

## COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri

Gökçe MANAVGAT<sup>1</sup>, İlker DAŞTAN<sup>2</sup>, Asiyeh ABBASI<sup>3</sup>

### Öz

Yüksek oranda yapılan cepten sağlık harcamalarının bir sonucu olan hanehalklarının üzerindeki finansal yükün izlenmesi ve sağlıkta finansal korumanın güçlendirilmesi küresel anlamda ilgi gören 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri’nden biri olagelmıştır. Bir sağlık sorunu olarak başlayıp küresel bir ekonomik krize dönüşen COVID-19 pandemisi Türkiye için Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile belirlenmiş hem sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması hem de hanehalklarının sağlık harcamalarından kaynaklı finansal risklerinin azaltılması hedefleri için bir tehlike oluşturmaktadır. Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin Türkiye’de hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki azalmaları tahmin edilerek yoksulluk ve sağlıkta finansal korumada meydana gelebilecek olası etkileri hesaplanmıştır. TÜİK’in 2020 yılı için yayınladığı sektörel bazlı daralmalar ve işgücü piyasasındaki kayıplardan yola çıkarak öncelikle hanehalklarının gelirlerindeki azalmalar, dolayısıyla ortaya çıkacak yeni yoksulluk oranları, sonra ise cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryo göz önünde bulundurularak hanehalklarının karşılaşılabilecekleri sağlık finansal yükleri hesaplanmıştır. Analizlerimize göre, Türkiye’de 2020 yılında hanehalkı harcamalarında ortalama %5,3’lük bir azalma yaşanacağı hesaplanmıştır. Hanehalkı harcamalarındaki bu düşümlere bağlı olarak yaklaşık 1,35 milyon ek nüfusun COVID-19 krizi nedeniyle yoksullukla karşı karşıya kalacağı tahmin edilmiştir. Sağlıkta finansal koruma açısından cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryomuza göre 103 ile 758 bin arası bir ek nüfus katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalabilecek, 82 ile 153 bin arası bir ek nüfus ise cepten yapılan bu sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşabilecektir. COVID-19’un yol açtığı hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki azalmanın etkilerini azaltmak için, politika yapıcılar halk sağlığı hizmetleri finansmanını artırmalı ve temel sağlık hizmetleri için cepten yapılan harcamaları pandemi süresince minimum düzeye indirmelidir. Sağlık hizmetleri alanında kullanıcı katkılarının askıya alınması ya da ertelenmesi, sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması ve sosyal koruma hedeflerinin güçlendirilmesi COVID-19 sonrası dönemde daha derin bir yoksulluğu ve finansal yükü önlemeye yardımcı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, Cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık politikası, sağlıkta finansal koruma

1. Dr. Öğr. Üyesi, Toros Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Mersin. [gokce.manavgat@toros.edu.tr](mailto:gokce.manavgat@toros.edu.tr), <https://orcid.org/0000-0003-3729-835X>
2. Doç. Dr., Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Tacikistan Ülke Ofisi, Duşanbe. [ilkerdastan@gmail.com](mailto:ilkerdastan@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-5239-3684>
3. Uzman, İran İstatistik Merkezi, Tahran, [asiyehabbasi2@gmail.com](mailto:asiyehabbasi2@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-8783-3106>

Gönderim Tarihi : 26.03.2021

Kabul Tarihi : 28.06.2021

### Atıfta Bulunmak İçin:

Manavgat G, Daştan İ ve Abbasi A.(2021). COVID-19 Pandemisinin Türkiye’de Hanehalkı Yoksulluğu, Sağlık Harcamaları ve Sağlıkta Finansal Koruma Üzerindeki Olası Etkileri, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):27-44.

***Potential Impacts of COVID-19 Pandemic on Household Poverty, Health Expenditures and Financial Protection in Turkey***  
***Gökçe MANAVGAT<sup>1</sup>, İlker DAŞTAN<sup>2</sup>, Asiyeh ABBASI<sup>3</sup>***

**Abstract**

Monitoring financial burden on households due to high out-of-pocket health expenditures (OOP) and strengthening financial protection in health have been one of the 2030 Sustainable Development Goals that have attracted global attention. The COVID-19 pandemic, which began as a global health problem and turned into a global economic crisis, constitutes a major threat to the targets of both expanding access to health services and reducing the financial risks of households arising from OOPs, determined in Health Transformation Program in Turkey. This study aims to examine the potential negative economic impacts of COVID-19 on poverty and financial protection in health in Turkey by predicting the reduction in household expenditures and income. Based on the data on sectoral-based contractions in the labor market published by TURKSTAT for 2020, firstly the decreases in household incomes, then the new poverty rates and the financial health burden of households are calculated by considering four different scenarios in OOPs. Results of our study demonstrate that economic impacts of COVID-19 can reduce household incomes or expenditures by an average of 5.3% in 2020 in Turkey. It is estimated that about 1.35 million additional population can face extreme poverty due to these reductions in household income. In terms of financial protection in health, according to four different scenarios in OOPs, an additional population of 103 to 758 thousand can be exposed to catastrophic health expenditures, and an additional population of 82 to 153 thousand can become impoverished due to high OOPs. To mitigate the effects of the reduction in income and spending of households caused by COVID-19 and to improve financial protection in health, policy makers are suggested to increase revenues for public health care and minimize OOPs on essential health services throughout the pandemic. Suspending or deferring user contributions for COVID-19 related and other health care services, extending to all the entitlement to essential health services, and strengthening social protection goals can help prevent deeper poverty and financial burden during and in the post-COVID-19 era.

**Keywords:** COVID-19, OOP health spending, health policy, financial protection in health, Turkey.

1. Asst. Prof., Toros University, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Mersin, gokce.manavgat@toros.edu.tr, <https://orcid.org/0000-0003-3729-835X>
2. Assoc. Prof. World Health Organization, Tajikistan Office, Dushanbe. [ilkerdastan@gmail.com](mailto:ilkerdastan@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0001-5239-3684>
3. Expert, Statistical Centre of Iran, Tehran, Iran, [asiyehabbasi2@gmail.com](mailto:asiyehabbasi2@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-8783-3106>

Received : 26.03.20201

Accepted : 28.06.20201

**Cited This Paper:**

*Manavgat G, Daştan İ ve Abbasi A.(2021). Potential Impacts of COVID-19 Pandemic on Household Poverty, Health Expenditures and Financial Protection in Turkey, Eurasian Journal Of Health Technology Assessment, 5(1):27-44.*

## 1. Giriş

COVID-19 küresel pandemisi, sağlık alanında ortaya çıkmış olsa da pek çok ülkenin ekonomik göstergelerini derinden etkilemiş ve etkilemeye devam etmektedir. Başka bir ifadeyle, pandemi başta ekonomik faaliyetleri kısıtlayıcı etkisi ve iş gücü piyasasında yarattığı bozulmayla birlikte sektörel ekonomik büyüme dinamiklerini de olumsuz etkilemiştir. Pandemi sürecinde iş kayıpları yoluyla gelirlerin azalması genel ekonomik dengenin zora girmesine yol açmış ve toplumsal maliyetin derinliğini de artırmaya başlamıştır. Nitekim bölgesel olarak başlayan bu şok dalgası hemen hemen bütün ülkeleri etkisi altına almış ve aynı zamanda hükümetlerin ekonomi politikalarında piyasayı destekleyici genişleyici maliye politikası uygulamalarını gündeme getirmiştir. Bu destek paketlerine rağmen küresel GSYH'nin 2020'de yaklaşık %5 daralma yaşanacağı tahmin edilmektedir (IMF Haziran 2020, World Bank, Haziran, 2020). Bu etkilerin yanında, tüm dünyada aşırı yoksullukla karşı karşıya olan nüfusun artacağı ön görülmektedir (World Bank, 2020).

Diğer yandan, sağlık alanında ortaya çıkan bu krizin, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık harcamaları nedeniyle finansal zorluk çeken nüfusun da artan ihtiyaçları karşısında, sağlıkta finansal korumanın önemi de artırmıştır. Yani aslında bir sağlık krizi olarak ortaya çıkan süreçte genel ekonomide meydana gelen olumsuz öngörülerin bireysel anlamda sağlık harcamaları ve finansal koruma üzerinde doğrudan etki yaratması kaçınılmaz bir sorun haline dönüşmüştür. Geçmişten bu yana var olan, bireyler tarafından yüksek oranda doğrudan yapılan sağlık harcamalarının refah üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ekonomiler için konunun önemini bir kat daha artırmıştır. Nitekim Birleşmiş Milletlerin 2015 yılında ortaya koyduğu "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"nden biri de (SKH-3.8) sağlık hizmetlerine erişimde evrensel sağlık kapsamının (universal health coverage) genişletilmesi ve finansal korumanın güçlendirilmesidir. Evrensel sağlık kapsamı, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlığa sunduğu katkıdan çok daha fazlasını ifade etmektedir. Bu yüzden tüm bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine kolayca erişim sağlaması, finansal açıdan zorluk çekmemeleriyle yakından ilişkilidir. Tüm dünyada 2000 yılından 2015 yılına kadar sağlık için harcama yapan ve mali yönden zorluk çeken hanehalkı oranı %9,4'ten %12,7'ye yükselmiştir. Yaklaşık 930 milyon kişiyle, dünya nüfusunun %12,7'si bütçesinin %10'undan fazlasını sağlık hizmetleri için yaptığı harcamalara ödeyerek finansal yüke maruz kalmış ve yoksullaşmış durumdadır (WHO, 2019: 26). Bu durumun COVID-19 küresel pandemisiyle artış göstermesi olasıdır. Nitekim COVID-19 krizi, hane halklarının bir yandan gelirlerinin düşmesine, diğer yandan potansiyel sağlık harcamaları artışları nedeniyle sağlıkta finansal yıkım ve yoksullaşma risklerini tetiklemektedir. Dolayısıyla daha fazla hane halklarının finansal zorluk yaşaması olası değerlendirilmektedir.

