

Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnformal Ödemeler*

Hacer ÖZGEN** Mehtap TATAR***

ÖZET

Cepten sağlık harcamalarının bir unsuru olan informal ödemeler birçok ülkede, değişen boyutlarda sağlık finansmanının bir parçasıdır. Türkiye’de de informal ödemelerin sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tuttuğu öngörülmektedir. Bu ülkelerin ortak özelliği, informal ödemelerin temelde sağlık sisteminin arz yapısıyla ilgili sorunlardan kaynaklanması ve zaman içinde informal ödemelerin kültürel bir norm haline gelmesidir. İnfomal ödemeler sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık sistemi açısından olumsuz etkiler yaratma potansiyeline sahiptir. Ancak, bir ülkede informal ödemelerin olumsuz etkilerinin görülebilmesi ve bir politika konusu olabilmesi bazı koşullara bağlıdır. Türkiye sağlık sektöründe uzun yıllardır süregelen informal ödemelerin yarattığı olumsuzluklar nedeniyle politika müdahalesini gerektiren bir sorun olduğu düşünülmektedir. Mevcut araştırma bulguları Türkiye’de informal ödemelerde temel rol oynayan faktörlerin arz ile ilgili olduğunu göstermektedir. Mevcut durumda uygulanan ve uygulanması planlanan politika değişikliklerinin informal ödemeler açısından etkileri vardır. Bu makalede informal ödemenin tanımı ve türleri, çeşitli ülkelerde ve Türkiye’de boyutları ve sağlık politikaları ile etkileşimi ele alınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: *İnformal Ödemeler, Finansman, Sağlık Politikası*

Informal Payments in Health Services Financing

ABSTRACT

Informal payments as a component of out-of-pocket health expenditures have been part of health financing in many countries at varying extent. The issue also appears to exist in Turkey, with a considerable portion of health expenditures. The common feature of these countries is that informal payments stem mainly from supply-related problems and become an inherent part of cultural norms over time. Informal payments

* Bu makale 27.03.2009 tarihinde dergiye gönderilmiş, 15.06.2009 tarihinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

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

*** Prof.Dr. Hacettepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Sağlık İdaresi Bölümü

have the potential to perversely affect the health system in general and health care users in particular. However, realization of undesired impacts of informal payments and becoming a policy issue in a country depend on certain criteria. Informal payments that have a long-lasting history in Turkey are an issue demanding policy intervention. Available research in Turkey indicated that informal payments are driven mainly by supply-related problems. Policy changes that are both in effect and planned have implications for informal payments. This article delineates definition and types of informal payment, its extent in a variety of countries including Turkey, and its implications for health policy.

Key Words: *Informal Payments, Financing, Health Policy*

I. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinde infomal ödemeler olumsuz etkilerinden dolayı gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın birçok ülkede önemli bir sağlık politikası konusudur. Türkiye, kullanıcıların finansmanda sorumluluk üstlenmelerini sağlamak amacıyla sağlık hizmetleri finansmanında temelde katkı payı ve doğrudan ödemeler şeklinde cepten harcamaları kullanan ülkelerden biridir. Ancak, infomal ödemeler de daha kaliteli hizmet almak, kamu sağlık hizmetlerine daha hızlı erişim gibi sebeplerle uzun yıllardır sağlık hizmetleri finansmanının bir parçası olmuştur.

Bu makalede infomal ödemelerin tanımı ve türleri, dünyada ve Türkiye'deki boyutu ve nedenleri ve infomal ödemelerin etkileri ele alınmaktadır. Bu açıklamaları, infomal ödemelerin ne zaman bir politika konusu haline geldiğinin ve Türkiye'de son yıllarda yaşanan ve tartışılan sağlık politikası değişikliklerinin infomal ödemelere olası etkilerinin mevcut bilimsel araştırma bulgularına dayalı yorumu izlemektedir.

II. İNFORMAL ÖDEME TANIMI

Sağlık amaçlı cepten ödeme, “doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (Belli et al. 2002). Bu ödemeler formal ve infomal unsurları içermektedir. (WHO 2004). Formal cepten ödemeler yasalar veya düzenlemelerle kişinin sağlık hizmeti aldığıında yapmak zorunda olduğu ödemelerdir (Belli et al. 2002). Maliyet paylaşımı (katkı-payı, ortak sigorta ve katılım eşikli katkı payı) ve doğrudan ödemeler (hizmet bedelinin tamamını ödeme) formal ödemelerdir.

Bir yolsuzluk (corruption) şekli olarak kabul edilen (Lewis 2007) informal ödemeler literatürde masa altından ödemeler (under-the-table payments) (Ensor, Savelyeva 1998; Lewis 2007), tezgâh altından ödemeler (under-the-counter payments) (Delcheva et al. 1997), resmi olmayan ödemeler (unofficial payments) (Ensor, Whitter 2001), minnettarlık ödemeleri (gratitude payments) (Ádám 1989), zarf ödemeler (envelope payments) (Chawla et al. 1998) gibi çeşitli kavramlarla da ifade edilmektedir. İnfomal ödeme kavramı birçok araştırmacı tarafından kabul edilen bir kavramdır (Lewis 2000; Thompson, Witter 2000; Shahriari et al. 2001; Mossialos et al. 2002; Szende, Culyer 2006) ve bu makalede de informal ödeme kavramı kullanılmaktadır.

İnfomal cepten ödemeler “sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara (kişi veya kurum) yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (CEEHN 2002). Dolayısıyla, informal ödemeler sağlık güvencesi kapsamında olan mal/hizmetler için yapılan ek ödemelerdir. Bu tanımdaki “yasal olarak tanımlanan” ifadesi sağlık hizmetleri kapsamının mutlaka yasalarla detaylı bir şekilde tanımlanması anlamına gelmemektedir. Kamu kuruluşları dışındaki kurum/kuruluşlar da (örneğin özel sektördeki hizmet sunucular veya sigorta kuruluşları) bu tanımlamayı yapabilir. Yapılan ödemenin formal veya informal olup olmadığı hizmetten yararlanma koşullarını kimin belirlediğine değil, hizmet kapsamının koşullarına bağlıdır (Gaal et al. 2006).

İnfomal ödeme genellikle illegal ödeme olarak algılanmaktadır. Ancak, informal ödeme hem legal/yasal hem de illegal/yasadışı ödemeyi içeren bir kavramdır. Daha açık bir ifadeyle, her informal ödeme illegal değildir, ancak her illegal ödeme informaldir (Belli et al. 2002; Gaal et al. 2006). Bir ödemenin legal olup olmadığı ülkelerin kanunlarına ve düzenlemelerine göre değişir. Bir başka ifadeyle, ülkeler sağlık hizmetleri kapsamını belirleyerek (kapsama kimlerin gireceği ve formal olarak ne kadar ücret alınacağı) ödemenin legallik durumunu belirler. “Teşekkür” veya “minnettarlık” ifadesi olarak yapılan hediye ödemeleri informaldir ama legaldir. Buna karşın, yasal olarak ödeme yapılmaması gerektiği halde sağlık çalışanlarına elden verilen para illegal ve dolayısıyla informaldir.

III. İNFORMAL ÖDEME TÜRLERİ

İnfomal ödemeler aynı ve nakdi olmak üzere iki şekilde gerçekleşebilir. Aynı infomal ödemeler ise hediye ve aynı katkı olarak iki formda görülmektedir (Gaal et al. 2006). İnfomal ödemelerin bu üç türü ile ilgili açıklamalar aşağıda sunulmaktadır.

3.1. Hediye

Hediye şeklinde gerçekleşen infomal ödemeler sağlıkla ilgili bir mal/hizmet için verilen çeşitli türdeki hediyeleri kapsamaktadır. Çiçek, çikolata, altın, gayrimenkul ve gıda maddeleri hediye örnekleridir. Hediye şeklinde gerçekleşen cepten ödemeler ile diğer infomal ödeme türlerinin birbirlerinden ayrı tutulması gerektiği konusu infomal ödeme literatüründe tartışılan konulardan biridir. Bunun nedeni, bu tür ödemelerin bazı ülkelerde kültürel açıdan bir “teşekkür” veya “minnettarlık” ifadesi olarak görülmesidir. Bu nedenle, hediye şeklinde yapılan ödemeler bazı ülkelerde (örneğin, Arnavutluk) infomal ödeme kapsamı dışında tutulmaktadır (Vian et al. 2006).

Ancak, hediye şeklinde yapılan ödemeler birçok uluslararası çalışmada infomal kabul edilmektedir (Belli et al. 2002; Thompson, Witter 2000; Balabanova, McKee 2002; Falkingham 2004; Ensor 2004). Bunun temel gerekçesi ise, hediyelerin minnettarlığın dışında başka gerekçelerle veriliyor olmalarıdır. Hekimin veya diğer sağlık personelinin teknik veya kişilerarası ilişkiler anlamında kişiye daha kaliteli hizmet sunması ve özellikle gelecekteki başvurularında hekimden iyi hizmet almayı garanti altına alma hediye vermenin en yaygın gerekçeleridir (Lewis 2007). Daha sonraki bölümlerde açıklanacağı üzere, bu ve benzeri gerekçeler aslında sağlık sisteminde yaşanan sorunlara hizmet kullanıcıları tarafından geliştirilen bir çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.2. Aynı Katkı

Aynı katkı şeklinde gerçekleşen infomal ödemeler, bir yataklı tedavi kurumunda yatılan süre içerisinde hasta ve/veya yakınları tarafından dışarıdan sağlanan her tür mal/hizmet için yapılan ödemelerdir. İlaç, yatak çarşafı, refakatçi, laboratuvar tetkiki, tıbbi sarf malzemesi, kan ve kan ürünleri aynı katkı ödemelerine örnektir. Hastanın hastanede kalışı sırasında dışarıdan temin ettiği

mal/hizmetler aslında sağlık kurumunun sorumluluğunda olduğundan, literatürde bu grup ödemeler de informal kabul edilmektedir (Belli et al. 2002; Gaal et al. 2006; Balabanova, McKee 2002).

