

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

*Abdullah TİRGİL**
*Yasin ACAR***

Alınış Tarihi: 16 Kasım 2018

Kabul Tarihi: 27 Şubat 2019

Öz: Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı ile beraber hastanelerdeki aşırı yoğunluğu azaltmak için ayakta tedavi katılım payı uygulaması getirilmiştir. Bu çalışmada, katılım payı uygulamasının hanehalklarının ayakta tedavide cepten yaptıkları sağlık harcamalarına etkileri 2003-2013 dönemi için En Küçük Kareler (EKK) metodu kullanılarak üç farklı model altında incelenmiştir. Bulgularımıza göre; katılım payı reformu hanehalklarının ayakta tedavi için cepten yaptıkları aylık ortalama harcamayı 20 TL civarında düşürmüştür. Ayrıca, kırsal alanda yaşayan hanehalklarının cepten yaptıkları hekim harcamaları katılım payı uygulamasından önce kenttekilere nazaran yüksek seyrederken uygulamanın hemen ardından tam tersi bir durum söz konusu olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, Ayaktan Tedavi, Katılım Payı, Türkiye

Effects of Co-payment Implementation in Outpatient Care on Households’ Out-of-Pocket Healthcare Expenditures

Abstract: A co-payment practice for outpatient care was introduced with the Health Transformation Program in order to reduce excessive crowding in hospitals in Turkey. In this study, the effects of the co-payment reform on households’ out-of-pocket outpatient expenditures were investigated during the period of 2003-2013 by implementing the Ordinary Least Squares (OLS) method for three different models. According to our results, the co-payment reform reduced households’ monthly out-of-pocket healthcare expenditures on average by about 20 TL. In addition, while rural residents’ monthly out-of-pocket expenditures were staying high above urban residents’ expenditures before the implementation of the co-payment reform, the opposite situation took place right after the change.

Keywords: Out-Of-Pocket Healthcare Expenditures, Outpatient Care, Co-Payment, Turkey

*Atatürk
Üniversitesi*

I. Giriş

Cepten sağlık harcamaları (CSH), bireylerin ve hanehalklarının ekonomik refahlarını olumsuz yönde etkilediği için tüm dünyada önemli bir konu haline gelmiştir (Başaran ve Şahin, 2008). Sağlık harcamalarının finansmanı bireyleri ve hanehalklarını doğrudan veya dolaylı etkilediği için politika yapıcıları tarafından yakından takip edilmektedir. Ödeme gücü olmayanlar tarafından yapılan yüksek

* Dr. Öğretim Üyesi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü

** Dr. Öğretim Üyesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

sağlık harcamaları, harcamaların ödeme gücüne göre yapılması gerektiğini ifade eden dikey eşitlik prensibine aykırıdır. Dolayısıyla, bu tür aşırı sağlık harcamalarına karşı finansal koruma, sağlık sistemi reform stratejilerinin öncelikli amaçlarından biri olmuştur (Dünya Sağlık Örgütü, 2000). Buradaki temel sorun sağlık harcamalarının yüksekliğinin kıstasının ne olduğudur. İlgili literatürde bununla alakalı bir görüş birliği bulunmamasına rağmen, Russell (2004), CSH'nin hanehalkı üyelerinin diğer asgari tüketmesi gereken ihtiyaçların azaltılmasına yol açması durumunda, CSH'yi yıkıcı (catastrophic) olarak tanımlamaktadır. Bu durum, hanehalkının sahip olduğu varlıkların satışına veya borçlanmaya yol açarak fakirleşmeye neden olmaktadır (Xu vd., 2003). Dolayısıyla, burada önemli olan husus, CSH'nin hanehalkı gelirinin ya da harcamalarının belirli bir yüzdesini geçmemesi ve diğer temel ihtiyaçların tedarikine mani olmamasıdır.

Bu anlamda Türkiye 2003 yılından itibaren sağlık alanında önemli reformlar gerçekleştirmiştir. Bunlardan bazıları bütün nüfusun genel sağlık sigortası ile güvence altına alınması, aile hekimliği uygulamasının başlatılması ve talebi ve arzı artırıcı daha birçok reformlar yeni sistemde kendisine yer bulmuştur. Çok uzun yıllardır süregelen sağlık sektörü sorunları, 2003 yılından itibaren Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile çözülmeye çalışılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve uygulamaya konulan SDP'nin amacı etkinliği, yararlanıcının ve tedarik edenin memnuniyetini artırmak, sağlık idaresini geliştirmek ve sağlık sisteminin uzun dönem mali sürdürülebilirliğini sağlamak ve güvence altına almaktır. SDP'nin en önemli özelliklerinden bir tanesi de koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini teşvik edici (aile hekimliğini bütün ülkeye yayarak) bir amaca sahip oluşudur. Buradan amaç; hastaların hastanelerde gereksiz yoğunlaşmalarını önlemek ve bu vesileyle daha ucuz bir hizmet alımı ve tedariki gerçekleştirmektir (Akdağ ve Erkoç, 2012).

Ekonomik durumla ilişkili olarak Türkiye'de nüfusun önemli bir bölümünün sağlık göstergeleri 2000'li yılların başlarına kadar gelişmiş ülkelere göre oldukça geri bir durumdaydı. Özellikle kırsal kesim ile şehirde yaşayan insanlar arasında sağlık alanında eşitsizlikler mevcut idi (Akıncı vd., 2012). Sağlık sektöründeki etkinsizliklerin sebepleri arasında aşırı parçalanmış ve eksik sağlık sigortası¹, düşük verimlilik ve teknik yetersizlik, özellikle Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerindeki yetişmiş insan gücü ve teknoloji eksikleri sayılmaktadır (Baris vd., 2011).

¹ SDP'den önce Türkiye'de 5 farklı sağlık sigortası mevcuttu: resmi işte çalışanlar için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK); serbest çalışanlar için Bağ-Kur; emekli memurlar için Emekli Sandığı; aktif memurlar için kendi bünyelerinde yer alan sigorta fonu ve ödeme güclüğü yaşayan ihtiyaç sahibi insanlar için ise Yeşil Kart sağlık sigortası mevcuttu. Ayrıca her bir sağlık sigortasının kapsadığı alanlar ve hizmetler farklılıklar göstermekteydi.

SDP, sağlık hizmetlerinin sunumunda koruyucu ve temel sağlık hizmetlerini ön plana çıkarmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan tedarikçilerin en önemli özelliklerinden bir tanesi düşük maliyetle sağlık hizmetine kolay erişimin sağlandığı birimler olmalarıdır (Akdağ ve Erkoç, 2012). Bu sebeple, SDP kapsamında 2005 yılı itibarıyla bazı illerde aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir ve 2010 yılı sonu itibarıyla da Türkiye'nin bütün illerinde aile hekimliği uygulaması mevcut hale gelmiştir. Aile hekimleri birinci basamak ile ikinci-üçüncü basamak sağlık sunucuları arasında koordinatör görevi görmektedirler. Dolayısıyla, aile hekimleri doğru koordinasyonu sağlayarak gereksiz sağlık harcamalarını ve zaman kaybını önlemekte; ikinci-üçüncü basamak sağlık hizmetlerindeki gereksiz yığılmalara müsaade etmemektedirler (Akdağ ve Erkoç, 2012).

