

# Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?\*

Hacer ÖZGEN \*\*

## ÖZET

*Cepten harcamalar, birçok ülkede değişen boyutlarda sağlık sistemi finansman aracı olarak kullanılmaktadır. Özellikle düşük gelirli ülkeler açısından önemli bir finansman kaynağı olan cepten harcamalar, olumlu etkilerinin yanı sıra bireyler ve sağlık sistemi açısından birçok önemli sorun yaratma potansiyeline sahiptir. Bu nedenle, cepten harcamalar, ülkelerin temel finansman politikaları ile ilgili sorunlarından biridir. Bu makalede, cepten sağlık harcamasının tanımı, unsurları ve etkileri açıklanmakta ve cepten harcamaların etkileri ile baş edebilme yollarına ilişkin tartışmalar sunulmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Finansmanı, Cepten Sağlık Harcaması

## Out-of-pocket Payment in Health Services Financing: What is it? Why is it Important?

## ABSTRACT

*Out-of-pocket payments are used in several countries in varying magnitudes as a health financing tool. Being a significant financing source especially in low income countries, out-of-pocket payments have a potential to cause a number of serious adverse impacts for individuals and systems, as well as benefits. Therefore, out-of-pocket payments are one of the primary health financing problems of countries. In this article, definition and components of out-of-pocket payments are explained and their impacts on a variety of aspects are presented along with debates on the ways to deal with those issues.*

**Key Words:** Health Financing, Out-of-pocket payment for Health

\* Bu makale 09.09.2008 tarihinde dergiye gönderilmiş, 12.11.2008 tarihinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

\*\* Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmeti ihtiyacının önceden belirlenebilir nitelikte olmaması nedeniyle sağlık hizmetleri kullanımı bireyler ve hanehalkları üzerinde öngörülemeyecek finansal yük yaratabilmektedir. Bu riski ortadan kaldırmak amacıyla sağlık sistemi finansman ihtiyacını karşılamakta kullanılan kaynaklardan biri, cepten harcamalardır. Farklı ülkelerde değişen boyutlarda ve şekillerde kullanılan cepten harcamalar, bir yandan ilave kaynak sağlamak ve maliyetleri azaltmak amaçları ile bireyler ve sistem açısından olumlu etkiler yaratabilirken, diğer yandan bireyler ve sistem açısından önemli sorunlara yol açabilmektedir. Bu nedenle, bu finansman kaynağı ülkelerin temel finansman politikaları ile ilgili sorunlarından biri olmuştur.

Cepten harcamaların yol açtığı önemli sorunlar özellikle bu harcamaları finansmanda büyük ölçüde kullanan ülkelerde görülmektedir. Türkiye’de cepten harcamaların toplam sağlık harcaması içindeki payı, 1992 yılında %30’dan 2006 yılında %19’a gerilemiştir (Tokat 1998; SB 2007) ancak bu rakam hala dikkate değerdir. Ayrıca mevcut çalışmalar Türkiye’de cepten harcamalarla ilgili önemli sorunların varlığına işaret etmektedir (Liu ve diğerleri 2005; SB 2006; Tatar et al. 2007; Özgen et al; Öz 2008).

Bu makalede, cepten sağlık harcaması hakkında bilgi verilmektedir. Bu bağlamda, cepten harcamanın ve unsurlarının tanımı hakkında bilgi verilmekte ve bireyler ve sağlık sistemi açısından neden önemli olduğu açıklanmaktadır. Makalenin son bölümünde cepten harcamanın olumsuz etkileri ile mücadele etmede önerilen genel yaklaşımlar ele alınmaktadır.

## II. CEPTEN HARCAMA TANIMI VE UNSURLARI

Cepten harcama, doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından yapılan ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Belli et al. 2002; Mossialos, Dixon 2002). Bu tanımdan da anlaşılacağı gibi, cepten harcamalar ön ödeme mekanizmasının<sup>1</sup> olmaması (WHO 2000) ve ödemelerin hizmetin alındığı yerde ve zamanda doğrudan hizmet sunucuya yapılması özellikleriyle (Belli et

---

<sup>1</sup>Ön ödeme mekanizması, bireylerin veya hanehalklarının finansal riski paylaşmak için kamu veya özel geri ödeme kurumlarına gönüllü veya zorunlu olarak yaptıkları ödemelerdir (WHO 2000).

al. 2002; Xu et al. 2006; WHO 2004) özel sağlık sigortası, sosyal sigorta ve vergi gelirleri gibi diğer finansman yöntemlerinden ayrılmaktadır.

Cepten harcamalar, formal (formal/official) ve informal (informal/unofficial/under the counter/under the table) olmak üzere iki farklı şekilde gerçekleşmektedir (Belli et al. 2002). Doğrudan ödemeler ve maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşen formal cepten harcamalar, ilgili yasalar veya düzenlemeler çerçevesinde bireyin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir (Belli et al. 2002). Doğrudan ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri ihtiyacının herhangi bir sağlık güvencesi programı tarafından karşılanmadığı durumlarda, hizmet bedelinin tamamı için yapılan ödemelerdir (Mossialos, Dixon 2002). Maliyet paylaşımı ödemeleri katkı payı (co-payment), ortak/müşterek sigorta (co-insurance) ve katılım eşikli katkı payını (deductible) içermektedir (WHO 2004).

Katkı payı, bir sağlık güvencesi programı kapsamında olan bireylerin aldıkları her sağlıkla ilgili mal veya hizmet bedelinin sabit bir miktarı için yaptıkları ödemedir. Örneğin, alınan her poliklinik hizmeti için 2 YTL ödenmesi katkı payı, yatarak alınan her sağlık hizmeti için fatura bedelinin %1'inin ödenmesi ise ortak sigorta ödemesidir. Katılım eşikli katkı payı, sağlık sigortasının devreye gireceği eşik değer öncesinde bireylerin ödemek zorunda oldukları miktardır. Örneğin, katılım eşikli katkı payının 1.000 YTL olması durumunda, kişi bir yıl boyunca aldığı sağlık hizmetleri için 1.000 YTL'ye kadar cepten harcama yapmakta, 1.000 YTL'yi aşan sağlık hizmetleri alımında sağlık güvencesi programı geri ödeme için devreye girmektedir (WHO 2004).

İnformal ödemelerin genel kabul gören bir tanımı olmamakla birlikte, "sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemeler" olarak tanımlanmaktadır (Belli et al. 2002). İnformal ödemeler, nakit, hediye ve aynı katkı şeklinde gerçekleşebilmektedir (Gaal, Belli, McKee and Szocska 2006). Sağlık personeline doğrudan elden verilen para ve bir kamu hastanesine yatış için bu hastanede çalışan bir hekime yapılan özel muayene ödemesi informal nakit ödemelere örnektir (Shahriari et al. 2001; Tatar et al. 2007). Bazı ülkelerin sağlık hizmeti sunucularının informal nakit ödemeler için fiyat tarifeleri hazırlayarak bu ödemeler için formal ortam hazırladıkları görülmektedir. Örneğin, Kazakistan'da 1995 yılında uygulamaya konulan genel sağlık sigortası (GSS), primlerin toplanması ve kişilerin GSS ile elde

edecekleri faydalar konusunda şüphe duymalarına neden olmuş, bu nedenle, sağlık sistemi hastaların yaptıkları informal ödemelerle faaliyet göstermeye başlamış ve hizmet sunucular informal ödeme tarifeleri hazırlamışlardır. Bu noktada kaliteli hizmet almak için ne kadar ödeme yapmaları gerektiğinden emin olmak isteyen hastalar nedeniyle bu sistem kabul görmüştür (Ensor, Savelyeva 1998). Sağlık personeline verilen çiçek, çikolata, gayrimenkul, çeşitli gıda maddeleri için yapılan ödemeler hediye ödemelerine; yatak çarşafı, yiyecek, refakatçi, ilaç gibi hastanede yatarken dışarıdan temin edilen sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için yapılan ödemeler aynı katkı ödemelerine örnek olarak verilebilir (Gaal, Belli, McKee and Szocska 2006; Balabanova, McKee 2002). İnfomal ödemeler, Türkiye'nin de aralarında bulunduğu birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanında değişen boyutlarda kullanılmaktadır (Belli et al. 2002; Tatar et al. 2007; Balabanova, McKee 2002; Liaropoulos et al. 2008; Lewis 2000; Gaal, Evetovits and McKee 2006; Chiu et al. 2007).

