

Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki

Songül ÇINAROĞLU *
Bayram ŞAHİN **

ÖZ

Katastrofik sağlık harcaması cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı geliri ya da harcamasının belirli bir miktarını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu miktar arttıkça hanehalkları üzerinde yoksullaştırıcı etkide bulunarak finansal açıdan yıkıcı sonuçlar meydana getirmektedir. Bu etkinin daha çok orta ve düşük gelirli ülkelerde görüldüğü bilinmekle birlikte, informal ekonomilere sahip gelişmiş ülkelerde de katastrofik sağlık harcaması insidansının oldukça yüksek olduğu görülebilmektedir. Toplumda yoksul kesimlerin sağlık hizmeti kullanımını tehdit eden bu harcamaların azaltılmasına yönelik olarak sağlıkta politika belirleyicilerin farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Bu nedenle bu çalışmada katastrofik sağlık harcaması ve beraberinde ortaya çıkan yoksullaştırıcı etkinin tanımı ve anlamı açıklanarak, katastrofik sağlık harcaması insidansını belirleyen faktörler ve farklı ülkelerde bu harcamaların durumu ortaya konulmuş, bu harcamalar ile mücadele etmek konusunda politika belirleyicilere yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Katastrofik Sağlık Harcaması, Yoksullaştırıcı Etki, Cepten Sağlık Harcaması*

Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment Effect

ABSTRACT

Catastrophic health expenditure arises when out of pocket health expenditures of households exceeds a certain amount of household income or expenditure. Increase in this amount has an impoverishment affect on households and brings financially devastating results. It is known that this effect mostly occur in middle and low income countries, it can be seen that the incidence of catastrophic health expenditure is high in developed countries, which are have informal economies. Health policy-makers' awareness should be increased towards reducing these expenditures which are threatening usage of health services for poor people in the community. Therefore in this study the definition and meaning of catastrophic health expenditure and impoverishment effect was explained, factors determining catastrophic health expenditure incidence and the situation of these expenditures in different countries was illustrated and recommendations was made for policy-makers' to fight against these expenditures.

Keywords: *Catastrophic Health Expenditure, Impoverishment Effect, Out of Pocket Health Expenditure*

I. GİRİŞ

Yoksulluk ve yoksullukla mücadele günümüzün küresel sorunlarından birisidir ve ülkelerin kalkınma ve gelişmelerinin sağlanabilmesi için yoksullukla mücadele temel bir gerekliliktir. Bu amaçla Dünya Bankası 2030 yılı için yoksullukla mücadele amacıyla, dünya üzerinde günlük 1.25\$'dan daha az bir miktar ile yaşamını sürdüren insan sayısının azaltmayı temel bir hedef olarak belirlemiştir (WB 2015). Dünya Bankası'nın yanı sıra, Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler, OECD gibi çok sayıda küresel aktör tarafından dikkat çekilen yoksulluk ile etkin bir şekilde mücadele etmek, küresel kalkınma için temel

* Arş Gör. Uzm. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık İdaresi Bölümü, cinaroglus@hotmail.com

** Prof. Dr. Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sağlık İdaresi Bölümü, baysahin@hacettepe.edu.tr

bir gerekliliktir. Bu mücadelede temel varlık nedeni sosyal fayda yaratmak olan ve bu sayede toplumun tüm kesimlerinin en nitelikli sağlık hizmetlerine erişimini sağlanmanın temel teşkil ettiği sağlık sektöründe, yoksullukla mücadele herkesin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımını beraberinde getirmektedir.

Her ülke için kalkınmanın temel gerekliliklerinden birisi olan daha nitelikli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu sayesinde toplumun tüm kesimlerinin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine erişiminde kolaylıklar sağlanabilecektir (Haines, Cassels 2004). Bu hedef beraberinde toplumda sosyo-ekonomik açıdan dezavantajlı olup, sağlık hizmetine daha çok ihtiyaç duyan bireyler için, sağlık hizmeti kullanımına yönelik politika ve planların, sağlıkta politika belirleyicilerin gündeme almalarını gerektirmektedir. Böylesi bir gündem oluşturulmadan önce yapılması gerekenlerin başında sağlık sistemine yönelik genel bir performans değerlendirmesi yapmak gelmektedir. Bu sayede sağlık sistemi için kapsamlı bir değerlendirmede bulunulabilecek, yapılan değerlendirmelerde sağlık sistemi performansının artırılması için gerekli alanlar tespit edilebilecektir. Sağlık sistemi performansının değerlendirilmesinde var olan çok çeşitli yaklaşımlar içerisinde, bu değerlendirmelerde sağlık sisteminin varlığı ve devamlılığı için vazgeçilmez bir önem taşıyan sağlık hizmetleri finansmanı ve sağlık harcamalarının merkezde bulunduğu görülmektedir (Wagstaff, Doorsler 1992).

Sağlık sistemi performansının sağlık hizmetlerinin finansmanı esas alınarak değerlendirilmesinde ön plana çıkan temel finansman yöntemleri arasında; (1) genel vergiler (2) sosyal sigorta katkı payları (3) özel sigorta katkı payları ve (4) cepten yapılan ödemeler bulunmaktadır (Wagstaff, Doorsler 1992). Bu sağlık hizmetleri finansman yöntemleri arasında, daha çok genel vergilerin kullanıldığı bilinmekle birlikte, birçok ülkede diğer finansman yöntemlerinden de önemli ölçüde yararlanıldığı görülmektedir. Bir sağlık hizmetleri finansman yöntemi olan cepten sağlık harcamaları ise hanehalkları tarafından doğrudan yapılan ödemeleri temsil etmektedir. Gelişmişlik düzeyi düşük, sağlık sigorta sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsamaktan uzak olduğu, toplumun genel sağlık düzeyinin düşük olduğu ve sosyal yardımların yeterince gelişmediği ülkelerde sağlık hizmetleri finansman yöntemleri içerisinde, hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için doğrudan yapılan ödemeleri temsil eden, cepten sağlık harcamalarının son derece yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlık sisteminin işleyişi ile ilgili belirlenen politika ve kurallar çerçevesinde sağlık sisteminin finansmanında devamlılığı sağlamaya yönelik katkılar sunan cepten sağlık harcamalarının miktarı arttıkça, hanehalkları en temel sağlık ihtiyaçlarını karşılamak ve daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişmek noktasında zorluklarla karşılaşmaktadırlar. Sağlık sektörünün temel bir ilkesi olan “sosyal fayda” ilkesine zarar vererek, belirlenen sağlık politikaları sonucunda toplumun ekonomik açıdan dezavantajlı gruplarının refah seviyesinde azalmaya neden olan bu sorun, ülke genelinde ekonomik ve refah göstergelerinde düşüşü beraberinde getirmektedir. Toplumun özellikle gelir düzeyi düşük olan, yoksul kesimlerinin tehdit eden bu durumu daha ayrıntılı olarak ele alan araştırmacılar, cepten sağlık harcaması miktarının artışı sonucunda hanehalklarının karşı karşıya kaldıkları finansal açıdan zorlayıcı durumları katastrofik ve yoksullaştırıcı etki olmak üzere iki özel durum ile isimlendirmişlerdir. Buna göre cepten yapılan sağlık harcaması miktarının artması hanehalklarını en temel ihtiyaçlarını karşılamak noktasında zor durumda bıraktığında katastrofik etki yaratmakta, bu etki finansal açıdan yıkıcı hale dönüştüğünde ise yoksullaştırıcı etki ortaya çıkmaktadır (Raban ve diğerleri 2013).

