

CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI İLE YOKSULLUK İLİŞKİSİ ÜZERİNE BİR DEĞERLENDİRME

Makale Gönderim Tarihi: 01.11.2022

Makale Kabul Tarihi: 08.12.2022

Önerilen Atıf Gösterimi : Kenanoğlu, M.E. & Aydın, M.(2022). Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları ile Yoksulluk İlişkisi Üzerine Bir Değerlendirme, Uluslararası Sosyal, Siyasal ve Mali Araştırmalar Dergisi, (2):2, 80-101.

Mehmet Emin KENANOĞLU¹

Murat AYDIN²

Özet

Sağlık hizmetlerinin eşit, adil, ulaşılabilir ve optimum seviyede sunulması bir taraftan insan hayatını kurtarıp toplumsal refahı artırırken; diğer taraftan da maliyetleri yukarı çekmekte ve etkinlikten uzaklaşmasına sebep olabilmektedir. Dolayısıyla sağlık harcamaları gereksiz ve verimsiz alanlara yöneliyorsa ya da sağlık gelirleri öngörülen harcamaları finanse edemiyorsa artan sağlık harcamalarının finansmanı için cepten katkı paylarının artırılması gereksinimi doğmaktadır. Bu durum bir yönden yoksulların daha da yoksullaşmasına sebep olabilmekte, diğer yönden ise yoksulluk sınırının az da olsa üzerinde olanların aşağıya çekilerek yoksulluk seviyesine inmesine neden olabilmektedir. Ayrıca sağlık harcamalarının yüksek miktarlara ulaşması, sağlık hizmetlerine erişimin ve kullanımın önünde engeller oluşturabilmektedir. Bu nedenle çalışmada literatür taraması kapsamında cepten sağlık harcamalarının yoksulluk üzerinde meydana getirdiği etkiler birçok ülke uygulaması ele alınarak incelenmiş ve söz konusu sorunun önlenmesi noktasında mali yönden dezavantajlı kesimlere fayda sağlayan politikalara odaklanılması, maliyet etkin hizmetlerin finansmanına ağırlık verilmesi ve cepten yapılan ödemelerde hastaların yanı sıra ailelerini de mali yükten koruyacak nitelikte olması gerektiği sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Cepten Sağlık Harcaması, Yoksulluk.

JEL Kodları: P36, I12, E62.

AN EVALUATION ON RELATION OF OUT-OF-POCKET HEALTH EXPENDITURES AND POVERTY

Abstract

While providing health services at an equal, fair, accessible, and optimum grade saves human lives and increases social welfare, on the other hand, it increases costs and decreases efficiency. Therefore, if health expenditures are directed towards unnecessary and inefficient areas, or health revenues cannot finance the foreseen expenses, the need to increase the out-of-pocket contributions to fund the increased health expenditures arises. On the one hand, this

¹ Arş. Gör. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, mehmeteminkenanoğlu@comu.edu.tr, ORCID: 0000-0003-1044-6674

² Prof. Dr., Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Biga İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Maliye Bölümü, murataydin@comu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-1866-1429

situation may cause the poor to become poorer, and on the other hand, it may cause those who are slightly above the poverty line to be brought down to the poverty level. Additively, high health expenditures can create barriers to access and use of health services. For this reason, the effects of out-of-pocket health expenses on poverty have been examined within the scope of the literature review, considering the practices of many countries. To prevent this problem, it was concluded that focusing on policies that benefit the financially disadvantaged, financing cost-effective services, and out-of-pocket payments should be such to protect the patients and their families from the financial burden.

Keywords: Health, Out-of-Pocket Health Expenditure, Poverty.

JEL Codes: P36, I12, E62.

GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin düşük maliyetli ve yüksek kalitede sunulması insanların hayat kalitesini artırmanın yanı sıra sağlık sisteminin sürdürülebilirliği açısından da önemli olmaktadır. Ancak adalet ve etkinlik gibi iki amacın çelişmesiyle bu alanda da bazı sorunların meydana gelmesi kaçınılmaz olmaktadır. Nitekim sağlık hizmetlerine olan talebin ön görülemez olması bu hizmet kalemini insanoğlu için vazgeçilmez hale getirmektedir. Bu durumun neticesi olarak neredeyse her ülkede sağlık hizmetlerine erişimin evrensel olması gerektiği noktasında fikir birliğine varılmıştır. Ayrıca sağlığın kendi talebini yaratması, asimetrik bilginin varlığı ve dışsallık gibi birçok konu ise sağlık hizmetlerini kamu ekonomisinin ilgi alanına çekmektedir.

