

KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI: DÜŞÜK GELİRLİ ÜLKE ÖRNEKLERİ Gülpembe OĞUZHAN*, Mustafa KURNAZ**

ÖZET

Cepten yapılan harcamalar, hastaların aldığı sağlık hizmeti için yapmış oldukları ödemelerdir. Cepten yapılan harcamaları herhangi bir kişi veya kurum hastaya geri ödememektedir. Cepten yapılan ödemeler informal veya formal olabilmektedir. Informal ödemeler; hastanın aldığı sağlık hizmetine yapmaması gereken kayıt dışı ödemeleri kapsamaktadır. Cepten harcamaların fazla olması katastrofik harcamaları ortaya çıkarabilmektedir. Katastrofik etki hanelerin yaptığı sağlık harcamalarının belli bir eşik değerini aşması ile oluşmaktadır. Genel olarak literatürde iki eşik değer kullanılmaktadır. Bu eşik değerler; hanehalkı toplam gelirinin %10'u ve gıda dışı harcamaların %40'dır (ödeme kapasitesi). Bu çalışmanın amacı; cepten yapılan sağlık harcamalarını ve katastrofik etkisini tanımlayıp, bu harcamaların özellikle düşük gelirli ülkeler üzerinde etkisini yapılan araőtırmaları inceleyerek sunmaktır. Çalışma kapsamında incelenen ülkelerin katastrofik harcama oranlarının oldukça yüksek olduğu görülmüştür. Bunun temel nedeni bu ülkelerin düşük gelirli ülkeler olmasıdır.

Anahtar Kelimeler: *Cepten Yapılan Harcamalar; Informal Ödemeler; Katastrofik Sağlık Harcamaları; Düşük Gelirli Ülkeler*

Catastrophic Health Expenditures: Examples Of Low-Income Countries

ABSTRACT

Out-of-pocket expenditures are payments made by patients for getting their health care services. Out-of-pocket expenditures can not be refund by any person or foundation. Out-of-pocket payments can be informal or formal. Informal payments; includes unregistered payments that should not be made in return the health care service of the patient. Excessive out-of-pocket expenditures bring out catastrophic health care expenditures. Catastrophic effect caused by the expenditure that the households make on over a certain threshold value limit. There are generally two threshold values in the literature. These thresholds values are; 10% of total household income or 40% of non-food expenditures (payment capacity). Countries with high rates of catastrophic expenditures are generally Asian and African countries with low income. The aim of this study; describe out-of-pocket health expenditures and the catastrophic effect of these spending, examine the results of especially in low-income countries. The rates of catastrophic expenditures of the countries assessed in the study are found quite high. The main reason of this is that the selected countries are low income countries.

Key Words: *Out-of-Pocket Payments; Informal Payments; Catastrophic Health Care Payments; Low Income Countries*

* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

** Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi

Sorumlu yazar: Gülpembe OĞUZHAN, gulpembeergin@hotmail.com

GİRİŞ

Sağlık sadece ağrı ve acıya sebep olmakla kalmaz, aynı zamanda hastalar ve aileleri için ekonomik açıdan zararlı olabilir (Kim & Yang, 2011). Bazı ülkelerde hastalıklar, hasta bireyler ve aileleri için cepten harcama yapmanın yanında, gelir üretimini engellemekte ve ekonomik refahı tehlikeye sokmaktadır (Yılmaz, 2005). Sağlık ekonomisinde öz sermaye üzerine uygulanan birçok çalışma sağlıkta gelirle ilgili eşitsizliklere odaklanmaktadır (Gerdtham, Johannesson, Lundberg & Isacson, 1999).

'Sağlıkta finansal koruma' her sağlık sistemi için giderek önemli bir politika hedefi olmaktadır (Abu-Zaineh, Romdhane, Ventelou, Moatti & Chokri, 2013; Aryeetey ve ark., 2016; Dorjdagva, Batbaatar, Svensson, Dorjsuren & Kauhanen, 2016; Giovanis & Özdamar, 2016). Bununla birlikte 2011 Dünya Sağlık İstatistiklerinde, birçok düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık harcamalarının, hane halklarının hizmet ödemelerinin büyük bir kısmını cepten ödemeler yoluyla finanse ettikleri görülmüştür (Abu-Zaineh ve ark., 2013). Örneğin çoğu Asya (Limwattananon, Tangcharoensathien & Prakongsai, 2007), Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesindeki insanlarda dahil olmak üzere birçok gelişmekte olan ülkede sağlık, çoğunlukla hanehalklarının cepten harcamaları yoluyla finanse edilir (Giovanis & Özdamar, 2016).

Çoğu insan, kendi ekonomik güçlerini aşıya bile, hanehalkı üyelerini sağlığına kavuşturmak için, bazı durumlarda borç altına girmek bile koşuluyla, sağlık hizmeti sunucularının tarafından istenen parayı ödemek dışında başka seçeneğe sahip değildir (Yılmaz, 2005). Yeterli maddi koruma sağlanmayan haneler, hastalanmaları durumunda öngörülme büyük tıbbi harcamalara maruz kalma riskiyle karşı karşıyadır (Aryeetey ve ark., 2016) ve bu harcamaları cebinden karşılaması gerekirse hanehalkı maliyesi bu olaydan olumsuz yönde etkilenir (Fan, Karan & Mahal, 2012).

Katastrofik sağlık harcamaları, cepten yapılan ödemelerin ev sahiplerinin toplam veya gıda dışı harcamalarının belirli bir eşik payını aştığı duruma karşılık gelir (Arsenijevic, Pavlova, Rechel & Groot, 2016). Katastrofik sağlık harcamalarının en önemli özelliği yoksulluk yaratma olasılığının bulunmasıdır (Tokathioğlu & Tokathioğlu, 2014). Katastrofik sağlık harcamalarında bulunan hanehalkı yoksullukla karşı karşıya kalabilir ve bazı harcamalarından (yiyecek, eğitim vb.) tasarruf etmeleri gerekebilir veya bu durumla baş edebilmek için tasarruf veya borç alma yoluna gidebilirler (Arsenijevic ve ark., 2016; Dorjdagva ve ark., 2016; Kim & Yang, 2011).

Bu çalışmanın amacı; cepten yapılan sağlık harcamalarını ve katastrofik etkisini tanımlayıp, bu harcamaların özellikle düşük gelirli ülkelerde ortaya çıkardığı sonuçları incelemektir.