SDP kapsamında 2008 yılının Ekim ayı itibarıyla birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ve aile hekimliği muayeneleri hariç olmak üzere ayakta tedavi kapsamında olan hekim ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı uygulamasına gidilmiştir (Atasever, 2014). Buna bağlı olarak ikinci basamak sağlık kuruluşlarında 3,00 TL, eğitim araştırma hastanelerinde 4,00 TL, üniversite hastanelerinde 6,00 TL ve özel sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda ise 10,00 TL muayene katılım ücreti alınmaya başlanmıştır. Bütün bunlara bağlı olarak ayakta tedavide katılım payı uygulaması reformunun hedeflerinden en önemlisi vatandaşları birinci basamak sağlık kuruluşlarına özellikle aile hekimlerine yönlendirip gereksiz zaman kaybı ve sağlık harcamasının önüne geçmektir (Akdağ ve Erkoç, 2012).

Bu çalışmada 'ayakta tedavide katılım payı' uygulamasının hanehalklarının hekim muayenesi için cepten yaptıkları sağlık harcamalarına olan etkileri incelenecektir. Bunun için 2003-2013 arası her yıl Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılmış Hanehalkı Bütçe Anketi (HBA) mikro verisi kullanılmıştır. CSH yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, kent-kır, hanehalkı büyüklüğü gibi sosyal ve demografik özelliklere göre farklılaşacağı için bu değişkenler regresyon analizine dâhil edilmişlerdir (Erus ve Aktakke, 2012). Bulgularımıza göre; 2008 yılı itibarıyla uygulamaya konan hekim tedavisinde katkı payı uygulamasının hanehalkı bazında CSH'ye olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı ve negatiftir. Kentte ikâmet eden hanehalklarının kırdaki yaşayanlara göre daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları görülmüştür. Bütün bunlara ek olarak; hanedeki kişi sayısının cepten harcamalarla ters yönlü bir ilişki içerisinde olduğu gözlenmiştir. Ayrıca, 2003-2013 yılları arasında ayakta tedavi kapsamında yapılan ortalama harcamalar net bir şekilde azalmıştır. Zorunlu sigortaya sahip olanların sigortasızlara göre daha fazla harcama yaptıkları; prim ödemeleri devlet tarafından karşılanan ihtiyaç sahibi vatandaşların (yeşil kartlılar) ise sigortasızlara göre daha az cepten harcama yaptıkları bulgularımızda ortaya konulmuştur.

Bu çerçevede, ikinci bölümde ilgili literatürden kısaca bahsedilmiş, üçüncü bölümde çalışmada kullanılan veri ve örneklem tanıtılmış, dördünü bölümde betimleyici istatistiklere ve şekillere yer verilmiş, beşinci bölümde regresyon analizi ve tahmin sonuçları açıklanmış, son bölümde ise tartışma ve sonuç kısmı ile çalışma tamamlanmıştır.

II. Literatür Özeti

Türkiye'deki sağlık reformlarının etkilerini ölçmeyi çabalayan çalışmalar mevcuttur. Aran ve Hentschel (2012) Yeşil Kart programını çeşitli boyutlarda ele almışlardır. 2003 ve 2008 yılları arasında finansal açıdan durumu kötü olan çok daha geniş bir kitlenin bu programdan faydalandıklarını bulmuşlardır. Yeşil kart programının 2009 kriz dönemindeki sağlık hizmetlerindeki etkisine bakmışlar ve Yeşil Kart programının finansal kriz dönemlerinde geliri düşük olan hanehalkları için etkili bir sağlık hizmeti kullanımı sağladığını ifade etmişlerdir.

Akıncı vd. (2012) yaptıkları araştırmada yönetim kapasitesi, yaygın sağlık sigortası, sağlık hizmeti sunumunun yeniden organizasyonu, insan kaynağının geliştirilmesi ve ulusal sağlık bilgi sistemi gibi 5 ana başlığı incelemişlerdir. Sonuç olarak, en büyük gelişmenin ve iyileşmenin ulusal sağlık bilgi sisteminde olduğu ve en az gelişmenin ise Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel kapasitesinde gerçekleştiği bulunmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programının maliyet-etkin bir sağlık hizmeti sunma kapasitesinin olduğu ve bunun Türkiye'deki ekonomik büyüme ve gelişme ile paralel hareket ettiğini ifade etmişlerdir.

Basar vd. (2012) Türkiye'de hanehalkı seviyesinde aşırı sağlık harcamaları ile ilgili risk faktörlerini incelemiştir. Çalışma sonucunda yoksul hanehalklarının, yoksul olmayan hanehalklarına göre daha az sağlık hizmetine talip olduklarını ve bunun sağlık hizmeti mevcudiyeti açısından yoksul hanehalklarının korunmasızlığına işaret ettiğini belirtmiştir. Ayrıca, yoksul hanehalkları yoksul olmayan hanehalklarına göre daha fazla CSH'ye maruz kalabilecekleri ve bunun refahlarında önemli bir azalmaya yol açacağını açıklamışlardır. Dolayısıyla reformlar sonucunda sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi yoksul hanehalklarının aşırı sağlık harcaması yapma olasılıklarına karşı önemli bir koruma sağlayacaktır.

Sağlık hizmeti reformlarının CSH üzerindeki etkisi ile ilgili başka bir çalışmada, 2003 ve 2006 yılları incelenmiş, bu dönemde gerçekleştirilen reformlarla birlikte pozitif CSH'ye sahip hanehalkı oranının artış gösterdiği bulunmuştur. Ancak CSH'nin payı ve seviyesi azalmıştır. Bir başka ifadeyle, reformlardan sonra daha fazla hanehalkı sağlık hizmeti talep etmiş ancak yaptıkları harcamalarda düşüş gözlenmiştir (Erus ve Aktakke, 2012).

Trivedi vd. (2010) sağlık tedavisi talepleri daha fazla olan yaşlı bireyler üzerinde bir çalışma yapmıştır. Sağlık için yapılan katkı payının artırılması durumunda sağlık hizmetine yapılan toplam harcamaların da arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu sonucun ters etkileri olduğu açıktır. Ayaktan tedavisi mümkün olan yaşlı bir kişinin katkı payı arttıktan sonra tedaviden vazgeçebileceği ve daha sonra sağlık durumunun daha da kötüleşmesi halinde hastanede tedavi edilmek zorunda kalabileceği belirtilmektedir. Bu durumda devletin ve bireyin yapacağı sağlık masraflarının artacağı aşikârdır.

Sağlık sigortasının kapsamının genişletilmesi birçok gelişmekte olan ülkelerde tartışılan bir konudur. Bunun nedeni belirli bir gelir seviyesinin altında kalan yoksul hanehalklarının sağlık sigortası kapsamına herhangi bir bedel olmadan dahil edilmesi, vergi mükelleflerinden toplanan vergilerle mümkün olmaktadır. 1980'lerin başında Komünist sistemden vazgeçip piyasa ekonomisi odaklı bir sisteme geçen ve bu nedenle sağlık sistemini de revize eden Çin, 2003 yılında kırsalda yaşayanlar için devlet destekli gönüllü sağlık sigortası programını yürürlüğe koymuştur. Programın ayakta tedavi ve yatakta tedaviden faydalanma sayısını arttırdığı, dağıtım maliyetlerini düşürdüğü bulunmuştur. Fakat hasta başına cepten yapılan sağlık harcamasını azaltmamıştır (Wagstaff vd., 2009). Bunun sebebi, arz ve talep tarafından kaynaklanan ahlaki tehlike problemi olabilir. Bir şekilde sigorta kapsamına alınan bireyler, kapsama alınmadan önceki durumlarına göre sağlık hizmeti taleplerini artırmış ve böylelikle yapılan harcamalarda bir etki ortaya çıkmamış olabilir. Ayrıca Çin'de yapılan bir araştırmada, doktorlar tarafından yazılan reçetelerin %2'sinden azının tıbbi açıdan makul (rasyonel) olduğu, köy kliniklerinde bu oranın çok daha düşük %0.06 olduğu tespit edilmiştir (Zhang vd., 2003).