Sağlık hizmetleri her ne kadar kamusal mekanizmanın bir parçası olarak görülse de kamusal harcama kaynaklarının sınırlı oluşu, kamusal otoritenin sağlık alanında meydana gelen tüm harcamaları finanse etmesinin önünde engel olarak durmaktadır. Bu noktada da devreye çoğu ülkede var olan cepten yapılan sağlık harcamaları konusu girmektedir. Ancak bireylerin farklı ödeme gücüne sahip olması, bazı kişilerin sağlık mal ve hizmetlerinden kaynaklı külfetin tamamını karşılayabilmesine olanak tanırken bazılarının bu durum karşısında maddi sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır. Dolayısıyla cepten yapılan sağlık harcamaları bir yandan insan sağlığını iyileştirmeye katkıda bulunurken; diğer yandan da insanları yoksulluğa mahkûm etmekte ya da daha yoksul şekilde yaşamlarını sürdürmelerine sebep olabilmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksulluk üzerinde meydana getirdiği etkilerin fazla oluşu bu çalışmanın esas konusunu oluşturmaktadır. Her ne kadar gelişmiş ülkelerde cepten yapılan harcamaların sağlık harcamaları içinde kapladığı alan son yıllarda küçülüyor gibi görünse de (Tablo.1) daha az ekonomik kaynağa sahip olmaları az gelişmiş ülkelerde yaşayan insanların bu harcamalardan kaynaklı yoksulluğa düşme riskini artırdığını düşündürmektedir. Bu nedenle de cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksulluk üzerindeki etkilerini araştırma gereksinimi doğmuştur. Bu nedenle çalışmada, öncelikle cepten yapılan sağlık harcamaları ve yoksulluk kavramlarına ilişkin teorik çerçeve çizilmiş daha sonra ise ülke uygulamaları ekseninde cepten yapılan sağlık harcamalarının meydana getirdiği yoksulluğun boyutları üzerine bir tartışma yürütülmüştür. Sonuç kısmında, ilerleyen yıllarda daha büyük bir soruna dönüşme ihtimali bulunan bu harcamaların meydana getirdiği yoksulluğun etkilerinin azaltılması amacıyla birtakım kamusal politika önerileri sunulmuştur.

1. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, sağlık kavramını “*sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlamıştır (World Health Organisation, 2022). İfade edildiği üzere insanın birçok yönden iyilik halinde olmasını tanımlayan sağlıklı olma durumu bu hizmetin etkin ve verimli şekilde sunulması ile mümkün olabilmektedir. Sağlık hizmetinin sunulması ve uygulanması noktasında ise politika yapıcılar birden fazla hedefi karşılayan sağlık politikalarını tasarlama sürecinde birçok güçlük karşı karşıya kalmaktadır. Nitekim ölüm oranlarını azaltarak vatandaşların hayatlarını kurtarmak sosyal refahla ilgilenen her politikacı için öncelikli hedeflerden bir tanesi olmuştur. Ancak demografik yapısı değişen toplumlar ve sağlık sektöründeki teknolojik gelişmelerin sağlık bütçeleri üzerinde giderek artan bir baskı oluşturduğu görülmektedir. Bu durumu doğrular nitelikte bir bilgi olarak Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi tüm ülkelerde toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GSYH)’den daha hızlı arttığını ifade etmek gerekir (Plümper ve Neumayer, 2013: 406). Bu durum ise sağlıkta sürdürülebilirlik konusunun ilerleyen yıllarda da önemli bir gündem maddesi olacağını düşündürmektedir.