3.3. Nakit

Nakit informal ödemeler, sadece ödemenin şekli itibariyle değil informal ödeme sınırlarının çizilmesi açısından da hediye ve aynı katkılardan farklılık göstermektedir. Nakit informal ödemeler, sağlık güvencesi (geri ödeme) kapsamında olan bir mal/hizmet için yapılan nakit cepten ödemelerdir. Bir başka ifadeyle, nakit ödemelerin informal olup olmadığı her ülkenin yasalarına ve düzenlemelerine bağlıdır. Sağlık personeline elden verilen para, bıçak parası, bağışlar gibi ödemeler nakit informal ödeme örnekleridir.

Hekim, hemşire ve diğer sağlık personeline elden verilen para, kişinin sağlık güvencesi durumu ne olursa olsun illegal ve dolayısıyla informaldır çünkü hizmet faturası bu grup personelin hizmet bedellerini de içerir. Bu bağlamda, örneğin herhangi bir sağlık güvencesi programı (SSK, Yeşil Kart, Memur gibi) tarafından kapsanan bir kişi ücretsiz olarak alabileceği bir cerrahi hekimlik hizmeti için “bıçak parası” olarak adlandırılan bir ödeme yaptı ise, bu ödeme illegal ve dolayısıyla informaldır. Bu tür informal ödemeler Gaal ve McKee tarafından “inxit” olarak nitelendirilir ve kullanıcıların örgütün veya sistemin düşük performansına karşı kullandıkları bir tepki seçeneğidir (Gaal, McKee 2004). Bu seçenekte kişiler sistemi veya örgütü terk etmez (exit) ancak istediklerini sistem veya örgüt içinde informal kanallarla elde etmeye çalışır. Bu nedenle “inxit” kavramı, “içsel çıkış” kavramının (internal exit) kısaltmasıdır (Gaal, McKee 2004).

Bağışlar, örneğin Türkiye’de 2005 yılına kadar geçerliliğini koruyan kamu sağlık kuruluşlarına bağlı dernek ve vakıflara “bağış” şeklinde yapılan nakit ödemelerdir. Türkiye’de sağlık hizmeti sunucularına bağış şeklinde yapılan ödemeler informaldır çünkü bağış ödemeleri yasal olarak gönüllülük esasına dayalı olmasına rağmen, hizmet kullanıcılarının hizmeti alabilmesinin bir ön koşuludur. Bu tür ödemeler Polonya’daki “toplu ödemeler” (brick payments) olarak adlandırılan bağışlara benzemektedir (Shahriari et al. 2001).

Nakit ödemeler arasında bir grup ödeme de, geri ödeme kapsamında olmadığı halde (formal ödeme olabilecek iken) informal olabilmektedir. Bu

ödemeler özel hekimlik hizmetleri¹ için yapılan ödemelerdir. Sağlık hizmeti kullanıcısı tamamen gönüllü olarak özel hekim hizmeti için para öderse, bu ödeme formaldır. Ancak, özel hekimlik hizmetleri için yapılan ödemeler kişilerin karşısına bir “zorunluluk” olarak çıkarsa, yapılan ödemeler informaldır. Bu bağlamda, özel hekimlik hizmetleri için yapılan ödemeler aşağıda sunulan iki durumda informal olarak değerlendirilmektedir:

- 1) Hastanın bizzat hekim tarafından özel muayene için çağırılması (özel muayenehaneye veya kamu hastanelerinin özel muayene ünitelerine);
- 2) Hastanın hekimin çalıştığı bir kamu sağlık birimine gittiğinde daha iyi ve daha hızlı hizmet almak, hastaneye yatırılmak, ameliyat sırasını öne almak gibi sebeplerle hekime özel muayene için ödeme yapması.

Birinci durum, hekimin hastayı özel muayene için ödeme yapmaya zorlamasına ve yapılan informal ödemenin “dışsal zorunluluktan” kaynaklandığına işaret eder. Ayrıca, bu, hizmet sunucunun azalttığı talep (supplier-reduced demand) durumuna bir örnektir çünkü hekimler kişisel amaçları için hizmet sunmayı reddederek suni bir arz kıtlığı yaratırlar (Gaal, McKee 2004; Gaal, McKee 2005).

İkinci durum ile ilgili olarak, hekime özel muayene için cepten yapılan ödeme teknik olarak yasaldir ve formaldır. Ancak, uygulamada kişiler bu ödemeyi özel muayene için değil, bir kamu sağlık kurumunun sunduğu temel hizmetlere erişmek için yaparlar (Shahriari et al. 2001). Gaal ve McKee’ye (2005) göre, bu durumu yaratan temel neden sağlık sisteminin ve hekimlerin performansının düşük olması ve bunun da sisteme ve hekimlere karşı “güvensizlik” sorunu yaratmasıdır. Düşük performans ve güven eksikliği yaratan önemli sebepler arasında sağlık sektöründe yaşanan kaynak kıtlığı, hekimlerin formal gelirlerinin (maaşlarının) düşük olması, aşırı işyükü ile çalışması ve bu nedenle hasta-hekim iletişimini de içeren birçok konuda hizmet kalitesinin olumsuz etkilenmesi sayılabilir. Bu tür koşullar, kişilerin zamanla özel muayene ödemelerini bir “zorunluluk” olarak algılamalarına neden olur ve

¹ *Özel hekimlik hizmetleri/uygulamaları birçok şekilde gerçekleşmektedir. Bu makalede, informal ödemelere özellikle konu olan özel hekimlik hizmetleri, tıbbi ve cerrahi sağlık hizmetlerinin kamuda yarı zamanlı çalışan ve özel muayenehanesi olan hekimler tarafından özel muayenehanede veya bir hastanede (üniversite hastanesinde) özel muayene ile sunulmasını ifade etmektedir.*

bu şekildeki bir algı Türkiye’de de geçerlidir. Bu zorunluluk, Gaal ve McKee’nin (2005) belirttiği gibi, dışsal olmak zorunda değildir, içsel de olabilir. Bir başka ifadeyle, hastalar kamu birimlerinde daha iyi hizmet aldıklarından emin olmak için özel hekimlik hizmetleri için ödeme yapmayı bir zorunluluk olarak algılayabilir. Nitekim, Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan Yaşam Memnuniyeti Araştırmalarına göre, hastanelerde çalışan hekimlerin özel muayenehanelerinin olmaması, Türkiye sağlık sistemi ile ilgili memnuniyetsizlik yaratan önemli faktörler arasındadır (www.tuik.gov.tr). Dolayısıyla, sağlık hizmeti kullanıcıları gerek kendi tecrübelerine gerekse başkalarının tecrübelerine dayanarak, özel hekimlik hizmetleri için ödeme yapmadıkları takdirde bir kamu biriminde istedikleri hizmeti alamayacaklarını hissederler. Bu algı/his ile yapılan ödeme informaldır.

IV. DÜNYADA İNFORMAL ÖDEMELER VE NEDENLERİ

İnformal ödemelerin varlığı, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri ve Orta Asya ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkede sağlık sistemi finansmanında değişen boyutta ve çeşitli gerekçelerle gözlenmektedir. Bu ülkelerin çoğu eski Sovyetler Birliği ülkeleridir. Yayınlanmış çalışmalardan elde edilen bilgilere dayalı ülke örnekleri aşağıda sunulmaktadır.

4.1. Macaristan

İnformal ödemelerin ülkenin toplam sağlık harcaması içindeki payı konusunda net bir bilgi olmamakla birlikte, 1990’lı yıllardan itibaren azaldığı (WHO 1999) ve 2001 yılında %1,5-4,6 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (Gaal et al. 2005). Sistemin yetersiz finansmanı, talebin karşılanamaması ve hekimlerin maaşlarının diğer sektör çalışanlarına göre düşük olması kültürel bir olgu haline gelen informal ödemelerin temel nedenleri arasında gösterilmektedir. İnfomal ödemeler çok yaygın olmamakla birlikte genellikle yatan hasta hizmetleri ve ameliyatlara için yapılmaktadır (CEEHN 2002). Dolayısıyla, informal ödemeler aynı katkı ve nakit olarak gerçekleşmektedir.

4.2. Bulgaristan

Lewis (2000), Bulgaristan’da 1997 yılında informal ödemelerin cepten harcama içindeki payının %21 olduğunu raporlamıştır. Balabanova ve McKee yaptıkları araştırmada (2002), bu ülkede informal ödemelerin nakitten çok

hediye şeklinde gerçekleştiğini ve hastane sektöründe daha yaygın olduğunu bulmuştur. Aynı araştırmada infomal ödeme nedenleri olarak kamu sağlık çalışanlarında düşük formal gelir, özel ilgi, hekime daha fazla güven duyma isteği, başarılı bir tedavi beklentisi (bunlar hastanın tedavi sürecini kontrol etme aracı olarak da görülebilir), formal prosedürlere güvensizlik, hizmet alamama korkusu, bir gelenek haline gelmesi ve yetersiz sağlık sistemi finansmanı belirlenmiştir.

4.3. Çek Cumhuriyeti

Komünist dönemde varlığı bilinmekle birlikte, bu ülkede infomal ödemeler gözardı edilebilecek kadar düşük düzeydedir. İnfomal ödemelerin büyük çoğunluğu hediye şeklinde gerçekleşmektedir ve “minnettarlık” ifadesi olarak kullanılmaktadır (CEEHN 2002). Düşük infomal ödemeler sağlık sektörüne ayrılan payın yüksek olması ve sağlık çalışanlarına enflasyonla uyumlu, hatta ulusal ortalamanın üzerinde maaş verilmesi ile açıklanmaktadır (Gaal et al. 2006).