Bu çalışmada sağlık sisteminin devamlılığı ile toplum genelinde gelişmişlik ve genel refah düzeyinin önemli bir unsur olan cepten sağlık harcamalarının toplumun yoksul kesimleri üzerinde yarattığı finansal yükün artışı durumuna işaret eden katastrofik ve

yoksullaştırıcı etki kavramları açıklanmış, katastrofik ve yoksullaştırıcı etkinin tespiti ve temel belirleyicileri, cepten sağlık harcamaları nedeniyle katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalan ülke örnekleri ile bu etkilerden korunmak için politika belirleyicilere yönelik öneriler sunulmuştur.

II. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ NEDİR?

Sağlık sistemlerinin temel fonksiyonu tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımı ve kullanımının sağlanmasıdır. Sağlık alanında uygulanan politika değişikliklerinden toplum genelinde ne ölçüde fayda sağlandığını temsil eden “sağlıkta sosyal fayda” prensibine ne ölçüde uyulduğunu belirleyen bu durum, sağlık sisteminin gelişimini sağlayacak bir ön koşuldur. Toplumun tüm kesimlerinin nitelikli sağlık hizmeti kullanamamaları durumunda ortaya çıkan ve sağlıkta sosyal fayda ilkesinin zarar görmesine neden olan cepten sağlık harcamalarının artışı sonucunda katastrofik ve yoksullaştırıcı etki meydana gelerek; refah düzeyi düşük, henüz gelişmemiş ve gelişmekte olan ülke ekonomileri için ciddi bir tehdit oluşturmaktadır.

Sağlık sistemi finansman yöntemleri içerisinde vergilerle finansman büyük paya sahip olup, sağlık sistemini büyük ölçüde vergilerle finanse eden ülkeler olsa da, herhangi bir ülkede sağlık sisteminin yalnızca vergiler yolu ile finanse edilmesi son derece zordur. Bu nedenle birçok ülkede sağlık sistemlerinin büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetleri kullanıcıları tarafından yapılan ilave katkılar başka bir deyişle cepten yapılan harcamalar yolu ile finanse edilmektedir. Bu ilave katkıların miktarı hanehalklarını finansal açıdan zorlayıcı durumlar ile karşı karşıya bırakabilmektedir (Yardım ve diğerleri 2014). Genel kabul görmüş bir yaklaşıma göre katastrofik sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcamalarının, hanehalklarının temel yaşam ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlayan harcamaları belirli bir oranda aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Bu durum arttıkça hanehalklarını gittikçe yoksullaştıran bir etki yaratmaktadır (Limwattananon ve diğerleri 2013).

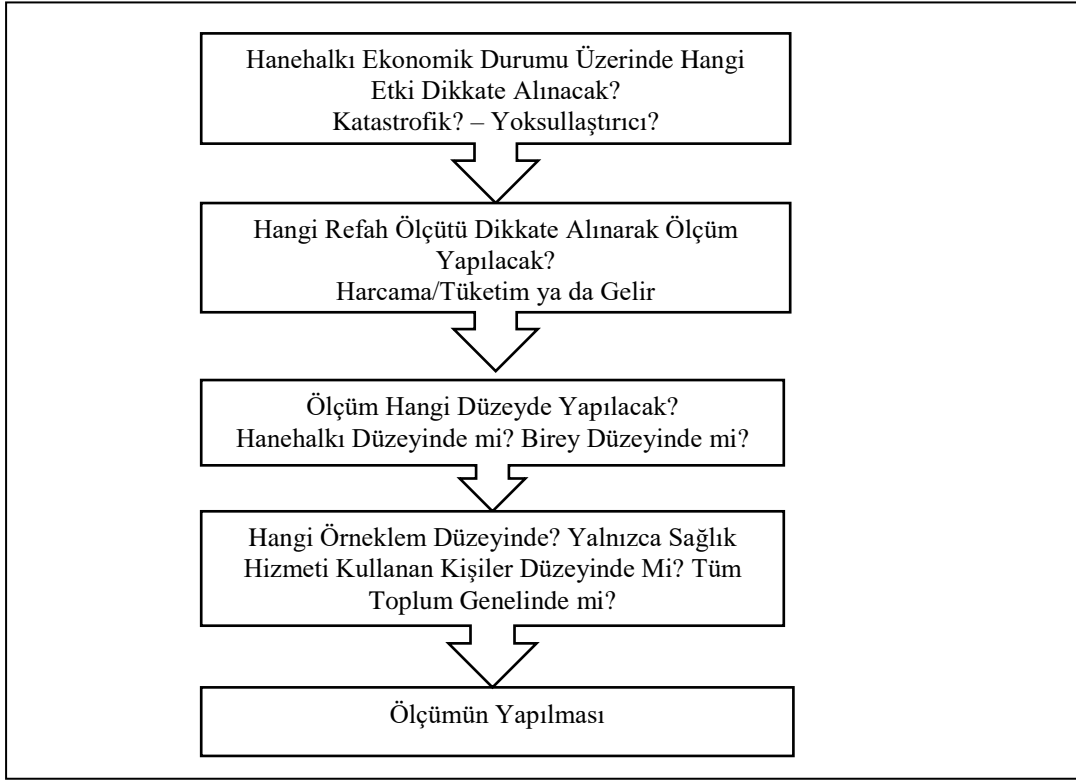
Genel bir değerlendirmede bulunulduğunda sağlık için yapılan ortalama harcamalar ulusal yoksulluk sınırının altında olduğunda yoksullaştırıcı etki meydana gelmektedir (Limwattananon ve diğerleri 2007). Cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı refah düzeyi üzerindeki yoksullaştırıcı etkisi katastrofik sağlık harcaması yolu ile tespit edilebilmektedir ancak bu etkinin tespit edilmesinden önce yoksulluk ile ilgili genel tanımlamalara değinmekte fayda vardır. Yoksulluk ile ilgili genel tanımlamalarda bulunan Moller ve diğerleri (2003)’e göre yoksulluğun ölçümünde mutlak yoksulluk, göreceli yoksulluk ve insani yoksulluk olmak üzere üç temel yoksulluk türünden bahsetmek mümkündür. Bu yoksulluk türleri içerisinde mutlak yoksulluk, hanehalkının ya da bireyin asgari yaşam düzeyini sürdürebilmesi için gerekli olan en temel ihtiyaçlarını karşılayamaması durumudur. Bu tanım kapsamına giren kişilerin yaşamı ciddi bir tehdit altına girmekte hatta bu kişiler ölüm riski ile bile karşı karşıya kalabilmektedirler (TUIK 2013). Yoksulluk ile ilgili ön plana çıkan bir başka tanım olan göreceli yoksulluk ise, kişilerin toplumun genel refah düzeyinin altında kaldıkları ve topluma sosyal katılımlarının mümkün olmadığı durumu ifade etmektedir (Marks 2007; Alem ve diğerleri 2014). Göreceli yoksulluk kavramının mutlak yoksulluk kavramından farkı ise, göreceli yoksulluk kavramının bireyin gereksinimlerini toplumdaki diğer kişiler ile karşılaştırıldığında ne ölçüde karşılayabilir olup olmadığı ile ilgili olması yani göreceli olma özelliğidir. Yoksulluk ile ilgili ön plana çıkan bir başka kavram ise insani yoksulluk kavramıdır. Birleşmiş Milletler (BM) tarafından ortaya atılan bir diğer kavram olan insani yoksulluk kavramı, insan kaynaklarının gelişimi, özgürlük, altyapı, temiz su kaynaklarına erişim gibi oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır (BM 2011). Hanehalklarının cepten sağlık harcamaları nedeniyle karşı karşıya kaldıkları