Sağlık alanında sunulan mal ve hizmetlere kamusal müdahalenin gerektiği ifade edilmektedir. Kamusal müdahalenin dayanak noktaları ise dışsallıklar, kolektif kullanım, finansmana katılmayanların dışlanması ve piyasa tarafından eşit şekilde sunulmaması gibi nedenler gösterilmektedir (Yılmaz ve Akdede, 2016: 85). Ayrıca sağlık alanında asimetrik bilginin mevcudiyeti, belirsizlik (insanı hazırlıksız yakalaması), sağlığın kendi talebini yaratabilmesi gibi durumlar kamusal erkin kaynak tahsisindeki rolüne vurgu yaparken; kalkınma ve gelir dağılımına olan etkileri de kamu müdahalesini ayrıca gerektirmektedir (Aydın ve Şiriner, 2022: 484). Ayrıca *Birleşmiş Milletler*’in, *Sağlık ve Kaliteli Yaşam* olarak nitelendirilen 3 numaralı *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi* ülkelerin de bu konuda adım atmasına katkıda bulunmuştur. Özellikle Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)’un ortaya çıkardığı yıkıcı etkiler sağlığın ekonomileri etkileme gücünü açıkça ortaya koymuştur (Oladosu vd., 2022: 1). Dolayısıyla da sağlık alanında kamusal müdahalenin kaçınılmaz olduğu tekrar tekrar görülmüştür.

Sosyal refahı artıran bir katalizör olarak ele alınan sağlığın yarı kamusal mal niteliğine sahip olması da onu kamu ekonomisinin ilgi alanına çekmektedir (Aydın ve Şiriner, 2022: 460). Sağlık hizmetinin doğrudan kamu tarafından sunulması, sağlık hizmetini bir kamusal mal (ödenen sosyal güvenlik primleri nedeniyle) haline getirirken; özel sektör (cepten ödeme ve katılım payları ile) tarafından sunulması ise sağlık hizmetlerini özel mal kapsamına almaktadır (Doğan, 2020: 571). Bu noktada sağlık hizmetlerinin sağlığın korunması veya kaybedildiğinde yeniden kazanılabilmesi için sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetlerin tümünü kapsadığı görülmektedir (Üzümcü ve Söğüt, 2020: 276). Ancak sağlık hizmetinin değişen niteliği, kamusal ve özel malları birbirinin alternatifi olmaktan çıkartmış ve bir anlamda tamamlayıcı hale getirmiştir. Nihai çerçevede ise kamu tarafından sunulan sağlık hizmetinin adeta tamamlayıcısı olarak bireysel bazda gerçekleşen cepten sağlık harcamaları ön plana çıkmaktadır (Doğan, 2020: 571-572). Dolayısıyla cepten sağlık harcamalarının bu niteliği sağlık hizmetlerini talebinde oldukça önemli etki doğurmaktadır.

Sağlık harcamaları, genel anlamda sağlık alanında sunulan mal ve hizmetler (tıbbi hizmetler, dişçilik, halk sağlığı, ilaçlar ve hasta nakil hizmetleri vb.) için harcanan paraları ifade etmektedir (AIHW, 2022a). Sağlık hizmetlerini finanse etmek ve sağlık sisteminin

yarattığı mali yüke karşı insanları daha adil şekilde korumak ise sağlık sisteminin finansmanı açısından oldukça önemlidir (Bora Başara ve Şahin, 2008: 320). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan bir araç olarak katkı niteliğindeki cepten yapılan sağlık harcamaları önemli bir konu haline gelmektedir. Çünkü doğrudan sağlık hizmetini sağlayan tarafa yapılan bireysel ödemeleri ifade eden cepten yapılan sağlık harcamaları; tıbbi malzeme, ilaç ve hastaneye yatış ücreti gibi mal ve hizmetleri kapsamaktadır (Özgen, 2007: 204). Dolayısıyla da muayene ücretleri, ilaç satın alımı için ödenen ücretler ve hastane faturaları gibi hizmetin satın alınmasıyla ödenen tüm bedeller cepten yapılan sağlık harcaması kapsamına girmektedir (Xu vd., 2003: 113). Bu nedenle de cepten yapılan ödemeler ne kamu ne de özel sigortanın maliyetleri tam karşılamadığı durumlarda doğrudan hasta tarafından karşılanan sağlık harcamalarını içermektedir. Bu harcamalar, maliyet paylaşımı ve doğrudan hane halklarınca yapılan diğer harcamaları da içermekte olup sağlık hizmeti sağlayıcılarına yapılan gayri resmi ödemeleri de içermesi gerekmektedir (OECD, 2015: 124). Vurgulandığı üzere yapılan sağlık harcamalarının birçok farklı etmeni bulunmakta ve cepten sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının önemli bir bileşenini oluşturmaktadır.

Ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli bir paya sahip olan cepten sağlık harcamalarının ortaya çıkışının temel sebebi sigortalıların ihtiyaç duyduğundan daha fazla sağlık hizmeti talep etmesinin önlenmesi olmuştur. Bu hizmetin talebinde insanların daha dikkatli davranmasının sağlık sisteminin verimliliğini artırabileceği görüşü hâkimdir (Özgen Narcı, 2017). İnsanların sağlık hizmetinin ücretini ödemediği durumlarda ihtiyaç duymasalar bile yüksek maliyetli lüzumsuz mal ve hizmetleri satın almaya yönelmeleri kaynakların etkin kullanımının önüne geçerek diğer insanların sağlık durumuna negatif yönde etki edebilmektedir (Özgen, 2007: 206). Bu nedenle kamusal otorite tarafından bazı önlemlerin alınması söz konusu olmaktadır. Bu yönüyle politikacılar, artan sağlık maliyetleriyle mücadele etmek için öncelikle sağlık hizmetlerinin niceliksel olarak kısıtlanmasına yönelebilmekte ancak bu durum ölüm oranlarını artırabileceğinden pek tercih sebebi olmamaktadır. Öte yandan, cepten yapılan katkıların artırılması gibi ekonomik yönden caydırıcı önlemler, yükün bir kısmını kamu bütçeleri ve sigorta sağlayıcılarından bireylere kaydırarak harcama disiplini sağlayabilmektedir (Plümper ve Neumayer, 2013: 406). Bu gerekçeler cepten sağlık harcamalarının ortaya çıkışını ifade etmekte tek başına yeterli gibi görünmemektedir. Ayrıca sağlık harcamalarının kamu bütçesi üzerinde meydana getirdiği yükün azaltılması, sağlığın finansmanına yönelik çözümler üretilmesi ve sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması gibi bir dizi ihtimalin de düşünülmesi gerekmektedir. Bu noktada, Plümper ve Neumayer (2013: 403-406)'in de ifade ettiği gibi cepten yapılan ödemeler, toplam sağlık harcamalarını azaltma aracı olarak kullanılmadığında veya çok az kullanıldığında sağlık politikalarının etkinliğini artırmaktadır. Yine de cepten yapılan sağlık harcamaları halk sağlığı politikası alanında çalışan akademisyenler arasında kötü bir şöhrete sahip olmuştur. Eleştirmenlerin iddia ettiği gibi hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki bilgi asimetrileri ve asil-vekil sorunları göz önüne alındığında, cepten transfer programlarının maliyet sınırlaması veya maliyet azaltımı sağlayıp sağlamadığı şüphelidir. Ayrıca cepten yapılan sağlık harcamalarının gelirin yeniden dağıtımını noktasında da sorunlar yarattığı (kronik hastalardan sağlıklı bireylere ve görece yoksullardan varlıklılarına doğru) vurgulanmaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarından bahsederken bu harcamaları meydana getiren sebepler ve bu harcama türünün ortaya çıkardığı etkilere değinmek gerekmektedir. Bu kapsamda, cepten yapılan sağlık harcamalarını belirleyen sebeplerin başında gelir seviyesi, kişinin sahip olduğu sağlık durumu ve güvencesi gelmektedir. Ayrıca üyesi olunan hanenin

kişi sayısı, yaşanan bölgenin özellikleri ve bireysel nitelikler (medeni durum, eğitim ve sağlık gibi) de yer almaktadır (Bora Başara ve Şahin, 2008: 322-324). Cepten yapılan sağlık harcamalarını etkileyen bu faktörlerin yanı sıra cepten yapılan sağlık harcamalarının ortaya çıkardığı etkileri de yoksul nüfusun sağlık hizmetlerine olan erişiminin kısıtlanması, hastalıkların tedavi edilememesi, hekim önerisi dışında akılcı olmayan ilaç kullanımının artması, katastrofik sağlık harcamalarının artması, hane halkının yoksullaşması, verimliliğin düşmesi ve gelir dağılımına olan etkisi şeklinde sıralamak mümkündür (Özgen, 2007: 207). Bu yüzden cepten sağlık harcamalarını etkileyen faktörler ile bu harcamaların ortaya çıkardığı etkilerin birbirini beslediği ve bir bakıma kısır bir döngüde ilerlediği görülmektedir.