1. SAĞLIK FİNANSMAN SİSTEMLERİ

Vergilerle finansmanda bütün nüfus kapsanır ve hizmetlerden yararlanma, yasal olarak belirlenmiş katkı payları hariç, ücretsizdir. Kimlerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanacağı, bireyin mali katkısına bakılmaksızın, vatandaşlık veya diğer hukuk kuralları ile tanımlanır. Vergilerle finansman, sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi hangi hizmete, ne zaman ihtiyaç duyarsa alır görüşüne

dayanır. Gelir itibarıyla tanımlanan bireyin ödeme gücü, sağlık hizmetlerinin finansmanı için kişisel katkısının belirlenmesine temel oluşturur, ancak sağlık hizmeti alma hakkına temel oluşturmaz (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Vatandaşlardan çeşitli adlar altında toplanan vergiler bir fonda biriktirilmekte ve daha sonra bu gelirler devletin politikaları ile çeşitli sektörler dağıtılmaktadır. Vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili ödedikleri vergiler yoluyla katkı payları dışında herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Vergilerle finansman yöntemi Finlandiya, İsveç, Danimarka, İngiltere, İtalya, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır (Güvercin, Mil ve Tarım, 2016).

Sosyal sigortanın en önemli ilkesi sosyal dayanışma ilkesidir. Dayanışma, en genel anlamıyla "ortak bir amaç için herhangi bir hesap olmaksızın yapılan işbirliği" olarak tanımlanmaktadır (Tatar, 2011). Devlet oluşturacağı sosyal sigorta ağı ile sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine müdahale edebilmektedir. Özel sağlık sigortası uygulamasında katılımın arzu edilen ölçüde olmaması, bunda ötesinde özel kuruluşların vatandaşların sağlık haklarından yararlanmalarını sağlamak yerine hasta olma riskini ön plana çıkararak gelir dağılımını tahrip edici yönde davranmaları, sistemin verimsiz şekilde işleminin temelleri olarak gösterilmektedir. Bu nedenle, zorunlu sosyal sigorta sistemi, özel sağlık sigortası sisteminin oluşturduğu perspektifle 1883 yılında Otto Van Bismarck tarafından Almanya'da dizayn edilmiştir (Çelikay ve Gümüş, 2010). Bu sistemde devlet işsiz bireyler için katkı yapmaktadır. Sigortalı bireylerin ödeyeceği prim miktarı ise maaşı üzerinden belli olur ancak ödenen primin bireyin yaş, cinsiyet ve sağlık statüsü ile bir ilişkisi yoktur (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

Özel sağlık sigortası kar amaçlı bir finansman yöntemidir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Özel sağlık sigortası sistemi cepten yapılan ödemelerin olumsuz özelliklerini bir ölçüde giderebilen nitelikleri bünyesinde barındırmaktadır. Bu sistemde, hizmeti satın alan ile hizmeti sunan arasında aracı rolünü üstlenen özel sağlık sigortası kuruluşları bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası kuruluşları potansiyel hizmet alıcısı pozisyonunda olan bireylerden prim toplamakta, olası bir sağlık problemiyle karşılaşılması durumunda ise bireylerin sağlık hizmeti sunucusundan aldıkları hizmetin bedelini ödemektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortası kuruluşlarına "Üçüncü Taraf Ödeyici" denilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010).

2. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine bakılmaksızın, kaynakların kıt olduğu için sağlık hizmetlerine düşük pay ayırabilmektedirler. Bu sebeple ülkede oluşturulacak finansman sistemi, sağlık hizmetlerinin ortaya çıkaracağı maliyetleri karşılayabilmek için yeterli kaynak bulmalı ve insanların alması gereken sağlık hizmetlerinin finansal yüküne karşı koruma sağlamalıdır (Başara Bora & Şahin, 2008). İnsanların sağlık hizmetlerine ne zaman ihtiyaç duyacakları belirlenemez ve bireylerin hastalanmayacağı garanti edilemez (Amaya-Lara & Gomez, 2011). Cepten yapılan sağlık harcamaları gelişmekte olan ülkelerde eşitlikçi sağlık sistemini tehlikeye atan en başlıca faktördür (Limwattananon ve ark., 2007).

Cepten sağlık harcamaların bireylerin aldıkları sağlık hizmetine karşılık yaptıkları ödemeleri içerir (Çınaroğlu, 2015) ve bu harcamaların herhangi bir kişi veya kurum geri ödemez (Özgen, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (2008), cepten sağlık harcamalarını “üçüncü taraf ödemeleri düşüldükten sonra hanehalklarının kendilerinin yapmış oldukları harcamalar” olarak tanımlamaktadır. Cepten sağlık harcamalarını iyi tanımlamak zordur. Laboratuvar hizmetleri, tanı testleri, alternatif tıp harcamaları (Ada, 2015), doktor muayene ücretleri, ilaç ve diğer hastane harcamaları cepten sağlık harcamalarının kapsamına girmektedir (Çınaroğlu, 2015). Cepten sağlık harcamaları, özel sağlık harcamalarının bir parçasıdır (Giovanis & Özdamar, 2016).

Cepten yapılan sağlık harcamalarının boyutunu tespit etmek hem sağlık sektörü finansmanını hem de bireyleri etkilediği için önem taşımaktadır (Kaya, 2012). Cepten yapılan sağlık harcamalarının fazlalığı, sosyal güvenlik kurumunun sunmuş olduğu mali korumanın eksikliğini gösterir (Amaya-Lara & Gomez, 2011).

Cepten harcamalar, formal ve informal olmak üzere iki farklı yöntemle gerçekleşmektedir. Doğrudan ödeme ve maliyet paylaşımı şeklinde gerçekleşen formal cepten harcamalar, ilgili yasalar veya düzenlemeler çerçevesinde bireyin sağlık hizmeti aldığı anda yapmak zorunda olduğu ödemelerdir (Özgen, 2007). Doğrudan ödemeler, alınan sağlık hizmetlerinin herhangi bir geri ödeme kurumu tarafından karşılanmadığı durumlarda hizmet bedelinin tamamı için yapılan ödemedir (Uğurluoğlu & Özgen, 2008).