katastrofik ve yoksullaştırıcı etkileri farklı şekillerde tanımlandıkları görülmekle birlikte, hanehalklarının bu etkilere maruz kalıp kalmadıklarının tespit edilmesinde farklı yaklaşımlar vardır. Bununla ilgili olarak aşağıda katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkilerin nasıl tespit edildiği üzerinde durulmuştur.

III. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ NASIL TESPİT EDİLİR?

Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkinin tespit edilmesinde değerlendirmeye alınan temel başlıklardan birisi gelirdir. Hanehalkları tarafından elde edilen gelirin gerçek ölçütünün ne olduğu konusu sürekli sorgulanmaktadır. Bu sorgulamalarda ulaşılan en temel yargıların başında hanehalkı gelirin hanehalkı tüketiminden daha yüksek bir miktara karşılık geldiği bulunmaktadır (Arseniyevic ve diğerleri 2013). Buna göre hanehalkları elde ettikleri gelirin bir kısmını zorunlu tüketim harcamaları, bir kısmını isteğe bağlı tüketim harcamaları, bir kısmını ise yatırım amaçlı harcamalar için kullanabilmektedirler. Genel bir değerlendirmede bulunulduğunda, ülke vatandaşları tarafından elde edilen kullanılabilir gelir ile tüketim ihtiyaçlarının ne derecede karşılanabildiği konusu ülke genelinde refah düzeyini belirleyen temel konular arasında yer almakla birlikte, hanehalkı refah seviyesinin ölçümü konusunda Haughton ve Khandler (2009) ile O'Donell ve diğerleri (2008) tarafından belirtildiği üzere tek bir ölçütten söz etmenin mümkün olmadığı görülmektedir.

Herhangi bir ülkede refah ve kalkınmanın temel bir göstergesi olan toplumun sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım seviyesini tespit etmeye yönelik olarak farklı ülkelerde hanehalklarına uygulanmak üzere geliştirilmiş anketlerin en iyi birleşimi oluşturulmaya çalışılmaktadır (Xu ve diğerleri 2003). Şekil 1'de Arseniyevic ve diğerleri (2013) tarafından katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkinin belirlenmesi süreci açıklanmaktadır. Buna göre ölçüm süreci öncelikle katastrofik ya da yoksullaştırıcı etkilerden hangisine yönelik ölçüm yapılacağına tespiti ile başlamaktadır. Sonraki aşamada harcama/tüketim ya da gelir ölçütlerinden hangisinin bir refah ölçütü olarak ele alınacağına karar verilmektedir. Bir sonraki aşamada ise ölçümün hanehalkı düzeyinde mi yoksa birey düzeyinde mi yapılacağı tespit edilmektedir. Ölçümün yalnızca sağlık hizmeti kullanan kişiler düzeyinde mi yoksa tüm toplum genelinde mi yapılacağına karar verildikten sonra ise ölçüm gerçekleştirilmektedir.

Şekil 1. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etkinin Belirlenmesi Süreci

Kaynak: Arsenijevic ve diğerleri 2013

Katastrofik sağlık harcaması hanehalkı ödeme gücü (kapasitesi) ile ilişkilendirildiğinde sağlık ile ilgili maliyet artışı durumunda bunun doğrudan bir katastrofik etki yaratacağı düşünülebilmektedir. Oysaki katastrofik sağlık harcaması her zaman sağlık ile ilgili maliyetlerin artışı durumunda ortaya çıkmayabilmektedir. Bu konuda değerlendirme yapılırken ülke genelinde sağlık politikası ve sağlık finansman sistemlerinin dikkate alınarak, sağlık sektörünün sistem yaklaşımı ile değerlendirilmesinde fayda vardır. Örneğin bir cerrahi işlem maliyeti çok yüksek olmasına rağmen bu sağlık hizmeti sigorta kapsamında ise ve kişiler bu hizmet için ekstra bir ücret ödemiyorlarsa bu amaçla yapılan harcama bir katastrofik sağlık harcaması olarak kabul edilmeyebilmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Literatürde katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etkinin tespit edilmesinde en temel yaklaşım ise eşik değer yaklaşımıdır.

3.1. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etkinin Tespitinde Eşik Değer Yaklaşımı

Katastrofik sağlık harcamasının tespitinde harcama yaklaşımını esas alan yaklaşıma göre katastrofik sağlık harcaması cepten yapılan sağlık harcamalarının kişilerin yaşantılarını sürdürebilmek için yaptıkları temel harcamaların dışında kalan toplam harcamalarının belirli bir kısmını aşması durumunda ortaya çıkmaktadır. Geliri esas alan yaklaşım dikkate alındığında ise katastrofik sağlık harcamasının cepten yapılan sağlık harcamasının hanehalkı gelirinin ne kadarlık bir kısmını aşması durumunda ortaya çıkacağı ile ilgili olarak literatürde tartışmalar mevcut olmakla birlikte katastrofik sağlık harcamasının toplam gelirin %5 ya da %20 gibi bir kısmını aşması durumunda ortaya çıktığı belirtilmektedir (Wyszewianski 1986; Berki 1986; Xu ve diğerleri 2003). Bu sınır ile ilgili olarak literatürde bir fikir birliği bulunmamakla birlikte genellikle Dünya Sağlık Örgütü tarafından “adil finansman” miktarı olarak kabul edilen sınırın esas alındığı bilinmektedir. Xu ve diğerleri (2005) tarafından belirlenen metodolojiye uygun olarak hanehalklarının katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye

maruz kalma durumlarının hesaplanmasında cepten yapılan sağlık harcamalarının ödeme gücüne (kapasitesine) oranı esas alınmaktadır. Ödeme gücünün hesaplanabilmesi için öncelikle eşdeğer hanehalkı büyüklüğünün (eşsize) hesaplanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Eşdeğer hanehalkı büyüklüğü hanelerin yetişkin-çocuk bileşimlerindeki farklılıklar dikkate alınarak farklı büyüklük ve bileşimlerdeki hanehalkları arasında karşılaştırmalara imkan sağlamaktadır. Bunun için her bir hanehalkı büyüklüğünün kaç yetişkine (eşdeğer fert sayısı) denk olduğunu belirlemek amacıyla eşdeğerlik ölçeği hesaplanmaktadır. Eşdeğer hanehalkı büyüklüğü hesaplandıktan sonra yoksulluk sınırının hesaplanması gerekmektedir. Gıda harcamasının toplam tüketim harcaması içindeki payına göre sıralı %45-%55 arasında kalan hanelerin, eşdeğer fert başına gıda harcamalarının ortalaması yoksulluk sınırı olarak belirlenmektedir. Daha sonra ise eşdeğer hane büyüklüklerine göre geçinme sınırı belirlenmektedir. Buna göre; hanenin harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen yoksulluk sınırından küçük olan haneler “yoksul” olarak nitelendirilmektedir. Hanenin ödeme kapasitesi hanenin geçinme sınırı dışında kalan harcaması olarak tanımlanmaktadır. Hanenin ödeme kapasitesi bulunduktan sonra sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı hesaplanabilmektedir. Katastrofik sağlık harcaması yapanları bulmak için ise sağlık harcamasının ödeme kapasitesine oranı %40 ve daha büyük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması yapan haneler” olarak nitelendirilmektedir. Sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hanelerin bulunmasında ise yoksul olmayıp (yani harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen geçinme sınırından büyük olup) sağlık dışında kalan harcaması, kendi eşdeğer hane büyüklüğüne göre belirlenen geçinme sınırından küçük olan haneler, “katastrofik sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan haneler” olarak nitelendirilmektedir (Gotsadze ve diğerleri 2009; Xu ve diğerleri 2005; Xu ve diğerleri 2003; O'Donnell ve diğerleri 2008; Wagstaff 2008). Weraphong ve diğerleri (2013) tarafından yapılan araştırmada katastrofik sağlık harcamasının, bir aylık bir zaman süreci içerisinde hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının hanehalkı toplam sağlık harcamasının %10'dan fazlasına ulaşması durumunda ortaya çıktığı belirtilmektedir. Xu ve diğerleri (2005) tarafından hazırlanan raporda OECD'ye üye ülkelerde toplam sağlık harcaması içerisinde cepten yapılan ödemelerin payı incelendiğinde cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içerisindeki oranının %15'den daha az olması durumunda daha az sayıda hanehalkının katastrofik ödeme yapmak durumunda kaldığı belirtilmektedir.

IV. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ İNSİDANSININ TEMEL BELİRLEYİCİLERİ

Hanehalkları hangi özelliklere sahip olduklarında katastrofik sağlık harcaması yapmak durumunda kalmakta ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalmaktadırlar? Bu sorunun yanıtını vermek amacıyla; ülke genelinde refah düzeyi, sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı, sağlık sigortası ile ilgili olanaklar, sağlık kuruluşlarının örgütlenmesi ile ilgili yapısal faktörler ile hanehalklarının demografik özelliklerine odaklanmak yerinde olacaktır.

Ülke düzeyinde cepten yapılan sağlık harcamaları katastrofik sağlık harcamasının tek başına bir belirleyicisi değildir (Xu ve diğerleri 2003). Katastrofik sağlık harcaması miktarındaki değişim ülkelerin ekonomik güç seviyesindeki farklılıklar, sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyi, risk havuzlama mekanizmalarının mevcut olup olmaması gibi temel faktörlerden etkilenmektedir. Ülke genelinde hangi hanehalklarının katastrofik sağlık harcaması bakımından daha fazla risk altında olduklarının tahmininde regresyona dayalı tahmin yöntemleri kullanılarak katastrofik sağlık harcamasının belirleyicilerinin neler olduğu tespit edilebilmekte ve bu sayede hanehalklarını finansal riskten korumaya yönelik önlemler alınabilmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Buna göre sağlık sigortası kapsamında olmak, katastrofik sağlık harcaması insidansının temel belirleyicilerinden birisidir. Bu konuda Limwattananon ve diğerleri (2007) tarafından Tayland'da yapılan araştırma sonuçlarına göre

genel sağlık sigortası uygulaması başlamadan önce katastrofik sağlık harcaması insidansı %5,4 iken ülke genelinde tüm vatandaşların sigorta kapsamına alınmasından sonra bu oran %3'lere kadar gerilemiştir. Benzer bir eğilim yoksullaştırıcı etki insidansı için de söz konusu olmuştur. Genel sağlık sigortası uygulanmaya başlamadan önce yoksullaştırıcı etkiye maruz kalan hanehalkı oranı %18,3 iken genel sağlık sigortasının uygulanmaya başlanmasından sonra bu oran %8-10'a kadar gerilemiştir (Limwattananon ve diğerleri 2007). Bu ülke deneyimi ülke genelinde sağlık sigortası kapsamının genişletilmesi sayesinde katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin azaldığını ortaya koymaktadır.

Katastrofik sağlık harcaması insidansını belirleyen faktörler hanehalkı düzeyinde düşünüldüğünde hanehalkı reisinin eğitim seviyesinin yüksek olması, kentsel yerleşim yerlerinde yaşıyor olmak, hanehalkı bireyleri arasında yaşlı ya da engelli bireylerin olması, hanehalkı içerisinde işsizlerin olmasının da katastrofik sağlık harcaması insidansını artıran faktörler oldukları belirtilmektedir (Başar ve diğerleri 2012; Wyszewianski 1986; Berki 1986). Katastrofik sağlık harcaması insidansının belirleyicileri tıbbi nedenler ve yapısal nedenler olmak üzere iki temel başlıkta incelendiğinde ise, kronik hastalıklar ile mücadelenin hanehalklarını finansal açıdan önemli ölçüde zorladığı belirtilmektedir (Arsenijevic ve diğerleri 2013). Yapısal faktörler ele alındığında ise bir kamu hastanesinden hizmet almaya nazaran özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almanın daha fazla katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmaya neden olacağı söylenebilmektedir (Weraphong ve diğerleri 2013).

Katastrofik sağlık harcaması insidansını belirleyen faktörler ile ilgili olarak Sırbistan'da hanehalkları üzerinde yapılan araştırmada; kırsal yerleşim yerlerinde yaşayan, kronik hastalığa sahip olan hanehalklarının daha fazla katastrofik sağlık harcamasında buldukları tespit edilmiştir. Ayrıca bu hanehalkları için algılanan sağlık statüsünün katastrofik sağlık harcamasında bulunma üzerinde ciddi bir etkisinin bulunduğu da belirtilmiştir. Bu nedenle Sırbistan'da yaşayan kişilerin başta kronik hastalığı olan ve kırsal bölgelerde yaşayanlar olmak üzere katastrofik sağlık harcamasından korunmasına yönelik stratejiler belirlenmesi önem taşımaktadır (Arsenijevic ve diğerleri 2013).