4.4. Polonya

İnfomal ödemeler çok yaygın olmamasına rağmen, yatan hasta hizmetleri ve ameliyatlara için verilmektedir (CEEHN 2002). İnfomal ödemelerin toplam cepten harcamalar içindeki payı ise ayakta sağlık hizmetleri için %10 olarak belirlenmiştir (Chawla et al. 2004). Yapılan araştırmalar bu ülkede infomal ödemelerin boyutu hakkında daha çarpıcı bilgi vermektedir. Örneğin, Chawla ve arkadaşları (1998), toplam infomal ödemelerin genel hastanelerde çalışan sağlık personeli arasında dağıtıldığında brüt maaş miktarında kişi başına %10'luk bir artış olacağını raporlamıştır. Gaal (2004), Polonya'da toplam infomal ödemelerin %81'ini alan hekimler esas alındığında, bir hekimin brüt maaşının iki kattan fazlasını infomal ödemelerle elde ettiğinin altını çizmiştir. Shahriari ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (2001), infomal ödeme nedenleri olarak kamu sağlık sektörünün yetersiz finansmanı, önceliklendirmenin iyi yapılmaması, hekimlerin maaşlarının düşük olması, monopsonist güce sahip devletin fiyatları çok düşük tutması, sorumluluğun ve şeffaflığın zayıf olması gibi arz ile ilgili faktörler belirlenmiştir. Aynı çalışma talep ile ilgili faktörler olarak daha iyi hizmet almak, minnettarlığı göstermek ve ödeme yapılmadığı takdirde iyi hizmetin alınamayacağı inancını belirlemiştir.

4.5. Romanya

Bu ülkede informal ödemeler toplam cepten harcamanın %41'ini oluşturmaktadır. İnfomal ödemeler çoğunlukla yatarak sağlık hizmetleri ve özellikle cerrahi hizmetlerde yaygındır. En önemli informal ödeme gerekçesi ise, daha iyi hizmet alma beklentisidir (CEEHN 2002).

4.6. Arnavutluk

1996 yılında informal ödemelerin %21 düzeyinde gerçekleştiği raporlanmıştır (Lewis 2000). Bu ülkede birçok sağlık hizmeti ücretsiz olmasına rağmen, kamu sağlık kuruluşlarında hekimlere informal ödeme yapma yaygın bir uygulamadır. İnfomal ödeme nedenleri arasında hekimlerin maaşlarının düşük olması, istedikleri hizmeti alma gücü elde etme, hekimleri daha iyi hizmet vermeleri için motive etme, ödeme yapılmazsa kötü bakım alma korkusu, daha yakın bir hekim-hasta ilişkisi kurma, tedaviyi hızlandırma ve minnettarlığı ifade etme belirtilmektedir (Vian et al. 2006).

4.7. Gürcistan

Bu ülkede formal sağlık hizmetleri finansman mekanizmalarında (vergi, sosyal güvenlik gibi) çok ciddi çöküş yaşanması, hemen herkesi formal ve/veya informal sağlık harcaması yapmak zorunda bırakmıştır. Nakit informal ödemeler en yaygın ödeme türü iken (özellikle yatan hastalarda), hediyeler, kültürel bir norm olan minnettarlığı göstermenin sembolü olarak nakit ile birlikte veya nakit vermenin uygun olmadığı durumlarda verilmektedir. İnfomal ödeme nedenleri arasında kamuda kaynakların verimsiz kullanımı, sağlık sektörünün yetersiz finansmanı, hizmet paketinin iyi tanımlanmaması, kamuda kötü satın alma uygulamaları, tıbbi personelin yetersiz formal geliri, sağlık kurumlarının yönetiminin şeffaf olmaması, minnettarlık, sosyalist döneme kadar uzanan kültürel nedenler, ödeme yapılmadığı takdirde hizmet alamama korkusu, hekimleri destekleme isteği, devlete ve özel sigortalara güvensizlik gibi önemli faktörler yer almaktadır (Belli et al. 2002).

4.8. Tacikistan

Dünyanın en yoksul ülkelerinden biri olan Tacikistan'da (World Bank 2004), 1991 yılında Sovyetler Birliği'nden bağımsızlığını ilan ettikten sonra

sağlık sektörüne ayrılan kaynaklar giderek azalmıştır. 1990'lı yıllarda gayrisafi yurtiçi hasılanın (GSYİH) %6'sını temsil eden kamu sağlık harcamaları 2005 yılında %1'e gerilemiştir (Tediosi et al. 2008). Dünya Sağlık Örgütü İstatistiklerine göre (2007), Tacikistan'da özel harcamalar toplam sağlık harcamalarının %78,4'ünü ve cepten harcamalar da özel harcamaların %97,3'ünü oluşturmaktadır ve bunun da büyük kısmı infomal ödemelerden oluşmaktadır (Tediosi et al. 2008). İnfomal ödemeler hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının düşük maaşlarını telafi etmek için nakit ve hediye şeklinde ve hastanelerin yetersiz kaynaklarından dolayı aynı katkı şeklinde gerçekleşmektedir (Falkingham 2004; Tediosi et al. 2008).

4.9. Yunanistan

Yunanistan sağlık sisteminin en önemli akut sorunlarından biri olarak görülen infomal ödemelerin büyüklüğü konusunda net bir bilgi mevcut değildir. Liaropoulos ve Tragakes (1998), bazı çalışmalarda infomal ödemelerin GSYİH'nın %1,5'ini (veya özel harcamaların yaklaşık yarısını) oluşturduğu yönündeki tahminlere karşın, infomal ödemelerin GSYİH içindeki payının aslında %3 (veya kamu sağlık harcamalarının 2/3'ü) olduğuna işaret etmektedir. İnfomal ödemeler özellikle cerrahi hizmetlerde yaygın olduğundan yatarak sağlık hizmetlerinde önemlidir ve hem kamu hem de özel hastanelerde çalışan hekimlere verilmektedir. Temel nedenler olarak kuyrukta sıra beklememek, daha kaliteli hizmet almak, hekimlerin bizzat ücret talep etmesi, kültürel anlamda toplumun bir parçası olarak görülmesi ve hekimden daha yakın ilgi görmek belirtilmektedir (Liaropoulos, Tragakes 1998; Exadaktylos 2005; Liaropoulos et al. 2008).

4.10. Kazakistan

Diğer eski Sovyetler Birliği ülkeleri gibi Kazakistan da geçirdiği ekonomik krizin etkilerini sağlık sektöründe de yaşamıştır. 1995 yılında uygulamaya konulan genel sağlık sigortası (GSS) sistemi ile hem primlerin toplanması hem de kişilerin sigortanın sağlayacağı faydalar konusunda şüphe duymaları nedeniyle, sistem hastaların yaptıkları infomal ödemelerle fonksiyon göstermeye başlamıştır. Öyle ki, bazı kurumlar infomal ödeme tarifeleri hazırlamışlardır. Bu uygulama hastalar tarafından da tercih edilmiştir çünkü böylece kaliteli hizmet almak için ne kadar ödeme yapmaları gerektiğine ilişkin net bir bilgiye sahip olmuşlardır (Ensor, Savelyeva 1998).

4.11. Tayvan

Tayvan'da geleneksel olarak kişiler hekimden daha iyi hizmet almanın bir yolu olarak illegal kabul edilen nakit veya hediye şeklinde informal ödemeleri kullanmışlar ve informal ödemeler (kırmızı zarfta—red envelope—ödemeler) hekim-hasta ilişkisinin bir parçası haline gelmiştir. Ancak, 1995 yılında uygulamaya konulan GSS ile hekimlere ödeme yöntemlerinde düzenlemeler getirilmiş ve hekimlerin reçete yazarak ve yazdıkları ilaçları doğrudan hastalara satarak gelir elde etmesi de önemli ölçüde kısıtlanmıştır. Getirilen yeni sistem ile tamamen yasaklanan bu uygulama hekimlerin gelirlerinde azalmaya yol açmıştır. Bu nedenle, hekimlere ödeme sisteminde iyileştirme yapılmadığı takdirde, hekimlerin gelirlerini artırmak için informal ödeme taleplerini (externally coerced informal payments) artıracakları yönündeki endişe gerçeğe dönüşmüştür. Informal nakit ödemeler bu kez hediye paketleri içerisinde yapılmaya başlamıştır. Bu durum, Tayvan'da GSS'nin herkesin kaliteli hizmete erişimini sağladığına dair şüphe yaratmıştır (Chiu et al. 2007). Tayvan'da gerçekleşen bu durum, hekimlerin formal gelirlerinde iyileştirmeler yapılmaksızın GSS gibi sağlık hizmetlerine erişim engelini azaltma amaçlı bir politikanın bile başarılı olmayabileceğini göstermektedir.

4.12. Çin

Informal ödemeler kamu sektöründe görülmektedir ve önemli bir sosyal sorun niteliğindedir. Bu ödemeler Çin hükümeti tarafından rüşvet olarak kabul edilmiş ve informal ödeme alan hekimlerin lisansının alınmasını öngören yasal düzenleme getirilmiştir. Ancak, bu yasa hastaları informal ödeme yapmaktan alıkoyamamıştır. 2004 yılında informal ödeme miktarı yaklaşık 5 milyon dolar olarak gerçekleşmiştir (Liu, Sun 2007).

4.13. Diğer Ülkeler

Lewis (2000), diğer birçok ülkede de informal ödemelerin varlığını raporlamıştır. Örneğin, hastaneye yatan hastaların Ermenistan'da %91'i, Rusya Federasyonu'nda %74'ü ve Kırgızistan'da %75'i informal ödeme yapmaktadır. Ayrıca, informal ödemelerin hanehalkı cepten sağlık harcamaları içindeki payı Azerbaycan'da %5,1, Rusya Federasyonu'da %3,5, Moldova'da %2,7'dir.