Sağlık alanında yapılan reformlar refah değişimleri üzerinde göze çarpan etkiler meydana getirmektedir. 2001 yılında Tayland, gelişmekte olan bir ülkede yapılabilecek en büyük sağlık reformlarından birini hayata geçirmiştir. "30 Baht" adlı programın öncelikli amacı, uzun zamandır süregelen bölgeler arası kamu sağlık hizmeti eşitsizliklerini azaltmaktır. İllerde yaşayan insan sayısına bağlı olarak il hastanelerine kişi başı 1200 Baht (yaklaşık 35\$) sübvansiyon verilmiştir. Hastanelerin artan finansmanı neticesinde yoksulların sağlık hizmet faydalanmalarında artış, ödemelerinde ise 30 Baht (~0.75\$) azalma gözlemlenmiştir. Daha önemli etki bebek ölümlerinde ortaya çıkmıştır. "30 Baht" reformundan önce görece yoksul bölgelerde daha zengin bölgelere oranlara daha yüksek bebek ölüm oranları varken, reformdan sonra bu ilişki yok olmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuç, yoksullara sağlanan sağlık hizmetlerinin bebek ölüm oranlarında gözle görülür bir düşüşe yol açacağı yönündedir (Gruber vd., 2014).

Dünyanın geri kalmış ülkelerinin bulunduğu Afrika kıtasında sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve erişiminin artırılmasına yönelik devlet ve uluslararası organizasyonlar tarafından incelemeler yapılmaktadır. Burkina Faso hükümeti, devletin sağlık hizmeti finansmanına katkı sağlaması için katılım payı uygulamasına gitmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in sponsor olduğu programın amacı sağlık hizmetine erişimi artırmaktır ve daha kaliteli kamu sağlık hizmeti sunmaktır. Araştırma sonucunda bireylerin programdan sonra kamu sağlık kuruluşlarına müracaat ettiklerinde, kendi-kendine tedavi ve geleneksel tıp tedavisine oranla daha fazla cepten sağlık harcaması yaptıkları tespit edilmiştir (Mugisha vd., 2002).

Herhangi bir reform olmadan hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamalarının nasıl farklılaştığını inceleyen bir çalışma Kamboçya'da yapılmıştır. İnceleme sonucunda cepten yapılan sağlık harcamalarının bireylerin sağlık tedavilerini nasıl finanse ettiklerine bağlı olarak değiştiği bulunmuştur. Örneğin giderlerini özel hastanelerden karşılayan hanehalklarının ortalama harcaması 103\$ iken sadece kamu hastanelerini kullananlar 8\$ sağlık harcaması yapmışlardır. Çok yüksek sağlık harcaması yapan hanehalklarının bu harcamaların finansmanı için varlıklarını satmak veya yüksek faizden borçlanmak zorunda kalmaları onların yoksullaşmasına neden olmuştur (Damme vd., 2004).

III. Veri ve Örneklem

Bu çalışma için 2003 yılından bu yana her yıl düzenli olarak Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan Hanehalkı Bütçe Anketi (HBA)'nin hane düzeyindeki verileri kullanılmıştır. HBA'da hanehalklarının cepten yaptıkları değişik sağlık harcamalarını ölçen alt kategoriler mevcuttur. Örneğin; bir hanehalkında yaşayan bireylerin bütünü ayaktan tedavi hizmetleri için harcadıkları ücretin hepsi (eğer varsa), yataklı tedavi hizmeti almışlarsa bu sağlık hizmeti için yapılan harcamalara bu veri setinden erişilebilmektedir.

HBA anket çalışması için Türkiye sınırları içerisinde yaşayan bütün hanehalkı fertleri kapsama alınmıştır. Fakat kurumsal olmayan (okul, yurt, otel, huzurevi, hastane, hapishane, askeri kışla ve ordu evlerinde ikamet edenler dışındaki) nüfustan Türkiye'yi temsil edebilen bir örneklem seçilmiştir. HBA'daki coğrafi kapsam Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde yer alan bütün yerleşim yerlerini içerisine almaktadır. Buna göre kentsel yerler, nüfusu 20.000'den fazla olan yerleri ifade ederken; nüfusu 20.000'den küçük olan yerler ise kırsal yerleşim alanlarını ifade etmektedir.

HBA'da dikkat çeken diğer bir husus ise örneklemin büyük olmasıdır. 2003 yılında 25.920 (cevap alınan hanehalkı sayısı 25.764) örnek hanehalkına uygulanan HBA, 2004 yılında 8.600 (cevap alınan hanehalkı sayısı 8.544) örnek hanehalkına uygulanmıştır. 1 Ocak-31 Aralık 2012 tarihleri arasında yapılan HBA ise ülkenin

bütününü temsil etme kabiliyetine sahip olması için her ay değişen 1.104, yıl boyunca 13.248 (cevap alınan hanehalkı sayısı 9.987) hanehalkıyla görüşülerek anket yapılmıştır. 2013 yılına gelindiğinde ise görüşme yapılan hanehalkı sayısı 10.060 olmuştur. 2003-2013 yılları arası toplamda 118.615 hanehalkına ait gözlem bulunmaktadır.

HBA için her ay örnek hanehalklarına anket ayı başlangıcından en az 10 gün önce posta yoluyla anket ile ilgili bilgileri içeren mektup ve broşür gönderilmektedir. Anketlerde ilk görüşmede hanehalkı bileşimi, konut özellikleri, vb. konular sorulurken; fertlerin gelir ve istihdam durumları son görüşmede sorulmaktadır. Anket ayı süresince yapılan her bir harcama ise hanehalkları tarafından daha önceden kendilerine tahsis edilen günlüklere yazılmaktadır.

Bu çalışmada bizim ilgilendiğimiz çıktı değişkeni; anketin tüketim harcaması türlerinden elde edebileceğimiz ayaktan tedavi hizmetleri (hekim muayenesi) için hanehalkları tarafından yapılan toplam harcamalardır. HBA'da 12 farklı harcama grubu bulunmaktadır. Bizim ilgilendiğimiz çıktı değişkeni ise sağlık harcaması adı altında bulunmaktadır. Ayaktan tedavi sağlık hizmeti karşılığında ödenen Türk Lirası (TL) cinsinden miktar aynen günlüklere geçirilmiş ve bu şekilde bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Bu çalışmada regresyon analizleri yapılırken alınan sağlık hizmeti karşılığında yapılan ödemenin enflasyondan arındırılmış reel değeri kullanılmıştır. Ayrıca sıfır ve noksan değerler sadece sağlık hizmeti alıp ödeme yapanları incelemek için örneklekimizden çıkarılmıştır.

