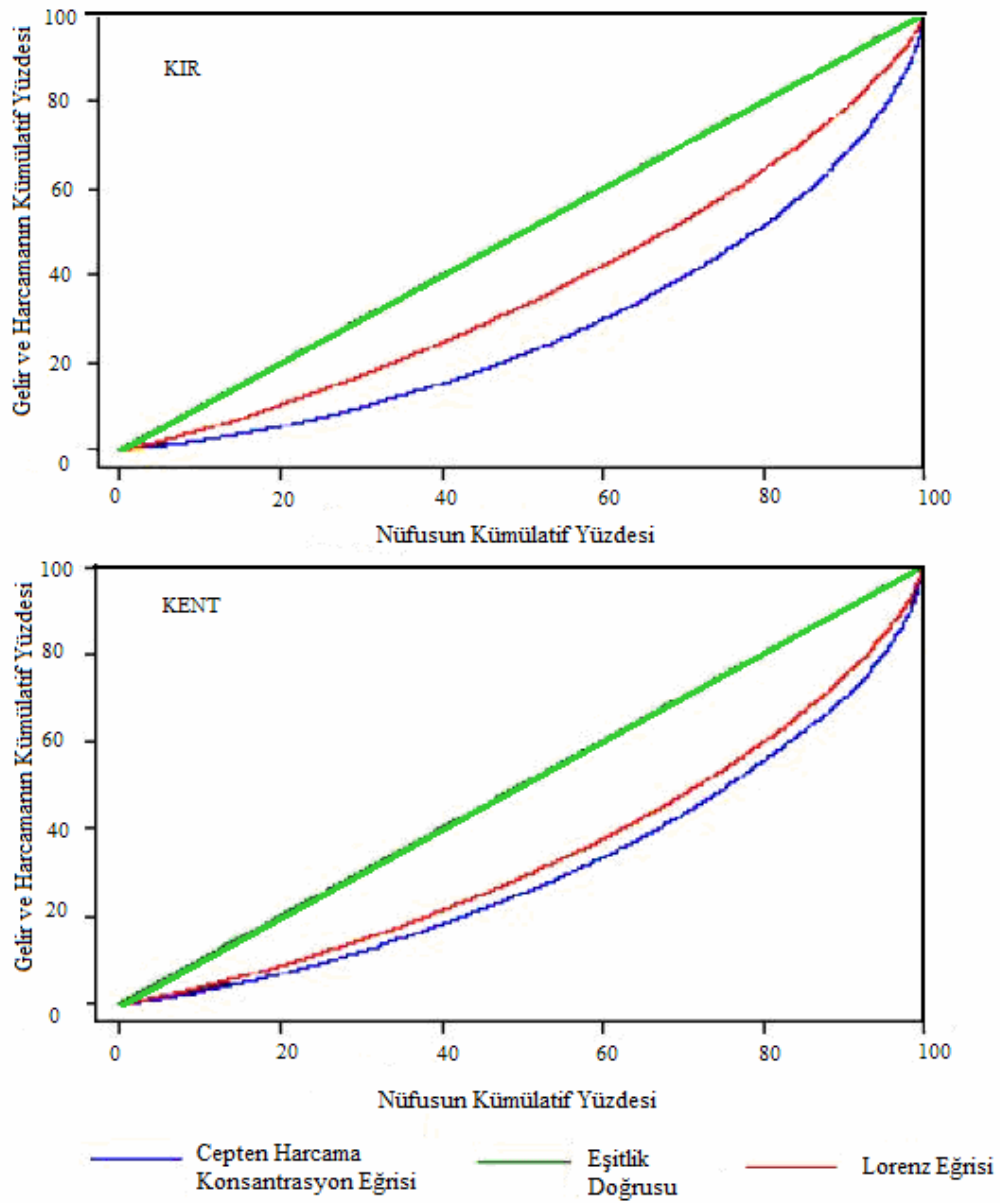
Konsantrasyon Eğrisi

Sağlık alanında ilk kez Adam Wagstaff ve arkadaşları tarafından kullanılan konsantrasyon eğrisi, sağlıkla ilgili bir değişkenin dağılımında gelirle ilişkili eşitsizlik derecesini grafiksel olarak değerlendirmede kullanılmaktadır (99). Lorenz eğrisinden farklı olarak, konsantrasyon eğrisi, sağlıkla ilgili bir değişkenin yüzde ne kadarının hangi gelir grubu tarafından karşılandığını belirlemeyi sağlamaktadır (124). Sağlıkla ilgili değişken, mortalite gibi sağlık sonuçları olabileceği gibi, farklı zamanlarda ve farklı ülkeler arasında sağlık sektörüne yapılan sübvansiyonlar da olabilir (20). Örneğin, konsantrasyon eğrisi ile sağlık finansmanının yüzde ne kadarının nüfusun ilk %20'si tarafından karşılandığı belirlenebilir.

Konsantrasyon eğrisi, Lorenz eğrisinde olduğu gibi, “y” ekseninde sağlık değişkeninin kümülatif yüzdesi ile “x” ekseninde yoksullardan başlayarak gelire göre sıralanmış kümülatif popülasyon yüzdesi itibarıyla oluşturulmaktadır. Bir toplumdaki tüm bireylerin, gelirlerine bakılmaksızın, sağlıkla ilgili değişken değeri aynı ise, konsantrasyon eğrisi eşitlik doğrusu adı verilen 45 derecelik bir çizgi olarak belirlenir. Oluşturulan konsantrasyon eğrisi, Lorenz eğrisi ile karşılaştırılır. Lorenz eğrisinin üstünde olması, gelir düzeyi daha düşük olan nüfusun o toplumda elde ettiği gelirin yüzdesinden daha fazla yüzdeyi sağlık sistemi finansmanı için harcadığını ve dolayısıyla sağlık finansman sisteminin azalan oranlı olduğunu göstermektedir. Lorenz eğrisi altında kalan konsantrasyon eğrisi artan oranlılığa, Lorenz eğrisi ile

aynı düzlemde olan konsantrasyon eğrisi ise oransallığa işaret etmektedir. Her iki eğrinin çakışması da söz konusu olabilir ve bu, finansman sisteminin bazı gelir grupları için azalan oranlı, diğerleri için artan oranlı olduğu anlamına gelmektedir (20,99,124).

Şekil 2.4’de Hindistan’da kırsal ve kentsel alanda yaşayan bireylerin cepten sağlık harcamalarının konsantrasyon eğrileri gösterilmektedir. Mavi çizgi ile gösterilen konsantrasyon eğrisi, yoksulların mı yoksa zenginlerin mi daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıklarını ve dolayısıyla harcamanın artan oranlılığını göstermektedir. Bu örnekte, hem kırsal hem de kentsel alanlarda konsantrasyon eğrisi Lorenz eğrisinden daha düşüktür. Bu da, ödeme gücü arttıkça cepten yapılan sağlık harcamalarının arttığını göstermektedir. Ancak, kırsal alanlara göre, kentsel alanlarda konsantrasyon eğrisinin Lorenz eğrisine çok yakın olması cepten yapılan sağlık harcamalarının kırsal alanlarda zenginlerde yoğunlaştığı, kentsel alanlarda ise tüm nüfusa dağıldığı anlamına gelmektedir (125).



Şekil 2.4. Hindistan'da Kırsal ve Kentte Cepten Sağlık Harcamalarının Konsantrasyon Eğrileri

Garg ve Karan (125)'dan alınmıştır.

Konsantrasyon Endeksi

Konsantrasyon eğrisi, eşitliğin sayısal olarak bir ölçüsünü vermemektedir. Sağlıkla ilgili bir değişkende gelirle ilgili eşitliğin sayısal ölçüsünü elde etmek amacıyla, konsantrasyon eğrisi ile doğrudan ilişkili olan konsantrasyon endeksi

geliştirilmiştir. Bu endeks, konsantrasyon eğrisi ve eşitlik doğrusu arasındaki alanın iki katıdır. Endeks, -1 ve +1 arasında değer almaktadır. Endeks değerinin -1 olması (eşitlik doğrusunun yukarısında yer alması) sağlıkla ilgili gözlenen değişkenin en yoksul nüfusta yoğunlaştığını, 1'e eşit olması (eşitlik doğrusunun altında yer alması) gözlenen değişkenin en zengin nüfusta yoğunlaştığını, "0" olması ise gözlenen değişkenin gelir grupları arasında yaklaşık olarak eşit dağıldığını göstermektedir (20,126).

Kakwani Endeksi

Nanak Kakwani tarafından geliştirilen Kakwani endeksi, farklı ekonomik değişkenlerin dağılımını incelemekte ve konsantrasyon eğrisi hakkında daha detaylı bilgi vermektedir (127). Artan oranlılığın boyutu hakkında bilgi verir (20). Endeks, konsantrasyon eğrisi ve Lorenz eğrisi arasındaki alanının iki katı olarak tanımlanmaktadır. Bu da, sağlık harcamaları için konsantrasyon endeksi ile ödeme gücü değişkeninin Gini katsayısı arasındaki farka eşittir.

Endeks değeri -2 ile +1 arasında değişmektedir. Endeks değerinin pozitif olması artan oranlılığı, negatif olması azalan oranlılığı ve sıfır olması (veya eğrilerin çakışması) oransallığı göstermektedir (20). Bu endeks, mal/hizmet için harcama dağılımı ile gelir dağılımını karşılaştırma olanağı sağladığından bir mal/hizmetin esneklik endeksidir (10,92). Kakwani endeksi, vergilerde ve cepten harcamalar dahil sağlık harcamalarında artan oranlılığı ölçmede kullanımı en yaygın olan endekstir (20,61,120,103,113,115,128).

Suits Endeksi

Kakwani endeksine alternatif bir yöntem, Suits artan oranlılık endeksidir. Kakwani ve Suits endeksi benzerlik göstermektedir. Bir sağlık sistemindeki finansman kaynaklarının tamamı itibariyle hakkaniyet ölçülmek istenildiğinde, her finansman kaynağına bir ağırlık verildiği, aralarındaki tek fark, ağırlıklandırmadan kaynaklanmaktadır. Suits endeksinde yüksek gelir dilimindeki hanehalkları arasında meydana gelen oransallıktan sapmaya daha yüksek ağırlık verilmektedir (20).

Bu endeks, eşitlik doğrusu ve konsantrasyon eğrisinin arasında kalan alanın iki katına eşittir. Konsantrasyon eğrisi eşitlik doğrusunun altında ise artan oranlılığı,

üzerinde ise azalan oranlılığı ifade etmektedir ve -1 ile +1 arasında bir değer almaktadır. Endeks değerinin pozitif olması artan oranlılığı ifade ederken negatif olması azalan oranlılığı, sıfır değer alması ise oransallığı ifade etmektedir. Değerin -1 olması en yüksek derecede azalan oranlılığı (finansal yükün en yoksul hanehalkları tarafından üstlenilmesi), +1 olması ise en yüksek derecede artan oranlılığı (finansal yükün en zengin hanehalkları tarafından üstlenilmesi) göstermektedir (128-130).

DSÖ Finansmanda Adalet Endeksi

DSÖ finansmanda adalet endeksi, bir ülkenin sağlık sistemi performansının en önemli boyutunun finansman sistemindeki adalet olduğu görüşüne dayalıdır. Bu nedenle, DSÖ finansmanda adaleti ortaya koyabilmek için hanehalklarının sağlık finansmanına yaptıkları katkının hesaplanması gerektiğini vurgulamıştır. Hanehalklarının sağlık finansmanına yaptıkları katkıdaki adalet endeksi (puanı), hanehalklarının sağlık finansmanına katkısı (health financing contribution) ve eşitsizlik endeksine (inequality index) dayalı olarak hesaplanmaktadır (9,131).

Hanehalklarının sağlık finansmanına katkısı, hanehalklarının yaptıkları toplam sağlık harcamasının toplam ödeme kapasitesine oranı ile hesaplanmaktadır. Bu oran, bütün hanehalkları için gelir, sağlık statüsü ya da sağlık hizmetleri kullanımına bakılmaksızın benzerlik gösteriyorsa, incelenen sağlık finansmanı sistemi veya yöntemi adildir. Eşitsizlik endeksi, bir hanehalkının finansal katkısı ile bir ülkedeki bütün hanehalklarının ortalama finansal katkısı arasındaki kübü alınmış mutlak farkın ortalaması ile hesaplanmakta ve elde edilen maksimum değer (0,125) itibariyle normleştirilmektedir (131).

Sonuç olarak, DSÖ finansmanda adalet endeksi, $1-(4 \times \text{eşitsizlik endeksi değeri})$ formülü ile hesaplanmaktadır. Endeks değeri 0 ile 1 arasında değer almaktadır ve değer 1'e yaklaştıkça finansmanda adalet artmaktadır. Ancak bu endeks azalan oranlı ve artan oranlı finansman yöntemleri arasında ayırım yapamadığı için eleştirilmektedir ve kullanımı yaygın bir endeks değildir (77,132).

2.6. Türkiye'de Sağlık Finansmanı ve Cepten Sağlık Harcamalarının Rolü

Türkiye'de sağlık hizmetlerinde üç ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Bunlar, genel devlet bütçesi, sosyal güvenlik katkıları ve özel harcamalardır (5,133).

Aşağıdaki bölümlerde bu finansman kaynakları ana hatlarıyla anlatılmaktadır. Bu çalışmanın temel odağı nedeniyle, cepten harcamalar konusu daha detaylı olarak anlatılmaktadır.

2.6.1. Genel Devlet Bütçesi

Genel devlet bütçesi, vergi gelirleriyle finanse edilmektedir. SB (Yeşil Kart sahipleri dahil olmak üzere), Milli Savunma Bakanlığı, Üniversite Hastaneleri, diğer kamu kurumları ve aktif çalışan devlet memurlarının ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireylerin sağlık harcamaları için kullanılan ana finansman kaynağıdır (5,133). Bir başka ifadeyle, genel devlet bütçesi kamu tarafından sağlanan sağlık hizmetlerinde temel finansman kaynağıdır. Bu bütçe Bakanlar Kurulu, Devlet Planlama Teşkilatı ve Yüksek Planlama Kurulu tarafından hazırlanır, Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından onaylanır ve Maliye Bakanlığı tarafından yürütülür.

Türkiye'deki en büyük sağlık hizmetleri sunucusu olan SB, büyük oranda genel devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Ancak SB'nin başka gelir kaynakları da mevcuttur. Bunlardan biri, 1988 yılından itibaren yakıt, sigara, alkol ve yeni araç satışlarından özel bir tasarruf fon vergisi kesintisinden elde edilen gelirlerdir. İkinci önemli gelir kaynağı ise döner sermaye gelirleridir. Sağlık güvencesi olan ve olmayan tüm bireyler için sunulan sağlık hizmetlerinin karşılığı doğrudan ödeme, katkı payı ve informal ödemeler olarak hizmet sunucuların döner sermayeleri için gelir kaynağıdır. Döner sermayeler yıllar itibariyle önemli bir finansman kaynağı haline gelmiştir. Döner sermaye gelirleri devlet hastanelerinin toplam gelirinin üçte ikisi kadar yüksek bir miktara ulaşmıştır (5,133).

Genel devlet bütçesi toplumun belli bir kesiminin sağlık hizmetleri finansmanını sağlamak amacıyla oluşturulan programlar için de kullanılmaktadır. Bu programlardan biri, aktif devlet memurları ve bakmakla yükümlü oldukları bireylerin sağlık harcamalarını karşılamak amacıyla oluşturulmuştur. Bu programa bağlı bireylerin sağlık harcamaları Maliye Bakanlığı'nın kurumlara genel bütçeden tahsis ettiği 180 başlıklı harcama kalemi ile finanse edilmektedir.

Belirli bir gruba yönelik bir diğer program, Yeşil Kart programıdır. 1992 yılında 3816 sayılı Yasa ile yürürlüğe giren Yeşil Kart programının amacı, sağlık

güvencesi olmayan yoksul bireylerin sağlık harcamalarını karşılamaktır (4). Yeşil Kart sahibi olabilmenin kriterleri 1) Türk vatandaşı olmak, 2) başka bir sağlık güvencesi programı kapsamında olmamak ve 3) vergiler ve sosyal sigorta primleri hariç asgari ücretin üçte birinden daha az bir gelire sahip olmaktır (134).

2.6.2. Sosyal Güvenlik Katkıları

Tarihsel süreç içinde Türkiye’de sosyal güvenlik katkıları, çeşitli dönemlerde ve toplumun farklı kesimlerine yönelik olarak oluşturulan üç ana sosyal güvenlik programı aracılığı ile sağlık finansmanına yapılan katkılardan oluşmuştur. Bu sosyal güvenlik programları, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’dır. Her üç program da 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı Kanun yürürlüğe girinceye kadar ayrı birer sosyal güvenlik programı olarak faaliyet göstermiştir. Bu tarihten sonra ise, bu üç program Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmıştır. Dolayısıyla, 16 Mayıs 2006 tarihinden itibaren sağlık sistemi finansmanı için sosyal güvenlik katkıları SGK tarafından gerçekleştirilmektedir.

Aşağıdaki bölümlerde, SGK’nın yanı sıra, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı hakkında da temel bilgiler anlatılmaktadır. Sunulan bilgilerin, bu üç önemli sosyal güvenlik programının SGK’ya devredilmeden önceki dönemlerine ait olduğu hatırd tutulmalıdır.

Sosyal Sigortalar Kurumu

SSK, özel sektör çalışanları ve kamuda çalışan mavi yakalılar ve bakmakla yükümlü oldukları bireyler için sağlık, analık ve iş kazaları meslek hastalıkları gibi kısa vadeli ve maluliyet – yaşlılık – ölüm gibi uzun vadeli sigorta kolları için güvence sağlamaktadır. 2006 yılında SSK’ya bağlı 8.582.395 sigortalı çalışan olup, bu sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyi sayısı 18.040.101 olarak raporlanmıştır. Aynı yıl itibariyle SSK, en büyük sosyal güvenlik kurumu olarak SSK, Türkiye’de sağlık güvencesi kapsamında olan nüfusun yaklaşık %43’üne güvence sağlamaktadır (133,135).

SSK üyelerinin aldıkları sağlık hizmetleri için temel finansman kaynağı, çalışanların ve işverenlerin prim olarak ödedikleri katkılardan elde edilen gelirdir. Katkı oranları çalışanın maaşının belirlenmiş sabit bir yüzdesidir. Türkiye sağlık

sektöründe sadece bir finansman kaynağı değil, 2005 yılına kadar aynı zamanda ikinci büyük sağlık hizmeti sunucusu rolünü de uzun yıllar üstlenen bir SSK'nın diğer finansman kaynakları ise, SSK kapsamında olmayıp SSK sağlık tesislerini kullanan bireylerden alınan ücretler ve ayakta tedavide alınan ilaçlar için alınan katkı payları olmuştur (5,133).

2005 yılında SSK'ya bağlı sağlık tesislerinin SB'na devredilmesi ile birlikte SSK sadece bir finansman kurumu olarak Türkiye sağlık sektöründeki rolünü sürdürmüştür. Dolayısıyla, kurumun gelirleri prim gelirleri ve bir başka önemli gelir kaynağı olan hazine yardımlarından oluşmuştur.

Emekli Sandığı

1949 yılında kurulan Emekli Sandığı, başlangıçta emekli olan devlet memurları için emeklilik fonu olarak kurulmasına rağmen, daha sonraki yıllarda sağlık hizmetleri için de bir finansman kaynağı olmuştur. Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı tarafından yönetilmekte ve sağlık güvencesi sağlığa özgü prim esasına dayanmamaktadır. Kurum, aktif çalışanların maaşlarından kesilen %16'lık çalışan katkısı ve işveren olarak %20'lik devlet katkısı ile finanse edilmekte ve devlet tarafından ilave sübvansiyon yapılmaktadır (5,133). 2006 yılı itibariyle Emekli Sandığı'na bağlı üye sayısı toplam 2.420.897 ve bunların bakmakla yükümlü oldukları birey sayısı toplam 5.446.158'dir. Sigortalı nüfusun %14,82'si (10.812.476 birey) Emekli Sandığı kapsamındadır (135).

Bağ-Kur

Bağ-Kur, 1971 yılında kendi adına ve hesabına bağımsız çalışan bireyler için kurulmuştur. Üyelerin sağlık sigorta katkıları, %20'lik emeklilik ve diğer faydalar oranından farklı olarak sigortalı bireylerin "tahmini gelirinin" %12'si olarak hesaplanmaktadır. Tahmini gelir seviyesi, Maliye Bakanlığı tarafından belirlenen ve ücret ve fiyat enflasyonunu kapsayan bir endeks uygulanmak yoluyla hesaplanmaktadır. Bağ-Kur üyelerine sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektörde bulunan hizmet sunucuları ile sözleşme yaparak satın almaktadır. Geri ödeme düzeyleri hizmet sunucu türüne göre değişmektedir (5). 2006 yılı verilerine göre, Bağ-Kur'a bağlı 3.375.629 sigortalı çalışan ve 11.254.936 bakmakla yükümlü

oldukları birey sayısı vardır. Bağ-Kur sigortalı nüfusun %22,45'ini (16.383.590 birey) kapsamına almıştır (135).

Sosyal Güvenlik Kurumu

SGK, 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı Kanun ile kurulmuştur ve SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nın tek çatı altında toplandığı kurumdur. Kurum, üyelerinin sağlık hizmetlerini ana gelir kaynağı olan prim gelirleri ile karşılamaktadır. Sağlık hizmetlerini sözleşmeli kamu ve özel sağlık kuruluşlarından satın almaktadır. SGK çatısı altında toplanmadan önce farklı geri ödeme politikaları olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı programlarında, birleşme sonrası SGK'nın uyguladığı geri ödeme düzenlemeleri ile uygulama birlikteliği sağlanmıştır. Bu durum, 25 Mayıs 2007 tarihinde yürürlüğe giren Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile gerçekleştirilmiştir.

2.6.3. Özel Harcamalar

Türkiye'de sağlık amaçlı özel harcamalar birçok finansman kurumu aracılığı ile gerçekleştirilmektedir. Bu kurumlar işletmeler, kamu iktisadi teşebbüsleri ve özelleştirme altındaki kamu iktisadi teşebbüsleri, hanehalklarına hizmet eden kar amaçsız kurumlar, özel sosyal sigorta, özel sağlık sigortası ve hanehalkları tarafından yapılan cepten harcamalardır.

İşletmeler

İşletmeler, piyasa için ekonomik anlamda mal ve hizmet üreten örgütlerdir. Türkiye'de işletmeler sağlık sistemi finansmanına ayni ve/veya nakdi olarak katkıda bulunmaktadır. Kanun gereği, 50 ve daha fazla sayıda işçi çalıştıran işletmelerin çalışanların meslek hastalıkları, iş güvenliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini karşılayabileceği bir sağlık ünitesine sahip olması zorunludur. Ayrıca, bu işletmeler iş yeri hekimi de istihdam etmek zorundadır (136). Ancak, bu yasal zorunluluk 2008 yılında kaldırılmıştır.

Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve Özelleştirme Altındaki Kamu İktisadi Teşebbüsleri

Kamu iktisadi teşebbüsleri, devletin denetimi altında piyasa için mal ve hizmet üreten kamu sektörü iktisadi teşebbüsleridir (137). Bu tür kamu kurumlarına örnek olarak Devlet Demiryolları, Makine ve Kimya Endüstrisi Kurumu, Türkiye Taşkömürü Kurumu, Türkiye Kömür İşletmeleri, Elektrik Üretim A.Ş., BOTAŞ (Boru Hatları ile Petrol Taşıma A.Ş.), Türkiye Petrolleri Anonim Ortaklığı, PTT, TMO (Toprak Mahsulleri Ofisi) ve ÇAYKUR (Çay İşletmeleri Genel Müdürlüğü) verilebilir (138).

Kamu iktisadi teşebbüsleri arasında 4046 sayılı Özelleştirme Kanunu'na tabi ve sermayesinin %50'den fazlası kamuya ait olanlar, özelleştirme program ve kapsamındadır. Özelleştirme kapsamındaki kamu iktisadi teşebbüsleri arasında Et ve Balık Kurumu A.Ş., Sümer Holding A.Ş., PEKTİM (Petrokimya Holding A.Ş.), TEDAŞ (Türkiye Elektrik Dağıtım A.Ş.), TEKEL, T.C. Ziraat Bankası A.Ş. de yer almaktadır (138).

Kamu iktisadi teşebbüsleri ve özelleştirme altındaki kamu iktisadi teşebbüsleri istihdam ettikleri personel için sağlık harcaması yapmaktadır. 2008 yılının ilk üç ayı itibariyle 22 kamu iktisadi teşebbüsünde çalışan toplam 161.199 personel ve sekiz özelleştirme kapsamındaki kamu iktisadi teşebbüsünde çalışan toplam 64.208 personel istihdam edildiği raporlanmıştır (138). Dolayısıyla, mevcut verilere göre, toplam 225.407 personel ve onların bakmakla yükümlü oldukları bireylerin sağlık harcamaları kamu iktisadi teşebbüsleri ve özelleştirme kapsamındaki kamu iktisadi teşebbüsleri tarafından karşılanmaktadır.

Hanehalklarına Hizmet Eden Kar Amaçsız Kuruluşlar

Hanehalklarına hizmet eden kar amaçsız kuruluşlar, kar amacı gütmeksizin hanehalklarına ücretsiz veya ekonomik olarak anlamlı olmayan fiyatlarla mal ve hizmet sunan kuruluşlardır. Türkiye'de bu türdeki kuruluşlar dernekler ve vakıflardır (137). Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı, Lösev, Kanser Vakfı, Kızılay, "Kimse Yok mu?", Deniz Feneri ve kamuya ait birinci basamak sağlık kurumları ve hastanelere bağlı dernekler hanehalklarına hizmet eden kar amaçsız kuruluşlara örnek olarak verilebilir. Kamu sağlık kurumlarına bağlı dernekler 2005 yılında kapatılmıştır. 2008

yılı itibariyle, toplam 1.200 derneğin ve 912 sağlıkla ilgili vakfın faaliyet gösterdiği raporlanmıştır (136).

Özel Sosyal Sigorta

Özel sosyal sigorta, sosyal güvenlik katkıları/fonları dışındaki tüm sosyal sigorta fonlarını kapsamaktadır. Devletin doğrudan denetimi altında olmayan bu fonlar bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar ve birliklerde çalışan personelin malüllük, yaşlılık ve ölüm hallerinde yardım yapmak üzere tesis veya dernek olarak kurulmuş bulunan sandıklardır (137). Mevcut durumda 20 adet özel sosyal sigorta varlığını sürdürmektedir (136,137).

Özel Sağlık Sigortası

Devletin sağlamış olduğu teminatlara ek güvence yaratmak, sosyal sigortaların kapsamadığı hizmetleri kapsamak ve daha kaliteli sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden faydalanmalarına olanak sağlamak amacıyla kurulan özel sağlık sigortaları Türkiye’de 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır (139).

Özel sağlık sigortası şirketlerine bireysel veya grup olarak kayıt yaptırılmaktadır. 2005 yılında özel sağlık sigortası kapsamında olan bireylerin %60’ının grup sigortasında, %40’ının bireysel sigorta kapsamında kayıtlı olduğu raporlanmıştır (4). Kayıtlı üyelerden toplanan prim gelirleri ile sağlık hizmetleri finansmanını gerçekleştiren özel sigorta şirketleri, sigorta poliçelerini yıllık olarak düzenlemektedir ve her an için kişilerin kapsamdan çıkarılma olasılığı bulunmaktadır (139).

Özel sağlık sigortalarının genellikle farklı teminat paketleri bulunur. Bu teminatlar, hastane tedavi ücretleri, ameliyat masrafları, doktor vizite ücretleri, ilaç giderleri, geniş kapsamlı ve teminatlı sigorta ve maluliyet halinde gelir kaybı sigortasıdır (140). Özel sigorta şirketleri devletin sunduğu hizmetlere ek olarak diş, ayakta genel kontrol (check up) ve göz hizmetleri de sağlamaktadır (5). Sigorta şirketlerinin uygulamalarında farklılıklar olmakla birlikte, herhangi bir tıbbi nedeni olmaksızın periyodik olarak yapılan sağlık kontrolleri gibi harcamalar, genel olarak teminat kapsamı dışındadır.

Türkiye’de, özel sigorta şirketlerinin sağlık sigortaları içinde sahip olduğu pay toplam sağlık güvencesine sahip nüfus içerisinde %1 düzeyindedir (139). Özel sağlık sigortası sistemi kapsamında yer alan birey sayısı Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği tarafından 2002 yılında 697.505, 2003 yılında 704.545 ve 2004 yılında 785.975 olarak raporlanmıştır (141). Aynı rapora göre, 2002 yılında toplam 39 adet olan özel sigorta şirketi 2006 yılında %15 azalarak 33’e gerilemiştir.

Ancak, özellikle kamu sağlık hizmetlerinde kalite, erişim ve hakkaniyet açısından görülen yetersizlikler uygulamada bireylerin ve özel sektörün özel sağlık sigortalarına yönelmesine neden olmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak da kamu ve özel sağlık birimleri sıklıkla birbirleri ile karşılaştırılmaya başlanmıştır (139).

Cepten Harcamalar

Katkı payı, doğrudan ödeme ve informal ödeme şeklinde gerçekleşen cepten sağlık harcamaları Türkiye sağlık sistemi finansmanına önemli katkı sağlamaktadır. Sağlık güvencesi kapsamında olmayan bireyler doğal olarak aldıkları tüm sağlık hizmetleri için doğrudan ödeme yapmaktadır. Sağlık güvencesine sahip bireyler bağlı oldukları sağlık güvencesi programına göre değişmekle birlikte, katkı payı ve doğrudan ödeme şeklinde sistemin finansmanına katkıda bulunmaktadır.

Sağlık güvencesine sahip bireylerin doğrudan yaptıkları ödemeler bağlı buldukları sağlık güvencesi programı tarafından kapsanmayan mal/hizmetler veya kapsanan ancak mal/hizmet alımının prosedüre uygun olmaması nedeniyle yapılan ödemelerdir. Örneğin, SGK’ya devredildikten sonra, 2007 yılında çıkarılan SUT ile SSK, Bağ-Kur ve ES üyeleri için doğrudan ödemeler, SUT listesinde yer almayan ilaçlar ve sağlık hizmetleri için yapılmaktadır. Acil durumlar dışında SGK ile sözleşmesi olmayan sağlık kurumlarından alınan sağlık hizmetleri de SGK’nın geri ödeme kapsamı dışındadır (142).

Katkı payı ödemeleri ayakta ve yatarak sağlık hizmetleri için yapılabilmektedir. Örneğin, SUT ile SGK’ya bağlı bireylere özel sağlık tesisleri ve üniversiteleri de kapsayan sözleşmeli sağlık tesislerinden hizmet alma olanağı tanınmıştır. SUT ile sağlık hizmeti alan bireylerden poliklinik ve ilaç için belli oranlar çerçevesinde katkı payı alınmaya başlanılmıştır. SSK Kanunu kapsamında

sağlık yardımlarından yararlandırılan sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu bireyler, SGK'ndan gelir ve aylık alanlar ve aile bireyleri ile sigortalı iken sigortalılık niteliğini yitiren sigortalı ve bakmakla yükümlü olduğu bireylerin, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayakta tedavilerinde poliklinik muayene katkı payı 1 Temmuz 2007 tarihine kadar 94 YKr, bu tarihten sonra 95 YKr olarak belirlenmiştir (142).

Ayrıca, Bağ-Kur yasası kapsamındaki bireylerin, sağlık kurum ve kuruluşlarındaki ayakta tedavilerinde, SUT listesinde yer alan poliklinik muayene ücreti bedelinin %20'si katkı payı olarak alınmaya başlanmıştır. ES Kanunu kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılan bireyler ise poliklinik muayene katkı payı ödememektedir. Yatarak tedavi sürecinde alınan ilaçların SGK'nın "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi"nde yer almaması durumunda katkı payı ödemesi yapılmaktadır (142).

Sağlık güvencesi kapsamında olsun veya olmasın tüm bireyler informal cepten ödemelerle de sağlık sistemi finansmanına katkıda bulunabilmektedir. Türkiye'de informal ödemelerin boyutu ve hangi tür hizmetlerin finansmanında kullanıldığına ilişkin bilgi sağlayabilecek iki çalışma mevcuttur. Birincisi, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırmasıdır. Bu çalışmada informal ödemelerin toplam cepten harcama içindeki payı %5 olarak belirtilmiştir (5). Ancak bu rakam uluslararası literatürle uyumlu informal ödeme tanımına dayalı olarak belirlenmemiştir. Bu nedenle, bu bulgunun Türkiye'de sağlık amaçlı informal ödeme boyutu hakkında doğru bilgi sağlamadığını söylemek mümkündür.

İkinci çalışma, 2002-2003 yılında Kırıkkale'yi temsil eden bir örneklem ile yapılan çalışmadır. Bu çalışmada, informal ödemelerin toplam cepten harcama içindeki payı yaklaşık %25 olarak belirlenmiştir (7). Bu çalışma, Türkiye'yi temsil etmemekle birlikte, informal ödeme tanımı açısından uluslararası literatürle uyumlu olması ve informal ödemelerin türü ve yapılma nedenleri hakkında detaylı bilgi vermesi açısından önemlidir. Kırıkkale'de gerçekleştirilen bu araştırmada, informal ödemelerin %71.6'sının nakit, %27.5'inin aynı katkı ve %0.9'sinin hediye şeklinde gerçekleştiği bulunmuştur. Sağlık güvencesi olmayan bireyler tarafından yapılan informal ödemeler içinde en önemli kalem aynı katkı ödemeleri olarak belirlenirken,

sağlık güvencesine sahip bireyler için en önemli informal ödeme kalemi tıbbi ve cerrahi hekimlik hizmetleri için nakit olarak yapılan ödemeler olarak belirlenmiştir.

Aynı çalışmada nakit informal ödeme yapmanın en yaygın nedenleri olarak, tedavi esnasında veya gelecekteki başvurularında daha iyi sağlık hizmeti alma isteği belirlenmiştir (sırasıyla, %59.2 ve %14.1). Hediye ödemelerinin temel nedenleri olarak ise, minnettarlık, hekim ile gelecekteki tedaviler için daha iyi bir bağ kurmak, hekimin daha iyi hizmet sunması ve hediyenin bir gelenek olması belirlenmiştir.

Şekil 2.5 Türkiye’de toplam sağlık harcamalarının yıllar itibariyle finansman kaynaklarına göre dağılımını göstermektedir. Genel bütçenin (vergi+fon) sağlık finansmanı içindeki rolünün 1992-2006 yılları arasında genel olarak azaldığı görülmektedir. Toplam sağlık harcaması içindeki payı 1992-1998 yılları arasında %41-47 arasında değişen genel bütçe en önemli finansman kaynağı iken, bu pay, 1999-2000 yıllarında %27 ve %26 olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca, 1999 ve 2000 yılı rakamlarına göre, genel bütçenin finansmana katkısı cepten harcamalardan da düşüktür. 2000 yılına göre 2001 yılında %30,8 artarak %34 olan genel bütçenin payı, 2006 yılında %31 düzeyine gerilemiştir.

Şekil 2.5’de de görüldüğü gibi, genel bütçenin aksine, sosyal güvenlik katkılarının sağlık finansmanına yaptığı katkıda yıllar itibariyle artış eğilimi meydana gelmiştir. 1992 yılında %23 olan sosyal güvenlik sisteminin katkısı 2006 yılında %78,3 artarak %41 seviyesine ulaşmıştır. Bu verilere dayanarak, 2000’li yıllardan itibaren sosyal güvenlik katkılarının Türkiye sağlık sistemi finansmanında en önemli kaynak haline geldiğini söylemek mümkündür.

Bireyler ve hanhalkları tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının Türkiye sağlık sistemi finansmanındaki rolü 1992 yılında %31 iken, 2006 yılında %38,7 azalarak %19 olmuştur. 1992-2000 yılları arasında %28 ile %31 arasında değişen ve oldukça stabil bir eğilim gösteren cepten harcamalarının payı özellikle 2000 yılından sonra azalmıştır.

Finansman kaynaklarının yıllar itibariyle sisteme yaptıkları katkıdaki değişiklikler ilgili yıllar için elde edilen sağlık harcaması rakamlarının farklı araştırmalara dayalı olmasına atfedilebilir. Bu araştırmalar, Tokat tarafından 1992-

1998 yılları arasında yapılan araştırmalar (143-145), Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 1987 ve 1994 Bütçe Araştırmaları ve Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırmasıdır (6). TÜİK 1987 ve 1994 Bütçe Araştırmaları, 1999-2000 Türkiye USH çalışmasında cepten harcamaları tahmin etmek için, Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırması ise 2001-2006 cepten harcamalarını tahmin etmek için kullanılmıştır. Her üç araştırma da yöntem açısından farklılıklara sahiptir.

Tokat tarafından gerçekleştirilen araştırmalarda, cepten sağlık harcaması verileri, anket aracılığı ile özel muayenelerde çalışan hekimlere sorularak toplanmıştır. 1987 ve 1994 TÜİK Bütçe Araştırmasında, Türkiye'yi temsil eden bir hanehalkı örnekleminde, yapılan her tür sağlık harcamalarını sorgulayan bir anket ile cepten harcama verileri toplanmıştır. Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırması ise, önceki iki araştırmadan farklı ve çok detaylı bir anket ile cepten harcamaları sorgulamıştır.

Araştırma yöntemine ilişkin farklılıkların yanı sıra 1992-2006 yılları arasında sağlık sektöründe gerçekleştirilen değişiklikler de cepten harcamaların ve diğer finansman kaynaklarının katkılarını etkilemiş olabilir. Bir başka ifadeyle, finansman kaynaklarının yıllar itibariyle sağlık sektörüne yaptıkları katkılardaki değişiklik gerçek olabilir. Örneğin, Tokat tarafından gerçekleştirilen 1992-1998 araştırmaları her ne kadar sadece özel muayenehanelere yapılan cepten harcamaları kapsamış olsa da, ilgili yıllar sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve hizmet kalitesi ile ilgili önemli sorunların yaşandığı ve dolayısıyla özel muayenehanelere ödemelerin yaygın olduğu yıllar olarak nitelendirilebilir. Örneğin, Kaya'nın 1992 yılında yapmış olduğu (146) Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Bakım Hizmetlerinin Potansiyel ve Gerçekleşen Kullanılabilirliği konulu araştırmasında, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğu halde çeşitli nedenlerle bu hizmetleri kullanamayan kişiler belirlenmiştir. Araştırmada, incelenen bireylerin %8'inin ihtiyaı olduğu halde hizmetlerin çok pahalı olması, randevu almanın zorluğu ve bekleme süresinin uzunluğu nedenleriyle sağlık hizmetlerini kullanmadığı belirtilmiştir.

Özel hekim hizmetleri için önemli boyutta cepten harcama yapılmış olmasına katkıda bulunan erişim, kullanım ve kalite ile ilgili sorunlar arz ile ilgili faktörlerin

yanı sıra talep ile ilgili faktörler ile de açıklanabilir. Bu anlamda, sağlık hizmetlerine talebi etkileyen önemli bir faktör olarak finansal engelin cepten harcama oranlarındaki değişikliğe katkıda bulunmuş olması muhtemeldir. 1990'lı yıllara göre, 2000'li yıllarda sosyal güvenlik katkılarındaki artış ve cepten harcamalardaki azalma, sağlık güvencesi kapsamının genişlemesi ile de açıklanabilir. Devlet Planlama Teşkilatı ve sosyal güvenlik kurumları verilerine göre, 1990 yılında yaklaşık 36,5 milyon bireye sağlık güvencesi sağlayan sosyal güvenlik kurumları kapsamı genişleterek birey sayısını 2006 yılında 58,5 milyon bireye yükseltmiştir (147). Bu değişikliğin sağlık hizmetleri kullanımını artırması ve cepten harcamaları etkilemiş olması yüksek bir olasılıktır. Diğer değişiklikler aşağıda sunulmaktadır.

Türkiye'de uzun yıllar ilaç katkı payları doğrudan bireyler tarafından eczanalara ödenmiştir. Ancak, bu sistem bireylerin ilaç katkı paylarını birçok kereler eczane ile anlaşmalı olarak ödememelerine yol açmıştır. Ayrıca, bu sistem, bireylerin reçetelenen ilaçlar yerine eczaneden başka ihtiyaçlarını temin etmelerine ve dolayısıyla gereksiz ilaç harcamasına katkı bulunmuştur. Muhasebat Genel Müdürlüğünün 2003 yılında uygulamaya koyduğu 590 nolu tebliği ile birlikte, ilaç katkı payları doğrudan çalışanların maaşlardan kesilmeye başlanmıştır. Bu düzenleme, ilaç katkı payı ödemelerini artırmış olabilir.

5027 sayılı 2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu'nun 49. maddesine dayalı olarak ve 01.01.2004 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere SB'na bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan personele Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışan personele Döner Sermayeden Ek Ödeme Yapılmasına Dair Yönerge yürürlüğe girmiştir (148). Bu yönergeler döner sermayeden yapılan ödemenin hesaplanma sistemini değiştirmiştir. Verilen hizmet sayısının göz önünde bulundurulduğu bu ödeme sistemi, özellikle 2004 yılında genel bütçe ve sosyal güvenlik programlarının yaptığı katkıları artırmış olabilir.

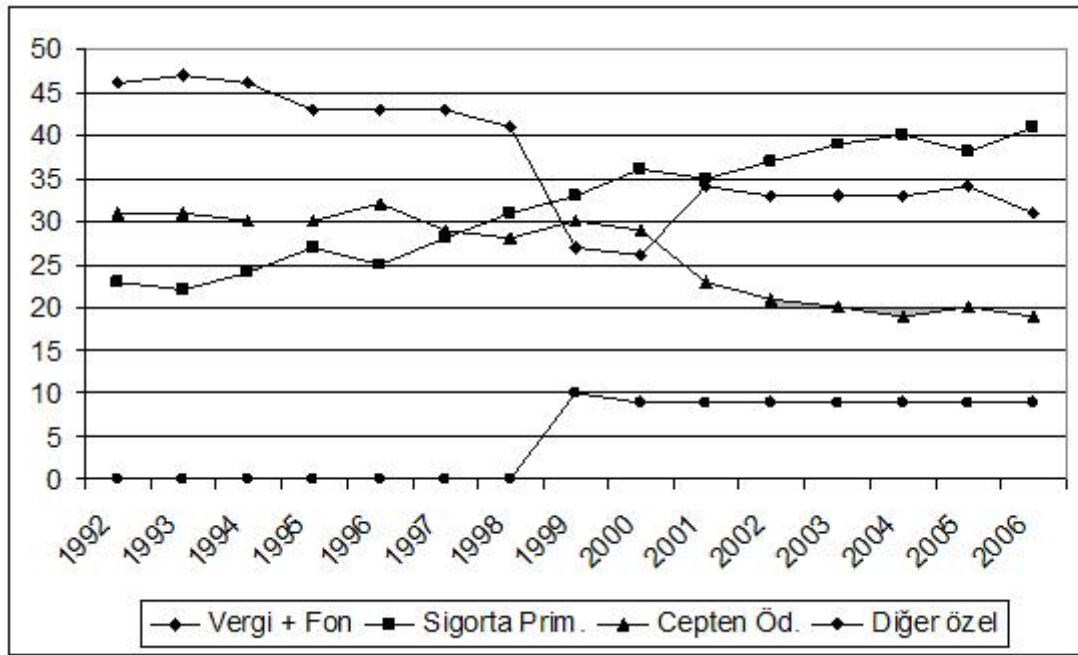
2004 yılından itibaren 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanmasına İlişkin Yasa"da yapılan değişiklikle, Yeşil Kart sahiplerinin yararlandıkları ayakta sağlık hizmetlerinin kapsamı genişletilmiştir. Yeşil Kart sahipleri birinci, ikinci ve üçüncü

basamak sağlık tesislerinde ayakta tedavi kapsamında alacakları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi, diş protez, gözlük hizmetleri ve ilaç bedelleri geri ödeme kapsamına alınmıştır. Bu düzenleme, Yeşil Kart'lıların cepten harcamalarında azalma yaratmış olabilir. Ancak, bu uygulama ilaç harcamalarında artışa neden olduğu için, Yeşil Kart sahiplerinin ilaç alımında %20 katkı payı ödemesini öngeren kanun 27 Nisan 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir (149). Bu değişiklik, 2005 yılında cepten harcamalardaki artışa katkıda bulunmuş olabilir.

2005 yılında sağlık tesisleri SB'na ve 2006 yılında kurum olarak SGK'ya devredilmeden önce, SSK'ya bağlı bireylerin yaptıkları doğrudan ve katkı şeklindeki harcamaları da cepten harcamalardaki değişikliği açıklayabilir. Sevk almadan üniversite hastaneleri ve özel sağlık kuruluşlarından alınan hizmetler için doğrudan ödeme yapılmak zorunda kalınması ve SSK sağlık tesislerinden duyulan memnuniyetsiz nedeniyle özellikle özel hekim muayeneleri için yapılan harcamalar, cepten harcamalardaki değişikliği açıklamaya katkıda bulunabilecek örneklerdir.

SUT öncesinde, sağlıkla ilgili çeşitli mal/hizmetler için cepten harcamaları ve sosyal güvenlik katkısını etkileyebilecek geri ödeme politikaları söz konusu olmuştur. Örneğin, motorlu malul arabası Bağ-Kur ve ES kapsamında olan bireyler için geri ödeme kapsamında yer almamış, SSK kapsamında olan bireylerden de sadece aktif sigortalılar için geri ödeme yapılmıştır. Ambulans hizmetleri Bağ-Kur üyeleri için geri ödeme kapsamı dışında tutulurken, SSK mensupları için belediye/büyükşehir belediyesi mücavir alan dışına ambulans bedelinin geri ödemesi yapılmıştır. ES üyeleri için ise, şehir içi ve şehir dışı ambulans bedelleri geri ödeme kapsamında yer almıştır.

Ayrıca, Türkiye'de uzun yıllar kamu sağlık birimlerinden alınan sağlık hizmetleri için sağlık birimlerine bağlı derneklere "bağış" olarak cepten harcama yapılmıştır. Yasal olarak gönüllülük esasına dayalı olmasına rağmen, sağlık hizmeti almak için bir ön koşul olarak yürürlükte olan bu uygulama, 2005 yılında kaldırılmıştır. Bu değişiklik, cepten harcamaları etkilemiş olabilir.



Şekil 2.5. Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Yıllar İtibariyle Finansman Kaynaklarına Göre Dağılımı (%)

SB çalışmaları ve Tokat (134,137,143-145)’dan alınmıştır.

2.7. Türkiye’de Cepten Sağlık Harcamaları ve Hakkaniyet Arasındaki İlişkiyi Değerlendiren Çalışmalar

Türkiye’de cepten sağlık harcaması ve dikey hakkaniyet arasındaki ilişkiyi doğrudan inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak bu konuda yorum yapmaya yardımcı olabilecek bazı çalışmalar mevcuttur (5-8). Türkiye 1999-2000 USH projesi kapsamında yapılan Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırması verilerinin analiz edildiği SB çalışması, cepten harcama ve ödeme gücü arasındaki ilişki konusunda bireysel düzeyde tanımlayıcı bilgi vermektedir (6). Araştırma verisi, Türkiye’yi temsilen seçilen toplam 10.675 hanede yaşayan 42.177 kişiyi (ağırlıklı örneklem ile yaklaşık 71 milyon kişiyi) kapsamaktadır. Cepten harcamalardaki aşırı değerlerin analiz dışında bırakıldığı bu çalışmaya göre, beşinci gelir dilimindeki (zengin) kişiler, birinci gelir dilimindekilere (yoksul) göre ortalama daha fazla cepten sağlık harcaması yapmaktadır.

