

TÜRKİYE’DE CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN ETMENLER

Berrak BORA BAŞARA*
İsmet ŞAHİN**

Öz

Bir toplumun sağlığını geliştirmek için; kişiler, sosyal gruplar, bölgeler arası sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak, fakirlerin sağlığını iyileştirmek, sağlık sistemi finansman yükünün adil şekilde dağıtılmasını sağlamak gerekmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamasının rolü özellikle Türkiye gibi orta ve düşük gelirli ülkelerde önemlidir. Cepten harcamanın yükü, bireylerin sağlık hizmeti kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden bu durumun hangi koşullarda ortaya çıktığı, hanelerin bu harcamalarla karşı karşıya kalmasını sağlayan etmenlerin bilinmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı, Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması Hanehalkı Araştırması verileri kullanılarak, Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen olası faktörlerin etkisini değerlendirmektir. Çalışma, Türkiye temsiliyeti olan bir örnekleme, 11481 hane ve toplam 48057 kişi ile görüşülerek elde edilen veriler ışığında yapılmıştır. Çalışmada cepten sağlık harcaması yapma durumuna göre demografik, ekonomik ve sağlık durumu ile ilgili değişkenler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada anlamlı bulunan sonuçlara göre cepten sağlık harcaması yapma durumu; kadınlarda, 0-4 yaş grubunda, doğu bölgesinde, kırdaki hanedeki kişi sayısı arttıkça, evlilik çağında olmayan kişilerde, bir işte çalışmayanlarda, SSK’lılarda, 5. gelir diliminde olanlarda daha fazla görülmüştür. Bu sonuçlara göre kişiler, sosyal gruplar ve bölgeler arası eşitsizlikler ile sağlık hizmetlerinin sunumunda, finansal yük dağılımında hakkaniyetsizliklerin bulunduğu görülmektedir. Bu sonuçlar, tek çatı altında toplanmış bir sosyal güvenlik programının gerekliliğini göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Cepten sağlık harcaması, hanehalkı sağlık harcaması

Abstract

*Dr., Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 06030 Ulus/ ANKARA, berrak.basara@hm.saglik.gov.tr

**Doç.Dr., Hacettepe Üniversitesi, İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, 06100 Sıhhiye/ ANKARA, ismet@hacettepe.edu.tr

Factors Affecting Out-of-Pocket Health Expenditures in Turkey

In order to raise the health status of the population; inequalities among individuals, social groups and regions should be eliminated, health of the poor should be raised and the distribution of financial burden over the health system should be fairer. The role of out of pocket health expenditures (OOPHE) is especially important for the countries which have middle and low income levels just like Turkey. The burden of the OOPHE, in return, brings changes in health utilization and of course in the health status. That is why at which circumstances the OOP payments arise and which factors affecting the households to face such payments has to be clarified. The aim of this study is, in the light of data obtained from the National Burden of Disease and Cost-Effectiveness Study, to lay out possible factors with their levels of affect on OOPHE in Turkey. The study was conducted through a sample, which refers to a representation of Turkey, in a total of 48057 people residing at 11481 households. In this study, logistic regression analysis method was used in this study with demographic, economic and health status variables are achieved. According to the results obtained from the study, OOP expenditures for health have a higher share in women, in the age group between 0-4, in the eastern region, in rural regions, in more crowded households, among the individuals who are out of marriageable age, among unemployed, among beneficiaries of SSK, in 5th income quintile, as the ill/diseased condition increases. Depending on those results, it is barely seen that there are inequalities among individuals, social groups, regions, in the health care delivery and in sharing the financial burden over the health system.

Keywords: Out-of-pocket health expenditure, household health expenditures

GİRİŞ

Gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun ülkeler sağlığa ayırabildikleri kaynakların kıtlığı gerçeği ile yüz yüzedir. Sağlık finansman sisteminin temel amacı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratmak, adil bir biçimde toplumu ve bireyleri sağlık ihtiyaçlarının finansal yüküne karşı korumaktır. Son yıllarda gelişmekte olan ülkelerin pek çoğunda ulusal sağlık harcamalarının genel geçer bir yöntemle göre tanımlanması, tahmin edilmesi ve ölçümü önemle üzerinde durulan bir alandır. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir biçimde örgütlenmesi ve yönetilmesi başta kalkınma planları olmak üzere Türkiye'nin stratejik hedefleri arasında önceliklenen bir konudur. Son yıllarda Sağlıkta Dönüşüm Programı gereği hizmet sunumu ve finansmanında yapılan bir dizi düzenleme ile cepten yapılan harcamaların niteliğini ve miktarını etkileme potansiyeline sahip önemli düzenlemeler gerçekleştirilmiştir. Türkiye'de 2000 yılından bu yana genel geçer bir yöntem olan Ulusal Sağlık Hesapları bağlamında yapılan hesaplamalar,

finansman kaynağından hizmetin fonksiyonlarına kadar bir dizi sonuçları üretmeyi mümkün kılsa da hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcamalarının fonksiyonel ayrımını ve harcamalara etki eden olası etmenleri ortaya koymakta yetersiz kalmaktadır.

Cepten sağlık harcaması, doğrudan hastalar veya hanehalkı tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir. Cepten sağlık harcamaları, birçok ülkede toplam harcamanın büyüklüğü ve payı bakımından kamu sağlık harcamalarından sonra ikinci finansman kaynağıdır. Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında genel devlet bütçesi, sosyal güvenlik katkıları ve cepten harcamaları da içeren özel harcamalar olmak üzere üç ana finansman kaynağı bulunmaktadır. Katkı payı, doğrudan ödeme ve informal ödeme şeklinde gerçekleşen cepten harcamalar, sosyal güvence sistemi olmayan pek çok düşük ve orta gelirli ülkenin toplam sağlık harcamalarında 1/3 ve 2/3 arasında bir paya sahiptir (Berman, 2002: 12; WHO, 2001: 45). Türkiye’de yapılan Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Araştırmasına göre 1999 ve 2000 yılları için cari sağlık harcamasının sırası ile %29,1’i ve %27,6’sı cepten harcama olarak hesaplanmış bu oran 2005 ve 2006 yılları için ise %19,9 ve %19,3 olarak tahmin edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2007: 204).

Cepten harcamanın yükü bireylerin sağlık hizmeti kullanımını, özellikle pahalı hizmetlerin kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden, cepten harcama boyutunun ve alt gruplar (özellikle yoksullar) itibarıyla dağılımının iyi anlaşılması gerekmektedir. Hanehalkı tarafından yapılan cepten harcama verileri sağlıkta eşitlik ve hakkaniyet konusu dâhil birçok reform politikasının etkilerinin analizi için önemli bilgi sağlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütüne göre her yıl dünyada 44 milyon hanedeki 150 milyon kişi sağlık hizmeti alırken finansal olarak bir yükün altına girmektedir (WHO, 2005: 2). Bu nedenle sağlık hizmetlerinden yararlanmak için kişiler mevcut gelirlerinin önemli bir kısmını harcamak durumunda kaldıkları ve düşük gelir gruplarında sağlıkta eşitsizliği daha da derinleştiren cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen etmenlerin bilinmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı, cepten sağlık harcamalarını etkileyen etmenleri belirlemek ve toplumu bundan korumak amacıyla politika yapımcıların ve karar vericilerin göz önünde bulundurmaları gereken olası etmenlere açıklık getirmektir. Çalışmada, Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik (UHY-ME) Çalışması Hanehalkı Araştırması verilerinin analizi doğrultusunda Türkiye’de cepten sağlık harcamasını etkileyen etmenler değerlendirilecek, uluslararası literatür bağlamında olası benzerlik ve farklılıklar üzerinde durulacaktır.

1. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARINI ETKİLEYEN OLASI ETMENLER

Bir toplumun sağlığını geliştirmek için; kişiler, sosyal gruplar, bölgeler arası sağlıktaki eşitsizlikleri azaltmak, yoksulların sağlığını iyileştirmek, sağlık sistemi finansman yükünün adil şekilde dağıtılmasını sağlamak gerekmektedir. Türkiye gibi orta ve düşük gelirli ülkelerde yoksul kesim için cepten harcamanın yükü daha fazla kabul edilmektedir. Bu yük, bireylerin sağlık hizmeti kullanımını, özellikle pahalı hizmetlerin kullanımını ve sağlık statüsünü etkileyebileceğinden, cepten harcama boyutunun ve alt gruplar (özellikle yoksullar) bakımından dağılımının iyi anlaşılması gerekmektedir. (Sağlık Bakanlığı, 2006: 10). Eğer cepten sağlık harcaması yaygınlaşır ve sağlık sistemi finansmanının ana kaynağı olursa eşitlik ve erişimde önemli derecede negatif etkiye neden olmaktadır (Liu vd., 2005: 70).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki kaynakların tahsisi, fonlanması ve transferi şeklindedir. Politika belirleyicilerin ve karar vericilerin sağlık sistemini planlarken sağlık hizmetlerinin karşılanamaz finansal yüküne karşı gerekli önlemleri almaları için cepten sağlık harcaması yapılmasına sebep olan olası etmenlerin neler olduğunu anlamaları gerekmektedir. Bir sağlık finansman kaynağı olarak cepten harcamaların miktarı ve dağılımı sağlık hizmetlerinde erişim, kullanım ve sağlık statüsü gibi sonuçları etkilemektedir (Lewis, 2000). Dolayısıyla cepten yapılan harcamaları etkileyen olası etmenlerin değerlendirilmesi, sistemin performansının iyileştirilmesi ve istedik sonuçların yaratılması bakımından önemli bir potansiyele sahiptir.

Hanenin **gelir düzeyi** cepten sağlık harcamasının önemli belirleyicileri arasındadır. Cepten harcamanın büyük bir kısmı zengin gelir dilimindeki nüfus tarafından yapılmaktadır. (Karan ve Garg, 2005: 345; Chu vd., 2005: 64-65). Nepal'de (2003) yapılan bir araştırmada kişi başı gelirin sağlık harcamalarının pozitif bir belirleyicisi olduğu, bunun sebebinin ise geliri daha yüksek olan hanelerin daha fazla sağlık hizmeti alması ve sıklıkla da daha pahalı olan hizmet sağlayıcılardan alması olarak açıklanmıştır (Rous ve Hotchkiss, 2003: 431-451). Bazı araştırmalarda yüksek gelir ve hanenin mal varlığı ile yüksek cepten sağlık harcaması arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Hjortsberg, 2003: 755-770; De Graeve, 2003: 2-3; Rubin ve Koelin, 1993: 721-725, Liu vd., 2005: 72). Bunun yanında, her ne kadar fakirler zenginlere göre daha küçük ödemeler yapıyor olsalar da oransal olarak daha fazla hanehalkı harcaması yapmakta oldukları kabul edilmektedir (Sari vd., 2000: 37-39; Pannarunothai ve Mills, 1997: 1781-90). Türkiye'de USH Hanehalkı araştırmasında ise birinci (en düşük) gelir diliminde olan kişiler beşinci(en yüksek) gelir dilimindeki kişilere göre daha fazla cepten harcama yaptıkları belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23).

Hanehalkı bireylerinin **sağlık güvence durumu** ile cepten sağlık harcaması miktarının ters yönlü (negatif) ilişkili olduğu ve sağlık güvencesi olan kişilerin daha az cepten sağlık harcaması yapması gerektiği kabul edilmektedir. Türkiye’de de sağlık sigortası olmayan kişilerin cepten yaptıkları yıllık sağlık harcamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Belli, 2002: 2, Sağlık Bakanlığı, 2006: 21). Öte yandan Türkiye Sağlık ve İlaç Harcamaları Araştırması (TSİHA)’nda herhangi bir sağlık sigortası tarafından kapsanan bireylerin cepten sağlık harcamalarının sigorta kapsamında olmayan bireylere göre daha yüksek olduğunu ortaya koyan bulgular da bulunmaktadır (Liu vd., 2005: 91).

Hanehalkı bireylerinin **yaşı** da cepten sağlık harcamasının belirleyicileri arasındadır. Cepten sağlık harcaması ile bebek ve yaşlı üyesi fazla olan haneler arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki saptanmıştır (Karan ve Garg, 2005: 345, Chu vd., 2005: 7). Bununla birlikte başka bir çalışmada ise, 5 yaşından küçük çocuk bulunan en zengin hanelerde bile cepten harcama yapma riskinin düşük olduğu bulunmuştur (Stephanie, 2005: 136-137). Türkiye USH Hanehalkı Araştırmasına göre de 80 yaş ve üzeri yaş grubu en yüksek cepten sağlık harcaması yaparken 5-14 yaş grubu ise en düşük harcamayı yaptığı tespit edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23).

Hanehalkı bireylerinin **sağlık durumu** cepten sağlık harcamasını etkileyen etmenlerden birisidir. Sağlık harcaması ile hastalıkların insidansı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Belli, 2002: 40). Sağlık statüsü kötü olanların (Liu v.d., 2005: 91, Sağlık Bakanlığı, 2006: 25), engelli ve kronik hastalığı olan bireylerin (Stephanie ve Scholder, 2005: 137) daha yüksek cepten harcama yaptıkları bulunmuştur.

Hanehalkının **ikamet ettiği bölge** de cepten yapılan harcamaları etkileyen olası etmenler arasında kabul edilmektedir. Cepten yapılan doğrudan sağlık harcamaları kırsal kesimde kentsel kesime göre hem miktar hem de oransal olarak daha fazla bulunmuştur (Karan ve Garg, 2005: 345; Garg ve Karan, 2005: 16; Islam vd., 1999: 129-130; Hotchkiss vd., 1998: 371). Türkiye USH Hanehalkı Araştırmasına göre Türkiye’de doğu bölgesinde yaşayanların yıllık toplam cepten sağlık harcaması en yüksek, Kuzey bölgesinde yaşayan bireylerin ise en düşüktür. Kırsal alanda yaşayanların ortalama yıllık cepten sağlık harcaması kentsel alandakilere göre daha yüksek bulunmuştur. Metropol alanda en yüksek harcamayı İstanbul’da yaşayan bireyler yapmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23-25). TSİHA’da en fazla cepten sağlık harcaması yapan bölgenin batı bölgesi olduğu ve kırsal kesimdeki kişilerin finansal yetersizlikler nedeniyle hastalandıklarında hiçbir şey yapmadıkları belirlenmiştir (Liu vd., 2005: 91).

Hanedeki **kişi sayısı** ile cepten sağlık harcamalarının miktarı ve sıklığı arasında pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (Belli, 2002: 40-44; De Graeve, 2003: 2-3; Chu vd., 2005: 7). **Cinsiyet** ayrımına bakıldığında; TSİHA'ya göre kadınların erkeklere göre daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları bulunmuştur (Liu vd., 2005: 91, Chu vd., 2005: 7). Kadınların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları, daha uzun yaşam beklentisine sahip olmaları, üreme rolleri gibi nedenlerden dolayı erkeklere oranla sağlık hizmetlerini daha fazla kullanma eğilimindedirler (Pan American Health Organization, 2002: 24-25). Bununla beraber, Zambiya'da ve Türkiye USH Hanehalkı Araştırmasında kadın olma durumuyla cepten sağlık harcaması arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Hjortsberg, 2003: 755, Sağlık Bakanlığı, 2006: 24).

