

PAPER DETAILS

TITLE: YOLSUZLUK VE KATASTROFIK SAGLIK HARCAMALARI

AUTHORS: Hüseyin DEMİR,Mehmet Emin KURT

PAGES: 363-384

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/401673>

YOLSUZLUK VE KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI

Hüseyin DEMİR*

Mehmet Emin KURT**

Öz

Amaç: Bu çalışmada yolsuzluğun katastrofik sağlık harcamalarına etkisi araştırılmıştır. **Yöntem:** Araştırmaya 138 ülke dâhil edilmiştir. Yolsuzluğa ilişkin ülke verileri Ulusal Şeffaflık Örgütü'nden, cepten sağlık harcamalarına ilişkin veriler Dünya Bankası'ndan 2014 yılı esas alınarak elde edilmiştir. Araştırmada Tek Yönlü ANOVA ve Chaid analizleri kullanılmıştır. ANOVA analizinde gruplar arasındaki fark Tukey testi ile incelenmiştir. Chaid analizi sonucunda ise 5 düğüm elde edilmiştir. **Bulgular:** Her iki analiz sonucunda da yolsuzluk ve cepten sağlık harcamaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yolsuzluğun düşük olduğu ülkelerde cepten sağlık harcamaları düşük iken yolsuzluğun yüksek olduğu ülkelerde ise cepten sağlık harcamaları yüksektir. **Sonuç:** Sonuç olarak, yolsuzluğun yüksek olduğu ülkelerde insanların katastrofik sağlık harcamalarına katlanmak zorunda kaldıkları ortaya konmuştur. Sağlık hizmetleri alanında yolsuzlukla mücadele edilmesi ve buna yönelik stratejilerin geliştirilmesi oldukça etkili olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: *Yolsuzluk, Cipten Sağlık Harcamaları, Katastrofik Sağlık Harcamaları.*

CORRUPTION AND CATHASTROPHIC HEALTH EXPENDITURES

Abstract

Aim: The impact of corruption on catastrophic health expenditures was studied. **Methods:** Of 138 countries were included. Corruption data were obtained from the National Transparency Organization and out-of-pocket data were obtained from the World Bank. Data of the year of 2014 were used. One way ANOVA and chaid analyzes were used. The difference between the groups was examined by the Tukey test. As a result of the Chaid analysis, 5 nodes were obtained. **Results:** Both analyzes showed a significant relationship between corruption and out-of-pocket health expenditures. In countries where corruption is low, out-of-pocket health spending is low and in countries where corruption is high, out-of-pocket health spending is high. **Conclusions:** As a result, it has been revealed that in countries with high corruption, people have to endure catastrophic health expenditures. The fight against corruption in the field of health services and the development of strategies for this can be very effective.

Keywords: *Corruption, Out-Of-Pocket Health Expenditures, Cathastrophic Health Expenditures.*

GİRİŞ

Yolsuzlukla ilgili son yıllarda bilimsel çalışmaların yoğunluk kazandığını söylemek mümkündür. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde yolsuzluk konusu daha fazla gündeme

* Arş. Gör., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, huseyin.demir@ikc.edu.tr.

** Dr. Öğr. Gör., Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, mekurt1@hotmail.com.

gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin ekonomik gelişme ve kalkınmalarının önünde engel oluşturan yolsuzluk, sağlık sektöründe de etkili olabilmektedir. Kurumsal yapının iyi işlememesi ve yasal düzenlemelerin yetersizliği sağlık sektöründe yaşanan yolsuzlukları arttırmaktadır. Sağlık hizmetleri genel olarak kamusal mal özelliği gösterdiği için faydasından kimsenin mahrum bırakılmaması gerekli hizmetlerdir. Bir ülkede yolsuzluk yaygın olduğunda sağlık hizmetlerine eşit erişim zorlaşmaktadır. Yolsuzluğa karşılık olarak varlıklı kişiler bu tür sağlık harcamalarına katlanabilirken yoksul kişiler bu tür harcamalara katlanamamaktadır. Bunun yanı sıra yoksul kişiler bu duruma katlanmak zorunda kaldıklarında ise gelirlerinin büyük bir bölümünü bu harcamalara ayırmak zorunda kalmaktadırlar. Bu nedenle yoksul haneler üzerinde katastrofik etkiler söz konusu olabilmektedir. Yoksul haneler sağlık hizmetlerine erişim sağlamak için katastrofik harcamalara maruz kaldığında ise diğer harcama giderlerinden büyük oranda fedakârlık yapmak zorunda kalacaklardır ve yeme-içme gibi en temel ihtiyaçlarını dahi karşılamakta güçlü çeker hale gelebilmektedir. Yolsuzluğun insan yaşamı üzerinde bu derecede etkili olması konunun ele alınmasının ne düzeyde önemli olduğunu açıkça göstermektedir. Dolayısıyla planlanan bu çalışmanın amacı, yolsuzluğun katastrofik sağlık harcaması üzerine etkisini araştırmaktır.

1. YOLSUZLUK

Yolsuzluk dünyada yaygın bir problem haline gelmiştir¹. Ryvkin vd. (2017), yolsuzluğun dünya genelinde bu derece yaygın olmasını “*sistemik yolsuzluk*” olarak ifade etmektedir. Uluslararası Şeffaflık Örgütü tarafından yapılan Küresel Yolsuzluk Barometresi raporuna göre, 107 ülkeden 114 bin katılımcının %25’i son 12 ayda herhangi bir kamu hizmeti aldıklarında rüşvet ödemek zorunda kaldıklarını ifade etmiştir². Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri Ban Ki-moon 2009 yılında yaptığı konuşmasında yolsuzluğun gelişim ve kalkınmayı engellediğini ve ülkelerin bin yıllık gelişimleri önünde büyük bir engel oluşturduğunu ifade etmiştir³. Literatürde yolsuzluğun çok farklı tanımlamalarına rastlamak mümkündür. Uluslararası Şeffaflık Örgütü yolsuzluğu, kamu güveninin özel kazançlar için kötüye kullanımı olarak tanımlamaktadır (Transparency International, 2016). Yolsuzluk, sosyal ve materyal kaynaklara erişim kural ve prosedürlerinin herkes için eşit çalışmadığı

¹ Dünya genelinde yolsuzluk sıralamasının nasıl olduğu <http://www.transparency.org/cpi2014/> internet adresinden bakılabilir.

²<http://www.transparency.org/gcb2013> internet adresine bakılabilir.

³ Bir sunumda yapılan bir konuşmadan alınmıştır ve ilgili kaynak 18. sırada yer almaktadır.

durumu ifade etmektedir. Khan (2006: 1), yolsuzluğu, kamu görevlisinin kendi yetkisini kanunların çizdiği sınırlar dışında kendisine özel çıkarlar sağlama amacıyla kullanması olarak ifade etmiştir. Yolsuzluk, özel kazançlar elde etmeye yönelik çeşitli otoritelerle sergilenen davranışlardır. Bu tanımla beraber yolsuzluğun çok fazla türü olduğunu söylemek mümkündür. Politik, ekonomik ve yönetsel olarak kategorize edilebilen yolsuzluk, demokratik toplumlarda olumsuz, istenilmeyen bir davranış olarak değerlendirilmekte ve ülkenin ekonomik yapısı ve insanların refahı üzerinde olumsuz etkilere sahiptir (Van Deurzen, 2017: 26). Yolsuzluk; şeffaflık, hesap verebilirlik, iyi yönetim vb. mekanizmaların iyi işlemediği ülkelerde daha fazla görülmektedir (UNDP, 2011: 18). Gelişmekte olan ülkelerde yolsuzluk oranı gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Bir ülkede yolsuzluğun varlığı yabancı yatırımların ülkeye gelmesini ve ülkenin ekonomik gelişiminin sağlanmasını engelleyebilmektedir.

Yolsuzluk, diğer sektörlerle göre sağlık sektöründe daha fazla görülebilmektedir. Sağlık sektörünün kendine has özelliklerinden dolayı sağlık hizmetleri sunumunda yolsuzluk yapılması potansiyeli daha yüksektir. Bilgi asimetrisi, risk ve belirsizlik durumlarının sağlık hizmetlerinde olması yolsuzluk yapılmasını kolaylaştırmaktadır (Avcı ve Teyyare, 2012: 205-206). Diğer yandan sağlık sektörü, çok farklı aktörlerin faaliyet gösterdiği bir alan olması nedeniyle yolsuzluğun yapılması kolaylaşabilmektedir. Söz konusu aktörler; devlet, ödeme yapan kurumlar, hizmet sunanlar, tedarikçiler ve hastalardır. Aktörler arasında çok farklı ilişkiler/etkileşimler gerçekleştiği için yolsuzluk gündeme gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu için güvenlik, gıda, temizlik, tıbbi cihaz, ilaç ve diğer hizmet alımları aktörler arası yolsuzluğun ortaya çıkmasına sebep olan durumlara örnek olarak gösterilebilir.