Birey aldığı hizmet için resmi bir ödemede bulunuyorsa formal ödeme (Aarva, Ilchenko, Gorobets & Rogacheva, 2009) ancak sağlık hizmetini alabilmek veya daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için yaptığı kayıt dışı ödemeler ve sağlık personeline verilen hediyeler informal ödeme olarak kabul edilir (Aarva ve ark., 2009; Özgen, Şahin, Belli, Tatar & Berman, 2010). İnformal ödemelerin belli bir sınırı yoktur; çikolata, çiçek, küçük meblağlardan büyük meblağlara kadar çıkabilmektedir. Bu ödemeler bahşış, şükran ödemeleri, zarf ödemeleri ve masa altı ödemeler olarak da adlandırılmaktadır (Gaal, Belli, McKee & Szocska, 2006).

Sağlık hizmetlerinde informal ödemeler, Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri, Asya ve Afrika ülkeleri (Gaal ve ark., 2006), geçiş ekonomisi ülkeleri (Vian, Grybosk, Sinoimeri & Hall, 2006), Eski Sovyet ülkeleri, orta gelirli ve gelişmekte olan ülkelerde oldukça yaygındır (Tomini & Maarse, 2011).

Hastalar; sıra beklememek, daha fazla ilgi görmek ve daha kaliteli hizmet alabilmek için informal ödemeler yapabilirler. Hizmet sunucularda gelirlerini arttırabilmek için bu ödemeleri kabul edebilirler. İnformal ödemelerin nedenleri arasında; hediye verme kültürü, sağlık personelinin düşük maaşı, kaynak kıtlığı, hükümetin bu konudaki düzenleme yetersizlikleri vardır (Tomini & Maarse, 2011).

Kültürel model de; hastalar minnettarlıklarını hediye vererek gösterirler. Hediye kültürü, *hastaların kurumsallaşmamış davranışı* olarak da adlandırılmaktadır. Ekonomik model informal ödemelerin mali kaynak eksiliği sonucu ortaya çıktığını savunur. 1990’larda Orta ve Doğu Avrupa ülkeleri Eski Sovyet ülkelerinde devlet gelirlerinin düşmesi nedeniyle sağlık hizmetlerine ayrılan payda azalmış oldu. Ancak politik nedenlerden dolayı personel sayısı ve

yatak sayısı değişmeden kaldı. Bunun sonucu olarak; sağlık personelinin gelirleri düştü hatta bazı dönemler maaşlarını alamadılar (Tomini & Maarse, 2011).

Bazı ülkeler informal ödemelere olumlu tavırlar sergilemektedirler (Vian ve ark., 2006). Çünkü sağlık hizmetlerine ayrılan pay azalmıştı ve informal ödemeler, verimliliği olumsuz yönde etkilemeden (Gaal ve ark., 2006) sağlık personelinin moralini yükselterek, kamu sektöründen ayrılmamalarını sağlıyordu (Vian ve ark., 2006). Hatta informal ödemelerle doktorların gelirleri %200’e kadar artabilmekteydi (Gaal ve ark., 2006).

Eğer informal ödemeler gerçekten gönüllü olarak yapılırsa ve hekim ve diğer sağlık personelleri ödemeyi yapan hastalara ayrıcalıklı hizmet sunmazlarsa, informal ödemeler özel sağlık finansman sistemlerinin bir parçası olarak kabul edilebilirler. Bu iyi huylu olmayan ödemeler, şükran ödemesi olarak sağlık hizmeti alındıktan sonra; daha iyi hizmet almak için değil, hastanın iyileşmesinde doktorların katkısı olduğu için ödenir (Gaal ve ark., 2006). Hediye şeklinde gerçekleşen informal ödemeler sağlık hizmetleri için verilen çeşitli türdeki hediyeleri kapsamaktadır. Çiçek, çikolata, altın, gayrimenkul ve gıda maddeleri hediye örnekleridir. Hediye şeklinde gerçekleşen cepten ödemeler ile diğer informal ödeme türlerinin birbirlerinden ayrı tutulması gerektiği konusu informal 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) informal ödeme kapsamı dışında tutulmaktadır. Ancak, hediye şeklinde yapılan ödemeler birçok uluslararası çalışmada informal kabul edilmektedir. Bunun temel gerekçesi ise, hediyelerin minnettarlığın dışında başka gerekçelerle veriliyor olmalarıdır (Özgen ve ark., 2010; Özgen & Tatar, 2008).

İNformal ödemelerin sağlık hizmetlerine erişimi kısıtladığı durumlar;

- ✓ Hastalar varlıklarında satış yapmamak için sağlık hizmeti almak istemeyebilirler (Vian ve ark., 2006)
- ✓ Yoksul hanelerin sağlık hizmetine erişiminde muafiyet tanımazlar
- ✓ Doktorlar informal ödeme almadığı için gerekli sağlık hizmetini sunmayabilir, benzer şekilde informal ödeme aldığı için de gereksiz sağlık hizmeti sunabilir (Gaal ve ark., 2006).

Sağlık sistemi büyük oranda informal ödemelerle finanse edildiği zaman hizmet sunucular daha cazip ve gereksiz hizmetleri sunmak isteyeceklerdir ve bu durum verimsizliği arttıracaktır (Özgen ve ark., 2010).

Ödemeler şu iki yolla yapılırsa informal ödeme olarak kabul edilir (Özgen ve ark., 2010);

1. İlk önce doktorun özel muayenesine hizmet ücretini ödedikten sonra, daha hızlı ve kaliteli bakım alabilmek için doktorun asıl çalıştığı kuruma poliklinikten giriş yapmak.
2. İlk önce doktorun çalıştığı kamu kurumuna gittikten sonra doktorun ayrıyeten hastasını özel polikliniğine çağırıldığı durum.

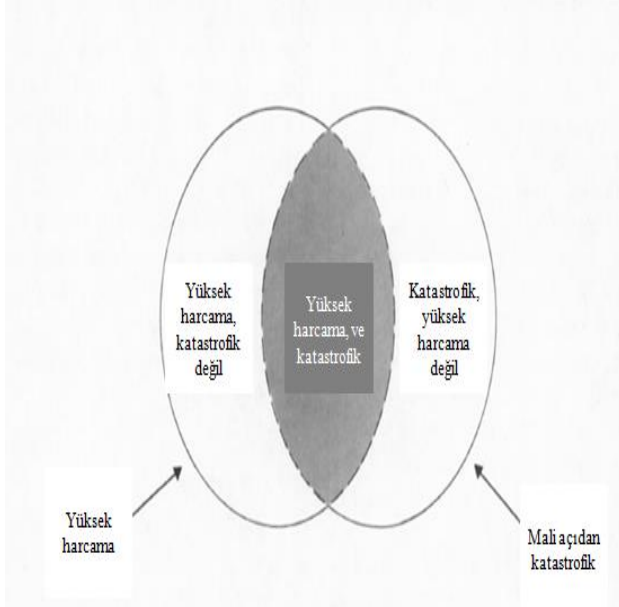
Ayrıca hastaneye bağış yapmak, doktora bıçak parası vermek, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarına elden para/hediye vermekte informal ödeme olarak kabul edilmektedir (Özgen ve ark., 2010).