Liu ve arkadaşlarının yaptığı “Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları” konulu çalışma, Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 araştırmasından elde edilen verileri kullanarak yapılmış regresyona dayalı analitik bir çalışmadır (5).

Ancak araştırmada çok değişkenli regresyon analizi bulguları sadece istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler itibariyle sunulmaktadır. Bu nedenle, gelir ile cepten harcama arasındaki ilişki konusunda araştırmanın tanımlayıcı bulguları bilgi sağlamaktadır. Bu araştırma, SB alışması ile aynı veri setini kullandığından, cepten harcama ile gelir arasındaki ilişki SB alışması ile uyumludur.

Başara'nın "Türkiye'de Cepten yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler" konulu alışması, Türkiye Ulusal Hastalık Yüku ve Maliyet-Etkililik alışması Hanehalkı Araştırması 2003 verileri kullanılarak yapılmış regresyona dayalı analitik bir çalışmadır (8). Araştırmada kullanılan veri seti, Türkiye genelinde toplam 11.481 haneyi ve bu hanelerde yaşayan toplam 48.057 kişiyi kapsamaktadır. Bu çalışmada, cepten harcama değerleri yerine, cepten harcama yapma durumu esas alınarak analizler yapılmıştır. Araştırmada, gelir arttıka bireylerin cepten harcama yapma olasılığının istatistiksel olarak anlamlı şekilde arttığı bulunmuştur.

Tatar ve arkadaşlarının "Formal ve İnfomal Hanehalkı Sağlık Harcamaları" konulu araştırması Kırıkkale ilinde, yaklaşık 4000 kişi ile Aralık 2002 ve Ocak 2003 tarihleri arasında yapılmıştır (7). Temel amacın infomal cepten sağlık harcamalarının boyutunu, türlerini ve nedenlerini belirlemek olduğu araştırma, toplam cepten sağlık harcamalarında dikey hakkaniyete ilişkin tanımlayıcı bilgi de sağlamaktadır. Bu çalışmada hanehalkı geliri (tüketim harcaması itibariyle) arttıka, cepten harcamaların arttığı belirlenmiştir. Araştırma Türkiye'nin genel özelliklerini taşıyan bir ilde gerçekleştirilmiş olmasına rağmen, diğer araştırmalardan farklı olarak, araştırma bulguları dışsal geçerlilik açısından zayıftır.

Yukarıda açıklanan çalışmaların iki önemli ortak kısıtlılığı vardır. Birincisi, çalışmaların kesitsel veriye dayalı olması ve dolayısıyla cepten harcama ve dikey hakkaniyet ilişkisi hakkında sınırlı bilgi vermeleridir. İkinçisi, çalışmaların aynı yıllarda yapılmış olmasıdır. Ancak, mevcut çalışmaların yapıldığı 2002-2003 yıllarından sonra, önceki bölümde de anlatıldığı gibi, Türkiye sağlık sektöründe birçok değişiklik yapılmıştır ve bu değişiklikler cepten harcama boyutunu ve dikey hakkaniyetle olan ilişkisini etkilemiş olabilir.

Sonuç olarak, Türkiye sağlık sektöründe yaşanan bu ve benzeri değişiklikler cepten sağlık harcamalarının boyutunu ve cepten harcamalarda hakkaniyeti etkileme potansiyeline sahiptir. Sağlık reformlarının gerçekleştirildiği ve mevcut çalışmalarda kapsanmayan yıllar itibariyle, Türkiye genelinde hanehalkı cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyete olan etkilerine odaklanan bir araştırmaya ihtiyaç olduğu açıktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde, çalışmanın amacı, problem cümlesi, hipotezleri, araştırma tasarımı, araştırmada kullanılan verinin kaynağı, araştırmanın evren ve örneklemini anlatılmaktadır. Bu bölüm ayrıca araştırmada yer alan değişkenler ve ölçüm şekilleri ve araştırma hipotezinin test edilmesinde kullanılan analiz yaklaşımı hakkında bilgileri içermektedir.

3.1. Amaç Cümlesi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de hanehalklarının sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten harcamalarda dikey hakkaniyeti değerlendirmektir.

3.2. Problem Cümlesi

Bu çalışmanın yukarıda belirtilen amacı doğrultusunda problem cümlesini, dikey hakkaniyet bakış açısıyla aşağıdaki soru oluşturmuştur:

“Türkiye’de hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcaması ile ödeme güçleri arasındaki ilişki nedir?”

3.3. Hipotez

Araştırmanın problem cümlesini oluşturan soruyu cevaplandırmak amacıyla, cepten sağlık harcaması ve ödeme gücü arasındaki ilişki hakkında bilgi veren Türkiye’deki mevcut çalışmalara dayalı olarak sadece bir hipotez belirlenmiştir. Bu hipotez aşağıdaki gibi oluşturulmuştur:

“Hanehalkının ödeme gücü arttıkça, cepten sağlık harcaması artmaktadır”.

3.4. Araştırma Tasarımı

Bu çalışma deneysel olmayan, çok zamanlı bir çalışmadır (non-experimental longitudinal study). Kesitsel araştırma tasarımı yerine bu tasarımın kullanılma nedeni, kesitsel araştırmanın cepten sağlık harcaması ile ödeme gücü arasındaki ilişki konusunda daha sınırlı bilgi sağlamasıdır (150). Son yıllarda Türkiye sağlık sektöründe yaşanan ve planlanan değişiklikler dikkate alındığında, bu tasarım kesitsel araştırmaya göre incelenecek konu hakkında daha doğru bilgi verecektir.

3.5. Veri Kaynağı

Bu araştırmada, ikincil veri kaynağı kullanılmıştır. Bu kaynak, TK tarafından oluşturulan 2003, 2004, 2005 yıllarına ait Hanehalkı Bütçe Araştırması veri setleridir. TK 2003-2005 yıllarına ait veri setlerinin kullanılma gerekçeleri aşağıda sunulmaktadır:

1. Hanehalkı gelir ve harcama araştırması verileri, uluslararası literatürde hanehalkı cepten sağlık harcaması ve ödeme gücü ile ilgili analizlerde kullanılması en uygun veri kaynağı olarak önerilmektedir (20).
2. Ulusal boyutta cepten sağlık harcamaları ve ödeme gücü ile ilgili sadece iki veri kaynağı vardır: TK Bütçe Araştırması ve Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması. Bu iki veri kaynağı sağlık harcaması tanımı, veri toplama aracının içeriği, anket uygulama yöntemi gibi birçok açıdan farklılık göstermektedir. TK Bütçe Araştırması, hanelerin sosyo-ekonomik yapıları, yaşam düzeyleri, tüketim kalıpları hakkında bilgi veren ve toplumun ihtiyaçlarının belirlenmesi, kullanılabilir gelirin haneler ya da fertler arasında ne Şekilde dağıldığının bilinmesi ve uygulanan sosyo-ekonomik politikaların geçerliliğinin test edilmesi amacıyla kullanılan en önemli kaynaklardan biridir. İkinci veri kaynağı ise, araştırmada kullanılan anketin tasarımından dolayı, sağlık harcamaları hakkında daha sistematik veri sağlamaktadır. Ancak, bu veri seti kamunun bilimsel araştırmalarda kullanmak amacıyla kullanımına açık değildir. Bu nedenle, bu çalışmada TK Bütçe Araştırması verileri kullanılmıştır.
3. TK 1987 yılından bu yana cepten sağlık harcamaları ile ilgili veri toplamasına rağmen, Bütçe Araştırmasını 2002 yılından itibaren düzenli olarak geekleştirmektedir. Kamunun kullanımına sunulan veri seti ise, sadece 2003-2005 yıllarına ait veri setleridir. Bu nedenle, bu araştırmada 2003-2005 yıllarına ait veriler kullanılmıştır.

TK Hanehalkı Bütçe Araştırması, zel olarak tasarlanmış bir anket aracılığı ile yapılmıştır. TK Bütçe Araştırması anketi üç ana bölümden oluşmaktadır (EK 1):

- 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.

Bütçe Araştırması anketinin alan uygulaması; anketör, kontrolör, organizatör ve teknik yetkili olarak görevlendirilen elemanlarca yapılmıştır. Verilerin toplanmasında görüşme, gözlem ve kayıt yöntemleri birlikte uygulanmıştır. Her anketör, her ay ortalama 6 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 hanehalkını ayda ortalama 8 defa ziyaret ederek tüketim harcaması ve gelir bilgilerini kayıt etmiştir.

Anket ayı öncesinde örnekleme giren hanelere yapılan ilk ziyarette, hanehalkı ile tanışma sağlandıktan sonra hanehalkının sosyo-ekonomik durumuna ait bilgiler alınmış ve hanelere hanehalkı ve fert harcama kayıt defterleri verilerek bu defterlerin nasıl doldurulacağı açıklanmıştır. Hanehalkı Günlük Harcama Kayıt Defteri, hanehalkının anketin uygulandığı ay süresince yapacağı tüm harcamaların hane tarafından unutulmadan kaydedilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Günlükler, ay içerisinde her hafta değiştirilmiştir. Hane için yapılan harcamalar, hanehalkı içinde okuma-yazma bilen fertler tarafından ilgili haftanın hanehalkı harcama kayıt defterine kaydedilmiştir. Günlüğe kaydedilen maddelerin aşağıdaki sıraya göre kaydedilmesi istenmiştir:

- Satın alınan mal ve hizmetin adı
- Markası
- Cinsi ve ayrıntılı tanımı
- Ölçü birimi
- Miktarı
- Piyasa birim fiyatı
- Toplam değer
- Peşin ödenen
- Alışverişin yapıldığı yer

Ferdi Harcama Kayıt Defteri, anketin uygulandığı ay süresince yapılan bireysel harcamaların unutulmadan kayıt edilmesini sağlamak amacıyla cep formu şeklinde hazırlanmıştır. Bu defter, hanede 14 yaşından büyük çalışan ve öğrenci fertlere verilmiştir.

Anket ayı içinde yapılan ziyaretler sırasında, hanenin anket ayı içinde yaptığı gıda, giyim, sağlık, ulaştırma, eğitim gibi çeşitli tüketim harcamaları hanehalkına bırakılan kayıt defterinden kayıt etme ve görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanedeki fertlerin anket ayı içindeki istihdam durumu, iktisadi faaliyeti, mesleği, işteki durumu, anket ayı ve son bir yıl içerisinde elde ettiği gelir bilgileri elde edilmiştir. Böylece, örnekleme giren her hanenin anketin uygulandığı ay boyunca yapmış olduğu harcamalar, elde ettiği gelirler ve diğer bilgiler elde edilerek anket formuna aktarılmış ve veri seti yaratılmıştır. TÜİK Bütçe Araştırması veri setlerinde sağlık harcamaları hanedeki her bir fert için değil, hanenin tamamı için verileri içermektedir.

3.6. Evren

TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan tüm hanehalkı fertlerini kapsamıştır. TÜİK Bütçe Araştırmasında yaşlılar evi, huzur evleri, hapishane, askeri kışla, hastane, üniversite yurtları, yetiştirme yurdunda bulunan nüfus ile göçer nüfus uygulama zorluğundan dolayı kapsam dışında bırakılmıştır (151). Hanehalkı mensubu olmayan bu nüfus, kurumsal nüfus

(institutional population) olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, bu çalışmanın araştırma evrenini 2003, 2004, 2005 yıllarında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan, kurumsal olmayan hanehalklarının tamamı oluşturmuştur.

3.7. Örneklem

TÜİK, Hanehalkı Bütçe Araştırması anketinin uygulanacağı hanelerin seçiminde tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanmıştır. Birinci aşamada örneklem birimi olarak bloklar seçilmiştir. Blokların seçiminde iki kaynaktan elde edilen örneklem çerçevesi kullanılmıştır. Bu kaynaklar 1) Belediye teşkilatı olan yerleşim yerleri için TÜİK tarafından 2000 yılında gerçekleştirilen Genel Bina Sayımı ile 2000 Numaralama Çalışması Form Nüfus 1 bilgileri ve 2) Belediye teşkilatı olmayan yerleşim yerleri (köyler) için 1997 Genel Nüfus Tespiti sonuçlarıdır.

Bu çerçeve kullanılarak oluşturulan bloklardan nüfus büyüklüğüne orantılı olasılık ile bloklar seçilmiş ve bu bloklarda adres güncelleme (listeleme) çalışması gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada adres listeleme anketleriyle, hanehalkı reisinin öğrenim durumu, istihdam durumu, yaptığı iş, konutun mülkiyet durumu ve ısıtma sistemi, hanede bulunan toplam fert sayısı, 15 yaş ve üzeri yaştaki fert sayısı ve tarımsal bilgilerine ilişkin değişkenler gruplandırılarak nihai örneklem birimi olan haneler sistematik olarak seçilmiştir.

Örnekleme seçilen asıl hanehalkı ile anket yapılamaması durumunda ikame yaklaşımı kullanılmıştır. Örnekleme seçilen asıl hanehalkının anketin uygulanmasını kabul etmemesi, kapıyı açmaması, evde bulunmaması, anketi önce kabul edip daha sonra vazgeçmesi, başka bir yere taşınması, verilen adresin bulunamaması, sağlık sorunu olması, hanehalkının çok yaşlı ve işitme veya görme engelli olması durumlarda kabul edilebilir birim olmaması anketin yapılamayacağı durumlardır. Bu durumlarla karşılaşıldığında anketin en sonunda yer alan “Cevaplamama Soru Formu” doldurularak bu hanenin ikamesi olan haneye anket uygulanmıştır.

2003-2005 Hanehalkı Bütçe Araştırması anketleri 1 Ocak – 31 Aralık tarihleri arasında örnekleme seçilen hanelere uygulanmıştır. TÜİK tarafından veri setleri ile birlikte sağlanan “Hanehalkı Bütçe Anketlerinin Uygulama Yöntemi, Tanım ve

Kavramlar” başlıklı dokümana göre, 2003 yılı araştırmasında bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 2.160, yıllık toplam 25.920 hanehalkından; 2004 yılı araştırmasında bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8.640 hanehalkından; 2005 yılı araştırmasında ise, bir yıl süre ile her ay değişen aylık toplam 720, yıllık toplam 8.640 hanehalkından veri toplanmıştır.

Ancak, “bülten” numaraları itibariyle her yılın veri seti incelendiğinde, ilgili yılda Bütçe Araştırması anketinin uygulandığı belirtilen toplam hanehalkı sayısı (43.200 hanehalkı) ile tutarlı olmadığı belirlenmiştir. Her yıla ait veri setinde hiçbir şekilde verisi olmayan toplam hanehalkı sayısı 2003 yılında 156, 2004 yılında 96, 2005 yılında 81’dir. Dolayısıyla, verisi mevcut olan toplam hanehalkı sayısı 2003 yılında 25.764 (25.920 hanenin %99,4’ü), 2004 yılında 8.544 (8.640 hanenin %98,9’u), 2005 yılında 8.559 (8.640 hanenin %99,1’i) olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın örneklemini toplam 42.867 hanehalkından oluşmuştur (43.200 hanenin %99,2’si). Toplam 42.867 hanehalkının %60,1’i (25.764 hanehalkı) 2003 yılına, %19,9’u (8.544 hanehalkı) 2004 yılına ve %20’si (8.559 hanehalkı) 2005 yılına aittir.

Bu araştırmada cepten sağlık harcaması ile gelir arasındaki ilişki incelendiğinden, seçim kriterleri uygulanmıştır. En önemli seçim kriteri, sağlık amaçlı cepten harcama yapmayan hanelerin araştırma kapsamı dışında bırakılmasıdır (toplam 24.177 hane, 42.867 hanenin %56,4’ü). Böylece, cepten sağlık harcaması yapan toplam hanehalkı sayısı 2003 yılında 15.267 (24.177 hanehalkının %63,1’i), 2004 yılında 4.684 (24.177 hanehalkının %19,4’ü) ve 2005 yılında 4.226 (24.177 hanehalkının %17,5’i) olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, bu araştırmanın örneklemini 18.690 hanehalkından oluşmuştur (42.867 hanehalkının %43,6’sı).

3.8. Değişkenler

Türkiye’de cepten sağlık harcaması ve ödeme gücü arasındaki ilişki, bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenleri kullanılarak değerlendirilmiştir (Tablo 3.1). Bu değişkenlere ilişkin açıklamalar aşağıda sunulmaktadır.

3.8.1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni cepten sağlık harcamasıdır. Bu değişken iki farklı şekilde ölçülebilmektedir:

1. Hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcaması (mutlak değer) (51,111,114,152) ve
2. Hanenin yıllık toplam geliri (veya tüketim harcaması) içinde cepten sağlık harcamasının oranı (göreceli değer) (46,50,51,103,104,111,114,115,125,153).

Cepten sağlık harcaması değişkeninin ikinci formu, dikey hakkaniyetin ölçülmesi bölümünde de belirtildiği gibi, cepten harcamada artan oranlılığı ölçmenin doğrudan ölçüsü olarak kabul edilmektedir (20). Bazı çalışmalarda cepten harcama değişkeninin her iki formu da kullanılmaktadır (51,111,114). Bu araştırmada da aynı yaklaşım izlenmiştir çünkü cepten harcama ve dikey hakkaniyet ilişkisini değerlendirmede kullanılan farklı yaklaşımlar her iki değişkenin de kullanılmasını gerektirmiştir. Değişkenin ikinci formu, hanenin toplam yıllık kullanılabilir geliri içinde cepten sağlık harcamasının oranı olarak tanımlanmıştır. Gelir değişkeni, bağımsız değişken ile ilgili bölümde detaylı olarak açıklanmaktadır.

TÜİK veri setinde cepten sağlık harcaması, hanelerin bir ayda sağlık amaçlı cepten yaptıkları çok sayıda harcama kalemlerinin toplamından oluşmaktadır. Harcama kalemlerinin ayrıntılı dökümü EK 2’de sunulmaktadır. Cepten sağlık harcamasını oluşturan kalemler ana gruplar itibariyle aşağıda sunulmaktadır:

1. Tıbbi ürünler, aletler ve malzemeler için yapılan harcamalar,
2. Ayakta tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar,
3. Yataklı tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar.

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. Ayrıca, ayakta ve yatarak alınan sağlık hizmetleri için referans dönem aynıdır. Bu araştırmada cepten harcama değişkeni, hanehalkının yıllık toplam harcaması olarak tanımlandığı için her hanenin aylık cepten sağlık harcaması verisi 12 ile çarpılarak yıllık rakamlar elde edilmiştir.

Bütçe Araştırması örnekleminde yer alan haneler yıl içinde farklı aylarda cepten sağlık harcaması yaptığı için, aylar arasındaki enflasyonun cepten harcamalara olan etkisinin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Ancak, bu araştırmada cepten sağlık harcaması verileri birden fazla yılı (2003-2005) kapsadığı için, aylar arasında değil, yıllar arasında cepten harcamalarda enflasyona atfedilebilecek farkın ortadan kaldırılması gerekliliği doğmuştur. Bir başka ifadeyle, nominal cepten harcama değerlerinin reel değerlere dönüştürülmesi (deflate edilmesi) gerekmiştir. Uzun zamanlı veri analizlerinde deflate işlemi için kullanılan çeşitli fiyat endeksleri mevcuttur. Bunlar, gayri safi yurtiçi hasıla fiyat endeksi (GSYHFE) (GDP price index—GDP deflator), üretici fiyat endeksi (ÜFE) (producer price index) ve tüketici fiyat endeksidir (TÜFE) (Consumer Price Index).

GSYHFE, üretilen miktardaki artıştan çok, yurt içinde *üretilen* tüm mal ve hizmetlerin fiyatlarındaki artışı yansıtır. Dolayısıyla bu endekste, belli bir zamanda üretilen mal ve hizmetlerin fiyatı ile temel yılda üretilen mal ve hizmetlerin fiyatı karşılaştırılır. GSYHFE, sabit ağırlıklı bir fiyat endeksidir (mal ve hizmet karışımının sabit olduğu bir sepetin¹ fiyatına dayalı endekstir). Bu nedenle üretilen mal veya hizmetlerin göreceli karışımındaki değişikliği dikkate almaz ve GSYH'deki artışı olduğundan daha büyük gösterir. GSYHFE'nin yanlılığa neden olan bu özelliği nedeniyle, 1995 yılında sabit ağırlıklı GSYHFE yerine, zincir ağırlıklı GSYHFE hesaplanmıştır. Gayri safi yurtiçi hasıla zincir ağırlıklı fiyat endeksi (gross domestic product chain weighted price index) olarak adlandırılan bu endeks, genel olarak tüm ekonomi için enflasyonun en kapsamlı ölçütüdür ve üretilen mal ve hizmetlerdeki değişikliklere göre sepetin güncellendiği bir endekstir. Gayri safi yurtiçi hasıla deflatörü, genel ekonomideki reel büyüme veya bireyler dışındaki kamu ve diğer kurumlar tarafından gerçekleştirilen satın alımlar ölçüldüğünde uygun bir fiyat endeksidir (154,155).

ÜFE, ham maddeden tamamlanmış ürüne varıncaya değin üreticilerin üretim sürecinde kullanmak için satın aldıkları tüm girdilerdeki ortalama fiyat değişikliklerini yansıtır. Daha açık bir ifadeyle, ÜFE, sağlık hizmeti üretim süreci maliyetlerine girdi fiyatlarındaki değişikliklerin etkisini ölçmeyi sağlar. Ancak,

¹ Sepet, bir fiyat endeksini hesaplamada kullanılan mal ve hizmetlerin miktarları ve türlerini yansıtır. Sepetin içeriği üretilen ve tüketilen mal ve hizmetlere bağlı olarak belirlenir.

sağlık sektörü için ÜFE oldukça yenidir. Bu endeks, odaklanılan konu girdi ve çıktı üretimi olduğunda uygun bir endekstir. Genellikle, uzun vadeli satış sözleşmelerindeki fiyat artışlarını hesaplamak için kullanılır. Ayrıca, gelecekte ekonomideki değişikliklerin önemli bir göstergesidir (154,155).

TÜFE, ekonomideki genel fiyat düzeyini ölçmede kullanılır ve *tüketiciler tarafından satın alınan* tüm mal ve hizmetlerin fiyatlarını yansıtır. Dolayısıyla TÜFE'deki yüzde değişimi enflasyon hızını gösterir. GSYHFE gibi TÜFE de sabit ağırlıklı bir fiyat endeksidir. Sepet, bireylerin günlük yaşamlarında kullandıkları mal ve hizmetlerden oluşur. Sepet içinde yer alan her mal ve hizmetin göreceli parasal değeri, temel yıldaki parasal değere bağlıdır. TÜFE, fiyat değişikliklerinin bireyler ve hanhalklarının satın alma gücüne etkisi ölçülmek istendiğinde uygun bir endekstir (154,155).

Sağlığa özel TÜFE, TÜFE hesaplaması için oluşturulan sepetin içindeki unsurlardan biridir. Bir başka ifadeyle, sağlığa özel TÜFE, diğer tüketim harcaması kalemlerini de (gıda, giyim, ev eşyası, ulaştırma, haberleşme gibi) içeren genel TÜFE'nin sağlık amaçlı olan unsurudur ve hanelerin cepten yaptıkları harcamalara dayalı olarak hesaplanır. Bu araştırmada, genel ekonomideki reel büyüme veya hanhalkları dışındaki kurumların sağlık harcamaları açısından değil, hanhalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamaları açısından değerlendirme yapıldığı için, TÜFE'nin ve onun bir alt unsuru olan sağlığa özel TÜFE'nin kullanılması enflasyonun etkisini ortadan kaldırmada en uygun endeks olarak değerlendirilmiştir. Bu endeks, cepten sağlık harcamaları ile ilgili çalışmalarda kullanımı en yaygın endekstir (156,157).

Bu araştırmada cepten sağlık harcaması verileri TÜİK tarafından sağlanan sağlığa özel TÜFE ile deflate edilmiştir (158). Dolayısıyla, cepten harcamalarda yıllar arasında meydana gelen artış/azalış, sağlık hizmetleri için fiyat değişiklikleri dışındaki faktörlere atfedilmiştir. Cepten sağlık harcaması verilerinin deflate edilmesi için, 2003 yılı temel/baz yıl alınarak (2003=100) 2004 ve 2005 yıllarında Aralık ayı itibariyle sağlığa özel TÜFE değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılmıştır. Doğrudan TÜFE değerlerinin kullanılmama nedeni, temel yılın TÜFE değerinin 100'e eşit olmamasıdır. Bu durumda, deflate işlemi; temel yılın TÜFE değerini 100

kabul ederek diğer yılların TÜFE değerlerini buna göre yeniden düzenleyerek ya da temel alınan yıla göre incelenen yılların TÜFE değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılarak yapılmaktadır. Her iki yaklaşım da aynı sonuçları üretmektedir. TÜİK, enflasyonun etkisini ortadan kaldırmak için yüzde değişimlerini kullanmaktadır. Bu araştırmada da aynı yaklaşım izlenmiştir.

TÜİK, sağlığa özel TÜFE değerlerini sağladığından, TÜFE değerlerindeki değişim yüzdeleri aşağıda belirtilen şekilde hesaplanmıştır:

- *2003 yılına göre 2004 yılında sağlığa özel TÜFE değişim yüzdesi = 1,116956754*
 - *2004 yılı TÜFE değeri / 2003 yılı TÜFE değeri = 112,1963551 / 100,4482535*
- *2003 yılına göre 2005 yılında sağlığa özel TÜFE değişim yüzdesi = 1,112513*
 - *2005 yılı TÜFE değeri / 2003 yılı TÜFE değeri = 111,75 / 100,4482535*

Belirlenen bu değişim yüzdeleri kullanılarak 2004 ve 2005 yıllarına ait cepten sağlık harcamaları aşağıda sunulan formüle göre deflate edilmiştir:

$$2004 \text{ (2005) yılında her hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcaması} / 2003 \text{ yılına göre } 2004 \text{ (2005) yılında sağlığa özel TÜFE değişim yüzdesi}$$

Örneğin, 2004 yılında bir hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcaması 150 YTL olduğunda, bu hanenin 2004 yılında reel cepten sağlık harcaması 134,29347 YTL ($150 / 1,116956754$) olacaktır. Böylece, bu hanenin 2004 yılında gerçekleştirdiği cepten sağlık harcaması 2003 yılına çekilerek enflasyonun etkisi ortadan kaldırılmış ve cepten sağlık harcaması açısından 2003 yılındaki haneler ile karşılaştırılabilir duruma getirilmiştir. Sonuç olarak, cepten sağlık harcaması açısından araştırma kapsamındaki tüm haneler 2003, 2004 ve 2005 yıllarında karşılaştırılabilir duruma getirilmiştir.

3.8.2. Bağımsız Değişken

Araştırmanın bağımsız değişkeni ödeme gücüdür. Ödeme gücü değişkeni de cepten harcama değişkeninde olduğu gibi iki farklı şekilde ölçülebilmektedir:

- 1) Gelir (50,51,104,115) ve
- 2) Tüketim harcaması (46,103,111,114,152,153).

Gelir, ödeme gücünün doğrudan göstergesidir (20). Bu nedenle, bu araştırmada ödeme gücü, hanenin toplam yıllık kullanılabilir geliri ile ölçülmüş ve her hanenin gelir seviyesi %20'lik gelir dilimindeki yeri itibariyle tanımlanmıştır. Kullanılan veri setinde hanehalkı geliri, anket kapsamında görüşme yapılan tüm hanelerin son bir yılda elde ettiği toplam kullanılabilir hanehalkı gelirleri olarak tanımlanmıştır. Hanehalkı fertlerinden gelir getirenlerin çalıştıkları işlerden kazandıkları gelir, sermaye ve mülk (ücret, kâr, faiz, kira) geliri ile emekli maaşı, dul-yetim aylıkları ve yaşlılara yapılan ödemeler, karşılıksız burs ve benzeri transfer gelirlerinden oluşan aynı ve nakdi gelirlerin toplamı kişisel kullanılabilir gelir miktarını oluşturmuştur. Hanede yer alan her ferdin kişisel yıllık kullanılabilir gelir toplamından hanehalkı yıllık kullanılabilir geliri elde edilmiştir.

Bütçe Araştırması anketi bir yıl boyunca her ay uygulandığı için, gelirlerin referans dönemi farklı ayları temsil etmektedir. Bu durumda, tüm hanehalklarının gelirleri itibariyle karşılaştırılabilir duruma getirilebilmesi amacıyla ankette elde edilen yıllık gelirlerin TÜFE ile ayarlanarak aylar arasındaki enflasyon farkının ortadan kaldırılması gerekmektedir. Ancak, cepten sağlık harcaması değişkeninde olduğu gibi, bu araştırmanın verileri 2003-2005 yıllarını kapsadığı için aylar arasında değil, yıllar arasındaki enflasyon farkının ortadan kaldırılması gerekliliği doğmuştur. Hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelir verileri TÜİK tarafından sağlanan, Aralık ayı itibariyle genel TÜFE değerlerindeki değişim yüzdeleri kullanılarak reel değerlere dönüştürülmüştür. 2004 ve 2005 yıllarındaki genel TÜFE değişim yüzdeleri 2003 yılı temel yıl alınarak TÜİK tarafından hesaplanmış değerlerdir (158). Bu değerler aşağıda sunulmaktadır:

- *2003 yılına göre 2004 yılında TÜFE değişim yüzdesi = 1,093545909*
 - *2004 yılı TÜFE değeri / 2003 yılı TÜFE değeri = 113,86 / 104,12*
- *2003 yılına göre 2005 yılında TÜFE değişim yüzdesi = 1,17796773*
 - *2005 yılı TÜFE değeri / 2003 yılı TÜFE değeri = 122,65 / 104,12*

Genel TÜFE değişim yüzdeleri kullanılarak 2004 ve 2005 yıllarına ait gelir verilerinin deflate edilmesi işlemi aşağıda sunulan formüle göre yapılmıştır:

$$2004 \text{ (2005) yılındaki reel gelir} = 2004 \text{ (2005) yılında her hanenin yıllık toplam kullanılabilir geliri} / 2003 \text{ yılına göre } 2004 \text{ (2005) yılında genel TÜFE değişim yüzdesi}$$

Örneğin, 2005 yılında bir hanenin yıllık toplam kullanılabilir geliri 7,420.57 YTL olduğunda, bu hanenin 2005 yılında reel geliri 6,299.47 YTL (7,420.57/1,17796773) olacaktır. Böylece, bu hanenin 2005 yılında elde etmiş olduğu yıllık toplam kullanılabilir geliri 2003 yılına çekilerek, yıllık toplam kullanılabilir gelir açısından 2003 yılındaki haneler ile karşılaştırılabilir duruma getirilmiştir. Sonuç olarak, enflasyonun etkisinin ortadan kaldırılması, yıllık toplam kullanılabilir gelir açısından araştırma kapsamındaki tüm hanelerin 2003, 2004 ve 2005 yıllarında karşılaştırılabilir olmasını sağlamıştır. Bu işlemi, elde edilen hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelirlerin küçükten büyüğe doğru sıralanarak, %20'lik grupların oluşturulması izlemiştir.

3.8.3. Kontrol Değişkenleri

Cepten sağlık harcaması ve ödeme gücü arasındaki ilişki başka faktörlerden etkilenebileceğinden, bu faktörlerin bulgulara etkilerinin ortadan kaldırılması gerekir. Cepten sağlık harcaması yalnızca bireylerin sağlık hizmeti almaları durumunda gerçekleştiğinden, sağlık hizmeti kullanım değişkenlerinin bu amaçla kullanılması gerekir. Ancak, bu araştırmada kullanılan veri seti Bütçe Araştırmasına dayalı olduğundan, sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili doğrudan veri mevcut değildir. Bu nedenle, hanehalklarının sağlık hizmeti kullanımını etkileyen faktörler itibariyle bir dizi kontrol değişkeni kullanılmıştır.

Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili kontrol değişkenleri Andersen'in sağlık hizmetleri kullanım davranışı modeline göre belirlenmiştir (159). Modele göre, sağlık hizmetleri kullanımını etkileyen faktörler üç grupta toplanmaktadır: eğilim (predisposing), imkan (enabling) ve ihtiyaç (need). Eğilim faktörleri bireylerin demografik özelliklerini, alt yapı faktörleri bireylerin sağlık hizmetlerine erişimini etkileyen finansal faktörler ile sosyal desteği ve ihtiyaç faktörleri bireylerde sağlık hizmeti ihtiyacı yaratan faktörleri içermektedir.

Bu araştırmada eğilim faktörleri olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, hanehalkı büyüklüğü ve yerleşim yeri; alt yapı faktörleri olarak eğitim düzeyi ve sağlık güvencesi kullanılmıştır (51,111,114,153). Cinsiyet ve medeni durum değişkenleri cepten harcama ve finansmanda hakkaniyet ilişkisinin incelenmesinde kullanılmakla birlikte, analiz biriminin hanehalkı olduğu araştırmalarda bu değişkenler kullanılmamıştır. Bu nedenle, bu iki değişkenin operasyonel tanımları Türkiye'deki mevcut çalışmalara dayalı olarak hane düzeyinde yapılmıştır. Başara'nın çalışmasına göre (8), kadınların erkeklere göre cepten harcama yapma olasılığı daha yüksektir. Ancak, cepten harcama miktarının esas alındığı 2002-2003 USH Hanehalkı çalışmasının (6) tanımlayıcı bulgularına göre, erkekler kadınlara göre ortalama daha fazla cepten sağlık harcaması yapmaktadır. Medeni durum itibariyle, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, Başara (8) çalışmasının ve 2002-2003 USH Hanehalkı çalışmasının (6) tanımlayıcı bulguları halen evli olan bireylerin diğerlerine göre daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığını göstermiştir. Bu bulgulara dayanarak, bu araştırmada cinsiyet değişkeni hanede yaşayan bireyler arasında erkeklerin yüzdesi ve medeni durum değişkeni hanede yaşayan bireyler arasında halen evli olanların yüzdesi itibariyle ölçülmüştür.

Farklı sağlık güvencesi programları arasında sağlık hizmeti kullanımı ve harcama açısından farklılıklar olduğu için, sağlık güvencesi değişkeninin farklı sağlık güvencesi programlarını da yansıtacak şekilde tanımlanması planlanmıştır. TÜİK Bütçe Araştırması anketinde hanehalkı bireylerinin sağlık güvencesi durumu aşağıdaki kategoriler itibariyle tanımlanmıştır:

- *Zorunlu sağlık sigortası* (yaptığı iş karşılığında zorunlu olarak kayıtlı olduğu SSK, ES, Bağ-Kur ve memur programı tarafından sağlık giderlerinin karşılanmasıdır),
- *İsteğe bağlı sağlık sigortası* (ferdin sağlık giderlerinin çalışmadan isteğe bağlı olarak kayıtlı olduğu SSK, Bağ-Kur ve özel sigorta şirketleri tarafından karşılanmasıdır),
- *Zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortası* (ES, Bağ-Kur veya SKK'ya çalışma karşılığı zorunlu kayıtlı olup aynı zamanda özel sağlık sigortası veya işyerlerinin sosyal yardım, sandık veya vakıfları ve benzeri yerlere kayıtlılığının söz konusu olması ve sağlık harcamalarının farklı kuruluşlar tarafından sağlanmasıdır),
- *Yeşil Kart,*
- *Sağlık sigortası yok.*

Dolayısıyla, sağlık güvencesi programları itibariyle alt ayrımlara izin veren bir değişken tanımı yapılamamıştır. Alternatif olarak, aşağıda sunulduğu gibi, dokuz kategoriden bir sağlık güvencesi değişkeninin oluşturulması düşünölmüştür:

- 1=Tüm fertlerin zorunlu sigortalı olduğu haneler
- 2=Tüm fertlerin isteğe bağlı sigortalı olduğu haneler
- 3=Tüm fertlerin zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı olduğu haneler
- 4=Tüm fertlerin Yeşil Kart'lı olduğu haneler
- 5=En az bir ferdin zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı olduğu haneler
- 6=En az bir ferdin zorunlu veya isteğe bağlı sigortalı olduğu haneler
- 7=En az bir ferdin Yeşil Kart'lı olduğu haneler
- 8=Tüm fertlerin sağlık sigortasız olduğu haneler
- 9=En az bir ferdin sağlık sigortasız olduğu haneler

Ancak, bu tür bir değişken, bağımsız kategoriler yaratılması açısından sorun yaratmıştır. Bu sorun, en az bir ferdin herhangi bir kategoride olması durumunda yaşanmıştır. Bu nedenle, sağlık güvencesi değişkeni farklı sağlık güvencesi programları arasındaki farkı yansıtacak şekilde değil, hanede sağlık güvencesi olanların yüzdesi itibariyle tanımlanmıştır.

Ayrıca, yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi ve hanehalkı büyüklüğü değişkenleri için, Tablo 3.1’de gösterildiği gibi, gruplandırılmış değişkenler de yaratılmıştır. Bu gruplandırılmış değişkenler, grafik olarak gösterimleri kolaylaştırmak amacıyla sadece tanımlayıcı analizlerde kullanılmıştır.

İhtiyaç faktörleri olarak literatürde kronik hastalık durumu (51), akut ve kronik hastalık ve engellilik durumu (104), hastalık şiddeti (103), sağlık statüsü ve aktiviteyi engelleyen sağlık sorununun olması (153) kullanılmaktadır. Ayrıca, birçok çalışmada kronik hastalık durumu, ikame (proxy) sağlık statüsü göstergesi olarak da kullanılmaktadır (160-163). Bu araştırmada kullanılan üç yıllık veri seti hanedeki her fert için sağlık statüsü, akut ve/veya kronik hastalık durumu ve hastalık şiddeti ile ilgili doğrudan veriyi içermemektedir. Buna karşın veri seti hanede günlük faaliyetleri engelleyecek düzeyde fiziksel veya zihinsel sağlık sorunu olanlara ilişkin veriyi içermektedir. Ancak, bu veri, 2004 ve 2005 yılları için mevcut olduğundan kullanılamamıştır. Her üç araştırma yılı veri setinde de mevcut olan sağlık ihtiyacı ile ilgili veri, hanedeki her ferdin iş aramama nedeni olarak hasta ve özürlü olma durumuna ilişkin veridir. TÜİK, hasta kavramını “kişinin rahatsız ve dirençsiz olması nedeniyle çalışamayacak durumda olması” ve özürlü kavramını “kişinin çalışamayacak şekilde bedensel veya ruhsal özürlü olması” şeklinde tanımlamıştır. Bu değişken, bir ikame sağlık ihtiyacı göstergesi olarak kullanılmıştır. Ancak, bu değişken sadece çalışma yaşındaki (12 yaş ve üzeri) hanehalkı fertlerini kapsadığından, hanenin tümü için sağlık ihtiyacı hakkında doğru bilgi vermeyebilir. Bir başka ifadeyle, bir hanenin sağlık ihtiyacı olduğundan daha düşük olarak belirlenmiş olabilir ve dolayısıyla sağlık ihtiyacının belirlenmesinde yanlışlık söz konusu olmuş olabilir. Sağlık ihtiyacı göstergesi olarak kullanılabilen bir başka ikame değişken ise, hanede sürekli ilaç kullanma durumudur. Ancak, bu veri sadece 2003 yılı veri setinde mevcut olduğu için bu araştırmada kullanılamamıştır.

Tablo 3.1. Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri

Değişken	Ölçüm Şekli
Bağımlı Değişken	
Hanehalkı cepten sağlık harcaması (YTL)	Sürekli değişken: Hanehalkı yıllık toplam cepten sağlık harcaması (<i>ayarlanmış</i>)
	Sürekli değişken: Hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yüzdesi olarak yıllık toplam cepten sağlık harcaması (<i>ayarlanmış</i>)
Bağımsız Değişken	
Hanehalkı ödeme gücü (YTL)	Ordinal değişken: Hanehalkının yıllık toplam kullanılabilir gelirine göre sıralı %20'lik gelir dilimindeki yeri* (<i>ayarlanmış</i>)
Kontrol Değişkenleri	
Hanehalkı yaşı	Sürekli değişken: Hanehalkı yaş ortalaması
Gruplandırılmış yaş	Ordinal değişken: 1=0 - 24 2=25 - 34 3=35 - 44 4=45 - 64 5=65+
Hanehalkı cinsiyeti	Sürekli değişken: Hanede erkeklerin yüzdesi
Gruplandırılmış cinsiyet	Kesikli değişken: 1=0 (tüm bireylerin kadın olduğu haneler) 2=0.01 – 49.99 3=50 4=51 – 99.99 5=100 (tüm bireylerin erkek olduğu haneler)
Hanehalkı medeni durumu	Sürekli değişken: Hanede halen evli olanların yüzdesi

Tablo 3.1. Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri (Devam)

Değişken	Ölçüm Şekli
Gruplandırılmış medeni durum	Kesikli değişken: 1=0 (tüm bireylerin bekar olduğu haneler) 2=0.01 – 49.99 3=50 4=51 – 99.99 5=100 (tüm bireylerin evli olduğu haneler)
Hanehalkı eğitim seviyesi	Sıralı değişken: Hanede en yüksek eğitim seviyesi 1=Okur-yazar değil 2=Okur-yazar olup bir okul bitirmedi 3=İlkokul 4=İlköğretim 5=Ortaokul 6=Orta dengi meslek okulu 7=Lise 8=Lise dengi meslek okulu 9=İki yıllık yüksekokul 10=Dört yıllık yüksekokul/fakülte 11=Yüksek lisans, doktora
Hanehalkı sağlık güvencesi	Süreklili değişken: Hanede sağlık güvencesi olanların yüzdesi
Gruplandırılmış sağlık güvencesi	Kesikli değişken: 1=0 (hiçbir bireyin sağlık güvencesinin olmadığı haneler) 2=0.01 – 49.99 3=50 4=51 – 99.99 5=100 (tüm bireylerin sağlık güvencesinin olduğu haneler)
Hanehalkı yerleşim yeri	Kesikli değişken: 1=Kırsal 0=Kent
Hanehalkı büyüklüğü	Süreklili değişken: Hanedeki toplam kişi sayısı

Tablo 3.1. Araştırma Değişkenleri ve Ölçüm Şekilleri (Devam)

Değişken	Ölçüm Şekli
Gruplandırılmış hanehalkı büyüklüğü	Sıralı değişken: 1=1 - 3 birey 2=4 - 6 birey 3= \geq 7 birey
Hanehalkı sağlık ihtiyacı	Kesikli değişken: Hanede iş aramama nedeni olarak hastalık veya özürlülük durumu 1=En az bir bireyin iş aramama nedeni olarak hastalık veya özürlülük durumunun olduğu haneler 0=Hiçbir bireyin iş aramama nedeni olarak hastalık veya özürlülük durumunun olmadığı haneler

* 2003 yılında %20'lik dilimler:

1= \leq 4.783,33
2=4.783,34 – 6.904,68
3=6.904,69 – 9.630,07
4=9.630,08 – 14.608,45
5= \geq 14.608,46

2004 yılında %20'lik dilimler:

1= \leq 5.423,60
2=5.423,61 – 7.760,67
3=7.760,68 – 11.015,51
4=11.015,52 – 16.172,36
5= \geq 16.172,37

2005 yılında %20'lik dilimler:

1= \leq 5.776,83
2=5.776,84 – 8.460,20
3=8.460,21 – 11.725,17
4=11.725,18 – 17.521,86
5= \geq 17.521,87

3.9. Verilerin Analizi

Hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamalarının hakkaniyetle olan ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu araştırmada, araştırmada kapsanan her yıl için ayrı tanımlayıcı ve analitik teknikler uygulanmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, iki amaca hizmet etmiştir: 1) araştırma değişkenlerinin dağılımını ortaya koymak, 2) cepten harcamaların dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesinde orantı yaklaşımı ve Kakwani endeksi analizlerini yapmak. Analitik teknik olarak, çok değişkenli regresyon analizi tekniği uygulanmıştır.

Sonuç olarak, cepten sağlık harcamasında 2003-2005 yılları arasında dikey hakkaniyetin değerlendirilmesi amacıyla üç farklı yaklaşım kullanılmıştır. Bu yaklaşımlar aşağıda açıklanmaktadır.

3.9.1. Orantı Yaklaşımı

Daha önce de belirtildiği gibi, orantı yaklaşımı cepten sağlık harcamasında dikey hakkaniyetin sağlanıp sağlanmadığını belirlemede kullanılan birincil analiz

yaklaşımıdır. Orantı yaklaşımı ile cepten sağlık harcamasının dikey hakkaniyet açısından artan oranlı bir finansman yöntemi olup olmadığının değerlendirilmesi, hanehalkı geliri içinde cepten sağlık harcamasının payının gelir dilimleri itibariyle dağılımına dayalı olarak yapılmıştır (46,104,115,121,122,153). Cepten harcamanın gelir içindeki payının gelir dilimleri yükseldikçe artış göstermesi artan oranlılığa ve dolayısıyla dikey hakkaniyete işaret etmektedir. Araştırmanın bir diğer bağımlı değişkeni olan toplam cepten sağlık harcaması, hanelerde yarattığı finansal yükteki farklılıkları yansıtmadığı için orantı yaklaşımında değil, aşağıda açıklanan Kakwani endeksi hesaplamasında kullanılmıştır.

3.9.2. Kakwani Endeksi

Kakwani endeksi genel olarak sağlık finansmanı ve özel olarak cepten harcamalarda dikey hakkaniyeti değerlendirmede en sık kullanılan bir diğer yaklaşımdır. Kakwani endeks değerinin negatif olması, cepten harcamanın azalan oranlı ve dolayısıyla hakkaniyetin sağlanamadığı bir finansman yöntemi olduğu anlamına gelmektedir. Endeks değerinin pozitif olması ise cepten harcamanın artan oranlı ve dolayısıyla hakkaniyetin sağlandığı bir finansman yöntemi olduğu anlamına gelmektedir.

Araştırmanın her üç yılı için ayrı Kakwani endeksi hesaplanmıştır. Bu hesaplama aşağıda sunulan formüle göre yapılmıştır:

$$KI = KE - G$$

Bu formülde, KI Kakwani endeksini, KE konsantrasyon endeksini ve G Gini katsayısını göstermektedir.

Konsantrasyon endeksi ve Gini katsayısı, Dünya Bankası tarafından önerilen aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır (164):

$$KE = \frac{2cov(yh, Sh)}{\mu}$$

Bu formülde, y_h hanehalkı cepten sağlık harcamasını, Sh hanehalkının gelir dağılımı itibariyle tüm örneklemdaki yüzde sırasını, μ ortalama cepten sağlık harcamasını ve cov kovaryansı ifade etmektedir. Gini katsayısı ve konsantrasyon endeksi değerleri Stata istatistik programı 8. versiyon kullanılarak hesaplanmıştır.

3.9.3. Çok Değişkenli Regresyon

Çok değişkenli regresyon tekniği, cepten harcama ve gelir arasındaki ilişkiyi etkileyebilecek diğer potansiyel faktörlerin etkisini ortadan kaldırdıktan sonra, cepten sağlık harcaması ve gelir arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla kullanılmıştır (111,114).