Yolsuzluk ile ilgili özellikle son yıllarda bilimsel çalışmaların yoğunluk kazandığı ve çok farklı alanlarda gerçekleştirildiği görülmektedir. Tavits (2008), yolsuzluk ve yaşam tatmini arasında negatif bir ilişki bulmuştur. Yolsuzluğun artması ile beraber insanların yaşam tatminlerinin düştüğünü ileri sürmüştür. Helliwell ve Huang (2008) ise yolsuzluk yapılmayan ülkelerde yaşayan insanların yaşam tatminlerinin yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Van Deurzen (2017), yolsuzluğun zihinsel sağlık üzerine etkisini ele aldığı çalışmada, yolsuzluğun insanların kaygı/korku yaşamalarına sebep olduğunu bu durumun da zihin sağlığını olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra, yolsuzluğun ülkelerin kültürel ve kurumsal farklılıklarından da kaynaklanabileceğini ileri sürmüştür. Xu vd. (2003), çalışmalarında yolsuzluğun en çok gelişmekte olan ülkelerde yaşandığını ve sağlık hizmetleri

alanında hane gelirleri üzerinde yıkıcı etkilere sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Rönnerstrand ve Lapuente (2017), çalışmalarında ülke genelinde yolsuzluk ve bölge özelinde ise rüşvetin yaygın olmasının sağlık sektörünü olumsuz etkilediğini belirtmiştir ve yolsuzluğun antibiyotik kullanımını arttırdığını ileri sürmüşlerdir. Genelde yolsuzluk ve toplum genelinde ise rüşvet ile antibiyotik kullanımı arasında güçlü pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Aynı çalışmada, yolsuzluk ile ilgili kamu kurumlarının kötü işlemesi ve yasal düzenlemelerin yetersiz olmasının önemine dikkat çekmişlerdir. İyi işleyen bir yönetim mekanizmasının yolsuzlukla mücadelede etkili bir mekanizma olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Rose (2006: 39), gelişmekte olan ülkelerde temel sağlık ihtiyaçlarının karşılanması için insanların “*yolsuzluk vergisi*”ne mecbur kılınmasının insan sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar yaratacağını ileri sürmüştür. Bulgaristan’da zengin bir aile, sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda bu ihtiyacı finanse edecek güce sahip olabilir. Ancak Burkina Faso gibi bir ülkede yaşayan yoksul bir ailenin rüşvete dayalı olarak bu hizmetin bedelini karşılaması mümkün değildir. Burkina Faso’da yapılan bir çalışmaya göre hamile annelerin ölümlerinde yaşanan artışın sağlık profesyonellerinin yolsuzluk davranışından kaynaklandığı ileri sürülmüştür (Scott ve Vian, 2010). USAID’in 2002 yılı raporunda yolsuzluğun çok farklı şekillerde olabileceği belirtilmektedir. Sağlık sunucusu-hasta, hastane-hizmet sunucusu, hastane-tedarikçi ve sağlık sunucusu-tedarikçi arasındaki ilişkilerden kaynaklı yolsuzlukların yapıldığı ifade edilmiştir. Diğer yandan kalkınma ekonomisti Robert Klitgaard, bir ülkede monopol ve ihtiyati bir yapının olmasına karşın hesap verilebilirliğin olmaması durumunun yolsuzluğu tetiklediğini ileri sürmüştür (USAID, 2002: 7). Uluslararası Şeffaflık Örgütü, ilaç sanayisinde yaşanan yolsuzlukların sağlığı olumsuz etkilediğini vurgulamıştır. İnsan sağlığına zarar verme potansiyeli yüksek birtakım ilaçların çeşitli yolsuzluk davranışları ile sağlık sektörünün içerisine sokulmasının insan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını vurgulamıştır. Anti-yolsuzluk stratejilerinin ilaç sanayisi için geliştirilmesinin gerekli olduğunu ortaya koymuştur.

Bir ülkede yolsuzluğun yaygın olması insanların gelecekleri ile ilgili kötümser olmasına yol açmaktadır. Sosyal kaynaklara ulaşmaya çalışan bir kişi, rüşvet veremediği için ihtiyaç duyduğu kaynaklara ulaşamazsa stres düzeyi artar, kendisini kötü hisseder ve geleceğe karşı iyimser bakış açısını kaybeder. Dolayısıyla uzun vadede ülke insanları mutsuz hale gelebilecektir (Van Deurzen, 2017: 28). Smith vd.’nin 1994 yılında yaptıkları çalışma bu durumu açıkça ortaya koymuştur. Yolsuzluk nedeniyle ihtiyacını karşılamayan insanların

kızgınlık, düşmanlık ve hayal kırıklıkları yaşayabileceği ve ülkesine düşmanca tavırlar takınabileceği ortaya konmuştur. Bu nedenle, ülkede adil olmayan uygulamaların, adaletsizlik algısının yaygınlaşmaya başlamasının son derece olumsuz bir durum olduğu ifade edilmiştir.

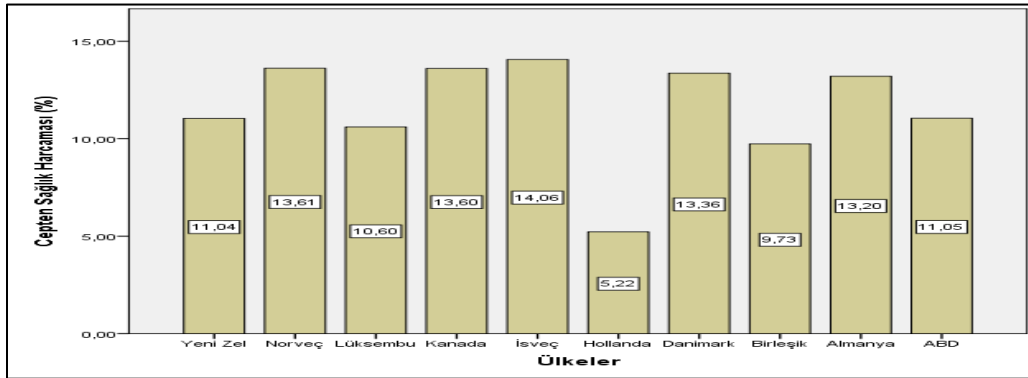
Yolsuzluk ile mücadele edilmesi ülke açısından oldukça önemli faydalar sağlamaktadır.

Dürüst bir yönetim, sürdürülebilir bir gelişim sağlar. İstikrar ortamı ile birlikte ülkede yaşayan insanların refah düzeyi artar. Yönetimdeki gelişmeler ile birlikte yolsuzlukla mücadele edilerek yolsuzluğun azaltılması ülkenin gelişimini hızlandırır.

Yolsuzluğun azaltılması yoksullar için son derece önemlidir. Yolsuzluk, yoksulları daha da yoksullaştırmaktadır. Yoksulların yoksulluk tuzağından kurtulmaları önünde büyük bir engel oluşturmaktadır. Dolayısıyla yolsuzluk ile mücadele bir anlamda *anti-yoksulluk* stratejisi olarak görülebilir. Ülkedeki zengin veya elit kesim, yolsuz rejim altında daha fazla rüşvet ödeyebilirken yoksul kesim kendi gelirlerinin çok büyük bir bölümünü sağlık hizmetlerine erişim sağlamak için rüşvet olarak vermektedir. Bu durum da yoksul kesimin gelirleri üzerinde yıkıcı etki oluşturmaktadır (Todaro ve Smith, 2012: 546). Mutlak yoksulluk sınırlarında yaşayan insanların böylesine bir ortamda eşit bir şekilde kamu hizmetlerinden yararlanması mümkün değildir.

Yolsuzluk düzeyinin çok düşük olduğu ülkelerde cepten sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde daha az paya sahiptir ve bunu aşağıdaki grafikte görmek mümkündür.

Grafik 1. Yolsuzluk Düzeyi En Az Olan 10 Ülkenin Cipten Sağlık Harcamaları (%)

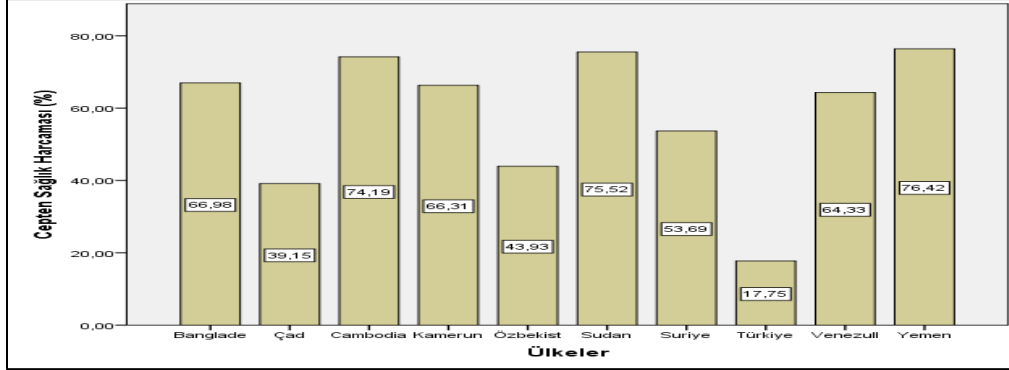


Kaynak: Dünya Bankası 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

Yolsuzluk düzeyinin çok düşük olduğu ülkelerde cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı yaklaşık olarak %5 ile %14 arasında değişmektedir. Bu ülkelerde cepten sağlık harcamalarının payı diğer ülkelere nazaran oldukça düşüktür. Yolsuzluk düzeyinin yüksek olduğu ülkelerde ise cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık

harcamaları içerisindeki payı oldukça yüksektir ve bu durumu aşağıdaki grafikte görmek mümkündür.