Türkiye’de yapılan bir çalışmada cepten yapılan harcamaların %94,7’si formal, %5,3’ü ise informal ödeme şeklinde gerçekleşmiştir. İnfomal ödemelerin içinde hediye şeklinde gerçekleşen ödemelerin oranı %2.6’dır (Şahin ve ark., 2013).

Cepten sağlık harcamaları yaygınlaşıp finansman sistemin ana kaynağı olursa sağlığa erişimde ve eşitlikte negatif etkiler oluşur. Cepten sağlık harcamalarını etkileyen başlıca etmenler gelir düzeyi, sağlık güvencesi durumu, yaş, sağlık durumu, ikamet edilen bölge, kişi sayısı, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durumdur (Başara Bora & Şahin, 2008).

3. KATASTROFİK SAĞLIK HARCAMALARI

Hane halkını katastrofik sağlık harcamalarından korumak, dünya çapında sağlık sistemlerinin arzuladığı bir hedeftir (Chuma & Maina, 2012). Günümüzde sayısı giderek artan gelişmekte olan ülkeler, hem nüfus gruplarına hem de hizmetlerine göre sağlık için mali koruma kapsamlarını genişletmeye çalışmaktadır (Abu-Zaineh ve ark., 2013). Birey sağlık güvencesi altında değilse (Fan ve ark., 2012) ve risk havuzu mekanizması yoksa (Limwattananon ve ark., 2007) sağlık hizmetlerinin öngörülme doğası katastrofik harcamalara dönüşebilir, hane halkının mali kaynaklarını azaltıp, yaşam standartlarını düşürebilir hatta yoksulluk sınırının altına bile indirebilir (Abu-Zaineh ve ark., 2013; Aryeetey ve ark., 2016; Giovanis & Özdamar, 2016). Sigorta, hanenin karşılaştığı tedavinin bedelini ve dolayısıyla cepten sağlık harcamalarını ve hastalığa bağlı yoksullaşma riskini düşürebilir. Ancak, sigortaya erişimi olan sağlık hizmetlerinin kullanımını artırabilir ve bazı koşullar altında cepten sağlık harcamalarını bile artırabilir (Fan ve ark., 2012).



Şekil 1. Yüksek Maliyet ve Finansal Katastrofi İlişkisi

Kaynak: Wyszewianski. 1986a

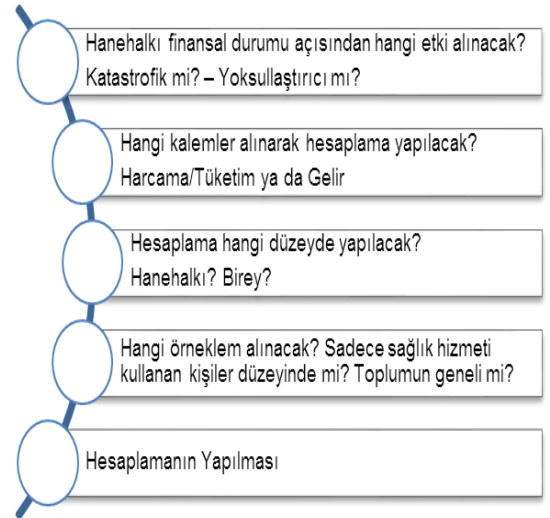
Katastrofik sağlık harcamaları, sağlık hizmeti için ödenen paranın miktarına bakılmaksızın ortaya çıkabilir. Zengin haneler olumsuz etki yaşamadan yüksek ücretli tıbbi faturalar ödeyebilirlerken, düşük gelirli hanelerde az

miktarda yapılan harcamalar bile geçimleri için ciddi finansal sorunlar ortaya çıkarabilir (Chuma & Maina, 2012).

Bazen tedavi için gerekli sağlık harcamaları büyük miktarlara ulaşip kişilerin temel gereksinimlerinden olan gıda, barınma gibi ihtiyaçlarını karşılanamaz hale getirebilir. Sağlık harcamalarının yoksulluk yaratma nedeni bu harcamaların cepten yapılıyor olmasıdır (Tokathioğlu & Tokathioğlu, 2014).

Katastrofik harcamanın tek bir tanımı yoktur. Bazı çalışmalar ödemeleri bütçe payı ile ilişkilendirirken, bazı çalışmalar katastrofik harcamaların ödeme kapasitesi ile ilişkilendirerek (Ör: gıda harcamalarından arındırılmış hane halkı harcamaları) ölçülmesi gerektiğini savunmaktadır (Chuma & Maina, 2012). Katastrofik sağlık harcaması, cepten yapılan sağlık harcamalarının belli bir oranı geçtiği zaman ortaya çıkan ve oranı arttıkça yoksullaştırıcı etkisi olan bir harcamadır (Çınaroğlu & Şahin, 2016) ve böylelikle ülkelerin büyüme ve gelişmesi üzerinde olumsuz bir etkisi vardır (Giovanis & Özdamar, 2016).

Eşik değer seçimi üzerinde kesin bir yöntem olmamakla birlikte, genellikle toplam tüketim harcamalarının %10-25 veya yemek dışı harcamaların %25-40 arası seçilir. Önceki çalışmalarda harcama, gelir, tüketim gibi farklı göstergeler kullanılmıştır. Hangi göstergenin en iyi gösterge olduğuna dair net bir görüş olmamakla beraber, büyük kısmı informal ödemelerle sağlayan ülkelerde harcama göstergesi en iyi göstergedir (Arsenijevic ve ark., 2016). Şekil 2’de katastrofik sağlık harcamaları ve yoksullaştırıcı etkinin belirlenmesi süreci yer almaktadır.