Birçok araştırmada, hanehalkı bireylerinin **eğitim düzeyi** yükseldikçe cepten yapılan sağlık harcamasının artmakta olduğu bulunmuştur (De Graeve, 2003: 1, Chu vd., 2005: 67, Belli, 2002: 40, Hjortsberg, 2003: 755, Rubin ve Koelin, 1993: 721). Türkiye USH Hanehalkı Araştırmasına göre, lisansüstü eğitim almış kişilerin en yüksek cepten sağlık harcaması yaparken en düşük harcamayı yapan grubun anaokulu grubu olduğu bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23). Bununla beraber, Hindistan ve Nepal'de yapılan araştırmalara göre, hane reisi daha yüksek eğitim düzeyine sahip hanelerde toplam hane harcaması içinde cepten harcamanın payı düşmektedir ve hane reisinin eğitim düzeyi ile harcama arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır (Karan ve Garg, 2005: 345, Rous ve Hotchkiss, 2003: 431-451).

Hanehalkı bireylerinin **medeni durumu** da cepten yapılan sağlık harcamasını etkileyen etmenler arasında kabul edilmektedir. Türkiye USH Hanehalkı Araştırmasına göre ortalama cepten sağlık harcaması, ayrı yaşayan kişiler için en yüksek, boşanmış kişiler için ise en düşük bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23). Bununla beraber eşi ölenlerin (Zich vd., 2004: 538) ve evlilerin (Chu vd., 2005: 67) daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıklarına dair çalışmalar da bulunmaktadır.

2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN “UHY-ME ÇALIŞMASI HANEHALKI ARAŞTIRMASI” VE YÖNTEMİ

Bu çalışmanın amacı, UHY-ME Çalışması Hanehalkı Araştırması (2003) verileri kullanılarak Türkiye'de cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen olası faktörlerin etkisini değerlendirmektir. Bu araştırmanın problem cümlesi; “Bireylerin demografik (hanehalkı büyüklüğü, sosyal güvence durumu, eğitim, medeni durum, cinsiyet, yaş vb.), ekonomik ve sağlık durumları cepten sağlık harcaması yapmalarını etkilemekte midir?” sorusudur. Bu çalışmada problem cümlesi dikkate alınarak bir literatür taraması yapılmış ve olası değişkenler

tespit edilmiştir. Daha sonra UHY-ME Çalışması Hanehalkı Araştırması anket sorularından ilave değişkenler belirlenmiş ve tüm değişkenler için analizler yapılmıştır. Araştırmaya 11481 hanede yaşayan toplam 48057 kişi katılmıştır. Hanehalkı araştırmasının örneklem planı tabakalı, iki aşamalı, eşit büyüklükte küme örneklemesine göre yapılandırılmış, 5 coğrafik bölge (batı, akdeniz, orta, karadeniz, doğu) ve her bölge içerisinde kentsel ve kırsal yerleşim yeri ayrımına dayanan toplam 10 tabakadan oluşmuştur. Örneklem Türkiye İstatistik Kurumu tarafından verilmiştir. Örneklemde, 7 coğrafik bölgeden Marmara ve Ege Bölgeleri birleştirilerek “Batı” ve Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri birleştirilerek “Doğu” olarak isimlendirilmiştir. Ayrıca nüfusu 20.000 ve altında olan yerleşim yerleri kır, 20.000’in üzerinde olan yerleşim yerleri kent olarak tanımlanmıştır. Veri toplanması, örnekleme çıkan hanelerde eğitilmiş anketörler aracılığı ile yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştirilmiş ve veri toplama aracı olarak hanehalkı anketi kullanılmıştır. Anket, Dünya Sağlık Örgütü’nün Dünya Sağlık Araştırması Anket Formunun UHY-ME Çalışması gereklerine göre uyarlanması ile yeniden oluşturulmuştur. Öngörülen örneklem çerçevesinde 2 dönemde toplam 12.000 hane seçilmiş ve 11.481 hane ile görüşme yapılmıştır. Çalışmanın cevaplama oranı %95,68’dir. Bu çalışmada değerlendirilen “cepten sağlık harcaması yapma durumu”, hanehalkı giderleri bölümünde yer alan “Hanehalkı cepten sağlık harcamaları” sorusuna cevap verenlerin Evet ve Hayır şeklinde tekrar kodlanması ile oluşturulmuştur. Cepten sağlık harcaması; maliyet paylaşımı, kendi kendine bakım ve diğer harcamalar için hanehalkı tarafından doğrudan yapılan harcamalar ve informal ödemeleri, refakat, ulaşım gibi harcamaları kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004: 39). Çalışmada bağımlı değişken olan “cepten sağlık harcaması yapma durumu”, sürekli veri değil kesikli-ikili veri tipinde olduğu için lojistik regresyon analizi uygulanmış ve analizler SPSS for Windows programında “Enter” yöntemi ile yapılmıştır. Lojistik regresyon analizi, çoklu regresyon analizinin matematiksel olarak uzantısıdır. Çoklu regresyon ile arasındaki önemli fark; bağımlı değişken çoklu regresyonda ölçümle belirlenen sürekli veri tipinde iken, lojistik regresyonda gruplanmış ikili veri tipindedir. Lojistik regresyon modeli bağımlı değişken tarafından temsil edilen olayın olma olasılığını hesaplar (Aksakoğlu, G., 2001: 334). Modelin verileri iyi temsil edip etmediğine ilişkin Ki-Kare, -2Log Likelihood, Cox&Snell R Square, Nagelkerke R Square, Hosmer and Lemeshow gibi istatistiksel sına tesleri yapılmıştır.

3. BULGULAR

UHY-ME Çalışması, Hanehalkı Araştırması’na toplam 48057 kişi katılmıştır. Tablo 1’de hanehalkı nüfusunun demografik, ekonomik ve sağlık durumu özelliklerinin dağılımı verilmektedir.

Tablo 1. Hanehalkı Nüfusunun Demografik, Ekonomik ve Sağlık Durumu Özelliklerinin Dağılımı (N=48057)

Demografik, Ekonomik, Sağlık Durumu Özellikleri	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	24509	51,0
Erkek	23548	49,0
Yaş Grubu		
0-4	4157	8,7
5-14	9936	20,7
15-44	22732	47,3
45-64	8074	16,8
65+	3158	6,6
Bölge		
Batı	15703	32,7
Akdeniz	6232	13,0
Orta	7454	15,5
Karadeniz	5641	11,7
Doğu	13027	27,1
Yerleşim Yeri		
Kent	26731	55,6
Kır	21326	44,4
Hanedeki Toplam Kişi Sayısı		
1 kişi	579	1,2
2 kişi	3776	7,9
3 kişi	6621	13,8
4 kişi	11012	22,9
5 kişi	8485	17,7
6 kişi	5988	12,5
7 ve daha fazla kişi	11596	24,1
Öğrenim Durumu		
Okuryazar değil	6681	14,0
Okuryazar, mezun değil	8936	18,7
İlkokul mezunu	15509	32,4
Ortaokul veya dengi okul mezunu	3976	8,3
Lise (veya dengi) mezunu	5209	10,9
Yüksekokul/üniversite Lisans mezunu	1967	4,1
Lisansüstü/master/doktora mezunu	96	0,2
Okul çağında değil	5421	11,3
Medeni Durum		
Evlilik çağında değil	10942	23,3
Hiç evlenmemiş	11789	25,1
Halen evli	21840	46,6
Ayrı yaşıyor	118	0,3
Boşanmış	209	0,4
Dul (eşi ölmüş)	1921	4,1
Birlikte yaşıyor	68	0,1
Gelir getiren bir işte çalışma durumu		
Çalışma Çağında Değil	12071	53,1
Evet	10127	21,4
Hayır	25091	52,5