Grafik 2. Yolsuzluk Düzeyi En Fazla Olan 10 Ülkenin Cepten Sağlık Harcamaları (%)

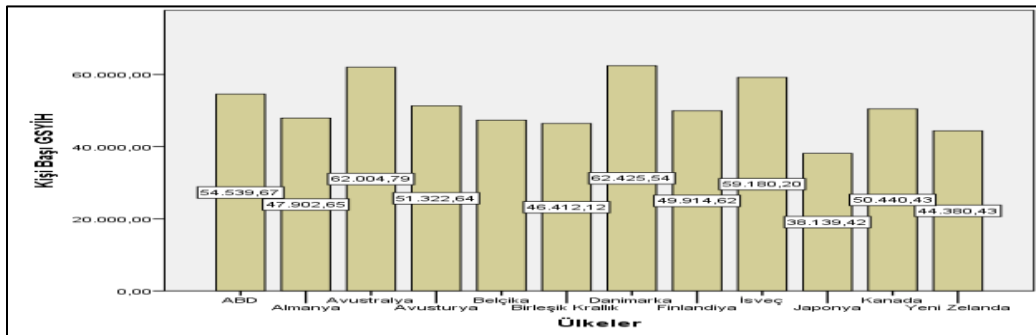


Kaynak: Dünya Bankası 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

Yolsuzluk düzeyinin yüksek olduğu ülkelerde cepten sağlık harcamaları, toplam sağlık harcamaları içerisinde büyük bir paya sahiptir. Grafik 2’den görülebileceği üzere, cepten sağlık harcamaları %17,75 ile %76,42 arasında değişim göstermektedir. Türkiye, yolsuzluk sıralamasında 40-49 grubu içerisinde yer almaktadır (Transparency International, 2016) dolayısıyla Türkiye’de yolsuzluğun *orta düzeyde* yaygın olduğu söylenebilir. Cepten sağlık harcamaları ise yolsuzluğun yapıldığı diğer ülkelere göre oldukça düşüktür. Bu durum ise Türkiye’de hayata geçirilen birtakım reformlara ve genel sağlık sigortasına bağlanabilir. Türkiye’de 2003 yılından itibaren sağlıkta yapılan dönüşüm reformları ile hayata geçirilen politikaların bu durum üzerinde etkili olduğu söylenebilir.

Ben Ali ve Saha’nın (2016) da çalışmalarında ortaya koyduğu üzere, hukukun üstün olduğu ülkelerde ise kişi başı gelir artmaktadır. Kişiler çeşitli hizmetlere erişim sağlamak için yıkıcı birtakım harcamalara katlanmak zorunda kalmamakta ve refah seviyesi artmaktadır. Bu durumu aşağıdaki şekilde görmek mümkündür⁴.

Grafik 3. Hukukun Üstün Olduğu Ülkelerde Kişi Başı GSYİH (\$)

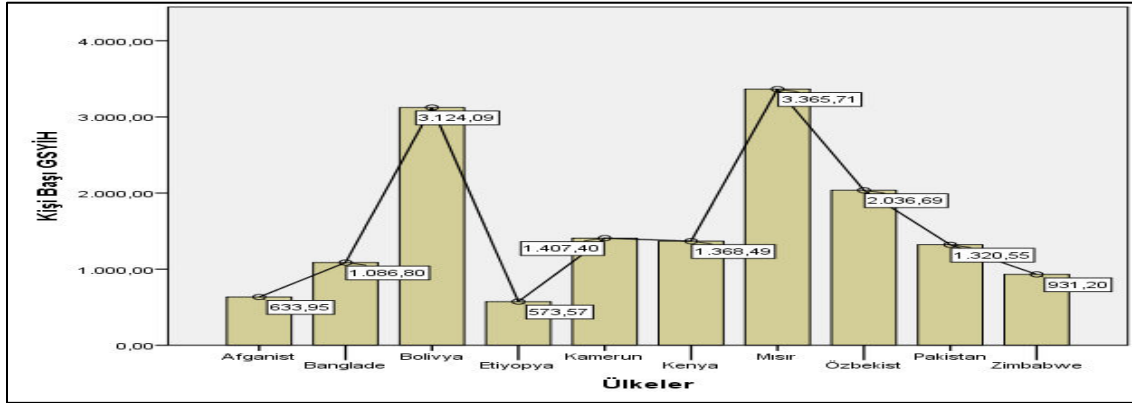


Kaynak: Hukukun Üstünlüğü İndeksi 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

⁴Grafik 3 ve Grafik 4, Rule of Law Index (2014) verileri esas alınarak oluşturulmuştur.

Yolsuzluğun az ve hukukun üstünlüğünün baskın olduğu ülkelerde kişi başı Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla (GSYİH) yaklaşık olarak 40.000 dolar ve üzerindedir. Özellikle İskandinav ülkelerine bakıldığında bu durum daha net bir şekilde görülebilmektedir. Hukukun üstün olmadığı ülkelerde ise kişi başı GSYİH oldukça düşüktür. Aşağıdaki grafikte bu durum özetlenmiştir.

Grafik 4. Hukukun Üstün Olmadığı Ülkelerde Kişi Başı GSYİH (\$)



Kaynak: Grafik Hukukun Üstünlüğü İndeksi 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

Hukuk üstünlüğünün olmadığı ülkelere ilişkin kişi başı GSYİH düzeyleri incelendiğinde, yıllık 1000 doların altında bile gelirin olduğu görülmektedir. Hukuk üstünlüğünün diğer ülkelere göre daha baskın olduğu Mısır ve Bolivya'ya bakıldığında ise kişi başı GSYİH düzeylerinin daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır.

2. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık sistemleri içerisinde çeşitli finansman yöntemleri bulunmakla birlikte çoğu ülke ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerini vergilerle finanse etme yoluna gitmektedir. Her ne kadar ülkelerin sağlık sistemlerinde vergiler ağırlıklı bir rol oynasa da tüm sağlık hizmetlerinin salt vergilerle finanse edilmesi oldukça zordur. Bu nedenle ülke vatandaşlarından katılım payı veya cepten ödemeler olarak ifade edilebilen bir bedel talep edilmektedir. Cepten sağlık harcamaları olarak ifade edilebilecek bu ödemeler, hane halklarının gelirlerinin belli bir bölümünü aştığında hane halklarının gelirleri üzerinde yıkıcı etkiler oluşturmaktadır. Bu harcamalara da katastrofik harcamalar adı verilmektedir (ILO, 1999: 3-4). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılı raporuna göre, hane halklarının geçimlik olmayan gelirinin %40 ve üzerinde yapılan sağlık harcamaları katastrofik sağlık harcaması olarak ifade edilmektedir ve rapora göre dünya genelinde her yıl 44 milyon hanede yaşayan 150 milyondan daha fazla insan katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalmakta ve yaklaşık olarak 25 milyon hanede yaşayan 100 milyon kişi ise bu harcamalara bağlı olarak yoksullaşmaktadır. Katastrofik sağlık

harcamaları 3 durumun varlığında gerçekleşmektedir. Birincisi, sağlık hizmetlerine erişim sağlamanın cepten harcamaları gerektirmesi; ikincisi, hane halklarının sağlık hizmetlerini finanse etme kapasitelerinin düşük olması ve son olarak üçüncüsü ise riskten korunmayı sağlamak üzere ön ödeme mekanizmalarının yetersizliğidir. Ön ödemeler, gerek devlet tarafından toplanan vergiler gerekse de sigorta şirketleri tarafından toplanan kaynakları ifade etmektedir (WHO, 2005: 2).

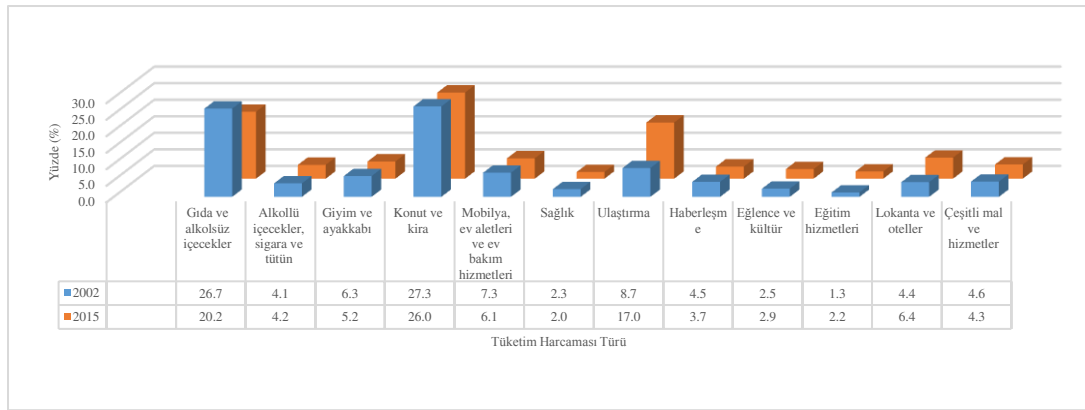
Son yıllarda özellikle gelişmekte olan ülkelerde cepten sağlık harcamaları artış göstermektedir. Masa altı ödemeler olarak da ifade edilen cepten sağlık harcamalarının artışı büyük bir kaygı oluşturmaktadır. Uluslararası İş Örgütü ve Pan Amerikan Sağlık Organizasyonu'nun 1999 yılında yayınladığı raporda cepten sağlık harcamaları, kamu hizmetlerine erişim sağlamak için hane halkları tarafından yapılan özel ödemeler olarak tanımlanmıştır. Cepten ödemeler, sağlık profesyonellerine kendilerine hizmet sunulması amacıyla hastalar tarafında ödenen ve geçiş ekonomilerinde sağlık hizmetlerini finanse eden temel kaynaklardan biridir (Ensor ve Savelyeva, 1998; Thompson ve Witter, 2000). Herhangi bir sosyal güvenlik çatısı altında olmayan veya sosyal güvenlik çatısında olan kişilerin bazı sağlık hizmeti ihtiyaçlarını kendi imkânları ile karşılamaları cepten sağlık harcamasını oluşturmaktadır (Tokathioğlu ve Tokathioğlu, 2014: 9).