COVID-19 küresel şok dalgasının, Türkiye'deki ekonomik etkileri diğer ülkelerde olduğu gibi olumsuzdur. 2019 yılında, COVID-19 küresel pandemi şoku öncesi, Türkiye ekonomik anlamda zayıf bir büyüme süreci yaşamış, pandemi şokunun ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri ise derinleşmiş ve yeniden toparlanmanın zayıf kalacağı öngörülerini artmıştır. 2020 yılını negatif ekonomik büyüme tahminleriyle geçiren Türkiye, Çin ile birlikte G20 ülkeleri içinde büyüme gösteren iki ülkeden biri olmayı başarmış olsa da bu büyüme yıl boyunca ancak %1.8 ile sınırlı kalmıştır (TÜİK, 2021; World Bank, 2020). Ekonomik büyümenin sınırlı kalması, birçok sektör üzerinde negatif etki göstermiştir. TÜİK verilerine göre 2020 yılının tamamında sanayi üretimindeki büyüme %2,03 olsa da, büyümenin lokomotiflerinden inşaat sektöründe %3,54, hizmet sektöründe %4,34, idari destek ve hizmet faaliyetlerinde ise %5,2 daralma yaşanmıştır.

Bu sınırlı büyüme, aynı zamanda farklı sektörlerdeki birçok hanehalkının potansiyel gelirlerini azaltıcı etki yaratmasıyla, temelde sağlık krizi olarak ortaya çıkan şokun sağlık harcamalarını

yükseltme riskini de gündeme getirmiştir. Yaşanan sağlık krizi, bireysel anlamda acil olmayan sağlık hizmetini satın alma davranışını etkilemiş, diğer taraftan hızlı erişim için cepten yapılan yüksek harcamalarının artma riskini de artırmıştır. Böylece daha fazla bireyin yüksek sağlık harcamaları karşısında daha fazla finansal zorluk çekmesi ve yoksullaşma risklerinin artması da önem kazanmıştır.

Bu çalışmada, Türkiye’de COVID-19 krizi süresince ekonomide sektörel bazda meydana gelen negatif etkilerin yol açacağı çarpan etkisiyle, hane halklarının gelirlerinde meydana gelecek azalmaların cepten yaptıkları sağlık harcamaları ve sonucunda ortaya çıkan yoksullaşma üzerindeki potansiyel etkileri finansal yük açısından incelenmiştir. Çalışmanın giriş bölümünü takip eden ikinci bölümde sağlık harcamalarında kullanıcı katkıları olarak cepten sağlık harcamaları üzerine bilgiler verilmiş ve Türkiye’nin durum için değerlendirmesi yapılmıştır. Üçüncü bölümde, COVID-19 küresel pandemisinin Türkiye’deki hane halklarının cepten yaptıkları harcamalar nedeniyle olası finansal yükü ve yoksullaşma üzerindeki etkileri farklı senaryolarla ortaya konulmuştur. Dördüncü bölümde ise yapılan analizler sonucundaki bulgular sunulmuş ve yorumlanmıştır. Son olarak da COVID-19 krizinin hanehalkı sağlık harcamaları nedeniyle olası finansal yükün azaltılması yönünde politika önerileri sunulmuştur.

## **2. Sağlık Harcamalarında Kullanıcı Katkıları ve Cepten Yapılan Harcamaların Yeri: Türkiye için Değerlendirmeler**

Sağlık hizmetleri alanında yapılan harcamaların artması, pek çok ülkeyi sağlık finansman mekanizması bakımından yeni uygulamalara yöneltmiştir. Her ne kadar gelişmiş sağlık finansman sistemlerinde finansman kaynakları genel vergiler ve zorunlu sigorta primleriyle sağlanıyor olsa da artan sağlık finansman ihtiyacının karşılanması için hizmet başı kullanıcı katkılarından da yararlanılmaya başlanmıştır. Bu politika uygulamalarının temel amacı olarak ise kamunun üzerindeki yükü hafifletmek, ek gelir elde etmek, gereksiz talebi önlemek ve böylece gereksiz sağlık harcamalarını sınırlandırma düşüncesi yatmaktadır. Kullanıcı katkıları kişinin sağlık sigortası olsa bile sağlıkta ihtiyaç duyduğu her türlü konsültasyon, ilaç, tedavi ekipmanları ve diğer sağlık hizmetlerinde, ödemelerin tamamı ya da bir kısmı kendilerinin karşıladıkları uygulamalardır. Kullanıcı katkıları, katılım payı (co-payment), sigorta payı (co-insurance), ön ödeme (deductible), sabit teminat (fixed indemnity) gibi isimlerde ve farklı uygulama biçimlerinde kullanılıyor olsa da literatürde yaygın olarak bu harcamalar cepten yapılan harcamalar içinde yer almaktadır (Yıldırım vd., 2011:76). Bu tür harcamalar, her ne kadar sağlık finansmanında ek gelir elde etme ve gereksiz talebi önleme yönünde bir katkı sağlasa da sağlık hizmetlerinin niteliği gereği ertelenmez ve yüksek maliyetli olması sebebiyle bireyler açısından ekonomik yükün (katastrofik harcamaların) artırma riskini de gündeme getirebilmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları, bireylerin ve hane halklarının doğrudan kendi kaynaklarıyla ödemede buldukları sağlık harcamalarıdır. Sağlık hizmetleri için cepten yapılan ödemeler, birçok gelişmekte olan ülkede hanehalkı harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Ayrıca cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlık sistemleri ve sigorta mekanizmalarının gelişmesi aşamasında, sağlık finansman sisteminin hane halklarının refahına etkisi, özellikle yoksul hanelerdeki etkisi bakımından politika yapımcılarının önemle üzerinde durduğu bir konu olarak kabul edilmektedir (Xu vd., 2003).

WHO tarafından kabul edilen görüşe göre, yüksek düzeyde yapılan sağlık harcamalarına karşı finansal koruma, sağlık sektörü reform stratejilerinin tasarlanmasında temel amaçlardan biri olmalıdır. Çünkü cepten yapılan sağlık harcamalarının yüksek düzeyde olması dikey eşitlik ilkesinin ihlaline neden olmaktadır. Bu yüzden sağlık harcamalarına yapılan ödemeler ödeme

gücüyle ilişkili olmalıdır. Ayrıca bir sağlık sisteminin başarısı, nüfusun büyük bir kısmının sağlık harcamaları yönünden mali olarak korunmasına bağlıdır. Diğer bir ifadeyle, sağlıkta finansal koruma için yaygın olarak kullanılan göstergeler, toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların payı ve yüksek sağlık harcaması nedeniyle finansal yüke maruz kalma (katastrofik sağlık harcaması) ve dolayısıyla yoksulluğa sürüklenen hanehalkı oranının düşüklüğüdür (WHO, 2000; WHO, 2019).

### ***Türkiye’de Hanehalkı Sağlık Harcamalarında Finansal Koruma***

2003 yılında uygulamaya konulan, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Türkiye’de hem sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması hem de hane haklarının sağlık harcamaları nedeniyle finansal risklerinin azaltılmasında olumlu gelişmeler yaratmayı hedeflemiştir. Böylece SDP, insan merkezli bir sağlık reformu vizyonunu ortaya koymaktadır (Sağlık Bakanlığı,2003).

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında sosyal güvenlik alanında önemli değişikliklere gidilmiştir. Bu bağlamda, sağlık hizmetleri alımında bireylerin karşılaşılabilecekleri yüksek maliyetli sağlık ödemeleri riskine karşı koruyucu bir güce sahip olan sosyal sigorta sistemleri, 2008 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulmasıyla var olan parçalı yapısından kurtulmuştur. Geçmiş sistem içinde var olan farklı sigorta sistemleri [Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı] ve Yeşil Kart sahiplerine yönelik sağlık teminatları birbirlerine daha uyumlu hale getirilmiştir. Böylece farklı sigorta sistemleri tek çatı altında toplanmış ve sigorta teminatlarının kapsam genişliği ve finansal sürdürülebilirliği artırılmaya çalışılmıştır.

