



Katastrofik Sağlık Harcaması: Literatür Taraması

Altuğ Murat KÖKTAŞ, Ahmet Arif EREN

Türkiye’de 2009-2015 Yılları İçin Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Katastrofik Etkisi

Dilek KILIÇ

Türkiye Sağlık Politikalarının Katastrofik Harcama Yapan Hanelere Etkisi

Güvenç KOÇKAYA

Katastrofik Sağlık Harcamaları Çalışması: TÜİK Verileri Işığında Anket Tasarımında Kullanılan Varsayımlar-1

Berna TUNCAY

Katastrofik Sağlık Harcamaları Çalışması: TÜİK Verileri Işığında Anket Tasarımında Kullanılan Varsayımlar-2

Aysun AYGÜN

Katastrofik Sağlık Harcamaları Anket Çalışması: Örneklem Seçimi ve Veri Toplama Yöntemi

Bekir Burçay ERUS

Katastrofik Sağlık Harcamaları Çalışması

Bedirhan ÜSTÜN

Katastrofik Sağlık Harcamaları: Genel Değerlendirme

Zafer ÇALIŞKAN, Gülpembe OĞUZHAN, Bilgehan KARADAYI, Fikret ADAMAN



Katastrofik Sağlık Harcaması: Literatür Taraması

Altuğ Murat KÖKTAŞ¹

Ahmet Arif EREN²

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Genel olarak herhangi bir sağlık finansman sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, Tüketicileri, sağlık harcamalarının finansal riskinden korumak, sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik ve tüketici ve hizmet sunucu arasında adil olmak (Ellis ve McGuire, 1993: 138) şeklinde sıralanmaktadır. Sağlık sisteminde reform düşüncesiyle ortaya atılan maliyet paylaşımı, söz konusu finansman amaçları arasında çatışmaya neden olmaktadır. Sonuç olarak maliyet paylaşımı düşüncesi ile ortaya çıkan cepten harcama yöntemi, en adaletsiz ve en etkisiz olanı (Wagstaff, 1989; Xu vd., 2003) olarak görülmektedir.

¹ Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü Öğretim Üyesi, altugmkotas@gmail.com

² Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü Öğretim Üyesi, ahmetarif74@gmail.com

Genel olarak herhangi bir sağlık finansman sisteminin üç temel amacı bulunmaktadır. Bunlar, Tüketicileri, sağlık harcamalarının finansal riskinden korumak, sağlık hizmetleri sunumunda etkinlik ve tüketici ve hizmet sunucu arasında adil olmak (Ellis ve McGuire, 1993: 138) şeklinde sıralanmaktadır. Sağlık sisteminde reform düşüncesiyle ortaya atılan maliyet paylaşımı, söz konusu finansman amaçları arasında çatışmaya neden olmaktadır. Sonuç olarak maliyet paylaşımı düşüncesi ile ortaya çıkan cepten harcama yöntemi, en adaletsiz ve en etkinsiz olanı (Wagstaff, 1989; Xu vd., 2003) olarak görülmektedir.

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

Dünyada her yıl milyonlarca insan, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, ödeme güçlerinin zayıf olması nedeniyle finansal sorun yaşamaktadır. Aynı zamanda bu durum, kişilerin çalışamayacak kadar hasta olmaları nedeniyle katastrofiye ve nihayetinde yoksullaşmaya neden olmaktadır. Bununla birlikte söz konusu etki yalnızca düşük gelir gruplarında değil, yüksek gelir gruplarında dahi görülebilmektedir (Xu vd., 2007: 972-973). Berki’ye göre katastrofi (1986: 138) “Hanelerin alışagelmiş harcamalarını ve yaşam seviyelerini tehlikeye atan harcamalardır... Bu bağlamda finansal katastrofi, cepten yapılan

sağlık harcamasının, hane gelirinin belirli bir oranına erişmesi" biçiminde tanımlanmaktadır. Van Doorslaer ve diğerleri ise katastrofik sağlık harcamalarını (2007: 1169) "Hanelerin yaşam standartlarını bozan ve genellikle kendi kaynaklarıyla finanse edilen harcamalar" olarak tanımlamaktadır. Bu durumda katastrofi, hanehalkı refahındaki değişme olarak ifade edilebilir (Naga ve Lamiraud, 2008: 3). Xu ve diğerlerine göre ise (2003: 111), "Sağlık hizmetlerine erişim, bireyleri gelirlerinin belirli düzeyinde katastrofik harcama yapmaya zorlamakta ve böylece onları yoksulluğa sürüklemektedir". Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaşma, sağlık hizmetlerinde görülen cepten harcamalarla yakın ilişkilidir. Whitehead ve diğerleri (2001) bu durumu "özel ve kamusal sağlık hizmet sunucularına erişim için yapılan cepten harcamalarda meydana gelen artış, haneleri yoksulluğa iterken, yoksulları daha da yoksullaştırmaktadır" biçiminde ifade etmektedir.

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

Hane tüketimi içerisindeki payı itibarıyla katastrofiye neden olan oranın ne düzeyde olacağı üzerinde literatürde bir uzlaşma bulunmamaktadır (Xu vd., 2003: 111; Naga ve Lamiraud, 2008: 2). Bazı çalışmalar kritik eşik olarak hane gelirlerinin %5'ini alırken (Berki,

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



Türkiye’de 2009-2015 Yılları İçin Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Katastrofik Etkisi

Dilek KILIÇ¹

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Sayın Kılıç, sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmetleri kullanımına önem verilmesinin altında yatan temel sebebin, toplumun sağlık düzeyine olan katkısı olduğunun altını çizmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim, bir hak olarak değerlendirildiğinde bireylerin ödeme kapasitesinin etkisinin fazla olmaması gerektiğini belirtmiş, yoksul, kırsal bölgelerde veya küçük şehirlerde yaşayan hanehalklarının ve/veya bireylerin hem nicelik hem de nitelik bakımından toplumun diğer kesimlerine kıyasla daha düşük düzeyde sağlık hizmeti kullandığının altını çizmiştir. Bu durumun iki olası sonucunu; "sağlık hizmetine ihtiyaç duyan toplumun farklı kesimlerinin sağlık düzeyleri arasında bir farklılığa neden olmakta veya sağlık düzeyleri arasında halihazırda var olan farklılığı derinleştirmekte" sözleri ile ifade etmiştir.

¹ Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Öğretim Üyesi,
dbasar@hacettepe.edu.tr

Sayın Kılıç, sağlık ekonomisi literatüründe sağlık hizmetleri kullanımına önem verilmesinin altında yatan temel sebebin, toplumun sağlık düzeyine olan katkısı olduğunu altını çizmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim, bir hak olarak değerlendirildiğinde bireylerin ödeme kapasitesinin etkisinin fazla olmaması gerektiğini belirtmiş, yoksul, kırsal bölgelerde veya küçük şehirlerde yaşayan hanehalklarının ve/veya bireylerin hem nicelik hem de nitelik bakımından toplumun diğer kesimlerine kıyasla daha düşük düzeyde sağlık hizmeti kullandığının altını çizmiştir. Bu durumun iki olası sonucunu; "sağlık hizmetine ihtiyaç duyan toplumun farklı kesimlerinin sağlık düzeyleri arasında bir farklılığa neden olmakta veya sağlık düzeyleri arasında halihazırda var olan farklılığı derinleştirmekte" sözleri ile ifade etmiştir.

Genel olarak sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerini dört başlık altında sıralamıştır. Söz konusu finansman yöntemleri; (1) genel vergiler (2) sosyal sigorta katkı payları (3) özel sigorta katkı payları ve (4) cepten yapılan ödemeler şeklindedir. Bu noktada sayın Kılıç, genel vergilerin bir finansman yöntemi olarak daha fazla kullanıldığının bilinilirliği üzerinde durmuş ancak diğer finansman yöntemlerinin de birçok ülkede önemli ölçüde yararlanılan yöntemlerden olduğunu altını çizmiştir. Cepten yapılan sağlık harcamalarını, hanehalkları tarafından doğrudan yapılan ödemeleri temsil etmesinden hareket eden Kılıç; Çınaroğlu ve Şahin'in (2016) çalışmalarından hareketle "Gelişmişlik düzeyi düşük, sağlık sigorta sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamaktan uzak olduğu, toplumun genel sağlık düzeyinin düşük olduğu ve sosyal yardımların yeterince gelişmediği ülkelerde sağlık hizmetleri finansman yöntemleri içerisinde, hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için doğrudan yapılan ödemeleri temsil eden, cepten sağlık harcamalarının son derece yüksek olduğu" tespitini yapmıştır. Cepten yapılan sağlık harcamalarının artmasının hanehalklarının gerek daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişme konusunda zorluklara sebep olması ve daha da önemlisi en temel sağlık hizmetlerine erişimi güçleştirmesi nedeniyle önemli olduğunu belirtmiştir. Bunun yarattığı en önemli sorunlardan birisinin ise "sosyal fayda" ilkesine zarar verilmesi olduğunu altını çizen Sayın Kılıç, Çınaroğlu ve Şahin'in (2016) çalışmalarında belirttiği gibi belirlenen sağlık politikaları sonucunda toplumun ekonomik açıdan dezavantajlı gruplarının refah seviyesinin azalmasının, ülke genelinde ekonomik ve refah göstergelerinde düşüşü beraberinde getirdiğini belirtmiştir.