Yukarıdaki açıklamalardan da anlaşılacağı gibi, cepten harcamalar ilaç, hekim hizmetleri, hastaneye yatış ücreti, tıbbi malzemeler gibi sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için yapılmaktadır. Bu mal ve hizmetler için yapılan ödemelerin yanı sıra “acaba özel sağlık sigortası satın almak amacıyla yapılan prim ödemeleri ve hanehalklarının sağlık amaçlı harcamaları için başka hanelerden yapılan yardımlar da cepten harcama mıdır?” şeklinde bir soru akıllara gelebilir. Cepten harcama tanımı gereği, bir harcamanın cepten harcama olarak kabul edilmesi için, bu harcamanın bireyin veya hanehalkının kendisi tarafından doğrudan hizmet sunucuya yapılmış olması gerekir. Ancak bu, birey veya hanehalkının bir hizmet sunucuya ödeme yaptıktan sonra, ödediği miktarın bir kısmını veya tamamını başka kişi veya kurumdan geri ödeme veya yardım olarak geri alması anlamına gelmemektedir. Bu durumda, cepten harcama miktarı, geri ödeme veya yardım olarak bireye veya hanehalkına geri dönen miktar çıkarıldıktan sonra kalan miktardır. Örneğin, Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) bağlı bir bireyin ilaç için ödediği paranın tamamını SGK'dan geri alması durumunda, cepten harcama yapmamış olacaktır.

Bu kriterlere göre, özel sağlık sigortası prim ödemelerinin cepten harcama olarak nitelendirilemeyeceği açıktır (Shen, McFeeters 2006; Ruger, Kim 2007). Ayrıca ulusal sağlık hesapları açısından ele alındığında, özel sağlık sigortası şirketleri bir finansman kurumudur ve kapsadığı bireylerin sağlık harcamalarını bireyler/hanehalkları ve/veya işveren tarafından ödenen primlerle

karşılıkmaktadır. Bu nedenle, bu grupların yaptığı özel sağlık sigortası prim ödemelerinin cepten harcama kabul edilmesi durumunda, cepten harcama çift sayılmış olacaktır. Bu da, bir ülkenin özel sağlık harcamasının ve toplam sağlık harcamasının olduğundan daha yüksek belirlenmesine yol açacaktır.

Hanelerin başka hanelerden sağlıkla ilgili harcamaları için yardım alması da aynı şekilde cepten harcama değildir. Bir hanenin sağlık harcamasının kısmen veya tamamen bir başka hane tarafından karşılanması durumunda, ödeme doğrudan hizmet sunucuya yapılmaktadır. Ancak hane halkı hizmet sunucuya ödenen miktarı kendi gelirinden ödemediği için yapılan harcama, hane gelirinden karşılanan ve geri dönmeyen harcama değildir. Bu da, bu hanenin sağlık harcamasının yarattığı finansal yük ile karşı karşıya kalmadığı anlamına gelmektedir.

Özetle, cepten sağlık harcaması, hane halklarının aldıkları sağlıkla ilgili mal veya hizmetler için hizmet sunuculara doğrudan yaptıkları ve herhangi bir kişi veya kurum tarafından kısmen veya tamamen kendilerine geri ödenmeyen harcamadır. Dolayısıyla hane halkları tarafından yapılan her tür sağlık harcaması, cepten harcama değildir. İzleyen bölümde, birçok ülkenin sağlık sistemi finansmanında önemli rol oynayan cepten harcamaların çeşitli açılardan etkileri anlatılmaktadır.

### **III. CEPTEN HARCAMANIN ÖNEMİ**

Sağlık amaçlı yapılan cepten harcamalar sağlık hizmetleri finansmanında ek kaynak yaratma, bireylerin çeşitli hizmetlerin maliyetlerini ve faydalarını gözönüne almalarını ve dolayısıyla gereksiz sağlık hizmeti kullanımından kaçınmalarını sağlama ve özellikle kamu sağlık harcamalarını azaltma ve kontrol etmede kullanılan bir araçtır (Van de Ven 1983; Hopkins, Cumming 2001; Liu, Zhao 2006). 1980'li yıllarda sağlık finansman aracı olarak kullanılmaya başlayan cepten harcamalar, 1990'lı yıllardan itibaren gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini sağlamak için yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır (Walley et al. 2001). Bu nedenle cepten harcamaların boyutu, özellikle yoksulluk ve informal sektörün yaygınlığı nedeniyle vergiler ve sosyal sigorta primleri aracılığı ile sağlık için yeterli finansmanın yaratılmadığı gelişmekte olan ülkelerde çok daha yüksektir (Creese, Kutzin 1995; Gottret, Schieber 2006). Nitekim cepten harcamaların toplam harcama içindeki payının gelişmiş ülkelerde ortalama

%20, orta gelirli ülkelerde %40 ve düşük gelirli ülkelerde %60'dan fazla olduğu raporlanmıştır (Gottret, Schieber 2006).

Cepten harcamaların sağlık sistemi finansmanı açısından sağladığı bu genel faydalar, cepten harcama türleri itibariyle de irdelenebilir. İnfomal ödemelerin en yaygın sebepleri arasında sağlık sistemine ek kaynak sağlayarak, kaynak yetersizliği nedeniyle azalan sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı artırması veya hızlandırması yer almaktadır (Belli et al. 2002; Shahriari et al. 2001; Falkingham 2004). İhtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine veya mallara erişim ve kullanımda iyileşme sağlanması bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini olumlu etkileyebileceğinden, infomal ödemeler, bireyler ve sağlık sistemi açısından olumlu etkileri olan bir finansman kaynağı olarak değerlendirilebilir.

Cepten harcamaların bir diğer türü olarak katkı paylarının (ve ortak sigortanın) da genel olarak sağlık sistemi açısından iki önemli olumlu etkisi vardır. Birincisi, vergi veya sosyal sigorta katkıları yetersiz olduğunda sağlık sistemi finansmanına ek kaynak yaratmasıdır. İkincisi, sağlık hizmetlerinin kalitesine ve maliyetine ilişkin bilinç düzeyini artırarak, düşük kaliteli ve gereksiz sağlık hizmeti talebini sınırlandırması ve dolayısıyla maliyetleri azaltması ve verimliliği artırmasıdır (Walley et al. 2001; Maynard, Dixon 2002; Smith 2005).

İkinci görüşün dayanağı, sağlık harcamalarının kamu veya özel kurum/kuruluşlar tarafından karşılanması durumunda (üçüncü taraf ödeme sistemi), ahlaki tehlike (moral hazard) sorunu nedeniyle sağlık hizmetlerine gereksiz talep artışının harcamalarda artışa neden olmasıdır (Walley 2001; Maynard, Dixon 2002). Bir başka ifadeyle, bireyler sınırsız veya geniş kapsamlı sağlık güvencesine sahip olduklarında ve cepten harcama yapmadıklarında, gereksiz veya çok pahalı mal ve hizmetleri satın alma eğilimi gösterirler. Bu davranış, kaynakların verimsiz kullanımının yanı sıra kaynak yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamayan veya yeterince yararlanamayan bireylerin sağlık statüsünü de olumsuz etkileyebilir.

Katkı payları, sağlık hizmetlerine olan talebin yönünü değiştirmede de etkili olabilir. Örneğin, sevk zincirinin etkili şekilde uygulanmadığı ülkelerde ikinci basamak sağlık hizmetleri için katkı payı uygulamasının getirilmesi, bireyleri öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına yönlendirebilir (Walley 2001). Bu noktada, birinci basamak hizmet sunucuların sunduğu hizmetin

kalitesi ve bireylerin bu grup hizmet sunuculara duyduğu güveninin de önemli olduğu hatırdta tutulmalıdır (Özgür ve diğerleri 2008).

Sağlık sistemi ve bireyler açısından önemli amaçlara hizmet eden cepten harcamalar bireyler, toplum ve sistem için çeşitli açılardan olumsuz sonuçlar doğurabilir. Sağlık hizmetlerine olan talep, cepten harcamalar ile kontrol altında tutularak toplam sağlık harcamasındaki aşırı ve gereksiz artışlar önlenabilir. Ancak cepten harcamalar “gerekli/elzem” sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım için bir finansal engel oluşturduğunda, gelecekte çok daha pahalı sağlık hizmetlerinin kullanılması anlamına gelebilir. Bu durum sağlık ihtiyacı daha fazla ancak ödeme gücü düşük özellikle yoksul bireyler için geçerlidir. Bu nedenle cepten harcamaların iki önemli olumsuz etkisi, daha kötü sağlık düzeyi ve artan sağlık harcamaları olarak belirtilmekte, cepten harcamaların verimliliği ve hakkaniyeti sağlayamadığı vurgulanmaktadır (Gottret, Schieber 2006; Rice 1997; Whitehead et al. 2001; James et al. 2006; Gemmill et al. 2008). Farklı şekillerde gerçekleşen cepten harcamaların olumsuz etkileri sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım, ilaç kullanımı, hastalıkların tedavisi, katastrofik harcamalar, yoksullaşma, verimlilik ve reformlar ve yeniden dağıtıcı etki (redistributive effect) itibariyle izleyen bölümlerde ayrıntılı olarak sunulmaktadır.