SGK’nın kurulmasıyla birlikte bireylerin sağlık harcamaları nedeniyle finansal yüke maruz kalmalarını önlemek için atılan en önemli adımlardan biri olan kapsayıcı genel sağlık (universal health coverage) sisteminin yaygınlaştırılması için Genel Sağlık Sigorta (GSS) sisteminin kurulmuş olmasıdır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamasına geçilmesiyle, primli ve primsiz sağlık ödemelerine ilişkin usuller de yeniden düzenlenmiştir. Yeşil Kart sahipleri, GSS kapsamına alınmıştır. GSS, özellikle ödeme gücü düşük olan kişilerin öncelikle sağlıklarının korunması amacıyla koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanması ve karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı mali yönden koruma sağlayan sosyal sağlık sigortasının alt sistemi olarak tasarlanmıştır. 2012 yılından itibaren sistemin sorunlu hale gelmesiyle, herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmayan ya da genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişisi olmayanlar ile 5510 Sayılı Kanun kapsamı dışında olan herkes, zorunlu genel sağlık sigorta kapsamına alınmıştır. GSS’de gelir testiyle prim ödemesinde yeterli mali gücü bulunmayan kesimin ödemelerinde indirim uygulanması ya da primlerin tamamen devlet katkıları yoluyla ödenmesi sağlanmıştır. Böylece yoksul kesimlerin sağlık hizmetleri için mali yönden zorluk çekmelerinin öne geçilmeye çalışılmıştır. GSS ile sosyal sigorta kapsamı altına alınan nüfusun sınırları son derece geniş tutulmuş ve ilke olarak “evrensel kapsam” benimsenmiştir. Ayrıca modelin, sağlık hizmetlerine finansal olarak zorlanmadan erişimi temel aldığından, sosyal refahın genişlemesine önemli katkı sunduğu söylenebilir (Manavgat, 2020:327). Böylece Türkiye bu politika hedefiyle de Birleşmiş Milletler 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) (Hedef 3.8) çevresinde sosyal güvenlikte kapsam genişliğini artırarak “evrensel kapsam” idealini yakalamaya yönelmiştir. 2019 yılı itibariyle Türkiye’de sosyal güvenlik kapasımında olan nüfusun oranı %85,1’dir (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Sigortalı Nüfusun Oranı (%)

2009	81.1
2010	83.2
2011	84.4
2012	83.1
2013	83.5
2014	84.6
2015	85.4
2016	84.4
2017	85.4
2018	85.0
2019	85.1

Kaynak: SGK İstatistik Yıllıklarından hesaplanmıştır (2009-2019).

Diğer taraftan sosyal güvenlik kapsamının genişletilmesiyle uyumlu olarak GSS kapsamında tescil edilenlerin sayısı artmakla birlikte, GSS primi devlet tarafından ödenenlerin de oranı yüksektir. Buna göre, 2019 yılı itibariyle GSS kapsamındaki nüfus yaklaşık 11,5 milyondur ve bu nüfusun %80’nin prim ödemeleri devlet tarafından karşılanmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Genel Sağlık Sigortası Tescili ve Prim Ödemeleri

GSS	2016	2017	2018	2019
GSS Kapsamında Tescil Edilenler (TL)	10,189,469	9,825,269	10,585,086	11,473,608
Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler (TL)	2,679,737	1,889,260	2,322,684	2,393,087
Primi Devlet Tarafından Ödenenler (TL)	7,509,732	7,936,009	8,262,402	9,080,521
Primleri Kendileri Tarafından Ödenenlerin Oranı (%)	%26	%19	%22	%20
Primi Devlet Tarafından Ödenenlerin Oranı (%)	%74	%81	%78	%80

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı (2019)’dan hesaplanmıştır

Sosyal güvenlik ve GSS kapsamında olan nüfusun oranının artması, Türkiye’de hanehalkları sağlık harcamaları açısından finansal korumayı sağlayacak önemli bir gelişme olarak değerlendirilebilir. Ancak sosyal güvenlik kapsamı artarken diğer yandan doğrudan cepten sağlık harcaması yapan hanehalkı oranının da artış gösteriyor olması çelişki yaratan bir durumdur. Diğer bir deyişle, sağlık harcamalarından kaynaklı ekonomik yükün azaltılması hedeflenirken hanehalkı sigorta kapsamında olursa dahi, doğrudan cepten sağlık harcaması yapan hanehalkı oranının artmakta olduğu gözlenmektedir. 2002’de %46,4 olan oran 2019’da %56,3 oranına yükselmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Oranı (%)

Yıllar	Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Oranı (%)
2002	46.4
2004	45.6
2006	54.5
2008	54.1
2010	63.8
2012	63.6
2014	66.3
2016	59.2
2018	57.8
2019	56.3

Kaynak: HBA (2002-2019) verilerinden hesaplanmıştır.

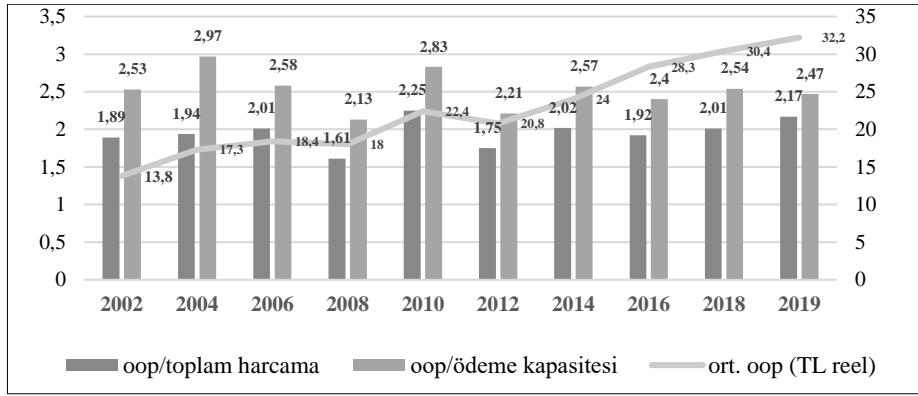
Ayrıca Türkiye’de hizmet sunucuları açısından yapılan sağlık harcaması oranı incelendiğinde hanehalkı tarafından yapılan sağlık harcamaları payındaki artış da dikkat çekicidir. Buna göre hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamaları toplamın neredeyse beşte birine yakındır (Tablo 4).

Tablo 4. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamalarının Oranı (%)

Yıllar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Devlet	76.8	0.785	77.4	78.5	78.5	78.0	77.0	78.0
Özel	23.2	21.5	22.6	21.4	21.5	21.9	22.0	22.0
<u>Hanehalkı</u>	<u>15.0</u>	<u>16.0</u>	<u>17.0</u>	<u>16.0</u>	<u>16.0</u>	<u>17.0</u>	<u>17.0</u>	<u>16.7</u>

Kaynak: TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri (2020) Not: Özel sağlık harcamaları hanehalkı sağlık harcamalarını kapsamaktadır.

Türkiye için sağlıkta finansal koruma açısından, cepten sağlık harcaması yapan hanehalkı oranının artması, hem de toplam harcamalar içinde hane halklarının oranının yükselmesinin yanında, yapılan harcamanın büyüklüğü de önemli bir göstergedir. Türkiye’de 2019 yılına kadar hanehalklarının aylık sağlık harcaması SDP sürecinde reel olarak yaklaşık 3 kat artmıştır. Ayrıca hanehalkı toplam harcamaları içinde sağlık harcamalarının payındaki artış da dikkat çekicidir. 2019 yılında toplam harcamalar içinde sağlık harcamalarının payı %2,17 ve ortalama reel sağlık harcaması 32,2 TL (nominal 108,5TL) dir. (Şekil 1).



Şekil 1: Cepten Yapılan Harcamaların (OOP) Toplam Harcamalar ve Ödeme Kapasitesi (CTP) İçindeki Payları (%)

Kaynak: HBA (2002-2019) verilerinden hesaplanmıştır. İkincil eksen reel sağlık harcaması (TL). **Not:** Ort.OOP, TÜFE=2003 baz yılına göre reel olarak hesaplanmıştır.

Hanehalkları arasında sağlık harcamaları nedeniyle finansal zorluk yaşayanların oranı incelendiğinde son yıllarda katastrofik harcama eğiliminin yükseldiği de gözlemlenmektedir (Tablo 5).

Tablo 5. Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hanehalklarının Oranı (%)

Yıllar	CATA ≥%10	CATA ≥%20	CATA ≥%30	CATA ≥%40
2002	7.62	2.98	1.36	0.63
2004	7.99	3.96	2.19	0.84
2006	7.79	2.73	0.89	0.50
2008	5.32	2.07	0.97	0.41
2010	6.85	2.33	0.87	0.36
2012	5.10	1.59	0.48	0.16
2014	6.24	1.88	0.75	0.31
2016	6.25	1.97	0.73	0.33
2018	7.01	2.22	0.96	0.36
2019	6.66	2.20	0.84	0.40

Kaynak:HBA(2002-2019) verilerinden hesaplanmıştır.