		5
		,5

Tablo 1’in Devamı:

Demografik, Ekonomik, Sağlık Durumu Özellikleri	Sayı	%
Sağlık Güvencesi Durumu		
Sigortası Yok	17161	35,7
SSK	14718	30,6
Emekli Sandığı	2954	6,1
Bağ-kur	4973	10,3
Aktif Memur	2853	5,9
Özel Sandık	142	0,3
Yeşil Kart	4407	9,2
Diğer Zorunlular*	218	0,5
Zorunlu+Özel Sigorta	334	0,7
Özel Sigorta	24	0,0
Bilinmeyen	270	0,6
Kişinin Hanesinin %20’lik Gelir Dilimi		
1. Dilim	10513	21,9
2. Dilim	9422	19,6
3. Dilim	8777	18,3
4. Dilim	9860	20,5
5. Dilim	9485	19,7
Kişide Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Bir Hastalık Olma Durumu		
Hastalık yok	32248	67,1
Son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var	4180	8,7
Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	9618	20,0
Hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	2011	4,2
Kişinin Özürlü Olma Durumu		
Özürlülük Yok	47066	97,9
Özürlülük Var	991	2,1
Kişinin Hanesinde Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Bir Hastalık Olma Durumu		
Hastalık yok	10423	21,7
Son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var	5832	12,1
Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	18377	38,2
Hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	13425	27,9
Kişinin Hanesinde Özürlü Olma Durumu		
Özürlü Yok	43687	90,9
Özürlü Var	4370	9,1
Cepten Sağlık Harcaması Yapma Durumu		
Harcama Var	7417	15,4
Harcama Yok	40640	84,6

* Kore, Kıbrıs gazileri ve eşleri ile er ve erbaşların bakmakla yükümlü oldukları kişiler bu kategoride yer almaktadır.

Tablo 1’de görüldüğü üzere hanehalkı nüfusunun %51’i kadın, %49’u erkektir. Yaş grubuna bakıldığında 15-44 yaş grubu %47,3 ile ilk sırada, 5-14 yaş grubu %20,7 ile 2. sırada yer almaktadır. Hanehalkı nüfusu en fazla batı bölgesinde, 2. sırada doğu bölgesinde yerleşmiş olup %55,6’sı ise kentlerde yaşamaktadır. 7 ve üzeri kişi bulunan hane %24,1 ile birinci sıradadır. Bunu %22,9 ile 4 kişilik hane izlemektedir. Nüfusun %32,4’ü ilkökul mezunu, %18,7’si okuryazar ancak herhangi bir okuldan mezun değil, %14’ü ise okuryazar değildir. Görüşülen kişilerin %46,6’sı halen evli, %25,1’i ise hiç evlenmemiş durumdadır. Hanehalkı nüfusunun %53,1’i çalışma çağında değil ve %25,5’i de gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. %35,7’sinin ise herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Hanehalkı nüfusunun %21,9’u 1. gelir diliminde, %19,7’si ise 5. gelir diliminde yer almaktadır. Görüşülen kişilerin %20’sinde tanı konmuş bir kronik hastalık bulunmakta olup %4,2’sinin ise hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalığı hem de son 2 ay hariç tanı konmuş bir kronik hastalığı ve %2,1’inin bir özrü bulunmaktadır. Görüşülen kişilerin hanesinde son 2 ay içinde hekim tarafından tanısı konmuş akut-kronik hastalığı olan %12,1, son 2 ay hariç tanısı konan kronik hastalığı olan %38,2, hem son 2 ay içinde tanısı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanısı konmuş kronik hastalığı olan %27,9’dur. Kişinin hanesinde özürlü olan %9,1 olarak bulunmuştur. Görüşülen kişilerin %15,4’ü cepten sağlık harcaması yaptığını belirtmiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizinde, cepten sağlık harcaması yapma durumu bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bağımsız değişkenler ise cinsiyet, yaş grubu, bölge, yerleşim yeri, hanedeki toplam kişi sayısı, öğrenim durumu, medeni durum, gelir getiren bir işte çalışma durumu, sağlık güvencesi durumu, hanenin geliri, kişide hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olması durumu, kişinin özürlü olması durumu, kişinin hanesinde hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olması durumu, kişinin hanesinde özürlü olması durumudur. Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile tüm değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları Tablo 2’de verilmiştir.

Yapılan lojistik regresyon analizi sonucunda; cepten sağlık harcaması yapma durumu ile cinsiyet arasında anlamlı ($p=0,016$) ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Erkeklerin cepten harcama yapma durumu referans alındığında kadınlar 1,10 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kalmaktadırlar.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile yaş grupları arasında 0-4 yaş ve 5-14 yaş grubu için anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmaktadır. 0-4 yaş grubu referans alındığında, cepten sağlık harcaması yapma durumu 5-14 yaş grubunda 0,41 kat daha az olmaktadır.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile bölge arasında orta ve doğu bölgesi için anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Karadeniz bölgesi referans alındığında orta bölgesinde cepten sağlık harcaması yapma durumu 1,13 kat, doğu bölgesinde de 1,14 kat daha fazla bulunmuştur.

Tablo 2. Cepten Sağlık Harcaması Yapma Durumu İle Değişkenlerin Lojistik Regresyon Analiz Sonuçları

	Beta	S.Hata	p değ.	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Cinsiyet						
Erkek						
Kadın	0,095	0,039	0,016	1,099	1,018	1,187
Yaş Grubu						
0-4 (Referans)						
5-14	-0,521	0,125	0,000	0,594	0,464	0,759
15-44	-0,315	0,187	0,091	0,730	0,506	1,052
45-64	-0,208	0,191	0,276	0,812	0,558	1,181
65+	-0,235	0,197	0,233	0,791	0,538	1,163
Bölgeler						
Karadeniz (Referans)						
Batı	0,094	0,056	0,091	1,099	0,985	1,225
Akdeniz	0,063	0,065	0,335	1,065	0,937	1,210
Orta	0,121	0,061	0,049	1,128	1,000	1,273
Doğu	0,128	0,062	0,041	1,136	1,006	1,285
Yerleşim Yeri						
Kent						
Kır	0,084	0,035	0,017	1,087	1,015	1,165
Hanedeki Toplam Kişi Sayısı						
1 kişi (Referans)						
2 kişi	-0,339	0,127	0,008	0,713	0,555	0,914
3 kişi	-0,411	0,127	0,001	0,663	0,517	0,850
4 kişi	-0,473	0,126	0,000	0,623	0,486	0,798
5 kişi	-0,569	0,128	0,000	0,566	0,440	0,727
6 kişi	-0,576	0,132	0,000	0,562	0,434	0,728
7 ve daha fazla kişi	-0,724	0,131	0,000	0,485	0,375	0,626
Medeni Durum						
Evlilik çağında değil (Referans)						
Hiç evlenmemiş	-0,336	0,168	0,045	0,714	0,514	0,993
Halen evli	0,093	0,178	0,602	1,097	0,774	1,555
Ayrı yaşıyor	-0,371	0,349	0,288	0,690	0,348	1,367
Boşanmış	-0,193	0,284	0,497	0,825	0,473	1,439
Dul (eşi ölmüş)	-0,061	0,194	0,751	0,941	0,644	1,374
Birlikte yaşıyor	0,735	0,405	0,069	2,086	0,944	4,612
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma Durumu						
Çalışmıyor (Referans)						
Çalışıyor	-0,336	0,053	0,000	0,715	0,645	0,793
Çalışma Çağında Değil	0,041	0,197	0,837	1,041	0,708	1,532
Sağlık Güvencesi Durumu						
Sigortası Yok (Referans)						
SSK	0,198	0,047	0,000	1,219	1,112	1,338