HBA, çok zengin değişkenleri de bünyesinde bulundurmaktadır. Katılımcının cinsiyeti, yaşı, kırdan mı yoksa kentte mi yaşadığı, eğitim seviyesi, sağlık masraflarının hangi sigorta kurumu tarafından karşılandığı (SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Özel Sigorta, Yeşil Kart ve Sigortasız), ne tür sağlık hizmetleri için cepten ne kadar harcama yapıldığı, medeni hali, istihdam durumu, hanehalkı büyüklüğü vb. ile ilgili bilgiler mevcuttur. Dolayısıyla bu değişkenlerin regresyon analizinde kontrol edilmesi, CSH'nin bu değişkenlerle ilişkisini anlamada önemli rol oynayacaktır. Türkiye'de özel sigorta sahipliği çok yaygın değildir (örneklemimizin % 1,5 kadarlık kısmı). Dolayısıyla, özel sigorta sahibi hanehalkları analizimizde yer almamaktadır.

HBA'da veriler, hanehalkı bazında toplanmaktadır. CSH günlüklere her ay TL cinsinden kaydedilmektedir. Bu çalışmanın analizlerini yaparken baz yıl olarak 2003 yılı seçilmiştir. Para cinsinden olan bütün değişkenler TÜİK'ten alınan tüketici fiyat endeksi verileri kullanılarak bu yıla göre ayarlanmıştır.

IV. Betimleyici İstatistikler

Tablo 1’de örneklemimize ait betimleyici istatistikler yer almaktadır. Bu tabloda ve makaleye ait diğer kısımlarda, örneklemimizdeki iki farklı sağlık sigortası (Zorunlu Sigorta ve Yeşil Kart) ve sigortası olmayanların bulunduğu bir takım analizler yapılmıştır. Zorunlu sigorta SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur’a kayıtlı olan vatandaşları içermektedir. Yeşil kart devletin ödeme gücünü yaşayan kimselere gelir testi sonucunda verdiği bir tür sağlık sigortasıdır. Bu sağlık sigortasına sahip kimseler prim ödememekte fakat aldıkları sağlık hizmeti için katkı payı ödemek durumundadırlar. 2003 ve 2013 yılları için noksan olan ve sıfır değerine sahip gözlemleri örneklemimizden çıkardığımızda elimizde 20.814 hanehalkına ait gözlem kalmaktadır.

Tablo 1. *Betimleyici İstatistikler (N=20.814)*

Sigorta çeşitleri	Zorunlu sigorta		Yeşil Kart		Sigortasız	
	<i>Reform öncesi (2003-2008)</i>	<i>Reform sonrası (2009-2013)</i>	<i>Reform öncesi</i>	<i>Reform sonrası</i>	<i>Reform öncesi</i>	<i>Reform sonrası</i>
Panel A:						
Çıktı değişkeni:						
Ayaktan tedavi cepten sağlık harcaması (Türk Lirası-TL)	44,235 (47,747)	16,370 (45,387)	42,487 (28,000)	10,059 (21,740)	38,619 (34,170)	16,876 (27,214)
Panel B:						
Kontrol değişkenleri:						
Kadın	0,106 (0,307)		0,139 (0,346)		0,080 (0,272)	
Hanedeki çocuk oranı	0,087 (0,143)		0,122 (0,154)		0,125 (0,159)	
Hanedeki yaşlı oranı	0,109 (0,261)		0,104 (0,245)		0,058 (0,170)	
Kent	0,735 (0,442)		0,412 (0,492)		0,577 (0,494)	

Hanehalkı büyüklüğü	3,734 (1,696)	5,461 (2,821)	4,791 (2,422)
Hanehalkı reisi yaşı	47,907 (14,146)	47,372 (14,931)	42,346 (12,506)
Evli	0,895 (0,306)	0,880 (0,325)	0,928 (0,259)
N	17.388	1.607	1.819
Örnekleme içindeki yüzdesi	%83,54	%7,72	%8,74

Not: Tabloda değişkenlerin ortalama ve parantez içinde standart sapma değerleri verilmiştir.

Makalenin giriş kısmında belirtildiği üzere; Türkiye’de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında 2008 yılının Ekim ayında ayakta tedavi (hekim muayenesi) hizmetleri için birinci basamak sağlık tesisleri hariç katılım payı uygulamasına gidilmiştir. Tablo 1 Panel A ayakta tedavide yapılan hanehalkları ortalama cepten sağlık harcamalarını farklı sigorta çeşitleri ve sigortası olmayanlar için göstermektedir. Sigortalı olsun yahut olmasın bütün kategoriler için katılım payı uygulamasından sonra ayakta tedavi yapılan hizmetlere cepten harcanan ücretlerde çok önemli bir düşüş söz konusudur. Örneğin; zorunlu sigorta altında yer alan sigortalılar için yeni reformdan sonra ayakta tedavi için CSH’de yaklaşık %63,00’lük bir düşüş söz konusudur. Bu düşüş yeşil kartlı vatandaşlarda daha fazla görülmektedir (%76,00). Bir sonraki bölümde regresyon sonuçlarında da görüleceği üzere CSH 2008’den sonra önemli bir düşüş kaydetmiştir. Bu düşüşün yeşil kart sahiplerinde daha yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Çünkü ikame etkisi ile geliri en düşük olan yeşil kartlıların sağlık hizmetleri ücretsiz olan aile hekimliklerine yönelmiş olmaları, görece geliri daha yüksek hanehalklarına göre daha muhtemeldir.

Tablo 1 Panel B’de regresyon analizinde kullandığımız kontrol değişkenlerinin bütün yılları içerisinde alan ortalama değerleri görülmektedir. Buna göre kadın aile reisinin yeşil kartlı hanelerde daha sık görüldüğünü söyleyebiliriz. Zorunlu sigortaya sahip hanehalkı reisinin ailesinde çocuk olma olasılığı diğerlerine nazaran daha düşüktür. Dikkat çeken diğer bir husus ise yeşil kartlı hanehalklarının kırsal kesimde daha fazla bulunduğu. Bununla beraber, yeşil kartlı ve sigortası olmayan hanehalkları hanedeki çocuk oranı açısından birbirlerine benzemektedirler. Ayrıca zorunlu sigortası olan vatandaşların kentlerde yaşama oranı yeşil kartlılar ve sigortasızlara nazaran daha yüksektir.

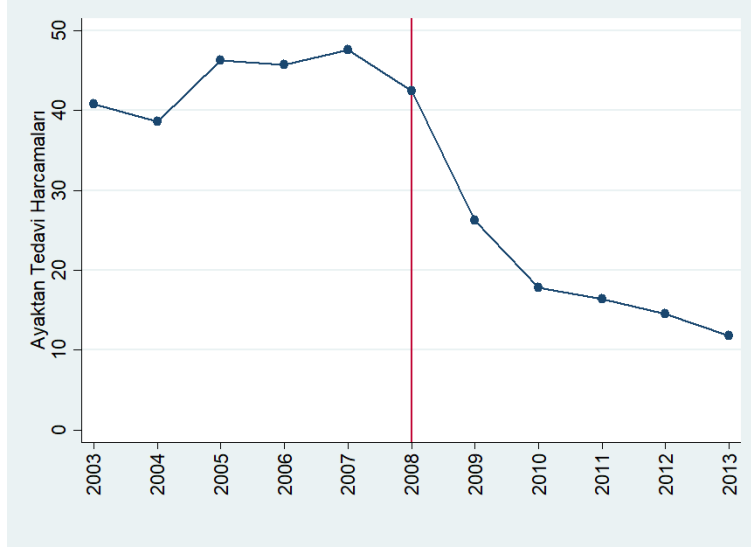
Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

Betimleyici istatistikleri özetlemek gerekirse, farklı sigorta türleri arasında birçok demografik gösterge açısından önemli farklar mevcuttur. Bu farklılıkların bütünü bir sonraki regresyon analizi bölümünde dikkate alınacak ve ancak bu şekilde 2008’de meydana gelen katkı payı reformunun etkileri hakkında bir sonuca varmak mümkün olacaktır.