Not: DSÖ-WHO (ödeme kapasitesi [capacity to pay- partial normative food spending (10- 40%) yaklaşımı dikkate alınmıştır].

Türkiye’de hanehalkları tarafından yapılan sağlık harcamalarının finansal yükü son dönemde artış eğilimindedir. Türkiye her ne kadar yoksulluğun azaltılmasında ve SDP’den sonra hane halklarının mali yönden zorluk çekmesinde önemli başarı elde etmiş olsa da COVID-19 küresel pandemi döneminde ortaya çıkan gerek sağlık gerekse ekonomik sorunlar, sağlıkta finansal koruma hedeflerini tehlikeye sokmaktadır. COVID-19 pandemisiyle birlikte ekonomide pek çok sektörün faaliyetlerini yavaşlatması ya da durdurması sonucunda pek çok kişi gelirlerinin bir kısmını veya tamamını kaybetme süreci yaşamıştır. Pek çok çalışan, hala çalışıyor olsalar dahi, havayolu, perakende, konaklama, gıda hizmetleri, tekstil veya hazır giyim sektörlerinde kısa çalışma saatlerini ve / veya ücret kesintilerini kabul etmek zorunda kalmıştır. Buna göre yılın ilk çeyreğinde, küresel çalışma saatlerinin tahmini %5,4 (155 milyon tam zamanlı işe eşdeğer) 2019’un dördüncü çeyreğine göre azalış kaydetmiştir (ILO, 2020a). Bu etki hemen hemen tüm sektörlerde yaşanmıştır. ILO (2020) raporu, Türkiye’de çalışılan toplam saat ortalamasında %6 düşüş yaşandığını göstermekte ve ancak diğer yandan pandeminin olumsuz sonuçlarının toplumun her kesimine eşit dağılmadığını da vurgulamaktadır (ILO,2020).



Yaşanan bu gelişmeler sonucunda, Türkiye Çin ile birlikte G20 ülkeleri içinde 2020 yılında büyüme gösteren iki ülkeden biri olmayı başarmış olsa da bu büyüme yıl boyunca ancak %1,8 ile sınırlı kalmıştır (TÜİK, 2021; World Bank, 2020). Ekonomik büyümenin sınırlı kalması, birçok sektör üzerinde negatif etki göstermiştir. TÜİK verilerine göre 2020 yılının tamamında sanayi üretimindeki büyüme yüzde %2,03 olsa da, büyümenin lokomotiflerinden inşaat sektöründe %3,54, hizmet sektöründe %4,34, idari destek ve hizmet faaliyetlerinde ise %5,2 daralma yaşanmıştır. Bu durum COVID-19 küresel pandemi krizi nedeniyle çeşitli sektörlerdeki hanehalkları arasında ekonomik zorlukla karşı karşıya kalma ve özellikle sağlık hizmetleri için ödeme kapasitesinde zorluklara yol açma potansiyelini artırmaktadır. Dolayısıyla yaşanan COVID-19 küresel pandemisinin diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'deki sağlıkta finansal koruma konusunda olumsuz bir etki göstereceğini söylemek mümkündür. Bu bağlamda, Türkiye'de sağlık harcamalarının finansal koruma riskini yeniden ele almak önemli hale gelmektedir.

### 3. Yöntem

Çalışmada Türkiye'de COVID-19 krizi süresince ekonomide sektörel bazda meydana gelen negatif etkilerin yol açacağı çarpan etkisiyle, hanehalklarının gelirlerinde meydana gelebilecek azalmaların, cepten yaptıkları sağlık harcamaları üzerindeki potansiyel etkileri finansal yük açısından incelenmiştir. TÜİK'in 2020 sektör bazlı büyüme verilerinden yola çıkılmış ve hanehalkları üzerindeki gelir etkisi ve sağlık harcamalarındaki farklı değişim senaryolarıyla hane halklarının karşılaşılabilecekleri olası finansal yük, en güncel TÜİK (2019) Hanehalkı Bütçe Anket (HBA) verisi kullanılarak analiz edilmiştir. Böylece, COVID-19 krizi ve sonrasındaki süreçte, azalan gelirlerden doğabilecek ekonomik yükün azaltılması ve finansal korumanın sağlanmasına yönelik politikalar ele alınmıştır.

Hanehalkı Bütçe Anketi'nde (HBA); hanehalkı varlıkları, yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyo-ekonomik özellikler ve ayrıca istihdam, gelir ve harcamalar yer almaktadır. Aylık anket verilerinde farklı harcama kalemleri yer almakta ve bunlardan biri de sağlık harcamalarıdır. Sağlık harcamaları bölümünde, ilaç ve eczane ürünleri, tedavi ekipmanları, diş hekimliği hizmetleri, laboratuvarlar ve röntgen hizmetleri, hemşirelik bakım hizmetleri ve hastane hizmetleri harcamalarını içeren 14 farklı grup yer almaktadır<sup>1</sup>. Tablo 6'da hanehalkı sağlık harcamaları için bilgiler sunulmuştur. Sağlık harcamaları hanehalkı düzeyinde toplam olarak hesaplanmıştır. Buna göre 2019 yılında hanehalkları aylık ortalama toplam harcamaları 4972,2 TL ve sağlık harcamaları ise 108,5 TL'dir. Ortalama ödeme kapasitesi ise 4187,9 TL'dir.

Tablo 6: Hanehalkı Toplam Harcamaları ve Sağlık Harcamaları

Harcamalar	2019
Cepten Sağlık Harcaması Yapan Hanehalkı Oranı (%)	56,3
Ortalama Toplam Harcama (TL)	4972.2
Ortalama Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (TL)	108.5
Cepten Sağlık Harcaması Sıfır Olmayan Hanehalkları Arasında Ortalama Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (TL)	192.8
Ortalama Ödeme Kapasitesi (TL)	4187.9
Gözlem Sayısı	11521

Kaynak: HBA (2019) hesaplanmıştır.

<sup>1</sup> 2019 yılı HBA sağlık harcaması kalemleri 14 grupta derlenmiştir. Bunların COICOP kodları ise şöyledir: 6110- Eczacılık ürünleri, 6121- Gebelik testleri ve gebelik önleyici mekanik cihazlar, 6129- Başka yerde sınıflandırılmamış diğer tıbbi ürünler, 6131- Düzeltici gözlükler ve kontak lensler, 6132- İşitme cihazları, 6133- Tedavi amaçlı alet ve ekipmanların onarımı, 6139- Diğer tedavi amaçlı alet ve ekipmanlar, 6211- Pratisyen hekimlik, 6212-Uzman hekimlik, 6220- Diş hekimliği hizmetleri, 6231- Tıbbi analiz laboratuvarlarının ve röntgen merkezlerinin hizmetleri, 6232- Kaplıcalar, düzeltici jimnastik tedavisi, ambulans hizmetleri ve tedavi amaçlı ekipmanların kiralanması, 6239- Diğer paramedikal hizmetler, 6300- Hastane hizmetleri. Çalışmada toplam düzeyinde harcamalar kullanıldığı için bu yeni kod uygulaması sorun yaratmamaktadır.

Hanehalklarının yaptığı sağlık harcamaları, HBA (2019) verisinden sağlanmış ve bu harcamalar sağlıkta finansal koruma literatüründe cepten sağlık harcaması olarak değerlendirildiği için katastrofik harcamaların hesaplanmasında kullanılmıştır. Çalışmada iki farklı tablo ortaya konulmuştur. 2019 dönemi ve COVID-19 döneminde sağlık harcamaları nedeniyle meydana gelebilecek olası finansal yıkım hesaplanmıştır. Finansal riskten korunma açısından en yaygın ölçütler ele alınmıştır. Bunlar, katastrofik sağlık harcamaları ve cepten harcamalar nedeniyle yoksullaşmanın belirlenmesidir. Katastrofik sağlık harcamaların ölçülmesinde, sağlık harcamalarının toplam harcamaların veya ödeme kapasitesinin içindeki payı belirlenen bir eşik değeri aşması olarak kullanılmaktadır. Genellikle bu eşik değerleri %10-%40 olarak belirlenmektedir (Xu vd, 2007; Gotsadze vd., 2009; Somkotra ve Lagrada, 2009; Onoka vd., 2011; Minh vd, 2013; Yereli vd., 2015; Khan vd., 2017; Hsu vd., 2018; WHO, 2019; Wang, vd., 2018; Cylus, vd., 2018; Manavgat vd., 2020). Sonrasında yoksullaştırıcı sağlık harcamalarına maruz kalan hane halklarının oranı irdelenmektedir. Çalışmada, sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşan hanehalklarının oranının hesaplanmasında yoksulluk açığı ve kişi başı SGP (2011) günlük 1,90\$, 3,20\$ ve 5,50 \$ olan global yoksulluk sınırı eşikleri ve ayrıca kişi başına günlük medyan tüketiminin %60'ı dikkate alınmıştır. Hanehalklarının sağlık harcamaları öncesi ve sonrası gelirleri kıyaslanarak, harcama sonrası gelirleri yukarıda belirtilen yoksulluk sınırı eşiklerinin altına düşen hanehalkları, yoksullaşmış hanehalkları olarak tanımlanmıştır.