Cepten ödemelerin finansal kaynaklar içerisindeki payının fazla olduğu ülkelerde düşük gelirli hastaların sağlık hizmetlerinden faydalanma düzeyi düşüş göstermektedir. Düşük gelirli hanelerde yaşayan kişiler, sağlık hizmetlerine ihtiyaç hissettiklerinde ya ihtiyaçlarını karşılamakta başarısız olurlar ya da böyle bir girişimde dahi bulunmazlar. Çünkü yapacakları girişim sonucunda hayal kırıklığı yaşayacaklarının farkındadırlar. Bu durum, sosyal statü açısından dezavantajlı gruplarda sağlık durumunun zamanla kötüye gideceği anlamına gelmektedir (Habibov ve Cheung, 2017: 28). Kaitelidou vd. (2015), Yunanistan'da yaptıkları çalışmalarında cepten sağlık harcamalarının hanelerin gelirleri üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğunu ortaya koymuşlardır. Özellikle bazı hanelerde cepten sağlık harcamalarının toplam harcamalar içerisinde yaklaşık olarak %60 oranında bir paya sahip olduğunu saptamışlardır. Tokathioğlu ve Tokathioğlu (2014), katastrofik sağlık harcamalarını ele aldıkları çalışmalarında, Türkiye'de katastrofik sağlık harcamalarının yoksulluğu derinleştirdiği sonucuna ulaşmışlardır. Naga ve Lamiraud (2008), katastrofik sağlık harcamaları ile hane halklarının refahı arasındaki ilişkiyi ele aldıkları çalışmalarında, finansal katastrofinin yoksulluk açığını tetiklediğini ortaya koymuşlardır. Çınaroğlu ve Şahin (2016),

cepten sağlık harcamalarına bağlı olarak ortaya çıkan katastrofik harcamaların hane halkları üzerinde yoksullaştırıcı etkiye sahip olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Yüksek gelire sahip insanlar sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyduğunda gerekirse ileri teknolojiye sahip sağlık kurumlarında hizmet alabilmektedir ve bunu finanse edebilmektedirler. Buna karşın, düşük gelirli gruplar ise ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren sağlık hizmeti talepleri söz konusu olduğunda bu taleplerini finanse etmede yetersiz olduklarında bu ihtiyaçlarını karşılayamayacaklardır (Habibov, 2010: 253). Katastrofik nitelikte sağlık harcamaları, hane halkı tüketim harcamaları ile de incelenebilmektedir. Hane halkı tüketim harcamaları içerisindeki sağlık harcamalarının payı arttığında katastrofik sağlık harcamaları söz konusu olmaktadır. Sağlık harcamalarının hane halklarının tüketim harcamaları içerisindeki payı Grafik 5’te sunulmuştur.

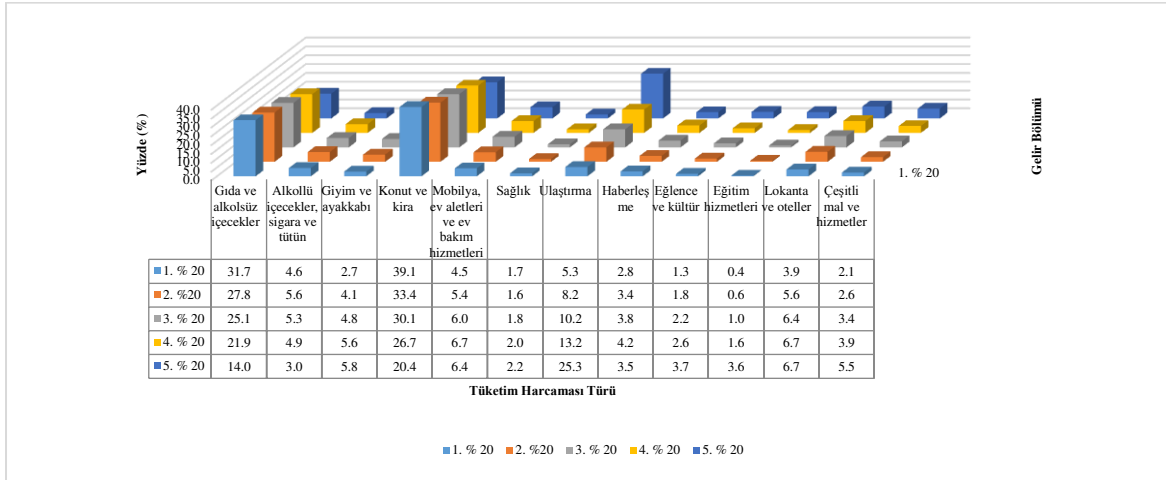
Grafik 5. Sağlık Harcamalarının Tüketim Harcamaları İçerisindeki Payı (2002-2015)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

Hane halkı tüketim harcamalarına ilişkin Grafik 5 incelendiğinde, gıda ve alkolsüz içecekler ve konut ve kira harcamalarının hane halklarının toplam harcamalarının yaklaşık %54’ünü oluşturduğu, sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının yaklaşık %2 civarında olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra, toplam sağlık harcamalarının tüm hane halkları için sabit olması söz konusu değildir. Yoksul bir hane ile zengin bir hane için hesaplanan sağlık harcaması oldukça farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla hane halklarının tüketim harcamalarının gelir bölümlerine göre incelenmesi oldukça önemlidir. Hane halklarının gelir bölümlerine göre yaptıkları tüketim harcamaları ise Grafik 6’de sunulmuştur.

Grafik 6. 2015 Yılı Hane halkı Tüketim Harcamalarının Gelir Bölümlerine Göre Dağılımı (%)



Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu 2014 yılı verileri kullanılarak oluşturulmuştur.

Gelir bölümlerine göre hane halklarının tüketim harcamaları incelendiğinde, birinci % 20'lik gelir bölümünde olan hanelerin gıda ve alkolsüz içecekler ve konut ve kira harcamaları toplam harcamalarının yaklaşık %70'ini oluşturmaktadır. İlk gelir diliminde yer alan hanelerin sağlık harcamalarının payı ise %1,7'dir. Son gelir bölümü incelendiğinde, toplam harcamalar içerisinde yiyecek, içecek, konut ve kira harcamalarının payının düştüğü, buna karşın sağlık harcamalarının payının ise arttığı görülmektedir ve bu pay %2,2'dir. Günümüze yakın zaman diliminde ortaya çıkan bu durum, hane halklarının gelirlerinin yaklaşık olarak %2'sini sağlık harcamalarına ayırdıklarını açıkça göstermektedir. Bu durum gelir dağılımındaki eşitsizliğin yüksek olduğu⁵ Türkiye'de yoksul haneler üzerinde katastrofik etkiler yaratabilmektedir. Yoksul bir hane ile zengin bir hanenin katlanabileceği sağlık harcamaları birbirinden çok farklıdır ve aradaki fark oldukça büyüktür.

3. YÖNTEM

3.1. Amaç ve Hipotez

Yolsuzluk, ülkelerin ekonomik gelişim ve kalkınmaları önünde engel oluşturan en önemli problemlerden biridir. Bu çalışmada, yolsuzluğun katastrofik sağlık harcamaları üzerine etkisi araştırılmıştır. İlgili literatür ışığında bu çalışmada ileri sürülen hipotez aşağıda belirtilmiştir.

H₁: Katastrofik sağlık harcamaları ülkelerin yolsuzluk düzeyine göre anlamlı farklılık gösterir.

⁵Türkiye İstatistik Kurumu 2016 yılı verisine göre, Türkiye'de Gini katsayısı 0,39 civarındadır. Bu durum, gelir dağılımında eşitsizlik olduğunu göstermektedir.

