

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

SAĞLIKTA EKSİK SİGORTA SORUNU: TÜRKİYE, 2004-2014

Mustafa NARCI

132022006

Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Erdinç ÜNAL

İSTANBUL, 2018

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ


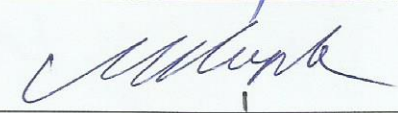

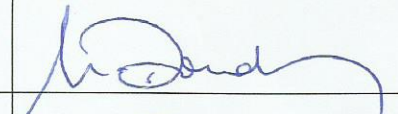

DOKTORA TEZİ
ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Mustafa Narcı **Öğrenci No** : 132022006
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi **Tez Savunma Tarihi** : 04.07.2018
Danışman : Dr. Öğr Üyesi Erdiñ Ünal **Tez Savunma Saati** : 10:00

Tez Konusu : *Sağlıkta Eksik Sigorta Sorunu: Türkiye, 2004-2014*

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 42.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin kabulü 'ne **OYBİRLİĞİ / ~~OYÇOKLUĞUYLA~~** karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr. Üyesi Erdiñ Ünal	kabul	
Prof. Dr. Mithat Kıyak	kabul	
Prof. Dr. Halit Targan Ünal	kabul	
Prof. Dr. Murat Donduran (Yıldız Teknik Üniversitesi)	kabul	
Doç. Dr. Haluk Özsarı (Acıbadem Üniversitesi)	kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Prof. Dr. Haydar Sur (Üsküdar Üniversitesi)		
Dr. Öğr. Üyesi Nevzat Bilgin		

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Mustafa Narcı



ÖZET

Sağlık sigortası ihtiyaç duyulan hizmetlere erişim ve kullanımı kolaylaştırma ve cepten harcamaların yol açabileceği finansal riske karşı koruma sağlama açısından önemlidir. Ancak bireyler sağlık sigortalı olsalar da eksik sigorta sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedir. Türkiye’de sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun eksik sigorta sorunu yaşıyor olabileceğine dair emareler olmakla birlikte, bu sorunun doğrudan incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır. Bu tez çalışmasının amacı, Türkiye’de eksik sigortalı hane prevalansını ve hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Türkiye İstatistik Kurumu Hanehalkı Bütçe Araştırması 2004-2014 yıllarına ait (11 yıllık) veriler kullanılarak, tüm bireylerinin sağlık sigortasına sahip olduğu toplam 83.005 hane araştırma kapsamına alındı. Ekonomik yaklaşımla, hanehalkı cepten sağlık harcamasının hanehalkı tüketim harcaması içindeki payının en az %10 olduğu haneler, eksik sigortalı hane olarak tanımlandı. Eksik sigortalılık prevalansının tespitinde tanımlayıcı, eksik sigortalılıkla ilişkili faktörlerin belirlenmesinde çok değişkenli lojistik regresyon analizi kullanıldı.

Tanımlayıcı bulgular, 2004-2014 yılları arasında eksik sigortalı hane prevalansının dalgalanma göstermekle birlikte genel olarak yıllar içerisinde arttığını göstermiştir. Bu artış 2014 yılında 2004 yılına göre %69’dur. Tanımlayıcı bulguların aksine, çok değişkenli analizde 2004 yılına göre tüm yıllarda eksik sigortalılık riskinin azaldığı bulunmuştur. Regresyon analizi sonucunda, 14 değişkenin 11’i eksik sigorta olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak, hanelerin yaklaşık %9’unun eksik sigortalılık riskini yaşamış olması, Türkiye sağlık sisteminde bu sorunun varlığına işaret etmektedir. Bu soruna maruz kalan hanelerin özellikle düşük gelirli, yeşil kartlı, engelli, yaşlı ve çocukların daha fazla sayıda olduğu haneler olması sorunun önemini artırmaktadır ve bu durum dezavantajlı/kırılgan hanelerin yakından izlenmesini ve inovatif çözüm önerilerinin hayata geçirilmesini gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eksik sigorta, Cepten sağlık harcaması, Sağlık sigortası

ABSTRACT

THE ISSUE OF UNDERINSURANCE IN HEALTH CARE: TURKEY, 2004-2014

Health insurance is key to facilitate access to and use of needed health care and protect people against financial risk created by out-of-pocket health payments. Unfortunately, individuals could face underinsurance, even when insured. Although there are signs that the insured population in Turkey may be at risk of underinsurance, there exist no study directly addressing this issue. The purpose of this study was to determine the prevalence of underinsurance and examine its determinants.

Data came from Household Consumption Expenditure Survey provided by Turkish Institute for Statistics for the years 2004 through 2014. The study covered a total of 83,005 households, of which all were composed of insured individuals. Underinsured households were identified as those that spent minimum 10% of their consumption expenditure on health using economic approach. Prevalence of underinsurance was defined using descriptive statistics and predictors of underinsurance were defined using multivariate logistic regression analysis.

Descriptive findings showed that underinsured household prevalence fluctuated between 2004 and 2014 but overall increased over the years, nearly 69% increase in 2014 relative to 2004. Contrary to descriptive findings, the risk of underinsurance was found to have decreased in all years covered relative to 2004 in multivariate regression analysis. 11 independent variables of 14 independent variables were found to be statistically significant predictors of underinsurance as a result of regression analysis. In conclusion, an about 9% of households facing underinsurance indicates the existence of the issue in Turkey's health system. Underinsured households are mainly lower-income, Green Card holders, children and elderly, therefore, there is a need for close monitoring of disadvantaged people and innovative solutions accordingly.

Keywords: Underinsurance, Out-of-pocket health payments, Health insurance

ÖNSÖZ

Kapsamının bir şekilde yetersiz olması şeklinde tanımlanabilecek eksik sigorta, hemen her ülkenin yaşadığı önemli sorunlardan biridir. Eksik sigorta konusunu önemli kılan özelliği, sağlık sigortası olan bireylerin sağlık sigortası olmayan bireyler gibi sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve finansal risk ile ilgili sorunları yaşayabilmesidir. Bu sorunun varlığı uzun yıllardır ABD’de incelenmekte ve raporlanmaktadır, ancak Türkiye’de yeterince ve ayrıntılı bir incelemesi neredeyse yoktur.

Türkiye, nüfusunun neredeyse tamamının sağlık sigortasına sahip olduğu bir ülkedir. Sağlık sigortasına sahip olmanın erişim, kullanım ve finansal riske karşı korumayı garanti etmediği dikkate alındığında, Türkiye’de de eksik sigorta konusu incelenmesi gereken konulardan biridir. Mevcut araştırmalar bu konunun Türkiye’de de çözülmesi gereken bir sorun alanı olduğuna işaret etmektedir. Ne varki, doğrudan eksik sigorta konusunda bilgi sağlayabilecek bir bilimsel çalışma bulunmamaktadır. Bu tez çalışması, literatürdeki bu eksikliği giderme; Türkiye’deki eksik sigortalı hane prevalansını belirleme ve hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkileyen faktörleri analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Okan Üniversitesi Sağlık Yönetimi Doktora Programı öğretim üyelerine değerli katkılarından dolayı sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu çalışmanın hazırlanma sürecinin her aşamasında değerli bilgilerini ve zamanını benden esirgemeyerek tezimle yakından ilgilenen, eleştirileriyle yol gösteren danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Erdinç ÜNAL’a ve yine bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde değerli bilgilerini benimle paylaşan, konu, kaynak ve yöntem açısından yardımda bulunarak yol gösteren, sevgili eşim ve aynı zamanda değerli bir akademisyen olan Prof. Dr. Hacer Özgen Narcı’ya sonsuz minnettarlığımı sunarım. Son olarak araştırmanın gerçekleştirilmesi için gerekli veriyi sağlayan TÜİK ve çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
BEYAN METNİ.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÖNSÖZ.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xv
EKLER LİSTESİ.....	xvi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	5
2.1.1. Vergiler.....	6
2.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası.....	7
2.1.3. Özel Sağlık Sigortası.....	8
2.1.4. Cepten Ödemeler.....	11
2.2. Sağlık Sektöründe Eksik Sigortanın Kavramsal Çerçevesi.....	13
2.2.1. Ekonomik Faktörler.....	16
2.2.2. Deneyimsel Faktörler.....	18
2.2.3. Yapısal Faktörler.....	18
2.2.4. Tutuma İlişkin Faktörler.....	19
2.3. Eksik Sigortanın Ortaya Çıkardığı Sorunlar.....	22

2.3.1. Sağlık Hizmetine Erişim, Kullanım ve Hizmet Kalitesi ile İlgili Sorunlar.....	22
2.3.2. Finansal Sorunlar.....	24
2.4. Eksik Sigorta İle İlişkili Faktörler.....	26
2.4.1. Gelir Düzeyi.....	26
2.4.2. Sağlık Sigortası Türü.....	28
2.4.3. Sağlık Statüsü.....	29
2.4.4. Yaş.....	30
2.4.5. Medeni Durum.....	32
2.4.6. Cinsiyet.....	32
2.4.7. Eğitim Düzeyi.....	32
2.4.8. İstihdam Durumu.....	32
2.4.9. Aile Yapısı.....	33
2.4.10. Alınan Hizmetin Türü.....	33
2.4.11. Hanehalkı Büyüklüğü.....	33
2.4.12. Yerleşim Yeri.....	33
2.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Eksik Sigorta Sorunu.....	34
2.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı.....	34
2.5.1.1. Genel Sağlık Sigortası.....	34
2.5.1.2. Özel Sağlık Sigortası.....	36
2.5.1.3. Cepten Ödemeler.....	37
2.5.2. Türkiye’de Sağlık Harcaması.....	40
2.5.3. Eksik Sigorta.....	50
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
3.1. Araştırmanın Tipi / Tasarımı.....	57
3.2. Araştırmanın Modeli.....	57
3.3. Veri Kaynağı ve Veri Toplama Aracı.....	63
3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi.....	65
3.5. Analiz Yöntemi.....	69
3.5.1. Tanımlayıcı Yöntemler.....	69
3.5.2. Analitik Yöntemler.....	70

4. BULGULAR.....	73
4.1. Tanımlayıcı Bulgular.....	73
4.1.1. Hanelerin Genel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	73
4.1.2. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	81
4.1.3. Cepten Sağlık Harcamasının Alt Kalemlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	104
4.1.4. Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular.....	129
4.1.5. Eksik Sigortalı Hane Prevalansı ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular....	131
4.2. Analitik Bulgular.....	162
5. TARTIŞMA.....	177
5.1. Hanehalkı Reisinin Sağlık Sigortası Türü.....	178
5.2. Hanenin Gelir Düzeyi.....	180
5.3. Hanede Yatarak Sağlık Hizmeti İçin Cepten Yapılan Harcama Miktarı.....	181
5.4. Hanede Ayakta Sağlık Hizmeti ve İlaç İçin Cepten Yapılan Harcama Miktarı.....	181
5.5. Hanede Günlük Faaliyete Engel Fiziksel ya da Zihinsel Problemi Olan Bireylerin Sayısı.....	182
5.6. Hanede 65 Yaş ve Üzeri Birey Sayısı.....	182
5.7. Hanede 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı.....	183
5.8. Hanehalkı Büyüklüğü.....	183
5.9. Hanehalkı Reisinin Eğitim Düzeyi.....	184
5.10. Hanehalkı Yapısı.....	184
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	185
KAYNAKÇA.....	190
EKLER.....	196
ÖZGEÇMİŞ.....	207

TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. 2012 Yılında Ülkelerin Gelir Düzeyine Göre Sağlık Harcaması.....	6
Tablo 2. Vergiler, Sosyal Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasının Olumlu ve Olumsuz Yönleri.....	10
Tablo 3. Sağlıkla İlgili Ürün ve Hizmetlerin GSS ile Kapsanma Durumu.....	39
Tablo 4. Temel Ekonomik Göstergeler.....	40
Tablo 5. Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$).....	44
Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Listesi.....	59
Tablo 7. Yıllar İtibariyle TÜİK Bütçe Anketi Sağlık Sigortası Türü Sınıflaması...	63
Tablo 8. Araştırmanın Yıllar İtibariyle Evren ve Örneklem Bilgileri.....	66
Tablo 9. Hanelerin Araştırmanın Kategorik Değişkenlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	75
Tablo 10. Hanelerin Tüketim Harcaması Miktarına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	78
Tablo 11. Hanelerin Büyüklük, Çocuk, Yaşlı ve Engelli Birey Sayısına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	80
Tablo 12. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	83
Tablo 13. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Harcama Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	85
Tablo 14. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	88
Tablo 15. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Yaşına ve Cinsiyetine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	91
Tablo 16. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Eğitim Seviyesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	94
Tablo 17. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Çalışma Durumuna Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	96
Tablo 18. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Medeni Durumuna Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	98

TABLolar LİSTESİ (DEVAM)

SAYFA NO

Tablo 19. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanenin Yerleşim Yerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	100
Tablo 20. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Tipine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	102
Tablo 21. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	108
Tablo 22. Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmeti Almak İçin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	111
Tablo 23. Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmeti Almak İçin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	114
Tablo 24. Hanelerin İlaç için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	117
Tablo 25. Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmetleri için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	120
Tablo 26. Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmetleri için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	123
Tablo 27. Hanelerin İlaç için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	126
Tablo 28. Eksik Sigortalı Hanelerin Araştırmanın Diğer Kategorik Değişkenlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Sütun %)......	136
Tablo 29. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	142
Tablo 30. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmeti Almak İçin Yapılan Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	146
Tablo 31. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmeti Almak İçin Yapılan Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	148
Tablo 32. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin İlaç için Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	150

TABLolar LİSTESİ (DEVAM)

SAYFA NO

Tablo 33. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	153
Tablo 34. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre Yatarak Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	154
Tablo 35. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre Ayakta Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	158
Tablo 36. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre İlaç için Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	161
Tablo 37. Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2014).....	168
Tablo 38. Hanehalkı Reisinin GSS Kapsamında Olduğu Haneler İtibariyle Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2013-2014).....	170
Tablo 39. Hanehalkı Reisinin Yeşil Kart Kapsamında Olduğu Haneler İtibariyle Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2012).....	173
Tablo 40. Araştırma Hipotezlerinin Özeti.....	175

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Toplam Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı.....	41
Şekil 2. OECD Ülkelerinde Toplam Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, 2014.....	42
Şekil 3. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi.....	43
Şekil 4. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, SGP ABD \$ (2014).....	46
Şekil 5. Cepten Harcamaların Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı.....	47
Şekil 6. OECD Ülkelerinde Cepten Harcamaların Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı, 2014.....	48
Şekil 7. Kişi Başı Cepten Sağlık Harcamaları, ABD \$.....	49
Şekil 8. Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hane Yüzdesinin Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	81
Şekil 9. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Toplam Cepten Sağlık Harcaması İçindeki Payının Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	104
Şekil 10: Ayakta Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Cepten Sağlık Harcamalarını Oluşturan Alt Kalemlerin Paylarının Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	105
Şekil 11. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Toplam Cepten Sağlık Harcaması İçindeki Payının 1. ve 5. Tüketim Harcaması Dilimindeki Hanelere Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	119
Şekil 12. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Toplam Cepten Sağlık Harcaması İçindeki Payının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	129
Şekil 13. Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	130
Şekil 14. Cepten Sağlık Harcaması ve Tüketim Harcaması İçindeki Payının Yıllar İtibariyle Dağılımı.....	131
Şekil 15. Eksik Sigortalı Hanelerin Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	132
Şekil 16. Eksik Sigortalı Hanelerin Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....	133

ŞEKİLLER LİSTESİ (DEVAM)

SAYFA NO

- Şekil 17. Eksik Sigortalı Hanelerin Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%).....134
- Şekil 18. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Ortalama Hanehalkı Büyüklüğü Dağılımı.....138
- Şekil 19. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanedeki Ortalama 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı Dağılımı.....139
- Şekil 20. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanede Ortalama 65 Yaş ve Üzeri Birey Sayısının Dağılımı.....139
- Şekil 21. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanede Ortalama Engelli Birey Sayısı Dağılımı.....140
- Şekil 22. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Yıllar İtibariyle Ortalama Cepten Sağlık Harcaması.....143
- Şekil 23. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Yatarak ve Ayakta Alınan Sağlık Hizmetleri ile İlaç İçin Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yüzde Dağılımı.....144

KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
CHIP	: Children's Health Insurance Program
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasılası
HBA	: Hanehalkı Bütçe Anketi
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
OR	: Odds Oranı
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
Std. Sapma	: Standart Sapma
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜFE	: Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

EKLER LİSTESİ

SAYFA NO

Ek 1. 2004 Yılı Korelasyon Tablosu.....	196
Ek 2. 2005 Yılı Korelasyon Tablosu.....	197
Ek 3. 2006 Yılı Korelasyon Tablosu.....	198
Ek 4. 2007 Yılı Korelasyon Tablosu.....	199
Ek 5. 2008 Yılı Korelasyon Tablosu.....	200
Ek 6. 2009 Yılı Korelasyon Tablosu.....	201
Ek 7. 2010 Yılı Korelasyon Tablosu.....	202
Ek 8. 2011 Yılı Korelasyon Tablosu.....	203
Ek 9. 2012 Yılı Korelasyon Tablosu.....	204
Ek 10. 2013 Yılı Korelasyon Tablosu.....	205
Ek 11. 2014 Yılı Korelasyon Tablosu.....	206

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin özellikleri arasında belirsizlik ve finansal risk özellikle ön plana çıkmaktadır. Bu sebeptendir ki, “sağlık sigortası” insanlığın tarihsel süreçte ortaya çıkardığı bir çözümleme aracı olmuştur. Sağlık sigortası, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişimi kolaylaştırma, sağlık harcamalarının yaratacağı finansal riske karşı koruma sağlama ve dolayısıyla sağlık statüsünde iyileşme sağlama amacına yöneliktir. Ancak bazen bireyler sağlık sigortasına sahip olsalar da, kapsam sorunları nedeniyle finansal riske karşı korunamamakta veya ihtiyaç duyduğu sağlık hizmeti alımını geciktirmekte veya hiç alamamaktadır (1). Dolayısıyla sigortalı bireyler sahip oldukları sigortanın kapsamının yetersizliği (inadequacy of coverage) ile ilgili sorunlar yaşayabilmekte ve bu sorun, eksik sigorta (underinsurance) kavramı ile ifade edilmektedir.

Eksik sigorta sorununu neredeyse bütün ülkelerin yaşamaması olasıdır. Ne var ki, eksik sigorta konusunda yayımlanmış çalışmalara bakıldığında, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ile ilgili çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Muhtemelen ABD sağlık sigortacılığı açısından konumu itibariyle eksik sigorta sorununu en fazla yaşayan ülkedir. ABD, Medicare ve Medicaid gibi büyük çaplı kamu sağlık güvencesi programlarına sahip olmakla birlikte, özel sigortacılığın baskın olarak kullanıldığı ülkedir. 1997-2001 yılları arasında nüfusun yaklaşık 2/3'ünün işveren destekli özel sağlık sigortasının olduğu raporlanmıştır (2). İşverenler tarafından ödenen sigorta primlerindeki yıllık artış 1993 yılında %8,6 iken, 2003 yılında yaklaşık %14'e ulaşmıştır (3).

ABD'nde hem 2001-2003 döneminde yaşanan genel ekonomik sorun hem de işveren destekli özel sağlık sigortası maliyetlerinin artması karşısında, işverenler yeni sigorta paketleri arayışına girmiştir. Bunun neticesinde, küçük ölçekli olanlar başta olmak üzere, şirketler sigorta maliyetini gerek prim gerekse katılım eşikli katkı payı (deductible) bağlamında sigortalı kişilere yüklemeye başlamıştır (4-6). Çalışanların ödediği prim katkısı 2000 yılında %14'den 2004 yılında %16'ya yükselmiştir (3). 2001 yılında işveren destekli özel sigorta kapsamındaki nüfus %67'den 2003 yılında %63'e gerilemiştir (2).

Tüm bu gelişmeler birçok kişiyi sağlık sigortası kapsamının dışında bıraktığı gibi, büyük bir sigortalı kesimin eksik sigortalı olmasına katkıda bulunmuştur (3). Amerika Birleşik Devletleri'nde 19-64 yaşları arasındaki sigortalı kişilerin 2003 yılında %12'sinin, 2014 yılında ise %23'ünün (yaklaşık 31 milyon bireyin) eksik sigortalı olduğu raporlanmıştır (6). Eksik sigortalı nüfusun 2003 yılında %10'u işveren destekli özel sigortalı iken, bu rakam 2014 yılında %20'ye ulaşmıştır. Katılım eşikli katkı payı, özel sigortalı bireylerde eksik sigortanın temel sebebi olarak belirlenmiştir. Katılım eşikli katkı payı sebebiyle eksik sigortalı olan bireylerin sayısı 2003 yılında 2 milyondan 2014 yılında 7 milyona yükselmiştir (6).

Eksik sigortalılık esasen sadece işveren destekli sigortalılar arasında görülmemekte, diğer programlar tarafından kapsanan bireylerde de görülmektedir. Özellikle Medicare ve Medicaid programına bağlı bireyler arasında tespit edilen eksik sigortalılık kayda değerdir. Collins ve arkadaşlarının (6) 19-64 yaşları arasındaki sigortalı bireyleri kapsayan çalışmada, eksik sigorta sorunu en fazla Medicare programına bağlı bireylerde tespit edilmiştir (2003 yılında %39, 2010 yılında %45, 2014 yılında %42). Araştırmada kapsanan bireylerin, sağlık statüsü en kötü bireyler olduğu ve Medicaid'den sonra ikinci en yoksul grubu temsil ettiği dikkate alındığında, bu denli yüksek eksik sigortalılık tablosu düşündürücüdür. Ayrıca çalışmada, cepten ödemelerin çok düşük olduğu Medicaid programına bağlı bireylerde de eksik sigortalılık tespit edilmiştir (2003 yılında %22, 2010 yılında %32, 2014 yılında %22).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde eksik sigortalılık prevalansının göreceli olarak daha yüksek olması bir başka dikkat çekici konudur. Birinci basamak sağlık hizmeti alanlar arasında eksik sigorta sorununu yaşayanların yüzdesinin 2008 yılında yayınlanan bir çalışmada %36 olduğu bulunmuştur (8). 2011 ve 2012 yıllarında sağlık sigortası kapsamında olup birinci basamak sağlık hizmeti alanların %44'ünün eksik sigortalı olduğu ve bu kişilerin daha çok Hispanik, genç, yoksul ve Medicaid programı tarafından kapsandıkları belirlenmiştir (7). Bu bulgular birinci basamak sağlık hizmetlerinde eksik sigortaya maruziyetin hem genel profilden daha yüksek olduğunu hem de yıllar içerisinde arttığına işaret etmektedir. Ayrıca, birinci basamak sağlık hizmetlerinde tedaviye uyum konusunda yaşanan sorunların nedenlerinden biri olarak eksik sigortalılığın görülmesine de vurgu yapılmaktadır (8).

ABD sağlık sektöründe yaşanan bu gelişmeler, Federal sağlık güvencesi programları üzerindeki baskıyı da artırmıştır. 2003 yılında iki önemli kamu sağlık güvencesi programına bir üçüncüsü eklenmiştir. Bu program, eski adıyla “Amerika Çocuklarının Sağlık Sigortası Programı” (The State Children’s Health Insurance Programme), yeni adıyla “Çocukların Sağlık Sigortası Programı”dır (The Children’s Health Insurance Programme). Bu programla, Medicaid programının limitinin üstünde gelire sahip düşük gelirli ailelerin çocukları sigorta kapsamına alınmıştır.

Ne var ki, ABD’de eksik sigorta sorunu ciddiyetini korumaya devam etmiştir. Neticede, eksik sigorta konusu hem kamuoyunun hem de politika belirleyicilerin gündemine girmiştir. ABD sağlık sistemindeki reform çalışmaları kapsamında 2010 yılında “The Patient Protection and Affordable Care Act” uygulamaya konulmuştur. Bu yasanın temel amacı, sağlık sigortası olmayan nüfusun azaltılmasıdır (7). Aslında Medicaid programının genişletilmesi anlamına gelen bu yasa ile federal yoksulluk sınırının %133 altında gelire sahip 65 yaşın altındaki bireyler de sağlık sigortası şemsiyesi altında toplanmıştır (9). Bu yasada ayrıca bireysel özel sağlık sigortası satın alan düşük gelirli bireyler için katkı payı sübvansiyonları getirilmiş, işveren destekli özel sağlık sigortası satın alımında hem çalışanların hem de işverenlerin yaptığı katkı için vergi muafiyetleri devam ettirilmiştir (6, 10).

Sigortasız nüfusun azaltılmasına yönelik 2010 yılında hayata geçirilen bu yasal düzenlemenin eksik sigortalı nüfus üzerindeki etkisi konusunda görüşler ikiye ayrılmıştır. Bazıları eksik sigorta sorununun azalacağını savunurken (11, 12) diğerleri özellikle yoksullar, kronik hastalığı olanlar, kronik hastalığı olan çocuklar ve yüksek miktarda katılım eşikli ödeyenler için sorunun devam edeceğini savunmaktadırlar (7, 9, 13).

Türkiye, nüfusunun %98’inin sağlık sigortasına sahip olduğu bir ülkedir (14). Bir başka ifadeyle, nüfusun neredeyse tamamının sağlık harcamaları konusunda finansal riske karşı korunduğu ve eksik sigorta sorunu yaşamadığı düşünülebilir. Ancak, yukarıda da vurgulandığı gibi, eksik sigorta sorunundan arınmış olabilmeye sağlık sigortasına sahip olmanın yanısıra sigortanın kapsamı da önemlidir. Türkiye’de sağlık sigortası kapsamındaki nüfusun eksik sigorta sorunu yaşıyor olabileceğine dair emareler olmakla birlikte, bu sorunun doğrudan incelendiği bir çalışma bulunmamaktadır.

Bu tez çalışmasının amacı, Türkiye’de 2004-2014 yılları itibariyle eksik sigortalı hane prevalansını belirlemektir. İkincil amaç hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkileyen faktörlerin analiz edilmesidir. Böylelikle, sağlık sigortası kapsamında olmalarına rağmen, eksik sigortalı olan hanelere dair politika belirleyiciler ve sağlık sigortası kuruluşları için bilimsel bilgi üretmesi hedeflenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Bir ülkenin sağlık sisteminin yerine getirmesi beklenen dört temel fonksiyonu vardır; kılavuzluk, kaynak/girdi yaratma, hizmet sunumu ve hizmetlerin finansmanıdır. İhtiyaç duyulan hizmetlerin var olmasını, var olan hizmetlere erişim ve kullanımını, sunulan hizmetlerin kalite ve verimliliğini, toplumun sağlık düzeyini, finansal riske karşı korumayı ve memnuniyeti olumlu veya olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir. Kısaca, bir ülkenin sağlık sisteminin fonksiyonlarını yerine getirebilmesi, sürekliliği ve performansını iyileştirebilmesi için, sisteme mali kaynak (para) sağlanması zorunludur. Sağlık hizmetleri finansman sisteminin temel amacı, bireysel ve toplumsal düzeyde ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişim, kullanım kolaylığı ve hakkaniyeti, finansal riske karşı korumayı ve verimliliği sağlamaktır (15).

Sağlık hizmetleri finansmanında bu amaçlara ulaşılması üç alt fonksiyon yerine getirilerek hedeflenir. Bu alt fonksiyonlar:

- Mali kaynak (para) toplama
- Havuzlama
- Satın alma/geri ödeme

Bu tez çalışmasının ana konusu eksik sigorta olduğundan, bu alt fonksiyonlardan sadece mali kaynak toplama yöntemleri açıklanmaktadır.

Sağlık sistemine mali kaynak, temelde dört yöntemle sağlanmaktadır. Bunlar;

- 1) Vergiler
- 2) Sosyal sağlık sigortası
- 3) Özel sağlık sigortası
- 4) Cepten ödemelerdir.

Sosyal sağlık sigortasının bir uzantısı olarak, günümüzde birçok ülkede genel sağlık sigortası da (GSS) kullanılmaktadır. Bu dört kaynağın ilk ikisi kamu, son ikisi ise özel kaynaklar olarak sınıflandırılmaktadır. Bunların dışında bir başka mali kaynak

toplama yöntemi daha vardır, tıbbi tasarruf hesapları (medical savings accounts). Ancak bu yöntem dünyada az sayıdaki ülkede sınırlı kullanıma sahip olduğu için bu tez çalışmasında ayrıca açıklanmayacaktır.

Ülkeler sağlık hizmetlerini finanse etmek için bu yöntemlerin sadece birini kullanmayı tercih edebildikleri gibi, karma olarak da kullanabilirler. Dünya Sağlık Örgütü 2015 yılı Sağlık İstatistiklerine göre, ülkelerin gelir düzeyi değiştikçe, sağlık sektörüne ayırdıkları pay da farklılaşmaktadır (Tablo 1). Gelir düzeyi yüksek ülkeler, sağlık harcamalarını karşılayan mali kaynağın büyük çoğunluğunu kamu kaynaklarından sağlamaktadır. Düşük gelirli ülkelerde cepten harcamalar özel sağlık harcamalarının çok büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Dolayısıyla düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetleri temelde cepten ödemeler ile finanse edilmektedir. Bunun sebebi, bu ülkelerde yoksulluğun ve informal sektörün yaygın olması ve dolayısıyla vergiler ve sosyal sigorta primleri aracılığı ile sağlık için yeterli mali kaynağın toplanamamasıdır.

Tablo 1. 2012 Yılında Ülkelerin Gelir Düzeyine Göre Sağlık Harcaması

	Ülkenin gelir düzeyi			
	Düşük	Düşük- orta	Yüksek- orta	Yüksek
Toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%)	5.1	4.1	6.0	11.6
Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	38.8	36.4	56.2	60.6
Özel sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı (%)	61.1	63.65	43.8	39.3
Cepten harcamanın özel sağlık harcamaları içindeki payı (%)	77.6	86.7	74.2	38.5

Kaynak: (82)

2.1.1. Vergiler

Bu yöntem uygulamadaki ismiyle Beveridge Modeli olarak da adlandırılmaktadır. II. Dünya Savaşı sonrası William Beveridge tarafından İngiltere’de geliştirilmiştir. Bu model, toplumun tamamının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini ücretsiz almaları görüşüne dayanır. Vergilerle finanse edilen sistemler, sağlık

harcamalarının çoğunluğunun vergilerle karşılandığı veya vergilerle karşılanan kısmın diğer mali kaynak toplama yöntemlerinden daha fazla olduğu sistemlerdir. Günümüzde, çok sayıda ülke sağlık hizmetleri için gerekli mali kaynağı vergilerle toplamaktadır. Bu ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz ve Yunanistan yer almaktadır.

2.1.2. Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası, Almanya'nın birliğini sağlayan devlet adamı Bismarck tarafından geliştirildiği ve ve uygulandığı için "Bismarck Modeli" olarak da adlandırılır. Sosyal sağlık sigortasına sahip olmak için bireyler belirli miktarda ve zorunlu olarak prim ödemesi yaparlar. Bu özelliği itibarıyla sosyal sağlık sigortası aslında bir tahsisli vergidir. Prim ödemeleri şirketler, çalışanları, kendi hesabına çalışanlar ve devlet tarafından yapılır. Şirketlerin ve çalışanlarının ödedikleri prim, çalışanın maaşına bağlı olarak değişmektedir. Kendi hesabına çalışan kişilerin ödedikleri prim miktarı, tahmini gelir ya da sabit bir gelir üzerinden belirlenen orana göre saptanır. Devlet, ödeme gücü olmayan kişiler için katkı yapar. Ancak informel sektörde çalışanları kapsamada bazı güçlükler yaşanmaktadır.

Böylece, toplumun çeşitli kesimlerden toplanan primlerle bir sağlık sigortası fonu (havuzu) oluşturulur. Bu fon, sosyal sağlık sigortasının sosyal dayanışma prensibine dayalı olduğuna işaret etmektedir. Bu prensip ile zenginler yoksulları, gençler yaşlıları, sağlıklı bireyler hastaları finanse etmektedir. Bir başka ifadeyle, risk sosyal dayanışma ilkesine uygun olarak paylaşılmaktadır.

Bu yöntem birçok gelişmekte olan ülkede kullanılmaktadır. Fakat özellikle Fransa, Belçika, Avusturya, İsrail, Hollanda ve İsviçre gibi gelişmiş OECD ülkeleri arasında yaygındır.

Sosyal sağlık sigortasının bir uzantısı olarak **genel sağlık sigortası**, sosyal dayanışma ilkesi, vergilere ve prime dayalı olması açısından sosyal sigortaya benzer. Esas itibarıyla GSS'nda, tüm toplum sağlık sigortası kapsamına alınır ve prime dayalıdır. Sosyal sağlık sigortasından en önemli farkı, toplumdaki belirli kesimleri kapsayan farklı sigorta kurumlarından ziyade tüm kesimleri kucaklayan tek bir sigorta kurumunun var olmasıdır. Bu kurum tarafından kapsanan herkese aynı hizmet paketi sunulur.

GSS yönteminde de sosyal sağlık sigortasında olduğu gibi, bireyler prim ödedikleri sürece sağlık sigortasına sahip olurlar. Ödeme gücü olmayan yoksulların prim ödemeleri devlet tarafından yapılır. Cepten ödemeler de devrededir. Dolayısıyla, GSS'yi uygulayan ülkelerde ana gelir kaynakları toplanan primler, sübvansiyon ve cepten ödemelerden oluşan kaynaklardır (15).

2.1.3. Özel Sağlık Sigortası

Bu yöntem de prim esaslıdır ancak kâr amacı güden sigorta kuruluşları tarafından kurulur ve işletilir. Özel sağlık sigortasına sahip olmak isteyen bireyler ya kendileri ya da işverenleri aracılığıyla sigorta şirketine belirli miktarda prim öderler. Sigorta şirketi de topladığı ve havuzladığı primler ile sigortalı bireyler adına ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini satın alır.

Özel sağlık sigortası satın almak isteyen bireyler, gelirlerine göre değil, sağlık statülerine ve risklerine göre prim öderler. Özel sağlık sigortasında hastalığı olan ya da hastalanma riski yüksek olanlar riski düşük olanlara göre daha fazla prim öderler. Sigorta priminin hesaplanmasında “risk” çeşitleri esas alınır.

Dünyada farklı türde özel sağlık sigortası uygulamaları vardır. Bunlar, baskın (dominant), zorunlu, ikame, tamamlayıcı ve destekleyici özel sigortadır (16, 17).

Baskın özel sigorta: Örneğin ABD’de Federal Hükümet tarafından yürütülen kamu sağlık sigortası programları mevcuttur. Ancak, özel sağlık sigortası baskın sigortadır çünkü çalışan nüfusun tamamı işverenleri kanalıyla özel sağlık sigortası satın almaktadır.

Zorunlu özel sigorta: Örneğin İsviçre’de herkes özel sağlık sigortası satın almak zorundadır.

İkame özel sigorta: İkame özel sigortayı satın alan bireyler, kamu sigorta programlarının sunduğu imkânlardan yararlanma kapsamından kısmen veya tamamen çıkan veya çıkarılan bireylerdir. Bu bireyler, kamu sigorta programlarının yerini alabilecek özel sigorta satın alırlar. Örneğin Almanya’da yıllık geliri 45.000 Euronun üzerinde olan bireyler ikame özel sigorta satın almaktadır.

Tamamlayıcı özel sigorta: Kanada, Türkiye ve Fransa’da kullanılmaktadır. Bu sigortada bireyler herhangi bir kamu sağlık sigortası kapsamındağır. Ancak kamu sigorta programının kapsamadığı veya kısmen kapsadığı sağlık hizmetleri olması durumunda, bu hizmetler için cepten ödeme yapmak yerine özel sigorta satın alınır.

Destekleyici özel sigorta: Bu sigorta türünde de bireyler herhangi bir kamu sağlık sigortası kapsamındağır. Ancak eğer başvurabilecekleri hizmet sunucu ağını genişletmek isterlerse, bir özel sigorta satın almaları gerekmektedir. Böylece, satın alınan özel sigorta, kamu programının sağladığı ürün ve hizmet paketinin aynısını sağlamakla birlikte ilave olarak daha geniş bir hizmet sunucu ağı sunmaktadır. Yunanistan ve İngiltere bu yöntemi kullanmaktadır.

Vergiler, sosyal sağlık sigortası, GSS ve özel sağlık sigortasının olumlu ve olumsuz yönleri Tablo 2’de sunulmaktadır.

Tablo 2. Vergiler, Sosyal Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortasının Olumlu ve Olumsuz Yönleri

	Vergiler	Sosyal sağlık sigortası	Genel sağlık sigortası	Özel sağlık sigortası
Olumlu yönleri	<ul style="list-style-type: none">• Toplumun tamamı sağlık sigortası kapsamına alınır.• Sağlık harcaması yükü, bireylerin gelirine göre dağılır. Finansal riske karşı koruma açısından en iyi yöntemdir.• Vergi sistemi adaletli ise en hakkaniyetli yöntemdir. Gelir dağılımını iyileştiricidir.	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık hizmetleri için sürekli ve tahmin edilebilir düzeyde ek kaynak sağlanır.• Sosyal dayanışma işlevi vardır. Gelir dağılımını iyileştirmede vergilerle finansmandan sonra en iyi yöntemdir.• Finansal riske karşı koruma açısından vergilerden sonra en iyi yöntemdir.	<ul style="list-style-type: none">• Tüm nüfusun sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı artırılır.• Etkili şekilde oluşturulduğunda ve işletildiğinde, finansal riske karşı koruma artar ve hakkaniyet sağlanır.	<ul style="list-style-type: none">• Sağlık sektörüne ek kaynak sağlar, böylece finansal yükü ve finansal riski azaltmaya yardımcı olur.
Olumsuz yönleri	<ul style="list-style-type: none">• Vergi sisteminde adalet sağlanamadığında, zenginler yoksullara göre sisteme daha az mali kaynak sağlar—hakkaniyetsizlik doğar.• Dolaylı vergiler (sigara, alkol gibi tüketim maddeleri için ödenen vergi) arttığında, yoksul hanelerin finansal yükü artabilir.• Sağlık, kısa vadede gözle görünür etkiler yaratma potansiyeli yüksek bir alan değildir. Bu sebeple, sağlığa yüksek pay ayrılması politik açıdan tercih edilmeyebilir.	<ul style="list-style-type: none">• Sadece prim ödeyenler sağlık sigortasına sahip olur.• İnformal sektörde çalışanların yüzdesinin yüksek olduğu durumda ne işverenden ne de çalışandan prim toplanması sıkıntılı olur.• Prim miktarı yüksek olduğunda, işverenin işgücü maliyeti artar. Bu da istihdamın azalmasına, çalışan ücretlerinin azalmasına veya sigortasız işçi çalıştırılmasına yol açabilir.	<ul style="list-style-type: none">• Sadece prim ödeyenler sağlık sigortasına sahip olur.• Hayata geçirilmesi uzun zaman ve etkili bir sistem oluşturmayı gerektirir.• İnformal sektörde çalışanlar fazla olduğunda ne işverenden ne de çalışandan prim toplanamaz.• Prim miktarı yüksek olduğunda, işverenlerin ücretleri düşük göstermesi veya sigortasız işçi çalıştırmalarına yol açabilir.	<ul style="list-style-type: none">• Bireysel riske göre prim belirlendiğinde prim miktarı üzerinde pazarlık etme gücü zayıftır. Bu da, sigorta maliyetini ve cepten ödemeleri artırır.• Gelir düzeyi düşük kişiler ve ülkeler için uygun değildir.• Diğer yöntemlere göre yönetim maliyetleri daha yüksektir.• Ödenecek prim miktarı gelire göre belirlenmediği için finansal yük hakkaniyetsiz olarak dağılır.• Sigorta şirketleri sağlık harcaması yapma riski daha düşük olanları seçme eğilimi gösterebilir.• Asimetrik bilgi sebebiyle, yüksek riskli kişiler sigortalanırlar (ters seçim). Bu da sigorta primlerinin yükselmesine ve düşük riskli kişilerin yüksek prim ödemek istemediği için özel sigorta satın almamasına yol açar.

Kaynak: (83, 84, 85)

2.1.4. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, “doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından hizmetin alındığı yerde yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (18). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, cepten ödemelerde belirsizlik ve finansal riske karşı önceden belli miktarda kamu veya özel sigorta kuruluşlarına herhangi bir ödeme yapılması söz konusu değildir.

Cepten ödemeler, **formal** ve **informal** unsurları içermektedir (19).

i. Formal cepten ödemeler, sınırları yasalar veya düzenlemelerle çizilen ve sağlık hizmeti veya sağlıkla ilgili bir ürün alındığında yapılması zorunlu ödemelerdir. Formal cepten ödemeler, iki şekilde gerçekleşmektedir: 1) maliyet paylaşımı ve 2) tam ödeme.

1) Maliyet paylaşımı, tüketicilerin (talep edenlerin) davranışlarını kontrol etmek amacıyla uygulanır. Tüketici davranışlarının kontrolünde, bireyin aldığı sağlık hizmetinin maliyetini sigorta kuruluşu ile paylaşması görüşü yatar. Böylece, tüketici alacağı hizmet için ödediği sigorta priminin dışında, yasal olarak belirlenen sınırlar içinde ayrıca bir ödeme yapmak zorunda kalmaktadır. Bununla sağlık hizmetini talep eden bireyin daha temkinli olması gerektiği bilincini edinmesi hedeflenmektedir. Bir başka ifadeyle, maliyet paylaşımı ile ahlaki tehlike (moral hazard) riski azaltılmaya çalışılmaktadır. Maliyet paylaşımında bireyin yaptığı **cepten ödeme**, **katkı payı** (co-payment), **ortak sigorta** (co-insurance) ve **katılım eşikli katkı payıdır** (19). **Katkı payı**, bireyin aldığı sağlık hizmetinin toplam bedelinin sabit bir miktarı üzerinden yaptığı ödemedir. Devlet hastanesi polikliniğine başvuran bir GSS’li bireyin aldığı bu hizmet için ödediği 6 TL bir katkı payı örneğidir. Aynı bireyin reçeteli bir ilaç bedelinin %20’sini ödemesi durumunda, yapılan ödeme ortak sigortaya bir örnektir. **Katılım eşikli katkı payı** (deductible) ise, sağlık sigortasının devreye gireceği eşik değer öncesinde bireyin ödemek zorunda olduğu miktardır. Örneğin, katılım eşikli katkı payı 500 TL olduğunda, birey bir yıl boyunca aldığı sağlık hizmetleri için 500 TL’ye kadar cepten ödemekte, 500 TL’yi aşan sağlık hizmeti aldığı anda sigorta kuruluşu devreye girmektedir.

2) Tam ödeme, herhangi bir sağlık güvencesi programı tarafından kapsanmayan sağlık hizmeti alındığında, hizmetin bedelinin tamamı için yapılan ödemedir (16).

Tanımdan da anlaşılacağı gibi, tam ödemenin katkı payından farkı hem sigortalı hem de sigortasız bireyler tarafından yapılan bir cepten ödeme olmasıdır.

Formal cepten ödemelerin sağlık hizmetleri finansmanı açısından iki önemli olumlu yönü vardır (21):

- Sistemin finansmanı için ilave kaynak sağlar.
- Ahlaki tehlike riskini azaltır; böylece gereksiz talep ile sağlık harcamalarının gereksiz artışı kontrol edilebilir.

Formal cepten ödemeler, iki açıdan olumsuz etki yaratabilmektedir: 1) sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, 2) finansal yük (23). Cepten ödemeler, miktarına ve gelir düzeyine bağlı olarak, bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini hiç alamamalarına veya ertelemelerine yol açabilir. Bu da bireylerin sağlık statülerinin kötüleşmesine, hatta hayatlarını kaybetmesine yol açabilir. Kötüleşen sağlık statüsü, daha pahalı hizmetlerin alımına, işgücü kaybına ve dolayısıyla ekonomik kayba yol açabileceği için, hem bireyi yoksullaşma riski ile karşı karşıya bırakmakta hem de sağlık sisteminin verimliliğini zayıflatabilmektedir.

ii. İnfornel cepten ödemeler, formal ödemeler gibi üzerinde hem fikir olunan net bir tanımı bulunmamaktadır. Örneğin, informal ödemeler literatüründeki önemli yazarlar arasında yer alan Balabanova ve McKee'ye göre informal ödemeler; kamu sektöründe normalde ücretsiz sunulan sağlık hizmetleri için hasta ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında aynı veya nakdi olarak gerçekleşen ödemelerdir (20). Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Polonya ve Romanya'da gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise "yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara yapılan ödemeler" (20) olarak tanımlanmıştır.

İnfornel ödemelerin de bazı olumlu yönleri olduğunu ifade eden literatür mevcuttur. İnfornel ödeme yapan ve yapmayan bireyler arasında hizmet alımı açısından fark yaratmadığı sürece, tamamen "gönüllü" ve "minnettarlıktan" dolayı yapılan informal ödemelerin şu olumlu yönleri olabileceği ifade edilmektedir (22):

- Sistemin finansmanı için ilave kaynak sağlar.
- Katkı paylarının yarattığı hakkaniyet sorunu yaşanmaz.

- Çalışan verimliliği artabilir.

İster formal ister informal olsun cepten ödemeler yukarıda belirtilen olumlu yönlerine karşılık çok sayıda olumsuz yönleri olan bir mali kaynak toplama yöntemidir.

Birey her şeye rağmen sağlık hizmeti aldığı anda katlandığı finansal yük nedeniyle finansal risk altına girebilmektedir. Bir başka ifadeyle, birey yıkıcı (katastrofik) cepten harcama yapabilmekte veya cepten harcama nedeniyle yoksullaşabilmektedir. Bu konuda uluslararası literatürde çok sayıda bilimsel çalışma mevcuttur. Bunlar arasında özellikle iki tanesi bugüne kadar yapılan çalışmalar arasında çalışma evreni itibariyle en büyük olanlarıdır. 2007 yılında yayımlanan bu iki çalışmadan biri, Xu ve arkadaşları (24) tarafından dünya nüfusunun %89'unu kapsayan 89 ülkede yaptıkları araştırmadır. Çalışmada, 150 milyon kişinin cepten ödemeler nedeniyle finansal katastrofi yaşadığı ortaya koyulmuştur. İkinci çalışma Van Doorslaer ve arkadaşları (25) tarafından Asya kıtası nüfusunun %81'ini oluşturan 14 ülkede gerçekleştirilmiş ve katastrofik harcamaların en fazla Bangladeş, Vietnam, Çin ve Hindistan'da gerçekleştiği belirlenmiştir. Ayrıca, cepten ödemeler hem sağlık hizmetine erişim ve kullanımda hem de finansmanda hakkaniyeti olumsuz etkileyebilmektedir (26-29).

Formal ödemelerin hem bireyler hem de sağlık sistemi için yaratabileceği bu olumsuz etkilere informal cepten ödemeler de haiz olabilmektedir (26, 30, 32). Ayrıca, eğer bir ülkede kurumsal veya bireysel sağlık hizmeti sunucularının informal ödemelerden elde ettiği gelir yüksek ise informal ödemelerle mücadele etmeye yönelik sağlık politikalarına direnç gelişebilmektedir (20, 33).

2.2. Sağlık Sektöründe Eksik Sigortanın Kavramsal Çerçevesi

Sağlık sigortası, bireylerin hem ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alabilmelerini hem de hizmet aldıklarında karşılaşabilecekleri finansal riske karşı korunabilmeleri amacıyla hizmet eder. Sağlık ekonomisi perspektifinden bakıldığında, sağlık sigortasının bu iki önemli konuda işlev görmesinin altında yatan temel faktör, sağlık hizmetinin fiyatını düşürmesidir. Bu sebeple, her ne kadar bazı olumlu yönleri olsa da cepten ödemeler bu avantajdan tamamen veya kısmen yararlanılmasına engel olduğu için hizmet alımı ve finansal riske karşı korumada sorunlu bir mali kaynaktır.

Sağlık sektöründe eksik sigorta kavramı ilk kez “Who are the underinsured?” başlıklı çalışması ile **1985 yılında Pamela Farley** (34) tarafından gündeme getirilmiştir. İlk kez gündeme getirildiğinden bu yana geçen zamana rağmen, eksik sigorta hala net olarak tanımlanamayan bir kavram olarak mevcudiyetini korumaktadır. Bu belirsizliğe rağmen, **eksik sigorta** kavramının yaygın olarak kullanılan tanımı şu şekildedir: “**Bir bireyin, kapsamının bir şekilde yetersiz olduğu sağlık sigortasına sahip olması durumudur**” (3, 34, 35).

Bu tanımda yer alan “yetersiz” kavramı eksik sigortalılık durumunu meydana getiren kilit kavramdır. Ancak burada altı çizilen yetersizlik, “kapsam yetersizliği” olduğundan, öncelikle sigorta kapsamıyla (hizmet paketiyle—benefit package) ilgili sınıflandırmaları açıklamakta yarar vardır. Sigorta kapsamı aşağıda sunulduğu şekilde dört grupta açıklanmaktadır (3, 35):

1. Aşırı kapsam (excessive coverage)
2. Tam kapsam (full coverage)
3. Yeterli kapsam (adequate coverage)
4. Yetersiz kapsam (inadequate coverage—underinsurance)

Aşırı kapsam, aynı hizmet paketinin birden fazla sağlık sigortası tarafından kapsanması durumudur. Bir başka ifadeyle, kapsamda dublikasyon olması durumudur. Aşırı kapsam, hizmet kullanıcılarına cepten ödeme yapmadan daha geniş hizmet sunucu alternatifini elde etme imkanı sağlayabilir. Bir başka ifadeyle, aşırı kapsam, cepten harcamaların yaratacağı finansal riske karşı tam koruma sağlar. Ancak bu tür imkanlar birden fazla sağlık sigortası satın alma anlamına geldiğinden, gereksiz prim ödemesine yol açabilmektedir. Bu durum, aynı hizmetin birden fazla kapsama alınmaması için sigorta kuruluşlarının koordine olmalarını ve ilgili kuruluşlar tarafından denetimini gerektirmektedir.

Tam kapsam, cepten ödeme yapılmaksızın sağlık hizmetlerinin sigorta kuruluşu tarafından tam olarak kapsanmasıdır. Bu da, aşırı kapsamda olduğu gibi, hizmet paketinin kapsamının cepten ödemelerin yaratacağı finansal riske karşı tam bir finansal koruma sağlaması anlamına gelmektedir.

Yeterli kapsam, hizmet paketinin tam kapsama kıyasla daha dar olması durumudur. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin bir kısmı kapsam dışında tutulabilmekte, kapsama alınan bir kısım sağlık hizmetleri için ise katkı payı ve katılım eşikli katkı payı şeklinde cepten ödeme yapma zorunluluğu doğmaktadır. Maliyet paylaşımı şeklindeki cepten ödemelerin, bireylerin “gerekli” sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımlarını kısıtlamayacak ya da engel olmayacak şekilde, ancak buna karşın “gereksiz” sağlık hizmeti kullanımını önlemek amacıyla tasarlanması esastır.

Yetersiz kapsam, sağlık harcamalarına karşı tam koruma sağlayamayan ve dolayısıyla eksik sigortalılık durumunu doğuran kapsamdır. Bu nedenle, “*sağlık sigortasının kapsamı kime, neye göre yetersiz?*” ya da “*nedir sigorta kapsamının yetersizliğine veya eksikliğine sebep olan şey?*” sorusunu gündeme getirmiştir. Bashshur ve arkadaşlarına (35) göre yetersiz kapsam ve dolayısıyla eksik sigorta aşağıdaki durumlardan bir veya birkaçının meydana gelmesi durumudur:

- a) Hizmet paketinin kapsamının dar olması veya kapsanan hizmetlere erişim ve kullanımın koşullara bağlanması,
- b) Cepten ödemelerin birey veya hane gelirinin içindeki payının çok yüksek olması,
- c) Bireylerde sigortanın yetersiz olduğuna dair algı olması,
- d) Tüm bu faktörlerin bir kombinasyonunun olması.

Kapsam yetersizliğiyle ilgili yukarıda verilen açıklamalar, eksik sigorta tanımının karmaşık ve çok boyutlu olduğuna işaret etmektedir. Bu sebeple, eksik sigorta durumunu meydana getiren faktörler temelde dört grupta incelenmektedir (12, 35):

1. Ekonomik faktörler (economic factors)
2. Deneyimsel faktörler (experiential factors)
3. Yapısal faktörler (structural factors)
4. Tutuma ilişkin faktörler (attitudinal factors)

2.2.1. Ekonomik Faktörler

Ekonomik faktörler, yukarıda yetersiz kapsamı meydana getiren faktörler arasında Bashshur ve arkadaşları (35) tarafından birinci sırada gösterilen faktörlerdir. Esasen bu faktörler, Farley'nin (34) 1985 yılında eksik sigorta tanımını dayandırdığı faktörler olmaları sebebiyle yapısal faktörlerden önce literatüre girmiştir. Ekonomik faktörler, sağlık hizmeti kullanımında cepten ödemelerin olup olmaması ve boyutu ile ilgilidir. Spesifik olarak, belirli sağlık hizmetleri için sabit miktar veya sabit yüzde olarak katkı payının olup olmaması ile katılım eşikli katkı payının olup olmaması ve boyutu ekonomik faktörleri oluşturmaktadır.

Dolayısıyla, ekonomik açıdan bakıldığında, sağlık sigortası kapsamının “tam kapsam” sağlayacak şekilde değil “yeterli kapsam” sağlayacak şekilde tasarlanması gerektiği savunulmaktadır. Bashshur ve arkadaşları (35), bu yaklaşımın doğruluğunu en az iki temel gerekçeye dayandırmaktadır. Birincisi, tam kapsamın, sigortalı bireylerin aşırı ve/veya gereksiz sağlık hizmeti kullanma olasılığını (ahlaki tehlike riskini) artırabildiğidir. Bu durum, hizmeti alan bireyler tarafından karşılanmayan “gereksiz” maliyetin, hizmeti almayan bireyler tarafından karşılanması zorunluluğunu doğurmaktadır ki, bunun da toplumsal menfaatler açısından arzu edilmeyen bir durum olduğuna vurgu yapılmaktadır. İkinci sebep, cepten ödemelerin ahlaki tehlikeyi azaltma ve böylece hem üçüncü taraf ödeyicilerin yükünü hafifletme hem de toplam sağlık harcamalarının azaltılmasında etkili bir araç olmasıdır.

Ekonomik ve toplumsal açıdan sağlık sigortası kapsamının cepten ödemeleri içermesi gerekliliği savunulurken, aynı zamanda cepten ödeme yapılan tüm hizmetlerin tıbbi açıdan gerekli/endike olduğu da varsayılmaktadır. Oysa kişi estetik amaçlı bir cerrahi müdahale geçirdiğinde, bu ameliyat için yaptığı cepten harcamanın “gerekli” bir sağlık hizmeti için olup olmadığı tartışmalıdır. Bu tür bir ameliyatı, kişinin psikolojik anlamda sağlık statüsüne olumlu katkı yapacağı için endike bir ameliyat olarak ele alan görüşler olabilir. Ancak bu görüşlerin kabulü demek, bu tür “tartışmalı” sağlık hizmetlerinin de geri ödeme kapsamına alınmasını ve hatta her tür sağlık hizmetinin geri ödeme kapsamına alınmasını kabul etmek demektir ki, bu durum “yeterli kapsam” değil “tam kapsam” anlamına gelmektedir (3, 35). Bu da, cepten ödemelerin sağlık sisteminin finansmanında kullanılması, ahlaki tehlike ve finansal sürdürülebilirlik ile ilgili gerekçeleri tekrar gündeme getirecektir. Dolayısıyla, bu konu ikilem yaratan bir

konudur çünkü bir taraftan cepten ödemelerle ahlaki tehlike sorunu kontrol edilmeye çalışılırken, diğer yandan eksik sigortalılık durumu yaratılmaktadır. Abraham ve arkadaşları (36) bu ikilemi “tersine ahlaki tehlike etkisi” (reverse moral hazard effect) olarak adlandırmaktadır.

Ekonomik bakış açısıyla eksik sigorta konusu ele alındığında, ortada bir gerçek var ki, bu, ahlaki tehlikeyi minimize etme ile sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı sağlama arasında bir “denge” kurulması zorunluluğudur. Bu gerçeğin bir yansıması olarak, ekonomik faktörler esas alındığında, eksik sigorta bir eşik değer ile tanımlanmaktadır. Bir başka ifadeyle, cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payına dayalı olarak sahip olunan sigortanın eksik ya da yetersiz olup olmadığı belirlenmektedir. Böylece, eksik sigorta, cepten ödeme miktarı ile gelir düzeyi arasındaki ilişkiye dayandırılmaktadır. Bu ilişki, ilk kez Farley (34) tarafından 1985 yılında yapılan çalışmada kurulmuştur ve günümüzde de geçerlidir.

Eksik sigorta sorununun olup olmadığı ve boyutunu ortaya koyabilmek için, iki noktada karar verilmesi önem arz etmektedir. Birincisi, eşik değer kaç olması gerektiği, ikincisi ise belirlenen standart eşik değer toplumun tamamına mı uygulanacağı yoksa farklı kesimler için farklı eşik değerler kullanılmasının mı daha doğru olacaktır. Bu bağlamda, literatürde ekonomik yaklaşımla eksik sigortanın tanımlanmasında iki ayrı eşik değer kullanılmaktadır. Bir başka ifadeyle, bu yaklaşımda eksik sigorta aşağıda belirtilen üç ölçüt ile tanımlanmaktadır (4, 5, 6, 8, 11, 34, 37, 38, 39):

- 1) Bir bireyin yıllık toplam cepten sağlık harcamasının yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %10 olması.
- 2) Yoksul bir bireyin yıllık toplam cepten sağlık harcamasının yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %5 olması.
- 3) Bir bireyin yıllık toplam katılım eşikli katkı payı ödemelerinin yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %5 olması.

Eksik sigortalılık konusunun ekonomik bakış açısıyla incelendiği çalışmalarda, bu üç ölçütten en yaygın olarak kullanılanı birinci ölçüttür. Ancak ABD’de özellikle son yıllarda yapılan çalışmalarda üç ölçütün birarada kullanımı yaygınlaşmaktadır.

Bu eşik değerler itibariyle eksik sigortalı nüfusun belirlenmesi, sigortalı ama eksik sigortalı olmayan nüfusun sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, hizmetin kalitesi, sağlık sonuçları ve finansal risk açısından hiçbir sorun yaşamadığı anlamına gelmemektedir. Ancak, daha sonra anlatılacağı üzere, eksik sigortalı nüfus bu tür sorunları daha yoğun yaşamaktadır.

2.2.2. Deneyimsel Faktörler

Bazı yazarlar tarafından ekonomik faktörler arasında gösterilen (3, 40) bu grup faktörler, bireylerin sağlık sigortasına sahip olmalarına rağmen hizmet alımında mali zorluklar yaşamaları üzerine odaklanır. Bireylerin cepten ödemeler nedeniyle sağlık harcamalarını karşılamakta zorluk çekmeleri veya cepten ödeme yapamadıkları için hizmet almaktan vazgeçmeleri veya ertelemeleri deneyimsel eksik sigortaya işaret etmektedir (38, 41).

Deneyimsel faktörlere dayalı olarak eksik sigortanın tanımlandığı çalışmalarda hizmet kullanıcılarına sorulan sorulara örnek olarak aşağıdakiler verilebilir (7, 41):

- Parasını ödeyemediğiniz için ihtiyacınız olduğu halde hizmet almakta geciktiğiniz veya hiç alamadığınız oldu mu?
- Parasını ödeyemediğiniz için bir doktora başvuramadığınız oldu mu?
- Parasını ödeyemediğiniz için doktorun önerdiği bir laboratuvar/görüntüleme testini yaptıramadığınız oldu mu?

Yukarıda belirtilen sorulardan da anlaşılacağı üzere, deneyimsel yaklaşımla eksik sigortalılık tanımlandığında, parasal gerekçe ile hiç hizmet alamayan veya hizmet alımını geciktiren bireyler hakkında bilgi sahibi olunmaktadır.

2.2.3. Yapısal Faktörler

Yapısal faktörler, yukarıda yetersiz kapsamı meydana getiren faktörler arasında Bashshur ve arkadaşları (35) tarafından birinci sırada gösterilen faktörlerdir. Bu faktörler, hizmet paketinin kapsamı ile ilgilidir. Bir hizmet paketinde 1) belli hizmetler kapsam dışında bırakılabilir, 2) belli hizmetler için tam kapsam sunulabilir veya 3) kapsanması belirli koşullara bağlanabilir dolayısıyla kısmen kapsanabilir. Kapsam

dışında bırakılan ve kısmen kapsanan hizmetler sigorta kapsamının yetersizliğine ve dolayısıyla eksik sigorta sorununa yol açmaktadır.

Abraham ve arkadaşlarına göre (36), eksik sigortayla ilgili ekonomik ve deneysel tartışmalar sonucunda neye karar verilirse verilsin, eksik sigorta konusu bir sağlık hizmetinin hizmet paketi içinde yer alıp almadığı, kapsanan hizmetlere erişim ve kullanımla, bir başka ifadeyle, yapısal faktörlerle de yakından ilişkilidir. Çünkü hizmet paketinin kapsamı, belirli bir sağlık hizmeti için cepten ödeme yapılıp yapılmayacağını ve yapılacak ödemenin boyutunu etkilemektedir. Örneğin, sağlık sigortasının kapsamı dar ise, birey daha yüksek cepten ödeme yapmak zorunda kalacağı için ihtiyaç duyduğu hizmeti alamayabilir veya sınırlı derecede alabilir. Dolayısıyla hem ekonomik ve deneysel faktörler hem de yapısal faktörler nedeniyle birey eksik sigorta sorunu ile karşı karşıya kalabilmektedir.

Bu açıklamalardan da anlaşılacağı üzere, yapısal faktörler ile ekonomik ve deneysel faktörler arasında yakın bir bağ bulunmaktadır. Bu bağ, eksik sigorta sorununun varlığını, boyutunu ve kimlerin bu sorundan daha fazla etkilendiğini belirleme, bir başka ifadeyle, eksik sigortanın ölçümüne dair teknik konular açısından da önemlidir. Örneğin, X hizmeti için kısmi kapsamlı hizmet paketine sahip olan düşük gelirli sigortalı bir birey, X hizmetini alamadığında deneysel bakış açısıyla eksik sigortalı olacaktır. Diğer yandan, bu kişi finansal engel nedeniyle alamadığı bu hizmet için cepten ödeme yapmamış olacağından, ekonomik bakış açısıyla eksik sigortalı kategorisinde yer almayacaktır. Dolayısıyla ekonomik bakış açısıyla eksik sigorta sorunu gerçekte olduğundan daha düşük belirlenecektir (36).

Bir başka örnek olarak estetik ameliyatları alalım. Estetik ameliyatlar kapsanmayacak hizmetler kategorisinde olduğu için, bireylerin bu hizmeti alıp cepten ödeme yapması durumunda ortaya çıkan eksik sigortalılık, tabloyu gerçekte olduğundan daha kötü gösterecektir. Bu örnekten de anlaşılacağı üzere, hizmet paketinde nelerin yer alması gerektiğine dair normatif standartların belirlenmesi veya bir kıyas (benchmark) olması durumunda daha doğru değerlendirmeler yapmak mümkün olabilir (35, 42).

2.2.4. Tutuma İlişkin Faktörler

Tutuma ilişkin faktörler, sağlık hizmeti kullanıcılarının sahip oldukları sigortanın ne ölçüde yeterli olduğuna dair kişisel görüşleridir (3, 12, 35). Spesifik

olarak, sigorta kapsamının yaterli olup olmadığı, kapsanan hizmetler, hizmet sunucular ve yapılan cepten ödemelere ilişkin sigortalı bireylerin görüşlerine dayalı olarak değerlendirilmektedir (40, 43, 44).

Tutuma ilişkin faktörlere dayalı olarak eksik sigortanın tanımlandığı çalışmalarda sağlık hizmeti kullanıcılarının görüşlerinin alındığı sorulara örnek olarak aşağıdaki sorular verilebilir (44):

- Sağlık sigortan ihtiyaçlarını karşılayacak hizmetleri sağlıyor mu?
- Sağlık sigortan başvurman gerektiğini düşündüğün hizmet sunucuyu seçmene izin veriyor mu?
- Sigortanın karşılamadığı ve senin cepten yaptığın ödemeler makul seviyede mi?

Ward'a göre (42), tutuma ilişkin faktörler aslında yapısal faktörlerin içinde yer alır ve kavramsal olarak ayrı tutulması gerekir. Çünkü hizmet paketinin tasarımı ister sigorta kuruluşu tarafından ister araştırmacı tarafından isterse hizmet kullanıcı tarafından belirlensin, sonuçta eksik sigortanın kaynağı sigortanın kapsamıdır. Burada kritik olan, yukarıda da vurgulandığı üzere, "Hangi hizmetler kapsanacak?" "Bunlarla ilgili cepten ödemeler olacak mı?" "Olacaksa, ne boyutta olacak?" sorularına cevaben, hizmet paketinin nasıl tasarlandığıdır. Hatta eksik sigorta incelemelerinde kullanılacak kıyasların olup olmadığıdır.

