

# Cepten sağlık harcamaları: Düünden geleceğe projeksiyon

**Prof. Dr. Hacer Özgen Narcı**



1968 yılında Elbistan'da doğdu. Kayseri Sağlık Meslek Lisesi ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Doktora eğitimini Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Hizmetleri Organizasyonu ve Araştırma alanında tamamladı. Akademisyen olarak Hacettepe Üniversitesi, Acıbadem Üniversitesi ve İstanbul Medipol Üniversitesi'nde görev yaptı. Çok sayıda ulusal ve uluslararası projelerde yürütücü, araştırmacı ve danışman olarak görev aldı. Özellikle verimlilik, hakkaniyet, rekabet ile formal ve informal cepten sağlık harcamaları temelli konularda uluslararası prestijli dergilerde yayınlar yaptı.

**S**ağlık amaçlı yapılan cepten harcamalar, katkı payı gibi yasal ödemelerin yanı sıra illegal ödemeleri de bünyesinde barındırma özelliğine sahiptir ve hemen her ülkenin sağlık hizmetleri finansman sisteminde kullanılan araçlarından biridir. Peki ama bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini hiçbir ücret ödmeden almak yerine, neden cepten harcama yapmak zorunda bırakılırlar? Bu sorunun cevabı, 1976-1982 arasında ABD'de ünlü ekonomist Joseph Newhouse liderliğinde RAND Corporation uzmanları tarafından yapılan ve sonuçları halen altın standart olarak kabul edilen "Sağlık Sigortası Deneyi"nde verilmiştir. Cevap, sigortalı bireylerin gereksiz sağlık hizmeti alma eğilimi göstermesi anlamına gelen "ahlaki tehlikeyi" azaltmaktır. Böylece, alacağı hizmet için bir miktar cepten ödeme yapmak zorunda kalacak bireylerin sağlık hizmeti talebinde daha dikkatli olacak ve bu da sistemin verimliliğini artıracaktır. Bunun yanı sıra cepten ödemelerle sistemin finansmanına ilave kaynak da sağlanmış, bir başka deyişle, kamu kaynakları daha az kullanılmış olacaktır. Üstelik bu ilave kaynağın yoksullar lehine kullanılması durumunda hakkaniyetinde de olumlu yönde etkileneceği varsayılmıştır. Bu haliyle ele alındığında, cepten harcamalar, sağlık sisteminin önemli sorunlarının çözümüne katkıda bulunacak adeta bir "sihirli değnek" olarak görünmektedir.

Ancak yıllar içerisinde görülmüştür ki, cepten harcamaların bu "sihirli değnek" olma vasfı, esasen onun ne zaman, nasıl, ne boyutta ve kapsamda ve kimlere dokundurduğuna bağlı olarak değişmektedir. 1980'li yıllarda başlayan cepten harcama uygulamasının, yoksullar başta olmak üzere tüm toplum için "yıkıcı" sonuçlarının olabileceği görülmüştür. Cepten harcamalarla ilgili duyulan endişeler çarpıcı ifadelerle dile getirilmeye başlanmıştır. Bunlara bir örnek, cepten harcamaların "tıbbi yoksulluk tuzağı" olarak nitelendirilmesidir (Whitehead vd. 2001). Bir diğeri, yoksulların cepten harcamalarla ilgili mağduriyetinin giderilememesi durumunda, "sağlık sektörünün kapılarının onlara kapatılacağı"dır (Singh, 2003). Yakın tarihte Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Genel Direktörü Dr. Margaret Chan, cepten harcamaların "yoksulları cezalandırdığını" altını çizmiştir (WHO, 2010). Meselenin ironik tarafı, cepten harcamaların özellikle yoksulları etkileyen bu yanının, aslında 40 yıl önce RAND çalışmasında da keşfedilmiş olmasıdır. Cepten harcamalar acaba ne gibi olumsuz sonuçlara yol açmıştır da bu ithamları hak etmiştir? Etkilerinin başında, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı sekteye uğratması gelir. Sağlık hizmetlerine olan talep, cepten harcamalar ile kontrol altında tutularak toplam sağlık harcamasındaki gereksiz artışlar önlenemez. Ancak cepten harcamalar "gerekli/elzem" sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım için bir finansal engel oluşturabilir. Bir başka

deyişle, acil durumlar dışında, bireyleri ihtiyaç duydukları hizmetleri almama ve kendi kendine tedavi etme veya hizmet alımını erteleme veya daha düşük kaliteli hizmet alma veya tedaviyi yarıda bırakma seçenekleriyle karşı karşıya bırakabilir. Bu seçeneklerin bireyin sağlık düzeyinde yaratacağı sonuç ise aşıkardır: Daha kötü sağlık düzeyi, işgücü kaybı, gelir kaybı, yoksulluk, sağlık hizmeti dahil zorunlu ihtiyaçlarını karşılayamama, daha kötü sağlık düzeyi şeklindeki bir kısır döngü.