Bu tür bir ilişkiyi test etmek için kullanılan en yaygın teknik en küçük kareler (Ordinary Least Squares) regresyon tekniğidir (165). Bu tekniğin uygun olup olmadığını belirlemek için, varsayımları ve bu çalışmada kullanılan veri setlerinin bu varsayımları karşılayıp karşılamadığı test edilmiştir. Tablo 3.2’de de gösterildiği gibi, araştırmanın veri setleri tüm varsayımları karşılayamadığı için en küçük kareler regresyon tekniği yerine, geliştirilmiş doğrusal model (generalized linear model) kullanılmıştır (165).

Genelleştirilmiş doğrusal model analizleri her yıl için ve her bağımlı değişken için ayrı yapılmıştır. Ayrıca, bu analizler, kontrol değişkenlerinin cepten sağlık harcaması ve gelir arasındaki ilişkiyi etkileyip etkilemediğini test etmek için, hem ayarlanmış, hem de ayarlanmamış olarak yapılmıştır. Sonuç olarak, toplam 12 genelleştirilmiş doğrusal model analizi yapılmıştır ($12 = 3 \text{ yıl} * 2 \text{ bağımlı değişken} * \text{ayarlanmış ve ayarlanmamış versiyon}$).

Tablo 3.2. En Küçük Kareler Regresyon Tekniği Varsayımları ve Değerlendirme Sonuçları

Varsayım	Sonuç
1. Veri, rastgele yöntemle seçilmiş örneklemden gelmeli	Örnekleme rastgele yöntemle seçilmiştir.
2. Bağımlı ve bağımsız değişken(ler) arasındaki ilişki doğrusal olmalı	<ul style="list-style-type: none"> Araştırmada kullanılan değişkenler literatüre dayalıdır—kriter geçerliliği vardır. Tüm yıllarda ANOVA test sonucu $p < 0,05$— ilişki doğrusaldır.
3. Bağımsız değişkenler doğru ölçülmüş olmalı	TÜİK'in veri toplama yöntemi ve veri setinde yer alan verilerin doğru olduğu varsayılmıştır.
4. Bağımsız değişkenler arasında güçlü korelasyon olmamalı	<p>Kontrol değişkenleri arasında korelasyon ve kolinearite test sonuçları:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiçbir yılda kontrol değişkenleri arasında güçlü korelasyon ($r > 0.80$)[§] belirlenmemiştir. Tüm yıllarda hiçbir kontrol değişkeninde en küçük tolerans (tolerance) ve en büyük varyans şişme değeri (variance inflation factor—VIF)[‡] belirlenmemiştir.
5. Hata terimleri birbirinden bağımsız olmalı—otokorelasyon olmamalı	<ul style="list-style-type: none"> Her yılın verisi ayrı test edilmiştir. Durbin Watson test istatistiği tüm yıllarda 1,5 – 2,5 arasında bir değer almıştır—otokorelasyon söz konusu değildir.
6. Hata terimlerinin varyansı sabit olmalı—çoklu varyanslılık (heteroskedasticity) olmamalı	<ul style="list-style-type: none"> Hata terimlerinin sabit varyans göstermediği belirlenmiştir. Bağımlı değişkenlerin logaritmik dönüşümlerinin yapılması durumunda da varsayım karşılanmamıştır.
7. Hata terimleri "0" ortalama ile normal dağılım göstermeli	<ul style="list-style-type: none"> Hata terimlerinin normal dağılım göstermediği belirlenmiştir. Bağımlı değişkenlerin logaritmik dönüşümlerinin yapılması durumunda da varsayım karşılanmamıştır.

[§]Kennedy (165), Munro (166).

[‡]Kolinearite problemi olmaması durumunda bir değişkenin tolerans değerı "0", tam kolinearite olması durumunda tolerans değerı 1'dir. Varyans şişme değerı toleransın tam tersi bir durumu göstermektedir (165-167).

Yapılan tüm analizlerde analiz birimi hanehalkıdır. Analizlerin bireysel düzeyde yapılmamasının nedeni, kullanılan veri seti hanedeki her birey için değil, hanenin tamamına ait sağlık harcaması verilerini içermesidir. Ancak, bu durum bu çalışmada bir sınırlılık yaratmamaktadır çünkü sağlık harcamalarının finansal yükünün hanehalkı düzeyinde değerlendirilmesi bazı durumlarda özellikle önemlidir. Bu durumlara örnek olarak, çocukların sağlık hizmetlerine erişimi, kullanımı ve sağlık güvencesi kapsamında olup olmadığının ve dolayısıyla sağlık harcamalarının ebeveynlerinin durumuna bağlı olması ve ailedeki bir fert için katastrofik harcamaların tüm aile fertlerinin finansal yükünü ve diğer fertler için sağlık hizmeti kullanma ve harcama yapma kararını etkileyebilmesi sayılabilir (153,168,169).

Analiz kapsamına, incelenen üç yıla ait toplam 18.690 hanehalkı alınmıştır. Bu haneler arasında toplam altı hane gelir değişkeni açısından negatif değere sahip olduğundan ve iki hane gelir değişkeni verisi olmadığından analiz kapsamı dışında bırakılmıştır. Kapsam dışı bırakılan bu sekiz hanehalkının beş tanesi 2005 yılına, üç tanesi 2003 yılına aittir. Sonuç olarak, tüm analizler toplam 18.682 hanehalkı (18.690 hanenin %99,96'sı) ile yapılmıştır. Bu örneklemin %56.17'si (10.494 hanehalkı) 2003 yılına, %20.66'sı (3.860 hanehalkı) 2004 yılına ve %23.17'si (4.328 hanehalkı) 2005 yılına aittir.

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, istatistiksel analizlerin sonuçları sunulmaktadır. Bu bölümü oluşturan iki alt bölümün birincisinde araştırmada kullanılan değişkenlerin tamamına ilişkin tanımlayıcı bulgular verilmektedir. Tanımlayıcı bulgular, genel tanımlayıcı bulguların yanı sıra, araştırmanın bağımlı değişkenlerinin bağımsız ve kontrol değişkenlerine göre dağılımlarını ve Kakwani endeksi bulgularını da içermektedir. İkinci alt bölümde ise analitik istatistiksel teknik olarak kullanılan regresyon analizlerinden elde edilen bulgular sunulmaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Genel Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4.1’de araştırma kapsamına giren hanehalklarının araştırmada kullanılan bağımlı, bağımsız ve kontrol değişkenlerinin yıllar itibariyle ve tüm yıllar birleştirilmiş olarak dağılımı sunulmaktadır. Araştırma kapsamındaki cepten sağlık harcaması yapan toplam 18.682 hanehalkının %56’sı 2003 yılı, %21’i 2004 yılı ve %23’ü 2005 yılında örnekleme giren hanehalklarını temsil etmiştir.

Hanehalkı toplam cepten sağlık harcaması itibariyle bakıldığında, genel olarak, bir hane yılda ortalama yaklaşık 442 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. Bu rakam 2003, 2004 ve 2005 yıllarında artarak sırasıyla ortalama yaklaşık 424 YTL, 441 YTL ve 488 YTL olarak gerçekleşmiştir. Dolayısıyla, 2005 yılında 2003 yılına göre hane başına cepten sağlık harcaması ortalama %15 artış göstermiştir. Ancak 2005 yılında TÜİK tarafından cepten harcama yapmayan hanehalkları dahil örnekleme seçilen hanehalklarının tamamının sağlık güvencesi kapsamında olduğu dikkate alındığında, bu yıl için belirlenen cepten harcama rakamı gerçeği temsil etmiyor olabilir.

Gelirin yüzdesi olarak cepten harcama dikkate alındığında, genel olarak, bir hane ortalama yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yaklaşık %5’ini sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Yıllar itibariyle değerlendirildiğinde, bir hanenin yıllık toplam kullanılabilir gelirinden sağlığa ayırdığı pay, 2003 yılında ortalama %4,8’dir. Bu yüzde, sonraki iki yılda sırasıyla %1,2 ve %1 azalma göstermiştir. 2005 yılı için yukarıda belirtilen örneklem yanlılığı sorunundan dolayı bu yıl için belirlenen cepten

harcama payı da gerçekte olduğundan daha düşük veya daha yüksek belirlenmiş olabilir.

Hanehalkı gelir seviyesi tüm yıllar birlikte değerlendirildiğinde, cepten sağlık harcaması yapan hanehalkları arasında, 1. gelir diliminde yer alan hanehalklarının geliri ortalama yaklaşık 3.661 YTL, 5. gelir dilimindeki hanehalklarının ise ortalama yaklaşık 27.465 YTL olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla, 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcaması yapan, 1. ve 5. gelir dilimlerinde yer alan hanehalkları arasındaki gelir farkı ortalama 7,5 kattır. Yıllar arasında değerlendirme yapıldığında, yıllık geliri ortalama 3.454 YTL olan 1. gelir dilimindeki hanelerin geliri, 2004 ve 2005 yıllarında sırasıyla %11,3 ve %15,7 artmıştır.

Araştırma kapsamına alınan hanehalklarında yaş ortalaması tüm örneklem için 33, yıllar itibariyle ise 32,71 ile 33,94 arasında değişmiştir. Tüm yıllarda, yaş ortalaması 0-24 arasında olan haneler yaklaşık %37 ile en fazla, yaş ortalaması 65 ve üstü olan haneler ise en az temsil edilen hanelerdir. Genel olarak ve yıllar itibariyle hanede erkeklerin yüzdesinin 50'den düşük olması, araştırma kapsamındaki hanelerin kadınların göreceli olarak daha fazla temsil edildiği haneler olduğu anlamına gelmektedir.

Aynı şekilde, hanede evli olanların yüzdesinin 50'nin üzerinde olması, evli bireylerin daha fazla yer aldığı hanelerin araştırma kapsamında olduğunu göstermektedir. Tüm yıllarda, araştırma kapsamındaki haneler, bireylerinin en az %71'inin sağlık güvencesine sahip olduğu, %5'inin iş aramama nedeni olarak hastalık veya özürlülük sorununun olduğu, %70'den fazlasının kentsel alanda yerleştiği, %55,4'ünün en yüksek eğitim seviyesinin ortaokul ve daha az olduğu ve ortalama dört bireyin yaşadığı hanelerdir.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanehalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)				2004 (n=3.860)				2005 (n=4.328)				Genel (n=18.682)			
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS
Bağımlı Değişkenler																
Hanehalkı cepten sağlık harcaması (YTL)	10.494	100	423,72	1.274,80	3.860	100	440,58	1.134,88	4.328	100	487,50	1.437,05	18.682	100	441,98	1.287,56
Hanehalkı gelirinin yüzdesi olarak cepten sağlık harcaması	10.494	100	4,82	14,59	3.860	100	4,76	12,37	4.328	100	4,77	11,21	18.682	100	4,80	13,43
Bağımsız Değişken																
Hanehalkı geliri (YTL)																
1. Dilim (Yoksul)	2.099	20,00	3.453,57	970,37	772	20,00	3.845,95	1.137,47	866	20,00	3.997,97	1.300,42	3.737	20,00	3.660,78	1.115,75
2. Dilim	2.099	20,00	5.808,93	621,38	772	20,00	6.562,03	671,83	866	20,00	7.071,99	771,074	3.737	20,00	6.257,21	856,51
3. Dilim	2.099	20,00	8.174,41	778,03	772	20,00	9.290,18	921,04	865	20,00	10.034,57	953,93	3.736	20,00	8.835,66	1.160,58
4. Dilim	2.099	20,00	11.777,70	1.420,66	772	20,00	13.230,63	1.464,69	866	20,00	14.343,74	1.660,70	3.737	20,00	12.672,50	1.837,47
5. Dilim (Zengin)	2.098	20,00	27.118,70	24.314,49	772	20,00	27.299,30	20.008,47	865	20,00	28.453,88	16.955,81	3.735	20,00	27.465,25	21.943,07

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanehalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)			2004 (n=3.860)			2005 (n= 4.328)			Genel (n= 18.682)						
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS				
Kontrol Değişkenleri																
Hanehalkı yaş ortalaması	10.494	100	32,91	15,29	3.860	100	32,71	15,28	4.328	100	33,94	15,87	18.682	100	33,11	15,43
Hanede erkeklerin yüzdesi	10.494	100	48,04	18,74	3.860	100	47,62	18,58	4.328	100	47,54	18,85	18.682	100	47,84	18,73
Hanede evli olanların yüzdesi	10.494	100	52,69	25,96	3.860	100	52,64	26,07	4.328	100	53,18	26,95	18.682	100	52,79	26,21
Hanede sağlık güvencesi olanların yüzdesi	10.494	100	71,00	42,00	3.860	100	76,00	39,00	4.328	100	79,00	37,00	18.682	100	74,00	40,00
Hanehalkı büyüklüğü	10.494	100	4,26	2,06	3.860	100	4,17	1,96	4.328	100	4,15	1,99	18.682	100	4,21	2,02
Hanehalkı sağlık ihtiyacı																
Hiçbir bireyde hastalık veya engellilik durumu yok	10.009	95,38			3.667	95,00			4.092	94,55			17.768	95,1		
En az bir bireyde hastalık veya engellilik durumu var	485	4,62			193	5,00			236	5,45			914	4,9		

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanehalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)			2004 (n=3.860)			2005 (n= 4.328)			Genel (n= 18.682)						
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS				
	Hanehalkı yerleşim yeri															
Kır	2.884	27,48			1.024	26,53			1.243	28,72			5.151	27,6		
Kent	7.610	72,52			2.836	73,47			3.085	71,28			13.531	72,4		
Hanede en yüksek eğitim seviyesi																
Okur-yazar değil	163	1,55			71	1,84			62	1,43			296	1,58		
Okur-yazar olup bir okul bitirmede	297	2,83			89	2,30			131	3,03			517	2,77		
İlkokul	3.089	29,44			1.098	28,45			1.328	30,68			5.515	29,52		
İlköğretim	1.061	10,11			351	9,09			458	10,58			1.870	10,01		
Ortaokul	1.164	11,09			404	10,47			424	9,80			1.992	10,66		
Orta dengi meslek okulu	43	0,41			12	0,31			13	0,30			68	0,36		
Lise	2.465	23,49			887	22,98			924	21,35			4.276	22,89		
Lise dengi meslek okulu	733	6,98			356	9,22			385	8,90			1474	7,89		

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanhalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)				2004 (n=3.860)				2005 (n=4.328)				Genel (n=18.682)			
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS
İki yıllık yüksekokul	349	3,33			183	4,74			172	3,97			704	3,77		
Dört yıllık yüksekokul/fakülte	1.031	9,83			384	9,95			404	9,34			1.819	9,74		
Yüksek lisans, doktora	99	0,94			25	0,65			27	0,62			151	0,81		
Gruplandırılmış yaş																
0 - 24	3.865	36,83			1.506	39,02			1.529	35,33			6.900	36,93		
25 - 34	3.079	29,34			1.048	27,15			1.232	28,46			5.359	28,69		
35 - 44	1.565	14,91			557	14,43			661	15,27			2.783	14,90		
45 - 64	1.318	12,56			529	13,70			614	14,19			2.461	13,17		
65+	667	6,36			220	5,70			292	6,75			1.179	6,31		

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanhalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)			2004 (n=3.860)			2005 (n=4.328)			Genel (n=18.682)						
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS				
	Gruplandırılmış cinsiyet															
0 (Tüm bireyler kadın)	451	4,30			166	4,30			210	4,85			827	4,43		
0.01 – 49.99	3.373	32,14			1.241	32,15			1.358	31,38			5.972	31,96		
50	3.293	31,38			1.300	33,68			1.439	33,25			6.032	32,29		
51 – 99.99	3.288	31,33			1.127	29,20			1.285	29,69			5.700	30,51		
100 (Tüm bireyler erkek)	89	0,85			26	0,67			36	0,83			151	0,81		
Gruplandırılmış medeni durum																
0 (Tüm bireyler bekar)	831	7,92			310	8,03			381	8,80			1.522	8,15		
0.01 – 49.99	2.968	28,28			1.067	27,64			1.153	26,64			5.188	27,77		
50	2.632	25,08			1.056	27,36			1.082	25,00			4.770	25,53		
51 – 99.99	2.686	25,60			899	23,29			1.079	24,93			4.664	24,97		
100 (Tüm bireyler evli)	1.377	13,12			528	13,68			633	14,63			2.538	13,58		

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Hanhalklarının Araştırma Değişkenlerine Göre Tanımlayıcı Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)			2004 (n=3.860)			2005 (n= 4.328)			Genel (n= 18.682)					
	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS	Sayı	%	Ortalama	SS			
	Gruplandırılmış sağlık güvencesi														
0 (Hiçbir bireyin sağlık güvencesi yok)	2.305	21,97			677	17,54			597	13,79			3.579	19,16	
0.01 – 49.99	611	5,82			183	4,74			225	5,20			1.019	5,46	
50	228	2,17			79	2,04			99	2,29			406	2,17	
51 – 99.99	802	7,64			328	8,50			404	9,33			1.534	8,21	
100 (Tüm bireylerin sağlık güvencesi var)	6.548	62,40			2.593	67,18			4.328	100			13.469	72,10	
Gruplandırılmış hanhalkı büyüklüğü															
1-3 birey	3.957	37,71			1.439	37,28			1.723	39,81			7.119	38,11	
4-6 birey	5.354	51,02			2.057	53,29			2.158	49,86			9.569	51,22	
7 ve üstü birey	1.183	11,27			364	9,43			447	10,33			1.994	10,67	

4.1.2. Toplam Cepten Harcamanın Gelire Göre Dağılımı

Şekil 4.1’de hanehalkı yıllık toplam cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre dağılımı yıllar itibariyle sunulmaktadır. Genel olarak, hanehalkı geliri arttıkça cepten yapılan sağlık harcaması artış göstermiştir. Araştırmada incelenen tüm yıllar itibariyle en düşük cepten sağlık harcamasının 1. gelir dilimindeki haneler, en yüksek cepten sağlık harcamasının ise 5. gelir dilimindeki haneler tarafından yapıldığı bulunmuştur. 2003, 2004 ve 2005 yıllarında 5. gelir dilimindeki haneler 1. gelir dilimindeki hanelere göre sırasıyla yaklaşık 3,3 kat, 2,8 kat ve 3 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır.

Ayrıca, Şekil 4.1’de de görüldüğü gibi, yoksul hanehalkları her yıl artan miktarda cepten harcama yapmışlardır. Buna karşın, zengin hanehalklarının yaptığı sağlık amaçlı cepten harcamanın 2003 yılına göre 2004 yılında azaldığı belirlenmiştir. Yoksul hanehalklarında olduğu gibi, 2005 yılı zengin hanehalklarında da cepten sağlık harcamasının artış gösterdiği bir yıl olarak görünmektedir.

Cepten harcama ve gelir arasındaki ilişki genel ortalama ile karşılaştırıldığında, 2003 yılında bir hane ortalama yaklaşık 424 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, 1. gelir dilimindeki haneler ortalama 245 YTL ve 5. gelir dilimindeki haneler ortalama 815 YTL cepten sağlık harcaması yapmışlardır. Bir başka ifadeyle, 2003 yılında 1. gelir dilimindeki haneler ortalamadan yaklaşık 1,7 kat daha az cepten harcama yaparken, 5. gelir dilimindeki haneler ortalamadan yaklaşık 2 kat daha fazla cepten harcama yapmıştır.

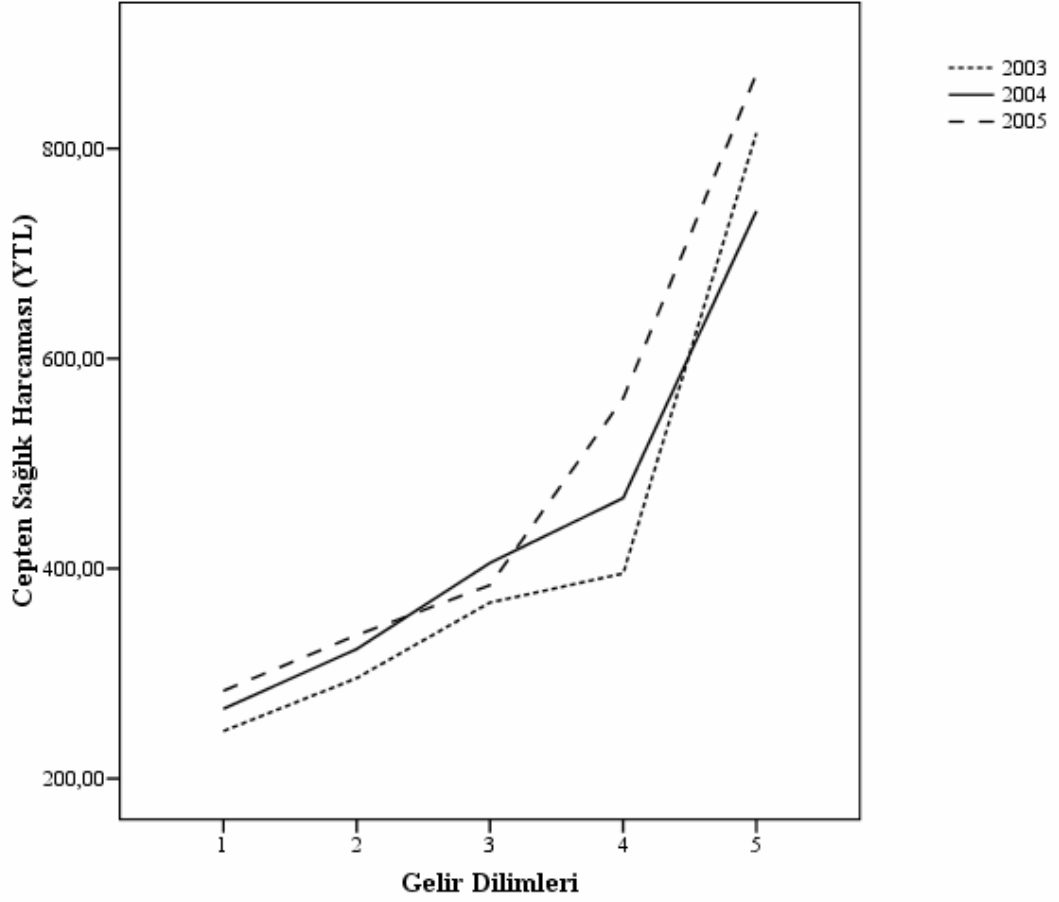
2004 yılında bir hane yıllık ortalama yaklaşık 441 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, 1. gelir dilimindeki haneler ortalama 267 YTL ve 5. gelir dilimindeki haneler ortalama 740 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. Bir başka ifadeyle, 2004 yılında 1. gelir dilimindeki haneler ortalamadan yaklaşık 1,6 kat daha az, 5. gelir dilimindeki hanelerin ise ortalamadan yaklaşık 1,6 kat daha fazla cepten harcama yaptığı görülmektedir.

Bir hanenin ortalama yaklaşık 488 YTL cepten sağlık harcaması yaptığı 2005 yılında, 1. gelir dilimindeki haneler ortalama 284 YTL, 5. gelir dilimindeki haneler ise 871 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. Bir başka ifadeyle, 2004 yılında 1.

gelir dilimindeki haneler ortalamadan yaklaşık 1,7 kat daha az, 5. gelir dilimindeki hanelerin ise ortalamadan yaklaşık 1,8 kat daha fazla cepten harcama yaptığı bulunmuştur.

Hanehalkının geliri yükseldikçe cepten yaptığı sağlık harcamasının da artış göstermesi uluslararası literatürle uyumludur (111,114,170,171). Bu bulgu, gelir düzeyi yüksek hanehalklarının sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaları ve daha pahalı sağlık hizmetlerini tercih etmeleri, gelir düzeyi düşük hanehalklarının ise yaşadıkları finansal zorluk nedeniyle sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları olduğu halde yeterince yararlanamaması veya daha ucuz sağlık hizmetlerini kullanması ile açıklanabilir (55,114,172,173). Örneğin, Türkiye USH Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırması sağlık sorunu olan bireylerin %15.5'i sağlık sorununu çözmek için hiçbir şey yapmadığını ve bu durumun, 5. gelir dilimindeki bireylerle karşılaştırıldığında, 1. gelir dilimindeki bireyler arasında çok daha yüksek olduğu (%8.71'e karşı yaklaşık %25) bulunmuştur (6). Liu ve arkadaşlarının (5) bu konu ile ilgili yaptığı ilave analizlerde, 1. gelir diliminde sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmayan bireylerin %62.5'inin buna gerekçe olarak finansal nedenleri gösterdiği belirlenmiştir.

Gelir düzeyi çok düşük hanehalklarının çok zorunlu olmadıkça sağlık hizmetleri talebinde bulunmamaları hem bireylerin ve toplumun sağlık statüsü hem de ülkenin kaynaklarının kullanımı açısından son derece önemlidir. Daha açık bir ifadeyle, bireylerin sağlık sorunlarının çözümü için formal sağlık hizmeti almaması veya bunu geciktirmesi, hastalığın zamanında veya hiç tedavi edilmemesi nedeniyle hastalığın ilerlemesine ve dolayısıyla sağlık harcamalarının artmasına da yol açabilir (51,174,175).



Şekil 4.1. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

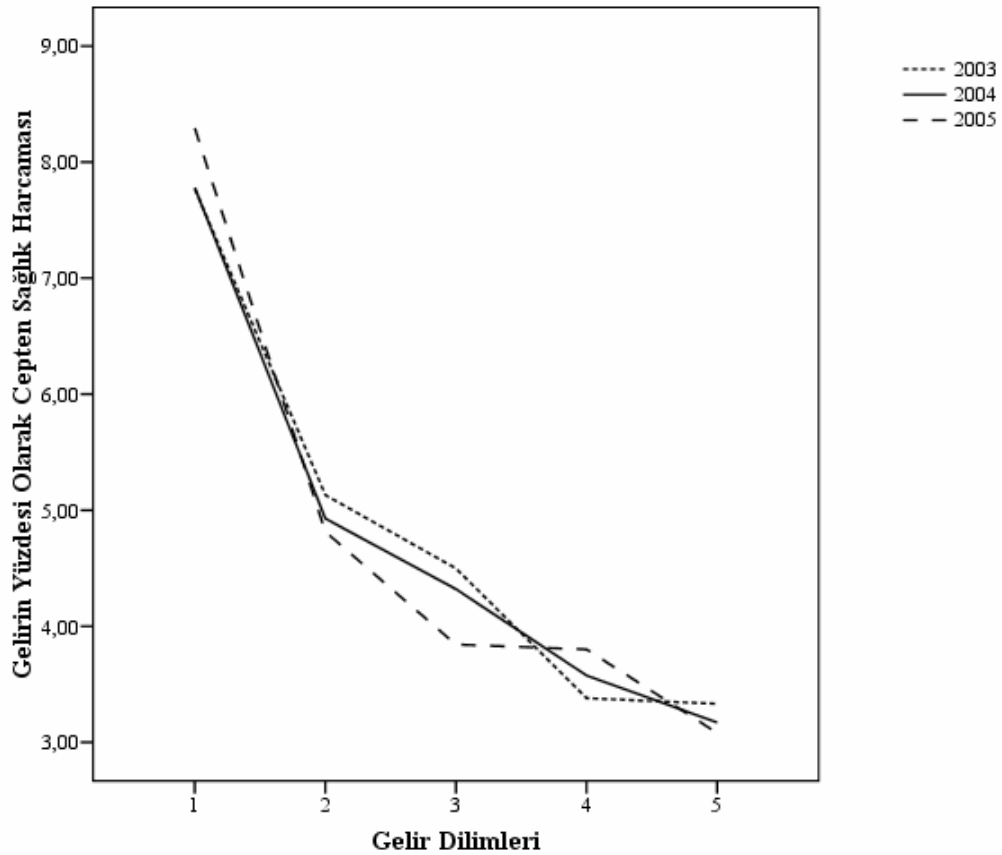
4.1.3. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Harcamanın Gelire Göre Dağılımı (Orantı Yaklaşımı)

Şekil 4.2’de hanehalkı yıllık toplam kullanılabilir gelirinin yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre dağılımı yıllar itibariyle sunulmaktadır. Bu bulgu, “Verilerin Analizi” bölümünde de açıklandığı gibi, orantı yaklaşımına göre cepten harcama ve hakkaniyet ilişkisinin değerlendirilmesidir. Şekilde de sunulduğu gibi, genel olarak, hanehalkı geliri arttıkça cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payı azalmıştır. 2003-2005 yıllarında, 1. gelir dilimindeki haneler zengin hanelere göre daha az cepten sağlık harcaması yapsa da, 1. gelir dilimindeki hanelerin, 5. gelir dilimindeki hanelere göre, cepten yaptıkları sağlık harcaması gelirlerinin çok daha yüksek bir yüzdesini oluşturmuştur.

Genel ortalama ile karşılaştırıldığında, 2003 yılında bir hane gelirinin ortalama %4,82'sini sağlığa ayırırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %7,77'sini, 5. gelir dilimindeki haneler ise gelirlerinin %3,33'ünü sağlığa ayırmıştır. 2004 yılında, bir hane gelirinin ortalama %4,76'sını sağlık amaçlı kullanırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %7,78'ini, 5. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin ortalama %3,17'sini sağlık amaçlı olarak kullanmıştır. 2005 yılında bir hane diğer iki yıla benzer şekilde gelirinin ortalama %4,77'sini sağlığa ayırırken, 1. gelir dilimindeki haneler gelirlerinin %8,29'unu, 5. gelir dilimindeki hanelerin gelirlerinin ortalama %3,08'ini sağlık amaçlı olarak kullanmışlardır.

Hanehalkı gelir düzeyi arttıkça cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payının azalması, 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyet açısından azalan oranlı bir finansman kaynağı olduğuna işaret etmektedir. Bir başka ifadeyle, Türkiye'de cepten sağlık harcamalarının finansal yükü yoksul kesim üzerinde yoğunlaşmıştır ve incelenen her üç yılda da cepten harcamalarda dikey hakkaniyet sağlanamamıştır. Bu bulgu, uluslararası literatürde orantı yaklaşımına göre cepten sağlık harcamalarını değerlendiren araştırma bulguları ile örtüşmektedir (46,99,104,115,121,122,126,153).

Gelirle sağlık statüsü arasındaki pozitif ilişki dikkate alındığında bu durum, gelir düzeyi düşük hanehalklarının finansal yükünü arttırmakta ya da sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Gelir düzeyi düşük hanehalklarının finansal yükünün artması, bu hanelerin gıda, barınma, eğitim gibi en temel harcamalarını azaltmakta, bu da sağlık statüsünün bozulmasına yol açarak bir kısır döngüye dönüşmektedir. Ayrıca, yoksul haneler gelirlerinin yüzdesi olarak daha fazla finansal yük üstlenmelerine rağmen, diğer gelir gruplarına göre miktar olarak daha az cepten sağlık harcaması yaparak, sadece zorunlu sağlık ihtiyaçlarının bir kısmını karşılıyor olabilir (111).



Şekil 4.2. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

4.1.4. Toplam Cepten Harcamanın Kontrol Değişkenlerine Göre Dağılımı

Toplam cepten sağlık harcamasının kontrol değişkenlerine göre yıllar itibariyle dağılımı Şekil 4.3-4.10'da sunulmaktadır. Dağılım grafikleri yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, hanehalkı büyüklüğü, yerleşim yeri, sağlık ihtiyacı ve sağlık güvencesi değişkenlerini içeren demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri itibariyle araştırma yıllarına göre gösterilmektedir.

Şekil 4.3 hanehalkı cepten sağlık harcamasının yaş gruplarına göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, yaş ortalaması arttıkça hanelerin sağlık amaçlı yapmış oldukları cepten harcamada artış belirlenmiştir. 2003 yılında, hanehalkı yaş ortalaması "45-64" olan haneler dışında, hanehalkı yaş ortalaması yükseldikçe cepten harcama artmıştır. 2003 yılında en düşük cepten sağlık harcamasını ortalama 383 YTL ile yaş ortalaması "0-24" olan haneler yaparken, en

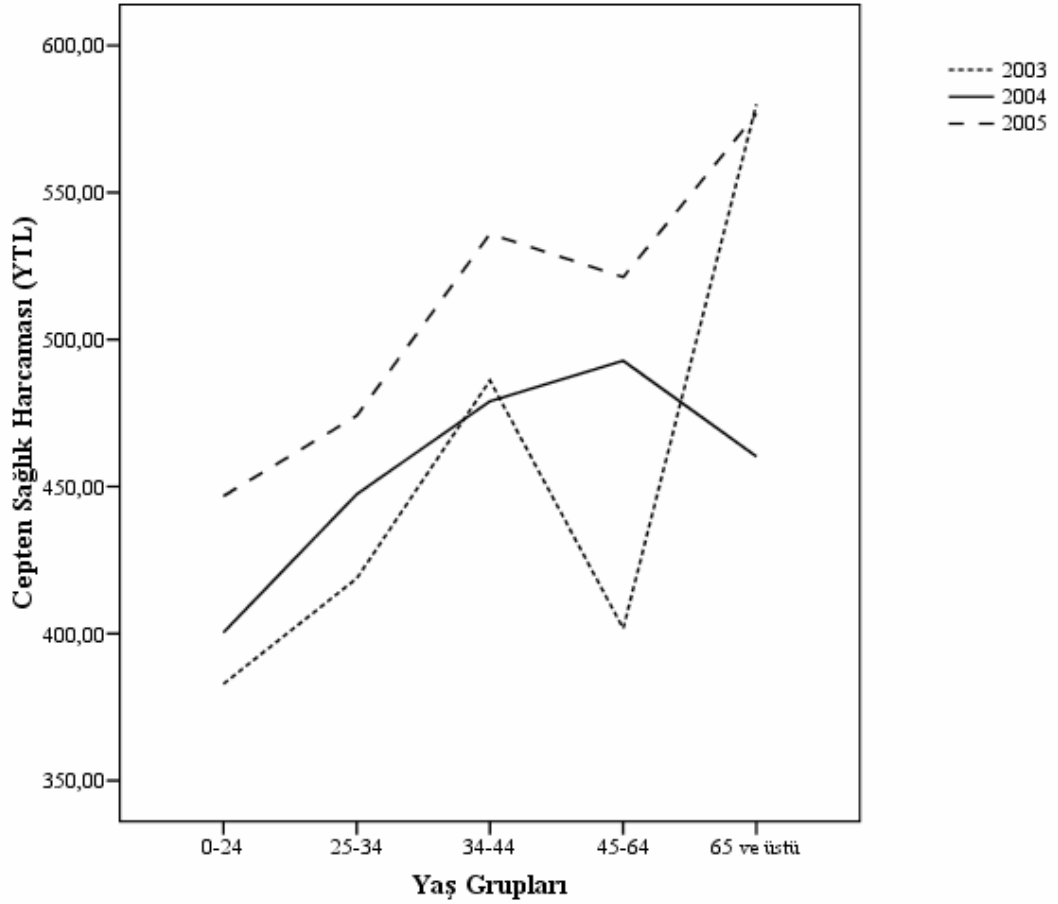
yüksek cepten sağlık harcamasını ortalama 580 YTL ile yaş ortalaması “65 ve üstü” olan haneler yapmıştır.

2004 yılında, hanehalkı yaş ortalaması “65 ve üstü” olan haneler dışında, hanehalkı yaş ortalaması yükseldikçe cepten harcama artmıştır. Bu yılda, en düşük cepten harcamayı yaş ortalaması “0-24” olan haneler yaparken (400 YTL), en yüksek cepten harcama (493 YTL) yaş ortalaması “45-64” olan haneler tarafından gerçekleştirilmiştir.

2005 yılına bakıldığında, 2003 yılındaki eğilime benzer şekilde, hanehalkı yaş ortalaması “45-64” olan haneler dışında, hanehalkı yaş ortalaması yükseldikçe cepten harcamanın arttığı bulunmuştur. Diğer iki yılda olduğu gibi, en düşük cepten sağlık harcaması (447 YTL) yaş ortalaması “0-24” olan haneler tarafından, en yüksek cepten sağlık harcaması ise (576 YTL) yaş ortalaması “45-64” olan haneler tarafından yapılmıştır.

Mevcut araştırmalar bireylerin yaşlarının artmasıyla birlikte, sağlık statülerinin bozulduğunu ve bu durumun sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten sağlık harcamalarının da artış meydana getirdiğini göstermektedir (176-179). Bu araştırmada, en yüksek cepten sağlık harcamalarının yaş ortalaması “65 yaş ve üstü” olan hanelerde olmasının nedeni, bu hanehalklarında yaşa bağlı kronik hastalıklar gibi sürekli tedavi gerektiren hastalıkların yoğunluğunun ve hastaneye yatış sürelerinin daha uzun olması olabilir (180).

Ayrıca, bu çalışmada yapılan ilave analizlerde, yaş ortalaması “65 ve üstü” olan hanelerin yaklaşık %84’ünde hanehalkı bireylerinin tamamının sağlık güvencesi kapsamında olduğu ve yaklaşık %65’inin en düşük ilk iki gelir diliminde yer aldığı belirlenmiştir. Bu bulguları da dikkate alarak, yaş ortalaması yüksek hanehalkları için sağlık güvencesi kapsamında olursa da, düşük gelir düzeyinden dolayı finansal risk altında olabilecekleri söylenebilir.



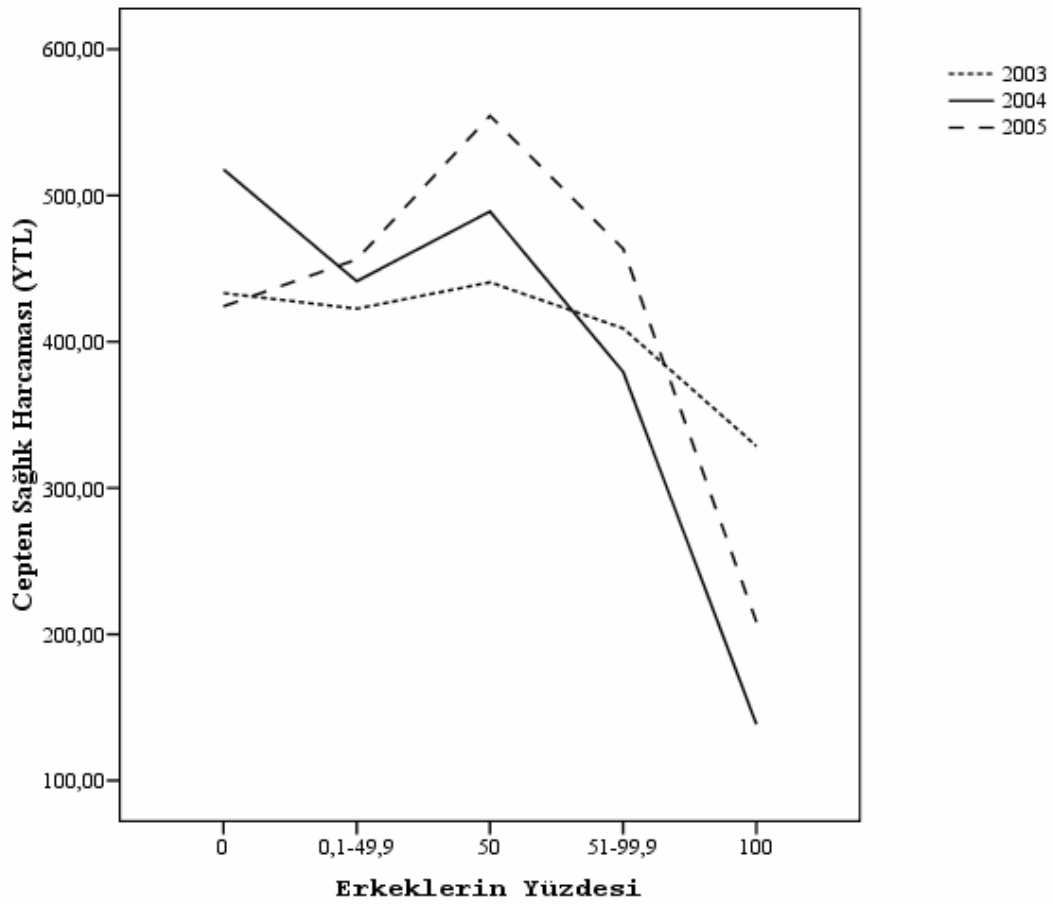
Şekil 4.3. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Yaş Gruplarına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.4 hanehalkı cepten sağlık harcamasının cinsiyete göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, kadınlardan oluşan haneler erkeklerden oluşan hanelere göre daha yüksek cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2003 yılında hiç erkek bulunmayan haneler ortalama 433 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, tüm bireylerin erkek olduğu haneler ortalama 329 YTL, %50 oranında erkek bireylerin olduğu haneler ortalama 441 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır.

2004 yılında hiç erkek bulunmayan haneler ortalama 518 YTL, tüm bireylerin erkek olduğu haneler 139 YTL, bireylerin yarısının erkek olduğu haneler ise ortalama 489 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2005 yılında bireylerinin yarısının erkek olduğu hanelerin en fazla cepten sağlık harcamasını yaptığı (555

YTL), en düşük harcamayı ise (208 YTL) yine tüm bireylerin erkek olduğu hanelerin yaptığı belirlenmiştir.

Kadınların yer aldığı hanelerde göreceli olarak daha fazla cepten sağlık harcaması yapıldığı bulgusu birçok çalışma ile uyumludur (5,6,8,181,182). Bu durum, kadınların doğum yapma, erkeklere göre ileri yaşlarda daha fazla hastalanma ve daha fazla ilaç kullanma, doğuştan beklenen yaşam sürelerinin daha uzun olması ve aile bireyleriyle daha fazla iletişim halinde olması gibi nedenlerle sağlık hizmetlerini daha fazla kullanılmalarından kaynaklanabilir (54,65,182).



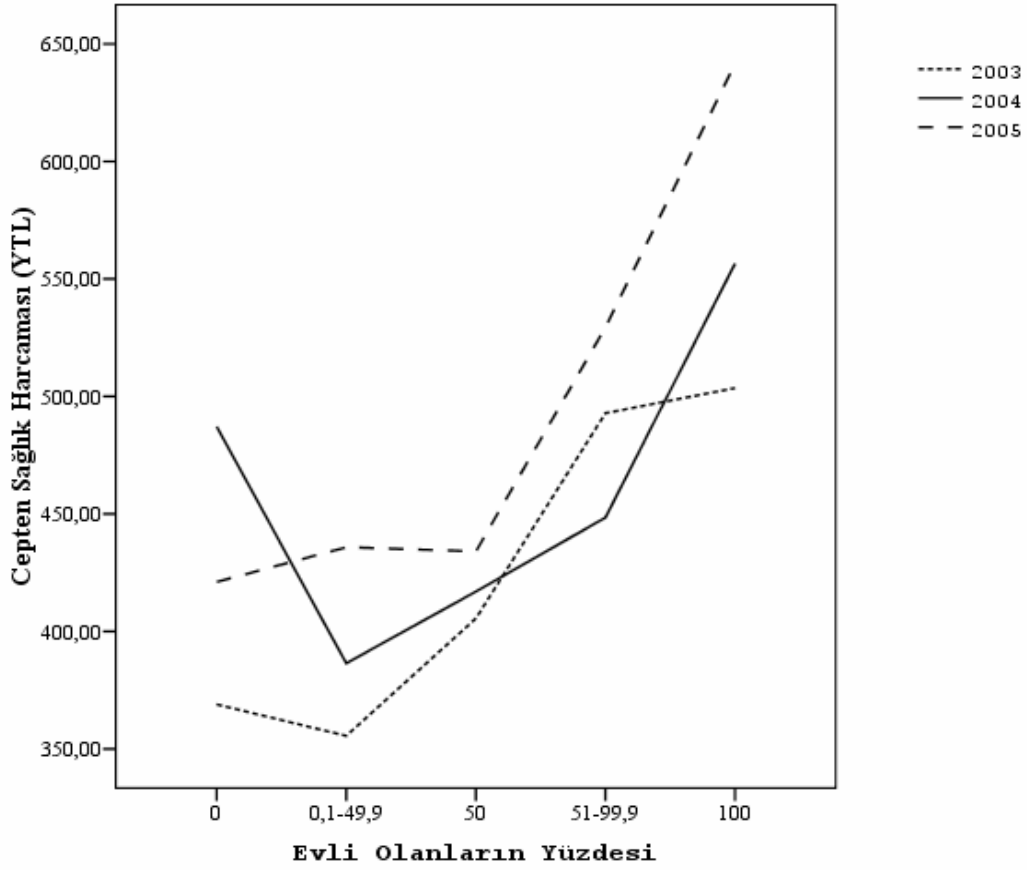
Şekil 4.4. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Cinsiyete Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.5’de hanehalkı cepten sağlık harcamasının medeni duruma göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Genel olarak, tüm bireylerin bekar olduğu haneler,

tüm bireylerin evli olduğu hanelere göre daha düşük cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2003 yılı itibariyle bekar bireylerden oluşan haneler ortalama 369 YTL, herkesin evli olduğu haneler 504 YTL ve evli ve bekar bireylerin eşit oranda temsil edildiği haneler ise ortalama 406 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2004 yılında bekar bireylerle temsil edilen haneler ortalama 487 YTL, evli bireylerle temsil edilen haneler 557 YTL, evlilerin %50 oranında temsil edildiği hanelerde ise 416 YTL cepten sağlık harcaması yapıldığı belirlenmiştir. 2005 yılında tüm bireylerin bekar olduğu haneler ortalama 421 YTL), tüm bireylerin evli olduğu haneler ise ortalama 641 YTL cepten harcama gerçekleştirmiştir.

Tüm bireylerin bekar olduğu hanelerin, tüm bireylerin evli olduğu hanelere göre daha az cepten sağlık harcaması yapmış olması ulusal literatürle (6,8) ve uluslararası literatürle (65,170) tutarlılık göstermektedir. Örneğin, Başara'nın çalışmasında (8), hiç evlenmemiş bireylerin evli olan bireylere göre cepten harcama yapma olasılığı daha düşük bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı araştırmasında (6) boşanmış, hiç evlenmemiş, eşi ölmüş ve ayrı yaşayan bireylerin evli bireylere göre daha düşük cepten sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur.

Ayrıca, ilave analizlerde, tüm bireylerin evli olduğu hanelerin %92,2'sinin sadece eşlerden oluştuğu, yaklaşık %78'inde ortalama yaşın 45 ve üstü olduğu, yaklaşık %68'inin kentsel alanda yaşadığı belirlenmiştir. Yaş ortalaması yüksek hanelerde ve kentsel alanda yaşayan hanelerde ortalama cepten harcama miktarının daha yüksek olduğu göz önüne alındığında, bu grup hanelerin göreceli olarak daha yüksek cepten harcama yapmasına bu faktörlerin katkıda bulunmuş olabileceğini söylemek mümkündür.