Şekil 2. Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etkinin Belirlenmesi Süreci

Kaynak: Arsenijevic ve ark. 2013

4. ÜLKE ÖRNEKLERİ

Dünya Bankası ülkeleri kişi başına düşen gayri safi milli hasıllarına göre sınıflandırmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre ülkeler; düşük gelirli ülkeler, alt-orta gelirli ülkeler, üst-orta gelirli ülkeler ve yüksek gelirli ülkelerdir. Düşük gelirli ülkelerde kişi başına düşen gayri safi milli hasıla 995\$ ve altıdır. Dünya Bankasının sınıflandırmasına göre düşük gelirli 34 ülke vardır. Bu ülkeler; Afganistan, Benin, Burnika Faso, Burundi, Çad, Eritre, Etiyopya, Gambiya, Gine, Gine-Bissau, Güney Sudan, Haiti, Komorlar, Kongo Demokratik Cumhuriyeti, Kuzey Kore, Liberya, Madagaskar, Malavi, Mali,

Mozambik, Nepal, Nijer, Orta Afrika Cumhuriyeti, Ruanda, Senegal, Sierra Leone, Somali, Suriye Arap Cumhuriyeti, Tacikistan, Tanzania, Togo, Uganda, Yemen, Zimbabve'dir (Dünya Bankası).

Madagaskar'ın kuzey batısında bulunan Boeny bölgesinin Mahojango ilinde Ekim 2007-Ocak 2008 tarihleri arasında, devlet hastanelerinin acil doğum ve yeni doğan bakım maliyetlerinin karşılanabilirliğine ilişkin bir çalışma yapılmıştır. Çalışmanın verileri anket yöntemiyle toplanmıştır ve ankette toplanan bilgiler; hanehalkı ve bireyin demografik ve sosyo-ekonomik özellikleri, hastaneden alınan sağlık hizmetine ilişkin yapılan ödeme miktarıdır. Cepten harcama yapılan kalemler; hastane kayıt işlemleri, uzman muayenesi, hastane personeline hediye ve informal ödemeler, ameliyat işlemleri, x-ray ve laboratuvar testleri, hastane içinde kullanılan ilaçlar, hasta ve yakınlarının konaklama, ulaşım ve yemek maliyetleri şeklinde sıralanmıştır. Çalışma 103 anne ve 73 yeni doğan üzerinde yapılmıştır. Kadınların 70'i yüksek, 6'sı orta, 27'si düşük gelirli hanehalkı üyesidir. Yüksek gelirli kadınların ortalama harcaması 144\$, orta gelirli annelerin ortalama harcaması 126\$ ve düşük gelirli annelerin ortalama harcaması 129\$ olarak belirtilmiştir. Yeni doğanların 43'ü yüksek, 4'ü orta, 26'sı düşük gelirli hanehalkı üyesidir. Yüksek gelirli yeni doğan için ortalama 62\$, orta gelirli yeni doğan için ortalama 42\$ ve düşük gelirli yeni doğan için ortalama 58\$'lık bir harcama yapılmıştır. Annelerin ortalama yapmış oldukları cepten harcama miktarı 139\$, en çok harcama yapılan kalem ise 86\$ (%62) ilaç ve tıbbi cihazlardır. Yeni doğan için ortalama 59\$'lık bir harcama yapılırken, bu harcamanın 24'si (%40.3) ilaç ve tıbbi cihazlar için yapılmıştır. Eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %40'ı alındığında; yüksek gelirli hanelerin katastrofik sağlık harcaması oranı %32.9, orta gelirli hanelerin katastrofik sağlık harcaması oranı %105.3 ve düşük gelirli hanelerin katastrofik sağlık harcaması oranı %109.1 olarak hesaplanmıştır. Sonuçlar alınan sağlık hizmetleri için ödenen miktarların orta ve düşük gelirli hanelerin ödeme kapasitelerini oldukça açtığını göstermektedir. (Honda, Randaoharison & Matsui, 2011).

Burkina Faso'da katastrofik harcamalarla ilgili bir çalışma yapılmıştır. Burkina Faso nüfusu 11 milyon olan ve nüfusunun %45.3'ü yoksulluk sınırının altında yaşayan bir Batı Afrika ülkesidir. Her biri 200,000-300,000 kişiyi kapsayan 53 sağlık bölgesi olmak üzere 11 idari sağlık bölgesine bölünmüştür. Nouna ilçesinde yapılan sağlık harcamalarının %50 sinden fazlasını cepten yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Veri toplanan dönemde Nouna'da risk havuzlaması sistemi yoktu. Çalışma Haziran 2000-Haziran 2001 yılları arasında Nouna Sağlık Bölgesi Hanehalkı Araştırması anketiyle yapılmıştır. Çalışma için 320si kentsel, 480i kırsal bölgede yaşayan toplam 800 hanehalkı (çalışma popülasyonunun %10u) seçilmiştir. Verilerin toplandığı yıl taşınan ve bir yıl boyunca anketi doldurmayan hanehalkları çalışmadan çıkarılmıştır. Her aile ortalama 8 kişiden oluşmaktadır. Bir ailenin aylık ortalama harcaması 23\$ dır ve bu harcamanın %43'ünü gıda harcamaları oluşturmaktadır. Çalışmanın sonunda; gıda dışı harcamaların %40'ını sağlık harcamasına ayıran aile oranı %8.66 bulunmuştur. Bu oranın yüksek çıkmasında kronik hastalıkların yarattığı etki büyüktür (Su, Kouyaté ve Flessa, 2006).

Sıtma hastalığı dünya çapında önemli bir hastalık olduğu için Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nde, bu hastalıkla katastrofik harcamaya etkilerini ölçmek için bir çalışma yapılmıştır. 2010 yılında dünya çapında 655.000 kişi sıtma hastalığından dolayı yaşamını yitirmiştir. Bu ölümlerin %86'sını 5 yaş altı çocuklar oluşturmaktadır. Sıtma hastalığından en çok Afrika ülkeleri zarar görmektedir. Çalışma Demokratik Kongo Cumhuriyeti'nin Kinshasa bölgesinde Ocak 2011-Kasım 2011 döneminde, 15 yaş altı çocuklara uygulanmıştır. Çalışmada eşik değer olarak hem toplam gelirin %10'u, hem de gıda dışı harcamaların %40'ı kullanılmıştır. Çalışma sonucunda; eşik değer toplam gelirin %10'u alındığında; fakir hanehalklarının %63.3'ü, orta gelirli hanehalklarının %40.9'u, iyi gelirli hanehalklarının %18.3'ü; eşik değer gıda dışı harcamaların %40'ı alındığında; fakir hanehalklarının %89.5'i, orta gelirli hanehalklarının %76.2'si, iyi gelirli hanehalklarının %72.2'sinin katastrofik sağlık harcaması yaptığı görülmüştür. Bu oranın bu kadar yüksek çıkmasında şu nedenler etkili olmuştur (Ilunga-Ilunga, Levêque, Laokri ve Dramaix, 2015);

