

TÜRKİYE'DE SAĞLIK REFORMU ve YOKSULLUK

Doç. Dr. Serdal BAHÇE

Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü
serdalbahce@politics.ankara.edu.tr

Yrd. Doç. Dr. Altuğ Murat KÖKTAŞ

Niğde Üniversitesi, İ.İ.B.F. Maliye Bölümü
AltugMuratKoktas@nigde.edu.tr

Ar. Gör. Işıl Şirin SELÇUK

Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, İktisat Bölümü
isselcuk@ankara.edu.tr

Ar. Gör. Cem AKIN

Ankara Üniversitesi, Siyasal Bilgiler Fakültesi, Maliye Bölümü
AkinC@ankara.edu.tr

Problem: 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı, Türkiye'nin sağlık göstergelerinde gelişmiş ekonomileri yakalayabilmesi için ileri sürülen bir reform politikasıdır. Sağlık hizmet sunucularına erişimde hakkaniyeti sağlamak, bireyleri sağlık harcamaları nedeniyle oluşacak finansal katastrofiden korumak ve sağlık göstergelerini iyileştirmek amacıyla geliştiren reform programı, hizmet sunucularına erişimi kolaylaştırmış ve sağlık göstergelerini iyileştirmiştir. Bununla birlikte artan hizmet kullanımı sonucu, sağlık harcamaları hızlı bir şekilde yükselmiş ve artan sosyal güvenlik sistemi açıkları nedeniyle sağlık sistemi, kamu kesimi üzerinde daha fazla yük oluşturmaya başlamıştır. Bu bağlamda 2009 yılında, hem sağlık hizmetleri talebini kontrol altına almak hem de sağlık sistemine ek gelir sağlamak amacıyla, katılım payı uygulamasına başlanmıştır. Söz konusu uygulamayla birlikte hizmet kullanımı, çeşitli büyüklüklerde cepten harcamayı da beraberinde getirmiştir. Çalışma, katılım payının yoksulluk üzerindeki etkisine odaklanmaktadır.

Amaç: Çalışma, hanelerin sağlık hizmetleri kullanımı nedeniyle cepten yaptığı sağlık harcamalarının, hane geliri ve tüketim harcamaları içindeki payını inceleyerek, hanelerin sağlık harcaması sonrası, görelî yoksulluk sınırındaki değişimi hesaplamaktadır. Dolayısıyla cepten sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki etkisi araştırılmaktadır.

Metod: Çalışmada, TÜİK tarafından yayımlanan Hanehalkı Bütçe Anketi verileri kullanılmaktadır. 2003-2012 yıllarına yönelik anket verileri, tanımlayıcı istatistik kapsamında, incelemeye dahil edilmektedir. hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamaları öncesi ve sonrası görelî yoksulluk sınırı hesaplanarak, yoksulluk oranındaki değişim araştırılmaktadır.

Sonuç: Çalışmanın ulaştığı temel sonuç, cepten yapılan sağlık harcamalarının regresif sonuçlar vermesidir. Buna göre harcama sonrası yoksulluk oranı, özellikle en yoksul birinci dilimde artış göstermektedir.

Jel Kodu: I10, I11, I14

Anahtar Kelimeler: Sağlık Reformu, Cepten Sağlık Harcaması, Görelî Yoksulluk

HEALTH REFORM AND POVERTY in TURKEY

Abstract

Problem: Health expenditures have raised not also developed countries but only undeveloped countries during the last decade. After 2008, global economic fiscal crisis, there is a political change on public health spending nearly all over the world. Governments launched healthcare reform program. Turkey's is called Transformation of Healthcare Services. Its main goals are reducing out of pocket payments and developing health status of population. Using high technology on healthcare service is the main reason of high level of spending. On the other hand, this ratio is faster than national income. Because of this, health expenditures are getting financial burden on public budgets. Since, user charges are carry out not only reducing unnecessary health demand but also get additional public revenue to financing health system. As a result, out of pocket payments getting common financing tool. The study focuses on healthcare reform experiences and its relationship between poverty.

Aim: We assessed the demand side cost sharing as a tool of health care reform in Turkey. We assessed the health care reform and its effects on household's welfare. By this way, we investigated out of pocket health expenditure and its financial burden on household such as poverty.

Method: We used descriptive analysis on 2003-2011 TURKSAT Household Budget Survey Data. Poverty is defined as relative poverty and calculated before and after out of pocket payment.

Result: The main result is household poverty ratio increased in Turkey. On the other hand, out of pocket health expenditure causes poverty among households, especially poorest. So, health reform is regressive results in Turkey.