Özetle, eksik sigorta kavramının üzerinde fikirbirliğine varılmış bir tanımlı mevcut durumda yapılamamakta ve dolayısıyla farklı yaklaşımlarla tanımlanmaktadır. Birçok çalışmanın eksik sigorta tanımını dayandırdığı yaklaşım, ekonomik yaklaşımdır. Bununla birlikte, diğer yaklaşımları esas alan (8, 44) ve hatta kombine yaklaşımları kullanan araştırmalar da uluslararası literatürde mevcuttur (40, 45). Tanımdaki farklılık, eksik sigortalılığın ölçümünde de farklılığı getirmektedir. Örneğin, ekonomik yaklaşımda eksik sigortalılık tanımlandığında, eksik sigortalı nüfus hesaplamasına sağlık hizmeti alan bireyler dahil edilmektedir çünkü cepten ödeme sağlık hizmeti alındığında gündeme gelir. Oysa deneysel faktörlerde kişinin en azından algılanan bir sağlık sorununun olması halinde bu sorunun çözümü için bir sağlık kuruluşuna başvurabilmesinde mali bir engel yaşayıp yaşamadığı esastır. Dolayısıyla, ekonomik

yaklaşım ile eksik sigortalılık tanımlandığında, bedelini karşılayamadığı için sağlık hizmeti alamayan veya tedaviyi yarıda bırakan kişiler kapsam dışında bırakılmaktadır.

Tanımdaki ve ölçümdeki belirsizlik, eksik sigorta sorununun boyutunun ve bu soruna maruz kalanların özelliklerinin doğru tanımlanması ve sorunun çözümü için uygun politikalar geliştirilmesi ve hizmet paketlerinin tasarımı açısından da belirsizlik yaratmaktadır (8, 40, 44, 45). Örneğin, Preskitt ve arkadaşlarının (40) toplam 37.168 özel sağlık hizmetine ihtiyacı olan çocukları kapsadıkları çalışmada, çocukların tutumsal yaklaşımla yaklaşık %31'ini, ekonomik yaklaşımla yaklaşık %23'ünü ve kombine yaklaşımla yaklaşık %13'ünü eksik sigortalı olarak gruplamıştır. Çalışmada bu grupların çeşitli özellikleri itibarıyla da farklılık gösterdiği bulunmuştur. Örneğin, ekonomik bakış açısıyla eksik sigortalı bulunan çocukların tutumsal bakış açısıyla eksik sigortalı bulunan çocuklara göre tıbbi araç, gereç, malzeme ve evde bakım hizmetlerine erişim sorununu daha fazla yaşadığı belirlenmiştir. Eğer eksik sigorta sorununu çözmek için tutumsal yaklaşımla elde edilen bulgulardan hareket edilirse, eksik sigortalı çocukların tıbbi araç, gereç, malzeme ve evde bakım hizmetlerine erişim sorunu devam etmiş olacaktır.

Bir başka örnek olarak, Oswald ve arkadaşları (45) tarafından Virginia'daki çocukları kapsayan çalışmada eksik sigorta prevalansı tutumsal, ekonomik ve yapısal yaklaşımlarla incelenmiştir. Tutumsal yaklaşıma göre çocukların yaklaşık %29'u, ekonomik yaklaşıma göre yaklaşık %26'sı ve yapısal yaklaşıma göre yaklaşık %3'ü eksik sigortalı olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada, tutumsal modelde eksik sigortalılık yoksulluk düzeyi ile ilişkili bulunurken, ekonomik modelde demografik göstergelerle, yapısal modelde ise hiçbir göstergeyle ilişkili bulunmamıştır.

Gelinen nokta itibarıyla, görünen o ki, eksik sigortalılık durumunun üzerinde hemfikir olunan kapsamlı bir tanımla yapılmıyacağına değin bu karmaşa ve belirsizlik devam edecektir. Diğer yandan, eksik sigortalılık durumu hangi bakış açısıyla tanımlanırsa tanımlansın, bu soruna maruz kalmak bireyleri ve toplumu önemli sorunlarla karşı karşıya getirmektedir. Eksik sigortalı olmanın yarattığı çeşitli sorunlar aşağıda anlatılmaktadır.

2.3. Eksik Sigortanın Ortaya çıkardığı Sorunlar

Eksik sigortalılık durumu, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım ile ilgili ciddi sorunlara yol açtığı gibi, alınan hizmetin kalitesi ve finansal sonuçları bağlamında da olumsuz etkileri olabilecek bir durumdur. Amerika Birleşik Devletleri'nde düşük gelirli bireyler eksik sigortalı nüfusun %61 gibi yüksek bir yüzdesini oluşturmaktadır (6). Sadece bu bilgi dikkate alındığında, eksik sigorta sorunundan en fazla etkilenen grubun, düşük gelirli bireyler olduğu aşikârdır.

2.3.1. Sağlık Hizmetine Erişim, Kullanım ve Hizmet Kalitesi ile İlgili Sorunlar

Eksik sigortalı kişilerin sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve alınan hizmetin kalitesi ile ilgili göreceli olarak daha fazla sorun yaşadığı yapılan çok sayıda bilimsel araştırmada ortaya konulmuştur. Schoen ve arkadaşları (4) tarafından yapılan ve 2003 yılı verileriyle 3.293 yetişkini kapsayan çalışmada, ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılık tanımlanmıştır. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda, cepten harcama nedeniyle erişim sorunu yaşanan alanlar; reçetelenen ilacı alamamak (%38), hekimin önerdiği teşhis veya tedavi işlemlerini yaptıramamak (%30), ihtiyacı olduğu halde hekime muayene olamamak (%32), uzman hekim hizmeti alamamak (%18) olarak belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca, eksik sigortalı bireylerin %54'ünün bu sorunlardan en az bir tanesini yaşadığı da belirlenmiştir. Aynı analizde eksik sigortalı yetişkin bireylerin eksik sigortalı olmayan bireylere kıyasla, ihtiyaç duyduklarında kaliteli bakım alacaklarına dair daha az güven duydukları (%29'a karşılık %45) ve bir önceki yıl aldıkları hizmetin kalitesinden daha az memnun oldukları da (%14'e karşılık %27) bulunmuştur.

Schoen ve arkadaşlarının (39) 2007 yılı verileriyle 2.616 yetişkini kapsayan bir diğer çalışmada da eksik sigortalılık ekonomik yaklaşımla tanımlanmış ve sonuçlar oldukça benzer bulunmuştur. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda, cepten harcama nedeniyle eksik sigortalıların erişim sorunu yaşadığı alanlar reçetelenen ilacı alamamak (%41), hekimin önerdiği teşhis veya tedavi işlemlerini yaptıramamak (%30), ihtiyacı olduğu halde hekime muayene olamamak (%35), uzman hekim hizmeti alamamak (%20), koruyucu hizmetleri geciktirmek (%17), kronik hastalığı olanların almaları gereken ilaç dozunu alamaması veya reçetelenen ilacı alamaması (%39) olarak

belirlenmiştir. Aynı analizde, eksik sigortalı bireylerin bu sorunlardan en az birini yaşayanların yüzdesinin ise %53 olduğu ortaya koyulmuştur. Çalışmada ayrıca eksik sigortalı yetişkinlerin eksik sigortalı olmayan yetişkinlere göre, ihtiyaç duyduklarında kaliteli bakım alacaklarına dair güvenlerin daha zayıf olduğu (%11'e karşılık %25) belirlenmiştir.

Schoen ve arkadaşlarının (11) 2010 yılı verileriyle 4.005 yetişkinle yaptığı ve eksik sigortalılığı ekonomik yaklaşımla tanımladığı bir başka çalışmada, araştırma kapsamındaki bireylerin %16'sının eksik sigortalı olduğu belirlenmiştir. Schoen ve arkadaşları tarafından (4, 39) 2003 yılında yapılan çalışmada eksik sigortalı bireyler %9, 2007 yılında yapılan çalışmada %14 olarak tespit edilmiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda, eksik sigortalı bireylerin cepten harcama nedeniyle reçetelenen ilacı alamamak, hekimin önerdiği teşhis veya tedavi işlemlerini yaptıramamak, ihtiyacı olduğu halde hekime muayene olamamak, uzman hekim hizmeti alamamak gibi sorunları yaşama olasılığı eksik sigortalı olmayan sigortalı bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde 2 kat daha yüksek bulunmuştur. Aynı analizde, eksik sigortalı bireylerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde %46'sının yıl içerisinde en az bir kez hizmete erişim sorunu yaşadığı; kronik hastalığı olanların %24'ünün almaları gereken ilaç dozunu alamadıkları veya reçetelenen ilacı alamadıkları; %17'sinin aldıkları hizmetin kalitesini orta ve düşük olarak beyan ettikleri de bulgular arasındadır.

Collins ve arkadaşlarının (6) 19-64 yaş arası yetişkinleri kapsayan ve eksik sigortalılığı ekonomik yaklaşımla tanımladığı çalışmada, eksik sigortalı bireylerin %44'ü cepten harcama nedeniyle ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini alamadıklarını; bir başka ifadeyle, hasta oldukları halde bir doktora gidemediklerini, reçetelenen ilacı alamadıklarını ve hekimin önerdiği teşhis veya tedavi işlemlerini yaptıramadıklarını beyan etmiştir. Sigortasız bireylerin ve eksik sigortalı olmayan sigortalı bireylerin bu soruna maruziyet boyutu ise sırasıyla %57 ve %23 olarak bulunmuştur. Özel sağlık sigortalı ve kronik hastalığı olan eksik sigortalı bireylerin ¼'ünün cepten harcama nedeniyle ihtiyacı olan ilacı hekime reçete ettiremediğini veya alması gereken ilaç dozunu alamadığını göstermiştir. Bu sorun eksik sigortalı olmayan sigortalı kesimde de yaşanmış olmakla birlikte, maruziyet boyutu %7'dir. Collins ve arkadaşlarının (6) çalışması kronik hastalığı olan eksik sigortalı bireylerin acil hizmetlerden yararlanamama ve yataklı sağlık hizmeti alması gerektiği halde alamama sorunlarını

yaşama olasılıklarının (%24) eksik sigortalı olmayan bireylere (%7) göre daha yüksek olduğunu da tespit etmiştir.

Eksik sigortalılık konusunun çocuk nüfusa odaklı olarak ele alındığı çok sayıda çalışma da mevcuttur. Bu çalışmalarda eksik sigortalılık sorununun çocuk nüfusta yaygın bir sorun olduğuna dikkat çekilmektedir. Örneğin, Kogan ve arkadaşlarının (44) 0-17 yaş arasındaki 91.624 çocuğu kapsayan çalışmasında, tutumsal yaklaşım kullanılmış ve 2007 yılında 14 milyon çocuğun (ABD'deki çocukların %19,3'ünün) eksik sigortalı olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya göre bu çocukların, yıl boyunca eksik sigortalı olmayan akranlarına kıyasla, sağlık hizmetlerine erişim ve alınan hizmetin kalitesi açısından dezavantajlı olduğu ortaya koyulmuştur. Eksik sigortalı çocuklar ihtiyaç duydukları bakımı almak için ilgili kuruluşa sevk edilme, bir önceki yıl ihtiyaç duyduğu halde hiç sağlık hizmeti alamama veya erteleme, koruyucu hizmet alamama, uzman hekimden hizmet alamama sorunlarını daha fazla yaşayan çocuklar olarak tespit edilmiştir.

Long tarafından (46) Ohio'da 2.900 ebeveyni kapsayan bir başka çalışmada, deneysel yaklaşımla çocukların eksik sigortalı olup olmadığı tespit edilmiştir. Araştırmadaki ebeveynlerin %17'si cepten ödeme yapamadıkları için pediatrist tarafından önerildiği halde çocuklarının gerekli sağlık hizmetini alamadıklarını beyan etmiştir. Eksik sigortalı olarak sınıflandırılan ebeveynlerin 1/3'ü çocuklarının eksik sigortalılık nedeniyle sağlık statülerinin kötüleştiğine inandıklarını belirtmiştir. İlginç bir sonuç olarak, özel sağlık sigortasına sahip çocukların kamu sağlık sigortasına sahip çocuklara göre eksik sigortalı olma olasılığı yaklaşık 2 kat daha fazla bulunmuştur.

Katılım eşikli katkı payının eksik sigortalılık açısından önemli bir faktör olduğu dikkate alındığında, hizmeti alma ile ilgili yaşanan sorunların yüksek miktarda katılım eşikli katkı payı ödemek zorunda olan özel sigortalı bireylerde daha fazla olması da vurgulanmaya değerdir (6).

2.3.2. Finansal Sorunlar

Eksik sigortalı kişilerin literatürde cepten sağlık harcamalarının yol açtığı finansal şok/stress olarak adlandırılan sorunlara daha fazla maruz kaldığı ortaya konulmuştur. Sağlık harcamalarını karşılamakta zorluk çekme ve sağlık harcamaları

nedeniyle borçlanma eksik sigortanın yarattığı önemli sorunlar arasında gösterilmektedir.

Schoen ve arkadaşları (4) tarafından 2003 yılı verileriyle 3.293 yetişkini kapsayan çalışmada, ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılık tanımlanmıştır. Çalışmada, sağlık harcamalarını borç para olarak karşılamının (%46) ve sağlık harcamalarını karşılamak için yaşam tarzlarında değişiklik yapmanın (%35) eksik sigortalı yetişkinlerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Schoen ve arkadaşlarının (39) 2007 yılı verileriyle 2.616 yetişkini kapsayan ikinci çalışmasında da eksik sigortalılık ekonomik yaklaşımla tanımlanmıştır. Sağlık harcamalarını karşılamakta zorlanmanın (%36), sağlık harcamalarını karşılamak için yaşam tarzlarında değişiklik yapmanın (%27) ve bu sorunlardan en az birini yaşamının (%45) eksik sigortalı yetişkinlerde daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

Schoen ve arkadaşlarının (11) 2010 yılı verileriyle 4.005 yetişkini kapsayan bir diğer çalışmasında da eksik sigortalılık ekonomik yaklaşımla tanımlanmıştır. Eksik sigortalı bireylerin %52'sinin sağlık harcamalarını karşılamakta zorluk çektikleri, sağlıkla ilgili faturaları ödemek için yaşam tarzlarını değiştirmek zorunda kaldıkları; %32'sinin tıbbi faturaları ödemek için kredi çekmek, evini ipotek yaptırmak veya kredi kartına borçlanmak zorunda kaldıkları bulunmuştur. Yazarların bu üç çalışması, eksik sigortalı bireylerin cepten harcamalar nedeniyle yaşanan finansal problemlerin boyutunun artarak devam ettiğini ortaya koymuştur.

Collins ve arkadaşlarının (6) 19-64 yaş arası yetişkinleri kapsayan ve eksik sigortalılığı ekonomik yaklaşımla tanımladığı çalışmada, eksik sigortalı yetişkin bireylerin %51'inin yıl içinde en az bir kez sağlık harcamalarını karşılamakta zorluk çekilmesi nedeniyle borç yükü altında oldukları belirlenmiştir. Aynı çalışmada, ayrıca, özel sigortalılar arasında yüksek miktarda katılım eşikli katkı payı ödeyenlerin daha düşük miktarda katılım eşikli katkı payı ödeyenlere kıyasla borç yükünü daha fazla taşıdıkları tespit edilmiştir. Borç yükü ile mücadele etmek zorunda kalan bu bireylerin %47'si tüm mevduat hesaplarını kullanmış, %44'ünün kredi notu düşmüş, %34'ünün kredi kartı borçları artmış ve %7'si iflasını ilan etmiştir.

2.4. Eksik Sigorta İle İlişkili Faktörler

Eksik sigortalılık sorununa ne tür özellikleri taşıyan bireylerin daha fazla maruz kaldığına dair mevcut bilgi ABD’de yapılan araştırmalara dayanmaktadır. Bu araştırmalarda ön plana çıkan faktörler aşağıda belirtilmektedir:

- Gelir düzeyi
- Sağlık sigortası türü
- Sağlık statüsü
- Yaş
- Medeni durum
- Cinsiyet
- Eğitim düzeyi
- İstihdam durumu
- Hanehalkı büyüklüğü
- Aile yapısı
- Alınan hizmetin türü
- Yerleşim yeri

Bu faktörler aynı zamanda bireylerin sağlık statüsünü ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımlarını etkileyebilecek faktörlerdir.

2.4.1. Gelir Düzeyi

Bireylerin gelir düzeyi, eksik sigortalılık konusunun ele alındığı tüm araştırmalarda ana faktörlerden biri olmuştur. Mevcut araştırmalar düşük gelirli bireylerde eksik sigortalılık durumunun yüksek gelirli bireylere göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Schoen ve arkadaşları (4) tarafından 2003 yılı verileriyle 3.293 yetişkini kapsayan çalışmada, eksik sigortalılık ekonomik yaklaşımla

tanımlanmıştır. Tanımlayıcı analizlere göre, gelir düzeyi arttıkça eksik sigortalılık yüzdesi azalmıştır. Sağlık sigortasına sahip bireyler arasında eksik sigortalı olanların %36'sını en düşük gelir düzeyindeki bireyler oluşturmuştur.

Ziller ve arkadaşları (38) tarafından yapılan çalışmada, ekonomik yaklaşım benimsenerek özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerde eksik sigortalılık incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiksel analizler, eksik sigortalı bireylerin %63,3 gibi yüksek bir yüzdeyle en düşük gelir grubunda bulunan bireylerden oluştuğunu göstermiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda da en düşük gelir grubundaki bireylerin eksik sigortalı olma olasılığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Schoen ve arkadaşlarının (39) 2007 yılı verileriyle 2.616 yetişkini kapsayan ikinci çalışmada da eksik sigortalılık ekonomik yaklaşımla tanımlanmıştır. Ve tanımlayıcı analizler, gelir düzeyi arttıkça eksik sigortalılık yüzdesinin azaldığını bu çalışmada da teyit etmiştir. Eksik sigortalıların %41'i en düşük gelir düzeyine (yıllık 20.000 \$ altında geliri olanlar) sahip bireylerden oluşmuştur.

Voorhees ve arkadaşlarının (8) birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki 1.133 hastayı kapsayan araştırmasında eksik sigortalılık durumu deneyimsel yaklaşımla belirlenmiştir. Tanımlayıcı analizlere göre, gelir düzeyi arttıkça eksik sigortalılık yüzdesinin azaldığı belirlenmiştir. Eksik sigortalı bireylerin %53,5'ini en düşük gelir düzeyine sahip bireyler oluşturmuştur.

Link ve McKinlay (47) 30-79 yaş arasındaki 5.503 yetişkinin kapsandığı çalışmada, eksik sigortalı yetişkinlerin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık durumları incelenmiştir. Deneyimsel yaklaşım ile eksik sigortalılığın tanımlandığı çalışmada, tanımlayıcı analizler sonucunda gelir düzeyi en düşük olan kişilerde eksik sigortalılık yüzdesi daha yüksek bulunmuştur.

Schoen ve arkadaşları (11) tarafından 2010 yılında 4.005 yetişkinle ekonomik yaklaşım benimsenerek yapılan üçüncü çalışmada, tanımlayıcı bulgular gelir düzeyi yükseldikçe eksik sigortalılık yüzdesinin azaldığını göstermiştir. Özellikle, eksik sigortalı olan bireylerin %43'ü en düşük gelir düzeyindeki bireylerden oluşmuştur. Çalışmada en yüksek gelir düzeyindeki (yıllık 100.000 \$ veya üzerinde geliri olanlar)

kişilerin %8'lik bir kesiminin eksik sigortalı olduğu dikkate alındığında, gelir düzeyinin eksik sigorta riski açısından önemli bir faktör olduğu aşikardır.

Cardinalli ve arkadaşları (7) tarafından yapılan çalışmada, 2011 ve 2012 yıllarında iki farklı birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran toplam 271 yetişkinle eksik sigortalılık yüzdesi belirlenmiştir. Verilerin anket aracılığıyla toplandığı çalışmada deneyimsel yaklaşım kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizler neticesinde, gelir düzeyi arttıkça eksik sigortalılık yüzdesinin azaldığı, eksik sigortalı bireylerin yaklaşık %69'unu en düşük gelir dilimindeki bireylerin oluşturduğu belirlenmiştir.

Collins ve arkadaşlarının (6) 2007 yılı verileri kullanılarak 2.616 yetişkini kapsayan çalışmada, ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılık durumu belirlenmiştir. Bu çalışmada da gelir düzeyi en düşük olan bireyler eksik sigortalı nüfusun %26'sı ile en fazla kısmını oluşturmuştur.

Gelir düzeyi düşük olan bireylerde eksik sigortalılığın daha yüksek olmasının sebebi, daha önce özel sağlık sigortası konusunda da açıklandığı gibi, sağlık sigortalarının tasarımında gelirin değil, sağlık statüsünün esas alınmasıdır. Yoksul bireylerin sağlık statüsünün daha düşük olduğu bilinen bir gerçektir. Bu iki unsur birarada değerlendirildiğinde, yoksulların daha kötü sağlık statüleri nedeniyle daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağı ve dolayısıyla daha fazla harcama yapmak durumunda kalacağı aşikardır. Bu da yoksul ve kötü sağlık statüsüne sahip bireyler için daha yüksek özel sigorta primi veya katkı payı anlamına gelmektedir (4).

2.4.2. Sağlık Sigortası Türü

Eksik sigortalılık durumu, sağlık sigortası ve cepten harcama ile bağlantılı olduğundan, sağlık sigortası türüne göre eksik sigortalılığın farklılık gösterip göstermediği incelenmesi gereken kilit konulardan biri olmuştur.

Voorhees ve arkadaşlarının (8) birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlardaki 1.133 hastayı kapsayan ve eksik sigortalılık durumunun deneyimsel yaklaşımla ölçüldüğü çalışmada, Medicaid %25,8 ile ve Eyalet Sigorta Kapsamı (State Insurance Coverage) %26,8 ile eksik sigorta sorunu en yüksek sağlık sigortası programları olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, eksik sigortalı olanların sadece %5,2'sinin özel sigortası bulunmaktadır.

Schoen ve arkadaşlarının (39) 2007 yılında 2.616 yetişkini kapsayan çalışmasında, çok değişkenli regresyon analizi sonuçlarına göre hem kamu hem de özel sağlık sigortası programlarınca kapsanan bireylerin eksik sigortalılık yüzdesi eksik sigortalı olmayan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir. Ancak işveren destekli özel sağlık sigortasına sahip bireylerin eksik sigortalılık yüzdesi (%65) en yüksek bulunmuştur. Medicare ve Medicaid programlarını içeren kamu sigorta programları arasında ise Medicare kapsamındaki bireylerin eksik sigortalılık yüzdesi (%11) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Diğer bazı çalışmalarda ise sadece özel sağlık sigortası olan bireyler kapsamakta ve farklı açılardan eksik sigortalılık irdelenmektedir. Örneğin, Ziller ve arkadaşları (38) tarafından yapılan bir çalışmada, ekonomik yaklaşım benimsenerek özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerde hem genel olarak hem de yerleşim yerine göre eksik sigortalılık konusu ele alınmıştır. Gabel ve arkadaşlarının (5) yaptığı bir başka çalışmada, işveren destekli özel sağlık sigortası olan bireyler kapsamış ve farklı türdeki özel sağlık sigortaları arasında eksik sigorta prevalansında farklılık olup olmadığı incelenmiştir.

Çocukları kapsayan çalışmalarda da sağlık sigortası türü ana değişken olarak ele alınmıştır. Long tarafından (46) Ohio'da 2.900 ebeveyni kapsayan ve deneyimsel yaklaşımla çocukların eksik sigortalı olup olmadığının belirlendiği bir başka çalışmada, özel sağlık sigortasına sahip çocukların kamu sağlık sigortasına sahip çocuklara göre eksik sigortalı olma olasılığı yaklaşık 2 kat daha yüksek bulunmuştur. Özel sigortaların kamu sigortalarına göre çocuklarda eksik sigortalılık riski için önemli rol oynadığı bulgusu, Kogan ve arkadaşlarının (44) 0-17 yaş arasındaki çocukları kapsayan ve eksik sigortalılığı tutumsal yaklaşımla ölçtükleri çalışmada da desteklenmiştir.

2.4.3. Sağlık Statüsü

Mevcut araştırmalar tutarlı bir şekilde sağlık statüsü daha kötü olan bireylerin eksik sigortalı olma riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Schoen ve arkadaşlarının (4) 2003 yılında 3.293 yetişkini kapsayan çalışmasında, tanımlayıcı bulgulara göre eksik sigortalılık yüzdesi sağlık statüsü mükemmel ya da çok iyi olan bireylerde %7 iken, sağlık statüsü orta ya da kötü olan bireylerde yaklaşık 2,5 kat daha yüksektir. Kronik hastalığı olanlarda ise eksik sigortalılık %15'dir.

Ziller ve arkadaşlarının (38) özel sağlık sigortası olan bireyleri kapsadığı çalışmalarında sağlık statüsü kötü olan bireylerde eksik sigortalılık yüzdesi (%17) göreceli olarak 3 kat daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca aynı çalışmada kronik hastalığın varlığı da eksik sigortalılık riskine yol açabilecek faktörlerden biri olarak gösterilmektedir. Bu bulgular çok değişkenli regresyon analizi ile de desteklenmiştir. Spesifik olarak hem sağlık statüsü değişkeni hem de kronik hastalık değişkeni, çok değişkenli regresyon analizinde de eksik sigortalı olma olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur.

Schoen ve arkadaşlarının (39) 2007 yılı verileriyle 2.616 yetişkini kapsayan ve eksik sigortalılığın ekonomik yaklaşımla tanımlandığı çalışmada, eksik sigortalı bireylerin %56'sı sağlık statüsü daha kötü olan bireylerden oluşmuştur. Çalışmada ayrıca sağlık statüsü kötü olan bireylerdeki eksik sigortalılık yüzdesinin 2003 yılına göre (%13) %38 arttığı da raporlanmıştır.

Link ve McKinlay (47) tarafından 30-79 yaş arasındaki yetişkinlerin kapsandığı tanımlayıcı çalışmada, eksik sigortalı bireylerin, kronik hastalığı olanlar dahil, sağlık statüsünün göreceli olarak daha kötü olduğu ortaya koyulmuştur. Çalışmada ayrıca Kısa Form-12 (Short Form-12, SF-12) ile ölçülen yaşam kalitesi düzeyinin de eksik sigortalı bireylerde daha düşük olduğu ortaya koyulmuştur.

Collins ve arkadaşlarının (6) 2007 yılı verileri kullanılarak 2.616 yetişkinin kapsandığı ve ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılık durumunun belirlendiği çalışmada, eksik sigortalı olanların %30'unun sağlık statüsü kötü olan veya kronik hastalığı olan bireylerden oluştuğu belirlenmiştir. Eksik sigortalılık prevalansı sağlık sorunu olmayan bireylere göre (%16) yaklaşık 2 kat yüksektir.

2.4.4. Yaş

Mevcut araştırmalara göre yaş faktörü ile eksik sigortalılık ilişkisi çalışmadan çalışmaya farklılık göstermekle birlikte görülme sıklığı genel olarak ilerleyen yaşlarda artmaktadır. Schoen ve arkadaşlarının (4) 2003 yılı verileriyle 3.293 yetişkini kapsayan ve eksik sigortalılığı ekonomik yaklaşımla tanımladıkları çalışmada, tanımlayıcı bulgular 50-64 yaş grubundaki kişiler arasında eksik sigortalılık yüzdesinin (%11) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmalarında, tanımlayıcı bulgular eksik sigortalılık yüzdesinin 18 yaşın altındaki bireylerde ve 40-64 yaş grubundaki bireylerde daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda da bu iki yaş grubundaki bireylerin eksik sigortalı olma olasılığının 18-39 yaş grubundaki bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Voorhees ve arkadaşlarının (8) birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşları kapsayan araştırmalarında eksik sigortalılık deneyimsel yaklaşımla ölçülmüştür. Tanımlayıcı analizler, 65 yaşında ve daha yaşlı olan bireylerin eksik sigortalılık yüzdesini 18-64 yaş grubundakilere göre daha düşük bulmuştur.

Schoen ve arkadaşlarının (39) 2007 yılı verileriyle 2.616 yetişkini kapsayan ve eksik sigortalılığın ekonomik yaklaşımla tanımlandığı ikinci çalışmada da tanımlayıcı bulgular 50-64 yaş grubundaki kişiler arasında eksik sigortalılık yüzdesinin (%18) diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Kogan ve arkadaşlarının (44) 0-17 yaş arasındaki çocukları kapsayan ve eksik sigortalılığı tutumsal yaklaşımla ölçtükleri çalışmada, tanımlayıcı bulgular çocukların yaşı yükseldikçe eksik sigortalılık yüzdesinin arttığı ortaya konulmuştur. Spesifik olarak, 0-5 yaş grubundaki çocuklar arasında eksik sigortalı olanların yüzdesi %15,8 ile en düşük iken, 12-17 yaş grubundaki çocuklar arasında %21,5 ile en yüksek bulunmuştur. Çalışmanın çok değişkenli analiz bulguları 5 yaş altı çocuklarla ilgili tanımlayıcı bulguyu desteklemiştir. Daha büyük yaştaki çocuklarda riskin artmasının olası sebebi olarak, bu yaşlardaki çocukların mental sağlık hizmeti gibi özel sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duymaları ve sigorta programlarının bu tür hizmetleri kapsamakta yetersiz kalması gösterilmektedir.

Schoen ve arkadaşları (11) tarafından 2010 yılında 4.005 yetişkinle ekonomik yaklaşım benimsenerek yapılan üçüncü araştırmada, tanımlayıcı bulgular 50-64 yaş grubundaki kişiler arasındaki eksik sigortalılık yüzdesinin (%16) 30-49 yaş grubundaki kişilerle aynı olduğu bulunmuştur.

Cardinalli ve arkadaşlarının (7) 2011 ve 2012 yıllarında iki farklı birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran toplam 271 yetişkinle yapılan çalışmada, eksik sigortalılık yüzdesi 30-49 yaş aralığındaki kişilerde %42,3 ile en yüksek, 50-64 yaş

grubundaki kişilerde %23,7 ile ikinci en yüksek, buna karşın 65 yaş ve üzeri kişilerde %8,3 ile en düşük bulmuştur.

2.4.5. Medeni Durum

Eksik sigortalılık literatüründe medeni durumun ele alındığı bir çalışma mevcuttur. Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmalarında, tanımlayıcı bulgular eksik sigortalılık yüzdesinin bekar olanlara kıyasla evli olanlarda daha yüksek olduğunu göstermiştir.

2.4.6. Cinsiyet

Yapılan mevcut tanımlayıcı araştırmalar, kadınlarda eksik sigorta riskinin erkeklere göre daha yüksek olduğuna işaret etmektedir (4, 28, 39).

2.4.7. Eğitim Düzeyi

Eğitim düzeyine göre eksik sigortalılığı ele alan sadece bir çalışma mevcuttur. Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmalarında, tanımlayıcı bulgular eksik sigortalılık yüzdesinin lise seviyesinin altında eğitim almış olan bireylerde daha yüksek olduğunu göstermiştir.

2.4.8. İstihdam Durumu

İstihdam durumuna göre eksik sigortalılığın görülme sıklığını inceleyen çalışmalar da sınırlıdır. Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmalarında, tanımlayıcı bulgular eksik sigortalılık yüzdesinin çalışmayan bireylerde çalışan bireylere göre yaklaşık 4 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çok değişkenli regresyon analizi sonucunda da bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı şekilde desteklenmiştir.

Collins ve arkadaşlarının (6) 2007 yılına ait verileri kullanarak 2.616 yetişkini kapsadığı ve eksik sigortalılık durumunu ekonomik yaklaşımla belirlediği çalışmada, tanımlayıcı bulgular çalışmayan bireyler arasında eksik sigortalılık yüzdesinin (%31) çalışan bireylere göre 1,7 kat daha yüksek olduğunu göstermiştir.

2.4.9. Aile Yapısı

Literatürde aile yapısı ile eksik sigortalılık bağının incelendiği sadece bir çalışma mevcuttur. Schoen ve arkadaşlarının (4) 2003 yılı verileriyle 3.293 yetişkini kapsayan ve eksik sigortalılığı ekonomik yaklaşımla tanımladıkları çalışmada, tanımlayıcı bulgular çocuk sahibi olmayan bekar kişiler ile çocuk sahibi olan bekar kişiler arasında eksik sigorta sorununu yaşayanların yüzdesi aynı bulunmuştur (%10). Bu iki grubun eksik sigortalılık riski evli olup çocuk sahibi olan ve evli olup çocuk sahibi olmayan bireylere göre (sırasıyla %8 ve %9) biraz daha yüksektir.

2.4.10. Alınan Hizmetin Türü

Ayakta ve yatarak şeklindeki bir ayrımla alınan hizmetin türü ile eksik sigortalılık bağının incelendiği sadece bir çalışma mevcuttur. Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmasında, çok değişkenli regresyon analizi sonucunda yatarak sağlık hizmeti alan bireylerin eksik sigortalı olma riski ayakta sağlık hizmeti alan bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

2.4.11. Hanehalkı Büyüklüğü

Hanehalkı büyüklüğü ile eksik sigortalılık arasında bir bağ olup olmadığının incelendiği sadece bir çalışma mevcuttur. Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmalarında, eksik sigortalılık yüzdesi ile hanedeki fert sayısı arasında net bir ilişki bulunmamıştır. Tanımlayıcı bulgulara göre eksik sigortalılık yüzdesi hanede 5 ve daha fazla kişinin bulunduğu hanelerde en yüksektir, bu haneleri 1 ve 2 kişilik haneler izlemiştir. Üç ve dört kişilik haneler ise eksik sigorta riskinden en az muzdarip olan haneler olarak tespit edilmiştir. Ancak çok değişkenli regresyon analizi hanehalkı büyüklüğü ile eksik sigortalılık riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığına işaret etmemektedir.

2.4.12. Yerleşim Yeri

Kırsal ve kentsel alan olarak yerleşim yeri ayrımına göre eksik sigortalılık durumunun farklılık gösterip göstermediğini inceleyen sadece bir çalışma mevcuttur. Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri

kapsayan çalışmalarında, eksik sigortalı birey yüzdesi kırsal alandaki bireylerde kentsel alandaki bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli regresyon analizi bulguları da bunu desteklemiştir. Kırsal alanda yaşayan özel sağlık sigortalı bireylerin eksik sigortalı olma riski kentsel alanda yaşayan özel sağlık sigortalı bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

2.5. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Eksik Sigorta Sorunu

2.5.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Türkiye, daha önce açıklanan dört mali kaynak toplama yönteminin tümünü kullanmaktadır. Bir başka ifadeyle, vergiler, genel sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve cepten ödemelerden oluşan kaynaklar sağlık sistemi finansmanı için kullanılmaktadır.

2.5.1.1. Genel Sağlık Sigortası (GSS)

GSS, 2006 yılında kabul edilen, 2008 yılında yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile birlikte kademeli olarak hayata geçirilmiştir. GSS sistemine geçiş süreci 2012 yılında tamamlanmıştır. Bu geçiş sürecinde, 2007 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-kur, Emekli Sandığı, 2010 yılında aktif memurlar ve 2012 yılında yeşil kartlılar Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) devredilmiştir. Böylece, daha önce parçalı yapıdaki sağlık sigortası programları SGK çatısı altında toplanmıştır.

GSS prim esasına dayalı bir yöntemdir. Tüm bireyler aylık olarak belirli miktarda prim ödemektedir. Bordrolu çalışanların prim ödemeleri çalıştıkları kurum tarafından çalışanlar adına ödenmektedir. Çalışmayanların ise ne kadar prim ödeyeceği, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları tarafından yapılan gelir testi işlemleri sonucunda belirlenmektedir. Ödeme gücü olmayan kişilerin ve ailesi sağlık sigortasına sahip olmayan 18 yaşın altındaki kişilerin primlerini devlet vergi gelirlerinden ödemektedir.

GSS’de temel amaç, toplumdaki tüm bireylerin sağlık sigortası kapsamına alınmasıdır. 2003 yılında nüfusun yaklaşık %66’sı kapsam altında iken (48), 2012 yılında nüfusun %98’inin GSS kapsamında olduğu raporlanmaktadır. Bu tabloya göre, GSS nüfusun neredeyse tamamını kapsamaktadır (14).

Bir bireyin GSS kapsamında olabilmesi için temel koşul, yerleşim yerinin Türkiye olmasıdır. Bu koşulu sağlayan ve primini ödeyen (veya primi ödenen) «HERKES» GSS kapsamındadır. Ancak, bazı kişiler kapsam dışında tutulmuştur. GSS’de kapsanmayan kişiler aşağıda belirtilmektedir (49):

- Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tâbi olduğunu belgeleyen kişiler,
- Türkiye'de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan yerleşim yeri yurt dışında olup o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tâbi olanlar,
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığına da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,
- Hükümlü ve tutuklular,
- Er, erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri,
- 3201 sayılı Kanuna göre borçlanarak emekli olan ve yerleşim yeri yurt dışında olanlar,
- TBMM üyeleri ile bunların emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri ve dul ve yetimleri,
- Anayasa Mahkemesi üyeleri ile emeklileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri,
- Kanununun 60. maddesinin 1. fıkrasının (d) bendi kapsamındaki mütekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olamayan

ve Kanununun 4'üncü maddesi kapsamında sigortalı sayılmayan kişilerden, Türkiye'de bir yıldan kısa süreyle yerleşik olanlar,

- Bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların teşkil ettikleri birliklerin personeli için kurulmuş bulunan sandıkların üyeleri.

GSS kapsamı dışında tutulan kişiler arasında başka sağlık sigortası programlarınca kapsamaktadır. Örneğin, TBMM üyeleri, emeklileri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri ve dul ve yetimleri için sağlık harcamaları özel bütçeden karşılanmaktadır. Bir başka örnek, bankacılık sektöründe çalışanların sağlık harcamaları özel sandıklar tarafından kapsanmasıdır.

2016 yılı Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) beyan edilen bilgilere dayalı olarak GSS'de kapsanan sağlık hizmetlerinin listesi (hizmet paketi) ana hatlarıyla Tablo 3'de sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve aile hekimliği hizmetleri ücretsiz olarak hizmet paketinde yer almaktadır ve harcamalar devlet tarafından karşılanmaktadır. 100% kapsanan diğer hizmetler ile kısmen karşılanan ve hiç karşılanmayan hizmetlerin listesi de Tablo 3'de verilmektedir.

2.5.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Türkiye'de özel sağlık sigortası olan nüfus, %2 gibi oldukça düşük bir düzeyde seyretmiştir. Ancak, özel sigortacılık kanadında son yıllarda bazı gelişmeler olmuştur çünkü GSS ile birlikte cepten ödemelerde bir artış gözlenmektedir. Cepten ödemelerdeki artışın frenlenmesi için, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü 28.06.2012 tarihinde yayınladığı bir genelge ile "Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası" hakkında bazı düzenlemeler yapmıştır. 23 Ekim 2013 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile tamamlayıcı özel sağlık sigortası yürürlüğe girmiştir.

Bu yasal düzenleme ile GSS kapsamındaki bireyler isterlerse tamamlayıcı sağlık sigortası satın alabilecektir. GSS kapsamında olan bireyler SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti aldıklarında tamamlayıcı sigorta da devreye girmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, SGK tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde GSS'li kişi veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından

ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetleri için güvence sağlamak amacıyla satın alınmaktadır.

Katkı payları tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamı dışında tutularak, aşağıdaki hizmetler kapsam altına alınmıştır:

- Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri (estetik girişimler, akupunktur gibi alternatif tedaviler vs.)
- İlave ücret tutarları
- Konaklama, otel ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar

2.5.1.3. Cepten Ödemeler

Türkiye’de sağlık amaçlı cepten ödemeler hem sağlık sigortası olmayan hem de sağlık sigortası olan kişiler tarafından yapılmaktadır. Formal cepten ödemeler açısından bakıldığında, tam ödemeler hem sigortalı hem de sigortasız bireylerce yapılmaktadır. Katkı payları hem yüzde hem de miktar olarak sigortalılar için yürürlüktedir. Ayrıca 2008’den buyana kamu sağlık kuruluşlarında da katkı payı ödemesi yapılmaktadır.

Tam ödeme ve katkı paylarının dışında formal cepten ödemeler grubunda yer alan bir diğer ödeme türü de “ilave ücret” olarak adlandırılan cepten ödemelerdir. Bu cepten ödeme, özel sektörün «haksız rekabete» maruz kalmalarına bir çözüm olarak geliştirilmiştir. SGK ile sözleşmeli vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca SGK tarafından belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilmektedir. Bu oran, 22/10/2013 tarihinden itibaren Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla iki katına kadar çıkabilmektedir (50).

İnformal cepten ödemeler itibariyle bakıldığında, bu türden cepten ödemelerin 2003 yılı öncesinde oldukça yüksek olduğu söylenebilir, çünkü informal ödemeler ülkemizde çeşitli sebeplerle uzun yıllardır sağlık hizmetleri finansmanının bir parçası olmuştur. Bu konuda ilk bilgi Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Araştırması (1999-2000) kapsamında elde edilmiş ve informal ödemelerin toplam cepten ödemeler içindeki payı %5 olarak belirlenmiştir (51). İnformal ödeme tanımı açısından uluslararası literatürle uyumlu olarak 2002 yılında Kırıkkale’de 2327 kişi ile yapılan bir

diğer araştırmada ise informal cepten ödeme rakamı yaklaşık %25 olarak bulunmuştur (52). Bu araştırmada, ayrıca, informal ödemelerin yaklaşık %72'sinin nakit olduğu, çoğunluğunun özel sektörde gerçekleştiği ve bunun neredeyse tamamının hekim hizmetleri için yapıldığı bulunmuştur. 2003 yılı öncesine ait bu bulguların hala geçerli olup olmadığı konusunda sınırlı bilgi mevcuttur. Aralık 2013-Ocak 2014 döneminde Ankara'da yapılmış bir çalışmada (53), informal ödemelerin boyutuna dair bilgi sadece informal cepten ödeme yapanların yüzdesi (%29) itibariyle verilmektedir.

Sağlıkla ilgili ürün ve hizmetlerin GSS ile kapsanma durumu 2016 itibariyle cepten ödeme yapılacak hizmetler ve cepten ödeme boyutuna dair bilgiler Tablo 3'de sunulmaktadır.



Tablo 3. Sağlıkla İlgili Ürün ve Hizmetlerin GSS ile Kapsanma Durumu

Sağlıkla ilgili ürün ve hizmetler	GSS kapsamında olma durumu			Cepten ödeme yapılma durumu ve cepten ödeme boyutu
	100%	Kısmen	Karşılanmıyor	
Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri	Evet			Aile hekimliği hizmeti ücretsizdir. Ancak hekimin reçete yazması ve bu reçetede bulunan ilaçların alınması durumunda 3 TL cepten ödeme söz konusudur.
Ayakta veya yatarak <ul style="list-style-type: none"> Muayene, tetkik ve tahliller, tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri... Analık sebebiyle klinik muayeneler, doğum, tetkik ve tahliller, tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri... Ağız ve diş muayenesi, diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler... 	<ul style="list-style-type: none"> Acil hizmetler (Yeşil alan hariç) Kurum listesinde yer alan, raporlanan kronik hastalıklar Yatarak tedavi hizmetleri Raporlanmak koşuluyla, organ, doku ve kök hücre nakli 	<ul style="list-style-type: none"> Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde katkı payı dışındaki miktarın tamamı Ayakta tedavide sağlanan ilaçlarda, SGK tarafından bedeli karşılanan ilaçlar için %80 veya %90 Tıbbi malzemelerde, vücut dışı protez ve ortezler için %80 veya %90 Yardımcı üreme yönteminde, birinci deneme için %70, ikinci deneme için %75, üçüncü deneme için %80 	<ul style="list-style-type: none"> Estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetleri—ilave ücret 	Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi <ul style="list-style-type: none"> 2. basamak resmi kuruluşlar = 6 TL 3. basamak eğitim-araştırma hastaneleri= 7 TL 3. basamak üniversite hastaneleri= 8 TL Özel kuruluşlar = 15 TL 10 gün içerisinde aynı uzmanlık dalında farklı sağlık hizmeti sunucusuna yapılan başvurularda = + 6 TL Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için <ul style="list-style-type: none"> Kurumdan gelir ve aylık alanlar = %10, diğerleri %20 Ayrıca her bir reçete için; 3 kutuya kadar 3 TL, 3 kutuya ilave her kutu için 1 TL Tıbbi malzeme için <ul style="list-style-type: none"> Kurumdan gelir ve aylık alanlar = %10, diğerleri %20 Yardımcı üreme yöntemi için 1. deneme %30, 2. deneme %25, 3. deneme %20 İlave ücret <ul style="list-style-type: none"> SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarından hizmet alınması durumunda, hizmet bedelinin 2 katına kadar

Kaynak: (86)

2.5.2. Türkiye’de Sağlık Harcaması

Bir ülkede sağlık harcamalarının boyutu, o ülkenin ekonomik büyüklüğü ile yakından ilişkilidir. Bu sebeple, Türkiye’de sağlık harcamaları hakkında bilgi vermeden önce temel ekonomik göstergelere bakmak konuyu anlamak ve mukayese yapabilmek açısından yararlı olacaktır. Tablo 4’de Türkiye için temel ekonomik göstergeler sunulmaktadır. Ülke ekonomisi hakkında bilgi edinmeyi sağlayan, ekonomi ile birebir bağlantılı olan ve yıllık olarak ölçülen gayri safi yurt içi hasıla göstergesi en önemli ekonomik göstergedir. Temel göstergelerden biri olan gayri safi yurt içi hasıla (GSYİH), bir ülkenin ekonomik performansını ölçmek için kullanılır ve ulusal sınırlar içerisinde üretilen bütün nihai mal ve hizmetlerin cari fiyatlarla hesaplanan parasal karşılığının toplamıdır.

Tablo 4. Temel Ekonomik Göstergeler

	2002	2003	2006	2008	2009	2012	2013	2014	2015	Değişim yüzdesi *
GSYİH (milyon \$)	230.494	304.901	526.429	742.094	616.703	785.721	820.012	799.370	719.620	212,21
GSYİH (SGP milyon \$)	572.094	588.969	894.971	1.067.944	1.044.057	1.380.911	1.451.518	1.503.216	1.542.555	169,63
Toplam sağlık harcaması (milyon \$)	12.347	16.277	30.590	45.078	37.492	41.173	44.317	43.325	38.537	212,12
Toplam sağlık harcaması (SGP milyon \$)	30.645	31.443	52.005	64.872	63.473	72.310	78.156	81.473	82.607	169,56

Kaynak: (87)

*2002 yılına göre 2015 yılında değişim yüzdesini ifade etmektedir.

SGP: Satın Alma Gücü Paritesi, ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılıklarını ortadan kaldırarak, farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen bir değişim oranıdır. Belirli bir mal ve hizmet sepetinin satın alınabilmesi için gereken ulusal para tutarlarının oranı şeklinde hesaplanmaktadır (88).

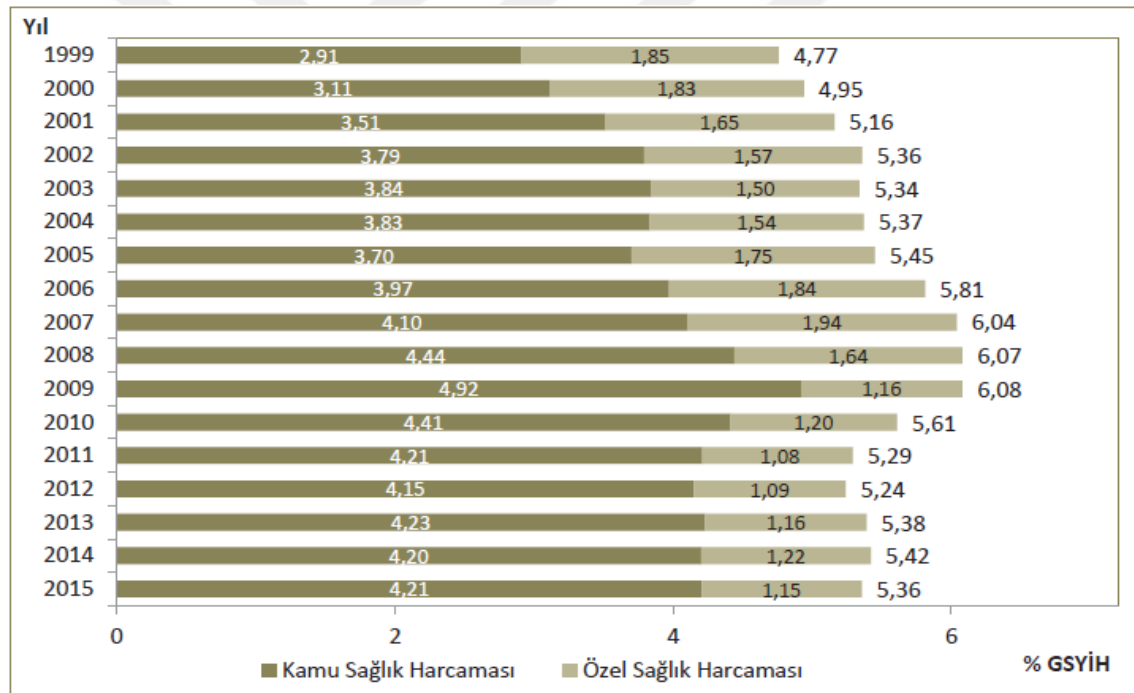
Bir ülkenin ekonomik büyüklüğünün bir göstergesi olan Gayrisafi Yurtiçi Hasıla Türkiye’de 2009, 2014 ve 2015 yılları hariç 2002-2015 yılları arasında artmıştır. Bu artış 2002 yılına göre 2015 yılında 2,1 kattır. Ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklarını ortadan kaldırarak farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen satın alma gücü

paritesine (SGP) ayarlı GSYİH miktarlarına bakıldığında ise, 2002 yılına kıyasla 2015 yılında yaklaşık 1,7 kat artmıştır.

Toplam sağlık harcamasında da yıllar itibariyle bir dalgalanma söz konusu olmuştur. 2002 yılında 12.347 milyon dolar olan toplam sağlık harcaması 2015 yılında %212'lik bir artışla 38.537 milyon dolara yükselmiştir. Satın alma gücü paritesine ayarlı toplam sağlık harcaması genel olarak yıllar itibariyle artmıştır. 2002 yılındaki 30.645 milyon dolar olan Satınalma Gücü Paritesine (SGP) ayarlı toplam sağlık harcaması yaklaşık %170'lik bir artışla 2015 yılında 82.607 milyon dolar seviyesine yükselmiştir.

Şekil 1'de Türkiye'de yıllar itibariyle toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı gösterilmektedir.

Şekil 1. Toplam Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle GSYİH İçindeki Payı



Kaynak: (87)

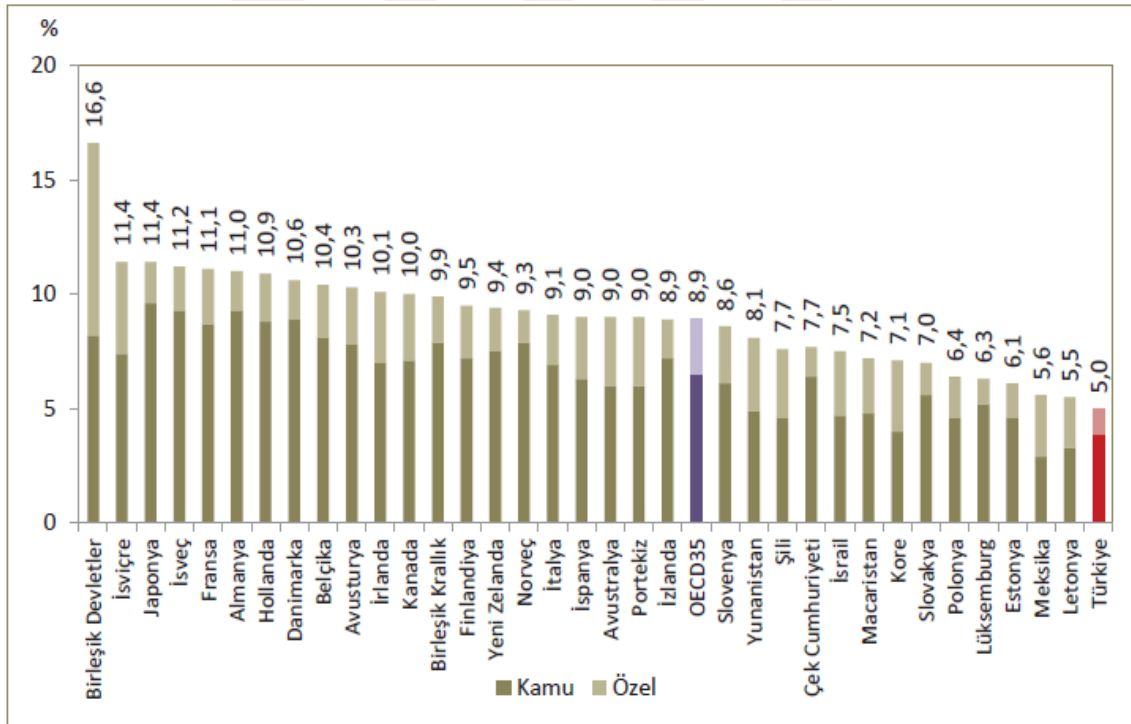
1999-2015 yılları arasında toplam sağlık harcamaları, GSYİH'nin %4,77'si ile %6,08'i arasında değişmiştir. Bir başka ifadeyle, Türkiye, sağlığa milli gelirinin en fazla yaklaşık %6'sını harcamıştır. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) başladığı 2003 yılı rakamı ile 2015 yılı rakamı kıyaslandığında ise toplam sağlık harcamasının GSYİH içindeki payının neredeyse aynı kaldığını söylemek mümkündür.

Bir başka ifadeyle, 2003 yılına kıyasla 2015 yılında toplam sağlık harcamasının milli gelirden aldığı payda %0,34'lük bir artış sağlanabilmiştir.

GSYİH içinde toplam sağlık harcamasının payı kadar, kamu ve özel sağlık harcamalarının payı da önemlidir. Kamu sağlık harcamalarının payı 1999-2015 yılları arasında %2,91 ile %4,92 arasında değişmiştir. Özel kaynaklı sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı ise %1,15 ile %1,94 arasında değişmiştir. Dolayısıyla Türkiye sağlık sektörünün finansmanında ağırlıklı olarak kamu kaynakları kullanılmaktadır. Kamu kaynaklı harcamaların payı özellikle 2007 yılından itibaren %4'ün üzerine çıkmış, özel harcamalar ise özellikle 2005 yılından itibaren artış eğilimine girmiş ancak 2009 yılından itibaren 1999-2008 yıllarındaki payın altında seyretmiştir.

Şekil 2'de OECD ülkelerinde 2013 yılında toplam cari sağlık harcamasının GSYİH içindeki payının dağılımı gösterilmektedir.

Şekil 2. OECD Ülkelerinde Toplam Cari Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, 2014



Kaynak: (87)

35 OECD ülkesinin yapmış oldukları sağlık harcamalarının milli gelirleri içindeki oranlarının ortalaması %8,9'dur. Sağlığa en fazla pay ayıran ülke, %16,6 ile ABD'dir. Bunu İsviçre (%11,4), Japonya (%11,4), İsveç (%11,2), Fransa (%11,1) ve Almanya (%11) izlemiştir. Türkiye ise milli gelirinin %5'ini sağlık amaçlı olarak harcamıştır. Türkiye %5'lik sağlık harcaması ile OECD ülkeleri arasında milli gelirinden sağlık harcamalarına ayrılan pay sıralamasında son sırada yer almaktadır. Sadece bu rakamlara bakarak Türkiye'nin sağlığa yeterince pay ayırmadığını söylemek doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin organizasyonu, finansmanı, hastalık yapısı, kültürel dokusu, koruyucu tedbirlerin boyutu, demografik yapısı gibi sağlık harcamalarını etkileyebilecek çok sayıda faktör açısından farklılık gösterebilmektedir.

Her ne kadar bu tür ülke farklılıkları dikkate alınsa da Türkiye'de sağlığa ayrılan payın düşük olduğu, artırılması gerektiği konusu yıllardır ülke gündeminde yerini koruyan ana konulardan biri olmuştur. Bir ülkenin milli gelirinden sağlık sektörüne ne kadar pay ayırması gerektiğine dair bir standart bulunmamaktadır (54).

Buna karşın, sağlık harcamaları ile toplumun sağlık statüsü arasında pozitif bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bu ilişki, OECD'nin 29 üye ülkesini kapsayan 2011 yılındaki çalışmasında da bilimsel olarak gösterilmiştir (Şekil 3).

Şekil 3. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması ve Doğumda Beklenen Yaşam Süresi



Kaynak: (89)

Pozitif ilişkinin varlığına dair yorum sadece ABD için geçerli değildir. Dolayısıyla bu çalışmada aynı zamanda, sağlığa daha fazla para ayırmanın mutlak surette sağlık statüsünde iyileşme sağlayacağına dair genel görüşün yanıtıcı olacağı da ortaya konulmuştur. Esasen bu yorum, diğer başka çalışmada da desteklenmiştir (15, 55). Sağlık harcamaları boyutu ile sağlık statüsü arasındaki ilişki her zaman pozitif olmasa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde artan payın sağlık statüsünü olumlu etkileyeceği ifade edilmektedir (54).

Sağlık harcamaları payının yeterliliğini değerlendirmede temel gösterge olarak önerilen kişi başına toplam sağlık harcamasının artması için kişi başına milli gelirin artması gerekmektedir (56). Zira, kişi başına milli gelir ile kişi başına sağlık harcaması arasında pozitif bir ilişki vardır (54, 57). Spesifik olarak, kişi başına milli gelir arttıkça, kişi başına sağlık harcaması artmaktadır. Dolayısıyla bu ilişki, milli gelirin düşmesi halinde sağlık harcaması miktarının da düşeceği anlamına gelmektedir. Bu da sağlık sonuçlarının olumsuz etkileneceğine işaret etmektedir.

Türkiye’de kişi başı GSYİH ve kişi başı toplam sağlık harcamasının yıllar itibarıyla dağılımı Tablo 5’de verilmektedir.

Tablo 5. Kişi Başı GSYİH ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları (\$)

Yıl	Kişi başı GSYİH	Kişi başı toplam sağlık harcaması	Kişi başı kamu sağlık harcaması	Kişi başı özel sağlık harcaması
1999	3.907	186	114	72
2000	4.129	204	129	76
2001	3.019	155	105	49
2002	3.492	187	132	55
2003	4.559	244	175	68
2004	5.775	310	221	89
2005	7.036	383	260	123
2006	7.586	441	302	140
2007	9.247	558	379	180
2008	10.438	634	463	171
2009	8.559	520	421	99
2010	10.003	561	441	120
2011	10.428	551	439	113
2012	10.497	548	434	114
2013	10.822	583	457	125
2014	10.395	563	436	127
2015	9.257	496	389	106
Tez çalışmasında hesaplanan korelasyon katsayısı = %99				

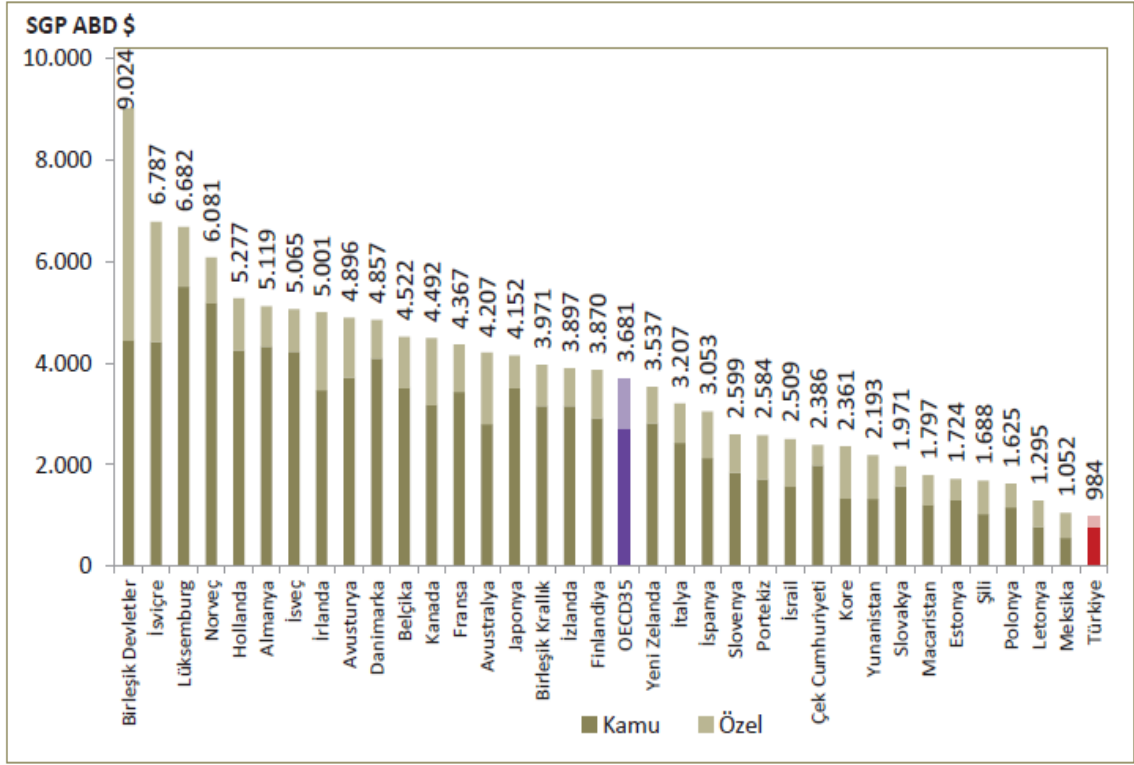
Kaynak: (87)

Kişi başı milli gelir 1999 yılına göre 2015 yılında yaklaşık 3.907 dolardan 9.257 dolara yükselmiştir, bu da %137'lik bir artışa tekabül etmektedir. Kişi başı toplam sağlık harcaması 2008 yılına kadar artmış, bu yıldan sonra dalgalanma göstermiştir. Kişi başı toplam sağlık harcamasının en düşük olduğu yıl, 155 dolar ile 2001 yılı, en yüksek olduğu yıl ise 634 dolar ile 2008 yılı olmuştur. Türkiye'de 1999-2015 yıllarına ait kişi başına milli gelir ile kişi başına toplam sağlık harcaması arasında çok güçlü bir ilişki de bulunmuştur (%99). Dolayısıyla kişi başına sağlık harcamasının azalması, sağlık statüsünü etkileyen diğer faktörler sabit tutulduğunda, toplumun sağlık statüsünde olumsuz etki yaratması muhtemeldir.

Tablo 5'de ayrıca kişi başına sağlık harcamasının kamu ve özel harcamalara göre ayrımı da sunulmaktadır. 1999-2015 yılları arasında kişi başı kamu sağlık harcaması özel sağlık harcamasından daha yüksektir. Harcamaların seyrine bakıldığında, kişi başı toplam sağlık harcamasında olduğu gibi, 2001 yılı hariç, 2008 yılına kadar bir artış görülürken, bu yıldan sonra dalgalanma söz konusudur. En düşük harcama rakamı 105 dolar ile 2001 yılında, en yüksek harcama rakamı ise 463 dolar ile 2008 yılında gerçekleşmiştir. Kişi başı özel sağlık harcamasına bakıldığında da 2001 yılı hariç 2007 yılına kadar bir artış trendi gözlenmiş ve en yüksek rakam 180 dolar ile 2007 yılında gerçekleşmiştir. Özellikle 2008 yılından itibaren dalgalanma gösteren özel sağlık harcamaları 2015 yılında 106 dolara inmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programının başladığı yıl olan 2003 yılına kıyasla, 2015 yılında kişi başı toplam sağlık harcaması %103, kamu kaynaklı kişi başı sağlık harcamaları %122, özel kaynaklı harcamaları ise %56 artmıştır.

Kişi başı toplam sağlık harcamasının OECD ülkeleriyle karşılaştırılması Şekil 4'de gösterilmektedir.