3.2. Teknik ve Yöntem

Ülkelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki cepten sağlık harcama payına ilişkin veriler 2014 yılı esas alınarak Dünya Bankası'ndan (World Bank) elde edilmiştir. Ülkelerin yolsuzluk düzeyine ilişkin 2014 yılı verileri ise Uluslararası Şeffaflık Örgütü'nden (Transparency International) elde edilmiştir. Ülkelerin yolsuzluk düzeylerine göre gruplandırılmasında Uluslararası Şeffaflık Örgütü'nün yaptığı yolsuzluk düzeyi sınıflandırması esas alınmıştır (0-9=çok yüksek yolsuzluk; 90-100=çok düşük yolsuzluk). Bazı ülkelere ilişkin veriler eksik olduğundan çalışmaya 138 ülke dâhil edilmiştir. Ülkelere ilişkin veriler elde edilip SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) 20.0 programına aktarılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Ülkelerin cepten sağlık harcamalarının yolsuzluk düzeyine göre anlamlı farklılık gösterip göstermediğini test etmek üzere Tek Yönlü ANOVA Analizi kullanılmıştır. Cipten sağlık harcamalarına ilişkin veriler Q-Q grafik yöntemi incelenmiş olup verilerin normal dağılmadığı anlaşılmıştır. Varyansların homojenliği ise Levene testi ile araştırılmıştır. Elde edilen test sonucu, varyansların homojen olmadığını göstermiştir (Alpar, 2013: 114). Normal dağılım ve varyansların homojenliği varsayımlarını sağlamak için cepten sağlık harcamaları verisine dağılımda ılımlı ya da hafif derece olarak nitelendirilebilecek pozitif çarpıklık söz konusu olduğundan karekök dönüşümü yapılmıştır (Alpar, 2016: 176). Bu işlemten sonra verilerin normal dağıldığı ve varyansların da homojen hale geldiği görülmüştür ($p=,053>0,05$). Dolayısıyla ANOVA analizinin yapılabilmesi için gerekli varsayımlar sağlanmıştır. Varyansların homojenliği varsayımı sağlandığından farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını araştırmak için Tukey testi kullanılmıştır (Alpar, 2016: 309).

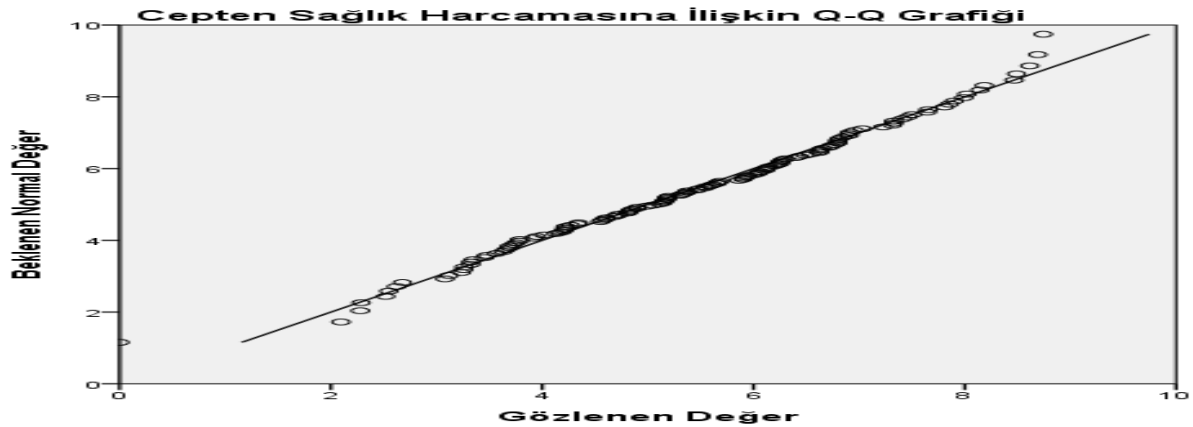
Çalışmada ayrıca SPSS 20.0 programı kullanılarak Chaid (Chi Squared Automatic Interaction Detector) analizi de yapılmıştır. Karar verme ve tahminler yapmada karar ağaçları, veri madenciliği algoritmaları arasında en önemli tekniklerden biridir. Chaid analizi de bu söz konusu karar ağacı algoritmalarından bir tanesidir (Suh ve Alhaery, 2015: 35). Chaid analizi, regresyon ve Ki-kare tabanlı çalışan bir karar ağacı modelidir. Bağımlı değişkenin kategorik, kesikli ve sürekli olduğu durumlarda bile kullanılmasından ötürü oldukça güçlü bir analiz yöntemidir. Sadece bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi değil aynı zamanda bağımsız değişkenlerin kendi aralarında da etkileşimlerini ortaya koyması açısından oldukça yararlıdır. Araştırma biriminin homojen olmadığı durumlarda gerçekçi karşılaştırmalar yapmak ve güvenilir sonuçlar elde etmek oldukça zordur. Araştırmaya dâhil

edilen birimlerin homojen alt gruplara bölünmesi sonrasında gerekli karşılaştırmaların yapılması daha iyi tahminlerin yapılmasına olanak sağlar. Chaid analizi, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini bağımsız değişkeni homojen alt gruplara bölerek incelemeye olanak sağlamaktadır. Chaid analizinde, diğer birçok istatistiksel yöntemde olduğu gibi varsayımlar söz konusu değildir. Analiz, çok güçlü bir öteleme algoritması kullanarak bağımsız değişkenleri kararlı alt düğümlere (node) böler. Bu durum da isabetli tahminlerin yapılması açısından normal dağılım ve homojenlik varsayımlarını yerine getirmektedir (Kayri ve Boysan, 2007: 139-140). Diğer yandan Chaid analizi, analize ilişkin bulguları bir karar ağacı üzerinde görselleştirmektedir ve sonuçların yorumlanmasında büyük kolaylık sağlamaktadır (IBM Company, 2017).

4. BULGULAR

Ülkelerin cepten sağlık harcamalarına ilişkin verilerin dönüşümü sonrası elde edilen veriler Grafik 7’de sunulmuştur.

Grafik 7. Verilerin Normal Dağıldığına İlişkin Q-Q Grafiği



Dönüşüm sonrası elde edilen Grafik 7 incelendiğinde, cepten sağlık harcaması verisinin normal dağılım gösterdiği görülebilmektedir. Veride aşırı değerler yoktur ve veriler ortalama etrafında simetrik bir dağılım göstermektedir. Varyansların homojenliği varsayımının sağlanabilmesi için normallik varsayımı ön koşuldur. Normallik sağlandıktan sonra varyansların homojen olup olmadığı incelenmiş ve Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1. Varyansların Homojenliğine İlişkin Test

Levene İstatistiği	df1	df2	Sig.
1,984	8	129	,053

Varyansların homojenliğini araştırmak için Levene testi kullanılmıştır. Levene istatistiği 1,984'tür. Varyansların homojenliğinin sağlanması için p değerinin 0,05'ten büyük olması gerekir. Çalışmamızda p değeri 0,05'ten büyüktür dolayısıyla varyanslar homojendir.

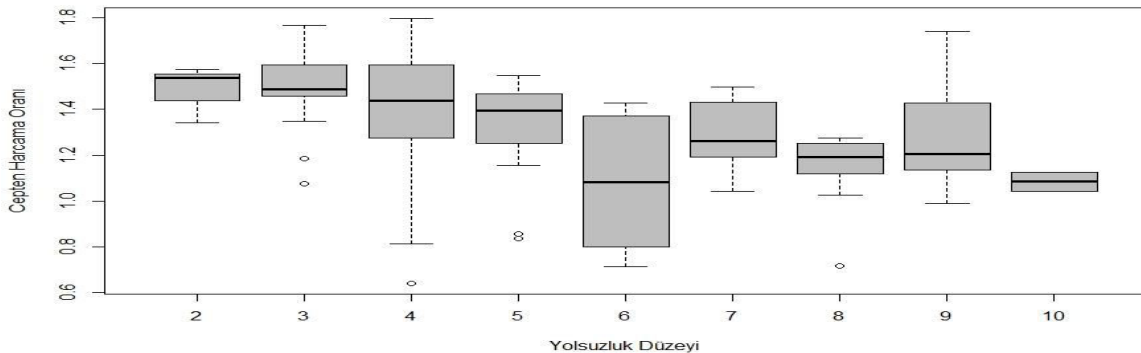
Yolsuzluk düzeylerine göre ülkelerin cepten sağlık harcamalarına ilişkin istatistikler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Ülkelerin Cipten Harcama Oranlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Yolsuzluk Düzeyi	N	Ortalama	S.Sapma	Standart Hata	%95 Güven Düzeyinde Ortalamalar		En Küçük	En Büyük
					Alt Sınır	Üst Sınır		
10-19	10	6,2316	2,59744	,82138	4,3735	8,0897	,00	8,74
20-29	28	6,7239	1,21769	,23012	6,2517	7,1960	3,23	8,61
30-39	37	5,8548	1,26067	,20725	5,4345	6,2752	3,08	7,90
40-49	20	4,6752	1,35923	,30393	4,0391	5,3114	2,09	6,65
50-59	12	5,3951	1,15634	,33381	4,6604	6,1298	3,47	7,65
60-69	8	4,0105	1,29361	,45736	2,9290	5,0920	2,28	5,19
70-79	12	4,1394	,74667	,21554	3,6650	4,6139	3,12	5,61
80-89	9	4,2064	1,43749	,47916	3,1014	5,3113	2,29	7,40
90-100	2	3,4892	,23456	,16586	1,3818	5,5967	3,32	3,66
Total	138	5,4497	1,64486	,14002	5,1728	5,7265	,00	8,74

Yolsuzluk düzeylerine göre ülkelerin cepten sağlık harcamalarının değişim gösterdiği görülebilmektedir. Yolsuzluk düzeyinin en yüksek olduğu gruba (10-19) bakıldığında, cepten sağlık harcamaların ortalamasının 6,2316 olduğu; yolsuzluğun hemen hemen hiç olmadığı gruba bakıldığında ise cepten sağlık harcamasının ise 3,4892 olduğu görülmektedir. Ülkelerin yolsuzluk düzeyi arttıkça cepten sağlık harcaması artmakta, yolsuzluk düzeyi azaldıkça cepten sağlık harcaması da azalış göstermektedir. Yolsuzluk düzeylerine ülkelerin cepten sağlık harcamalarını daha iyi özetlemek için Grafik 8 oluşturulmuştur.