Jel Codes: I10, I11, I14

Keywords: Health Reform, Household Health Expenditure, Relative Poverty

1. Giriş

Sağlıkta reform çalışmaları, son yirmi yıldır hüküm süren Neo-Klasik politikalar çerçevesinde birçok ülkede görülmekte ve sağlık politikaları önerilen politikalar çerçevesinde geliştirilmektedir. Özellikle yaşlanma, ileri düzey kronik hastalıklar, teknolojiye dayalı olarak gelişen yeni tedavi yöntemleri ve doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, sağlık hizmetlerinin kamu finansmanı üzerinde giderek artan bir baskıya neden olmakta ve sonuç olarak sağlıkta reform çalışmaları hız kazanmaktadır. Bununla birlikte kaynak kullanımında etkinsizlik, sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetsizlik ve hizmet sunumunun hanehalkı üzerinde meydana getirdiği finansal katastrofi, sağlık reform gerekçelerinden bazıları olarak ileri sürülmektedir. Sağlık hizmet sunumundaki maliyet artışları, toplumda sağlık hizmetleri kalitesine yönelik artan beklentiler, kamu kesiminin ödeme gücünün sınırlılığı ve kamu kesimine olan geleneksel fikirler hakkındaki şüphecilik, sağlık reformunun hayata geçirilmesini zorunlu kılan sebepler olarak belirtilmektedir (Roberts vd., 2009: 3-17). Bu

bağlamda sağlık piyasasında reform, esas itibariyle endüstrinin daha yoğun biçimde piyasa kurallarıyla çalışmasını ve ileri sürülen politikaların piyasa merkezli olmasına odaklanmaktadır. Diğer yandan reform çalışmaları harcamaları kısımaya ve gelirleri artırmayı hedeflemektedir. İki farklı alternatif olarak ortaya çıkan söz konusu çalışma, hastaların katılım payı ve benzer isimlerle daha fazla ödeme yapmaya mecbur bırakıldığı talep yanlı maliyet paylaşımı ile sağlık hizmetleri çalışanlarının dürtülerini değiştiren arz yanlı maliyet paylaşımıdır.

2002 yılı itibariyle köklü bir reform sürecine giren Türk Sağlık Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ismiyle 2003 yılında kapsamlı bir reform çalışmasını başlatmıştır. *“Herkes için ulaşılabilir, nitelikli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti” amacıyla kurgulanan SDP, “bütün vatandaşların ülkenin eşit haklara sahip kişileri olarak sağlık hizmetlerine hakkaniyet içinde erişmelerini amaç edinen ahlaki bir anlayış üzerine inşa edilmiştir”*. Sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesiyle birlikte finansmanının sağlanması ve sunulması, SDP'nin temel amacı olarak belirtilmiştir (SDP, 2003). Bu çerçevede 2003 yılında 112 Acil servis hizmetleri ücretsiz hale getirilmiş ve ücretsiz gezici sağlık hizmetleri kırsal kesimde yaygınlaştırılmaya başlanmıştır. 14.07.2004 tarihinde ise 5522 Sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” ile yeşil kartlıların kamu sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesinin yolu açılmış ve böylece ayaktan tedavilerde muayene, tetkik, tahlil, ilaç ve benzeri giderleri teminat altına alınmıştır. Diğer yandan ilaçta % 20 oranında katılım payı alınmaya başlamış ve referans fiyatlama yöntemine geçilmiştir. Hekimlerin hastanelerde tam gün çalışmasını sağlamak amacıyla performansa dayalı ek ödeme sistemi getirilmiştir. 24.11.2004 tarihinde 5258 Sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması” ile birlikte aile hekimliği ilk olarak 15.09.2005 tarihinde Düzce’de uygulanmaya başlamıştır. Aile hekimliği kapsamında yapılan tüm tetkik ve tedaviler ile koruyucu sağlık hizmetleri herkes için ücretsiz sunulmakta ve katkı payı da alınmamaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri paralelinde Kanser Tarama Eğitim Merkezleri (KETEM) açılmış, bebeklere ve hamilelere ücretsiz demir ilacı ile D vitamini dağıtılmaya başlanmıştır. Ayrıca ilaçta uygulanan KDV oranı %8’e indirilmiştir. 19.01.2005 tarihli 5283 Sayılı “Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığı’na Devredilmesine Dair Kanun” ile kamu hastaneleri tek çatı altında toplanmıştır. Böylece SSK kapsamındaki sigortalılar, kamu hastanelerinden hizmet almaya başlamıştır. Yeşil kart sahiplerinden ise ilaç bedelleri üzerinden %20 katılım payı alınmaya başlanmıştır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri finansmanına yönelik, genellikle bir mali yıl için sunulacak hizmetler karşılığı tahsil edilecek tutarı sınırlayan “Global Bütçe” uygulamasına başlanmıştır. Böylece sağlık