### **3.1. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kullanım**

Ahlaki tehlike sorununu önlemek ve ek kaynak yaratmak temel amaçları ile uygulanan cepten harcamalar, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımını engelleyebilir veya sınırlayabilir (Russell, Gilson 1997). Nitekim sağlık sistemi finansmanı için ek kaynak yaratmak temel amacı ile uygulanan cepten harcamaların, 39 ülkede mevcut kaynaklarda çok az artış yarattığı, buna karşın yoksul nüfusun birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini önemli ölçüde azalttığı aktarılmaktadır (Whitehead et al. 2001). Aslında bu konu 1970’li yıllardan bu yana literatürde tartışılmaktadır (Scitovsky, McCall 1977).

Cepten harcamalar çoğunlukla düşük gelirli ülkelerde önemli finansman kaynağı olduğundan, katkı payları özellikle bu ülkelerde sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında bir finansal engeldir. Örneğin, Uganda’da birinci basamak kamu sağlık birimlerinde alınan hizmetler için katkı payı uygulamasının 2001 yılında kaldırılmasının özellikle yoksullar arasında sağlık hizmeti kullanımını artırdığı bulunmuştur (Xu et al. 2006; Burnham et al.

2004). Kenya, Zambiya ve Gana'da katkı payı uygulamasının hayata geçirilmesi ayakta sağlık hizmeti başvurularını azaltmıştır (Willis, Leighton 1995; Blas, Limbambala 2001; Biritwum 1994). Kamboçya, Nijerya, Kenya ve Papua Yeni Gine'de de katkı payı uygulaması veya katkı payındaki artış özellikle kamu sağlık birimlerine olan talebi önemli ölçüde azaltmıştır (Jacobs, Price 2004; Meuwissen 2002; Mwabu et al. 1995; Thomason et al. 1994). Vietnam'da yoksul bireyler cepten harcama nedeniyle sadece acil durumlarda sağlık hizmeti almaktadır (Tipping 2000).

İnformal ödemeler de, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımını olumsuz etkileyebilir. Bu anlamda raporlanan sorunlardan biri, ödeme yapan ve yapmayan kişiler arasında alınan hizmetler açısından farklılaşma olabilmesidir (Gaal, McKee 2005). Kazakistan'da kamuda çalışan hekimlerin informal ödeme yapan hastalara daha kaliteli hizmet sundukları bulgusu, informal ödemelerin bu anlamdaki etkisini destekleyen bir örnektir (Thompson, Xavier 2002). Bu şekildeki bir ayrımcılık, sağlık hizmetlerine erişim açısından ciddi sorunlar doğurabilir. Ayrıca, dünyanın en yoksul ülkelerinden biri olan Tacikistan'da (World Bank 2004), birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanan yoksul halk, uzman hekim hizmetlerinden yararlanma konusunda ciddi zorluk yaşamaktadır (Tediosi et al. 2008). Bu ülkede cepten harcamaların toplam sağlık harcamasının 2/3'ünü oluşturduğu (WHO 2007) ve bunun da büyük kısmının informal olduğu dikkate alındığında (Falkingham 2004; Tediosi et al. 2008), informal ödemelerin yoksul halkın uzman hekim hizmetlerinden yeterince yararlanamamasına önemli katkı yaptığı söylenebilir.

### **3.2. Tedavi Edilmeyen Hastalık**

Cepten harcamaların olumsuz etkileri sağlık hizmetine en fazla ihtiyacı olan ve ödeme gücü olmadığı için sağlık hizmeti alamayan ve dolayısıyla hastalığı tedavi edilmeyen bireyler arasında görülmektedir (Whitehead et al. 2001). Cepten harcamaların yoksullar arasındaki bu etkisi, gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın dünyanın birçok yerinde yapılan araştırmalarla ortaya koyulmuştur. Örneğin, Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları (USH) Hanehalkı Sağlık Harcamaları 2002-2003 Araştırmasında sağlık sorunu olan bireylerin %15,5'inin sağlık sorununu çözmek için hiçbir şey yapmadığını ve bu durumun, 5. gelir dilimindeki bireylerle karşılaştırıldığında (%8,71), 1. gelir dilimindeki bireyler arasında çok daha yüksek olduğu (yaklaşık %25) bulunmuştur (SB 2006). Liu ve arkadaşlarının (2005) bu konu ile ilgili yaptığı



ilave analizlerde, 1. gelir diliminde sağlık sorununun çözümü için hiçbir şey yapmayan bireylerin %62,5'inin buna gerekçe olarak finansal nedenleri gösterdiği belirlenmiştir.

Hindistan'da sağlık sorunu olduğu halde sağlık hizmeti almayan bireylerin %25'den fazlası için maddi nedenler gerekçe olarak belirlenmiştir (Iyer, Sen 2000). Tacikistan'da sağlık sorunu yaşayan yoksul bireyler arasında maddi zorluk nedeniyle hizmet alamayanlar zengin bireylerin iki katıdır. Ayrıca bu ülkede reçetelenen ilaçları zengin bireylerin %24'ü alamazken, yoksul bireylerin %70'i alamamaktadır (Falkingham 2004). Gürcistan'da yoksul bireyler arasında sağlık hizmeti almama prevalansı daha yüksektir ve yaklaşık  $\frac{3}{4}$ 'ünde temel sebep maddi nedenlerdir (Gotsadze et al. 2005). Çin'de kırsal kesimde yaşayan bireyler arasında sağlık sorunu yaşayanların %35-40'ının sağlık hizmeti almamasının başlıca nedeni maddi zorluktur (Fu 1999). İsveç'te 1990'lı yıllarda cepten harcamaların toplam sağlık harcaması içindeki payının %10'dan %16'ya çıkmasının yılda 250 bin kişinin reçetelenen ilaçları alamamasına yol açmıştır (McIntyre et al. 2006). İsrail'de, sağlık sorunu olan bireylerin %14'ünün katkı paylarından dolayı hekim muayenesi, ilaç, teşhis işlemleri gibi sağlık hizmetlerini almadığı ve bu bireylerin çoğunluğunun yoksul olduğu belirlenmiştir (Gross et al. 1999). Benzer sorunlar, sağlık sorunu olan bireylerin %10'unun cepten harcamalardan dolayı sağlık hizmeti alamadığı ve %16'sının hastalıklarının tedavisi için gerekli ilaçları alamadığının belirlendiği Gürcistan'da da yaşanmaktadır (Skarbinski et al. 2002).

### **3.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı**

İlaç harcamalarını azaltmak ve gereksiz ilaç kullanımını engellemek amacıyla uygulanan ilaç katkı payları, hayatın idame ettirilmesi, kronik hastalıklar ve bulaşıcı hastalıkların kontrol altına alınmasında önemli rol oynayan ilaçların kullanımında da azalmaya sebep olabilir. Bu da, bireyin ve toplumun sağlık düzeyinde ciddi olumsuz etkiler yaratabileceği gibi, sağlık harcamalarında artışı da beraberinde getirebilir (Austvoll-Dahlgren et al. 2008).

Katkı payları, hekim önerisi dışında ilaç kullanımı ve bununla ilgili istenmeyen etkilere de zemin hazırlayabilmektedir. Gana'da katkı payı uygulamasının bireylerin sağlık hizmeti kullanım davranışlarında değişiklik yaratıp yaratmadığı incelenen bir çalışmada, hanehalklarının poliklinik

muayenesi gibi hizmetler için ödemesi gereken katkı payından dolayı ilaçla kendi kendilerini tedavi etmeyi tercih ettikleri ve bunun da tedavide gecikmeye yol açtığı belirlenmiştir (Asenso-okyere et al. 1998). Vietnam'da da sağlık sorunu olan bireylerin %67'sinin hekim önerisi dışında ilaç aldıkları belirlenmiştir (Prescott 1997).