Çalışmada, COVID-19 pandemisinin hanehalkı sağlık harcamalarında finansal yükünün ve yoksulluğa maruz kalanların oranının belirlenmesinde birkaç senaryo dikkate alınmıştır. COVID-19'un ekonomi üzerindeki etkileri için TÜİK'in 2020 yılı sektörel bazlı büyüme verileri dikkate alınmıştır. Sektörel bazlı daralmaların ve dolayısıyla ortaya çıkan hanehalkı gelirlerindeki azalmaların yanında sağlık hizmetlerinin satın alınmasındaki artış hanehalkı ekonomik kaynaklarının büyük bir kısmının (yani bütçe şokları yaratarak), bu harcamalara yapılmasına yol açacağından finansal yıkıma ve yoksulluğa maruz kalanların oranını artıracığı düşüncesinden yola çıkılmıştır. Yine çalışmada, azalan hanehalkı harcamalarının çarpan etkilerini ve COVID-19 kriziyle ilgili hanehalkı sağlık harcamalarındaki olası değişiklikler ele alınmış ve yeniden ölçümler yapılmıştır.

Buna göre çalışmada yapılan adımlar şöyledir:

Hanehalkı gelir ve harcamalarındaki düşüşün tahmini: Türkiye'de hanehalkı gelir ve harcamalarındaki düşüşlerle ilgili veri bulunmadığından, bu düşüş TÜİK'in 2020 makroekonomik ve sektörel bazlı büyüme verileri kullanılarak belirlenmiştir. ILO raporu (2020), Türkiye için çalışılan toplam saat ortalamasında %6 düşüş göstermiştir. Toplam çalışma saatindeki düşüş hem işyerindeki sayılardaki değişikliği hem de halen iş başında olanlar için haftalık çalışma saatlerinde meydana gelen herhangi bir azalmayı temsil etmektedir. Bu nedenle, toplam saat sayısındaki düşüş, küresel pandeminin istihdam ve ücretler üzerindeki toplam etkisi hakkında bir fikir vermektedir. Hanehalkı harcamalarındaki azalma için çalışma saatlerinde genel azalma eğilimi kullanılmıştır. Ancak COVID-19 pandemisinin ekonomik sonuçları tüm sektörler için aynı etkiyi yaratmadığı sonucu da dikkate alınmıştır. Bu nedenle, inşaat, sanayi, hizmet gibi temel sektörler başta olmak üzere, havayolları, perakende satış ve konaklama gibi yüksek riskli hizmetlerden, eğitim gibi düşük riskli hizmetlere kadar değişen farklı kategorilerdeki hanehalkı harcamalarındaki değişim yüzdeleri SAM multiplier metodu kullanılarak belirlenmiştir. Öte yandan, sektörel bazlı büyüme oranları ve dolayısıyla ortaya çıkan hanehalkı gelirlerindeki değişimden yola çıkılarak hanehalkı sağlık harcamasındaki düşüş düzeyleri tahmin edilmiştir.

COVID-19 döneminde hanehalkı cepten yapılan sağlık harcamaları değişikliklerin tahmini: Hanehalkı harcamalarındaki olası düşüşleri tahmin ettikten sonra, cepten yapılan sağlık

harcamalarındaki değişikliklere dayalı 4 farklı senaryolar geliştirilmiştir. Bunlar 1. cepten yapılan sağlık harcamasında değişiklik olmaması, 2. sağlık harcamalarında %5 artış, 3. sağlık harcamalarında %5 azalma ve 4. gelir ile cepten harcama arasındaki uzun vadeli istatistiksel ilişkiye göre % azalmanın belirlenmesidir. Son senaryo için, hanehalkı gelir / harcamasında %1'lik bir düşüşün (hanehalkı harcamasındaki değişikliğe bağlı yapılan sağlık harcaması talep esnekliği) cepten harcamadaki değişikliği belirlemek için kantil regresyon analizi uygulanmıştır. Yani farklı gelir dilimlerindeki hanehalklarının toplam harcamalarındaki değişimin sağlık harcamalarına olan duyarlılığı belirlenmiştir.

Farklı senaryolara dayalı olarak hanehalkı cepten sağlık harcaması nedeniyle katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaşanların oranının tahmini: Hanehalkı harcamalarındaki öngörülen düşüş ve cepten yapılan sağlık harcamalarındaki değişikliklerden yola çıkılarak, katastrofik sağlık harcaması yapan hane halkları ve bu nedenle yoksullaşan hanehalkı oranı yeniden hesaplanmış ve sonuçlar COVID-19 öncesi durumla karşılaştırılmıştır. Böylece 2020'de olası yoksulluk ve finansal zorlukla (katastrofiyle) karşı karşıya kalabilecek ilave nüfus tahmin edilmiştir.

#### 4. Bulgular

Tablo 7, Türkiye'de sağlık hizmetleri için hane halkları tarafından yapılan harcamalar sonucu katastrofiye maruz kalanların oranını göstermektedir. Bu durum, COVID-19 öncesi süreci bir gösterge olarak kabul etmektedir. Farklı katastrofik eşik değerleri (%5, 10, 15, 20, 25, 40) kullanılarak yapılan incelemeler sonucunda, 2019 yılında toplam harcamalar içinde sağlık harcamalarının payı %5 ve üstü olan hanehalkı oranı %10,49'dur. Birleşmiş Milletler SKH kapsamında kabul edilen eşik değerlerde (%10-25) sonuçlar incelendiğinde ise bu oranın sırasıyla %4,14 ve %0,64 olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7: 2019'da Katastrofik Sağlık Harcamalarına Maruz Kalan Hanehalkı Oranı (%)

	Hanehalkı toplam harcamaları içindeki payı (eşik)					
	5%	10%	15%	20%	25%	40%
Katastrofik sağlık harcaması insidansı (%)	10.49	4.14	2.04	0.99	0.64	0.19
Standart Hata	0.38	0.23	0,17	0.10	0.09	0.04

Kaynak: HBA (2019) verilerinden hesaplanmıştır.

Dört farklı yoksulluk sınırı kullanılarak sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisine ilişkin sonuçlar ise Tablo 8'de özetlenmiştir. Kişi başına günlük 5,50\$'lık (SGP-2011) sınır için yoksulluk riskiyle karşı karşıya kalanların oranı %12,32'dir. Aynı zamanda hanehalklarının %0,34'ü cepten yaptıkları sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşmıştır.

Tablo 8. 2019'da Sağlık Harcamaları Nedeniyle Yoksullaşan Hanehalkı Oranı (%)

	Brüt Sağlık Harcaması (1)	Net sağlık harcaması (2)	Fark Mutlak (3) = (2) - (1)	Görelî [(3) / (1)] %
Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük 1,90 \$- SGP (2011)				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	0.40	0.41	0.01	1.97
Yoksulluk açığı (Gpov)	0.38	0.38	0.00	1.27
Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük 3,20 \$- SGP (2011)				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	2.73	2.79	0.06	2.12
Yoksulluk açığı (Gpov)	5.30	5.41	0.11	2.15

Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük 5,50 \$- SGP (2011)				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	12.32	12.67	0.34	2.79
Yoksulluk açığı (Gpov)	49.58	51.13	1.55	3.13
Yoksulluk sınırı = Kişi Başına Günlük Ortalama Tüketimin %60'ı				
Yoksulluk oranı (Hpov)%	23.70	24.45	0.76	3.21
Yoksulluk açığı (Gpov)	167.05	172.61	5.56	3.33

Kaynak: HBA (2019) verilerinden hesaplanmıştır.

Türkiye’de COVID-19 küresel pandemisinin hanehalkı toplam harcamaları ve sağlık harcamaları üzerine olası etkilerini dikkate alarak yapılan senaryolar için analiz sonuçları ise Tablo 9’da yer almaktadır. Tabloda hesaplanan yüzdelerin nüfus ağırlıkları hesaplanarak verilmiştir. Buna göre, 2020’de hanehalkı harcamalarında ortalama %5,30’luk bir azalma yaşanacağı hesaplanmıştır. Bu düşüğe bağlı olarak, yoksulluğun yeniden hesaplanması (SGP 2011 günde 5,5\$ altında) sonucunda Türkiye’de yaklaşık 1,35 milyon nüfusun COVID-19 krizi nedeniyle yoksullaşacağı saptanmıştır. Sağlık harcamalarının değişmeyeceğinin varsayıldığı ilk senaryoya göre hanehalkı harcamalarındaki olası düşüş nedeniyle finansal katastrofi (%10 eşik değer için) yaşayabilecek ilave 535 bin kişinin olacağı, 124 bin kişinin ise yoksullaşacağı tahmin edilmiştir (Senaryo 1). Hem harcamalardaki düşüş karşısında hem de sağlık harcamalarının yükselmesi durumunda ise olası etkinin derinleşeceği gözlenmiştir. Buna göre, sağlık harcamaları nedeniyle finansal katastrofi yaşayabilecek yaklaşık 758 bin ilave nüfusun olacağı ve 153 bin kişinin cepten sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşacağı saptanmıştır (Senaryo 2). Sağlık hizmeti alma davranışını erteleme durumunda yani genel olarak acil olmayan sağlık harcamalarındaki olası düşüş karşısında finansal katastrofiye maruz kalabilecek ilave 168 bin kişinin olacağı ve yaklaşık 100 bin kişinin yoksullaşacağı belirlenmiştir (Senaryo 3). Ayrıca gelir ve sağlık harcamaları arasındaki istatistiki ilişkinin devam edeceğini varsayan daha hassas analizlerde yaklaşık 103 bin ilave nüfusun katastrofiye maruz kalacağı ve 82 bin kişinin yoksullaşacağı da bir başka olası tahmin sonucudur (Senaryo 4).