hizmetlerine ödenecek toplam bedele bir sınır getirilerek, harcamaların kontrol altına alınması amaçlanmıştır. 5510 sayılı kanun ile 2008 yılı itibariyle 18 yaş altındaki tüm nüfus sosyal güvence aranmaksızın Genel Sağlık Sigortası (GSS) kapsamına alınmıştır. 2010 yılına gelindiğinde ise yeşil kartlıların özel hastane acil servis ve yoğun bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanması sağlanmıştır. Emekli Sandığı'na tabi aktif çalışan kamu görevlileri SGK'ya devredilmiştir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlandığı sosyal güvenlik reformu esas itibariyle üç aşamalı olarak planlanmıştır. Bunlardan birincisi, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi, ikincisi sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası hükümlerinin tek bir kanunla bir araya getirilmesi yoluyla norm ve standart birliğinin sağlanması ve üçüncüsü ise primsiz ödemeler sisteminin sosyal sigorta sisteminden ayıklanması ve tek elden yürütülmesidir. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında mali sürdürülebilirliğin sağlanması amacıyla katılım payı uygulamasına geçilmiştir. Katılım payı 5510 Sayılı Kanunun 3. Maddesinde *“sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutar”* olarak tanımlanmaktadır. Kanunun 68. Maddesinde katılım payı alınacak sağlık hizmetleri ise i) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, ii) Vücut dışı protez ve ortezler, iii) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar, ve iv) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri olarak sıralanmaktadır. Çalışma, sağlık reformu kapsamında gelirlerin artırılması amacıyla uygulamaya konulan ve bir cepten yapılan sağlık harcaması türü olan katılım payının, yoksulluk üzerindeki etkisini konu edinmektedir.

2. Literatür

Literatürde sağlık hizmetleri finansmanında uygulanan maliyet paylaşımının, eşitlik üzerindeki etkileri yaygın olarak incelenmiş ve genel olarak regresif yönlü sonuçlar tespit edilmiştir (Dorslaer vd., 1997; Fabricant vd., 1999; Burström, 2002; Wagstaff ve Dorslaer, 1998; Parker ve Wong, 1997; Hotchkiss vd., 1998; Makinen vd., 2000; Wagstaff, 2002; Falkingham, 2004; Dorslaer vd., 1999; Interpharma, 2007; Tomini ve Packard, 2011). Wagstaff ve diğerleri tarafından (1999) sağlık hizmetlerinin finansmanında eşitlik üzerine seçili Avrupa ülkelerinde karşılaştırmaya dayalı ve Kakwani endeksi (Kakwani, 1977) ile yapılan incelemede, dolaysız ve cepten yapılan sağlık harcamalarının söz konusu ülkelerde regresif (eşitliği bozucu) olduğu tespit edilmiştir. Castano ve diğerleri (2002) tarafından Kolombiya sağlık sisteminde uygulanan maliyet paylaşımına yönelik ampirik analize göre, hanehalkı gelirin dayalı olarak hesaplanan Kakwani endeksi 1984 yılında -0.126 iken

1994'te -0.3498 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum hanehalkı cepten sağlık harcamalarının regresif yönde geliştiğini göstermektedir. Kim ve diğerleri (2005) tarafından Güney Kore'de maliyet paylaşımının acil servis kullanımı üzerindeki etkisine yönelik gerçekleştirilen ampirik analizde ise, sağlık hizmetlerine yönelik talebin fiyat esnekliği yüksek gelir grubunda -0.07 iken, düşük gelir grubunda ise -0.21 olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda düşük gelir düzeyine sahip hastaların maliyet paylaşımına, yüksek gelir düzeylilere göre daha duyarlı olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Dao ve diğerlerinin (2008) Vietnam'da uygulanan maliyet paylaşımının yoksul kesimin hizmet kullanımı üzerindeki etkisine yönelik yaptıkları ampirik analize göre, maliyet paylaşımının sisteme ek gelir sağlamasına karşın, yoksul kesimin daha da yoksullaştığı tespit edilmiştir.