Katastrofik sağlık harcaması insidansını artıran diğer faktörler ise ulaşım ile ilgili maliyetler ve bu nedenle yaşanan zaman kayıplarıdır. Buna göre sağlık bakım hizmeti almak amacıyla ulaşım için harcamada bulunmak, hiç harcamada bulunmama göre 1,47 kat daha fazla katastrofik sağlık harcamasında bulunulmasına yol açmaktadır (Weraphong ve diğerleri 2013). Hanehalkı üyelerinin sigara ya da alkol kullanımı da katastrofik sağlık harcamasının diğer belirleyicileri arasında bulunmaktadır (Devadasan ve diğerleri 2007). Katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki insidansını belirleyen faktörler farklılık göstermekle birlikte bu faktörlerin görünümü ülkeden ülkeye değişebilmektedir.

V. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİ: ÜLKE ÖRNEKLERİ

Sağlık ile ilgili kaynakların kullanımı ve sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda dünya genelinde farklı ülkelerde farklı politikalar uygulanmaktadır. Bu politika ve uygulama farklılıklarının bir sonucu olarak sağlık harcamalarının hanehalkları üzerinde yaratmış olduğu finansal açıdan yıkıcı etki farklı ülkelerde farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır (O'Donnell ve diğerleri 2008). Cepten sağlık harcamaları nedeniyle hanehalklarının maruz kaldıkları katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin gelir sınıflamasına göre en fazla orta gelir grubunda yer alan ülkeler ile sağlık sisteminin genel bir dönüşüm sürecinden geçmekte olduğu ülkeler oldukları belirtilmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Bu ülkelerde daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişmek amacıyla başta yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere ayakta sağlık hizmetleri ile tıbbi ilaç ve tıbbi malzemeler için yapılan cepten sağlık harcamalarının

son derece yüksek olduğu bilinmektedir. Orta gelir grubunda yer alarak büyük çoğunluğu geliştirmekte olan ülke sınıflamasına dahil olan bu ülkelerde, toplum sağlığının iyileştirilmesi üzerinde ciddi bir tehdit oluşturan cepten sağlık harcamalarındaki artış, geniş toplum kesimlerinin temel sağlık hizmetleri kullanımını sınırlandırıcı bir etki yaratmakta bu durum, toplumsal refahı tehdit etmektedir (Xu ve diğerleri 2006).

Cepten sağlık harcamalarının artışı sonucunda hanehalklarının finansal açıdan zorlanması durumuna işaret eden katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerle toplum genelinde güç dengesizliklerinin mevcut olduğu, sosyal sigorta sisteminde hanehalklarını finansal risklerden korumaya yönelik sistemlerin yeterince gelişmediği, geliştirmekte olan ülkelerde daha fazla karşılaşılmaktadır. Bu ülkeler içerisinde özellikle geliştirmekte olan ve sağlık sisteminin ciddi bir dönüşüm sürecinden geçmekte olduğu Latin Amerika ülkelerinin ön plana çıktığı görülmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Bu noktada toplum genelinde cepten sağlık harcamalarının yarattığı finansal açıdan yıkıcı etkilerin tespit edilmesine yönelik ve hanehalklarının cepten sağlık harcaması hakkında yaptıkları subjektif değerlendirmelere dayanan anket tarzda çalışmaların önemi büyüktür. Ülke genelinde hanehalkı sağlık harcamalarının durumunu tespit etmeye yönelik olarak anket vb. tarzda çalışmalar konusunda eksiklikler bulunan Afrika ülkeleri gibi geri kalmış ülkelerde ise, hanehalklarının sağlık harcamaları nedeniyle finansal açıdan yıkıcı durumlar ile daha fazla karşı karşıya kaldıkları görülmektedir (Xu ve diğerleri 2003).

Katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiye maruz kalma durumunun özellikle nüfus yoğunluğunun yüksek olduğu ülkeler için ciddi bir problem oluşturduğu bilinmektedir. Farklı ülkeler üzerinde nüfus yoğunluğu ile birlikte, katastrofik sağlık harcamalarının getirdiği yük doğru bir şekilde anlaşıldıktan sonra bu ülkelerde katastrofik sağlık harcamaları ile mücadeleye yönelik daha etkin politikalar belirlenebilecektir. Bu durumu tespit etmeye yönelik olarak dünya genelinde nüfus yoğunluğu ile ön plana çıkan ülkeler arasında bulunan Çin'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, nüfus yoğunluğunun cepten sağlık harcamaları yolu ile yarattığı finansal açıdan yıkıcı etkiyi ülke genelinde sağlık politika ve uygulamaları ile birlikte ele almakta fayda vardır. Bu noktada Çin'de sağlık sigortası kapsamının geçtiğimiz on yıllık süre içerisinde 2000 yılında %15 iken 2011 yılına gelindiğinde %96'ya kadar yükseldiği görülmektedir. Cepten sağlık harcamalarının azalmasında ciddi ölçüde bir role sahip olan ve sağlık sigortası kapsamında genişlemenin yaşandığı Çin'de cepten sağlık harcamalarının yarattığı katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerde önemli ölçüde azalma görülmüştür (Li ve diğerleri 2012). Nüfus yoğunluğu ile dikkat çeken ülkelere bir diğeri olan Tayland'da ise ülke genelinde hanehalklarının önemli bir kısmı sağlık sigortası kapsamında bulunmakta ancak buna rağmen katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmaya devam etmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalarda özellikle yataklı tedavi hizmetleri için yapılan (2000 yılında %31, 2002 yılında %15,1, 2004 yılında %14,6) cepten sağlık harcamalarının oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (Limwattananon ve diğerleri 2007).

Katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiler OECD ülkeleri gibi gelişmiş ekonomiye sahip ülkeler açısından ele alındığında, Güney Amerika, Güney-Doğu Avrupa, Portekiz, Yunanistan, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi ülkelere özel sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının son derece yüksek olduğu görülmektedir (Arsenijevic ve diğerleri 2013; Limwattananon ve diğerleri 2007). OECD'ye üye olan ülkeler içerisinde özel sağlık harcamaları içerisinde özel sağlık sigortası harcamalarının yüksekliği ile dikkat çeken, ABD'de geniş toplum kesimlerinin katılımı ile destek gören politikalar ile tüm toplum kesimlerinin nitelikli sağlık hizmetlerine erişimini ve kullanımını sağlayacak sağlıkta reform uygulamaları görülse de ABD'de de OECD'ye üye olan diğer ülkelere olduğu gibi özel sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcaması payı artmaya devam etmektedir (OECD 2011).

Cepten sağlık harcamaları nedeniyle hanehalklarının maruz kaldıkları katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin fazla olduğu ülkelerin genel özellikleri arasında bulunan; orta gelir grubunda yer almak, gelişmekte olan ülkelerden birisi olmak ve sağlık sisteminin bir dönüşüm sürecinden geçmesi özelliklerini taşıyan ülkelerden birisi de Türkiye'dir. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının başladığı 2003 yılından günümüze sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımı noktasında birçok mesafe kaydedildiği bilinmektedir. TÜİK 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de toplumun çok büyük bir bölümü halen genel sağlık sigortası kapsamındadır ancak özel sağlık sigortası ülkemizde henüz yeterince yaygınlaşmamıştır. Türkiye'de hanehalklarının cepten sağlık harcamaları nedeniyle maruz kaldıkları katastrofik ve yoksullaştırıcı etki konusunda, Yardım ve diğçerleri (2014) tarafından yapılan bir çalışmada, Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programının başladığı 2003 yılı ve sonrasında 2006, 2009 yılları incelenmiş, çalışma sonucunda sağlıkta dönüşüm programı sonrasında cepten sağlık harcamalarının hanehalkları üzerinde yarattığı katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin giderek azaldığı ortaya konulmuştur.