Özetle, dünya örnekleri infomal ödemelerin temelde sağlık sistemi arz yapısı ile ilgili sorunlardan kaynaklandığını ve sistemi infomal cepten harcamalar ile finanse etmenin zaman içinde kültürel bir norm haline geldiğini ortaya koymaktadır. Lewis'in de belirttiği gibi (2007), arz ile ilgili en önemli faktörler sağlık sistemine yetersiz fon akışı, düşük sağlık çalışanı maaşları, kötü yönetim ve hesap verme sorumluluğunun (accountability) olmaması veya yeterince olmamasıdır. Hastalar genel norma uymak için kendileri doğrudan infomal ödeme yapmakta ve/veya sağlık çalışanları infomal ödemeyi bizzat talep etmektedir. Bazı ülkelerde (örneğin Gürcistan) hastanın ödeme gücüne göre hasta ve hekim arasında fiyat pazarlığı da söz konusu olabilmektedir. İnfomal ödemeler hem düşük maaşla çalışan sağlık personeline (özellikle hekimlere) önemli ölçüde ek gelir sağlamak hem de kısmen de olsa hizmet sunumu ile ilgili diğer girdileri sağlamak amacıyla kullanılmaktadır.

V. TÜRKİYE'DE İNFOMAL ÖDEMELER VE NEDENLERİ

Türkiye'de infomal ödemeler uzun yıllardır daha kaliteli hizmet almak, süreci hızlandırmak gibi sebeplerle sağlık hizmetleri finansmanının bir parçası olmasına rağmen, yeterince irdelenmeyen bir konudur. Türkiye'de bu bağlamda ilk bilgi Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Hanehalkı Araştırması kapsamında elde edilmiş ve infomal ödemelerin hanehalkı toplam cepten sağlık harcaması içindeki payı %5 olarak belirlenmiştir (Berman, Tatar 2004). İnfomal ödemeler konusunu detaylı bir şekilde incelemeye olanak tanıyacak şekilde geliştirilmiş bir anket aracılığı ile 2002-2003 yılında Kırıkkale'de 900 hanede (3727 kişi) yapılan bir başka çalışmada ise, infomal ödemelerin hanehalkı toplam cepten harcama içindeki payı yaklaşık %25 olarak belirlenmiştir (Tatar et al. 2007). Bu iki araştırma ülke temsiliyeti açısından farklılaşmaktadır. Ancak, ikinci araştırmanın infomal ödeme tanımı açısından uluslararası literatürle uyumlu olduğu dikkate alındığında, Türkiye'de infomal cepten ödemelerin sağlık hizmetleri finansmanında önemli bir yerinin olduğunu söylemek mümkündür. Tatar ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan çalışmanın bulguları aşağıda özet olarak sunulmaktadır.

5.1. İnfomal Ödeme Türleri

İnfomal ödemelerin %71,6'sı nakit, %27,5'i ayni katkı ve %0,9'u hediye şeklinde gerçekleşmiştir. Ayakta sağlık hizmetleri için yapılan infomal ödemeler yatarak sağlık hizmetleri için yapılan infomal ödemeden daha

yüksek bulunmuştur. Ancak, aynı katkı olarak gerçekleşen informal ödemelerin yatarak sağlık hizmetleri için yapılan toplam cepten harcama içindeki payı daha yüksektir (%53).

İnformal ödemeler, ödeme yapılan hizmetin türlerine ve hizmet sunucunun mülkiyetine göre farklılık göstermiştir. Toplam informal ödemelerin çoğunluğu (%55,4) özel sektörde gerçekleşmiştir ve bunun neredeyse tamamı (%99) tıbbi hekimlik hizmetleri (cerrahi müdahale içermeyen hekimlik hizmetleri) içindir. Bu bulgu, yarı zamanlı hekimlik uygulamasının bir yansımasıdır. Özel hekim muayenesi için yapılan ödemelerin sosyal güvenlik programlarının kapsamadığı ilave hizmetler için değil, kapsanan temel hizmetler için olduğunu vurgulamakta fayda vardır. Bir başka ifadeyle, Türkiye’de özel hekim muayeneleri için yapılan informal ödemeler “içsel” olarak algılanan zorunluluğu yansıtmaktadır.

Kamu sağlık kurumlarında yapılan informal ödemeler araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle iki büyük hizmet sunucu olan Sağlık Bakanlığı birimlerinde (%81,1) ve SSK birimlerinde (%12,8) gerçekleşmiştir. Toplam informal ödemenin %44,6’sının gerçekleştiği kamu sektöründeki informal ödemelerin gerçekleştiği hizmet türleri ve oranları aşağıda belirtilmektedir:

- İlaçlar (%50,6) ve diğer aynı katkı ödemeleri (%11,1);
- Cerrahi hekimlik hizmetleri (%23,5), ki bu ödemelerin %97’den fazlası nakit olarak yapılmıştır;
- Dernek ve vakıflara yapılan bağışlar (%11,1);
- Diğer (%3,7) (hediye ve elden para verilmesi).

İnformal ödeme türleri sağlık güvencesi durumuna göre de değişmiştir. Sağlık güvencesi olan kişiler arasında (Yeşil Kart sahipleri hariç) toplam informal ödemelerin; %79’unun özel sektörde özel hekimlik hizmetleri için ve %80’inin tıbbi hekimlik hizmetleri için yapılmış olduğu bulunmuştur. Bu ödemelerin %99,2’sinin nakit olarak yapılmış olması ve yaklaşık %85’inin hizmeti almadan önce verilmiş olması ödemelerin genel olarak minnettarlıktan kaynaklanmadığına işaret etmektedir. Aynı bir grup olarak incelenen Yeşil Kart sahipleri informal ödemeleri en fazla (%85) kamu sağlık kurumlarına yapmıştır ve bunun %56’sı aynı katkı ödemesi olarak gerçekleşmiştir. İnfomal ödemelerin yapılma amaçlarına göre incelendiğinde ise, Yeşil Kart sahiplerinin yaptıkları informal ödemelerin %64’ünü cerrahi hekimlik hizmetlerinin

oluşturduğu belirlenmiştir. Sağlık güvencesi olmayan kişiler arasında en önemli infomal ödeme şekli aynı katkı ödemeleri olmuştur (ilaçlar ve diğer tıbbi mal/hizmetler ise %87).

5.2. İnfomal Ödeme Nedenleri

Tedavi esnasında veya gelecekteki başvurularda daha iyi sağlık hizmeti alma isteği nakit infomal ödemelerde temel gerekçeler olarak belirlenmiştir (sırasıyla, %59,2 ve %14,1). Ayrıca, kişilerin ödeme yapmaya zorlanmasının önemli bir faktör olmadığı da bulunmuştur (%5,4). Tüm bu bulgular, daha önce de işaret edilen, nakit infomal ödemelerin kişilerin daha iyi hizmet almak amacıyla ek ödeme yapmaları gerektiği yönünde algılanan zorunluluktan kaynaklandığını göstermektedir.

Hediye ödemeleri için tam tersi bir durum belirlenmiştir: Minnettarlık, hediye ödemelerinin sadece %30'unda tek motivasyondur. Diğer önemli motivasyonlar “hekim ile gelecekteki tedaviler için daha iyi bir bağ kurmak”, “hekimin daha iyi hizmet sunması” ve “hediye bir gelenek olması”dır. Bu bulgular, Türkiye’de hediye şeklinde yapılan ödemelerin kültürel nedenlerin ötesinde bir anlam taşıdığını ve toplam infomal ödemeler içindeki payı düşük olmasına rağmen (%0,2) geçerli bir infomal ödeme türü olduğunu göstermektedir.

VI. İNFOMAL ÖDEMELERİN ETKİLERİ

Birçok ülkede varlığı belirlenen infomal ödemelerin çeşitli açılardan etkileri vardır. Bu etkileri bireyler ve sistem yönünden olmak üzere iki düzeyde tartışmak mümkündür. Bireyler açısından infomal ödemelerin en önemli etkilerinden biri, ödeme yapan ve yapmayan kişiler arasında alınan hizmetlerin farklılaşma olasılığının olmasıdır (Gaal, McKee 2005). Örneğin, Kazakistan’da yapılan bir çalışmada, kamuda çalışan hekimlerin infomal ödeme yapan hastalara daha kaliteli hizmet sundukları belirlenmiştir (Thompson, Xavier 2002). Bu şekildeki bir ayrımcılık (discrimination) önemlidir çünkü infomal ödeme yapanların göreceli olarak daha iyi hizmet alması, erişim açısından ciddi sorunlar doğurur ve bu da, hakkaniyeti ve toplumun sağlık statüsünü olumsuz etkiler.

İnformal ödemeler, ödeme yapan ve yapmayanlar arasında hizmet kalitesi açısından farklılaşma yaratmasa da, kişilerin bakımı ertelemesine veya hiç almamasına, bakım almak için varlıklarını satmasına ve sisteme olan güvenlerini kaybetmesine neden olabilir (Lewis 2000; Thompson, Witter 2000; CEEHN 2002; Falkingham 2004; Akashi et al. 2004). Ayrıca, informal ödemeler genellikle formal ödemelere ilave ödemeler niteliğinde olduğundan, hanehalklarının yaptığı cepten harcamaların toplam tüketim harcamaları içindeki payını artırır ve bu da aşırı (catastrophic) harcamalar ve/veya yoksullaşma sorunu yaratabilir. Formal ve informal cepten harcamaların katastrofik harcamalara ve yoksullaşmaya olan etkisi ile ilgili detaylı bilgi Özgen (2007) makalesinde sunulmaktadır. Tüm bunlar özellikle yoksullar için erişim, kullanım ve dolayısıyla hakkaniyet ve sağlık düzeyi açısından istenmeyen yansımalara işaret etmektedir.