Wagner ve diğerleri (2011) tarafından 2002 ve 2003 yıllarına ilişkin Dünya Sağlık Araştırması verileri kullanılarak 70 ülkeyi kapsayan ampirik analizde, sağlık harcamalarının finansal yükü ile sağlık hizmetlerine erişim arasındaki ilişki lojistik regresyonla incelenmiştir. Buna göre orta ve düşük gelirli 51 ülkede sağlık harcamalarının, hanelerin dört haftalık toplam tüketimleri içindeki payı %13 ile %32 arasında değişmektedir. Bu bağlamda son bir ay içerisinde her beş haneden birinin katastrofik harcama yaptığı tespit edilmiştir. Diğer yandan düşük gelirli ülkelerde, yoksul kesimde dahil olmak üzere hanelerin %40'ının söz konusu harcamaları tasarruf, borç veya varlık satışı yoluyla finanse ettiği bulunmuştur. Castano ve diğerleri (2002) Kolombiya'da sürdürülen sağlık reformu çerçevesinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için yapılan cepten ödemelerin, eşitlik üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Çalışmada hanehalkı verileri kullanılarak eşitsizlik, Kakwani endeksi ile hesaplanmıştır. Buna göre endeksin hesaplanmasında gelirin referans alınmasıyla 1984'te -0.126 olan endeks, 1997'de -0.3498'e yükselmiş ve eşitsizliği artırmıştır.

Falkingham (2004) tarafından yapılan ampirik çalışmada, Tacikistan'da yürütülen sağlık reformunun, sağlık hizmeti kullanımı ile yoksullaşma üzerindeki etkileri 1999 ve 2000 yılları hane halkı tüketim verileri kapsamında incelenmiştir. Buna göre, sağlık hizmeti kullanımının sosyo ekonomik gruplar arasında farklılaştığı ve bu farklılığın ödeme kapasitesinden kaynaklandığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yoksul kesimin gerek duyduğu sağlık hizmetlerine erişimin, finansal yük nedeniyle engellendiği tespit edilmiştir. Arredondo ve Nájera (2005) Meksika örneği çerçevesinde düşük gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerine yapılan harcamaları incelemişlerdir. Farklı gelir gruplarının sağlık harcaması yüklerinin dikkate alındığı çalışmada, 2000 yılı Ulusal Sağlık Hesapları verileri kullanılmıştır. Buna göre 4.68 milyon kişi sağlık hizmetlerinden yararlanırken, bunların %63'ünün ulaşım, ilaç ve konsültasyon gibi çeşitli biçim ve formlarda sağlık harcaması yaptığı bulunmuştur. Ortalama

ücretlerin günlük 4.40 \$ olduğu ve Meksika'lı hanelerin yarısından fazlasının bu tutara ulaşamadığı dikkate alındığında, Meksika gibi düşük gelirli ülkelerde yoksulların sağlık hizmetleri için daha fazla ödeme yaptığı vurgulanmıştır.

3. Materyal ve Yöntem

Çalışmanın verileri, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yapılan "Hanehalkı Bütçe Anketi" verilerinden elde edilmiştir. Söz konusu anketler, hanelerin sosyoekonomik yapıları, yaşam düzeyleri ve tüketim kalıpları hakkında bilgi vermekte ve uygulanan sosyoekonomik politikaların geçerliliğinin test edilmesi amacıyla kullanılmaktadır. Anketlerde bireylerin ve hanehalklarının¹ tüketim yapıları, gelir düzeyleri, sosyoekonomik gruplar ile kırsal bölge dağılımı kapsamında tüketim harcaması türleri, hanelerin sosyoekonomik özellikleri, hanehalkı reisi² ve fertlerinin³ çalışma durumları, hanehalkı toplam geliri ve diğer konular hakkında bilgiler yer almaktadır. Bu bağlamda 1994 yılında yapılan Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi, 2002 yılından itibaren her yıl düzenli olarak yapılmaktadır. Çalışmanın coğrafi kapsamı, Türkiye Cumhuriyeti sınırları içinde bulunan tüm yerleşim yerleridir. Yerleşim yerleri, kırsal olmak üzere iki tabakaya ayrılmıştır. Buna göre kentsel bölgeler, nüfusu 20.001 ve daha fazla olan yerleşim yerlerinden oluşurken kırsal bölgeler ise nüfusu 20.000 ve daha az olan yerleşim yerleri olarak tanımlanmaktadır (TÜİK, 2011).

Tablo 1: Yıllar İtibariyle Anket Uygulanan Hanehalkı Sayıları

Yıl	Anket Uygulanan Hanehalkı Sayısı	Ağırlıklı Hanehalkı Sayısı
2003	25.920	16.744.495
2004	8.640	17.096.537
2005	8.640	17.549.020
2006	8.640	17.689.552
2007	8.640	17.337.894
2008	8.640	17.794.238
2009	12.600	18.427.322

¹ Aralarında akrabalık bağı bulunsun veya bulunmasın aynı konutta veya aynı konutun bir bölümünde yaşayan, temel ihtiyaçlarını birlikte karşılayan, hanehalkı hizmet ve yönetimine iştirak eden bir veya birden fazla kişiden oluşan topluluktur.