Hekimlerin akılcı olmayan reçete yazma davranışları da cepten harcamaların boyutunu ve beraberindeki sorunları yaratabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hekim olmayan kişiler tarafından yazılan ilaç reçetelerinin gereksiz ve akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açtığı vurgulanmaktadır (Whitehead et al. 2001). Örneğin, Hindistan'da yapılan bir araştırmada reçetelerin %19'unun akılcı olmadığı, %47'sinin gereksiz olduğu ve %11'inin tehlikeli olduğu tespit edilmiştir (Phadke 1996). Ayrıca Hindistan'da ilaç harcamalarının %70'e varan kısmının gereksiz olduğu raporlanmıştır (Iyer, Sen 2000). Meksika'da yoksul bir bölgede yapılan araştırmada, akılcı olmayan reçete yazımından dolayı, bir bireyin ayda ortalama 13 günlük asgari ücretine eşit değerinde gereksiz ilaç harcaması yapıldığı bulunmuştur (Briggs 2000).

İlaçların yeterli dozda alınmamasının, hekim önerisi dışında kullanılmasının ve akılcı olmayan reçete yazma davranışının ilaç direncinin gelişmesi açısından da önemine dikkat çekilmektedir (Xu et al. 2006; Asenso-okyere et al. 1998; Le Grand et al. 1999). Örneğin, Whitehead ve arkadaşları (2001) Vietnam'da antibiyotiklere karşı gelişen direncin akılcı olmayan ilaç satışları ve ilaç kullanımından kaynaklandığını aktarmaktadır. Meksika'da ishal vakalarının %37'sinde antibiyotik kullanıldığı, ancak bu vakaların sadece %5'inde antibiyotik endikasyonu olduğu belirlenmiştir (Bojalil, Calva 1994).

#### **3.4. Katastrofik Harcamalar**

Cepten sağlık harcaması, hanelerin finansal korumadan yoksun kalarak, zorunlu ihtiyaçlarından fedakarlık etmelerine, mevduat hesaplarını kullanmalarına, varlıklarını satmalarına ve borçlanmalarına yol açabilir. Örneğin, Vietnam'da yoksul hanelerin %60'ı borçludur ve borçlanmada sağlık harcaması üçüncü temel sebeptir (Ensor, San 1996). Sağlık harcamalarını karşılamak için kredi kullanılması ve/veya varlıkların satılması Uganda, Bangladeş, Çin ve Tanzanya'da da raporlanmıştır (Whitehead et al. 2001; Kabir et al. 2000; Wilkes A et al. 1997; Tibajuka 1997). Sağlık harcamaları

nedeniyle hanelerin gıda tüketiminden fedakarlık ettiği Bangladeş, Gana, Kamboçya ve Tanzanya’da belirlenmiştir (Whitehead et al. 2001; Tibaijuka 1997; Foster 1994). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), bu tür durumları sağlık harcamalarının yarattığı finansal katastrofi olarak nitelendirmekte ve hakkaniyetli bir finansman sistemi<sup>2</sup> için hanelerin bu riske karşı korunması gerektiğini belirtmektedir (WHO 2000).

Katastrofik cepten sağlık harcaması, her zaman yüksek miktarda bir harcama anlamına gelmemektedir. Düşük miktarda bir cepten harcama yoksul bir birey/hanehalkı için katastrofik olabileceği gibi, yüksek miktarda cepten harcama zengin bir bireyin/hanehalkı için katastrofik olabilir ve hatta yoksullaşmasına sebep olabilir (Xu et al. 2007). Katastrofik cepten harcama genellikle “sağlık harcamasının belli bir dönemde toplam hane geliri veya harcamasının belli bir yüzdesini aşması” olarak tanımlanmaktadır (Russell, Gilson 1997; Skarbinski et al. 2002; Wagstaff, Van Doorslaer 2003). DSÖ’ye göre, katastrofik cepten harcama, cepten harcamanın gıda harcaması çıkarıldıktan sonra kalan hanehalkı gelirin (ödeme kapasitesinin) belirli bir yüzdesini (eşik değeri) aşması durumunda ortaya çıkan harcamadır (Xu et al. 2003). Bu eşik değer ne olması gerektiğine ilişkin bir standart bulunmamakla beraber %5, %10, %15, %25 ve %40 gibi değerler<sup>3</sup> kullanılmaktadır.

Katastrofik cepten sağlık harcamaları ile ilgili çalışmalara örnek olarak Xu ve arkadaşlarının Uganda’da yaptığı çalışma verilebilir (2006). Eşik değer olarak %40’ın kabul edildiği bu çalışmada, yoksul hanehalklarının 1997 ve 2003 yıllarında sırasıyla %6,22 ve %3,11’inin, yoksul olmayan hanehalklarının ise sırasıyla %4,37 ve %2,87’sinin katastrofik harcama yaptığı belirlenmiştir. Bu bulgular, yoksul hanehalklarının katastrofik harcamalar nedeniyle daha fazla finansal risk ile karşı karşıya kaldığını ve katastrofik harcamaların zengin hanehalklarında da ortaya çıkabileceğini göstermektedir.

---

<sup>2</sup> Finansmanda hakkaniyet, hanelerin ödeme gücüne göre sağlık finansmanına katkıda bulunmasıdır (WHO 2000).

<sup>3</sup> Hangi eşik değer en yaygın kullanıma sahip olduğu, paydada hangi değer yer aldığına bağlı olarak değişmektedir. Paydada toplam gelir veya tüketim harcaması yer aldığında, en yaygın kullanılan eşik değer %10 (Wagstaff, Van Doorslaer 2003), paydada ödeme kapasitesi yer aldığında %40’dır (Xu et al. 2003). Ancak her ülke kendi sağlık politikalarına göre eşik değer belirleyebilir (Kawabata et al. 2002).

Van Doorslaer ve arkadaşlarının Asya kıtası nüfusunun %81'ini oluşturan 14 ülkede<sup>4</sup> katastrofik cepten sağlık harcamalarını incelediği çalışma benzer önemde bulgular içermektedir (Van Doorslaer et al. 2007). Bu araştırmada, hem toplam hanehalkı tüketim harcaması içinde cepten harcamanın payı (%5, %10, %15 ve %25 olarak) hem sağlık harcamasının ödeme kapasitesi içindeki payı (%15, %25 ve %40 olarak) itibariyle katastrofik harcamalar incelenmiştir. Toplam hanehalkı tüketim harcaması içinde cepten harcamanın payı itibariyle değerlendirildiğinde, katastrofik harcamalar en fazla Bangladeş, Vietnam, Çin ve Hindistan, Kore ve Tayvan'da, en az ise Malezya, Sri Lanka, Tayland, Endonezya ve Filipinler'de belirlenmiştir. Cepten harcamanın ödeme kapasitesi içindeki payı itibariyle değerlendirildiğinde de, Bangladeş, Vietnam, Çin ve Hindistan katastrofik harcama insidansının en fazla olduğu ülkeler olarak belirlenmiştir. Ancak bu kez, bu ülkeleri Nepal ve Kırgızistan izlemiştir.

### 3.5. Yoksullaşma

Cepten sağlık harcamalarının hanehalkı bütçesindeki payının artması, sağlık sorunundan dolayı yaşanan gelir kaybı da dikkate alındığında, hanehalklarının yoksullaşmasına ve yoksul olanların daha da yoksullaşmasına yol açabilir (WHO 2000; Van Doorslaer et al. 2007; Wagstaff, Van Doorslaer 2001). Cepten harcamaların yol açtığı yoksullaşma durumu, "tıbbi yoksulluk tuzağı" (medical poverty trap) olarak adlandırılmakta (Whitehead et al. 2001) ve cepten harcamalar dünyanın birçok ülkesinde bireyleri ve hanehalklarını yoksulluğa iten başlıca sebepler arasında kabul edilmektedir. Hindistan'da her yıl 32,5 milyon bireyin (nüfusun %3,25'i) ulusal yoksulluk sınırının altına düştüğü belirtilmektedir (Garg, Karan 2005). Ayrıca mevcut durumda zaten düşük olan cepten harcamaların sadece 5 yoksul eyalette kaldırılması durumunda, cepten harcama nedeniyle yoksullaşan nüfusta %60 azalma sağlanabileceği vurgulanmaktadır (Garg, Karan 2005). Asya kıtası nüfusunun %79'unu temsil eden 11 düşük ve orta gelirli ülkede<sup>5</sup> cepten harcamaların yoksullaşmaya etkisini inceleyen Van Doorslaer ve arkadaşları (2006) incelenen ülkelerin toplam nüfusunun %2,7'sinin (78 milyon kişi) cepten harcamalar nedeniyle uluslararası yoksulluk sınırının (günlük kişi başına 1\$) altına düştüğünü ortaya koymuştur.