Cepten harcamalar çoğunlukla düşük gelirli ülkelerde önemli finansman kaynağı olduğundan, 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 (Burnham et al. 2004; Xu et al. 2006;). 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 ve Kenya'da katkı payı uygulaması özellikle kamu sağlık birimlerine olan talebi önemli ölçüde azaltmıştır (Mwabu vd. 1995; Thomason vd. 1994; Meuwissen 2002; Jacobs, Price 2004). Vietnam'da yoksul bireyler cepten harcama nedeniyle sadece acil



durumlarda sağlık hizmeti almaktadır (Tipping, 2000). Cepten harcamaların bir diğer olumsuz etkisi, bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini alıp cepten ödeme yaptıklarında meydana gelen finansal risktir. Bir başka deyişle, cepten ödemeler katastrofik sağlık harcamasına ve yoksullaşmaya sebep olabilir. Finansal riske maruz kalan bireyler, ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamama, daha kötü sağlık düzeyi, iş gücü kaybı, gelir kaybı, yoksulluk, sağlık hizmeti dahil zorunlu ihtiyaçlarını karşılayamama, daha kötü sağlık düzeyi şeklindeki bir kısır döngü içine girebilmektedir. Dünyanın finansal riskle ilgili tecrübelerine bakıldığında, dünyada her 100 kişiden yaklaşık 2'si katastrofik sağlık harcaması yapmakta, her 100 kişiden biri ise cepten harcamalar nedeniyle yoksulluk sınırının altında yaşamak zorunda kalmaktadır (WHO, 2016). Finansal risk açısından dünyanın içinde bulunduğu bu durum, tüm ülkeler için geçerli olmakla birlikte ülkelerin gelir düzeyiyle negatif yönde ilişkilidir (Xe vd, 2007; WHO, 2016; Zawada vd, 2017). Bunun temel sebebi, ülkelerin gelir düzeyi yükseldikçe cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının azalmasıdır. Bu pay, %15-20 aralığında tutulduğu takdirde, finansal riske karşı korumanın arttığı bilimsel olarak da gösterilmiştir (WHO, 2010). Varlıklı ülkelerde toplam sağlık harcaması içinde cepten harcamaların payının ortalama %21, yoksul ülkelerde ise %42 olduğu dikkate alındığında,

varlıklı ülkelerdeki bireyler göreceli olarak daha fazla koruma altındadır (WHO, 2016).

Varlıklı ülkeler grubunda olmamakla birlikte Türkiye, cepten sağlık harcamalarının yarattığı finansal riske karşı koruma açısından başarılı görünmektedir. Hem katastrofik sağlık harcaması hem de cepten harcama nedeniyle yoksullaşma %1'in altındadır ve 2002 yılından 2014'e düşüş eğilimi göstermiştir (Şekil 1). Ne var ki, toplumun farklı segmentleri bu nispeten düşük düzeydeki finansal riske daha fazla maruz kalmaktadır. Bunlar arasında sağlık sigortası durumuna bakılmaksızın yoksulların bulunması dikkate değerdir (Yardım vd. 2014; Özgen Narcı vd. 2015). Hakkaniyet açısından ele alındığında ise 2014 yılında yoksul haneler arasında ödeme kapasitelerinin en az %40'ını sağlık amaçlı olarak harcayanların yüzdesi varlıklı hanelere göre daha yüksektir. Dahası, yoksul haneler bütçelerinden sağlığa giderek daha fazla pay ayırırken, varlıklı hanelerin durumunda iyileşme gözlenmiştir (Tablo 1). Kısaca, cepten harcamalarda hakkaniyet sağlanamamış gibi görünmektedir.

Global olarak 2000 yılında özel sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %44'ünü oluşturmuştur (Tablo 2). Cepten harcamaların özel harcama içindeki payı ise %52 civarındadır. Düşük gelirli ülkelerde bu rakam varlıklı

Dünyanın finansal riskle ilgili tecrübelerine bakıldığında, dünyada her 100 kişiden yaklaşık 2'si katastrofik sağlık harcaması yapmakta, her 100 kişiden biri ise cepten harcamalar nedeniyle yoksulluk sınırının altında yaşamak zorunda kalmaktadır. Finansal risk açısından dünyanın içinde bulunduğu bu durum, tüm ülkeler için geçerli olmakla birlikte ülkelerin gelir düzeyiyle negatif yönde ilişkilidir. Bunun temel sebebi, ülkelerin gelir düzeyi yükseldikçe cepten harcamaların toplam sağlık harcamaları içindeki payının azalmasıdır.