² Hanehalkının kazanç ve masraflarından sorumlu olan, kısaca hanehalkını bilfiil yöneten kişidir. Burada ölçü yalnız gelir getirmek değil, hanehalkı adına hukuki, sosyal ve iktisadi tasarruflarda bulunabilmektir. Hanede hiç değilse bir noktada diğer fertlerden daha üstün ve aktif bir rol oynayan fert, hanehalkı sorumlusu olarak tanımlanmıştır.

³ Hanehalkını meydana getiren topluluğun her bir üyesidir. Bununla birlikte askerde, hapiste olanlar ve huzurevlerinde kalan yaşlılar ve üniversite yurdunda kalan öğrenciler, hanede kalış süresi ne olursa olsun misafirler ve hanehalkından evlenme, askere gitme, çalışmaya gitme gibi sebeplerle kesin olarak ayrılanlar hanehalkı ferdi olarak kapsamamaktadır.

2010	13.248	18.808.172
2011	13.248	19.311.637

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Kılavuzu.

Hanehalkının anket ayı içinde yaptığı tüm mal ve hizmet harcamalarının sınıflandırılmasında kullanılan sınıflama sistemi ise COICOP (Classification of Individual Consumption by Purpose) olarak isimlendirilmektedir. COICOP sınıflaması, Satın Alma Gücü (PPP), Tüketici Fiyat İndeksi (CPI) ve Hanehalkı Bütçe Anketi (HBS)'nde kullanılmak üzere üç farklı versiyonu bulunmaktadır. COICOP Sınıflaması, 12 harcama grubu bazında toplanmaktadır. Bunlar;

1. Gıda ve alkolsüz içecekler
2. Alkollü içecekler, sigara ve tütün
3. Giyim ve ayakkabı
4. Konut, su, elektrik, gaz ve diğer yakıtlar
5. Mobilya, ev aletleri ve ev bakım hizmetleri
6. Sağlık
7. Ulaştırma
8. Haberleşme
9. Eğlence ve kültür
10. Eğitim hizmetleri
11. Lokanta, yemek hizmetleri ve oteller
12. Çeşitli mal ve hizmetlerden oluşmaktadır.

Çalışmanın odaklandığı tüketim türü altıncı sırada kodlanan sağlık harcamalarıdır. Söz konusu harcamalar ise ilaçlar, sağlık ürünleri, tedavi edici alet ve malzemeler (gözlük, lens, boyunluk, işitme cihazı, yürüteç vb.), sağlıkla ilgili aletler (tansiyon aleti, şeker ölçme aleti vb.), hastane ve hastane dışı tıbbi hizmetler (doktor muayene ücreti, dişçilik hizmetleri, röntgen, ultrason, tomografi ve tahlil ile hastane), yatak, ameliyat, doğum, fizik tedavi ve ambulans ile ilgili harcamalardan meydana gelmektedir.

Sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki etkileri ise, sağlık harcaması öncesi ve sonrası yoksulluk oranlarının birbirleriyle karşılaştırılması yoluyla incelenmiştir. Literatürde farklı yoksulluk tanımları⁴ ve sınırları bulunmakla birlikte çalışmada görece yoksulluk sınırları

⁴ Hane ya da bireylerin yaşamlarını fiziksel olarak sürdürebilmeleri için ihtiyaç duyulan minimum tüketim seviyesi, mutlak yoksulluk olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, mutlak yoksulluğun ortaya çıkarılması, bireylerin yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan minimum tüketim ihtiyaçlarının belirlenmesini gerektirir. Mutlak yoksulluk gıda ve gıda dışı bileşenler dikkate alınarak ayrı ayrı

kullanılmaktadır. Bunun en önemli nedeni mutlak yoksulluk sınırlarının, toplumun görece olarak kıyaslanmasına olanak vermemesi ve söz konusu sınırların Türkiye için oldukça düşük düzeylerde kalmasıdır. Bu bağlamda toplumun genel düzeyine göre belli bir sınırın altında gelir veya harcamaya sahip olan birey veya hanehalkı görece anlamda yoksul sayılmaktadır. Hanehalkı bütçe araştırmasında eşdeğer kişi başına “tüketim harcaması medyan değerinin %50’si görece yoksulluk sınırı olarak” tanımlanarak, görece yoksulluk oranı hesaplanmaktadır. Bu çalışmada, harcama yerine eşdeğer fert başına düşen (eşdeğer hanehalkı kullanılabilir) gelirleri kullanılarak, eşdeğer hanehalkı kullanılabilir gelir medyan değerine göre belirlenen çeşitli görece yoksulluk sınırları, medyan değer %50’si olarak hesaplanmıştır.