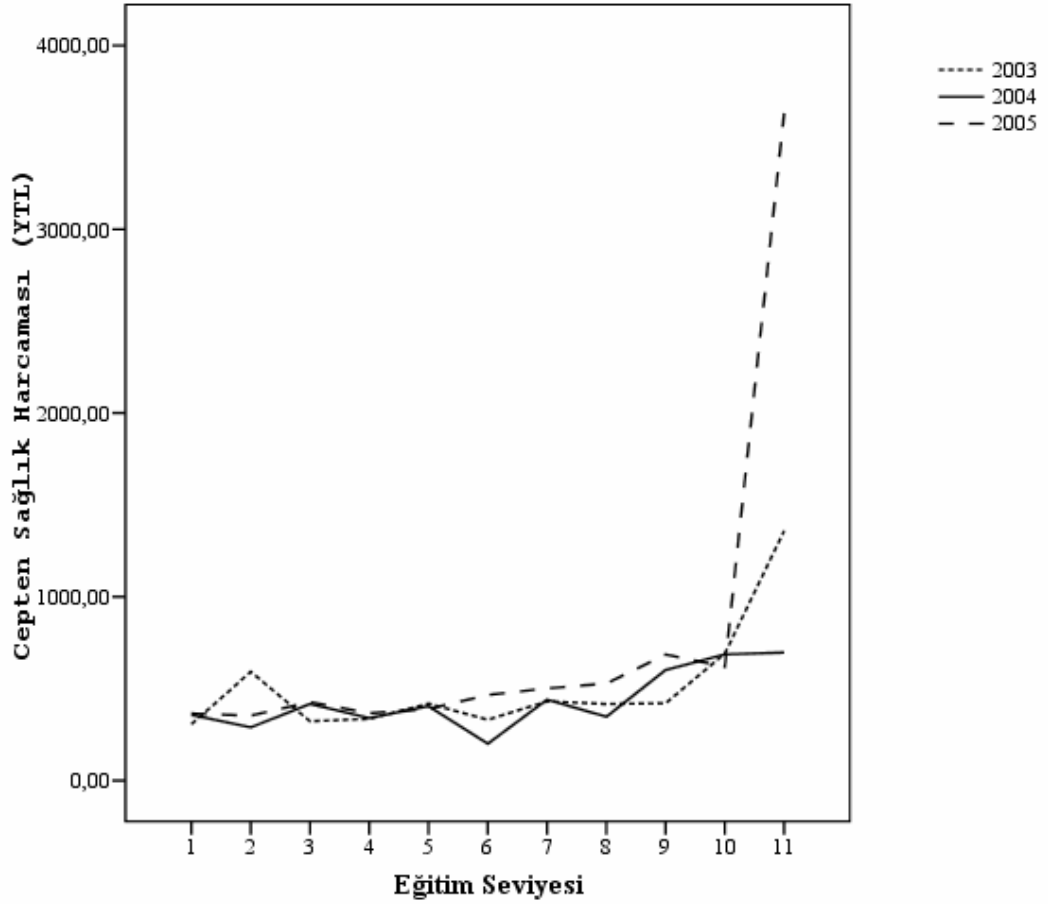
Şekil 4.5. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Medeni Duruma Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.6’da hanehalkı cepten sağlık harcamasının eğitim seviyesine göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Genel olarak, en yüksek eğitim seviyesinin dört yıllık yüksekokul/fakülte ve yüksek lisans ve doktora olduğu haneler dışında, cepten sağlık harcaması eğitim seviyesine göre belirgin farklılık göstermemektedir. 2003 yılında en yüksek eğitim seviyesi yüksek lisans ve doktora olan haneler ortalama 1.359 YTL ile okur-yazarlığın olmadığı hanelerden yaklaşık 4,5 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır.

2004 yılında, en yüksek cepten sağlık harcamasını yapan haneler ortalama 697 YTL ile en yüksek eğitim seviyesinin yüksek lisans ve doktora olduğu haneler olarak belirlenmiştir. Bu haneler, en düşük cepten sağlık harcamasının yapıldığı en yüksek eğitim seviyesinin orta dengi meslek okulu olduğu hanelerden yaklaşık 3,5 kat daha fazla cepten harcama yapmıştır. 2005 yılında ise, en yüksek cepten harcama

en yüksek eğitim seviyesi yüksek lisans ve doktora olan haneler tarafından yapılmıştır (3.632 YTL). Bu grup hanelerin, en düşük cepten harcamanın yapıldığı en yüksek eğitim seviyesi okur-yazar ancak bir okul bitirmeyen hanelere göre ortalama 10 kattan daha fazla cepten harcama yaptığı bulunmuştur.

Eğitim seviyesi yükseldikçe cepten sağlık harcamasının artması, artan eğitimin bireyleri ve hane halklarını sağlık konusunda daha bilinçlendirmesi ve kaliteli sağlık hizmeti beklentilerinin artması (183) ve eğitim seviyesi arttıkça hane halkı gelirinin de artması ile açıklanabilir (184). Bu çalışmanın ilave analizleri de, yüksek lisans/doktora eğitimine sahip hanelerin %84,1'inin 5. gelir diliminde olduğunu göstermiştir. Ayrıca, hanede en yüksek eğitim seviyesinin yüksek lisans/doktora olduğu hanelerin cepten sağlık harcaması 2005 yılında sıra dışı bir artış göstermiştir. Bu durum, 2005 yılından itibaren SSK'lı hastaların serbest eczanelerden ilaç alımının sağlanmasıyla birlikte eğitim düzeyi yüksek olan SSK'lı hastaların daha rahat ilaç almaları ile açıklanabilir.



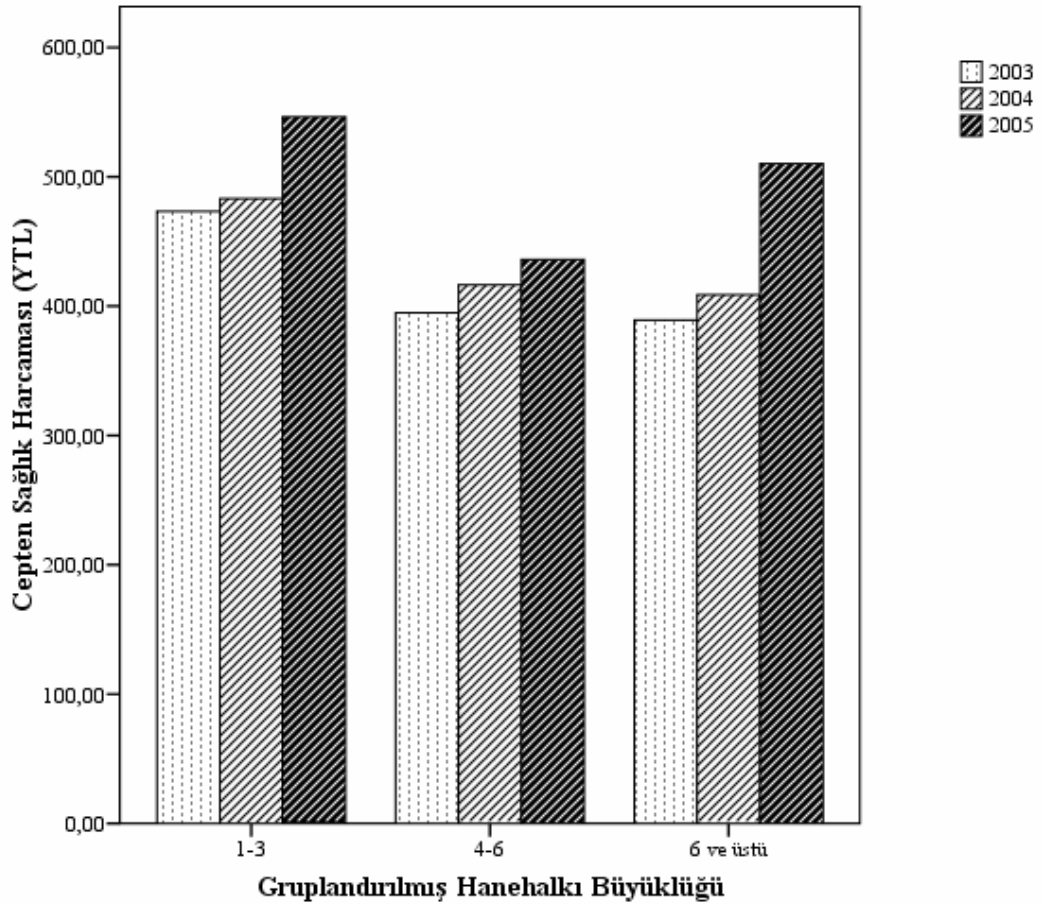
Şekil 4.6. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Eğitim Seviyesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.7 hanehalkı cepten sağlık harcamasının hanehalkı büyüklüğüne göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, hanehalkı büyüklüğü arttıkça, cepten sağlık harcamasında belirgin bir azalma belirlenmiştir. Bu farkı yaratan, birey sayısı 1-3 arasında olan hanelerdir. Ayrıca, büyüklükleri ne olursa olsun, hanelerin cepten harcamalarında yıllar itibariyle artış meydana gelmiştir.

Tüm yıllarda ortalama cepten harcamanın en yüksek olduğu haneler, üç ve daha az sayıda bireyden oluşan hanelerdir. Bu grup hanelerin 2003 yılında yaptıkları ortalama 473 YTL cepten harcamada 2005 yılında %15,4'lük bir artış meydana gelmiştir. Cepten sağlık harcamasının tüm yıllarda en düşük olduğu haneler ise, 4-6 bireyden oluşan hanelerdir. Bu hanelerin sağlık amaçlı cepten harcamaları 2003 yılında 389 YTL, 2004 yılında 416 YTL ve 2005 yılında 436 YTL olarak belirlenmiştir. Cepten harcamalarda 2003 yılına göre 2005 yılında en fazla

değişikliğin gerçekleştiği haneler %12'lik artış ile altı ve daha fazla bireyin yaşadığı haneler olmuştur.

Hanehalkı birey sayısı arttıkça cepten sağlık harcamalarının artması, uluslararası çalışmalar ile uyumlu değildir (38), ancak ulusal literatür ile uyumludur (8). Başarıya bu durumu, Türkiye'de kalabalık ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olması ve finansal nedenlerle sağlık hizmeti alamayacak durumda olmaları ile açıklamıştır. Ayrıca, bu çalışmanın ilave analizleri, hanehalkında yaşayan birey sayısı arttıkça, hanede sağlık güvencesi kapsamındaki bireylerin yüzdesinin ve ortalama yaş seviyesinin düştüğünü göstermiştir. Dolayısıyla, bu çalışmada, hanehalkı büyüklüğü ile cepten harcama miktarı arasında belirlenen bu ters ilişkiyi, sağlık güvencesi kapsamı ve ortalama hanehalkı yaşı ile açıklamak mümkündür.



Şekil 4.7. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Büyüklüğüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

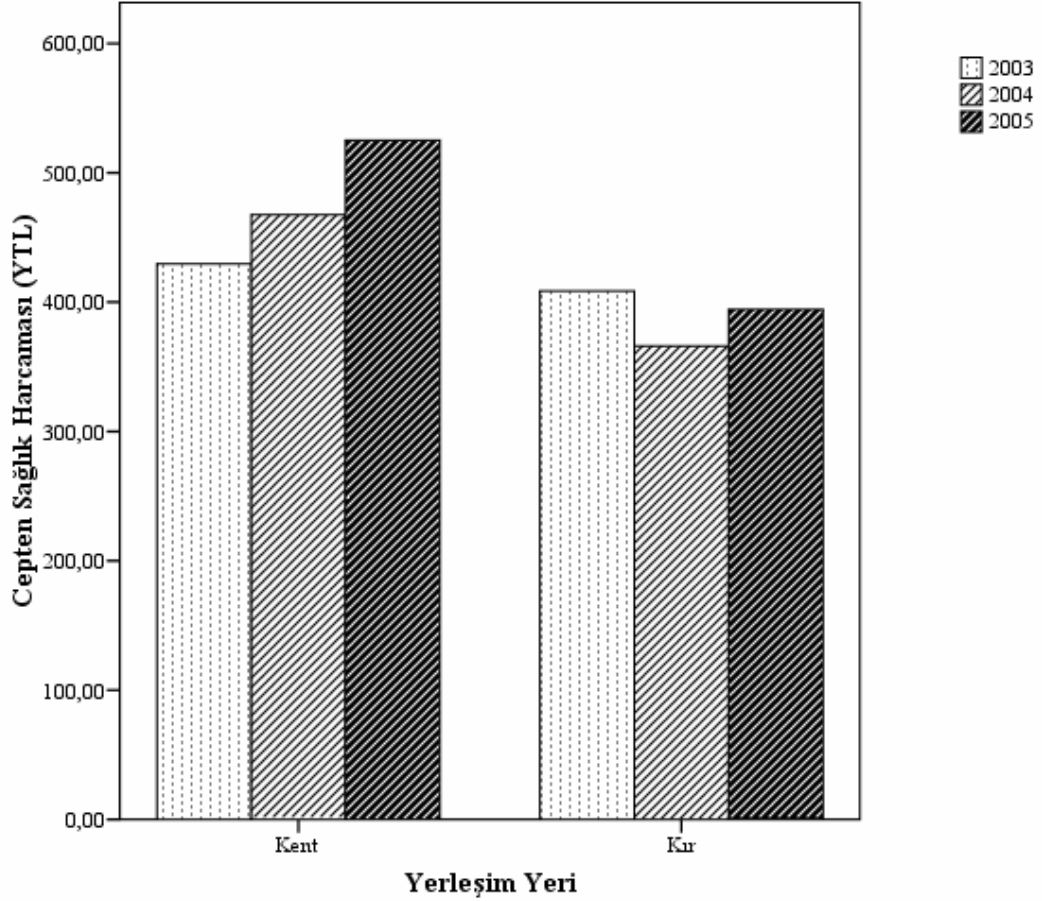
Şekil 4.8’de hanehalkı cepten sağlık harcamasının yerleşim yerine göre yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Genel olarak, kentsel alanda yaşayan hanehalkları kırsal alanda yaşayan hanehalklarına göre daha yüksek cepten sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur. 2003 yılında kentsel alanda yaşayan hanehalkları ortalama 430 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, kırsal alanda yaşayan haneler ortalama 408 YTL cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2004 yılı için bu harcamalar sırasıyla ortalama 468 YTL ve 366 YTL ve 2005 için sırasıyla ortalama 525 YTL ve 394 YTL’dir.

Şekil 4.8’de ayrıca kırsal alanda yaşayan hanelerin aksine, kentsel alanda yaşayan hanelerin cepten harcamalarında yıllar itibariyle belirgin artış olduğu da görülmektedir. 2003 yılında kentsel alanda yaşayan hanelerin yaptığı cepten harcama 2004 yılında %8,8 ve 2005 yılında %22,1 artmıştır.

Kentsel alanlarda yaşayan hanehalklarının kırsal alanlarda yaşayan hanehalklarına göre daha fazla cepten sağlık harcaması yapmış olmaları, Türkiye’deki mevcut literatürle uyumlu değildir (6,8). Ancak, mevcut ulusal literatür, bazı önemli noktalarda bu çalışmadan farklılaşmaktadır. SB çalışmasında (6) analizler bireysel düzeyde yapılmıştır ve kentsel alana üç büyük metropolitan alan dahil edilmemiştir. Başara’nın çalışmasında da (8) analizler bireysel düzeyde yapılmıştır ancak bu çalışmada cepten harcama miktarı değil cepten harcama yapma olasılığı incelenmiştir. Dolayısıyla, mevcut ulusal literatür ile bu çalışmanın bulgusunun farklılaşması yöntem ile ilgili faktörlere atfedilebilir. Kentsel alanlarda yaşayan hanehalklarının daha fazla cepten harcama yapması, sağlık hizmetlerine daha rahat erişebilmeleri ve özel sağlık hizmeti sunucularının daha fazla olması ile de açıklanabilir (125,185).

Ayrıca, yapılan ilave analizlere göre, kentsel alanda bulunan hanelerin yaş ortalaması düşüktür (%67,5’i 0-34 yaş grubunda), çoğunluğunda (%71,4) tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamındadır, gelir seviyesi açısından belirgin bir farklılık görülmemiştir (yaklaşık %45’i 4. ve 5. gelir dilimindedir) ve eğitim seviyesi göreceli olarak daha yüksektir. Bu bulgulara dayanarak, bu hanelerin yaş ortalaması düşük olmasına rağmen, sağlık güvencesi kapsamının yaygın olması ve daha yüksek

eğitim seviyesinin, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı ile birlikte ele alındığında, cepten harcamaları artırdığını söylemek mümkündür.



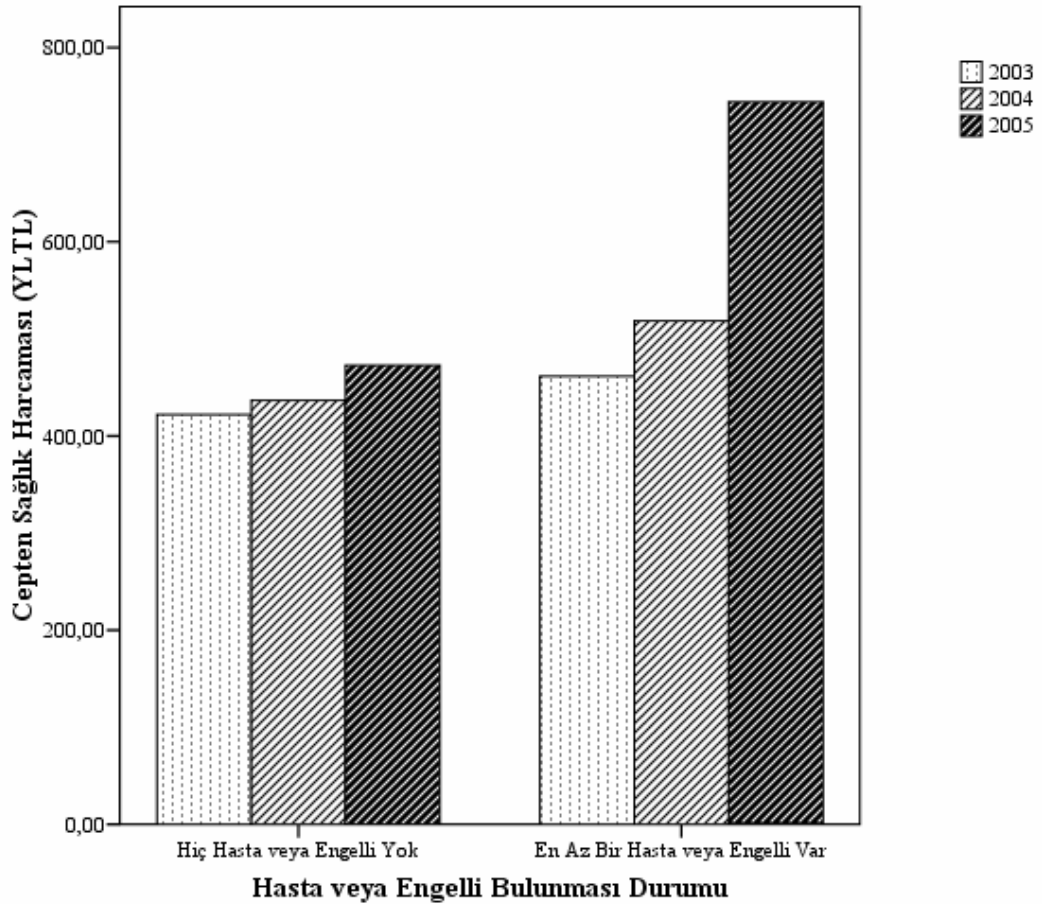
Şekil 4.8. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Yerleşim Yerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.9 hanehalkı cepten sağlık harcamasının sağlık ihtiyacına göre yıllar itibariyle dağılımını sunmaktadır. Genel olarak, iş aramama nedeni olarak en az bir bireyde hastalık veya engellilik durumunun olduğu haneler, iş aramama nedeni olarak hiçbir bireyde hastalık veya engellilik durumu olmayan hanelere göre daha yüksek cepten sağlık harcaması yapmıştır.

2003 yılında en az bir bireyin hastalık veya engellilik nedeniyle iş aramadığı hanelerin ortalama cepten sağlık harcaması 462 YTL olarak belirlenirken, bu rakam diğer grupta yer alan haneler için ortalama 422 YTL olarak belirlenmiştir. 2004 yılı için bu rakamlar sırasıyla ortalama 518 YTL ve 437 YTL; 2005 yılı için sırasıyla

ortalama 744 YTL ve 473 YTL olarak bulunmuştur. Ayrıca, iş aramama nedeni olarak en az bir bireyde hastalık veya özürlülük durumu olan hanelerin cepten harcamalarında yıllar itibariyle belirgin artış belirlenmiştir. 2003 yılında bu grup hanelerin yaptığı cepten harcama 2004 yılında %12 ve 2005 yılında %61 artmıştır.

Bu çalışmada hanede hasta veya özürlü olması durumu her ne kadar sadece bir iş aramama gerekçesini temsil etmesine ve 12 yaş altı nüfus kapsamamış olmasına rağmen, hasta veya özürlü birey bulunan hanelerin göreceli olarak daha fazla cepten harcama yapması ulusal ve uluslararası literatür ile uyumludur (8,65). Örneğin, Başara'nın çalışmasında (8), hanesinde özürlü olan bireylerin cepten harcama yapma olasılığının göreceli olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur.



Şekil 4.9. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık İhtiyacına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

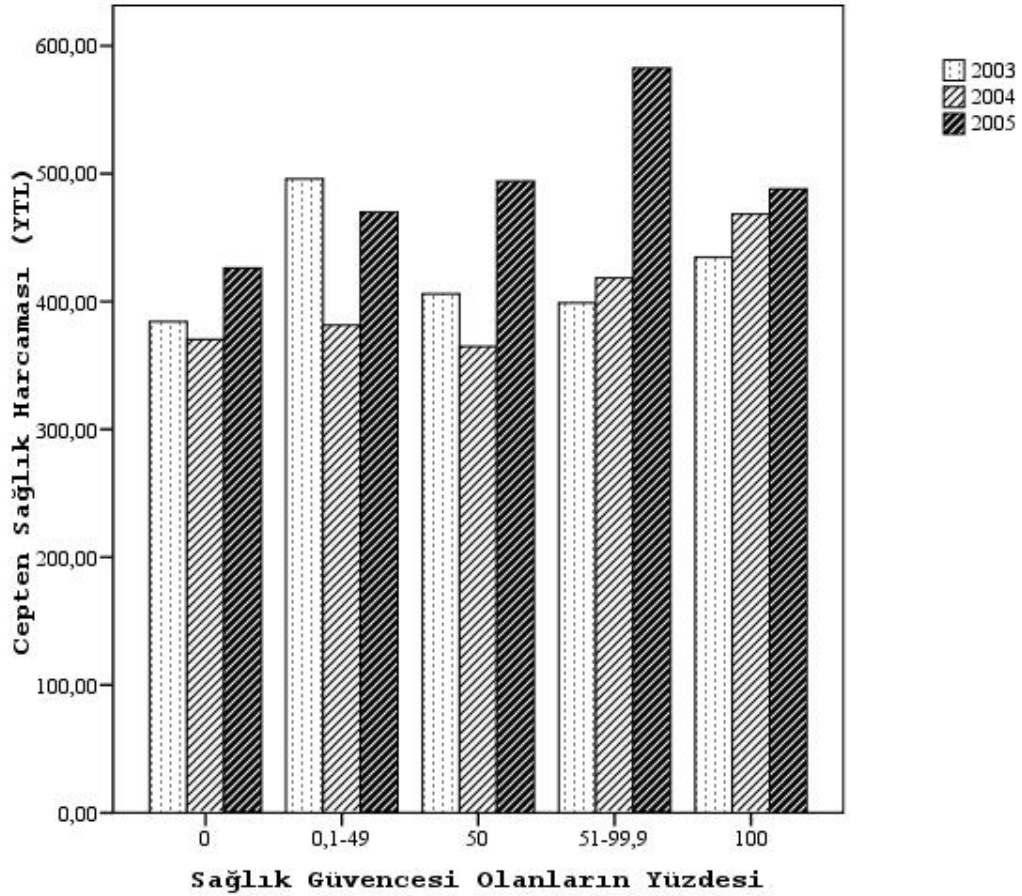
Şekil 4.10 hanehalkı cepten sağlık harcamasının sağlık güvencesine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu haneler, hiçbir bireyin sağlık güvencesi kapsamında olmadığı hanelere göre daha yüksek cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2003 yılında hiçbir bireyin sağlık güvencesine sahip olmadığı hanelerin, tüm bireylerin sağlık güvencesine sahip olduğu hanelere göre ortalama 50 YTL daha fazla cepten harcama yaptığı bulunmuştur (sırasıyla, 384 YTL ve 434 YTL). 2004 yılında hiçbir bireyin sağlık güvencesine sahip olmadığı hanelerin yapmış olduğu cepten harcama tüm bireylerin sağlık güvencesine sahip olduğu hanelere göre ortalama 99 YTL daha fazla olmuştur (sırasıyla, 370 YTL ve 469 YTL). 2005 yılında ise, yılında hiçbir bireyin sağlık güvencesine sahip olmadığı hanelerin, tüm bireylerin sağlık güvencesine sahip olduğu hanelere göre ortalama 62 YTL daha fazla cepten harcama yaptığı bulunmuştur (sırasıyla, 426 YTL ve 488 YTL).

Ayrıca, tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu hanelerde yıllar itibariyle cepten harcamalarda artış görülmektedir. 2003 yılında sağlık güvencesi kapsamındaki bireylerden oluşan hanelerin yaptığı cepten harcama 2004 yılında %8,1 ve 2005 yılında %12,4 artmıştır. 2003 yılına göre hiçbir bireyin sağlık güvencesinin olmadığı hanelerin yaptığı cepten harcama 2004 yılında %3,6 azalmış, 2005 yılında ise 2004 yılına göre %15 artış meydana gelmiştir. Sağlık güvencesi kapsamında olma cepten sağlık harcamalarında önemli ölçüde azalma yaratmadığı, hatta artışa neden olduğu görülmektedir.

Bu bulgu, mevcut ulusal literatürle tutarlıdır. Başara çalışmasında (8), cepten sağlık harcaması yapma durumu ile sağlık güvencesi durumunu incelediğinde, sağlık güvencesi olan bireylerin diğer bireylere göre daha fazla cepten harcama yapma olasılığını daha yüksek bulmuştur. Türkiye Sağlık ve İlaç Harcamaları Araştırmasında da (5) aynı bulgu elde edilmiştir. Tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu hanehalklarının göreceli olarak daha fazla cepten harcama yapması, bu hanehalklarının geri ödeme kapsamındaki sağlık hizmeti sunucularını yoğun olarak kullandıkları anlamına gelebilir. Benzer şekilde, sağlık güvencesi kapsamında olmayan bireylerden oluşan hanelerdeki daha düşük cepten harcama ise, bu grup hanelerin ihtiyaç duydukları halde finansal nedenlerle sağlık hizmetlerinden

yararlanmamaları, kendine kendilerini tedavi etmeleri veya daha ucuz sağlık hizmetlerini kullanmaları ile açıklanabilir.

Sağlık güvencesine sahip olmanın finansal koruma sağlayıp sağlamadığı konusu uluslararası literatürde incelenen konular arasındadır. Örneğin, Himmelstein ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada (186), ABD’de sağlık harcamaları nedeniyle iflas eden bireylerin çoğunun sağlık güvencesi kapsamında olduğu ve özel sağlık sigortası olan bireylerin ortalama cepten harcamasının sağlık güvencesi olmayan bireylerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



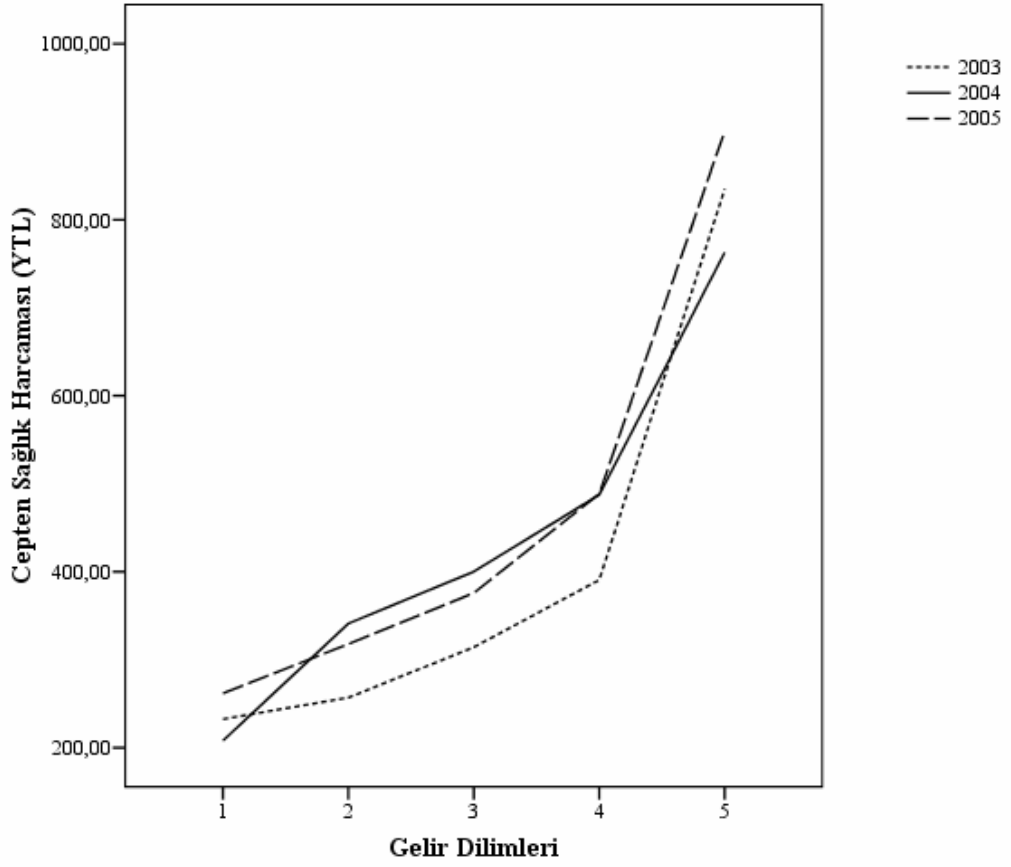
Şekil 4.10. Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Güvencesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Yukarıda sunulan bulgulara dayalı olarak, cepten harcama miktarı esas alınarak bir değerlendirme yapıldığında, sağlık güvencesine sahip olmanın haneleri

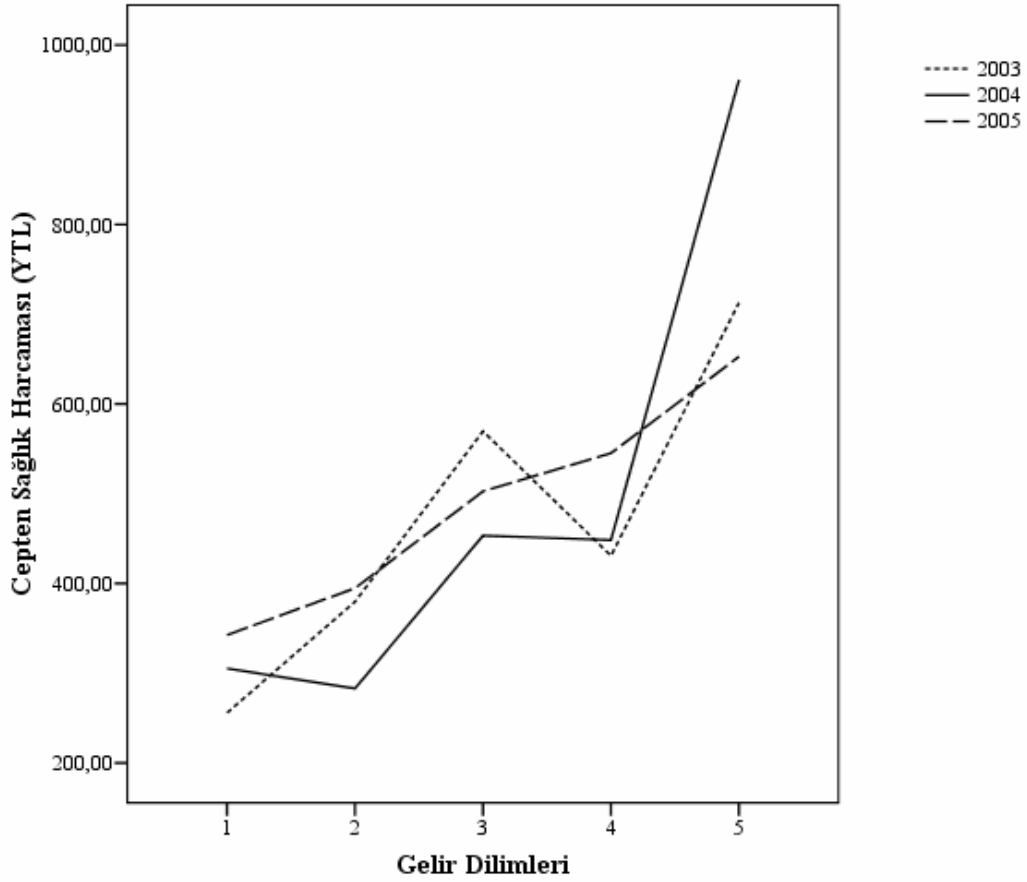
cepten harcamanın finansal riskine karşı korumadığı söylenebilir. Bu durumun gelir dilimleri itibariyle bir değerlendirme yapıldığında değişip değişmediğini görmek amacıyla ilave analizler yapılmıştır. Bu bulgular, Şekil 4.11 ve Şekil 4.12’de sunulmaktadır. Genel olarak, ilave analizlerden elde edilen bulgular, tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu ve hiçbir bireyin sağlık güvencesi kapsamında olmadığı hanelerde, cepten harcamaların daha fazla üst gelir grupları tarafından gerçekleştirildiğini göstermiştir.

Şekil 4.11 bireylerin tamamının sağlık güvencesi kapsamında olduğu hanelerde cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Her üç yılda da gelir düzeyi yükseldikçe yapılan cepten sağlık harcaması artış göstermiştir. 2003 yılında en düşük gelir diliminde bulunan hane halkları ortalama 233 YTL cepten sağlık harcaması yaparken, en yüksek gelir dilimindeki haneler ortalama yaklaşık 3,6 kat daha fazla (835 YTL) cepten sağlık harcaması yapmıştır. 2004 yılında zengin ve yoksul haneler arasındaki bu fark zengin haneler lehine yaklaşık 3,7 kat olarak belirlenmiştir. 2005 yılında ise en yüksek gelir dilimindeki haneler ortalama 3,5 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır (sırasıyla 901 YTL, 262 YTL).

Şekil 4.12 bireylerin tamamının sağlık güvencesi kapsamı dışında olduğu hanelerde cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Sağlık güvencesi kapsamında olan hanelerde olduğu gibi, bu grup hanelerde de 2003-2005 yıllarında gelir düzeyi yüksek haneler gelir düzeyi düşük hanelere göre daha fazla cepten sağlık harcaması yapmışlardır. Yoksul ve zengin haneler arasındaki bu fark, en belirgin şekilde 2004 yılında meydana gelmiş ve yaklaşık üç katına ulaşmıştır. Ancak, 1. gelir dilimindeki haneler ilgili yıllarda her yıl artan miktarda cepten harcama yaparken, 5. gelir dilimindeki haneler 2005 yılında önceki yıldan daha az miktarda sağlık harcaması yapmıştır. Bu, bu grup hanelerin 2005 yılında sağlık hizmetlerini daha az kullanmaları ile açıklanabilir.



Şekil 4.11. Hanedeki Tüm Bireylerin Sağlık Güvencesine Sahip Olması Durumunda Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı



Şekil 4.12. Hanede Hiç Kimsenin Sağlık Güvencesine Sahip Olmaması Durumunda Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

4.1.5. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Harcamanın Kontrol Değişkenlerine Göre Dağılımı

Şekil 4.13-4.22’de cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin hanehalklarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, hanehalkı büyüklüğü, yerleşim yeri, sağlık güvencesi ve sağlık ihtiyacı değişkenlerini içeren demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı araştırma yıllarına göre sunulmaktadır.

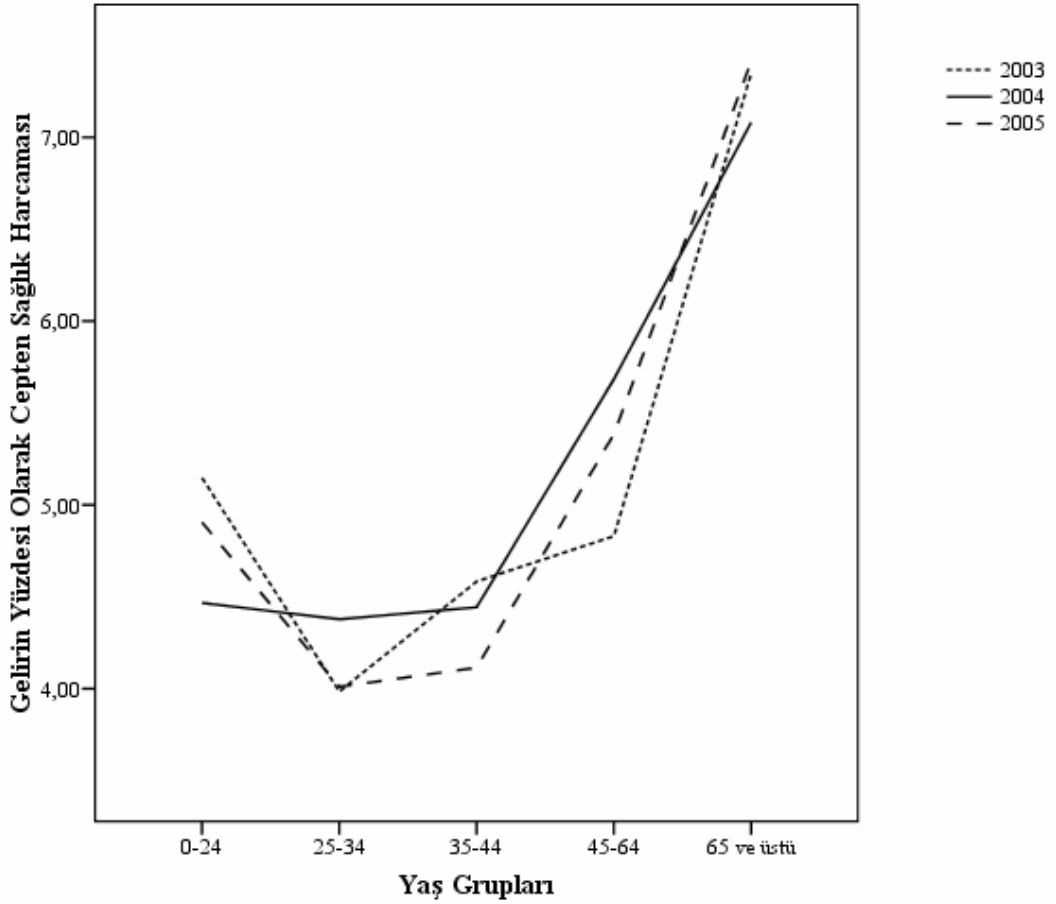
Şekil 4.13 cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin yaş gruplarına göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, bu iki değişken arasında belirgin bir yapı görülmemektedir. Belirgin farklılıklar özellikle yaş ortalaması “65 ve üstü” ile “25-34” olan hanelerde belirlenmiştir. Yaş ortalaması

“65 ve üstü” olan hanelerin gelirlerinden sağlığa ayırdıkları pay her üç yılda da en yüksek, yaş ortalaması “25-34” olan hanelerde en düşük olarak belirlenmiştir. Ayrıca hanelerin sağlığa ayırdıkları pay, yaş ortalaması en düşük (0-24) ve en yüksek (65 ve üstü) hanelerde 2004 yılında azalmıştır.

2003 yılında gelirinin %7,35’ini cepten sağlık harcamasına ayıran yaş ortalaması “65 yaş ve üstü” olan hanelerde bu rakam 2004 yılında ortalama %7,08 ve 2005 yılında %7,41 olmuştur. Bu bulgular, yaş ortalaması itibariyle bu grupta yer alan hanelerde 2003 yılına göre 2004 yılında sağlık amaçlı yapılan harcamaların gelir içindeki payında %3,8’lik bir azalma meydana gelmiş, ancak 2005 yılında bu pay 2004 yılına göre %4,5 artarak neredeyse 2003 yılı seviyesine yükselmiştir.

2003 yılında gelirinin %3,98’ini sağlık harcamasına ayıran 25-34 arası yaş ortalamasına sahip hanelerde bu rakam 2004 yılında ortalama %4,38 ve 2005 yılında %4,01 olarak bulunmuştur. Yaş ortalaması “65 ve üstü” olan hanelerden farklı olarak, 25-34 yaş grubunda yer alan hanelerde 2003 yılına göre 2004 yılında cepten harcamaların gelir içindeki payında yaklaşık %10’luk bir artış, 2005 yılında ise 2004 yılına göre %8 artmıştır. Ancak, 2005 yılı rakamı 2003 rakamı ile karşılaştırıldığında, sadece %0,7’lik artış söz konusudur.

Yaş ortalaması “65 ve üstü” olan hanelerin cepten sağlık harcamalarının gelirleri içindeki payın göreceli olarak çok daha yüksek olması, Şekil 4.3 için sunulan açıklamalar ile uyumludur. Daha açık bir ifadeyle, bu grup hanelerin yaklaşık %84’ünde bireylerin tamamının sağlık güvencesi kapsamında olmasına rağmen, yaklaşık %65’inin en düşük ilk iki gelir diliminde yer aldığı dikkate alındığında, yüksek miktardaki cepten harcamanın düşük gelir seviyesi içinde yüksek bir paya sahip olması beklenen bir durumdur. Bu bulgular, yaş ortalaması yüksek hanehalklarının sağlık güvencesi kapsamında olsalar da, düşük gelir düzeyi nedeniyle finansal risk ile karşı karşıya olduklarına işaret etmektedir.



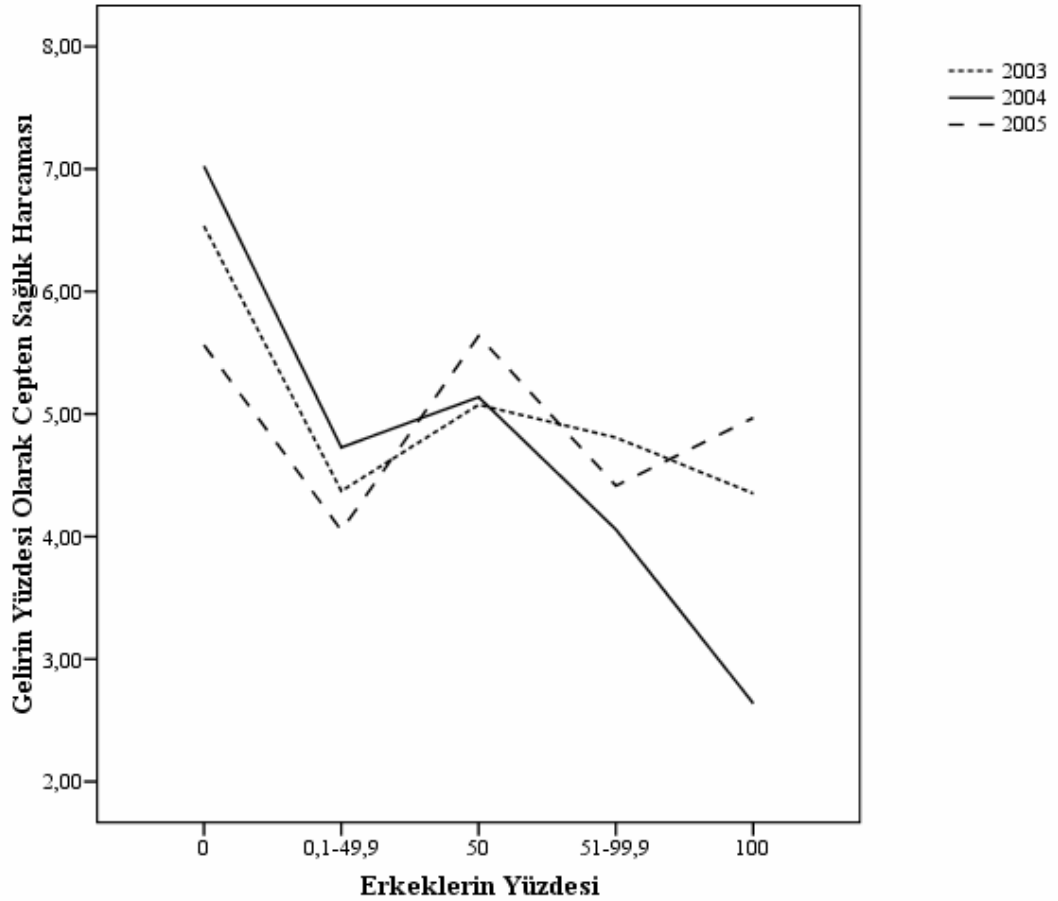
Şekil 4.13. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Yaş Gruplarına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.14’de cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin cinsiyete göre yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Genel olarak, kadınlardan oluşan haneler, erkeklerden oluşan hanelere göre gelirlerinin daha yüksek yüzdesini sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Kadınların oluşturduğu hanelerin gelirleri içinde cepten harcamanın payı, 2003 yılında ortalama %6,5, 2004 yılında %7,02 ve 2005 yılında %5,56 olarak gerçekleşmiştir. Erkeklerden oluşan hanelerin gelirleri içinde cepten harcamanın payı ise, 2003 yılında ortalama %3,23, 2004 yılında %2,63 ve 2005 yılında %4,96 olarak gerçekleşmiştir.

Bu bulgular, ayrıca, 2004 yılında kadınların oluşturduğu hanelerin, erkeklerin oluşturduğu hanelere göre, gelirlerinin yaklaşık %44 daha fazlasını sağlığa ayırdığını

da göstermektedir. Bu iki grup hane arasındaki bu fark, 2005 yılında %6'ya gerilemiştir.

Yapılan ilave analizlere göre, tüm bireylerin kadın olduğu hanelerin %61,2'si en düşük ilk iki gelir dilimindedir. Ayrıca, toplam cepten harcamanın cinsiyete göre dağılımı bulgularına göre, tüm bireylerin kadın olduğu hanelerin cepten harcaması diğer hanelere göre daha yüksektir. Bu iki bulguya dayalı olarak, kadınların yer aldığı hanelerde sağlık için yapılan yüksek cepten harcamanın düşük seviyedeki hanehalkı geliri içinde yüksek bir paya sahip olması beklenmedik bir durum değildir.