Görüldüğü gibi katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki farklı ülkelerde farklı şekillerde ortaya çıkmakla birlikte, sağlıkta politika belirleyiciler ve politika yapıcılarının, tüm dünya genelinde giderek artan nüfus yoğunluğuna paralel bir biçimde artan sağlık ihtiyacını en iyi şekilde karşılamak ve artan sağlık harcamaları karşısında, hanehalklarının bu harcamalardan en az ölçüde zarar görmesini sağlayacak, en doğru finansman mekanizmalarını temin etmeye yönelik politika ve stratejiler belirlemelerine ihtiyaç vardır.

VI. HANEHALKLARINI KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMASI VE YOKSULLAŞTIRICI ETKİDEN KORUMAYA YÖNELİK POLİTİKALAR VE STRATEJİLER NELERDİR?

Herhangi bir ülkede gelir düzeyindeki yükselişe paralel bir şekilde toplumun genel refah düzeyinde de bir yükseliş görülmeli beklenmektedir. Ancak uygulamada çoğu zaman gelir düzeyindeki artışın refah seviyesi üzerinde doğrudan bir yansımalarının görülmeyişi bilinmektedir. Gelir ve refah arasındaki bu ilişki refah ekonomisinin temel tartışma konularından birisi olmakla birlikte (Dagum 1990), gelirdeki artışın toplumun refah seviyesi üzerindeki etkisinin uzun vadeli bir süreç sonucunda ortaya çıktığı görülmektedir. Bu etkinin hızlandırılmasında uzun vadeli, kararlı ve kapsamlı politika ve stratejilerin belirlenmesi temel bir gereklilik olarak ön plana çıkmaktadır.

Ülke genelinde refah seviyesindeki artışın temel göstergelerinin başında toplumun daha nitelikli sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımının sağlanması bulunmaktadır. Ancak ülkelerin gelir seviyelerindeki yükselişin genel refah düzeyindeki artışa uzun vadede yansımalarına paralel bir biçimde, gelirdeki yükselişin sağlık üzerindeki etkilerinin de uzun vadede ortaya çıktığı bilinmektedir. Buna göre cepten sağlık harcamalarının hanehalkı üzerinde finansal açıdan yıkıcı bir etkide bulunduğu durumu temsil eden katastrofik sağlık harcamalarının ve yoksullaştırıcı etkilerin de ülke genelinde gelir düzeyindeki genel artış ile paralel bir şekilde azalış göstermesi beklenemez. Bunun için ulusal sağlık finansman sistemlerinin yalnızca kişilerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimin ve kullanımlarının sağlanmasına yönelik olarak değil, aynı zamanda hanelerin finansal açıdan yıkıcı etkiye maruz kalmalarını önleyici ilave düzenlemeler ile gözden geçirilmesi gereklidir (O'Donnell ve diğçerleri 2008).

O'Donnell ve diğçerleri (2008) tarafından politika belirleyicilere, katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki ile mücadele etmeye yönelik olarak uygulanması önerilen temel stratejiler arasında;

- ❖ Sigorta sisteminin geliştirilerek, tüm nüfusun kapsama alınmasının sağlanması,

- ❖ Yoksul hanehalklarının korunması ve desteklenmesi,
- ❖ Hanehalklarının yararlanabilecekleri fayda paketlerinin düzenlenmesi ile,
- ❖ Hastalar arasında maliyet paylaşımına karar verilmesi sayılmaktadır.

Yoksul kesimlerin korunması ve finansal riskin paylaşılması ekseninde çerçevelenen bu stratejiler toplumun tüm kesimlerinin sağlık hizmetlerini kullanabilmesi için temel bir gerekliliktir. Bu stratejiler içerisinde ön plana çıkanların başında sigorta sisteminin geliştirilmesi ve tüm nüfusun sigorta kapsamına alınması bulunmaktadır. Ancak bu noktada göz önünde bulundurulması gereken temel konulardan birisi, toplumun büyük bir kesiminin sağlık sigortası kapsamına alınması ile cepten sağlık harcamalarının azalışı arasında doğrudan bir ilişkinin bulunmaması durumudur. Örneğin İngiltere gibi ülkelerde sağlık sigortası kapsamının oldukça geniş olduğu bilinmesine rağmen 2012 yılında bu ülkede özel sağlık harcamaları içerisinde cepten sağlık harcamalarının oranının %56,8 gibi oldukça büyük bir miktar olduğu görülmektedir (WHO 2015). Bu durum katastrofik sağlık harcaması ve yoksullaştırıcı etki ile mücadele etmede ek bazı tedbirlerin alınması, stratejilerin belirlenmesini gerektirmektedir. Bu noktada her ülkenin kendisine özgü yerel ve bölgesel politik ve yönetim dinamiklerinin söz konusu olduğu ve bu dinamiklerin sağlık sistemine farklı şekillerde yansıdığı bilinmesi gerekmektedir. Katastrofik sağlık harcaması doğrudan sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olduğu için, farklı ülkeler için sağlık hizmetleri finansmanında daha etkin politikalar izlenebilmesini sağlamak amacıyla 1980'li yılların sonlarına doğru UNICEF ve WHO gibi uluslararası kuruluşlar tarafından çeşitli politikalar belirlenmiştir. Uluslararası kuruluşların sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımında hanehalklarının finansal açıdan yıkıcı etkilerden nasıl korunabileceği ile ilgili çalışmalarının yanı sıra sivil toplum kuruluşlarının da bu harcamaların azaltılması, toplumun finansal açıdan dezavantajlı gruplarının en etkin sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımının sağlanması noktasında politika önerilerini içeren pek çok yayınlar yaptıkları ve bu konuya dikkat çekmek üzere toplantılar düzenledikleri görülmektedir (Xu ve diğerleri 2006; WHO 2015; WB 2008). Uluslararası kuruluşların önerileri doğrultusunda hanehalklarını katastrofik sağlık harcamasından korumaya yönelik stratejiler arasında artan oranlı ücretlendirme uygulamaları, hastane hizmetlerinin ücretsiz hale getirilmesi, sağlık hizmetleri finansman yükünün yoksul kesimlerden zenginlere doğru aktarılması ve ulusal sağlık sigortası sisteminin güçlendirilmesi ön plana çıkmaktadır. Bu stratejiler sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve gelir bakımından dezavantajlı toplum kesimleri üzerinde, sağlık hizmeti kullanımı nedeniyle oluşan finansal baskıyı azaltacak stratejilerdendir (Xu ve diğerleri 2003).