4. Bulgular

Türkiye’de hanehalkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının gelişimi Tablo 2’de gösterilmektedir. Haneler, gelir gruplarına göre %20’lik dilimlere ayrılmış ve her bir dilim için yıllar itibarıyla sağlık harcamalarının payı verilmiştir. Buna göre SDP’nin başlangıç yılı olan 2003’te en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin tüketim harcamaları içinde sağlık harcamalarının oranı %2.3 iken ikinci dilimde %2.1, üçüncü dilimde %2.3, dördüncü dilimde %1.8 ve en zengin beşinci dilimde ise %2.4’tür.

Tablo2: Gelire Göre Sıralı %20’lik Gruplara Göre Sağlık Harcamalarının Payı

Yıllar	1. 20%	2. 20%	3. 20%	4. 20%	5. 20%
2003	2.3	2.1	2.3	1.8	2.4
2004	2.4	2.2	2	2.1	2.4
2005	2.3	2	2.1	2.2	2.4
2006	2.4	2.2	2.1	2	2.3
2007	3	2.2	2.3	2.2	2.4
2008	1.8	1.7	1.8	1.8	2.1
2009	2.2	2.1	1.6	1.9	1.9
2010	2.3	2.1	2.1	2.1	2.1
2011	2.1	1.8	1.9	1.6	2

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri 2003-2011.

belirlenebilmektedir. Mutlak yoksulluk oranı, asgari refah düzeyini yakalayamayanların sayısının toplam nüfusa oranıdır.

Görece yoksulluk ise toplumun genel düzeyine göre belli bir sınırın altında gelir ve harcamaya sahip olan birey veya hanehalkı görece anlamda yoksul olarak tanımlanır. Refah ölçüsü olarak amaca göre tüketim veya gelir düzeyi seçilebilir. Görece yoksulluk sınırı, eşdeğer fert başına medyan gelirin/harcamanın belirli bir oranı (%50, %60 veya %40’ı) kullanılarak oluşturulmaktadır. (TÜİK, 2011).

Sağlık reformunun uygulamaya konulmasıyla birlikte uzun bir dönem en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları düzeyinde bir değişiklik olmamakla birlikte 2007 yılında %3'e yükselmiştir. 2007 yılında diğer dilimlerde yer alan hanelerde ise büyük bir değişim gerçekleşmemiş ve sağlığa ayrılan pay dilimler itibariyle sırasıyla %2.2, %2.3, %2.2 ve %2.3 olmuştur. Haneleri sağlık harcamalarının finansal risklerinden korumak amacıyla yürürlüğe giren dönüşüm programının en yoksul dilim üzerinde, söz konusu dönemde olumsuz etkiye neden olduğu görülmektedir. En yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları payı 2008 yılında sert bir düşüşle %1.8'e gerilerken, diğer dilimlerde de benzer bir azalış görülmüş ve sırasıyla %1.7, %1.8, %1.8 ve %2.1 olmuştur. 2009 yılında yürürlüğe giren katkı payı uygulamasıyla birlikte hanelerin cepten yaptığı sağlık harcamalarında artış göze çarpmaktadır. En yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin 2009 yılında sağlık harcamaları payı önce %2.2'ye 2010'da ise %2.3'e yükselmiştir. Diğer yandan, aynı dönemde orta ve üzeri gelir dilimlerinde yer alan hanelerin sağlık harcamaları payında ise azalış görülmektedir. Buna göre, 2009 yılında üçüncü dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamaları payı %1.6'ya gerilerken, en zengin dilimde yer alan hanelerde bu oran %1.9 olmuştur. 2010 yılında söz konusu hanelerde bir artış görülse de nihayet 2011 yılında söz konusu hanelerin sağlık harcamaları payı, 2003 yılı oranlarının altına inerek sırasıyla %1.9, %1.6 ve %2 olmuştur. SDP, en yoksul dilimde yer alan hanelerin sağlık harcamalarında değişime neden olmamakla birlikte orta ve üzeri gelir dilimlerinde yer alan hanelerin sağlık harcamalarında azalışa neden olmaktadır.