ülkelere kıyasla 2,2 kat daha fazladır. Neyse ki, 2012 yılında hem yoksul hem de varlıklı ülkelerde söz konusu rakam azalmıştır. Bu azalma yoksul ülkelerde varlıklı ülkelerin üç katından daha fazladır. Temel, hayati sağlık hizmetlerini alabilmek için kişi başına en az 44\$ harcanması gerektiği gerçeğinin yanında, bu ihtiyacı sadece 12\$ ile karşılamaya çalışan ülkelerin olduğu dikkate alındığında, dış yardımlar düşük gelirli ülkeler için giderek artan boyutta önem kazanmaktadır (WHO 2014, 2015). Türkiye'de 1980 yılında %2,4 olan toplam sağlık harcamasının GSYH içindeki payı (OECD, 2014), 2012'ye gelindiğinde 2000 yılına kıyasla %10, 1980 yılına kıyasla %125 artmıştır. Türkiye'de cepten harcamaların özel harcamalar içindeki payı, düşük gelirli ülkelere kıyasla %10 daha düşük iken, global ortalamasının ve yüksek gelirli ülkeler ortalamasının üzerindedir. Bununla birlikte son 12 yılda cepten harcamaların payının azaltılması hususunda Türkiye daha iyi bir performans göstermiştir.

DSÖ bölgeleri itibarıyla bakıldığında, 2000 yılına kıyasla 2012 yılında kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının azaldığı tek bölge, Avrupa bölgesidir. Bu azalma, özel harcamalarla kompanse edilmiş ve özel harcamalar içinde cepten harcamaların payı artmıştır (Tablo 3). Tüm ülkelerin karma finansman yöntemini kullandığı Avrupa'da, formal cepten harcamalar, temelde vergilerle sağlık sistemini finanse eden ülkeler dahil olmak üzere tamamında kullanılmaktadır. İnfomal cepten harcamalar da bu kıta ülkelerinin %42'sinde varlık göstermektedir (HOPE, 2015). AB'ye üye 26 ülkenin toplam sağlık harcamaları içinde cepten harcamalarının payı 2007 yılına göre 2012 yılında ortalama %0,3 artmıştır. 14 üye ülkede değişen boyutta artışa karşılık, aralarında İngiltere, Almanya, Hollanda, İtalya ve Estonya'nın da bulunduğu 12 ülkede azalma görülmüştür. AB'ye aday ülke olan Türkiye, %6,4'lük azalma ile cepten harcamaların payını en fazla azaltan ülke konumunda olmuştur (Şekil 2).

DSÖ bölgeleri arasında özel harcamalar içinde cepten harcamaların payının arttığı bir diğer bölge Afrika bölgesidir (Tablo 3). Kişi başına gelirin 304\$ ile 17 bin\$ arasında değiştiği bu bölgede, cepten harcamaların toplam sağlık harcaması içindeki payı 47 ülkeden 37'sinde %20'nin, 21'inde ise %40'ın üzerindedir (Afrika Health Expenditure Atlas, 2014). Bu da, bu grup ülkelerdeki bireylerin cepten harcamaların olumsuz etkilerine daha fazla maruz kalmalarını açıklamaktadır.

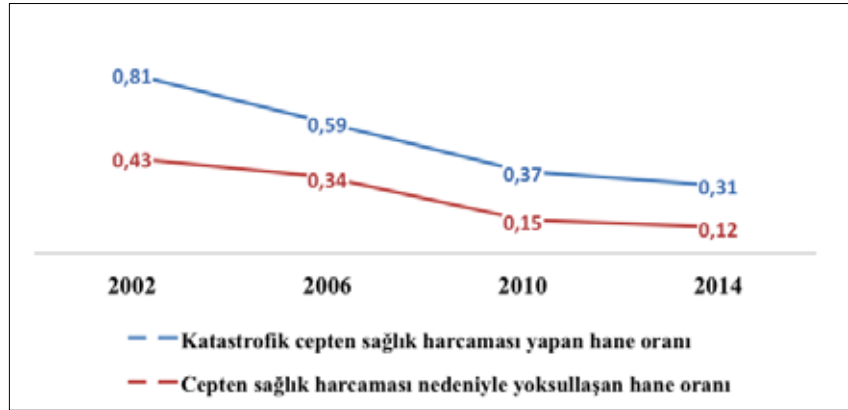
Global sağlık harcamaları ve cepten

Tablo 1: Türkiye'de Cepten Sağlık Harcamalarında Hakkaniyet

	Cepten Sağlık Harcamalarının			
	Tüketim harcamasına oranı		Ödeme kapasitesine oranı	
	1. dilim (En düşük gelir dilimi)	5. dilim (En yüksek gelir dilimi)	1. dilim (En düşük gelir dilimi)	5. dilim (En yüksek gelir dilimi)
2002	1,5	2,7	2,5	3,0
2003	1,1	2,7	2,0	3,1
2004	1,5	2,7	2,6	3,0
2005	1,6	2,7	2,7	3,1
2006	1,4	2,6	2,3	3,0
2007	1,7	2,9	2,8	3,2
2008	1,4	2,2	2,3	2,4
2009	1,7	2,2	2,5	2,5
2010	2,0	2,5	3,1	2,7
2011	1,8	2,1	2,6	2,3
2012	1,6	2,0	2,4	2,2
2013	2,1	2,4	3,1	2,7
2014	1,8	2,4	2,7	2,6