Şekil 1’de Türkiye’de 2003-2013 yılları arasında ayaktan tedavi hizmetleri (doktor harcamaları) için hanehalklarının CSH ortalama miktarları gösterilmiştir. Şekil 1’e göre ortalama harcama 2007 yılına kadar artan bir trend izlemiştir. 2003’te yaklaşık 41,00 TL olan doktor harcamaları 2007 yılına gelindiğinde ufak bir artışla yaklaşık 48,00 TL olmuştur.

2008 yılına gelindiğinde ise CSH yaklaşık 6,00 TL’lik bir düşüşle 42,00 TL’ye gerilemiştir. 2008’de 40,00 TL’nin biraz üstünde olan ortalama hanehalkı harcamaları 2009 yılı itibariyle yaklaşık 26,00 TL’ye kadar düşerek yaklaşık olarak 16,00 TL’lik bir azalma söz konusu olmuştur. 2010 yılında da bu harcama türünde azalış meyli devam etmiş ve hanehalkı bazında ortalama doktor harcamaları yaklaşık 18,00 TL’ye kadar gerilemiştir.

Şekil 1’e göre Türkiye’de doktor ziyaretleri sırasında hanehalklarının kendi imkânlarıyla cepten yaptıkları ortalama harcamaları iki kısma ayırabiliriz: Şekil 1’de birinci kısım; 2003’ten 2007 yılına kadar olan ve cepten harcamalarda hafif bir artışı sergileyen bölümdür. Bunu sigorta kapsamının artması sonucu talebe dayalı bir artış olarak yorumlayabiliriz. 2003 yılında başlayan SDP farklı sigorta türleri için aile hekimliği, genel sağlık sigortası vb. gibi birçok değişik reformlara imza atmıştır. Şekil 1’de ikinci kısım ise; 2008 yılı itibariyle başlayıp 2013 yılını da içerisine alan ve hekim muayenesi için CSH’de önemli bir düşüşü gösteren kısımdır. Bu düşüşün en önemli sebeplerinden bir tanesi olarak uygulamaya konan katılım payı uygulamasını söyleyebiliriz. Bu sebeple insanlar bedava hizmetleri tercih ediyor ve hekim ziyaretlerini azaltmış olabilirler denilebilir.



Şekil 1: Ayaktan Tedavi Sağlık Harcamaları Ortalaması (Türk Lirası-TL)

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verilerinden Yazarların Hesaplamaları

Bu çalışmada SDP kapsamında uygulamaya konulan reformların ayaktan tedavi masraflarına etkisini 2003-2013 yılları için incelenecektir. Daha özelden 2008 yılının Ekim ayında uygulamaya konulan ayakta tedavide katılım payı ödemesinin CSH üzerine etkisi araştırılmaktadır. İlginç bir şekilde hekim muayenelerinde katkı payı uygulamasının başlamasıyla beraber hanehalklarının bu sağlık hizmetine yönelik yapmış oldukları harcamalar önemli bir düşüş sergilemiştir. Bu durum iki şekilde açıklanabilir: SDP ile birlikte uygulamaya konulan reformların bir kısmı talebi arttırıcı, diğer kısmı ise arzı arttırıcı yönde sağlık sistemine etki etmişlerdir. Sağlık hizmetlerine talebi arttırıcı yönde rol oynayan reformlar dolayısıyla fiyatların artmasına da sebep olacaklardır. Bununla beraber, talep arttırıcı eğilimlerle aynı döneme rastgelen arz değişikliklerinin de etkisiyle fiyat artışı sınırlı kalmıştır ya da eskiye nazaran daha düşük seyretmiştir denilebilir.

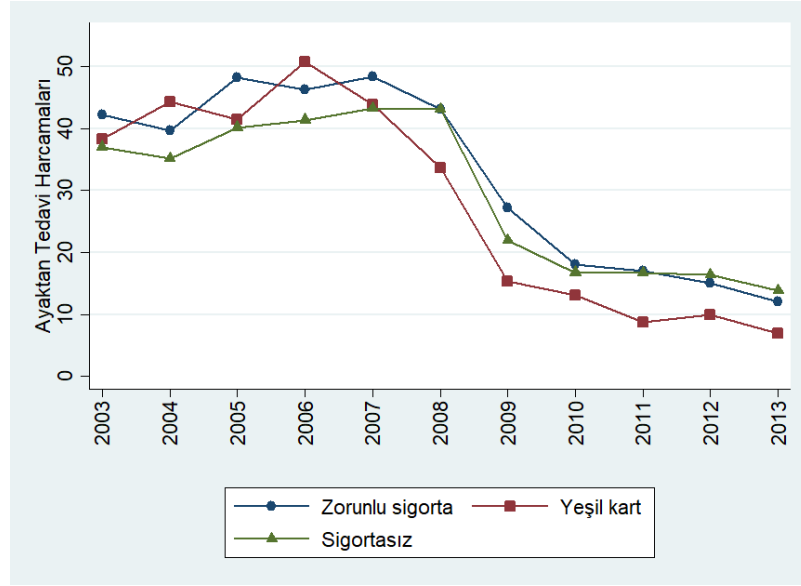
Uygulamaya konan arz değişikliklerinden bir tanesi kişilerin hiçbir ödeme yapmaksızın (sigortalı olup olmamalarına bakılmaksızın) acil sağlık hizmetlerinden faydalanmaya başlamış olmalarıdır. Tirgil (2017) bu reformun öncesi ve sonrasında acil sağlık hizmetleri kullanımını kıyasladığı çalışmasında; acil sağlık hizmetleri kullanımının bütün sigorta türleri için artış gösterdiğini ifade etmektedir. Dolayısıyla insanlar ücretli olan ayaktan tedavi sağlık hizmetleri yerine, onun yerine ikame

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

edebilecekleri ve bedava olan acil sağlık hizmetlerini tercih etmiş olabilirler. Buna ek olarak, ücretsiz aile hekimliği uygulamasının, ayakta tedavide katılım payı ödenmesi ile ilgili kanunun geçmesinden sonra insanların ikame sağlık hizmeti olarak kullanabilecekleri bir seçenek olarak karşılıklarına çıkması ihtimal dâhilindedir. Ne yazık ki HBA’larda ankete tabii tutulan bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı ile alakalı bilgi mevcut olmadığından bu önerileri aynı veri setlerini kullanarak test etme şansımız bulunmamaktadır. Bir başka deyişle, aile hekimliği ile hastanelerde ayakta tedavi hizmetleri ikame mallar olup, ayakta tedavi hizmetlerinin 2008 yılı Ekim ayından sonra ücretli hale gelmesinden dolayı bireyler, sağlık hizmeti talepleri için öncelikle aile hekimliğine başvurmuş olmaları ve bunun sonucu olarak cepten yapmış oldukları sağlık harcamalarında önemli bir azalış meydana gelmiş olması beklenen bir sonuçtur.