Şekil 4. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, SGP ABD \$ (2014)



Kaynak: (87)

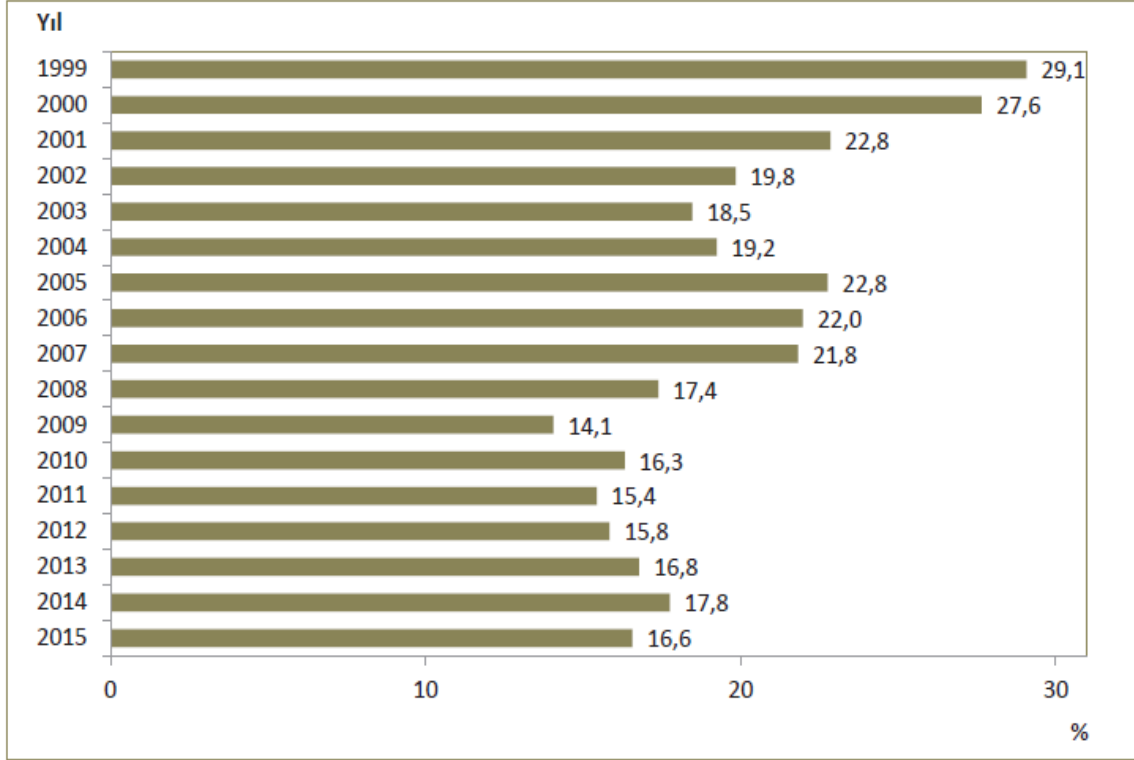
Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir.

Toplam 35 üye ülkenin SGP'ye ayarlı kişi başı sağlık harcaması 2014 yılında ortalama 3.681 dolardır. En yüksek harcama rakamı yaklaşık 9.024 dolar ile ABD'ye ait iken, en düşük harcama rakamı 2015 yılı verisi 984 dolar ile Türkiye'ye aittir. Amerika Birleşik Devletleri vatandaşları diğer OECD ülkelerindeki bireylere göre ortalama 2,5 kat daha fazla sağlık harcaması yapmıştır. Türkiye vatandaşları ise OECD ülkelerindeki bireylere göre ortalama 1/4'ünden daha az sağlık harcaması yapmıştır. Toplam harcama içinde kamu ve özel harcamaların payına bakıldığında, OECD ülkeleri kamu harcama ortalaması da Türkiye gibi daha yüksektir.

Türkiye'de özel sağlık harcamalarının büyük kısmı (2000 yılında %75, 2012 yılında %66,3) hanehalkı cepten sağlık harcamalarıyla karşılanmaktadır (54). Bu bilgiye cepten harcamaların yaratması muhtemel olumsuz sonuçları da eklendiğinde, cepten sağlık harcamalarındaki gelişmeyi izlemek kaçınılmaz bir gereklilik haline dönüşmektedir.

Şekil 5 Türkiye’de yıllar itibariyle cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını göstermektedir.

Şekil 5. Cepten Harcamaların Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı



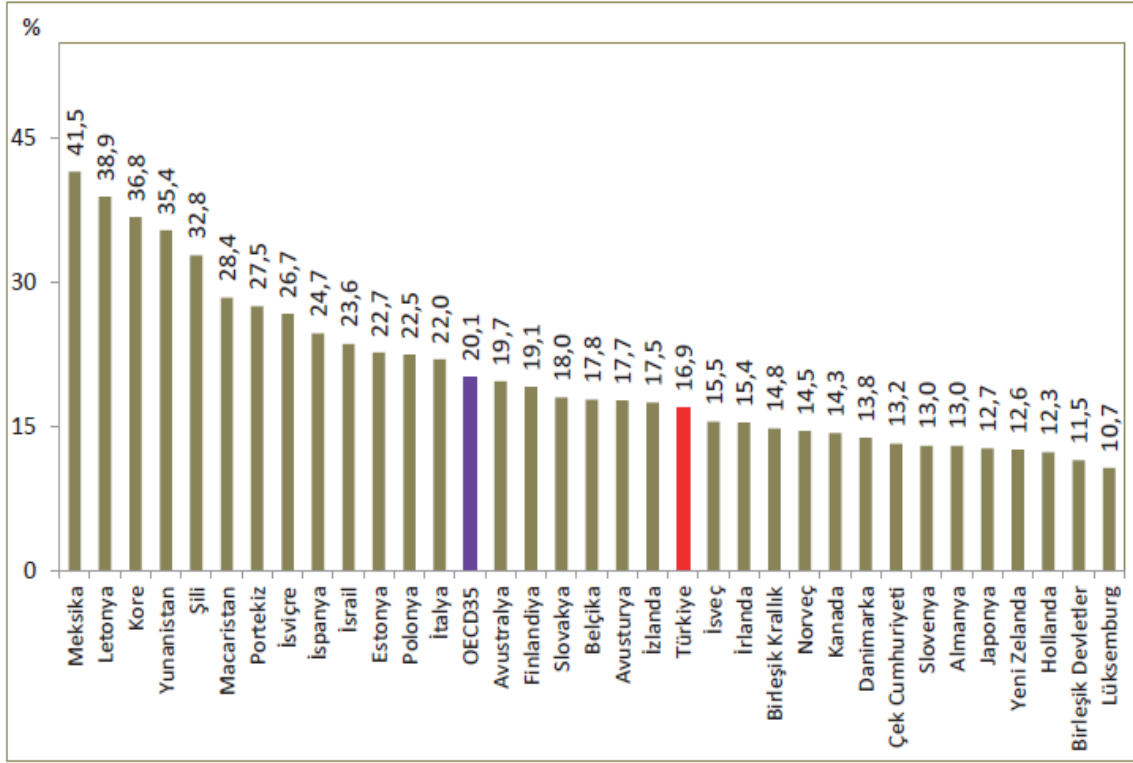
Kaynak: (87)

Cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı özellikle 2001 yılından sonra 1999 yılı rakamının (%29,1) altında seyretmiştir. Burada bir noktanın belirtilmesinde yarar vardır. 1999 ve 2000 yılları için cepten sağlık harcaması verilerinin elde edilmesi için kullanılan yöntem ile izleyen yıllardaki yöntem farklıdır. Dolayısıyla 1999 ve 2000 yılı rakamları baz alınarak cepten sağlık harcamalarındaki gelişmeyi yorumlamak doğru olmayacaktır.

Yıllar içerisinde dalgalanmaların meydana geldiği cepten harcamaların payı, SDP sonrasında 2005 yılında %22,8 ile en yüksek seviyeye çıkarken, 2009 yılında %14,1 ile en düşük seviyeye inmiştir. 2015 yılındaki payı ise %16,6’dır. 2005 yılındaki yüksek pay, SSK sağlık kuruluşlarının SB’ye devredilmesini müteakip artan sağlık hizmeti kullanımı ile açıklanabilir. 2015 yılında cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı SDP’nin başlama yılı olan 2003’e göre %10 azalmıştır.

Şekil 6’da OECD ülkelerinde 2014 yılında cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payını göstermektedir.

Şekil 6. OECD Ülkelerinde Cepten Harcamaların Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı, 2014



Kaynak: (87)

Not: Türkiye verisi 2015 yılına aittir.

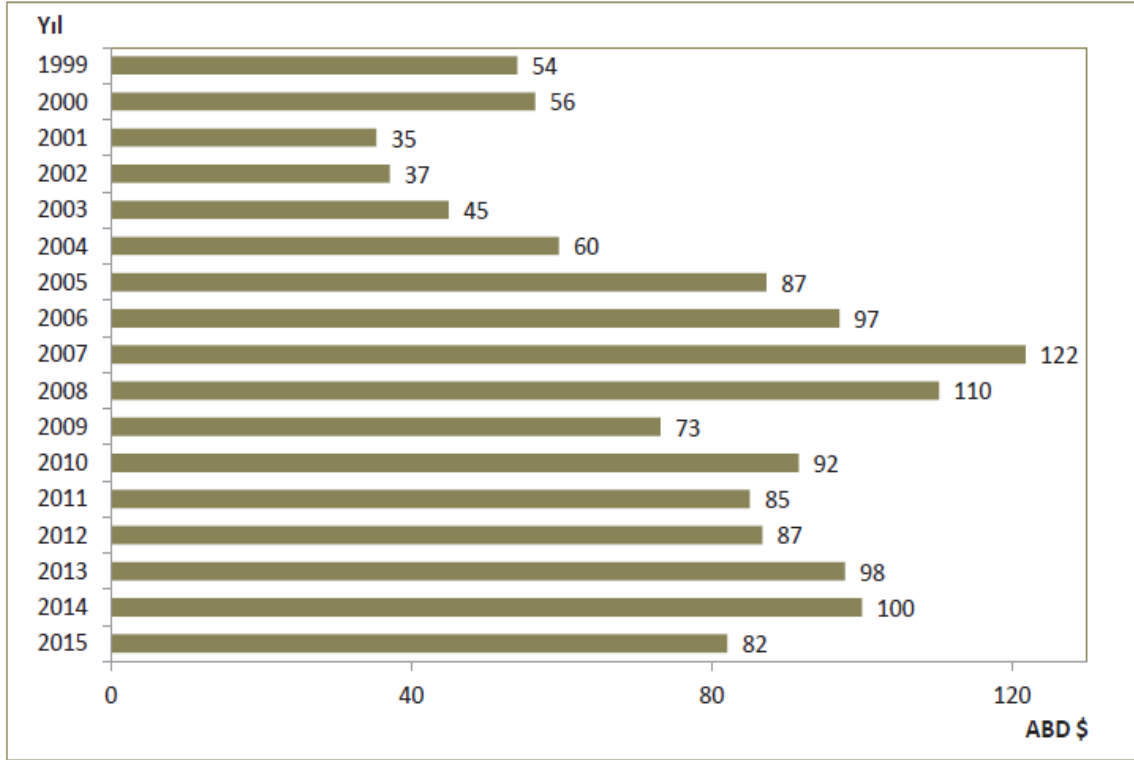
OECD ülkeleri ortalaması %20,1’dir. Meksika, toplam sağlık harcamasının yaklaşık %42’sini hanehalklarının yaptığı cepten harcamalarla karşılayan ülke konumundadır. Sağlık sisteminin ihtiyacı olan fonu en fazla özel kaynaklarla karşılayan ülke konumundaki ABD, toplam sağlık harcamasının sadece %11,5’ini cepten ödemelerden temin etmektedir. Bu da, ABD finansmanında özel sigortanın rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır.

Türkiye rakamı OECD ortalamasının altındadır. Ancak cepten ödemelerin payındaki artış, finansal risk açısından takip edilmelidir. Cepten ödemelerin yarattığı finansal riske karşı korumanın sağlanabilmesi için toplam sağlık harcamaları içindeki cepten ödemelerin payının belirli bir aralıkta kalması önerilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre (56), cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içindeki payı

%15-20 arasında olduğunda, katastrofik harcama ve yoksullaşma düşük düzeyde olacaktır.

Şekil 7 Türkiye’de yıllar itibariyle kişi başı cepten sağlık harcamalarını sunmaktadır.

Şekil 7. Kişi Başı Cepten Sağlık Harcamaları, ABD \$



Kaynak: (87)

Sağlık amaçlı yapılan cepten ödemelerde belirgin bir trend gözlenmemektedir. Bununla birlikte, 2003 yılından sonra cepten ödemelerde belirgin bir artış mevcuttur. Bu artış, 122 dolar ile en fazla 2007 yılında gerçekleşmiştir. 2007 yılından sonra ise cepten ödemelerde dalgalanma meydana gelmiştir. Bu tarihten sonraki dalgalanmanın sebepleri arasında 2008 ve 2009 yıllarında katkı payı uygulamasının kamu sağlık kuruluşlarında da başlatılması gösterilebilir. Cepten ödemelerde en düşük ödeme 35 dolar ile 2001 yılında gerçekleşmiştir. Hatırlanacağı gibi, 2001 yılı, derin ekonomik krizin yaşandığı ve kişi başına toplam sağlık harcamasının en düşük olduğu yıldır. 2015 yılında kişi başı cepten sağlık harcamasında 2003 yılına kıyasla %82’lik bir artış meydana gelmiştir.

2.5.3. Eksik Sigorta

Genel Sağlık Sigortası ile Türkiye’de nüfusun neredeyse tamamı sağlık sigortasına kavuşmuştur. Nüfusun sigortalı olması açısından kaydedilen bu ilerleme önemlidir. Ancak ABD örneğinde incelendiği gibi, bir ülkede sigorta şemsiyesi altına alınan nüfusun büyüklüğü kadar, sigortalı nüfusun ne ölçüde finansal risklere karşı korunabildiği, hizmete erişimi ve kullanımı kolaylaştırabildiği ve sağlık sonuçlarında arzu edilen etkiyi yaratabildiği de önemlidir.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında toplanmadan önce farklı sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı kişilere sağlanan teminat paketinde varyasyonlar olduğu bilinen bir gerçektir. Özellikle yoksullar için GSS öncesinde bir geçiş dönemi formülü olarak tasarlanan ve 1992 yılında hayata geçirilen “Yeşil Kart” programının sağladığı teminat paketi son derece sınırlı olmuştur. Yeşil kart sahiplerine başlangıçta sadece devlet hastanelerinde alınan yataklı sağlık hizmetleri için genel bütçeden mali destek sağlanmıştır. Dolayısıyla yeşil kart sahipleri ayakta sağlık hizmetlerinin finansal yükünü omuzlamak veya hizmet alımını ertelemek veya hiç alamamak durumuyla karşı karşıya kalmıştır. Yeşil kartlılara sağlanan kapsam 2004 yılında ayakta sağlık hizmetleri ve ilaçları kapsayacak şekilde genişletilmiş, 2012 yılında da bu program SGK yönetimine devredilmiştir. Tek çatı altında toplanmadan önce SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur mensupları ve aktif devlet memurları için de farklılaşan uygulamalar söz konusu idi. Tedricen bu programlar da SGK yönetimine devredilmiş ve böylece sağlık hizmetlerine erişim, kullanım ve finansal riske karşı korumada iyileştirmeler ve standartlaşma sağlanmaya çalışılmıştır.

2016 yılı Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) beyan edilen bilgilere dayalı olarak, hangi hizmetlerin GSS kapsamında olduğu, bunların ne ölçüde geri ödemesinin yapıldığı, hangi hizmetlerin cepten ödeme gerektirdiği ve cepten ödeme boyutuna dair bilgiler ana hatlarıyla Tablo 3’de sunulmaktadır. SUT dokümanından hareketle hazırlanan bu tabloya bakıldığında, genel olarak, çok sayıda kritik öneme haiz hizmetin tamamen veya kısmen GSS kapsamında olduğu görülmektedir. Ancak, detaylara inildiğinde, sigortalı olmanın avantajları sorgulanır hale gelebilmektedir. Toplumdaki dezavantajlı gruplara muafiyetin veya yeterli korumanın sağlanmadığı bir ürün veya hizmetin kapsama alınmasının, yeterli risk koruma sağlayamama olasılığı vardır. Örneğin, ayakta tedavilerde yoksul bireyler varlıklı bireyler ile aynı oranda ilaç katkı

payı ödemekle yükümlüdür. Ahlaki tehlike riskinin göreceli olarak daha yüksek olabileceği ilaç tüketiminde, yoksullar için bir muafiyet uygulanmasından ziyade daha düşük yüzde itibarıyla cepten ödeme öngörülebilir. Bu yüzdenin ne kadar olması gerektiğine dair bilgi, fiyat esnekliği ile ilgili çalışmalardan elde edilebilir (58). Ayrıca bu tabloda sunulan cepten ödemelerin sadece formal ödemeleri kapsadığı hatırlanmalıdır. Bir başka ifadeyle, geri ödeme kapsamında olsa da bir sağlık hizmeti için bireyler “informal” olarak nitelendirilebilecek cepten ödemeler yapabilmektedir.

Türkiye’de eksik sigorta sorunu ile ilgili çalışmalara bakıldığında, bu sorunun varlığı bilimsel bir çalışmada ilk kez Tatar ve arkadaşları (52) tarafından 2002-2003 yılı verileriyle yapılan “Informal Payments in the Health Sector: A Case Study From Turkey” başlıklı çalışmada dile getirilmiştir. Ancak ilgili çalışmada eksik sigorta konusu araştırma bulgularıyla ele alınan bir konu olarak değil, iki önemli informal cepten ödeme sebebinden biri olarak dikkatlere sunulmuştur. Bu yöndeki tespit, OECD ve Dünya Bankası’nın Türkiye sağlık sistemi ile ilgili değerlendirmelerinde de teyit edilmiştir (59). Bu çalışmada ayrıca toplumun “yoksul” kesimi olarak nitelendirilebilecek kesimin yapmış olduğu informal harcamaların %64’ünün “bıçak parası” olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın yapıldığı dönemde yeşil kartlıların kamu hastanelerinden yatarak aldıkları sağlık hizmetinin tamamı geri ödeme kapsamında bulunmaktaydı. Bu da iki önemli noktaya işaret etmektedir: 1) sigortalı yoksul bireyler geri ödeme kapsamında olan hizmetler için de cepten ödeme yapmakta, 2) yoksullar formal ödemelerden muaf tutulsa da informal ödemeler yapmaktadırlar. Cepten ödemelerin (formal veya informal) sağlık hizmetlerine erişimi ne ölçüde sınırladığı veya engellediğine ilişkin olarak, aynı çalışmada, araştırma kapsamındaki yeşil kartlı bireylerin %35’inin ve yeşil kart dışında sağlık sigortası olan bireylerin ise %24’ünün sağlık sorunu yaşadığında parası olmadığı için sağlık hizmeti alamadığı tespit edilmiştir.

Her ne kadar “eksik sigorta” kavramı olarak ilk kez Tatar ve arkadaşlarının (52) çalışmasında kullanılmış olsa da bu sorunun ülkemizdeki varlığına işaret edebilecek başka çalışmalar da mevcuttur. Bu çalışmalardan ilki, 1992 yılında gerçekleştirilen ve Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili yapılan en önemli çalışma olan Sağlık Hizmetleri Kullanım Araştırması’ndan elde edilen verilerin analizine dayalı olarak Ökem (60) tarafından yapılan çalışmada, sağlık sorunu olmasına rağmen çözümü için hiçbir şey yapmadığını beyan edenlerin yaklaşık %76’sının gerekçe olarak hizmet

alacak parasının olmadığını beyan ettiğini ortaya koymuştur. Bu sorunu en fazla yaşayan bireylerin ise düşük gelirli, bir okul bitirmemiş ve kırsal alanda yaşayanlar oldukları tespit edilmiştir. Bu bulguların deneysel yaklaşımla tanımlanan eksik sigortalılık hakkında bilgi vermesi beklenir. Ancak çalışmanın bu bulguları sağlık sigortası durumuna veya türüne göre verilmemektedir. Dolayısıyla bu çalışma eksik sigortalılık açısından yeterince açık bilgi sağlamamaktadır.

İkinci çalışma, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Projesinden elde edilen hanehalkı cepten sağlık harcamaları verileri kullanılarak yapılan Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hane Halkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 araştırmasıdır (61). Bu araştırma, 1999/2000 yılları için Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları projesi kapsamında yürütülen bir çalışmadır. Dolayısıyla bu çalışmada kullanılan veri seti, sağlık hizmetleri kullanımı ve harcamasına özel olarak tasarlanmış bir çalışmada elde edilen verilerden oluşmaktadır. Bu tür araştırmalardan elde edilen sağlık harcamalarının Bütçe Araştırması gibi sağlık alanına özel olmayan araştırmalardan elde edilen harcama verilerinden daha yüksek düzeyde olduğunu belirtmekte yarar vardır. Çalışmada, sağlık sorunu yaşayan bireylerin %15,5'inin sorunun çözümü için hiçbir şey yapmadığı belirlenmiştir. Buna gerekçe olarak bireylerin %60'ının parasının olmadığını belirtmesi, deneysel yaklaşımla eksik sigortalılığın varlığına işaret edebilir. Bunun için bu grup bireylerin sağlık sigortası durumuna göre dağılımına bakıldığında; sağlık güvencesi olmayanlarda sorunun en fazla, özel sağlık sigortası olanlarda ise en az görüldüğü raporlanmıştır. Ancak bu çalışma, sağlık sigortasına sahip bireylerin yaşadığı bu sorunun bireylerin diğer sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre dağılımı hakkında bilgi sağlamamaktadır.

Üçüncü çalışma, Şahin ve arkadaşlarının (62) 2013 yılında Türkiye'yi temsilen yaptıkları çalışmadır. Araştırmada sağlık sorunu yaşadığı halde bireylerin %9,2'sinin hiçbir şey yapmadığı raporlanmıştır. Bu bulgu aynı zamanda, 2002 yılında elde edilen %15,5 bulgusu ile kıyaslandığında, bir düşme olduğu ve buna sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda bir iyileşmenin katkıda bulunmuş olabileceği ifade edilebilir. Sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmadığı belirlenen bireylerin gerekçelerine bakıldığında, paranın olmaması gerekçelerin %27,5'ini oluşturmuştur. Yaşanılan sağlık sorununun "küçük önemsiz bir sorun" olarak görülmesini takiben ikinci en önemli gerekçe olarak belirlenmiştir. 2002 yılı bulgusuyla (%60) karşılaştırıldığında, bu açıdan

da bir iyileşme kaydedilmiş olduğunu söylemek mümkündür. Parası olmadığı için sağlık sorununun çözümünde hiçbir şey yapmayanların kırsal yerleşim yerinde ve Ortadoğu Anadolu bölgesinde ikamet edenler, 60-69 yaş grubundakiler, kadınlar, okuma-yazma bilmeyenler, boşanmış olanlar, çalışmayanlar, sağlık sigortası olmayanlar, sağlık statüsü çok kötü olanlar arasında daha fazla sıklıkta yaşandığı tespit edilmiştir. Çalışmanın bu bulguları deneyimsel yaklaşımla eksik sigortalılık hakkında bilgi verebilir. Ne var ki, sağlık sigortası olan bireylerde söz konusu bulguların dağılımı hakkında raporda herhangi bir bulgu yer almamaktadır. Çalışmada ayrıca, hanehalklarının cepten sağlık harcamaları hakkındaki görüşleri de sorulmuş ve %26'sının sağlık harcamaları nedeniyle hanehalkı bütçelerinin zorlandığı ortaya konulmuştur. Bu bağlamda, çalışmanın tutumsal yaklaşımla eksik sigortalılık hakkında bilgi verebileceği düşünülebilir. Bunun için, cevapların sağlık sigortası türüne göre dağılımının bilinmesi gerekmektedir. Ancak, bu anlamda bir dağılım da raporda yer almamaktadır, dolayısıyla tutumsal yaklaşımla eksik sigortalılık hakkında bir bilgi de ne yazık ki bu çalışmadan elde edilememektedir. Aynı çalışmada, eksik sigortalılık hakkında bilgi verebilecek bir başka konu olarak, cepten harcamalar nedeniyle katastrofik harcama ve yoksullaşma konusu da incelenmiştir. Hanelerin %0,52'sinin katastrofik harcama yaptığı ve kentsel alanda yaşayan ve gelir düzeyi en düşük seviyede olan hanelerde katastrofik harcama yüzdeleri daha yüksek bulunmuştur. Çalışmanın bu bulgularının ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılık hususunda bilgi vermesi beklenir. Ancak daha önce ifade edildiği üzere, bu bulgular da sağlık sigortası türü itibariyle bir ayırımında sunulmamaktadır.

Cepten ödemelerde hakkaniyet, katastrofik cepten harcama ve cepten harcamalar sebebiyle yoksullaşmanın incelendiği diğer çalışmalar da eksik sigortalılık riski hakkında bilgi verebilir (63-65). Sulku ve Bernard (63) 2002-2003 Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamaları Araştırması verilerini kullanarak yaptıkları çalışmada, SDP öncesinde cepten sağlık harcamalarının yaratabileceği finansal riske karşı koruma konusunu incelemiştir. Araştırmada, sağlık sigortası türüne göre finansal yükün farklılaştığı bulunmuştur. Yeşil kart sahiplerinin diğer sigortalı bireylere göre finansal riske daha fazla maruz kaldığı ortaya konulmuştur. Cepten harcamaların yarattığı finansal yük, hanehalkı gelirinin %10'unun ve %20'sinin aşılması olarak tanımlanmıştır. Bir başka ifadeyle, hanehalkı cepten sağlık harcamalarının hanehalkı geliri içindeki payının %10'dan ve %20'den fazla olması durumunda cepten

harcamaların haneler üzerinde finansal yük yarattığı kabul edilmiştir. Yapılan tanımlayıcı istatistiksel analizler neticesinde, yaşlı olmayan nüfusun (0-64 yaş aralığı) %19'unun hane gelirinin %10'undan fazlasını, %14'ünün ise hane gelirinin %20'sinden fazlasını sağlığa ayıran hanelerde yaşadıkları bulunmuştur. Araştırmada ayrıca hane gelirlerinin %10'undan fazlasını sağlık harcamalarına ayıran hanelerde yaşayan bireylerin %23,3'ünün ve hane gelirlerinin %20'sinden fazlasını sağlık harcamalarına ayıran hanelerde yaşayan bireylerin %19,4'ünün düşük gelirli olduğu belirlenmiştir. Kırsal alanda yaşayanların, 0-17 yaş grubunda olanların ve İstanbul'da yaşayanların her iki eşik değerde de finansal yüke daha fazla maruz kalan bireyler oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışma, cepten harcamaların yarattığı finansal yükün sağlık sigortası türüne göre dağılımı ve dolayısıyla eksik sigortalılık hakkında bilgi vermekle birlikte, sigortalı olup bu sorunları yaşayan bireylerin sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre dağılımı hakkında bilgi sunulmamaktadır.

Yardım ve arkadaşlarının (64) yaptığı bir çalışmada, TÜİK bütçe araştırması verileri kullanılarak 2003, 2006 ve 2009 yıllarını kapsayan üç yıllık veri analiz edilmiştir. Çalışmada, harcama verileri Tüketici Fiyatları Endeksi (TÜFE) değerleri kullanılarak deflate edilmiştir. Katastrofik sağlık harcaması, hanenin ödeme kapasitesi itibarıyla tanımlanmıştır. Bir başka ifadeyle, hanenin cepten sağlık harcamasının hanenin ödeme kapasitesi içindeki payının en az %40 olması durumu olarak tanımlanmıştır. Bu tanım doğrultusunda, katastrofik harcama yapan hanelerin yüzdesinde bir azalma tespit edilmiştir (2003 yılında %0,75, 2006 yılında %0,59 ve 2009 yılında 0,48). Yapılan tanımlayıcı istatistiksel analizler sonucunda, 2003 ve 2009 yıllarında sağlık sigortası olmayan bireylere kıyasla, özel sağlık sigortası olanlar ve yeşil kartlılar arasında katastrofik harcama yapan hanelerin yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Hatta 2009 yılında katastrofik harcama yapan hanelerin yüzdesi hanehalkı reisinin özel sigortalı olduğu hanelerde (%1,8) reisin yeşil kartlı olduğu hanelere göre (%0,9) daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada ayrıca katastrofik harcama yapan düşük gelirli hanelerin yüzdesi yüksek gelirli hanelere kıyasla 2003 ve 2006 yıllarında daha düşük iken, 2009 yılında yüksek gelirli haneler ile eşit duruma geldiği bulunmuştur. Spesifik olarak, düşük gelirli hanelerin 2003 yılında %0,6'sı, 2006 yılında %0,5'i ve 2009 yılında %0,6'sı katastrofik harcama yaparken, yüksek gelirli hanelerde bu yüzdeler sırasıyla 1,2, 0,6 ve 0,6 olarak gerçekleşmiştir. Bu çalışmada katastrofik cepten harcamaların sağlık sigortası türüne göre dağılımı ve dolayısıyla eksik sigortalılık

hakkında bilgi edinmek mümkün olmakla birlikte, sigortalı grupta katastrofik harcama sorununa maruz kalan hanelerin sosyo-ekonomik ve demografik özelliklerine göre dağılımı hakkında bilgi sunulmamaktadır.

Özgen Narcı ve arkadaşları (65) tarafından cepten ödemelerin katastrofik harcamalar ve yoksullaşma açısından ele alındığı bir çalışmada, TÜİK bütçe araştırması verileri kullanılarak, 2004-2010 yıllarını kapsayan 7 yıllık veri analiz edilmiştir. Harcama verilerinin tamamı TÜFE değerleri kullanılarak enflasyonun etkisinden arındırılmıştır. Katastrofik cepten sağlık harcaması hem tüketim harcaması hem de ödeme kapasitesi içinde cepten harcamaların payı dört farklı eşik değer itibariyle tanımlanarak ölçülmüştür. Genel olarak, katastrofik harcama yapan hane prevalansının 2004 yılına göre 2010 yılında arttığı bulunmuştur. Buna karşın çok değişkenli regresyon analizi bulguları 2008 yılından sonra hanelerin katastrofik cepten harcama yapma olasılığında azalma olduğunu göstermiştir. 7 yıllık havuzlanmış veri ile yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizleri sonucunda, katastrofik harcama olasılığı ile istatistiksel ilişki öngörülen faktörlere ilişkin bulgular aşağıda belirtilmektedir:

- Hanehalkı reisinin yeşil kartlı olduğu hanelerin diğer sigorta programlarınca kapsandığı hanelere göre katastrofik harcama yapma riski artmaktadır.
- 65 yaş ve üzeri bireylerin bulunduğu hanelerin katastrofik harcama riski artmaktadır.
- 5 yaş altı çocukların bulunduğu hanelerin katastrofik harcama riski artmaktadır.
- Kentsel alanda yaşayan hanelerin katastrofik harcama riski artmaktadır.
- Engelli bireylerin bulunduğu hanelerin katastrofik harcama riski artmaktadır.
- Yatarak sağlık hizmeti için cepten harcama yapan hanelerin katastrofik harcama riski artmaktadır.
- Düşük gelirli hanelerin yüksek gelirli hanelere göre katastrofik cepten harcama yapma riski azalmaktadır.
- Hanehalkı büyüklüğü arttıkça, katastrofik harcama riski azalmaktadır.

- Hanehalkı reisinin ilkokul ve daha düşük seviyede eğitim almış olan hanelerin reislerinin daha yüksek seviyede eğitimi olan hanelere göre katastrofik harcama riski artmaktadır.
- Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile katastrofik harcama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.
- Hanehalkı reisinin çalışma durumu ile katastrofik harcama arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

Yardım ve arkadaşlarında (64) olduğu gibi bu çalışmadan da katastrofik cepten sağlık harcamalarının sağlık sigortası türüne göre dağılımı ve dolayısıyla eksik sigortalılık hakkında bilgi edinilmektedir. Ayrıca, önceki çalışmalardan farklı olarak bu çalışmada, katastrofik cepten harcama yapan haneler arasında yoksullaşan hanelerin sağlık sigortası türü ve gelir düzeyi birarada incelenmiştir. Araştırmada, katastrofik harcama yapan ve cepten harcama nedeniyle yoksullaşan hane prevalansının en yüksek olduğu hanelerin, hanehalkı reisinin sağlık sigortalı ve en düşük gelir dilimindeki haneler olduğu bulunmuştur. Ne var ki, bu araştırma da sigortalı grupta finansal katastrofi ve yoksullaşma sorunu yaşayan hanelerin gelir düzeyi dışındaki özellikleri itibariyle bir dağılım sunulmamaktadır.

Yukarıda belirtilen sınırlılıklarına rağmen, mevcut ulusal araştırmalardan elde edilen bilgiler dikkate alındığında, birçok ülke gibi, Türkiye'nin de eksik sigorta sorunundan uzak olmadığını söylemek mümkündür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi / Tasarımı

Araştırmanın amacı doğrultusunda, uzunlamasına (longitudinal) tasarım kullanılmıştır. Böylece 2004-2014 yılları arasında Türkiye’de eksik sigortalı hanelerin prevalansı belirlenmiş ve eksik sigortalı olma olasılığı ile ilişkili faktörler ortaya konulmuştur. Uzunlamasına araştırma tasarımları kesitsel araştırma tasarımlarına göre neden-sonuç ilişkisinin kurulabilmesi açısından daha güçlü tasarımlardır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Bu araştırmanın modeli hanelerin eksik sigortalılık riski ile ilişkili olacak faktörler üzerine kuruludur. Modelde, eksik sigortalılık riskinin hanenin demografik, sosyo-ekonomik özellikleri dahil birçok faktörün bir fonksiyonu olduğu varsayılmaktadır ve spesifik olarak aşağıda belirtilmektedir:

Eksik sigortalılık olasılığı = f (tüketim harcaması, hanehalkı büyüklüğü, eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet, istihdam, medeni durum, sağlık sorunu, cepten harcama, sağlık sigortası, hanehalkı tipi).

Araştırmanın modeli, mevcut ulusal ve uluslararası literatüre dayalı olarak oluşturulan aşağıdaki hipotezlerle test edilmiştir:

Hipotez 1: Hanenin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin sağlık sigortası türüne göre farklılık gösterecektir.

Hipotez 2: Yüksek gelirli hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, düşük gelirli hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 3: Yatarak sağlık hizmeti almak için daha yüksek miktarda cepten harcama yapan hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, yatarak sağlık hizmeti almak için daha az miktarda cepten harcama yapan hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 4: Hanelerin ayakta sağlık hizmeti almak için yaptıkları cepten harcamanın miktarı, hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkilememektedir.

Hipotez 5: Hanelerin ilaç için yaptıkları cepten harcamanın miktarı, hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkilememektedir.

Hipotez 6: Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı arttıkça, hanenin eksik sigortalı olma olasılığı yükselecektir.

Hipotez 7: Hanede 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının daha yüksek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanede 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının daha az olduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 8: Hanede 5 yaş altı çocukların sayısının daha yüksek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanede 5 yaş altı çocukların sayısının daha az olduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 9: Hanede yaşayan fert sayısının daha fazla olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanede yaşayan fert sayısının daha az olduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 10: Hanehalkı reisinin yaşının daha yüksek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin daha genç olduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 11: Hanehalkı reisinin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 12: Hanehalkı reisinin erkek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin kadın olduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 13: Hanehalkı reisinin işsiz olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin çalıştığı hanelere göre daha yüksektir.

Hipotez 14: Hanehalkı reisinin medeni durumuna göre hanenin eksik sigortalı olma olasılığı farklılık göstermemektedir.

Hipotez 15: Hanehalkının yapısına göre hanenin eksik sigortalı olma olasılığı farklılık göstermemektedir.

Yukarıda verilen araştırma hipotezlerindeki bağımlı ve bağımsız değişkenlerin listesi Tablo 6'da sunulmaktadır. Araştırma değişkenleri, eksik sigorta, katastrofik

cepten harcama ve yoksullaşma ile ilgili ulusal ve uluslararası literatür dikkate alınarak belirlenmiştir (4, 6, 7, 36, 38, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71).

Yıllar itibariyle **Eksik Sigortalı Hane Prevalansını** (ESHp) belirlemek için aşağıda sunulan formül kullanılmıştır.

$$ESHp = (\text{Eksik sigortalı hane sayısı} / \text{toplam hane sayısı}) * 100$$

Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Listesi

Değişkenin Adı	Tanımı	Ölçüm Şekli
Bağımlı Değişken		
Hanenin eksik sigortalı olma durumu (<i>eksigorta</i>)	Bir hanenin deflate edilmiş yıllık toplam cepten sağlık harcamasının, yıllık toplam deflate edilmiş tüketim harcaması içindeki payının en az %10 olması	Kesikli değişken: 1=Hane eksik sigortalı 0=Hane eksik sigortalı değil
Bağımsız Değişkenler		
Araştırma yılı (<i>aryil</i>)	Verinin ait olduğu yıl 1. 2004 (referans grup) 2. 2005 3. 2006 4. 2007 5. 2008 6. 2009 7. 2010 8. 2011 9. 2012 10. 2013 11. 2014	Kesikli değişken: 1=Evet, 0=Hayır
Hanehalkı tüketim harcaması (TL) (<i>dytoptukdi</i>)	Hanehalkının deflate edilmiş yıllık tüketim harcamasına göre sıralı %20'lik harcama dilimindeki yeri 1. Birinci dilim (en düşük gelirli hane) (referans grup) 2. İkinci dilim 3. Üçüncü dilim 4. Dördüncü dilim 5. Beşinci dilim (en yüksek gelirli hane)	Sıralı değişken
Hanehalkı büyüklüğü (<i>hhbuyuk</i>)	Hanede yaşayan toplam kişi sayısı	Sürekli değişken

Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Listesi (Devam)

Değişkenin Adı	Tanımı	Ölçüm Şekli
Bağımsız Değişkenler		
Eğitim düzeyi (<i>reiségitim</i>)	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi 1. İlkokul ve daha düşük (referans grup) 2. İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek okulu 3. Lise veya lise dengi meslek okulu 4. 2 yıllık lisans 5. 4 yıllık lisans veya lisansüstü	Sıralı değişken
Yaş_1 (<i>reisyas</i>)	Hanehalkı reisinin yaşı 1. 15-24 yaş (referans grup) 2. 25-34 yaş 3. 35-44 yaş 4. 45-54 yaş 5. 55-64 yaş 6. 65 + yaş	Sıralı değişken
Yaş_2 (<i>yas65</i>)	Hanede 65 ve üzeri yaştaki bireylerin sayısı	Sürekli değişken
Yaş_3 (<i>yas5</i>)	Hanede 5 yaş altı çocukların sayısı	Sürekli değişken
Cinsiyet (<i>reiscins</i>)	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Kesikli değişken: 1=Erkek, 0=Kadın
İstihdam durumu (<i>reiscalis</i>)	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Kesikli değişken: 1=Çalışıyor, 0=Çalışmıyor
Medeni durum (<i>reismedeni</i>)	Hanehalkı reisinin medeni durumu 1. Hiç evlenmedi 2. Evli 3. Eşi öldü 4. Boşandı (referans grup)	Kesikli değişken: 1=Evet, 0=Hayır
Sağlık sorunu (<i>hanegunengel</i>)	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı	Sürekli değişken
Cepten harcama_1 (<i>yatarak</i>)	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan yıllık toplam deflate edilmiş cepten harcama miktarı	Sürekli değişken
Cepten harcama_2 (<i>ayakta</i>)	Hanede ayakta sağlık hizmeti (tıbbi hekimlik, diş hekimliği, paramedik hizmetleri, ilaç dışındaki diğer tıbbi ürünler, malzemeler, ekipmanlar, laboratuvar ve görüntüleme ve diğer hizmetler) almak için yapılan yıllık toplam deflate edilmiş cepten harcama miktarı	Sürekli değişken
Cepten harcama_3 (<i>ilac</i>)	Hanede ilaç için yapılan yıllık toplam deflate edilmiş cepten harcama miktarı	Sürekli değişken
Yerleşim yeri (<i>hhyerles</i>)	Hanehalkının yerleşim yeri	Kesikli değişken: 1=Kır, 0=Kent

Tablo 6. Araştırmada Kullanılan Değişkenlerin Listesi (Devam)

Değişkenin Adı	Tanımı	Ölçüm Şekli
Bağımsız Değişkenler		
Sağlık sigortası türü (<i>reissagsig</i>)	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü 1. Zorunlu sigortalı/SGK (referans grup) 2. İsteğe bağlı sigortalı 3. Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı 4. Özel sağlık sigortası 5. Yeşil kart 6. Banka, vakıf vb. 7. GSS (Yeşil kart dahil)	Kesikli değişken: 1=Evet, 0=Hayır
Hanehalkı tipi (<i>hhtipi</i>)	Hanehalkı yapısı 1. Tek çocuklu çekirdek aile (referans grup) 2. İki çocuklu çekirdek aile 3. Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile 4. Çocuksuz çift 5. Ataerkil veya geniş aile 6. Tek yetişkinli aile 7. Birarada yaşayan kişiler	Kesikli değişken: 1=Evet, 0=Hayır

Eksik sigorta kavramı birden fazla boyut itibarıyla tanımlandığından, daha önce de vurgulandığı üzere, ölçülmesinde de ekonomik, deneyimsel ve tutumsal olmak üzere temelde üç farklı bakış açısı kullanılmaktadır. Buna karşın, en yaygın kullanım alanı bulan yaklaşım ekonomik yaklaşımdır. Literatür Bölümünde de anlatıldığı üzere, ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılık tanımında aşağıda belirtilen üç kriter kullanılmaktadır:

- 1- Bir bireyin yıllık toplam cepten sağlık harcamasının yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %10 olması.
- 2- Yoksul bir bireyin yıllık toplam cepten sağlık harcamasının yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %5 olması.
- 3- Bir bireyin yıllık toplam katılım eşikli katkı payı ödemelerinin yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %5 olması.

Bu tez çalışmasında, eksik sigorta konusu ekonomik bakış açısıyla ele alınarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşımın tercih edilmesinin temel sebebi, araştırma verisi olarak kullanılacak olan TÜİK tarafından sağlanan hazır verinin (ikinci el verinin) kullanılmasıdır. TÜİK Bütçe Araştırmasında, deneysel ve sağlık hizmeti kullanıcılarının hizmet paketinin kapsamıyla ilgili algılarına (tutumusal faktörlere) ilişkin veriler yer almamaktadır.

Bu çalışmada eksik sigortalı hanelerin belirlenmesi için aşağıdaki ölçüt kullanılmıştır:

- Hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcamasının hanenin yıllık toplam tüketim harcaması içindeki payının en az %10 olması

Bu tez çalışmasında yoksul bireylerle ilgili ikinci ekonomik ölçütün kullanılmamasının temel sebebi, %10 eşik değerinin hem eksik sigortalılık analizlerinde genel kabul gören hem de katastrofik cepten harcama analizlerinde yoksulları da kapsadığı konusunda hem fikir olunan eşik değer olmasıdır. Ayrıca, yoksul bireylerle ilgili bu ekonomik ölçüt, ABD’de Çocukların Sağlık Sigortası Programı’ndaki (Children’s Health Insurance Program—CHIP) düşük gelirli yetişkinlerin %5 ile sınırlandırılan maliyet paylaşımıdır (4). Bu ölçütün kullanılması öncelikle araştırma kapsamındaki bireylerin “yoksul” olanlarının belirlenmesini gerektirmektedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde yoksul bireyler, Federal Yoksulluk Sınırının %200’ünün altında kalan gelire sahip bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu tez çalışmasında kapsanan hanelerin hangilerinin “yoksul” hane kategorisine girdiğinin ayrı bir metodolojiyle belirlenmesi mümkündür. Ancak bu işlem yapılsa da Türkiye’de yoksul haneler için %5 eşik değerinin kullanılabileceğine dair bilimsel veya resmi kaynaklı bir referans mevcut değildir. Bu sebeple bu çalışmada tüm kesimler için %10 eşik değeri kullanılmıştır. Katılım eşikli katkı payına dayalı ekonomik ölçütün kullanılmama sebebi ise bu uygulamayı içeren özel sağlık sigortasının Türkiye’de kullanılmaması ve veri setinde bulunmamasıdır.

Cepten sağlık harcamasının payı hesaplanırken, hanenin geliri yerine hanenin tüketim harcaması esas alınmıştır. Bunun iki temel sebebi vardır: Birincisi, tüketim harcamasının zaman içinde gelire göre daha az dalgalanma göstermesidir. Bir başka ifadeyle, gelir verileri tesadüfen oluşan beklenmedik durumları yansıtan ve zamana göre

dalgalanmalar gösteren özellikler taşıyan; harcama verileri ise zorunlu ihtiyaçlar karşılandıktan sonra kalan efektif geliri (kullanılabilir geliri—satın alma gücünü) daha iyi yansıtan bir ölçüt olarak kabul edilmektedir. İkincisi ise, hanehalkı araştırmalarından elde edilen harcama verilerinin, informal sektörün büyük olduğu ve dolayısıyla gelir ve vergi kayıtlarının güvenilir olmayabileceği özellikle gelişmekte olan ülkelerde gelir verilerine göre daha güvenilir olmasıdır (1, 72).

Sağlık sigortası türü değişkeni ile ilgili bir noktanın belirtilmesi gerekmektedir. TÜİK'in "Hanehalkı Tüketim Harcaması" araştırması bütçe anketinde kullandığı sağlık sigortası türü değişkeni Tablo 6'da gösterildiği üzere yedi kategorili bir değişkendir. Ancak bu kategorilerin hepsi araştırmada kapsanan 11 yılın tamamında mevcut değildir. Bunun gerekçesi, Türkiye'de sağlık sigortası türünün hem yıllar içerisinde yapılan mevzuat değişiklikleri hem de TÜİK'in bütçe anketinde kullandığı bu değişkeni, sınıflama yaklaşımındaki farklılıklar nedeniyle tüm yıllarda standart olmamasıdır (Tablo 7). Örneğin, özel sağlık sigortası TÜİK sınıflamasına 2012 yılında, GSS ise 2013 yılında bütçe anketine alınmıştır. Ayrıca Tablo 7'de gösterildiği üzere, 2012 yılından itibaren sekizinci bir kategori olarak Sosyal Güvenlik Kurumu yer almaktadır. 2012 yılından itibaren, bu sigorta türü "zorunlu sigortalı" türünün yerini almıştır. Bu sebeple bu araştırmada zorunlu sigortalı ve SGK kategorisi birleştirilmiş ve sağlık sigortası türü değişkeni toplam yedi kategoriyle tanımlanmıştır.

Tablo 7. Yıllar İtibariyle TÜİK Bütçe Anketi Sağlık Sigortası Türü Sınıflaması

Sağlık sigortası türü	Yıllar
1. Zorunlu sigortalı	2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011
2. İsteğe bağlı sigortalı	2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014
3. Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı	2004
4. Sosyal güvenlik kurumu	2012, 2013, 2014
5. Yeşil kart	2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012
6. GSS (Yeşil kart dahil)	2013, 2014
7. Özel sağlık sigortası	2012, 2013, 2014
8. Diğer (Banka, vakıf vb.)	2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

3.3. Veri Kaynağı ve Veri Toplama Aracı

Bu araştırmada TÜİK tarafından gerçekleştirilen 2004-2014 yılları Hanehalkı Bütçe Araştırması ile elde edilen veri setleri kullanılmıştır. Genel olarak, Bütçe

Araştırmalarında sağlık amaçlı cepten ödemelerle ilgili tahminler, sağlık harcamaları için özel olarak tasarlanmış araştırmalara göre daha düşüktür. Bunun nedeni, özel olarak sağlık harcamalarına odaklanılan araştırmalarda harcamalarla ilgili çok daha detaylı sorular sorulmasıdır. Sağlık harcamalarına özel uzunlamasına yapılmış alternatif başka bir veri kaynağı olmadığından, bu kısıt dikkate alınarak, Bütçe Araştırması verilerinin kullanımı tercih edilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2002 yılından itibaren her yıl düzenli olarak Hanehalkı Bütçe Anketi (HBA) uygulamaktadır. Hanehalkı gelirlerine ve tktim harcamalarına ilişkin bilgiler, hanehalkı fertleriyle yapılan görüşmeler, gözlem ve bir ay boyunca yaptıkları günlük harcamaları tuttukları kayıt defterleri metodları kullanılarak derlenmektedir. Gelir verileri hane bireyleri temelinde ayrı ayrı toplanırken, tktim harcamaları türlerine göre ayrı ayrı hane düzeyinde toplanmaktadır. Araştırmada kapsanan her bir örnek hane ayda ortalama 8 defa ziyaret edilmektedir. Anket ayı öncesi ilk ziyarette hanehalkının sosyo-ekonomik durumuna ait bilgiler alınmakta ve harcama kayıt defterleri bırakılmaktadır. Anket ayı içinde yapılan ziyaretlerde ise hanenin anket ayında yaptığı gıda, giyim, sağlık, ulaştırma, haberleşme, eğitim, kültür, eğlence, konut, ev eşyası vb. gibi tktim harcamalarına ilişkin bilgiler derlenmektedir. Anket ayı bitiminde yapılan son görüşmede ise, hanehalkı fertlerinin anket ayı içindeki istihdam durumu ve elde ettiği gelir bilgileri derlenmektedir.

Bütçe Araştırması veri setinde cepten sağlık harcaması üç ana harcama kaleminden oluşmaktadır:

1) Tıbbi rnler (ilaç ve diğer), (aletler, malzemeler, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri) için yapılan harcamalar,

2) Ayakta tedavi hizmetleri (tıbbi hekim hizmetleri, diş hekimliği hizmetleri ve paramedik hizmetler) için yapılan harcamalar,

3) Yataklı tedavi hizmetleri için yapılan harcamalar.

Araştırmada, hanenin cepten sağlık harcaması bu ana harcama kalemlerinin toplamı alınarak hesaplanmıştır. Diğer tktim harcaması kalemlerinde olduğu gibi, cepten sağlık harcamaları için de referans dönem (verinin ait olduğu dönem) bir aydır

ve veriler hanenin tamamı için ayrı ayrı toplanmaktadır. Yıl boyunca her ay yeni bir örnekleme yeni haneler ziyaret edilmekte ve bilgileri toplanmaktadır.

Bu araştırmada, 11 yıllık harcama rakamları üzerinden analizler yapılacağından, enflasyonun etkisi ortadan kaldırılarak reel rakamların elde edilmesi gerekmektedir. TÜİK Bütçe Araştırması verileri her ay toplandığından aylar arasında enflasyondan kaynaklanabilecek harcama artışlarının ayarlanması gerekir. Hanelere hangi ay anket uygulandığı bilgisi TÜİK tarafından sağlanmadığından, aylık olarak deflate işlemi yapılamamıştır. Bunun yerine hem yıllık tüketim harcaması hem de cepten harcamalar 2004 yılı baz (2004=100) alınarak deflate edilmiştir. Deflate işleminin yapılmasında TÜİK tarafından sağlanan TÜFE değerleri kullanılmıştır. Dolayısıyla, tüketim harcamalarında ve cepten harcamalarda yıllar arasında meydana gelen artış/azalışlar, fiyat etkisinden arındırılmıştır.

Örneğin, cepten sağlık harcaması verilerinin deflate edilmesi için, 2004 yılı baz yıl alınarak 2005 – 2014 yıllarında Aralık ayı itibariyle sağlığa özel TÜFE değerleri kullanılarak 2005 – 2014 yıllarına ait cepten sağlık harcamaları aşağıda sunulan formüle göre deflate edilmiştir:

(2005 yılında bir hanenin yıllık toplam cepten sağlık harcaması / 2005 yılı sağlığa özel TÜFE değeri) *100

3.4. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni, 2004-2014 yılları arasında Türkiye'yi temsil eden TÜİK Bütçe Araştırması örnekleme seçilen haneler arasında hanehalkı fertlerinin tamamının sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerden oluşmaktadır. Uluslararası literatürde eksik sigortalılık analizleri, yıl boyunca sağlık sigortasına sahip olan bireyleri kapsamaktadır. Ancak TÜİK Bütçe Araştırması veri setinde sağlık harcaması verileri hane düzeyinde toplanmaktadır ve bireylerin sağlık sigortalılık sürelerine ilişkin veri bulunmamaktadır. Dolayısıyla TÜİK veri setinde, sağlık harcamaları, ne kadar süreyle sigortalı oldukları bilinmeyen sigortalı bireylerin ve sigortasız bireylerin yapmış oldukları harcamaların toplamından oluşmaktadır. Bu durumda, bireylerin sigortalılık durumlarına bakılmaksızın, tüm hanelerin araştırma kapsamına alınması “yanlış” örneklem üzerinde çalışılmasına yol açabilecektir. Bu sebeple, TÜİK örnekleme seçilen haneler arasından tüm bireylerin sağlık sigortasına sahip olduğu haneler araştırma kapsamına

alınmıştır. Bu seçim kriterinin uygulanması neticesinde, 11 yıllık bütçe araştırması veri setinde yer alan toplam 102.969 hane arasından sigortalılık kriterini sağlayan 83.005 hane (%80,6) araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan tüm yılların hane verileri, TÜİK’den alınan örneklem katsayıları ile ağırlıklandırılarak ilgili yıllarda Türkiye genelini temsil eden ağırlıklı hane sayıları elde edilmiştir. Ağırlıklandırma neticesinde, 11 yıllık bütçe araştırması veri setinde yer alan toplam 205.914.361 hane arasından toplam 163.976.559 hane (%79,6) araştırma kapsamına alınmıştır (Tablo 8). Bu haneler arasından örneklem çekilmemiş, TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması veri setlerinde verisi bulunan yukarıdaki kritere uygun tüm haneler araştırma örneklemini oluşturmuştur. Hanelerin tamamı tam veriye (veri setinde eksik değişken olmama durumu) sahiptir.

Tablo 8. Araştırmanın Yıllar İtibariyle Evren ve Örneklem Bilgileri

Yıl	TÜİK örnekleme seçilen toplam HANE sayısı			TÜİK örnekleminde verisi bulunan HANE sayısı		Hanedeki tüm bireylerin sağlık sigortasına sahip olduğu HANELER			
	Aylık	Yıllık	Cevapsızlık oranı (%)†	Ağırlıksız veride	Ağırlıklı veride	Ağırlıksız veride		Ağırlıklı veride	
						Sayı	%	Sayı	%
2004	720	8.640	1,1	8.544	17.096.537	5.654	66,2	11.307.649	66,1
2005	720	8.640	0,9	8.559	17.549.022	5.878	68,7	11.956.651	68,1
2006	720	8.640	0,9	8.558	17.689.552	6.381	74,6	13.000.951	73,5
2007*	720	8.640	1,1	8.548	17.337.894	6.749	79,0	13.588.702	78,4
2008*	720	8.640	1,1	8.549	17.794.238	6.985	81,7	14.203.453	79,8
2009*	1.050	12.600	20,3	10.042	18.427.322	7.906	78,7	14.204.227	77,1
2010*	1.104	13.248	23,9	10.082	18.808.172	8.163	81,0	14.942.527	79,4
2011*	1.104	13.248	25,1	9.918	19.311.637	8.396	84,7	16.051.753	83,1
2012*	1.104	13.248	24,6	9.987	20.051.454	8.788	88,0	17.431.457	86,9
2013*	1.104	13.248	24,1	10.060	20.476.409	8.998	89,4	18.128.966	88,5
2014*	1.104	13.248	23,6	10.122	21.372.124	9.107	90,0	19.160.221	89,7
Toplam	10.170	122.040		102.969	205.914.361	83.005	80,6	163.976.559	79,6

*TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi’ne (ADNKS) göre nüfus projeksiyonlarını yenilemiştir.

†Cevapsızlık oranı, ankette örnekleme tekniklerine göre seçilen esas örnek hanehalkı ile anket yapılamayan hanelerin oranıdır.

Bu araştırmanın verileri TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması verilerine dayandığı için, TÜİK'in ilgili araştırmada kullanmış olduğu evren ve örneklem tanımlarını ve açıklamaları aşağıda sunulmaktadır.

TÜİK Hanehalkı Bütçe Araştırması Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bulunan tüm yerleşim yerlerindeki hanehalklarını kapsamaktadır. Yerleşim yerleri, kent-kır tanımı dikkate alınarak iki tabakaya ayrılmıştır:

Kırsal Yerler: Nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yerleri,

Kentsel Yerler: Nüfusu 20.001 ve daha fazla olan yerleşim yerleri olarak tanımlanmıştır.

Ancak 2014 yılında Büyükşehir Yasası ile birlikte kırsal ve kentsel alan tanımı değiştirilmiştir. Değişiklik ve gerekçesine ilişkin TÜİK tarafından yayınlanan resmi açıklama şu şekildedir:

“2014 yılı Mart ayı itibarıyla gerçekleşen idari bölünüş değişikliklerinin kır-kent yapısına etkileri oldukça önem arz etmiştir. İlgili kanunlar uyarınca yapılan değişiklikler ile Türkiye'nin %14'ü kır nüfusu, %86'sı ise kent nüfusu halini almıştır. 2014 yılı Mart ayı itibari ile Büyükşehir Belediye Statüsü kazanan 30 il için, il sınırları içerisinde yer alan köyler mahalle statüsü kazanmış, 20 000 nüfus sınırı esas alınarak yapılan kır-kent tanımındaki kır oranı bu büyükşehirlerde %21'den %3'e düşmüştür. TÜİK'de kır-kent bazlı örnekleme yöntemi ile yapılan hanehalkı çalışmalarında ülke genelindeki temsiliyeti sağlamak üzere, toplam örnek genişliğinin kır ve kente düşen paylarının dikkate alınması büyük önem taşımaktadır. Örnek birimlerin seçimi sırasında kır ve kent ayırımında kontrol sağlanamaması durumunda, tüm ülkeyi temsil etmek üzere belirlenen birimlerin, sadece ülkenin büyük nüfuslu kent yerleşim yerlerinden çıkması ya da tam tersi kırsal yerleşim yerlerinden çıkması durumu söz konusu olabilecektir. Bu durum, kır yapısının ya da kent yapısının genel temsiliyete etkisini yok sayacağından ülke geneli için yanlı tahminlerin üretilmesine neden olacaktır. Bu nedenle, TÜİK Başkanlığı tarafından, 2014 yılından itibaren tüm istatistiklerin kır ve kent ayırımında değil; ülke toplamı genelinde üretilmesi kararı alınmıştır.” (73).

Bu sebeptendir ki, bu araştırmada kır-kent değişkeni sadece tanımlayıcı analizlerde kullanılmıştır.

TÜİK Bütçe Araştırmasında kurumsal nüfus araştırma kapsamı dışındadır. Kurumsal nüfus, günlük yaşam gereksinimleri, yasal bir düzenlemeye dayalı olarak kurulan özel ya da tüzel kurum/kuruluşlarda kısmen ya da tamamen karşılanan, bireysel karar ve davranışlarında yetkili otoritenin kurallarına kısmen ya da tamamen bağımlı olarak hareket eden, ancak bireysel harcamalarına kısmen karar verebilen kişilerin yaşamlarını sürdürdükleri alanlarda yaşayan nüfustur. Yaşlılar evi, huzur evleri, hapishane, askeri kışla, özel nitelikli hastane, çocuk yuvalarında bulunan nüfus, kurumsal nüfusa örnektir. Dolayısıyla, bu çalışmanın araştırma evrenini 2004-2014 yılları arasında Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde yaşayan, kurumsal olmayan hanehalklarının tamamı oluşturmuştur.

TÜİK tarafından yapılan tanımlamaya göre, **aile**, evlilik, kan bağı ve yasal yollarla birbirine bağlı, karşılıklı hak ve yükümlölüklerle bir arada yaşayan insan topluluğu olup, toplumun temeli kabul edilen en küçük birimdir. **Hanehalkı** ise, aralarında akrabalık bağı bulunsun ya da bulunmasın aynı konutta yaşayan bir veya birden fazla kişiden oluşan topluluktur. Diğer bir ifade ile hanehalkı, bir aileden oluşabileceği gibi birden fazla aileden de oluşabilmektedir (74).

TÜİK, Bütçe Araştırmasını her yıl 1 Ocak–31 Aralık tarihleri arasında bir yıl süreyle her ay değişen örnek hanelere uygulamaktadır. Bir başka ifadeyle, nihai örnekleme birimi, hanehalklarıdır. TÜİK Bütçe Araştırmasında temel örnekleme çerçevesi Ulusal Adres Veri Tabanıdır. Örnekleme yöntemi olarak, tabakalı iki aşamalı küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Birinci aşamada, Ulusal Adres Veri Tabanı kullanılarak bloklar oluşturulmuş, kentsel yerlerden ve belediye teşkilatı olan kırsal yerlerden ve köylerden yerleşim yerinin büyüklüğüne orantılı (proportionate-to-size) olasılıkla bloklar belirlenmiştir. Böylece, kır-kent kriteri tabaka olarak kullanılmıştır. İkinci aşamada ise seçilen her bloktan nihai örnekleme birimi olarak hanehalkları sistematik olarak seğilmiştir (75).

3.5. Analiz Yöntemi

Literatürde, eksik sigorta analizlerinde analiz birimi olarak birey esas alınmıştır. Bu çalışmada, tüm analizlerde analiz birimi olarak hane esas alınmıştır. Bunun sebebi, bütçe araştırmasında tüketim harcaması verilerinin hane düzeyinde toplanmış olmasıdır.

Analizlerde hem tanımlayıcı hem de analitik yöntemler kullanılmıştır.

3.5.1. Tanımlayıcı Yöntemler

Tanımlayıcı analizler olarak sayı, yüzde, yüzde değişimi, ortalama, standart sapma ve medyanın yanı sıra görsel teknikler de kullanılmıştır. Ayrıca, ortalama değerlerin kullanıldığı tüm değişkenlerde verinin çarpık/asimetrik olup olmadığı belirlenmiştir. Bunun için medyan değerleri ve histogramlar kullanılmıştır. Spesifik olarak, normal dağılım gösteren bir veride ortalama=medyan ve standart sapma = 0 olarak gerçekleşir (76). Normal dağılım göstermeyen veride ise ortalama ve medyan değerleri farklılık gösterir ve histogramda bakıldığında verinin sağa veya sola doğru asimetrik dağıldığı görülür. Bu durumda ortalama yerine medyan değerini de içeren kartil değerlerinin (%25, %50, %75 ve %95) kullanılması önerilmektedir (76). Bu çalışmada ortalama değerlerin kullanıldığı değişkenlerin büyük kısmında asimetri sorunu tespit edildiği için, ortalama, standart sapma ve kartil değerleri tüm sürekli değişkenler için sunulmuştur. Bu yaklaşımla esasen sürekli değişkenlerin dağılımı hakkında daha detaylı bilgi sunulmuştur.

Tanımlayıcı analizler aşağıda belirtilen amaçlarla yapılmıştır:

- 1) Araştırma kapsamına alınan hanelerin seçilmiş değişkenler itibariyle özelliklerini tanımlamak,
- 2) Eksik sigortalı hane prevalansını belirlemek,
- 3) Eksik sigortalı olan ve eksik sigortalı olmayan haneleri karşılaştırmalı olarak tanımlamak.

3.5.2. Analitik Yöntemler

Bu araştırmada analitik yöntemler, araştırma hipotezlerini test etmek için kullanılmıştır. Böylece, eksik sigortalılık olasılığı ile ilişkili faktörler tahmin edilmiştir. Bunun için, lojistik regresyon tekniği kullanılmıştır.

Lojistik regresyon tekniği, bağımlı değişkenin iki kategorili kesikli değişken olması durumunda uygun olan ve değişkenlerin normal dağılıma uyması varsayımını gerektirmeyen bir tekniktir. Bu teknik, her bir bağımsız değişkenin bir olayın meydana gelme olasılığına katkısını belirlemeyi sağlar.

Lojistik modelin matematiksel ifadesi aşağıda belirtilen fonksiyondur:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_i x_i)}}$$

Modelde,

p = incelenen olayın meydana gelme olasılığı (bağımlı değişkenin “1” olma olasılığı),

β_0 = sabit değişkenin tahmini katsayısını,

β_i = veriden elde edilen katsayıları,

X = bağımsız değişkenleri,

e = doğal logaritmayı (yaklaşık 2,718) göstermektedir.

Bu çalışmanın bağımlı değişkeni, bir hanenin eksik sigortalı olup olmadığını gösteren iki kategorili kesikli değişkendir. Bir hane, eksik sigortalı olması durumunda “1”, değilse “0” değerini alacaktır. Lojistik model, regresyon katsayısının yanısıra odds oranı (Odds Ratio-OR) ile de yorumlanabilir. OR, iki kategorili kesikli bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin bir ölçüsüdür. OR 1’den küçük ise X bağımsız değişkeninin haneyi eksik sigortalılık durumundan koruduğunu; OR 1’den büyük ise X bağımsız değişkeninin hanenin eksik sigortalılık riskini artırdığını gösterir.