Emekli Sandığı	-0,191	0,074	0,010	0,826	0,715	0,955
Bağ-Kur	0,170	0,059	0,004	1,185	1,056	1,330
Aktif Memur	0,044	0,078	0,573	1,045	0,897	1,216
Yeşil Kart	0,192	0,066	0,003	1,212	1,065	1,379
Diğer	0,027	0,117	0,818	1,027	0,817	1,292

Tablo 2'nin Devamı:

	Beta	S.Hata	p değ.	Exp(B)	%95 Güven Aralığı	
					Alt	Üst
Kişinin Hanesinin %20'lik Gelir Dilimi						
1. Dilim (Referans)						
2. Dilim	0,060	0,055	0,277	1,061	0,953	1,182
3. Dilim	0,178	0,058	0,002	1,195	1,067	1,338
4. Dilim	0,130	0,058	0,026	1,139	1,015	1,277
5. Dilim	0,270	0,061	0,000	1,311	1,162	1,478
Kişide Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Bir Hastalık Olma Durumu						
Hastalık yok (Referans)						
Son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var	4,182	0,050	0,000	65,485	59,358	72,244
Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	2,035	0,048	0,000	7,655	6,969	8,409
Hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	4,219	0,066	0,000	67,976	59,685	77,419
Kişinin Özürlü Olma Durumu						
Özürlülük Yok						
Özürlülük Var	0,393	0,098	0,000	1,482	1,222	1,796
Kişinin Hanesinde Hekim Tarafından Tanısı Konmuş Bir Hastalık Olma Durumu						
Hastalık yok (Referans)						
Son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık var	-0,204	0,065	0,002	0,815	0,717	0,927
Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	-0,167	0,051	0,001	0,847	0,766	0,936
Hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık var	-0,188	0,053	0,000	0,829	0,747	0,919
Öğrenim Durumu						
Okuryazar Değil (Referans)						
Okuryazar, mezun değil	-0,111	0,072	0,124	0,895	0,776	1,031
İlkokul Mezunu	-0,083	0,055	0,130	0,921	0,827	1,025
Ortaokul veya dengi okul mezunu	-0,134	0,081	0,098	0,874	0,746	1,025
Lise veya dengi mezunu	-0,103	0,078	0,188	0,903	0,775	1,051
Yüksekokul/Üniversite Mezunu	-0,109	0,103	0,288	0,897	0,734	1,097
Lisansüstü/Doktora Diploma	-0,064	0,345	0,853	0,938	0,477	1,843
Okul çağında değil	0,103	0,140	0,459	1,109	0,843	1,458
Kişinin Hanesinde Özürlü Olması Durumu						

Özürlülük Yok						
Özürlülük Var	0,019	0,059	0,750	1,019	0,908	1,143
Sabit	-2,730	0,286	0,000	0,065		

Ki-Kare=14759,498, -2Log Likelihood= 25133,977, Cox&Snell R Square=0,274; Nagelkerke R Square=0,473, Hosmer and Lemeshow Test= (Chi-square=48,045, p=0,000)

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile yerleşim yeri arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki söz konusudur. Kent referans alındığında kırdan cepten sağlık harcaması yapma durumu 1,09 kat daha fazla olmaktadır.

Hanedeki toplam kişi sayısı ile cepten sağlık harcaması yapma durumu arasında da anlamlı ancak negatif bir ilişki bulunmaktadır. Hanedeki kişi sayısı arttıkça cepten sağlık harcaması yapma durumu azalmaktadır. 1 kişilik hane referans alındığında cepten sağlık harcaması yapma durumu 2 kişilik hanede 0,29 kat daha az, 3 kişilik hanede 0,34 kat daha az, 4 kişilik hanede 0,38 kat daha az, 5 kişilik hanede 0,43 kat daha az, 6 kişilik hanede 0,44 kat daha az, 7 ve üzeri kişi bulunan hanede ise 0,52 kat daha az olmaktadır.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile medeni durum arasında sadece “Hiç evlenmemiş” olanlarda istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki bulunmuştur. “Evlilik çağında değil” değişkeni referans alındığında hiç evlenmemiş olanlar 0,29 kat daha az cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kalmaktadırlar.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile gelir getiren bir işte çalışma durumunda sadece “çalışanlar” için istatistiksel olarak anlamlı ve negatif bir ilişki söz konusudur. Çalışmayanlar referans alındığında çalışanlar 0,29 kat daha az cepten sağlık harcaması yapmaktadırlar.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile sağlık güvencesi durumunun lojistik regresyon analizi incelendiğinde “aktif memur” ve “diğer” değişkenleri hariç tüm sağlık güvencesi değişkenleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Emekli sandığı hariç diğer anlamlı bulunan değişkenler, cepten sağlık harcaması yapma durumu ile pozitif ilişkilidir. Sigortası olmayanlar referans alındığında SSK’lılar 1,22 kat daha fazla, Bağ-Kur’lular ise 1,19 kat daha fazla, Yeşil Kartlılar ise 1,21 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kalmaktadırlar. Emekli Sandığına sahip kişiler ise sigortası olmayanlara göre 0,17 kat daha az harcama yapmaktadırlar.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile hanenin gelir dilimi arasındaki ilişki incelendiğinde; 1. gelir dilimi referans alındığında 3., 4. ve 5. gelir dilimlerinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki söz konusudur. 1. gelir dilimine göre 3. gelir diliminde olanlar 1,20 kat daha fazla, 4. gelir

diliminde olanlar 1,14 kat daha fazla ve 5. gelir diliminde olanlar 1,31 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kalmaktadırlar.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile kişide hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Hastalık olmaması durumu referans alındığında, son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık olması durumunda cepten sağlık harcaması yapma durumu 65,49 kat daha fazla olmaktadır. Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda bu oran 7,66 kat, hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda ise 67,98 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapılmak durumunda kalınmaktadır.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile kişinin özürlü olması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki söz konusudur. Kişide herhangi bir özür olmaması referans alındığında kişinin özürlü olması durumunda cepten sağlık harcaması yapma durumu 1,48 kat daha fazla olmaktadır.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile kişinin hanesinde hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ancak negatif bir ilişki söz konusudur. Hanede hastalık olmaması durumuna göre son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık olması durumunda cepten sağlık harcaması yapma durumu 0,19 kat daha az olmaktadır. Son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda 0,15 kat daha az, hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda ise 0,17 kat daha az cepten sağlık harcaması yapılmak durumunda kalınmaktadır. Öğrenim durumu ile cepten sağlık harcaması yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile kişinin hanesinde özürlü olması durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