Cepten sağlık harcaması miktarının artışı sonucunda hanehalklarının karşı karşıya kaldıkları finansal açıdan zorlayıcı durumlar; katastrofik ve yoksullaştırıcı etki olmak üzere iki özel duruma ayrıştıran Kılıç, cepten yapılan sağlık harcaması miktarındaki artışların, hanehalklarını en temel ihtiyaçlarını karşılamak noktasında zor durumda bıraktığında katastrofik etki yaratmakta olduğunu ve bu etkinin hanehalklarının borçlandırdığında veya finansal açıdan zorladığında ise yoksullaştırıcı etki ortaya çıkarttığını belirtmiştir. Bu konudaki literatürde üzerinde anlaşılmış bir tanım ve oran bulunmadığını ve genel olarak hanehalkının cepten yaptığı toplam sağlık harcamasının, hanehalkının toplam gelirinin belli bir yüzdesinden fazla olduğu durumda hanehalkının katastrofik bir harcama yaptığının kabul edildiğini belirtmiştir.

Litaretürde konunun tartışmalı boyutunu yukarıdaki şekilde ifade eden Kılıç, katastrofik sağlık harcamalarının arkasında yatan temel nedenin, sağlık hizmetleri kullanımındaki hakkaniyet konusu olduğunu altını çizmiştir. Bu konuda dikey hakkaniyet ve yatay hakkaniyet ayırımından hareket etmiş ve bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetinden faydalanırken ödeme güçlerine göre sağlık bakım masraflarına katkıda bulunmalarını salık veren dikey hakkaniyetin önemini vurgulamıştır. Bir sağlık sisteminin adaletli olabilmesi için cepten yapılan harcamaların finansal açıdan yıkıcı olmaması gerekliliğini belirtmiştir. Sağlık ekonomisi konusundaki politika raporlarının altını çizdikleri hanehalklarının yüksek düzeylerdeki sağlık harcamalarından korunması gerekliliği hususunun önemini özellikle adil finansman bağlamında ele alan Kılıç, Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında yayınlamış olduğu raporunda sağlık sistemlerinde adil finansman tanımını referans olarak almıştır: "Her bir hanehalkının sağlık bakım masrafları nedeniyle karşı karşıya kaldığı risk, hastalık riski yerine ödeme yapma kabiliyetine göre dağıtılmalıdır. Yani adil finansmanı sağlamak için sağlık sistemleri herkes için finansal korumayı (financial protection) garanti etmelidir." (s. 35). Raporun özellikle sağlık sisteminin, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini satın alması sonucunda yoksullaşmasına veya yüksek maliyetlerden dolayı ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini satın alamamasına neden oluyorsa adaletsiz olduğuna yönelik argümanını da özellikle belirtmiştir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 2002 tarihli raporunda yer alan, bir sağlık sisteminin, sağlık ödemesi sonucunda hiç kimsenin fakirleşmemesi gerektiğini garanti etmesi gerekliliğinin

önemi Sayın Kılıç tarafından ifade edilmiştir. Aynı raporda finansal koruma; “sağlık sistemini finanse etmek için hanehalkları veya bireyler gelirlerinin makul bir oranından daha fazlasından feragat etmek zorunda kalmamaları” sözleri ile belirtilmiştir.

Katastrofik harcamanın büyüklüğü ya da finansal koruma konusunda bireylerin gelirlerinin ne kadarından feragat edecekleri konularının iyi tanımlanmış olmasına rağmen çok da açık olmadığını vurgulayan Kılıç, bunun nedeninin, doğrudan konuya ilişkin hesaplamalarda yattığını belirtmiştir. Hesaplamalar yapılırken paydada kullanılacak değer hanehalkının toplam gelirinin mi (total income) olacağı, yoksa toplam harcanabilir gelirinin mi (total disposable income) kullanılacağı konusunun tartışmalı olduğunu hatırlatan Kılıç, bu çerçevede Dünya Sağlık Örgütü harcanabilir toplam geliri “ödeme kapasitesi” (capacity to pay) olarak adlandırmakta ve toplam gelirden temel ihtiyaçlara yönelik harcama değeri çıkarıldıktan sonra kalan değer olarak tanımladığını belirtmiştir. Buna göre yapılan çalışmalarda payda değeri olarak genellikle toplam gelirden gıda harcamaları çıkarıldıktan sonra kalan değer kullanıldığını ifade etmiştir.

Katastrofik sağlık harcamasının tespitinde iki yaklaşım olduğunu belirten Kılıç, söz konusu yaklaşımların harcama yaklaşımı ve gelir yaklaşımı olduğunu altını çizmiştir. Harcama yaklaşımına göre katastrofik sağlık harcaması; cepten yapılan sağlık harcamalarının kişilerin yaşantılarını sürdürebilmek için yaptıkları temel harcamaların dışında kalan toplam harcamalarının belirli bir kısmını aşması durumunda (belirli bir eşik değeri geçmesi) ortaya çıktığını ifade etmiştir. Geliri yaklaşımına (ödeme kapasitesi) göre ise; katastrofik sağlık harcamasının cepten yapılan sağlık harcamasının hanehalkı gelirinin belli bir yüzdesini aşması durumunda ortaya çıktığını belirtmiştir. Gelir yaklaşımında söz konusu belli bir yüzdenin düzeyi konusunun tartışmalı olduğunu, söz konusu düzeyi toplam gelirin %5 ve %20 arasındaki çeşitli oranları kabul eden çalışmalar bulunduğunu belirtmiştir. Kılıç bu noktada söz konusu sınır ile ilgili olarak literatürde bir fikir birliği bulunmamakla birlikte genellikle Dünya Sağlık Örgütü tarafından “adil finansman” miktarı olarak kabul edilen sınırın esas alındığını belirtmiştir. Xu ve diğerleri (2005) tarafından belirlenen metodolojiye uygun olarak hanehalklarının katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalma durumlarının hesaplanmasında cepten yapılan sağlık harcamalarının ödeme gücüne (kapasitesine) oranının esas alındığını bilhassa vurgulamıştır.

Ödeme gücünün hesaplanabilmesi için Çınaroğlu ve Şahin'in (2016) çalışmalarından hareket ederek öncelikle eşdeğer hanehalkı büyüklüğünün (eqsize) hesaplanmasına ihtiyaç duyulduğunu belirten Kılıç, eşdeğer hanehalkı büyüklüğü hanelerin yetişkin-çocuk bileşimlerindeki farklılıklar dikkate alınarak farklı büyüklük ve bileşimlerdeki hanehalkları arasında karşılaştırmalara imkan sağladığını vurgulamıştır. Bunun için her bir hanehalkı büyüklüğünün kaç yetişkine (eşdeğer fert sayısı) denk olduğunu belirlemek amacıyla eşdeğerlik ölçeği hesaplandığını ve sonrasında ise yoksulluk sınırının hesaplanması gerektiğinin altını çizmiştir. Gıda harcamasının toplam tüketim harcaması içindeki payına göre sıralı %45-%55 arasında kalan hanelerin, eşdeğer fert başına gıda harcamalarının ortalamasının yoksulluk sınırı olarak belirlendiğini, eşdeğer hane büyüklüklerine göre geçinme sınırı belirlendiğini ve hane harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen yoksulluk sınırından küçük olan hanelerin "yoksul" olarak nitelendirildiğini belirtmiştir. Hanenin ödeme kapasitesi hanenin geçinme sınırı dışında kalan harcaması olarak tanımlanmasından hareketle, hanenin ödeme kapasitesi bulunduktan sonra sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranının hesaplanabildiğini belirtir.

Katastrofik sağlık harcaması yapanları bulmak için ise sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı %40 ve daha büyük olan haneler, "katastrofik sağlık harcaması yapan haneler" olarak nitelendirildiğini belirten Kılıç, sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hanelerin bulunmasında ise yoksul olmayıp (yani harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen geçinme sınırından büyük olup) sağlık dışında kalan harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen geçinme sınırından küçük olan hanelerin, "katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler" olarak nitelendirildiğini belirtmiştir.