Kaynak: TÜİK

Şekil 1: Türkiye'de Cepten Sağlık Harcaması Nedeniyle Finansal Risk Yaşayan Haneler



Kaynak: TÜİK.

harcamalardaki seyir, global hastalık yükü ile ilişkilendirildiğinde ortaya ilginç bir durum çıkmaktadır. Global hastalık yükünün çok düşük bir kısmını yüklenen varlıklı ülkeler daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır. Bu durum, yoksul ülkelerde tam tersidir (WHO, 2014). Spesifik olarak, OECD ülkeleri global hastalık yükünün %10'unu taşıırken, global sağlık harcamasının %80'ini gerçekleştirmektedir. Güneydoğu Asya ve Afrika gibi yoksul ülkeler ise global hastalık yükünün %50'sinden fazlasını taşımalarına rağmen global sağlık harcamasının sadece %3'ünü gerçekleştirmektedir (Şekil 3). Toplumun sağlık düzeyinin artmasına katkıda bulunmak için kaliteli sağlık hizmetine erişim ve kullanımın iyileştirilmesi kritiktir. Bunun için de finansal engelin bertaraf edilmesi şarttır. Bu, hizmete erişim ve kullanım iyileştirilirse, cepten harcamalar yerine ön ödemeli yöntemlere ağırlık verilmesi

anlamına gelmektedir. Ne var ki, yoksul ülkelerin ön ödeme yöntemleriyle kaynak sağlama imkânı sınırlıdır. Bu sebeplerdir ki, cepten harcamalar bu ülkelerde baskın fon kaynağıdır. Dahası, yoksul ülkelerdeki bireyler sınırlı düzeyde sağlanan kamu hizmetlerinin finansmanına informal cepten harcamalarla destek sağlamak zorunda bırakılmaktadır. O halde, kamuda da formal cepten harcamaların getirilmesi böylece informal harcamaların azalması öngörülebilir. Ancak, zaten yoksul olan kesimler için informal harcamanın formal olması, hizmete erişimi artırmadığı gibi, azalmasına yol açmaktadır. Formal cepten harcamalar için yoksullara muafiyet uygulanabilir. Muafiyet uygulaması talepte artış anlamına gelirken, sağlık çalışanları için gelir kaybı anlamına geldiğinde ne yazık ki etkili bir çözüm yolu olmamaktadır. Sonuçta, ihtiyaç duyulan kaliteli sağlık hizmetlerinin alınmaması arzu edilen

seviyeye çıkarılmayan sağlık düzeyi sorununa katkıda bulunmaktadır. Bu tablo, insani açıdan kayıtsız kalınmayacak bir tablo olduğundan, dış yardımlar yoksul ülkeler için en makul fon sağlama seçeneği olarak gösterilmektedir (WHO, 2005). Bu da, artan dış yardımları açıklamaktadır. Kısaca, yoksul ülkelere cepten harcamaları artırmadan ilave kaynak sağlanması gereği vardır (WHO, 2014).

DSÖ, varlıklı ülkelerdeki daha düşük hastalık yükü – daha yüksek sağlık harcaması ikilemini bu ülkelerdeki verimlilik zaafiyeti ile açıklamaktadır (WHO, 2014). Bu durum, varlıklı ülkelerde demografik ve sağlık düzeyi ile ilgili yaşanan gelişmeler neticesinde kıt kaynaklarda sürdürülebilirliği sağlama ihtiyacının gelecekte daha da hissedilir olacağına delaletidir. Bu durum ayrıca, yıllık 300 milyar dolar global israf ile sağlık sisteminin verimsizliğinin müsebbiplerinden biri olarak gösterilen hastane verimsizliğinin iyileştirilmesine dair zaruretin gündemdeki yerini de sağlamlaştırmaktadır (WHO, 2016). Sağlık sisteminde verimliliği artırarak, kamu kaynaklarından sağlığa daha fazla pay ayrılması böylece artan hizmet kullanımı, kazanılan yaşamlar ve cepten harcama nedeniyle yoksullaşan bireylerin sayısında azalma mümkün olabilecektir (WHO, 2014). Özetle, varlıklı ülkelerin bu konuda göstereceği performans da cepten harcamaların akıbetini etkileyecektir.

Sağlık harcamalarının global ölçekteki dağılımı konusunda özellik arz eden OECD ülkelerinin yıllar itibarıyla seyrine bakmakta yarar var. 2000-2013 döneminde OECD ortalaması %18,6 ile %20,9 arasında değişmiştir (Şekil 4).