4. TARTIŞMA

Tüm dünyada hem sağlık harcamaları, hem de cepten yapılan sağlık harcamalarının payı artış göstermektedir. Dünyada cepten sağlık harcamalarının sıklığı ve yoğunluğu ile ilgili birçok çalışma yapılmasına rağmen cepten sağlık harcamalarını etkileyen faktörlerle ilgili çok fazla şey bilinmemektedir. Bu çalışmada ulusal ve uluslararası literatür incelenmiş ve Türkiye UHY-ME çalışması Hanehalkı Araştırması verileri ışığında cepten sağlık harcaması yapma durumunu etkileyen olası faktörler tespit edilmeye çalışılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre cinsiyet cepten sağlık harcaması yapma durumu ile yakından ilişkili bulunmuştur. Kadınların erkeklere göre 1,10 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kaldıkları görülmüştür. Bunun nedenleri arasında kadınların daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları, daha uzun yaşam beklentisine sahip olmaları ve üreme gibi nedenler sıralanabilir. TSİHA sonuçlarına göre de kadınlar erkeklere göre daha fazla cepten sağlık harcaması yapmaktadırlar. Ancak USH Hanehalkı Araştırmasında ise bunun tersi bir sonuç elde edilmiştir. Bazı uluslararası çalışmalarda kadınların daha fazla cepten sağlık harcaması yaptığı belirtilse (Pan American Health Organization, 2002: 24-25), erkeklerin daha fazla cepten harcama yaptığını gösteren araştırmalar da mevcuttur (Hjortsberg, 2003: 755). Bu durum, yapılan araştırmaların uyguladıkları yöntemlerin farklılığına, sağlık hizmeti kullanım yapısına bağlı olabilir.

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile yaş grupları arasındaki ilişkiye bakıldığında 0-4 yaş grubunda, 5-14 yaş grubuna göre daha fazla cepten harcama yapılmak durumunda kalınmaktadır. 0-4 yaş grubundakilerin daha fazla sağlık hizmetine ihtiyaç duymaları, ailelerin bu yaş grubuna daha fazla önem vermeleri gibi faktörler daha fazla harcama yapılmasını açıklayabilir. Uluslararası literatürde hanede 6 yaş altı çocukların olması cepten sağlık harcamasını arttırdığı (Hjortsberg, 2003: 755-770) bebek ve yaşlı üyesi fazla olan haneler ile cepten sağlık harcaması arasında anlamlı pozitif bir korelasyon bulunmuştur (Karan ve Garg, 2005: 345). 5-14 yaş grubunun, 0-4 yaş grubuna göre daha az sağlık sorunu yaşadığı için daha az cepten sağlık harcaması yapılmasını açıklayabileceği düşünülmektedir. USH Hanehalkı araştırmasında cepten harcamanın en az 5-14 yaş grubunda olduğu ve diğer yaş gruplarına göre daha az sağlık sorunu yaşadığı bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2006: 15).

Yapılan analizlerde cepten sağlık harcaması yapma durumu en fazla doğu bölgesinde bulunmuştur. USH Hanehalkı Araştırmasında da doğu bölgesinde yaşayanların yıllık toplam cepten sağlık harcaması en yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23-25). Doğu bölgesinde, sağlık hizmetlerine erişim ve kalite ile ilgili sorunların cepten yapılan ödemeler ile giderilmeye çalışıldığı düşünülmektedir. Kırsal bölgede de aynı durumun söz konusu olduğu düşünülmektedir. Yapılan analizlerde kırsal kente göre daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kalmaktadır. Hem USH Hanehalkı Araştırmasında hem de TSİHA da aynı sonuç elde edilmiştir. Uluslararası literatürde de benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Uluslararası literatürde hanede yaşayan kişi sayısı arttıkça cepten sağlık harcamasının da artacağı belirtilmekte ise de (Belli, 2002: 40-44, De Graeve, 2003: 2-3, Chu vd., 2005: 67) bu çalışmanın sonucunda hanedeki kişi sayısı arttıkça cepten sağlık harcaması yapma durumunun azaldığı bulunmuştur. Bu

durum, genelde ülkemizde kalabalık ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olması ve finansal nedenlerle bir sağlık hizmeti alamayacak durumda olmaları ile açıklanabilir. Zira TSİHA’da düşük gelir diliminde olanların % 62,5’inin hastalandıklarında finansal nedenlerle hiçbir şey yapmadıkları bulunmuştur (Liu v.d., 2005: 72-73).

Yapılan analizde “Evlilik çağında değil” değişkeni referans alındığında “Hiç evlenmemiş” olanların daha az cepten sağlık harcaması yaptıkları belirlenmiştir. Evlilik çağında olmayanlar 12 yaş altı çocuklar olduğu ve sağlık hizmetine daha fazla ihtiyaç duydukları bu nedenle de hiç evlenmemiş olan kişilerden daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kaldıkları düşünülmektedir. Literatürde medeni durumun cepten sağlık harcamasına etkisi üzerine farklı sonuçlar bulunmaktadır. Bazı çalışmalarda dul olmanın cepten harcamayı arttırdığı belirtilirken (Zich vd., 2004: 538-555) başka araştırmalarda evliliğin cepten harcamayı arttırdığı bulunmuştur (Chu vd., 2005: 67). Boşanmış kişilerin daha az cepten sağlık harcaması yaptıklarını belirten çalışmalarda mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23).

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile gelir getiren bir işte çalışma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde çalışmayanların çalışanlara göre daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kaldıkları bulunmuştur. Bu durum, çalışmayan kişilerin herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmamaları ile açıklanabilir. Ulusal ve uluslararası literatürlerde benzer sonuçlar elde edilmiştir (Shakil vd., 2005: 118, Chu vd., 2005: 67).

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile sağlık güvencesi durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, sigortası olmayanlara göre sağlık güvencesine sahip kişilerin daha fazla cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kaldıkları bulunmuştur. Bu çelişkinin olası nedeni olarak sağlık sigortası olmayanların finansal nedenlerle sağlık hizmetlerine daha az başvuru yaptıkları ve oransal olarak daha az cepten harcama yaptıkları düşünülmektedir. Verilerin değerlendirilmesinde çalışmayan ancak cepten harcama yapan kişilerin %75 kadarının ailelerinde sosyal güvenceye sahip kişiler üzerinden sağlık güvencesine sahip oldukları belirlenmiştir. Ayrıca sosyal güvenlik kapsamında olan hanelerin daha yüksek gelir grubunda olmaları da olasıdır. Ayrıca hanelerin sosyal güvenlik durumu ve geliri arttıkça cepten sağlık harcaması artışını doğrulayan çalışmalar da bulunmaktadır. (Roy, Howard, 2007: 297) Sosyal güvenliğe sahip olmak finansal sınırlamaları azaltacağından ve sağlık hizmetlerine başvuru sıklığını ve talebi artıracığından orantısız olarak cepten harcama miktarını da artırması olasıdır. Sigorta planları arasında da cepten harcama farklılıkları görülmüştür. Emekli sandığı mensupları sigortası olmayanlara göre daha az harcama yaparken SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart sahiplerinin sigortası olmayan kişilere göre daha fazla cepten harcama yaptıkları

bulunmuştur. Bu durum SSK’lı, Bağ-Kur’lu ve Yeşil Kart’lı kişilerin sağlık hizmetlerine erişim ve kalite ile ilgili sorunları cepten harcama yaparak gidermeye çalıştıklarını göstermektedir. TSİHA’da da sigortalıların daha fazla cepten harcama yaptıkları bulunmuştur (Liu v.d., 2005: 91). Bu sonuçlar göz önüne alındığında tek çatı altında toplanmış bir sosyal güvenlik programının hakkaniyet ve eşitlik bakımından önemi ve gerekliliği görülmektedir. Cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının ve özellikle katastrofik etkilerinin azaltılmasında kamu harcamalarının artırılması, etkili ve daha iyi bir risk havuzlama mekanizmasının geliştirilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir (Xu vd., 2003: 117, Musgrove, 1999: 223, Kawabata vd., 2002: 8).