Sayın Kılıç katastrofik sağlık harcamalarının hesaplanması ve belirlenmesi konusundaki kavramsal çerçeveyi sunduktan sonra literatürde yapılan çalışmalara ve söz konusu çalışmaların karşılaştıkları temel sorun olan seçim yanlılığı konusunu ele alarak değerlendirmelerine devam etmiştir. Kılıç'a göre cepten yapılan sağlık harcamalarını inceleyen çalışmaların en önemli eksikliği, hanehalklarının sağlık hizmeti kullanımının gerektirdiği cepten yapılan sağlık harcamasını karşılayamayacağını düşündüğü için sağlık hizmetini hiç kullanmamayı tercih etmesi durumunu analize dahil etmemeleridir. Böylece örneklemin sadece sağlık hizmeti kullanarak cepten harcama yapan hanehalklarını içereceğini ve bu durum yapılan ampirik

çalışmalarda örneklem seçim yanlılığına (sample selection bias) neden olacağıın üzerinde durmuştur. Bu problemin elde edilen analiz sonuçlarının hatalı olmasına (yanlı olmasına) yol açabileceğini belirten Kılıç, bu sorunu aşmak için anketlerde, “hiç ihtiyaç duyduğunuz halde sağlık hizmeti kullanmadığınız bir durum oldu mu” benzeri sorularla bu eksikliğin giderilmeye çalışılabileceğini belirtmiştir. Bu problemi gidermek için kullanılabilir yöntemlerden bir diğeri ise bu sorunu göz önüne alan Heckman seçim modeli (1979) gibi ekonometrik modelleri tercih etmek olabileceğini belirten Kılıç, ancak seçim modellerinin genellikle seçim denklemi için kullanılacak fazladan bir değişken (enstrüman değişken) gerektirmekte oluşunu ve veri kısıtına sahip olmasının bu yöntemlerin kullanılması önünde bir engel oluşturduğunun altını çizmiştir. Birçok veri seti bireylerin/hanehalklarının doğrudan sağlık hizmeti kullanıp kullanmama durumuna ilişkin veya eğer sağlık hizmeti kullanıldıysa hangi tip sağlık hizmeti kullanıldığına ilişkin detaylı bilgi içermemesinin de önemine değinmiştir.

Literatürde yer alan üç önemli çalışmaya değinen Kılıç, öncelikle sağlık harcamalarının sosyo-ekonomik dağılımının ülkeden ülkeye farklılıklar gösterdiği bulgusuna dayanan ve sekiz gelişmekte olan ve geçiş dönemindeki ülkelerin anket verilerini kullandıkları ancak ülkeler arasında birbiriyle benzer nitelikli sonuçlara ulaşamadıkları Makinen ve ark (2000) çalışmasını ele almıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre Burkina Faso, Paraguay ve Tayland'da regresif bir trend bulunurken (yani zengin hanehalkları yoksullara göre toplam tüketimlerinin daha düşük bir yüzdesini sağlık harcamalarına ayırmaktadırlar), buna karşılık Guatemala ve Güney Afrika'da progresif eğilim tespit edilmiştir. Kılıç'a göre çalışmanın en önemli sonuçlarından biri; zengin hanehalklarının ihtiyaç duyduklarında sağlık hizmetleri kullanma olasılığı yoksul hanehalklarına göre daha fazla olmasıdır. Ancak bu durumun nedeninin yoksul hanehalklarının sağlık harcamalarını ödeyemeyeceklerini düşündükleri için hiç sağlık hizmeti kullanmamalarından kaynaklanıyor olmasının da muhtemel olduğunu belirten Kılıç, bu çerçevede, cepten yapılan sağlık harcamalarını inceleyen çalışmaların en önemli eksikliğinin, hanehalklarının sağlık hizmeti kullanımının gerektirdiği cepten yapılan sağlık harcamasını karşılayamayacağını düşündüğü için sağlık hizmeti kullanmamayı tercih etmesi durumunu analize dahil etmemeleri şeklinde yukarıda belirttiği seçim yanlılığı sorunu olduğunu bir kez daha belirtmiştir.

Kılıç'ın ele aldığı ikinci çalışma ise 59 ülke için katastrofik sağlık harcaması düzeylerine ve belirleyenlerinin ele alındığı Xu ve arkadaşlarının (2003) çalışmasıdır. Bu çalışmanın özelliğinin eşik değeri toplam gıda dışı harcamaların %40'ı olarak ele alması olduğu Kılıç tarafından özellikle belirtilmiştir. Kılıç çalışmanın önemli olan hususlarından biri gelişmiş sosyal güvenlik sistemlerine sahip olan Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, İngiltere, Almanya ve Fransa gibi ülkelerde katastrofik sağlık harcaması %0.1'in altında iken katastrofik sağlık harcamaları bazı geçiş ülkelerinde, orta-gelirli ve düşük gelirli ülkelerde ve bazı Latin Amerika ülkelerinde yüksek çıkmasıdır. Örneğin Vietnam ve Brezilya'da %10'nun üzerinde iken, Azerbaycan ve Kolombiya'da %5'in üzerinde olmasını özellikle belirtmiştir. Kılıç'a göre çalışmanın önemli özelliklerinden biri yazarların aynı zamanda belirleyenlere de bakmış olmaları ve katastrofik hanehenalkı yüzdesi ile ulusal sağlık harcamaları içinde cepten yapılan sağlık harcamaları oranı arasında güçlü ve pozitif bir ilişki bulmaları ve bunun yanı sıra katastrofik hanehenalkı yüzdesi ile GSYİH içinde toplam sağlık harcamaları payının ve yoksulluk sınırının altında yaşayan hanehalkı yüzdesinin pozitif ilişkili olduğu sonucuna ulaşımlarıdır. Kılıç çalışmada genel olarak yoksul gelir gruplarının daha fazla katastrofik sağlık harcamalarına maruz kaldıklarını dair ilginç olan bulgunun, en yüksek katastrofik sağlık harcamasının en düşük gelir grubuna ait olmaması olduğunu belirtmiş ve bunun sebebinin yine seçim problemi olduğunu belirtmiştir. Kılıç'ın sözleri ile "Bu hanehalkları yüksek maliyetlerden ötürü ihtiyaç duysalar bile sağlık hizmeti kullanmamayı tercih etmiş olabilirler".

Kılıç'ın ele aldığı üçüncü çalışma ise Wagstaff ve Doorslaer (2003) çalışmasıdır bu çalışmada katastrofik sağlık harcamasının tanımı ve ölçümü için kukla değişken oluşturmaya dayanan iki alternatif yaklaşım geliştirdiklerini belirtmiştir. Birinci yaklaşım toplam harcama veya gelirin belli bir eşik değerinin üzerinde olan cepten yapılan sağlık harcaması katastrofik olarak nitelendirilmesine dayalı olduğunu belirten Kılıç, ikinci yaklaşımın ise hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcamaları neticesinde yoksullaşıp yoksullaşmadığı veya yoksulluğunun derinleşip derinleşmediğini gösteren bir kukla değişken oluşturulduğunu ifade etmiştir. Bu çerçevede, yazarlar katastrofik sağlık harcamalarının sıklığı ve yoğunluğuna ve yoksulluk etkisinin sıklığına ve yoğunluğuna ilişkin endeksler geliştirdiklerini ve bu yöntemleri 1993 ve 1998 yılları için Vietnam için hesapladıkları bilgisini paylaşmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında, toplam bütçesinin %5'inden fazlasını sağlık harcamalarına ayıran hanehalkı yüzdesi 1993'te %38 gibi yüksek bir oran olduğunu, bu oranın 1998'de %33'e düştüğünü

belirtmiştir. Bulguların sağlık harcaması yüzünden bazı hanehalklarının yoksul değil iken yoksullaşmaktan ziyade halihazırda yoksul olan hanehalklarının daha da yoksullaştığını göstermekte olduğunu belirtmiştir.

Hacettepe Üniversitesinden Selcen Öztürk'le yaptıkları çalışmanın ampirik analizde 2009-2015 dönemi için toplam yedi yıllık Hanehalkı Bütçe Anketini (Household Budget Survey) kullandıklarını belirten Kılıç, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan ve tüm ülkeyi temsil eden Hanehalkı Bütçe Anketlerinin (HBA), her yıl farklı hanehalkları ile tekrarlandığını bu durumun aynı hanehalkını yıllar itibariyle takip eden panel veri özelliğine engel olduğunu belirtmiş ve bunun da söz konusu anketlerin önemli bir eksikliği olduğunu altını çizmiştir.

Literatürde katastrofik sağlık harcamasının üzerinde uzlaşmış bir tanımı ve hesaplama yönetimi olmadığını yeniden belirten Kılıç, çalışmalarında, ödeme kapasitesi yönteminin kullanılmış olduğunu ve hanehalkının toplam harcamasından toplam gıda harcaması çıkarıldıktan sonra kalan değer, hesaplamalarda payda değeri olarak kullanıldığını belirtmiştir.

Regresyonun bağımlı (açıklanan) değişkeni, hanehalkının toplam cepten yaptığı sağlık harcaması miktarının eşik değerden yüksek olduğu durumda 1 değerini, olmadığında ise 0 değerini aldığını belirten Kılıç, söz konusu bağımlı değişken kesikli (discrete) olduğu için böyle durumlarda sıklıkla tercih edilen standart probit modelin tahmin edildiğinin altını çizmiştir.