Geçmişte %53,2 seviyesine kadar çıkan ve genel olarak bir azalma trendi gösteren cepten harcama payı ile Meksika, OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır (Şekil 5). 2013 yılında Meksika'da cepten harcama payı %44,7 seviyesine gerilemiştir. Ancak bu pay bile %19,5 olan OECD ortalamasının çok üzerindedir.

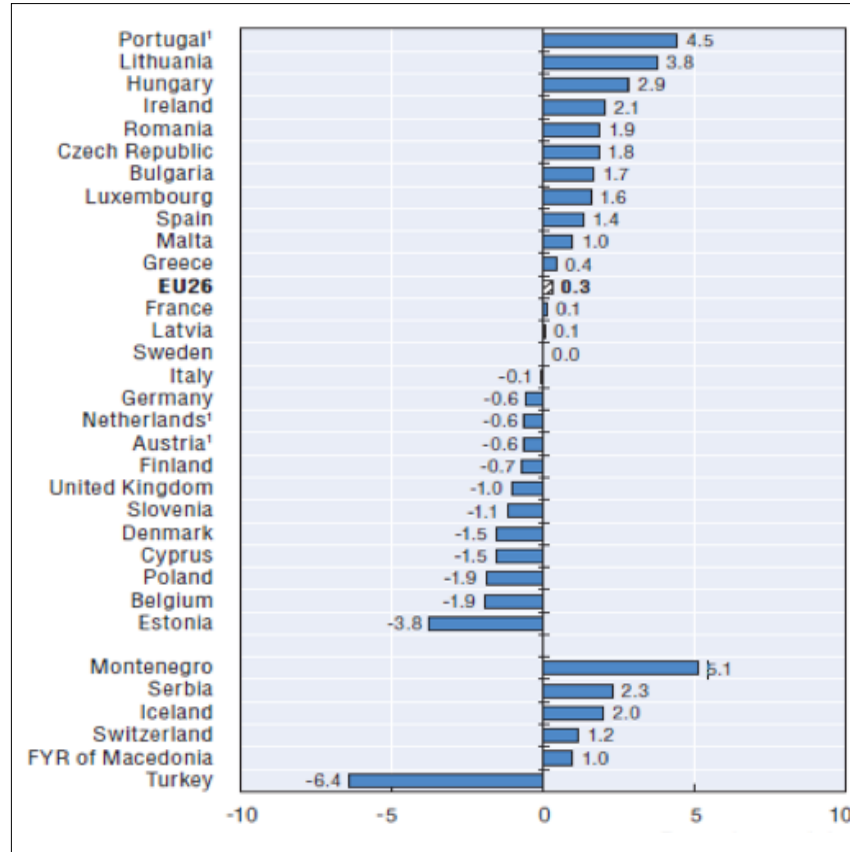
ABD, yaklaşık %18'lik pay ile sağlığa en fazla kaynak ayıran ülke unvanını koruyan ve özel sigortanın baskın olduğu bir OECD ülkesidir. 2000 yılında yaklaşık %15 olan cepten harcama payında yıllar itibarıyla bir azalma olsa da (OECD, 2013), ülkede son yıllarda cepten harcamalarla ilgili kaygı verici gelişmeler yaşanmaktadır. Kaygının temel sebebi, sigortalı kesimin yaşadığı "eksik sigorta" sorunudur. Eksik sigorta "sağlık harcamalarının yaratacağı finansal riske karşı koruma sağlanamaması" (Bashshur vd. 1993) ve "bir bireyin (veya hane halkının) kapsamının bir şekilde yetersiz olduğu sağlık sigortasına sahip olması duru-

Tablo 2: Global Sağlık Harcamaları ve Türkiye

		Düşük Gelirli	Yüksek Gelirli	Global	Türkiye
TSH'nın GSYH içindeki payı	2000	2,9	9,6	7,7	4,9
	2012	5,1	11,6	8,6	5,4
	% değişim	75,9	20,8	11,7	10,2
Kamunun TSH içindeki payı	2000	37,6	59,3	55,5	62,9
	2012	38,8	60,6	57,6	76,8
	% değişim	3,2	2,2	3,8	22,1
Özelin TSH içindeki payı	2000	62,4	40,7	44,5	37,1
	2012	61,1	39,3	42,3	23,2
	% değişim	-2,1	-3,4	-4,9	-37,5
Cepten harcamaların özel içindeki payı	2000	84,7	39,5	52,2	74,6
	2012	77,6	38,5	52,6	66,3
	% değişim	-8,4	-2,5	0,8	-11,1
Dış yardımlar	2000	14,2	-	0,3	-
	2012	29,7	-	0,5	-
	% değişim	109,2	-	66,7	-

Kaynak: Who Health Expenditure Atlas, 2014

Şekil 2: 2007 Yılına Göre 2012 Yılında Avrupa'da Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payındaki Değişim