Cepten sağlık harcamalarının artışı sonucunda ortaya çıkan katastrofik ve yoksullaştırıcı etkiler ile mücadele etmede uygulanması önerilen politika ve stratejilerin başarıya ulaşmasında anahtar rol oynayacak olan; genel ekonomik büyüme ve gelişmenin sağlanması, istikrar ortamının yaratılması ve kalkınmayı hızlandırıcı planlama çalışmalarına yer verilmesi, politika belirleyicilerin gündeme almaları gereken temel başlıklardandır. Bu nedenle genel istikrar ve güven ortamının yaratılarak, ekonomik büyümenin sağlanması sayesinde gelir ve istihdam artışları sağlanacak, bu gelişmeler kararlı plan ve stratejiler ile desteklendiğinde sağlık hizmetleri finansman sistemi içerisinde ekonomik açıdan dezavantajlı grupların korunması mümkün olabilecektir.

VII. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sisteminin genelinde hanehalklarının cepten sağlık harcamalarının yarattığı finansal açıdan yıkıcı etkilerden korunması sayesinde sağlık hizmetlerine erişim ve bu hizmetlerin kullanımında hakkaniyete erişmek mümkündür (Xu ve diğerleri 2003). Bunun nedeni herhangi bir ülkede sağlık hizmetleri finansman sisteminde katastrofik sağlık harcamasına maruz kalan hanelerin sayısının, sağlık finansman sisteminde hakkaniyetin

genel bir ölçüsü olarak görülebilmektedir (Yardım ve diğerleri 2010). Bunun için cepten yapılan sağlık harcamalarının azaltılmasını sağlamaya yönelik olarak ülke genelinde sosyal sağlık sigortası sisteminin etkin bir şekilde işletilmesi temel bir gerekliliktir (Xu ve diğerleri 2003). Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyeti sağlamanın bir teminatı olarak görülen, katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilere maruz kalan hanehalkı sayısının azaltılması sayesinde, toplumda gelir düzeyi düşük ancak sağlık harcamaları yüksek olan kişilerin daha fazla korunması sağlanabilecektir. Toplumsal huzur ve refah artışını sağlayacak olan bu durum sayesinde kalkınmada önemli mesafeler alınabilecektir. Bunların yapılabilmesi için farklı ülkelerde sağlık hizmetleri hakkaniyet açısından karşılaştırılırken hakkaniyet ölçütünün doğru bir şekilde tanımlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konu ile ilgili olarak literatürde farklı araştırmacılar tarafından geliştirilen farklı yaklaşımlar mevcut olmakla birlikte McLanchlan ve Maynard (1982) hakkaniyet ve eşitlik konusundaki tanım ve anlayış farklılıklarının bu kavramların güzellik gibi göreceli olması ve farklı değerlendiricilerin gözünde farklı şekilde yorumlanabilmesinden kaynaklandığını belirtmişlerdir. Her ülkenin kendisine özgü bir sağlık sistemi ve sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi mevcut olduğundan, sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet konusunda dünya genelinde her ülke için ortak bir anlayış bulunmamaktadır. Bu nedenle sağlıkta politika belirleyicilerin bu konudaki araştırmaların geliştirilmesine katkıda bulunarak hanehalklarının sağlık harcamaları nedeniyle ne ölçüde bir finansal açıdan yıkıcı etkiye maruz kaldıklarını belirlemeye yönelik araştırmalara destek olmaları gerekmektedir (Wagstaff, Doorsler 1992). Bu sayede sağlık finansman sisteminde ne ölçüde hakkaniyete uygun davranıldığının belirlenmesi sağlanabilecektir.

Bu çalışmada vurgulandığı üzere daha çok orta gelir düzeyinde bulunan ülkelerde yaşayan hanehalklarını tehdit edici bir durum olan ve cepten sağlık harcamaları yolu ile ortaya çıkan katastrofik ve yoksullaştırıcı etkilerin özellikle finansal risk havuzlama mekanizmalarının etkin bir şekilde işletilemediği geri kalmış ülkeler için daha büyük bir sorun teşkil etmeye devam ettiği bilinmektedir (Xu ve diğerleri 2003). Bu nedenle toplumda önemli bir kesimin düşük gelire sahip olduğu, temiz su kaynaklarına erişimden, beslenme ve barınma olanaklarına erişime kadar birçok başlıkta temel gereksinimlerini yeterli ölçüde karşılayamayarak, nitelikli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda sorunlar yaşayan Afrika ülkeleri gibi ülkelerin sağlık sistemlerinin iyileştirilmesinin önemle ele alınması gerekmektedir. Bunun nedeni düşük gelirli ülkelerin birçoğunda yaşayan hanehalklarının karşı karşıya kalacakları finansal güçlükleri göz önünde bulundurarak çoğu zaman, herhangi bir sağlık hizmeti almamak yönünde bir tercihte bulunmalarındır (Xu ve diğerleri 2003; Xu ve diğerleri 2006).

Sağlık hizmeti, sağlık hizmeti ile ilgili ihtiyacın öngörülemeyen ve ikame edilemez olma özelliğinin bir sonucu olarak toplumda gelir bakımından avantajlı olan ya da dezavantajlı bulunan farklı gruplar tarafından her an talep edilebilir. Bunun bir sonucu olarak yoksul hanehalklarının bu öngörülemeyen talebi ertelemek yönünde bir davranış göstermeleri, toplum sağlığının iyileştirilmesi üzerinde ciddi bir tehdit yaratacaktır. İşgücü kaybına neden olan ve nitelikli insan kaynaklarına erişimi engelleyen bu davranış biçimi ülke ekonomisinin gelişimini olumsuz etkileyen dolaylı bir etkide bulunmaktadır. Bu durum sağlık sisteminin temel dinamiklerinden olan sağlık finansman sisteminin, katastrofik ve yoksullaştırıcı cepten harcamalar esas alınarak değerlendirilmesinin, genel ekonomik durum ve ülkenin kalkınma ve gelişimine yönelik olarak; üretimden altyapıya, insan kaynaklarından, eğitime kadar çeşitli politik alanlardaki karar ve uygulamalardan bağımsız olarak düşünülmemeyeceğini göstermektedir.

Bu noktada sağlıkta politika belirleyicilerin sağlık sistemini bir bütün olarak ele alarak yalnızca sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda iyileştirmede bulunmak konusunda öneriler sunmak yerine sağlıkta insan kaynaklarının daha nitelikli hale getirilmesi ve

motivasyonu, sağlık hizmetleri sunumu kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık kuruluşlarının teknik kapasitesinin artırılması gibi konuları bir bütün halinde iyileştirmeye çalışmaları gerekmektedir. Ancak bu sayede tüm toplum genelinde katastrofik sağlık harcaması insidansının ve yoksullaştırıcı etkinin azaltılması sağlanabilecek ve finansal açıdan dezavantajlı olan grupların da talep ettikleri anda nitelikli sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı sağlanabilecektir (Xu ve diğerleri 2006) Bilinmelidir ki, katastrofik sağlık harcaması insidansının ve yoksullaştırıcı etkinin azaltılması ve finansal açıdan hakkaniyetli bir sağlık sisteminin oluşturulması sayesinde herhangi bir ülkede sağlık sisteminin iyileştirilmesinin garantisi olan sağlık hizmetleri tüketicilerinin memnuniyeti artırılabilecek, hakkaniyetli ve finansal açıdan sürdürülebilirliği yüksek bir sağlık sistemi temin edilebilecektir.