Grafik 8. Yolsuzluk Düzeyine Göre Cipten Sağlık Harcaması Düzeyi



Grafik 8'e bakıldığında, yolsuzluk düzeyi azaldıkça yani yolsuzluk düzeyi yatay ekseninde 90-100 grubuna doğru gittikçe cepten sağlık harcamalarının azaldığı daha net bir şekilde görülebilmektedir.

Normallik ve homojenlik koşulları sağlandığından Tek Yönlü ANOVA ile gruplar arasındaki farklılık araştırılmıştır. ANOVA analizinin anlamlı olup olmadığının incelenmesi için varyans analizi tablosu aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3. Varyans Analizi Tablosu

Değişim Kaynağı	Kareler Toplamı	Serbestlik Derecesi (df)	Kare Ortalaması	F	p
Gruplar Arası	128,449	8	16,056	8,551	,000
Gruplar İçi	242,213	129	1,878		
Toplam	370,662	137			

Varyans analizi tablosu incelendiğinde modelin bir bütün olarak anlamlı olduğu anlaşılmıştır. Yolsuzluk düzeyi ile cepten sağlık harcaması düzeyi arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yolsuzluk düzeyinin cepten sağlık harcaması üzerindeki etki büyüklüğü değeri (η^2), yolsuzluğun cepten sağlık harcaması düzeyi üzerinde büyük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir ($F=8,551$; $p=,000$; $\eta^2=,347$). Nitekim Alpar (2016: 313), etki büyüklüğünün 0,20 olmasını “çok büyük etki” olarak ifade etmektedir. Ortaya çıkan anlamlı farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını araştırmak üzere Tukey testinden yararlanılmıştır. Farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığı ortaya koymak üzere çoklu karşılaştırma tablosu oluşturulmuştur ve aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4. Ülkelerin Yolsuzluk Düzeylerine Göre Cepten Sağlık Harcaması Oranlarının Çoklu Karşılaştırılması

Test	I Yolsuzluk Düzeyi	J Yolsuzluk Düzeyi	Ortalama Farkı (I-J)	Standart Hata	p	%95 Güven Düzeyi Alt Sınır	Üst Sınır
Tukey Testi	10-19	20-29	-,49225	,50480	,987	-2,0850	1,1005
		30-39	,37676	,48837	,997	-1,1641	1,9177
		40-49	1,55639	,53070	,091	-,1181	3,2308
		50-59	,83652	,58671	,886	-1,0146	2,6877
		60-69	2,22113*	,64997	,023	,1704	4,2719
		70-79	2,09217*	,58671	,015	,2410	3,9433
		80-89	2,02523*	,62959	,042	,0388	4,0117
		90-100	2,74238	1,06140	,204	-,6065	6,0913
	20-29	10-19	,49225	,50480	,987	-1,1005	2,0850
		30-39	,86902	,34323	,227	-,2139	1,9520
		40-49	2,04865*	,40117	,000	,7829	3,3144
		50-59	1,32878	,47279	,122	-,1629	2,8205

30-39	60-69	2,71338*	,54933	,000	,9802	4,4466
	70-79	2,58442*	,47279	,000	1,0927	4,0761
	80-89	2,51749*	,52505	,000	,8609	4,1741
	90-100	3,23463*	1,00293	,041	,0702	6,3990
	10-19	-,37676	,48837	,997	-1,9177	1,1641
	20-29	-,86902	,34323	,227	-1,9520	,2139
	40-49	1,17963	,38030	,058	-,0203	2,3795
	50-59	,45976	,45521	,984	-,9765	1,8960
	60-69	1,84436*	,53427	,021	,1586	3,5301
	70-79	1,71540*	,45521	,007	,2792	3,1517
40-49	80-89	1,64847*	,50928	,040	,0416	3,2553
	90-100	2,36562	,99476	,305	-,7730	5,5043
	10-19	-1,55639	,53070	,091	-3,2308	,1181
	20-29	-2,04865*	,40117	,000	-3,3144	-,7829
	30-39	-1,17963	,38030	,058	-2,3795	,0203
	50-59	-,71987	,50035	,881	-2,2985	,8588
	60-69	,66474	,57322	,963	-1,1439	2,4733
	70-79	,53578	,50035	,977	-1,0429	2,1145
	80-89	,46884	,55001	,995	-1,2665	2,2042
	90-100	1,18599	1,01621	,962	-2,0203	4,3923
50-59	10-19	-,83652	,58671	,886	-2,6877	1,0146
	20-29	-1,32878	,47279	,122	-2,8205	,1629
	30-39	-,45976	,45521	,984	-1,8960	,9765
	40-49	,71987	,50035	,881	-,8588	2,2985
	60-69	1,38461	,62544	,403	-,5887	3,3580
	70-79	1,25565	,55941	,384	-,5094	3,0207
	80-89	1,18871	,60423	,569	-,7177	3,0951
	90-100	1,90586	1,04656	,668	-1,3962	5,2079
	10-19	-2,22113*	,64997	,023	-4,2719	-,1704
	20-29	-2,71338*	,54933	,000	-4,4466	-,9802
60-69	30-39	-1,84436*	,53427	,021	-3,5301	-,1586
	40-49	-,66474	,57322	,963	-2,4733	1,1439
	50-59	-1,38461	,62544	,403	-3,3580	,5887
	70-79	-,12896	,62544	1,000	-2,1023	1,8444
	80-89	-,19589	,66583	1,000	-2,2967	1,9049
	90-100	,52125	1,08329	1,000	-2,8967	3,9392
	10-19	-2,09217*	,58671	,015	-3,9433	-,2410
	20-29	-2,58442*	,47279	,000	-4,0761	-1,0927
	30-39	-1,71540*	,45521	,007	-3,1517	-,2792
	40-49	-,53578	,50035	,977	-2,1145	1,0429
70-79	50-59	-1,25565	,55941	,384	-3,0207	,5094

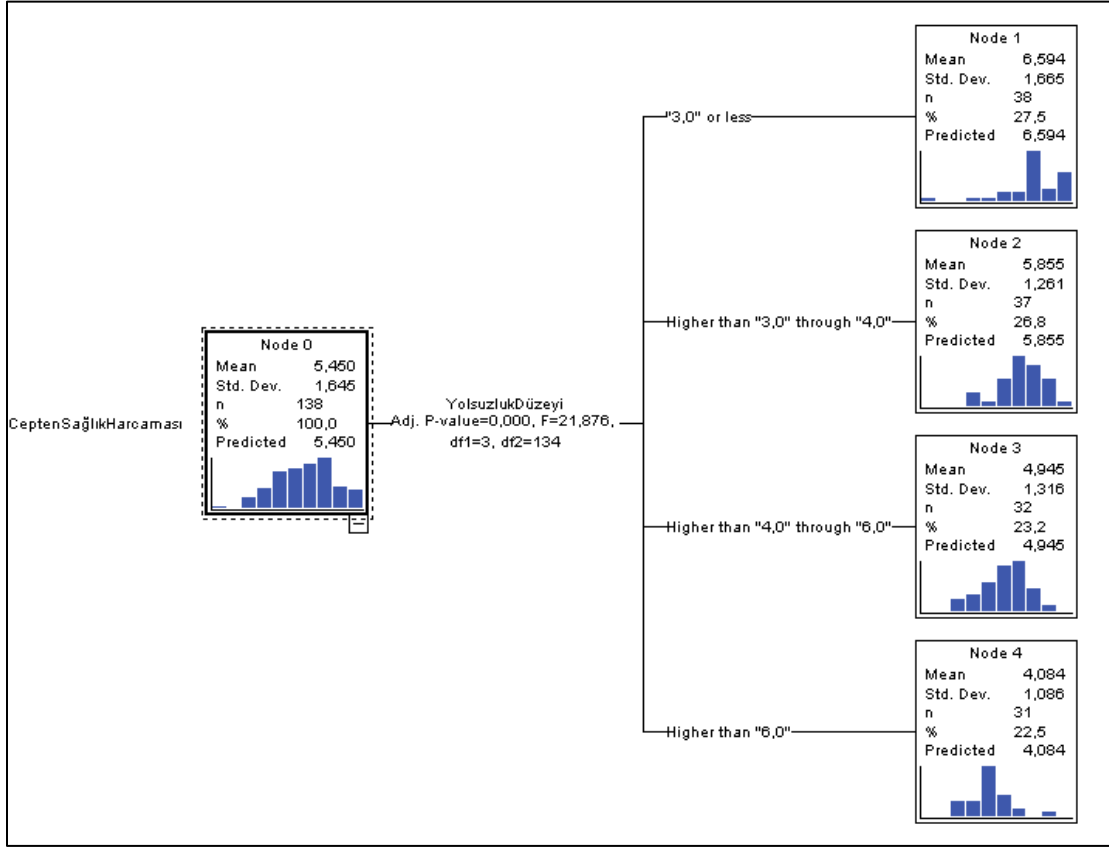
80-89	60-69	,12896	,62544	1,000	-1,8444	2,1023
	80-89	-,06693	,60423	1,000	-1,9734	1,8395
	90-100	,65021	1,04656	,999	-2,6518	3,9523
	10-19	-2,02523*	,62959	,042	-4,0117	-,0388
	20-29	-2,51749*	,52505	,000	-4,1741	-,8609
	30-39	-1,64847*	,50928	,040	-3,2553	-,0416
	40-49	-,46884	,55001	,995	-2,2042	1,2665
	50-59	-1,18871	,60423	,569	-3,0951	,7177
	60-69	,19589	,66583	1,000	-1,9049	2,2967
	70-79	,06693	,60423	1,000	-1,8395	1,9734
90-100	90-100	,71715	1,07118	,999	-2,6626	4,0969
	10-19	-2,74238	1,06140	,204	-6,0913	,6065
	20-29	-3,23463*	1,00293	,041	-6,3990	-,0702
	30-39	-2,36562	,99476	,305	-5,5043	,7730
	40-49	-1,18599	1,01621	,962	-4,3923	2,0203
	50-59	-1,90586	1,04656	,668	-5,2079	1,3962
	60-69	-,52125	1,08329	1,000	-3,9392	2,8967
	70-79	-,65021	1,04656	,999	-3,9523	2,6518
	80-89	-,71715	1,07118	,999	-4,0969	2,6626