Kaynak: OECD Health At A Glance, 2014

mu" (Farley, 1985; Blewett vd. 2006) olarak tanımlanır. Sigortalı bireylerin 2003 yılında %12'sinin, 2014 yılında ise %23'ünün (yaklaşık 31 milyon bireyin) eksik sigortalı olduğu raporlanmıştır (Collins et al. 2015). ABD'de tırmanmaya

devam eden sağlık harcamaları, sigorta primlerinde artışı getirmiştir. Artan prim maliyeti karşısında işverenler, çalışanlarına katılım eşikli katkı payı yüksek sigortaları satın almaya başlamıştır. Eksik sigortalı nüfusun 2003 yılında

%10'u işveren destekli özel sigortalı iken, 2014 yılında bu rakam %20'ye ulaşmıştır. Eksik sigortalılık federal sağlık sigortası programlarınınca kapsanan bireylerde de söz konusudur. Hatta eksik sigorta sorunu en fazla "Medicare Programı"na kapsanan bireylerde görülmektedir (2003 yılında %39, 2014 yılında %42). Cepten ödemelerin çok düşük olduğu Medicaid programına bağlı bireylerde de %22 civarında eksik sigortalılık varlık göstermektedir (Collins et al. 2015). Eksik sigorta sorunu, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımını sektöre uğrattığı gibi, alınan hizmetin kalitesini de etkilemekte ve cepten harcamaları artırmaktadır. Cepten harcama nedeniyle borçlanma ve iflasını ilan etme dahil bunun sonuçlarıyla başatme eksik sigortaya sıklıkla atfedilen finansal risktir (Schoen vd, 2008; Collins vd, 2015). Kısaca, eksik sigortalı kesim sigortasız kesimin yaşadığı sorunları yaşar hale gelmiştir. ABD'de hem sigorta kapsamındaki değişiklikler hem de katılım eşikli katkı payının yüksek olduğu sigortalıca kapsanan bireylerin sayısındaki artış nedeniyle, cepten harcamaların 2020-2025 döneminde her yıl ortalama %5,5 artacağı tahmin edilmektedir (www.cms.gov).

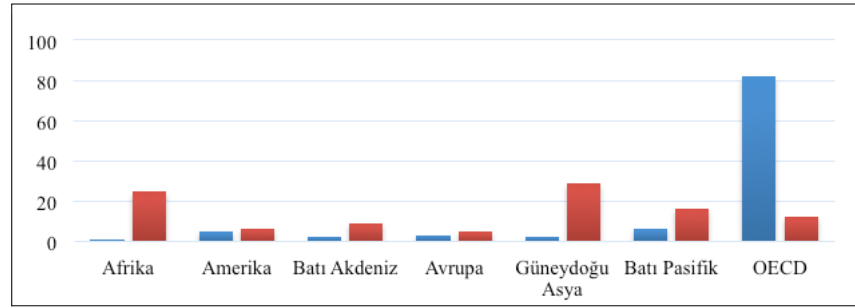
OECD ortalamasının altında bir paya sahip Türkiye'de cepten harcama payında 2000-2013 döneminde dalgalanma gözlenmiştir (Şekil 6). Yaklaşık %28 ile başlayan ve düşüşe geçen seyir, 2003 yılından itibaren GSS hayata geçene değin yükselmiştir. Bu yükselişe SDP ile ivme kazanan sağlık hizmetleri kullanımındaki artışın ve büyüyen özel sektörün katkıda bulunduğu söylenebilir. Ancak, GSS ile birlikte cepten harcama payındaki azalma, gerçek bir azalma olmayabilir. Çünkü 2008 ve 2009 yılları aynı zamanda kamu sağlık kuruluşlarında katkı payı uygulamasının getirildiği yıllardır. 2013 yılında %16,8 ile yükselişe geçen cepten harcama payı, 2015 yılında 16,6 olarak raporlanmıştır (www.tuik.gov.tr). 1 Nisan 2017 tarihinden itibaren 53 TL prim karşılığında ailedeki herkesin sağlık sigortasına sahip olması ve kişi başına aylık hane geliri 592 TL'nin altında olanların prim ödemelerinin devlet tarafından karşılanacak olması birçok açıdan olumlu gelişme yaratabilir. Bunlar arasında sosyal sigorta prim ödemelerinde azalma, sigorta kapsamındaki nüfusun genişlemesi ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımın artması sayılabilir. Artacak sağlık hizmeti talebi kamu kaynaklarıyla ne ölçüde karşılanacaktır? İnovatif yaklaşımlar olarak nitelendirilen kamu-özel ortaklığı, mevcut kamu kaynaklarını etkili ve verimli bir şekilde kullanarak ilave fon yaratmada ne ölçüde yardımcı olacaktır? Tamamlayıcı özel sigortada nasıl bir seyir izlenecektir? Cepten harcamalar hangi hizmetler için ne boyutta devam edecek, yoksullar için koruma mekanizmalarında değişiklik olacak mı? Bu ve benzeri