KAYNAKLAR

1. Alem Y., Köhlin G. and Stage J. (2014) The Persistence of Subjective Poverty in Urban Ethiopia. **World Development** 56: 51-61.
2. Arsenijevic J., Pavlova M. and Groot W. (2013) Measuring The Catastrophic and Impoverishing Effect of Household Health Care Spending in Serbia. **Social Science & Medicine** 78: 17-25.
3. Başar D., Brown S. and Hole A. R. (2012) **Out-of-Pocket Health Care Expenditure in Turkey: Analysis of the Household Budget Surveys 2002-2008**. Sheffield Economic Research Paper Series, UK.
4. Berki S. E. (1986) A Look At Catastrophic Medical Expenses and the Poor. **Health Affairs** 5(4): 139-45.
5. BM (UNDP) (2011) **Human Development Report 2001**. <http://hdr.undp.org/en/>, Erişim Tarihi: 22.02.2014.
6. Dagum C. (1990) On The Relationship Between Income Inequality Measures and Social Welfare Functions. **Journal of Econometrics** 43(1-2): 91-102.
7. Devadasan N., Criel B., Damme W. V., Ranson K. and Stuyft P. V. (2007) Indian Community Health Insurance Schemes Provide Partial Protection Against Catastrophic Health Expenditure. **BMC Health Services Research** 7(43): 1-11.
8. Ekman B. (2007) Catastrophic Health Payments and Health Insurance: Some Counterintuitive Evidence From One Low-Income Country. **Health Policy** 83(2): 304-313.
9. Gotsadze G., Zoidze A. and Rukhadze N. (2009) Household Catastrophic Health Expenditure: Evidence From Georgia and its Policy Implications. **BMJ Health Services Research** 9(69): 1-9.
10. Haines A. and Cassels A. (2004) Can The Millenium Development Goals Be Attained? **BMJ** 329(7462): 394-397.
11. Haughton J. and Khandker S. (2009) **Handbook On Poverty and Inequality**. World Bank, Washington, DC.

12. Kronenberg C. Barros P.B. (2014) Catastrophic Healthcare Expenditure – Drivers and Protection: The Portuguese Case. **Health Policy** 115(1): 44-51.
13. Li Y., Wu O., Legge D., Hao Y., Gao L., Ning N. and Wan G. (2012) Factors Affecting Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment from Medical Expenses in China: Policy Implications Of Universal Health Insurance. **Bulletin of World Health Organization** 90(9): 664-671.
14. Limwattananon S., Tangcharoensathien V. and Prakongsai P. (2007) Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results From National Household Surveys in Thailand. **Bulletin of the World Health Organization** 85(8): 600-606.
15. Marks G. (2007) **Income Poverty, Subjective Poverty and financial Stress**. Australian Government Social Policy Research Paper No. 29.
16. McLachlan G. and Maynard A. (1982) ‘The Public/Private Mix in Health Care: the Emerging Lessons’. In McLachlan, G. and Maynard, A. (ed) **The Public/Private Mix in Health Care: The Relevance and Effects of Change**. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
17. Moller S., Bradley D., Huber E., Nielsen F. and Stephens J. D. (2003) Determinants of Relative Poverty in Advanced Capitalist Democracies. **American Sociological Review** 68(1): 22-51.
18. O’Donnell O., Van Doorslaer E., Wagstaff A. and Lindelow M. (2008) **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data**. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, Washington, D.C.
19. O’Donnell, O., Van Doorslaer E. Rannan-Eliya R., Somanathan A., Adhikari S. R., Akkazieva B., Harbianto D., Garg C. C., Hanvoravongchai P., Herrin A. N., Hug M. N., Ibragimova S., Karan A., Kwon S., Leung G. M., Lu J. R., Ohkusa Y., Pande B. R., Racelis R., Tin K., Tisayiticom K., Trisnantoro L., Wan Q., Yang B. and Zhao Y. (2008) Who Pays for Health Care in Asia? **Journal of Health Economics** 27(2): 460-475.
20. OECD (2011) **Burden of out-of-pocket health expenditure**. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8111101ec054.pdf?expires=1431888542&id=id&accname=guest&checksum=993A0C7157F205F780D2BF16E25383E5> Erişim Tarihi: 26.02.2014.
21. Raban M. Z., Dandona R. and Dandona L. (2013) Variations in catastrophic health expenditure estimates from household surveys in India. **Bull World Health Organ** 91(10): 726-735.
22. The World Bank (2015) **Ending Poverty and Sharing Prosperity**. Global Monitoring Report 2014/2015, <http://www.worldbank.org/en/publication/global-monitoring-report> Erişim Tarihi:25.03.2015
23. TÜİK (2013) http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/GYKA_2013/turkce/metaveri/tanim/ Erişim Tarihi:21.03.2015
24. TÜİK (2013) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi:20.03.2015.

25. Wagstaff A. (2008) **Measuring Financial Protection in Health**. The World Bank Policy Research Working Paper No.4554.
26. Wagstaff A. and Doorsler E. V. (1992) Equity in The Finance Of Health Care: Some International Comparisons. **Journal of Health Economics** 11(4): 361-387.
27. WB (World Bank) **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data** <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Publications/4598431195594469249/HealthEquityFINAL.pdf> Erişim Tarihi:15.03.2015.
28. Weraphong J., Pannarunothai S., Luxananun T. Junsri N. Deesawatsripetch S. (2013) “Catastrophic health expenditure in an urban city: seven years after universal coverage policy in Thailand”. **Southeast Asian J Trop Med Public Health** 44(1): 124-136.
29. WHO (World Health Organization) (2015) Health Financing http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_financing/atlas2.html?indicator=i2 Erişim Tarihi:18.05.2015.
30. WHO (World Health Organization) (2015) Social Determinants of Health http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/ Erişim Tarihi:18.05.2015.
31. Wyszewianski L. (1986) Financially catastrophic and high-cost cases definitions, distinctions, and their implication for policy formulation. **Inquiry** 23: 382–394.
32. Xu K. Evans D.B. Carrin G. Aguilar-Rivera A.M. (2005) **Designing Health Systems To Reduce Catastrophic Health Expenditure**. World Health Organization, Department of Health Financing. Health Financing Policy, Geneva.
33. Xu K. Evans D.B. Kadama P. Nabyonga J. Ogwal P.O. Nabukhonzo P. Aguilar A.M. (2006) “Understanding the impact of eliminating user fees: utilization and catastrophic health expenditures in Uganda”. **Social Science & Medicine** 62: 866-876.
34. Xu K. Evans D.B. Kawabata K. Zeram dini R. Klavus J. Murray C.J.L. (2003) “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”. **The Lancet** 362: 111-117.
35. Yardım 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): 177-192.
36. Yardım M.S. Çilingiroğlu N. Yardım N. (2010) “Catastrophic Health Expenditure and Impoversihment In Turkey”. **Health Policy** 94: 26-33.