* Ortalama farkı 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

Yolsuzluk düzeyi arttıkça cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı artış göstermektedir. Tukey testine göre 10-19 ve 60-69,70-79, 80-89 grupları arasındaki fark; 20-29 grubu ile 40-49, 60-69, 70-79, 80-89, 90-100 grupları arasındaki fark; 30-39 grubu ile 60-69, 70-79, 80-89 grupları arasındaki fark; 40-49 grubu ile 20-29 grubu arasındaki fark anlamlıdır. Yolsuzluğun en az ve çok olduğu gruplar arasındaki fark arttıkça cepten sağlık harcaması düzeyi artmakta, gruplar arasındaki fark azaldıkça da cepten sağlık harcaması düzeyi azalmaktadır. Genel olarak, yolsuzluk düzeyi yüksek olan ülkeler ve yolsuzluk düzeyi düşük olan ülkelerin cepten sağlık harcamaları ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Dolayısıyla ülkelerin yolsuzluk düzeyi ile cepten sağlık harcamaları arasında bir ilişkinin varlığından söz etmek mümkündür.

Yolsuzluk düzeyi ile cepten sağlık harcamaları arasındaki ilişki Chaid analizi ile de araştırılmıştır ve elde edilen model Şekil 9'da sunulmuştur.

Şekil 9. Yolsuzluk Düzeyine Göre Ülkelerin Cepten Sağlık Harcamalarına İlişkin Karar Ağacı Modeli



Şekil 9 incelendiğinde modelin 5 düğümden (node) oluştuğu görülmektedir. Düğüm 0, bağımlı değişkeni (cepten sağlık harcama oranı) göstermektedir. Diğer düğümler ise bağımsız değişkene (yolsuzluk düzeyi) ait düğümlerdir. Analiz sonucunda bağımsız değişken homojen 4 düğüme ayrılmıştır. Her bir düğümden yolsuzluk düzeyine göre cepten sağlık harcamalarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri elde edilmiştir. Ortalamalara bakıldığında, düğüm 1’den düğüm 4’e doğru bir azalma olduğu görülebilmektedir. Düğüm 1, yolsuzluğun en yüksek olduğu grubu ifade etmektedir. Bu grubun cepten sağlık harcama ortalaması 6,594 ve standart sapması ise 1,665’tir. Düğüm 4’e bakıldığında ise cepten sağlık harcama ortalamasının 4,084 olduğu standart sapmasının ise 1,066 olduğu görülmektedir. Diğer düğümlere de bakıldığında düğüm 1’den düğüm 4’e doğru cepten sağlık harcama düzeyinde bir azalmanın olduğu görülebilecektir.

Chaid analizinde bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde ne derece etkili olduğu F değerine bakılarak anlaşılır. Chaid analizi sonucunda yolsuzluğun cepten sağlık harcamaları üzerinde önemli etkiye sahip olduğu anlaşılmıştır. Yolsuzluk arttıkça cepten sağlık harcamaları artmakta, yolsuzluk azaldıkça benzer şekilde cepten sağlık harcamaları da

azalmaktadır. Yolsuzluk ve cepten sağlık harcamaları arasında doğrusal bir ilişkinin olduğu anlaşılmıştır ($F_{(3, 134)} = 21,876$; $p=0,000<0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bir ülkede yolsuzluğun yaygın olması ülkenin ekonomik gelişimini ve kalkınmasını olumsuz etkiler. Yolsuzluk tüm sektörlerde görülebileceği gibi sağlık sektöründe de görülmekte ve sağlık hizmetlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Yolsuzluğun sağlık ile ilişkisi son dönemde çok sayıda çalışma ile araştırılmıştır (Xu vd. 2003; Rönnerstrand ve Lapuente, 2017; van Deurzen, 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 yılı raporuna göre cepten sağlık harcamalarının yüksek olduğu ülkelerde insanların katastrofik sağlık harcamalarına maruz kalma ihtimali oldukça yüksektir. Yolsuzluk ile katastrofik sağlık harcamaları arasındaki ilişkiyi araştırmak üzere yapılan Tek Yönlü ANOVA ve Chaid analizleri sonucunda yolsuzlukla katastrofik sağlık harcamaları arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla H_1 hipotezi kabul edilmiştir. Her iki analiz sonucuna göre, yolsuzluğun yüksek olduğu ülkelerde cepten sağlık harcaması düzeyinin de oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.

Xu vd. (2003), yolsuzluğun hane gelirleri üzerinde yıkıcı etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Rose (2006), gelişmekte olan ülkelerde insanların yolsuzluğa maruz kalmasının sağlık üzerinde olumsuz etki yarattığını saptamıştır. Radin (2013), ülkede yaşanan yolsuzluğun insanlarda olumsuz algıya sebep olduğunu dolayısıyla halkın sağlık sunucularına güvenlerinin azalmasına sebebiyet verdiğini saptamıştır. Zhang vd. (2014), Çin'de doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının büyük miktarda rüşvet alarak yolsuzluk olaylarına karıştığını ifade etmiştir. Özellikle doktorların düşük ücret nedeniyle rüşvet almalarının oldukça olumsuz bir durum olduğunu belirterek rüşvet ödeme gücü bulunmayan hastalar üzerinde büyük baskı oluşturduğunu savunmuştur. Kumar ve Bhasker (2015), Hindistan'da onkoloji merkezlerinde yapılan yolsuzlukları konu edindiği çalışmada, bu merkezlerde yapılan yolsuzlukların insanlarda düşük yaşam kalitesi ile sonuçlandığını ileri sürmüşlerdir. Habibov (2016), yolsuzluğun sağlık hizmetinden elde edilen tatmin üzerine etkisini araştırdığı çalışmada, yolsuzluk algısının hastalarda yüksek olmasının hastaların sağlık hizmetinden elde ettikleri tatmin düzeyini düşürdüğünü saptamıştır. Cavalieri vd. (2017), sağlık hizmetlerinin sunumu için yapılan sözleşmelerin çoğunlukla yolsuzluktan etkilendiğini bu durumun da sağlık hizmetleri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu ifade etmiştir. Van Deurzen (2017), yolsuzluğun insanların mental (zihinsel) sağlığı üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu

yaptığı statik ve dinamik analizler sonucunda ortaya koymuştur. Rönnerstrand ve Lapuente (2017), Avrupa ülkeleri üzerine yaptığı çalışmada, yolsuzluğun ülkelerde antibiyotik kullanımını arttırdığı bunun sonucunda ise insan sağlığı üzerinde büyük bir tehdit oluştuğunu ileri sürmüştür. Vian (2008), yolsuzluğun sağlık sistemi içerisinde yaygınlaşmasının insanların sağlık hizmetlerine erişimini kısıtlayacağını dolayısıyla kamu sağlığını kötü etkileyeceğini ifade etmiştir. Bunun yanı sıra, yolsuzluğa bağlı olarak da kamu otoritelerine karşı kamu güveninin azalacağını ileri sürmüştür. Görülebileceği üzere yolsuzluk, birey ve toplum sağlığı üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak olumsuz etkilere sahiptir. Yolsuzluğun insan sağlığı üzerindeki etkisi açısından değerlendirildiğinde, bu çalışmada elde edilen bulgular literatür ile paralellik göstermektedir ve literatürden elde edilen bulgular bu çalışmada elde edilen bulguları destekler niteliktedir. Gerek literatürden gerekse de bu çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular, yolsuzluğun insan sağlığını doğrudan veya dolaylı bir şekilde olumsuz olarak etkilediğini ortaya koymaktadır.