Tablo 3: DSÖ Bölgeleri İtibarıyla Global Sağlık Harcamaları

		Amerika	Avrupa	Güneydoğu Asya	Doğu Akdeniz	Batı Pasifik	Afrika
TSH'nın GSYH içindeki payı	2000	11,0	7,9	3,6	4,0	5,8	4,2
	2012	13,6	8,9	3,7	4,6	6,6	5,6
	% değişim	23,6	12,7	2,8	15,0	13,8	33,3
Kamunun TSH içindeki payı	2000	44,9	74,0	32,3	49,1	62,1	44,2
	2012	49,0	72,9	37,9	50,7	63,5	50,8
	% değişim	9,1	-1,5	17,3	3,3	2,3	14,9
Özelin TSH içindeki payı	2000	55,1	26,0	67,7	50,9	37,9	55,8
	2012	51,1	26,8	62,1	49,3	36,5	49,2
	% değişim	-7,3	3,1	-8,3	-3,1	-3,7	-11,8
Cepten harcamaların özel içindeki payı	2000	34,0	67,4	88,3	87,7	87,0	59,1
	2012	31,0	71,4	84,1	86,0	77,9	60,6
	% değişim	-8,8	5,9	-4,8	-1,9	-10,5	2,5

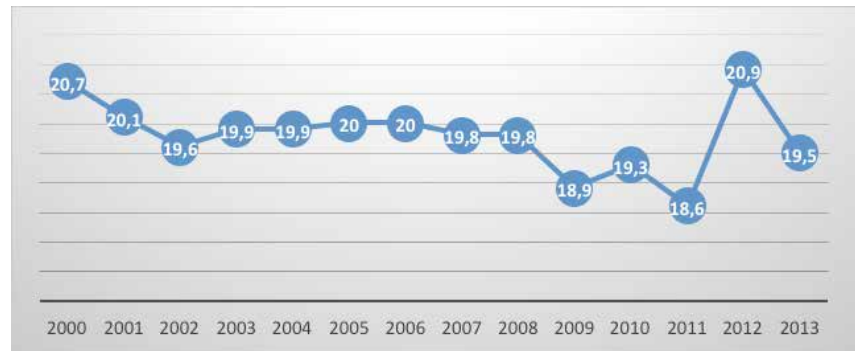
Kaynak: WHO, 2015

Şekil 3: DSÖ Bölgeleri ve OECD Ülkeleri İtibarıyla Global Sağlık Harcaması ve Global DALY'nin Yüzde Dağılımı (2011 Yılı)



Kaynak: WHO Health Expenditure Atlas 2014

Şekil 4: OECD Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı



Kaynak: OECD Health Data 2015, TÜİK

soruların yanıtına göre Türkiye'de formal ve informal cepten harcamalar şekillenecektir.

## Sonuç

Toplumun sağlık düzeyinin yükselmesine katkıda bulunmak için kaliteli sağlık hizmetine erişim ve kullanımın iyileştirilmesi kritiktir. Hizmete erişim ve kullanımın iyileştirilmesi için ise özellikle finansal engelin bertaraf edilmesi şarttır. Ülkelerin ekonomik, sosyal, demografik

özelliklerine bağlı olarak farklı boyutta varlık gösteren cepten harcamalar, bu bağlamda bir finansal engel oluşturabilmektedir. Geline nokta itibarıyla, cepten harcamaların finansmandaki payında global ölçekte bir iyileşme olduğu söylenebilir. Ancak, sağlık hizmetleri kullanımını ve finansal riski ciddi boyutlarda etkileyebilen cepten harcamaların bu etkilerinin hala daha çok sigortasız, yoksul ve kırsal kesimde yaşayanlar dahil dezavantajlı gruplarda görüldüğü de bir gerçektir. Dünyanın

bugüne değin ulaştığı bir başka gerçek ise bir ülkedeki tüm bireylerin sağlık sigortası şemsiyesi altında toplanmasının, erişim ve kullanımı garanti etmediği gibi finansal riske karşı da yüzde 100 koruma sağlamadığıdır. Bunun adına ABD'de olduğu gibi eksik sigortalılık denilirse de Türkiye'nin de aralarında bulunduğu birçok ülke bu sorunu yaşamaktadır. Yaşlanan nüfus, uzayan ömür, sağlık sorunlarıyla geçirilen yılların artması, teknolojiye ilerlemeler gibi birçok faktör nedeniyle sağlık harcamaları gelecekte de artmaya devam edecektir. Artan harcamalar içinde cepten harcamaların payına ne düşeceği ise ülkelerin kaliteli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı iyileştirmeye yönelik politikalarından, ön ödemeli yöntemlere ilişkin finansman politikalarından ve makro ve mikro düzeyde verimliliği sağlama politikalarından etkilenecektir. Bu yöndeki politikalar ülkelerin refah düzeyine göre farklılık göstereceğinden, cepten harcamaların akıbeti de bu cihette etkilenecektir.