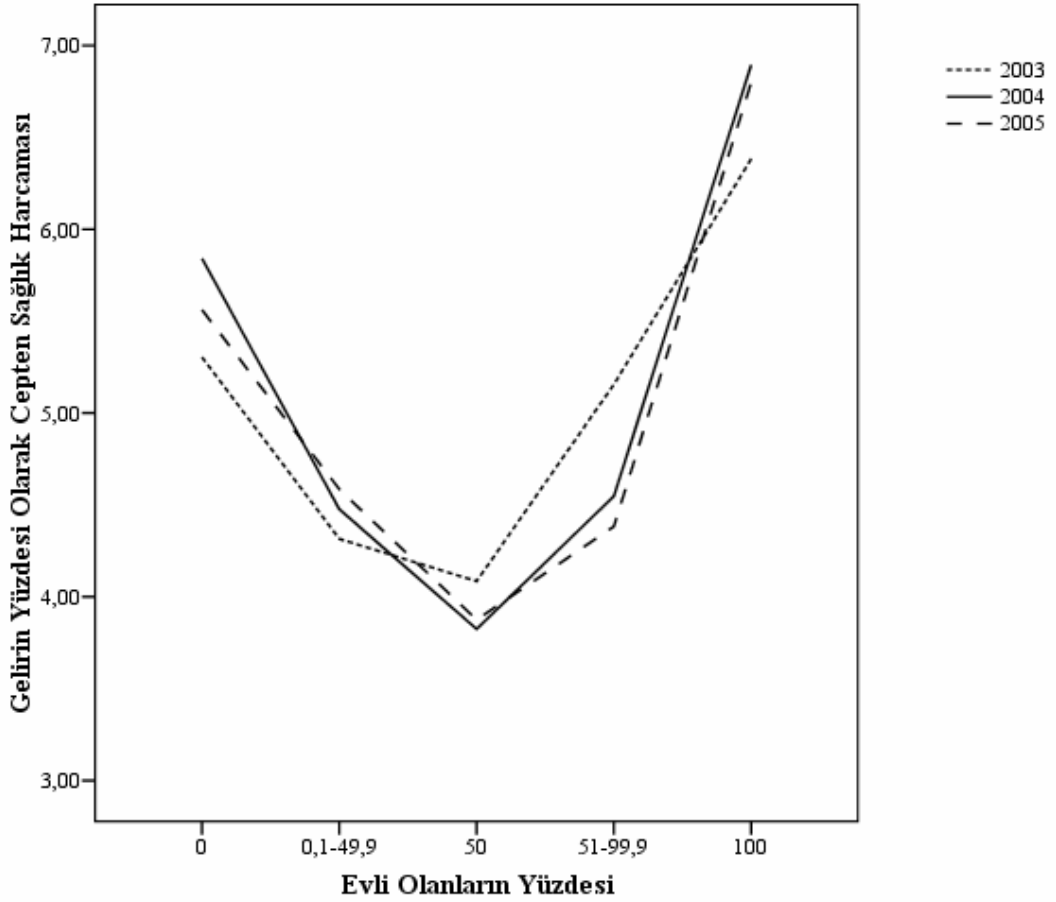
Şekil 4.14. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Cinsiyete Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.15'te cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin medeni duruma göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Genel olarak, bekarların oluşturduğu haneler, evlilerin oluşturduğu hanelere göre gelirlerinin daha düşük yüzdesini sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Bekarların oluşturduğu hanelerin gelirleri içinde cepten sağlık harcamasının payı, 2003 yılında ortalama %5,3, 2004 yılında %5,84 ve 2005 yılında %5,56 olarak belirlenmiştir. Evlilerden oluşan hanelerin gelirleri içinde cepten sağlık harcamasının payı ise, 2003 yılında ortalama %6,38, 2004 yılında %6,89 ve 2005 yılında %6,79 olarak gerçekleşmiştir.

Bu bulgular, hem bekarların hem de evlilerin oluşturduğu hanelerin sağlık için yaptıkları harcamanın gelir içindeki payının 2004 yılında en yüksek seviyeye ulaştığını göstermektedir. 2004 yılında evlilerin oluşturduğu haneler, bekarların oluşturduğu hanelere göre gelirlerinin yaklaşık %11 daha fazlasını sağlığa ayırmıştır.

Ayrıca, evli ve bekar bireylerin eşit oranda temsil edildiği hanelerde gelirden sağlığa ayrılan pay, 2003 yılında en yüksek (%4,08), 2004 yılında en düşük (%3,82) olarak belirlenmiştir. Bu grup hanelerde, 2003 yılına göre 2004 yılında sağlığa ayrılan payda %2,6 azalma olmuştur.

Hanehalkında herkesin evli olduğu hanelerin gelirlerinden sağlığa daha fazla pay ayırmasında, bu hanelerin çoğunda (%78) ortalama yaş seviyesinin yüksek olmasının ve düşük gelir seviyesine (%50'si ilk iki gelir diliminde) sahip olmalarının etkisinin olabileceği söylenebilir.

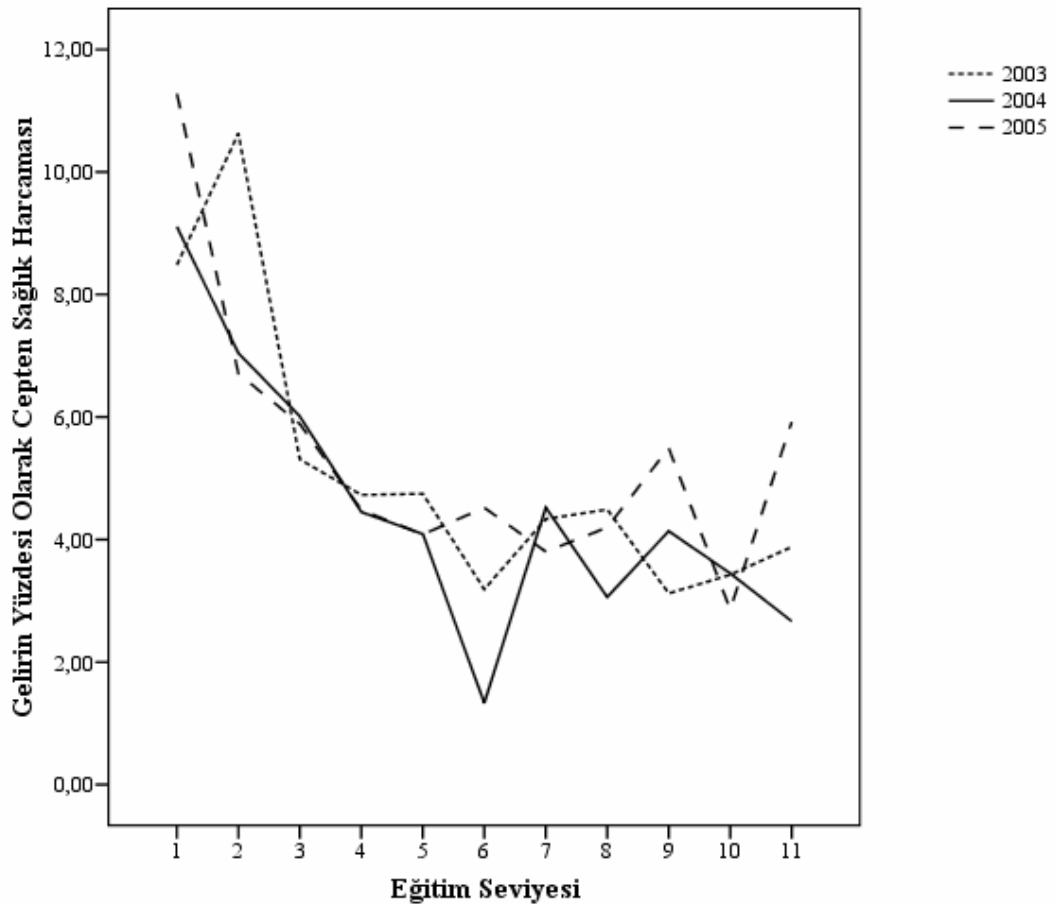


Şekil 4.15. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Medeni Duruma Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.16 cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin eğitim seviyesine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, hanehalkının eğitim seviyesi düştükçe, cepten harcamanın gelir içindeki payı artmıştır. Özellikle okur-yazarlığı olmayan bireylerin oluşturduğu haneler ile yüksek lisans veya doktora eğitimi yapmış bireylerin olduğu haneler arasındaki fark dikkat çekicidir. Birinci grup haneler, yüksek lisans veya doktora mezunlarının yer aldığı hanelere göre incelenen tüm yıllarda gelirlerinin daha yüksek bir yüzdesini sağlık için harcamıştır: 2003 yılında 46,3, 2004 yılında 64,4 ve 2005 yılında 47,8.

İlave analizler, eğitim seviyesi düşük olan hanehalklarının gelirlerinin neden diğer gruplara göre daha fazlasını cepten sağlık harcamasına ayırdıklarını açıklamaya yardımcı olmaktadır. Bu analizler, en yüksek eğitim seviyesinin “Okur-yazar değil”

olduğu hanelerin yaklaşık %93'ünde ortalama yaşın 45 ve üstü, “Okur-yazar olup bir okul bitirmedi” grubunda olan hanelerin ise yaklaşık %57'sinde ortalama yaşın 45 ve üstü olduğunu göstermiştir. Ayrıca, okur-yazarlığı olmayan hanelerin %69,3'ünün 1. gelir diliminde olduğu ve yaklaşık %69'unda herkesin sağlık güvencesine sahip olduğu; okur-yazarlığı olan ancak bir okul bitirmeyen hanelerin ise %57,4'ünün 1. gelir diliminde olduğu ve yaklaşık %61'inde herkesin sağlık güvencesine sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde, eğitim seviyesi düşük hanelerin çoğunun sağlık güvencesi kapsamında olmalarına rağmen, ortalama yaş seviyesinin yüksek olması nedeniyle yaşanan sağlık sorunlarının yoğunluğu ve düşük gelir seviyesi, yapılan sağlık harcamalarının gelir içindeki payını yükseltmektedir.



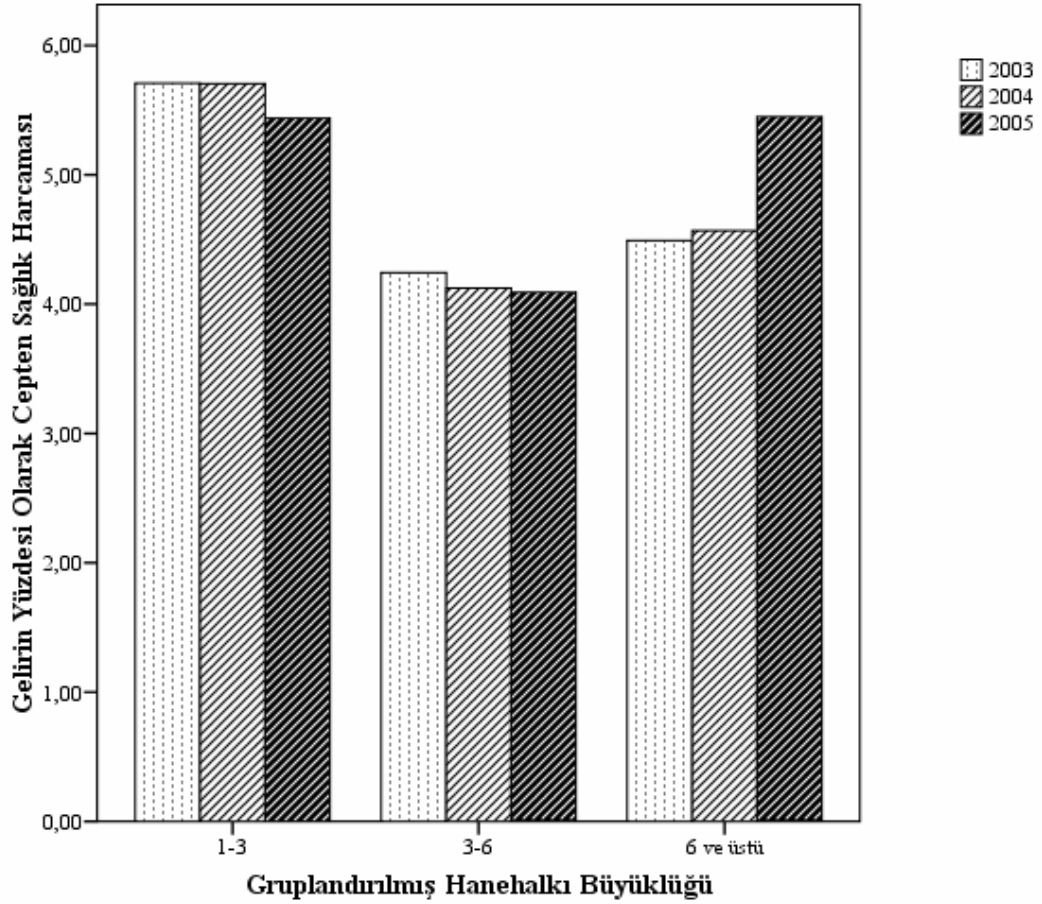
Şekil 4.16. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Eğitim Seviyesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.17 cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin hanehalkı büyüklüğüne göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, hanehalkı büyüklüğü arttıkça cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinde bir artış görülmemektedir.

Bu yüzdenin 2005 yılı dışında tüm yıllarda en yüksek olduğu haneler, üç ve daha az sayıda bireyden oluşan hanelerdir. Bu grup hanelerin 2003 ve 2004 yıllarında sağlığa ayırdıkları payda değişiklik belirlenmemekle birlikte, 2005 yılında 2003 yılına göre %5,6'lık azalma belirlenmiştir.

Gelirden cepten sağlık harcamasına ayrılan payın tüm yıllarda en düşük olduğu haneler ise, 4-6 bireyden oluşan hanelerdir. Bu hanelerin sağlık amaçlı gelirlerinden yaptığı harcamanın payı 2003 yılında %4,2 iken, bu rakam, 2004 ve 2005 yıllarında %2,4 azalmıştır.

Birey sayısı ortalama 1-6 arasında olan hanelerin yıllar itibariyle sağlık amaçlı yaptıkları cepten harcamaların gelirleri içindeki payında belirgin değişiklikler görülmez iken, altı ve daha fazla bireyden oluşan haneler 2005 yılında gelirlerinin artan yüzdesini sağlığa ayırmıştır. Bu artış, 2003 yılına göre %20'dir.



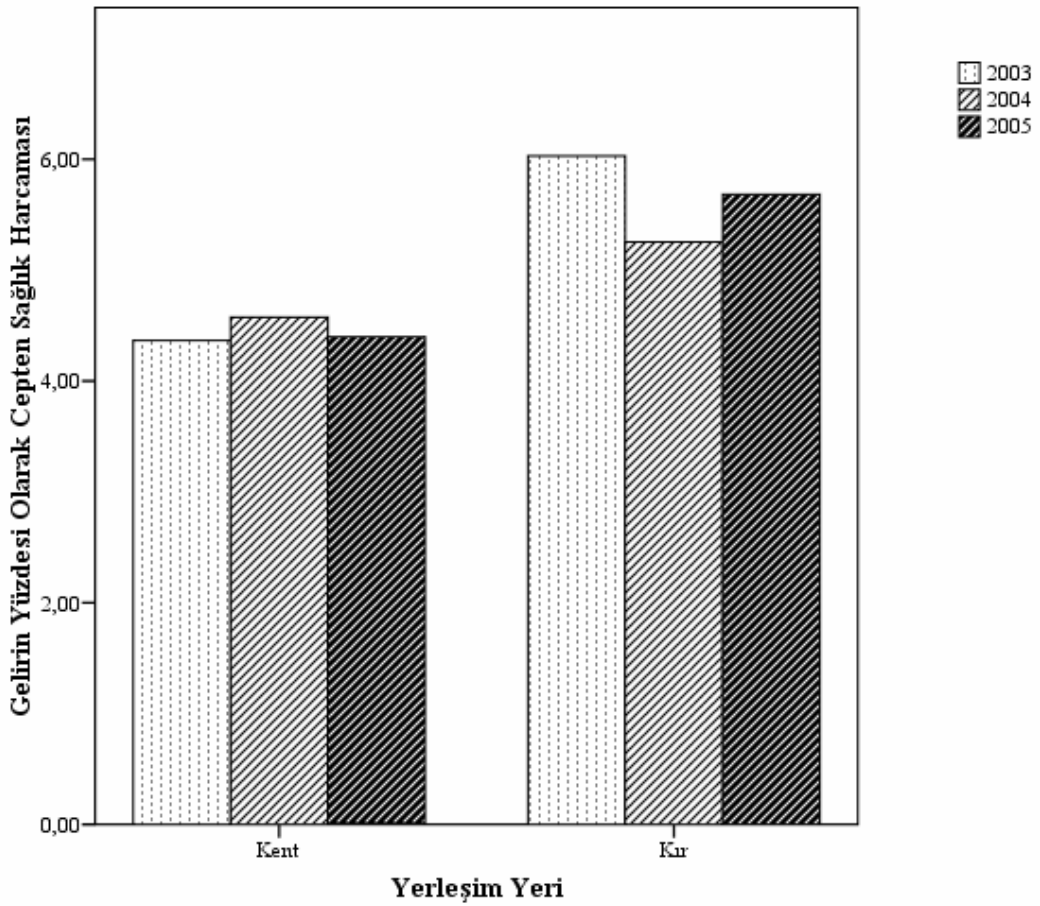
Şekil 4.17. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Büyüklüğüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.18’de cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin yerleşim yerine göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Kentsel alanda yaşayan hanehalklarının kırsal alanda yaşayan hanehalklarına göre daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığı bulgusu daha önce sunulmuştur. Sağlık amaçlı yapılan harcamaların gelir içindeki payı esas alınarak değerlendirme yapıldığında, tam tersi bir bu elde edilmiştir.

Genel olarak, kırsal alanlarda yaşayan haneler, kentsel alanlarda yaşayan hanelere göre gelirlerinin daha yüksek yüzdesini sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Kırsal alandaki haneler 2003 yılında gelirlerinin ortalama %6,03’ünü, 2004 yılında %5,25’ini ve 2005 yılında %5,68’ini sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Kentsel alandaki haneler için bu rakamlar sırasıyla %4,36, 4,57 ve %4,39 olarak

belirlenmiştir. Bu bulgulara göre, kırsal alandaki haneler göreceli olarak gelirlerinin 2003 yılında %16,7, 2004 yılında %6,8 ve 2005 yılında 12,9 daha fazlasını sağlığa ayırmıştır.

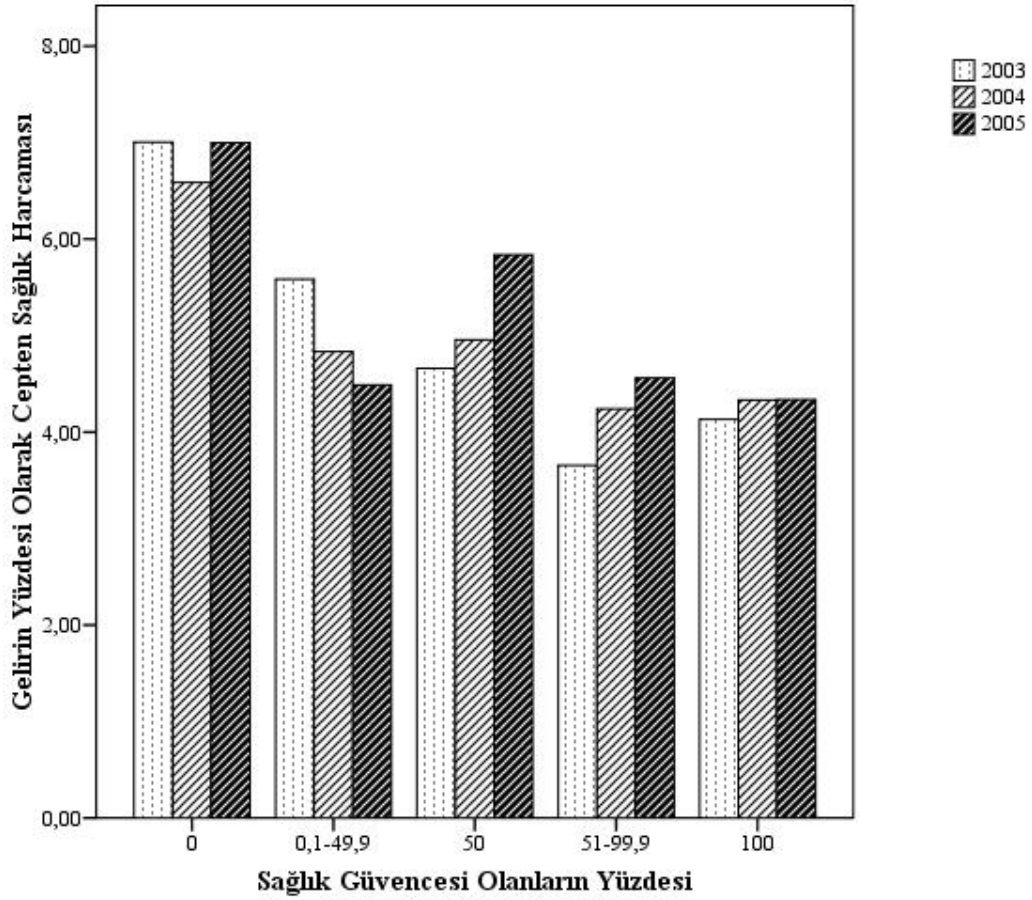
Kırsal alanlarda yaşayan hanehalklarının kentsel alanlarda yaşayan hanehalklarına göre gelirlerinin daha yüksek oranını cepten sağlık harcamasına ayırmış olmaları, bu hanelerin çoğunlukla gelir düzeyi düşük bireylerden oluştuğu gerçeği ile açıklanabilir (125). İlave analizler, kırsal alanda yaşayan hanelerin yaklaşık %54'ünün 1. (%31) ve 2. gelir diliminde (%23,1) yer aldığını ortaya koymuştur.



Şekil 4.18. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Yerleşim Yerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.19’da cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin sağlık güvencesine göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Genel olarak, hanede sağlık güvencesi olan bireylerin yüzdesi arttıkça, sağlık amaçlı cepten harcamanın gelir içindeki yüzdesinin azaldığı görülmektedir. 2003 yılında hiçbir bireyin sağlık güvencesinin olmadığı haneler gelirlerinin ortalama %7’sini cepten sağlık harcamasına ayırırken, tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu haneler gelirlerinin ortalama %4,13’ünü sağlığa ayırmıştır (%2,87’lik fark). Bu grupların sağlığa ayırdıkları paylar, 2004 yılında sırasıyla %6,58 ve %4,33 olmuştur (%2,25’lik fark).

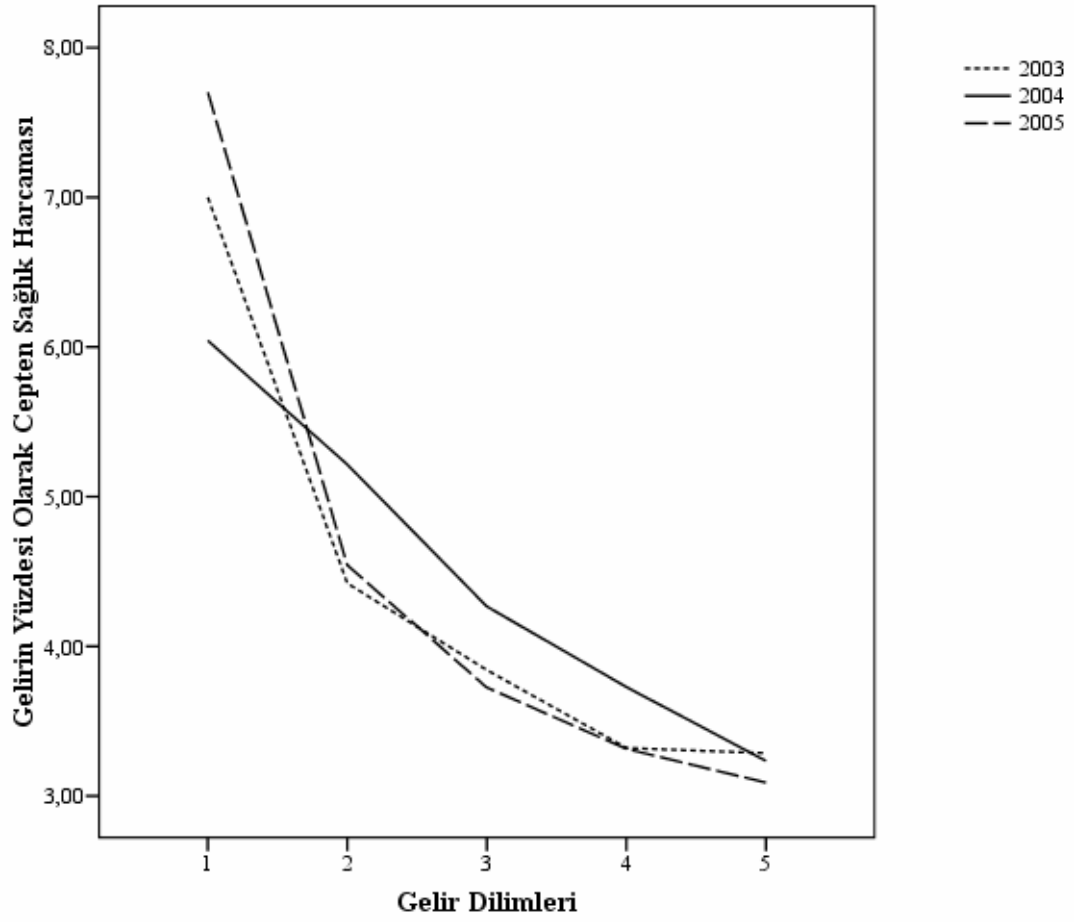
2005 yılında, hiçbir bireyin sağlık güvencesinin olmadığı haneler gelirlerinin ortalama %7’sini cepten sağlık harcamasına ayırırken, tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu haneler gelirlerinin ortalama %4,34’ünü sağlığa ayırmıştır (%2,66’lik fark). Bu bulgular, genel olarak, sağlık güvencesi kapsamında olmanın göreceli olarak haneler için finansal koruma sağladığını göstermektedir.



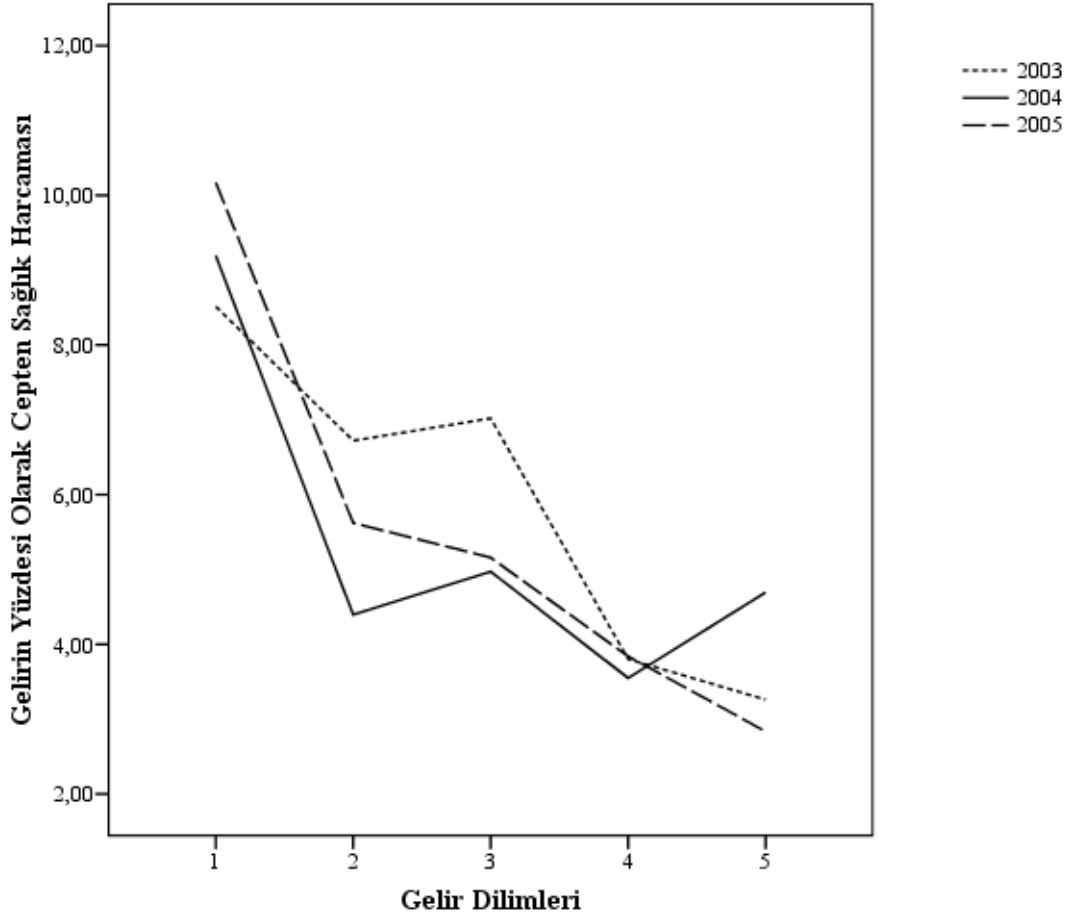
Şekil 4.19. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Güvencesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Sağlık güvencesine sahip olma finansal koruma sağlıyor görünmesine ve gelir seviyesi düşük hanehalkları göreceli olarak daha az cepten harcama yapmasına rağmen, cepten harcamanın gelir içindeki payı alt gruplar itibariyle değerlendirildiğinde, hakkaniyet açısından farklı yorumlarda bulunmak mümkündür. Şekil 4.20 bireylerin tamamının sağlık güvencesi kapsamında olduğu hanelerde gelirin yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Her üç yılda da yoksul haneler zengin hanelere göre gelirlerinin çok daha yüksek bir yüzdesini sağlığa ayırmıştır. İki grup arasındaki bu fark 2005 yılında yaklaşık 2,5 kattır. Bu bulgu, sağlık güvencesi kapsamında olmanın yoksul hanehalkları için finansal koruma sağlamadığını göstermektedir.

Benzer bir değerlendirme bireylerin hiçbirisinin sağlık güvencesi kapsamında olmadığı haneler itibariyle yapılabilir. Şekil 4.21 bireylerin tamamının sağlık güvencesi kapsamı dışında olduğu hanelerde gelirin yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının gelir dilimlerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Sağlık güvencesi kapsamında olan hanelerde olduğu gibi, bu grup hanelerde de 2003-2005 yıllarında yoksul haneler zengin hanelere göre gelirlerinin çok daha yüksek bir yüzdesini sağlığa ayırmıştır. Yoksul ve zengin haneler arasındaki bu fark, 2005 yılında daha da artarak, yaklaşık 3,6 kata ulaşmıştır. Bu araştırmada kullanılan üç yıllık veriye dayalı olarak, sağlık güvencesi kapsamında olmayan hanelerin %43,5'inin 1. gelir diliminde yer aldığı dikkate alındığında, bu hanelerin hem yoksulluk hem de sağlık hizmetlerine eriŐme ve kullanma konusunda zorluk yaşama olasılığından söz etmek mümkündür.



Şekil 4.20. Hanede Tüm Bireylerin Sağlık Güvencesine Sahip Olması Durumunda Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı



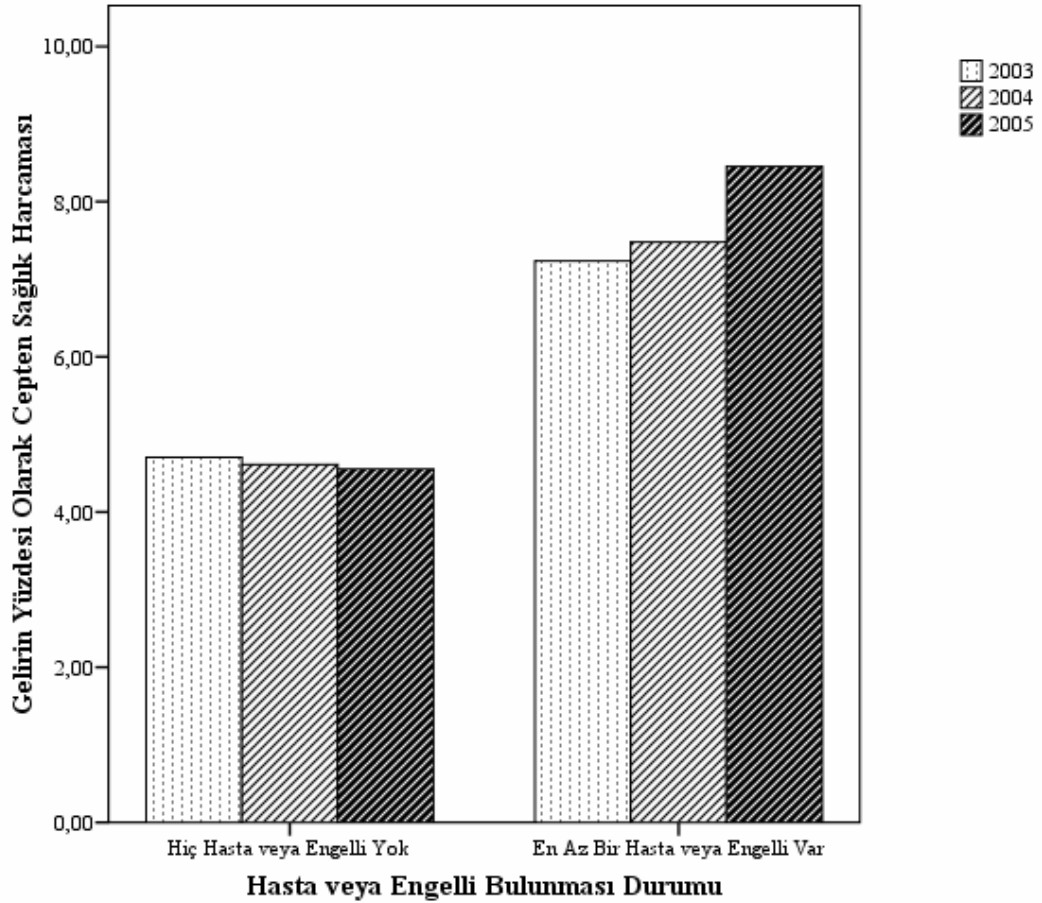
Şekil 4.21. Hanede Hiç Kimsenin Sağlık Güvencesine Sahip Olmaması Durumunda Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Gelire Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Şekil 4.22 cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin sağlık ihtiyacına göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, her üç yılda da, en az bir bireyde iş aramama nedeni olarak hastalık veya engellilik durumu olan haneler, hiçbir bireyde bu sorunların olmadığı hanelere göre gelirlerinin daha yüksek yüzdesini cepten sağlık harcamasına ayırmıştır.

2003 yılında en az bir bireyin hastalık veya engellilik sorunu yaşadığı haneler gelirlerinin ortalama %7,23'ünü cepten sağlık harcamasına ayırırken, bu yüzde diğer gruptaki haneler için ortalama %4,70 olmuştur (%2,53'lük fark). Bu grupların sağlığa ayırdıkları paylar, 2004 yılında sırasıyla %7,47 ve %4,61 olarak gerçekleşmiştir (%2,86'lık fark). 2005 yılında en az bir bireyde hastalık veya

özürlülük durumu olan hanelerin gelirlerinden sağlığa ayırdıkları pay %8,45, diğer gruptaki hanelerin aynı amaç için ayırdığı pay ise %4,55 olarak bulunmuştur.

Ayrıca, iş aramama nedeni olarak en az bir bireyde hastalık veya özürlülük durumu olan hanelerin sağlık amaçlı harcamalarının gelirleri içindeki payı yıllar itibariyle belirgin artış göstermiştir. 2003 yılında en az bir bireyde hastalık veya özürlülük durumu olan hanelerin yaptığı cepten harcama 2004 yılında %3,3 ve 2005 yılında %16,9 artmıştır. Diğer gruptaki haneler için ise yıllar itibariyle sağlığa ayrılan payda önemli boyutta değişiklik olmamakla birlikte azalma belirlenmiştir.



Şekil 4.22. Hanehalkı Gelirinin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık İhtiyacına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

4.1.6. Kakwani Endeksi Bulguları

Tablo 4.2’de cepten harcamalarda dikey hakkaniyeti değerlendirmek için kullanılan bir diğer teknik olarak Kakwani endeksinin bulguları sunulmaktadır. Kakwani

endeksi değeri her üç yılda da negatif olarak belirlenmiştir. Bu, cepten harcamaların azalan oranlı olduğunu göstermektedir. Bir başka ifadeyle, Kakwani endeksine göre 2003-2005 yıllarında cepten sağlık harcaması dikey hakkaniyetsizliğin olduğu bir finansman yöntemi olarak belirlenmiştir. Yıllar itibariyle değerlendirildiğinde, Kakwani endeks değerinin en düşük olduğu yıl, 2005 yılıdır.

Bu bulgu, orantı yaklaşımından elde edilen bulgu ile tutarlıdır. Kakwani endeksi ile yapılan uluslararası çalışmalarda bazı ülkelerde cepten sağlık harcamaları azalan oranlı (115), bazı ülkelerde ise artan oranlı (99) olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Yıllar İtibariyle Kakwani Endeksi Bulguları

Kakwani Endeksi ve Unsurları	İncelenen Yıllar		
	2003	2004	2005
Konsantrasyon endeksi	0,25	0,21	0,26
Gini katsayısı	0,41	0,39	0,38
Ortalama cepten sağlık harcaması	423,72	440,58	487,50
Kovaryans	53,75	45,9087	62,81
<i>Kakwani endeksi</i>	<i>-0,16</i>	<i>-0,18</i>	<i>-0,12</i>

4.2. Analitik Bulgular

Bu bölümde, regresyon tekniği kullanılarak elde edilen araştırmanın analitik bulguları aşağıdaki iki alt bölümde, toplam cepten sağlık harcaması ve gelirin yüzdesi olarak cepten sağlık harcaması değişkenleri itibariyle Tablo 4.3-Tablo 4.6'da sunulmaktadır.

4.2.1. Toplam Cepten Sağlık Harcaması İtibariyle Regresyon Bulguları

Tablo 4.3 ve 4.4 bağımlı değişken olarak toplam cepten sağlık harcamasının kullanıldığı genelleştirilmiş doğrusal model bulgularını göstermektedir. Tablo 4.3'de sadece gelir değişkeni ve cepten harcamanın gelir içindeki payı değişkeninin yer aldığı basit (ayarlanmamış) regresyon bulguları, Tablo 4.4'de ise, kontrol değişkenlerinin de yer aldığı çok değişkenli (ayarlanmış) regresyon bulguları sunulmaktadır.

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi, 2003 ve 2004 yıllarında, 1. gelir diliminde yer alan hanelerle karşılaştırıldığında 2. gelir diliminde yer alan haneler dışında, hanelerin gelir dilimindeki yeri yükseldikçe yaptıkları cepten sağlık harcaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (p değerleri 0,000 – 0,015 arasındadır). 2005 yılında ise, 2. dilimdeki hanelerin yanı sıra 3. dilimdeki haneler de 1. dilimdeki hanelere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla cepten harcama yapmamıştır. Bu iki grup hane dışında, 2005 yılında da önceki iki yılda olduğu gibi, gelir artışı cepten harcamadaki artışla istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilidir ($p < 0,000$).

Tablo 4.3. Toplam Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Basit Regresyon Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)		2004 (n=3.860)		2005 (n=4.328)	
	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri
1. Dilim	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
2. Dilim	50,431	0,194	56,826	0,320	53,071	0,437
3. Dilim	122,375	0,002 [#]	138,864	0,015 [§]	100,546	0,141
4. Dilim	150,048	0,000 [‡]	200,572	0,000 [‡]	278,377	0,000 [‡]
5. Dilim	569,366	0,000 [‡]	473,860	0,000 [‡]	587,557	0,000 [‡]
Sabit	245,320	0,000	266,551	0,000	283,661	0,000

[‡]p<0,000; [#]p<0,01; [§]p<0,05

Tablo 4.4’de kontrol değişkenlerinin etkisi ortadan kaldırıldığında, sadece 2003 yılı için cepten harcama ve gelir arasındaki ilişkide bir değişiklik meydana geldiğini göstermektedir. 2003 yılında 1. gelir diliminde yer alan hanelere göre, diğer tüm gelir dilimlerinde hanelerin cepten sağlık harcaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (p değerleri 0,000 – 0,05 arasındadır).

Kontrol değişkenleri itibariyle bulgular değerlendirildiğinde, dört değişkenin dikkate değer olduğu belirlenmiştir. Hanede evli olanların yüzdesi arttıkça, toplam cepten sağlık harcamasının arttığı bulunmuştur. Ancak, bu ilişki 2003 yılında

($p<0,002$) ve 2005 yılında ($p<0,005$) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İkinci değişken, sağlık güvencesidir. Hanede sağlık güvencesi olan bireylerin yüzdesi arttıkça, toplam cepten harcama miktarı azalmıştır, ancak bu ilişki sadece 2003 yılında istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,000$).

Üçüncü değişken, hanede iş aramama nedeni olarak hastalık veya özürlülük durumudur. Genel olarak, hasta veya özürlü olmaktan dolayı iş aramayan bireylerin olduğu hanelerde toplam cepten harcama artmaktadır, ancak bu artış sadece 2005 yılında istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,000$).

Hanede en yüksek eğitim seviyesi, dikkate değer dördüncü kontrol değişkenidir. Okur-yazar olup bir okul bitirmeyen bireylerin olduğu haneler, referans gruba göre, 2003 yılında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde toplam cepten harcama yapmıştır ($p<0,029$). Ancak, bu ilişki, istatistiksel olarak anlamlı olmayan düzeyde sonraki iki yılda negatif olmuştur. En yüksek eğitim seviyesi olarak yüksek lisans ve doktora eğitimini tamamlayan bireylerin olduğu hanelerde, toplam cepten harcama her üç yılda da artış göstermiştir ve bu artışlar 2003 yılında ($p<0,000$) ve 2005 yılında ($p<0,000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Kontrol değişkenleri ile ilgili bu bulgular, tanımlayıcı bulgular bölümünde Şekil 4.5, 4.6, 4.9 ve 4.10 ile sunulan ve tartışılan bulguları desteklemektedir.

Tablo 4.4. Toplam Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Çok Değişkenli Regresyon Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)		2004 (n=3.860)		2005 (n=4.328)	
	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri
1. Dilim	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
2. Dilim	82,088	0,039 [§]	65,135	0,268	51,480	0,454
3. Dilim	172,602	0,000 [‡]	160,258	0,008 [‡]	107,869	0,130
4. Dilim	206,668	0,000 [‡]	222,064	0,000 [‡]	276,473	0,000 [‡]
5. Dilim	593,364	0,000 [‡]	489,023	0,000 [‡]	542,139	0,000 [‡]
Hanehalkı yaş ortalaması	0,351	0,732	1,389	0,357	0,741	0,672
Hanede erkeklerin yüzdesi	-1,032	0,136	-1,631	0,114	-0,845	0,486
Hanede halen evli olanların yüzdesi	1,685	0,002 [‡]	0,790	0,331	2,619	0,005 [‡]
Hanede sağlık güvencesi olanların yüzdesi	-122,463	0,000 [‡]	-39,077	0,446	-79,834	0,193
Hanedeki toplam kişi sayısı	-13,886	0,067	-9,211	0,428	-0,833	0,952
Kent	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
Kır	37,666	0,206	-45,786	0,296	-53,591	0,292
Hanede hiçbir bireyde hastalık veya engellilik durumu yok	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
Hanede en az bir bireyde hastalık veya engellilik durumu var	105,859	0,073	138,683	0,099	339,689	0,000 [‡]

Tablo 4.4. Toplam Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Çok Değişkenli Regresyon Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)		2004 (n=3.860)		2005 (n=4.328)	
	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri
Okur-yazar değil	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
Okur-yazar olup bir okul bitirmedi	270,673	0,029 [§]	-25,672	0,888	-52,961	0,811
İlkokul	-40,995	0,701	51,833	0,726	-47,644	0,807
İlköğretim	-6,875	0,951	-8,532	0,957	-83,312	0,685
Ortaokul	23,751	0,833	,710	0,996	-131,733	0,525
Orta dengi meslek okulu	-112,040	0,609	-291,161	0,412	-119,979	0,783
Lise	4,697	0,966	-4,426	0,977	-64,046	0,749
Lise dengi meslek okulu	-40,985	0,726	-137,701	0,391	-87,896	0,675
İki yıllık yüksek okul	-92,034	0,468	92,620	0,587	35,633	0,874
Dört yıllık yüksek okul/ fakülte	74,441	0,519	70,543	0,662	-131,617	0,531
Yüksek lisans/ doktora	621,034	0,000 [‡]	33,546	0,901	2810,485	0,000 [‡]
Sabit	287,005	0,021	306,682	0,080	284,046	0,201

[‡]p<0,000; [#]p<0,01; [§]p<0,05

4.2.2. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması İtibariyle Regresyon Bulguları

Tablo 4.5 ve 4.6'da bağımlı değişken olarak gelirin yüzdesi olarak cepten sağlık harcamasının kullanıldığı genelleştirilmiş doğrusal model bulguları sunulmaktadır. Tablo 4.5 basit (ayarlanmamış) regresyon bulgularını, Tablo 4.6 ise çok değişkenli (ayarlanmış) regresyon bulgularını göstermektedir.

Tablo 4.5'de sunulan bulgular, araştırmada incelenen her üç yılda da, 1. gelir diliminde yer alan hanelere göreceli olarak, hanelerin gelir dilimlerindeki yeri

yükseldikçe, gelirlerinden sağlığa ayırdıkları payın istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığını göstermektedir ($p<0,000$). Tablo 4.6’da da görüldüğü gibi, hanehalkı cepten sağlık harcaması ile hanehalkı geliri arasındaki bu ilişki, diğer potansiyel faktörlerin etkisi itibariyle ayarlandıktan sonra da değişmemiştir. Bu bulgu, cepten harcama ve gelir arasındaki ilişkinin negatif olduğu anlamına gelmektedir. Dolayısıyla, cepten harcamalarda dikey hakkaniyet hanehalkı geliri içinde cepten sağlık harcamasının payı itibariyle ölçüldüğünden, araştırmanın “*Hanehalkının ödeme gücü arttıkça, cepten sağlık harcaması artmaktadır*” hipotezi doğrulanmamıştır. Tanımlayıcı bulgularda sunulan orantı yaklaşımı bulguları da bu durumu desteklemektedir.

Bu bulgular, çok değişkenli analiz yaklaşımı ile cepten harcama ve ödeme gücü arasındaki ilişkiyi test eden iki çalışmadan biri ile uyumludur (114). Çelişen bulgunun elde edildiği çalışma ise, Hindistan’da yapılan çalışmadır (111). Hindistan’da yapılan çalışmada amaç, mevcut çalışmadan farklı olarak, hastane hizmetleri için yapılan cepten sağlık harcamaları ve ödeme gücü ilişkisini değerlendirmektir. Ayrıca, cepten harcama yükünün zengin hanelerde daha fazla olması, gerçek hayatta beklenmedik bir durum değildir. Daha önce de açıklandığı gibi, yoksul kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanmaması ya da daha ucuza daha kötü sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma yoluna gitmesi durumunda da artan oranlılık söz konusu olabilir. Hindistan’daki artan oranlılığın gerçek olmayıp, bu durumdan kaynaklanabileceğinin altı çizilmiştir.

Ayrıca, Tablo 4.6’da sunulan bulgulara göre, hanede sağlık güvencesi olanların yüzdesi arttıkça, gelir içinde cepten harcamanın payı her üç yılda da istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır (sırasıyla, $p<0,000$, $p<0,05$ ve $p<0,01$). Tanımlayıcı bulgular bölümünde Şekil 4.19’da cepten sağlık harcamasının hanehalkı geliri içindeki yüzdesinin sağlık güvencesine göre yıllar itibariyle dağılımında, genel olarak, hanede sağlık güvencesi olan bireylerin yüzdesi arttıkça, sağlık amaçlı cepten harcamanın gelir içindeki yüzdesinin azaldığı bulgusu ile tutarlıdır. Bir başka ifadeyle, bu bulgu, sağlık güvencesine sahip olmanın göreceli olarak finansal korumayı artırdığına işaret etmektedir.