<sup>4</sup> Çin, Hong Kong, Hindistan, Endonezya, Güney Kore, Kırgızistan, Malezya, Nepal, Filipinler, Sri Lanka, Tayvan, Tayland, Vietnam, Bangladeş

<sup>5</sup> Bangladeş, Çin, Hindistan, Vietnam, Nepal, Endonezya, Malezya, Kırgızistan, Filipinler, Sri Lanka, Tayland.

Cepten harcamalar ABD gibi gelişmiş ülkelerde de yoksullaşmanın temel sebepleri arasındadır (Gottlieb 2000). ABD’de 2001 yılında belirlenen kişisel iflasların yarısının nedeni olarak sağlık harcamaları gösterilmektedir (Himmelstein et al. 2005). Bu araştırmada, ayrıca, sağlık harcamaları nedeniyle iflas eden bireylerin çoğunun sağlık güvencesi kapsamında olduğu ve özel sigortası olan bireylerin ortalama cepten harcamasının sağlık güvencesi olmayan bireylerden daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgular, sağlık güvencesi kapsamında olmanın her zaman finansal koruma sağlamayabileceği ve sağlık güvencesi programları arasında finansal koruma açısından farklılık olabileceğine de bir örnektir. Ayrıca ABD’de yoksul nüfusun cepten sağlık harcamaları her geçen yıl artarak daha da yoksullaşmalarına katkıda bulunmaktadır. 2003 yılında federal yoksulluk sınırının altında yaşayan 65 yaşından genç nüfusun yaklaşık 1/3’ünün hanehalkı gelirinden sağlığa ayırdığı payın 1996 yılına göre %7,4 artarak %10’u geçtiğini ve bu nüfusun %24’ünün hanehalkı gelirinin %20’den fazlasını sağlığa ayırdığı ortaya koyulmuştur (Banthin, Bernard 2006).

Yoksul bireylerin veya hanehalklarının göreceli olarak daha fazla sağlık amaçlı cepten harcama yaptığı ve daha da yoksullaşma riski altında olduğu Çin (Fu 1999), Kırgızistan (World Bank 1999), Vietnam (Segall et al. 2000; Chaudhuri, Roy 2008), Tayland (Pannarunothai, Mills 1997), Tacikistan (Falkingham 2004), Gürcistan (Gotsadze et al. 2005), Arnavutluk (Hotchkiss et al. 2005), Yunanistan (Liaropoulos, Tragakes 1998), Hırvatistan (Mastilica, Bozikov 1999), Kore (Ruger, Kim 2007) ve Türkiye (Öz 2008) gibi diğer birçok ülkede de belirlenmiştir. Yoksul bireylerin veya hanehalklarının zenginlere göre daha fazla cepten harcama yapması, yoksullaşma riskine işaret ettiği gibi, cepten harcamanın azalan oranlı bir finansman yöntemi olduğuna ve dolayısıyla hakkaniyetin sağlanamadığı anlamına da gelmektedir. Katkı paylarının da azalan oranlı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Shmueli et al. 2008).

İnformal ödemeler, tek başlarına değil, genellikle formal ödemelere ek olarak sistemin finansmanına katkıda bulunmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğu (formal ödemenin olmadığı) durumlarda da görülmektedir. Örneğin, Bangladeş’te doğum ile ilgili hizmetler ücretsiz olmasına rağmen, informal ödemeler hanelerin 1/5’inin aylık gelirinin %50-100’ünü oluşturmaktadır (Nahar, Costello 1998). Birçok ülkede, hizmet sunucuların informal ödemelerin miktarı konusunda fiyat ayrımcılığı yapması, zenginlerin

yoksulları sübvanses etmesi ve dolayısıyla hakkaniyet sorunu yaşanmaması anlamına gelebilmektedir (Ensor 2004). Ancak informal ödemelerin uygulamadaki bu özelliği her ülkede geçerli değildir. Örneğin, Türkiye’de en düşük harcama diliminde yer alan bireyler daha fazla informal ödeme yapmaktadır ve dolayısıyla informal ödemeler azalan oranlı bir finansman kaynağıdır (Tatar et al. 2007; Özgen et al.). Informal ödemelerin azalan oranlı olduğu ve yoksullaşma riski yarattığı Macaristan (Szende, Culyer 2006) ve Yunanistan’da da belirlenmiştir (Liaropoulos et al. 2008).

### **3.6. Verimlilik ve Reformlar**

Çeşitli harcamaların sağlık hizmetlerine ihtiyacı olduğu halde finansal nedenlerle hizmet alamayan veya gecikmeli olarak alan bireylerin gelecekte almak zorunda kalacağı yüksek maliyetli sağlık hizmetlerinden dolayı bir ülkenin sağlık kaynaklarının kullanımında verimsizliğe yol açabileceği daha önce belirtilmiştir. Informal ödemeler de bu anlamda verimsizliğe katkıda bulunabilir. Informal ödemelerin verimliliği azaltabileceği başka durumlar da söz konusudur. Bunlardan biri, bir ülkede sağlık sistemi finansmanının büyük ölçüde informal ödemelerle sağlanması durumunda, informal ödeme yapmayan bireylere hizmet sunulmama veya daha cazip ancak gereksiz/uygun olmayan hizmetlerin sunulma olasılığıdır (Gaal, Belli, McKee and Szocska 2006; Ensor, Savelyeva 1998). Bir başka ifadeyle, informal ödemeler ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı sınırladığında, tedavi edilmeyen hastalık veya teşhis/tedavide gecikme nedeniyle aynı sağlık sorununun gelecekte daha pahalı müdahaleler ile çözülmesi gerekir ve bu da, sağlık sisteminin verimliliğini azaltır. İkincisi, ölçek ekonomisi avantajından yararlanılmasını engelleyerek verimliliği azaltabilen aynı katkı ödemeleridir (Ensor, Savelyeva 1998; Falkingham 2004). Aynı katkı ödemelerinin verimliliği azaltma potansiyeli, hastaların/yakınlarının hastaneye yatarken ilaç, tıbbi malzeme gibi kalemleri perakende fiyat üzerinden almaları ve dolayısıyla hizmet sunucuların toptan alımlarda elde ettiği fiyat indirimi avantajından yararlanılamamasına ve aynı malın daha yüksek fiyattan satın alınmasına yol açmasından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda, Türkiye’de kamu sağlık kurumlarının ihale yolu ile piyasa fiyatının altında satın aldıkları kalemleri geri ödeme kurumlarına piyasa fiyatından faturaladıkları için, aynı katkı ödemelerinin verimliliği etkilemediğinin bilinmesinde fayda vardır.

Ayrıca informal ödemelerden elde edilen gelir yüksek olduğunda, bu tür gelire sahip sağlık çalışanı önemli değişiklik öngören reform çalışmalarına güçlü direnç gösterebilir (Gaal, Belli, McKee and Szocska 2006; Balabanova, McKee 2002; Delcheva et al. 1997). Dolayısıyla özellikle informal ödemelerin finansmanda önemli rol oynaması durumunda, bireyler ve sağlık sistemine olan olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabilmesi için zorlu bir reform süreci yaşanabilir veya reformlar gerçekleştirilemeyebilir.

### **3.7. Yeniden Dağıtıcı Etki**

Cepten harcamanın yeniden dağıtıcı etkisi, cepten harcamanın gelir dağılımını ne kadar eşit veya eşitsiz hale getirdiğini gösterir. Hanehalkı toplam geliri içinde cepten sağlık harcamalarına ayrılan pay arttıkça, gelirin farklı tüketim kalemleri arasında dağılımı değişeceği için cepten harcamaların yeniden dağıtıcı etkisi artar (Wagstaff 2002). Cepten harcamanın bu etkisi, hanehalklarının sağlık harcaması yaptıktan sonra zorunlu ihtiyaçları için kullanabilecekleri gelirin düzeyi ve dağılımı konusu ile ilgilenildiği durumda önemlidir. Bir başka ifadeyle, cepten harcamanın yeniden dağıtıcı etkisi, bu harcamaların bireylerin veya hanehalklarının yoksullaşmasına yol açıp açmadığı ve yarattığı finansal yükün hakkaniyetli şekilde dağılıp dağılmadığı konularından bağımsızdır (Wagstaff 2001).