Türkiye'de SDP'nin uygulanmasıyla birlikte cepten yapılan sağlık harcamaları, görece yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin yıllar itibariyle gelişimi, aşağıdaki tabloda gösterilmektedir. Buna göre 2003 yılında sağlık harcaması öncesi yoksul fert oranı %17.5 iken, harcama sonrası yoksul fert oranı %18.3'e yükselmiştir. Sağlık harcaması sonrasında yoksulluğa düşen fertlerin oranı %0.8'dir. 2009 yılına kadar geçen süreçte sağlık harcaması sonrası yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı 2004 yılında % 0.8, 2005 ve 2006 yılında % 0.7, 2007 yılında % 0.8 ve 2008 yılında % 0.7 olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılında ise sağlık harcaması sonrası yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı önce %1'e 2010 yılında ise % 1.6'ya yükseldiği görülmektedir. Söz konusu artışın, 2009 yılında uygulamaya konulan katkı payından kaynaklandığı ileri sürülebilir. 2011 yılında ise sağlık harcaması sonrası yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı %0.8'e gerilemiştir.

Tablo 3: Yıllar İtibariyle Harcama Esaslı Göreli Yoksulluk Oranları, Türkiye

Yıllar	Toplam Haneler			Sağlık Harcaması Yapan Haneler		
	Harcama Öncesi Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Harcama Sonrası Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Değişim	Harcama Öncesi Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Harcama Sonrası Yoksul Fert Oranı ^a (%)	Değişim
2003	17.5	18.3	0.8	11.8	13.5	1.7
2004	20.6	21.4	0.8	14.7	16.4	1.7
2005	19.6	20.3	0.7	14	15.3	1.3
2006	19	19.7	0.7	13	14.4	1.4
2007	16.4	17.2	0.8	12.1	13.7	1.6
2008	16.6	17.3	0.7	14.6	15.8	1.2
2009	16.9	17.9	1	13.9	15.5	1.6
2010	16.3	16.9	1.6	14.6	15.6	1
2011	16.9	17.7	0.8	15.2	16.6	1.4

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri, 2003-2011

^a : Eşdeğer fert başına tüketim harcaması medyan değerinin % 50'si göreli yoksulluk sınırı olarak tanımlanmıştır.

Sağlık harcaması yapan haneler dikkate alındığında ise 2003 yılında harcama öncesi göreli yoksulluk oranı % 11.8, harcama sonrası yoksulluk oranı ise % 13.5'tir. Harcama sonrası yoksulluğa düşenlerin oranı %1.7'dir. 2004 yılında söz konusu oran % 1.7, 2005 yılında % 1.3, 2006 yılında % 1.4, 2007 yılında %1.6 ve 2008 yılında % 1.2 olarak gerçekleşmiştir. 2009 yılında katkı payı uygulaması sonrası, sağlık harcaması yapan haneler bakımından yoksulluk sınırının altına düşenlerin oranı % 1'e gerilemiş, 2011 yılında ise yeniden artarak % 1.4 olmuştur. Diğer yandan sağlık harcaması nedeniyle yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin gelir dilimlerine göre dağılımı ise aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

Tablo 4: Sağlık Harcaması Sonrası Göreli Yoksulluk Sınırının Altına Düşen Fertlerin Gelir Dilimlerine Göre Dağılımı (Gelir Esaslı)

	En Yoksul	2. %20	3. %20	4. %20	En Zengin
2003	1.4	0.7	-	-	-
2004	1.1	-	-	-	-
2005	1.7	0.8	0.5	-	-
2006	1.6	0.6	0.5	-	-
2007	1.8	0.8	0.6	0.5	-

2008	1.3	0.6	-	-	-
2009	1.8	1	-	0.5	-
2010	1.7	0.7	0.7	-	-
2011	1.4	1.6	-	-	-

Kaynak: Hanehalkı Bütçe Anketi Verileri, 2003-2011

Cepten yapılan sağlık harcaması sonrası, görelî yoksulluk sınırının altına düşen hanelerin gelir dilimlerine göre dağılımı incelendiğinde 2003 yılında en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.4'ü görelî yoksulluk sınırının altına düştüğü görülmektedir. İkinci %20'lik dilimde yer alan hanelerin % 0.7'si yoksullaşırken, sonraki dilimlerde böyle bir etki gerçekleşmemektedir. 2004 yılında yalnızca en yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.1'i görelî yoksulluk sınırının altına düşerken, izleyen yıllarda yoksullaşma oranı artmıştır. Buna göre 2005 yılında orta ve ortanın altı gelir dilimlerinde sırasıyla %1.7, %0.8 ve %0.5, 2006 yılında ise %1.6, %0.6 ve %0.5 oranlarında yoksullaşma görülmektedir. 2007 yılında ise yoksullaşma oranlarındaki artış dikkat çekmektedir. En yoksul birinci dilimde yer alan hanelerin %1.8'i yoksullaşırken diğer dilimlerde sırasıyla %0.8, %0.6 ve %0.5 oranlarında yoksullaşma tespit edilmiştir. 2008 yılında görelî olarak azalan yoksulluk etkisi 2009 yılında yeniden artarak en yoksul birinci dilimde %1.8'e yükselmiştir. 2010 yılında ise birinci dilimde %1.7 olan yoksullaşma 2011 yılında %1.4' e gerilemiş fakat ikinci dilimdeki etki %1.6'ya yükselmiştir. Dolayısıyla sağlık harcamalarının orta ve altı gelir dilimlerinde yoksullaşmaya neden olduğu görülmekle birlikte söz konusu etkinin birinci gelir dilimlerinde yer alan yoksul haneler arasında daha yoğun olduğu söylenebilir.