Tablo 9: Farklı Senaryolara Dayalı, Cepten Sağlık Harcamaları Nedeniyle Katastrofiye ve Yoksullaşmaya Maruz Kalabilecek İlave Nüfus (Bin Kişi)

	Yoksulluk altındaki nüfus			Katastrofik Harcamalarına Maruz Kalan Nüfus		
	Yoksulluk Sınırı (PL) [SGP 2011]			Toplam harcamaların %10'u	Toplam harcamaların %25'i	Ödeme Kapasitesinin %40'ı (DSÖ) <sup>a</sup>
	PL=1.90\$	PL=3.20\$	PL=5.50\$			
<b>Senaryo 1:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında değişim yok						
	165.2	541.5	1354.4	535.7	62.9	1453.3
	78.5	403.3	963.3	342.2	42.3	1093.3
<b>Senaryo 2:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 artış						
	165.2	541.5	1354.4	758.7	118.6	1570.1
	78.5	403.3	963.3	635.1	89.9	1247.8
<b>Senaryo 3:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 azalış						
	165.2	541.5	1354.4	168.0	0.01	1319.9
	78.5	403.3	963.3	18.7	-13.6	938.1
<b>Senaryo 4:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasındaki a% <sup>c</sup> düşme						
	58.2	397.2	1,599.60	103.2	29.5	-31
	39.8	229.5	1,115.40	80	5.2	-42.9

Yoksulluk Üzerine Etkiler	Cepten sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan nüfus			
	PL=1.90\$	PL=3.20\$	PL=5.50\$	PL=PL <sup>a</sup>
<b>Senaryo 1:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında değişim yok				
	7.4	11.0	124.9	183.5
	7.4	-16.5	-11.4	133.5
<b>Senaryo 2:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 artış				
	7.4	19.5	153.0	250.3
	7.4	-6.1	70.2	175.2
<b>Senaryo 3:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasında %5 azalış				
	7.4	5.5	100.5	158.5
	3.0	-38.5	-17.1	83.4
<b>Senaryo 4:</b> Hanehalkı harcamalarında düşme, cepten sağlık harcamasındaki a% düşme				
	5.1	25.9	10.9	82.3
	5.1	51.2	160.8	94.1

<sup>a</sup>DSÖ tarafından geliştirilen ödeme kapasitesi, en az geçim harcamalarının dahil edilmediği yaklaşımı eşik, bu yaklaşımda "Yoksulluk sınırı" gıdaya harcanan ortalama tutar olarak hesaplanmaktadır, Hanehalkı büyüklüğüne ve bileşimine göre ayarlanmış, hanehalkı tüketim dağılımının 25. ve 35. yüzdalık dilimleri arasında hanelere göre konut ve kamu hizmetleri.

Kaynak: HBA (2019) verilerinden hesaplanmıştır.

## 5. Sonuç ve Değerlendirme

Birleşmiş Milletler'in 2015 yılında ortaya koyduğu "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"nden biri (SKH-3.8) sağlık hizmetlerine erişimde evrensel sağlık kapsamının (universal health coverage) genişletilmesi ve finansal korumanın güçlendirilmesidir. Bu bağlamda, yüksek oranda yapılan cepten sağlık harcamalarının bir sonucu olan hane halklarının üzerindeki finansal yükün izlenmesi ve sağlıkta finansal korumanın güçlendirilmesi küresel anlamda ilgi gören konular olmuştur. Yapılan çalışmalar cepten yapılan harcamaların özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık ve sosyal güvenlik ile birlikte ekonomik zorluklar doğurduğunu ortaya koymaktadır (McIntyre vd., 2006). Bir sağlık sorunu olarak başlayıp küresel bir ekonomik krize dönüşen COVID-19 pandemisi Türkiye için Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile belirlenmiş hem sağlık hizmetlerine erişimin yaygınlaştırılması hem de hanehalklarının sağlık harcamalarından kaynaklı finansal risklerinin azaltılması hedefleri için bir tehlike oluşturmaktadır. Bu nedenle, pandeminin yol açacağı ekonomik etkilerin incelenerek cepten yapılan sağlık harcamaları ve dolayısıyla oluşacak sağlıkta finansal yükün doğru şekilde tahmin edilmesi, bu sorundan en çok etkilenecek hane halklarının belirlenmesi ve etkilerin en aza indirgenmesi için atılacak adımlar kritik önem taşımaktadır.

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinin etkilerini incelemek için TÜİK'in 2020 yılı Türkiye sektörel bazlı ekonomik büyüme verilerinden yola çıkılmış ve HBA 2019 verileri kullanılarak öncelikle farklı hanehalklarının gelirlerindeki ve harcamalarındaki azalmalar tahmin edilmiştir. İkinci aşamada ise cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryo göz önünde bulundurularak hane halklarının gelirlerindeki bu azalma sonrası karşılaşılabilecekleri sağlık finansal yükleri, yani katastrofik sağlık harcamaları ve sonucunda ortaya çıkabilecek yoksullaşma oranları hesaplanmıştır.

Analizlerimize göre, Türkiye'de 2020 yılında hanehalkı harcamalarında ortalama %5,3'lük bir azalma yaşanacağı hesaplanmıştır. Hanehalkı harcamalarındaki bu düşüşlere bağlı olarak yaklaşık 1,35 milyon ek nüfusun COVID-19 krizi nedeniyle yoksullukla karşı karşıya kalacağı tahmin edilmiştir. Bulgularımıza benzer şekilde Dünya Bankası'nın 2020 yılında yayınladığı bir rapora göre COVID-19 salgını 2020'de Türkiye'deki hanehalklarının gelirlerinde azalmalara yol açabilecek ve bu azalmalar dolayısıyla 1,4 milyon ek nüfus yoksulluk sınırı altına itilebilecektir (World Bank, 2020).

Sağlıkta finansal koruma açısından son yıllarda hane halkları arasında sağlık harcamaları nedeniyle katastrofik harcama eğiliminin yükseldiği gözlenmektedir. Analizlerimize göre 2020 yılında hanehalklarının gelir ve harcamalarındaki düşüşün bir etkisi olarak ve cepten yapılan sağlık harcamalarındaki dört farklı senaryomuza göre 103 ile 758 bin arası bir ek nüfusun katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalabileceğini tahmin edilmiştir. Alternatif senaryolarımız 82 ile 153 bin arası bir ek nüfusun ise cepten yapılan bu sağlık harcamaları nedeniyle yoksullaşabileceğini göstermektedir.

Politika yapımcıların hanehalklarının yüksek cepten sağlık harcamaları ve sonucunda oluşabilecek yoksullukla mücadele için ivedilikle politikalar üretmesi ve bu politikaları etkin ve sürdürülebilir şekilde uygulamaya geçirmesi gerekmektedir. Öncelik her zaman toplumun en savunmasız grupları başta olmak üzere artan sağlık ihtiyaçları olanlar ve daha düşük sosyoekonomik statüdeki hane halklarının olmalıdır. Uluslararası uzmanlar ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından politika oluşturma noktasında ilk adımın temel sağlık hizmetlerine erişimin önündeki finansal engellerin kaldırılması olarak belirtilmiştir (WHO, 2020a). Hane halklarının COVID-19 tedavisi ve koruması için ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine ulaşımında herhangi bir finansal zorlukla karşılaşmaması hane halklarının sağlıkta finansal korumasının sağlanması yanında toplum sağlığının artırılması ve sağlık sisteminin dirençliliği ve dayanıklılığı için de

önemlidir. Bu yüzden içlerinde Türkiye'nin de yer aldığı birçok devletin hali hazırda uyguladığı gibi COVID-19'a bağlı sağlık hizmetleri kullanıcı ücretlerini tamamen kaldırması öncelik olmalıdır. Buna ek olarak, en azından pandemi süresince, diğer tüm temel sağlık hizmetlerine erişimdeki kullanıcı ücretlerinin askıya alınması sağlıkta finansal korumayı destekleyecektir (WHO, 2020b).