Tablo 4.6'da sağlık güvencesi dışında başka kontrol değişkenlerinin de dikkate değer bulgular ürettiği görülmektedir. Bu değişkenlerden biri, hanede evli olanların yüzdesidir. Hanede evli olanların yüzdesi arttıkça, cepten harcamanın gelir içindeki payı her üç yılda da istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmıştır (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,05$ ve $p<0,01$). Bir diğer değişken, hanede iş aramama nedeni olarak hastalık veya özürülük durumudur. Bu değişken de, 2003-2005 yıllarında cepten harcamanın gelir içindeki payı ile pozitif bir ilişki göstermiştir ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (sırasıyla, $p<0,000$, $p<0,01$ ve $p<0,000$).

Hanedeki en yüksek eğitim seviyesi dördüncü dikkate değer değişkendir. En yüksek eğitim seviyesi olarak okur-yazarlığı olmayan hanelere göre, hanelerin gelirlerinden sağlığa ayırdıkları pay, üç grup dışında (orta dengi meslek okulu, 2 yıllık yüksekokul ve yüksek lisans/doktora) 2005 yılında istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalmıştır (p değerleri 0,002 – 0,017 arasındadır). Hanede evli olanların yüzdesi, hanede hastalık veya özürülük nedeni ile iş aramama ve en yüksek eğitim seviyesi değişkenleri itibariyle sunulan bu bulgular da, tanımlayıcı bulgular bölümünde sunulan ve tartışılan bulguları desteklemektedir (Şekil 4.15, 4.16 ve 4.22).

Tablo 4.5. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Basit Regresyon Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)		2004 (n=3.860)		2005 (n=4.328)	
	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri
1. Dilim	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
2. Dilim	-2,639	0,000 [‡]	-2,852	0,000 [‡]	-3,478	0,000 [‡]
3. Dilim	-3,272	0,000 [‡]	-3,460	0,000 [‡]	-4,451	0,000 [‡]
4. Dilim	-4,389	0,000 [‡]	-4,204	0,000 [‡]	-4,492	0,000 [‡]
5. Dilim	-4,438	0,000 [‡]	-4,609	0,000 [‡]	-5,213	0,000 [‡]
Sabit	7,770	0,000	7,780	0,000	8,293	0,000

[‡]p<0,000

Tablo 4.6. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibariyle Çok Değişkenli Regresyon Bulguları

Değişken	2003 (n=10.494)		2004 (n=3.860)		2005 (n=4.328)	
	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri
1. Dilim	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
2. Dilim	-1,991	0,000 [‡]	-2,557	0,000 [‡]	-3,211	0,000 [‡]
3. Dilim	-2,284	0,000 [‡]	-2,926	0,000 [‡]	-3,985	0,000 [‡]
4. Dilim	-3,216	0,000 [‡]	-3,540	0,000 [‡]	-3,931	0,000 [‡]
5. Dilim	-3,136	0,000 [‡]	-3,819	0,000 [‡]	-4,570	0,000 [‡]
Hanehalkı yaş ortalaması	-0,019	0,100	0,018	0,286	0,010	0,482
Hanede erkeklerin yüzdesi	-0,006	0,466	-0,019	0,093	0,007	0,442
Hanede halen evli olanların yüzdesi	0,021	0,001 [†]	0,019	0,031 [§]	0,019	0,010 [‡]
Hanede sağlık güvencesi olanların yüzdesi	-2,062	0,000 [‡]	-1,199	0,032 [§]	-1,461	0,002 [‡]
Hanedeki toplam kişi sayısı	-0,308	0,000 [‡]	-0,108	0,394	-0,057	0,604
Kent	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
Kır	0,856	0,012 [‡]	-0,373	0,435	0,195	0,625
Hanede hiçbir bireyde hastalık veya engellilik durumu yok	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
Hanede en az bir bireyde hastalık veya engellilik durumu var	2,375	0,000 [‡]	2,502	0,006 [‡]	3,384	0,000 [‡]

Tablo 4.6. Gelirin Yüzdesi Olarak Cepten Sağlık Harcaması Değişkeni Kullanılarak Yıllar İtibari ile Çok Değişkenli Regresyon Bulguları (Devam)

Değişken	2003 (n=10.494)		2004 (n=3.860)		2005 (n=4.328)	
	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri	Katsayı	P değeri
Okur-yazar değil	Referans grup		Referans grup		Referans grup	
Okur-yazar olup bir okul bitirmedi	2,024	0,156	-1,083	0,585	-4,158	0,017 [§]
İlkokul	-2,457	0,045 [§]	-0,942	0,560	-4,160	0,007 [‡]
İlköğretim	-2,367	0,069	-1,865	0,280	-4,968	0,002 [‡]
Ortaokul	-2,052	0,112	-1,873	0,277	-4,904	0,003 [‡]
Orta dengi meslek okulu	-2,786	0,269	-4,424	0,253	-4,732	0,167
Lise	-1,871	0,138	-1,188	0,475	-4,735	0,003 [‡]
Lise dengi meslek okulu	-1,502	0,265	-2,426	0,165	-4,157	0,011 [‡]
İki yıllık yüksekokul	-2,710	0,064	-1,108	0,551	-2,525	0,151
Dört yıllık yüksekokul/fakülte	-2,072	0,119	-1,536	0,383	-4,831	0,003 [‡]
Yüksek lisans/doktora	-1,596	0,407	-2,140	0,468	-1,562	0,553
Sabit	11,176	0,000	9,363	0,000	11,741	0,000

[‡]p<0,000; [†]p<0,001; [‡]p<0,01; [§]p<0,05

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamalar, hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamadığı için arzulanmayan bir finansman yöntemidir. Bir başka ifadeyle, cepten harcamalar diğer finansman yöntemlerine oranla artan oranlılığı sağlamanın en zor olduğu yöntemdir. Cepten harcamaların sağlık sisteminde finansmanında önemli rol oynadığı Türkiye’de, özellikle son yıllarda sağlık sisteminin çeşitli açılardan performansını iyileştirmeye yönelik olarak yapılan ve yapılması planlanan değişikliklerin cepten harcamaların hakkaniyeti sağlayıp sağlamadığı konusu önemlidir. Ancak, Türkiye’de cepten harcamaların hakkaniyeti nasıl etkilediğine ilişkin doğrudan bilgi sağlayan çalışma mevcut değildir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye genelinde hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımında yaptıkları cepten harcamaların hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. 2003-2005 yıllarını kapsayan bu değerlendirme, cepten sağlık harcamalarında dikey hakkaniyeti değerlendirmede kullanımı en yaygın yaklaşımlar olarak orantı yaklaşımı ve Kakwani endeksi ile çok değişkenli regresyon analizi ile yapılmıştır. Üç analiz yaklaşımından elde edilen bulgular, Türkiye’de 2003-2005 yılları arasında cepten sağlık harcamalarının dikey hakkaniyet açısından azalan oranlı bir finansman kaynağı olduğuna ve dolayısıyla cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin sağlanamadığına işaret etmektedir. Cepten harcamanın yarattığı finansal yük, en fazla yoksul hanehalkları tarafından üstlenilmektedir. Bu, ön ödeme sistemlerinin yoksul hanehalklarına yeterli koruma sağlamadığını ya da ön ödeme sistemlerinin azalan oranlı olduğuna da işaret etmektedir.

Araştırmanın bu bulguları, genel olarak, sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyetin sağlanmasının politika belirleyicilerin temel hedefleri arasında yer alması gerektiğinin altını çizmektedir. Politika belirleyicilerin cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin sağlanmasına yönelik önlemler geliştirebilmeleri için, cepten harcama dışındaki finansman kaynaklarının da hakkaniyet açısından değerlendirilmesi yararlı olabilir.

Etkili bir birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi cepten sağlık harcamalarında hakkaniyetin iyileştirilmesinde önemli rol oynayabilir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetleri uzun yıllardır etkililiği sağlanamayan ve tartışılan

alanlardan biri olmuştur. Mevcut durumda etkili şekilde işletilemeyen birinci basamak hizmetleri, pilot uygulama yasası 2004 yılında kabul edilen aile hekimliği uygulaması ile güçlendirilebilir. Güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmetleri, hanehalklarının gerekli olmadığı halde daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten harcamaları azaltabilir.

Aile hekimliği uygulaması katkı payı ve doğrudan ödemeler şeklinde cepten harcamalarda azalma sağlayabilirken, informal ödemelerde artışa neden olabilir veya değişiklik yaratmayabilir (189,190). Aile hekimliği uygulamasının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine olan talebi azaltması beklendiğinde, kamu sektöründe çalışan hekimlerin döner sermaye aracılığı ile yarattıkları ilave gelirlerinde de azalma olması beklenmektedir. Bu, hekimlerin düşük performans ile çalışmasına ve bu da, hekimler ile ilgili memnuniyetsizliğin ve güvensizliğin devam etmesine veya artmasına neden olabilir (189,190). İnformal ödemelerin temel nedeninin sistem ve hizmet sunucular ile ilgili memnuniyetsizlik ve güvensizlik olduğu dikkate alındığında (55), aile hekimliği uygulamasının informal ödemelerde iyileşme sağlamama olasılığı vardır. Hayata geçirilmesi durumunda, aile hekimliği uygulamasının cepten harcamalarda hakkaniyeti iyileştirmeye katkıda bulunup bulunmadığı gelecekte araştırmacıların gündeminde yer almalıdır. Değerlendirmeler, hem genel olarak cepten harcamaların hem de türleri itibariyle cepten harcamaların hakkaniyete olan olası etkileri ile ilgili olmalıdır.

Sağlık güvencesi kapsamında olan hizmetlerin genişletilmesi de hakkaniyetin sağlanmasına önemli katkı sağlayabilir. Ancak, hizmet paketinin genişletilmesi kamu sağlık harcamalarında önemli artışa neden olabilir. Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile birlikte hizmet kapsamını genişleten Tayvan’da olduğu gibi, hem ahlaki tehlikeyi hem de katastrofik harcamaları önlemek için belli bir “tavana” dayalı katkı payı zorunluluğu gerekli olabilir (47). Katkı payı zorunluluğunun yoksullar için de geçerli olması, hakkaniyette iyileşme sağlamayabileceğinden, yoksul hanehalklarının kamudan aldıkları sağlık hizmetleri için katkı payından muaf tutulması veya daha düşük katkı payı ödemesine yönelik düzenlemeler yapılabilir (9,63,191,192). Böylece, kamu fonlarının daha çok yoksullar lehine kullanılarak, yoksul

hanehalklarının göreceli olarak daha az cepten harcama yapmaları ve cepten harcamaların yarattığı finansal riskin azaltılması sağlanabilir.

Orantı yaklaşımı ve çok değişkenli analizlere göre, sağlık güvencesi olan bireylerden oluşan hanelerin sağlık güvencesi olmayan bireylerden oluşan hanelere göre cepten harcama yükünün daha az olduğu bulgusu, sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun genişletilmesinin hakkaniyeti iyileştirmeye önemli katkı sağlayabileceği anlamına gelmektedir. Bu anlamda, GSS, alınan sağlık hizmetlerinin yarattığı finansal yükü azaltabileceği için hakkaniyeti iyileştirmede yardımcı olabilir.

Türkiye’de GSS uygulamasına geçilmesi çeşitli dönemlerde gündeme gelmiş, ancak eyleme geçilememiştir. 2006 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasasının kabul edilmesi ile birlikte GSS ile ilgili önemli bir adım atılmıştır (193). Yasanın çıkarılmasını izleyen dönemde bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiş ve iptal edilen maddeler ile ilgili düzenlemeleri içeren Yasa Tasarısı, 24 Kasım 2007 tarihinde TBMM gündemine getirilmiştir. İlgili kanun, 17 Mart 2008 tarih ve 5754 sayı ile 8 Mayıs 2008 tarihindeki Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yasa, GSS ile ilgili düzenlemelerin tamamının 1 Temmuz 2008 tarihinde yürürlüğe girmesini öngörmektedir.

GSS Yasasının 60. maddesinde sağlık güvencesi kapsamına alınacak bireyler ve onların bakmakla yükümlü oldukları ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır (193,194). Ancak, GSS kapsamında olan bireyler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için; bu yasa veya yasadaki önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler dışındaki tüm GSS sigortalılarının, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısının bulunması gerekmektedir. Bu ifadeden de anlaşılacağı gibi, GSS’nin temel finansman kaynağı primlerdir ve prim miktarı kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın %12,5’idir. Bu primin %5’i sigortalı, %7,5’i işveren payıdır. Ancak “yalnızca GSS’ye tabi olanların GSS primi, prime esas kazancın %12’sidir”. Yasaya göre devlet, sigortalının prime esas kazancı esas alınarak %3 oranında katkı sağlayacaktır (194).

GSS, katkı paylarında da yeni düzenlemeler öngörmektedir. Bu yeni düzenleme ile ayakta tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenesinde, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katılım payı alınması öngörülmektedir. Katkı payları ayakta tedavilerde ve diş hekimi muayenelerde başlangıçta 2 YTL olarak belirlenmiş ve her yıl SGK tarafından belirleneceği belirtilmektedir. SGK, 2 YTL'lik katkı payı miktarını ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri için beş katına kadar çıkarma yetkisine sahiptir. Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katılım payı alınması ise %10-20 arasında olmak üzere SGK tarafından belirlenecek miktar kadar olacaktır. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın alınan sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından ödenmeyecektir. Acil haller dışında sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından kişilerce satın alınan sağlık hizmeti bedelleri SGK tarafından ödenmeyecektir.

Bu bilgilere göre, GSS ile formal cepten harcamalarda değişiklikler olması muhtemeldir. Özellikle katkı paylarında yoksullar lehine bir değişiklik olup olmayacağı bilinmediğinden, GSS'nin getireceği değişiklikler cepten harcamalarda hakkaniyetin iyileştirilmesinde olumlu katkı yaratmayabilir. Sağlık güvencesi kapsamında olmanın finansal koruma sağlayıp sağlamadığı özellikle son yıllarda literatürde tartışılan konulardan biri olmuştur ve bir sağlık güvencesi programına dahil olmanın her zaman finansal riske karşı koruma sağlamadığı gösterilmiştir (153,186,195,196). Bu çalışmanın hem tanımlayıcı hem de analitik analizleri sonucunda, tüm bireylerin sağlık güvencesi kapsamında olduğu hanelerde, hiçbir bireyin sağlık güvencesi kapsamında olmadığı hanelere göre, cepten harcama yükünün daha düşük olduğu bulgusu, sağlık güvencesine sahip olmanın finansal koruma sağladığı anlamına gelmektedir. Ancak, sağlık güvencesi kapsamında olan haneler itibariyle değerlendirme yapıldığında elde edilen tanımlayıcı bulgulara göre, cepten harcamaların azalan oranlılık göstermesi, sağlık güvencesi kapsamında olmanın haneler için finansal koruma sağlamadığına işaret etmektedir. Bu nedenle, tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınarak cepten harcamalarda hakkaniyeti sağlayabileceği beklenen GSS'de de, yoksullar lehine düzenlemeler yapılması düşünülmelidir.

GSS, informal ödeme şeklinde gerçekleşen cepten harcamalarda da artışa neden olabilir. Bunun nedeni, GSS'nin finansal engeli ortadan kaldıracığı için sağlık hizmetlerine olan talep artışına neden olması ve talepteki artışın arzdaki artış ile dengelenememesi durumunda sistemle ilgili memnuniyetsizlik ve güvensizlik sorununun artması veya devam etmesidir (189,190). Örneğin, GSS'yi uygulamakta olan Tayvan'da, hekimlerin maaşlarında iyileştirme yapılmadığı için informal ödemeler devam etmiştir (47).

Tüm bu bilgiler ışığında, özellikle GSS'nin cepten harcamalarda hakkaniyeti nasıl etkilediğine ilişkin değerlendirme yapılması önemli olacaktır. Bu çalışmanın yöntemi ve bulguları GSS sonrası cepten harcamalarda hakkaniyetle ilgili değişikliklerin değerlendirilmesinde ışık tutacaktır. Ayrıca, GSS'nin etkilerinin cepten harcama türleri itibariyle de değerlendirilmesine yönelik araştırmaların yapılması yararlı olacaktır. Bu tür bir çalışma için uygun veri kaynağı TÜİK tarafından 2009 yılından itibaren kullanılması planlanan yeni Bütçe Araştırma anketidir. Bu anket, türleri itibariyle cepten harcama verisinin hem bireysel hem de hanehalkı düzeyinde toplanmasına imkan tanımaktadır.

Bu çalışma, hanehalkı cepten sağlık harcaması ve dikey hakkaniyet ilişkisini 1) Türkiye genelinde seçilen bir örneklem ile, 2) cepten harcama verilerinin erişilebilir ve karşılaştırılabilir olduğu tüm yılları kullanarak ve 3) dikey hakkaniyeti değerlendirmede kullanılan tüm yöntemleri uygulayarak incelemesi açısından önemlidir. Bu özellikleri ile bu çalışma, cepten harcamanın dikey hakkaniyete olan etkisinin değerlendirilmesi ile ilgili olarak bundan sonra yapılacak çalışmalar için hem yöntemle ilişkin bir çerçeve sağlamakta hem de karşılaştırma yapma olanağı tanımaktadır. Bu çalışma, ayrıca, cepten harcamalar ile dikey hakkaniyet ilişkisini değerlendirmede orantı yaklaşımı, Kakwani endeksi ve çok değişkenli analizi bir arada kullanarak konu ile ilgili uluslararası literatüre de katkıda bulunmuştur.

Ancak, bu tür önemli katkılarına rağmen, kullanılan veri setlerinin sınırlılıklarından dolayı, bu çalışmanın sınırlılıkları da bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan biri, çalışmanın 2003-2005 yılları arasında cepten harcamalarda dikey hakkaniyeti incelemesidir. 2006 yılı ve sonrası Türkiye'de sağlık hizmetlerinin

finansmanı ile ilgili yapılan önemli politika değişiklikleri cepten harcamalarda hakkaniyeti etkilemiş olabilir.

İkinci sınırlılık, cepten harcama ve hakkaniyet ilişkisinin farklı sağlık güvencesi programları tarafından kapsanan hanehalkları arasında değerlendirilememesidir. Daha önce de bahsedildiği gibi, bu çalışmanın ilave analizleri, tüm bireyler sağlık güvencesi kapsamında olması durumunda da, hanelerin gelirlerinden sağlığa ayırdığı payın yoksul hanelerde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, bireylerin ve onların yaşadığı hanelerin farklı sağlık güvencesi programlarına tabi olmasından kaynaklanıyor olabilir. Farklı sağlık güvencesi programlarına bağlı olan bireyler arasında finansal koruma açısından farklılıklar söz konusu olabilir. Örneğin, ABD’de yapılan bir araştırmada (196), genel olarak, sağlık güvencesi kapsamında olmanın hanehalklarını yüksek cepten harcama yapmaya karşı koruyamadığı bulunmuştur. Bu çalışmada, ayrıca, gelir seviyesi düşük hanehalkları için en iyi finansal korumanın, daha kapsamlı hizmet paketi ve ilaçlar için asgari düzeyde ilaç katkı payı uygulayan kamu sağlık güvencesi programları tarafından sağladığı belirlenmiştir. Türkiye için bu tür bir değerlendirme, özellikle 2006 yılında SGK çatısı altında toplanmadan önceki ve sonraki yıllarda SSK, Bağ-Kur ve ES kanunlarına göre kapsanan hanehalklarının yaptıkları cepten harcamaların hakkaniyet ile olan ilişkisinin değişip değişmediği hakkında bilgi verebilirdi. Dolayısıyla, GSS’ye geçilmeden önceki yıllara ait veri setleri kullanılarak konuyla ilgili değerlendirmelerin yapılması, SGK’nın sağlık finansmanı ile ilgili yaptığı değişikliklerin de hakkaniyete olan etkilerini anlama açısından önemlidir.

Üçüncü sınırlılık, hakkaniyetin sadece dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesidir. Hanehalkının geliri değiştikçe, sağlık amaçlı olarak gelirinden kullanabileceği pay da değişeceğinden, gelir düzeyi düşük hanehalkları için finansal risk koruma sağlanamayabilir. Bu nedenle, ilgili literatüre paralel olarak, bu çalışmada da dikey hakkaniyet değerlendirilmiştir. Cepten harcamalarda hakkaniyet hem yatay hem de dikey hakkaniyetin sağlanması ile mümkün olacağı dikkate alındığında, gelecekte cepten harcamalarda yatay hakkaniyetin de değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Baggot, R. (2000). *Public Health: Policy and Politics*. London: McMillan.
2. World Health Organization (2006). Constitution of the World Health Organization. Basic Documents Forty-fifth edition, Supplement.
3. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982).
4. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı, (2003).
5. Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B., (2005). Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları Sağlıkta Umut Vakfı.
6. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2006). Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003, Yayın No: SB-HM-2005/09, Ankara.
7. Tatar, M., Özgen, H., Şahin, B., Belli, P. ve Berman, P. (2007). Formal and informal household spending on health: a case study from Turkey. *Health Affairs*, 26(4), 1029-1039.
8. Başara, B.B. (2007). *Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
9. WHO. (2000). The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva.
10. Mossialos, E. ve Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, ve J., Kutzin, J. (Ed.). *Funding Health Care: Options for Europe* (s.1-30). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
11. Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 124-138.
12. Çilingiroğlu, N. (2006). *Halk Sağlığı (Temel Bilgiler)* (Bölüm 21). Güler, Ç. ve Akın, L. (Ed.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
13. Murthy, R.K., de Pinho, H., Ravindran, S.T.K. ve Romero, M. (2004). *Health sector reforms and sexual reproductive health services lessons and research gaps emerging from the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms Paper*. Prepared for Technical Consultation of WHO on Health Sector Reform and Reproductive Health: Developing the Evidence Base Geneva.

14. Gottret, P. ve Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The World Bank, Washington D.C.
15. WHO Regional Office for Europe. (2002). European Health Report 2002.
16. Evans, R. G. (2002). Financing Health Care: Taxation and the Alternatives. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. ve Kutzin, J. (Ed.) *Funding Health Care: Options for Europe* (s. 31-58). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
17. Schieber, G. (2005). Sustainable Health Sector Financing High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pacific, Human Development Network, Tokyo, Japan.
18. Walley, J., Wright, J. ve Hubleby, J. (2001). *Public Health: an action guide to improving health in developing countries*. New York: Oxford University Press.
19. Yaşar, Y.G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Doktora tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
20. O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. ve Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC, USA: The World Bank.
21. Maynard, A. ve Dixon, A. (2002), Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.). *Funding Health Care: Options for Europe* (s.80-109). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
22. Tatar, F. (1996). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. *Toplum ve Hekim*, 11(72). 42-50.
23. Savedoff, W. (2004). Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences Discussion Paper Number 4, Geneva: World Health Organization.
24. Mossialos, E. ve Dixon, A., (2002). Funding health care in Europe: weighing up the options. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.). *Funding Health Care: Options for Europe* (s.272-300). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.

25. Busse, R., Saltman, R.B. ve Dubois, H.F.W. (2004). Organisation and Financing of Social Health Insurance Systems: Current Status and Recent Policy Developments”, Saltman, R.B, Busse, R. ve Figueras, J. (Ed.), *Social Health Insurance Systems in Western Europe* (s.33-80). European Observatory on Health Care Systems and Policy Series, Open University Press.
26. Normand, C. ve Busse, R. (2002). Social Health Insurance Financing. Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (Ed.). *Funding Health Care: Options for Europe* (s.59-80). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
27. Carrin, G., ve James, C. (2005). Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*, 58(1), 45-64.
28. Doetinchem, O., Schramm, B. ve Schmidt, J.O. (2006). The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries. Laaser, U. ve Radermacher, R. (Ed.): *Financing Health Care – A Dialogue between South Eastern Europe and Germany*. International Public Health Series, 18.
29. Carrin, G. (2002). Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. *International Social Security Review*, 55(2), 57-69.
30. Sekhri, N., ve Savedoff, W. (2005) Private Health Insurance: implications for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 127-134.
31. Orhaner, E. (2000). Türkiye’de Sağlık Sigortası. 1.bs. Ankara: Gazi Kitabevi.
32. Uğur, S. (2004). Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi. *Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu*. (<http://www.tisk.org.tr/yayinlar>) (Erişim tarihi 8 Mayıs 2008).
33. Thomson, S., ve Mossialos, E. (2004). Private health insurance and access to health care in the European Union. *Euro Observer Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 6(1).

34. Özşarı, H. (2003). *Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)*. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
35. Dixon, A. (2002). Are medical savings accounts a viable option for funding health care. *Croatian Medical Journal*, 43(4), 408-416.
36. Ferrara, P. (1996). The Establishment Strikes Back: Medical Savings Accounts and Adverse Selection. Briefing Paper, 26. (<http://www.cato.org/pubs/briefs>) (Erişim tarihi 8 Mayıs 2008).
37. Litow, M. (1995). Saving the Medicare System with Medical Savings Accounts National Center for Policy Analysis (Policy Briefing no:199). Dallas, Texas.
38. Belli P., Shahriari H. ve Curtio Medical Group (2002). Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.
39. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) (2004). What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in western Europe?
40. CEEHN (Central and Eastern European Health Network) (2002). Formal and informal household spending on health: A multicountry study in Central and Eastern Europe.
41. Gaal P., Belli P., McKee M. ve Szocska M. (2006). Informal payments for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas. *Journal of Health Politics Policy and Law*, 31(2), 251-93.
42. Balabanova D. ve McKee M. (2002). Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria. *Health Policy*, 62, 243-273.
43. Ensor T., ve Savelyeva L. (1998). Informal payments for health care in the former Soviet Union: Some evidence from Kazakstan. *Health Policy and Planning*, 13(1), 41-49.
44. Lewis M. (2000). Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia? Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia, Region, Washington, DC, The World Bank.

45. Gaal P., Evetovits T. ve Mckee M. (2005) Informal payment for health care: Evidence from Hungary. *Health Policy*, 77, 86-102.
46. Liaropoulos, L. ve Tragakes, E. (1998). Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health Policy*, 43, 153-169.
47. Chiu, Y., Smith, K.C., Morlock, L. ve Wissow, L (2007). Gifts, bribes and solicitations: Print media and the social construction of informal payments to doctors in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 64(3), 521-530.
48. Liu, T. ve Sun, M.J. (2007). Informal Payments in Developing Countries' Public Health Sectors. Working Papers.
(<http://www.bu.edu/econ/workingpapers>) (Erişim tarihi 25 Aralık 2007).
49. Tatar, M. (2006). Genel Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulamalar. *Makro Bakış*, 2, 4-22.
50. Hopkins, S., ve Cumming, J. (2001). The impact of changes in private health expenditure on New Zealand households. *Health Policy*, 58(3), 215 – 229.
51. Liu, G.G., ve Zhao, Z. (2006). Urban employee health insurance reform and the impact on out-of-pocket payment in China. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(3), 211-228.
52. Shahriari, H., Belli, P. ve Lewis, M. (2001). Institutional issues in informal health payments in Poland: Report on the qualitative part of the study. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.
53. Vian, T., Gryboski, K., Sinoimeri, Z. ve Clifford, H.R. (2006). Informal payments in government health facilities in Albania: Results of a qualitative study. *Social Science & Medicine*, 62(4), 877-887.
54. Falkingham, J. (2004). Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: Evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine*, 58(2), 247-258.
55. Gaal, P. ve McKee, M. (2005). Fee-for-service or donation? Hungarian perspectives on informal payment for health care. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1445-1457.
56. Thompson, R. ve Xavier, A. (2002). Unofficial payments for acute state hospital care in Kazakhstan. A model of physician behaviour with price

- discrimination and vertical service differentiation”, LICOS Working Paper 124.
57. Thompson, R. ve Witter S. (2000). Informal payments in transitional economies: implications for health sector reform. *International Journal of Health Planning and Management*, 15(3), 169-187.
 58. Delcheva, E., Balabanova, D. ve McKee, M. (1997). Under-the-counter payments for health care: Evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 42(2), 89-100.
 59. Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social Science & Medicine*, 58(2), 237-46.
 60. Newhouse, J.P. (1993). *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
 61. Castano, A.R., Arbelaez, J.J., Giedion, U.B. ve Morales, L.G. (2002). Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy And Planning*, 17(1), 5–11.
 62. Xu, K., Evans, D.B., Kadama, P., Nabyonga, J., Ogwal, P.O., Nabukhonzo, P. ve Aguilar, A.M. (2006). Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine*, 62 866–876.
 63. Russell, S. ve Gilson, L. (1997). User fee policies to promote health service access for poor: A wolf in sheep’s clothing? *International Journal of Health Services*, 27(2), 359–379.
 64. Wyszewianski, L. (1986). Financially Catastrophic and High Cost Cases: Definitions, Distinctions and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry* 23(4), 382–94.
 65. Su, T.T., Kouyaté B. ve Flessa, S. (2006). Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1):21-27.
 66. Devadasan, N., Criel, B., Van Damme, W., Ranson, K. ve Van der Stuyft, P. (2007). Indian community health insurance schemes provide partial

- protection against catastrophic health expenditure. *BMC Health Services Research*, 7, 43.
67. Pérez-Núñez, R., Vargas-Palacios, A., Ochoa-Moreno, I. ve Medina-Solis, C.E. (2007). Household expenditure in dental health care: National estimations in Mexico for 2000, 2002, and 2004. *Journal of Public Health Dentistry*, 67(4), 234-242.
 68. Barros, A.J. ve Bertoldi, A.D. (2008). Out-of-pocket health expenditure in a population covered by the Family Health Program in Brazil. *International Journal of Epidemiology*, Elektronik Sürüm (<http://ije.oxfordjournals.org>) (Erişim tarihi 25 Mayıs 2008).
 69. Castillo-Riquelme, M., McIntyre, D. ve Barnes, K. (2008). Household burden of malaria in South Africa and Mozambique: is there a catastrophic impact? *Tropical Medicine & International Health*, 13(1), 108-122.
 70. Skarbinski, J., Walker, H.K., Baker, L.C, Kobaladze, A., Kirtava, Z., ve Raffin, T. A. (2002). The burden of out-of-pocket payments for health care in Tbilisi, Republic of Georgia. *Journal of the American Medical Association*, 287(8), 1043-1049.
 71. Berki, S. E. (1986). A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. *Health Affairs*, 5(4), 138–145.
 72. Wagstaff, A., ve Van Doorslaer E. (2003). Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98. *Health Economics* 12(11), 921–933.
 73. Xu, K., Evans, D. E., Kawabate, K., Zeramdini, R., Klavus, J. ve Murray C. J. L. (2003). Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *Lancet* 362 (9378), 111–117.
 74. Waters, H. R., Anderson, G. F. ve Mays, J. (2004). Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy*, 69 (3), 339–349.
 75. Short, P. F. ve Banthin, J. S. (1995). New estimates of the underinsured younger than 65 years. *Journal of American Medical Association*, 274(16), 1302–1306.

76. Kawabata, K., Xu, K. ve Carrin, G. (2002). Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure. *Bulletin of World Health Organization*, 80(8), 612.
77. Wagstaff, A. (2002). Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. *Health Economics*, 11(2):103-15
78. Wagstaff, A. (2001). Poverty and health. Commission on Macroeconomics and Health (CMH) Working Paper Series, (Paper No. WG1: 5).
79. Braveman, P.A. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: A conceptual framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181-192.
80. Gakidou, E.E., Murray, C.J.L. ve Frenk, J. (2000). A framework for measuring health inequality. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 42-54.
81. Braveman, P.A. ve Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of Epidemiology Community Health* 57,254-258.
82. Healy, J., ve Mckee, M. (2005). *Accessing Health Care Responding to Diversity*. Oxford University Press.
83. Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen.
84. Gwatkin, D.R. (2000). Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1), 3-18.
85. Methodological summaries: Measuring inequity in health. *Epidemiological Bulletin*, 20(1), <http://www.paho.org/english/sha/be991ineq.htm> (PAN American Health Organization).
86. Aday, L.A., Begley, C.E., Lairson, D.R. ve Balkrishnan, R. (2004). *Evaluating the Health care System: Effectiveness, Efficiency and Equity*. (3. ed). Chicago, Illinois: Health Administration Press Academy Health.
87. Barr, N. (2004). *Economics of the Welfare State*. (4.ed) USA: Oxford University Press.

88. Williams, A. ve Cookson, R. (2000). Equity in Health. Culyer A.J. ve Newhouse J.P. (Ed.), *North Holland Handbook of Health Economics*, 1863-1910.
89. Erdoğan, M. (1994). Adalet Kavramı. Güriz, A. (Ed.) *Türkiye Felsefe Kurumu* Ankara.
90. Tatar, F. ve Tatar, M. (1992). Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları. *Toplum ve Hekim*, 11(72), 32-41.
91. Kurt, S. (2006). Hayek'in Özgürlük ve Adalet Teorisi. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 199-213.
92. Wagstaff, A. ve Van Doorslaer, E. (2000). Equity in Health Care Finance and Delivery. Culyer A.J. ve Newhouse J.P. (Ed.), *North Holland Handbook of Health Economics*, 1803-1863.
93. Mill, J.S. (1957). *Utilitarianism-Liberty-Representative Government*. London: J.M. Dent & Son Ltd. New York: E.P. Dutton & Co Inc.
94. Rice, T. (2003). *The Economics of Health and Health care Reconsidered*. (2. ed) Health Administration Press Academy Health.
95. Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press.
96. Aktan, C.C. ve Vural, İ.Y. (2002). Başlıca Fonksiyonel Gelir Dağılımı Teorileri ve Bölüşüm Adaleti Yoksullukla Mücadele Stratejileri. Ankara: Hak-İş Konfederasyonu Yayınları.
<http://www.canaktan.org/ekonomi/yoksulluk/birinci-bol/aktan-vural-bolusum-adaleti.pdf>. (Erişim Tarihi: 20 Haziran 2008).
97. Murray, C.J.L. ve Frenk, J. (1999). A WHO framework for health system performance assessment. World Health Organization, (Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Paper No.6.) Geneva, Switzerland.
98. Waters, H.R. (2000). Measuring equity in access to health care. *Social Science & Medicine*, 51(4), 599-612.
99. Yu, C.P., Whynes, D. K. ve Sach, T. H. (2006). Assessing progressivity of out-of-pocket payment: with illustration to Malaysia. *International Journal of Health Planning and Management*, 21(3), 193-210.

100. Rice, N. ve Smith, P.C. (2001). Capitation and Risk Adjustment in Health Care Financing: An International Progress Report. *The Milbank Quarterly*, 79(1), 81-113.
101. Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H., Christiansen, T., De Graeve, D., Duchesne, I. ve diğ. (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19(5), 553-583.
102. Morris, S., Sutton, M. ve Gravelle, H. (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science & Medicine*, 60(6), 1251-1266.
103. Cisse, B., Luchini, S. ve Moatti, J.P. (2007). Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy*, 80(1), 51-68.
104. Pannarunothai, S. ve Mills, A. (1997). The poor pay more: health related inequality in Thailand. *Social Science & Medicine*, 44(12), 1781-1790,
105. D'Uva, T., B., Jones, A. M. ve van Doorslaer, E. (2007). Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using european panel data. Tinbergen Institute Discussion Paper TI -059/3.
106. Van Doorslaer, E., Clarke, P., Savage, E. ve Hall, J. (2006). Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system" University of Technology Sydney, Center for Health Economics Research and Evaluation Working Paper.
107. Lua, J., Leung, G.M., Kwon, S., Tinb, K.Y.K., Van Doorslaer, E. ve O'Donnell O. (2007). Horizontal equity in health care utilization evidence from three high-income Asian economies. *Social Science & Medicine*, 64(1), 199-212.
108. Layte, R. ve Nolan, B. Equity in the utilization of health care in Ireland Working Paper No. 2 Economic and Social Research Institute (ESRI), University College Dublin and the University of Ulster.
109. Lostao, L., Regidor, E., Geyer, S. ve Aiach, P. (2007). Patient cost sharing and social inequities in access to health care in three western European countries. *Social Science & Medicine*, 65(1), 367-376.

110. Wagstaff, A., Van Doorslaer E. ve Paci, P. (1991). On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*, 10(2), 169–205.
111. Roy, K. ve Howard, D.H. (2007). Equity in out-of-pocket payments for hospital care: Evidence from India. *Health Policy*, 80(2), 297-307.
112. Wagstaff, A. ve Van Doorslaer, E. (1997). Progressivity, horizontal equity and reranking in healthcare finance: a decomposition analysis for the Netherlands. *Journal of Health Economics*, 16(5), 499-516.
113. Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T. , Citoni, G., ve diğerleri (1999). Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics*, 18(3), 263-290.
114. Chaudhuri, A. ve Roy, K. (2008). Changes in out of pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002. *Health Policy*, Elektronik Sürüm (www.sciencedirect.com). (Erişim tarihi 20 Ekim 2007).
115. Mastilica, M. ve Bozиков, J. (1999). Out-of-pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity. *Croatian Medical Journal*, 40(2), 152-159.
116. Szende A. ve Culyer A.J. (2006). The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary. *Health Policy*, 75(3), 262-272.
117. Murray, C.J.L., Salomon, J. and Mathers, C. (2000). A critical review of summary measures of population health. Geneva, World Health Organization, (GPE, Discussion paper, No.13).
118. Murray, C.J.L. ve Lopez, A.D. (2000). Progress and directions in refining the global burden of disease approach: response to Williams. *Health Economics*, 9(1), 69-82.
119. Van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R., Somanathan, A., Rajdhikari, S. ve Akkazieva, B. (2005). Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact. EQUITAP Project: Working Paper # 2.

120. Wagstaff, A. ve Van Doorslaer, E. (2001). Paying for health care: quantifying fairness, catastrophe and impoverishment, with applications to Vietnam, 1993-98. Policy Research Working Paper: 2715, The World Bank.
121. O'Donnell, O., van Doorslaer, ve Rannan-Eliya, R. (2005). Who pays for health care in Asia? EQUITAP Project: Working Paper #1 April.
122. Fiedler, J.L. ve Suazo, J. (2002). Ministry of Health user fees, equity and decentralization: lessons from Honduras. *Health Policy and Planning*, 17(4), 362-377.
123. Measuring Health Inequalities: Gini Coefficient and Concentration Index (2001). PAN american health organization. *Epidemiological Bulletin*, 22(1).
124. Equity in Financing and Delivery of Health Services in Bangladesh, Nepal and Sri Lanka: Results of the Tri-country Study, (2001).
125. Garg, C. C. ve Karan, A.K. (2005). Health and Millennium Development Goal 1: Reducing out-of-pocket expenditures to reduce income poverty: Evidence from India. EQUITAP Project: Working Paper #15.
126. Wagstaff, A., Van Doorslaer, E. ve Paci, P., (1989). Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Tentative Cross-country Comparisons, *Oxford Review of Economic Policy*, Oxford University Press, 5(1), 89-112.
127. Kakwani, N.C. (1977). Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *Economic Journal*, 87(345), 71-80.
128. Shmueli, A, Achdut, L. ve Sabag-Endeweld, M. (2008). Financing the package of services during the first decade of the national health insurance law in Israel: Trends and issues. *Health Policy*, Elektronik Sürüm (www.sciencedirect.com) (Erişim Tarihi 20 Haziran 2008).
129. Achdut, L. (2000). National Insurance Institute Equity in the finance of health care: Israel in an international perspective The Year International Research Conference on Social Security Helsinki, 25-27 September 2000 "Social security in the global village" Israel International Social Security Association (Issa) Research Programme.
130. Duclos, J. (1998). Social evaluation functions, economic isolation and the Suits index of progressivity, *Journal of Public Economics*, 69, 103-121.

131. Kawabata, K., Knaul, F., Xu, K. ve Lydon, P. (2001). WHO Fair Financing Methodology. (<http://www.who.int/health-systems-performance>) (Erişim tarihi 13 Mayıs 2008).
132. Lu, J.R. ve Hsiao, W.C. (2003). Does universal health insurance make health care unaffordable? Lessons from Taiwan. *Health Affairs*, 22(377), 77-88.
133. Savaş, B.S., Karahan, Ö. ve Saka, Ö.R. (2002). Health Care Systems in Transition: Turkey. Thomson; S. and Mossialos, E. (Ed.). *European Observatory on Health Systems*.
134. Sağlık Bakanlığı, (2007). *Türkiye’de Sağlığa Bakış*, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara.
135. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu 2006 Yılı İstatistikleri.
136. Şahin, B. (2008). Upgrading the Statistical System and Phase II Improvement of Hospitals and Health Expenditure Statistics, Final Report on Private Institutional Expenditures. EC REF No: Altun/Turkstat/TR0503.16/FWC/002.
137. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, (2004). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000, Yayın No: SB-HM-2004/08, Ankara, İ. Aygün Ofset.
138. www.hazine.gov.tr (Erişim tarihi 23 haziran 2008).
139. Akyel, H. (2006). *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Sağlık Hizmetleri, Mevcut Sorunlar ve Genel Sağlık Sigortasına Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
140. Yücel, A. N. (1991). Sağlık Sigortaları. *Reasürör Dergisi*, 2, 10.
141. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Faaliyet Raporları (2002-2006).
142. *Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği*, (2007). T.C. Resmi Gazete 26532, 25 Mayıs 2007.
143. Tokat, M. (1998). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996*, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
144. Tokat, M. (2001). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997*, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

145. Tokat, M. (2001). *Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998*, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
146. Kaya, S. (1992). *Ankara Metropolitan Alanda Sağlık Hizmetlerinin Kullanılabilirliği. Doktora tezi*. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
147. <http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/istatistik2006> (Erişim Tarihi 3 Şubat 2008).
148. *2004 Mali Yılı Bütçe Kanunu*, (2003). T.C. Resmi Gazete, 5027, 24.12.2003.
149. Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (2005). T.C. Resmi Gazete, 25798, 27 Nisan 2005.
150. Cook, T. D. ve Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation Design and Analysis Issues for Field Settings*. U.S.A: Houghton Mifflin Company.
151. Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bütçe Anketi veri seti 2003-2004-2005.
152. Thuan, N. B. T., Lofgren, C., Chuc, N. K. T., Janlert, U. Ve Lindholm, L. (2006). Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam. *BMC Public Health* 6, 283.
153. Galbraith, A. A., Wong, S. T., Kim, S .E. ve 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.
154. Ünsal, E.M. *İktisada Giriş*. İmaj Yayınevi, Ankara 2007 (378-386).
155. Dornsbusch, R. ve Fischer, S. (1998). Ak, S., Fisunoğlu, M., Yıldırım, E. ve Yıldırım, R. (Çev.). *Makroekonomi*. İstanbul: McGraw-Hill-Akademi.
156. Wei, W., Akincigil, A., Crystal, S. ve Sambamoorthi, U. (2006). Gender differences in out-of-pocket prescription drug expenditures among the elderly. *Research on Aging*, 28(4), 427-453.
157. Cleeton, D., Goepfrinch, V.T. ve Weisbrod, B.A. (1992). What does the consumer price index for prescription drugs really measure? *Health Care Financing Review*, 45-51.
158. Türkiye İstatistik Kurumu (<http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi>) (Erişim Tarihi 1 Mayıs 2008).

159. Andersen, R. ve Newman, J.F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 51(1), 95-124.
160. Van Doorslaer, E. ve Wagstaff, A. (1992). Equity in the delivery of health care: Some international comparisons. *Journal of Health Economics*, 11(4), 341–389.
161. Benzeval, M. ve Judge, K. (1994). The determinants of hospital utilization: Implications for resource allocation in England. *Health Economics*, 3(2), 105–116.
162. Smaje, C. ve Le Grand, J. (1997). Ethnicity, equity and the use of health services in the British NHS. *Social Science & Medicine*, 45(3), 485–496.
163. Liu, G. G., Zhao, Z., Cai, R. ve Yamada, T. (2002). Equity in health care access to: Assessing the urban health insurance reform in China. *Social Science & Medicine*, 55(10), 1779-1794.
164. World Bank, (2003). Quantitative techniques for health equity analysis technical note # 16. (05.09.2007).
165. Kennedy, P. (1998). A Guide to econometrics. (4. ed.). The MIT press: Cambridge, Massachusetts.
166. Munro, B.H. (2005). Statistical Methods for Health Care Research. (5.ed.). Lippincott Williams and Wilkins.
167. Neter, J., Wasserman, W. ve Kutner, M.H. (1990). Applied Linear Statistical Models. Boston: Richard D. Irwin, Inc.
168. Hanson, K. (1998). Is Insurance Enough? The Link between parents' and children's health care use revisited. *Inquiry*, 35(3), 294–302.
169. Guendelman, S. ve Pearl, M. (2004). Children's ability to access and use health care. *Health Affairs (Millwood)*, 23(2), 235–44.
170. Chu, T.B., Liu, T.C., Chen, C.S., Tsai, Y.W. ve Chiu W.T. (2005). Household out-of-pocket medical expenditures and national health insurance in Taiwan: income and regional inequality. *BMC Health Services Research*, 5(60).

171. Gotsadze G., Bennett S, Ranson K., ve Gzirishvili D. (2005). Health care seeking behavior and out-of-pocket payments in Tbilisi, Georgia: Household survey findings. *Health Policy and Planning*, 20(4).
172. Iyer, A. ve Sen, G. (2000). Health Sector Changes and Health Equity in the 1990s in India. In: Roghuram S., ed. Health and Equity: Technical Report Series 1.8. Bangalore: HIVOS.
173. McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G. ve Whitehead, M. (2006). What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts? *Social Science & Medicine*, 62(4), 858-865.
174. Whitehead, M., Dahlgren, G., ve Evans, T. (2001). Equity and health sector reforms: Can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet*, 358(9284), 833–836.
175. Rice, T. (1997). Can markets give us the health system we want? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22, 383–426.
176. Felder, S. Meier, M. ve Schmitt, H. (2000). Health care expenditure in the last months of life. *Journal of Health Economics*, 19(5), 679-695.
177. Crystal, S., Johnson, RW., Harman, J., Sambamoorthi, U. ve Kumar, R. (2000). Out-of-pocket health care costs among older Americans. *Journal of Gerontology B Psychological Sciences Social Sciences*, 55, 51-62.
178. Yang, Z., Norton, E.C. ve Stearns, S.C. (2003). Longevity and health care expenditures: The real reasons older people spend more. *Journal of Gerontology B Psychological Sciences Social Sciences*, 58, 2-10.
179. Stewart, S.T. (2004). Do out-of-pocket health expenditures rise with age among older americans? *The Gerontologist*, 44, 48-57.
180. Senior Journal. Seniors spending four times more for healthcare than others: New report says. Elektronik Sürüm (<http://seniorjournal.com>) (Erişim Tarihi 20 Haziran 2008).
181. Chi, C., Lee, J.L., Tsai, S.L., Chen, W.Y. (2007). Out-of-pocket payment for medical care under Taiwan's National Health Insurance System. *Health Economics*, Elektronik Sürüm (www.interscience.wiley.com) (Erişim tarihi 18 Haziran 2008).