İnformal ödemelerin hakkaniyete olan etkisi konusunda farklı görüşler de ileri sürülmektedir. Gürcistan örneğinde olduğu gibi, bazı ülkelerde hizmet sunucular fiyat ayrımcılığı yapabildiğinden, gelir düzeyi daha düşük olan kişiler aynı hizmeti gelir düzeyi daha yüksek kişilere göre daha düşük fiyattan alabilmektedir. Bir başka ifadeyle, informal ödeme miktarı hastanın ödeme gücüne göre belirlenir ise, zenginlerden alınan daha yüksek informal ödeme yoksulları sübvans etmek için kullanılabilir. Hekimlerin bu şekilde “Robin Hood” rolü üstlenmesi ile yoksulların hizmete erişimi engellenmemiş olur (Ensor, Savelyeva 1998). Ancak, talep edilen miktarı belirleyen hastanın ödemeye istekli/gönüllü olması ise, zenginlerin daha fazla informal ödeme yapmaması ve dolayısıyla yoksulların hizmete erişim, kullanım ve sağlık statüsünde sorunlar yaşaması olasıdır (Ensor 2004). Nitekim, Macaristan’da yapılan bir çalışmada, informal ödemelerin azalan oranlı (regressive) bir finansman yöntemi olduğu ve dolayısıyla yoksulların kamu sağlık birimlerinden aldıkları hizmetler için zenginlere göre daha fazla informal ödeme yaptıkları bulunmuştur (Szende, Culyer 2006). Bir başka çalışmada Kazakistan’da yoksulların aylık gelirlerinin ortalama %25,2’sini yatan hasta hizmetleri için (aynı katkı ödemeleri) harcarken, zenginlerin aynı hizmet için aylık gelirlerinin %54’ünü harcadığı aktarılmaktadır (Lewis 2000). Bu bulgular, informal ödemeler ile bir ülkenin sağlık sistemi performans göstergelerinden biri olarak, finansal risk² korumayı da etkileyebileceği

² Finansal risk, cepten sağlık harcaması nedeniyle bireylerin/hanehalklarının ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamaları, aldıklarında ise önceden öngörülemeyen

anlamına gelmektedir. Bir başka ifadeyle, sağlık güvencesi kapsamında olsalar da, özellikle yoksul kişiler infomal ödemelerin yaratacağı finansal riske karşı korunamayabilir. Artan finansal risk, kişilerin sağlık hizmetleri kullanımını olumsuz etkileyeceği gibi, diğer temel ihtiyaçlarından fedakârlık yapmak zorunda kalmalarına ve hatta yoksullaşmalarına katkıda bulunabilir.

İnfomal ödemeler sağlık sisteminin verimliliğini çeşitli açılardan olumsuz etkileyebilir. Bunlardan birincisi, sağlık sisteminin büyük ölçüde infomal (veya formal) cepten harcamalarla finanse edilmesi durumunda, hizmet sunucular daha cazip ancak gereksiz/uygun olmayan hizmetleri sunma yönünde teşvik edilmiş olabilirler ve bu da verimliliği azaltır (Ensor, Savelyeva 1998). İkincisi, bütçe kısıtlılığı/yetersiz finansman söz konusu ise, infomal ödemelerin personel dışındaki girdi maliyetlerini (örneğin yüksek teknolojiye maliyetlerini) finanse etmek için kullanılması durumunda çıktının artırılacağı ve dolayısıyla teknik verimliliğin artacağı düşünülebilir. Ancak, infomal ödemelerin hizmeti iyileştirmede kullanılacağına bir garantisi bulunmamaktadır (Ensor 2004). Üçüncüsü, aynı katkı ödemeleri (ilaç, tıbbi malzeme vb için) verimsiz satın alımlara neden olabilir çünkü hastalar bu tür kalemleri perakende fiyat üzerinden alır ve bu, hizmet sunucunun toptan alımlarında elde ettiği fiyat indirimi avantajından yararlanılamamasına ve dolayısıyla aynı malın daha yüksek fiyattan satın alınmasına yol açar (Ensor, Savelyeva 1998; Falkingham 2004). Bu nedenle, infomal ödemeler bir ülkeyi kaynaklarını rasyonel olmayan şekilde kullanmaktan dolayı çeşitli sorunlarla karşı karşıya bırakabilir. Dördüncüsü, infomal ödemeler ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı sınırladığında, tedavi edilmeyen hastalık veya teşhis/tedavide gecikme nedeniyle aynı sağlık sorunu gelecekte daha pahalı müdahaleler ile çözülmek zorunda kalır ve bu da, sağlık sisteminin verimliliğini azaltır.

İnfomal ödemelerin sağlık sistemi açısından bir diğer önemli etkisi reform çalışmalarını engellemesidir. İnfomal ödemelerden elde edilen gelir yüksek olduğunda, bu tür gelire sahip sağlık çalışanları mevcut durumu değiştirmeye yönelik reform çalışmalarına güçlü direnç gösterebilir (Delcheva et al. 1997; Gaal et al. 2006; Balabanova, McKee 2002). Dolayısıyla, özellikle infomal

harcama riski ile karşı karşıya kalmalarını ifade etmektedir. Finansal risk, cepten harcamaların birey/hanehalkı kaynakları (gelir veya harcama) içindeki payının artmasına (cepten harcamaların finansal yükünün artmasına) bağlı olarak meydana gelir.

ödeme ölçeğinin büyük olması, hem bireyler hem de sağlık sistemine olan olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabilmesi için zorlu bir reform sürecinin yaşanması veya reformların gerçekleştirilememesi anlamına gelir.

VII. İNFORMAL ÖDEMELER NE ZAMAN BİR POLİTİKA KONUSUDUR?

İnformal ödemelerin hakkaniyet ve verimlilik açısından olumsuz etkilerinin meydana gelmesini etkileyen ve dolayısıyla informal ödemelerin ortadan kaldırılması/azaltılması yönünde atılacak adımlara gerek olup olmadığını belirleyen iki temel kriter vardır: 1) informal ödemenin boyutu, 2) ödemenin gönüllü veya zorlama ile yapılıp yapılmaması (Gaal et al. 2006; Gaal, McKee 2005; Gaal 2004). Birinci kriter ile ilgili olarak, yukarıda yapılan açıklamalardan da anlaşılacağı gibi, informal ödeme ölçeğinin büyük veya küçük olmasının politika belirleyicilerin neden önem vermesi gereken bir kriter olduğu açıktır. Büyük ölçekte bir sorun ciddi etkiler yaratma potansiyeline sahiptir.

Politika bağlamında ele alındığında, özellikle açıklanması gereken kriter, ödemenin gönüllü veya zorlama ile yapılıp yapılmamasıdır (informal ödemenin yapılma gerekçesi). Ödemeler tamamen “gönüllü” olarak yapılır ve hekim ile diğer sağlık çalışanları ödeme yapan hastalara daha iyi hizmet sunma yönünde bir davranış göstermez ise, informal ödemenin arzu edilen bir özel sağlık finansman şekli olduğu söylenebilir çünkü sağlık sektörü finansmanında kaynak artışı sağlar ve formal katkı paylarının yarattığı hakkaniyet sorunu yaşanmaz. Bu tür informal ödemeler, daha iyi/fazla hizmet almak için değil, tedavi edilmenin verdiği memnuniyeti ifade etmek amacıyla hizmeti aldıktan sonra yapıldığından, “minnettarlık” ödemesi olarak adlandırılır ve “hediye” şeklinde yapılır. Ayrıca bu koşullar altında, minnettarlık ödemesi verimliliği de olumsuz etkilemez, hatta sağlık çalışanlarının duyarlılığını artırabilir, hekimlerin meslekte kalmalarını teşvik edebilir ve en azından minnettarlık ödemelerinin önemli ölçekte olduğu uzmanlık dallarında sürdürülebilir insan kaynaklarını mümkün kılabilir. İnfomal ödemelerin “iyi huylu” doğasını vurgulayan bu varsayımlar “bağış” (hediye) hipotezi ile açıklanır (Gaal et al. 2006; Gaal, McKee 2005).

Ancak, informal ödemenin yapılmasında “zorlama faktörü” (içsel veya dışsal) söz konusu ise, informal ödemeler en kötü özel finansman şeklidir.

Bunun birçok sebebi vardır. Birincisi, yoksullar formal olarak infomal ödeme kapsamı dışında tutulmadığından, infomal ödeme hizmete erişimde engel yaratır (hakkaniyet sorunu). Özellikle yoksullar hizmet alamama durumuyla karşı karşıya kaldığında sağlık düzeyleri olumsuz etkilenir. İkincisi, hekimler ödeme yapılmadığı için hizmet sunmaz veya ödeme yapan hastaları sadece memnun etmek için gereksiz hizmetleri sunar ise, infomal ödemeler verimliliği de azaltır. Bu durum, infomal ödemelerin “kötü huylu” doğasını yansıtan “hizmet başına ödeme” (fee-for-service) (telafi etme) hipotezi ile açıklanır. Kısaca, bu hipotez formal katkı paylarının tüm olumsuz etkilerini gündeme getirebilir ve şeffaflığı azaltabilir ve bu da, infomal ödemelerin kontrol altına alınmasını güçleştirir (Gaal et al. 2006; Gaal, McKee 2005).

Ancak, Gaal ve arkadaşlarına göre (2006), “hizmet başına ödeme” olarak gerçekleşen infomal ödemelerin hakkaniyet ve verimlilik açısından etkileri birçok faktöre bağlıdır ve aşağıda belirtilen iki soruya verilecek cevap önemlidir:

- 1) İnfomal ödemeler arzın büyümesi için fırsat yaratıyor mu? (hekimlerin daha fazla hasta ve gelir elde etmek için karar vericileri sektöre daha fazla kaynak aktarmaları konusunda ikna etmelerini sağlıyor mu?)
- 2) İnfomal ödemeler mevcut kaynakları ödeme yapan ve yapmayanlar arasında yeniden dağıtıyor mu?