Sağlık hizmetlerine erişimdeki finansal engellerin kaldırılması önemli olsa da ihtiyaç halinde gerekli temel sağlık hizmetlerine erişimi garanti etmeyebilir. Sigorta kapsamı ya da anlaşmaları gereği kimi hanehalkları sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamaktadır. Bu durum pandemi süreciyle derinleşebilir. Bu sebeple, COVID-19 pandemisi süresince, sigorta ya da vatandaşlık statüsünden bağımsız olarak Türkiye'de bulunan tüm hane halklarının ihtiyaç halinde temel sağlık hizmetlerine, özellikle de kamu tarafından finanse edilen hizmetlere erişiminin garanti altına alınması etkili bir çözüm önerisi olabilir (WHO,2020a).

Sağlık hizmetlerine ulaşımında ortaya çıkacak finansal engeller hastaların tedaviye ulaşmasını geciktirebileceği gibi erişimi tamamen de engelleyebilir. Bu durum hem pandeminin kontrolünü zorlaştıracak hem de birçok hanehalkını ek finansal ve sağlık yüküyle baş başa bırakacaktır. Her ne kadar Türkiye için karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarıyla ilgili detaylı bir çalışma olmasa da, Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 başlıklı çalışmasına göre toplumun büyük çoğunluğu için karşılanmamış ihtiyaçların temel sebebi yetersiz maddi imkanlar olarak gösterilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006). Bu durum, hastaları ya sağlık hizmetlerine erişimden vazgeçmeye ya da daha ucuz ve kalitesiz hizmetlere yönlendirmektedir. Bu durum, özellikle daha yoksul haneler için sağlık hizmetlerine erişimi artıran politikaların önemini vurgulamaktadır.

Hanehalklarını pandemi ve sonrasında finansal risklerden korumak ve ihtiyaç halinde COVID-19 ve temel sağlık hizmetlerine erişimini sağlamak için dolaylı engelleri de dikkate almak gerekecektir. Bunlar arasında ulaşım maliyetleri ve gayri resmi ödemeler gibi finansal engeller olduğu gibi sağlık hizmetlerine ulaşımındaki uzaklık ve seyahat süreleri gibi finansal olmayan engeller de bulunabilir. Pandemi süresince oluşan işsizlik ya da ücretlerdeki kesintilerin yol açacağı gelir kaybı ve yoksulluk riski de göz önüne alınarak hane halklarının finansal yükünü azaltmak ve sağlık hizmetlerine erişimini garanti altına almak için devletlerin bütüncül adımlar atması gereklidir. Halihazırda birçok devlet finansal risklerle mücadele için sosyal yardım paketleri hazırlayıp ihtiyaç halinde kapsamını genişletmektedir. Fakat bu yardımların idari sürecini basitleştirip hızlandırmak ve toplumun tüm kesiminin bu yardımlara erişimi artırmak da önemlidir. Bu süreçte devletler COVID-19'la mücadele kapsamında kullanılan karantina gereklilikleri nedeniyle ortaya çıkan işgücü ve gelir kayıplarını azaltmak için gerek çalışan gerekse de işverenlere mali ya da aynı çeşitli sosyal koruma tedbirleri almalıdır. Bunlara gelir destekleri, ücretli hastalık izinleri, işten çıkarma yasakları ya da çıkarılanlar için işsizlik sigortaları, karantinadan ya da taleplerdeki azalmadan en çok etkilenen sektörler ve firmalar için teşvikler ya da vergi indirimleri dahil edilebilir (IMF ve Gaspar vd., 2020). İhtiyaç halinde temel gıdalara erişimi iyileştirerek gıda güvenliğini teminat altına almak da gerekebilir.

Sağlıkta finansal koruma konusunda en riskli ve savunmasız hanehalklarını belirlemek özellikle COVID-19 pandemisi sürecinde daha önem kazanmıştır. Türkiye için yapılan çalışmalarda, küçük hanelerin, ev reisi kadın olanların, hanede işsiz, engelli, hasta ya da yaşlı olanların finansal yükten en fazla etkilenebilecek toplum grupları olduğu belirlenmiştir (Yardım vd., 2010; Erus ve Aktakke, 2012; Yereli vd., 2014; Brown vd, 2014; Özgen vd., 2015; Tokatlıoğlu ve Tokatlıoğlu, 2018; Manavgat vd., 2020). Ayrıca, Türkiye ile ilgili yapılan çalışmalar son yıllarda cepten sağlık harcaması yapan hanehalklarının oran olarak artmaya başladığını, sağlık sigortası kapsamında da olsa özellikle reçeteli ilaçlara yapılan katkı paylarının ek bir finansal yük getireceğini iddia etmişlerdir. Öte yandan, her ne kadar GSS ile toplumun genelinin sağlık

hizmetlerine erişimi artırılmış ve finansal yükü azaltılmışsa da, yoksul hanehalkları ve Yeşil Kart sahibi bireyler için yapılmış düzenlemelerinin finansal koruma açısından sınırlı etkileri olmuştur (Manavgat vd., 2020). Bu nedenle, özellikle COVID-19 süresince toplumun savunmasız kesimlerinin ve ekonomik olarak en ihtiyacı olan hanehalklarının finansal korunması çeşitli sosyal yardımlarla desteklenmelidir.

COVID-19'la mücadelede tanı ve tedavi açısından başarılı bir sınav veren ve örnek olarak gösterilen Türkiye, dayanıklı ve dirençli sağlık sistemi sayesinde temel sağlık hizmetlerine erişimde de büyük sorunlar yaşamadan süreci idare edebilmiştir. Pandeminin ilk günlerinden itibaren COVID-19 test ve tüm tedavi maliyetlerinin SGK tarafından karşılanacağı ilan edilmiştir. Geliştirilmiş ve dijitalleştirilmiş sağlık yönetimi bilgi sistemi ve güçlü birinci basamak sağlık sistemi sayesinde gerek COVID-19 tanı, takip ve tedavisi, gerekse de kronik hastalığı olan hastalar ve yaşlıların telefon ve uzaktan şekilde sürekli sağlık bakımı sağlanmıştır. Sağlık raporu ve reçetesi olan kronik hastalığı olan hastalar için pandemi süresince kapsam dahilindeki ilaçlara cepten ödeme yapılmayacağı taahhüt edilmiştir. Gelişmiş dijital veri tabanları sayesinde toplumun en savunmasız gruplarından başlayarak ihtiyacı olan hanehalklarına hızlı ve güvenli şekilde çeşitli finansal ve aynı yardımlar gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, çalışan ve işverenleri finansal riskten korumak için belli periyotlarla özellikle küçük ve orta dereceli işletmelere bazı teşvikler ve kredi imkanları sağlanmıştır (IMF,2020). Fakat gerek mücadelenin başarısının devamı gerekse de hanehalklarının ve işletmelerin finansal riskten sürdürülebilir şekilde korunabilmesi için bu desteklerin daha kalıcı, şeffaf, hızlandırılmış ve güncellenmiş şekilde devam etmesi gerekecektir. Ekonomik düzeyi düşük olan hanehalklarına, işini kaybetmiş ya da ücretinde azaltılmaya gidilmiş çalışanlara, emeklilere, asgari ücretle çalışanlara başta olmak üzere toplumun pandemiden en çok etkilenmiş kesimlerine finansal desteğin artarak devam ettirilmesi gerekir. Pandemiden etkilenen sektörler ve kuruluşlara getirilen doğrudan destek ya da kısa çalışma ödeneğinin miktar ve süresinin artırılması, finansal zorluk yaşayan sektörlerin kişisel ve kurumsal vergi ödemelerinin ertelenmesi, kredi garanti fonunun kapsamının ve boyutunun güncellenerek artırılması, işten çıkarma yasağıyla ilgili yasaların pandemi süresince kalıcı hale getirilmesi ve çeşitli temel ürünlerdeki KDV'lerin azaltılması ya da tamamen kaldırılması izlenecek diğer yöntemler için örnekler olabilir.

Çalışmamız COVID-19'un ekonomik etkileri sonucu hanehalkının gelir ve harcamalarındaki azalmaya bağlı olarak sağlıkta finansal korumada ortaya çıkabilecek zararlara genel bir bakış açısı sağlamıştır. Zaten artma eğiliminde olan cepten yapılan sağlık harcamalarının 2020 yılında Türkiye'de hanehalklarına yeni bir finansal yük getirebileceği, acil ve kapsamlı politikalar olmadan hanehalklarını bu yükten kurtarmanın mümkün olmayacağı, pandeminin ilerleyen süreçlerinde durumun daha da kötüleşebileceği ve SDP sonrası elde edilen kazanımların tehlikeye atılabileceği gösterilmiştir. Ancak, krizin finansal sağlık risklerini tam olarak belirleyebilmek için daha fazla analize ihtiyaç vardır. Gerçek verilerle elde edilen analizler doğrultusunda sağlık sistemi iyileştirilirken özellikle hanehalklarının sağlıkta finansal yüklerinin azaltılması, temel sağlık hizmetlerine erişimin artırılması ve sürdürülebilir şekilde sosyal yardımların genişletilmesi gerekecektir. Pandemiyle mücadelede mevcut bütçe kaynaklarının ve ihtiyaçların belirlenerek bir acil durum finansman planı geliştirilmek ve ihtiyaç halinde bütçeyi esnekleştirerek yerinde müdahale stratejileri belirlemek hayati önem taşımaktadır. Aynı zamanda, uzun vadeli bir iyileştirme planı ve buna uygun yönetim mekanizmalarına sahip bir sağlık sistemleri fonu oluşturmak gerekecektir. Sağlık finansmanında cepten yapılan sağlık harcamaları yerine kamunun finansman gücünü artırmaya devam etmek, SGK altındaki risk havuzunu güçlendirmek ve tüm bunları daha da geliştirilmiş bir sosyal güvenlikle güçlendirmek sürdürülebilir bir iyileştirme ve kalkınma için kaçınılmazdır.