5. Sonuç

Çalışma, sağlık reformu kapsamında 2003 yılında uygulamaya konulan SDP ile birlikte, Türkiye'de görelî yoksulluk oranındaki değişimi konu edinmektedir. Buna göre, yoksulluk oranının 2007 yılına kadar arttığı bu yıldan sonra nispeten azaldığı görülmektedir. Söz konusu azalışın en önemli sebebi ise yeşil kart uygulamasının yaygınlaşması ve acil servislerin poliklinik olarak kullanılmasıdır. Bununla birlikte yoksulluk oranındaki değişimin gelir gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ise yoğun olarak orta ve ortanın altı gelir dilimlerinin görelî olarak yoksullaştığı tespit edilmiştir. Bu bağlamda SDP uygulamasının gelir dağılımını bozucu (regresif) sonuçlar verdiği ve görelî yoksulluk oranını artırdığı tespit edilmiştir.

Kaynakça

Arredondo, A., & Najera, P. (2005). Who Pays More for Health Services in Middle Income countries: Lessons from Mexico. *Public Health* , 119, 150-152.

Burström, B. (2002). Increasing Inequalities in Healthcare Utilisation Across Income Groups in Sweeden During the 1990's? *Health Policy* , 62, 117-129.

Castano Ramon A. et al. (2002). Equitable Financing, Out-of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia. *Health Policy and Planning* , 17, 5-11.

Dao, H., Waters, H., & Le, Q. (2008). User Fees and Health Service Utilization in Vietnam: How to Protect the Poor? *Public Health* , 122 (10), 1068-1078.

Fabricant, S., Kamara, C., & Mills, A. (1999). Why the Poor Pay More: Household Curative Expenditures in Rural Sierra Leone's. *International Journal of Health Planning and Management* , 14, 179-199.

Falkingham, J. (2004). Poverty, Out of Pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan. *Social Science & Medicine* , 247-258.

Hotchkiss, D., Jeffrey, J., Keshav, K., & Prem, S. (1998). Household Expenditures in Nepal: Implications for Health Care Financing Reform. *Health Policy and Planning* , 13 (4), 371-383.

Interpharma. (2007). *Ims Health GMBH: Pharmamarkt.* Switzerland: Interpharma.

Kakwani, N. (1977). Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *Economic Journal* (87), 71-80.

Kim, J. Y., Millen, J., Irwin, A., & Gershman, J. (Eds.). (2002). *Dying For Growth: Global Inequality and the Health of the Poor.*

Makinen, M. et al. (2000). Inequalities in Health Care Use and Expenditures: Empirical Data from Eight Developing Countries and Countries in Transition. *Bulletin of the World Health Organization* , 78 (1), 55-65.

Parker, S., & Wong, R. (1997). Household Income and Health Care Expenditures in Mexico. *Health Policy* , 40 (3), 237-255.

Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2009). *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity.* Oxford : Oxford University Press.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm.* Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

Tomini, S., & Packard, T. (2011). *Are Health Care Payments in Albania Catastrophic? Evidence from ALSMS 2002, 2005 and 2008.* Maastricht University. Maastricht: UNU-Merit.

TÜİK. (2011). Hanehalkı Bütçe Anketi Klavuzu. Ankara: TÜİK.

TÜİK. (2003-2011). Hanehalkı Bütçe Anketi Mikro Verileri.

Van Doorslaer E. et al. (1999). The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries. *Journal of health economics* , 18 (3), 291-313.

Van Doorslaer et al. (1997). Income-Related Inequalities in Health: Some International Comparisons. *Journal of Health Economics* , 16, 93-112.

Wagner, A., Graves, A., Reiss, S., LeCates, R., Zhang, F., & Ross-Degnan, D. (2011). Access to Care and Medicines, Burden of Health Care Expenditures, and Risk Protection: Results from the World Health Survey. *Health Policy* , 151-158.

Wagstaff A. et al. (1999). Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons. *Journal of Health Economics* , 18 (3), 263-290.

Wagstaff, A. (2002). Poverty and Health Sector Inequalities. *Bulletin of the Health Organization* , 80, 97-105.