Kapasite/arz sabit olduğunda, infomal ödemeler, gereksiz kullanımı sınırlandırıyor ise veya mevcut hizmetleri sağlık açısından veya memnuniyet açısından daha fazla fayda yaratan hizmetler için yeniden dağıtıyor ise, verimliliği yükseltebilir. Arzın büyümesi tahsis verimliliğini (allocative efficiency) yükseltebilir. Ancak, bu noktada, gerçek bir arz kıtlığının olup olmadığına veya hizmet sunucunun yarattığı talebin (supplier-induced demand) (“arzın yarattığı talep” ve “sunucunun kabarttığı talep” olarak da Türkçe literatürde ifade edilmektedir) olup olmadığına belirlenmesi önemlidir.

Ayrıca, ekonomik açıdan zayıf olan ülkelerde infomal ödemeler azalan kamu kaynaklarını desteklediğinden en önemli finansman kaynağıdır. Bu tür durumlarda infomal ödemeler en azından sistemin ayakta kalmasını sağlar ve bu, erişim açısından olumludur. Bir başka ifadeyle, kişiler finansman yetersizliğinden dolayı hizmet alamama ile karşı karşıya ise ve hekimler gelir

düzeylerine göre hastalar arasında fiyat ayırmacılığı yapıyorsa, informal ödemeler kişilerin sağlık hizmetlerine erişimini olumlu etkiler.

Sonuç olarak, temel gerekçesi “bağış” (hediye) olarak tanımlanan informal ödemeler ülke kültüründe bir minnettarlık sembolüdür ve kolaylıkla ortadan kaldırılamaz. Aksine, bu tür informal ödemelerin varlığı devam ettirilmelidir çünkü bu durum, yukarıda da belirtildiği gibi, informal ödemelerin “iyi huylu” doğasını yansıtır. Ancak, “hizmet başına ödeme” (zorlamaya dayalı ödeme) şeklinde tanımlanan informal ödemeler, hekimler ödeme yapan ve yapmayanlar arasında ayırım yapmasa da, kişilerin sistemin başarısızlığına ilişkin algılarını yansıttığından, çözülmesi gereken bir politika konusudur. Dolayısıyla, bu tür ödemeleri yaratan temel sebep(ler) belirlenerek, informal ödemeler ortadan kaldırılmalıdır (Gaal et al. 2006).

VIII. TÜRKİYE SAĞLIK POLİTİKALARI, İNFORMAL ÖDEMELERE OLASI ETKİLERİ VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Türkiye’de informal ödemelerin, cepten ödemelerin yüksek bir oranını oluşturması ve nakit ve hatta hediye şeklindeki ödemelerin temel motivasyonunun daha iyi, daha hızlı hizmet almak olması sağlık politikası açısından ele alınması gereken önemli bir sorun olduğuna işaret etmektedir (Tatar et al. 2007). Türkiye’de Tatar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayı (2007) takiben aynı veri seti kullanılarak Özgen ve arkadaşları tarafından yapılan daha detaylı bir çalışmada (2009), sağlık hizmeti almak için bir kuruma başvuran toplam 703 kişiden oluşan bir alt örnekleme ait veriler analiz edilmiştir. Bu çalışmada, informal ödemelerden nüfusun hangi alt gruplarının daha fazla etkilendiğine (talep ile ilgili faktörler), arz ile ilgili hangi faktörlerin informal ödemelerde belirleyici olduğu, uygulanan ve uygulanması planlanan sağlık politikalarının informal ödemeleri elimine etmede/azaltmada ne ölçüde etkili olabileceklerine ilişkin bilgi elde edilmiştir. Bu konularla ilgili elde edilen araştırma bulguları ve ilgili tartışmalar aşağıda sunulmaktadır.

8.1. Talep İle İlgili Faktörler

Sağlık güvencesi kapsamındaki kişiler ve özellikle üç programa bağlı kişiler (SSK, Bağ-Kur ve Yeşil Kart) ve sigortasız kişiler arasında informal ödeme prevalansının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu, iki noktaya işaret etmektedir. Birincisi, sağlık güvencesi olan kişiler

arasında sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarında farklılık olmasıdır. İkincisi ise, sağlık güvencesine sahip olan kişiler arasında da infomal ödemeler gerçekleştiğinden, sağlık güvencesine sahip olma infomal ödemelere karşı finansal koruma sağlamamaktadır. Bu da, Ekim 2008 tarihinde hayata geçirilen GSS'nin infomal ödemeler sorununu çözme konusunda tek başına etkili bir reform olmayabileceği anlamına gelir. Teorik olarak, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımla ilgili finansal engelin kaldırılmasının sağlık hizmetlerine olan talebi artırması beklenir. Arzın talebi karşılamaması durumunda ise sistemle ilgili memnuniyetsizlik ve güven kaybı yaşanacağından veya mevcut güvensizlik artacağından, GSS infomal ödeme prevalansını artırabilir. Özellikle 59. ve 60. hükümetler döneminde sağlık arzını artırmak için özel sağlık kaynaklarının mevcut potansiyelinden daha fazla yararlanılması yönünde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) mensuplarının özel sağlık hizmetlerine başvurularının önündeki kısıtlamaların kaldırıldığı bilinmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu bunu sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda farklı koşullara sahip olan SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları arasında eşit imkanlar yaratmak amacıyla 2007 yılında yürürlüğe koyduğu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile gerçekleştirmiştir. Bu uygulamanın GSS ile ortaya çıkması olası olan sağlık hizmetleri talebindeki artışa dayalı olarak gelişecek infomal ödemeler için en azından SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı mensupları arasında bir fren olması beklenebilir. Nitekim, özel sektördeki büyüme eğiliminde, SUT ile sözleşmeli özel sağlık birimlerine başvuru imkanının sağlanmasının önemli rol oynamış olabileceği söylenebilir. Özel hastanelerde ayakta tedavi edilen hasta sayısı 2002-2006 döneminde 3 kattan fazla artmıştır ve bu, Sağlık Bakanlığı hastanelerindeki artış rakamından fazladır (www.sb.gov.tr). Böylece, SUT ve özel sektörün büyümesi ile hizmet sunucu yelpazesi genişletilerek hastaların tercih imkanları artırılmış ve dolayısıyla birçoğunda infomal ödemelerin yapıldığı kamu sağlık birimlerindeki personelin “davranışlarını değiştirme” potansiyeli yaratılmıştır. Araştırmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunan talep ile ilgili ikinci faktörü, hanehalkı gelir düzeyidir (hanehalkı tüketim harcamasına dayalı %20'lik dilimler itibariyle ölçülmüştür). En yüksek 4. harcama dilimindeki kişilerin 5. dilimdekilere göre infomal ödeme yapma olasılığı %55 daha az bulunmuştur. Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, 1. dilimdeki kişilerin 5. dilimdeki kişilere göre infomal ödeme yapma olasılığı sadece %15 daha az bulunmuştur. Gelir ile infomal ödeme arasındaki ilişkiye dair araştırmanın ortaya koyduğu asıl önemli bulgu, uluslararası literatüre paralel olarak (Balabanova, McKee 2002; Liaropoulos et al. 2008), fark istatistiksel olarak

anlamli olsun veya olmasın, gelir düzeyi ne olursa olsun herkesin informal ödeme yapmasıdır. Araştırmada ayrıca informal ödemelerin yarattığı finansal yükün (informal ödemenin hanehalkı tüketim harcaması içindeki payı itibariyle ölçülmüştür) 5. harcama dilimdeki kişilere göre 1. harcama dilimdeki kişiler arasında daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular birlikte ele alındığında, informal ödeme yapma olasılığı açısından yoksul ve zengin kişiler arasında fark olmaması ve yoksul kişilerin zengin kişilere göre gelirlerinden sağlığa daha fazla pay ayırması, en azından araştırmanın yapıldığı dönemde, informal ödemelerin azalan oranlı bir finansman yöntemi olduğuna ve dolayısıyla hakkaniyetin olumsuz etkilendiğine işaret etmektedir.

Araştırmada incelenen talep ile ilgili diğer faktörler eğitim, yaş, cinsiyet ve kır-kent yerleşim yeridir. Bulgular, istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, informal ödemelerin eğitim düzeyi daha düşük, 60 yaş ve üzeri, kadın ve kırsal alanda yaşayanlar arasında daha fazla gerçekleştiğini göstermiştir. Ayrıca, informal ödeme yapan 60 ve üzeri yaş grubundaki kişilerin %65'inin en düşük harcama diliminde olduğu, %61'inin SSK'lı olduğu, tamamının aynı katkı ödemesi yaptığı ve %48'inin bir kamu biriminde sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili özel hekim muayenesi için ödeme yaptığı belirlenmiştir. Aynı şekilde, kırsal alanda yaşayan ve informal ödeme yapan kişilerin %62'sinin en düşük iki harcama diliminde olduğu, %41'inin SSK'lı olduğu, %92'sinin aynı katkı ödemesi yaptığı ve %32'sinin bir kamu biriminde sağlık hizmeti kullanımı ile ilişkili özel hekim muayenesi için ödeme yaptığı belirlenmiştir.

Genel olarak, talep ile ilgili faktörler informal ödeme prevalansının toplumda dezavantajlı gruplarda daha yüksek olduğuna işaret etmektedir ve bu, hakkaniyet açısından olumsuzluk anlamına gelir. Dolayısıyla, bu duruma zemin hazırlayan temel arz ile ilgili faktörlerin incelenmesi ve gerekli düzeltici önlemlerin alınması gerekmektedir. Özgen ve arkadaşlarının (2009) yaptığı araştırmadan elde edilen bulgulara dayalı olarak informal ödemelerle ilişkili arz ile ilgili faktörlerin neler olduğu aşağıda anlatılmaktadır.