Şekil 1’de görüleceği üzere ayakta tedavide katılım payı uygulamasının CSH’de önemli bir düşüşe sebebiyet veren etkisini 2009 ve 2010 yıllarında daha fazla hissedilmektedir. Katılım payı uygulaması reformuyla CSH’nin önemli bir düşüş trendine girdiği görülmektedir. 2003’de 40,00 TL’nin üzerinde olan harcamalar 2013 yılı itibarıyla 12,00 TL civarındadır.

Ayakta tedavide katılım payı uygulaması bütün sigorta çeşitleri için aynı şekilde uygulanmıştır. Dolayısıyla bu sigorta çeşitlerinin bu değişiklikten nasıl ve ne derece etkilendiklerini görmek politika yapıcılar ve karar vericiler açısından önemlidir. Şekil 2’de doktor ziyaretleri kapsamında kişilerden katılım ücreti alınması uygulaması değişik sigorta çeşitleri açısından incelenmiştir. Bulgulara göre her bir sosyal güvence grubunun (Zorunlu sigorta ve Yeşil Kart) ve herhangi bir sosyal güvencesi olmayanların oluşturdukları gruplarda CSH ortalama sağlık harcamaları paralellik göstermektedir. Buna bağlı olarak 2008 yılı itibarıyla zorunlu sigortalı ve yeşil kartlı hanehalklarının cepten harcamalarında düşüş gözlenmektedir. Bu düşüş bütün gruplar için 2009 yılı itibarıyla bariz bir şekilde (zorunlu sigortalılar için 16,00 TL azalış; yeşil kartlılar için 18,00 TL azalış) ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir sigortası olmayanlar için ise bu düşüş 22,00 TL’ye tekabül etmektedir. 2013 yılına gelindiğinde ise cepten ödemenin en düşük gerçekleştiği grup yeşil kartlılar olmuştur.



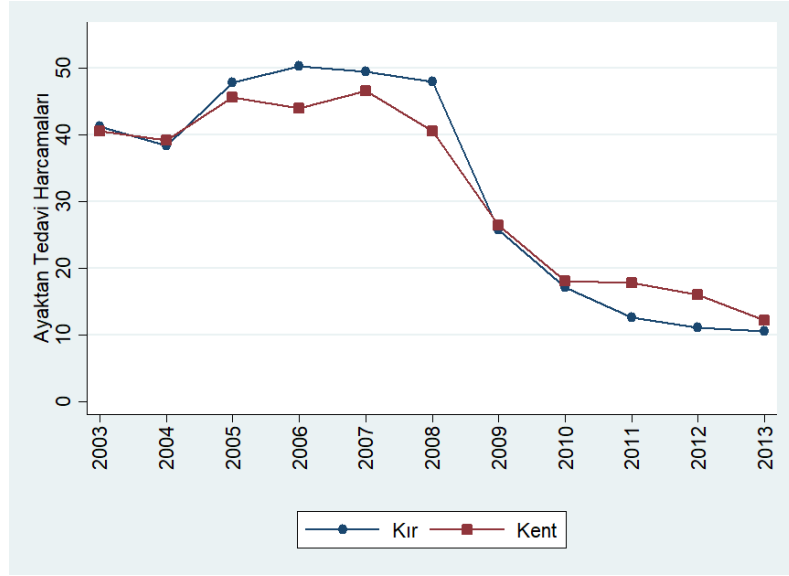
Şekil 2: Sosyal Güvenceye Göre Ayaktan Tedavi Sağlık Harcaması Ortalaması (TL)

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verilerinden Yazarların Hesaplamaları

Şekil 3, ayakta tedavide CSH'nin kent ve kırsal alanlarda 2003 ve 2013 yılları arasındaki seyrini göstermektedir. Şekil 3'e göre 2005 ve 2008 yılları arasında kırsal alanlardaki CSH kenttekilere göre daha fazladır. Bu durum iki farklı şekilde açıklanabilir: Birincisi, SDP'nin kırsal alanda sağlık hizmetlerine talebi artırıcı yönde olan etkisine işaret etmektedir. İkincisi ise, kırsal kesimde sağlık hizmetlerine erişimin (arz kaynaklı) sıkıntılı olmasından dolayı insanların yüksek cepten harcama yapmalarına sebep olduğu söylenebilir. 2008'deki katılım payı uygulaması ile birlikte hem kırsal hem de kentteki hanehalklarının cepten harcamaları hızlı bir düşüşe geçmiştir. 2011 yılına gelindiğinde kent ve kırsal için olan harcamalar birbirlerinden ayrılmışlar fakat sonunda 2013 yılına gelindiğinde kent ve kırsal hanehalklarının harcamaları birbirlerine benzer hal almışlardır.

Atatürk
Üniversitesi

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi



Şekil 3: Ayaktan Tedavi Cepten Harcama, Kent-Kır Dağılımı (TL)
Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verilerinden Yazarların Hesaplamaları

Kısaca özetlemek gerekirse 2008 yılı itibariyle hanehalklarının cepten yaptıkları ortalama doktor harcamaları önemli ölçüde düşüş trendine geçmiştir. Farklı sigorta türleri, katkı payı uygulamasından paralel ölçüde etkilenmişlerdir.

V. Regresyon Analizi ve Tahmin Sonuçları

Tablo 2 anketin yapıldığı ayda sıfırdan büyük hanehalkı sağlık harcaması olan vatandaşların ‘ayaktan tedavi-hekim muayenesi için toplam TL cinsinden ne kadar harcama’ yaptıklarını gösteren çıktı değişkeni ve bu değişkenin belirleyicileri arasındaki ilişkiyi gösteren regresyon analizi sonuçlarını göstermektedir.

Bu çalışmada 2008_kukla değişkeninin hanehalklarının ayaktan tedavi için cepten yaptıkları harcamalar üzerindeki etkisini incelemek amacıyla üç farklı model şöyle tanımlanmıştır:

$$Y_{ht} = \alpha_0 + \alpha_1 2008_kukla_t + \alpha_2 Y_{lt} + \alpha_3 Sigorta_{ht} + \alpha_4 X_{ht} + \epsilon_{ht} \quad (1)$$

Burada; Y_{ht} h hanehalklarının t yılındaki ayaktan tedavi için cepten yaptıkları sağlık harcamalarını, 2008_kukla_t ise 2008 yılından sonra uygulamaya konulan hekim tedavisi katılım payını ifade etmektedir. Bu değişken 2008 yılından sonrası için 1, öncesi için 0 değerini almaktadır. Y_{it} değişkeni yıllar içerisinde kontrol edilemeyen sabit etkileri kontrol altına almakta, $Sigorta_{ht}$ h hanehalkının t yılındaki sosyal güvence durumunu ifade etmekte ve X_{ht} değişkeni ise hanehalklarının sosyoekonomik ve demografik özelliklerini bünyesinde barındırmaktadır. ϵ_{ht} ise hata terimlerini ifade etmektedir.