182. Anthony, M., Lee, K., Bertram, C., Abarca, J., Rehfeld, R.A., Malone, D.C., Freeman, M. ve Woosley, R.L. (2008). Gender and age differences in medications dispensed from a national chain drugstore. *Journal of Women's Health*, 17(5).
183. Issue Brief (November 2006). Healthier and wealthier: Health care costs by increasing educational attainment. Elektronik Sürüm (<http://www.all4ed.org>) (Erişim tarihi 26 Haziran 2008).
184. Baum, S. ve Payea, K. (2005). Education Pays Update: A Supplement to Education Pays 2004: The Benefit of Higher Education for Individuals and Society. Washington, DC: The College Board.
185. Hotchkiss, D.R., Hutchinson, P.L., Malaj, A. ve Berruti A.A. (2005). Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: Evidence from three districts. *Health Policy*, 75, 18–39.
186. Himmelstein, D.U., Warren, E., Thorne, D. ve Woolhandler, S. (2005). Illness and injury as contributors to bankruptcy. *Health Affairs*, W5-63–W5-73.
187. Lairson, D., R., Hindson, P., ve Hauquitz A. (1995). Equity of health care in Australia. *Social Science & Medicine*, 41(4), 475-82.
188. Janssen, R., Van Doorslaer, E. ve Wagstaff, A. (1994). Health insurance reform in the Netherlands: assessing the progressivity consequences. *Economic and Social Review*, 25(4), 325-342.
189. Özgen, H. ve Tatar, M. Sağlıkta İnfomal Ödemeler. Yayınlanmamış çalışma.
190. Özgen, H., Şahin, B., Belli, P. Tatar, M. ve Berman, P. Predictors of informal health payments: A case study from Turkey. Yayınlanmamış çalışma.
191. Nolan, B. ve Turbat, V. (1995). Cost recovery in public health services in Sub-Saharan Africa. Washington, DC, Economic Development Institute of The World Bank.
192. Bennett, S., Creese, A. ve Monasch, R. (1998). Health insurance schemes for people outside formal sector employment. Geneva, World Health Organization.

193. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası, (2006). *T.C. Resmi Gazete*, 5510, 31.05.2006.
194. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, (2005). *T.C. Resmi Gazete*, 5335, 21.04.2005.
195. Gross, D.J., Alecxih, L., Gibson, M.J., Corea, J., Caplan, C. ve Brangan, N. (1999). Out-of-pocket health spending by poor and near-poor elderly Medicare beneficiaries. *Health Services Research*, 34(pt 2), 241-254.
196. Shen, Y.C. ve McFeeters, J. (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.

EK1



OCAK

0 5
Bülten no






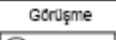
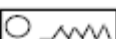

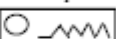
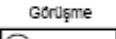

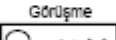

Bölge Müdürlüğü	İl	İlçe	Bucak	Köy	Mahalle	Cadde / Sokak	Dış kapı no	İç kapı no
.....
□□	□□□□	□□□	□□□	□□□□	□□□□			

2005 HANEHALKI BÜTÇE ANKETİ SORU KAĞIDI

Hanehalkının adı ve soyadı : _____

	Anketör	Kontrolör	Veri Giriş Elemanı
Adı ve Soyadı			
T.C. Kimlik No.	.....	.....	.....
Tarih	..... / ..... / 200... (İlk ziyaret tarihi)	..... / ..... / 200... (Son kontrol tarihi)	..... / ..... / 200...
İmza			

Anketörün hanehalkını ziyaret çizelgesi

ZİYARET ZAMAN/SIRASI	VERİ DERLEME	YAPILACAK İŞLEM		
ANKET AYI ÖNCESİ	1. Örnek hanehalkının, anketi kabul etmesi için anket ayından 5 gün önce ziyaret eder. 	Tanıtım  * Anketör hanehalkı ile görüşerek kendisini tanıtır. * Anketin amacı, kapsamı, uygulama şeklini açıklar. * Anketin önemi ve bilgi vermenin bir vatandaşlık görevi olduğunu hatırlatır. * Anketin vergi vb. konularına ilişkin olmadığını vurgular. * Hanehalkının harcama ve geliriyle ilgili fiş, makbuz, fatura gibi belgeleri saklamasının kayıt için yararı olabileceğini iletir. * Soru kağıdının kapak bölümünü doldurur. * Hanehalkı harcama kayıt defterinin nasıl doldurulacağı AÇIKLANIR (Hanede bırakılır) * Ferdi harcama kayıt defterinin nasıl doldurulacağı AÇIKLANIR (Hanede bırakılır) * Eğer anketör hanehalkı reisi ile görüşebildiyse anket ayı öncesi 2. görüşme esnasında yapması gereken işlemleri bu görüşmede tamamlar ve bir sonraki görüşme için randevu alarak haneye teşekkür eder ve haneden ayrılır. * Eğer hanehalkı reisi ile görüşemedi ise bir sonraki görüşme için hanehalkı reisinin evde bulunacağı bir güne randevu alır ve haneden ayrılır.		
	2. Örnek hanehalkına, anket hakkında tekrar bilgi verir ve ilk görüşmede doldurulması gereken tabloları doldurur. 	Tanıtım Görüşme  * Anketör hanehalkı reisi ile görüşerek kendisini tanıtır ve kısaca anketin amacını açıklar. * Soru kağıdının Bölüm 2-Soru 2.1 (Soru 2.2 hariç), Bölüm 3-Soru 3.1-3.21 arasındaki sorular ile Bölüm 4-Soru 4.1-4.36 arası soruları sorgular. * Soru kağıdının Bölüm 4-Tablo 4.2 ile Bölüm 5-Tablo 5.1 doldurulur. * Hanehalkı ve ferdi harcama kayıt defterlerinin anket ayı başı itibarıyla doldurulacağı hatırlatılır. * Teşekkür eder, bir sonraki görüşme için randevu alır ve haneden ayrılır.		
ANKET AYI	1. HAFTA	3. Soru kağıdının harcama bölümünü doldurmak için hane ziyaret edilir.  Kayıt	* Hanehalkı harcama kayıt defteri istenir. * Harcamalar tek tek incelenir; sorgulanarak varsa, eksik tanımlar tamamlanarak unutulmuş harcamalar hatırlatılır; bu maddeler soru kağıdının ilgili bölümlerine kaydedilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Harcamalar Bölüm 6'da ilgili tablolara kaydedilir. * Bölüm 7 sorgulanır. * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır. * Hanehalkıyla ilgili görüş ve düşünceler, sorular not edilir. * Anketör 4. görüşme için randevu alır, teşekkür edip ayrılır.	
		4. Soru kağıdının harcama bölümünü doldurmak için hane ziyaret edilir.  Kayıt	* 3. görüşmede yapılan işlemler tekrar edilerek, harcamalar kayıt edilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır. * Bölüm 4-Tablo 4.2'de ilk hafta ile ilgili kısım sorgulanır.	
	2. HAFTA	5. Soru kağıdının harcama bölümünü doldurmak için hane ziyaret edilir.  Kayıt	* 4. görüşmede yapılan işlemler tekrar edilerek, harcamalar kayıt edilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır.	
		6. Soru kağıdının harcama bölümünü doldurmak için hane ziyaret edilir.  Kayıt	* 5. görüşmede yapılan işlemler tekrar edilerek, harcamalar kayıt edilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır. * Bölüm 4-Tablo 4.2'de ikinci hafta ile ilgili kısım sorgulanır.	
	3. HAFTA	7. Soru kağıdının harcama bölümünü doldurmak için hane ziyaret edilir.  Kayıt	* 6. görüşmede yapılan işlemler tekrar edilerek, harcamalar kayıt edilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır. * Bölüm 4-Tablo 4.3'de üçüncü hafta ile ilgili kısım sorgulanır.	
		4. HAFTA	8. Soru kağıdının harcama bölümünü doldurmak için hane ziyaret edilir.  Kayıt	* 7. görüşmede yapılan işlemler tekrar edilerek, harcamalar kayıt edilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır. * Bölüm 4-Tablo 4.3'de dördüncü hafta ile ilgili kısım sorgulanır.
	ANKET AYI SONRASI	9. (Anket ayı biter bitmez) Soru kağıdının HARCAMA ve GELİR bölümünü doldurmak için, hane ziyaret edilir. (Son ziyaret) 	Görüşme Kayıt (Harcama)  Görüşme Kayıt (Gelir) 	* 8. görüşmede yapılan işlemler tekrar edilerek, harcamalar kayıt edilir. Harcama kayıt defteri → Soru kağıdı * Hanehalkı harcama kayıt defteri haneden geri alınır. * Ferdi harcama kayıt defteri fertlerden geri alınır. * Hanehalkına katılan/aynılan fert olup olmadığı sorgulanır. (Sayfa 2) * Bölüm 4'de anket ayı sonunda doldurulacak olan kısımlar sorgulanır. (Sayfa 8-13 arası) * Bölüm 6-Tablo 6.13.A Sütun 05, 07, 08, 09 ve 10 sorgulanır. (Sayfa 44) * Bölüm 7-Tablo 7.2, Tablo 7.3, Tablo 7.4 ve Tablo 7.5 (haneye giren ve çıkan değerler) sorgulanır. (Sayfa 53-55 arası) * Soru kağıdında 8.Bölüm (Hanehalkı Bileşimi, İstihdam ve Gelir Durumu) sorgulanır. GELİRLER → SORU KAĞIDI * Tanımsal Faaliyete uğrayan haneler için Bölüm 9 sorgulanır. * Anketör hanehalkına teşekkür ederek, haneden ayrılır.

0 5

Bülten No

DİKKAT: Bu anket hanehalkının gelir, sosyo-ekonomik durum ve tüketim yapısı hakkında bilgi edinmek amacı ile 27.01.1989 tarih ve 357 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname uyarınca yapılmaktadır. Bu soru kağıdına zamanında veya doğru cevap vermeyenler ile toplanan kişisel bilgileri resmi, özel kişi veya kuruluşlara açıklayanlar Karamamenin atfıta bulunduğu 53 Sayılı Kanun Hükmüne göre cezalandırılırlar. Buradaki **BİLGİLER YALNIZ İSTATİSTİKSEL AMAÇLA** toplanmaktadır ve **TAMAMEN GİZLİDİR**. Herhangi bir yükümlülüğün kurulmasında veya bir soruşturmanın uygulanmasında kullanılamaz.

BÖLÜM 1. HANEHALKI TANITIM VE SORU KAĞIDI İŞLETİM BİLGİLERİ

(Soru kağıdı kurşun kalemle doldurulacaktır)

1.1. ADRES BİLGİLERİ	1.2. ORNEKLEME BİLGİLERİ
Bölge (Düzey 1) :	Ay :
Bölge (Düzey 2) :	Blok no :
İl :	Alt örnek no :
İlçe :	Devre :
Bucak :	Örnek seçim no :
Köy :	Örnek hanenin durumu
Mahalle :	1. Esas hane :
Cadde/Sokak :	2. İkame hane :
Dış kapı no :	0 5
İç kapı no :	İkame bülten no
Posta kodu :	İkame sıra no

1.3. HANEHALKI REİSİNİN	1.4. OTURULAN SOKAĞIN ÖZELLİĞİ
Adı soyadı :	(Anketör tarafından 20 001 ve daha fazla nüfuslu yerleşim yerleri için doldurulacaktır)
Esas işi :	
Çalıştığı işyerinin Ünvanı :	
Çalıştığı işyerinin adresi :	
İşyeri tel no :	Gelişmiş 0 1
Cep tel no : 0	Az gelişmiş 0 2
Hane tel no :	Gelişmemiş 0 3

1.5. İŞLETİM BİLGİLERİ	Anketör	Kontrolör	Veri Giriş Elemanı
Adı ve soyadı			
T.C. Kimlik No.	.....	.....	.....
Tarih	...../...../200... (İlk ziyaret tarihi)	...../...../200... (Son kontrol tarihi)	...../...../200...
İmza			

BÖLÜM 2. HANEHALKI BİLEŞİMİ

2.1- Anket ayı öncesi görüşmede hanehalkında bulunan tüm fertler ile anket ayında hanehalkına kesin katılan fertler kaydedilecektir

ANKET AYI BAŞINDA SORULACAKTIR <small>(Haneye kesin katılan fert olup olmadığı her görüşmede sorulacaktır.)</small>					ANKET AYI SONUNDA SORULACAKTIR			
Fert sıra no.	Adınız ve Soyadınız? <small>(-Hanehalkı fertleri hanehalkı reisinden başlayarak yaş sırasına göre kaydedilecektir. - Askarda, hapishanede olan fertler ile yurtdışı katan öğrenciler ve misafirler dahil edilmeyecektir)</small>	Cinsiyetiniz? 1. Erkek 2. Kadın	Bilirdiğiniz yaş ?	Hanehalkı reisine yakınlığınız ? 0. Hanehalkı reisi 1. Eşi 2. Oğlu/Kızı 3. Babası/Annesi 4. Kardeşi 5. Kayınvalidesi 6. Damadı/Gelini 7. Torunu 8. Diğer akrabası 9. Evde kalan hizmetli 10. Akraba olmayanlar	Anket ayında hanede sürekli bulundunuz mu? 1. Evet → BU BÖLÜM BİTTİ 2. Hayır → Sütun 07	Ay içinde hanede kaldığınız süre ? (Gün)	Hanehalkına katılma veya ayrılma durumunuz? 1. Kesin katıldı } Sütun 08 2. Kesin ayrıldı } 3. Geçici ayrıldı } BU BÖLÜM BİTTİ	Nedeni ? 1. Evlilik 2. Boşanma 3. Doğum 4. Ölüm 5. Çalışma 6. Öğrenim 7. Diğer (Belirtiniz)
01	02	03	04	05	06	07	08	09
0 1								
0 2								
0 3								
0 4								
0 5								
0 6								
0 7								
0 8								
0 9								
1 0								
1 1								
1 2								
1 3								
1 4								
1 5								

*HANEYE KESİN KATILAN VEYA KESİN AYRILAN FERDİN AY İÇİNDE HANEDE KALDIĞI SÜRE;
15 GÜN VE DAHA FAZLA İSE, ANKET PERİYODU SONUNDA HANEDE OLSUN YA DA OLMASIN **BÖLÜM 8 SORULANACAKTIR.**
14 GÜN VE DAHA AZ İSE, FERT İÇİN **BÖLÜM 8 SORULANMAYACAKTIR.**

2.2- Hanehalkı tipi aşağıdakilerden hangisidir?

(Hanehalkı tipi Bölüm 8.A-Hanehalkı Bileşimi dikkate alınarak belirlenecektir.)

Aile tipi		Çocuklu		(ANKET AYI SONUNDA SORULACAKTIR.)	
		Çocukları hepsi 18 yaşından küçük		En az bir çocuk 18 yaşından büyük	
Çoklu aile	Tek çocuklu		○ 1	○ 2	
	İki çocuklu		○ 3	○ 4	
	Üç ve daha fazla çocuklu		○ 5	○ 6	
	Çocuklu değil		○ 7		
Akıllı veya genç aile		○ 8	○ 9	○ 10	
Tek ebeveynli aile		○ 11	○ 12	○ 13	
Bhanede yaşayan öğrenci, işçi vb. kişiler		○ 14			
Bhanede yaşayan akrabalar		○ 15			

BÖLÜM 3. HANEHALKININ SOSYO-EKONOMİK DURUMU

(Anket ayı öncesi görüşmede hanehalkı reisine sorulacaktır)

3.1- Oturduğunuz konutun tipi nedir?

Müstakilli konut

Bağımsız..... 1
Tek duvarla bitişik..... 2

Apartman (10 daireden az)

Bodrum/Zemin..... 3
Normal kat..... 4
Dubleks daire..... 5

Apartman (10 daire ve daha fazla)

Bodrum/Zemin..... 6
Normal kat..... 7
Dubleks daire..... 8
Gecekondu..... 9
Diğer (Belirtiniz)..... 10

3.2- Konutunuzun mülkiyet durumu nedir ?

Ev sahibi..... 1 → Soru 3.6
Kiraçı..... 2
Lojman..... 3 → Soru 3.3
Diğer..... 4

3.3- Aylık ödediğiniz kira tutarı ne kadardır?
(Lojman veya diğer şekilde oturanların ödediği kira yoksa '0' yazınız)

Kiraçı TL → Soru 3.4
Lojman TL → Soru 3.5
Diğer TL → Soru 3.6

3.4- Bu konutu kiralama şekliniz nedir ?

Mobilyalı..... 1
Mobilyasız..... 2 → Soru 3.10

3.5- Lojmandan faydalanan ferdin sıra numarası [] []

3.6- Bugünkü piyasa koşullarında aynı konutta kirada otursaydınız ne kadar aylık kira (izafi kira) öderdiniz?

Ev sahibi TL → Soru 3.7
Lojman TL → Soru 3.9
Diğer TL → Soru 3.9

3.7- Konutunuzu ne zaman satın aldınız veya sahip oldunuz?
[] [] [] [] Yıl

3.8- Sahip olduğunuz bu konutun borcu veya ipoteki var mı ?
Evet 1 Hayır 2

3.9- Oturduğunuz konutun piyasa değeri nedir ?
..... TL

3.10- Bu konutta ne kadar süredir oturuyorsunuz?
[] [] Yıl

3.11- Oturduğunuz binanın yapılış tarihi nedir?
[] [] [] [] Yıl

3.12- Oturduğunuz binanın yapı türü nedir?

İskelet

Betonarme 1
Çelik 2
Ahşap 3

Yığma

Braket 4
Taş 5
Tuğla 6
Kerpiç 7
Diğer 8
(Belirtiniz)

3.13- Oturduğunuz konuttaki bölümlerin zemin yapısını belirtiniz.

Kod	Zemin yapısı	Salon	Oda	Mutfak	Banyo
		01	02	03	04
01	Parke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
02	Tahta	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
03	Karo seramik	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
04	Marley	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
05	Duvardan duvara halı	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
06	Şap (Kara beton)	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
07	Mozaklı	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
08	Memmer	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
09	Diğer (Belirtiniz)	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

3.14- Oturduğunuz konutun ısıtma sistemi nedir?
Soba (Kömür, gaz, doğalgaz, elektrikli, vb.) 1
Kalenfer

Müşterek veya merkezli ısıtma..... 2
Kat kalenferi/Kombi..... 3
Diğer (Belirtiniz)..... 4

3.15- Oturduğunuz konutta ısıtma amacıyla kullandığınız yakıt türü nedir?
(En fazla 3 şık işaretlenebilir)

Odun..... 1 Gazyağı..... 6
Kömür..... 2 LPG (Tüpgaz)..... 7
Doğalgaz..... 3 Elektrik..... 8
Fuel-oil..... 4 Tezek..... 9
Motorin-mazot..... 5 Diğer (Belirtiniz)..... 10

3.16- Oturduğunuz konutun oda sayısı (salon dahil) nedir ve faydalanılan net alan kaç metrekaredir?
Oda sayısı [] [] []
Faydalanılan net alan [] [] [] m²

3.17- Oturduğunuz konutta aşağıdaki kolaylıklardan hangileri mevcuttur?
(Var olanlar için "1", olmayanlar için "0" kodu veriniz)

0, Yok/1, Var

Banyo.....
Sauna.....
Jakuzi.....
Tuvalet (Ev içinde).....
Mutfak.....
Çöp öğütücü.....
Kalenfer.....
Tabandan ısıtma.....
Bonulu su sistemi (Şebeke suyu).....
Elektrik.....
Doğalgaz.....
Sıcak su (güneş enerjisi, kombi, devamlı sıcak su vb.).....
Kablolu yayın.....
Asansör.....
Kapalı garaj.....
Yüzme havuzu.....

3.18- İkamet ettiğiniz bu konuttan başka oturduğunuz ikinci bir konut (yazlık, kışlık, yayla evi vb.) var mı?
Evet 1 Hayır 2 → Soru 3.20

3.19- İkamet ettiğiniz ikinci konut nerededir ?
Yurtdışında..... 1
Yurt içinde ama başka bir ilde..... 2
İkamet edilen il içinde..... 3

3.20- Aşağıdaki eşyalardan hanenizde kullandıklarınızın sayısını belirtiniz.
(Yoksa '0' yazınız)

Sahip olunan eşya	Adet	Sahip olunan eşya	Adet
Telefon hattı.....	<input type="checkbox"/>	Buzdolabı.....	<input type="checkbox"/>
Cep telefonu.....	<input type="checkbox"/>	Derin dondurucu.....	<input type="checkbox"/>
Bilgisayar.....	<input type="checkbox"/>	Bulaşık makinesi.....	<input type="checkbox"/>
İnternet aboneliği.....	<input type="checkbox"/>	Mikrodalga fırın.....	<input type="checkbox"/>
Televizyon.....	<input type="checkbox"/>	Otomatik çamaşır makinesi.....	<input type="checkbox"/>
Video.....	<input type="checkbox"/>	Çamaşır kurutma makinesi.....	<input type="checkbox"/>
DVD veya VCD.....	<input type="checkbox"/>	Halı yıkama makinesi.....	<input type="checkbox"/>
Video kamera.....	<input type="checkbox"/>	Klima.....	<input type="checkbox"/>

3.21- Hanenizde aşağıdaki ulaştırma araçlarından hangileri mevcuttur ?
(Ticari amaçlı araçlar hariç)

Kod	Ulaşım Araçları	0. Yok 1. Var	*VAR* ise			
			Adet	Marka	Model	Özel amaçlı olarak aylık ortalama kaç km yol yapılmaktadır ?
		01	02	03	04	05
01	Otomobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
05	İşverence sağlanan ücretsiz araç (otomobil,minibüs,vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
02	Jeep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
03	Minibüs-mobil karavan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
04	Motosiklet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
06	Motolu-motorsuz deniz taşıtları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

3.22- Aşağıdaki gayrimenkullerden hangilerine sahipsiniz?

Kod	Türü	0.Yok 1.Var	*VAR* ise			
			Miktar	Kiraya verilen miktar (Yoksa '0' yazınız)	Toplam aylık kira değeri (TL)	Gayrimenkulün toplam piyasa değeri (TL)
		01	02	03	04	05
01	Müstakil konut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		
02	Apartman dairesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		
03	Gecekondu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		
04	Yazlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		
05	Tarla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dönüm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dönüm		
06	Bağ, Bahçe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dönüm	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dönüm		
07	Sera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²		
08	Arsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> m ²		
09	Dükkan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		
10	Otel, motel, pansiyon vb.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		
11	Diğer (Belirtiniz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Adet		

BÖLÜM 4. HANEHALKININ TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI, GENEL HARCAMA YAPISI VE ANKET AYI İÇİNDE HARCAMA YAPILMASI BEKLENEN TÜKETİM MADDELERİ VE HİZMETLERİ

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 4.1. Hanehalkının Tüketim Alışkanlıkları ve Genel Harcama Yapısı	8
Tablo 4.2. Anket Ayı İçinde Harcama Yapılması Beklenen Tüketim Maddeleri ve Hizmetleri Kontrol Listesi	12

BÖLÜM 5. DAYANIKLI TÜKETİM MALLARI VE HİZMETLERİ

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 5.1. Son Onbir Ay İçinde Dayanıklı Tüketim Malları ve Hizmetlerine Yapılan Harcamalar	14

TABLO 4.1. HANEHALKININ TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI VE GENEL HARCAMA YAPISI

ANKET AYI BAŞINDA SORULACAKTIR	ANKET AYI SONUNDA DOLDURULACAKTIR. "Evet" cevabı verilen sorulara ilişkin olarak harcama yapılmamışsa veya yapılan tüketim belirtilen miktardan az ise nedenlerini açıklayınız.
<p>4.1. Hanenizde günlük ortalama kaç adet ekmeek tüketilmektedir?</p> <p> <input type="text"/> Adet</p>	
<p>4.2. Aşağıdaki gıda ürünlerinden hanenizde hangi sıklıkta tüketirsiniz?</p> <p>Et ve et ürünleri <input type="checkbox"/> 1. Ayda bir kez Süt ve süt ürünleri <input type="checkbox"/> 2. Haftada bir kez Sebzeler <input type="checkbox"/> 3. Haftada iki kez Meyveler <input type="checkbox"/> 4. Hemen hemen her gün Çay <input type="checkbox"/> 5. Hiç</p>	GIDA
<p>4.3. Hanenizde sigara, tütün, puro içme alışkanlığı olan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.4</p> <p>a- Sigara veya tütün kullanan kaç fert bulunmaktadır?</p> <p> <input type="text"/> Fert</p> <p>b- Hanede haftalık kaç paket sigara tüketilmektedir?</p> <p> <input type="text"/> Paket</p>	SİGARA VE TÜTÜN
<p>4.4. Hanenizde alkollü içecek kullanan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.5</p> <p>a- Alkol kullanan kaç fert bulunmaktadır?</p> <p> <input type="text"/> Fert</p> <p>b- En çok hangi tür alkollü içki tüketilmektedir?</p> <p> _____</p> <p>c- Haftada kaç şişe içki tüketilmektedir?</p> <p> <input type="text"/> şişe</p>	ALKOLLÜ İÇECEKLER
<p>4.5. Hanenizde öğrenci olan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.9</p> <p>Kaç kişi? <input type="text"/></p> <p>4.6. Bu fertler okula gidiş gelişlerinde servis veya toplu taşıma aracı kullanıyorlar mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	ULAŞTIRMA
<p>4.7. Hanenizde özel okulda (ilköğretim, ilse, üniversite) paralı öğrenim yapan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>4.8. Hanenizde etüde devam eden veya okulda özel kurs alan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>4.9. Hanenizde özel amaçlı kursa (bilgisayar, yabancı dil, üniversiteye hazırlık kursu, sürücü kursu, spor kursu, vb.) devam eden fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>4.10. Hanenizde kreş veya anaokuluna devam eden fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.12</p>	EĞİTİM - ÇEŞİTLİ

TABLO 4.1. HANEHALKININ TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI VE GENEL HARCAMA YAPISI (DEVAMI)

ANKET AYI BAŞINDA SORULACAKTIR	AÇIKLAMA (ANKET AYI SONUNDA DOLDURULACAKTIR.)
<p>4.11- Bu fertler kreş veya anaokuluna gidiş-gelişlerinde servis kullanıyor mu?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	ULAŞTIRMA
<p>4.12- Hanenizde çalışan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.16</p>	BÖLÜM 8
<p>4.13- Bu çalışan fertler işyerine gidiş-gelişlerinde genellikle hangi ulaşım aracını kullanmaktadır? (Birden fazla şık işaretlenebilir)</p> <p>Sahip olunan araba <input type="radio"/> 1 Vapur <input type="radio"/> 7 İşyeri tarafından sağlanan araba .. <input type="radio"/> 2 Ücretli servis <input type="radio"/> 8 Otobüs <input type="radio"/> 3 Ücretsiz servis <input type="radio"/> 9 Dolmuş <input type="radio"/> 4 Diğer (Belirtiniz) <input type="radio"/> 10 Taksi <input type="radio"/> 5 Ulaşım aracı kullanmıyor . <input type="radio"/> 11 Tren, metro vb..... <input type="radio"/> 6</p>	ULAŞTIRMA
<p>4.14- Hanenizde kendi hesabına ya da işveren olarak çalışan fert varsa; bu fertlerin işyerinde ürettiği ya da sattığı ürünleri hanenizde tüketir misiniz?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	TABLO-13.B
<p>4.15- Hanenizde ücretli çalışan fert varsa; bu fertlere işveren tarafından verilen ürünler (yiyecek, giyecek, yakacak vb.) veya hizmetlerden (saç kesimi, kreş, servis vb.) ferdin kendisi veya diğer hanehalkı fertleri yararlanır mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	TABLO-14
<p>4.16- Hanenizde öğlen veya akşam yemeklerini dışarıda (lokanta, açık büfe, dönerci vb. yerlerde) yeme alışkanlığı olan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>Haftada toplam kaç defa? <input type="text"/></p>	LOKANTA
<p>4.17- Hanenizde günlük gazete satın alma alışkanlığı var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	EĞLENCE
<p>4.18- Hanenizde aylık/hattalık dergi veya mecmua satın alma alışkanlığı var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	
<p>4.19- Hanenizde sinema, tiyatro, spor müsabakası vb. yerlere gitme alışkanlığı olan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>Ayda toplam kaç defa? <input type="text"/></p>	

TABLO 4.1. HANEHALKININ TÜKETİM ALIŞKANLIKLARI VE GENEL HARCAMA YAPISI (DEVAM)

ANKET AYI BAŞINDA SORULACAKTIR	AÇIKLAMA (ANKET AYI SONUNDA DOLDURULACAKTIR.)
<p>4.20- Hanenizde spor toto, sayısal loto, piyango, altılı ganyan, vb. şans oyunları oynama alışkanlığı olan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 → Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>Ayda toplam kaç defa? <input type="text"/></p>	EĞLENCE
<p>4.21- Hanenizde kahvehane, kafe, lokal, internet kafe vb. yerlere gitme alışkanlığı olan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	LOKANTA
<p>4.22- Hanenizde sürekli ilaç kullanması gereken fert var mı? (Kalp, romatizma, tansiyon, vb.)</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	SAĞLIK
<p>4.23- İlaç harcamalarınız hangi kaynak tarafından karşılanmaktadır? (Birden fazla şık işaretlenebilir)</p> <p>Devlet (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur)..... <input type="radio"/> 1</p> <p>İşveren (Özel) <input type="radio"/> 2</p> <p>Vakıf, Sandık, vb..... <input type="radio"/> 3</p> <p>Özel Sigorta..... <input type="radio"/> 4</p> <p>Kendisi..... <input type="radio"/> 5</p> <p>Diğer (Belirtiniz)..... <input type="radio"/> 6</p>	BÖLÜM 8
<p>4.24- Hanehalkında hayat sigortası veya bireysel emeklilik primi ödeyen fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 → Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>Kaç kişi <input type="text"/></p>	TÜKETİM DIŞI
<p>4.25- Hanenizde kendi ürettiğiniz bitkisel (domates, un, vb.) veya hayvansal (süt, peynir, yumurta, vb.) ürünlerden kullanır mısınız?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p>	KÜT
<p>4.26- Hanenizde kredi kartı kullanan fert var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>4.27- Hanenizin internet kanalıyla alış-veriş yapma alışkanlığı var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2</p> <p>4.28- Hanenizin pazara gitme alışkanlığı var mı?</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 → Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.29</p> <p>Hangi günler gidersiniz?</p>	
<p>4.29- Hanenizin bir yere veya kişiye borcu ya da taksidi var mı? (İş amacıyla yapılan borçlanmalar kapsam dışıdır)</p> <p>Evet <input type="radio"/> 1 Hayır <input type="radio"/> 2 → S4.31</p>	BÖLÜM 7

TABLO 4.2. ANKET AYI İÇİNDE HARCAMA YAPILMASI BEKLENEN TÜKETİM MADDELERİ VE HİZMETLERİ KONTROL LİSTESİ

(HER HAFTANIN SON GÖRÜŞMESİNDE VE ANKET AYI SONUNDA DOLDURULACAKTIR)

Tüketim maddeleri ve hizmetleri		Anket ayı içinde harcama yapıldı mı?				Anket ayı sonunda hanehalkına sorularak doldurulacaktır. Sütun 02, 03, 04 ve 05'in hepsi "HAYIR" ise harcama yapılmamasının nedeni nedir? 1. Stokta bulunduğu için 2. Kendi üretiliminden tüketildiği için 3. İşyerinden aynı veya başka kişilerden hediye/yardım olarak geldiği için 4. Anket ayında ihtiyaç olmadığı için 5. Hanehalkı bu mal/hizmeti hiç kullanmadığı için 6. Ay içinde yeterli miktarda olduğu için 7. Diğer (Açıklayınız)
		1. Hafta	2. Hafta	3. Hafta	4. Hafta	
01		02	03	04	05	06
GIDA	1. Un (buğday unu, mısır unu vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Ekmek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Pirinç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Makarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Et (kırmızı et, tavuk eti vb)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Süt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Peynir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Yoğurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Yumurta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Zeytin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Sıvı yağ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Katı yağ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Taze sebzeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Taze meyveler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Kuru fasulye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Mercimek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Çay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Toz şeker, kesme şeker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Baharat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Salça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. İşme suyu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GİYİM	22. Giyim ve ayakkabı harcaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Kuru temizleme ücreti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLO 4.2. ANKET AYI İÇİNDE HARCAMA YAPILMASI BEKLENEN TÜKETİM MADDELERİ VE HİZMETLERİ KONTROL LİSTESİ (DEVAMI)

(HER HAFTANIN SON GÖRÜŞMESİNDE VE ANKET AYI SONUNDA DOLDURULACAKTIR)

Tüketim maddeleri ve hizmetleri		Anket ayı içinde harcama yapıldı mı?				Anket ayı sonunda hanehalkına sorularak doldurulacaktır. Sütun 02, 03, 04 ve 05'in hepsi "HAYIR" ise harcama yapılmamasının nedeni nedir? 1. Stokta bulunduğu için 2. Kendi üretiminden tükettiği için 3. İşyerinden ayrı veya başka kişilerden hediye/yardım olarak geldiği için 4. Anket ayında ihtiyaç olmadığı için 5. Hanehalkı bu mal/hizmeti hiç kullanmadığı için 6. Ay içinde yenecek miktarda olduğu için 7. Diğer (Açıklayınız)
		1. Hafta	2. Hafta	3. Hafta	4. Hafta	
01		02	03	04	05	06
KONUT	24. Tüpgaz/Doğalgaz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Su faturası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	26. Elektrik faturası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	27. Apartman aidatı / Yakıt ücreti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	28. Ev için bakım onarım, badana, boya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EV EYVAZI	29. Çamaşır deterjanı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30. Bulaşık deterjanı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	31. Ev içi temizlik ücreti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SAGLIK	32. Sağlık harcaması (özel muayene, diş tedavisi, tanı vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ULAS TIRMA	33. Ulaşım harcaması (benzin alımı, vapur jetonu vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HABERLEŞME	34. Telefon faturası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	35. Cep telefonu faturası / hazır kart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÇEŞİTLİ MAL VE HİZMETLER	36. Kadın kuaförü, erkek berberi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	37. Sabun (banyo ve el için)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	38. Kasko ücreti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	39. Abonelik ücreti (internet, kablolu yayın vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DİĞER	40. Ücretli olarak çalışan fertlere işveren tarafından, bu hafta içinde verilen ürün (yiyecek, giyecek vb. şekilde) veya hizmetlerden (saç kesimi, diş tedavisi vb. şekilde) kendisi ya da diğer hanehalkı fertleri yararlandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	41. Müteşebbis olarak çalışan fertler; hanede tüketmek üzere bu hafta içinde işyerinde üretilen/satılan ürünlerden (yiyecek, giyecek vb. şekilde) haneye getirdi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	42. Bu hafta içinde yiyecek, giyecek vb. şekilde hediye verdiniz mi veya yardım yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	43. Bu hafta içinde hanenize yiyecek, giyecek vb. şekilde hediye geldi mi veya yardım yapıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

BÖLÜM 6. HANEHALKI TÜKETİM HARCAMALARI

(Tablo 6.1 - 6.12 arasındaki tablolara sadece haneye satın alış yoluyla giren ve gayrimenkul (ev, dükkan vb.) ile mülk (arsa, bağ, bahçe vb.) aynı kira geliri şeklinde elde edilen maddeler kaydedilecektir)

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 6.1. Gıda ve Alkolsüz İçecekler	16
Tablo 6.2. Alkollü İçecekler, Sigara ve Tütün	25
Tablo 6.3. Giyim ve Ayakkabı	26
Tablo 6.4. Konut, Su, Elektrik, Gaz ve Diğer Yakıtlar	30
Tablo 6.5. Mobilya, Ev Aletleri ve Ev Bakım Hizmetleri	31
Tablo 6.6. Sağlık	33
Tablo 6.7. Ulaştırma	34
Tablo 6.8. Haberleşme	36
Tablo 6.9. Eğlence ve Kültür	37
Tablo 6.10. Eğitim Hizmetleri	39
Tablo 6.11. Lokanta, Yemek Hizmetleri ve Oteller	40
Tablo 6.12. Çeşitli Mal ve Hizmetler	42
Tablo 6.13.A. Hanehalkının Kendi Üretiminden Tükettiği Ürünler	44
Tablo 6.13.B. Müteşebbis Olan Fertlerin Anket Ayında İşyerinden Haneye Getirdiği Ürünler	45
Tablo 6.14. Ücretli Çalışan Fertlere İşvereni Tarafından Anket Ayında Verilen Mal ve Hizmetler	47
Tablo 6.15. Hanehalkının Özel Kişi veya Kuruluşlara Vermek Üzere Hediye veya Yardım Amacıyla Satın Aldığı Mal ve Hizmetler	48
Tablo 6.16. Hanehalkına Hediye veya Yardım Şeklinde Gelen Mal ve Hizmetler	49

TABLO 6.1. GIDA VE ALKOLSÜZ İÇECEKLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no.	Harcamanın adı (ekmek, makama, buğday unu, pirinç, bisküvi, bulgur, baklava, kadayıf vb.)	Markası	Çıral ve ayrıntılı tanımı (paket, açık, pişmemiş, hazır pişmiş, baldo pirinç, kepek ekmeği, gramaj vb. özellikleri)	Ölçü birimi 01. Kg 04. Adet 55. Paket	Miktarı	Piyasa birim fiyatı (TL)	Toplam değer (Sütun 05*Sütun 06) (TL)	Peslin ödenen (TL)	Alışveriş yeri (bakal, market, fırın, süpermarket, bûfe, hipermarket vb.)	Alışverişin yapıldığı dönem
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01.1.1 - EKMEK VE TAHILLAR (Pirinç, un ve diğer tahıllar, makarna çeşitleri diğer tahıl ürünleri)										
01				---						
02				---						
03				---						
04				---						
05	Bu tablo dizaynı aşağıda yer alan harcama grupları için ayrıdır.									
06	Tablo 6.1. Gıda ve Alkolsüz İçecekler									
07	Tablo 6.2. Alkollü İçecekler, Sigara ve Tütün									
08	Tablo 6.3. Giyim ve Ayakkabı									
09	Tablo 6.4. Konut, Su, Elektrik, Gaz ve Diğer Yakıtlar									
10	Tablo 6.5. Mobilya, Ev Aletleri ve Ev Bakım Hizmetleri									
11	Tablo 6.6. Sağlık									
12	Tablo 6.7. Ulaştırma									
13	Tablo 6.8. Haberleşme									
14	Tablo 6.9. Eğlence ve Kültür									
15	Tablo 6.10. Eğitim Hizmetleri									
16	Tablo 6.11. Lokanta, Yemek Hizmetleri ve Oteller									
17	Tablo 6.12. Çeşitli Mal ve Hizmetler									
18				---						
19				---						
20				---						
21				---						
22				---						
23				---						
24				---						
25				---						
EKMEK VE TAHILLAR TOPLAMI										

TABLO 6.13.A- HANEHALKININ KENDİ ÜRETİMİNDEN TÜKETTİĞİ ÜRÜNLER

(Doğadan toplanıp hanede tüketilen ürünler (madımak, mantar, yakacak odun vb.) ile ormancılık, balıkçılık, avcılık ile ortaklıktan elde edilen veya tarımsal araç, gereç ve makinelerin işletme dışın da işleterek elde edilen ürünler de bu tabloya kendi üretiminden tüketim olarak kaydedilecektir.)

Sıra no.	ANKET AYI BAŞINDA STOK DURUMU SORGULANDIKTAN SONRA HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR					ANKET AYI SONUNDA SORULACAKTIR				
	Kendi ürettiği ürünlerden stoğunda bulunan veya ay içerisinde ürettiğinden kendi tüketimine ayırdığı ürünler (patates, süt, yoğurt, mantar, madımak, elma domates, biber, odun vb.)	Cinsel ve ayrıntılı tanımı (açık, tam yağlı, taze, kuru vb. özellikler)	Ölçü birimi 01. Kg 04. Adet 09. Ton 16. Litre 37. Baş 39. Baş 42. Domat	Miktarı	Anket ayındaki piyasa birim fiyatı (YTL)	Anket ayı içinde hane dışına yardım amacıyla verilen ürünün miktarı	Anket ayı içinde hane dışına yardım amacıyla verilen ürünün değeri Sütun (05 * 06) (YTL)	Anket ayı içinde hanede tüketilen ve hediye verilen ürünün miktarı	Anket ayı içinde hanede tüketilen ve hediye verilen ürünün değeri Sütun (05 * 08) (YTL)	Tüketim şekli 1. Anket ayında üretimden tüketim 2. Stoktan tüketim
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
01			[[]]							[[]]
02			[[]]							[[]]
03			[[]]							[[]]
04			[[]]							[[]]
05			[[]]							[[]]
06			[[]]							[[]]
07			[[]]							[[]]
08			[[]]							[[]]
09			[[]]							[[]]
10			[[]]							[[]]
11			[[]]							[[]]
12			[[]]							[[]]
13			[[]]							[[]]
14			[[]]							[[]]
15			[[]]							[[]]
16			[[]]							[[]]
17			[[]]							[[]]
18			[[]]							[[]]
19			[[]]							[[]]
20			[[]]							[[]]
21			[[]]							[[]]
22			[[]]							[[]]
23			[[]]							[[]]
24			[[]]							[[]]
25			[[]]							[[]]
KENDİ ÜRETİMİNDEN TÜKETTİĞİ ÜRÜN TOPLAMI										

TABLO 6.13.B- MÜTEŞEBBİS OLAN FERTLERİN ANKET AYINDA İŞYERİNDEN HANEYE GETİRDİĞİ ÜRÜNLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no.	Haneye gelen ürünler (Ekmek, buğday unu, sebze, meyve, yağ pasta, gırmak, ayakkabı vb.)	Markası	Cinsi ve ayrıntılı tanımı (Gıda: paket, açık, taze, gramaj, giyim: uzun kollu, yünkü kumaş, merserize vb. özellikler)	Ölçü birimi 01. Kg 02. Metre 03. m ² 04. Adet vb. (Kod kitabına bakınız)	Miktar	Değerler, Yarı Kuruş için 2 basamaklı kaydedilecektir. Örneğin: 1 000 000 TL → 1,00 YTL 500 000 TL → 0,50 YTL		Fert sıra no	Hangi işten elde edildiği 1. Esas iş 2. Ek iş	Elde edildiği sıklığı 1. Her ay 2. 3 ayda bir 3. 6 ayda bir 4. Yılda bir 5. Arada bir	Haneye geldiği dönem
						Piyasa birim fiyatı (YTL)	Toplam değer (Sütun 05 * Sütun 06) (YTL)				
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

TABLO 6.13.B- MÜTEŞEBBİS OLAN FERTLERİN ANKET AYINDA İŞYERİNDEN HANEYE GETİRDİĞİ ÜRÜNLER (DEVAMI)

Sıra no.	Haneye gelen ürünler (Ekmek, buğday unu, sebze, meyve, yağ pasta, gömlek, ayakkabı vb.)	Markası	Cins ve ayrıntılı tanımı (Gıda: paket, açık, taze, gramaj, giyim: uzun kollu, yünkü kumaş, merserize vb. özellikler)	Ölçü birimi 01. Kg 02. Metre 03. m ² 04. Adet vb. (Kod kitabına bakınız)	Miktar	Değerler, Yarı Kuruş için 2 basamaklı kaydedilecektir. Örneğin:		Fert sıra no	Hangi işten elde edildiği 1. Esas iş 2. EK iş	Elde edilmiş sıklığı 1. Her ay 2. 3 ayda bir 3. 6 ayda bir 4. Yılda bir 5. Arada bir	Haneye geldiği dönem
						1 000 000 TL → 1,00 YTL 500 000 TL → 0,50 YTL					
						Piyasa birim fiyatı (YTL)	Toplam değer (Sütun 05 * Sütun 06) (YTL)				
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											
45											
46											
47											
48											
49											
İŞYERİNDEN GETİRİLEN ÜRÜNLERİN TOPLAMI											

TABLO 6.14- ÜCRETLİ ÇALIŞAN FERTLERE İŞVERENİ TARAFINDAN ANKET AYINDA VERİLEN MAL VE HİZMETLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)												
Sıra no.	İşveren tarafından verilen mal ve hizmetler (Ekmek, buğday unu, sebze, meyve, yağ pasta, gömlek, ayakkabı, kadın berberi, diğ çökme, benzin, otobüs kartı,	Markası	Cinsel ve ayrıntılı tanımı (Gıda: paket, açk, taze, gram), giyim: uzun kollu, yünü kumaş, merserize vb. özellikleri)	Ölçü birimi 01. Kg 02. Metro 03. m ² 04. Adet vb. (Kod kitabına bakınız)	Miktarı	Değerler, Yeni Kuruş için 2 basamaklı kaydedilecektir. Örnekler:		Fert sıra no	Hangi isten elde edildiği 1. Esas iş 2. Ek iş	Aynı gəlirde elde edildiği 1. Her ay 2. 3 ayda bir 3. 6 ayda bir 4. Yılda bir 5. Arada bir	Eldo edilen bu mal veya hizmet çalışılan işyerinde mi üretiliyor veya satılıyor? 1. Evet 2. Hayır	Harıye gıddığı dönem
						1 000 000 TL	1,00 YTL					
						500 000 TL	0,50 YTL					
						Plyasa birim fiyatı	Toplam değer (Sütun 05 * Sütun 06)					
						(YTL)	(YTL)					
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
01	Lojman izafi kirasa											
02	Araç yakıtı (benzin, motorin vb.)											
03	Ulaşım (servis, toplu taşıma vb.)											
04	Elektrik hizmetinde uygulanan indirim											
05	Gas hizmetinde uygulanan indirim											
06	Su hizmetinde uygulanan indirim											
07	Telefon hizmetinde uygulanan indirim											
08	Seyahat hizmetinde uygulanan indirim											
09	Yemek											
10	Kıyafet											
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
İŞVEREN TARAFINDAN VERİLEN MAL VE HİZMETLER TOPLAM												

AYNI

TABLO 6.15- HANEHALKININ ÖZEL KİŞİ VEYA KURULUŞLARA VERMEK ÜZERE HEDİYE VEYA YARDIM AMACIYLA SATIN ALDIĞI MAL VE HİZMETLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no.	Hane tarafından hediye/yardım olarak verilen mal ve hizmetler (Tereyağı, peynir, sebze, meyve, yağ pasta, gömlek, ayakkabı, yakacak vb.)	Markası	Cins ve ayrıntı tanımı (Gıda; paket, açık, taze, gramaj, ölçüm, uzun kolu, yünü kumaş, merserize vb. özellikler)	Ölçü birimi 01. Kg 02. Metre 03. m' 04. Adet vb. (Kod kitabına bakınız)	Miktarı	Değerler, Yani Alınış için 2 basamaklı kaydedilecektir. Örneğin:			Verildiği yer (Özel kurum veya kuruluşlara (Sosyal yardım vakıfları vb.) yapılan yardım 2. Komşu, akraba vb.kişilere yapılan yardım 3. Giden hediye → Sütun 11	Aynı gelirin verilme sıklığı 1. Her ay 2. 3 ayda bir 3. 6 ayda bir 4. Yılda bir	Kullanılmış mal satın alınması için "X" işaretlenmelidir	Alışverişin yapıldığı dönem
						1 000 000 TL →	1,00 YTL					
						500 000 TL →	0,50 YTL					
						Piyasa birim fiyatı (YTL)	Toplam değer (Sütun 05 * Sütun 06) (YTL)	Positif ödenen (YTL)				
						06	07	08	09	10	11	12
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
VERİLEN HEDİYE VE YARDIMLARIN TOPLAMI												

TABLO 6.16- HANEHALKINA HEDİYE VEYA YARDIM ŞEKLİNDE GELEN MAL VE HİZMETLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no.	Hanehalkına hediye/yardım olarak gelen mal ve hizmetler (Tereyağı, peynir, sebze, meyve, yağ pasta, gömlek, ayakkabı, yakacak, ücretsiz baka temizleme hizmeti, akrabamın ücretsiz avukatlık hizmeti vermesi vb.)	Markası:	Ölçül ve ayrıntılı tanımı (Gıda; paket, açık, taze, gramaj, giyim; uzun kollu, yünü kumaş; mersinize vb. özellikleri)	Ölçü birimi 01. Kg 02. Metre 03. m ² 04. Adet vb. (Kod kitabına bakınız)	Miktarı	Değerler, Yeni Kuruş için 2 basamaklı kaydedilecektir. Örneğin: 1 000 000 TL → 1,00 YTL 500 000 TL → 0,50 YTL		Feri sıra no	Nereden elde edildiği 4. Devletten karşılıksız yardım 5. Özel kurum ve kuruluştan (Sosyal yardım vakıfları vb.) karşılıksız yardım 6. Yurt dışından karşılıksız yardım 7. Komşu, akraba vb. kişilerden karşılıksız yardım 8. Gelen hediye → Sütun 11	Ayni getirin elde edildiği sıklığı 1. Her ay 2. 3 ayda bir 3. 6 ayda bir 4. Yılda bir	Kullanımı (urun geldi, kış, yaz, bahar vb.)	Hanehalkı gelirdiği dönem
						Plyasa birim fiyatı (YTL)	Toplam değer (Sütun 05 * Sütun 06) (YTL)					
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
01												
02												
03												
04												
05												
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
GELEN HEDİYE VE YARDIMLARIN TOPLAMI												

TABLO 6.17- HANEHALKINA GAYRİMENKUL VEYA MÜLK AYNİ GELİRİ ŞEKLİNDE GELEN MAL VE HİZMETLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no.	Haneye gayrimenkul veya mülk ayni geliri şeklinde gelen mal ve hizmetler <small>(Gayrimenkul (ev, dükkan vb.) ile mülk (arsa, bağ, bahçe vb.) aynı kira geliri şeklinde elde edilen maddeler kaydedilecektir)</small>	Markası	Cinsi ve ayrıntılı tanımı <small>(Gıda: paket, açık, taze, gramaj, giyim: uzun kollu, yünkü kumaş, merserize vb. özellikleri)</small>	Ölçü birimi <small>01. Kg 02. Metre 03. m² 04. Adet vb. (Kod kitabına bakınız)</small>	Miktarı	Değerler, Yeni Kuruş İçin 2 basamaklı kaydedilecektir. Örnekler: 1.000.000 TL → 1,00 YTL 500.000 TL → 0,50 YTL		Fart sıra no	Ayni gelirin elde edildiği sıklığı <small>1. Her ay 2. 3 ayda bir 3. 6 ayda bir 4. Yılda bir</small>	Elde edildiği şekli <small>1. Gayrimenkul 2. Mülk</small>
						Piyasa birim fiyatı (YTL)	Toplam değer (Sütun 05 * Sütun 06) (YTL)			
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
GAYRİMENKUL VEYA MÜLK AYNİ GELİRİ ŞEKLİNDE GELEN MAL VE HİZMETLERİN TOPLAMI										

**BÖLÜM 7. TÜKETİM DIŞI HARCAMALAR,
TAKSİT VE BORÇ ÖDEMELERİ,
TASARRUF VE YATIRIM AMAÇLI
HARCAMALAR VE NAKDİ GİRİŞLER**

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 7.1. Tüketim Dışı Harcamalar	52
Tablo 7.2. Taksit ve Borç Ödemeleri	53
Tablo 7.3. Tasarruf veya Yatırım Amaçlı Harcamalar	54
Tablo 7.4. Diğer Nakdi Tüketim Dışı Harcamalar	54
Tablo 7.5. Menkul Kıymet, Gayrimenkul ve Tüketim Mallarının Satışı, Alınan Borçlar, Krediler vb. Nakdi Girişler	55

TABLO 7.1. TÜKETİM DIŞI HARCAMALAR

(Hanehalkının başka hane, kişi veya kurumlara yapığı düzenli nakdi bağış ve yardımlar, ödediği vergiler, harçlar ve zorunlu ücretler, su ve elektrik gecikme cezaları, fitre, zekat vb. bu tabloya kaydedilecektir)

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no.	Harcamanın adı	Toplam değer	Harcamanın yapıldığı yer	Harcamanın yapıldığı dönem
	(Trafik cezası, gayrimenkul gelir vergisi, emlak vergisi, tapu masrafları, danga pulu vb.)	(TL)	(Noter, tapu dairesi, vergi dairesi, maliye, belediye, elektrik dağıtım şirketi, sular idaresi vb.)	
	01	02	03	04
01	<i>Emlak vergisi</i>			
02	<i>Gayrimenkul gelir vergisi</i>			
03	<i>Gümrük vergileri</i>			
04	<i>Harçlar ve zorunlu ücretler</i>			
05	<i>Bandrol ücreti, taşıt pulu (Otomobil için)</i>			
06	<i>Diğer vergiler</i>			
07	<i>Danga pulu</i>			
08	<i>Elektrik cezası</i>			
09	<i>Su cezası</i>			
10	<i>Telefon cezası</i>			
11	<i>Trafik cezası</i>			
12	<i>Diğer cezalar</i>			
13	<i>Başka kurum ve kuruluşlara yapılan düzenli bağış ve yardımlar</i>			
14	<i>Başka haneye veya kişilere düzenli olarak verilen paralar (Harçlıklar)</i>			
15	<i>Nafaka</i>			
16	<i>Fitre</i>			
17	<i>Zekat</i>			
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
TÜKETİM DIŞI HARCAMALAR TOPLAMI				

TABLO 7.2. TAKSİT VE BORÇ ÖDEMELERİ

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no	Ödemenin türü	Anket ayında odenen değer (TL)	Geride kalan toplam taksit / borç değeri (TL)
	01	02	03
01	Konut kooperatif aidatı		
02	Hanedeki tüm kredi kartlarına yapılan ödeme		
03	Alınan borcun geri ödemesi (zahıslara)		
04	Bankadan alınan kredinin ödemesi (Satır 05+...+07)		
05	Konut kredisi		
06	Otomobil kredisi		
07	Diğer		
08	Taksit Ödemeleri Toplamı (Satır 09+...+17)		
09	Giyim ve ayakkabı mağazaları taksidi		
10	Çoklu alışveriş mağazaları taksidi		
11	Dayanıklı tüketim mağazaları taksidi		
12	Mobilya mağazaları taksidi		
13	Eğitim harcaması taksidi		
14	Sağlık harcaması taksidi		
15	Tatil harcaması taksidi		
16	Otomobil taksidi		
17	Konut harcamalarına ait taksit		
18	Diğer taksitler		
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
TOPLAM	(Sütun 01+02+03+04+08+19+...)		