Analizde hanehalkı düzeyinde kullanılan bağımsız değişkenler olarak ise hanehalkı reisinin sağlık sigortasına sahip olmaması durumunu, hanehalkı resinin erkek olduğu durumu, evde engelli ve/veya hasta bir bireyin bulunması durumunu ve yerleşim yerinin kentsel bölge olduğu durumunu gösteren kukla değişkenler kullanıldığını belirtmiş ve bunların dışında hanehalkı reisinin sahip olduğu en yüksek eğitim düzeyi ve çalışma durumunun da bağımsız değişkenler olarak analize dahil edildiğini eklemiştir.

Analizin en önemli bağımsız değişkenlerinden biri de hanehalkının yoksul bir hanehalkı olup olmadığını gösteren kukla değişken olduğunu ve söz konusu değişkenin OECD'nin göreceli yoksulluk tanımına göre oluşturulduğunun altını çizen Kılıç, bir hanehalkının eşit veya dengeli

toplam harcama değeri (equilivalised total expenditure), tüm hanehalklarının eşit veya dengeli toplam harcamasının medyan değerinin (equilivalised median total expenditure) %60’ını geçmiyorsa o hanehalkı “yoksul” olarak değerlendirildiğini ve kukla değişkenin bu hanehalkı için 1 değerini aldığını belirtmiştir. Bu değişkenlere ek olarak evde bulunan okul öncesi çocuk sayısı (5 yaş ve altı), 6-14 yaş arasındaki çocuk sayısı ile yaşlı hanehalkı üye sayısı (65 yaş ve üstü) ile hanehalkı büyüklüğü de analizin bağımsız değişkenleri arasında yer aldığını vurgulayan Kılıç, zaman boyutununun da analize dâhil edilmesi için her bir yılın kukla değişken olarak çalışmaya eklenmiş olduğunu ve 2002 yılının ise referans yıl olarak kullanıldığını belirtmiştir.

Kılıç, seçim yanlılığı probleminin kendi çalışmalarında da bir sorun olarak karşısına çıktığını belirtmiştir. Bunu gidermek için kullanılacak yöntemin uygulanmasını sağlayacak yöntemin gerektirdiği verilerin olmaması önemli bir kısıt oluşturduğunu belirten Kılıç, söz konusu kısıtı; hane halkının sağlık hizmeti kullanıp kullanmamasını etkileyen ama hanehalkının katastrofik etkiye maruz kalıp kalmadığını etkilemeyen bir değişken bulmak gerekliliğinin altını çizmiş ve söz konusu değişkenin mevcut verilerle bulunamadığını belirtmiştir. Çalışmada %2,5-20 arasında değişen 5 farklı eşik değer kullanıldığını belirten Kılıç çalışmanın sonuçlarını aşağıdaki tablo ile sunmuştur:

Tablo 1 – Çeşitli Eşik Değerler Düzeyinde Katastrofik Harcama Oranları

Yıllar	%2.5	%5	%10	%15	%20
2009	17.11	9.26	3.98	2.42	1.43
2010	22.7	12.76	5.08	2.61	1.52
2011	20.65	10.24	3.55	1.71	0.98
2012	18.92	9.25	3.57	1.82	0.94
2013	23.00	11.34	4.12	1.90	0.99
2014	21.75	11.34	4.19	2.05	1.09
2015	20.28	10.91	4.14	1.99	1.14

Kılıç, Katastrofik sağlık harcamalarının 2013 de artış trendi gösterdiği ve 2014-15 döneminde ise çok ufak bir azalma görüldüğünü belirtmiştir. 2003 yılından itibaren başlayan sağlıkta dönüşüm programının cepten yapılan sağlık harcamaları üzerinde çok önemli etkisi olduğunu belirtir. Yoksul grupta sigorta kapsamının %20'den %85'e çıktığının altını çizmiştir.



Yoksul hanehalklarının katastrofik sağlık harcama yapma olasılığının daha düşük çıktığını belirtmiştir. Yoksulluktan sonra en önemli değişken evde engelli bireyin olması durumu olduğuna dair sonuç olduğunu ve eğitimle katastrofik sağlık harcaması arasında pozitif ilişki, çalışmayanlar durumunda yine pozitif ve yaşlı bireyler durumunda yine pozitif ilişki bulunduğunu belirtmiştir.

Sonuç olarak, Türk sağlık sisteminde 2003 yılından beri uygulanan sağlık politikalarının etkilerinin dikey hakkaniyet konusu da gözetilerek daha dikkatli ele alınması gerektiğinin belirten Kılıç, özellikle katastrofik sağlık harcamalarına ilişkin olarak konunun her boyutuyla ele alınmasını sağlayacak yeni yöntemler geliştirilmesi gerekliliğinin altını çizmiştir. Seçim yanlılığı probleminin araştırılma zorunluluğunu belirten Kılıç, daha sağlıklı sonuçlar elde etmek için bu sorunun üstesinden gelecek yeni yöntemler bulunması gerekliliğinin altını çizmiştir.



Türkiye Sağlık Politikalarının Katastrofik Harcama Yapan Hanelere Etkisi

Güvenç KOÇKAYA ¹

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 03.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Yrd. Doç. Dr. Berna Tuncay ve Yrd. Doç. Dr. Aysun Aygün'le ortak çalışmaları olan Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarında yaşanan yükseliş nedeninin araştırılması başlıklı çalışmada 2011-2012'den sonra katastrofik sağlık harcaması yapan hanehalkı sayısında artış olduğu ve bunun nedenlerinin açığa çıkartılmasının önemi vurgulanmıştır. 2003 yılından itibaren çok farklı sağlık politikalarının uygulandığını belirten sayın Koçkaya, özellikle 2010 yılında sağlık sigortacılığı kapsamının artırılması, 2012 yılından beri ilaç harcamalarında devletin uyguladığı yeni önlemler, 2012-13'den itibaren de tıbbi cihaz harcamalarına yönelik geri ödeme politikaları uygulanmaya başlandığını belirten Koçkaya, 2014 yılında da yurt dışı ilaç süreçlerine yeni politikalar uygulanmaya başladığını belirtmiştir. Bunların olası sebebinin 2003'de sağlıkta dönüşüm ile daha önceki yılların beklemiş talebinin sağlık bütçelerinin beklentilerin üzerinde arttırması olduğunu belirten Koçkaya, devletin söz konusu harcamaları kontrol etmek amacıyla önlemler almasının doğal olduğunu dillendirmiştir.

¹ Sağlık Ekonomisi Politikası Derneği Başkanı, guvenccockaya@cockaya.net

Yrd. Doç. Dr. Berna Tuncay ve Yrd. Doç. Dr. Aysun Aygün'le ortak çalışmaları olan Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarında yaşanan yükseliş nedeninin araştırılması başlıklı çalışmada 2011-2012'den sonra katastrofik sağlık harcaması yapan hanehalkı sayısında artış olduğu ve bunun nedenlerinin açığa çıkartılmasının önemi vurgulamıştır. 2003 yılından itibaren çok farklı sağlık politikalarının uygulandığını belirten Sayın Koçkaya, özellikle 2010 yılında sağlık sigortacılığı kapsamının arttırılması, 2012 yılından beri ilaç harcamalarında devletin uyguladığı yeni önlemler, 2012-13'den itibaren de tıbbi cihaz harcamalarına yönelik geri ödeme politikaları uygulanmaya başlandığını belirten Koçkaya, 2014 yılında da yurt dışı ilaç süreçlerine yeni politikalar uygulanmaya başladığını belirtmiştir. Bunların olası sebebinin 2003'de sağlıkta dönüşüm ile daha önceki yılların beklemiş talebinin sağlık bütçelerinin beklentilerin üzerinde arttırması olduğunu belirten Koçkaya, devletin söz konusu harcamaları kontrol etmek amacıyla önlemler almasının doğal olduğunu dillendirmiştir.

Sağlıkta dönüşümün ikinci fazına geçildiğini ifade eden Koçkaya, sağlıkta erişimin birinci faz ile bir sorun olmaktan çıktığını artık kalitenin önemli olduğunu belirtmiştir. Bu yeni durumun da doğal olarak sağlık harcamalarını yine arttıracaklarını belirtmiş, kamu özel ortaklığıyla yapılan şehir hastanelerini bu duruma örnek olarak sunmuştur. Şehir hastaneleri son derece önemli olmakla birlikte sağlık harcamalarını arttıracaklarının da aşıkâr olduğunu dillendiren Koçkaya, söz konusu hastanelere ilişkin olarak %70'lerde bir yatak doluluğu garantisi verilmesinin ve hastanelerin dolmaması durumunda aradaki farkın devlet tarafından ödenmesi gerekliliğinin harcamaları arttırabileceğini belirtmiştir. Hastanelerin orta ve uzun dönemde belirtilen doluluk oranlarına kavuşacağını ve üzerine çıkacağını da belirten Koçkaya, tüm bu politikaların devletin yaptığı sağlık harcamalarını arttırabileceğini bu durumda devletin yükünü hafifletmek adına sağlık harcamalarından bir kısmını vatandaşa cepten harcama ile veya tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığı ile devretmesinin makul karşılanması gerekliliğinin altını çizmiştir.