Cepten harcamanın yeniden dağıtıcı etkisini ölçme yöntemlerinden biri, brüt gelirin<sup>6</sup> Gini katsayısı ile net gelirin<sup>7</sup> Gini katsayısı<sup>8</sup> arasındaki farkı karşılaştırmaktır (Van Doorslaer et al. 1999; O'Donnell et al. 2008). Wagstaff ve van Doorslaer tarafından Vietnam'da 1993 ve 1998 yıllarını kapsayan araştırma, cepten harcamaların yeniden dağıtıcı etkisine bir örnektir (Wagstaff, Van Doorslaer 2001). Bu çalışmada, incelenen her iki yılda da Gini katsayısı ile ölçülen net gelirdeki eşitsizliğin (1993 için 0.3393, 1998 için 0.3542) brüt gelirdeki eşitsizlikten (1993 için 0.3336, 1998 için 0.3518) daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu, cepten harcamaların negatif olarak yeniden dağıtıcı etkiye sahip olduğu (1993 için -0.0057, 1998 için -0.0024) ve dolayısıyla gelir eşitsizliğini artırdığı anlamına gelmektedir.

<sup>6</sup> Brüt gelir, cepten sağlık harcamasını da içeren tüm tüketim harcamaları çıkarılmadan önceki gelirdir.

<sup>7</sup> Net gelir, cepten sağlık harcaması çıkarıldıktan sonraki gelirdir.

<sup>8</sup> Gini katsayısı, bir toplumdaki gelir eşitsizliğinin derecesini gösteren katsayıdır ve 0 ile 1 arasında bir değer alır. Sıfır değer tam eşitliği, 1 ise tam eşitsizliği gösterir.

#### **IV. CEPTEN HARCAMALARDA AZALTMA, MUAFİYET VE KALDIRMA**

Cepten harcamalar, yukarıda da açıklandığı gibi, birçok istenmeyen/beklenmeyen etki yaratabilir. Bu nedenle, özellikle yoksulların sağlık hizmetleri kullanımını engellemeyecek ve sağlık harcamaları ile ilgili finansal risklere karşı korunmalarını sağlayacak muafiyet ve/veya daha düşük cepten harcamaları öngören programlarının oluşturulması gerekir (Nolan, Turbat 1995; Russell, Gilson 1997; WHO 2000). Örneğin, ABD’de sağlık güvencesi kapsamında olmanın hanehalklarını yüksek cepten harcama yapmaya karşı koruyamadığı, ancak, gelir seviyesi düşük hanehalkları için en iyi finansal korumanın, daha kapsamlı hizmet paketi ve ilaçlar için asgari düzeyde katkı payı uygulayan kamu sağlık güvencesi programları tarafından sağlandığı belirlenmiştir (Shen, McFeeters 2006). İlaç konusu ile ilgili olarak, cepten harcamalar temel ilaçlar (essential drugs) dışındaki ilaçlar için söz konusu olduğunda olumsuz etkilerinin daha az olacağı vurgulanmaktadır (Austvoll-Dahlgren et al. 2008). Sağlık hizmetlerini en fazla kullanan yoksul bireylerin cepten harcamalardan muaf tutulmaması durumunda, bu harcamaların vergi ödemeleri haline geldiği savunulmaktadır (Gemmill et al. 2008).

Yoksullar için muafiyet veya düşük cepten harcamanın dışında, cepten harcamaların tamamen kaldırılması yönünde tartışmalar artmaktadır. Bu tartışmaların en yoğun yaşandığı ülkeler, Afrika ülkeleridir (Gilson, McIntyre 2005). Örneğin, İngiltere Dış Yardım Kuruluşu’nun birçok Afrika ülkesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların kaldırılması için çalışmalar yaptığı belirtilmektedir (McIntyre et al. 2006).

Yoksullar için cepten harcamalarda muafiyet uygulaması, miktarın azaltılması veya tüm nüfus için cepten harcamaların kaldırılması yönünde kararların verilmesi basit değildir ve birçok düşük ve orta gelirli ülke cepten harcamaların özellikle kaldırılması konusuna sıcak bakmamaktadır (McIntyre et al. 2006). Bunun temel nedeni, ahlaki tehlike sorunu nedeniyle sağlık harcamalarında artış olmasının dışında, yaşanacak gelir kaybı ve onun yaratacağı sorunlardır. Cepten harcamalar, özellikle bireysel hizmet sunucular açısından önemli bir gelir kaynağı olabilir. Bu gelir ilaç, tıbbi malzeme ve diğer önemli girdilerin yanı sıra sağlık çalışanlarına yapılan maaş ve ek ödeme (döner sermaye geliri gibi) kalemleri için kritik derecede önemli olabilir



(Creese, Kutzin 1995; McPake et al. 1999; Kipp et al. 2001). Bu tür harcamalar sunulan hizmetin kalitesini de etkileyebileceğinden, cepten harcamaların kaliteyi iyileştireceği yönünde görüşler yaygındır (Palmer et al. 1991; Wouters 1995; Castrol-Leal et al. 2000).

Dolayısıyla cepten harcamalarda muafiyet, azaltma veya kaldırma yönünde kararlar verilmeden önce bu harcamalardan elde edilen gelir ile hangi hizmetlerin ve girdilerin finanse edildiğinin ve gelir kaybı durumunda bu hizmetlerin ve girdilerin finansmanının nasıl sağlanacağına ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi gerekir (Xu et al. 2006). Telifisi yapılması gereken mal veya hizmetlerin ve telifi için finansman mekanizmalarının doğru ve etkili belirlenmesinin yanı sıra, sağlık hizmeti sunucularına geri ödemelerin yeterince ve zamanında yapılması da önemlidir (Fu 1999). Tüm bu koşullar yerine getirilemediğinde, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında, aldıkları hizmetin kalitesinde sorunlar yaşanabilir, kamu sağlık birimleri de sadece ödeme gücü olan bireylere hizmet verebilir duruma gelebilir ve informal ödemeler artabilir (Xu et al. 2006; James et al. 2006; Fu 1999; Gilson, McIntyre 2005).

Cepten harcamalardan gelir kaybı çeşitli şekillerde telafi edilebilir. Vergi gelirlerinden sağlık sektörüne ayrılan pay artırılabilir (James et al. 2006; Gilson, McIntyre 2005). Ancak birçok Afrika ülkesinde (özellikle Sahra altı ülkelerde) dış yardımların sağlık finansmanında önemli rol oynadığı dikkate alındığında, her ülkede sağlığa ayrılan payın artırılması kolay olmayabilir (Gilson, McIntyre 2005). Bu tür ülkelerde, yardım yapan ülkelerin uzun dönemli desteği ile cepten harcamalar kaldırılabilir (Witter 2005). Vergi gelirlerini artan oranlılığı sağlayacak şekilde (az kazananın az, çok kazananın çok vergi almak) artırmak ve bu artışla cepten harcamaları telafi etmek bir başka öneridir (Rasell 1999). Sağlık sektörüne daha fazla kaynak ayrılmasının yanı sıra, mevcut kaynak kullanımında verimlilik artışı da sağlanmalıdır. Örneğin, Rice (1997) hastane yatakları, tıbbi teknoloji ve sağlık personelinin sayısı ve dağılımı gibi arz ile ilgili faktörler kontrol edilerek hakkaniyeti zedelemeyen cepten harcamalardan elde edilen gelirin karşılanabileceğini belirtmektedir.

## V. SONUÇ

Sağlık sistemi finansman kaynaklarından biri olan cepten harcamalar, finansal risk koruma, finansmanda hakkaniyet ve toplumun sağlık statüsünün en üst düzeye çıkarılması hedeflerini etkileyebildiği için, bir ülkenin sağlık sistemi performansını olumsuz etkileyebilir. Cepten harcamalar bireylerin/hanehalklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına, almak istediklerinde ise öngörülemeyen harcama riski ile karşı karşıya kalmalarına ve hatta yoksullaşmalarına veya yoksul iseler daha da yoksullaşmalarına neden olabilmektedir. Bu nedenle, Türkiye gibi sağlık sistemi finansmanında önemli boyutta cepten harcamaları kullanan ülkelerde cepten harcamaların neden olabileceği veya katkıda bulunabileceği olumsuz durumlar dikkatli değerlendirilmelidir.

Cepten harcama yükü yoksul bireyleri daha fazla etkilediğinden bu bireylere yönelik risk koruma programlarının oluşturulması önemlidir. Alternatif olarak, cepten harcamaların kaldırılması düşünülebilir. Ancak bu tür kararlar verilmeden önce, kaybedilen cepten harcama gelirin hangi mekanizmalarla karşılanacağı ele alınmalıdır. Aksi halde cepten harcamanın varlığı ve boyutunun yol açtığı sorunlara ilave sorunlar eklenebilir.