Bu araştırmada hem iki değişkenli hem de çok değişkenli lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. Bu teknikler ile ilgili detaylı açıklamalar aşağıda sunulmaktadır.

İki değişkenli lojistik regresyon analizi

Çok değişkenli analizler öncesinde iki değişkenli lojistik regresyon analizleri yapılmıştır. İki değişkenli regresyon analizlerini yapmaktaki amaç, karıştırıcı faktörlerin etkisi ortadan kaldırılmadan, bağımlı değişken ile “X” bağımsız değişkeni arasındaki ilişkiyi test etmektir. Bu analizlerden elde edilecek bulgu, çok değişkenli analiz bulguları ile karşılaştırılıp fark olup olmadığı görülür. Fark olması, karıştırıcı faktörlerin etkisine ve dolayısıyla çok değişkenli analizin yararına işaret edecektir. Bu araştırmada iki değişkenli analizler 11 yıllık araştırma verisinin toplu olarak analiz edilmesiyle (havuzlanmış veri analizi—pooled data analysis) gerçekleştirilmiştir.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi

Çok değişkenli regresyon analizlerinin kullanılmasındaki temel amaç, bağımlı ve bağımsız değişken(ler) arasındaki ilişkinin karıştırıcı faktörlerin etkisinden arındırılmış olarak test edilmesidir. İki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunması, bu ikisi arasındaki ilişkiyi maskeleyebilecek diğer potansiyel faktörlerin alternatif hipotez oluşturmayacağı anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle, iki değişken arasında bulunan ilişkinin diğer faktörlerin etkisinden kaynaklanmış olacağı öne sürülemez.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınan değişkenler arasında çoklu bağlantı (multicollinearity) olması durumunda aralarındaki gerçek ilişki belirlenemeyebilir. Bu nedenle, araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında korelasyon olup olmadığını belirlemek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon analizi, korele iki değişken hakkında bilgi sağlar. İki değişken arasında yüksek korelasyon olup olmadığını belirlemede önerilen korelasyon değeri 0,80 veya 0,90’dır (77). Bu alışmada Özgen ve Özcan’ın yapmış olduğu çalışmaya istinaden korelasyon değeri olarak %60 alınmıştır (78).

Pearson korelasyon analizi sonucu elde edilen 11 yıllık korelasyon verilerinin yer aldığı tablolar tezin son bölümünde Ek’ler kısmında sunulmaktadır.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi IBM-SPSS 18.0 versiyonu kullanılarak “enter” yöntemi ile yapılmıştır. Bir başka ifadeyle, değişkenler arasındaki karıştırıcı etkileri kontrol etmek amacıyla “aşamalı” yöntem kullanılmamış ve korele olmayan değişkenlerin tamamı analiz kapsamına alınmıştır.

Çok değişkenli analizlerde araştırma değişkenlerinin tamamını içeren 11 yıllık araştırma verisinin toplu olarak analizi yapılmıştır. Böylece hem hangi yılda bir hanenin eksik sigortalı olma olasılığının göreceli olarak daha yüksek olduğu hem de bir hanenin eksik sigortalı olma olasılığı ile ilişkili faktörler 11 yıllık veri analiz edilerek belirlenmiştir.



4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın bulguları iki kısım halinde sunulmaktadır. Birinci kısımda, araştırmaya dahil edilen hanelerin genel olarak araştırma değişkenleri ve eksik sigortalılık durumları itibariyle tanımlayıcı bulguları verilmektedir. İkinci alt kısımda ise hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı ile ilişkili faktörlerin incelendiği iki değişkenli ve çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları sunulmaktadır.

4.1. Tanımlayıcı Bulgular

4.1.1. Hanelerin Genel Özelliklerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 9'da hanedeki tüm fertlerin sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerin araştırmanın kategorik değişkenlerine göre 2004-2014 yılları itibariyle yüzde dağılımı verilmektedir. Tüm yıllarda hanehalkı reislerinin büyük çoğunluğu zorunlu sigorta kapsamındadır. Tüm yıllarda en düşük zorunlu sigorta yüzdesi 2010 yılında %86,26 ve en yüksek yüzde 2014 yılında %90,66'dır. Hanehalkı reisinin yaş dağılımına bakıldığında, yaşla birlikte hane reisi olanların yüzdesi artmıştır. Tüm yıllarda 35-44 yaş grubunda bulunan hane reislerinin oranı diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir (yaklaşık %25-%31). Ayrıca, hane reislerinin büyük çoğunluğu (%64-%72) 25-54 yaşları arasındadır. 55 yaş ve üzeri yaştaki hane reislerinde yıllar itibariyle bir artış gözlenmektedir. Tüm yıllarda hanehalkı reislerinin %50'den fazlasının ilkökul ve daha düşük eğitim düzeyinde oldukları belirlenmiştir. Lise veya lise dengi meslek lisesi eğitimi almış hane reisleri 2004 yılında yüzde 20,96 iken, 2014 yılına gelindiğinde yüzde 17,58 düzeyine gerilemiştir. Bununla birlikte, 4 yıllık lisans ve lisansüstü eğitimi olan hanehalkı reislerinin yüzdesinde yıllar itibariyle artış gözlenmiştir. 2004 yılında ilgili yüzde 10,06, 2014 yılında ise 14,21 olarak belirlenmiştir. Tüm yıllarda erkek hanehalkı reisleri %80'nin üzerindeki temsiliyetle araştırma örnekleminizdeki baskın grubu oluşturmaktadır. Ancak kadın hanehalkı reisi yüzdesi 2004 yılında yüzde 10,35 iken, 2014 yılında yaklaşık %50 artışla 15,62'ye yükselmiştir. Hanehalkı reislerinin tüm yıllarda yaklaşık %70'inin anket ayında bir saat bile olsa gelir getirici bir işte çalıştığı ve yaklaşık %85'den fazlasının evli olduğu belirlenmiştir. Yıllar itibariyle boşanmış hanehalkı reislerinin yüzdesindeki artış, medeni durumla ilgili çarpıcı bir bulgu olarak düşünülebilir. Ayrıca hiç evlenmemiş hanehalkı reislerinde de yıllar itibariyle önemli sayılabilecek bir artış gözlenmektedir (2004 yılı %1,63, 2014 yılı %5,17). Araştırmadaki hanelerin, en az %66'sının kentsel alanlarda yaşadığı görülmektedir.

Hanehalkı tipine bakıldığında, iki çocuklu ailelerin göreceli olarak daha fazla temsil edildiği (%26) ve 2014 yılı (%18) hariç tüm yıllarda en büyük yüzde grubuna sahip olduğu belirlenmiştir. Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile grubu 2004 yılında %17 iken, 2014 yılına gelindiğinde %13'e düşmüştür. Ayrıca, 2009 yılından itibaren tek yetişkinli ailelerin yüzdesinde belirgin artış olduğu da gözlenmiştir (2004 yılına göre 2014 yılında 2 kattan fazla artış).



Tablo 9. Hanelerin Araştırmanın Kategorik Değişkenlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)

Değişkenin Adı	Yıl										
	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü											
<i>Zorunlu sigortalı/SGK</i>	87,40	88,91	86,87	87,22	87,67	86,70	86,26	87,89	89,07	90,07	90,66
<i>İsteğe bağlı sigortalı</i>	1,61	0,67	0,60	0,70	0,67	1,33	0,87	0,82	1,30	0,65	0,42
<i>Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı</i>	4,32										
<i>Özel sağlık sigortası</i>									0,75	0,27	0,48
<i>Yeşil kart</i>	6,67	10,42	12,52	12,08	11,14	11,58	12,59	10,78	8,58		
<i>Banka, vakıf vb.</i>					0,51	0,40	0,29	0,51	0,29	0,10	0,13
<i>GSS (Yeşil kart dahil)</i>										8,92	8,30
Hanehalkı reisinin yaşı											
<i>15-24</i>	0,87	0,86	0,98	1,46	1,16	1,52	1,25	1,26	1,46	1,51	1,55
<i>25-34</i>	18,29	18,22	20,16	21,68	21,63	21,41	20,69	20,34	19,96	19,28	17,82
<i>35-44</i>	30,50	28,45	28,92	27,64	27,00	26,38	26,39	25,75	25,79	26,01	24,62
<i>45-54</i>	23,21	23,56	23,44	21,55	21,22	20,97	21,54	21,56	21,78	21,93	21,72
<i>55-64</i>	13,99	15,02	14,13	14,21	14,70	14,63	15,28	16,16	16,13	16,61	17,45
<i>65+</i>	13,12	13,89	12,37	13,47	14,29	15,10	14,85	14,91	14,87	14,66	16,84
Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi											
<i>İlkokul ve daha düşük</i>	53,86	57,84	60,02	59,03	53,78	57,95	56,36	55,89	52,94	52,86	52,58
<i>İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek</i>	11,44	11,47	11,01	10,34	11,45	10,21	10,78	10,46	11,52	12,00	10,87
<i>Lise veya lise dengi meslek</i>	20,96	18,79	18,12	19,35	20,71	18,54	18,30	18,11	18,96	18,26	17,58
<i>2 yıllık lisans</i>	3,68	2,97	3,13	3,10	4,14	3,96	4,08	4,84	4,83	4,53	4,75
<i>4 yıllık lisans veya lisansüstü</i>	10,06	8,93	7,72	8,17	9,92	9,34	10,47	10,71	11,75	12,36	14,21
Hanehalkı reisinin cinsiyeti											
<i>Kadın</i>	10,35	9,58	9,23	10,20	10,25	13,25	13,33	12,28	12,39	13,09	15,62
<i>Erkek</i>	89,65	90,42	90,77	89,80	89,75	86,75	86,67	87,72	87,61	86,91	84,38

Tablo 9. Hanelerin Araştırmanın Kategorik Değişkenlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%) (Devam)

Değişkenin Adı	Yıl										
	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu											
<i>Evet</i>	69,18	69,49	71,74	69,65	69,83	70,08	70,11	71,33	71,57	70,59	68,02
<i>Hayır</i>	30,82	30,51	28,26	30,35	30,17	29,92	29,89	28,67	28,43	29,41	31,98
Hanehalkı reisinin medeni durumu											
<i>Hiç evlenmedi</i>	1,63	1,72	1,00	1,82	1,66	2,71	2,68	3,29	3,26	3,41	5,17
<i>Evlü</i>	88,98	90,06	91,17	88,92	88,70	85,97	86,38	85,64	85,11	84,62	79,06
<i>Eşi öldü</i>	8,30	7,14	6,83	7,45	7,84	9,31	8,79	8,63	8,72	8,85	11,80
<i>Boşandı</i>	1,09	1,08	1,00	1,81	1,80	2,01	2,14	2,43	2,91	3,12	3,97
Hanenin yerleşim yeri											
<i>Kent</i>	71,47	68,16	66,28	73,57	71,77	72,74	70,80	71,06	70,04	71,53	
<i>Kır</i>	28,53	31,84	33,72	26,43	28,23	27,26	29,20	28,94	29,96	28,47	
Hanehalkı tipi											
<i>Tek çocuklu çekirdek aile</i>	18,83	19,67	19,84	21,66	20,50	20,09	20,57	19,95	20,86	20,26	16,98
<i>İki çocuklu çekirdek aile</i>	26,06	24,99	25,86	23,41	24,10	22,08	22,21	21,17	21,39	22,03	18,40
<i>Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile</i>	16,92	15,28	16,94	14,48	13,80	13,37	12,93	13,31	12,51	11,96	13,00
<i>Çocuksuz çift</i>	16,90	17,02	15,75	15,11	15,70	16,73	16,85	17,29	16,90	17,48	16,85
<i>Ataerkil veya geniş aile</i>	11,56	14,74	14,41	16,07	17,10	15,42	14,13	13,75	13,23	12,94	13,98
<i>Tek yetişkinli aile</i>	8,82	7,77	6,77	8,62	7,90	9,11	9,88	12,64	13,72	13,98	19,49
<i>Birarada yaşayan kişiler</i>	0,91	0,53	0,44	0,65	0,90	3,20	3,43	1,90	1,40	1,34	1,30

Tablo 10 araştırma kapsamındaki hanelerin yıllar itibariyle reel tüketim harcaması dağılımını göstermektedir. Ortalama reel tüketim harcaması yıllar itibariyle genel olarak artış göstermiştir. 2004 yılına göre 2014 yılında ortalama reel tüketim harcaması yaklaşık %35 artarak, 11.807 TL'den 15.900 TL'ye yükselmiştir.

Hanehalkı tüketim harcaması verileri asimetrik dağılım göstermiştir. Bu sebeple, dağılımların daha açık anlaşılabilmesi için harcama verilerinin %25, %50, %75 ve %95'lik dilimlere ayrılmış kartil bulguları da Tablo 10'da sunulmaktadır. Tüm kartil değerlerinde harcama verisi bulunmaktadır. Hanelerin tüketim harcaması değerlerinin %25'inin 2004 yılında yıllık maksimum 6.296 TL, 2014 yılında ise maksimum 8.330 TL olduğu belirlenmiştir. Tüketim harcaması verilerinin $\frac{1}{2}$ 'si 2004 yılında maksimum 9.267 TL harcamaya ulaşırken, 2014 yılında yaklaşık 3.000 TL artarak maksimum 12.539 TL seviyesine çıkmıştır. %75'lik dilimde 2004 yılında en yüksek harcama 14.037 TL iken, 2014 yılında 19.285 TL seviyesine çıkmıştır. Tüketim harcaması verilerinin %95'indeki maksimum değere bakıldığında, 2004 yılına göre 2014 yılında yaklaşık 13.000 TL artarak yaklaşık 39.000 TL olduğu tespit edilmiştir. Dolayısıyla tüketim harcaması verilerinin son %5'lik kısmı yıllık 2004 yılında 26.721 TL'nin 2014 yılında ise 39.329 TL'nin üzerindedir. 2004-2014 arası son %5'lik harcama kısmındaki artış diğer kartillerdeki aynı dönemdeki artıştan daha yüksek gerçekleşmiştir. Bu bulgular, tüketim harcaması dağılımındaki varyasyona da işaret etmektedir.

Tablo 10. Hanelerin Tüketim Harcaması Miktarına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Dağılım İstatistiği	Yıl										
	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Hanehalkı tüketim harcaması											
Ortalama	11.807,13	13.027,18	12.924,60	13.076,91	14.022,60	13.788,93	14.165,05	14.692,65	15.430,61	15.595,44	15.900,21
Standart sapma	10.789,41	10.695,28	10.197,58	9.952,35	10.631,06	10.243,75	10.889,58	11.940,03	12.711,15	12.175,03	12.652,00
%25	6.295,80	6.843,48	6.943,54	7.179,54	7.865,49	7.536,43	7.733,87	7.839,56	8.144,64	8.357,74	8.329,97
Medyan	9.267,00	10.180,56	10.291,87	10.683,77	11.510,90	11.461,38	11.400,76	11.719,31	12.146,56	12.525,96	12.539,35
%75	14.037,68	15.349,54	15.604,24	16.110,49	16.889,72	16.663,94	17.147,35	17.559,71	18.492,95	18.901,08	19.285,31
%95	26.721,04	32.671,14	30.888,36	30.143,74	32.398,77	31.907,24	32.771,75	35.305,14	37.208,83	37.422,16	39.328,71

Tablo 11 yıllar itibariyle hanelerin büyüklüğü (hanede yaşayan fert sayısı), hanedeki 5 yaş ve altı ile 65 yaş ve üzeri bireylerin sayısı ve hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısına göre dağılımını göstermektedir. Ortalama hanehalkı büyüklüğü 3,45 ile 3,86 arasında değişmiştir. 2004 yılında ortalama 3,71 olan hanehalkı büyüklüğünün genel olarak yıllar itibariyle küçüldüğü ve 2014 yılında 3,45 olduğu tespit edilmiştir. Hanede 65 yaş ve üzeri bireylerin ortalama sayısı 1'in altında; 2004 yılında 0,23 iken bu sayı 2014 yılında 0,28'e yükselmiş, dolayısıyla 65 yaş üzeri yaşlı nüfus yaklaşık %22 artmıştır. Hanede 5 yaş altı çocukların sayısı da ortalama olarak 1'in altındadır. Ancak hanedeki yaşlı birey sayısının aksine genel olarak yıllar itibariyle azalmıştır (2004 yılı 0,36, 2014 yılı 0,34). Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı da ortalama 1 kişiden azdır ama yıllar itibariyle artmıştır. 2004 yılında 0,08 olan ortalama, 2014 yılında 0,14 seviyesine çıkarak %75 artmıştır.

Söz konusu değişkenlerde asimetric veri sorunu olduğu tespit edilmiştir. Hanehalkı büyüklüğü verilerinin ilk %50'lik kısmında fert sayısı 2004-2008 yılları arasında maksimum 4 iken, kalan yıllarda maksimum 3 olarak belirlenmiştir. Hanehalkı büyüklüğü verilerinin %95-%100 arasındaki diliminde fert sayısı 2013 yılı hariç 7 ve üzerindedir. Hanede yaşlı birey sayısı verilerinin sadece %75-%95 arasındaki diliminde hanelerin maksimum 2 yaşlı bireye sahip olduğu, hanede 5 yaş altı çocuk sayısı verilerinin %50-%75 arasındaki diliminde maksimum 1 çocuk ve %75-%95 arasındaki diliminde ise maksimum 2 çocuk olduğu belirlenmiştir. Bu veriler gösteriyor ki, hanede yaşlı birey ve 5 yaş altı çocuk sayısı oldukça düşük seviyededir. Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı verilerinin sadece %75-%95 arasındaki diliminde maksimum 1 kişidir. Bir başka ifadeyle, fiziksel ya da zihinsel problemi olan birey sayısı verilerinin %95-%100 arasındaki diliminde hanede bu tür problemi olan bireylerin sayısı 1'in üzerindedir.

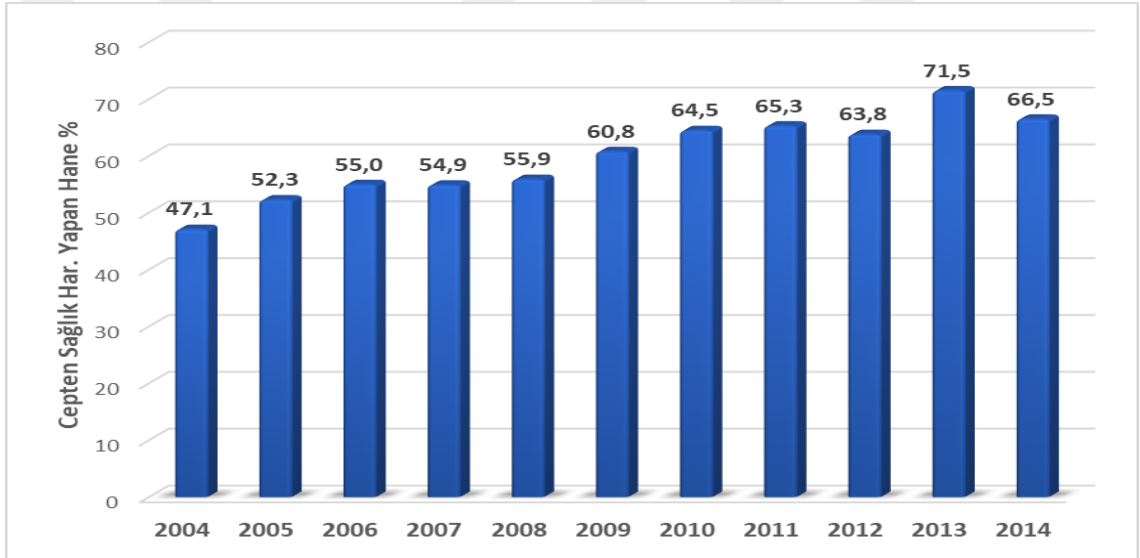
Tablo 11. Hanelerin Büyüklük, Çocuk, Yaşlı ve Engelli Birey Sayısına Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Yıl										
	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Hanehalkı büyüklüğü											
Ortalama	3,71	3,78	3,86	3,79	3,74	3,64	3,61	3,60	3,55	3,53	3,45
Standart sapma	1,68	1,74	1,73	1,79	1,69	1,74	1,74	1,77	1,74	1,71	1,95
%25	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Medyan	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
%75	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00
%95	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	6,00	7,00
Hanede 65 + yaş birey sayısı											
Ortalama	0,23	0,26	0,23	0,26	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,28
Standart sapma	0,53	0,57	0,54	0,57	0,59	0,57	0,57	0,58	0,56	0,58	0,56
%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%95	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı											
Ortalama	0,36	0,36	0,41	0,43	0,41	0,40	0,39	0,39	0,38	0,37	0,34
Standart sapma	0,64	0,64	0,67	0,69	0,67	0,67	0,66	0,67	0,65	0,65	0,65
%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%75	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
%95	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı											
Ortalama	0,08	0,08	0,09	0,10	0,10	0,13	0,13	0,13	0,13	0,14	0,14
Standart sapma	0,37	0,35	0,35	0,37	0,36	0,40	0,40	0,40	0,40	0,43	0,44
%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%95	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

4.1.2. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Şekil 8’de araştırma kapsamındaki haneler arasında cepten sağlık harcaması yapan hanelerin 2004-2014 yılları arasındaki yüzde dağılımı gösterilmektedir. Hanedeki tüm fertlerin sağlık sigortalı olmalarına rağmen, kapsanan 11 yıllık süre boyunca cepten sağlık harcaması yapan hanelerin yüzdesi genel olarak artmıştır. 2004 yılında hanelerin %47,1’i cepten harcama yapmış iken 2014 yılında %66,5’i cepten sağlık harcaması yapmıştır. Dolayısıyla %41’lik bir artış meydana gelmiştir. 2013 yılı %71,5 ile artışın en yüksek olduğu yıl olarak belirlenmiştir.

Şekil 8. Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hane Yüzdesinin Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



Tablo 12 araştırma kapsamındaki hanelerin yaptıkları yıllık toplam reel cepten sağlık harcamasının yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Hanelerin yaptıkları reel ortalama cepten sağlık harcamasında yıllar itibariyle artış meydana gelmiştir. 2004 yılında yaklaşık ortalama 259 TL olan cepten harcama 2014 yılında 2 kattan fazla artarak (% 114) yaklaşık 554 TL seviyesine çıkmıştır.

Cepten sağlık harcaması verileri, doğası gereği genellikle “asimetrik veri” sorununun yaşandığı verilerdir. Bu çalışmada da cepten sağlık harcaması verilerinin asimetrik dağıldığı tespit edilmiştir. Cepten sağlık harcaması verilerinin %25’lik diliminde cepten harcama yapılmadığı belirlenmiştir. Cepten harcama verilerinin ½’sine bakıldığında, 2005 yılından itibaren harcama olduğu ve genel olarak artan miktarda

cepten harcama yapıldığı belirlenmiştir. 2013 yılı, bu kartilde maksimum 140 TL ile hanelerin en yüksek cepten harcamanın belirlendiği yıldır. Cepten sağlık harcaması verilerinin %50-%75 arasındaki dilimine bakıldığında, yapılan maksimum cepten harcama yıllar itibariyle 131 TL ile 482 TL arasında değişmiştir. 2004 yılına göre 2014 yılında yapılan maksimum cepten sağlık harcaması 3,5 kat artmıştır. Cepten harcamalarda sıçramanın belirlendiği kartil, %95'lik dilimdir. Spesifik olarak, cepten harcama verilerinin %75-%95 arasındaki diliminde hanelerin yaptığı maksimum cepten harcama miktarı yaklaşık 1.234 TL (2004 yılı) ile 2.383 TL (2014 yılı) arasında değişmiştir. Bir başka ifadeyle, 11 yılın sonunda cepten harcama verilerinin %95-%100 arasındaki diliminde 2.383 TL'nin üzerinde harcama yapıldığı belirlenmiştir.



Tablo 12. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl										
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Hanehalkı cepten sağlık harcaması	Ortalama	259,45	299,89	301,22	354,77	332,72	350,30	426,39	433,98	449,52	531,35	553,74
	Std. sapma	987,40	1.313,66	1.382,93	1.636,63	1.695,52	1.267,92	1.305,84	1.227,41	1.512,84	1.339,09	1.691,36
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	12,05	22,33	22,14	27,13	47,67	82,99	83,87	82,58	140,30	101,16
	%75	131,40	161,45	154,72	188,18	187,29	240,24	348,71	368,75	359,65	482,44	455,57
	%95	1.233,96	1.427,36	1.395,41	1.527,61	1.450,14	1.564,5	1.876,26	1.922,98	1.933,66	2.252,60	2.382,98

Tablo 13 hanelerin yaptıkları yıllık toplam reel cepten sağlık harcamasının harcama dilimlerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Hanelerin gelir seviyesi yükseldikçe, yaptıkları ortalama cepten harcama da artmıştır. En düşük harcama dilimindeki hanelerde (1. dilim) ortalama cepten sağlık harcaması yıllar itibariyle dalgalanma göstermiştir. 2004 yılında yaklaşık 60 TL olan ortalama harcama 2014 yılında 81 TL artarak yaklaşık 141 TL olmuştur ki, bu, %135’lik bir artış anlamına gelmektedir. En yüksek harcama dilimindeki hanelerde (5. dilim) yapılan cepten sağlık harcaması da yıllar itibariyle dalgalanma göstermiştir. Ancak en düşük gelir dilimindeki hanelere kıyasla, 5. dilimdeki hanelerin yaptıkları ortalama cepten harcama tüm yıllarda daha yüksektir. Bununla birlikte yıllar içerisinde dalgalanmakla birlikte bu makas daralmıştır. Şöyle ki, 2004 yılında aradaki fark 12 kat iken, 2009 yılında 6,6 kata, 2013 yılında 6,1 kata kadar gerilemiştir. Bir başka ifadeyle, 2004-2014 yılları arasında gelir düzeyi düşük hanelerde sağlık için cepten harcama %135 artarken, gelir düzeyi yüksek hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamaları sadece %81 artmıştır.

Cepten sağlık harcaması verilerinin çarpık dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Tüm harcama seviyelerindeki hanelerin cepten harcama verilerinin %25’inde 11 yıl boyunca cepten harcama tespit edilmemiştir. Bunun istisnaları, 2013 yılında 4. dilimdeki haneler ile 2013 ve 2014 yıllarında 5. dilimdeki hanelerdir. En düşük harcama dilimindeki hanelerin cepten harcama verilerinin %25-%50 arasındaki verileri, bu hanelerin 2009 yılından itibaren cepten harcama yapmaya başladıklarını göstermektedir. 2009 yılında tespit edilen maksimum cepten harcama 8 TL iken, 2014 yılında tespit edilen maksimum harcama neredeyse 4 kat daha fazladır. Ayrıca, cepten harcama verilerinin %95-%100 arasındaki dilimindeki bu grup haneler 2004 yılında 360 TL ve üzerinde harcama yaparken, 2014 yılında yaklaşık 652 TL olmuştur (%81’lik bir artış). En yüksek harcama dilimindeki hanelerin cepten harcama verilerinin %25-%50 arasındaki dilimine bakıldığında, cepten harcama miktarında 2009 yılından itibaren belirgin artış belirlenmiştir. 2004 yılında 60 TL olan maksimum cepten harcama, 2014 yılında 267 TL olmuştur. Yaklaşık 4,5 katlık bu artış, 4 katlık artışın belirlendiği düşük harcama dilimindeki hanelerle benzerlik göstermektedir. 5. Dilime ait cepten harcama verilerinin son %5’lik diliminde (%95-%100) tespit edilen harcama 2004 yılında 3.240 TL’nin üzerinde iken, 2014 yılında yaklaşık 5.440 TL’nin üzerine çıkmıştır (%68’lik artış).

Tablo 13. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Harcama Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Tüketim Harcaması Dilimleri	Dağılım İstatistiği	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
		(N=11.307.649)	(N=11.956.651)	(N=13.000.951)	(N=13.588.702)	(N=14.203.453)	(N=14.204.227)	(N=14.942.527)	(N=16.051.753)	(N=17.431.457)	(N=18.128.966)	(N=19.160.221)
1.Dilim	Ortalama	59,64	88,20	80,17	97,87	90,82	121,13	143,95	139,98	136,56	173,73	140,66
	Std. sapma	185,57	238,51	242,07	252,58	241,03	284,20	311,26	308,46	295,59	328,62	301,59
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,94	26,33	31,49	20,65	59,07	27,19
	%75	24,00	50,60	52,58	64,76	76,17	115,46	152,71	151,15	145,76	199,28	150,28
	%95	360,00	520,13	439,61	553,48	448,37	593,17	660,25	579,94	611,73	744,34	652,17
2.Dilim	Ortalama	102,48	122,22	134,79	156,84	142,13	169,07	234,05	236,99	231,69	296,24	277,00
	Std. sapma	244,68	343,26	324,62	409,06	344,59	391,76	541,50	500,42	517,45	570,66	545,86
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	19,09	0,00	19,53	36,76	49,18	52,48	56,88	114,21	72,51
	%75	72,00	84,34	105,60	95,31	121,64	171,28	252,13	241,42	246,92	324,91	293,95
	%95	684,00	722,90	771,72	902,18	720,62	734,37	965,36	1.052,60	1.029,90	1.252,77	1.237,27
3.Dilim	Ortalama	154,22	189,46	209,28	220,71	228,36	274,58	283,03	333,85	334,26	413,41	410,92
	Std. sapma	393,20	437,08	514,46	545,03	647,92	717,11	551,56	727,07	716,33	774,30	930,67
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	13,25	16,74	35,98	27,13	50,31	84,26	83,97	87,74	152,12	107,41
	%75	127,51	141,33	147,69	171,58	162,77	227,74	334,91	351,64	332,39	457,53	434,54
	%95	849,00	1.005,43	1.227,96	1.106,96	1.085,11	1.154,57	1.142,71	1.440,66	1.610,35	1.703,80	1.773,78
4.Dilim	Ortalama	272,10	361,53	293,37	338,91	401,37	382,75	426,17	505,59	493,58	703,63	654,05
	Std. sapma	710,10	972,28	766,00	892,95	976,30	1.036,02	926,14	1.108,37	990,37	1.419,57	1.260,20
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,89	0,00
	Medyan	9,00	35,42	33,49	47,71	59,68	79,02	114,27	116,41	141,32	205,09	181,28
	%75	174,24	292,17	200,94	276,74	302,96	301,35	384,41	510,97	516,14	747,39	704,92
	%95	1.324,25	1.633,39	1.431,69	1.660,45	2.115,96	1.678,90	2.054,04	2.186,76	2.136,09	3.065,66	2.794,77
5.Dilim	Ortalama	708,15	737,54	788,30	959,35	800,67	803,66	1.044,47	953,22	1.051,16	1.069,27	1.285,76
	Std. sapma	1.959,80	2.650,85	2.867,56	3.402,49	3.534,50	2.432,32	2.540,40	2.240,17	3.011,53	2.323,45	3.262,67
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,23	4,80
	Medyan	60,00	82,77	89,31	90,33	80,51	112,17	240,02	218,64	216,78	286,12	267,39
	%75	540,00	574,34	558,16	592,67	552,10	612,24	1.050,98	900,92	913,05	1.039,02	1.223,67
	%95	3.240,00	3.159,67	3.516,42	3.975,99	3.038,30	3.570,59	4.438,15	4.408,58	4.046,43	4.755,47	5.438,81

Tablo 14 hanelerin yapmış oldukları cepten sağlık harcamasının hanehalkı reisinin sahip olduğu sağlık sigortasının türüne göre dağılımını göstermektedir. 2004 yılında TÜİK sağlık sigortası sınıflama sisteminde dört sigorta kategorisi mevcuttur: 1) zorunlu sigortalı/SGK, 2) isteğe bağlı sigortalı, 3) zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı ve 4) yeşil kart. 2014 yılına gelindiğinde ise TÜİK sağlık sigortası sınıflama sisteminde beş sigorta kategorisi mevcuttur: 1) zorunlu sigortalı/SGK, 2) isteğe bağlı sigortalı, 3) özel sigorta, 4) banka, vakıf vb ve 5) GSS (Yeşil kart dahil).

Genel olarak bakıldığında, 2004 yılında sağlık amaçlı en fazla cepten harcama yapan hanelerin, hanehalkı reisinin zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortasına sahip olan haneler olduğu (279,24 TL), en az cepten harcama yapan hanelerin ise hanehalkı reisinin yeşil kart sahibi olan haneler olduğu (102,63 TL) belirlenmiştir. 2014 yılında ise en yüksek cepten harcama yapan hane reislerinin özel sigortalı haneler olduğu (ortalama 1.010,08 TL), en düşük cepten harcama yapan hane reislerinin ise GSS'li haneler olduğu (ortalama 259,67 TL) tespit edilmiştir. GSS ile ilgili olarak bir noktanın vurgulanmasında yarar bulunmaktadır. GSS 2008 yılında hayata geçirilmesine rağmen, Yeşil Kart uygulaması 2012 yılında sonlandırılarak GSS'ye en son geçişi sağlanan sağlık sigortası olmuştur ve TÜİK sigorta kategorilerine 2013 yılında girmiştir. Dolayısıyla TÜİK'in 2008-2012 yılları arasında GSS ile ilgili verileri zorunlu sigortalı/SGK kategorisinde toplamış olması kuvvetle muhtemeldir. Esasen zorunlu sigortalı/SGK kategorisindeki cepten harcama rakamlarının yıllar itibariyle dağılımlarına bakıldığında da belirgin bir değişiklik görülmediği gibi, 2013 ve 2014 yıllarındaki GSS rakamları bu kategorinin sadece yeşil kart sahiplerini içeriyor olduğu izlenimini vermektedir. Bununla birlikte, her ne kadar TÜİK değişken tanımında belirtilmese de bordrolu çalışan olmayıp (herhangi bir sosyal güvenlik sistemine tabi olmayan) primini kendisi ödeyen hanehalkı reislerinin de yeşil kart'ın yanı sıra GSS kategorisinde olması muhtemeldir.

Sağlık sigortası türlerine göre bakıldığında, ortalama cepten sağlık harcamasının yıllar itibariyle dağılımında sigorta kategorilerine göre farklılık olduğu belirlenmiştir. Zorunlu sigortalı/SGK kategorisi, 11 yıl boyunca TÜİK sağlık sigortası sınıflama sisteminde yer alıp verisi bulunan ve dolayısıyla 11 yıllık süreyle cepten harcama verilerinin dağılımının incelenebildiği iki kategoriden biridir. Zorunlu sigortalı/SGK kategorisinde yer alan hanelerin ortalama cepten sağlık harcaması, 2008 yılı hariç, yıllar

içinde artmıştır. Ortalama harcama miktarı, 2004 yılına kıyasla 2014 yılında 2 kattan fazla artmıştır (271,73 TL'ye karşılık 579,75 TL). İsteğe bağlı sigortalı kategorisinde ortalama cepten sağlık harcamasında yıllar itibariyle bir dalgalanma tespit edilmiştir. 2005 yılında yapılan cepten harcamada belirgin bir artış belirlenmiştir. Veriler daha detaylı incelendiğinde bunun sebebinin, toplam 24.587,40 TL cepten harcamanın sadece 38 kişi tarafından yapılması ve bir aşırı değer (17.447,52 TL) olması görülmüştür. Özel sağlık sigortası grubunda ortalama cepten sağlık harcaması 2012-2014 yıllarında artış eğilimi göstermiştir. 2012 yılında yaklaşık 500 TL olan cepten harcama 2014 yılında 2 kat artarak 1.010,08 TL olmuştur. Yeşil kart kategorisinde ortalama cepten sağlık harcamasında belirgin bir eğilim belirlenmemiştir. 102 TL ile 207,46 TL arasında değişen ortalama cepten harcama rakamı, 2011 ve 2012 yıllarında düşmüştür. Banka ve vakıf kategorisinde de ortalama cepten sağlık harcamasında yıllar itibariyle belirgin bir eğilim tespit edilmemiştir. Ancak baz yılına göre (ki, bu grup için 2008 yılı) 2014 yılında ortalama cepten harcamada düşmenin belirlendiği tek kategoridir (883,50 TL'ye karşılık 424,78 TL). GSS kategorisinde 2013 ve 2014 yıllarında ortalama cepten sağlık harcaması aşağı yukarı aynı kalmıştır.

Cepten sağlık harcaması verilerinin sigorta türüne göre dağılımında da asimetri sorununun olduğu belirtilmelidir. Cepten sağlık harcaması verilerinin ilk %25'lik kısmına bakıldığında, hiçbir sigorta kategorisinde cepten harcama belirlenmemiştir. Bir başka ifadeyle, cepten harcama = 0 durumu söz konusudur. Hanehalkı reisinin yeşil kartlı olduğu hanelerin yaptığı cepten sağlık harcaması verilerinin %25 ile %50 arasındaki diliminde 2008 yılından itibaren cepten harcama belirlenmiştir. 2008 yılında maksimum 5,43 TL olan cepten harcama 2012 yılında yaklaşık 32,62 TL olmuştur. Dolayısıyla bu kartilindeki maksimum cepten harcama 6 kat artmıştır. 2004-2012 yılları arasında bu grup hanelerin yaptığı cepten harcama verilerinin %50 ile %75 arasındaki diliminde belirlenen harcama 48 TL ile 211 TL arasında değişmiştir. Bu harcama miktarları diğer sigorta kategorilerine kıyasla en düşük olanıdır. 2014 yılında yapılan cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde en yüksek cepten harcama miktarı 6.855 TL ile özel sigorta kategorisinde belirlenmiş, bunu sırasıyla 2.515,78 TL ile zorunlu sigorta/SGK kategorisi, 1.798,80 TL ile banka/vakıf vb. kategorisi, 1.178,35 TL ile isteğe bağlı sigortalı ve 942,68 TL ile GSS kategorisi izlemiştir.

Tablo 14. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Sağlık Sigortası Türü	Dağılım İstatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Zorunlu sigortalı/SGK	Ortalama	271,73	314,40	326,76	380,83	357,07	370,44	453,63	461,28	475,56	557,18	579,75
	Std. sapma	1.022,29	1.356,33	1.462,08	1.730,29	1.793,91	1.319,17	1.320,20	1.291,52	1.578,30	1.362,89	1.752,81
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	18,07	25,68	27,67	29,41	52,96	87,73	83,97	91,36	147,69	104,78
	%75	134,40	172,65	167,45	205,34	201,83	258,45	369,99	405,90	392,27	511,98	490,37
	%95	1.282,69	1.445,80	1.484,71	1.620,26	1.599,99	1.667,14	2.058,99	2.046,84	2.051,76	2.366,51	2.515,78
İsteğe bağlı sigortalı	Ortalama	189,14	890,22	380,91	145,68	244,32	251,51	494,22	361,49	413,29	463,29	274,07
	Std. sapma	448,76	3.069,29	2.550,08	265,46	398,30	504,35	1.024,03	780,42	1724,30	770,89	378,68
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	52,66	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	106,75	51,46	11,07	81,38	30,93	172,93	88,38	72,26	127,40	144,76
	%75	235,40	323,98	105,60	151,43	195,32	240,02	660,35	272,91	215,33	513,95	336,28
	%95	792,00	2.004,96	302,52	722,29	1.193,62	1.588,86	1.790,43	2.498,82	1.768,81	2.656,67	1.178,35
Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı	Ortalama	279,24										
	Std. sapma	1.055,09										
	%25	0,00										
	Medyan	0,00										
	%75	165,60										
	%95	1.320,00										
Özel sağlık sigortası	Ortalama								496,48	1.006,42	1.010,08	
	Std. sapma								1.015,64	2.003,89	1.972,06	
	%25								0,00	0,00	0,00	
	Medyan								82,58	160,48	180,56	
	%75								676,14	344,60	1.254,49	
	%95								1.853,76	6.071,55	6.855,82	

Tablo 14. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Devam)

Değişkenin Adı		Yıl										
Sağlık Sigortası Türü	Dağılım İstatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Yeşil kart	Ortalama	102,63	137,92	120,27	178,70	121,05	196,03	207,46	205,28	187,17		
	Std. sapma	353,79	452,79	302,28	716,79	306,67	819,35	525,50	437,25	431,68		
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	5,43	31,78	41,39	66,76	32,62		
	%75	48,00	60,24	78,14	92,87	99,50	155,50	210,64	209,93	206,46		
	%95	660,00	779,04	739,34	988,85	580,53	643,49	864,35	929,47	846,47		
Banka, vakıf vb.	Ortalama					883,50	781,62	1.644,58	676,14	254,46	677,16	424,78
	Std. sapma					2.599,62	1.865,36	7.180,20	1.266,72	527,31	835,23	654,24
	%25					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan					19,97	122,87	105,32	73,48	51,61	250,97	42,15
	%75					162,33	554,51	698,69	743,47	288,73	1.747,61	543,85
	%95					5.696,81	4.703,03	1.558,72	5.223,85	1.857,07	2.443,80	1.798,80
GSS (Yeşil kart dahil)	Ortalama										259,79	259,67
	Std. sapma										1.043,60	746,76
	%25										0,00	0,00
	Medyan										91,07	72,51
	%75										242,70	217,81
	%95										910,14	942,68

Tablo 15 hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamasının hane reisinin yaşına ve cinsiyetine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, 4 yıl hariç, hanehalkı reisinin 65 yaş ve üzerinde olduğu hanelerde ortalama cepten sağlık harcaması daha yüksektir. Cepten sağlık harcamasının en düşük olduğu haneler, hane reisinin 15-24 yaş arasında olduğu hanelerdir.

Cepten sağlık harcaması verileri asimetric dağılım gösterdiğinden, Tablo 15’de kartil değerleri de sunulmaktadır. Bütün yaş gruplarındaki hane reislerinin bulunduğu hanelerin yaptığı cepten sağlık harcaması verilerinin %25’inde 11 yıl boyunca cepten sağlık harcaması belirlenmemiştir. Cepten harcama verilerinin %25-%50 arasındaki diliminde 2005 yılından itibaren cepten harcama yapıldığı ve tüm yaş gruplarında genel olarak artış olduğu tespit edilmiştir. 2014 yılında bu dilimde yapılan en yüksek harcama rakamı yaklaşık 130 TL ile hane reisinin 25-34 yaş grubunda olduğu hanelere aittir. Cepten harcama verilerinin %95 ile %100 arasındaki son %5’lik diliminde yapılan cepten harcamanın en yüksek olduğu haneler 2014 yılında hanehalkı reisinin 45-54 yaş grubunda olduğu hanelerdir. Yapılan cepten harcama miktarı 2.648 TL’nin üzerindedir.

Hanehalkı reisinin cinsiyetine göre ortalama cepten harcama miktarında belirgin fark olmamakla birlikte, genel olarak, hanehalkı reisinin erkek olduğu hanelerde yapılan cepten sağlık harcaması göreceli olarak daha yüksektir. 2014 yılında kadınların hane reisi olduğu hanelerde yaklaşık 8 TL daha fazla harcama yapılmıştır. Bu fark, kadınların yönettiği hanelerde 2014 yılında aşırı harcama yapan (outlier) hanelerden kaynaklanmış olduğu görünmektedir, çünkü standart sapma değeri 2014 yılında 11 yılın en yüksek değerine çıkmıştır. Kartil değerlerine bakıldığında, her iki grup hanede de cepten harcama verilerinin %25’inde cepten harcama belirlenmemiştir. Diğer kartil bulgularına bakıldığında da erkek ve kadın hane reislerinin cepten harcamaları arasında belirgin fark bulunmamıştır. Buna mukabil genel olarak reisin erkek olduğu hanelerin cepten harcama rakamları daha yüksektir.

Tablo 15. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Yaşına ve Cinsiyetine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanehalkı reisinin yaşı	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
15-24	Ortalama	188,37	162,14	378,51	157,08	186,67	184,74	283,91	215,12	199,28	237,82	305,66
	Std. sapma	541,16	423,40	1.437,82	398,36	339,52	878,81	937,12	407,57	390,85	395,90	632,17
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	22,33	5,53	19,75	7,41	36,76	31,49	0,00	61,54	0,00
	%75	163,20	72,29	140,55	72,62	166,35	114,72	231,70	293,91	232,26	329,83	280,99
	%95	816,00	698,80	830,32	1.118,14	986,36	423,70	631,91	1.170,37	1.378,50	979,65	1.486,53
25-34	Ortalama	237,24	348,79	250,73	417,32	368,52	343,67	410,35	449,90	451,26	536,75	546,41
	Std. sapma	708,40	2.156,93	1.174,21	2.136,75	1.611,03	955,18	1.249,67	1.352,16	1.419,27	1.212,73	1.333,93
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	6,00	18,07	27,91	37,97	28,76	52,54	91,63	101,40	98,07	169,84	129,62
	%75	164,40	186,15	190,22	221,39	204,54	263,22	364,19	423,22	392,27	534,92	576,21
	%95	1.207,14	1.444,59	1.227,96	1.629,12	1.306,47	1.588,86	1.657,93	1.836,91	1.876,68	2.171,27	2.266,06
35-44	Ortalama	310,59	254,46	262,45	282,05	239,65	307,12	416,24	429,36	449,23	534,46	590,69
	Std. sapma	1.125,87	689,54	733,30	914,26	762,17	980,76	1.113,08	979,82	1.144,56	1.388,01	2.045,25
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	12,05	13,40	16,60	21,70	47,14	84,68	91,85	103,23	150,93	123,09
	%75	141,12	164,22	149,92	172,69	174,16	238,75	374,09	409,37	412,91	492,29	465,45
	%95	1.441,56	1.355,44	1.297,73	1.331,35	1.179,62	1.271,09	1.838,14	1.986,38	2.150,54	2.184,07	2.193,54
45-54	Ortalama	210,04	280,84	367,63	258,88	320,72	381,41	421,36	433,89	436,83	543,04	591,54
	Std. sapma	841,45	1.200,87	2.167,84	1.194,89	1.249,46	1.541,27	1.185,01	1.238,48	1.713,98	1.382,15	1.865,92
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	12,05	20,09	2,77	17,04	40,99	70,56	78,83	72,26	124,06	94,27
	%75	117,00	132,53	144,12	143,91	173,18	219,79	358,09	358,77	332,91	482,44	453,21
	%95	1.188,00	1.232,78	1.487,06	1.206,04	1.627,66	1.632,29	1.912,70	1.977,98	1.754,15	2.335,89	2.648,11

Tablo 15. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Yaşına ve Cinsiyetine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı(Devam)

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanehalkı reisinin yaşı	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
55-64	Ortalama	262,95	293,79	303,40	538,06	336,96	370,15	417,14	417,19	449,49	517,10	535,35
	Std. sapma	964,65	1.182,39	1.011,15	2.261,53	1.134,83	1.219,82	1.355,32	1.058,23	1.557,11	1.196,12	1.403,55
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	4,82	16,74	27,67	32,55	50,84	78,99	52,48	72,26	135,18	90,64
	%75	117,00	120,48	136,53	221,39	217,02	231,87	304,69	333,16	340,24	443,06	416,77
	%95	1.078,08	1.353,51	1.555,04	2.078,32	1.627,66	1.937,14	1.832,24	2.309,25	1.953,07	2.540,19	2.628,63
65+	Ortalama	259,94	376,34	339,67	384,86	479,71	389,38	495,60	457,04	490,91	547,66	500,57
	Std. sapma	1.227,97	1.168,21	1.303,93	1.748,00	3.376,35	1.686,95	1.759,77	1.580,79	1.859,78	1.541,02	1.551,43
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	30,12	29,58	30,44	39,17	60,59	79,41	83,97	82,58	125,73	91,55
	%75	92,39	220,73	156,29	242,09	197,27	265,98	302,16	320,57	331,36	421,59	365,02
	%95	1.098,13	2.004,96	1.572,68	1.660,45	1.986,83	1.667,14	2.422,34	1.651,22	2.167,78	2.338,35	2.174,87
Hanehalkı reisinin cinsiyeti												
Kadın	Ortalama	228,41	245,32	260,03	323,25	209,00	349,45	390,38	368,32	440,53	463,34	560,48
	Std. sapma	938,77	784,77	997,49	859,97	685,97	1.165,66	1.217,32	1.148,44	1.432,08	1.140,79	2.440,35
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	16,74	11,07	10,85	42,37	47,39	47,23	51,61	103,77	59,55
	%75	70,20	144,58	104,38	199,25	141,06	211,85	257,72	262,42	294,61	343,81	296,22
	%95	1.164,00	1.060,01	1.172,14	1.723,32	1.041,70	1.620,64	1.847,51	1.605,98	1.987,13	2.091,92	2.311,38
Erkek	Ortalama	263,03	305,68	305,41	358,35	346,85	350,44	431,93	443,17	450,79	541,60	552,49
	Std. sapma	992,80	1.357,54	1.416,18	1.702,55	1.774,12	1.282,82	1.318,83	1.237,78	1.523,91	1.366,18	1.512,62
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	13,86	22,33	22,14	28,76	48,73	88,47	87,54	89,60	147,69	111,49
	%75	138,00	163,74	160,97	188,18	195,32	243,63	358,09	396,04	361,30	497,21	491,46
	%95	1.238,40	1.445,80	1.410,37	1.444,59	1.545,84	1.545,43	1.876,79	1.966,54	1.922,20	2.254,67	2.383,89

Tablo 16’da hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanehalkı reisinin eğitim seviyesine göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Hanehalkı reisinin eğitim seviyesi yükseldikçe, ortalama cepten sağlık harcaması da yükselmektedir. Hanehalkı reisinin ilkokul ve daha düşük seviyede eğitimi olduğu hanelerin ortalama cepten sağlık harcaması yaklaşık 217 TL ile 415 TL arasında değişirken, reisin 4 yıllık lisans ve lisansüstü eğitime sahip olduğu hanelerde yaklaşık 445 TL ile 1.097 TL arasında değişmiştir.

Kartil bulgularına bakıldığında, reisin eğitim seviyesi ne olursa olsun, hanelerin cepten harcama verilerinin %25’inde cepten harcama belirlenmemiştir. Buna mukabil %50, %75 ve %95’lik kartil bulguları eğitim seviyesine göre cepten harcamaların farklılaştığına işaret etmektedir. Cepten harcama verilerinin %50 ile %75 arasındaki diliminde ilkokul ve daha düşük eğitim almış hane reislerinin olduğu hanelerde maksimum harcama yaklaşık 94 TL ile 375 TL arasında değişirken, 4 yıllık lisans veya lisansüstü eğitimi reislerin olduğu hanelerde bu değerler yaklaşık 258 TL ile 1.018 TL arasındadır. 2014 yılında bu iki grup hanenin %75 ile %95 arasındaki dilimde yaptığı maksimum cepten harcama sırasıyla 1.722 TL ve 4.252 TL’dir.

Tablo 16. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Eğitim Seviyesine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım istatistiği	Yıl										
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
<i>İlkokul ve daha düşük</i>	Ortalama	217,33	232,98	262,03	291,78	270,25	300,21	350,64	314,20	317,48	414,63	409,11
	Std. sapma	942,22	739,85	1.388,83	1.251,13	1.807,21	1.318,52	1.118,05	886,13	832,36	1.057,86	1.156,66
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	9,04	22,33	21,03	26,91	42,69	63,51	65,71	68,85	116,97	87,38
	%75	94,46	133,01	142,33	162,72	162,77	213,97	282,89	277,11	284,60	374,92	348,43
	%95	1.017,37	1.144,59	1.205,07	1.264,71	1.117,66	1.227,87	1.498,27	1.364,56	1.413,81	1.729,59	1.722,20
<i>İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek</i>	Ortalama	295,77	239,16	308,73	380,77	283,98	288,89	409,11	439,98	412,06	388,21	534,45
	Std. sapma	1.154,53	731,39	1.070,14	1.997,98	945,05	748,75	1.216,56	1.077,03	1.210,26	754,10	1.710,33
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	14,34	22,33	22,14	31,25	49,57	72,14	83,76	79,49	142,76	104,24
	%75	144,00	124,46	162,87	167,04	164,29	251,25	347,55	403,70	335,18	446,60	435,08
	%95	1.136,41	1.378,33	1.470,76	1.627,24	1.290,08	1.287,51	1.745,56	1.941,87	1.788,32	1.564,29	2.157,19
<i>Lise veya lise dengi meslek</i>	Ortalama	253,45	397,31	309,48	452,21	398,44	405,30	444,72	478,27	481,87	619,50	550,51
	Std. sapma	777,04	1.603,57	1.043,08	2.339,64	1.718,89	1.205,72	1.286,83	1.498,57	1.805,55	1.338,42	1.673,53
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	24,10	19,98	28,78	23,22	52,96	109,32	98,77	87,23	171,91	108,59
	%75	165,48	231,93	167,45	200,25	217,02	257,50	389,68	419,86	399,49	566,13	487,93
	%95	1.257,00	1.722,91	1.395,41	1.660,45	1.634,17	1.784,82	1.898,38	2.108,24	2.043,91	2.648,49	2.321,98
<i>2 yıllık lisans</i>	Ortalama	289,02	311,94	435,03	340,08	395,85	305,48	513,34	537,09	594,82	662,36	585,77
	Std. sapma	661,64	863,07	1.159,91	869,78	1.855,11	650,31	1.092,27	1.158,78	1.987,78	1.713,84	1.109,65
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,22	0,00
	Medyan	10,80	0,00	33,49	0,00	27,13	42,37	126,38	125,33	160,00	241,22	116,02
	%75	153,36	156,87	183,64	262,24	246,86	301,88	480,78	551,07	521,30	646,47	589,17
	%95	1.800,00	1.445,80	2.396,30	1.677,05	1.713,60	1.308,16	2.401,28	2.328,04	2.444,74	2.669,56	3.060,72
<i>4 yıllık lisans veya lisansüstü</i>	Ortalama	445,25	602,29	521,54	551,74	564,04	638,11	786,02	931,83	969,00	991,06	1.097,01
	Std. sapma	1.399,54	3.047,40	2.230,38	1.754,08	1.597,28	1.624,26	2.123,44	2.025,57	2.770,10	2.266,99	2.948,43
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	4,20	31,93	24,00	60,88	37,98	74,15	168,51	205,31	185,81	222,02	237,94
	%75	257,76	403,62	325,19	508,65	434,04	450,18	674,04	954,88	888,17	930,42	1.017,55
	%95	1.924,68	2.184,24	2.132,18	2.249,13	2.660,14	3.119,46	3.588,75	4.518,79	3.819,43	4.095,71	4.251,67

Tablo 17 hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamasının hane halkı reisinin çalışma durumuna göre yıllar itibariyle dağılımlarını sunmaktadır. Genel olarak her iki grup hanede de cepten yaptıkları sağlık harcamalarında yıllar itibariyle belirgin bir eğilim belirlenmemiştir. Buna mukabil hane reislerinin çalıştığı hanelerin ortalama cepten sağlık harcamaları 2004, 2006 ve 2007 yılları hariç göreceli olarak bir miktar daha yüksektir. Bu fark yaklaşık 114 TL ile 2014 yılında en yüksek seviyeye ulaşmıştır.

Kartil bulgularına bakıldığında, hane reisi çalışan ve çalışmayan hanelerin cepten harcama verilerinin %25'inde herhangi bir harcama belirlenmemiştir. Harcama verilerinin belirlendiği ilk kartil, %50'dir (%25- ile %50 arasındaki dilim). Her iki grup hanede de 2005 yılından itibaren bu dilimde cepten harcama belirlenmiştir. Bu kartilde her iki grubun harcamalarında belirgin fark yoktur. 2014 yılında reisin çalıştığı hanelerin bu dilimde maksimum cepten harcaması göreceli olarak reisin çalışmadığı hanelere göre 41 TL daha fazla harcama ile 11 yılın en yüksek rakamıdır ki; bu, ortalama cepten harcama değerinde 2014 yılı için tespit edilen durum ile tutarlıdır.

Reisin çalıştığı hanelerin cepten harcama verilerinin %75- ile %95 arasındaki diliminde maksimum harcama 2004 yılında 1.257 TL, 2014 yılında 2.420 TL iken; reisin çalışmadığı hanelerde 2004 yılında 1.136 TL, 2014 yılında 2.322 TL'dir. Bu bulgular iki grubun birbirine benzer cepten sağlık harcaması yaptığı şeklinde yorumlanabilir.

Tablo 17. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Çalışma Durumuna Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Dağılım istatistiği	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
		(N=11.307.649)	(N=11.956.651)	(N=13.000.951)	(N=13.588.702)	(N=14.203.453)	(N=14.204.227)	(N=14.942.527)	(N=16.051.753)	(N=17.431.457)	(N=18.128.966)	(N=19.160.221)
<i>Çalışıyor</i>	Ortalama	256,71	310,54	281,67	350,24	349,53	355,47	430,73	441,72	461,41	546,09	590,06
	Std. sapma	875,89	1.454,38	1.088,43	1.677,44	1.938,90	1.203,14	1.269,12	1.186,05	1.630,16	1.407,23	1.818,21
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	13,25	22,33	25,68	23,22	46,39	87,73	89,22	88,26	147,69	117,74
	%75	140,29	166,39	160,75	199,25	184,47	242,35	368,62	407,27	361,92	494,85	507,51
	%95	1.257,24	1.444,59	1.339,59	1.494,40	1.481,06	1.564,50	1.843,30	2.011,88	1.899,39	2.222,96	2.420,15
<i>Çalışmıyor</i>	Ortalama	265,58	275,65	350,87	365,18	293,81	338,20	416,22	414,71	419,58	495,97	476,47
	Std. sapma	1.200,53	915,29	1.938,28	1.538,81	908,44	1.407,92	1.388,08	1.324,52	1.165,92	1.158,52	1.380,13
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	12,05	22,33	14,83	32,88	52,96	69,51	73,37	76,90	127,60	77,05
	%75	102,00	154,82	145,12	177,11	195,32	237,06	288,57	293,91	343,85	421,59	344,71
	%95	1.136,40	1.353,51	1.571,79	1.597,35	1.345,53	1.561,85	1.929,45	1.749,47	1.978,57	2.338,35	2.321,98

Tablo 18 hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanehalkı reisinin medeni durumuna göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Hanehalkı reisinin medeni durumuna göre ortalama cepten harcama miktarlarında yıllar itibariyle belirgin bir eğilim belirlenmemiştir. Bununla birlikte, 2004 yılında ortalama cepten sağlık harcaması en yüksek yaklaşık 301 TL ile hiç evlenmemiş hanehalkı reisinin olduğu hanelerde, en düşük cepten harcama ise 55 TL ile boşanmış hanelerde görülmektedir. 2014 yılına geldiğinde ise ortalama cepten sağlık harcaması 583 TL ile reisin evli olduğu hanelerde en yüksek, yaklaşık 351 TL ile eşi ölmüş olan reislerin olduğu hanelerde en düşüktür.

Hanehalkı reisinin medeni durumuna göre cepten harcama verilerinin %25'inde harcama belirlenmemiştir. Hanehalkı reisinin medeni durumu cepten sağlık harcaması verilerinin özellikle %75 ile %95 arasındaki diliminde belirgin şekilde fark yaratmış görünmektedir. Boşanmış hanehalkı reislerinin cepten harcama verilerinin maksimum harcaması 2004 yılında yaklaşık 296 TL iken, 2014 yılında 8,2 kat artarak 2.447 TL'ye ulaşmıştır. İkinci belirgin fark, hanehalkı reisinin hiç evlenmemiş olduğu hanelerdir. 2004 yılında yapılan maksimum cepten harcama 653 TL iken, 2014 yılında 4 kat artarak 2.696 TL'ye çıkmıştır.

Tablo 18. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Reisinin Medeni Durumuna Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanehalkı reisinin medeni durumu	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
<i>Hiç evlenmedi</i>	Ortalama	300,69	414,20	367,08	503,95	174,52	234,50	403,13	289,26	538,01	359,94	579,55
	Std. sapma	1.627,44	1.119,95	1.493,69	1.848,76	361,55	878,60	1.395,27	817,19	2.726,55	1.024,70	2.688,56
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	9,85	0,00
	%75	42,00	205,66	44,65	199,25	75,20	132,41	187,15	167,95	196,13	224,48	317,25
	%95	652,82	1.807,25	2.154,51	2.099,91	1.269,57	1.588,86	1.766,83	1.495,77	1.747,13	1.640,98	2.695,52
<i>Evli</i>	Ortalama	261,29	305,74	302,48	360,82	346,54	355,41	440,26	442,30	454,55	555,35	582,83
	Std. sapma	975,80	1.360,53	1.418,97	1.697,02	1.780,94	1.293,95	1.335,86	1.193,39	1.470,85	1.375,68	1.626,78
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	14,46	22,33	24,91	28,43	51,37	93,21	94,36	95,49	157,14	122,00
	%75	138,00	163,62	160,08	192,06	195,32	252,84	368,62	406,22	387,72	517,98	509,77
	%95	1.233,96	1.427,36	1.380,56	1.494,40	1.555,72	1.564,50	1.893,22	1.945,34	1.943,47	2.297,30	2.528,92
<i>Eşi öldü</i>	Ortalama	258,55	225,16	262,28	298,80	241,93	319,82	310,66	391,15	368,97	391,31	351,43
	Std. sapma	1.005,72	704,00	787,29	823,11	817,63	1.122,71	884,74	1.571,92	1.211,58	1.062,25	1.039,69
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	16,74	16,60	30,06	40,25	42,13	44,09	49,45	90,58	63,45
	%75	85,80	138,07	111,41	188,18	162,33	176,05	215,17	241,42	261,58	292,22	277,09
	%95	1.272,00	1.022,90	1.395,41	1.660,45	1.062,32	1.469,70	1.689,53	1.481,70	1.720,50	1.575,31	1.812,85
<i>Boşandı</i>	Ortalama	54,57	124,29	387,21	137,78	193,05	428,92	371,36	488,72	444,43	465,32	542,25
	Std. sapma	125,39	263,65	1.092,26	440,81	538,69	1.208,18	1.386,91	1.441,12	1.619,25	1.299,94	2.566,93
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	12,05	0,00	0,00	7,05	32,73	15,80	31,49	3,10	88,12	0,00
	%75	36,00	137,83	156,29	110,70	69,12	275,40	184,31	215,18	213,27	246,44	217,63
	%95	296,19	662,66	2.136,54	619,90	1.179,08	2.118,48	1.912,91	2.991,53	2.112,25	2.930,77	2.446,98

Tablo 19 hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanenin yerleşim yerine göre yıllar itibariyle dağılımını vermektedir. Genel olarak, kentsel alanda bulunan hanelerin ortalama cepten sağlık harcaması kırsal alanda bulunan hanelere göre tüm yıllarda daha yüksektir. Kentsel alandaki hanelerin ortalama cepten harcaması yaklaşık 295 TL ile 588 TL arasında değişirken, kırsal alandaki hanelerin cepten harcama ortalaması 171 TL ile 388 TL arasında değişmiştir. Her iki grup hanenin cepten harcaması 2004 yılına göre 2014 yılında yaklaşık 2 kat artmıştır. 2014 yılında kentsel alandaki haneler kırsal alandaki hanelere göre ortalama 200 TL daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır.

Kartil bulgularına bakıldığında hem kentsel hem de kırsal alandaki hanelerin cepten harcama verilerinin %25'inde cepten harcama yapılmadığı belirlenmiştir. Harcama verilerinin %50 ile %75 arasındaki diliminde kentsel alandaki en yüksek harcama 156 TL, kırsal alanda ise en yüksek harcama 107 TL'dir. Verilerin %75'inde en yüksek harcama miktarı 2014 yılında kentsel alanda 532 TL iken, kırsal alanda 367 TL'dir. %75 ile %95 arasındaki dilimde 2004 yılında kentsel alandaki hanelerin maksimum harcama miktarı 1.371 TL, kırsal alanda ise 848 TL'dir. 2013 yılında kentsel alandaki hanelerin en yüksek cepten harcaması 1000 TL artarak 2.487 TL'ye, kırsal alandaki hanelerin harcaması ise 690 TL artarak 1.539 TL'ye yükselmiştir.

Tablo 19. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanenin Yerleşim Yerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanenin yerleşim yeri	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Kent	Ortalama	294,59	340,05	332,03	355,85	364,40	367,96	465,08	474,34	509,44	588,26	
	Std. sapma	1.078,51	1.518,66	1.507,37	1.310,54	1.358,99	1.258,18	1.457,74	1.343,73	1.691,79	1.471,93	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	19,88	26,79	27,67	32,55	52,96	89,52	83,97	92,91	156,45	
	%75	156,00	190,48	181,74	203,68	216,70	260,89	360,19	412,52	407,23	531,67	
	%95	1.371,19	1.534,96	1.508,71	1.660,45	1.627,66	1.664,81	2.090,69	2.108,24	2.167,78	2.487,32	
Kır	Ortalama	171,40	213,94	240,66	351,78	252,18	303,19	332,59	334,85	309,45	388,35	
	Std. sapma	701,89	687,07	1.095,44	2.313,77	2.340,82	1.292,37	821,56	870,82	959,26	908,94	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	11,16	13,50	11,61	34,00	63,51	74,74	67,10	107,32	
	%75	72,00	92,17	116,66	137,60	131,62	199,24	315,96	293,07	271,39	367,44	
	%95	847,83	1.143,39	1.039,63	1.106,96	1.034,97	1.283,59	1.543,98	1.387,44	1.350,74	1.538,79	

Tablo 20 hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanehalkı tipine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Aile yapısına göre, hanelerin ortalama cepten sağlık harcamalarında belirgin bir eğilim tespit edilmemiştir. Ancak, tüm hanelerin 2004 yılına kıyasla 2014 yılında ortalama cepten harcama miktarı en az 2 kat artmıştır. Bunun tek istisnası birarada yaşayan kişilerin olduğu hanelerdir. Bu hanelerde cepten harcama miktarı 2004 yılında 625 TL'den 2014 yılında 394 TL'ye düşmüştür (%150'lik azalma).