Koçkaya yaptıkları çalışmanın TUIK raporlarına göre 2011 yılından itibaren yükselişe geçen katastrofik sağlık harcamasının artış nedenlerini açığa çıkartmak olduğunu belirtmiştir. Çalışmada verilen farklı hasta gruplarına göre ve ek olarak daha önce yapılmamış olan, yapılan harcama kalemlerinin oranlarına bakmaya çalıştıklarını ifade etmiştir. Hane halklarının harcamalarını hangi tıbbi alanlara yoğunlaştığına dair yani ilaç, tıbbi malzeme, hekim, hastane,

tıbbi hizmetler gibi hangi alanlarda ne kadar harcama yapıldığını açığa çıkartmaya çalıştıklarını belirtmiştir.

Çalışma sonuçlarına göre katastrofik sağlık harcamaları yapanların oranı 2007 yılında %0,81'den 2012 yılında %0.25'e düşmüş; fakat daha sonra tekrar artarak 2014 yılında %0.40'a yükselmiştir.

Son dönemdeki politikaların etkilerine bakıldığında ilaç harcamalarının azaldığını belirten Koçkaya, söz konusu politikalar neticesinde hem devlet harcamalarının azaldığını hem de vatandaşın cepten harcama yapmasının azaldığını belirtmiştir. 2007-2014 arasında eczacılık ile ilgili ürünler, tıbbi hizmetler, hastane hizmetleri, dişçilik, laboratuvar hizmetlerine pozitif harcama yapan kişilerin ortalama harcama değerleri azalmış, tıbbi ürünler, tıbbi yardımcı hizmetler ve diğer hizmetlere pozitif harcama yapan kişilerin ortalama harcama değerlerinde ise artışlar olduğunu vurgulamıştır. Politikaların ilaç sektörü üzerindeki etkisi her ne kadar sektör tarafından eleştirilmiş olsa da olumlu sonuçlar verdiğini sağlık harcaması yapılan hanelerde ilaca yapılan harcamanın azalmasından hareketle altını çizen Koçkaya, ancak diğer tıbbi ürünlere yönelik harcamalarda büyük artışlar olduğunu da belirtmiştir.

Koçkaya, doktora yapılan ödemelerde bir azalma olduğunu belirtmiş ve bunun tam gün yasası ile açıklanmasının mümkün olduğunu ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığının her ilçeye her hastaneye bir diş hekimi projesinin de dişçilik hizmetlerine yönelik harcamaların azalmasına sebep olabileceğini belirten Koçkaya, Laboratuvar ve röntgen merkezleri harcama kalemlerindeki azalmanın da önemli olduğunu altını çizmiştir. Hastane hizmetlerinde de oransal olarak önemli bir azalma olduğunu artışların ise tedavide kullanılan alet ve ekipmanlar ve tıbbi yardımcı hizmetler olduğunu belirtmiştir.

Sayın Koçkaya katastrofik sağlık harcaması yapan hane halklarında kategorilerine göre sağlık harcamalarının toplam harcamalarına oranındaki değişimi aşağıdaki tablo ile sunmuştur.

Tablo 1 – 2007-14 Kategorilere Göre Harcama Oranı Değişimleri

Toplam sağlık harcamalarına oranı	2007		2014		2007-2014 Harcama oranı değişim
	Harcama oranı	Harcama Yapmayan oranı	Harcama oranı	Harcama Yapmayan oranı	
Eczacılıkla ilgili ürünler	21.9 (33.29)	0.29 (0.457)	7.732 (22.83)	0.425 (0.501)	-%64
Tedavide kullanılan alet ve ekipmanlar	5.369 (19.74)	0.913 (0.284)	9.616 (26.56)	0.850 (0.362)	+%79
Tıbbi hizmetler (doktor)	21.64 (30.29)	0.478 (0.503)	9.130 (16.64)	0.500 (0.506)	-%57
Dişçilik hizmetleri	18.84 (38.0)	0.783 (0.415)	17.62 (38.02)	0.700 (0.464)	-%6
Laboratuvarlar ve röntgen merkezleri	6.198 (16.36)	0.812 (0.394)	5.862 (12.49)	0.775 (0.423)	-%5
Tıbbi yardımcı hizmetler	3.323 (16.04)	0.928 (0.261)	9.761 (29.67)	0.900 (0.304)	+%193
Hastane hizmetleri	18.53 (36.57)	0.768 (0.425)	35.83 (43.88)	0.475 (0.506)	+%93

Koçkaya yukarıdaki tablodan hareketle fakirleştirici harcama yapan bireylerin tedavide kullanılan alet ve ekipmanlar, tıbbi yardımcı hizmetler ve hastane hizmetlerinde büyük artış olduğunu belirtmiştir. Genel popülasyonda hastane hizmetlerinde bir düşüş varken katastrofik hane halklarında ise bir artış olmasının nedenini bulmanın önemli olduğunu belirten Koçkaya, bunun nedeni olarak spesifik önemli ameliyatları yapabilen hekimlerin özel hastanelere geçmeleri ile spesifik hastalıklarda harcamaların artmasına neden olmuş olabileceğini ifade etmiştir. Bir diğer nedenin ise Sosyal Güvenlik Kurumu anlaşmalı hastanelerin fark oranlarını %200'e çıkartmış olması olabileceğini belirtmiştir. SGK'nın bugün yüz lira ödediği bir hizmete özel hastanelerin maksimum 200 lira alması gerekirken, otelcilik hizmeti altında bu farkın çok daha üstünün hastaların önüne koyabildiğini belirten Koçkaya bu durumun söz konusu harcamaları arttıran bir diğer faktör olabileceğinin altını çizmiştir. Tıbbi malzemenin geri ödemesi sisteminde bir takım sorunlar olduğunu dillendiren Koçkaya, ilaçta kurumsallaşmış bir süreç olduğunu buna karşın tıbbi malzemede böylesi bir durumun olmamasının harcamaları arttıran neden olabileceğini belirtmiştir. Özellikle spesifik hastalıkların cerrahisinde bazı tıbbi malzemeler için Sosyal Güvenlik Kurumu'nun belirlediği rakamların, söz konusu ürünlerin alınması için yeterli olmadığını ve hastaların özel hastaneler ve üniversite hastanelerinin bir kısmında tedavileri için söz konusu ürünleri, kendileri temin etmek zorunda kaldıklarını belirtmiştir. Dolayısıyla spesifik hastalıklardan kaynaklı olarak tıbbi cihazlara yapılan harcamalarda hane halkı harcamaları içerisinde artış olabileceğini belirtmiştir.

Koçkaya yukarıdaki tabloki verilerden hareketle bu yorumların yapıldığını ancak gerçek sebeplere ilişkin olarak daha detaylı araştırmalara gerek olduğunu da özellikle belirtmiş ve

ilaçta yapılanlara benzer politikalar ile harcamaların yüksek olduğu alanlarda harcamaların azalmasının gerçekleşmesi temennisini paylaşmıştır.

Zengin ve fakir açısından harcama durumları değerlendirildiğinde fakirlerin harcama yapmayarak sağlık hizmetlerinden faydalanmamayı tercih ettiklerini yani seçim yanlılığı sorunu olduğunu belirten Koçkaya, 65 yaş üstü ve beş yaşından küçük ya da engelli olan hanelerde, katastrofik harcamanın daha fazla olduğunu da değerlendirmelerine eklemiştir. Beklenenin dışında erkeklerin daha fazla katastrofik harcama yaptıklarını da belirtmiştir.

Türkiye, sağlıkta dönüşümle reformu ile gelişmiş sosyal sistemlerde olan binde birlik katastrofik harcama yapan hane oranına ulaşmak üzereyken tekerleğin ters dönmeye başladığı ve bu orandan uzaklaşmaya başladığını hatırlatmıştır. Bunun nedenlerinin çok boyutlu olduğunu altını çizen Koçkaya, bu nedenlerin açığa çıkartılması için çok sayıda çalışma yapılmasının gerekliliğini vurgulamıştır. Bu yapılan çalışmalar ışığında sağlık politikalarının yeniden gözden geçirilmesi ve güncellenmesinin de önemini altını çizmiştir.