Çalışmamızın bu kısmında üç farklı model uygulanmıştır: Model 1 sadece demografik değişkenleri (medeni durum, cinsiyet, mutlak yaş, hanedeki çocuk ve yaşlı oranları, hanenin kırdaki mı yoksa kentte mi olduğu ve hanehalkı büyüklüğü) kontrol ederek yaptığımız analizin sonuçlarını vermektedir. Model 2’de ise Model 1’deki kontrol değişkenlerine ek olarak, yıllar içerisinde ‘ayakta tedavi için CSH’nin ortalama değişimi konusunda bilgi edinebilmek için ‘yıl’ değişkeni de regresyon analizine eklenmiştir. Model 3’te değişik sigorta türleri (Zorunlu sigorta ve Yeşil kart) ve herhangi bir resmi sigortaya sahip olmayanlar regresyon analizine eklenmiştir.

Bu çalışmada ilgilendiğimiz çıktı değişkeni; hanehalklarının doktor ziyaretleri için cepten yapmış oldukları sağlık harcamalarıdır. Bu değer TL cinsinden hanehalkı tarafından günlüklere kaydedilmektedir. TL cinsinden kaydedilen bu değişken ve bunun gibi parasal değişkenler 2003 yılı baz alınarak enflasyon etkisinden arındırılmışlardır. Bu çalışmada sadece pozitif değere sahip olan (ayaktan tedavi için masraf yapan) haneler için regresyon analizi yapılmıştır.

2008_kukla değişkeni; 2008’in son çeyreğinde başlayan ayakta tedavide katılım payı uygulamasının (birinci basamak sağlık kuruluşları hariç) CSH’ye etkisini ölçmek için regresyonda kendisine yer bulmuştur ve 2008 sonrası için 1 değerini almaktadır. Medeni durum için kıyas yapılan grup ‘bekâr’ kategorisidir. Kadın değişkeni hanehalkı reisinin cinsiyetini ölçmektedir ve referans noktası erkektir. Yaş değişkeni hanehalkı reisinin mutlak yaşını ifade etmektedir. Kent değişkeni ise hanehalkının yaşadığı muhitin harcamalara etkisinin olup olmadığını görmek için regresyonda yer almıştır ve referans noktası ‘kır’dır. Sigorta çeşitlerinin kıyas noktası ise herhangi bir resmi sigortaya sahip olmama durumudur.

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

Tablo 2: *Hanehalklarının Ayaktan Tedavide Ortalama Cepten Sağlık Harcamalarını Belirleyen Değişkenler - EKK sonuçları (TL)*

Çıktı değişkeni: Hanehalkı cepten sağlık harcamaları (hekim tedavi harcaması)	Model 1	Model 2	Model 3
2008_kukla	-27,572*** (0,648)	-20,101*** (1,976)	-20,064*** (1,975)
Evli (ref: Bekar)	2,172 (1,374)	2,101 (1,363)	2,009 (1,360)
Kadın (ref: Erkek)	-0,468 (1,133)	-0,585 (1,130)	-0,309 (1,128)
Hanehalkı reisi yaşı	0,021 (0,029)	0,024 (0,029)	0,012 (0,029)
Hanedeki çocuk oranı	-1,294 (2,048)	-1,321 (2,047)	-1,237 (2,046)
Hanedeki yaşlı oranı	1,430 (3,489)	1,433 (3,486)	1,887 (3,498)
Kent (ref:Kır)	1,403** (0,657)	1,489** (0,664)	0,949 (0,657)
Hanehalkı büyüklüğü	-0,485*** (0,128)	-0,507*** (0,128)	-0,312** (0,134)
Yıl		-1,172*** (0,257)	-1,201*** (0,258)
Zorunlu sigorta (ref: sigortasız)			3,342*** (0,871)
Yeşil kart			-1,062 (1,005)
Sabit	39,922*** (2,169)	2.389,640*** (514,124)	2.446,287*** (516,987)
R ²	0,079	0,081	0,082
N (Gözlem sayısı)	20.814	20.814	20.814

Not: * $p < ,10$, ** $p < ,05$, *** $p < ,01$. EKK katsayıları ve parantez içinde standart hatalar paylaşılmaktadır.

*Atatürk
Üniversitesi*

Tablo 2’de görüleceği üzere bütün modeller için 2008_kukla değişkeni eksi değerde olup istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermektedir ($p < 0,01$). Model 2’ye yıl değişkeninin eklenmesiyle beraber Model 1’de elde edilen değer yaklaşık 7,00 TL’lik bir düşüş yaşamaktadır fakat halen istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). Model 3’e sigorta çeşitlerinin eklenmesi 2008_kukla değişkeninde herhangi bir değişikliğe sebebiyet vermemiştir. Bu modele göre 2008 yılından sonra ayaktan

tedavi için ortalama CSH 20,00 TL civarında düşüş yaşamıştır. Evli olan hanehalkı reisleri cepten daha fazla sağlık harcaması yaptıklarını ifade etmişlerdir fakat bu istatistiksel olarak anlamlı değildir. Model 1 ve 2’de kentte yaşayan hanehalklarının daha fazla harcama yaptıkları ön plana çıkarken; Model 3’e sigorta çeşitlerinin eklenmesiyle bu etki kaybolmuştur. Bütün modeller için hanehalkında yaşayan kişi sayısı ile ayakta tedavi harcamaları arasında negatif bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Model 3’e bakıldığında hanehalkı büyüklüğünde meydana gelen bir birim artış hanehalkı ayakta tedavi harcamalarını aylık ortalama yaklaşık 0,312 TL azaltmaktadır. Bu beklenenin tersi bir sonuç gibi görünse de bunu nedensellik olarak yorumlamamak gerekir. Hanehalkı büyüklüğü fazla olan haneler hastaneye tedavi amaçlı gittikleri takdirde daha fazla masraf yapacaklarını bildiklerinden dolayı, birinci basamak sağlık merkezine tercih etmiş olabilirler.

Model 2’ye eklediğimiz yıl kuklasına göz attığımızda 2003 ve 2013 yılları arasında ortalama ayaktan tedavi için cepten harcamanın hanehalkları için düşüş gösterdiği söylenebilir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,01$). Bu sonuç, ilgilendiğimiz değişken olan ayaktan tedavi için ortalama CSH’nin, 2008 yılı sonrası yapılan reform nedeniyle düştüğünü gösteren ayrı bir bulgu niteliğindedir. Model 3’e kattığımız değişik sigorta çeşitlerinden zorunlu sigortalı olanlar kıyas noktası olan sigortasızlara göre daha fazla harcama yapmışlardır. Yeşil karta (sadece prim ödemeleri devlet tarafından karşılanan) sahip olan vatandaşların ise daha az harcama yaptıkları regresyon analizi sonucunda ortaya çıkmaktadır fakat bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı değildir.

VI. Sonuç

Bu çalışmada, TÜİK tarafından her yıl düzenli bir şekilde hanehalklarına yapılan Hanehalkı Bütçe Anketi mikro verilerinden faydalanılarak, hekim muayenesinde katkı payı uygulamasının hanelerin cepten yaptıkları sağlık harcamalarına ne şekilde etki ettiği araştırılmıştır. Bu çalışmadan maksat; uygulanan bu reformun hedeflenen amaca ulaşip ulaşmadığını araştırmak ve politika yapıcılara yön göstermektir.