## 6. Kaynakça

1. Brown S., Hole A.R., Kilic D. (2014). “Out-Of-Pocket Health Care Expenditure in Turkey: Analysis of The 2003–2008: Household Budget Surveys. *Economic Modelling* (41) 211–218.
2. Cylus, J., Thomson, S., Evetovits, T. (2018). Catastrophic Health Spending in Europe: Equity and Policy Implications of Different Calculation Methods. *Bull. World Health Organ.* 96:599–609.
3. Erus, B., Aktakke N. (2012). Impact Of Healthcare Reforms on Out-Of-Pocket Health Expenditures In Turkey For Public Insurees. *Eur. J. Health Econ.* 13(3): 337-346.
4. Gaspar, V. Lam, W.R. Raissi, M. (2020). Fiscal Policies to Contain the Damage from COVID-19. International Monetary Fund, 2020. <https://blogs.imf.org/2020/04/15/fiscal-policies-to-contain-the-damage-from-covid-19/>, Erişim Tarihi:20.01.2021.
5. Gotsadze, G., Zoidze, A., Rukhadze, N. (2009). “Household Catastrophic Health Expenditure: Evidence From Georgia and its Policy Implications”, *BMC Health Services Research*, 9:69, 1-9.
6. Hsu, J., Flores, G., Evans, D., Mills, A., Hanson, K.(2018). Measuring Financial Protection Against Catastrophic Health Expenditures: Methodological Challenges For Global Monitoring. *International Journal for Equity in Health* 17:69.
7. ILO-OECD Covid-19 report (2020b): The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies [online] website [https://www.ilo.org/global/docs/WCMS\\_753607/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/docs/WCMS_753607/lang--en/index.htm), Erişim Tarihi:21.11.2020.
8. International Labour Organization, (ILO) Covid-19 Report (2020a): COVID-19 causes devastating losses in working hours and employment [online] website [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_740893/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_740893/lang--en/index.htm), Erişim Tarihi:09.12.2020.
9. International Monetary Fund (IMF) (2020), Policy Responses to COVID-19; Policy Tracker: [online] <https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19>, Erişim Tarihi: 18.12.2020.
10. International Monetary Fund (IMF) (2020). DataMapper [online] Website <https://www.imf.org/en/Countries/TUR>, Erişim Tarihi:05.11.2020.
11. Khan, A.M.J., Ahmed, J., Evans, G. T. (2017). “Catastrophic Healthcare Expenditure and Poverty Related to Out-Of-Pocket Payments For Healthcare in Bangladesh—an Estimation of Financial Risk Protection of Universal Health Coverage” *Health Policy and Planning*, 32(8),1102–1110.
12. Manavgat, G. (2018). “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Kullanımında Cepten Yapılan Harcamaların Finansal Yükü ve Farklı Harcama Grupları Üzerindeki Etkileri”, *Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü (Yayımlanmamış Doktora Tezi)*, İzmir.
13. Manavgat, G. (2020). Türkiye’de Kalkınma Temelli Sağlık Finansmanının Yapısı ve Politika Önerileri, içinde: *Sürdürülebilir Kalkınma: Disiplinlerarası Yaklaşım*, Editörler: Rıza Bayrak ve Mustafa Polat, Nobel Yayınevi. 317-340.
14. Manavgat, G., Saygılı, F., Audibert, M. (2020). Examining the Economic Burden of Out-of-Pocket Health Expenditures for Households in Different Socio-Economic Groups in Turkey. 2020. 28(46): 25-49.
15. McIntyre, D., Thiede, M., Dahlgren, G., Whitehead, G. (2006). What are the Economic Consequences for Households of Illness and of Paying for Health Care in Low- and Middle-Income Country Contexts? *Social Science Medicine*. 62(4):858-65.
16. Minh, H. V., Phuong, N. T.K., Saksena P., James D.C., Xu, K. (2013). “Financial Burden of Household Out-of Pocket Health Expenditure in Viet-Nam: Findings From The National Living Standard Survey 2002-2010”, *Social Science and Medicine* (96) 258- 263.
17. Onoka, A.C., Onwujekwe, O.E, Hanson, K. & Uzochukwu, B.S, (2011). “Examining Catastrophic Health Expenditures at Variable Thresholds Using Household Consumption Expenditure Diaries”, *Tropical Medicine and International Health*, 16(10), 1334–1341.
18. Özgen, N.H., Sahin, İ. & Yıldırım, H.H. (2015). “Financial Catastrophe and Poverty Impacts of Out-Of-Pocket Health Payments in Turkey” *Eur. J. Health Econ.* (2015) 16, 255–270.
19. Sağlık Bakanlığı (2003). “Sağlıkta Dönüşüm Programı”, Aralık 2003, <http://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>, Erişim Tarihi:17.10.2020.
20. Sağlık Bakanlığı (2006). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003.
21. Sağlık Bakanlığı (2018). Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2018. <https://www.saglik.gov.tr/TR,62400/saglik-istatistikleri-yilligi-2018-yayinlanmistir.html>, Erişim Tarihi: 12.10.2020.
22. Sağlık Bakanlığı RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/USH.pdf>, Erişim Tarihi:17.02.2021.

23. SGK (2018). İşyeri ve Sigortalı İstatistikleri (2018). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik>, Erişim Tarihi:05.09. 2020.
24. SGK (2020). [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss\\_tescil\\_sureci/2020-yili](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/calisan/gss_tescil_sureci/2020-yili).
25. SGK İstatistik Yıllıkları (2004-2018).
26. [http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/\\_sgk\\_istatistik\\_yilliklari](http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/_sgk_istatistik_yilliklari), Erişim Tarihi: 10.08.2020.
27. Somkotra, T., Lagrada, L.P. (2009). “The Impact of The Universal Coverage Policy Which Households Are at Risk of Catastrophic Health Spending: Experience in Thailand After Universal Coverage”, Health Affairs, 28 (3) 467-478.
28. Tokatlıoğlu Y., Tokatlıoğlu I.T. (2018). Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2002-2014 Dönemi. Sosyoekonomi. 26(35): 59-78.
29. TÜİK (2020). Sağlık Harcaması İstatistikleri (2019). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019,33659#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Toplam%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20arcamas%C4%B1%202019%20y%C4%B1l%20%20TL%20olarak%20tahmin%20edildi>, Erişim Tarihi:17.01.2021.
30. Wang, H., Vinyals, L.V. Trivisa, P. (2018). Financial protection analysis in eight countries in the WHO South-East Asia Region. Bull. World Health Organ. 96:610–620.
31. WHO (2000). “The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance”, World Health Organization, Geneva.
32. WHO (2005). World Health Organisation “Social Health Insurance: Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance”. Report by the Secretariat. A58/ 20, Provisional agenda item 13-16.
33. WHO (2010). “The World Health Report 2010: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage, WHO Press, Geneva.
34. WHO (2019). Can People Afford to Pay For Health Care? New Evidence on Financial Protection in Europe. by Sarah Thomson, Jonathan Cylus and Tamás Evetovits. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim Tarihi:03.02.2021.
35. WHO (2019). Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Monitoring Report, Conference Edition, World Health Organization.
36. WHO (2020a), Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases: policy considerations for the WHO European Region 2020, World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332467/WHO-EURO-2020-690-40425-54211-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim Tarihi:17.11.2020.
37. WHO (2020b) WHO Policy Brief: The Economic and Social Impact Of COVID-19 in The Eastern Mediterranean Region. 2020, World Health Organization. Regional Office for The Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332818/WHOEMHEC050E-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, Erişim Tarihi:18.12.2020.
38. World Bank (2020) COVID-19 and Human Capital. Office of the Chief Economist Fall 2020.
39. World Bank (2020). Turkey Economic Monitor: Adjusting the Sails [online] website <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34318>, Erişim Tarihi:17.08.2020.
40. Xu K, Evans D. B & Carrin G. (2007). “Protecting Households from Catastrophic Health Spending”, Health Affairs, 26, 972–83.
41. Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J. (2003). “Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis”, Lancet 362 (9378), 111–117.
42. Yardım, M.S., Cilingiroglu, N., Yardım, N. (2010). “Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey, Health Policy 94 (1), 26–33.
43. Yereli, A.B., Köktaş., A.M., Selçuk, I.S. (2014). “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler.” Sosyoekonomi July-December 2, 274-296.
44. Yıldırım, H.H., Yıldırım, T., Erdem, R. (2011). “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”, Amme İdaresi Dergisi, Cilt 44, Sayı 2, 71-98.