Çalışmanın önemli bir katkısının da Sağlık politikalarının ve harcamalarının gözden geçirilmesinde aslında azalmakta olan harcama kalemlerinde bir miktar düzenlemeler ile devletin bütçesine olumlu katkı sağlanması ve katkının diğer alanlarda kullanılmasının planlanabileceğini belirten Koçkaya, örnek olarak cepten yapılan ilaç harcamalarında yaşanan azalma sayesinde uzun süredir bekletilen OTC İlaç tasarısının değerlendirilebileceğini, bazı ilaçların eczanelerde satılmasına devam edilmesine rağmen Sosyal Güvenlik Kurumu geri ödemesinden çıkarılabileceğini belirtti. İlaçların eczanelerde satılmasının halk sağlığı için önemli olduğunu ancak her ilacın devlet tarafından ödenmesinin de zorunlu olmadığını vurguladı. Bu durumun belki cepten yapılan ilaç harcamalarında bir miktar artışa neden olabileceğini hatta reçete kaymasına da sebep olabileceğini ancak buradan yapılabilecek yaklaşık 1-2 milyar TL lik tasarruf ile fakirleştirici sağlık harcamasını arttırıcı etkisi olduğu muhtemel olan tıbbi malzeme, hastane hizmetleri gibi alanlarda alınacak politika kararlarının finansmanında kullanılabileceğini vurguladı.

Sonuç olarak, sağlık politikasındaki değişimler sonucunda katastrofik sağlık harcaması yapan hanelerin eczacılık, hekim ve diş hekimliğine yönelik harcamaların azaldığı ancak tıbbi



KOÇKAYA, G.. (2017), "Türkiye Sağlık Politikalarının Katastrofik Harcama Yapan Hanelere Etkisi", *Fiscaoeconomia, Special Issue 1: Catastrophic Health Expenditure*, 15-20.

ürünler, tedavide kullanılan alet ve ekipmanlar, diğer tıbbi ürünler, tıbbi yardımcı hizmetler ve diğer hizmetlere yapılan harcamaların gerek oran gerekse değer olarak artış gösterdiği ve bunun katastrofik harcama yapan hane sayısını arttırmış olabileceği üzerinde duran Koçkaya, bu durumun ileri araştırmalar ile açığa çıkartılması gerektiğinin altını çizmiştir.



Katastrofik Sağlık Harcamaları Çalışması: TÜİK Verileri Işığında Anket Tasarımında Kullanılan Varsayımlar-1

Berna TUNCAY ¹

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Sayın Tuncay, sağlık sistemlerinin temel fonksiyonlarından birinin tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımının ve kullanımının eşit ve rahat bir şekilde sağlanması olduğunu ve bunun çok önemli parçalarından birisinin de hastalık durumunda oluşacak finansal risklere karşı toplumu koruyacak bir finansman sisteminin geliştirilmiş olması olduğunu belirtmiştir. Söz konusu finansman sisteminin olmaması durumunda beklenmedik olumsuz sağlık durumlarında hanelerin cepten harcama yapmak zorunda kaldıklarını belirten Sayın Tuncay, söz konusu sağlık harcamalarının hane halkının sahip olduğu kaynaklara oranla belli bir miktarın üzerine çıktığı durumlara katastrofik sağlık harcaması adı verildiğini hatırlatmıştır.

¹ Koç Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonomi Bölümü Öğretim Üyesi, betuncay@ku.edu.tr

Sayın Tuncay, sağlık sistemlerinin temel fonksiyonlarından birinin tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımının ve kullanımının eşit ve rahat bir şekilde sağlanması olduğunu ve bunun çok önemli parçalarından birisinin de hastalık durumunda oluşacak finansal risklere karşı toplumu koruyacak bir finansman sisteminin geliştirilmiş olması olduğunu belirtmiştir. Söz konusu finansman sisteminin olmaması durumunda beklenmedik olumsuz sağlık durumlarında hanelerin cepten harcama yapmak zorunda kaldıklarını belirten Sayın Tuncay, söz konusu sağlık harcamalarının hane halkının sahip olduğu kaynaklara oranla belli bir miktarın üzerine çıktığı durumlara katastrofik sağlık harcaması adı verildiğini hatırlatmıştır.

Katastrofik sağlık harcamalarının en önemli etkilerinin yoksullaştırıcı olması, yaşam standartlarında düşüşe yol açması, düşük gelirli hanehalklarının eğitim benzeri yaşam alanlarına gerekli olan harcamaları yapmamaları gibi istenemeyen durumlara yol açması ve sağlık hizmeti almayı öteleme gibi çok daha ciddi sorunlara neden olması şeklinde sıralamıştır. Katastrofik sağlık harcamalarının genel olarak toplum sağlığının iyileştirilmesinin önünde önemli bir engel olduğunu da belirtmiştir.

Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının üzerine yapılan çalışmalar 2002 yılında TÜİK'in hane halkı bütçe anketleri ile başlamış ve sağlık harcamaları konusunda tahminler yapmak mümkün olmuştur. Sağlık alanında yapılan reformların katastrofik harcama üzerine etkisinin de bu süreçte çalışılmaya başladığının altını çizmiştir. Bu noktada katastrofik harcamaların bütçe anketlerinde, detaylı sağlık harcaması anketlerine göre daha düşük oranlarda sonuç verdiğine yönelik bir tespitte bulunan Tuncay, bunun olası nedenlerinin ayakta tedavilerin bütçe anketlerinde daha az sayıda gözlemlenmesi ve yatarak tedavilerde maliyetlerin bütçe anketlerine göre daha düşük yansımaları olduğunu belirtmiştir.

Bütçe anketi ile ölçülemeyen durumları ise ihtiyacı olduğu halde tedavi ve bakım maliyetlerini ekonomik nedenlerle erteleyenler, cepten yapılan enformel harcamalar, reçetesiz ilaç tüketiminin yol açtığı maddi yük ve tıbbi yük olarak sıralamıştır.

TÜİK hane halkı bütçe anketi verilerine göre katastrofik sağlık harcaması yapan hanelerin oranı %1'in altında olduğunu belirten Tuncay, araştırmalarının amacının haneler içinde nadir görülen bu duruma neden olan harcama kalemlerini belirlemek ve bu harcamaları



yapan hanelerin sosyo-ekonomik özelliklerini araştırmak olduğunu belirtmiş ve bunun için iki önerilen yöntemin iki aşamalı bir anket yöntemi olduğunu eklemiştir. Ön hazırlık olarak hane halkı bütçe anketinden elde edilen verilerin kullanıldığının altını çizmiştir.

Hanehalkı bütçe anketinde hane halklarının tüketim harcamaları ve bireylerin sosyo-ekonomik özelliklerinin olduğunu belirten Tuncay, hanehalkı tüketim harcamalarına ilişkin bilgilerin hanehalkı fertleriyle yapılan görüşmeler ve bir ay boyunca yaptıkları harcamaları kaydettikleri harcama kayıt defteri yoluyla derlendiğini ifade etmiştir. Çalışmalarında 2014 yılı HBA kesit verileri kullanıldığını ve anket çalışmasının 2014 yılında 10.122 haneyi kapsadığını da eklemiştir. Risk gruplarına göre yaptıkları çalışmanın sonuçlarını ise Aysun Aygün sunmuştur.



Katastrofik Sağlık Harcamaları Çalışması: TÜİK Verileri Işığında Anket Tasarımında Kullanılan Varsayımlar-2

Aysun AYGÜN ¹

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Engelli, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığı bulunan ve yaşlı içeren hanelerde katastrofik sağlık harcaması yapma olasılığının diğer hanelere oranla yüksek olduğundan hareketle, engelli bireyler (günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemler), 75 yaş üstü bireyler, yatılı tedavi gören (hastane hizmetlerine 30 lira ve üzeri harcama yapmış), kronik hastalığı olan (eczacılıkla ilgili ürünlere 30 lira ve üzeri harcama yapmış) ve dünya bankası tanımı olan toplam sağlık harcamalarının hanehalkı toplam harcamalarına oranının %10'dan büyük olduğu katastrofik sağlık harcamalarının, hane bazında değişkenler olarak hesaplandığını belirtmiştir.

¹ 29 Mayıs Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonomi Bölümü Öğretim Üyesi, aaygun@29mayis.edu.tr

Engelli, yataklı tedavi görmüş, kronik hastalığı bulunan ve yaşlı içeren hanelerde katastrofik sağlık harcaması yapma olasılığının diğer hanelere oranla yüksek olduğundan hareketle, engelli bireyler (günlük faaliyete engel fiziksel ya da zihinsel problemler), 75 yaş üstü bireyler, yatılı tedavi gören (hastane hizmetlerine 30 lira ve üzeri harcama yapmış), kronik hastalığı olan (eczacılıkla ilgili ürünlere 30 lira ve üzeri harcama yapmış) ve dünya bankası tanımı olan toplam sağlık harcamalarının hane halkı toplam harcamalarına oranının %10'dan büyük olduğu katastrofik sağlık harcamalarının, hane bazında değişkenler olarak hesaplandığını belirtmiştir.

Ön analiz sonuçlarını aşağıdaki tablo ile sunmuştur.