Gelişmekte olan, gelir dağılımında eşitsizliğin yüksek ve hukukun üstünlüğünün daha az olduğu ülkelerde kişi başı GSYİH oldukça düşüktür. Kişiler zaten sınırlı olan gelirleri üzerinden sağlık harcamalarını finanse etmek zorunda kaldıklarında ortaya olumsuz bir durum çıkmaktadır. Todaro ve Smith'in (2012: 546) de belirttiği üzere, düşük gelirli hanelerin yolsuzluk için yapacağı harcamalar gelirlerinin büyük bir kısmını oluşturmakta; yüksek gelirli hanelerin yapacağı harcamalar ise gelirlerinin çok küçük bir kısmını oluşturmaktadır. Buradan yola çıkıldığında, yolsuzluk uygulamalarının sosyal statü açısından dezavantajlı gruplar üzerinde yıkıcı etkileri olduğu ileri sürülebilir. Yolsuzluğun yüksek olduğu ülkelerde insanları katastrofik sağlık harcamalarından korumak için sağlık sistemindeki yolsuzluklarla mücadele edilmelidir. Ulusal sağlık finansman sistemleri, insanların sağlık hizmetine erişimini sağlamanın yanı sıra aynı zamanda kişileri finansal katastrofiden koruyacak şekilde dizayn edilmelidir. Bunu sağlamanın yolu da cepten sağlık harcamalarının finansman kaynakları içerisindeki payının azaltılmasıdır. Ayrıca kurumsallaşma yoluna gidilmesi, yasal düzenlemelerin artırılması ve denetim mekanizmasının güçlendirilmesi gerektiği söylenebilir. Riskten koruma politikalarının da hayata geçirilmesi insanların katastrofik sağlık harcamalarından korunmasında etkili olabilecektir.

KAYNAKÇA

- Alpar, Reha (2013) *Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistiksel Yöntemler*, Dördüncü Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Alpar, Reha (2016) *Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik*, Dördüncü Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Avcı, Mehmet, Teyyare, Erdoğan (2012) “Sağlık Sektöründe Yolsuzluk: Teorik Bir Değerlendirme”, *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(2), s. 199-221.
- Ben Ali, Mohamed Sami, Saha, Shrabani (2016), “Corruption and Economic Development. In: Ben Ali, M.-S. (Ed.), *Economic Development in the Middle East and North Africa. In: Challenges and Prospects*, (133-154), New York: Palgrave Macmillan.
- Cavalieri, Marina, Guccio, Calogero Rizzo, Ilde (2017) “On The Role of Environmental Corruption in Healthcare Infrastructures: An Empirical Assessment for Italy Using DEA with Truncated Regression Approach”, *Health Policy*, 121(5), s. 515-524.
- Çınaroğlu, Songül, Şahin, Bayram (2016) “Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki”, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), s. 73-86.
- Ensor, T, Savelyeva, L (1998) “Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union: Some Evidence from Kazakhstan”, *Health Policy Plan*, 13, s. 41-49.
- Habibov, Nazim (2010) “Hospitalization in Tajikistan: Determinants of Admission, Length of Stay, and Out-Of-Pocket Expenditures. Results of A National Survey”, *International Journal of Health Planning and Management* 25, s. 251-269.
- Habibov, Nazim (2016) “Effect of Corruption on Healthcare Satisfaction in Post-Soviet Nations: A Cross-Country Instrumental Variable Analysis of Twelve Countries”, *Soc. Sci. Med*, 152, s. 119-124.
- Habibov, Nazim, Cheung, Alex (2017) “Revisiting Informal Payments in 29 Transitional Countries: The Scale and Socio-Economic Correlates”, *Social Science & Medicine*, 178, s. 28-37.
- Helliwell, James, Huang, Haiyan (2008) “How's Your Government? International Evidence Linking Good Government and Well-Being”, *Br. J. Political Sci.* 38, s. 595-619.
- IBM Company (2017) “IBM SPSS Decision Trees”, [www. ibm.com](http://www.ibm.com).
- International Labour Organization(1999) *Out-Of-Pocket Health Expenditure In Latin America And The Caribbean: The Efficiency Rationale For Extending Social Protection In Health*, Meksika.
- Kaitelidou, Daphne, Galanis, Petros, Siskou, Olga vd. (2015), “Out Of Pocket Payments For Health Care Services: Financial Burden and Barrier to Access For Migrants Living In Greece”, *2nd International Conference on Education, Social Sciences and Humanities*, 8-10 June 2015- İstanbul, Turkey.
- Kayri, Murat, Boysan, Murat (2007) “Araştırmalarda Chaid Analizinin Kullanımı ve Baş Etme Stratejileri İle İlgili Bir Uygulama”, *Journal of Faculty of Educational Sciences*, 40(2), s. 133-149.

- Khan, Mushtaq H. (2006) “Determinants of Corruption in Developing Countries: The Limits of Conventional Economic Analysis”, (1-35), *International Handbook on the Economics of Corruption*, Cheltenham: Edward Elgar.
- Kumar, Ramaiah Vinay, Bhasker, Suman (2015) “Administrative Corruption in Oncology Units of Developing Countries: Overview, Its Impact and Possible Methods to Curb It”, *Journal of Cancer Policy*.
- Mwaffisi, M.J. (1999) Presentation During the 9th International Anti-Corruption Conference in 1999. Online: http://9iacc.org/papers/day4/ws7/dnld/d4ws7_mjmwaffisi.pdf
- Naga, Ramses H. Abul, Lamiraud, Karine (2008) “Catastrophic Health Expenditure and Household Well-Being”, (1-18), London.
- Radin, Dagmar (2013) “Does Corruption Undermine Trust In Health Care? Results From Public Opinion Polls in Croatia”, *Social Science & Medicine*, 98, s. 46-53.
- Rose, Richard (2006) Corruption Is Bad For Your Health, From Transparency International, Global Corruption Yearbook 2006. London: Pluto Press, s. 39-43.
- Rönnerstrand, Björn, Lapuente, Victor (2017) “Corruption and Use of Antibiotics in Regions of Europe”, *Health Policy*, 121, s. 250-256.
- Rule of Law Index (2014) World Justice Project. www.worldjusticeproject.org.
- Ryvkin, Dmitry, Serra, Danila, Tremewan, James (2017) “I Paid A Bribe: An Experiment On Information Sharing and Extortory Corruption”, *European Economic Review*, 94, s. 1-22.
- Scott, Semrau, K, N, Vian, T (2010) “Embezzlement of Donor Funding In Health Projects In Vian, T., Preventing Drug Diversion Through Supply Chain Management”, U4 Brief 4, Chr. Michelsen Institute, Bergen, Norway.
- Suh, Eunju, Alhaery, Matt (2015) “Predicting Cross-Gaming Propensity Using E-CHAID Analysis”, *UNLV Gaming Research & Review Journal*, 19(1), s. 31-49.
- Tavits, M (2008) “Representation, Corruption, and Subjective Well-Being”, *Comp. Polit. Stud*, 41.
- The Office of the International Labor Organization ve The Office of the Pan American Health Organization (1999) *Out-Of-Pocket Health Expenditure In Latin America and The Caribbean: The Efficiency Rationale For Extending Social Protection In Health*, Meksika.
- Thompson, R, Witter, S (2000) “Informal Payments in Transitional Economies: Implicationsfor Health Sector Reform”, *Int. J. Health Plan. Manag*, 15, s. 169-187.
- Todaro, Michael P., Smith, Stephen C. (2012) *Economic Development*, 11. Baskı, Boston: Pearson Yayınları.
- Tokatlıoğlu, İbrahim, Tokatlıoğlu, Yağmur (2014), “Türkiye’de 2002-2011 Yılları Arasında Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Yaratma Kapasitesi”, *Ekonomik Yaklaşım*, 24(87), s. 1-36.
- Transparency, I, 2014. Corruption Perceptions Index 2014. Veriler <http://www.transparency.org/cpi2014/press>:. adresinden elde edilmiştir.
- Transparency International (2016). Corruption In The Pharmaceutical Sector.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2014) www.tuik.gov.tr.

Türkiye İstatistik Kurumu (2016) www.tuik.gov.tr.

United Nations Development Programme (2011). Fighting Corruption In The Health Sector Methods, Tools And Good Practices, New York, www.undp.org/governance and www.undp.org/poverty.

USAID (2002) *Corruption and The Health Sector*, Washington.

Van Deurzen, Ioana (2017) “And justice for All: Examining Corruption As A Contextual Source of Mental Illness”, *Social Science & Medicine*, 173, s. 26-34.

Vian, Taryn (2008) “Review of corruption in the health sector: theory, methods and interventions”, *Health Policy and Planning*, 23(2), s. 83–94.

WorldBank, (2014) World Development Indicators. <http://data.worldbank.org/datacatalog/world-development-indicators>.

World Health Organization (2005) *Designing Health Financing Systems To Reduce Catastrophic Health Expenditure*, Geneva.

Xu, Ke, Evans, David B, Kawabata, Kei, Zeramdini, Riadh, Klavus, Jan, Murray, Christopher J L (2003) “Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis”, *The Lancet*, 362, s. 111-117.

Zhang, Yi, Yu, Yong-Sheng, Tang, Zheng-Hao, Chen, Xiao-Hua, Zang, Guo-Qing (2014) “Crack Down on Medical Corruption: An Urgent Matter in China”, *European Journal of Internal Medicine*, 25(1), s. e2-e3.