Kartil bulgularına göre, verilerin %25'inde hanelerin cepten harcama yapmadığı tespit edilmiştir. Bunun istisnası, 2013 ve 2014 yılları için ataerkil veya geniş ailelerin yaptığı cepten harcamalardır (2013 yılında 49,82 TL, 2014 yılında 9 TL). 2004 yılında cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde yapılan maksimum harcama 732,64 TL ile 5.794 TL arasında değişmiştir. Bu harcamalar sırasıyla tek yetişkinli hanelere ve birarada yaşayan kişilere aittir. 2014 yılında bu kartildeki maksimum cepten harcamalar 1.487 TL (birarada yaşayan kişiler) ile 2.716 TL (tek çocuklu çekirdek aileler) arasında değişmiştir.

Tablo 20. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Tipine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanehalkı tipi	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
<i>Tek çocuklu çekirdek aile</i>	Ortalama	214,27	340,44	333,24	321,64	399,22	447,29	446,56	445,44	519,79	689,16	599,69
	Std. sapma	767,11	2.032,02	1.580,37	910,32	1.814,91	1.404,31	1.305,64	1.023,58	1.349,01	1.737,03	1.370,62
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	16,27	27,91	32,43	16,28	47,67	84,26	104,97	103,23	170,92	127,62
	%75	129,24	161,45	167,45	221,39	204,54	296,59	372,09	430,36	473,51	639,87	568,60
	%95	1.140,00	1.674,48	1.411,04	1.660,45	1.681,91	2.265,61	1.875,94	2.099,32	2.250,37	2.865,10	2.716,28
<i>İki çocuklu çekirdek aile</i>	Ortalama	279,93	246,73	261,24	408,36	265,72	297,58	389,99	470,44	423,34	481,59	597,90
	Std. sapma	917,25	868,04	826,18	2.255,95	883,11	916,73	907,63	1.382,10	1.311,77	1.021,61	1.770,85
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	6,02	22,33	22,25	21,70	47,77	101,84	102,76	88,26	148,67	115,66
	%75	145,80	152,05	144,34	166,04	168,19	239,39	366,72	411,99	387,72	457,33	481,40
	%95	1.350,00	1.158,57	1.132,29	1.571,89	1.208,16	1.196,84	1.712,59	1.924,34	1.811,65	2.011,48	2.560,37
<i>Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile</i>	Ortalama	236,08	220,03	221,54	253,52	212,71	209,42	349,97	343,57	354,85	448,91	503,36
	Std. sapma	836,54	1.195,48	1.190,56	1.222,76	634,76	561,83	1.211,80	1.039,13	994,20	1.215,65	1.419,13
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	1,20	5,36	0,00	21,70	41,84	74,67	82,92	89,60	149,16	117,83
	%75	154,80	128,56	111,63	102,95	151,70	202,74	307,22	312,80	319,49	418,44	433,45
	%95	1.193,65	1.022,90	976,78	1.046,97	900,64	892,94	1.491,64	1.574,49	1.472,75	1.795,46	1.825,44
<i>Çocuksuz çift</i>	Ortalama	293,06	413,22	311,80	341,07	454,34	425,74	578,73	455,52	491,68	555,42	555,92
	Std. sapma	1.327,56	1.428,74	949,44	1.162,50	3.267,60	2.012,80	2.054,54	1.270,71	2.214,26	1.560,47	1.599,06
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	14,46	18,64	22,14	29,62	47,67	76,36	72,32	75,15	119,03	98,35
	%75	90,00	188,80	155,84	213,31	201,29	261,63	363,98	357,09	299,36	454,58	453,21
	%95	1.275,19	1.781,71	1.618,56	1.504,36	1.790,43	1.747,75	2.668,89	2.099,32	1.878,75	2.387,39	2.628,63

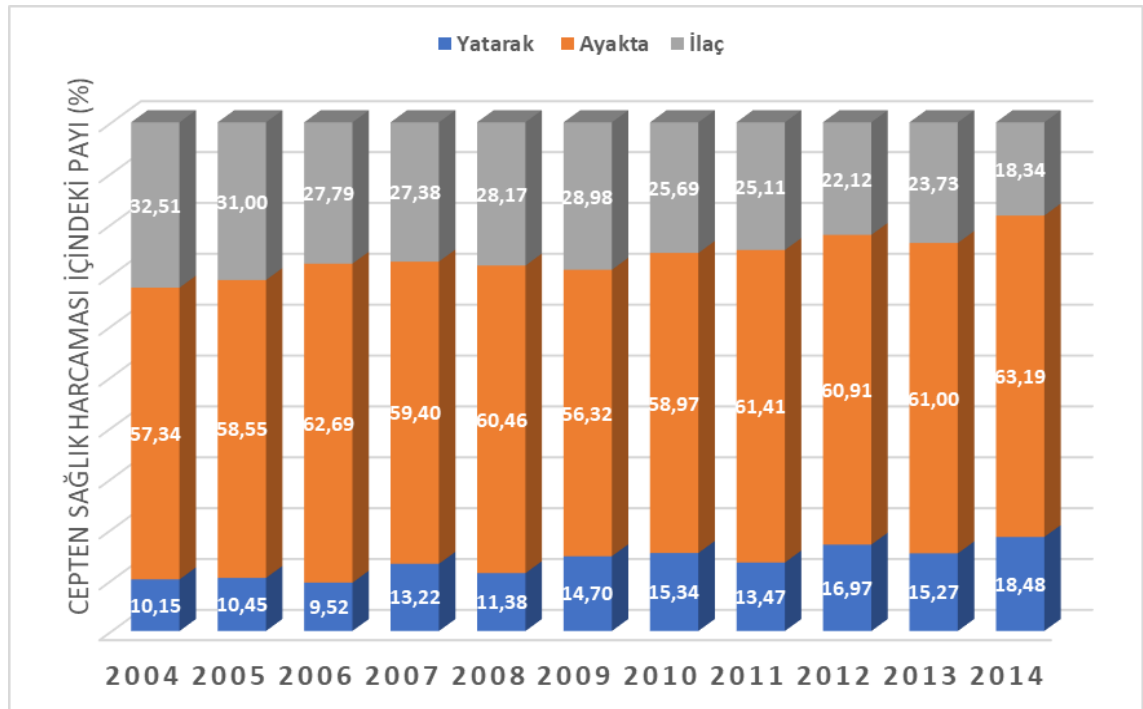
Tablo 20. Hanelerin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Hanehalkı Tipine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Devam)

Değişkenin Adı		Yıl										
Hanehalkı tipi	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
<i>Ataerkil veya geniş aile</i>	Ortalama	302,73	308,29	481,33	483,99	387,59	433,21	460,60	483,57	458,96	578,43	664,13
	Std. sapma	981,89	821,12	2.405,66	2.269,61	1.119,11	1.236,05	907,84	1.131,75	1.019,34	1.095,30	1.901,53
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,82	9,06
	Medyan	19,80	30,12	50,57	50,92	59,57	81,03	142,18	135,41	140,39	221,53	181,28
	%75	193,20	210,85	303,64	315,48	270,63	315,12	468,35	472,35	473,82	611,12	588,99
	%95	1.581,00	1.623,51	1.862,48	1.716,35	1.903,28	1.997,51	1.937,87	2.108,24	1.995,70	2.364,94	2.583,30
<i>Tek yetişkinli aile</i>	Ortalama	181,29	256,45	167,80	235,93	196,53	196,74	248,29	329,53	392,60	385,08	435,20
	Std. sapma	860,41	824,76	490,81	719,70	728,75	554,00	961,44	1.138,25	1.426,34	1.080,62	1.959,02
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	13,24	12,53	26,24	30,97	73,84	27,19
	%75	67,20	150,00	74,01	99,07	110,36	167,36	157,98	176,66	222,15	246,54	238,03
	%95	732,64	1.232,78	1.092,44	1.328,36	1.085,11	1.007,97	1.113,33	1.397,31	1.887,52	1.698,19	1.912,55
<i>Birarada yaşayan kişiler</i>	Ortalama	624,59	367,92	45,89	485,74	461,63	337,11	452,70	680,76	607,66	457,18	394,10
	Std. sapma	2.323,26	726,96	135,11	1.106,09	1.123,96	1.014,43	1.256,82	2.576,04	3.473,69	1.253,10	989,74
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	11,16	0,00	35,27	37,07	36,86	41,99	0,00	67,94	25,38
	%75	14,40	161,45	29,58	166,04	488,30	167,78	305,21	341,14	165,16	280,60	213,92
	%95	5.794,16	2.548,22	124,81	4.210,00	2.387,23	1.588,86	2.058,99	2.802,59	1.432,49	2.116,83	1.486,53

4.1.3. Cepten Sağlık Harcamasının Alt Kalemlerine İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

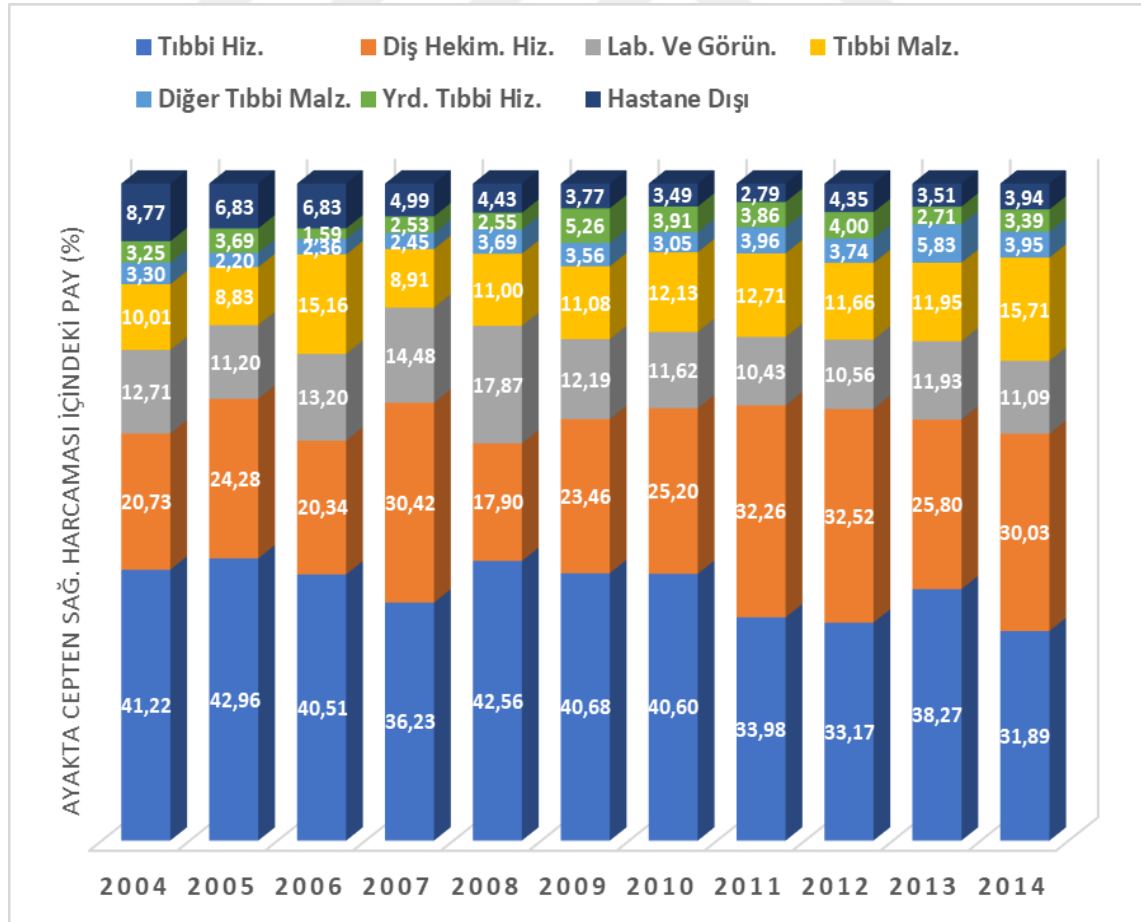
Şekil 9’da cepten sağlık harcaması alt kalemlerinin toplam cepten sağlık harcaması içindeki payının yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Hanelerin yaptığı cepten sağlık harcaması içinde en yüksek paya sahip olan kalem ayakta sağlık hizmetleridir. Ayakta sağlık hizmetleri harcamalarının toplam cepten harcama içindeki payında yıllar itibariyle dalgalanma gözlenmekle birlikte, 2004 yılına kıyasla 2014 yılında %10 artmıştır. Yatarak sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcama, toplam cepten harcama içinde en düşük paya sahiptir ve yıllar itibariyle dalgalanma gözlenmiştir. Ancak 2004 yılında %10,15 olan yatarak cepten harcama payı 2014 yılında %18,48 artarak yaklaşık %19’a çıkmıştır. Cepten harcamaların yataklı sağlık hizmeti alımında önemli olduğu dikkate alındığında, bu bulgu dikkat çekicidir. Her dönemde eleştirilerin odağında olan ilaç harcamalarının toplam cepten harcama içindeki payı ise yıllar itibariyle azalmış ve bu azalma 2004 yılına kıyasla 2014 yılında %77’lik azalma ile gerçekleşmiştir. Bu bulgu sağlık sigortasına sahip bireyler açısından olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak sadece bu bulgulara dayanarak hanelerin ilaç harcamalarında görülen azalmanın, önemli ve yüksek maliyetli ilaçlara erişim ve kullanımlarında da aynı eğilimin olup olmadığını tespit etmek olanaklı değildir.

Şekil 9. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Toplam Cepten Sağlık Harcaması İçindeki Payının Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



Şekil 10 ayakta sağlık hizmetleri için yapılan cepten sağlık harcamalarını oluşturan alt kalemlerin paylarının yıllar itibariyle dağılımını vermektedir. Ayakta sağlık hizmeti alan sigortalı haneler, 11 yıl boyunca en fazla tıbbi hekimlik hizmetleri için cepten harcama yapmıştır. 2014 yılına gelindiğinde bu pay 2004 yılına göre toplam harcama içindeki payı yaklaşık %10 azalmıştır. Tıbbi hekimlik hizmetlerinin payındaki azalmanın yerini %10'luk artış ile ikinci önemli kalem olan diş hekimliği hizmetleri almıştır. Bu durum, ağız ve diş sağlığı hizmetleri konusunda yapılan girişimlerle diş hekimliği hizmetlerinin kullanımının ve buna bağlı olarak cepten harcamaların artmasından kaynaklanabilir. Bir diğer önemli kalem olan tıbbi malzemelere yapılan harcama artmıştır. Toplam harcama içindeki payı, 2004 yılında %10,01'den 2014 yılında %15,71'e çıkarak yaklaşık %55 artmıştır. Bu bulgular gösteriyor ki, tıbbi hekimlik hizmetlerindeki %10'luk ve hastane dışı kalemlere yapılan harcamalardaki %5'lik azalma, diş hekimliği hizmetleri ve tıbbi malzemelere kaymış gibi görünmektedir.

Şekil 10: Ayakta Sağlık Hizmetleri İçin Yapılan Cepten Sağlık Harcamalarını Oluşturan Alt Kalemlerin Paylarının Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



Tablo 21 hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcaması alt kalemlerinin yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Yatarak, ayakta ve ilaç için yapılan ortalama cepten sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında, en yüksek harcama ayakta sağlık hizmetleri, en düşük harcama ise yatarak sağlık hizmetleri için yapılmıştır. Bu bulgular Şekil 9’da sunulan bulgularla da tutarlıdır.

Yatarak alınan sağlık hizmetleri için yapılan ortalama cepten harcama 2012 yılından itibaren artış eğilimine girmiştir. 2004 yılında yaklaşık 26 TL olan cepten harcama, yaklaşık 4 kat artarak 2014 yılında 102,31 TL seviyesinde gerçekleşmiştir.

Tüm haneler cepten sağlık harcamasını en fazla ayakta aldıkları sağlık hizmetleri için yapmıştır. Ayakta alınan sağlık hizmetleri için yapılan ortalama cepten harcama, 2008 ve 2009 hariç, yıllar itibariyle artmıştır. 2008 ve 2009 yıllarının kamu sağlık kuruluşlarında da katkı payı uygulamasının getirildiği ve global ekonomik krizin yaşandığı yıllar olduğunu hatırlamakta yarar vardır. 2004 yılında ayakta sağlık hizmeti alındığında haneler ortalama 149 TL cepten harcama yapmış iken, 2014 yılında 2 kattan fazla artarak yaklaşık 350 TL cepten harcama yapmıştır.

İlaçlar için yapılan cepten harcamada yıllar itibariyle bir dalgalanma vardır. Haneler 11 yıl içerisinde yaklaşık 84 TL ile 126 TL arasında değişen miktarda ilaç için harcama yapmıştır. 2004 yılında 84,33 TL olan ilaç harcaması, 2014 yılında 101,54 TL seviyesine yükselmiştir. Ancak bir noktanın belirtilmesinde yarar bulunmaktadır. 2014 yılı, hanelerin hem ayakta hem de yatarak aldıkları sağlık hizmetleri için yüksek miktarda artan cepten harcama yaptıkları yıl olurken, ilaç harcamaları için göreceli oldukça düşük bir artış durumu tespit edilmiştir.

Kartil bulgularına bakıldığında, yatarak sağlık hizmetleri için hanelerin yaptığı cepten harcama verilerinin sadece %95’inde 2010-2014 yılları arasında cepten harcama belirlenmiştir. Buna göre, cepten harcama verilerinin %95’indeki maksimum harcama 2010 yılında yaklaşık 197 TL’dir ve 2014 yılında 2 kattan fazla artarak yaklaşık 453 TL’ye yükselmiştir.

Ayakta sağlık hizmetleri için cepten harcamanın belirlendiği ilk kartil, sadece 2013 yılı için %50’lik kartildir ve yapılan harcama en fazla 35 TL’dir. Harcama verilerinin %50 ile %75 arasındaki diliminde 2009 yılından sonraki yıllarda harcama tespit edilmiştir ve yapılan harcama miktarı yaklaşık 32 TL ile 197 TL arasında

değişmiştir. %95'lik kartilde ise 11 yıl boyunca cepten harcama belirlenmiştir ve 2004 yılında tespit edilen 873 TL'lik en yüksek cepten harcama, 2014 yılında yaklaşık 2 kat artarak 1.613 TL'ye yükselmiştir.

Yatarak ve ayakta sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamadan farklı olarak, ilaç için yapılan cepten harcama rakamları 2009 yılından itibaren azalan seyirde %50'lik kartilde belirlenmiştir. 2009 yılındaki 21 TL'lik maksimum harcama 2014 yılında yaklaşık 16 TL'ye düşmüştür. %75 ve %95'lik kartillerde 11 yıl boyunca ilaç için cepten harcama verileri tespit edilmiştir. %50'lik kartilin aksine, %75 ve %95'lik kartillerde 2004 yılına göre 2014 yılında cepten yapılan en yüksek harcama rakamlarında artış olmuştur. Artış rakamları %75'lik kartilde 30 TL (70,80 TL'den 101,97 TL'ye), %95'lik kartilde ise 55 TL'dir (389,39 TL'den 444,69 TL'ye).

Tablo 21. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Yıl										
	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama											
Ortalama	26,34	31,33	28,66	46,91	37,86	51,49	65,40	58,47	76,29	81,15	102,31
Standart sapma	505,29	872,50	607,24	1.098,24	1.290,68	768,94	600,43	466,22	723,49	551,27	681,65
%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	197,47	177,29	258,07	369,21	453,21
Ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama											
Ortalama	148,77	175,59	188,84	210,73	201,15	197,30	251,44	266,53	273,80	324,13	349,88
Standart sapma	686,02	855,74	1.191,11	1.139,26	935,51	882,71	966,45	1.008,94	1.206,94	1.037,89	1.429,25
%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	35,44	0,00
%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,78	126,38	125,96	123,87	196,91	181,28
%95	873,00	963,87	1.004,69	1.106,96	1.085,11	1.059,24	1.274,36	1.314,07	1.321,32	1.565,47	1.613,43
İlaç için yapılan cepten harcama											
Ortalama	84,33	92,97	83,72	97,14	93,71	101,51	109,55	108,98	99,42	126,08	101,54
Standart sapma	294,10	263,35	215,97	272,32	268,22	235,79	462,72	282,46	228,14	419,28	245,53
%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,18	21,06	20,99	14,66	37,41	15,86
%75	70,80	84,10	86,63	91,77	96,14	118,85	109,95	115,46	108,18	134,98	101,97
%95	389,39	433,86	390,60	430,17	401,49	407,81	421,28	461,75	436,14	491,30	444,69

Tablo 22’de hanelerin **yatarak sağlık hizmetleri** için yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanelerin tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Genel olarak, hanelerin yatarak aldıkları sağlık hizmetleri için yıllar içerisinde cepten yaptıkları ortalama harcamanın tüketim harcaması dilimlerine göre belirgin bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hanenin tüketim harcaması dilimindeki yeri yükseldikçe (geliri arttıkça), yatarak sağlık hizmetlerine daha fazla cepten harcama yapmıştır. Yıllar içerisinde yapılan ortalama cepten harcamada belirgin bir artış eğiliminin gözleendiği haneler, 3. ve 4. harcama dilimindeki hanelerdir.

En düşük ve en yüksek tüketim harcaması dilimindeki haneler karşılaştırıldığında ise en düşük harcama dilimindeki haneler 2004 yılında ortalama 0,47 TL cepten harcama yaparken, en yüksek harcama dilimindeki haneler 115,83 TL harcama yapmıştır. 2014 yılında en düşük harcama dilimindeki hanelerin harcaması ortalama 12,40 TL’ye, en yüksek harcama dilimindeki hanelerin harcaması ise 259,15 TL’ye yükselmiştir. Bu bulgulara göre, 2014 yılına gelindiğinde en düşük harcama dilimindeki hanelerin yatarak hizmetler için yaptıkları cepten harcama 26 kat, en yüksek dilimdeki hanelerin harcamaları ise 2,2 kat artmıştır. Görüldüğü üzere gelir seviyesi azaldıkça yıllar itibariyle cepten harcamalardaki artış oranı da artmaktadır. “Ortalama” cepten harcama bulgularına dayanarak bir değerlendirme yapıldığında, düşük gelirli hanelerin cepten sağlık harcamalarına katılım hızı yükselmektedir.

Kartil bulgularına bakıldığında, tüm harcama dilimlerinde, hanelerin yaptığı cepten harcama verilerinin sadece %95’inde cepten harcama tespit edilmiştir. En düşük harcama dilimindeki hanelerin yaptığı en yüksek cepten harcama sadece 2013 yılında ve yaklaşık 7 TL’dir. Dolayısıyla, harcama verilerinin son %5’lik dilimindeki harcama 7 TL’nin üzerindedir. Araştırmada kullanılan 2013 yılı verileri detaylı incelendiğinde, 7 TL’nin üzerine çıkan harcama rakamının 2.092 TL’ye kadar çıktığı belirlenmiştir. 7 TL’nin üzerinde cepten harcama yapan hane reislerinin sağlık sigortası incelendiğinde, %83’ünün zorunlu sağlık sigortası/SGK kategorisinde, %16’sının ise GSS kategorisinde yer aldığı belirlenmiştir. GSS kategorisinde yer alan hanelerin 7 TL’nin üzerinde yaptıkları cepten harcama miktarının en fazla (%36) 100 TL ile 500 TL aralığında olduğu, 1000 TL üzerinde harcama yapan hanelerin yüzdesi %7’dir (ağırlıksız örnekleme 1 hanedir).

İkinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci harcama dilimindeki hanelerin cepten harcama verilerinin %95'inde 2010 yılından itibaren yatarak sağlık hizmetleri için cepten harcama belirlenmiştir. Özellikle 5. dilime bakıldığında, cepten harcama verilerinin %95'lik kısmında artan miktarda cepten harcama yapıldığı görülmektedir. Bu miktar, 2004 yılında en fazla 614 TL iken, 2014 yılında en fazla 1.335 TL'dir. Bir başka ifadeyle, 11 yılın sonunda yatarak sağlık hizmeti aldıklarında haneler 2 kat daha fazla cepten harcama yapmışlardır. 2014 yılında 1.335,07 TL'nin üzerinde harcama yapan hane reislerinin sağlık sigortası itibariyle dağılımlarına bakıldığında, %98'nin zorunlu sağlık sigortalı/SGK, %2'sinin (ağırlıksız örnekleme 2 hanenin) ise özel sağlık sigortalı olduğu belirlenmiştir.



Tablo 22. Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmeti Almak İçin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl											
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)	
Tüketim Har. Dilimleri	Yatarak Cepten Sağlık harcaması												
	<i>1.Dilim</i>	Ortalama	0,47	0,64	2,62	1,47	2,66	4,08	17,91	16,40	12,79	19,00	12,40
	Std. sapma	15,98	11,88	71,56	46,97	44,75	64,06	155,35	135,43	108,40	133,76	96,00	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,60	0,00	
<i>2.Dilim</i>	Ortalama	0,13	3,47	5,12	4,34	5,30	7,47	25,45	27,28	24,18	36,21	61,98	
	Std. sapma	4,14	86,11	93,03	71,57	92,34	139,13	184,40	189,77	152,00	201,04	344,26	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	125,12	87,44	87,12	184,11	317,25	
<i>3.Dilim</i>	Ortalama	3,66	3,35	8,17	11,37	11,72	36,70	36,75	39,93	54,61	50,92	65,59	
	Std. sapma	106,16	58,20	160,43	162,55	210,20	430,77	239,27	375,26	315,65	279,42	357,65	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	144,71	132,89	258,07	276,17	377,71	
<i>4.Dilim</i>	Ortalama	11,51	40,57	26,41	18,80	31,92	45,66	60,85	79,41	81,46	111,97	112,37	
	Std. sapma	191,03	410,74	366,17	282,65	397,15	462,12	375,39	536,38	480,55	665,93	557,36	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	232,54	262,42	301,12	443,06	647,64	
<i>5.Dilim</i>	Ortalama	115,83	108,52	100,98	198,54	137,66	163,48	186,01	129,30	208,36	187,54	259,15	
	Std. sapma	1.103,32	1.901,24	1.289,51	2.426,44	2.846,50	1.586,17	1.235,65	771,51	1.492,15	959,18	1.311,83	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	614,33	612,27	698,13	923,13	1.335,07	

Tablo 23 araştırma kapsamındaki hanelerin **ayakta sağlık hizmetleri** için yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanelerin tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak, hanelerin ayakta aldıkları sağlık hizmetleri için yıllar içerisinde cepten yaptıkları ortalama harcamanın tüketim harcaması dilimlerine göre belirgin bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hanenin tüketim harcaması dilimindeki yeri yükseldikçe (geliri arttıkça), ayakta aldıkları sağlık hizmetlerine daha fazla cepten harcama yapmıştır. Her bir tüketim harcaması diliminde yıllar içerisinde yapılan ortalama cepten harcamalar genel olarak önemli bir artış eğilimi içinde olduğu belirlenmiştir.

En düşük ve en yüksek tüketim harcaması dilimindeki haneler karşılaştırıldığında, en düşük harcama dilimindeki haneler 2004 yılında ortalama 32,11 TL cepten harcama yaparken, en yüksek harcama dilimindeki haneler 417,50 TL harcama yapmıştır. 2014 yılında en düşük harcama dilimindeki hanelerin harcaması ortalama 72,89 TL'ye, en yüksek harcama dilimindeki hanelerin harcaması ise 866,42 TL'ye yükselmiştir. Bu bulgulara göre, 2014 yılına gelindiğinde en düşük harcama dilimindeki hanelerin ayakta sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten harcama 2004 yılına göre 2,3 kat, en yüksek dilimdeki hanelerin harcamaları ise 2,1 kat artmıştır. Dolayısıyla, "ortalama" cepten harcama bulgularına dayanarak bir değerlendirme yapıldığında, yatarak sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ayakta sağlık hizmetlerinde de düşük gelirli haneler cepten harcamaya daha çok katılmaya başlamışlardır.

Cepten sağlık harcaması verileri asimetrik dağılım gösterdiğinden dolayı kartil bulgularına bakılmıştır. Bütün harcama dilimlerinde, hanelerin cepten harcama verilerinin %25'inde harcama belirlenmemiştir. En düşük harcama dilimindeki hanelerin harcama verilerinin %50'si ve 2010 yılına kadar %75'i de hiç cepten harcama yapmamıştır. Hanelerin harcama verilerinin %95'lik kesimine bakıldığında, bütün dilimlerdeki hanelerin 11 yıl boyunca ayakta sağlık hizmetleri için cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Birinci dilimde 2004 yılında yapılan maksimum 144 TL'lik harcama, 2014 yılında 2,5 kat artışla 361 TL'ye yükselmiştir.

Hanelerin harcama verilerinin %75'lik kısmına bakıldığında, ikinci dilimdeki haneler 2010 yılına kadar, üçüncü dilimdeki haneler 2009 yılına kadar hiç cepten harcama yapmazken, 4. dilimdeki haneler 2005 yılında ve 5. dilimindeki haneler 2004 yılından itibaren cepten harcama yapmıştır. Özellikle en varlıklı hanelerin cepten

harcama verilerinin %75 ve %95'inde yıllar içerisinde artan miktarda cepten harcama tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, varlıklı hanelerin %5'i 2004 yılında 2.325,21 TL'nin üzerinde cepten harcama yaparken, 2014 yılında bu rakam 3.475 TL'yi aşmıştır.



Tablo 23. Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmeti Almak İçin Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım istatistiği	Yıl										
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tüketim Har. Dilimleri	Ayakta Cepten Sağlık harcaması	(N=11.307.649)	(N=11.956.651)	(N=13.000.951)	(N=13.588.702)	(N=14.203.453)	(N=14.204.227)	(N=14.942.527)	(N=16.051.753)	(N=17.431.457)	(N=18.128.966)	(N=19.160.221)
<i>1.Dilim</i>	Ortalama	32,11	35,18	32,37	45,64	33,97	48,78	64,65	58,42	67,44	85,34	72,89
	Std. sapma	146,29	166,24	179,88	205,69	179,66	210,41	220,58	210,28	225,04	229,56	235,09
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,06	20,99	30,97	78,77	54,39
	%95	144,00	180,72	66,98	387,44	113,94	242,57	333,55	314,90	361,30	393,83	361,03
<i>2.Dilim</i>	Ortalama	46,45	60,19	69,92	77,01	68,64	75,87	127,02	133,63	126,67	165,83	133,22
	Std. sapma	181,04	263,10	278,04	287,66	269,95	304,88	449,79	413,51	437,12	449,56	350,16
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,54	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	84,26	83,97	82,58	127,99	90,64
	%95	360,00	421,69	558,16	564,00	477,45	423,70	631,91	700,86	660,66	787,66	770,46
<i>3.Dilim</i>	Ortalama	82,24	103,75	117,29	116,09	143,16	137,34	158,90	193,54	187,74	257,04	251,83
	Std. sapma	306,98	336,58	408,34	427,27	565,77	472,16	454,49	536,74	568,67	630,38	788,27
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,23	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,78	126,38	125,96	123,87	196,91	145,03
	%95	600,00	722,90	837,24	885,57	900,64	794,43	800,43	1.049,66	970,34	1.355,85	1.205,54
<i>4.Dilim</i>	Ortalama	165,15	210,38	180,38	217,07	246,70	234,23	260,94	297,64	297,71	441,31	424,84
	Std. sapma	596,51	793,15	583,24	760,92	748,36	872,06	768,61	801,93	781,31	1.091,01	1.058,24
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	59,07	37,71
	%75	0,00	4,82	2,79	10,52	32,55	84,74	157,98	225,68	216,78	374,14	371,63
	%95	960,00	1.036,16	1.071,67	1.328,36	1.573,40	1.271,09	1.390,21	1.700,45	1.548,42	2.028,21	2.084,77
<i>5.Dilim</i>	Ortalama	417,50	468,10	544,12	597,70	513,12	490,05	645,47	649,22	689,23	670,81	866,42
	Std. sapma	1.321,44	1.641,61	2.511,11	2.323,43	1.800,47	1.626,81	1.845,77	1.930,96	2.421,07	1.822,48	2.808,49
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,33	0,00	17,24	78,77	45,32
	%75	156,00	216,87	223,27	276,74	217,02	264,81	526,60	466,05	479,18	492,29	649,63
	%95	2.325,21	2.349,42	2.550,80	2.767,41	2.354,68	2.806,99	3.159,57	3.500,30	3.163,31	3.426,30	3.474,59

Tablo 24 araştırma kapsamındaki hanelerin **ilaç** için yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanelerin tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Genel olarak bakıldığında, hanelerin ilaç için cepten yaptıkları ortalama harcamanın yıllar içerisinde tüketim harcaması dilimlerine göre belirgin bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Hanenin tüketim harcaması dilimindeki yeri yükseldikçe (geliri arttıkça), ilaç için daha fazla cepten harcama yapmıştır. Yıllar içerisinde yapılan ortalama cepten harcamada tüketim harcaması dilimlerinin hiçbirisinde bir artış veya azalış eğilimi belirlenmemiştir.

En düşük ve en yüksek tüketim harcaması dilimindeki haneler karşılaştırıldığında, en düşük harcama dilimindeki haneler 2004 yılında ortalama 27,06 TL, en yüksek harcama dilimindeki haneler ise 174,82 TL ilaç için cepten harcama yapmıştır. 2014 yılında en düşük harcama dilimindeki hanelerin harcaması ortalama 55,36 TL'ye yükselmiş, en yüksek harcama dilimindeki hanelerin harcaması ise 160,19 TL'ye düşmüştür. Bu bulgulara göre, 2014 yılına gelindiğinde en düşük harcama dilimindeki haneler ilaç için yaptıkları cepten harcamayı 2004 yılına göre 2 kata çıkarırken, en yüksek harcama dilimindeki haneler 2004 yılına göre 15 TL daha az cepten harcama yapmıştır. Dolayısıyla, "ortalama" cepten harcama bulgularına dayanarak bir değerlendirme yapıldığında, yatarak ve ayakta sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ilaç için de düşük gelirli haneler aleyhine bir gelişme yaşandığı söylenebilir.

Cepten sağlık harcaması verileri asimetric dağılım gösterdiğinden dolayı daha doğru bir değerlendirme için kartil bulgularına bakılmıştır. Öncelikle, tüm harcama dilimlerinde, ilaç için yapılan cepten harcama verilerinin %25'inde cepten harcama olmadığına dikkat çekilmelidir. En düşük harcama dilimindeki hanelerin 2011 yılına kadar yaptıkları cepten harcama verilerinin %50'sinde de cepten harcama belirlenmezken, verilerin %75 ve %95'inde tüm yıllarda cepten harcama belirlenmiştir. 2004 yılında en düşük harcama grubunda bulunan hanelerin cepten harcama verilerinin $\frac{3}{4}$ 'ü maksimum 14,40 TL cepten harcama yapmış iken harcama verilerinin %95'i maksimum 150 TL harcama yapmıştır. 2014 yılı rakamlarına bakıldığında ise cepten harcama verilerinin %75'i maksimum 55 TL, %95'i yaklaşık 272 TL'dir. Bir başka ifadeyle, 2014 yılında düşük gelirli hanelerin ilaç için yaptığı cepten harcamaların %5'i 272 TL'nin üzerindedir.

Beşinci tüketim harcaması dilimindeki hanelerin ilaç için yaptığı cepten harcama verilerinin %50'sinde harcama yapıldığı tespit edilmiştir ve 2004 yılında harcama verilerinin %50'si maksimum 6 TL, %75'i 180 TL ve %95'i 631 TL olarak cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. 2014 yılında ise, harcama verilerinin %50'si 37 TL, %75'i 181 TL ve %95'i 702 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu bulgulara göre 11 yılın sonunda, harcama verilerinin %75'inde neredeyse hiç değişiklik olmadığı, %95'inde ise yaklaşık 70'lik bir artış olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak, ilaç harcamaları ayakta sağlık hizmetlerinden sonra hanehalkı cepten harcamaları içinde ikinci sırayı alan harcama kalemidir ve varlıklı haneler ilaç için göreceli olarak daha fazla cepten harcama yapmıştır.



Tablo 24. Hanelerin İlaç için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

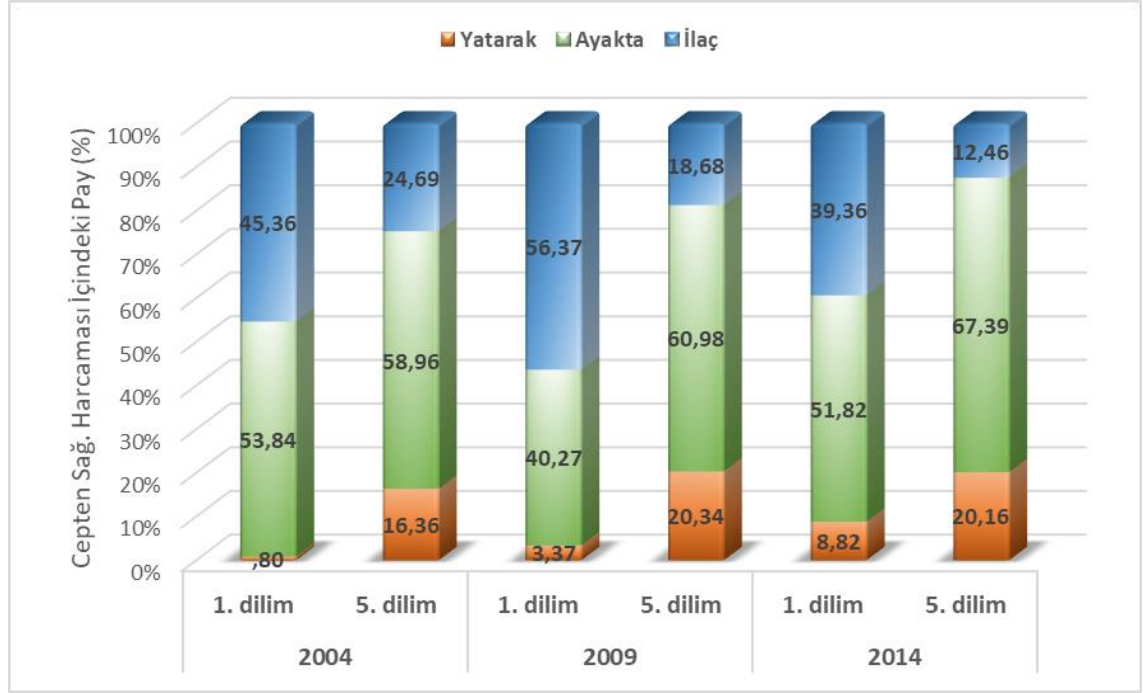
Değişkenin Adı	Dağılım istatistiği	Yıl										
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Tüketim Har. Dilimleri	İlaç için Cepten Sağlık harcaması											
	Ortalama	27,06	52,37	45,18	50,76	54,20	68,27	61,39	65,16	56,33	69,39	55,36
	Std. sapma	95,61	149,22	118,57	118,95	126,93	164,39	127,95	139,62	118,21	152,80	144,33
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7,56	0,00	13,69	0,00
	%75	14,40	36,14	41,19	53,13	60,22	75,10	71,09	78,72	67,82	85,66	55,11
%95	150,00	271,57	223,27	259,36	256,63	283,45	270,78	277,53	258,07	295,37	271,93	
1.Dilim	Ortalama	55,90	58,56	59,76	75,49	68,18	85,73	81,59	76,08	80,85	94,21	81,80
	Std. sapma	139,81	148,62	134,43	216,87	178,41	169,25	177,59	152,74	175,07	234,09	198,94
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	19,07	15,80	11,55	7,54	31,51	9,06
	%75	48,00	57,23	69,99	64,20	75,96	105,92	99,21	92,16	88,78	104,46	87,02
	%95	287,54	271,09	278,86	307,74	284,62	357,71	333,44	330,64	366,05	364,29	336,01
2.Dilim	Ortalama	68,32	82,36	83,82	93,25	73,49	100,54	87,39	100,38	91,91	105,45	93,49
	Std. sapma	176,39	232,26	204,89	235,53	190,60	215,34	160,34	225,23	206,15	209,84	222,32
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	12,51	0,00	21,18	24,33	20,47	10,32	38,89	18,13
	%75	74,40	84,34	86,29	99,63	81,38	121,81	107,95	118,51	105,29	127,99	101,97
	%95	316,39	382,53	404,11	397,51	325,53	415,86	387,57	408,11	433,56	410,27	377,52
3.Dilim	Ortalama	95,44	110,57	86,58	103,03	122,75	102,85	104,37	128,54	114,41	150,35	116,84
	Std. sapma	268,16	306,56	176,06	276,86	353,40	203,50	241,06	365,30	214,03	372,63	276,54
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	16,19	4,43	21,70	31,78	24,33	31,49	25,29	52,58	27,19
	%75	92,16	103,13	92,66	114,35	114,70	132,41	117,64	136,46	154,84	162,45	132,97
	%95	445,32	506,03	417,51	427,40	542,55	406,75	399,16	514,33	472,99	554,31	482,94
4.Dilim	Ortalama	174,82	160,92	143,21	163,10	149,88	150,14	212,98	174,69	153,56	210,92	160,19
	Std. sapma	536,50	382,76	349,98	412,84	379,30	361,65	961,47	405,09	349,10	777,96	329,91
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	6,00	26,51	28,13	11,29	19,53	31,78	37,39	36,74	40,77	65,08	37,16
	%75	180,00	144,58	140,99	168,26	156,04	169,48	177,57	178,44	165,16	207,06	180,56
	%95	630,96	733,26	588,64	698,72	629,36	627,07	741,76	819,79	676,14	774,76	702,48
5.Dilim	Ortalama											
	Std. sapma											
	%25											
	Medyan											
	%75											
	%95											

Şekil 11 cepten sağlık harcaması alt kalemlerinin toplam cepten sağlık harcaması içindeki payının 1. ve 5. tüketim harcaması dilimindeki hanelere göre 2004, 2009 ve 2014 yılları itibariyle yüzde dağılımını vermektedir. Hem yoksul hem de varlıklı haneler, en fazla ayakta sağlık hizmetleri almak için cepten harcama yapmaktadır. Bu pay yoksul hanelerde 2004 yılında yaklaşık %54 iken 2009 yılında yaklaşık %40'a düşmüş ve 2014 yılında yaklaşık %52'ye yükselmiştir. Dolayısıyla 11 yılın sonunda yaklaşık %2'lik bir azalma görülmektedir. Varlıklı hanelerde bu hizmet kaleminin payı daha yüksektir ve yoksul hanelerin aksine, yıllar itibariyle yükselmeye devam etmiştir (2004 yılında %59, 2009 yılında %61, 2014 yılında %67). Öyle ki, 2014 yılında varlıklı hanelerin cepten harcamaları içinde ayakta sağlık hizmetlerinin payı yoksul hanelere göre %15,5 daha fazladır.

Yatarak sağlık hizmetlerinin payı itibariyle bakıldığında, varlıklı haneler daha fazla cepten harcama yapmaktadır. 2009 ve 2014 yıllarında yatarak sağlık hizmetlerinin payı, 2014 yılında bir miktar düşmesine rağmen toplam cepten harcama içindeki payı %20'nin üzerine çıkmıştır. Yoksul hanelerin yatarak aldıkları sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten harcama 2004 yılında çok düşük bir paya sahip iken, 2009 ve 2014 yıllarında artmıştır.

İlaç için yapılan cepten harcamaların payı itibariyle bakıldığında ise iki grup bariz bir şekilde farklılaşmaktadır. Her üç yılda da yoksul haneler varlıklı hanelere kıyasla ilaç için daha fazla cepten harcama yapmıştır. Özellikle 2009 yılında ilaç harcamalarının payı %56,37 gibi yüksek bir seviyeye ulaşmıştır. Bu bulgu 2009 yılında azalan ayakta sağlık hizmetleri payı ile ilişkilendirilebilir. Şöyle ki, yoksul haneler 2009 yılında bir sağlık kuruluşuna başvurmak yerine ilaç ile kendi kendine tedavi yöntemini seçmiş olabilirler. Bu duruma 2008 yılında kamu sağlık kuruluşlarında da katkı payı uygulamasına geçilmesinin ve 2008 yılında yaşanan küresel ekonomik krizin etkisi ile hane halklarının tasarrufa yönelerek ayakta sağlık hizmetleri almak yerine ilaç ile kendi kendine tedavi yöntemine baş vurmuş olmaları yol açmış olabilir. Bu bulgu eksik sigorta konusunda deneysel yaklaşıma ip ucu olacak nitelik de taşımaktadır.

Şekil 11. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Toplam Cepten Sağlık Harcaması İçindeki Payının 1. ve 5. Tüketim Harcaması Dilimindeki Hanelere Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



Tablo 25 hanelerin **yatarak sağlık hizmetleri** için yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanehalkı reisinin sağlık sigortası türüne göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Ortalama cepten sağlık harcaması, banka, vakıf sigorta kategorisindeki haneler haricinde düzenli olmamakla birlikte genel olarak yıllar itibariyle artmıştır. Hanelerin yaptığı cepten harcama 2004 yılına göre 2014 yılında yaklaşık olarak; hanehalkı reisinin zorunlu sigortalı/SGK'lı olduğu hanelerde 4 kat, isteğe bağlı sigortalı hanelerde 7 kat ve yeşil kartlı olduğu hanelerde ise 2 kat artmıştır.

Hanehalkı reisinin yeşil kartlı olduğu hanelerin yaptığı cepten harcama verilerinin %95'lik kısmında da veriye rastlanılmamıştır. Bu, cepten harcama verilerinin son %5'lik kısmında cepten harcama olduğu anlamına gelmektedir. Bu bağlamda araştırma verileri incelendiğinde, bu grup hanelerin 2004 yılında maksimum 6.000 TL, 2014 yılında 2.183 TL yatarak sağlık hizmeti almak için cepten harcama yaptığı belirlenmiştir. Yeşil kartlı haneler dışında, hane reisinin sağlık sigortası ne olursa olsun, harcama verilerinin sadece %95'lik kısmında ve 2010 yılından itibaren yatarak sağlık hizmetleri için cepten harcama rakamları tespit edilmiştir. Bu kartilde 2014 yılında en yüksek cepten harcamayı yapan haneler, yaklaşık 680 TL'ye varan harcama ile hane reislerinin banka, vakıf vb. kanalıyla sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerdir.

Tablo 25. Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmetleri için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıllar										
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Sigortası Türü	Yatarak Cepten Sağlık harcaması	(N=11.307.649)	(N=11.956.651)	(N=13.000.951)	(N=13.588.702)	(N=14.203.453)	(N=14.204.227)	(N=14.942.527)	(N=16.051.753)	(N=17.431.457)	(N=18.128.966)	(N=19.160.221)
Zorunlu sigortalı/SGK	Ortalama	26,35	33,50	32,13	50,94	42,02	56,08	71,44	63,62	83,12	87,05	107,72
	Standart sapma	495,23	922,28	650,03	1.161,92	1.377,68	813,91	638,63	494,11	763,77	577,66	693,00
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	236,97	218,64	261,27	410,27	499,62
İsteğe bağlı sigortalı	Ortalama	1,33				32,01	15,71	66,41	48,93	9,13	49,14	9,71
	Standart sapma	12,56				233,57	157,21	241,61	148,64	50,43	169,55	61,57
	%25	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%75	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%95	0,00				0,00	0,00	526,60	531,44	39,23	410,27	0,00
Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı	Ortalama	68,49										
	Standart sapma	948,35										
	%25	0,00										
	Medyan	0,00										
	%75	0,00										
	%95	0,00										
Özel sağlık sigortası	Ortalama									138,20	21,32	231,77
	Standart sapma									542,59	69,52	1.146,02
	%25									0,00	0,00	0,00
	Medyan									0,00	0,00	0,00
	%75									0,00	0,00	0,00
	%95									1.720,50	246,14	151,10

Tablo 25. Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmetleri için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Devam)

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl										
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Sigortası Türü	Yatarak Cepten Sağlık harcaması	(N=11.307.649)	(N=11.956.651)	(N=13.000.951)	(N=13.588.702)	(N=14.203.453)	(N=14.204.227)	(N=14.942.527)	(N=16.051.753)	(N=17.431.457)	(N=18.128.966)	(N=19.160.221)
<i>Yeşil kart</i>	Ortalama	4,94	14,85	6,03	20,49	7,20	22,98	23,63	18,83	11,48		
	Standart sapma	172,17	218,28	112,94	485,49	108,62	377,32	247,18	146,13	110,09		
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
<i>Banka, vakıf vb.</i>	Ortalama							80,97	23,92	37,15	0,00	37,49
	Standart sapma							305,88	131,21	118,66	0,00	153,42
	%25							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%75							0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%95							1.316,49	0,00	326,72	0,00	679,82
<i>GSS (Yeşil kart dahil)</i>	Ortalama										26,51	41,53
	Standart sapma										178,20	519,95
	%25										0,00	0,00
	Medyan										0,00	0,00
	%75										0,00	0,00
	%95										0,00	0,00

Tablo 26 hanelerin **ayakta sağlık hizmetleri** için yaptıkları cepten sağlık harcamasının hanehalkı reisinin sağlık sigortası türüne göre yıllar itibariyle dağılımını göstermektedir. Hanehalkı reisinin zorunlu sigortalı/SGK'lı ve GSS'li olduğu hanelerdeki artış eğilimi dışında, ayakta sağlık hizmetleri için yapılan ortalama cepten sağlık harcaması sigorta kategorilerinin hepsinde dalgalanma göstermiştir. Hane reisi zorunlu sigortalı/SGK kategorisindeki hanelerin ortalama cepten harcaması 2004 yılına göre (158,45 TL) 2014 yılında 2,3 katına çıkmıştır (370,42 TL). İsteğe bağlı sigortalı kategorisinde baz yıla göre (124,34 TL) 2014 yılında yaklaşık 50 TL'lik bir artış olmuştur (174,92). Özel sigorta kategorisindeki hanelerde 2012 yılına göre (172,55 TL) 2014 yılında artış 3 kattan fazladır (546,32 TL).

Hane reisinin banka, vakıf aracılığıyla sigortalı olduğu hanelerin cepten harcaması 2008 yılına göre 2014 yılında %62 düşmüştür. Yeşil kartlı reislerin olduğu hanelerin cepten harcaması 2004 yılına kıyasla 41 TL'den 2012 yılında 100 TL'ye çıkarak 2,5 kat artmıştır. 2013 yılında yaklaşık 98 TL ortalama cepten harcama yapan GSS'li haneler bir yıl sonra %26,5 daha fazla harcama yapmıştır.

Kartil dağılımlarına bakıldığında, hane reisinin sağlık sigortasının ayakta sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcama verilerinin %50'sinde benzerlik gösterdiği ve cepten harcama olmadığı belirlenmiştir. Cepten harcama verilerinin %95'lik kısmında en yüksek harcamayı yapan haneler 2008 yılında yaklaşık 5.700 TL ile hane reisinin banka, vakıf kanalıyla sigortalı olduğu hanelerdir. 2014 yılında bu kartilde en yüksek harcamayı yapan haneler yaklaşık 4.224 TL ile hane reisinin özel sigortalı olduğu hanelerdir. Hane reisinin yeşil kartlı olduğu hanelerin bu kartilde yaptığı maksimum cepten harcama 2004 yılında 360 TL iken, 2014 yılında 619 TL'dir. GSS kategorisindeki hanelerin harcama verilerinin %95'lik kartilinde en yüksek cepten harcama 2013 yılında 443 TL iken, 2014 yılında 508 TL'dir.

Tablo 26. Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmetleri için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl										
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Sağlık Sigortası Türü	Ayakta Cepten Sağlık harcaması											
	Ortalama	158,45	185,60	207,13	229,89	219,26	211,42	269,66	286,92	291,18	345,76	370,42
	Std. sapma	724,41	871,71	1.255,89	1.214,11	975,59	903,63	957,06	1.061,32	1.254,77	1.084,14	1.490,06
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49,23	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	42,37	136,81	144,33	144,52	226,45	194,16
Zorunlu sigortalı/SGK	%95	960,00	1.084,35	1.116,33	1.151,24	1.193,62	1.154,57	1.442,87	1.469,53	1.412,47	1.673,77	1.713,23
	Ortalama	124,34	675,52	334,72	50,20	74,31	134,77	230,96	190,64	323,16	305,28	174,92
	Std. sapma	418,78	2.551,99	2.554,55	226,01	201,04	425,24	677,49	587,85	1.691,31	649,00	354,19
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	27,19
	%75	24,00	36,14	0,00	0,00	65,11	21,18	231,70	104,97	82,58	216,61	117,83
İsteğe bağlı sigortalı	%95	720,00	1.595,20	302,52	83,02	368,94	847,39	877,62	1.795,55	1.290,35	2.205,44	1.087,71
	Ortalama	128,74										
	Std. sapma	386,43										
	%25	0,00										
	Medyan	0,00										
	%75	0,00										
Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı	%95	960,00										
	Ortalama									172,55	568,28	546,32
	Std. sapma									507,26	1.397,33	1.361,63
	%25									0,00	0,00	0,00
	Medyan									0,00	0,00	0,00
	%75									82,58	344,60	362,57
Özel sağlık sigortası	%95									929,05	5.317,17	4.223,93
	Ortalama											
	Std. sapma											
	%25											
	Medyan											
	%75											

Tablo 26. Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmetleri için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Devam)

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl										
		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Sigortası Türü	Ayakta Cepten Sağlık harcaması	(N=11.307.649)	(N=11.956.651)	(N=13.000.951)	(N=13.588.702)	(N=14.203.453)	(N=14.204.227)	(N=14.942.527)	(N=16.051.753)	(N=17.431.457)	(N=18.128.966)	(N=19.160.221)
Yeşil kart	Ortalama	40,81	57,87	54,96	81,67	38,58	84,14	104,59	91,84	100,36		
	Std. sapma	165,56	303,48	226,50	277,95	171,16	677,06	409,80	349,33	372,59		
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	84,26	62,98	51,61		
	%95	360,00	481,93	446,53	702,92	271,28	317,77	526,60	419,86	619,37		
Banka, vakıf vb.	Ortalama					803,03	623,13	1.284,86	564,45	112,84	525,33	308,60
	Std. sapma					2.495,79	1.833,49	6.288,89	1.234,50	299,99	724,22	580,53
	%25					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan					0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	%75					37,98	201,26	84,26	315,00	0,00	861,50	498,53
	%95					5.696,81	4.703,03	953,14	4.919,45	660,66	2.313,74	1.644,70
GSS (Yeşil kart dahil)	Ortalama										97,55	123,82
	Std. sapma										235,82	425,26
	%25										0,00	0,00
	Medyan										0,00	0,00
	%75										88,61	72,51
	%95										443,06	507,60

Tablo 27’de hanelerin **ilaç** için yaptıkları cepten sağlık harcamasının hane halkı reisinin sağlık sigortası türüne göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. İlaç için yapılan cepten sağlık harcaması hane halkı reisinin sağlık sigortası durumuna göre yıllar itibariyle farklılık göstermiştir. Ayrıca tüm sigorta kategorilerinde cepten yapılan ilaç harcamalarının yıllar itibariyle dalgalanma gösterdiği belirlenmiştir. İlaç için yapılan en yüksek cepten harcama miktarı 417 TL ile 2013 yılında özel sigortalı hanelerde, en düşük harcama ise 46 TL ile 2006 yılında hane reisinin isteğe bağlı sigortalı olduğu hanelerde tespit edilmiştir. Hane reisinin banka, vakıf vb. kanalıyla sağlık sigortasına sahip hanelerin cepten harcama verilerinde yıllar itibariyle dalgalanma olmakla birlikte 2008 -2014 yılları arasında cepten harcamalarda bir düşme görülmektedir. Benzer düşme eğilimi GSS sigorta türünde bulunan hanelerde de görülmektedir.

Cepten harcama verilerinin belirlendiği ilk kartil %50’lik kartildir. Bütün yıllarda ve bütün sağlık sigortası türlerinde cepten harcama verilerinin %75 ve %95’lik kısımlarında cepten harcama verileri bulunmaktadır. Cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde belirlenen en yüksek harcama 2013 yılında 4.923 TL ile hane reisinin özel sigortalı olduğu haneler, en düşük harcama ise 2004 yılında 254 TL ile hane reisinin isteğe bağlı sigortalı olduğu hanelerdir. Hane reisinin yeşil kart kapsamında olan hanelerin ilaç harcama verilerinin %95’lik diliminde harcama miktarları 2004 yılında yaklaşık 304 TL 2014 yılında 29 TL artışla 333 TL seviyesindedir.

Tablo 27. Hanelerin İlaç için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl										
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Sağlık Sigortası Türü	İlaç için Cepten Sağlık harcaması											
Zorunlu sigortalı/SGK	Ortalama	86,93	95,30	87,50	100,00	95,79	102,94	112,54	110,74	101,26	124,36	101,60
	Std. sapma	307,00	267,52	225,56	272,93	276,37	241,79	489,18	293,91	233,68	303,43	248,56
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	21,18	21,06	20,89	14,86	39,19	14,50
	%75	72,00	87,95	89,31	96,86	97,12	120,01	111,01	115,46	111,80	137,84	101,79
	%95	408,00	440,61	405,56	440,24	412,34	417,34	430,86	472,35	443,88	502,13	444,33
İsteğe bağlı sigortalı	Ortalama	63,47	214,71	46,19	95,48	138,00	101,03	196,85	121,92	81,00	108,87	89,43
	Std. sapma	124,28	529,39	58,67	169,57	289,82	186,21	435,84	215,11	165,80	169,92	106,18
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	24,10	16,74	0,00	19,53	10,91	60,35	31,49	21,68	56,02	65,44
	%75	84,00	216,75	77,47	89,22	108,51	128,59	157,98	142,75	83,00	161,47	136,87
	%95	254,46	474,58	179,51	505,00	1.085,11	534,92	937,34	421,96	303,49	344,60	293,95
Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı	Ortalama	82,00										
	Std. sapma	188,81										
	%25	0,00										
	Medyan	0,00										
	%75	78,24										
	%95	370,91										
Özel sağlık sigortası	Ortalama									185,73	416,82	231,99
	Std. sapma									375,16	1.303,41	390,79
	%25									0,00	0,00	0,00
	Medyan									41,29	0,00	99,07
	%75									170,33	82,21	244,73
	%95									822,73	4.922,85	1.164,12

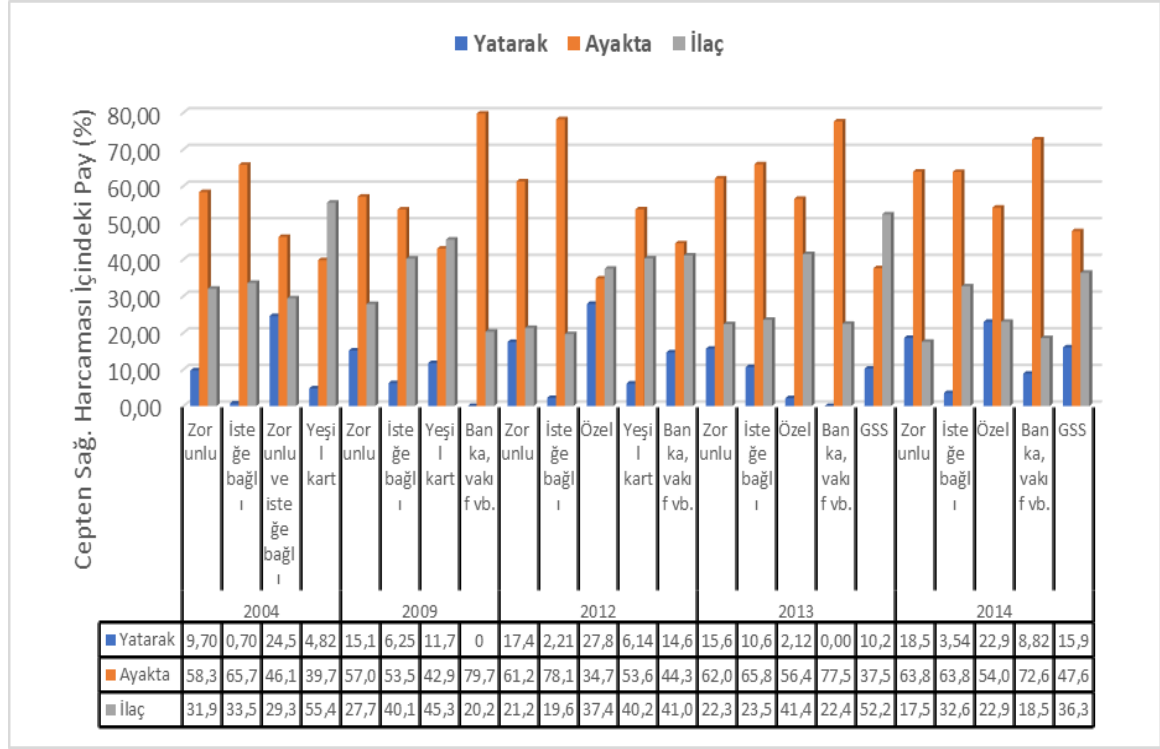
Tablo 27. Hanelerin İlaç için Yaptıkları Cepten Sağlık Harcamasının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Devam)

Değişkenin Adı	Dağılım İstatistiği	Yıl											
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)	
Sağlık Sigortası Türü	İlaç için Cepten Sağlık harcaması												
	<i>Yeşil kart</i>												
	Ortalama	56,87	65,21	59,28	76,55	75,27	88,91	79,24	94,61	75,32			
	Std. sapma	184,51	187,16	136,41	271,90	194,25	185,06	160,60	175,18	141,58			
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	23,20	14,74	28,34	10,32			
	%75	24,00	45,18	58,94	62,99	81,38	106,67	97,95	114,20	92,91			
	%95	303,60	373,74	267,92	328,77	325,53	347,11	326,49	403,38	333,43			
<i>Banka, vakıf vb.</i>	Ortalama					80,47	158,49	278,75	87,76	104,47	151,84	78,69	
	Std. Sapma						172,26	339,00	942,21	168,18	230,45	232,52	112,48
	%25						0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan						0,00	0,00	34,97	0,00	0,00	42,24	12,15
	%75						124,79	98,30	73,72	112,31	61,94	250,97	154,09
	%95						666,47	1.251,17	1.558,72	545,82	516,14	933,96	401,00
<i>GSS (Yeşil kart dahil)</i>	Ortalama										135,73	94,33	
	Std. Sapma										992,70	202,10	
	%25										0,00	0,00	
	Medyan										29,54	21,75	
	%75										103,77	94,09	
	%95										393,83	444,15	

Şekil 12 cepten sağlık harcaması alt kalemlerinin toplam cepten sağlık harcaması içindeki payının sağlık sigortası türüne göre yıllar itibariyle yüzde dağılımını vermektedir. Genel olarak, hanehalkı reisinin bağlı olduğu tüm sigorta gruplarında ayakta sağlık hizmetleri toplam cepten harcama içinde en büyük paya sahiptir. Bu pay, isteğe bağlı sigortalılar arasında 2004 (%65,74) ve 2012 (%78,19) yıllarında daha yüksek iken, 2009, 2013 ve 2014 yıllarında banka, vakıf vb. kanalıyla sigortalılarda daha yüksektir (yaklaşık %80, %78, %73, sırasıyla). Hane reisinin yeşil kart'lı olduğu haneler arasında 2004 ve 2009 yıllarında ilaç harcamaları en fazla paya sahiptir (yaklaşık %55 ve %45, sırasıyla). Fakat 2009 yılında ilaç harcamalarının payı %10 düşmüştür. Buna mukabil, ayakta sağlık hizmetlerinin payı %3 ve yatarak sağlık hizmetlerinin payı %7 artmıştır. 2012 yılında ilaç harcamalarının payı %5 daha düşerek %40'a ve yatarak sağlık hizmetlerinin payı %5,5 düşerek %6'ya gerilemiştir. Bir başka ifadeyle, yeşil kart sahibi hane reislerinin yönettiği haneler arasında 2012 yılı, ayakta sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamalarda ağırlığının arttığı yıl olmuştur.