Tablo 1 – Çeşitli Kategorilere Göre Hanelerde Katastrofi Durumu

Kategori	Haneler		Hanelerde Katastrofi Durumu	
	Sayısı	Oranı	Sayısı	Oranı
Yaşlılık	592	5.85	18	3.04
Engellilik	651	6.43	28	4.3
Yataklı Tedavi	383	3.78	73	19.06
Kronik Hastalık	696	6.88	59	8.48
Hiçbiri	7066	69.81	125	1.77

En yüksek oranda katastrofik harcama yapanların yataklı tedavi kategorisinde bulunanlar olduğunu belirten Aygün, söz konusu kategorilerin dışında kalan, yani hanesinde; yaşlı, engelli, yataklı tedavi gören, kronik hastalığı olan birey bulundurmayan hanelerin %70 dolayında olduğunu belirtmiş ve söz konusu hane halklarında katastrofik harcama yapan hane oranının %1.77 olduğunu altını çizmiştir.

İki risk grubunun bir arada bulunduğu hanelerde katastrofik harcama yapan hane halkı oranının oldukça yüksek olduğunu belirten Aygün, yataklı tedavi ve kronik hastalık durumlarının bir arada olduğu hanelerde katastrofik harcama oranının %35.16 gibi yüksek bir oran olduğunu belirtmiştir. İki risk grubu bir araya geldiğinde ise katastrofi oranının daha da arttığını örneğin yaşlılık, yataklı tedavi ve engellilik risk durumlarının aynı hanede toplanması durumunda katastrofi oranının %47,06 olduğunu tüm risklerin bir arada toplandığında ise söz konusu oranın %71.43 olduğunu ifade etmiştir.



Katastrofik Sağlık Harcamaları Anket Çalışması: Örneklem Seçimi ve Veri Toplama Yöntemi

Bekir Burçay ERUS ¹

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastrophic

Health Expenditure

ABSTRACT

Katastrofik sağlık harcamaları ödeme kapasitesinin %40'ından yüksek sağlık harcaması olarak tanımlandığında, söz konusu harcamaları yapan ailelerin oranının gerek TÜİK gerekse diğer çalışmalar tarafından %1'in altında hesaplandığını belirten Erus, tanım değiştirildiğinde dahi söz konusu oranın %5'e nadiren ulaştığının altını çizmiştir. "Sağlık harcamaları nedeniyle aile bütçeniz sarsıldı mı" (2013 yılında Şahin vd.) şeklindeki öznel bir soruya %26'lık bir olumlu cevap verildiğini ancak bunun öznel bir bakış açısı içerdiğini belirtmiştir. Bu nadir durumun bileşenleri, nedenleri ve ona maruz kalanların kim olduklarını açığa çıkartma amacıyla olduklarını ve nadir görülen durumların anket yoluyla incelenmesinde başlıca sorunun anlamlı bir örnekleme ulaşabilmek için çok yüksek sayıda haneye anket yapmak zorunluluğu olduğunu vurgulamıştır. %5 oranında bir katastrofi tespit edebilmek için çok kaba bir hespla 20.000 anket yapılması, %1 katastrofi için, yine kaba bir hespla, 100,000 örneklem gerekliliği örnekleri ile durumun güçlüğü net bir şekilde ortaya koymuştur.

¹ Boğaziçi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonomi Bölümü Öğretim Üyesi, burcay.erus@boun.edu.tr

Katastrofik sağlık harcamaları ödeme kapasitesinin %40'ından yüksek sağlık harcaması olarak tanımlandığında, söz konusu harcamaları yapan ailelerin oranının gerek TÜİK gerekse diğer çalışmalar tarafından %1'in altında hesaplandığını belirten Erus, tanım değiştirildiğinde dahi söz konusu oranın %5'e nadiren ulaştığının altını çizmiştir. "Sağlık harcamaları nedeniyle aile bütçeniz sarsıldı mı" (2013 yılında Şahin vd.) şeklindeki öznel bir soruya %26'lık bir olumlu cevap verildiğini ancak bunun öznel bir bakış açısı içerdiğini belirtmiştir. Bu nadir durumun bileşenleri, nedenleri ve ona maruz kalanların kim olduklarını açığa çıkartma amacıyla olduklarını ve nadir görülen durumların anket yoluyla incelenmesinde başlıca sorunun anlamlı bir örnekleme ulaşabilmek için çok yüksek sayıda haneye anket yapmak zorunluluğu olduğunu vurgulamıştır. %5 oranında bir katastrofi tespit edebilmek için çok kaba bir hesapla 20.000 anket yapılması, %1 katastrofi için, yine kaba bir hesapla, 100,000 örneklem gerekliliği örnekleri ile durumun güçlüğünü net bir şekilde ortaya koymuştur.

Böylesi bir örnekleme ulaşma güçlüğünü aşabilmek için iki aşamalı bir anket yöntemi izlediklerini belirten Sayın Erus, ön çalışma ile risk altında olanlar ve olmayanlar için katastrofik harcama yapan hane oranlarını belirlemek ve ilk aşamada risk altında olan haneleri bir tarama anketi ile tespit edeceklerin, ikinci aşamada risk altında olanlardan daha yüksek diğerlerinden daha düşük sayıda haneye asıl anketi, yani cepten yapılan sağlık harcamaları anketini, uygulayacaklarını belirtmiştir. Anketi bir günde yapmanın olanaksızlığını 2-3 aylık bir sürece yayıldığını ve bu sürecin ön çalışma ile üretilen olasılıkların güncellenmesi olanağını verdiğini belirtmiştir.

Tarama ile ayrıştırılması planlanan grupların nesnel ve öznel durumlar olarak ikiye ayrıldığını, nesnel durumların engellilik, yaşlılık, yataklı tedavi görmüş olma ve kronik hastalık olduğunu öznel durumların ise sağlık harcamaları nedeniyle maddi sıkıntı yaşanması ve hane bireylerinin sağlık sorunları nedeniyle iş gücü kaybı yaşaması olduğunu belirtmiştir. Özellikle çok da dikkati çekmeyen ve üzerinde durulmayan bir katastrofik harcama kalemi olan işgücü kaybından ana ankete örneklem çekmenin önemli olacağını belirtmiştir. İkinci aşamaya seçilecek hanelerin önemli bir kısmı tarama sorularına olumlu cevap verenlerden, 2-3 bini ise hiçbir soruya olumlu cevap vermeyenlerden oluşacağını belirterek tarama ile yakalanmama olasılığı bulunan hanelere de bu yolla erişilmeye çalışıldığının altını çizmiştir. 50.000 tarama anketi yapılması durumunda 15.000 haneye detaylı anket yapmak gerekeceğini ve bu durumda



1000 kadar katastrofik durum yakalama şansı olacağıının altını çizmiştir. Çift aşamalı anket yönteminde detaylı anketin daha küçük bir örnekleme uygulanması ile zaman tasarrufu sağlanacağıının altını çizmiştir.

Sağlık harcamaları verilerinin toplanması ile ilgili olarak yapılan araştırmalarda iki yöntem kullanıldığını, bunlardan birincisinin, hanelerin bir deftere harcamalarını kaydetmesi olduğunu ve bunun hanehalkı bütçe anketlerinde görüldüğünü, ikinci yöntemin ise harcamaların bir anketör tarafından haneye yöneltilecek sorular ile öğrenilmesi yöntemi olduğunu belirtmiştir. Defter yönteminde bir takım sorunlar olduğu, daha düşük rakamların çıktığının altını çizmiş, özellikle katastrofik harcama durumunda defterin düzgün bir şekilde kaydedilmesinin pek mümkün olmadığını belirtmiştir. Çalışmalarında ikinci yöntemi, 45-50 dakikalık bir anketin bir anketör aracılığıyla uygulanmasını tercih ettiklerini belirtmiştir.



Katastrofik Sağlık Harcamaları Çalışması

Bedirhan ÜSTÜN¹

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Web tabanlı bir mimari ile anında bütün olasılıkları akıllı bir machine learning (makine öğrenmesi) ile yapılan anket uygulaması haline getirerek nadir bulunan bir duruma ilişkin örnekleme seçmek ve sonrasında ise katastrofik sağlık harcaması yapan bireyleri ya da hanehalklarını zenginleştirmek amacıyla olduklarını belirtmiştir.

¹ Koç Üniversitesi, Psikiyatri Bölümü Öğretim Üyesi, bustun@ku.edu.tr

Web tabanlı bir mimari ile anında bütün olasılıkları akıllı bir machine learning (makine öğrenmesi) ile yapılan anket uygulaması haline getirerek nadir bulunan bir duruma ilişkin örnekleme seçmek ve sonrasında ise katastrofik sağlık harcaması yapan bireyleri ya da hanehalklarını zenginleştirmek amacıyla olduklarını belirtmiştir.