## KAYNAKLAR

1. Asenso-okyere W. et al. (1998) Cost Recovery in Ghana: Are There Any Changes in Health Care Seeking Behaviour? **Health Policy and Planning** 13(2): 181–188.
2. Austvoll-Dahlgren A. et al. (2008) Pharmaceutical Policies: Effects of Cap and Co-payment on Rational Drug Use. **Cochrane Database Systems Review** 23(1): CD007017.
3. Balabanova D. and McKee M. (2002) Understanding Informal Payments for Health Care: The Example of Bulgaria. **Health Policy** 62(3): 243-273.
4. Banthin J.S. and Bernard D.M. (2006) Changes in Financial Burdens for Health Care. **JAMA** 296: 2712-2719.

5. Belli P. et al. (2002) **Qualitative Study on Informal Payments for Health Services in Georgia**. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.
6. Biritwum R.B. (1994) The Cost of Sustaining the Ghana's "Cash and Carry" System of Health Care Financing At A Rural Health Center. **West African Journal of Medicine** 13: 124-127.
7. Blas E. and Limbambala M.E. (2001) User-payment, Decentralization and Health Service Utilization in Zambia. **Health Policy and Planning** 16(2): 19-28.
8. Bojalil R. and Calva J. (1994) Antibiotic Misuse in Diarrhea: A Household Survey in A Mexican Community. **Journal of Clinical Epidemiology** 47(4): 147-156.
9. Briggs J. (2000) **The Economic Consequences of Inadequate Prescribing on Health Care Users and Providers: A Case Study in San Cristobel, Mexico**. Liverpool: Liverpool School of Tropical Medicine.
10. Burnham G. et al. (2004) Discontinuation of Cost Sharing in Uganda. **Bulletin of the World Health Organization** 82(3): 187-195.
11. Castrol-Leal F. et al. (2000) Public Spending on Health Care in Africa: Do the Poor Benefit? **Bulletin of World Health Organization** 78(1):66-74.
12. Chaudhuri A. and Roy K. (2008) Changes in Out of Pocket Payments for Healthcare in Vietnam and Its Impact on Equity in Payments, 1992-2002. **Health Policy** Elektronik Sürüm ([www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)) (Erişim tarihi 20 Ekim 2007).
13. Chiu Y. et al. (2007) Gifts, Bribes and Solicitations: Print Media and the Social Construction of Informal Payments to Doctors in Taiwan. **Social Science and Medicine** 64(3): 521-530.
14. Creese A. and Kutzin J. (1995) **Lessons from Cost-recovery in Health**. WHO: Geneva.

220 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2 (2007)*

15. Delcheva E. et al. (1997) Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria. **Health Policy** 42: 89-100.
16. Ensor T. (2004) Informal Payments for Health Care in Transition Economies. **Social Science and Medicine** 58(2): 237-246.
17. Ensor T. and Savelyeva L. (1998) Informal Payments for Health Care in the Former Soviet Union: Some Evidence from Kazakstan. **Health Policy and Planning** 13(1): 41-49.
18. Ensor T. and San P.B. (1996) Access and Payment for Health Care. The Poor of Northern Vietnam. **International Journal of Health Planning and Management** 11(1): 69-83.
19. Falkingham J. (2004) Poverty, Out-of-pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan. **Social Science & Medicine** 58(2): 247-258.
20. Foster A. (1994) Poverty and Illness in Low-Income Rural Areas. **American Economic Review** 84(2): 216-220.
21. Fu W. (1999) **Health Care for China's Rural Poor**. International Policy Programme. Washington: World Bank.
22. Gaal P., Belli P., McKee M. and Szocska M. (2006) Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. **Journal of Health Politics Policy and Law** 31(2): 251-293.
23. Gaal P., Evetovits T. and McKee M. (2006) Informal Payment for Health Care: Evidence from Hungary. **Health Policy** 77(1): 86-102.
24. Gaal P. and McKee M. (2005) Fee-for-service or Donation? Hungarian Perspectives on Informal Payment for Health Care. **Social Science and Medicine** 60(7): 1445-1457.
25. Garg C.C. and Karan A.K. (2005) **Health and Millennium Development Goal 1: Reducing out-of-pocket expenditures to reduce income poverty -Evidence from India**. EQUITAP Project: Working Paper #15.

26. Gemmill M.C. et al. (2008) What Impact Do Prescription Drug Charges Have on Efficiency and Equity? Evidence from High-income Countries. **International Journal for Equity in Health** 7: 12-122.
27. Gilson L. and McIntyre D. (2005) Removing User Fees for Primary Care in Africa: The Need for Careful Action. **BMJ** 331: 762-765.
28. Gottlieb S. (2000) Medical Bills Account for 40% of Bankruptcies. **BMJ** 320(7245): 1295.
29. Gotsadze G. et al. (2005) Health Care-Seeking Behaviour and Out-of-pocket Payments in Tbilisi, Georgia. **Health Policy and Planning** 20(4): 232-242.
30. Gottret P. and Schieber G. (2006) **Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide**. The World Bank, Washington D.C.
31. Gross D.J. et al. (1999) Out-of-pocket Health Spending by Poor and Near-Poor Elderly Medicare Beneficiaries. **Health Services Research** 34(1 Pt 2): 241-254.
32. Himmelstein D.U. et al. (2005) Illness and Injury As Contributors to Bankruptcy. **Health Affairs** Suppl Web Exclusives: W5-63-W5-73.
33. Hopkins S. and Cumming J. (2001) The Impact of Changes in Private Health Expenditure on New Zealand Households. **Health Policy** 58(3): 215-229.
34. Hotchkiss D.R. et al. (2005) Out-of-pocket Payments and Utilization of Health Care Services in Albania: Evidence from Three Districts. **Health Policy** 75(1): 18-39.
35. Iyer A. and Sen G. (2000) Health Sector Changes and Health Equity in the 1990s in India. In: Roghuram S. (ed.) **Health and Equity: Technical Report Series 1.8**. Bangalore: HIVOS.
36. Jacobs B. and Price N. (2004) The Impact of the Introduction of User Fees At A District Hospital in Cambodia. **Health Policy and Planning** 19(5): 310-321.

222 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2 (2007)*

37. James C.D. et al. (2006) To Retain or Remove User Fees?: Reflections on the Current Debate in Low- and Middle-income Countries. **Applied Health Economics and Health Policy** 5(3): 137-153.
38. Kabir M.A. et al. (2000) Sickness Among the Urban Poor: A Barrier to Livelihood Security. **Journal of International Development** 12: 707–722.
39. Kawabata K. et al. (2002) Preventing Impoverishment Through Protection Against Catastrophic Health Expenditure. **Bulletin of World Health Organization** 80(8): 612.
40. Kipp W. et al. (2001) User Fees, Health Staff Incentives, and Service Utilization in Kabarole District, Uganda. **Bulletin of the World Health Organization** 79(11): 1032–1037.
41. Le Grand A. et al. (1999) Intervention Research in Rational Use of Drugs: A Review. **Health Policy and Planning** 14: 89–102.
42. Lewis M. (2000) **Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?** Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia, Region, Washington, DC, The World Bank.
43. Liaropoulos L. and Tragakes E. (1998) Public/Private Financing in the Greek Health Care System: Implications for Equity. **Health Policy** 43: 153-169.
44. Liaropoulos L. et al. (2008) Informal Payments in Public Hospitals in Greece. **Health Policy** 87: 72–81.
45. Liu Y. ve diğerleri (2005) **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları.** Sağlıkta Umut Vakfı.
46. Liu G.G. and Zhao Z. (2006) Urban Employee Health Insurance Reform and the Impact on Out-of-pocket Payment in China. **International Journal of Health Planning and Management** 21(3): 211-228.