## Kaynaklar

Bashshur, R., et al. (1993). Defining underinsurance: A Conceptual Framework for Policy and Empirical Analysis. *Medical Care Review*, 50 (2): 199-218.

Blas E. and Limbambala M.E. (2001) User-payment, Decentralization and Health Service Utilization in Zambia. *Health Policy and Planning* 16(2): 19-28.

Blewett, L.A. et al. (2006). How Much Health Insurance Is Enough? Revisiting the Concept of Underinsurance. *Medical Care Research and Review*, 63(6): 663-700.

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.

Bora Başşara, B. vd., SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2015.

Burnham G. et al. (2004) Discontinuation of Cost Sharing in Uganda. *Bulletin of The World Health Organization* 82(3): 187-195.

Collins, S.R. et al. The Problem of Underinsurance and How Rising Deductibles Will Make It Worse. *Issue Brief, Commonwealth Fund pub.* 1817, Vol.13. 2015.

Farley, P. (1985). Who Are The Underinsured? *Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society*, 63 (3): 476-503.

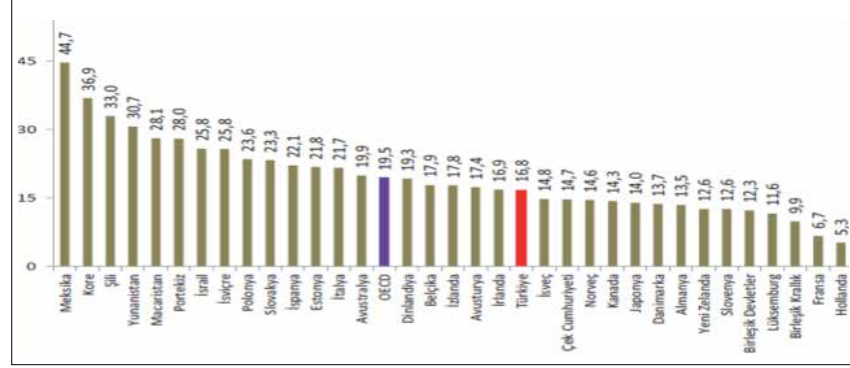
HOPE, Out-of-pocket payments in healthcare systems in the European Union. 2015. [https://www.bmgf.gov.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope\\_out-of-pocket-payments\\_september\\_2015.pdf](https://www.bmgf.gov.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/hope_out-of-pocket-payments_september_2015.pdf) (Erişim Tarihi: 8 Mayıs 2017)

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.

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.

Mwabu G. et al. (1995) User Charges in Government

Şekil 5: OECD Ülkelerinde Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı (2013 Yılı)



Kaynak: Bora Başşara vd. 2014

Şekil 6: Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Payı, OECD Ortalaması ve Türkiye



Kaynak: OECD Health Data 2015, TÜİK

Health Facilities in Kenya-Effect on Attendance and Revenue. *Health Policy and Planning* 10(2): 164-170.

OECD Health Data 2013 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>). (Erişim Tarihi: 16.05.2017)

OECD Health Data 2015 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>). (Erişim Tarihi: 16.05.2017)

OECD Health at a Glance: Europe 2014, OECD Publishing. [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2014-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en) (Erişim Tarihi: 16.05.2017)

Özgen Narci, H. et al. (2015). Financial Catastrophe and Poverty Impacts of Out-of-Pocket Health Payments in Turkey. *European Journal of Health Economics*, 16:255-270

Schoen, C., et al. (2008). How Many Are Underinsured? Trends Among U.S. Adults, 2003 And 2007. *Health Affairs*, 27(4): 298-309.

Singh, A. Building on the user-fee experience: The African case. *World Health Organization, Discussion Paper, #3, 2003, Geneva.*

Thomason J. et al. (1994) User Charges for Rural Health Services in Papua-New-Guinea. *Social Science and Medicine* 39(8): 1105-1115.

Tipping G. The Social Impact of User Fees for Health Care on Poor Households: Commissioned Report to the Ministry of Health, Hanoi, Vietnam. 2000.

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.

Xu K. et al. (2007). Protecting Households From

Catastrophic Health Spending. *Health Affairs*, 26(4): 972-983.

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.

WHO, The World Health Report. Make Every Mother And Child Count, 2005.

WHO, The World Health Report: Health Systems Financing The Path to Universal Coverage. 2010.

WHO, Africa Health Expenditure Atlas, 2014.

WHO, World Health Expenditure Atlas, 2014.

WHO, World Health Statistics 2015.

WHO World Health Statistics 2016: Monitoring Health For The SDGs Sustainable Development Goals.

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.

Yardim, M.S., Cilingiroglu, N., Yardim, N. (2014). Financial Protection in Health in Turkey: The Effects of The Health Transformation Programme. *Health Policy and Planning*, 29(2): 177-92.

Zawada, A. Et al. (2017). A Comparison of The Burden of Out-of-Pocket Health Payments in Denmark, Germany and Poland. *Global Policy*, 8(2): 123-130.