Hanenin gelir dilimi ile cepten sağlık harcaması yapma durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, 1. gelir dilimine göre en fazla harcama durumu 5. gelir dilimine sahip hanelerde görülmektedir. Hanenin gelir dilimi arttıkça cepten sağlık harcaması yapma durumu da artmaktadır. Bu durum geliri yüksek olan hanelerin daha fazla sağlık hizmeti alması ve daha pahalı hizmet sunuculardan alması ile açıklanabilir. 1. gelir diliminde olanların da düşük gelir düzeyi, sağlık hizmeti kullanımının düşük olması (düşük okuryazarlık seviyesi ve sağlıkta farkındalığın az olması nedeniyle) ile açıklanabilir. Ulusal ve uluslararası literatürde bu sonucu destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte tam tersi sonuçlar elde edilen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, TSİHA’da gelir düzeyi yüksek olan hanelerin cepten harcamalarının da yüksek olduğu, hastalandığı zaman hiçbir şey yapmayanların düşük gelir diliminde daha fazla olduğu bulunmuştur. USH Hanehalkı araştırmasına göre ise 1. gelir dilimi, 5. gelir dilimine göre daha fazla cepten harcama yapmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2006: 23-24). Tayland’da da fakirlerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için zenginlere göre gelirlerinden daha fazla para harcamak zorunda kaldıkları rapor edilmiştir (Pannarunothai ve Mills, 1997: 1781-90).

Cepten sağlık harcaması yapma durumu ile kişide hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olması durumu arasındaki ilişki incelendiğinde hastalık olmaması durumuna göre son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık olması durumunda cepten sağlık harcaması yapma durumu 65,49 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Hem son 2 ay içinde tanı konmuş akut-kronik hastalık hem de son 2 ay hariç tanı konmuş kronik hastalık olması durumunda ise 67,98 kat daha fazla cepten sağlık harcaması yapılmak durumunda kalınmaktadır. Özürlü olma durumunda da cepten sağlık harcaması yapma durumu özürlü olmama durumuna göre daha fazla bulunmuştur. Diğer araştırmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Anderson, 2001: 6; Xu vd., 2003: 115; Stephanie vd., 2005: 136-137). Kişinin hastalığı arttıkça cepten yapılan sağlık harcaması da artmaktadır. Bu, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında hakkaniyet ilkesi olan bireyin sağlık ihtiyacına göre sağlık hizmeti alması ve ödeme gücüne göre ödeme yapması (sağlık ihtiyacına göre değil) ile ciddi bir şekilde

çatışmaktadır. Cepten sağlık harcamasının artması hasta veya özürlü kişilerin sağlık hizmetlerine daha çok ihtiyaç duymaları ile açıklanabileceği düşünülmektedir. Bunun yanında Amerika'da yapılan bir araştırmaya göre de özellikle kronik hastalığı olanların sağlık sigortası kapsamında olmadıkları bu nedenle de daha fazla cepten harcama yapmak durumunda kaldıkları belirtilmektedir (Waters vd., 2004: 340).

Kişinin hanesinde tanı konmuş bir hastalık olmamasına göre hanede hekim tarafından tanısı konmuş bir hastalık olması durumunda daha az cepten sağlık harcaması yapılmaktadır. Kişilerin kendi hastalıklarına, hanedeki diğer bireylerin hastalıklarından daha fazla önem verdikleri veya hatırlama faktörünün etkili olduğu düşünülmektedir. Kişiler kendi hastalıklarında yapılan harcamaları hatırlarken hanedeki diğer bireylerin hastalıklarında yapılan cepten harcamayı hatırlamayabilecekleri düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yüksek cepten sağlık harcaması, politika belirleyicilerin sağlık sektöründe reform stratejilerini planlarken kaygılandıkları bir konudur. Türkiye'de yapılan USH Araştırmasına göre 2000 yılı için hanehalkının cepten yaptığı sağlık harcaması cari sağlık harcamasının %28,6'sını oluşturmuştur. Sadece Türkiye'de değil tüm dünyada toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten harcamanın payı artış göstermektedir.

Cepten sağlık harcamasının hangi koşullarda yapıldığı, hangi sağlık sisteminin kişileri bu harcamalardan koruyacağı ve kişilerin cepten sağlık harcaması yapmalarını sağlayan faktörler hakkında çok az şey bilinmektedir. Ancak bilinen en önemli şey, hanelerin sosyoekonomik özelliklerinin cepten sağlık harcaması yapmaları ile yakından ilişkili olduğudur. Bu özelliklerin tespit edilmesi politika belirleyicilere eşit sağlık hizmetinden yararlanmanın sağlanmasında en uygun müdahalenin adapte edilmesinde yardımcı olacaktır.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar incelendiğinde özellikle dikkati çeken, kişilerin hastalığı arttıkça cepten sağlık harcaması yapma durumunun da ciddi şekilde artmasıdır. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda ve finansmanında hakkaniyetsizliği de göstermektedir. Bunun yanında kişiler, sosyal gruplar ve bölgeler arası farklılıklar, finansal erişim ve sağlık harcamalarının finansal yükü açısından da hakkaniyetsizliklerin bulunduğu görülmektedir. Diğer bir çarpıcı sonuç ise farklı sağlık güvence sistemleri arasında ciddi cepten harcama farklılıklarının bulunmasıdır. Bu sonuçlar dikkate alındığında tek çatı altında toplanmış bir sosyal güvenlik programının gerekliliği görülmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programında, kişilerin ödeme gücü ile orantılı olarak katkıda bulunacakları ve hizmetleri

ihtiyaçları ölçüsünde kullanabilecekleri bir sigorta modeli oluşturulması çalışmaları başlamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2003: 42). Söz konusu sigorta modelleri oluşturulurken bu çalışmada belirlenen risk gruplarının dikkate alınması gerektiği, ayrıca benzer ülke çalışmalarının araştırılarak tecrübelerden faydalanılması gerektiği düşünülmektedir. Ancak genel sağlık sigortasına geçişin erişimdeki hakkaniyet problemlerini tümüyle çözebilmesi mümkün değildir. Özellikle coğrafi eşitsizlikler göz önüne alındığında sağlık ile ilgili planlamaların ve yatırımların her bölgenin ihtiyaçlarına göre ayrı ayrı yapılması gerekmektedir.

Çalışmada 1. gelir diliminde olan kişilerin en az cepten sağlık harcaması yapmak durumunda kaldıkları bulunmuştur. Ancak bunun temel nedeninin bu kişilerin gelirlerinin azlığı nedeniyle sağlık hizmeti alamamalarına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle politika belirleyicileri tarafından bu grubun da risk grubu olarak planlamalarında dikkate almaları önerilmektedir.

Bu çalışmada; Türkiye UHY-ME Çalışması Hanehalkı Araştırması verileri kullanılmıştır. Ankette yer alan hane bazlı ve kişi bazlı bir dizi değişkenin cepten harcamaya olası etkisini değerlendirmeye yönelik olarak veriler bu amaca özgü olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu nedenle çalışmada bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Birincisi, anket kapsamında alınan cepten sağlık harcamasının miktarı ile ilgili sorularda geri ödeme ve yardım ile ilgili ayrıntılı sorular yer almadığı için gerçekte ne kadarlık bir miktarın cepten harcama olarak nitelendirileceğini tespit etmek güçtür. Bu araştırmada cepten sağlık harcamasına refakat, ulaşım gibi harcamalar da dahil edilmiştir. Bu nedenle bu araştırmada, cepten yapılan sağlık harcamasının miktarı yerine harcama yapma durumu ve bunu etkileyen olası faktörler üzerinde durulmuştur. İkinci olarak, çalışmanın son 2 ay içerisinde yapılan hanehalkı harcamalarını sorgulayan kesitsel veriye dayalı olması nedeniyle cepten harcama hakkında sınırlı bilgi vermektedir. 2009 yılından itibaren TÜİK tarafından kullanılması ve uygulanması planlanan yeni Bütçe Araştırma Anketi ile cepten harcama boyutlarını hem bireysel hem de hanehalkı düzeyinde izlemek olası hale gelecektir.