47. Mastilica M. and Bozиков J. (1999) Out-of-pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity. **Croatian Medical Journal** 40(2): 152-159.
48. Maynard A. and Dixon A. (2002) Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience. Mossialos, E. et al. (eds.). **Funding Health Care: Options for Europe**, pp:80-109. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
49. McIntyre D. et al. (2006) What are the Economic Consequences for Households of Illness and of Paying for Health Care in Low- and Middle-Income Country Contexts? **Social Science and Medicine** 62(4): 858-865.
50. McPake B. et al. (1999) Informal Economic Activities of Public Health Workers in Uganda: Implications for Quality and Accessibility of Care. **Social Science and Medicine** 49(7): 849–865.
51. Meuwissen L.E. (2002) Problems of Cost Recovery Implementation in District Health Care: A Case Study from Niger. **Health Policy and Planning** 17(3): 304–313.
52. Mossialos E. and Dixon A. (2002) Funding Health Care: An Introduction. Mossialos, E. et al. (eds.). **Funding Health Care: Options for Europe**, pp:1-30. Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
53. Mwabu G. et al. (1995) User Charges in Government Health Facilities in Kenya—Effect on Attendance and Revenue. **Health Policy and Planning** 10(2): 164–170.
54. Nahar S ve Costello AM (1998). The hidden cost of ‘free’ maternity care in Dhaka, Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 13(4): 417–422.
55. Nolan B. and Turbat V. (1995) **Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa**. Washington, DC, Economic Development Institute of The World Bank.

224 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:10, Sayı:2 (2007)*

56. O'Donnell O et al. (2008) **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation.** Washington, DC, USA: World Bank.
57. Öz E (2008) **Ulusal Hanehalkı Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanda Dikey Hakkaniyet Açısından Değerlendirilmesi.** Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
58. Özgen H. et al. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey. **Journal of Medical Systems** (Baskıda).
59. Özgür S. ve diğerleri (2008) GAP Bölgesinde Halkın Sağlık Kuruluşlarından Yararlanımı. Elektronik Sürüm.  
([www.dicle.edu.tr/~halks/m10.9.htm](http://www.dicle.edu.tr/~halks/m10.9.htm)) (Erişim Tarihi, 20 Temmuz 2008).
60. Palmer D. et al. (1991) **Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice.** Washington, DC: Health Administration Press.
61. Pannarunothai S. and Mills A. (1997) The Poor Pay More: Health-Related Inequality in Thailand. **Social Science and Medicine** 44(12): 1781–1790.
62. Phadke A. (1996) The Quality of Prescribing in An Indian District. **National Medical Journal of India** 9(2): 60–65.
63. Prescott N. (1997) **Poverty, Social Services and Safety Nets in Vietnam.** World Bank discussion paper no 376. Washington: World Bank.
64. Rasell E. (1999) An Equitable Way to Pay for Universal Coverage. **International Journal of Health Services** 29(1): 179-188.
65. Rice T. (1997) Can Markets Give Us the Health System We Want? **Journal of Health Politics, Policy and Law** 22(2): 383–426.



66. Ruger J.P. and Kim H. (2007) Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea. **American Journal of Public Health** 97(5): 804-811.
67. Russell S. and Gilson L. (1997) User Fee Policies to Promote Health Service Access for Poor: A Wolf in Sheep's Clothing? **International Journal of Health Services** 27(2): 359-379.
68. Sağlık Bakanlığı, RSHMB, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü (2006) **Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003**. Yayın No: SB-HM-2005/09, Ankara.
69. Sağlık Bakanlığı (2007) **Türkiye'de Sağlığa Bakış**. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
70. Scitovsky A.A. and McCall N. (1977) Coinsurance and the Demand for Physician Services: Four Years Later. **Social Security Bulletin** 40(5): 19-27.
71. Segall M. et al. (2000) **Health Care Seeking by the Poor in Transitional Economies; The Case of Vietnam**. Research report no 43. Sussex: Institute of Development Studies.
72. Shahriari H. et al. (2001) **Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: Report on the Qualitative Part of the Study**. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.
73. Shen Y. and McFeeters J. (2006) Out-of-Pocket Health Spending Between Low- and Higher-Income Populations: Who is at Risk of Having High Expenses and High Burdens? **Medical Care** 44(3): 200-209.
74. Shmueli A. et al. (2008) Financing the Package of Services During the First Decade of the National Health Insurance Law in Israel: Trends and Issues. **Health Policy Elektronik Sürüm** ([www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)) (Erişim Tarihi 20 Haziran 2008).

75. Skarbinski J. et al. (2002) The Burden of Out-of-pocket Payments for Health Care in Tbilisi, Republic of Georgia. **JAMA** 287(8): 1043-1049.
76. Smith P.C. (2005) User Charges and Priority Setting in Health Care: Balancing Equity and Efficiency. **Journal of Health Economics** 24(5): 1018-1029.
77. Szende A. and Culyer A.J. (2006) The Inequity of Informal Payments for Health Care: The Case of Hungary. **Health Policy** 75(3): 262-271.
78. Tatar M. et al. (2007) Formal and Informal Household Spending on Health: A Case Study from Turkey. **Health Affairs** 26(4): 1029-1039.
79. Tediosi F. et al. (2008). Access to Medicines and Out-of-pocket Payments for Primary Care: Evidence from Family Medicine Users In Rural Tajikistan. **BMC Health Services Research** 8: 109-118.
80. Thomason J. et al. (1994) User Charges for Rural Health Services in Papua-New-Guinea. **Social Science and Medicine** 39(8): 1105–1115.
81. Thompson R. and Xavier A. (2002) **Unofficial Payments for Acute State Hospital Care in Kazakhstan. A model of Physician Behaviour With Price Discrimination and Vertical Service Differentiation.** LICOS Working Paper 124.
82. Tibaijuka A.K. (1997) AIDS and Economic Welfare in Peasant Agriculture: Case Studies from Kagabiro Village, Kagera Region, Tanzania. **World Development** 25(6): 963–975.
83. Tipping G. (2000) The Social Impact of User Fees for Health Care on Poor Households: Commissioned Report to the Ministry of Health, Hanoi, Vietnam.
84. Tokat M. (1998) **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996.** Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.
85. Van de Ven WPM (1983) Effects of Cost-sharing in Health Care. **Effective Health Care** 1: 47–58.

86. Van Doorslaer E. et al. (2007). Catastrophic Payments for Health Care in Asia. **Health Economics** 16(11): 1159–1184.
87. Van Doorslaer E. et al. (2006) Effect of Health Payments on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data. **Lancet** 368(14): 1357–64.
88. 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.
89. Xu K. et al. (2007) Protecting Households From Catastrophic Health Spending. **Health Affairs** Jul/Aug 26(4): 972-983.
90. Xu K. et al. (2006) Understanding the Impact of Eliminating User Fees: Utilization and Catastrophic Health Expenditures in Uganda. **Social Science and Medicine** 62(4): 866–876.
91. Xu K. et al. (2003) Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. **Lancet** 362(9378): 111–117.
92. Wagstaff A. and Van Doorslaer E. (2003) Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98. **Health Economics** 12(11): 921–933.
93. Wagstaff A. and Van Doorslaer E. (2001) **Paying for Health Care: Quantifying Fairness, Catastrophe and Impoverishment, with Applications to Vietnam, 1993-98**. (Policy Research Working Paper: 2715), The World Bank.
94. Wagstaff A. (2002) Reflections on and Alternatives to WHO's Fairness of Financial Contribution Index. **Health Economics** 11(2): 103-15.
95. Wagstaff A. (2001) **Poverty and Health**. Commission on Macroeconomics and Health (CMH) Working Paper Series, (Paper No. WG1: 5).
96. Walley J. et al. (2001) **Public Health: An Action Guide to Improving Health in Developing Countries**. New York: Oxford University Press.

97. Whitehead M. et al. (2001) Equity and Health Sector Reforms: Can Low-income Countries Escape the Medical Poverty Trap? **The Lancet** 358(9284): 833–836.
98. WHO (2000). **The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance**. Geneva.
99. WHO (2004) **What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?** WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) Report.
100. WHO (2007). World Health Statistics.
101. Wilkes A. et al. (1997) **Coping with the Costs of Severe Illness in Rural China**. IDS Working Paper 58.
102. Willis C.Y. and Leighton C. (1995) Protecting the Poor Under Cost Recovery: the Role of Means Testing. **Health Policy and Planning** 10(3): 241-256.
103. Witter S. (2005) An Unnecessary Evil? User Fees for Health Care in Low-income Countries.  
  
([www.savethechildren.org.uk/scuk\\_cache/scuk/cache/cmsattach](http://www.savethechildren.org.uk/scuk_cache/scuk/cache/cmsattach)) (Erişim tarihi 22 Temmuz 2008).
104. World Bank (2004) **Republic of Tajikistan Health Sector Note. Main Report**. Human Development Unit, Europe and Central Asia Region, Washington.
105. World Bank (1999) **The Kyrgyz Republic: Participatory Poverty Assessment, Prepared for the Global Synthesis Workshop Poverty Programme**. Washington: World Bank.
106. Wouters A. (1995) Improving Quality Through Cost Recovery in Niger. **Health Policy and Planning** 10(3): 257-270.