Web tabanlı bu araştırma ile coğrafi bilişim sistemine göre coğrafi lokasyona göre sonuçları değerlendirecek bir alt yapının mümkün olduğunu belirten Sayın Üstün, Sağlık Bakanlığının kabul etmesi durumunda e-nabızın da kullanılmasını önermiştir. Bölgesel farklılıklar (7 kata varan farklılıklar), gelir dilimleri arasındaki farklılıkların önemini altını çizmiştir. Hastaneye yatış oranlarının bölgeye göre %3 ile %20 arasında, kronik hastalık oranı %12 ile %30 arasında, yaşlılık oranının %4 ile %12 arasında sigortalı kesim oranının ise %10 ile %64 arasında ve engelli birey oranının %1 ile %12 arasında değiştiğini belirtmiştir. Buradan hareketle Türkiye'yi homojen bir bütünmüş gibi ele alan bir yaklaşımın kaynakların etkin kullanılmamasına neden olacağını altını çizmiştir. Tarama anketi ile 15.000 hane en verimli sonucu almak üzere seçileceğini, bazı noktaların ise örneğin koruyucu sağlık hizmetleri için yapılan harcamaların katastrofik boyuta erişmediği için aynı şekilde geleneksel sağlık harcamalarının da katastrofik boyuta erişmediği için hesaba katılıp katılmayacağı hususunu üzerinde tartışılabileceğini belirtmiştir. Bu harcamaların ihmal edilebilir boyutlarda olduğunu da sözlerine eklemiştir.

Türkiye'de katastrofik sağlık harcaması yapan ve sağlık harcaması ile yoksullaşan hane oranlarının azaldığını belirten Sayın Üstün, çift yanlı tarama ile ulaşacakları verilerin zengin veriler olacağı ve çok çeşitli sonuçlar ce değerlendirmelere olanak tanıyacağını belirtmiştir. Bundan da önemlisinin toplanan verilerin nasıl kullanıldığı sorunu olduğunu altını çizerek, eşitliğin her zaman adil olmadığını dile getirmiş, hakkaniyet ölçüsün de ihtiyacı olan kişilere daha fazla yardım yapılabilecek bir sistemin geliştirilmesinin elzem olduğunu vurgulamıştır.



Katastrofik Sağlık Harcamaları: Genel Değerlendirme

Zafer ÇALIŞKAN ¹

Gülpembe OĞUZHAN ²

Bilgehan KARADAYI ³

Fikret ADAMAN ⁴

...

ARTICLE INFO

Article History:

Date Submitted: 08.06.2017

Date Accepted: 01.08.2017

JEL Classification:

I14

I31

I32

Keywords:

Catastropic

Health Expenditure

ABSTRACT

Katastrofik sağlık harcamaları çalışmayı sunumları sonrası genel değerlendirmeler yapılmıştır.

¹ Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İktisat Bölümü Öğretim Üyesi, caliskan@hacettepe.edu.tr

² 19 Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yüksek Okulu, İktisat Bölümü Öğretim Üyesi, gulpembe.oguzhan@omu.edu.tr

³ Sağlık Bakanlığı Uzmanı, bilgehan.karadayi@saglik.gov.tr

⁴ Boğaziçi Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ekonomi Bölümü, adaman@boun.edu.tr

Sağlık hizmetlerinin kullanımı ve finansmanına yönelik literatürde yer alan çalışmalarda uzun yıllar hakkaniyet konusunun geri plana itildiğini belirten Sayın Çalışkan, sağlık harcamaları ve finansman boyutunun genellikle fiyatlama ve kamu yükü/mali yönden ele alındığını, ancak ortaya çıkan mali yükün hanehalkları üzerinde hakkaniyet açısından değerlendirmelerinin ana akım sağlık ekonomisi tarafından ihmal edildiğinin altını çizmiştir. İngiltere, Avustralya ve Yeni Zelanda gibi ülkelerde kamunun özellikle katastrofik nitelik taşıyacak yüksek teknolojili ilaç ve tıbbi harcamalar konusundaki tutumu daha çok bunun bir yük olarak değerlendirilmediği yönünde olduğunu belirtmiştir. O ülkelerde söz konusu harcamalar katastrofik harcamaların yükünü artıran bir etken olmayabileceğini belirtmiş ve Türkiye gibi iktisadi büyümesi gelişmesi dalgalanmalara çok yatkın bir ülkede yüksek teknolojili ilaçlara ve tıbbi cihazlara yönelik ortaya çıkacak harcamaların yaratacağı etkilerin minimize edilmesi için bu tip çalışmaların önemli olduğunu altını çizmiştir.

Sayın Oğuzhan, finansal sürdürülebilirliğin nasıl sağlanabileceğini ve bu sağlanırken eşitsizliğin nasıl engellenebileceğinin önemli olduğunu belirtmiştir. Hanehalkı çalışmaları ile birlikte finansal yükün kimde toplandığı ve bu yükü taşıyıp taşıyamayanları tespit etmenin olanaklı hale geldiğini altını çizmiştir.

Hanehalkı çalışmalarının ön hazırlık safhasının çok uzun ve maliyetli olduğunu ve anketörlere yönelik denetimin öneminin altını çizmiştir. TÜİK hanehalkı bütçe anketlerinin örneğin sağlık hizmetini almak için aile ulaşım, yemek ve konaklama masrafı yaptı mı yaptıysa ne kadar yaptığı gibi aslında önemli olan harcamalara ilişkin bilgi sunmadığını kendi çalışmalarının bu yönde önemli veriler oluşturduğunu belirtmiştir.

2012 verileri ile 2013 yılında TÜİK hane halkı araştırmasının sonuçları ile kendisinin de katıldığı Hacettepe Üniversitesi'nin yaptığı cepten sağlık harcaması araştırması kıyaslandığında, katastrofik harcama açısından, Hacettepe Üniversitesinin yaptığı araştırma sonuçlarının TÜİK rakamlarından iki katından biraz daha fazlası olduğunu belirten Sayın Karadayı bunun olağan olduğunu, hanehalkı bütçe anketleri ötesinde yapılan sağlık harcaması araştırmaları arasında böylesi büyük farklar olabileceğinin altını çizmiştir. Türkiye hane halkı sağlık araştırması şu anda bakanlık tarafından yapılmakta olan, sahada olan önemli bir çalışma olduğunu belirtmiştir. Ancak özellikle son yıllarda artan dolandırıcılık vaka ve dolayısıyla

haberlerinin halk üzerinde önemli bir etkisi olduğu ve anketörlerin evlere kabul edilmediği ve bunun anketlerin yapılması hususunda önemli bir güçlük çıkarttığının altını çizmiştir.

TÜİK'in daha ayrıntılı sağlık harcama anketi yapmak, hane halkı bütçe anketinin ötesine geçmek istemediğini belirten Karadayı, Sağlık Bakanlığının da daha ayrıntılı bir çalışmayı her yıl yapamayacağını ama dönemsel olarak tekrarlanabileceği bilgisini paylaşmıştır. Dünya sağlık örgütünün onaylayacağı bir metodoloji ile bu anketlerin yapılması hususunun önem arz ettiğini ekleyen Karadayı, uluslararası akreditasyonun önemini vurgulamıştır.

Sayın Adaman, özellikle Türkiye'de ankete dayalı çalışmaların sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için yapılan çalışmanın içeriğinin yerel mülki amirlere ve eşrafa anlatılmasının kolaylaştırıcı bir etkisi olacağını belirtmiştir.

Yeni yöntemlerin çok avantajları olduğunu belirterek, birinci olarak global position system kullanılarak koordinatların elde edilmesi sayesinde coğrafi değerlendirmelerin çok daha rahat yapılabileceğini ifade etmiştir. Son düzenlemelerle birlikte Türkiye'nin neredeyse tamamının kent klasifikasyonu altına alındığını, kır kent ayrımının ortadan kalktığını belirten Adaman, ancak tanımsal olarak yörenin kent olmasının sosyo-ekonomik koşullarının kır olmasına engel olmadığını da eklemiştir.

İkinci olarak Sağlık Bakanlığının bu çalışmaları yaptırarak kendi performansının ölçülmesine kapı araladığını ve bu nedenle de kutlanmaları gerektiğini belirtmiştir.

Üçüncü olarak ise iktisadi analiz yapmanın çok önemli olduğunun altını çizen Adaman, iktisadi analizin otomatikman işi piyasaya bırakıp, onun belirlediği fiyatlar üzerinden hareket etmek olmadığını çünkü ortaya çıkan piyasa fiyatlarının her koşulda ve her durumda toplumsal maliyetleri, fırsat maliyetlerini yansıtmayabileceğinin altını çizmiş ve daha sağlıklı bir nüfus için iktisadi analizin önemini belirtmiştir.

Dördüncü olarak TÜİK hane halkı bütçe anketlerinin temel sıkıntılarında birisinin bıçak parası, tanıdık üzerinden işlerin yapılması gibi durumlara ilişkin değerlendirmeleri mümkün kılacak bir yapıya sahip olmaması olduğunu belirtmiştir.



Son olarak, sağlık meselesinde adalet ve hakkaniyetin çok önemli olduğunu vurgulayan Adaman, bu kavramların iktisadi analiz ile birlikte yorumlanmasının çok önemli olduğunu eklerken, aynı zamanda bu süreçlerde popülizme düşmemek gerektiğinin altını çizmiştir. Bu tip popülist politikalar direnmenin önemli olduğunu ve bu direnmenin ise bu tip çalışmalarla mümkün olabileceğinin vurgusunu yapmıştır.