8.2. Arz İle İlgili Faktörler

Arz ile ilgili birinci faktör, hizmet alınan yerin mülkiyetidir. Araştırmada, aynı sağlık olayı (episode) için hem kamu hem de özel hizmet sunuculara başvuran kişilerin sadece kamudan hizmet alanlara göre informal ödeme yapma

olasılığı 7,5 kat daha fazla bulunmuştur³. Bu bulgunun, kişilerin demografik ve sosyo-ekonomik durumu ne olursa olsun, kamu birimlerinde daha iyi/hızlı hizmet almak için özel muayenehanede ilave ödeme yapılması gerektiğine ilişkin *algılanan zorunluluğun* infomal ödemelerde temel faktör olduğuna işaret ettiğini de söylemek mümkündür. Araştırmada ayrıca özel sektörde gerçekleşen infomal ödemelerin tamamının özel hekimlik hizmetleri için yapıldığı belirlenmiştir: özel muayenehaneye başvuran 168 kişinin %79'u aynı zamanda bir kamu sağlık birimine de başvurmuştur ve bunların %70'i infomal ödeme yapmıştır. Bu sorun, daha önce de belirtildiği gibi, temelde yarı zamanlı hekimlik uygulamasından kaynaklanmaktadır. Sağlık sektöründe yarı zamanlı hekimlik uygulamasının negatif etkileri tartışılan önemli konulardan biridir (Berman, Cuizon 2004). İnfomal ödemelerin etkileri dikkate alındığında, yarı zamanlı hekimlik, en azından teorik olarak, ödeme yapan ve yapmayan kişilerin hizmete erişim ve kullanımında sorunlar yaşayabilecekleri ve dolayısıyla hakkaniyetin olumsuz etkileneceği bir sistem anlamına gelir (Tatar et al. 2007). Çözüm yolu ise, yarı zamanlı hekimlik uygulamasının kaldırılmasıdır. Türkiye'de yakın tarihe kadar kamu sektöründe çalışan hekimlerin çoğunluğu özel hekimlik hizmetleri de sunmuştur. Ancak 2004 yılında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performans dayalı ek ödeme sisteminin hayata geçirilmesi ile tam zamanlı statüye geçen hekim oranı önemli ölçüde artmıştır (2002 yılına göre 2005 yılında %42'lik artış) (SB, 2007). Bu olumlu gelişmeye rağmen, mevcut hükümetin tam gün yasasının çıkarılması konusundaki hazırlıkları devam etmektedir.

Yarı zamanlı hekimlik uygulamasından kaynaklanan infomal ödemeler sorunu ile baş etmenin bir yolu olarak, sağlık hizmeti talebini formal cepten harcama ile özel sektöre kanalize ederek infomal ödemelerin formalleştirilmesi düşünülebilir. Formal cepten harcamaları artırmak uluslararası literatürde infomal ödemeleri kontrol etme yollarından biri olarak önerilmektedir (Lewis 2007). Bu önerinin Türkiye'de SUT ve büyüyen özel sektör ile uygulandığını söylemek mümkündür. Özel sektör kullanıcıları arasında, gelir düzeyi daha iyi olanların olması beklenir. Ancak, araştırmaya göre, gelir düzeyi düşük olan bireylerin aldığı özel hekimlik hizmetlerinin %59'unda infomal ödeme yaptığı dikkate alındığında, bu grup popülasyonun

³ *Bu tür bir duruma örnek olarak, eklem ağrısı şikayeti olan bir kişinin sağlık hizmeti almak için bir devlet hastanesinin polikliniğine sonra bir özel muayenehaneye gitmesi verilebilir. Aynı olay için, kişinin önce devlet hastanesi polikliniğine sonra eczaneye gitmesi bir başka örnektir.*

da özel sektöre başvurması olasıdır. Bu ise, formal cepten ödemelerin hakkaniyet açısından olumsuz etki yaratmasına veya mevcut olumsuz etkinin devam etmesine sebep olabilir. Diğer yandan, tam zamanlı hekim sayısının arttığı ve dolayısıyla döner sermaye aracılığı ile gelirlerini artırmaya odaklı bir kamu sektöründe hizmet almak yoksul kesim açısından avantajlı olabilir. Sağlık Uygulama Tebliği, büyüyen özel sektör ve artan tam zamanlı hekimlik uygulaması ile yaşanan önemli gelişmeler; 1) temel hizmetleri almak için kamuda çalışan hekimlerden özel muayene hizmeti alınması gerektiği yönünde algılanan zorunlulukta gerileme, 2) informal ödeme yapmaksızın (ve dolayısıyla olası hakkaniyetsizliğe yol açmaksızın) yoksul kesimin kamu sektöründe daha iyi hizmet alabilmesini sağlayabilir.

İnformal ödeme sorununu çözmek için üzerinde durulması gereken arz ile ilgili ikinci faktör, uzun yıllardır kamu sağlık sektöründe yaşanan sorunlardan biri olan aynı katkı ödemeleridir. Araştırmada, yatarak sağlık hizmeti alanların informal ödeme yapma olasılığı ayakta hizmet alanlara göre yaklaşık 10 kat daha fazla bulunmuştur. Aynı katkıların informal ödemeler içindeki bu güçlü rolü informal ödeme literatürü ile de uyumludur (Liaropoulos et al. 2008; Balabanova, McKee 2002; Vian et al. 2004; Falkingham 2004; Belli et al. 2002). Aynı katkı ödemeleri hastalar ve toplam sağlık harcamaları açısından olumsuz etki yaratabilir. Hastalar/yakınları, daha sonra kendilerine geri ödemesi yapılırsa da, hastane dışından istenilen mal/hizmetleri temin edecek yeterli gelir düzeyine sahip olmayabilir veya bulmakta güçlük çekebilir (örneğin kan veya kan ürünleri). Daha önce de belirtildiği gibi, hizmet sunucuların, piyasa fiyatından satın alım yapan hasta/yakınlarının aksine, toplu satın alım yaparak ölçek ekonomisinden yararlanmaları verimliliğe olumlu katkı sağlar ve bu da, ülkenin toplam sağlık harcamasını etkiler (Ensor, Savelyeva 1998; Falkingham 2004).

Ancak, Türkiye’de sağlıkla ilgili dayanıklı ve dayanıksız mallar piyasa fiyatından geri ödeme kurumuna fatura edilir ve aradaki fark işlem maliyetleri olarak kuruma kalır. Aynı katkı ödemeleri Türkiye’de verimsizliği ve sağlık harcamalarını artıran ödemeler olarak görünmemekle birlikte hastalar/yakınları açısından olumsuz etkileri devam etmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu SUT ile 15 Ekim 2007 tarihinden geçerli olmak üzere sözleşmeli tüm kurumların SGK kapsamındaki hastalara dışarıdan birşey aldırılmaları gerektiği uygulamasını başlatmıştır. Bu uygulama, SUT’tan önce de uzun yıllardır Bütçe Uygulama Talimatı gereği yürürlükteydi. Aynı katkılardan dolayı meydana

gelen infomal ödemeleri azaltma açısından ümit verici bir gelişme olmasına rağmen, kamu sağlık kuruluşlarının alt yapılarının buna hazır olmaması nedeniyle uygulanamamaktadır. Bu uygulamanın 1 Ocak 2008 tarihinden geçerli olmak üzere Sağlık Bakanlığı tarafından aynı amaçla çıkarılan genelge ile de hayata geçirilmesi zor görünmektedir. Aynı katkı sorunu Türkiye’de sevk sisteminin işlememesi, kötü malzeme yönetimi ve satın alma uygulamaları, finansman kurumlarının geri ödemeleri zamanında yapmaması ve yetersiz/uygun olmayan satın alma mevzuatı gibi birçok faktörün bir fonksiyonudur. Dolayısıyla, hizmet sunuculara “*her şey sizin sorumluluğunuzdadır*” şeklinde bir düzenleme, doğru ve gerekli bir düzenlemedir ancak tek başına yeterli değildir.

Araştırma bulguları ile doğrudan bağlantı kurulamayan ancak Türkiye’de yapılması planlanan ve infomal ödemelere etkileri olabilecek bir diğer reform açısından da Özgen ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmanın (2009) bulgularını tartışmak yararlı olacaktır. Bu, halen 33 ilde pilot uygulaması devam eden aile hekimliği uygulamasıdır. Aile hekimliği uygulaması, SUT ile getirilen 2. ve 3. basamak hizmet sunuculara doğrudan başvuru imkanını ortadan kaldıracığından, bu grup hizmet sunuculara başvuruların azalması beklenir. İkinci ve üçüncü basamak hizmetlere talebin azalması ve arzın büyümeye devam etmesi durumunda, *arz fazlalığı sorunu* yaşanabilir (hizmet sunucunun yarattığı talebin—supplier-induced-demand—değişmemesi durumunda). Ayrıca, 2. ve 3. basamak hizmet sunuculara hasta akışı azalacağı için, kamuda çalışan hekimlerin döner sermaye gelirlerinin azalması beklenir. Nitekim, pilot uygulama kapsamındaki bazı illerde zorunlu sevk uygulamasına geçilmesi hastanelerin gelirlerinde önemli boyutta azalma yarattığından, zorunlu sevk uygulaması durdurulmuştur. Bu durumda, tam zamanlı hekimlik uygulamasının etkili bir şekilde uygulanması hekimlerin formal gelirlerinde artış yapmayı gerektirecektir. Tek başına yarı zamanlı hekimlik uygulamasını kaldırmak “içsel zorunluluk” olarak algılanan infomal ödemeleri önleyebilir ancak memnun edici olmayan hekim maaşları “dışsal zorunluluk” olarak algılanan infomal ödemeleri artırabilir veya tekrar gündeme getirebilir (Falkingham 2004). Ancak, aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi durumunda, kamu ve özel sektör arasında artacak rekabet infomal ödemeleri azaltabilir. Üçüncü basamak kamu sektöründe ise tam tersi bir durum yaşanabilir çünkü bu sektör kamu ağırlıklı olduğundan bu grup hizmet sunucular neredeyse monopol güce sahip olacaktır (Ensor 2004).