TABLO 7.3. TASARRUF VEYA YATIRIM AMAÇLI HARCAMALAR

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no	Tasarruf veya yatırım amaçlı harcamanın türü	Toplam değer (TL)
	01		02
01	<i>Gayrimenkul satın alışı (ev, arsa, vb.)</i>	
02	<i>Külçe altın satın alışı</i>	
03	<i>Cumhuriyet, ata, çeyrek altın vb. satın alışı</i>	
04	<i>Doviz satın alışı</i>	
05	<i>Hisse senedi, tahvil vb. satın alışı</i>	
06	<i>Bankaya yatırılan para</i>	
07	<i>Konuta yapılan yatırım harcamaları</i>	
08	<i>İsteğe bağlı sigorta primi (Sosyal güvenlik aidatları)</i>	
09	<i>Hayat sigortası</i>	
10	<i>Zorunlu deprem sigortası</i>	
11		
TOPLAM		

TABLO 7.4. DİĞER NAKDİ TÜKETİM DIŞI HARCAMALAR

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no	Diğer tüketim dışı harcamanın türü	Toplam değer (TL)
	01		02
01	<i>Gün parası (verilen)</i>	
02	<i>Üdünç para verme</i>	
03	<i>Her türlü depozito ücreti ödemesi</i>	
04	<i>TL şeklinde yapılan arzi yardım veya bağışlar</i>	
05	<i>TL şeklinde verilen arzi hediyeler</i>	
06	<i>Askerde, yurtda, hapisanede vb. yerlerde olan kişilere gönderilen para</i>	
07	<i>Faiz ödemeleri</i>	
08		
09		
10		
TOPLAM		

TABLO 7.5- MENKUL KIYMET, GAYRİMENKUL VE TÜKETİM MALLARININ SATIŞI, ALINAN BORÇLAR, KREDİLER VB. NAKDİ GİRİŞLER

(HER GÖRÜŞMEDE SORULACAKTIR)

Sıra no	Nakdi girişin türü	Toplam değer (TL)
	01		02
01	Gayrimenkul satışı (ev, arsa, tarla, vb.)	
02	Otomobil satışı	
03	Dayanıklı tüketim mallarının satışı	
04	Doviz, altın vb. kıymetlerin bozdurulması	
05	Hisse senedi, tahvil vb. satışı	
06	Kişisel hesaptan çekilen para	
07	Bankadan alınan krediler	
08	Öğrenci kredisi, harç kredisi, karşılıklı burs	
09	Alınan borç para	
10	Verilen borcun geri alınması	
11	Emekli ikramiyesi	
12	Kıdem tazminatı	
13	Sigortadan gelen nakdi girişler	
14	Miras yoluyla elde edilen para	
15	TL şeklinde gelen arazi hediyeler	
16	Şans oyunlarından kazanılan para	
17	Hareye gelen gün parası	
18	Her türlü depozito ücretinin geri alınması	
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
TOPLAM		

BÖLÜM 8. HANEHALKI BİLEŞİMİ, İSTİHDAM VE GELİR DURUMU

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
8.A. Hanehalkı Bileşimi ve İstihdam Durumu	58
8.B. İstihdam ve Gelir Durumu	60

8.A- HANEHALKI BİLEŞİMİ VE İSTİHDAM DURUMU

8.1-Fert sıra no.	8.2- Adınız ve soyadınız ? <i>(*Hanehalkı fertleri; hanehalkı reisinden başlayarak yaş sırasına göre kaydedilecektir. *Askarda ve hapseshanede olan fertler ile yurtta kalan diğer fertler ve misafirler dahil edilmeyecektir.)</i>	8.3- Cinsiyetiniz ?	8.4- BİTİRDİĞİNİZ YAŞ?	8.5- Hanehalkı reisine yakınlığınız?	8.6- Hanehalkında bulunan anne, baba ve çocuklardan oluşan aileleri gruplandırınız.	8.7.a- Sağlık sigortanız var mı?	8.7.b- Çalışmanızı engelleyecek düzeyde fiziksel veya zihinsel herhangi bir probleminiz var mı?	8.7.c- Günlük faaliyetlerinizi engelleyecek düzeyde fiziksel veya zihinsel herhangi bir probleminiz var mı?
		1. Erkek 2. Kadın		0. Hanehalkı reisi 1. Eşi 2. Oğul/Kızı 3. Babası/Annesi 4. Kardeşi 5. Kayınvaldesi/ Kayınvaldesi 6. Damadı/Gelini 7. Torunu 8. Diğer akrabası 9. Evde kalan hizmetli 10. Akaraba olmayanlar		<u>Evet</u> 1. Zorunlu sigortalı 2. İsteğe bağlı sigortalı 3. Zorunlu ve İsteğe bağlı sigortalı 4. Yeşil kart 5. Hayır	1. Evet 2. Hayır	1. Evet 2. Hayır
01		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.B- İSTİHDAM VE GELİR DURUMU

(12 ve daha yukarı yaştaki fertlere sorunuz)

Hanehalkı reisinin adı ve soyadı :

0,1
Fert sıra no.

İSTİHDAM DURUMU	KODLAMA	MAAŞ, ÜCRET, YEVMIYE GELİRİ	KODLAMA
<p>8.16- a) Çalıştığınız yer, kuruluş veya işyerinin adı ve varsa telefon numarası nedir? <i>(Belli bir işyerine bağlı olarak çalışmıyorsanız, çalışılan mekân ev, sokak bile olsa nerede çalıştığınızı açıkça yazınız. Çalışılan işyeri sayısı 7 den fazla ise esas işte ilgili işyerinin adını yazınız)</i></p> <p>İşyerinin adı :</p> <p>Tel :</p> <p>b) İşyerinde üretilen/satılan ürün ya da verilen hizmete bir iki örnek veriniz?</p> <p>.....</p> <p>c) Bu yer, kuruluş veya işyerinin ana faaliyeti nedir?</p>		<p>8.23- Bu yer, kuruluş veya işyerinde işteki durumunuz nedir ? <i>(Anonim şirket ve kooperatif ortakları "düzenli ücretli" olarak sınıflandırılmaktadır.)</i></p> <p>1. Düzenli ücretli } → Soru 8.24 2. Yevmiyeli } 3. Çıracak } → Soru 8.33 4. İşveren } 5. Kendi hesabına } → Soru 8.44 6. Ücretsiz aile işçisi }</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8.17- a) Çalıştığınız yer, kuruluş veya işyerindeki görev ve sorumluluklarınız nelerdir?</p> <p>b) İşinizin tam ünvanı nedir?</p>	<input type="checkbox"/>	<p>8.24- Bu işinizdeki istihdam edilme şekliniz nedir?</p> <p>1. Sürekli istihdamda 2. Geçici istihdamda veya sabit süreli sözleşmeli 3. Sözleşmesiz olarak arada sırada çalışan</p> <p>8.25- Yaptığınız iş, aşağıdakilerden hangisinin kullanımını gerektiriyor?</p> <p>1. Fiziksel güç 2. Zihinsel güç 3. Her ikisinde</p> <p>8.26- Herhangi bir sendikaya kayıtlı mısınız?</p> <p>1. Evet 2. Hayır</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8.18- a) Bu işinizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz? Yıl</p> <p>b) Bu işinizde haftalık çalışma süreniz ne kadardır? Saat</p>	<input type="checkbox"/>	<p>8.27- <u>Anker ayı içinde</u> maaş, ücret veya yevmiye olarak elde ettiğiniz <u>toplam net nakdi gelir</u> (ikramiyeden aya düşen, prim, bahşiş vb. dahil) ne kadardı? TL</p> <p>8.28- <u>Anker ayı içinde</u> işveren tarafından verilen mal ve hizmetlerden elde ettiğiniz <u>toplam aynıl gelir</u> ne kadardı? TL</p> <p>8.29- <u>Son 12 ay içinde</u> bu işinizden maaş, ücret veya yevmiye olarak elde ettiğiniz <u>net nakdi gelir</u> (ele geçen) ne kadardı? TL</p> <p>8.30- <u>Son 12 ay içinde</u> bu işinizden elde ettiğiniz toplam <u>ikramiya geliri</u> ne kadardı? TL</p> <p>8.31- <u>Son 12 ay içinde</u> bu işinizden elde ettiğiniz toplam <u>prim, bahşiş, bayram/yılbaşı harcıdır, bitiricisi, danışmanlık vb.</u> şeklinde gelirler ne kadardı? TL</p> <p>8.32- <u>Son 12 ay içinde</u> işveren tarafından verilen, aşağıda belirtilen mal ve hizmetlerden elde ettiğiniz <u>toplam aynıl gelir</u> ne kadardı? TOPLAM TL</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8.19- Bu yer, kuruluş veya işyerinde kaç kişi çalışmaktadır? <i>(İşveren/sahibi, ortakları ve ücretsiz aile işçileri dahildir)</i></p> <p>1. 1-9 kişi → Kişi sayısını belirtiniz 2. 10-24 kişi 3. 25-49 kişi 4. 50 ve daha çok</p>	<input type="checkbox"/>	<p>a) Konut (Lojman) TL</p> <p>b) Ulaşım (servis, toplu taşıma vb.) TL</p> <p>c) Elektrik, gaz, su, telefon, seyahat hizmetlerinde indirim TL</p> <p>d) Yemek TL</p> <p>e) Kiraş ücreti TL</p> <p>f) Elbise, kazak, ayakkabı vb. giyecek katkısı TL</p> <p>g) Yiyecek, içecek vb. gıda ürünleri katkısı TL</p> <p>h) Diğer (Belirtiniz) TL</p> <p style="text-align: right;">[SORU 8.44' E GEÇİNİZ]</p>	<input type="checkbox"/>
<p>8.20- Esas işinizde hangi sosyal güvenlik kurumuna kayıtlısınız?</p> <p>1. SSK 4. Özel Sandık (Banka) 2. Emeklilik Sandığı 5. Kayıtlı değil 3. Bağ-kur</p> <p>8.21- Çalıştığınız işyerinin statüsü nedir?</p> <p>1. Özel → Soru 8.22 2. Devlet } → Soru 8.23 3. KİT }</p> <p>8.22- a) Çalıştığınız işyerinin hukuki durumu nedir?</p> <p>1. Ferdi mülkiyet 5. Limited şirket } → Soru 8.22-b 2. Adli ortaklık 6. Anonim şirket } 3. Kolektif şirket 7. Kooperatif } 4. Komandit şirket 8. Diğer (belirtiniz) }</p> <p>b) Şirketteki / kooperatifteki konumunuz nedir?</p> <p>1. Şirket / kooperatif ortağı 2. Ücretli çalışan personel</p>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

8.B- İSTİHDAM VE GELİR DURUMU (DEVAMI)

Hançhalkı reisinin adi ve soyadı :

01
Fakt sıra no.

MÜTEBEBİS GELİRİ	KOÇLAMA	EK İŞ BİLGİLERİ (DEVAMI)	KOÇLAMA
8.33- Çalıştığınız işyerinin faaliyeti nedir? 1. Tanım → Soru 8.42 2. Tanıyıcı ↓	<input type="checkbox"/>	8.45- Ek işinizin ana faaliyeti nedir? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.34- İşyerinizin mülkiyet durumu nedir? 1. Kiracı 2. Mülk sahibi 3. Diğer	<input type="checkbox"/>	8.46- Çalıştığınız yer, kuruluş veya işyerinde ne iş yapıyorsunuz? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.35- İşyerinizde <u>anket ayı</u> içinde gerçekleştirilen gayri safi satış veya hizmet hasılatı (ciro) ne kadardır? (İşyeri hesabına yapılan toplanan / parakende satışlar, yapılan hizmetlerin satışından elde edilen gelirler, bağkaları hesabına yapılan alış ve satışlardan elde edilen komisyonlar, ücretler vb. gelirler, kira, faiz gelirleri ile aldıkları hak ve diğer gelirleri kapsamaktadır.)	TL	8.47- Bu yer, kuruluş veya işyerinde işteki durumunuz nedir? 1. Düzenli ücretli 4. İşveren 2. Yevmiyeli 5. Kendi hesabına 3. Çıkarık 6. Ücretsiz ale iştirici → Soru 8.52-a	<input type="checkbox"/>
8.36- İşyerinizin <u>anket ayı</u> içinde satın aldığı mal ve hizmetlerin değeri ne kadardır? (Satış yapılan mal ve hizmetin net alış değeri işyerinizin hizmetleri gerçekleştirilmesi için satın aldığı hammadde ve malzemelerin değeri, işyerine yapılan bütüncül edimler, nakit ve su, yakıt, kâğıt, bakım ve onarım vb. giderler, kira, faiz giderleri ile kira ve arsa vb. giderleri ile diğer harcamaları kapsamaktadır.)	TL	8.48- <u>Anket ayı</u> içinde ek işyerinizden elde etmiş olduğunuz toplam <u>net nakit geliriniz</u> ne kadardır? TL	TL
8.37- a) İşyerinizin hukuki durumu ortaklık veya şirket şeklinde ise ortaklık yüzdesini belirtiniz ? % <input type="checkbox"/>	%	8.49- <u>Anket ayı</u> içinde ek işyerinizde üretilen/satılan mal (yiyacak, giyecek, yakacak vb. gıda) ve hizmetlerden (işçi kazımı, diğer edimler vb. gıda) hanelerize <u>ayrı (mal) veya hizmetli</u> olarak gelirlerinizin değeri belirtiniz.	TL
b) İşyerinizde gerçekleştirilen ortalama kar <u>haziri</u> yüzde kaçtır? % <input type="checkbox"/>	%	8.50- <u>Son 12 ay</u> içinde ek işyerinizden elde etmiş olduğunuz toplam <u>net nakit geliriniz</u> ne kadardır? TL	TL
8.38- <u>Anket ayı</u> içinde işyerinizden elde ettiğiniz <u>net nakit geliriniz</u> ne kadardır? (Varsa ortak başına düşen gür alınacaktır.)	TL	8.51- <u>Son 12 ay</u> içinde ek işyerinizde üretilen/satılan mal (yiyacak, giyecek, yakacak vb. gıda) ve hizmetlerden (işçi kazımı, diğer edimler vb. gıda) hanelerize <u>ayrı (mal) veya hizmetli</u> olarak gelirlerinizin değeri belirtiniz. [SORU 8.52-A' YA GEÇİNİZ]	TL
8.39- <u>Anket ayı</u> içinde işyerinde üretilen/satılan mallardan (yiyacak, giyecek, yakacak vb. gıda) hanelerize <u>ayrı (mal)</u> olarak gelirlerinizin değeri belirtiniz.	TL	DEĞİŞTİRİLEN İŞ BİLGİLERİ	
8.40- <u>Son 12 ay</u> içinde işyerinizden elde ettiğiniz <u>net nakit geliriniz</u> ne kadardır? (Varsa ortak başına düşen gür alınacaktır.)	TL	8.52- a- Mevcut işinizde son 12 ay içinde kaç ay çalıştınız? b- Son 12 ay içinde kaç ay çalıştınız? (Soru 8.52'deki süre 12 ay ise Soru 8.59'ya geçiniz Soru 8.52'deki süre 12 aydan az ise Soru 8.53'e geçiniz)	<input type="checkbox"/>
8.41- <u>Son 12 ay</u> içinde işyerinde üretilen/satılan mallardan (yiyacak, giyecek, yakacak vb. gıda) hanelerize <u>ayrı (mal)</u> olarak gelirlerinizin değeri belirtiniz. [SORU 8.44' E GEÇİNİZ]	TL	8.53- a) 12 ay boyunca çalışmama nedeniniz neydi? 1. İşe yeni başladım → Soru 8.59 2. İş değiştirdim → Soru 8.53-c 3. Mevsimlik çalıştım 4. İş bıraktım 5. İşten çıkarıldım 6. İş buldukça çalışıyorum 7. Diğer (Belirtiniz)	<input type="checkbox"/>
TARIM GELİRİ		b) Anket ayında ve önceki dönemlerde aynı işi mi yaptınız? (Bakım 8.A. Soru 8.11'de "I" kodu alan faaliyet için sorulmaktadır.) 1. Evet → Soru 8.59 2. Hayır	<input type="checkbox"/>
(İlgili fiir için Bölüm 9- Tarımsal İşletme ile İlgili Bilgiler bölümü sorgulandıktan sonra Soru 8.42 ve 8.43 için aşağıda verilen yönlendirmeler dikkate alınacaktır.) Soru 8.42 → Bakım 9. Tablo 9.9 Sair 05'deki ayık değer Soru 8.43 → Bakım 9. Tablo 9.9 Sair 04'deki yfık değer		c) Önceki işinizde haftalık çalışma süreniz ne kadardı? Saat	<input type="checkbox"/>
8.42- Tarımsal işletmenin <u>anket ayı</u> içinde elde ettiği toplam <u>net geliri</u> ne kadardır? TL	TL	8.54- Önceki işinizin ana faaliyeti ne idi? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.43- Tarımsal işletmenin <u>son 12 ay</u> içinde elde ettiği toplam <u>net geliri</u> ne kadardır? [SORU 8.44' E GEÇİNİZ]	TL	8.55- Önceki işinizde çalıştığınız yer, kuruluş veya işyerinde ne iş yapıyordunuz? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EK İŞ BİLGİLERİ		8.56- Bu yer, kuruluş veya işyerinde işteki durumunuz ne idi? 1. Düzenli ücretli 4. İşveren 2. Yevmiyeli 5. Kendi hesabına 3. Çıkarık 6. Ücretsiz ale iştirici → Soru 8.50	<input type="checkbox"/>
8.44- a) <u>Son 12 ay</u> içinde <u>ayrı (mal) veya nakit (para)</u> gelir elde etmek amacıyla mevcut işinizde işe olarak çalıştığınız ek bir işiniz var mı? 1. Evet 2. Hayır → Soru 8.52-a ↓	<input type="checkbox"/>	8.57- <u>Son 12 ay</u> içinde bu işyerinizden elde ettiğiniz toplam <u>net nakit geliriniz</u> ne kadardır? TL	TL
b) <u>Anket ayı</u> içerisinde bu ek işinizde çalıştınız mı? 1. Evet 2. Hayır	<input type="checkbox"/>	8.58- <u>Son 12 ay</u> içinde bu işyerinizde üretilen/satılan mal (yiyacak, giyecek, yakacak vb. gıda) ve hizmetlerden (işçi kazımı, diğer edimler vb. gıda) hanelerize <u>ayrı (mal) veya hizmetli</u> olarak gelirlerinizin değeri belirtiniz.	TL
c) Ek işinizde haftalık çalışma süreniz ne kadardı? Saat	<input type="checkbox"/>		

8.B- İSTİHDAM VE GELİR DURUMU (DEVAMI)

0,1
Fert sıra no.

Hanahalkı reisinin adı ve soyadı :

GAYRİMENKUL GELİRİ		KODLAMA	TRANSFER GELİRİ (DEVAMI)		KODLAMA
8.59.	Sahip olduğunuz gayrimenkullerinizin (ev, dükkan vb. taşınmaz mallarınızın) kiraya verilmesi karşılığında <u>anket ayı içinde</u> elde ettiğiniz gelirin varsa değerini belirtiniz.		c) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>yaşlılık maaşı</u>	YTL	
a-	<u>Gayrimenkul nakdi kira</u> geliri	YTL	d) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>sosyal yardım fonu</u> ve <u>aile yardımı</u> vb. şeklindeki <u>nakdi</u> gelirler	YTL	
b-	<u>Gayrimenkul ayırı kira</u> geliri	YTL	e) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>kul. yatırım ve oksüz maaşı</u>	YTL	
8.60.	Sahip olduğunuz gayrimenkullerinizin (ev, dükkan vb. taşınmaz mallarınızın) kiraya verilmesi karşılığında <u>son 12 ay içinde</u> elde ettiğiniz gelirin varsa değerini belirtiniz.		f) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>gazilik-makulluk maaşı</u> ve <u>hastalık yardımı</u>	YTL	
a-	<u>Gayrimenkul nakdi kira</u> geliri	YTL	g) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>öğrenci bursu</u> şeklinde <u>nakdi</u> gelir	YTL	
b-	<u>Gayrimenkul ayırı kira</u> geliri	YTL	h) <u>Devletten</u> elde ettiğiniz <u>işsizlik maaşı</u>	YTL	
MÜLK GELİRİ			i) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde edilen <u>devrudan destek</u> ve <u>akaryakıt ödemesiz</u> şeklinde <u>nakdi</u> gelir	YTL	
8.61.	<u>Anket ayı içinde</u> banka hesabı, döviz hesabı, hazine bonosu, devlet tahvil vb. menkul değerlerinizden herhangi bir <u>faiz, neme geliri</u> , sermaye şirketleri, özel finans kurumlarından <u>kar payı</u> veya kiraya verilen ulaştırma aracından <u>kira geliri</u> elde ettiyseniz değerini belirtiniz.		j) <u>Devletten</u> karşılıksız olarak elde edilen <u>ayırı</u> gelir	YTL	
a-	<u>Mülk nakdi</u> geliri	YTL	k) <u>Yurtdışından</u> elde ettiğiniz <u>emekli maaşı</u>	YTL	
b-	<u>Mülk ayırı</u> geliri	YTL	l) <u>Yurtdışından</u> karşılıksız olarak elde edilen <u>deviz</u> geliri	YTL	
8.62.	Aşağıda listelenen menkul kıymet türlerinden <u>son 12 ay içerisinde</u> bir gelir elde ettiyseniz değerini belirtiniz.		m) <u>Yurtdışından</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>yardım, burs</u> vb. şeklinde <u>nakdi</u> gelir	YTL	
a-	<u>Banka</u> hesabınızdan elde ettiğiniz <u>faiz ve repo</u> geliri	YTL	n) <u>Yurtdışından</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>ayırı</u> gelir	YTL	
b-	<u>Döviz</u> hesabınızdan elde ettiğiniz <u>faiz</u> geliri	YTL	o) <u>Diğer özel kişi ve teşebbüslere</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>nafaka</u> geliri	YTL	
c-	<u>Hazine finansman ve banka bonosu, özel sektör ve devlet tahvil vb.</u> menkul değerlerinizden elde ettiğiniz <u>faiz, neme</u> geliri	YTL	p) <u>Diğer özel kişi ve teşebbüslere</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>yardım, burs</u> vb. şeklinde <u>nakdi</u> gelir	YTL	
d-	Sermaye şirketlerinden elde ettiğiniz <u>temettü</u> (kar payı) geliri	YTL	r) <u>Diğer özel emeklilik sistemlerinden</u> (banka, vakıf, vb.) elde ettiğiniz <u>nakdi</u> gelir	YTL	
e-	Özel finans kurumlarından elde ettiğiniz <u>kar payı</u> geliri	YTL	s) <u>Diğer özel kişi ve teşebbüslere</u> karşılıksız olarak elde ettiğiniz <u>ayırı</u> gelir	YTL	
f)	Sahip olunan topraktan <u>tarla, arsa, bağ, bahçe</u> vb.) veya kiraya verilen ulaştırma aracından elde ettiğiniz <u>nakdi kira</u> geliri	YTL	TOPLAM AYLIK FERT GELİRİ		
g)	Sahip olunan topraktan <u>tarla, arsa, bağ, bahçe</u> vb.) veya kiraya verilen ulaştırma aracından elde ettiğiniz <u>ayırı kira</u> geliri	YTL	8.66.	Toplam Aylık Nakdi Gelir (Sormayınız)	YTL
TRANSFER GELİRİ			(Soru 8.27 + Soru 8.38 + Soru 8.42 + Soru 8.48 + ("Soru 8.57/12) + Soru 8.59-a + Soru 8.61-a + Soru 8.63)		
8.63.	<u>Anket ayı içinde</u> devletten, yurtdışından veya diğer özel kişi ve teşebbüslere karşılıksız olarak <u>nakdi transfer geliri</u> (emekli maaşı, yaşlılık maaşı, vergi indisi, burs, nafaka vb.) elde ettiyseniz değerini belirtiniz.	YTL	* Soru 8.53-a'da "3" veya "8" kodu altınlar için hesaba dahil edilecektir.		
8.64.	<u>Anket ayı içinde</u> devletten, yurtdışından veya diğer özel kişi ve teşebbüslere karşılıksız olarak <u>ayırı transfer geliri</u> (hediyeler hariç) elde ettiyseniz değerini belirtiniz.	YTL	8.67.	Toplam Aylık Ayırı Gelir (Sormayınız)	YTL
8.65.	Aşağıda listelenen karşılıksız transfer gelir türlerinden <u>son 12 ay içinde</u> bir gelir elde ettiyseniz değerini belirtiniz.		(Soru 8.28 + Soru 8.39 + Soru 8.40 + ("Soru 8.58/12) + Soru 8.59-b + Soru 61-b + Soru 8.64)		
a) <u>Devletten</u> elde ettiğiniz <u>emekli maaşı</u>	TOPLAM	YTL	* Soru 8.53-a'da "3" veya "8" kodu altınlar için hesaba dahil edilecektir.		
	Emekli Sandığı	YTL	8.68.	Toplam Aylık Kullanılabilir Gelir (Sormayınız)	YTL
	Bağkur	YTL	(Soru 8.66 + Soru 8.67)		
	SSK	YTL	TOPLAM YILLIK FERT GELİRİ		
b) <u>Devletten</u> elde ettiğiniz <u>vergi indisi</u>	YTL		8.69.	Toplam Yıllık Nakdi Gelir (Sormayınız)	YTL
			(Soru 8.29 + Soru 8.30 + Soru 8.31 + Soru 8.40 + Soru 8.43 + Soru 8.50 + Soru 8.57 + Soru 8.60-a + Soru 8.62-a + Soru 8.62-b + Soru 8.62-c + Soru 8.62-d + Soru 8.62-e + Soru 8.62-f + Soru 8.65-a + Soru 8.65-b + Soru 8.65-c + Soru 8.65-d + Soru 8.65-e + Soru 8.65-f + Soru 8.65-g + Soru 8.65-h + Soru 8.65-i + Soru 8.65-k + Soru 8.65-l + Soru 8.65-m + Soru 8.65-o + Soru 8.65-p + Soru 8.65-r)		
			8.70.	Toplam Yıllık Ayırı Gelir (Sormayınız)	YTL
			(Soru 8.32 + Soru 8.41 + Soru 8.51 + Soru 8.58 + Soru 8.60-b + Soru 8.62-g + Soru 8.65-j + Soru 8.65-n + Soru 8.65-s)		
			8.71.	Toplam Yıllık Kullanılabilir Gelir (Sormayınız)	YTL
			(Soru 8.69 + Soru 8.70)		

BÖLÜM 9. TARIMSAL İŞLETME İLE İLGİLİ BİLGİLER

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
9.1. İşletmenin son 12 ay içinde hasat ettiği ürünlerden elde ettiği hasıla bilgileri	80
9.2. İşletmenin son 12 ay içinde hasat ettiği ürünlere yaptığı masraf bilgileri	80
9.3. Bitkisel ürünlerden elde edilen yıllık net gelir	80
9.4. İşletmenin son 12 ay içinde sahip olduğu hayvan varlığı	80
9.5. İşletmenin son 12 ay içinde hayvansal üretimden elde ettiği hasıla bilgileri	81
9.6. İşletmenin son 12 ay içinde hayvansal üretime yaptığı masraf bilgileri	81
9.7. Hayvansal ürünlerden elde edilen yıllık net gelir	81
9.8. İşletmenin son 12 ay içinde elde ettiği diğer tarımsal net gelir	81
9.9. İşletmenin son 12 ay içinde elde ettiği toplam tarımsal gelir	81

BÖLÜM 10. GELİR VE HARCAMA DENGELERİ

(Anket bitiminde anketör ve kontrolör tarafından doldurulacaktır)

<u>TABLO ADI</u>	<u>SAYFA NO</u>
10.1. Hanehalkı aylık gıda tüketim harcaması	84
10.2. Hanehalkı aylık tüketim harcaması	84
10.3. Hanehalkı toplam fert sayısı ve toplam geliri	85
10.4. Anketörün hanehalkı ile ilgili gözlem ve düşünceleri	85
10.5. Anketör-hanehalkı ziyaret çizelgesi	86
10.6. Kontrolör çizelgesi	86

TABLO 10.1- HANEHALKI AYLIK GIDA TÜKETİM HARCAMASI

Sıra no.	Gıda harcama alt grupları	Satın alıştır toplamı	Peşin ödenen	Kendi ücretinden ay içinde tüketilen (1)	İş stoğundan tüketilen (2)	Ücretli çalışanlar tarafından tüketilen (3)	Verilen hediyeler ve yardımlar (4)	Toplam
		(TL)	(TL)	(TL)	(TL)	(TL)	(TL)	(TL)
	01	02	03	04	05	06	07	Satın(02+04+05+06+07) 08
01	Ekmek ve tahıllar							
02	Et ve et ürünleri							
03	Balık							
04	Süt, peynir ve yumurta							
05	Kabı ve sıvı yağlar							
06	Meyveler							
07	Sebzeler							
08	Şeker, reçel, bal, çikolata ve şekerlemeler							
09	Başka yerde sınıflandırlı olmayan diğer gıda ürünleri							
10	Alkolsüz içecekler							
11	TOPLAM [Satır(01+.....+10)]							TOPLAM 10.1

TABLO 10.2- HANEHALKI AYLIK TÜKETİM HARCAMASI

Sıra no.	Harcama alt grupları	Satın alıştır toplamı	Peşin ödenen	Kendi ücretinden ay içinde tüketilen (1)	İş stoğundan tüketilen (2)	Ücretli çalışanlar tarafından tüketilen (3)	Verilen hediyeler ve yardımlar (4)	Toplam
		(TL)	(TL)	(TL)	(TL)	(TL)	(TL)	(TL)
	01	02	03	04	05	06	07	Satın(02+04+05+06+07) 08
01	Gıda ve alkolsüz içecekler							
02	Alkollü içecekler, sigara, tütün							
03	Giyim ve ayakkabı							
04	Konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar							
05	Mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri							
06	Sağlık							
07	Ulaştırma							
08	Haberleşme							
09	Eğlence ve kültür							
10	Eğitim							
11	Lokanta ve oteller							
12	Çeşitli mal ve hizmetler							
13	TOPLAM [Satır(01+.....+12)]							TOPLAM 10.2

TABLO 10.3- HANEHALKI TOPLAM FERT SAYISI VE TOPLAM GELİRİ

Birim	İktisaden faal olan fertler	İktisaden faal olmayan fertler		12- yaştaH fertler	Toplam
		Geçirli olanlar	Geçirli olmayanlar		
	01	02	03	04	05
01	Sayı (Anket ayı)				
02	Geçirli (Anket ayı)				
03	Sayı (Son 12 ay)				
04	Geçirli (Son 12 ay)				
05	Aylık ızafli kira (Ev sahibi veya diğer)				
06	Yıllık ızafli kira (Ev sahibi veya diğer)(*)				
07	Yapılan yardımlar(5)				
08	Tüketim dışı harcamalar (6)				
09	AYLIK HANE GELİRİ [(Satır 02 +Satır 05)- (Satır 07+Satır 08)]				
					TOPLAM 10.3

(1) Bölüm 6, Tablo 6.13.A, Sütun 09 toplamı aktarılmıştır.

(2) Bölüm 6, Tablo 6.13.B, Sütun 07 toplamı aktarılmıştır.

(3) Bölüm 6, Tablo 6.14, Sütun 07 toplamı aktarılmıştır.

(4) Bölüm 6, Tablo 6.13.A'da Sütun 07 ile Tablo 6.15 Sütun 07 toplamı, aktarılmıştır.

(5) Bölüm 6, Tablo 6.15 (Sütun 09'da 1,2 kodu alanları) Sütun 07 toplamı ile Tablo 6.13.A'da Sütun 07 toplamı aktarılmıştır.

(6) Bölüm 7, Tablo 7.1 Sütun 02 toplamı aktarılmıştır.

(7) Son bir yıl içerisinde konutta oturma süreye göre hesaplanacaktır.

BÖLÜM 11. CEVAPLAMAMA SORU FORMU

_____ / _____ / _____
Bülten no.

ADRES BİLGİLERİ								
Bölge	İl	İlçe	Belediye	Köy	Mahalle	Cadde/Sokak adı	Diş kapı no.	İç kapı no.
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Hanehalkı reisinin adı soyadı :
(Adres listesinden yazılacaktır)

ANKETÖR TARAFINDAN YAPILAN			KONTROLÖR İLE BİRLİKTE YAPILAN ZİYARET
1. ZİYARET	2. ZİYARET		
Görüşme			Görüşme
Tarih :/...../2004			Tarih :/...../2004
Saat : _____			Saat : _____
Görüşülen kişinin adı ve soyadı :			Görüşülen kişinin adı ve soyadı :
Hane ile anketin gerçekleşme nedeni :			Hane ile anketin gerçekleşme nedeni :
Hanehalkının evde bulunamaması <input type="checkbox"/> 1 → 2. ziyaret Ankete katılmayı reddetme <input type="checkbox"/> 2 } Kontrolör ile birlikte yapılan ziyaret Kapıyı açmama <input type="checkbox"/> 3 Taşınma <input type="checkbox"/> 4 Adresin bulunamaması <input type="checkbox"/> 5 Örnek adres uygun değil (boş ev, işyeri vb.) <input type="checkbox"/> 6 Hanede yaşayan fertlerin çok yaşlı olması <input type="checkbox"/> 7 → FORM BİTTİ İşitme, görme, konuşma engelli (iletişim kurulamıyor) <input type="checkbox"/> 8 Diğer (Belirtiniz) <input type="checkbox"/> 9			Hanehalkının evde bulunamaması <input type="checkbox"/> 1 Ankete katılmayı reddetme <input type="checkbox"/> 2 } Kontrolör ile birlikte yapılan ziyaret Taşınma <input type="checkbox"/> 3 Adresin bulunamaması <input type="checkbox"/> 4 → FORM BİTTİ Diğer (Belirtiniz) <input type="checkbox"/> 5
Hanehalkının anketi yarıda bırakması Hastalık/Ölüm <input type="checkbox"/> 1 İş nedeniyle seyahat <input type="checkbox"/> 2 Tatil gitme <input type="checkbox"/> 3 Ailevi ve kişisel nedenler <input type="checkbox"/> 4 Anketten sıkılma <input type="checkbox"/> 5 Taşınma, tayin vb. <input type="checkbox"/> 6 Diğer (Belirtiniz) <input type="checkbox"/> 7			Hanehalkının evde bulunamaması Tatil gitme <input type="checkbox"/> 1 İş nedeniyle seyahat <input type="checkbox"/> 2 Hastalık <input type="checkbox"/> 3 Diğer (Belirtiniz) <input type="checkbox"/> 4 Hanehalkının ankete katılmayı reddetmesi Meğgul, vakti yok <input type="checkbox"/> 5 Anketin yararına inanmıyor <input type="checkbox"/> 6 Bilgi vermekten kaçınıyor <input type="checkbox"/> 7 Hastalık <input type="checkbox"/> 8 Diğer (Belirtiniz) <input type="checkbox"/> 9 Hanehalkının kapıyı açmaması <input type="checkbox"/> 10
Hanehalkının anketi yarıda bıraktığı tarih: : / / 2004			

EK2**HARCAMA KALEMLERİNİN AYRINTILI DÖKÜMÜ****TIBBİ ÜRÜNLER, ALETLER VE MALZEMELER****İLAÇLAR**

Ağrı Kesici ve Ateş Düşürücü İlaçlar

Antiallerjik (Antihistaminik) İlaçlar

Cilt ve Deri Hastalıkları İle İlgili İlaçlar (Mantar, Yanık, Yara vb.)

Enfeksiyonlara Karşı İlaçlar (Antibiyotik, Antiviral, vb. İlaçlar)

Göz Tedavi İlaçları

İdrar Yolları İlaçları

Kadın Hastalıkları ve Doğum İlaçları

Kalp ve Damar Sistemi İle İlgili İlaçlar (Tansiyon, Kolestrol vb.)

Kan ve Kan Yapıcı Organlarla İlgili İlaçlar (Anemi vb.)

Kanser Tedavi İlaçları

Kas ve İskelet Sistemi İle İlgili İlaçlar (Romatizma, Gut vb.)

Parazit İlaçları (Uyuz, Bit, Pire, Kıl Kurdu vb.)

Sindirim Sistemi İlaçları (Mide, Bağırsak, Safra Kesesi vb.)

Sinir Sistemi İle İlgili İlaçlar (Sara, Parkinson, Sakinleştirici İlaçlar vb.)

Sistemik Hormon İlaçları (Tiroid ve Guatr vb. Hormon İlaçları)

Solunum Yolları İlaçları (Kulak, Burun, Boğaz, Akciğer)

Şeker Hastalığı İlaçları

Üreme Sistemi ve Cinsiyet Hormonları İle İlgili İlaçlar

Vitaminler, Mineraller ve Beslenme Bozukluğu İle İlgili İlaçlar

Aşılar

Serumlar

Lens Bakım İlaçları

Zayıflama İlaçları

Diğer İlaçlar

Geleneksel Tedavi Ürünleri (Şifalı Bitkiler ve Karışımlar)

Genel Besleyiciler (Arı Sütü, Polen, Kuvvet Macunları vb.)

Sağlık Amaçlı Otlar ve Çaylar

Şifalı Otlar ve Yağlardan Hazırlanan Merhem ve Kremler

Zayıflamaya Yardımcı Otlar ve Çaylar

Balık Yağı

Geleneksel Tedavi Ürünleri (Şifalı Bitkiler ve Karışımlar) Diğer

DİĞER SAĞLIK ÜRÜNLERİ

İlk Yardım Aletleri

Bandaj (Yapışkan)

Bandaj (Yapışkan Olmayan)

Oksijenli Su

Tentürdiyot

Sargı Bezi

Yara Bandı

Tampon (Sağlık İçin)

İlk Yardım Çantası

Diğer Sağlık Ürünleri

Buz Torbası

Enjektör (Steril Atılabilir)

Gebelik Testi

Hasta Altı Bezi

Her Türlü Yakı

Klinik Termometre

Lens Bakım Aletleri

Prezervatif

Sağlık Amaçlı Çorap (Tıbbi Çorap)

Sağlık Amaçlı Maske, Eldiven, Galoş vb. Malzemeler

Sıcak Su Torbası (Termofor)

Sonda ve Malzemesi

Diğer Sağlık Ürünleri

TEDAVİ EDİCİ ALETLER VE MALZEMELER GÖZLÜKLER VE KONTAKT LENSLELER (D)

Numaralı Gözlük

Numaralı Gözlük Camı

Numaralı Gözlük Çerçevesi

Gözlük Tamiri

Gözlük Diğer

Kontakt Lens

Kontakt Lens Numaralı (Her Çeşit)

Kontakt Lens Renkli (Numarasız)

Kontakt Lens Diğer

DIĞER TEDAVİ EDİCİ ALETLER VE MALZEMELER (D)

Sağlık İle İlgili Aletler

Boyunluk

Fizik Tedavi Araçları

İşitme Cihazı

Koltuk Değneği

Korse (Sağlık İle İlgili Araç ve Gereç)

Ortopedik Ayakkabı ve Bot (Sağlık İle İlgili Araç ve Gereç)

Ortopedik Terlik (Sağlık İle İlgili Araç ve Gereç)

Özel Kemer (Sağlık İle İlgili Araç ve Gereç)

Şeker Ölçme Aleti

Tabanlık (Ayakkabı İçin) (Sağlık İle İlgili Araç ve Gereç)

Takma Kol ve Bacak (Protez)

Tansiyon Aleti

Tekerlekli Sandalye

Tıbbi Masaj Aletleri

Yürüteç (Sağlık İle İlgili Araç ve Gereç)

Sağlık İle İlgili Aletlerin Parça ve Malzeme Satın Alışı

Sağlık İle İlgili Aletlerin Tamir ve Bakımı

Sağlık İle İlgili Aletler Diğer

AYAKTA TEDAVİ HİZMETLERİ**TIBBİ HİZMETLER****PRATİSYEN DOKTORLUK ÜCRETİ (H)**

Pratisyen Doktor Muayene Ücreti

UZMAN DOKTOR ÜCRETİ (H)

Uzman Doktor Muayene Ücreti

DIŞ HEKİMLİĞİ HİZMETİ

Diş Çekimi Ücreti

Kürtaj Ücreti

Pansuman Ücreti

Spiral Taktırma Ücreti

Sünnet İçin Ödenen Ücret

Şeker Ölçtürme Ücreti

Tansiyon Ölçtürme Ücreti

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Hizmetleri (Akupunktur, Bio Enerji vb.)

Sağlık İle İlgili Aletlerin Kiralanması

Diğer Tıbbi Hizmetler

YATAKLI TEDAVİ HİZMETLERİ**TEMEL HASTAHANE HİZMETLERİ**

Hastane Yatak Ücreti

Ameliyat Ücreti

Doğum Ücreti (Normal)

Doğum Ücreti (Sezeryan)

Fizik Tedavi (Yatarak)

Ambulans Ücreti

Hastane Refakatçi Ücreti

Hastanede Yatanlar İçin Diğer Sağlık Hizmetleri