Hane reisinin özel sigorta kapsamında olduğu hanelere bakıldığında, 2012 yılında yatarak sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcamaların yaklaşık %28 gibi yüksek bir kısmını oluşturduğu belirlenmiştir. 2013 yılında ilginç bir şekilde yatarak hizmetlerin payı %2'ye düşmüş, diğer iki kalemin payı artmıştır. 2014 yılında yatarak sağlık hizmetleri tekrar %20'lik payın üzerine çıkmıştır. Buna mukabil, ayakta sağlık hizmetlerinin payı 2013-2014 arasında %56'dan %54'e, ilaç harcamalarının payı ise %41'den yaklaşık %23'e düşmüştür. 2013 yılında TÜİK sağlık sigortası listesine giren GSS'li haneler arasında, %52 ile ilaç harcamaları baskın konumdadır. Ne var ki, ilaç harcamalarının payı 2014 yılında %16 düşüşle %36 olarak gerçekleşmiştir. Aradaki farkın %10'u ayakta sağlık hizmetleri ve %6'sı yatarak sağlık hizmetlerinin paylarındaki artışla kapatılmıştır. Böylece GSS kapsamındaki hane reislerinin olduğu haneler 2014 yılında yatarak sağlık hizmetlerine en fazla harcama yapan 3. grup olmuştur.

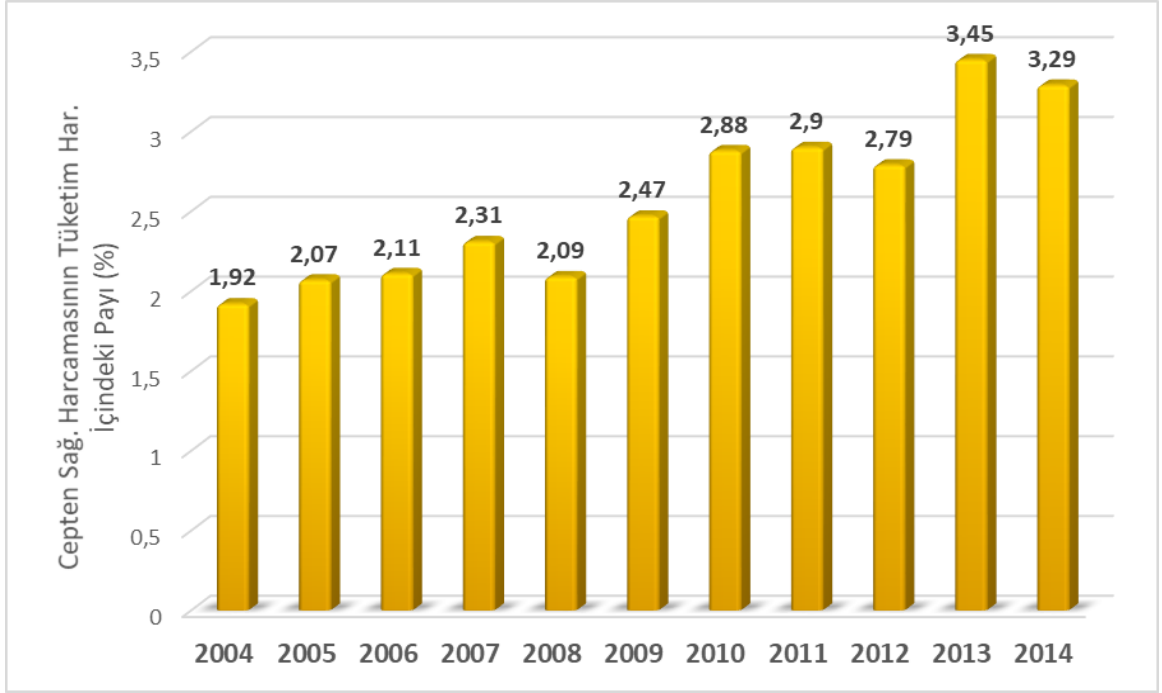
Şekil 12. Cepten Sağlık Harcaması Alt Kalemlerinin Toplam Cepten Sağlık Harcaması İçindeki Payının Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



4.1.4. Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

Şekil 13’de araştırmada kapsanan 11 yıl boyunca cepten sağlık harcamasının tüketim harcaması içindeki payının yıllar itibariyle yüzde dağılımı gösterilmektedir. Tüm fertlerinin sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerin sağlık amaçlı yaptıkları cepten harcamaların tüketim harcamaları içindeki payı genel olarak artmıştır. 2004 yılında %1,92 olan pay, 2013 yılında %3,45 ile en yüksek seviyeye ulaşmıştır. Tüketim harcaması içinde sağlık harcamalarının yükü üç yılda azalmıştır. Bu yıllar 2008 (%2,09), 2012 (%2,79) ve 2014 (%3,29) yıllarıdır. Bu azalmalara rağmen, cepten harcamaların tüketim harcaması içindeki payının %1,92’den %3,29’a yükselmesi dikkate değerdir. 2008 yılındaki düşüş, bu yılda meydana gelen global ekonomik krizin etkileri nedeniyle gerçekleşmiş olabilir.

Şekil 13. Cepten Sağlık Harcamasının Tüketim Harcaması İçindeki Payının Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)

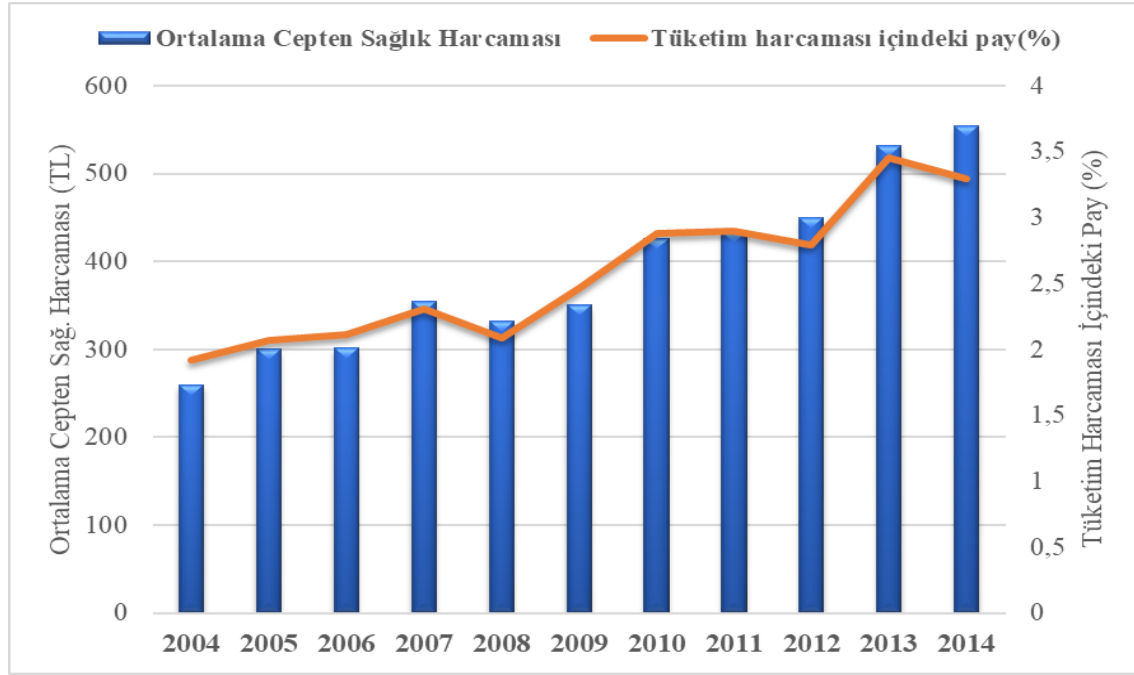


Şekil 14'te cepten sağlık harcaması ve tüketim harcaması içindeki payının yıllar itibariyle dağılımı verilmektedir. Tüm fertlerinin sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerin yaptığı yıllık ortalama reel cepten sağlık harcaması 2008 yılındaki düşüş haricinde yıllar itibariyle sürekli bir artış göstermiştir. 2004 yılında ortalama yaklaşık 259 TL olan cepten sağlık harcaması, 2014 yılında yaklaşık 554 TL seviyesine yükselmiştir. Cepten sağlık harcamasının tüketim harcaması içindeki payında ise bir dalgalanma gözlenmiştir. 2004 yılında %1,92 olan tüketim harcaması içindeki pay yıllar içerisinde artmakla birlikte, 2008, 2012 ve 2014 yıllarında artış trendinde kırılma belirlenmiştir.

Bu iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, 2012 ve 2014 yıllarında ortalama cepten sağlık harcaması artarken, tüketim harcaması içindeki paylarında azalma olduğu anlamına gelmektedir. Bu bulgular hanelerin ortalama tüketim harcamasındaki azalmayla açıklanabilir. Ancak, 2012 ve 2014 yıllarında ortalama tüketim harcamasında azalma tespit edilmemiştir (2009 yılı hariç her yıl tüketim harcamasında artış gerçekleşmiştir). Dolayısıyla, tüketim harcamasındaki artışa mukabil cepten sağlık harcamasının payında düşme gerçekleşmiştir. Bu bulgu, olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak, bu bulgu ilgili yıllarda örneklem kapsamındaki hanelerin

sağlık hizmetleri kullanımındaki azalma ile de açıklanabilir. Ne yazık ki, sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili veri bulunmadığından, bu yönde bir yorumda bulunmak mümkün olamamıştır.

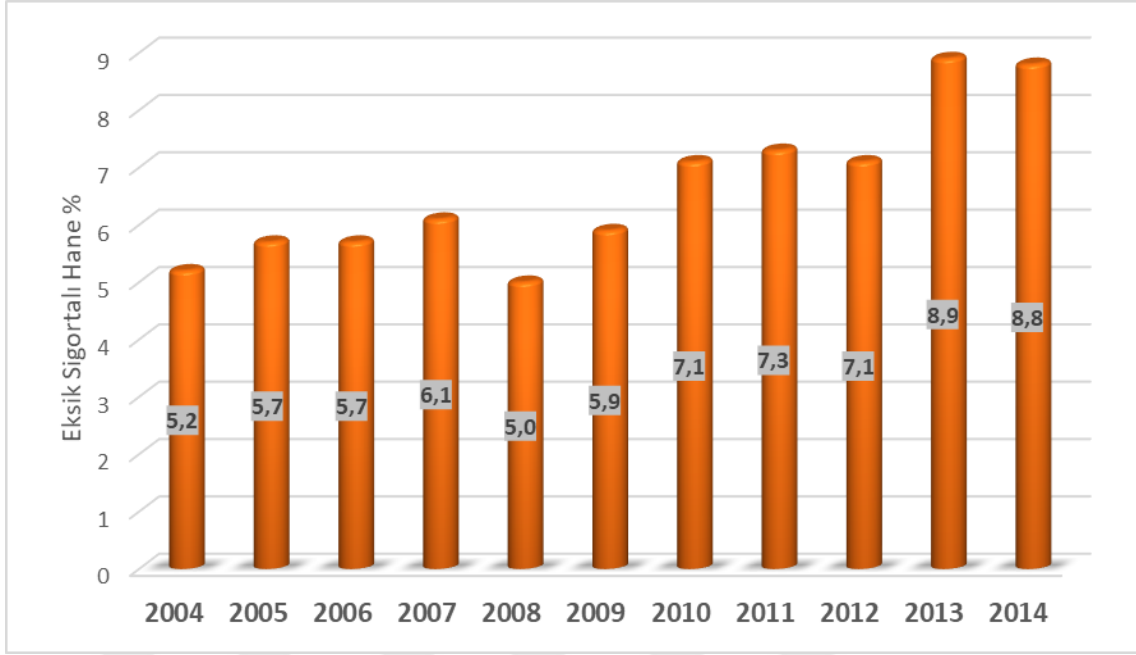
Şekil 14. Cepten Sağlık Harcaması ve Tüketim Harcaması İçindeki Payının Yıllar İtibariyle Dağılımı



4.1.5. Eksik Sigortalı Hane Prevalansı ile İlgili Tanımlayıcı Bulgular

Şekil 15'de eksik sigortalı hane yüzdelerinin yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Genel olarak, eksik sigortalı hanelerin yüzdesi yıllar içerisinde artmıştır. Eksik sigortalı hane yüzdesi 5 ile 8,9 arasında değişmiştir. 2004 yılında tüm fertlerinin sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerin %5,2'sinin, 2014 yılında ise %8,8'inin eksik sigortalı olduğu belirlenmiştir. Böylece eksik sigortalı hanelerde %69'luk bir artış meydana gelmiştir. Bununla birlikte, bir önceki yıl ile kıyaslandığında 2008, 2012 ve 2014 yıllarında eksik sigortalı hane prevalansının düştüğü tespit edilmiştir. Bu düşüşlerin, Şekil 13'de sunulan 2008, 2012 ve 2014 yıllarında cepten sağlık harcamasının tüketim harcaması içindeki payında gerileme olduğu tespit edilen bulgularla tutarlıdır.

Şekil 15. Eksik Sigortalı Hanelerin Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)

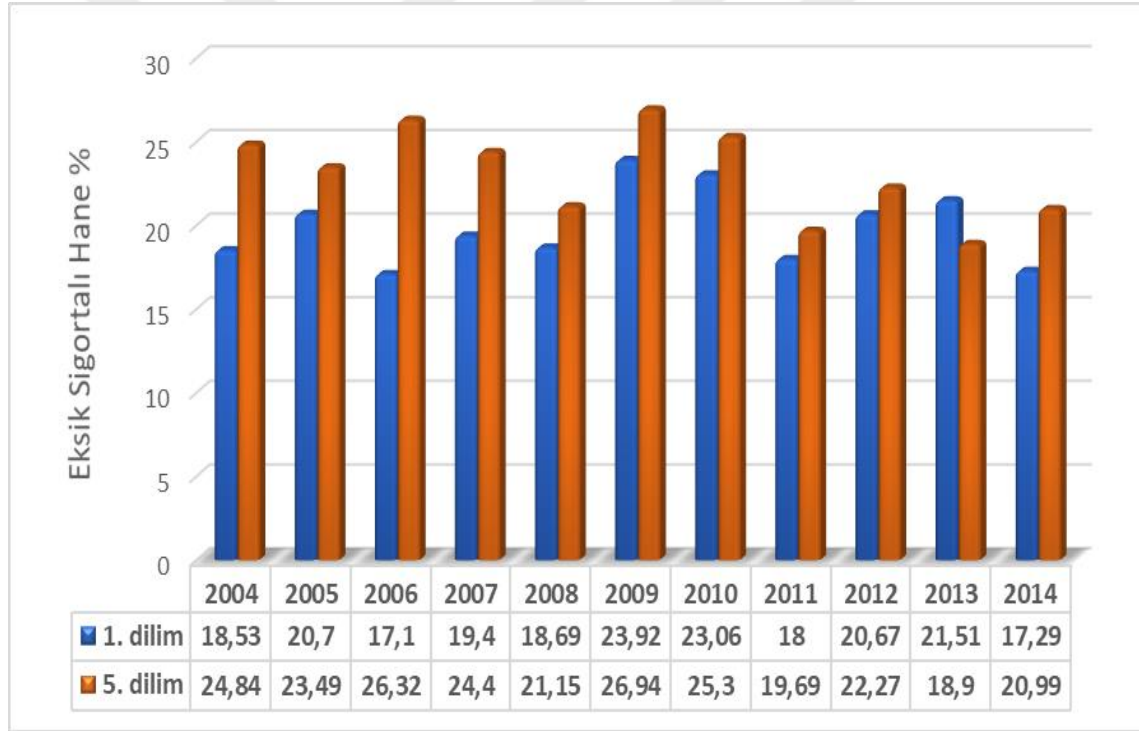


Şekil 16 eksik sigortalı hanelerin tüketim harcaması dilimlerine göre yıllar itibariyle dağılımını sunmaktadır. Genel olarak, hem en düşük harcama dilimindeki (1. dilimdeki) haneler hem de en yüksek harcama dilimindeki (5. dilimdeki) haneler arasında eksik sigortalı olanların yüzdesinde yıllar içerisinde belirgin bir artış veya azalış eğilimi tespit edilmemiştir. En düşük harcama dilimindeki haneler arasında eksik sigortalı olanların yüzdesi 2009 yılında yaklaşık 24 ile 11 yılın en yüksek seviyesine çıkmıştır. Bu durum nispeten 2010 yılında da devam etmiştir. Bu iki yılda artan eksik sigortalılık, 2009 yılında kamu sağlık kuruluşlarında da katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesiyle ve 2008 yılı ekonomik krizin etkisi ile açıklanabilir. Diğer yandan, 2004 yılına kıyasla 2014 yılında en düşük gelirli haneler arasında eksik sigortalı olanların yüzdesinde bir azalma olmuştur (2004 yılı 18,53 - 2014 yılı % 17,29). Bu azalma esasen sadece 2004 yılına göre değil, 2007 yılından itibaren tespit edilmiştir. Daha önce de dikkati çekildiği üzere, bu bulgu 2014 yılında örneklem kapsamındaki hanelerin sağlık hizmetleri kullanımındaki azalma ile de açıklanabilir. Ancak, sağlık hizmeti kullanımıyla ilgili veri mevcut olmadığından, bu açıklamanın geçerliliğinden emin olunamamaktadır.

En yüksek harcama dilimindeki haneler arasında da 11 yıllık süre boyunca eksik sigortalılık açısından bir trend belirlenmemiştir. Ancak bu grup haneler arasında eksik

sigortalılık yüzdesi 11 yıl boyunca 2013 yılı hariç düşük gelirli hanelere göre daha yüksek seyretmiştir. 2004 yılında en varlıklı hanelerin eksik sigortalılık sorununu yaşamış olanların yüzdesi göreceli olarak yaklaşık %6 daha yüksektir (%24,84). Düşük gelirli hanelerde olduğu gibi, bu grup haneler arasında eksik sigortalılık sorununu yaşayanların yüzdesi %26,94 ile 2009 yılında en yüksek seviyeye çıkmıştır. Görünen o ki, 2009 yılı her iki grup hane için de eksik sigorta sorununda yaklaşık %5'lik bir artışın meydana geldiği yıldır. 2004 yılına kıyasla 2014 yılında varlıklı hanelerde de eksik sigortalılık yüzdesi düşmüştür (2004 yılı 24,84 - 2014 yılı 20,99). Dolayısıyla 2014 yılında gelir düzeyi her ne olursa olsun hanelerin finansal riske karşı korunmalarında iyileşme olmuş gibi görünmektedir. Üstelik bu iyileşmeyi, %4'lük bir azalma ile varlıklı haneler daha fazla yaşamış görünmektedir.

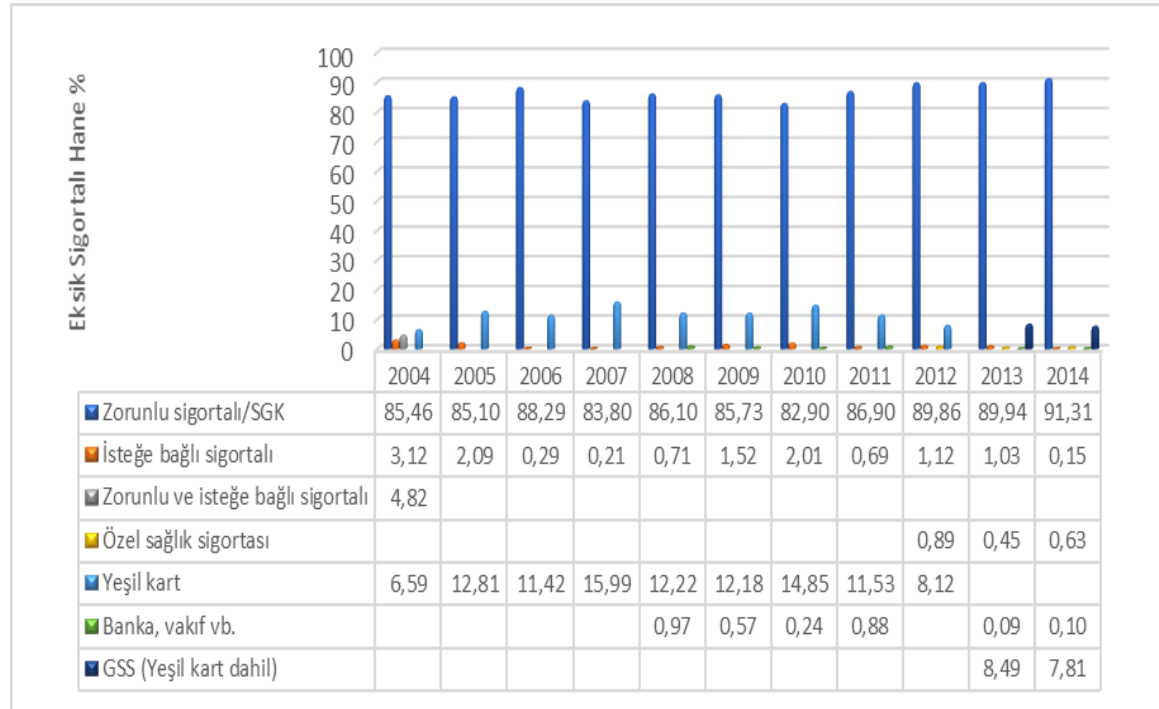
Şekil 16. Eksik Sigortalı Hanelerin Tüketim Harcaması Dilimlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



Şekil 17 eksik sigortalı hanelerin sağlık sigortası türüne göre yıllar itibariyle dağılımını sunmaktadır. Sağlık sigortası türleri arasında tüm yıllarda eksik sigortalılık yüzdesinin en yüksek olduğu kategori, zorunlu sigortalı/SGK kategorisidir. Eksik sigortalı hane yüzdesi yaklaşık %83 ile %91 arasında değişmiştir. 2004 yılına göre 2014 yılında eksik sigortalı hane sayısı yaklaşık %85'den %91'e yükselmiştir. Eksik sigorta sorununa tüm yıllarda en fazla maruz kalan ikinci sigorta kategorisi, hanehalkı reisinin

yeşil kartlı olduğu hanelerdir. 2005-2012 yılları arasında yeşil kart grubundaki haneler yaklaşık %16 ile 2007 yılında eksik sigorta sorununu maksimum düzeyde yaşamıştır. SGK'ya devredilmeden önce yeşil kart grubunda yaklaşık %8'lik bir kesimin eksik sigortalı olduğu belirlenmiştir. Hanehalkı reisinin bankalar, vakıf ve benzeri kanallarla sağlık sigortasına sahip olduğu haneler arasında eksik sigortalılık yüzdesi en düşüktür (0,09-0,97 arasında değişmiştir). 2013 yılı bu grup haneler için eksik sigortalılık yüzdesinin en düşük (%0,09) olduğu yıl olmuştur. GSS grubundaki haneler %8,49 ve %7,81 ile eksik sigortalılık sorununu en fazla yaşayan haneler olarak zorunlu sigorta ve yeşil karttan sonra 3. sırada yerini almıştır. Daha önce de belirtildiği üzere, TÜİK sigorta sınıflandırmasına 2013 yılında giren “GSS (Yeşil kart dahil)” şıkkı büyük ölçüde yeşil kartlıları ve primini kendisi ödeyenleri kapsıyor gibi görünüyor. 2013 ve 2014 yıllarında GSS ile birlikte “Zorunlu sigorta/SGK” TÜİK sağlık sigortası sınıflamasında bulunmaktadır ve aynı zamanda “Yeşil Kart” bu sınıflama içinde yer almamaktadır. Dolayısıyla hanehalkı reisinin GSS kapsamında olduğu hanelerin rakamları yeşil kart programının devamı gibi düşünülebilir. Öyle bile olsa, TÜİK sigorta sınıflama sistemi GSS'nin eksik sigortalılık açısından yansımalarını sağlıklı bir şekilde değerlendirme imkanı tanımadığı açıktır.

Şekil 17. Eksik Sigortalı Hanelerin Sağlık Sigortası Türüne Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (%)



Tablo 28’de eksik sigortalı hanelerin seçilmiş kategorik değişkenlere göre yıllar itibariyle yüzde dağılımı verilmektedir. Eksik sigortalı hanelerde, hane reislerinin yaşı 2004 yılında 35-44 yaş aralığında yoğunlaşırken (%32,07), 2014 yılında 65 yaş ve üzerindeki hanehalkı reislerinin bulunduğu haneler çoğunluğu (%23,02) oluşturmaktadır.

Araştırmada kapsanan tüm yıllarda hane reislerinin büyük çoğunluğu (en az %51) ilkokul ve daha düşük eğitim düzeyinde olduğu ve yıllar içinde bu grubun eksik sigortalılık düzeyinin azaldığı, buna karşın 2 yıl ve üzeri üniversite mezunu olanların eksik sigortalılık yüzdesinin arttığı belirlenmiştir. Özellikle 4 yıllık lisans ve lisansüstü eğitimi tamamlayan hane reislerinin yüzdesi (%5,64) 2004 yılına göre 2014 yılında 3 kat artarak %16,93 olmuştur.

2004-2014 yılları arasında hanelere erkekler önderlik etmiştir. Fakat kadınların hanehalkı reisi olduğu hanelerin yüzdesi 2004 yılına göre 2014 yılında 2 katına çıkmıştır (2004 yılında %9,76 2014 yılında %18,66).

Hanehalkı reisinin anket ayında çalışma durumuna bakıldığında eksik sigortalılık yüzdesi açık bir farkla çalışan hanehalkı reislerinin bulunduğu hanelerde çalışmayan reislerin bulunduğu hanelere göre daha yüksektir.

Hanehalkı reisinin medeni durumu itibariyle bakıldığında, tüm yıllarda büyük çoğunluğu (%78,20 ve üzeri) evli olanlar oluşturmakla birlikte, hiç evlenmeyen, eşi vefat eden ve boşanmış hanehalkı reislerinin yüzdesinde artış belirlenmiştir. Bu bağlamda, en fazla artış gösteren grup “boşanmış” gruptur (2005 yılında %0,74 2014 yılında %3,59).

Eksik sigortalı hanelerin tüm yıllarda büyük çoğunluğu (en az %62,16) kentsel alanda yaşayan hanelerdir.

Hanehalkı tipi açısından eksik sigortalı hanelerin profiline bakıldığında, 2004 yılında hanelerin çoğunluğu (%25,39) iki çocuklu çekirdek ailelerden oluşmuştur. Ancak bu hanelerde 2014 yılına gelindiğinde yaklaşık %16’ya gerilediği belirlenmiştir. Üç ya da daha fazla çocuklu çekirdek ailelerin yüzdesinde de belirgin bir düşüş mevcuttur. Buna mukabil, tek yetişkinli ailelerin yüzdesi 2004 yılına göre (%6,93) 2014 yılında (20,47) yaklaşık 3 kat artmıştır.

Tablo 28. Eksik Sigortalı Hanelerin Araştırmanın Diğer Kategorik Değişkenlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Sütun %)

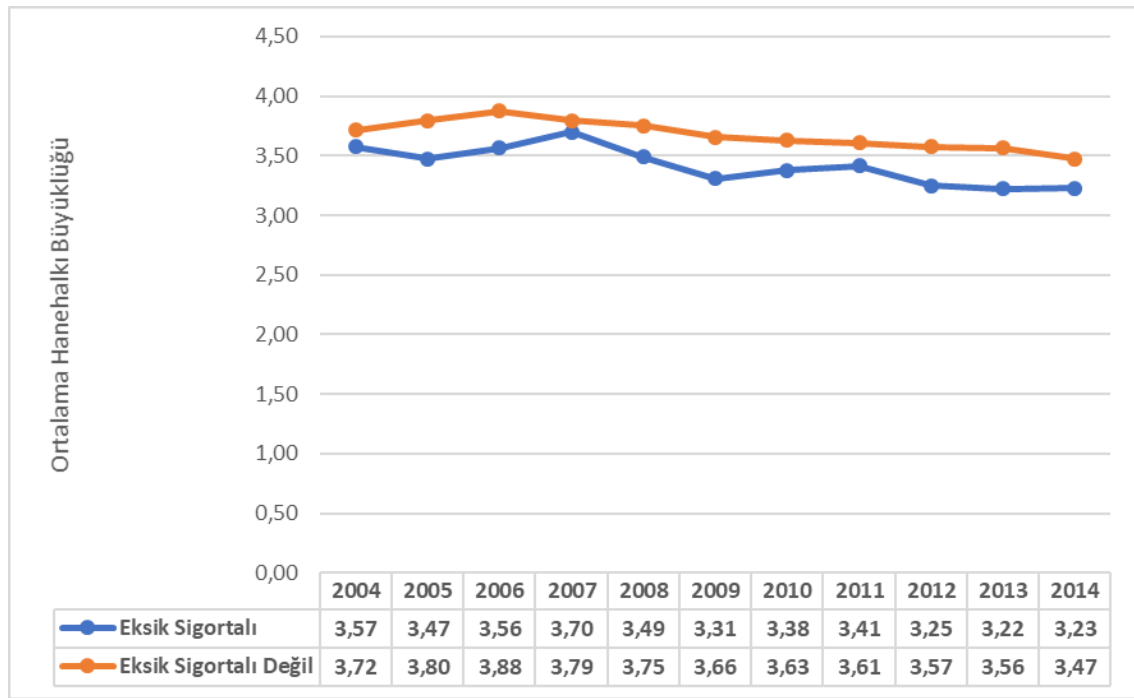
Değişkenin Adı	Yıl										
	2004 (n=584.162)	2005 (n=679.735)	2006 (n=745.780)	2007 (n=832.615)	2008 (n=716.637)	2009 (n=841.050)	2010 (n=1.058.374)	2011 (n=1.165.635)	2012 (n=1.232.267)	2013 (n=1.609.019)	2014 (n=1.689.075)
Hanehalkı reisinin yaşı											
<i>15-24</i>	0,67	0,76	0,58	0,77	1,66	0,47	0,64	0,88	0,97	0,70	1,17
<i>25-34</i>	19,73	19,56	18,53	26,36	23,99	22,88	19,52	20,68	16,92	19,52	19,14
<i>35-44</i>	32,07	19,44	26,64	23,00	16,27	17,47	23,74	22,78	24,15	21,97	19,88
<i>45-54</i>	18,58	16,53	17,09	11,83	18,70	19,33	18,23	18,13	17,39	17,98	18,96
<i>55-64</i>	11,75	14,16	18,60	16,80	14,18	15,71	13,90	17,20	18,02	19,13	17,83
<i>65+</i>	17,21	29,55	18,56	21,24	25,19	24,14	23,98	20,34	22,55	20,70	23,02
Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi											
<i>İlkokul ve daha düşük</i>	61,45	61,72	63,77	62,61	54,81	58,41	58,53	53,41	54,23	54,68	50,82
<i>İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek</i>	12,70	9,71	12,24	9,22	11,73	8,78	9,98	9,31	10,97	8,68	10,62
<i>Lise veya lise dengi meslek</i>	17,35	19,85	13,91	17,69	19,48	17,67	17,91	18,61	15,78	18,59	16,90
<i>2 yıllık lisans</i>	2,86	2,62	3,58	3,80	4,41	2,15	2,97	5,22	4,64	4,27	4,72
<i>4 yıllık lisans veya lisansüstü</i>	5,64	6,10	6,50	6,68	9,57	12,99	10,61	13,45	14,38	13,78	16,93
Hanehalkı reisinin cinsiyeti											
<i>Kadın</i>	9,76	9,80	9,63	15,64	10,39	18,97	17,27	14,57	14,82	15,41	18,66
<i>Erkek</i>	90,24	90,20	90,37	84,36	89,61	81,03	82,73	85,43	85,18	84,59	81,34
Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu											
<i>Evet</i>	71,21	60,11	65,49	65,19	65,21	64,5	62,59	68,06	64,04	64,36	61,90
<i>Hayır</i>	28,79	39,89	34,51	34,81	34,79	35,5	37,41	31,94	35,96	35,64	38,10

Tablo 28. Eksik Sigortalı Hanelerin Araştırmanın Diğer Kategorik Değişkenlerine Göre Yıllar İtibariyle Dağılımı (Sütun %) (Devam)

Değişkenin Adı	Yıl										
	2004 (n=584.162)	2005 (n=679.735)	2006 (n=745.780)	2007 (n=832.615)	2008 (n=716.637)	2009 (n=841.050)	2010 (n=1.058.374)	2011 (n=1.165.635)	2012 (n=1.232.267)	2013 (n=1.609.019)	2014 (n=1.689.075)
Hanehalkı reisinin medeni durumu											
<i>Hiç evlenmedi</i>	1,22	2,12	0,99	2,52	1,48	2,23	1,82	2,43	2,50	3,09	3,96
<i>Evli</i>	87,73	89,50	88,92	86,12	88,60	80,64	84,83	84,32	82,85	84,03	78,20
<i>Eşi öldü</i>	11,05	7,64	8,40	11,09	9,66	13,41	11,68	11,09	10,98	10,53	14,24
<i>Boşandı</i>		0,74	1,70	0,27	0,26	3,72	1,67	2,16	3,67	2,34	3,59
Hanenin yerleşim yeri											
<i>Kent</i>	71,95	62,16	62,33	69,91	69,82	65,13	63,26	66,69	66,99	69,31	
<i>Kır</i>	28,05	37,84	37,67	30,09	30,18	34,87	36,74	33,31	33,01	30,69	
Hanehalkı tipi											
<i>Tek çocuklu çekirdek aile</i>	14,54	19,78	20,59	18,60	21,81	24,04	18,44	19,78	21,37	24,01	17,40
<i>İki çocuklu çekirdek aile</i>	25,39	16,46	17,11	22,39	15,24	13,01	15,10	16,72	15,64	15,76	15,96
<i>Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile</i>	18,59	9,10	12,40	10,36	10,45	6,95	10,38	10,70	8,93	7,88	9,40
<i>Çocuksuz çift</i>	21,68	30,44	24,77	17,69	22,28	22,66	24,43	21,53	23,35	22,06	21,88
<i>Ataerkil veya geniş aile</i>	11,09	14,42	18,86	18,92	19,84	17,06	17,70	15,38	13,49	14,08	14,08
<i>Tek yetişkinli aile</i>	6,93	8,25	6,28	10,44	9,12	12,31	10,16	13,68	16,49	15,06	20,47
<i>Birarada yaşayan kişiler</i>	1,78	1,54		1,59	1,27	3,96	3,79	2,22	0,74	1,15	0,81

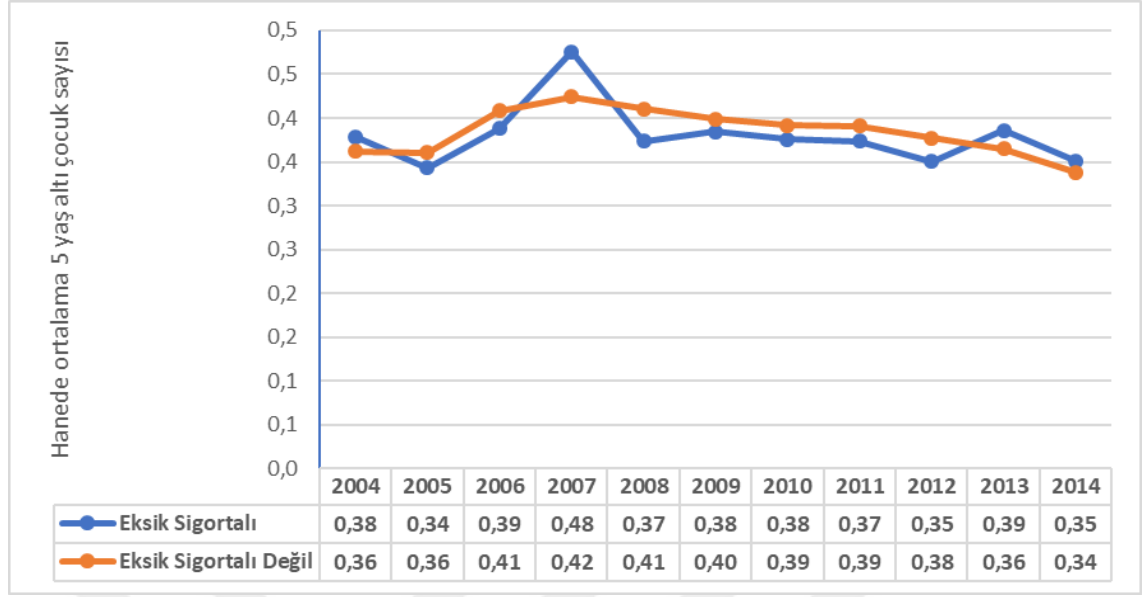
Şekil 18 eksik sigortalı hanelerin ortalama hanehalkı büyüklüğüne göre yıllar itibariyle dağılımını sunmaktadır. Hanedeki kişi sayısı arttıkça, sağlık sorunu yaşayanların, sağlık hizmeti alanların, sağlık harcaması yapanların ve dolayısıyla hanenin eksik sigorta riskine maruz kalma ihtimalinin artacağı düşünülebilir. Ancak Şekil 18’de sunulan bulgular bunun tam tersini yansıtmaktadır. Eksik sigortalı hanelerde ortalama fert sayısı tüm yıllarda göreceli olarak daha düşüktür. Diğer yandan, eksik sigorta sorununu yaşayan ve yaşamayan haneler arasında ortalama fert sayısı zaman içerisinde azalma eğilimi göstermiştir.

Şekil 18. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Ortalama Hanehalkı Büyüklüğü Dağılımı



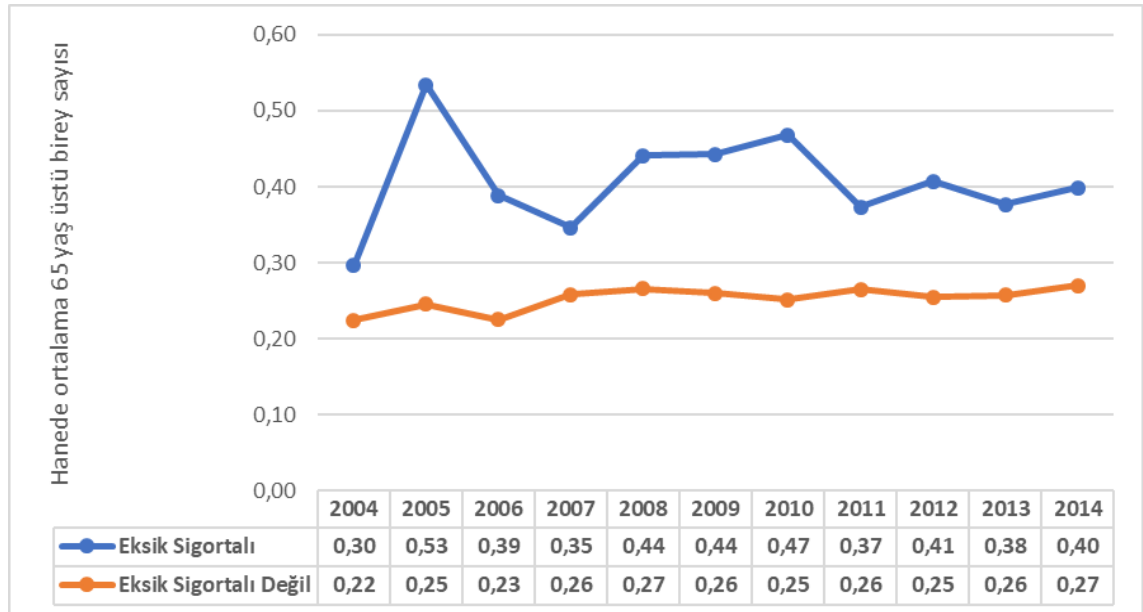
Şekil 19 eksik sigortalı hanelerin ortalama hanedeki 5 yaş altı çocuk sayısına göre yıllar itibariyle dağılımını sunmaktadır. Hanedeki çocuk sayısı arttıkça, hanede sağlık sorunu yaşayan, sağlık hizmeti alan ve sağlık harcaması yapılan çocukların sayısı artabileceği için hanenin eksik sigortalı olma riskinin de artması beklenir. Ancak grafikte sunulan bu beklentiye desteklememektedir. Bununla birlikte 2004, 2007, 2013 ve 2014 yıllarında eksik sigortalı hanelerde 5 yaş altı çocuk sayısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özellikle 2007 yılında 5 yaş altı çocuk sayısı eksik sigortalı hanelerde belirgin olarak daha yüksektir. 5 yaş altı çocuk sayısı eksik sigortalı hanelerde yüksek olması durumu 2013 ve 2014 yıllarında da devam etmiştir.

Şekil 19. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanedeki Ortalama 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı Dağılımı



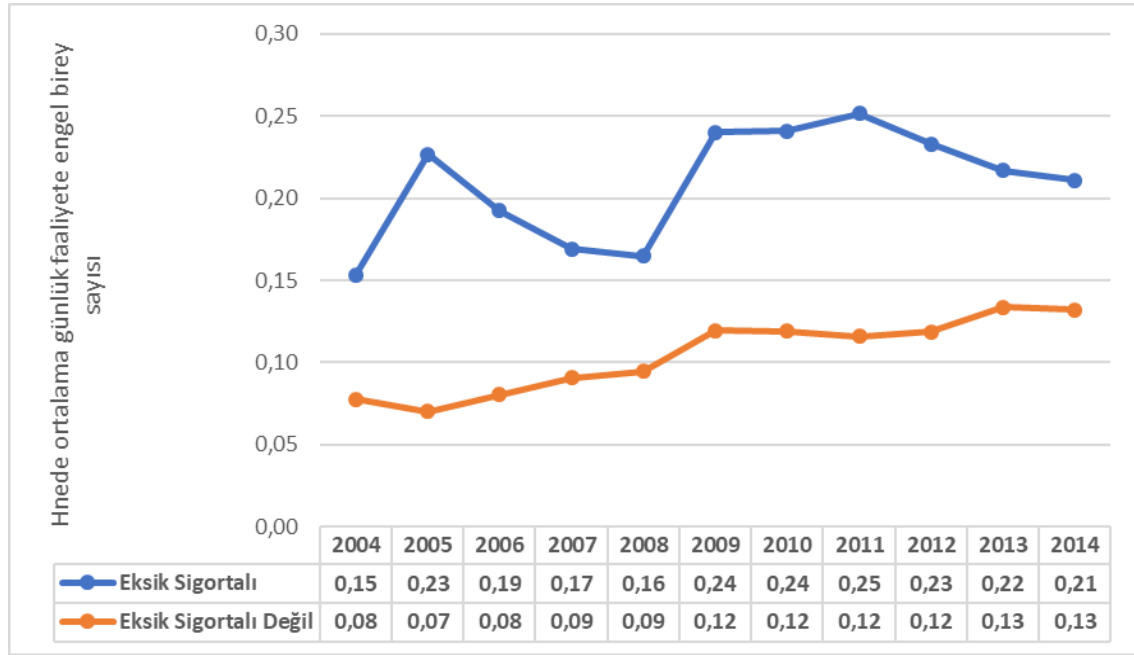
Şekil 20 eksik sigortalı hanelerin hanedeki 65 yaş ve üzeri ortalama fert sayısına göre yıllar itibariyle dağılımını sunmaktadır. Eksik sigortalı olan hanelerde 65 yaş ve üzerinde olan fertlerin sayısı 11 yıl boyunca eksik sigortalı olmayan hanelerden belirgin olarak daha yüksektir.

Şekil 20. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanede Ortalama 65 Yaş ve Üzeri Birey Sayısının Dağılımı



Şekil 21’de eksik sigortalı hanelerin hanedeki ortalama günlük faaliyette engeli olan birey sayısına göre yıllar itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Eksik sigortalı olan hanelerdeki ortalama engelli birey sayısının tüm yıllarda eksik sigortalı olmayan hanelere göre iki kat daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir.

Şekil 21. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanede Ortalama Engelli Birey Sayısı Dağılımı



Tablo 29’da eksik sigortalı olan ve olmayan hanelerdeki cepten sağlık harcamasının yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Eksik sigortalı hanelerde ortalama cepten sağlık harcaması 2.693,33 TL ile 3.559,44 TL arasında değişmiştir. Ortalama cepten harcama 2009, 2010, 2011 ve 2013 yıllarında bir önceki yıla göre düşmüş olmakla birlikte, genel eğilim artış yönündedir. 2004 yılında 2.693,33 TL’lik reel cepten harcama 2014 yılında 3.504,55 TL’ye yükselmiştir. Dolayısıyla 811 TL’lik bir artış olmuştur. Bir başka ifadeyle, 2004 yılına göre 2014 yılında eksik sigortalı haneler ortalama olarak %30 daha fazla cepten sağlık harcaması yapmıştır. Eksik sigortalı olmayan hanelerde ortalama cepten sağlık harcaması 2007-2011 arasında mütemediyen artmış olmakla birlikte 11 yıl içerisinde dalgalanma göstermiştir. Cepten harcama miktarları yaklaşık 127 TL ile 278 TL arasında değişmiştir. Eksik sigortalı hanelere kıyasla eksik sigortalı olmayan hanelerde 2004 yılında ortalama 2.566 TL, 2014 yılında 3.236 TL daha az cepten harcama yapmışlardır. Ancak eksik sigortalı

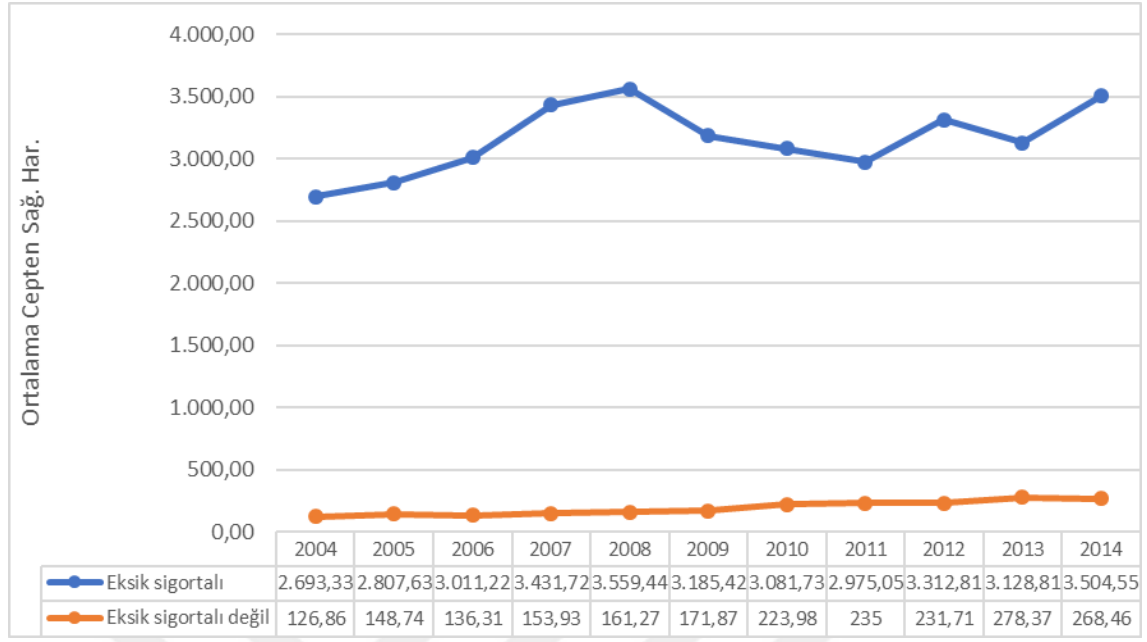
olmayan hanelerin ortalama cepten harcaması 2004 yılına göre 2014 yılında yaklaşık 2 katına çıkmıştır (%112'lik artış). Ayrıca, 2004 yılında eksik sigortalı haneler eksik sigortalı olmayan hanelerin 21 katı cepten sağlık harcaması yaparken, 2014 yılında 13 kat fazla cepten harcama yapmışlardır. Şekil 22'de görüldüğü üzere bu iki grup arasındaki harcama farkı 2008 yılından itibaren azalmaya başladığı tespit edilmiştir. Bu bulgu, bu durumun devam etmesi halinde eksik sigortalı hanelerde artma olacağı yönünde yorumlanabilir.

Cepten sağlık harcaması verileri kartiller itibariyle değerlendirildiğinde, eksik sigortalı haneler ile eksik sigortalı olmayan hanelerin kartil değerleri arasında belirgin fark bulunmuştur. Eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verilerine baktığımızda tüm yıllar ve tüm kartiller için harcama tespit edilmiştir. Eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verilerinin 2004 yılında %25'i yaklaşık 933 TL'ye kadar çıkarken, verilerin %25 ile %50 arasındaki dilimde 1.482 TL'ye, %50 ile %75 arasındaki dilimde yaklaşık 2.940 TL'ye ve %75 ile %95 arasındaki dilimde 9.269 TL'ye kadar çıkmıştır. 2014 yılında cepten harcama verilerinin %25'i 1.280 TL, %50'si 2.249 TL, %75'i 3.767 TL ve %95'i 11.333 TL olarak gerçekleşmiştir. 2014 yılında cepten harcama verilerinin son %5'i (%95 ile %100 arasındaki dilim) 11.333 TL'nin üzerindedir. Eksik sigortalı olmayan hanelerin cepten harcama verilerinin tüm yıllarda %25'inde, 2004 ve 2005 yılları için %50'sinde harcama belirlenmemiştir. Bu gruptaki hanelerin cepten harcama verilerinin %25 ile %50 arasındaki diliminde maksimum harcama 11,07 TL ile 110,76 TL arasında değişmiştir. Cepten harcama verilerinin %50 ile %75 arasındaki diliminde maksimum harcama 91,20 TL ile 344,60 TL arasında değişmiştir. Cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde ise cepten harcama değerleri maksimum 692 TL ile 1.223,67 TL arasında değişmiştir. Bu kartilin (%95) maksimum değeri bile (1.223,67 TL) eksik sigortalı hanelerin minimum değerinin (2005 yılında 7.831,41 TL) yaklaşık altıda biri kadardır.

Tablo 29. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı	Dağılım istatistiği	Yıl										
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
Eksik Sigortalılık Durumu	Hane halkı cepten sağlık harcaması											
	Ortalama	2.693,33	2.807,63	3.011,22	3.431,72	3.559,44	3.185,42	3.081,73	2.975,05	3.312,81	3.128,81	3.504,55
	Std. sapma	3.243,70	4.580,38	4.893,75	5.621,04	6.572,66	4.083,52	3.752,53	3.306,95	4.581,52	3.249,40	4.490,07
	%25	932,98	1.048,81	1.161,65	1.106,96	1.273,91	1.218,13	1.111,96	1.230,62	1.215,51	1.299,63	1.279,87
	Medyan	1.482,00	1.686,77	1.864,26	1.767,71	2.188,01	2.076,11	2.054,04	2.008,74	2.140,02	2.091,42	2.248,56
	%75	2.939,88	2.831,36	3.209,44	3.320,89	3.797,87	3.630,02	3.598,23	3.656,91	3.459,47	3.720,20	3.766,55
%95	9.269,03	7.831,41	8.117,14	11.069,64	9.765,96	9.334,45	8.508,42	8.615,93	9.492,21	9.845,70	11.332,91	
Eksik sigortalı değil	Ortalama	126,86	148,74	136,31	153,93	161,27	171,87	223,98	235,00	231,71	278,37	268,46
	Std. sapma	338,57	403,99	312,04	364,34	386,59	348,67	428,17	472,20	441,56	467,21	514,76
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	11,16	11,07	19,10	36,97	59,40	59,52	61,94	110,76	77,05
	%75	91,20	116,75	113,42	130,62	151,37	190,66	263,30	264,41	268,39	344,60	308,27
	%95	692,00	767,24	760,55	830,22	826,96	797,08	977,47	1.030,77	1.032,28	1.115,81	1.223,67

Şekil 22. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Yıllar İtibariyle Ortalama Cepten Sağlık Harcaması

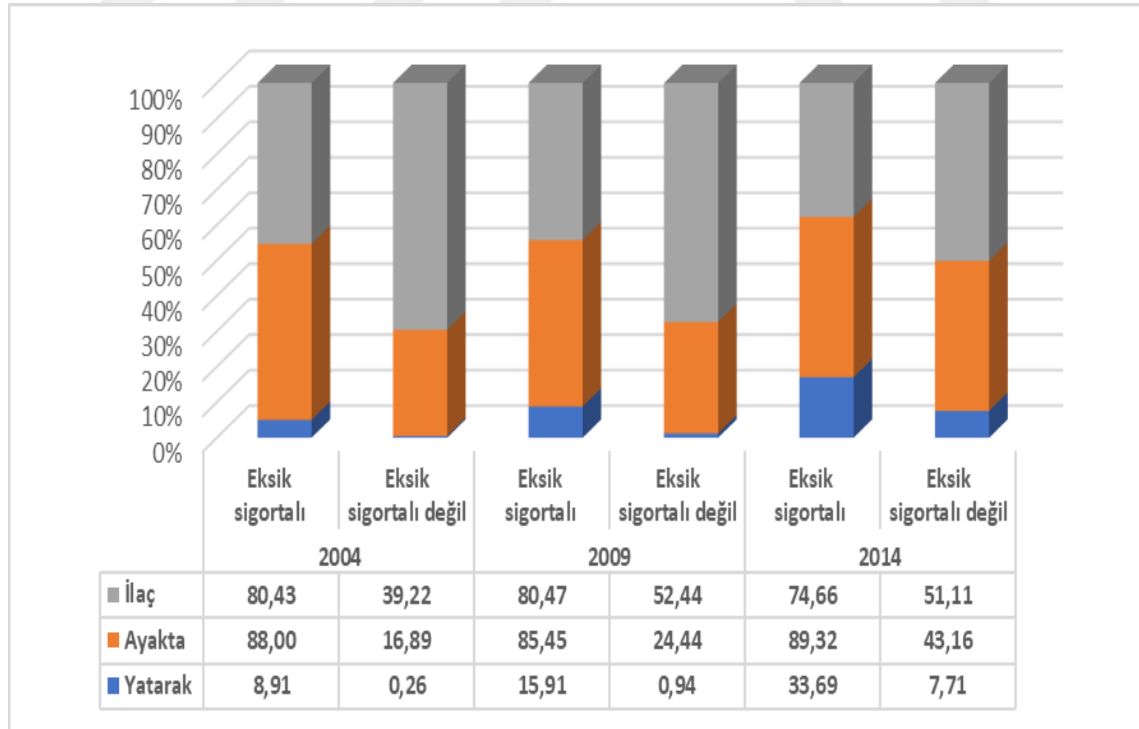


Şekil 23’de eksik sigortalılık durumuna göre yatarak ve ayakta alınan sağlık hizmetleri ile ilaç için cepten sağlık harcaması yapan hanelerin 2004, 2009 ve 2014 yılları itibariyle yüzde dağılımı sunulmaktadır. Eksik sigortalı hanelerin her üç yılda da en fazla ayakta sağlık hizmetleri için cepten harcama yaptıkları belirlenmiştir (%85,45’in üzerinde). Ayakta sağlık hizmetleri için cepten sağlık harcaması yapan hanelerin yüzdesi 2009 yılında 2004 ve 2014 yıllarına kıyasla daha düşüktür (%85,45). Ayakta sağlık hizmeti için cepten harcama yapan hanelerin yüzdesi 2014 yılında yaklaşık %89’a ulaşmıştır. Eksik sigortalı olmayan hanelerde ayakta sağlık hizmetleri için cepten harcama yapan haneler ikinci sırada yer almış, ilk sırayı “ilaç” harcamaları almıştır. Spesifik olarak, 2004 yılında ayakta sağlık hizmetlerine kaynak ayıran hanelerin yüzdesi 16,89 iken, 2009 yılında %24,44’e yükselmiş, 2014 yılında yaklaşık %43,16’ya yükselmiştir. Ayakta ve yatarak sağlık hizmetleri için harcama yapan eksik sigortalı olmayan hanelerde 2004 yılına göre, 2009 ve 2014 yıllarında belirgin seviyede yükseliş olduğu görülmektedir. İlaç için cepten harcama yapan hanelerde 2004 yılına (%39,22) kıyasla 2009 yılında (%52,44) ciddi bir artış gözlenmekle birlikte 2014 yılında (%51,11) hafif bir düşme olduğu tespit edilmiştir. Ayakta ve yatarak sağlık hizmeti almak için harcama yapan eksik sigortalı olmayan hanelerde görülen artış bu hanelerin eksik sigortalı hane olma potansiyeli taşıdığını göstermektedir.

Yataklı sağlık hizmetleri için cepten harcama yapan hane yüzdesinde eksik sigortalı olan ve olmayan haneler arasında 2004 yılına göre 2009 ve 2014 yıllarında yaşanan düzenli artış bakımından farklılık yoktur. 2004 yılında yataklı sağlık hizmeti için cepten harcama yapan eksik sigortalı olmayan haneler %0,26 iken, 2009 yılında %0,94'e, 2014 yılında ise %7,71 yükselmiştir. Aynı yılda ve aynı sağlık hizmeti için harcama yapan eksik sigortalı haneler %8,91 iken, 2009 yılında %15,91'e, 2014 yılında ise %33,69 gibi yüksek bir orana çıkmıştır.

Özetle, eksik sigortalı haneler kaynaklarını en fazla ayakta sağlık hizmetlerine ayırırken, eksik sigortalı olmayan haneler ilaca ayırmıştır. Eksik sigortalı hanelerde yatarak sağlık hizmetlerinin yarattığı cepten harcama yükü göreceli olarak yıllar itibariyle artmış, harcama yükü açısından ikinci sırada yer alan ilaç harcamalarının payı ise bir miktar azalmıştır. Tüm bu bulgulara dayanarak, 2014 yılına gelindiğinde, eksik sigortalı hanelerin her üç cepten harcama kalemi açısından eksik sigortalı olmayan hanelere göre dezavantajlı konumda olduğu söylenebilir.

Şekil 23. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Yatarak ve Ayakta Alınan Sağlık Hizmetleri ile İlaç İçin Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanelerin Yüzde Dağılımı



Tablo 30’da eksik sigortalı olan ve olmayan hanelerdeki **yatarak** alınan sağlık hizmetleri için yapılan cepten sağlık harcamasının yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Eksik sigortalı hanelerde yataklı sağlık hizmeti alındığında ortalama 488 TL ile 783,58 TL arasında değişen miktarlarda cepten sağlık harcaması yapılmıştır. Eksik sigortalı olmayan hanelerin yaptığı cepten harcamalar ise ortalama 1,19 TL ile 36,45 TL arasındadır. Bu bulgular, eksik sigortalı hanelerin yataklı sağlık hizmetleri için katlanmış oldukları cepten harcama yükünü açıkça ortaya koymaktadır.

Ancak bu konuda daha sağlıklı bilgiyi kartil değerlerine dayalı olarak almak doğru olacaktır. Zira, eksik sigortalı olmayan hanelerde cepten harcama verilerinin %95’inde harcama verisi tespit edilmemiştir. Eksik sigortalı hanelerde ise cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde 2010 yılından itibaren harcama belirlenmiştir. Harcama verilerinin %75’lik diliminde 2010 yılında belirlenen maksimum harcama 132 TL, 2014 yılında ise 585 TL’dir. Eksik sigortalı hanelerde cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde 2004 yılı maksimum değer 2.400 TL iken, 2014 yılında yaklaşık 1.800 TL’lik artış ile 4.257 TL’dir. Eksik sigortalı olmayan hanelerde ise %75 ile %95 arasındaki dilimde maksimum cepten harcama miktarı 2010 yılında yaklaşık 88 TL, 2014 yılında 178 TL’dir.

Araştırma verileri aynı zamanda, eksik sigortalı hanelerin tüm yıllarda en az yarısının, eksik sigortalı olmayan hanelerin ise 2014 yılında bile %92’sinin yatarak alınan sağlık hizmetleri için cepten harcama yapmadığını ortaya koymuştur.

Tablo 30. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin Yatarak Sağlık Hizmeti Almak İçin Yapılan Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl											
		2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)	
Yatarak yapılan cepten harcama	Dağılım istatistiği												
	<i>Eksik sigortalı hanelerde</i>	Ortalama	488,01	518,81	479,32	744,43	713,84	773,61	630,96	501,72	760,49	596,06	783,58
	Std. sapma	2.166,76	3.611,04	2.489,60	4.375,80	5.701,53	3.050,30	2.120,31	1.570,80	2.569,49	1.689,39	2.087,48	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	131,65	100,56	344,06	377,09	585,37	
%95	2.400,00	1.927,73	2.790,81	2.213,93	4.123,40	5.296,20	3.598,33	3.061,55	3.499,11	3.350,49	4.256,92		
<i>Eksik sigortalı olmayan hanelerde</i>	Ortalama	1,19	1,95	1,24	1,38	1,94	6,04	22,29	23,76	24,24	31,00	36,45	
	Std. sapma	35,01	77,30	29,74	35,16	38,48	89,41	138,03	156,80	150,68	164,89	197,69	
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	%95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	87,73	62,03	85,99	167,77	178,02	

Tablo 31’de eksik sigortalı olan ve olmayan hanelerin **ayakta** alınan sağlık hizmetleri için yaptıkları cepten sağlık harcamasının yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Eksik sigortalı haneler ayakta sağlık hizmeti aldıklarında ortalama 1.703,30 TL ile 2.403,07 TL arasında değişen miktarlarda cepten sağlık harcaması yapmıştır. Eksik sigortalı olmayan hanelerin yaptığı cepten harcamalar ise ortalama 64,08 TL ile 152,74 TL arasındadır. Bu bulgular, eksik sigortalı hanelerde ayakta sağlık hizmetleri almak için yapılan cepten harcama boyutunu ortaya koymaktadır.

Kartil bulguları eksik sigortalı hanelerin ayakta sağlık hizmetleri aldıklarında karşı karşıya kaldıkları finansal yükü daha net bir şekilde ortaya koymaktadır. Eksik sigortalı hanelerde tüm kartillerde cepten harcama verisi tespit edilmiştir. 2004 yılında cepten harcama verilerinin ilk %25’lik dilimindeki maksimum harcama 600 TL, %25-%50 arasındaki diliminde 960 TL, %50-%75 arasındaki diliminde 2.100 TL ve %75-%95 arasındaki diliminde ise 6.000 TL’dir. 2014 yılına gelindiğinde bu rakamlar sırasıyla 362,57 TL, 1.314,31 TL, 2.492,66 TL ve 9.064,23 TL olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla 2004 yılına kıyasla 2014 yılında sadece %25’lik dilimde bir düşme gerçekleşmiştir. Özellikle %75-%95 arasındaki dilimde belirlenen 3.000 TL’nin üzerindeki artış (%50) kayda değerdir.

Eksik sigortalı olmayan hanelere bakıldığında ise 2010 yılına kadar cepten harcama verilerinin %75’inde harcama verisi tespit edilmemiştir, 2013 yılındaki 29,54 TL hariç. Bu grup hanelerin %50 ile %75 arasındaki dilimde 2010 yılında maksimum 84,26 TL, 2014 yılında ise 108,77 TL harcama yaptığı belirlenmiştir. %75 ile %95 arasındaki dilimde yapılan maksimum cepten harcama 2004 yılında 480 TL, 2014 yılında ise 870,17 TL’dir.

Tablo 31. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin Ayakta Sağlık Hizmeti Almak İçin Yapılan Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
Ayakta yapılan cepten harcama	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
<i>Eksik sigortalı hanelerde</i>	Ortalama	1.703,30	1.807,76	2.165,76	2.250,18	2.403,07	1.986,19	1.960,71	2.065,16	2.251,86	2.083,82	2.396,61
	Std. sapma	2.311,66	2.853,32	4.419,71	3.929,07	3.208,66	2.907,24	2.926,42	2.959,96	3.867,33	2.731,56	4.125,90
	%25	600,00	656,63	669,80	591,12	727,02	254,22	252,77	419,86	412,91	364,29	362,57
	Medyan	960,00	1.084,35	1.116,33	1.217,66	1.627,66	1.377,01	1.158,51	1.301,58	1.331,64	1.329,17	1.314,31
	%75	2.100,00	2.060,26	2.455,92	2.357,83	2.929,79	2.648,10	2.632,98	2.519,19	2.632,31	2.697,72	2.492,66
	%95	6.000,00	6.024,16	6.619,81	7.748,75	7.541,49	6.355,44	6.055,85	6.435,89	7.071,10	6.695,08	9.064,23
<i>Eksik sigortalı olmayan hanelerde</i>	Ortalama	64,08	77,21	68,54	77,61	84,15	84,71	121,14	125,69	123,33	152,74	152,01
	Std. sapma	257,59	339,77	253,08	292,88	321,41	286,68	335,73	372,13	330,94	352,77	387,73
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	29,54	0,00
	%75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	84,26	83,97	82,58	147,69	108,77
	%95	480,00	542,17	502,35	553,48	564,26	529,62	663,51	671,78	707,11	738,42	870,17

Tablo 32’de eksik sigortalı olan ve olmayan hanelerin **ilaç** için yaptıkları ortalama cepten sağlık harcamasının yıllar itibariyle dağılımı gösterilmektedir. Eksik sigortalı hanelerin ilaç harcamaları yaklaşık 300 TL ile 502 TL arasında değişirken, eksik sigortalı olmayan hanelerin yaklaşık 62 TL ile 95 TL arasında değişmiştir. Bu rakamlar eksik sigortalı hanelerin ortalama ilaç harcamalarının eksik sigortalı olmayan hanelere göre çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Diğer yandan, eksik sigortalı hanelerin ilaç harcamalarında 2004 yılına göre 2014 yılında ortalama 175 TL’lik (%58’lik) bir azalma meydana gelmiştir. Eksik sigortalı olmayan haneler ise aynı dönem içinde yaklaşık 18 TL’lik (%30’luk artış) bir artış tecrübe etmiştir.