Özetle, aile hekimliği uygulamasının hayata geçirilmesi, arz fazlalığı, yarı zamanlı hekimlik uygulamasının kaldırılması, hekimleri memnun etmeyen ücret düzeyi; düşük verimlilik, azalan ek gelir ve düşük maaş sorunlarına ve bu da “dışsal zorunluluk” şeklinde informal ödemeler sorununun devam etmesine veya artmasıyla sonuçlanabilir. Türkiye için öngörülebilecek bu senaryo, Tayvan (Chiu et al. 2007) ve Gürcistan’da (Belli et al. 2002) bir realitedir. Sağlık hizmeti sunucularına ödeme yöntemlerinin performansla olan etkisi bilinen bir gerçektir (Gosden et al. 1999). Dolayısıyla, hekimlerin maaşlarında ve geri ödeme yöntemlerinde iyileştirme yapılmaması durumunda, düşük maaşın onlara informal ödeme talep etme hakkı verdiğine ilişkin algılama nedeniyle, informal ödemeler sorunu devam edebilir (Falkingham 2004; Gaal, McKee 2005; Chiu et al. 2007; Lewis 2007). Lewis (2007), maaş artışlarının sisteme getireceği ilave yükün verimlilikteki artışla karşılanabileceğinin altını çizmektedir. Ancak, sadece maaşlarda iyileşme sağlama hatta informal ödemeleri yasaklama da bu sorunu çözmeyecektir. İnfomal ödeme sorunu ile baş etmede başvurulabilecek bir diğer yol, sağlık hizmeti sunucularının hesap verme sorumluluğunun artırılmasıdır (Gaal, McKee 2005; Lewis 2007). Hesap verme sorumluluğunun nasıl artırılacağı konusu henüz netlik kazanmamış olmakla birlikte, güçlü yönetimlerin ve formal (yazılı) performans değerlendirmelerinin olduğu Bolivya gibi ülkelerde informal ödemelerin düşük olduğu raporlanmıştır (Lewis 2007). Bu anlamda, yerel sorumluluğu da artırmaya yönelik olarak Türkiye’de çalışmaları halen devam eden Hastane Birlikleri oluşturma politikası, etkili şekilde uygulanırsa, informal ödeme sorununu kontrol etmeye katkıda bulunabilir. İnfomal ödemeler ile etkili mücadele için, sağlık hizmeti kullanıcılarının da davranışlarında değişiklik yaratılması gerekir (örneğin hasta hakları ile), böylece sisteme olan güvenleri yeniden kazanılabilir (WHO 1999; Gaal, McKee 2005; Gaal et al. 2006; Szende, Culyer 2006).

IX. SONUÇ

İnfomal ödemeler, düşük ve orta gelirli ülkelerde politika müdahalesi gerektiren sağlık sistemi sorunları arasında uzun yıllardır yerini almış konulardan biridir. Bu ödemeler bireyler ve sistem genelinde, hizmet kalitesi, hakkaniyet, verimlilik, finansal koruma gibi bir dizi alanda olumsuz etkiler yaratabilir. Uluslararası tecrübe, bu önemli sorunun çözülmesinde arz ile ilgili faktörlerin kilit rol oynadığına işaret etmektedir. Bilimsel araştırma bulgularına dayalı olarak, Türkiye’de de informal sağlık ödemelerinin temel nedeni arz ile

İlgili faktörlerdir. Sağlık sektöründe infomal ödemelerin nasıl kontrol altına alınabileceği konusu ise, bu tür ödemelerin karmaşık doğası nedeniyle uluslararası platformda henüz netlik kazanmamıştır. Bununla birlikte, özellikle hekimlerin formal gelirlerinde artış yapmanın, bireysel ve kurumsal hesap verme sorumluluğunu artırmanın, sağlık hizmeti kullanıcılarının sağlık sistemine ve çalışanlarına güvenlerini güçlendirmeye yönelik ilave girişimlerde bulunmanın sorunun çözümünde etkili olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ádám G. (1989) “Gratuity for Doctors and Medical Ethics”, **The Journal of Medicine and Philosophy**. 14: 315-322.
2. Akashi H. et al. (2004) “User Fees at A Public Hospital in Cambodia: Effects on Hospital Performance and Provider Attitudes”, **Social Science and Medicine**. 58(3): 553-564.
3. Balabanova D. and McKee M. (2002) “Understanding Informal Payments for Health Care: The Example of Bulgaria”, **Health Policy**. 62: 243-73.
4. Belli P. et al. (2002) **Qualitative Study On Informal Payments For Health Services in Georgia**. Washington: World Bank, HNP Discussion Paper.
5. Berman P. and Tatar M. (2004) **Turkey National Health Accounts 1999-2000**. Ministry of Health, Ankara.
6. Berman P. and Cuizon D. (2004) **Multiple Public-Private Jobholding of Health Care Providers in Developing Countries**. London: DFID Health Systems Resource Center.
7. CEEHN (Central and Eastern European Health Network) (2002) Formal and Informal Household Spending on Health: A Multicountry Study in Central and Eastern Europe.
8. Chawla M. et al. (1998) “Financing Health Services in Poland: New Evidence on Private Expenditures”, **Health Economics**. 7: 337-346.

9. Chawla M. et al. (2004) "Provision of Ambulatory Health Services in Poland: a Case Study from Krakow", **Social Science and Medicine**. 58(2): 227-235.
10. 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: 521-530.
11. Delcheva E. et al. (1997) "Under-the-counter Payments for Health Care: Evidence from Bulgaria", **Health Policy**. 42: 89-100.
12. Ensor T. and Whitter S. (2001) "Health Economics in Low Income Countries: Adapting to the Reality of the Unofficial Economy", **Health Policy**. 57: 1-13.
13. 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.
14. Ensor T. (2004) "Informal Payments for Health Care in Transition Economies", **Social Science and Medicine**. 58(2): 237-46.
15. Exadaktylos N.M. (2005) "Organisation and Financing of the Health Care Systems of Bulgaria and Greece – What are the Parallels?", **BMC Health Services Research**. 5: 41-47.
16. Falkingham J. (2004) "Poverty, Out-Of-Pocket Payments and Access to Health Care: Evidence from Tajikistan", **Social Science and Medicine**. 58: 247-58.
17. Gaal P. (2004) **Informal Payments for Health Care in Hungary**. Ph.D. Thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London.
18. Gaal P. and McKee M. (2004) "Informal Payment for Health Care and the Theory of 'Inxit'", **International Journal of Health Planning and Management**. 19: 163-78.

19. Gaal P. et al. (2005) “Informal Payment for Health Care: Evidence from Hungary”, **Health Policy**. 77: 86-102.
20. 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): 1445-57.
21. Gaal P. et al. (2006) “Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas”, **Journal of Health Polit Policy Law**. 31(2): 251-93.
22. Gosden, T. et al. (1999) “How Should We Pay Doctors? A Systematic Review of Salary Payments and Their Effect on Doctor Behavior”, **Quarterly Journal of Medicine**. 92(1): 47-55.
23. Lewis M. (2000) **Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?** Washington, DC, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia, Region, The World Bank.
24. Lewis M. (2007). “Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries”, **Health Affairs**. 26(4): 984-997.
25. Liaropoulos L. and Tragakes E. (1998) “Public/Private Financing in the Greek Health Care System: Implications for Equity”, **Health Policy**. 43: 153-169.
26. Liaropoulos L. et al. (2008) “Informal Payments in Public Hospitals in Greece”, **Health Policy**. 87: 72–81.
27. Liu T. and Sun M.J. (2007) **Informal Payments in Developing Countries' Public Health Sectors**. Working Papers (www.bu.edu/econ/workingpapers) (Erişim tarihi 25 Aralık 2007).
28. Mossialos E. et al. (2002) **Funding health care: Options for Europe**. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems.

131 *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı1 (2008)*

29. Özgen H. et al. Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey. *Journal of Medical Systems* (2009) (online versiyonu için bakınız: <http://www.springerlink.com/content/787m343485x24254/>).
30. Özgen H (2007) “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**. 10(2): 201-228.
31. Sağlık Bakanlığı (2007) Sağlıkta Performans Yönetimi. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, ss: 5-101.
32. Shahriari H. et al. (2001) **Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: Report on the Qualitative Part of the Study**. Washington: World Bank, HNP Discussion Paper.
33. Szende A. and Culyer A.J. (2006) “The Inequity of Informal Payments for Health Care: The Case of Hungary”, **Health Policy**. 75: 262-272.
34. Tatar M. et al. (2007) “Informal Payments in the Health Sector: A Case Study from Turkey”, **Health Affairs**. 26(4): 1029-1039.
35. 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**. 23(8):109.
36. Thompson R. and Witter S. (2000) “Informal Payments in Transitional Economies: Implications for Health Sector Reform”, **International Journal of Health Planning and Management**. 15(3): 169-187.
37. 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.
38. Vian T. et al. (2006) “Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of A Qualitative Study”, **Social Science and Medicine**. 62: 877-887.

39. WHO (1999) **HIT (Health Care Systems in Transition) on Hungary.** European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen: WHO.
40. WHO (2004) **What Are the Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe?** Health Evidence Network (HEN) Report.
41. WHO (2007). World Health Statistics.
42. World Bank (2004) **Republic of Tajikistan Health Sector Note.** Main Report. Human Development Unit, Europe and Central Asia Region, Washington.