Tüm bu kısıtlılıklar dikkate alındığında, cepten sağlık harcaması konusunda yapılacak olan araştırmalarda geri ödeme ve yardım ile ilgili soruların da yer alması önerilmektedir. Ayrıca cepten harcamanın tanımı ulusal ve uluslararası sağlık hesapları araştırmalarında belirtildiği gibi düzenlenmelidir. Sağlık hesapları araştırmalarında, cepten harcamalara ulaşım, konaklama, refakatçi ve yemek harcamaları dâhil edilmemektedir. Cepten sağlık harcamasında algılanan sağlık statüsü değişkeni de önemli bir yere sahiptir ve araştırmalarda sorulması önerilmektedir. Zira kişiler bir profesyonel tarafından

hastalık tanısı konulması veya özür lülük durumu dışındaki nedenlerle de sağlık hizmetlerini kullanabilir ve cepten harcama yapabilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aksakoğlu, G. (2001) **Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri**, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, Rektörlük Matbaası.
- Anderson, (2001) **Health Care Strategic Management**, Dec 2001; 19, 12; Health & Medical Complete, 6.
- Belli, P. (2002) "Formal and Informal Household Spending on Health: A Multicountry Study In Central and Eastern Europe", Final Report, Central and Eastern European Health Network, Harvard School of Public Health.
- Berman, P. (2002) **Ulusal Sağlık Hesapları Üretici Rehberi**, Harvard School of Public Health.USA.
- Chu, T., T. Liu T., C. Chen, Y. Tsai, W. Chiu (2005) "Household out-of- Pocket Medical Expenditures and National Health Insurance in Taiwan: Income and Regional Inequality", **BMC Health Services Research**, 5, 60-67.
- DeGraeve, D. (2003) "Equity in the Finance of Healthcare: Summary", (http://66.102.9.104/search?q=cache:m5Qj3ZEB4jgJ:www.ua.ac.be/main.aspx%3Fc%3Ddiana.degraeve%26n%3D9489+DE+GRAEVE+Diana,+Equity+in+the+Finance+of+Healthcare&hl=tr&ct=clnk&cd=1&gl=tr&lr=lang_en|lang_tr). Erişim Tarihi: [25.04.07]
- Garg, C., A. Karan (2005) "Poverty Impact of Out-of-Pocket (OOPS) Payments in India: A State Level Analysis", [Bildiri] **5. İHEA Dünya Sağlık Ekonomisi Kongresi**, 11-13th July, Barselona: 16.
- Hjortsberg, C. (2003) "Why do the Sick not Utilise Health Care? The Case of Zambia" **Health Economics**, 12(9), 755-770.
- Hotchkiss, D.R., J.J. Rous, K. Karmacharya and P. Sangraula (1998) "Household Health Expenditures in Nepal: Implications For Healthcare Financing Reform", **Health Policy and Planning**, 13(4), 371-383.
- Islam, W., M.M. Khan and M.S. Hossain (1999) "Health Situation and Health Care Expenditures in Bangladesh" **Dhaka: Health and Demographic Survey**, Bangladesh Bureau of Statistics, 129-133.

- Karan, A., C. Garg (2005) “Socio-Economic Determinants of Out-of-Pocket and Catastrophic Expenditure in India: A Multivariate Analysis”, .[Bildiri]. **5. İHEA Dünya Sağlık Ekonomisi Kongresi**, 11-13th July, Barselona, 345.
- Kawabata K, K. Xu, G. Carin (2002) “Preventing Impoverishment Through Protection Against Catastrophic Health Expenditures”, **Bulletin of World Health Organization**, 8(8).
- Lewis, M. (2000) Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia? Human Developmanet Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Washington, DC, The World Bank.
- Liu, Y., Y. Çelik, B. Şahin (2005) **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**. Sağlıkta Umut Vakfı. Ankara.
- Musgrove P., (1999) “Public Spending on Health Care: How are Different Criteria Related?”, **Health Policy**, 47: 207-223.
- Pan American Health Organization (2002) “WHO,130th Session of the Executive Committee, Women, Health and Development”, 24-28th June, Washington D.C. USA, 24-28.
- Pannarunothai S, A. Mills (1997) “The Poor Pay More: Health Related Inequality in Thailand”, **Social Science & Medicine**, 44, 1781-90.
- Rubin R.M., K. Koelln (1993) “Determinants of Household Out-of-pocket Health Expenditures”, **Social Science Quarterly**, 74, 721-735.
- Rous J.J., D.R. Hotchkiss (2003) “Estimation of the Determinants of Household Health Care Expenditure in Nepal with controls for Endogenous Illness and Provider Choice”, **Health Economics**, 12, 431-451.
- Roy, K., D.H. Howard (2007) “Equity in out of Pocket Payments for Hospital Care: Evidence from India, **Health Policy**, 80(2), 297-307.
- Sağlık Bakanlığı, (2003) **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2004) **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000**, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: SB-HM-2004/08, İ.Aygün Ofset, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2006) **Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003**, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Yayın No: 601, Alban Tanıtım Organizasyon, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı, (2007) **Türkiye’de Sağlığa Bakış** TC. SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. ISBN: 978-975-590-224-1. SB Yayın No: 710. Bölük Ofset Matbaacılık San. Tic.Ltd.Şrk. Ankara.

- Sari, N., J. Langenbrunner and M. Lewis, (2000) “Affording Out-of-pocket Payments for Health Services: Evidence from Kazakhstan”, **EuroHealth** (Special Issue). 6(2), 37-39.
- Shakil A., M. Khan, D. Hotchkis and P. Hutchinson (2005) “Catastrophic Out-of-Pocket Payments for Healthcare in Poor Rural Areas of Bangladesh”, [Bildiri] **5. İHEA Dünya Sağlık Ekonomisi Kongresi**, 11-13th July, Barselona, 116-118.
- Stephanie, V., H.K. Scholder, K. Xu., A. M. Aguilar-Rivera, D. Evans (2005) “Health Service Utilization and Catastrophic Health Expenditures in Armenia; 1999 and 2001”, [Bildiri] **5. İHEA Dünya Sağlık Ekonomisi Kongresi**, 11-13th July, Barselona, 135-137.
- Waters H.R., G.F Anderson, J. Mays (2004) “Measuring Financial Protection in Health in the United States”, **Health Policy**, 69, 339-349.
- World Health Organization (2001) **The World Health Report 2001: Health System Improving Performance**, World Health Organization, Geneva.
- World Health Organization (2005) “Desining Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure”, **Technical Briefs for Policy-Makers**, Number, 2, 1-4.
- Xu K., D Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavus and C. Murray (2003) “Household Catastrophic Health Expenditure A Multicountry Analysis”, **Lancet**, 362, 111-17.
- Zich, C.D., J.X. Fan and K. Chang (2004) “Impending Widowhood and Health Care Spending”, **Social Science Research**, 33, 538-555.