Bu konuyla ilgili kartil değerlerine bakıldığında, eksik sigortalı olmayan hanelerde cepten harcama verileri %50’lik dilimde 2009 yılından itibaren belirlenmiştir. İlaç için yapılan cepten harcama miktarları eksik sigortalı hanelere göre çok daha düşük olmakla birlikte, hem %75 hem de %95’lik kartil değerleri cepten harcama miktarlarında artış olduğunu göstermektedir. Örneğin, cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde 2004 yılında maksimum harcama miktarı 318 TL iken, 2014 yılında yaklaşık 354 TL’dir. Eksik sigortalı hanelere bakıldığında, 2005, 2008, 2012 ve 2014 yılları hariç, verilerin %25’lik diliminden itibaren cepten harcama tespit edilmiştir. Eksik sigortalı olan hanelerde, eksik sigortalı olmayan hanelerin aksine cepten harcama verileri tüm kartillerde 2004 yılına kıyasla 2014 yılında düşmüştür. Örneğin, cepten harcama verilerinin %75 ile %95 arasındaki diliminde 2004 yılında maksimum harcama miktarı 1.885 TL iken, 2014 yılında yaklaşık 1.401 TL’dir. Bu da yaklaşık %26’lık bir azalmaya tekabül etmektedir.

Tablo 32. Eksik Sigortalılık Durumuna Göre Hanelerin İlaç için Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Değişkenin Adı		Yıl										
İlaç için yapılan cepten harcama	Dağılım istatistiği	2004 (N=11.307.649)	2005 (N=11.956.651)	2006 (N=13.000.951)	2007 (N=13.588.702)	2008 (N=14.203.453)	2009 (N=14.204.227)	2010 (N=14.942.527)	2011 (N=16.051.753)	2012 (N=17.431.457)	2013 (N=18.128.966)	2014 (N=19.160.221)
<i>Eksik sigortalı hanelerde</i>	Ortalama	502,03	481,05	366,15	437,12	442,53	425,62	490,06	408,17	300,45	448,93	324,35
	Std. sapma	1.027,69	775,91	615,05	794,13	901,11	692,87	1.578,33	789,86	569,65	1.238,31	557,86
	%25	18,00	0,00	24,67	11,29	0,00	29,13	30,54	15,12	0,00	39,38	0,00
	Medyan	178,20	164,82	136,08	159,07	108,08	172,13	161,35	147,16	118,71	147,09	112,85
	%75	576,00	532,90	432,69	470,57	456,72	484,60	414,43	468,15	367,28	438,13	407,89
	%95	1.885,20	1.987,97	1.618,56	1.996,08	1.986,83	1.933,11	1.922,18	1.635,16	1.181,75	1.747,61	1.400,97
<i>Eksik sigortalı olmayan hanelerde</i>	Ortalama	61,58	69,58	66,53	74,94	75,18	81,11	80,55	85,55	84,13	94,63	80,00
	Std. sapma	153,79	166,19	145,99	172,63	160,66	147,84	169,29	172,11	167,38	180,06	175,40
	%25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,89	14,11	15,43	9,50	31,21	9,06
	%75	57,97	72,29	76,36	79,15	86,81	105,92	99,32	104,97	100,13	117,85	90,64
	%95	318,00	347,47	312,57	354,23	349,40	355,38	346,50	369,59	381,94	384,38	353,50

Tablo 33’de hanelerin eksik sigortalılık durumu ve tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre cepten yaptıkları sağlık harcamasının 2004, 2009 ve 2014 yılları itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Eksik sigortalı hanelerin ortalama cepten sağlık harcamaları, harcama/gelir düzeyleri yükseldikçe yükselmiştir. Aynı eğilim eksik sigortalı olmayan hanelerde de tespit edilmiştir. Dolayısıyla bu bulgular haneler eksik sigortalı olsun ya da olmasın, harcama düzeyleri yükseldikçe ortalama cepten sağlık harcamalarının yükseldiği bulgularını teyit etmektedir.

En düşük harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ortalama cepten sağlık harcamaları 2004 yılında yaklaşık 772 TL iken, 2009 yılında 928 TL’ye ve 2014 yılında 898 TL’ye yükselmiştir. Bu dilimdeki eksik sigortalı olmayan haneler ise ilgili yıllarda sırasıyla ortalama yaklaşık 24 TL, 60 TL ve 78 TL cepten harcama yapmıştır. Dolayısıyla en düşük harcama dilimindeki hanelerin tamamında ilgili yıllarda cepten sağlık harcamaları artmıştır. Ayrıca, 2004 yılında eksik sigortalı haneler eksik sigortalı olmayan hanelere göre 32 kat daha fazla cepten harcama yaparken, 2014 yılında bu fark 11 kata düşmüştür. Eksik sigortalı olmayan hanelerin yapmış olduğu cepten harcamlarındaki yüksek sayılacak bu artış eksik sigortalı hanelerin sayısının artacağına dair bir uyarı niteliği taşımaktadır.

En yüksek harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ortalama cepten sağlık harcamaları 2004 yılında yaklaşık 6.138 TL iken, 2009 yılında azalmış (5.981 TL) ve 2014 yılında tekrar artmıştır (8.131 TL). 2004 yılında eksik sigortalı olmayan hanelere göre 18 kat daha fazla cepten harcama yapan yüksek gelir dilimindeki eksik sigortalı haneler 2009 yılında 17 kat ve 2014 yılında 14 kat daha fazla harcama yapmıştır. Ayrıca 5. dilimdeki eksik sigortalı haneler 1. dilimdeki eksik sigortalı hanelere göre 2004 yılında 8 kat, 2009 yılında 6,5 kat, 2014 yılında 9 kat daha fazla cepten harcama yapmıştır.

Kartil bulgularına bakıldığında, 1. dilimdeki eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verileri ile 5. dilimdeki eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verileri arasında fark bulunmuştur. En düşük harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verilerinin %25’indeki maksimum harcama 2004 yılında 600 TL iken, 5. dilimdeki emsallerinin harcaması 4 kat daha fazladır. İki grup arasındaki bu fark, kartil değerleri yükseldikçe doğal olarak artmıştır: %50, %75 ve %95’lik değerlerde sırasıyla 6 kat, 9 kat ve 11 katlık artış görülmektedir. 2014 yılına gelindiğinde ise 1.

dilimdeki eksik sigortalı hanelerin %25, %50, %75 ve %95'lik kartillerde maksimum cepten harcama miktarları 5. dilimdeki hanelerde 6,3 kat, 7,3 kat ve 9 kat ve 14 kat daha yüksektir.

Kartil bulgularındaki ilginç nokta, 1. dilimdeki hanelerin cepten harcama verilerinin ilk %25'lik kısmındaki harcama miktarında 2004 yılına kıyasla 2009 ve 2014 yıllarında düşme olmasıdır. Bu da düşük gelirli eksik sigortalı hanelerin 2009 ve 2014 yıllarında da cepten harcama yapmaya devam ettiği ancak daha düşük miktarlarda yapılan cepten harcama frekansının arttığı anlamına gelmektedir. 5. dilimdeki eksik sigortalı hanelerde ise tersi bir durum söz konusudur. Bu grup hanelerin 2009 ve 2014 yıllarında yaptığı cepten harcamanın miktarı 2004 yılına göre yükselmiştir.



Tablo 33. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Yıl	Hanehalkı Cepten Sağlık Harcaması Dağılım İstatistiği	Hanehalkı tüketim harcaması dilimleri									
		1. Dilim		2. Dilim		3. Dilim		4. Dilim		5. Dilim	
		Hanenin eksik sigortalı olma durumu									
		<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>
2004	Ortalama	771,97	23,80	1.006,14	57,28	1.606,17	87,06	2.681,86	133,39	6.137,93	336,25
	Std.sapma	335,41	60,77	306,84	123,53	820,50	169,12	1.401,72	258,20	4.746,35	635,05
	25%	600,00	0,00	755,40	0,00	1.081,87	0,00	1.499,01	0,00	2.466,00	0,00
	Medyan	720,00	0,00	924,72	0,00	1.264,68	0,00	2.350,20	0,00	4.359,96	41,40
	75%	900,00	12,06	1.207,14	54,00	1.853,38	99,00	3.422,39	132,00	8.400,00	351,00
	95%	1.272,00	149,64	1.620,00	351,00	3.582,00	480,00	5.794,16	738,00	14.524,80	1.663,32
2009	Ortalama	927,92	59,58	1.708,47	107,84	2.718,37	150,08	3.458,60	190,93	5.981,09	355,04
	Std.sapma	556,31	99,36	904,11	170,44	1.784,96	241,57	2.604,88	300,56	6.381,00	613,80
	25%	555,78	0,00	1.051,93	0,00	1.472,34	0,00	1.776,56	0,00	3.119,46	0,00
	Medyan	820,70	0,00	1.395,34	30,51	2.118,48	39,19	2.364,86	63,55	3.845,04	84,74
	75%	1.231,79	79,44	2.118,48	148,61	3.506,08	199,03	4.006,26	240,24	6.715,58	420,84
	95%	1.853,78	267,88	3.315,42	508,44	6.821,51	728,86	8.495,74	910,95	16.683,03	1.758,34
2014	Ortalama	898,47	78,08	1.675,06	142,22	2.714,45	208,27	3.459,77	331,19	8.130,82	587,94
	Std.sapma	620,43	123,89	907,01	201,96	1.999,25	287,87	2.214,11	443,45	7.433,37	913,06
	25%	543,85	0,00	1.049,55	0,00	1.545,00	0,00	2.094,65	0,00	3.446,04	0,00
	Medyan	741,91	9,06	1.359,63	54,20	2.081,78	84,84	2.782,72	137,69	5.474,25	194,88
	75%	1.021,54	111,94	1.950,26	208,48	3.137,04	309,72	4.078,90	498,53	9.163,93	770,46
	95%	1.990,96	353,50	3.583,63	592,98	6.435,60	872,07	8.063,81	1.359,63	27.996,67	2.397,49

Tablo 34’de hanelerin eksik sigortalılık durumu ve tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre **yatarak** sağlık hizmetleri için cepten yaptıkları sağlık harcamasının 2004, 2009 ve 2014 yılları itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Eksik sigortalı hanelerin yatarak sağlık hizmetleri için yaptıkları ortalama cepten harcamaları, harcama/gelir düzeyleri yükseldikçe genel olarak yükselmiştir. Bu durum eksik sigortalı olmayan hanelerde de tespit edilmiştir.

En düşük harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ortalama cepten sağlık harcaması 2004 yılında yaklaşık 8 TL iken, 2009 yılında 51 TL’ye ve 2014 yılında 95 TL’ye yükselmiştir. 2004 yılında eksik sigortalı haneler eksik sigortalı olmayan hanelere göre 7,5 TL daha fazla cepten harcama yaparken, 2014 yılında bu fark 90 TL’ye çıkmıştır. En yüksek harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ortalama cepten sağlık harcamaları 2004 yılında yaklaşık 1.751 TL iken, 2009 yılında 1.831 TL’ye, 2014 yılında 1.952 TL’ye yükselmiştir. 2004 yılında bu dilimde bulunan eksik sigortalı olan hanelerin eksik sigortalı olmayan hanelere göre 1.747 TL, 2009 yılında 1.812 TL ve 2014 yılında 1.865 TL daha fazla harcama yapmıştır. Bu bulgular, 5. dilimdeki eksik sigortalı hanelerin 1. dilimdeki eksik sigortalı hanelere göre yatarak sağlık hizmeti aldıklarında yüksek miktarlarda cepten harcama yaptığını ve aradaki farkın zamanla arttığını göstermektedir.

Kartil bulguları da eksik sigortalı düşük gelirli hanelerdeki düşük ortalama cepten harcamayı desteklemektedir. Bu grup hanelerin cepten harcama verilerinin varlığı sadece 2009 ve 2014 yıllarında %95’lik kartilde belirlenmiştir. Özellikle 2014 yılında 755 TL’ye varan cepten harcama belirlenmiştir. En yüksek gelir dilimindeki eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verileri de temelde %95’lik kartilde mevcuttur ancak 2014 yılında %75’lik kartilde de 2.342 TL’ye varan miktarda cepten harcama yapıldığı tespit edilmiştir. Bu bulgular gösteriyor ki, 2014 yılı yatarak sağlık hizmeti kullanımında düşük ve yüksek gelirli hanelerin artan miktarda cepten harcama yaptıkları hizmet olmuştur. Ayrıca bu bulguların Tablo 30’da sunulan bulguları açıklamaya yardımcı olduğu söylenebilir: 2014 yılında eksik sigortalı haneler arasında yatarak sağlık hizmeti için artan miktarda harcama yapan haneler, gelir düzeyi yüksek hanelerdir. Her ne kadar yatarak sağlık hizmetleri için yüksek gelirli hanelerin %95’lik kartildeki cepten harcama değeri 2014 yılında düşse de, harcama rakamları %75’lik kartile inmiştir.

Tablo 34. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre Yatarak Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Yıl	Yatarak sağlık hizmeti için cepten sağlık harcaması dağılım istatistiği	Hanehalkı tüketim harcaması dilimleri									
		1. Dilim		2. Dilim		3. Dilim		4. Dilim		5. Dilim	
		Hanenin eksik sigortalı olma durumu									
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
2004	Ortalama	7,68	0,11	0,83	0,09	68,30	0,67	189,23	1,29	1.750,72	3,86
	Std.sapma	70,76	3,67	5,35	4,07	496,65	13,41	785,29	34,23	4.008,07	69,27
	25%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	75%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00	0,00
	95%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.680,00	0,00	13.200,00	0,00
2009	Ortalama	50,54	0,53	178,60	0,67	710,33	2,38	649,25	8,02	1.831,16	18,97
	Std.sapma	233,67	8,64	685,39	15,20	1.823,56	36,06	1.768,92	87,17	5.307,53	176,55
	25%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	75%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	95%	105,92	0,00	2.118,48	0,00	6.355,44	0,00	5.296,20	0,00	10.592,40	0,00
2014	Ortalama	95,24	5,56	509,01	18,88	569,37	21,28	646,57	50,90	1.951,68	86,60
	Std.sapma	304,72	41,20	1.016,51	95,95	1.086,93	104,62	1.526,23	204,28	3.765,87	358,85
	25%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	75%	0,00	0,00	693,96	0,00	555,18	0,00	472,06	0,00	2.341,74	0,00
	95%	755,32	0,00	3.343,61	79,31	3.250,70	75,50	3.715,15	415,41	9.222,12	641,57

Tablo 35 hanelerin eksik sigortalılık durumu ve tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre **ayakta** sağlık hizmetleri için cepten yaptıkları sağlık harcamasının 2004, 2009 ve 2014 yılları itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Eksik sigortalı hanelerin ayakta sağlık hizmetleri için yaptıkları ortalama cepten harcamaları, harcama/gelir düzeyleri yükseldikçe yükselmiştir. Aynı eğilim eksik sigortalı olmayan hanelerde de belirlenmiştir.

En düşük harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ortalama ayakta cepten sağlık harcaması 2004 yılında yaklaşık 575 TL iken, 2009 yılında 520 TL'ye ve 2014 yılında 516 TL'ye düşmüştür. Buna karşılık eksik sigortalı olmayan hanelerin ortalama cepten harcaması katlanarak devam etmiş ve 2014 yılında yaklaşık 9 katlık bir artışla 36 TL olmuştur. En yüksek harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ortalama ayakta cepten sağlık harcaması ise 2004 yılında yaklaşık 3.533 TL iken, 2009 yılında 3.631 TL'ye, 2014 yılında 5.828 TL'ye yükselmiştir. Bu gruptaki eksik sigortalı olmayan haneler de artan miktarda cepten harcama yapmışlardır. Eksik sigortalı olmayan emsallerine göre eksik sigortalı haneler ayakta sağlık hizmetleri almak için 2004 yılında 3.328 TL, 2009 yılında 3.413 TL ve 2014 yılında 5.467 TL daha fazla harcama yapmışlardır. Ayrıca 5. dilimdeki eksik sigortalı haneler 1. dilimdeki eksik sigortalı hanelere göre ayakta sağlık hizmeti aldıklarında 2004 yılında 6 kat, 2009 yılında 7 kat ve 2014 yılında 11 kat daha fazla cepten harcama yapmıştır.

Kartil bulguları eksik sigortalı düşük gelirli hanelerdeki 2009 ve 2014 yıllarında düşen ortalama cepten harcamayla tutarlı görünmektedir. Bu grup hanelerin cepten harcama verilerinin $\frac{1}{2}$ 'sindeki maksimum miktar 2009 ve 2014 yıllarında düşmüştür. Buna mukabil, özellikle %95'lik kartildeki harcamalar yükselmiştir. Bu da 2009 ve 2014 yıllarında düşük gelirli eksik sigortalı hanelerin daha yüksek miktarlarda cepten harcama yaptıklarını göstermektedir. 2004 yılında %95'lik kartilde maksimum cepten harcama 1.272 TL iken, 2009 yılında 1.695 TL'ye ve 2014 yılında 1.925 TL'ye yükselmiştir. Bir başka ifadeyle, bu dilimde %95'lik kartilde 2004 yılına göre 2014 yılında yaklaşık %50'lik bir artış olmuştur.

En yüksek gelir dilimindeki eksik sigortalı hanelerin cepten harcama verilerinin tüm kartil değerlerinde artış belirlenmiştir. Bu artışlar özellikle 2014 yılında %75 ve %95'lik kartillerde belirgin boyuttadır. 2004 yılında cepten harcama verilerinin %75'i maksimum 4.200 TL'ye kadar çıkarken 2009 yılında 4.237 TL'ye ve 2014 yılında 6.771

TL'ye çıkmıştır. 2004 yılında cepten harcama verilerinin %95'i maksimum 10.740 TL ve 2009 yılında 10.804 TL iken, 2014 yılında 22.589 TL'ye kadar çıkmıştır. Bu bulgular ayrıca gösteriyor ki, 2014 yılı özellikle yüksek gelirli hanelerin ayakta sağlık hizmetleri için ciddi miktarda cepten harcama yaptığı bir yıl olmuştur. Düşük gelirli hanelerle aralarındaki fark büyümüşür. Bu farkın açılmasında özel sağlık kuruluşlarının yüksek gelirli haneler arasındaki kullanımının artması rol oynamış olabilir.



Tablo 35. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre Ayakta Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Yıl	Ayakta sağlık hizmeti için cepten sağlık harcaması dağılım istatistiği	Hanehalkı tüketim harcaması dilimleri									
		1. Dilim		2. Dilim		3. Dilim		4. Dilim		5. Dilim	
		Hanenin eksik sigortalı olma durumu									
		<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>
2004	Ortalama	575,48	4,77	648,69	16,32	1.100,37	35,15	1.951,15	62,34	3.532,59	204,14
	Std.sapma	340,22	32,40	440,89	75,10	830,68	128,52	1.583,49	194,38	3.640,96	497,69
	25%	360,00	0,00	282,00	0,00	631,20	0,00	972,00	0,00	1.116,00	0,00
	Medyan	606,00	0,00	720,00	0,00	960,00	0,00	1.512,00	0,00	2.400,00	0,00
	75%	720,00	0,00	840,00	0,00	1.440,00	0,00	2.724,00	0,00	4.200,00	42,00
	95%	1.272,00	12,00	1.560,00	75,00	2.760,00	252,00	5.213,96	540,00	10.740,00	1.257,00
2009	Ortalama	519,84	12,84	1.081,16	35,88	1.509,60	67,43	2.503,50	92,72	3.630,94	217,90
	Std.sapma	595,43	48,80	1.042,00	107,98	1.405,83	181,05	2.570,38	233,95	4.373,36	538,22
	25%	0,00	0,00	0,00	0,00	455,47	0,00	1.249,90	0,00	1.922,52	0,00
	Medyan	423,70	0,00	1.006,28	0,00	1.133,39	0,00	1.800,71	0,00	3.071,80	0,00
	75%	815,61	0,00	1.641,82	0,00	2.287,96	11,65	2.859,95	31,78	4.236,96	105,92
	95%	1.694,78	105,92	3.177,72	222,44	3.760,30	476,66	7.700,68	635,54	10.804,25	1.338,35
2014	Ortalama	516,38	36,27	842,82	64,82	1.852,69	111,01	2.459,50	190,71	5.827,64	360,65
	Std.sapma	659,97	79,27	811,14	133,36	2.083,37	221,19	2.273,25	350,54	7.301,41	701,39
	25%	54,39	0,00	117,83	0,00	679,82	0,00	1.178,35	0,00	1.550,80	0,00
	Medyan	317,25	0,00	797,65	0,00	1.450,28	0,00	2.084,77	0,00	3.390,02	22,66
	75%	755,32	45,32	1.214,61	72,51	2.053,05	99,71	2.967,08	209,20	6.770,98	426,02
	95%	1.924,61	188,81	2.302,31	362,57	6.408,41	646,55	6.798,17	1.080,18	22.588,50	1.812,85

Tablo 36 hanelerin eksik sigortalılık durumu ve tüketim harcaması dilimlerindeki yerine göre ilaç için cepten yaptıkları sağlık harcamasının 2004, 2009 ve 2014 yılları itibariyle dağılımı sunulmaktadır. Eksik sigortalı ve eksik sigortalı olmayan hanelerin ilaç için yaptıkları ortalama cepten harcamaları, genel olarak harcama/gelir düzeyleri yükseldikçe yükselmiştir.

En düşük harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ilaç için yaptıkları ortalama cepten sağlık harcaması 2004 yılında yaklaşık 189 TL'den 2009 yılında 358 TL'ye yükselmiş, 2014 yılında ise 287 TL'ye düşmüştür. Eksik sigortalı olmayan hanelerin ilaç için ortalama cepten harcaması da 2004 yılına göre 2009 yılında 2 kattan fazla artmış, 2014 yılında düşmüştür. 2009 yılındaki eksik sigortalı hanelerdeki bu artış, düşük gelirli eksik sigortalı hanelerin 2009 yılında ayakta sağlık hizmetleri için yaptığı cepten harcamadaki azalmayı açıklayabilir. Bu yılda kamu sağlık kuruluşlarında katkı payı uygulamasına geçildiği için, "ilk tepki" olarak düşük gelirli haneler ilaçlarla kendi kendine tedavi yoluna başvurmuş olabilirler ve ayrıca 2008 global ekonomik krizin etkileri nedeniyle hane halklarının tasarruf eğilimine yönelmeleri neticesinde ayakta sağlık hizmetleri almak yerine ilaç ile kendi kendine tedavi yöntemini seçmiş olabilirler.

En yüksek harcama dilimindeki eksik sigortalı hanelerin ilaç için yaptıkları ortalama cepten sağlık harcamasında düşük harcama dilimindeki hanelerin aksine ciddi düşüş eğilimi belirlenmiştir. 2004 yılında yaklaşık 855 TL olan ortalama cepten harcama, 2009 yılında 519 TL ve 2014 yılında 352 TL'dir. Dolayısıyla ilaç için yapılan cepten harcama 2004 yılına göre 2014 yılında %243 daha az cepten harcama yapılmıştır. Bu gruptaki eksik sigortalı olmayan hanelerin ortalama ilaç harcamasında bir dalgalanma söz konusudur. 2004 yılında 128 TL olan ilaç harcaması 2009 yılında yaklaşık 10 TL azalmış, 2014 yılında 12 TL artmıştır. Böylece, eksik sigortalı haneler ile eksik sigortalı olmayan yüksek gelirli hanelerin ilaç harcamaları arasındaki fark azalmıştır: Aralarındaki bu fark 2004 yılında 726 TL'den, 2009 yılında 401 TL'ye ve 2014 yılında 211 TL'ye gerilemiştir.

Kartil bulguları eksik sigortalı düşük gelirli hanelerin ortalama ilaç harcamasındaki dalgalanmayla tutarlıdır. 2009 yılında bu grup hanelerin cepten harcama verilerinin tüm kartillerdeki değeri 2004 yılına göre en az 2 kat artmıştır. 2014 yılında ise 2009 yılına kıyasla tüm kartil değerlerinde bir düşme meydana gelmiştir. Ancak 2004 yılıyla kıyasladığımızda, 2014 yılında ilaç harcaması verilerinin %25, %50,

%75 ve %95'lik dilimlerinde yükselme meydana gelmiştir. Artış oranları düşük kartillerde daha yüksektir, bir başka ifadeyle, düşük miktarlı ilaç harcamalarının frekansı artmıştır. Örneğin, ilaç harcaması verilerinin %50'lik kısmında en yüksek harcama 68 TL'den 2,5 katlık artışla 172 TL'ye yükselmiştir. İlaç harcaması verilerinin %95'lik kısmındaki maksimum harcama ise 684 TL'den 1,3 katlık artışla 937 TL'ye yükselmiştir.

En yüksek gelir dilimindeki eksik sigortalı hanelerin kartil değerleri ortalama ilaç harcamalarındaki düşme eğilimine paralellik göstermiştir. Cepten harcama verilerinin tüm kartil değerlerinde 2004 yılına kıyasla 2009 ve 2014 yıllarında düşme belirlenmiştir. Bu düşüşler özellikle yüksek kartillerde daha yüksektir. Örneğin, ilaç harcaması verilerinin ½'sindeki maksimum harcama 2004 yılında 220 TL'den 2014 yılında 139 TL'ye, %75'indeki maksimum harcama 883 TL'den 446 TL'ye ve %95'indeki maksimum harcama 4.501 TL'den 1.505 TL'ye düşmüştür.

Tablo 36. Hanelerin Eksik Sigortalılık Durumu ve Tüketim Harcaması Dilimindeki Yerine Göre İlaç için Cepten Sağlık Harcamasının Yıllar İtibariyle Dağılımı

Yıl	İlaç için yapılan cepten harcama dağılım istatistiği	Hanehalkı tüketim harcaması dilimleri									
		1. Dilim		2. Dilim		3. Dilim		4. Dilim		5. Dilim	
		Hanenin eksik sigortalı olma durumu									
		<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>
2004	Ortalama	188,82	18,92	356,61	40,86	437,50	51,24	541,48	69,76	854,62	128,26
	Std.sapma	346,63	46,61	397,13	88,80	579,64	102,06	880,94	138,80	1.714,03	269,28
	25%	0,00	0,00	35,40	0,00	27,00	0,00	22,32	0,00	84,00	0,00
	Medyan	67,65	0,00	223,20	0,00	290,38	0,00	183,24	0,00	220,20	0,00
	75%	234,04	10,20	642,00	39,47	496,68	66,00	580,20	80,71	882,60	144,00
	95%	684,00	114,00	1.224,84	230,87	1.425,12	246,00	2.350,20	378,60	4.501,15	558,00
2009	Ortalama	357,53	46,21	448,70	71,29	498,44	80,27	305,85	90,19	518,99	118,18
	Std.sapma	456,28	79,58	513,81	117,61	641,96	138,78	566,40	145,80	978,18	215,42
	25%	63,55	0,00	68,43	0,00	52,96	0,00	0,00	0,00	19,70	0,00
	Medyan	210,37	0,00	172,13	14,30	285,99	18,54	81,24	30,40	163,02	28,18
	75%	492,86	62,71	812,97	97,98	704,71	110,16	314,59	127,11	506,21	157,19
	95%	1.495,86	229,22	1.543,10	323,07	1.933,11	352,09	1.493,53	371,16	2.458,39	477,93
2014	Ortalama	286,85	36,25	323,23	58,53	292,39	75,99	353,70	89,58	351,50	140,69
	Std.sapma	394,86	69,90	511,88	109,41	582,30	141,99	679,40	158,00	538,54	293,69
	25%	28,55	0,00	8,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Medyan	172,04	0,00	112,85	0,00	89,10	12,42	77,41	22,03	138,77	31,45
	75%	444,15	45,05	376,07	75,78	244,73	90,64	407,89	114,93	446,23	160,53
	95%	936,61	179,47	1.631,56	267,39	1.222,76	330,75	1.775,86	389,76	1.504,66	607,67

4.2. Analitik Bulgular

Hanelerin eksik sigortalılık olasılığı ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla çok değişkenli lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Yöntem bölümünde de belirtildiği gibi, çok değişkenli regresyon analizi öncesinde bağımsız değişkenler arasında korelasyon olup olmadığı test edilmiştir. Yıllar itibariyle yapılan korelasyon analizi bulguları Ekler bölümünde sunulmaktadır. Korelasyon analizi sonucunda hanehalkı reisinin cinsiyeti ile medeni durumu arasında %60'ın üzerinde bir korelasyon tespit edilmiş ve regresyon analizleri için test edilecek modele medeni durum değişkeni alınmıştır. Bu sebeple cinsiyet değişkeni ile ilgili varsayımda bulunan oniki numaralı araştırma hipotezi test edilememiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni ile bağımsız değişkenlerinin her biri arasındaki ilişkinin test edildiği havuzlanmış iki değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları, çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları ile birlikte Tablo 37'de sunulmaktadır. İki değişkenli regresyon analizleri neticesinde, hanede 5 yaş altı çocuk sayısı değişkeni dışında, bağımsız değişkenlerin tamamının eksik sigortalılık değişkeni ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösterdiği ($p < 0,05$) bulunmuştur. Bu bulgular, aynı zamanda, bu bağımsız değişkenlerin eksik sigortalılık olasılığının potansiyel belirleyicileri oldukları anlamına gelmektedir.

İki değişkenli lojistik regresyon analizlerinden elde edilen bulgularına bakılmaksızın, toplam 14 bağımsız değişkenin tamamı çok değişkenli lojistik regresyon analizine alınmıştır. Bunun temel sebebi, Gereç ve Yöntem bölümünde de vurgulandığı üzere, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken ile olan ilişkilerini muhtemel karıştırıcı faktörlerin etkilerini elimine ettikten sonra ortaya koymaktır.

Bağımsız değişkenlerin tamamına ait toplam 11 yıllık verinin havuzlanmış çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları Tablo 37'de verilmektedir. İki değişkenli regresyon analizi bulgularından farklı olarak, üç bağımsız değişkenin eksik sigortalılık olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisinin olmadığı ($p > 0,05$) tespit edilmiştir. Bu değişkenler, hanehalkı reisinin yaşı, hanehalkı reisinin medeni durumu ve hanehalkı reisinin çalışma durumudur. Hatırlanacağı üzere, bu değişkenlerin iki değişkenli analizlerde eksik sigortalılık riskinin istatistiksel olarak anlamlı belirleyicileri olduğu belirlenmişti. Ayrıca, çok değişkenli analizde, iki değişkenli analizlere kıyasla, bazı

değişkenlerin eksik sigortalılık olasılığı ile olan ilişkisinin hem yönünde hem de alt kategorilerinin istatistiksel anlamlılığında farklılıklar gözlenmiştir. Detaylı açıklamalar aşağıda sunulmaktadır.

Çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda eksik sigortalılık olasılığının istatistiksel olarak anlamlı belirleyicisi oldukları tespit edilen bağımsız değişkenler hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü, hanehalkı tüketim harcaması, hanede yatarak ve ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama, hanede ilaç için yapılan cepten harcama, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı, hanede 65 yaş ve üzeri birey sayısı, hanede 5 yaş altı çocuk sayısı, hanehalkı büyüklüğü, hanehalkı reisinin eğitim düzeyi ve hanehalkı yapısıdır.

Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü itibarıyla bakıldığında, hanehalkı reisinin zorunlu sigortalı olduğu hanelere kıyasla, hanehalkı reisinin yeşil kart sahibi olduğu ve GSS kapsamında olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p < 0,05$). Hanehalkı reisinin GSS kapsamında olması iki değişkenli analizlerde de eksik sigortalılığın anlamlı bir belirleyicisi iken, hanehalkı reisinin yeşil kart sahibi olması sadece çok değişkenli analizde anlamlı bir belirleyici olarak tespit edilmiştir. Hanehalkı reisinin yeşil kartlı olduğu haneler yaklaşık 1,5 kat (%95 GA=1,288-1,835) ve GSS kapsamında olduğu haneler yaklaşık 2,5 kat daha fazla risk altındadır (%95 GA=1,863-3,350). Ayrıca, hanehalkı reisinin özel sigortalı olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı daha düşük bulunmuştur ($p=0,043$). Bu bulgular, araştırmanın, sağlık sigortası türünün eksik sigortalılık riskine maruziyette fark yaratacağı şeklindeki **1 numaralı hipotezi** desteklemektedir.

Hanehalkının harcama düzeyi (gelirin göstergesi olarak), eksik sigortalılık riski ile negatif yönde ilişkilidir. Bu bulgu, iki değişkenli regresyon analizi bulguları ile kısmen örtüşmektedir. Çok değişkenli analizde, birinci dilimdeki hanelere kıyasla, tüm harcama dilimlerindeki hanelerin eksik sigorta sorununa maruz kalma riski istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktür ($p < 0,05$). Bir başka ifadeyle, gelir yükseldikçe, haneler eksik sigorta riskine karşı korunmaktadır. Bu bulgu, araştırmanın, yüksek gelirli hanelerin eksik sigortalı olma olasılığının düşük gelirli hanelere göre daha yüksek olacağı şeklindeki **2 numaralı hipotezi** desteklememektedir.

Hanedeki bireylerin aldıkları yatarak sağlık hizmeti için yaptıkları cepten harcamanın miktarı eksik sigortalılık riski ile pozitif yönde ilişkilidir. Spesifik olarak, hanelerin aldıkları yatarak sağlık hizmeti için yaptıkları cepten harcama miktarı arttıkça, eksik sigortalı olma riskleri de istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktadır ($p=0,000$). Bu bulgu, araştırmanın, “yatarak sağlık hizmeti almak için daha yüksek miktarda cepten harcama yapan hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, yatarak sağlık hizmeti almak için daha az miktarda cepten harcama yapan hanelere göre daha yüksektir” şeklindeki **3 numaralı hipotezi** desteklemektedir.

Hanedeki bireylerin aldıkları ayakta sağlık hizmeti için yaptıkları cepten harcamanın miktarı eksik sigortalılık riski ile pozitif yönde ilişkilidir. Spesifik olarak, hanelerin aldıkları ayakta sağlık hizmeti için yaptıkları cepten harcama miktarı arttıkça, eksik sigortalılık riskleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktadır ($p=0,000$). Dolayısıyla bu bulgu, araştırmanın, “hanelerin ayakta sağlık hizmeti almak için yaptıkları cepten harcamanın miktarı, hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkilememektedir” şeklindeki **4 numaralı hipotezi** desteklememektedir.

Hanelerin ilaç satın alımları için yaptıkları cepten harcamanın miktarı da eksik sigortalılık riski açısından önemli bir belirleyici olarak tespit edilmiştir. Hanelerin ilaç almak için yaptıkları cepten harcama miktarı arttıkça, eksik sigortalı olma riskleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde artmaktadır ($p=0,000$). Dolayısıyla bu bulgu, araştırmanın, “hanelerin ilaç için yaptıkları cepten harcamanın miktarı, hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkilememektedir” şeklindeki **5 numaralı hipotezi** desteklememektedir.

Analiz bulguları, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı arttıkça, hanenin eksik sigortalı olma olasılığının da arttığını göstermiştir ($p=0,000$). Bu bulgu, araştırmanın, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı arttıkça, hanenin eksik sigortalı olma olasılığının artacağı yönündeki **6 numaralı hipotezi** desteklemektedir.

Hanede 65 yaşında ve daha yaşlı olan bireylerin sayısı eksik sigortalılık ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bir başka ifadeyle, hanede 65 yaşında ve daha yaşlı olan bireylerin sayısı arttıkça, hane eksik sigortalı olma riskiyle daha fazla karşı karşıya

kalmaktadır ($p=0,001$). Bu bulgu, araştırmanın **7 numaralı hipotezini** desteklemektedir.

İki değişkenli analizde tespit edilen negatif ilişkinin aksine, çok değişkenli regresyon analizinde hanede 5 yaş altında çocuk sayısı ile eksik sigortalılık arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur ($p=0,046$). 5 yaş altında çocukların sayısının daha fazla olduğu haneler göreceli olarak eksik sigorta tehdidi ile daha fazla karşı karşıyadır. Bu bulgu ile araştırmanın **8 numaralı hipotezi** desteklenmektedir.

Hanehalkı büyüklüğünün, hanenin eksik sigortalı olma olasılığı ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur ($p=0,000$). Bir başka ifadeyle, hanede yaşayan birey sayısının artması, haneyi eksik sigortalı olma riskine karşı koruyucu bir role sahiptir. Bu bulgu araştırmanın beklentisinin aksine bir bulgudur. Dolayısıyla, araştırmanın **9 numaralı hipotezi** desteklenmemiştir.

Hanehalkı reisinin yaşı ile eksik sigortalılık arasındaki ilişkinin yönü, iki değişkenli ve çok değişkenli analizde farklı bulunmuştur. İki değişkenli analizde pozitif yönde bir ilişki tespit edilirken, çok değişkenli analizde negatif yönde bir ilişki tespit edilmiştir. Bir başka ifadeyle, diğer faktörlerin etkisi dikkate alınarak yapılan analizde, hanehalkı reisinin yaşı arttıkça, hanenin eksik sigortalılık riskinin azaldığı tespit edilmiştir. Ancak bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p<0,05$) ve araştırmanın **10 numaralı hipotezini** desteklememektedir.

Hanehalkı reisinin ilkokul ve daha düşük eğitim düzeyinde olduğu hanelere kıyasla, reisin eğitim düzeyi yükseldikçe, eksik sigorta olasılığı da azalmaktadır. Ancak bu ilişki sadece hanehalkı reisinin 4 yıllık lisans ve lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu haneler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,000$). Bu bulgu, “hanehalkı reisinin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu hanelere göre daha yüksektir” şeklindeki **11 numaralı hipotezini** desteklemektedir.

Hanehalkı reisinin cinsiyeti ile hanenin eksik sigorta riski arasındaki ilişki, cinsiyet değişkeninin medeni durum değişkeni ile korelasyon göstermesi sebebiyle test edilememiştir. Dolayısıyla, araştırmanın **12 numaralı hipotezi** de test edilmemiştir.

Hanehalkı reisinin çalışmamasının, hanenin eksik sigorta sorununa maruz kalmasında istatistiksel olarak anlamlı bir rolünün olmadığı belirlenmiştir ($p=0,805$). Böylece, araştırmanın “hanehalkı reisinin işsiz olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin çalıştığı hanelere göre daha yüksektir” şeklindeki **13 numaralı hipotez** desteklenmemiştir.

Hanehalkı reisinin medeni durumu, reisin boşanmış olduğu hanelere kıyasla, eksik sigortalılık açısından bir risk olarak görünmektedir. Ancak bu risk istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Dolayısıyla araştırmanın **14 numaralı hipotezi** desteklenmiştir.

Hanehalkının yapısına göre hanenin eksik sigortalı olma olasılığı farklılık göstermiştir. Ancak bu fark, hanehalkının tek çocuklu çekirdek aile olduğu hanelere kıyasla sadece hanehalkının iki çocuklu çekirdek aile olduğu hanelerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,019$). Spesifik olarak, iki çocuklu çekirdek ailelerin eksik sigortalı olma olasılığı tek çocuklu çekirdek ailelere göre daha düşüktür. Bu bulgu, araştırmanın “hanehalkının yapısına göre hanenin eksik sigortalı olma olasılığı farklılık göstermemektedir” şeklindeki **15 numaralı hipotezini** desteklememektedir.

Ayrıca, araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında yer almamakla birlikte araştırmada kapsanan yıllar da hem iki değişkenli hem de çok değişkenli analizlerde ayrı bir değişken olarak test edilmiştir. Tablo 37’de gösterildiği üzere, iki değişkenli analiz bulguları ile çok değişkenli analiz bulguları arasında “yıl” değişkeninde de farklılık tespit edilmiştir. İki değişkenli analizde, 2004 yılına kıyasla 2005-2014 yılları arasında eksik sigortalılık olasılığı 2008 yılı dışında daha yüksektir ve 2005, 2006, 2008 ve 2009 yılları hariç, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Çok değişkenli analizde ise 2004 yılına kıyasla tüm yıllarda eksik sigorta riski istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur.

Yukarıda sunulan tüm bu bulgular, potansiyel tüm faktörlerin etkilerinin eş zamanlı olarak dikkate alındığı çok değişkenli analizle konuyu incelemenin daha doğru sonuçlar verebileceğine işaret etmektedir.

Tablo 37’de sunulduğu üzere, hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü hanenin eksik sigorta sorununa maruz kalma olasılığını etkilemektedir. Bu çalışmada sağlık sigortası türü eksik sigorta konusunu irdeleme açısından önemli bir faktördür. Bu

sebeple, çok değişkenli lojistik regresyon analizinde istatistiksel olarak anlamlı şekilde eksik sigorta olasılığı ile ilişkili olduğu belirlenen özellikle iki sigorta türü itibariyle ilave analizler yapılmıştır. Bu ilave analizler, hanehalkı reisinin yeşil kart kapsamında olduğu haneler ve hanehalkı reisinin GSS kapsamında olduğu hanelerin her biri için ayrı olmak üzere yapılan iki ayrı çok değişkenli lojistik regresyon analizleridir.

Tablo 38’de hanehalkı reisinin GSS kapsamında olduğu hanelerin 2013 ve 2014 yıllarına ait verilerinin havuzlanmış olarak çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları sunulmaktadır. Analiz sonuçlarına göre, eksik sigortalılık olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili faktörler; hanehalkı tüketim harcaması düzeyi, hanede yatarak ve ayakta sağlık hizmeti ve ilaç almak için yapılan cepten harcama miktarı, hanehalkı büyüklüğü ve hanehalkı reisinin çalışma durumudur.

Bu değişkenler arasında Tablo 37’deki bulgularla farklılık gösteren iki değişken, hanehalkı tüketim harcaması ve hanehalkı reisinin çalışma durumudur. Hanehalkı reisinin GSS kapsamında olduğu haneler arasında da beşinci harcama diliminde haneler birinci harcama dilimindeki hanelere göre eksik sigorta riskini daha az yaşama olasılığına sahiptir. Ancak bu düşük risk bu kez istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,116$). Hanehalkı reisinin çalışma durumu bu analizde de eksik sigortalılık ile negatif ilişki göstermiştir. Ancak Tablo 37’deki bulgudan farklı olarak bu kez bu düşük risk istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,020$).

Ayrıca, araştırma yılları da çok değişkenli analize kıyasla farklılık göstermiştir. 2013 yılına kıyasla, 2014 yılı çok değişkenli regresyon analizinde eksik sigorta ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif yönde ilişkili iken, reisin GSS kapsamında olduğu haneler itibariyle yapılan analizde bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,584$).

Tablo 37. Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2014)

Değişken Adı	İki Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi					
	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı		
						Alt	Üst	
Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü								
<i>Zorunlu sigortalı/SGK</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>					
<i>İsteğe bağlı sigortalı</i>	0,184	0,184	0,281	0,284	1,324	0,792	2,215	
<i>Zorunlu ve isteğe bağlı sigortalı</i>	-0,143	0,603	0,316	0,492	1,372	0,556	3,383	
<i>Özel sağlık sigortası</i>	0,319	0,292	-1,678	0,043	0,187	0,037	0,947	
<i>Yeşil kart</i>	-0,009	0,849	0,430	0,000	1,538	1,288	1,835	
<i>Banka, vakıf vb.</i>	0,196	0,483	-0,542	0,531	0,582	0,107	3,166	
<i>GSS (Yeşil kart dahil)</i>	0,273	0,002	0,915	0,000	2,498	1,863	3,350	
Hanehalkı tüketim harcaması								
<i>Birinci dilim (en düşük gelirli hane)</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>					
<i>İkinci dilim</i>	-0,099	0,023	-1,486	0,000	0,226	0,193	0,266	
<i>Üçüncü dilim</i>	-0,114	0,010	-3,205	0,000	0,041	0,033	0,050	
<i>Dördüncü dilim</i>	0,061	0,153	-5,830	0,000	0,003	0,002	0,004	
<i>Beşinci dilim (en yüksek gelirli hane)</i>	0,116	0,006	-13,900	0,000	0,000	0,000	0,000	
Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	0,002	0,000	0,006	0,000	1,006	1,006	1,007	
Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	0,002	0,000	0,007	0,000	1,007	1,006	1,007	
Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	0,003	0,000	0,007	0,000	1,007	1,007	1,007	
Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı	0,518	0,000	0,187	0,001	1,206	1,075	1,352	
Hanede 65 + yaş birey sayısı	0,412	0,000	0,199	0,024	1,220	1,027	1,450	
Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	-0,026	0,223	0,112	0,046	1,119	1,002	1,249	
Hanehalkı büyüklüğü	-0,096	0,000	-0,144	0,000	0,866	0,816	0,920	
Hanehalkı reisinin yaşı								
<i>15-24</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>					
<i>25-34</i>	0,360	0,020	-0,005	0,985	0,995	0,610	1,624	
<i>35-44</i>	0,160	0,299	-0,081	0,750	0,922	0,561	1,517	
<i>45-54</i>	0,151	0,329	-0,182	0,478	0,833	0,503	1,379	
<i>55-64</i>	0,463	0,003	-0,274	0,292	0,761	0,457	1,265	
<i>65 +</i>	0,843	0,000	-0,256	0,376	0,775	0,440	1,364	

Tablo 37. Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2014) (Devam)

Değişken Adı	İki Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi				
	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi							
<i>İlkokul ve daha düşük</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>				
<i>İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek</i>	-0,140	0,003	-0,191	0,065	0,826	0,674	1,012
<i>Lise veya lise dengi meslek</i>	-0,144	0,000	-0,141	0,134	0,869	0,723	1,044
<i>2 yıllık lisans</i>	-0,101	0,160	-0,168	0,324	0,845	0,605	1,181
<i>4 yıllık lisans veya lisansüstü</i>	0,041	0,368	-1,758	0,000	0,172	0,127	0,235
Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu							
<i>Çalışıyor</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>				
<i>Çalışmıyor</i>	-0,294	0,000	-0,019	0,805	0,982	0,847	1,138
Hanehalkı reisinin medeni durumu							
<i>Hiç evlenmedi</i>	-0,113	0,399	0,454	0,115	1,575	0,896	2,768
<i>Evli</i>	-0,028	0,766	0,250	0,300	1,283	0,801	2,057
<i>Eşi öldü</i>	0,268	0,010	0,354	0,119	1,425	0,913	2,223
<i>Boşandı</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>				
Hanehalkı tipi							
<i>Tek çocuklu çekirdek aile</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>				
<i>İki çocuklu çekirdek aile</i>	-0,315	0,000	-0,247	0,019	0,781	0,636	0,960
<i>Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile</i>	-0,326	0,000	-0,013	0,923	0,987	0,762	1,280
<i>Çocuksuz çift</i>	0,368	0,000	0,031	0,765	1,031	0,843	1,262
<i>Ataerkil veya geniş aile</i>	0,155	0,001	0,103	0,435	1,109	0,855	1,438
<i>Tek yetişkinli aile</i>	0,191	0,000	0,263	0,086	1,301	0,964	1,757
<i>Birarada yaşayan kişiler</i>	0,193	0,088	0,092	0,742	1,096	0,635	1,894
Araştırma yılı							
<i>2004</i>	<i>Referans grup</i>		<i>Referans grup</i>				
<i>2005</i>	0,091	0,277	-0,471	0,002	0,624	0,462	0,843
<i>2006</i>	0,106	0,192	-0,474	0,002	0,623	0,462	0,838
<i>2007</i>	0,165	0,038	-0,619	0,000	0,538	0,402	0,721
<i>2008</i>	-0,056	0,497	-1,138	0,000	0,321	0,234	0,439
<i>2009</i>	0,139	0,074	-0,862	0,000	0,422	0,318	0,561
<i>2010</i>	0,358	0,000	-1,059	0,000	0,347	0,263	0,457
<i>2011</i>	0,359	0,000	-1,208	0,000	0,299	0,227	0,394

Tablo 37. Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2014) (Devam)

Değişken Adı	İki Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi		Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi				
	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
						Alt	Üst
Araştırma yılı							
2012	0,383	0,000	-1,179	0,000	0,308	0,233	0,405
2013	0,598	0,000	-1,408	0,000	0,245	0,186	0,322
2014	0,616	0,000	-1,423	0,000	0,241	0,183	0,318
Sabit			-3,447	0,000	0,032		

Modelin ki-kare değeri = 31.225 (p = 0,000)

Doğru sınıflama yüzdesi = %98,4

Toplam gözlem sayısı = 83.005

Tablo 38. Hanehalkı Reisinin GSS Kapsamında Olduğu Haneler İtibariyle Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2013-2014)

Değişken Adı	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Hanehalkı tüketim harcaması					
<i>Birinci dilim (en düşük gelirli hane)</i>	<i>Referans grup</i>				
<i>İkinci dilim</i>	-7,271	0,000	0,001	0,000	0,007
<i>Üçüncü dilim</i>	-13,782	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>Dördüncü dilim</i>	-20,040	0,000	0,000	0,000	0,000
<i>Beşinci dilim (en yüksek gelirli hane)</i>	-36,058	0,116	0,000	0,000	7147,848
Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	0,017	0,000	1,017	1,012	1,023
Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	0,017	0,000	1,017	1,013	1,021
Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	0,019	0,000	1,020	1,015	1,024
Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı	0,123	0,765	1,131	0,504	2,538
Hanede 65 + yaş birey sayısı	-0,571	0,428	0,565	0,137	2,322
Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	0,192	0,578	1,212	0,616	2,383
Hanehalkı büyüklüğü	-0,369	0,011	0,691	0,520	0,918
Hanehalkı reisinin yaşı					
<i>15-24</i>	<i>Referans grup</i>				
<i>25-34</i>	0,111	0,943	1,117	0,054	23,009

Tablo 38. Hanehalkı Reisinin GSS Kapsamında Olduğu Haneler İtibariyle Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2013-2014) (Devam)

Değişken Adı	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Hanehalkı reisinin yaşı					
35-44	0,188	0,899	1,207	0,066	22,076
45-54	0,144	0,926	1,154	0,055	24,165
55-64	-1,479	0,340	0,228	0,011	4,757
65 +	1,695	0,342	5,446	0,165	179,678
Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi					
<i>İlkokul ve daha düşük</i>				<i>Referans grup</i>	
<i>İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek</i>	-0,348	0,709	0,706	0,114	4,375
<i>Lise veya lise dengi meslek</i>	2,066	0,063	7,893	0,897	69,462
<i>2 yıllık lisans</i>	-16,959	0,999	0,000	0,000	
<i>4 yıllık lisans veya lisansüstü</i>	-10,919	0,999	0,000	0,000	
Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu					
<i>Çalışıyor</i>				<i>Referans grup</i>	
<i>Çalışmıyor</i>	-1,312	0,020	0,269	0,089	0,020
Hanehalkı reisinin medeni durumu					
<i>Hiç evlenmedi</i>	0,426	0,247	0,782	1,531	0,075
<i>Evli</i>	-0,934	0,320	0,433	0,393	0,038
<i>Eşi öldü</i>	-1,069	0,300	0,310	0,343	0,044
<i>Boşandı</i>				<i>Referans grup</i>	
Hanehalkı tipi					
<i>Tek çocuklu çekirdek aile</i>				<i>Referans grup</i>	
<i>İki çocuklu çekirdek aile</i>	-0,996	0,396	0,369	0,037	3,680
<i>Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile</i>	-1,690	0,156	0,184	0,018	1,909
<i>Çocuksuz çift</i>	0,596	0,606	1,816	0,188	17,493
<i>Ataerkil veya geniş aile</i>	-0,694	0,553	0,499	0,050	4,961
<i>Tek yetişkinli aile</i>	1,617	0,251	5,035	0,320	79,340
<i>Birarada yaşayan kişiler</i>	-21,752	0,997	0,000	0,000	
Araştırma yılı					
2013				<i>Referans grup</i>	
2014	-0,238	0,584	0,788	0,337	1,846
Sabit	-6,593	0,004	0,001		

Tablo 39’da hanehalkı reisinin sağlık sigortasının yeşil kart kapsamında olduğu hanelerin 2004 ve 2012 yıllarına ait verilerinin havuzlanmış olarak çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulguları sunulmaktadır. Analiz sonuçlarına göre, eksik sigortalı olma olasılığı ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili faktörler; hanede yatarak sağlık hizmeti, ayakta sağlık hizmeti ve ilaç almak için yapılan cepten harcama miktarları, hanede 65 yaş ve üzeri birey sayısı, hanede 5 yaş ve altı çocuk sayısı, hanehalkı büyüklüğu ve hanehalkı tipidir.

Bu yedi değişken arasında hanehalkı tipi, Tablo 37’deki çok değişkenli analiz bulgularından farklılık göstermektedir. Tek çocuklu çekirdek aileden oluşan hanelere kıyasla, iki çocuklu çekirdek ailelerin eksik sigortalı olma olasılığı, çok değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük iken, reisin sağlık sigortası türünün yeşil kartlı olduğu hanelerde daha yüksek bulunmuştur ancak istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,242$). Buna karşın, çocuksuz çiftlerin ve tek yetişkinli ailelerin oluşturduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, çok değişkenli analiz bulgularından farklı olarak, istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0,005$ ve $p=0,025$, sırasıyla).

Ayrıca, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı çok değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı iken, reisin sağlık sigortası türünün yeşil kartlı olduğu haneler itibariyle yapılan analizde istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p=0,093$). Araştırma yılları da çok değişkenli analize kıyasla farklılık göstermiştir. 2004 yılına kıyasla, 2005-2012 yılları çok değişkenli analizde eksik sigorta ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif yönde ilişkili iken, reisin yeşil kartlı olduğu haneler itibariyle yapılan analizde bu yılların eksik sigortayla olan ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 39. Hanehalkı Reisinin Yeşil Kart Kapsamında Olduğu Haneler İtibariyle Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2012)

Değişken Adı	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	0,005	0,000	1,005	1,004	1,006
Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	0,007	0,000	1,007	1,007	1,008
Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	0,008	0,000	1,008	1,007	1,009
Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı	0,238	0,093	1,269	,961	1,676
Hanede 65 + yaş birey sayısı	0,521	0,000	1,684	1,332	2,127
Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	0,564	0,030	1,758	1,055	2,929
Hanehalkı büyüklüğü	-0,366	0,000	,694	0,611	0,787
Hanehalkı reisinin yaşı					
15-24			Referans grup		
25-34	1,387	0,150	4,002	0,605	26,491
35-44	1,321	0,173	3,746	0,560	25,054
45-54	0,979	0,318	2,661	0,389	18,195
55-64	1,010	0,310	2,746	0,390	19,321
65 +	0,774	0,464	2,169	0,273	17,202
Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi					
İlkokul ve daha düşük			Referans grup		
İlköğretim, ortaokul veya orta dengi meslek	-0,627	0,126	0,534	0,239	1,193
Lise veya lise dengi meslek	-0,383	0,345	0,682	0,308	1,509
2 yıllık lisans	-3,517	0,188	0,030	0,000	5,548
4 yıllık lisans veya lisansüstü	2,785	0,457	16,192	0,010	25047,118
Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu					
Çalışıyor			Referans grup		
Çalışmıyor	-0,370	0,061	0,691	0,469	1,017
Hanehalkı reisinin medeni durumu					
Hiç evlenmedi	-1,119	0,316	0,327	0,037	2,908
Evlü	-0,280	0,627	0,755	0,244	2,338
Eşi öldü	0,136	0,809	1,146	0,379	3,470
Boşandı			Referans grup		

Tablo 39. Hanehalkı Reisinin Yeşil Kart Kapsamında Olduğu Haneler İtibariyle Lojistik Regresyon Analizi Bulguları (2004-2012) (Devam)

Değişken Adı	Regresyon katsayısı (β)	P değeri	Odds Oranı	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Hanehalkı tipi					
<i>Tek çocuklu çekirdek aile</i>				<i>Referans grup</i>	
<i>İki çocuklu çekirdek aile</i>	0,436	0,242	1,547	0,744	3,213
<i>Üç ve daha fazla çocuklu çekirdek aile</i>	0,354	0,360	1,424	0,667	3,040
<i>Çocuksuz çift</i>	1,094	0,005	2,987	1,387	6,433
<i>Ataerkil veya geniş aile</i>	-0,518	0,249	0,596	0,247	1,438
<i>Tek yetişkinli aile</i>	0,971	0,025	2,639	1,127	6,182
<i>Birarada yaşayan kişiler</i>	0,531	0,499	1,700	0,365	7,920
Araştırma yılı					
<i>2004</i>				<i>Referans grup</i>	
<i>2005</i>	0,080	0,860	1,083	0,445	2,637
<i>2006</i>	-0,424	0,344	0,655	0,272	1,575
<i>2007</i>	-0,075	0,861	0,928	0,399	2,156
<i>2008</i>	-0,068	0,878	0,934	0,394	2,214
<i>2009</i>	-0,268	0,526	0,765	0,333	1,753
<i>2010</i>	-0,181	0,656	0,834	0,376	1,851
<i>2011</i>	-0,419	0,318	0,657	0,289	1,497
<i>2012</i>	-0,441	0,303	0,644	0,278	1,489
Sabit	-5,196	0,000	0,006		

Tablo 37’de sunulan çok değişkenli lojistik regresyon analizi bulgularına dayalı olarak, araştırma hipotezlerinin desteklenme durumları Tablo 40’da özetlenmektedir.

Tablo 40. Araştırma Hipotezlerinin Özeti

Hipotez	Değişken	Varsayılan İlişki
H1: Hanenin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin sağlık sigortası türüne göre farklılık gösterecektir.	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Desteklendi
H2: Yüksek gelirli hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, düşük gelirli hanelere göre daha yüksektir.	Hanehalkının %20’lik tüketim harcaması dilimindeki yeri	Desteklenmedi
H3: Yatarak sağlık hizmeti almak için daha yüksek miktarda cepten harcama yapan hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, yatarak sağlık hizmeti almak için daha az miktarda cepten harcama yapan hanelere göre daha yüksektir.	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama miktarı	Desteklendi
H4: Hanelerin ayakta sağlık hizmeti almak için yaptıkları cepten harcamanın miktarı, hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkilememektedir.	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama miktarı	Desteklenmedi
H5: Hanelerin ilaç için yaptıkları cepten harcamanın miktarı, hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkilememektedir.	Hanede ilaç almak için yapılan cepten harcama miktarı	Desteklenmedi
H6: Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı arttıkça, hanenin eksik sigortalı olma olasılığı yükselecektir.	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı (sağlık sorunu göstergesi)	Desteklendi
H7: Hanede 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının daha yüksek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanede 65 yaş ve üzerindeki bireylerin sayısının daha az olduğu hanelere göre daha yüksektir.	Hanede 65 ve üzeri yaşında bireylerin sayısı	Desteklendi
H8: Hanede 5 yaş altı çocukların sayısının daha yüksek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanede 5 yaş altı çocukların sayısının daha az olduğu hanelere göre daha yüksektir.	Hanede 5 yaş altı çocukların sayısı	Desteklendi
H9: Hanede yaşayan fert sayısının daha fazla olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanede yaşayan fert sayısının daha az olduğu hanelere göre daha yüksektir.	Hanede yaşayan toplam kişi sayısı	Desteklenmedi

Tablo 40. Araştırma Hipotezlerinin Özeti (Devam)

Hipotez	Değişken	Varsayılan İlişki
H10: Hanehalkı reisinin yaşının daha yüksek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin daha genç olduğu hanelere göre daha yüksektir.	Hanehalkı reisinin yaşı	Desteklenmedi
H11: Hanehalkı reisinin eğitim düzeyinin daha düşük olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin eğitim düzeyinin daha yüksek olduğu hanelere göre daha yüksektir.	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Desteklendi
H12: Hanehalkı reisinin erkek olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin kadın olduğu hanelere göre daha yüksektir.	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Yüksek korelasyon sorunu sebebiyle test edilemedi
H13: Hanehalkı reisinin işsiz olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı, hanehalkı reisinin çalıştığı hanelere göre daha yüksektir.	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Desteklenmedi
H14: Hanehalkı reisinin medeni durumuna göre hanenin eksik sigortalı olma olasılığı farklılık göstermemektedir.	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Desteklendi
H15: Hanehalkının yapısına göre hanenin eksik sigortalı olma olasılığı farklılık göstermemektedir.	Hanehalkı yapısı	Desteklenmedi

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, Türkiye’de eksik sigortalı hane prevalansını belirlemek ve hanelerin eksik sigortalı olma olasılığını etkileyen faktörleri analiz etmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Hanelerin eksik sigortalılık durumu ekonomik yaklaşımla tanımlanmıştır. Bu tanımlama neticesinde, 2004-2014 yıllarını kapsayan 11 yıllık dönemde eksik sigortalı hane prevalansı dalgalanma göstermekle birlikte genel olarak yıllar içerisinde artmıştır. Bu artış 2014 yılında 2004 yılına göre %69 olarak belirlenmiştir. Tanımlayıcı bulgular eksik sigortalı hane prevalansında yıllar itibariyle artışa işaret etmekle birlikte, çok değişkenli analizde 2004 yılına göre kapsanan tüm yıllarda eksik sigortalılık riskinin azaldığı bulunmuştur. Bu bulgu karıştırıcı faktörlerin etkisini bertaraf etmenin önemine işaret etmektedir.

Eksik sigortalılık sorunu ile karşı karşıya kalan hane prevalansı ile ilgili elde edilen bulguların karşılaştırılabileceği ulusal bir referans bulunmamaktadır. Fakat hem ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılığın ölçülmesi hem de hane düzeyinde analizlerin yapılmasına istinaden, ulusal katastrofik cepten sağlık harcaması bulguları bu bağlamda referans olarak alınabilir. Bu bağlamda, araştırmanın bulguları, katastrofik cepten sağlık harcamasıyla ilgili mevcut iki araştırmanın bulgularıyla tutarlı görünmektedir. Yardım ve arkadaşlarının (64) 2003, 2006 ve 2009 yıllarını kapsayan tanımlayıcı türdeki araştırmasında, yıllar itibariyle katastrofik cepten sağlık harcaması yapan hane prevalansı azaldığı bulunmuştur. Özgen Narcı ve arkadaşlarının (65) yaptığı çalışmada da çok değişkenli analiz bulguları 2004 yılına kıyasla 2005-2010 yıllarında hanelerin katastrofik harcama yapma olasılığının azaldığını ortaya koymuştur. Bu kıyaslamaları yaparken, bir noktanın hatırlatılmasında yarar vardır. Bu tez çalışmasında kapsanan haneler, fertlerinin tamamının sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerden oluşmuştur. Oysa katastrofik cepten harcama araştırmalarında bu özellikteki hanelerin seçilmesi bir kriter değildir. Ayrıca katastrofik cepten sağlık harcaması tanım itibariyle, daha spesifik ve komplike hesaplama yöntemlerini gerektirmektedir. Bu farklılıklara rağmen bulgularda tutarlılık tespit edilmesi, olumlu bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

Hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı/riski ile ilişkili olabilecek faktörlerin belirlenmesi için yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizi sonucunda, 14 bağımsız değişkenin 3’ü istatistiksel olarak anlamsız, 11’i istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İstatistiksel olarak anlamsız bulunan değişkenler hanehalkı reisinin yaşı,

hanehalkı reisinin medeni durumu ve hanehalkı reisinin çalışma durumudur. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenler aşağıda belirtilmektedir:

1. Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü,
2. Hanenin gelir düzeyi,
3. Hanede yatarak sağlık hizmeti için cepten yapılan harcama miktarı,
4. Hanede ayakta sağlık hizmeti için cepten yapılan harcama miktarı,
5. Hanede ilaç için cepten yapılan harcama miktarı,
6. Hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı,
7. Hanede 65 yaş ve üzeri birey sayısı,
8. Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı,
9. Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi,
10. Hanehalkı büyüklüğü,
11. Hanehalkı yapısı/aile yapısı.

Çok değişkenli analiz sonucunda hanenin eksik sigortalılık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu bulunan değişkenlere ilişkin açıklamalar aşağıda sunulmaktadır.