- ✓ 1986 yılında devletin sağlık finansman sisteminden ayrılması
- ✓ Kamu hastanelerinin denetim mekanizmasının olmaması
- ✓ Halka hastalık riski hakkında bilgi verilmemesi
- ✓ Sağlık hizmetlerine direkt yapılan ödemeler
- ✓ Sağlık hizmeti alanların hali hazırda fakir hanehalklarından oluşması

Kuzey Kore Sağlık Paneli Anketiyle 2008 yılında 7006 hanehalkından toplanan verilerle kronik hastalığı olan insanların yaptıkları katastrofik sağlık harcamaları incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hanehalklarının %3.5'i katastrofik sağlık harcaması yapmaktadır. En yüksek oranda katastrofik sağlık harcaması yapan grup orta yaşlı kadınlardan oluşmaktadır. Katastrofik sağlık harcamasına en çok neden olan kronik hastalıklar; beyin damarları hastalıkları, diyabet ve kronik böbrek hastalığı olarak belirtilmiştir. Medical-Aid programı cepten harcamaları azaltan bir sistem olsa da düşük gelirli hanelerde yaşlı ve/veya kronik hastalığı olan bireyler yüksek oranda katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmaktadır (Choi, Choi, Kim, Yoo ve Park, 2015).

Kuzey Kore'de yapılmış bir çalışmada engelli bireyleri barındıran hanehalkları arasında tıbbi güvenlik ve katastrofik sağlık harcamaları incelenmiştir. Çoğu engelli birey sağlık hizmetlerine ulaşabilseler de, bir kısım yoksul engelli birey Medical-Aid programının dışında kaldığından sağlık hizmetlerine erişim sağlayamamaktadır. Çalışmada Engelli Bireyler İstihdam Panelinin 2008-2014 yılları arasındaki verileri kullanılmıştır. Çalışmada bireyler iki gruba ayrılmıştır; Medical-Aid üyesi olan 1,259 kişi ve Medical-Aid üyesi olmayan düşük gelirli 1,751 kişi. Çalışmaya dahil edilen bireyler yoksulluk sınırında değildir. Çalışma sonuçlarına göre Medical-Aid üyesi olmayan düşük gelirli bireylerin katastrofik sağlık harcaması oranı %4.2, Medical-Aid üyesi olan bireylerin yapmış oldukları katastrofik sağlık oranı %2.6'dır. Çalışma sonuçları ayrıca kronik hastalığı olan engelli bireylerin, sağlık sigortası tarafından karşılanmayan harcamalarla birlikte daha çok katastrofik sağlık harcamasına maruz kaldığını göstermektedir (Choi ve ark., 2016).

Benin’de yapılan çalışmada tüberkülozun katastrofik sağlık harcamasına ve bu durumun yoksulluğa yol açıp açmadığı incelenmiştir. Çalışma Ağustos 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında Güney Benin’de 6 sağlık bölgesinde 241 kişi üzerinde yapılmıştır. Çalışmada katastrofik sağlık harcamaları için eşik değer olarak toplam hanehalkı harcamasının %10’u alınmıştır. Çalışmaya katılanların ortalama aylık gelirleri 69,5\$’dır. 226 kişinin kendi geliri olmakla birlikte 152 kişi ulusal asgari yaşam standartlarının altında yaşamaktadır (65,6\$). Çalışmaya katılan kişiler %20’lik dilimlere bölünmüştür. 1. %20’lik dilim en fakirleri, 5. %20’lik dilim en yüksek gelirli kişilerden oluşmaktadır. 1. yüzdeler dilimde 47 kişi vardır ve %93.6’sı, 2. yüzdeler dilimde 44 kişi vardır ve %84.1’i, 3. yüzdeler dilimde 46 kişi vardır ve %76.1’i, 4. yüzdeler dilimde 54 kişi vardır ve %68.5’i, 5. yüzdeler dilimde 50 kişi vardır ve %38’i, sonuç olarak çalışmaya katılanları %71.8’i katastrofik sağlık harcaması yapmıştır. Katastrofik sağlık harcamasının bu denli yüksek olmasının nedeni, alınan sağlık hizmetlerinin devlet tarafından karşılanmaması olarak açıklanmıştır (Laokri, Dramaix-Wilmet, Kassa, Anagonou ve Dujardin, 2014).

Malavi’de yapılan bir çalışmada katastrofik sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisi incelenmiştir. Çalışmanın verileri Mart 2010 - Mart 2011 tarihlerini kapsayan 3. Malavi Hanehalkı Anketinden alınmıştır. Çalışmaya 12,271 hanehalkı dahil edilmiştir. Çalışmada eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %10, %20, %30 ve %40’ı alınmıştır. Hanelerin %84.40’ı kırsal kesimde yaşamaktadır. Hanelerin %48.22’si 5 ve üstü kişiden oluşmaktadır. %78.17 hanehalkı işsizdir. Hanelerin en yakın sağlık merkezine ortalama uzaklığı 8.59 km’dir. Çalışmaya dahil edilenlerin %17.58’si çok fakir, %22.17’si fakir, %20.97’si orta gelirli, %21.57’si iyi gelirli ve %17.17’si yüksek gelirlidir. Eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %10’u alındığında hanehalklarının %9.37’si, %20’si alındığında hanehalklarının %3.41’i, %30’u alındığında hanehalklarının %1.61’i ve %40’ı alındığında hanehalklarının %0.73’ünün katastrofik sağlık harcaması yaptığı ortaya çıkmıştır. Malavi’de devlet hastanelerinde alınan sağlık hizmeti ücretsizdir ama katastrofik sağlık harcamalarının olma nedeni bireylerin sağlık hizmetlerini özel hastanelerden almaları ve eczanelere ödenen ücretlerle açıklanmaktadır (Mchenga, Chirwa ve Chiwaula, 2017).