Sonuçlarımız göstermektedir ki; 2008 yılının sonlarına doğru uygulamaya konan hekim ziyaretlerinde katkı payı uygulaması vatandaşların cepten yaptıkları harcamalarda oldukça önemli bir düşüşe sebep olmaktadır. Ekonomik teori ve bunu destekleyen ampirik çalışmalar sağlık hizmetlerinin maliyeti arttığında bu hizmetlerin kullanımının düşeceğini söylemektedirler (Zweifel ve Manning, 2000; Newhouse vd., 1981). Ayakta tedavi özelinde yapılan çalışmalarda görülen sonuç; hekim muayenesinde uygulamaya konulan katkı payının hekim ziyaretlerini düşüreceği yönündedir (Newhouse vd., 1981; Scheffler, 1984).

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

Bu çalışmanın bulgularında katkı payı uygulamasıyla beraber CSH'nin düştüğü gözlemlenmektedir. Buradan çıkarılabilecek birkaç sonuç olabilir: Katılım payı uygulaması ile birlikte vatandaşlar doktor ziyaretlerini ya bütünüyle kesmekte ya da doktor ziyaretlerini azaltmaktadırlar. Hastalar ücretli sağlık hizmetlerini kullanmak yerine ikame prensibi gereği ücretsiz hizmetlere yönelmektedirler. Bütün Türkiye'de yaygın hale getirilen aile hekimliği uygulaması ücretsiz sunulmakta olup; hastaların ilk durağı haline gelmiş olabilir. Dolayısıyla, hastalar daha az cepten harcama yapmaya başlamışlardır denilebilir. Bu şekilde gerçekleşen bir sonuç Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve karar vericilerin de arzu edeceği bir hedeftir denilebilir.

Bu noktada dikkat edilmesi gereken diğer bir husus ise ayaktan tedavide hekim muayenelerinin ücretli olması, vatandaşları aile hekimliği birimleri yerine hastanelerdeki diğer sağlık hizmetlerine yönlendirebilir. Şöyle ki, hâlihazırda ödeme yapılması gereken sağlık hizmetleri (hekim muayenesi) kullanımını azaltıp; ücretsiz olan acil sağlık hizmetlerine ve yataklı tedavi hizmetlerinin kullanımını artırabilir. Bu durum acil sağlık ve yataklı tedavi hizmetlerinde aşırı bir yoğunluğa sebep olabilir. Dolayısıyla, daha fazla sağlık harcamasına ve daha kötü sağlık çıktılarına sebebiyet verebilir (Trivedi vd., 2010). Fakat ne yazık ki bu durumu incelemek için HBA'da sağlık harcamalarının yanı sıra sağlık hizmetleri kullanımını gösteren herhangi bir veri bulunmamaktadır.

Bunun yanı sıra, Atasever (2014), fonksiyonlarına göre sağlık harcamalarını incelediği çalışmasında, 2002 ve 2013 döneminde en çok artışın nominal olarak %24,3 (reel değer %8,1) ile bedava olan 112 acil sağlık hizmetlerinde gerçekleştiğini ifade etmiştir. Bu durumun devlet bütçesine ekstra bir mali yük getireceği ve kamu harcamalarını artıracığı aşikârdır. Dolayısıyla bu harcamaların finansmanının vergi ile sağlanması halinde vergi yükünü daha da artırarak vergi adaletsizliğine yol açma ihtimali vardır.

Sonuç olarak diyebiliriz ki ayakta tedavi katkı payı uygulaması hanehalklarının cepten yaptıkları sağlık harcamalarında önemli bir düşüşe sebebiyet vermiştir. Bu uygulamayla birlikte politika yapıcılar insanların hastanelerde oluşturdukları gereksiz yoğunluğu azaltmayı hedeflemişlerdir. Fakat dikkat edilmesi gereken husus bu tür bir uygulamanın hastanelerde ücretsiz verilen yataklı tedavi hizmet alımını ve acil sağlık hizmetlerine yönelişi arttırabileceğidir. Bu da daha fazla maliyete ve bireyler için daha kötü sağlık durumlarına sebep olabilecektir (Trivedi vd., 2010).

Kaynaklar

- Akdağ R, Erkoç Y. *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*. TC Sağlık Bakanlığı, Ankara 2012.
- Akinci F, Mollahaliloğlu S, Gürsöz H, Ögücü F. (2012), "Assessment of the Turkish health care system reforms: A stakeholder analysis." *Health Policy*, 107(1): 21-30.
- Aran MA, Hentschel J. (2012), "Protection in good and bad times? the Turkish green card health program. The Turkish Green Card Health Program", *World Bank Policy Research Working Paper* (6178).
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Mehmet ATASEVER.
- Baris, E., Mollahaliloğlu, S., & Aydın, S. (2011). "Healthcare in Turkey: from laggard to leader." *BMJ*, 342, c7456..
- Basar, D., Brown, S., & Hole, A. R. (2012). "Out-of-pocket health care expenditure in Turkey: analysis of the household budget surveys" 2002-2008.
- Başaran, B. B., & Şahin, İ. (2008), "Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler." *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.
- Damme, W. V., Leemput, L. V., Por, I., Hardeman, W., & Meessen, B. (2004). Out-of-pocket health expenditure and debt in poor households: evidence from Cambodia. *Tropical Medicine & International Health*, 9(2), 273-280.
- Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu 2000, Sağlık Sistemleri: Performans Geliştirme. Genova: Dünya Sağlık Örgütü
- Erus, B., & Aktakke, N. (2012). "Impact of healthcare reforms on out-of-pocket health expenditures in Turkey for public insurees." *The European Journal of Health Economics*, 13(3), 337-346.
- Gruber, J., Hendren, N., & Townsend, R. M. (2014). "The great equalizer: Health care access and infant mortality in Thailand." *American Economic Journal: Applied Economics*, 6(1), 91-107.
- Mugisha, F., Kouyate, B., Gbangou, A., & Sauerborn, R. (2002). "Examining out-of-pocket expenditure on health care in Nouna, Burkina Faso: implications for health policy." *Tropical Medicine & International Health*, 7(2), 187-196.
- Newhouse, J. P., Manning, W. G., Morris, C. N., Orr, L. L., Duan, N., Keeler, E. B., ... & Brook, R. H. (1981). "Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance." *New England Journal of Medicine*, 305(25), 1501-1507.

Ayakta Tedavide Katılım Payı Uygulamasının Hanehalklarının Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Etkisi

- Russell, S. (2004). "The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome." *The American journal of tropical medicine and hygiene*, 71(2_suppl), 147-155.
- Scheffler, R. M. (1984). "The United Mine Workers' Health Plan: an analysis of the cost-sharing program." *Medical Care*, 247-254.
- Tirgil, A. (2017). "Cost of Health Care and Utilization of Emergency Departments in Turkey." *Uluslararası Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 3(2).
- Trivedi, A. N., Mooloo, H., & Mor, V. (2010). "Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly." *New England Journal of Medicine*, 362(4), 320-328.
- Wagstaff, A., Lindelow, M., Jun, G., Ling, X., & Juncheng, Q. (2007). "Extending health insurance to the rural population: an impact evaluation of China's new cooperative medical scheme." The World Bank.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis." *The lancet*, 362(9378), 111-117.
- Zhang, X., Feng, Z., & Zhang, L. (2003). "Analysis on quality of prescription of township hospitals in poor areas." *Journal of Rural Health Service Management*, 23(12), 33-35.
- Zweifel, P., & Manning, W. G. (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. In *Handbook of health economics* (Vol. 1, pp. 409-459). Elsevier.