5.1. Hanehalkı Reisinin Sağlık Sigortası Türü

Bireylerin kapsadıkları sağlık sigortasının türü, literatür bölümünde de anlatıldığı üzere, sağlık hizmetlerine erişimi, kullanımı ve cepten harcamaların yaratacağı finansal riske karşı korumayı doğrudan etkiler. Ayrıca, eksik sigorta sadece sağlık sigortası şemsiyesi altındaki nüfusu ilgilendiren bir konudur. Bu özellikleri itibarıyla sağlık sigortasının türü eksik sigortalılık konusu ile yakından ilişkilidir. Bu araştırmanın bulguları bu ilişkiyi teyit etmiştir. Bu bağlamda hem ulusal hem de uluslararası bulgularla tutarlılık söz konusudur (8, 39, 46, 64, 65, 79).

Fakat “hangi sağlık sigortası programı eksik sigorta riski ile nasıl ilişkilidir?” sorusunun cevabı noktasında, bulgular arasında farklılıklar bulunmaktadır. Bu araştırmanın çok değişkenli analizinde hanehalkı reisinin özel sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerde eksik sigortalılık olasılığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki bulguların bazıları özel sağlık sigortasının eksik sigorta riskine katkısının kamu programlarına göre daha fazla

olduğunu gösterirken (8), diğerleri tam tersini ortaya koymaktadır (39, 46). Bu farklılıklar evren ve örneklem seçimindeki farklılıklara atfedilebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde özel sigortanın dezavantaj sağladığı yönündeki bulguların ana sebebi, katılım eşikli katkı payı uygulamasının olması ve bunun zaman içinde artmasıdır (4, 5, 6). Bu bağlamda, bu çalışmanın özel sigorta ile ilgili bulgusunun ABD'de yapılan araştırma bulgularıyla tutarlı olduğunu söylemek mümkündür.

Özel sağlık sigortası ile ilgili bulgu ulusal literatürdeki bulgularla karşılaştırıldığında, SB tarafından (79) yapılan çalışmanın bulgusu ile tutarlı iken, Yardım ve arkadaşları (64) tarafından yapılan araştırmanın bulgusuyla tutarlı değildir. Özel sigortalılarla ilgili bu farklılık birçok sebepten kaynaklanmış olabilir. Bunlar arasında en temel olanı, bu araştırmanın evreninin tüm fertlerinin sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerden oluşmasıdır. Araştırma evreni bu şekilde tanımlandığından, hanehalkı reisinin özel sigortalı olduğu hanelerle ilgili analizler bu çalışmada sadece 2012-2014 yılları için mümkün olmuştur. Yardım ve arkadaşlarının (64) çalışmasında ise tüm haneler kapsandığından hem reisin özel sigortalı olduğu haneler daha geniş bir kitleyi oluşturmaktadır hem de 2009 sonrası yıllar kapsamamaktadır. Bir diğer olası sebep, Yardım ve arkadaşlarının katastrofik cepten harcamayı hanenin ödeme kapasitesi itibarıyla tanımlamış olmasıdır. Spesifik olarak, bu çalışmada cepten harcamanın hanenin tüketim harcaması içindeki payının en az %10 olması eksik sigortalılığı tanımlarken, cepten harcamanın ödeme kapasitesi içindeki payının en az %40 olması katastrofik cepten harcamayı tanımlamıştır. Bir diğer olası sebep, kullanılan istatistiksel analiz tekniğidir. Yardım ve arkadaşlarının (64) bulgusu tanımlayıcı analize dayanırken, bu araştırmanın bulgusu çok değişkenli analize dayalıdır. Bulgular bölümünde de sunulduğu üzere, bu araştırmanın iki değişkenli regresyon analizinde hanehalkı reisinin özel sigortalı olduğu hanelerde eksik sigortalılık riski göreceli olarak yüksek bulunmuştur. Çok değişkenli regresyon analizi ile olası karıştırıcı faktörlerin etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra ise düşük riskli bir bulgu elde edilmiştir.

Hanehalkı reisinin yeşil kartlı olduğu hanelerde eksik sigortalı olma riskinin arttığı bulgusu, yöntem farklılıklarına rağmen, ulusal katastrofik harcama araştırmalarının bulgularıyla tutarlıdır (63-65). Bu noktada, bu çalışmanın iki değişkenli regresyon analizi bulgularının hanehalkı reisinin yeşil kartlı olduğu hanelerin eksik

sigortalı olmaya karşı korunduğuna işaret ettiğini belirtmekte yarar vardır. Bu da karıştırıcı faktörlerin etkisini kontrol etmenin önemine işaret etmektedir.

Hanehalkı resinin GSS kapsamında olduğu hanelerin eksik sigorta sorununa daha yüksek olasılıkla maruz kaldığı bulgusunun kıyaslanabileceği bir referans bulunmamaktadır. Çünkü konuyla ilişkili ulusal çalışmalar daha ziyade TÜİK Bütçe araştırmasına dayalı olduğundan, 2012 ve sonrasını kapsayan çalışmalarda bu sigorta kategorisi incelenebilecektir. Bulgular bölümünde de vurgulandığı üzere, 2012 yılında Yeşil Kart programı SGK'ya devredilerek toplumun bu kesimi GSS kapsamına alınmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada yeşil kartlı hanelerle ilgili tespit edilen eksik sigortalılık riski GSS'ye taşınmış olabilir. Bu varsayımın doğru olması halinde, GSS kapsamındaki hanehalkı reislerinin yönettiği hanelerin eksik sigortalı olma riski anlaşılabilir bir bulgudur.

5.2. Hanenin Gelir Düzeyi

Gelir düzeyi bireylerin sağlık statüleriyle doğrudan ilişkili bir faktördür. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin yaşam koşulları da gelir düzeylerine paralellik arz eder. Düşük yaşam standartları sağlık statüsünü olumsuz etkileyeceğinden, düşük gelirli haneler daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak ve dolayısıyla daha fazla cepten harcama yapacaktır. Finansal risk koruma politikalarına bağlı olarak, bu durum gelir düzeyi düşük hanelerin daha fazla cepten sağlık harcaması yapmasına ve eksik sigorta riskine yol açabilir (4). Literatür bölümünde vurgulandığı üzere, eksik sigortalılık durumu ekonomik veya deneyimsel yaklaşımla tanımlandığında ve ölçüldüğünde, doğrudan gelir ve cepten harcama arasındaki ilişkinin bir sonucu olduğu da hatırd tutulmalıdır.

Bu çalışmada hanehalkı gelir düzeyi, toplam tüketim harcaması itibariyle ölçülmüştür. Gelirin bir göstergesi olarak hanehalkı harcama düzeyi ile eksik sigortalılık riski arasında istatistiksel olarak anlamlı şekilde negatif ilişki belirlenmiştir. Bu bulgu, uluslararası araştırma bulgularıyla tutarlıdır (4, 6, 7, 8, 11, 38, 39, 47). Mevcut ulusal araştırma bulguları arasında karşılaştırma yapılabilecek tek çalışma, Özgen Narcı ve arkadaşlarının (65) yaptığı çalışmadır. Hanehalkı reisi sağlık sigortasına sahip olduğu halde katastrofik cepten harcama yapan ve yoksullaşan haneler arasında 2010 yılında

gıda yoksulluk sınırının bile altında yaşamak zorunda kalan haneler en düşük harcama dilimindeki hanelerdir. Dolayısıyla her iki araştırmanın bulguları tutarlıdır.

5.3. Hanede Yatarak Sağlık Hizmeti İçin Cepten Yapılan Harcama Miktarı

Alınan sağlık hizmetlerinin türü yapılan cepten sağlık harcamasının miktarını etkileyebilir. Genelde yatarak alınan sağlık hizmetleri daha maliyetli hizmetlerdir. Dolayısıyla bu pahalı hizmetlerin sigorta tarafından ne ölçüde kapsandığı bireye ve haneye getireceği finansal yükü etkilemektedir (65). Bu araştırmanın hem tanımlayıcı ve iki değişkenli regresyon analizi bulguları hem de çok değişkenli analiz bulguları, varsayıldığı üzere, hanelerin yatarak aldıkları sağlık hizmetlerine cepten yaptıkları harcama miktarındaki artışın eksik sigortalı olma riskini artırdığını bulmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde eksik sigortalılıkla ilgili yapılan bir çalışma (38), ayakta sağlık hizmeti alan bireylere kıyasla yatarak sağlık hizmeti alanların eksik sigortalılık olasılığını daha yüksek bulmuştur.

Ayrıca, hane halkı reisinin yeşil kartlı olduğu haneler için yapılan çok değişkenli regresyon analizinde yatarak sağlık hizmetleri için cepten harcama miktarının hanelerin eksik sigorta riskini artırdığı bulgusu da özellikle önemlidir. Genel Sağlık Sigortası çatısı altında kapsanmaya devam edilen bu grup hanelerin düşük gelirli olduğu da dikkate alındığında (bu çalışmada %62'si), önemli sağlık sorunları için alınan ve pahalı olan yataklı sağlık hizmetlerine cepten ödeme yapmalar ve bu sebeple eksik sigortalı olmalar esasen ayrı bir araştırma konusu olarak ele alınmalıdır.

5.4. Hanede Ayakta Sağlık Hizmeti ve İlaç İçin Cepten Yapılan Harcama Miktarı

Araştırmanın varsayımlarının aksine, ayakta sağlık hizmetleri ve ilaç için yapılan cepten harcamanın miktarı ile eksik sigortalılık riski arasında da pozitif bir ilişki belirlenmiştir. Bu bulgu, tanımlayıcı bulgular kısmında (Şekil 23) bu iki hizmet kalemi için cepten harcama yapan hanelerin yüzdesinin eksik sigortalı olmayan hanelere göre çok daha yüksek olduğu bulgusunu desteklemiştir. Bu bulgulara dayanarak, eğer ayakta sağlık hizmetleri ile ilaç için yapılan cepten harcamanın miktarının ölçüldüğü değişkenlerin yerine hanenin ayakta sağlık hizmetleri ile ilaç için cepten harcama yapma durumu değişkenleri kullanılmış olsaydı da bulguların tutarlılığını koruyacağı öngörülmüştür. Nitekim, çok değişkenli regresyon analizleri bu şekilde tanımlanan iki

değişken kullanılarak tekrar yapıldığında bu öngörü doğrulanmıştır. Kendi içinde tutarlılığı olan bu bulguların kıyaslanabileceği ulusal veya uluslararası bir çalışma bulunmamaktadır.

5.5. Hanede Günlük Faaliyete Engel Fiziksel ya da Zihinsel Problemi Olan Bireylerin Sayısı

Hanede sağlık sorunu olan birey sayısı arttıkça, hanenin sağlık hizmeti kullanımı artacağından cepten sağlık harcamalarının da artması beklenir (6). Bu da hanenin eksik sigorta sorunu ile karşı karşıya kalma riskini artırabilecektir. Bu araştırmada sağlık sorunu göstergesi olarak, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı kullanılmıştır. Bu değişken esasen yeti yitimine (disability) de işaret etmektedir. Bu araştırmanın, hanede günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemi olan bireylerin sayısı ile eksik sigortalı olma olasılığı arasında pozitif bir ilişki olduğu bulgusu uluslararası literatürle tutarlıdır (4, 6, 38, 39, 47). Ulusal çalışmalar arasında bu bulgunun kıyaslanabileceği bir referans mevcut değildir.

5.6. Hanede 65 Yaş ve Üzeri Birey Sayısı

Yaş ile sağlık statüsü arasındaki negatif ilişki bilinen bir gerçektir. Yaş ilerledikçe özellikle artan kronik hastalıklar nedeniyle kötüleşen sağlık statüsü, sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı ve cepten harcama yükünü artırabileceğinden (64, 65) eksik sigortalılık riski de artabilir. Bu araştırmada, varsayım doğrulanarak, hanede 65 yaşında ve daha yaşlı olan bireylerin sayısı arttıkça eksik sigortalılık riskinin yükseldiği bulunmuştur. Ulusal çalışmalar arasında bu bulgunun kıyaslanabileceği bir araştırma bulunmamaktadır. Uluslararası literatürde ise çoğunlukla 19-64 yaş arası bireyler araştırmada kapsamaktadır. 65 yaş ve daha yaşlı olan bireylerin kapsandığı sadece iki çalışma mevcuttur (7, 8). Her iki çalışmada da eksik sigortalılık yüzdesi 65 yaş ve üzeri kişilerde daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular, bu araştırmanın bulgusu ile tutarlı değildir. İki uluslararası çalışmanın da birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran yetişkinlerle gerçekleştirilmiş olması ve eksik sigortalılığın deneyimsel yaklaşımla ölçülmüş olması bulgulardaki farklılığa sebep olmuş olabilir. Literatürde bilimsel bir açıklama getirilmemekle birlikte, yaşlı bireylerin parası olmadığı için sağlık hizmeti alamaması ihtimalinin düşük olduğu söylenebilir.

5.7. Hanede 5 Yaş Altı Çocuk Sayısı

5 yaş altı çocukların sağlık statülerinin korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinin önemi sadece ülkelerin sağlık sistemlerini iyileştirme hedefleri arasında yer almasından değil aynı zamanda ekonomik büyümesine katkıda bulunmasından da kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla çocukların sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde sağlık sigortasının yadsınamayacak bir rolü vardır.

Bu araştırmanın çok değişkenli analizi, araştırmanın beklentisi doğrultusunda, hanede 5 yaş altındaki çocuk sayısı ile eksik sigortalılık riski arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Ulusal çalışmalar arasında bu bulgunun kıyaslanabileceği bir araştırma mevcut değildir. Uluslararası literatürde Kogan ve arkadaşlarının (44) bulgusu, tam tersi bir ilişki olduğuna işaret etmiştir. Farklılığı açıklayabilecek olası sebepler arasında Kogan ve arkadaşlarının çalışmasının sadece çocukları kapsamı, bireysel düzeyde analizler yapması ve ABD’de sigorta programlarının çocuklara sağladığı hizmet paketi ve çocuklarla ilgili cepten harcama politikaları gösterilebilir.

5.8. Hanehalkı Büyüklüğü

Hanede yaşayan fert sayısı arttıkça, sağlık hizmeti ihtiyacı olan fert sayısının ve dolayısıyla sağlık hizmeti kullanımının ve cepten harcamaların artması beklenebilir. Bu çalışmada hanehalkının büyüklüğü ile hanenin eksik sigortalı olma olasılığı arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bir başka ifadeyle, hanede yaşayan birey sayısının artması, haneyi eksik sigortalı olma riskine karşı korumaktadır. Dolayısıyla, araştırmanın beklentisinin aksine bir bulgu elde edilmiştir.

Ulusal çalışmalar arasında bu bulgunun kıyaslanabileceği bir çalışma bulunmamaktadır. Literatürde hanehalkı büyüklüğü ile eksik sigortalılık arasındaki ilişkinin incelendiği tek çalışma Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmasıdır. Söz konusu çalışmanın çok değişkenli regresyon analizi sonucunda hanehalkı büyüklüğü ile eksik sigortalılık riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmemiştir. Bu da bu araştırmanın bulgusuyla uyumlu bir bulgu olmadığı anlamına gelmektedir.

Hanehalkı büyüklüğünün eksik sigortalılık sorunu ile negatif ilişkisi literatürde birçok olası sebeple açıklanmaktadır: haneler büyüdükçe fertlerin sağlık sorunu

yaşadıklarında birbirlerine daha fazla destek olması ve daha az sağlık hizmeti alma ihtiyacı duyması (68); daha büyük hanelerin daha geniş sosyal ağlardan sağlık harcamalarına maddi destek bulabilme imkanının olması (68); büyük hanelerin özel sağlık kuruluşlarını daha az kullanma ve dolayısıyla daha az cepten harcama yapmaları (65, 80). Bu açıklamalar ışığında, bu araştırmanın hanehalkı büyüklüğü ile eksik sigorta arasında negatif yönde bir ilişki bulmasının kabul edilebilir bir bulgu olduğu söylenebilir.

5.9. Hanehalkı Reisinin Eğitim Düzeyi

Eğitim düzeyi yükseldikçe, bireylerin sağlık statüleriyle ilgili daha bilinçli değerlendirme yapma ve ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmeti alma yönündeki eğilimleri göreceli olarak daha yüksektir. Ancak bu gruptaki bireyler aynı zamanda gelir düzeyi daha yüksek olması ve sağlık sigortası kapsamında olması beklenen bireylerdir. Dolayısıyla eksik sigortalı olma riski ile daha düşük seviyede karşılaşmaları beklenebilir. Nitekim, araştırmanın bu yöndeki varsayımı, çok değişkenli analizde doğrulanmıştır. Bu bulgu, eğitim düzeyine göre eksik sigortalılığı ele alan Ziller ve arkadaşlarının (38) ekonomik yaklaşımla özel sağlık sigortalı bireyleri kapsayan çalışmalarındaki bulguyla uyumludur. Ulusal çalışmalar arasında bu bulgunun kıyaslanabileceği bir çalışma bulunmamaktadır.

5.10. Hanehalkı Yapısı

Bu çalışmada iki çocuklu çekirdek ailelerin eksik sigortalı olma olasılığı tek çocuklu çekirdek ailelere göre daha düşük bulunmuştur. Literatürde hanehalkı yapısı ile eksik sigortalılık bağının incelendiği tek çalışma olan Schoen ve arkadaşlarının (4) çalışmasında çocuk sahibi olmayan bekar kişiler ile çocuk sahibi olan bekar kişilerin eksik sigortalı olma riskinin aynı olduğu bulunmuştur. Schoen ve arkadaşlarının (4) çalışmasındaki aile yapısı tanımı ile bu çalışmanın tanımı aynı olmadığından karşılaştırmada yapılamamıştır. Ulusal çalışmalar arasında bu bulgunun kıyaslanabileceği bir çalışma bulunmamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de GSS ve özel sağlık sigortası ile birlikte nüfusun neredeyse tamamı sağlık sigortası şemsiyesi altında toplanmıştır. Finansal koşulların sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında ciddi bir engel oluşturduğu gerçeği göz önüne alındığında, bu gelişme dikkate değerdir. Ancak, bir ülkede sigorta şemsiyesi altına alınan nüfusun büyüklüğü kadar, sigorta kapsamının ne ölçüde finansal koruma sağlayabildiği, hizmete erişimi ve kullanımı kolaylaştırabildiği konusu sağlık sonuçlarında istenilen düzeye ulaşılması açısından önemlidir. Bu bakımdan eksik sigortalılığın boyutu bir toplumda ölçülmesi ve izlenmesi gereken önemli ve çok boyutlu bir sorundur.

Bu çalışma, Türkiye genelinde 2004-2014 yılları arasında tüm fertlerinin sağlık sigortasına sahip olduğu hanelerde eksik sigorta sorununun boyutunun ve ilişkili olduğu faktörlerin ilk kez incelendiği bir çalışmadır.

Araştırma bulgularına göre sağlık amaçlı cepten harcama yapan hanelerin yüzdesinde 2004 yılına göre 2014 yılında **%41**’lik ciddi bir artış tespit edilmiştir. Ortalama reel tüketim harcaması ve cepten sağlık harcaması yıllar itibariyle genel olarak artış göstermiştir. Ancak reel tüketim harcamasında, 2004 yılına (11.807 TL) göre 2014 yılında (15.900 TL) yaklaşık **%35**’lik artış gerçekleşirken; reel ortalama cepten sağlık harcaması 2004 yılına (259,45 TL) göre 2014 yılında (553,74 TL) **%114** artış göstermiştir. Buna paralel olarak hanelerin sağlık amaçlı yaptıkları cepten harcamaların tüketim harcamaları içindeki payı da genel olarak artarak 2004 yılında **%1,92**’den 2014 yılında **%3,29**’a yükselmiştir. Tüm bu bulgular, sağlık sigortası kapsamının yetersizliği hakkında önemli ipuçları vermektedir ve bu konuda daha detaylı araştırmaların yapılması gereğini göstermektedir.

Hanelerin tüketim harcaması dilimlerine bakıldığında en düşük harcama dilimindeki hanelerde (1. dilim) ortalama cepten sağlık harcaması 2004 yılına (59,64 TL) göre 2014 yılında (140,66 TL) **%135**’lik bir artışla gerçekleşmiştir. En yüksek harcama dilimindeki hanelerde (5. dilim) ise, 2004 yılına (708,15 TL) göre 2014 yılında (1.285,76 TL) **%81**’lik bir cepten sağlık harcaması artışı tespit edilmiştir. 2004 yılına göre 2014 yılında gelir düzeyi düşük hanelerde sağlık için cepten harcama **%135** artarken, gelir düzeyi yüksek hanelerin yaptıkları cepten sağlık harcamaları sadece **%81** artış göstermesi dikkate değer önemli bir bulgudur. İki grup arasındaki harcama farkı

2004 yılında 12 kat iken, 2013 yılında 6,1 kata kadar gerilemiştir. Düşük gelirli grubun sağlık harcamalarının çok yüksek seviyede artış göstermesi, bu kesime özel sağlık harcamalarını azaltacak sigorta türleri üzerinde çalışılması gereğini ortaya koymaktadır. Ayrıca lojistik regresyon analizi sonucu, düşük gelirli hanelerin yüksek gelirli hanelere göre eksik sigortalılık riskinin yüksek olduğu ve gelir yükseldikçe hanelerin eksik sigorta riskine karşı korunduğu tespit edilmiştir. Bu tespit sonucunda, düşük gelirli gruplara özgü gelir artırıcı politikaların ve yöntemlerin öncelikle geliştirilmesi zarurieti ortaya çıkmaktadır.

Cepten sağlık harcamasının sigorta türlerine göre dağılımına bakıldığında, 2004 yılında en fazla cepten harcama yapan hanelerin, hanehalkı reisinin zorunlu ve isteğe bağlı sağlık sigortasına sahip olan haneler olduğu, en az harcama yapan hanelerin ise hanehalkı reisinin yeşil kart sahibi olan haneler olduğu belirlenmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre; hanehalkı reisinin yeşil kart sahibi olduğu hanelerin, hanehalkı reisinin zorunlu sigortalı olduğu hanelere kıyasla eksik sigortalı olma olasılığı istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ve yaklaşık 1,5 kat daha fazla risk altındadır. 2014 yılında en yüksek cepten harcama yapan haneler ise, hane reisinin özel sigortası bulunan haneler olduğu tespit edilmiştir. Ancak, lojistik regresyon analizine göre; hanehalkı reisinin özel sigortalı olduğu hanelerin eksik sigortalı olma olasılığı daha düşük bulunmuştur.

Cepten sağlık harcaması alt kalemlerinin toplam cepten sağlık harcaması içindeki payına ilişkin elde edilen bulgularda ilginç dalgalanmalar tespit edilmişti; ayakta alınan sağlık hizmetleri harcamalarının toplam cepten harcama içindeki payı 2004 yılına kıyasla 2014 yılında %10 artmıştır. Yatarak sağlık hizmetleri için yapılan cepten harcama payı 2004 yılında %10,15 iken, 2014 yılında %82 artarak yaklaşık %19'a çıkmıştır. Cepten harcamaların yataklı sağlık hizmeti alımında önemli olduğu dikkate alındığında, bu bulgu dikkat çekicidir. İlaç harcamalarının toplam cepten harcama içindeki payı ise, 2004 yılına kıyasla 2014 yılında %77'lik azalma ile gerçekleşmiştir. İlaç harcamalarındaki düşüş ilaç tüketiminin artmasına rağmen oluşması, jenerik ilaç pazar payının artmasından ve dolayısıyla ilaç fiyatlarının düşmesinden kaynaklanmaktadır.

Çalışmada, tüketim harcaması içinde %10'u aşan sağlık harcaması yapan haneleri "Eksik sigortalı" hane kabul eden eşik değer ile; 2004 yılında hanelerin

%5,2'si, 2014 yılında ise hanelerin **%8,8'inin** eksik sigortalı olduğu belirlenmiştir. Eksik sigortalı olan hanelerin, sorunun en çok yaşandığı ve literatür geçmişi olan ABD'de olduğu gibi yüksek boyutlarda olmaması olumlu bir durumdur. Ayrıca, regresyon analizi bulgularına göre, 2004 yılına kıyasla 2005-2014 yıllarında eksik sigortalılık riskinde bir azalma olduğunun tespiti de bir diğer olumlu gelişmedir. Diğer yandan, özellikle son yıllarda hanelerin yaklaşık **%9'lara** varan kesiminin eksik sigortalılık sorunu yaşamış olması, Türkiye sağlık sisteminde bu sorunun varlığına işaret etmektedir.

Bu soruna yüksek oranda maruz kalan hanelerin özellikle düşük gelirli, yeşil kartlı, engelli, yaşlı ve çocukların daha fazla sayıda bulunduğu haneler olması, ABD'de olduğu gibi dezavantajlı/kırılgan hanelerin yakından izlenmesi gereğine işaret etmektedir. Ayrıca, alınan hizmet ister ayakta ister yatarak olsun, cepten ödeme miktarı arttıkça, haneler ve ülke açısından ciddi sonuçları olabilecek eksik sigorta riski de artmaktadır. Aynı risk, fiyatı yıllardır ciddi şekilde kontrol edilmeye çalışılan ve her tür ilacın sigorta kapsamında olmadığı ilaç ödemelerinde de söz konusudur. Özel sağlık kuruluşlarının giderek artan kullanımı (81) dikkate alındığında, bütün bu faktörlerden kaynaklı eksik sigorta riskinin artacağı öngörülebilir. Bu da sağlık sigortası programlarının sunduğu hizmet paketlerinde düzenlemeler yapılması gereğine işaret etmektedir. Bu noktada, tamamlayıcı özel sağlık sigortası makul bir alternatif olarak görünmektedir. Ancak düşük gelirli hanelerin özel sağlık sigortası satın alma gücünün zayıf olduğu gerçeğinden hareketle, toplumun farklı kesimleri için inovatif modellerin geliştirilmesi ihtiyacı hasıl olmaktadır. Bu bağlamda, yaratıcı yeni modellerin geliştirilmesi aşamasında temel ilke; sağlık hizmeti kullanıcılarının ihtiyaçları ile kullanımları arasındaki açığı kapatmak ve finansal korumanın çerçevesini genişleterek hizmetlere erişimi genişletmek olmalıdır.

Bu çalışma, Türkiye'de eksik sigortalılık konusunda yararlı, öncü bilgiler sağlamakla birlikte, birçok önemli sınırlılıklar altında gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla araştırma bulgularının bu sınırlılıklar dikkate alınarak yorumlanması gerekmektedir. Bu sınırlılıklar ve gelecekteki araştırmalar için öneriler aşağıda belirtilmektedir.

Uluslararası literatürden farklı olarak eksik sigortalılık durumunun birey düzeyinde değil hane düzeyinde tahmin edilmesi:

Bunun sebebi, daha önce de vurgulandığı üzere, TÜİK bütçe araştırmalarında sağlık harcamalarının hane düzeyinde toplanmasıdır. TÜİK Bütçe Araştırması verileri kullanılarak eksik sigortalılık konusunun incelenebilmesi için, bu araştırmada, tüm bireylerin sağlık sigortasına sahip olduğu haneler kapsama alınmıştır. Dolayısıyla, araştırma kapsamı dışında bırakılan hanelerde eksik sigortalı olan bireyler kapsamamıştır. Bir başka ifadeyle, bu araştırmada eksik sigortalılık sorunu gerçekte olduğundan daha düşük tahmin edilmiş olabilir (underestimation). Gelecekteki araştırmaların birey düzeyinde yapılması, en azından hane düzeyinde yapılan araştırmalarla kıyaslama imkanı da verebilecektir.

Yıl boyunca sağlık sigortasına sahip bireylerden oluşan bir eksik sigortalı bireyler kategorisi oluşturulamaması:

Bunun sebebi, daha önce de vurgulandığı üzere, TÜİK bütçe araştırmalarında sigortalılık durumunun süresine yönelik bir ayırım yapılmasına imkan tanımamasıdır. Uluslararası literatürde “eksik sigortalı” nüfus, yıl boyunca sağlık sigortasına sahip bireyler arasından seçilen örnekleme tespit edilmektedir. Bunun gerekçesini ve önemini bir örnek ile açıklamak yararlı olacaktır. Sağlık sigortası olan, ancak bunun süresinin bilinmediği, bir bireyin eksik sigortalı olarak tespit edildiğini varsayalım. Eğer bu birey gerçekte sadece 1 aylık süreyle sağlık sigortasına sahipse, kalan 11 ay süreyle sigortasız demektir. Bu durumda, bu bireyin söz konusu 11 ay boyunca yapmış olduğu sağlık harcamalarının eksik sigortalılık durumunun belirlenmesinde kullanılan sağlık harcaması havuzuna dahil edilmemesi gerekir. Çünkü eksik sigortalılık durumu sadece “sigortalı” bireyler için söz konusudur. Bu araştırmada kapsanan hanelerdeki bireylerin ne kadarının yıl boyunca sağlık sigortasına sahip olduğu bilinmediğinden, 12 ay boyunca sigortalı oldukları varsayılmıştır. Dolayısıyla elde edilen eksik sigortalılık tahminleri gerçekte olduğundan daha yüksek olabilir (overestimation).

Sağlık sigortası olmayan bireylerin yaşadığı hanelerin kapsam dışında bırakılması:

Yukarıda belirtilen sebeplerden ötürü, bu çalışmada sadece tüm fertlerinin sağlık sigortasının olduğu haneler kapsam dahilindedir. Dolayısıyla sağlık sigortasına sahip

olmayan fertlerin olduğu haneler kapsam dışında bırakılmıştır. Eksik sigortalı olarak sınıflanan hanelerin sigortasız bireylerin olduğu hanelerle bu araştırmada seşilmiş özellikler itibariyle farklılaşıp farklılaşmadığı belirlenememiştir. Gelecekteki araştırmaların bu iki grup haneyi karşılaştırması yararlı olacaktır.

GSS kapsamındaki hanelerin eksik sigortalılık durumlarına ilişkin sınırlı bilgi elde edilmesi:

GSS tüm nüfusun sağlık sigortası şemsiyesi altında toplanmasını hedeflemektedir ve nüfusun neredeyse tamamı GSS ile sağlık sigortasına sahip olmuştur. Ancak sağlık sigortasına sahip olmak, her tür sağlık hizmetinin sigorta tarafından %100 kapsanacağı anlamına gelmemektedir. Dolayısıyla GSS kapsamındaki sigortalı bireylerin ne ölçüde eksik sigortaya maruz kaldıkları izlenmelidir. Bu izleme, TÜİK bütçe araştırması bulgularına dayalı olarak yapılacaksa, TÜİK sigorta sınıflamasında GSS grubunun özellikle masrafları devlet tarafından karşılanan düşük gelirli grupları izlemeye izin verecek şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Çünkü bu araştırmada yeşil kart kapsamındaki hanehalkı reislerinin 2012 yılından sonra eksik sigortalılık durumlarına ilişkin bilgi elde edilememiştir. Genel Sağlık Sigortası hakkında daha doğru yorumlar yapabilmek için TÜİK'in harcamaları devlet tarafından karşılanan hanelerle ilgili ayrı bir sigorta kategorisi oluşturmasında yarar vardır.

Eksik sigortalılık durumunun sadece ekonomik bakış açısıyla tahmin edilmesi:

Literatürde, farklı bakış açılarıyla ele alınmış olduğunda da eksik sigortalılık sorununun net olarak ortaya konulmasında ciddi sıkıntı olduğu kabul edilirken, bu tez çalışmasında tek bir bakış açısıyla eksik sigortalılık konusunun incelenmesi önemli bir kısıtlılık olarak görülebilir. Çünkü bu çalışmada finansal ve/veya yapısal sebeplerden dolayı sağlık hizmeti alamayan ve sahip oldukları sağlık hizmeti paketi hakkında olumlu algıları olmayan haneler/bireyler kapsanamamıştır. Bir başka ifadeyle, deneyimsel yaklaşımla ve tutumsal yaklaşımla eksik sigortalılık ölçülememiştir. Bu da eksik sigortanın gerçekte olduğundan daha düşük tespit edilmesine yol açmış olabilir (underestimation). Nitekim, ABD'de yapılan araştırmalarda eksik sigortalılık ekonomik yaklaşımla tanımlanıp ölçüldüğünde diğer yaklaşımlara göre eksik sigortalılık prevalansı daha düşük bulunmuştur (45, 40). Ayrıca, Literatür bölümünde de dikkati

çekildiği üzere, eksik sigortalılık durumu farklı yaklaşımlarla belirlendiğinde, eksik sigortalı nüfusun profili farklılaşabilmektedir ve bu da farklı politikaları gerektirmektedir (40, 45).

Dolayısıyla gelecekteki çalışmalar, tüm yaklaşımları birarada kullanarak hangi yaklaşım kullanıldığında hangi bireylerin eksik sigortalı olduğunu ve eksik sigortalı bireylerin özelliklerinde/profillerinde önemli farklılık olup olmadığını incelemelidir. Yapılacak bu tür çalışmaların ışığında, uluslararası literatürde önerildiği üzere (40), Türkiye’de kapsamlı bir eksik sigortalılık indeksinin geliştirilmesine ihtiyaç olup olmadığının tespiti ve indeks geliştirmeye yönelik çalışmaların başlaması mümkün olabilecektir. Bir noktaya dikkati çekmekte yarar vardır. Eksik sigorta sorunu sadece sigorta paketinin tasarımından kaynaklanmamaktadır. Bu sorunun daha net anlaşılabilmesi ve çözümü için sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımla ilgili doğru parametrelerin yeterince ve doğru bir şekilde anlaşılması gerekmektedir. Bu parametreler arasında sağlık hizmeti kullanıcılarının davranışlarının da incelenmesi önem arz etmektedir.

Eksik sigortalılık durumunun yoksul haneler için tahmin edilememesi:

Uluslararası çalışmalar eksik sigortalılık durumunu çoğunlukla gelir düzeyi itibarıyla irdelemektedir. Bazı çalışmalar hem gelir düzeyini hem de yoksulluk durumunu birlikte ele almaktadır (11). Bu çalışmada yoksul haneler itibarıyla eksik sigortalılık incelenememiştir çünkü hanelerin yoksulluk itibarıyla çalışılması, detaylı ayrı bir çalışmayı gerektirmektedir. Gelecekteki çalışmaların eksik sigortalılık prevalansını ve ilişkili olduğu faktörleri yoksul haneler ve bireyler için incelemesi yararlı bilgiler sağlayacaktır.

Ayrıca bu tür bir çalışmada, ABD’de olduğu gibi, yoksul hanelerde eksik sigortalılık için ayrı bir eşik değer belirlenmesi de faydalı olacaktır. Böylece, ekonomik yaklaşımla eksik sigortalılığın tanımlanması halinde, bu çalışmada kullanılmayan ikinci bir ölçüt de kullanılabilir. Bu ikinci ölçüt, ABD’de “yoksul bir bireyin yıllık toplam cepten sağlık harcamasının yıllık toplam hane geliri içindeki payının en az %5 olması” şeklinde tanımlanmaktadır.

KAYNAKÇA

- (1) Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus R, Murray CJL. “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”, *Lancet*, 2003, 362: 111–117.
- (2) Strunk BC, Reschovsky JD. “Trends in U.S. health insurance coverage, 2001–2003”, Center for Studying Health System Change, Tracking Report, 2004, No. 9.
- (3) Blewett LA, Ward A, Beebe TJ. “How much health insurance is enough? Revisiting the concept of underinsurance”, *Medical Care Research and Review*, 2006, 63(6): 663-700.
- (4) Schoen C, Doty MM, Collins SR, Holmgren AL. “Insured but not protected: how many adults are underinsured?” *Health Affairs*, 2005, Jan-Jun;Suppl Web Exclusives: W5-289-W5-302.
- (5) Gabel JR, McDevitt R, Lore R, Pickreign J, Whitmore H, Ding T. “Trends in underinsurance and the affordability of employers coverage, 2004-2007”, *Health Affairs*, 2009, 28(4): w595-w606.
- (6) Collins SR, Rasmussen PW, Beutel S, Doty MM. “The problem of underinsurance and how rising deductibles will make it worse”, Issue Brief, Commonwealth Fund pub. 1817, 2015: Vol.13.
- (7) Cardinali G, Rhyne RL, Fleg A, Corum BN, Tsewang D, Jo A, Leiderman J, North C. “Underinsurance before the implementation of the affordable care act: from the research involving outpatient settings network (RIOS Net)”, *J Am Board Fam Med*, 2014, 27:855– 857.
- (8) Voorhees K, Fernald DH, Emsermann C, Zittleman L, Smith PC, Parnes B, Winkelman K, Westfall JM. “Underinsurance in primary care: a report from the state networks of Colorado ambulatory practices and partners (SNOCAP)”, *J Am Board Fam Med*, 2008, 21:309–16.
- (9) Perrin JM. “Treating underinsurance”, *New England Journal of Medicine*, 2010, 363(9): 881-883.
- (10) Saltzman EA, Eibner C, Enthoven AC. “Improving the affordable care act: an assessment of policy options for providing subsidies”, *Health Aff (Millwood)*, 2015, Dec;34(12):2095-103.
- (11) Schoen C, Doty MM, Robertson RH, Collins SR. “Affordable care act reforms could reduce the number of underinsured us adults by 70 percent”, *Health Aff (Milwood)*, 2011, 30:1762–71.
- (12) Lavarreda SA, Brown ER, Bolduc CD. “Underinsurance in the united states: an interaction of costs to consumers, benefit design, and access to care”, *Annu Rev Public Health*, 2011, 32:471– 82.
- (13) Pearson CF. “Analysis: Despite subsidies, chronically ill individuals will be underinsured in exchanges”, Washington, DC: *Avalere Health*, 2013.
- (14) Atun R. “Transforming Turkey’s health system — lessons for universal coverage”, *New England Journal of Medicine*, 2015, 373(14): 1285-1289.

- (15) WHO. "The world health report 2000, health systems: improving performance". http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Erişim: Mayıs 2016.
- (16) Mossialos E, Dixon A. "Funding health care: an introduction", Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J, (Ed.). "Funding Health Care: Options for Europe", *Buckingham & Philadelphia: Open University Press*, 2002, (s.1-30).
- (17) Thomson S, Mossialos E. "Private health insurance and access to health care in the european union", Euro Observer Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004, 6(1).
- (18) Belli P, Shahriari H. "Qualitative study on informal payments for health services in Georgia", World Bank, Washington, HNP Discussion Paper, 2002.
- (19) World Health Organization. "What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in Western Europe?", *Health Evidence Network (HEN) Report*, 2004.
- (20) Balabanova D, McKee M. "Understanding informal payments for health care: The example of Bulgaria", *Health Policy*, 2002, 62: 243-73.
- (21) Maynard A, Dixon A. "Private health insurance and medical savings accounts: theory and experience", Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds.). "Funding health care: options for Europe", Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 2002: pp:80-109.
- (22) Gaal P, Belli PC, McKee M, Szocska M. "Informal payments for health care: definitions, distinctions, and dilemmas", *Journal of Health Policy and Law*, 2006: 31(2), 251-93.
- (23) Whitehead M, Evans T, Dahlgren G. "Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap?", *The Lancet*, 2001, 358(9284): 833-836.
- (24) Xu K, Evans D, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. "Protecting households from catastrophic health spending". *Health Affairs*, 2007: 26(4): 972-983.
- (25) Van Doorslaer E, O'Donnell O, Rannan-Eliya R. *et al.* "Catastrophic payments for health care in Asia", *Health Economics*, 2007, 16(11): 1159-1184.
- (26) Baji P, Pavlova M, Gulácsi L, Groot W. "Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: evidence from Hungary", *International Journal for Equity in Health*, 2012: 11-36.
- (27) Szende A, Culyer AJ. "The inequity of informal payments for health care: the case of hungary", *Health Policy*, 2006, 75, 262-272.
- (28) Chaudhuri A, Roy K. "Changes in out of pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002", *Health Policy*, 2008, 88(1): 38-48.
- (29) Allin S. "Does equity in healthcare use vary across canadian provinces?" *Healthcare Policy*, 3(4), 2008: 83-99.
- (30) Falkingham J. "Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan", *Social Science and Medicine*, 58, 2004: 247-58.

- (31) Ozgen H, Sahin B, Belli P, Tatar M, Berman P. "Predictors of informal health payments: the example from Turkey", *Journal of Medical Systems*, 2010, 34: 387–396.
- (32) Nekoeimoghadam M, Esfandiari A, Ramezani F, Amiresmaili M. "Informal payments in healthcare: a case study of kerman province in Iran", *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 2013: 157–162.
- (33) Delcheva E, Balabanova D, McKee M. "Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria", *Health Policy*, 42(5), 1997: 89-100.
- (34) Farley P. "Who are the underinsured?" *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 1985, 63 (3): 476-503.
- (35) Bashshur R, Smith DG, Stiles RA. "Defining underinsurance: a conceptual framework for policy and empirical analysis", *Medical Care Review*, 1993, 50 (2): 199–218.
- (36) Abraham JM, DeLeir T, Royalty AB. "Moral hazard matters: measuring relative rates of underinsurance using threshold measures", *Health Services Research*, 2010, 45(3): 806-824.
- (37) Short PF, Banthin JS. "New estimates of the underinsured younger than 65 years", *Journal of the American Medical Association*, 1995 October, 274(16):1, 302.
- (38) Ziller EC, Coburn AF, Yousefian AE. "Out-of-pocket health spending and the rural underinsured", *Health Affairs*, 25, no: 6, 2006: 1688–1699.
- (39) Schoen C, Collins SR, Kriss JL, Doty MM. "How many are underinsured? trends among U.S. adults, 2003 and 2007", *Health Affairs*, 27, no:4, 2008:w298-w309.
- (40) Preskitt J, McEldowney R, Mulvihill B, Wingate M, Menachemi N. "Underinsurance in children with special health care needs: the impact of definition on findings", *Maternal Child Health Journal*, 2013, 17: 1478-1487.
- (41) Blendon RJ, Donelan K, Hill CA, Carter W, Beatrice D, Altman D. "Paying medical bills in the united states—why health insurance isn't enough," *Journal of the American Medical Association* 271, no. 12, 1994: 949–951.
- (42) Ward A. "The concept of underinsurance: a general typology", *J. Med. Philos*, 2006, 31:499–531.
- (43) Oswald D, Bodurtha J, Willis J, Moore M. "Underinsurance and key health outcomes for children with special health care needs", *Pediatrics*, 2007, 119(2), e341–e347.
- (44) Kogan MD, Newacheck PW, Blumberg SJ, Ghandour RM, Singh GK, Strickland BB, Van Dyck PC. "Underinsurance among children in the United States." *New England Journal of Medicine*, 2010, 363.9: 841-851.
- (45) Oswald DP, Bodurtha JN, Broadus CH, Willis JH, Tlusty SM, Bellin MH, McCall BR. "Defining underinsurance among children with special health care needs: a Virginia sample", *Maternal and Child Health Journal*, 2005, 95(2), s67–s74.
- (46) Long SS. "Underinsurance of children is common and effects their access to care and their health", *The Journal of Pediatrics*, February 2013, Volume 162, Issue 2, Page 220.

- (47) Link CL, McKinlay JB. “Only half the problem is being addressed: underinsurance is as big a problem as uninsurance”, *Int J Health Serv.*, 2010, 40(3): 507–523.
- (48) Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sumer S, Aran M, Gurol I, Nazlıoğlu S, Ozgulcu S, Aydoğan U, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. “Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity”, *Lancet*, 2013, 382(9886): 65-99.
- (49) SGK. “Genel Sağlık Sigortası Uygulama Tebliği”.
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/gss_bilgi_bankasi/gss_sozlesme_ve_protokoller. Erişim: Nisan 2016.
- (50) SGK. ” Genel sağlık sigortası, sağlık Hizmetleri, İlave Ücret”.
http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/saglik_hizmetleri/ilave_ucret/ilave_ucret. Erişim: Nisan 2016.
- (51) Berman P, Tatar M. “Turkey national health accounts 1999-2000”, Ministry of Health, Ankara, 2004.
- (52) Tatar M, Ozgen H, Sahin B, Belli P, Berman P.” Informal payments in the health sector: a case study from Turkey”, *Health Affairs*, 2007, 26:1029-1039.
- (53) Tengilimoğlu D, Güzel A, Toygar A, Akinci A, Dziegielewski SF. “Informal Payments in Health Systems: Purpose and Occurrences in Turkey”, 2015, 41(5): 684-696.
- (54) WHO. “Global Health Expenditure Atlas”, 2014.
<http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf>. Erişim: Mayıs 2016.
- (55) The Commonwealth Fund, Mirror, Mirror On The Wall, 2014.
http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/jun/1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf. Erişim: Haziran 2016.
- (56) WHO. Health Report 2010, “Health Systems Financing The path to universal coverage”.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44371/1/9789241564021_eng.pdf__Erişim: Mayıs 2016.
- (57) Schieber G, Maeda A. “Health care financing and delivery in developing countries.” *Health Affairs*, 1999, 18(3): 193-205.
- (58) Sarı N. “Teşhise dayalı ödeme sistemlerinin sağlık sektör reform tartışmalarına yansımaları”, Aktan CC, Saran U. (ed.), İçinde: Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Umut Vakfı yayını, Ankara, 2007.
- (59) OECD & IBRD/World Bank, OECD Health System Reviews Turkey, Paris, 2008.
- (60) Ökem ZG. “Equity in health care and economic growth: an analysis of health sector in Turkey”, VDM Verlag Dr. Muller, Düsseldorf, 2010.
- (61) Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü “Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003”, 2006, Yayın No: SB-HM-2005/09, Ankara.
- (62) Şahin B, Tatar M, Karabulut E, Ergin Oğuzhan G, Çınarlıoğlu S. “Türkiye’de hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamaları araştırması”, 2013.

- (63) Sulku SN, Bernard DM. "Financial burden of health care expenditures: Turkey", *Iranian Journal of Public Health*, 2012, 41 (3): 48–64.
- (64) Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. "Financial protection in health in Turkey: the effects of the health transformation programme", *Health Policy and Planning*, 2014, 29(2):177-92.
- (65) Özgen Narci H, Şahin İ, Yıldırım HH. "Financial catastrophe and poverty effects of out-of-pocket payments in Turkey", *The European Journal of Health Economics*, 2015, 16(3): 255-270.
- (66) Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. "Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand", *Bull World Health Organ.*, 2007, 85(8):600–606.
- (67) Kim Y, Yang B. "Relationship between catastrophic health expenditures and household incomes and expenditure patterns in South Korea", *Health Policy*, 2011, 100(2–3):239–246.
- (68) Van Minh H, Kim Phuong NT, Saksena P, James CD, Xu K. "Financial burden of household out-of pocket health expenditure in Viet Nam: findings from the national living standard survey 2002–2010", *Soc Sci Med.*, 2013, 96:258–263.
- (69) Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Mendez O. "Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean countries", *Salud Publica Mex.*, 2011: 53(Suppl 2):s85–95.
- (70) Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, Mohammad K, Arab M. "Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low-income society of Iran", *Health Policy Plan*, 2012, 27(7):613–623.
- (71) Li Y, Wu Q, Xu L, Legge D, Hao Y, Gao L, Ning N, Wan G. "Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance", *Bull World Health Organ.*, 2012, 90(9):664–671.
- (72) Xu K, Evans DB, Kadama P, Nabyonga J, Ogwal PO, Nabukhonzu P, Aguilar AM. "Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda", 2006, *Soc. Sci. Med.* 62, 866–876.
- (73) TÜİK. "Kır-kent Tanımı". www.resmiiistatistik.gov.tr/?q=tr/content/18-kirkent-taniminin-revizyonu. Erişim: Temmuz 2016.
- (74) TÜİK. "Aile Yapısı Araştırması"
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21869>. Erişim: Temmuz 2016.
- (75) TÜİK. "Bütçe Araştırması, Veri Kapsamı"
www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1012. Erişim Temmuz 2016.
- (76) Munro BH. "Statistical methods for health care research", Lippincott Williams & Wilkins, Fifth edition, USA, 2005.
- (77) Kennedy P. "A guide to econometrics", The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, 2003.

- (78) Özgen H, Özcan YA, “A national study of efficiency for dialysis centers: an examination of market competition and facility characteristics for production of multiple dialysis outputs”, *Health Services Research*, 2002, 37(3):711-732.
- (79) Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi, Ankara, 2006.
- (80) Basar D, Brown S, Hole AR. “Out-of-pocket health care expenditure in Turkey: analysis of the household budget”, *Sheffield Economic Research Paper Series*, 2012, SERP Number: 2012020.
- (81) Bora Başara B, Güler C, Yentür GK, Aygün A, Pekerçli A, Birge Kayış B, Soyutun İ, Uzun SB, Özdemir TA. “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014”, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2015.
- (82) WHO. “World Health Statistics 2015”.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2015_Part2.pdf?ua=1. Erişim: Mayıs 2016.
- (83) Uğurluoğlu E, Özgen H. “Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008; 11(2): 133-159.
- (84) Tatar M. “Sağlık hizmetlerinin finansman modelleri: sosyal sağlık sigortasının türkiye’de gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011; 1: 103-133.
- (85) Özgen Narcı H. “Sağlık Hizmetleri Finansmanı”. Sağlık Ekonomisi. Ed. Mustafa Solak, Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2015.
- (86) SGK. “Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) 2016”. <http://www.sutrehberi.com/sut-ana-metni>. Erişim: Mayıs 2016.
- (87) SB. “Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015”.
http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2015.pdf. Erişim: Mayıs 2016.
- (88) TÜİK. “Satınalma Gücü Paritesi”. www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=146. Erişim: Mayıs 2016.
- (89) OECD. “Economic Policy Reforms, A New Look at OECD Health Care Systems: Typology, Efficiency and Policies”, 2011.

EKLER

Ek 1. 2004 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,090**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,057**	,469**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,161**	-,154**	-,159**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,106**	,269**	,142**	-,090**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,092**	-,276**	-,402**	,576**	-,186**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,413**	-,089**	,022**	-,181**	,094**	-,225**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,101**	-,194**	-,105**	,115**	-,599**	,279**	-,148**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,271**	,273**	,197**	,003**	,019**	-,063**	-,175**	-,003**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,070**	,041**	,001**	,140**	-,023**	,071**	-,052**	,020**	,035**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,123**	-,084**	-,109**	,338**	-,515**	,322**	-,182**	,366**	,046**	,044**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,161**	,010**	,023**	,012**	,014**	-,009**	,027**	-,007**	-,025**	,019**	-,019**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,183**	-,013**	-,013**	,001**	-,002**	-,002**	,078**	-,010**	-,043**	,020**	,021**	,177**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,068**	,009**	,015**	,014**	,015**	,000	-,005**	-,010**	-,005**	-,011**	,007**	,104**	,087**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,285	,000	,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,111**	,269**	,252**	-,323**	,360**	-,574**	,165**	-,280**	,066**	-,087**	-,323**	-,001**	,001**	-,009**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,002	,003	,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Ek 2. 2005 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,049**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,083**	,465**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,130**	-,105**	-,130**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,100**	,252**	,117**	-,060**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,063**	-,223**	-,363**	,572**	-,179**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,400**	-,111**	,009**	-,139**	,080**	-,226**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,111**	-,162**	-,084**	,091**	-,602**	,242**	-,132**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,333**	,343**	,230**	-,034**	-,011**	-,086**	-,208**	-,013**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000							
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,053**	,055**	-,022**	,155**	,006**	,115**	-,075**	-,009**	,053**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,122**	-,005**	-,053**	,369**	-,435**	,311**	-,143**	,271**	,060**	,066**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,145**	-,001**	-,008**	,110**	,001**	,064**	,043**	-,021**	-,033**	,065**	,045**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	,000	0,000	,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,168**	-,033**	-,032**	,013**	,010**	,025**	,075**	-,023**	-,044**	,065**	,008**	,148**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,041**	-,003**	,018**	-,011**	,010**	-,028**	,036**	-,007**	-,007**	-,001**	-,013**	,021**	,058**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,094**	,254**	,213**	-,368**	,335**	-,576**	,150**	-,264**	,054**	-,102**	-,297**	-,040**	,018**	,013**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 3. 2006 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,066**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,090**	,444**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,136**	-,106**	-,140**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,132**	,212**	,111**	-,044**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,042**	-,197**	-,393**	,560**	-,140**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,371**	-,087**	,008**	-,157**	,126**	-,228**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,120**	-,176**	-,094**	,086**	-,631**	,254**	-,149**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,357**	,320**	,249**	,001**	-,037**	-,068**	-,218**	,011**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,038**	,072**	-,035**	,193**	-,021**	,166**	-,093**	,033**	,067**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,139**	,021**	-,077**	,375**	-,405**	,336**	-,200**	,314**	,085**	,112**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,146**	,002**	,020**	,057**	,034**	,000	,039**	-,002**	-,044**	,049**	-,012**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,312	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,135**	-,009**	-,019**	,015**	,007**	,015**	,042**	,001**	-,042**	,025**	,012**	,070**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,007	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,051**	,008**	-,011**	,031**	-,005**	,020**	,014**	-,008**	-,014**	,020**	,002**	,033**	,023**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,098**	,268**	,234**	-,298**	,357**	-,533**	,190**	-,302**	,047**	-,151**	-,316**	-,011**	-,020**	-,007**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 4. 2007 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,057**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,082**	,507**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,137**	-,077**	-,141**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,110**	,239**	,109**	-,090**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,036**	-,193**	-,385**	,561**	-,211**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,358**	-,122**	,008**	-,149**	,113**	-,237**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,093**	-,178**	-,105**	,090**	-,548**	,262**	-,119**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,350**	,314**	,222**	,009**	-,030**	-,065**	-,222**	,022**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,039**	,070**	-,050**	,216**	-,038**	,145**	-,085**	,018**	,075**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,137**	,031**	-,058**	,361**	-,437**	,318**	-,170**	,307**	,103**	,136**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,131**	-,019**	,000	,031**	,000	,029**	,041**	-,004**	-,028**	,100**	,009**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,872	0,000	,882	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,154**	,016**	,008**	-,007**	-,001**	,035**	,043**	-,021**	-,043**	,009**	,015**	,074**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,053**	,015**	,052**	-,009**	,011**	-,020**	,019**	-,011**	-,009**	,009**	-,010**	,019**	,017**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,065**	,211**	,218**	-,328**	,356**	-,570**	,184**	-,260**	,024**	-,137**	-,306**	-,005**	-,016**	,012**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 5. 2008 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,089**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,056**	,469**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,144**	-,115**	-,157**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,147**	,253**	,123**	-,092**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,056**	-,217**	-,401**	,575**	-,207**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,409**	-,115**	,000	-,155**	,114**	-,208**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,120	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,103**	-,192**	-,107**	,093**	-,635**	,266**	-,126**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,364**	,247**	,177**	,001**	-,032**	-,045**	-,214**	,011**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,090**	,046**	-,060**	,202**	-,057**	,160**	-,084**	,036**	,086**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,141**	-,001*	-,081**	,355**	-,489**	,341**	-,193**	,369**	,070**	,120**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	,011	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,130**	,011**	-,002**	,026**	,015**	,007**	,035**	,000	-,024**	,045**	,009**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	,618	0,000	0,000	,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,172**	-,005**	-,010**	,023**	,027**	,019**	,084**	-,015**	-,048**	,033**	-,006**	,230**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,033**	-,017**	-,010**	,031**	,009**	,017**	,002**	-,008**	-,009**	,054**	,002**	,032**	,052**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	,000	,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,102**	,247**	,244**	-,362**	,361**	-,575**	,158**	-,297**	,007**	-,133**	-,342**	,001**	,007**	,015**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	,000	0,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Ek 6. 2009 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,095**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,057**	,479**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,172**	-,103**	-,141**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,142**	,219**	,118**	-,090**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,093**	-,177**	-,373**	,591**	-,201**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,436**	-,120**	,026**	-,207**	,111**	-,292**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,143**	-,156**	-,082**	,124**	-,536**	,303**	-,172**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,332**	,227**	,159**	,019**	-,061**	-,015**	-,197**	,048**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,097**	,045**	-,066**	,271**	-,061**	,214**	-,136**	,058**	,091**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,179**	-,080**	-,121**	,316**	-,514**	,316**	-,174**	,372**	,079**	,123**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,108**	,015**	,040**	,039**	,010**	,012**	,050**	,002**	-,015**	,048**	-,011**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,167**	-,003**	,004**	,034**	-,016**	,021**	,080**	,017**	-,039**	,048**	-,011**	,114**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,066**	-,024**	-,013**	,001**	,016**	,006**	,007**	-,010**	-,015**	-,004**	-,009**	,014**	,095**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,008	0,000	,000	,000	,000	0,000	,000	,000	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,115**	,156**	,182**	-,340**	,369**	-,520**	,195**	-,264**	-,057**	-,187**	-,309**	-,021**	,013**	,002**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 7. 2010 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,113**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,043**	,490**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,170**	-,107**	-,136**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,176**	,220**	,112**	-,100**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,094**	-,204**	-,382**	,571**	-,221**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,407**	-,128**	,034**	-,181**	,129**	-,280**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,134**	-,176**	-,089**	,125**	-,571**	,320**	-,154**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,361**	,241**	,146**	,063**	-,071**	-,012**	-,225**	,041**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,103**	,037**	-,056**	,273**	-,082**	,204**	-,128**	,083**	,103**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,178**	-,085**	-,112**	,319**	-,521**	,277**	-,157**	,347**	,095**	,159**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,100**	,008**	,020**	,009**	,013**	-,021**	,052**	-,018**	-,019**	,021**	,002**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,190**	-,025**	-,018**	,047**	,009**	,028**	,094**	-,015**	-,046**	,022**	-,010**	,119**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,088**	-,004**	,005**	,013**	,000	,012**	,011**	-,007**	-,026**	,015**	,000	,051**	,054**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	,000	0,000	,111	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,063	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,140**	,194**	,202**	-,341**	,384**	-,539**	,201**	-,285**	-,047**	-,199**	-,306**	,024**	-,003**	-,002**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 8. 2011 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,114**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	-,043**	,476**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,156**	-,091**	-,132**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,144**	,249**	,136**	-,095**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,110**	-,178**	-,374**	,583**	-,220**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,428**	-,143**	,038**	-,184**	,095**	-,300**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,123**	-,148**	-,071**	,095**	-,539**	,278**	-,168**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,310**	,261**	,165**	,014**	-,021**	-,030**	-,198**	,029**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,094**	,064**	-,053**	,280**	-,063**	,208**	-,137**	,044**	,069**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,150**	-,105**	-,141**	,330**	-,524**	,305**	-,143**	,316**	,059**	,142**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,136**	,030**	,018**	,041**	,006**	,018**	,056**	,016**	-,018**	,061**	,007**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,189**	-,015**	-,021**	,003**	,013**	-,002**	,134**	,001**	-,053**	,015**	-,008**	,122**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,084**	,000	,011**	,011**	,021**	,004**	,057**	,006**	-,030**	,021**	-,006**	,107**	,100**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	,327	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,151**	,182**	,200**	-,367**	,365**	-,554**	,206**	-,267**	-,035**	-,223**	-,333**	-,002**	,014**	-,002**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 9. 2012 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,139**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	,010**	,472**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,211**	-,109**	-,157**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,142**	,252**	,132**	-,104**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,159**	-,183**	-,391**	,587**	-,214**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,430**	-,127**	,056**	-,227**	,109**	-,338**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,132**	-,182**	-,088**	,113**	-,534**	,284**	-,153**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,293**	,188**	,103**	,044**	-,036**	,012**	-,181**	,031**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,085**	,092**	-,032**	,264**	-,050**	,195**	-,146**	,030**	,094**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,183**	-,115**	-,144**	,318**	-,530**	,271**	-,170**	,337**	,069**	,120**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,141**	,059**	,066**	,014**	,011**	-,010**	,074**	-,006**	-,024**	,041**	-,024**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,166**	-,021**	-,013**	,004**	-,004**	,009**	,105**	-,014**	-,045**	,011**	-,009**	,089**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,088**	-,016**	,011**	,019**	,009**	,011**	,071**	-,004**	-,026**	,023**	,000	,084**	,103**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	,487	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,162**	,187**	,207**	-,358**	,353**	-,541**	,221**	-,266**	-,016**	-,183**	-,314**	,009**	,005**	,015**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	,000	0,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 10. 2013 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,152**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	,003**	,470**	1												
		Sig. (2-tailed)	,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,175**	-,090**	-,149**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,158**	,247**	,140**	-,100**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,135**	-,188**	-,388**	,573**	-,208**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,429**	-,119**	,050**	-,216**	,111**	-,319**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000									
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,144**	-,156**	-,093**	,100**	-,550**	,286**	-,181**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,290**	,205**	,147**	,033**	-,031**	-,012**	-,188**	,047**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,092**	,071**	-,040**	,263**	-,069**	,189**	-,136**	,067**	,092**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,199**	-,118**	-,151**	,321**	-,541**	,276**	-,170**	,342**	,075**	,120**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,114**	,025**	,016**	,006**	,016**	-,003**	,048**	,005**	,010**	,020**	-,021**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000				
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,197**	-,025**	-,011**	,019**	,012**	,018**	,122**	-,020**	-,066**	,021**	-,034**	,092**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000			
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,106**	-,006**	,051**	-,001**	,014**	-,016**	,067**	-,007**	-,032**	,012**	-,024**	,061**	,112**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,181**	,207**	,223**	-,367**	,358**	-,553**	,225**	-,279**	-,049**	-,174**	-,328**	,015**	,011**	,009**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Ek 11. 2014 Yılı Korelasyon Tablosu

	Değişken adı		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Tüketim harcaması dilimleri	Pearson Correlation	1														
		Sig. (2-tailed)															
2	Hanehalkı büyüklüğü	Pearson Correlation	,199**	1													
		Sig. (2-tailed)	0,000														
3	Hanede 5 yaş altı çocuk sayısı	Pearson Correlation	,040**	,507**	1												
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000													
4	Hanede 65 + yaş birey sayısı	Pearson Correlation	-,193**	-,070**	-,123**	1											
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000												
5	Hanehalkı reisinin cinsiyeti	Pearson Correlation	,210**	,339**	,170**	-,124**	1										
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000											
6	Hanehalkı reisinin yaşı	Pearson Correlation	-,163**	-,182**	-,345**	,582**	-,252**	1									
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000										
7	Hanehalkı reisinin eğitim düzeyi	Pearson Correlation	,412**	-,137**	,052**	-,215**	,096**	-,340**	1								
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000								
8	Hanehalkı reisinin medeni durumu	Pearson Correlation	-,180**	-,210**	-,103**	,142**	-,480**	,348**	-,197**	1							
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000							
9	Hanehalkı reisinin sağlık sigortası türü	Pearson Correlation	-,236**	,196**	,110**	,053**	-,030**	,014**	-,175**	,009**	1						
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000						
10	Hanede günlük faaliyete engel fiziksel/ zihinsel problemlili kişi sayısı	Pearson Correlation	-,085**	,101**	-,040**	,210**	-,022**	,138**	-,142**	,029**	,086**	1					
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000					
11	Hanehalkı tipi	Pearson Correlation	-,227**	-,215**	-,155**	,317**	-,544**	,277**	-,127**	,330**	,080**	,098**	1				
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000				
12	Hanede ilaç için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,141**	,061**	,062**	,021**	,025**	-,002**	,088**	-,025**	-,005**	,049**	-,034**	1			
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000			
13	Hanede ayakta sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,186**	-,008**	-,014**	-,001**	-,014**	,001**	,105**	-,022**	-,046**	,007**	-,014**	,100**	1		
		Sig. (2-tailed)	0,000	,000	0,000	,004	0,000	,002	0,000	0,000	0,000	0,000	,000	0,000	0,000		
14	Hanede yatarak sağlık hizmeti almak için yapılan cepten harcama	Pearson Correlation	,113**	,035**	,052**	,010**	,017**	-,018**	,059**	-,015**	-,026**	,015**	-,015**	,069**	,103**	1	
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
15	Hanehalkı reisinin anket ayındaki çalışma durumu	Pearson Correlation	,223**	,238**	,208**	-,386**	,406**	-,566**	,236**	-,311**	-,069**	-,147**	-,364**	,012**	,030**	,011**	1
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

b. Cannot be computed because at least one of the variables is constant.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

ADI	MUSTAFA	SOYADI	NARCI
DOĞ. TARİHİ	02.11.1967	DOĞ. YERİ	ANKARA
UYRUĞU	T.C.	TELEFON	
EMAİL	narcimustafa@hotmail.com		

EĞİTİM DÜZEYİ

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Doktora	Okan Üniversitesi, Sağlık Yönetimi	2013-
Yüksek Lisan	Yeditepe Üniversitesi, İşletme (MBA)	2009-2013
Lisan	Mimar Sinan Üniversitesi, Sosyoloji	1991-1995

İŞ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre
Proje yönetimi ve danışmanlık	Freelance	2014-
İdari ve mali işler sorumlusu	Rasyonel Araştırma Ltd. Şti.	2010-2014
Saha ve proje koordinatörü	S.A.M. Sosyal Araştırmalar Merkezi A.Ş.	1999-2010

YABANCI DİL

Yabancı Diller	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma	YDS Puan
İngilizce	İyi	İyi	Orta	65,00

SINAVLAR

Sınav Türü	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES	62,41	63,18	76,33