Nepal’in Katmandu ilinde Kasım 2011 - Ocak 2012 tarihleri arasında bireylerin hastalığa bağlı katastrofik harcama yapıp yapmadıkları incelenmiştir. Eşik değer olarak hane harcamalarının %10’u alınmıştır. Çalışmaya 1997 hane katılmıştır ve katılanların ortalama hanehalkı büyüklüğü 4.4 kişidir, evin reisinin ortalama yaşı 46.1’dir. Çalışmaya katılanların %13.8’i, ankete katılmadan önceki son 30 günde katastrofik sağlık harcaması yapmıştır. Katastrofik sağlık harcamasına en çok neden olan hastalıklar; hipertansiyon, soğuk algınlığı, diyabet ve astım olarak belirtilmiştir (Saito ve ark., 2014).

Tanzanya’da 7279’u yetişkin (18-59), 1018’i yaşlı (60+) bireyleri kapsayan toplam 8297 bireyden Tanzanya Ulusal Panel Araştırmasının verileri kullanarak bireylerin son 30 gündeki sağlık harcamaları incelenmiştir. Eşik değer olarak gıda dışı harcamaların %40’ı alınmıştır. Çalışmaya katılanların %86’sı ilköğretim düzeyinde eğitime sahiptirler, hanelerin %35’inin temiz suya erişimi vardır ve ortalama hane büyüklüğü 5.1’dir. Yetişkin bireylerin son 30

gün içindeki ortalama sağlık harcaması 2.2\$ iken, yaşlı bireyler 0.7\$ harcamışlardır. En çok 0.8\$ ile sağlık profesyonellerine harcama yapılmıştır. Reçetesiz ilaçlara da ortalama 0.2\$ harcama yapılmıştır. Çalışma sonucunda katastrofik sağlık harcamasına maruz kalan hane oranı %18 olarak bulunmuştur. Katastrofik sağlık harcamalarını arttıran etmenler arasında, kronik hastalıklar, geleneksel tedavi ücretleri, hanehalkı büyüklüğü gösterilmektedir. Yüksek gelirli hanehalklarının katastrofik sağlık harcamasına maruz kalmadıkları belirtilmiştir (Brinda, Rodriguez ve Enemark, 2014).

SONUÇ

Cepten yapılan harcamaları, sağlık finansman sistemlerinin özel finansman bölümüne girmektedir. Ülkeler sınırlı kaynaklara sahip olduğu için sağlık hizmetlerinin tamamı ücretsiz sunulamamaktadır. Bu yüzden hastaların bazı durumlarda cepten harcama yapmaları gerekebilmektedir. Bu yaptıkları cepten harcamaları daha sonradan herhangi bir kişi veya kurum geri ödemediği için, birey almış olduğu sağlık hizmeti neticesinde finansal açıdan yıpranabilmektedir.

Hastalar ücretsiz olarak sağlık hizmetini alabilmek için informal ödemeler yapabilmektedirler. Bunun nedenleri arasında, doktor talebi, daha hızlı ve daha kaliteli hizmet alma düşüncesi yatmaktadır. Tüm bu cepten harcamalar ve informal ödemeler, hanehalkı gelirini belli bir eşik oranda geçtiği zaman ortaya katastrofik harcamalar çıkmaktadır. Literatürde genel kabul gören eşik değerler; hanehalkı toplam gelirinin %10’u ve gıda dışı harcamaların %40’ıdır (ödeme kapasitesi). Katastrofik harcamalar genel olarak hanelerin yoksullaşmasına neden olmaktadır. Bu yüzden bu konu sosyal politika, sağlık ekonomisi ve sağlık politikaları açısından oldukça önemlidir.

Her katastrofik harcama yoksullukla sonuçlanmaz. Örneğin, hanenin yaptığı harcamalar iki eşik değeri de aşıya bile, hanenin geliri yüksek olduğu için yoksulluğa düşmeyebilir. Aynı şekilde hanenin yaptığı harcamalar eşik değerine ulaşmasa bile hane yoksulluk sınırının altına düşebilir. Bunun nedeni de hanenin düşük gelire sahip olmasıdır.

Katastrofik harcamalar genel olarak orta ve düşük gelirli ülkelerde görülmektedir. Bunun en genel nedeni bu ülkelerde sağlam bir finansman sisteminin bulunmamasıdır. Bu çalışmada incelenmiş olan ülkelerden Moğolistan dışındaki ülkelerde katastrofik harcama oranları %2.8’den fazla bulunmuştur. Bu oranların bu kadar yüksek olmasının nedenleri aşağıdaki gibidir;

- ✓ Bireylerin gelirlerin düşük olması
- ✓ Ülkenin gelirinin düşük olması
- ✓ Sigorta sistemlerinin katastrofik harcamaları engelleyecek derecede geri ödeme mekanizmalarına sahip olmaması
- ✓ Sigortasız nüfus
- ✓ Ücretsiz olarak sunulan hizmetlere yapılan informal ödemeler
- ✓ Sigorta sistemlerinin yoksul hanelere muafiyet tanımaması
- ✓ Ülkenin sağlık hizmetlerine yeterince pay ayıramaması
- ✓ Özel sağlık kuruluşlarının oldukça yaygın olması.

Cepten yapılan sağlık harcamalarından katastrofik olarak etkilenmemek için alınabilecek başlica önlemler; tüm nüfusu kapsayan sağlık sigorta sistemleri kurulması, bu sigorta sistemleri için ödenen primlerin azaltılması, özellikle öğrenci ve yoksul hanelerden sigorta primi alınmaması, informal ödemeleri engelleyici sistemlerin kurulması, kamu sağlık kuruluşları sayısının ülke genelinde artırılması ve sağlık sistemini güçlendirici sağlık politikalarının oluşturulması olarak sıralanabilir.

KAYNAKLAR

Aarva, P., Ilchenko, I., Gorobets, P., Rogacheva, A. (2009). Formal and Informal Payments in Health Care Facilities in Two Russian Cities, Tyumen and Lipetsk. *Health Policy and Planning*, 24(5), 395-405.

Abu-Zaineh, M., Romdhane, H. B., Ventelou, B., Moatti, J. P., Chokri, A. (2013). Appraising Financial Protection in Health: The Case of Tunisia. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 13(1), 73-93.

Ada, D. (2015). *Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi'ne Akut Koroner Sendrom Nedeniyle Yatan Hastalarda Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Buna Etki Eden Etkenler*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Tıp Fakültesi, İzmir.

Amaya-Lara, J. L., Gómez, F. R. (2011). Determining Factors of Catastrophic Health Spending in Bogota, Colombia. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 11(2), 83-100.

Arsenijevic, J., Pavlova, M., Groot, W. (2013). Measuring the Catastrophic and Impoverishment Effect of Household Health Care Spending in Serbia. *Social Science & Medicine*, 78, 17-25.

Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B., Groot, W. (2016). Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. *Plos One*, 11(7), 1-18.

Aryeetey, G. C., Westeneng, J., Spaan, E., Jehu-Appiah, C., Agyepong, I. A., Baltussen, R. (2016). Can Health Insurance Protect Against Out-of-Pocket and Catastrophic Expenditures and Also Support Poverty Reduction? Evidence from Ghana's National Health Insurance Scheme. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 116.

Başara Bora, B., şahin, İ. (2008). Türkiye'de Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.

Brinda, E. M., Rodriguez, A. A., Enemark, U. (2014). Correlates of Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Tanzania: Results from a National Household Survey. *BMC International Health and Human Rights*, 14(1), 5.

Choi, J. W., Choi, J. W., Kim, J. H., Yoo, K. B., Park, E. C. (2015). Association Between Chronic Disease and Catastrophic Health Expenditure in Korea. *BMC Health Services Research*, 15(1), 26.

Choi, J. W., Shin, J. Y., Cho, K. H., Nam, J. Y., Kim, J. Y., Lee, S. G. (2016). Medical Security and Catastrophic Health Expenditures among Households Containing Persons with Disabilities in Korea: A Longitudinal Population-Based Study. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 119.

Chuma, J., Maina, T. (2012). Catastrophic Health Care Spending and Impoverishment in Kenya. *BMC Health Services Research*, 12(1), 413-421.

Çelikay, F., Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

Çınaroğlu, S. (2015). OECD'ye Üye Ülkelerde Cepten Sağlık Harcamalarının Hiyerarşık Kümeleme Analizi ile İncelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(1), 47-60.

Çınaroğlu, S., şahin, B. (2016). Katastrofik Sağlık Harcaması ve Yoksullaştırıcı Etki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 73-86.

Dorjdagva, J., Batbaatar, E., Svensson, M., Dorjsuren, B., Kauhanen, J. (2016). Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Mongolia. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 105.

Dünya Bankası.
<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups> [Erişim Tarihi: 22.07.2018]

Fan, V. Y., Karan, A., Mahal, A. (2012). State Health Insurance and Out-of-Pocket Health Expenditures in Andhra Pradesh, India. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 12(3), 189-215.

Gaal, P., Belli, P. C., McKee, M., Szocska, M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions and Dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(2), 251-293.

Gerdtham, U. G., Johannesson, M., Lundberg, L., Isacson, D. (1999). A Note on Validating Wagstaff and van Doorslaer's Health Measure in the Analysis of Inequalities in Health. *Health Economics*, 18(1), 117-124.

Giovanis, E., Özdamar, Ö. (2016). Who Pays More: Public, Private, Both or None? The Effects of Health Insurance Schemes and Health Reforms on Out-of-Pocket and Catastrophic Health Expenditures in Turkey.

Güvercin, A. Mil, H. İ., Tarım, B. (2016). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.

Honda, A., Randaoharison, P. G., Matsui, M. (2011). Affordability of Emergency Obstetric and Neonatal Care at Public Hospitals in Madagascar. *Reproductive Health Matters*, 19(37), 10-20.

Ilunga-Ilunga, F., Levêque, A., Laokri, S., Dramaix, M. (2015). Incidence of Catastrophic Health Expenditures for Households: An Example of Medical Attention for the Treatment of severe Childhood Malaria in Kinshasa Reference Hospitals, Democratic Republic of Congo. *Journal of Infection and Public Health* 8, 136-144

Kaya, Y. (2012). *Türkiye'de Hanehalkının Yaptığı Cepten Sağlık Harcamaları ve Bu Harcamaları Belirleyen Faktörler: 2000-2010 Dönemi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Kim, Y., Yang, B. (2011). Relationship Between Catastrophic Health Expenditures and Household

- Incomes and Expenditure Patterns in South Korea. *Health Policy*, 100(2), 239-246.
- Laokri, S., Dramaix-Wilmet, M., Kassa, F., Anagonou, S., Dujardin, B. (2014). Assessing the Economic Burden of Illness for Tuberculosis Patients in Benin: Determinants and Consequences of Catastrophic Health Expenditures and Inequities. *Tropical Medicine and International Health*, 19(10), 1249-1258.
- Limwattananon, S., Tangcharoensathien, V., 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.
- Mchenga, M., Chirwa, G. C., Chiwaula, L. S. (2017). Impoverishing Effects of Catastrophic Health Expenditures in Malawi. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 25.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Özgen, H., Şahin, B., Belli, P., Tatar, M., Berman, P. (2010). Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey. *Journal of Medical Systems*, 34(3), 387-396.
- Özgen, H., Tatar, M. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 103-132.
- Saito, E., Gilmour, S., Rahman, M. M., Gautam, G. S., Shrestha, P. K., Shibuya, K. (2014). Catastrophic Household Expenditure on Health in Nepal: A Cross-Sectional Survey. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 760-767.
- Su, T. T., Kouyaté, B., Flessa, S. (2006). Catastrophic Household Expenditure for Health Care in a low-income Society - A Study from Nouna District, Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(1), 21-27.
- Şahin, B., Tatar, M., Karabulut, E., Oğuzhan, G., Çınaroğlu, S. (2013). Türkiye’de Hanehalkları Tarafından Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları Araştırması (Yayımlanmamış Nihai Rapor).
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133
- Tokatlıoğlu, İ., Tokatlıoğlu, Y. (2014). Türkiye’de 2002-2011 Yılları Arasında Katastrofik Sağlık Harcamalarının Yoksulluk Yaratma Kapasitesi. *Ekonomik Yaklaşım*, 24(87), 1-36.
- Tomini, S., Maarse, H. (2011). How do Patient Characteristics Influence Informal Payments for Inpatient and Outpatient Health Care in Albania: Results of Logit and OLS Models using Albanian LSMS 2005. *BMC Public Health*, 11(1), 375.
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-159.
- Vian, T., Grybosk, K., Sinoimeri, Z., Hall, R. (2006). Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of a Qualitative Study. *Social Science & Medicine*, 62(4), 877-887.
- Wyszewianski, L. (1986). Financially Catastrophic and High-Cost Cases: Definitions, Distinctions, and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry*, 23(4), 382-394.
- Yılmaz, F. (2005). *Etimesgut İlçesinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfından Yardım Alan Hanelerin Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Katastrofik Sağlık Harcamalarının Belirlenmesine Yönelik Saha Araştırması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.