İnsanların sağlık hizmeti için ödediği ücret veya katkı paylarının miktarının gelirlerine oranı belirli bir seviyeyi aştığında, birey veya hane halkları için durum mali felaket (katastrofi) ile sonuçlanabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, mali felaketi sağlık harcamalarının bir hanenin temel ihtiyaçları karşılandıktan sonra elde ettiği gelirin %40'ına eşit veya daha fazla olması durumu olarak ifade etmiştir. Bu tür yüksek harcamalar ise insanların yiyecek ve giyecek gibi zorunlu ihtiyaçlarından feragat etmesine ve çocuklarının eğitim masraflarından kısmalarına neden olmaktadır. Her yıl dünya genelinde 150 milyondan fazla kişi katastrofik harcamalarla karşılaşmakta ve 100 milyondan fazla kişi bu harcamalar nedeniyle yoksulluğa itilmektedir. Bu nedenle de sağlık kaynaklı meydana gelen doğrudan (ilaç, laboratuvar testleri vb.) ve dolaylı maliyetleri (ulaşım, gıda vb.) karşılayamayan insanların sağlık hizmetlerini kullanmaktan imtina etmek zorunda kaldıkları görülmektedir. Dolayısıyla yoksul hanelerde yaşanan hastalıkların refah seviyesini düşürerek bu kişilerin daha da yoksullaşmasına neden olduğu görülmektedir (Xu vd., 2005: 2). Bu durumun doğal bir yansıması ise şüphesiz bu insanların yoksulluk kısır döngüsünden çıkamamaları olmaktadır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının yükünü ifade ederken; ya bu harcamaların toplam hane gelirine ya da toplam hane tüketimi içindeki payına bakmak gerekmektedir. Bu kapsamda, 2013 yılı için OECD ülkelerindeki hane halkı tüketiminden sağlık harcamalarına ayrılan paya göz atmak faydalı olacaktır. Bu oran, Türkiye, Hollanda, Fransa ve Birleşik Krallık için toplam hane halkı tüketiminin %1,5'inden az iken Kore, İsviçre ve Yunanistan'da ise %4'ünden fazladır. Ayrıca OECD ülkelerinde ortalama olarak hane halkı harcamalarının %2,8'i tıbbi mal ve hizmetlere ayrılmaktadır. OECD ülkelerinde ortaya çıkan bu farklılıklar da ülkelerin sahip olduğu sağlık sistemlerinin farklı olmasına bağlanmaktadır. Çoğu ülkede, hastane bakımı ve doktor muayenesinin kapsamı ilaç, diş ve göz bakımına göre daha yüksektir. Bu farklılıklar ve farklı harcama kategorilerinin önemi dikkate alındığında, hane halklarının üstlenmesi gereken tıbbi maliyetlerin dağılımında OECD ülkeleri arasında önemli farklılıklar doğmaktadır. Çoğu OECD ülkesinde, tedavi edici bakım ve ilaçlar, cepten yapılan harcamalar için iki ana harcama kalemini (bu iki bileşen hane halklarının tüm tıbbi harcamalarının üçte ikisidir) oluşturmaktadır. Bu bağlamda Lüksemburg, Belçika ve İsviçre bazında örnek bir durum değerlendirmesi yapıldığında, yatarak ve ayakta tedavi için yapılan hane halkı ödemeleri toplam hane halkı harcamalarının %50'sine yakındır. Polonya, Çekya, Macaristan ve Kanada gibi ülkelerde ise cepten yapılan ödemelerin yarısından fazlası ilaçlar için yapılmaktadır. Diş tedavisi için yapılan ödemeler de OECD ülkeleri genelinde cepten yapılan tüm harcamaların %20'sini oluşturmaktadır. (OECD, 2015: 124). Tüm bu veriler ülkelerin sahip olduğu ekonomik ve sosyal faktörlerin sağlık sistemindeki harcamaların boyutu ve bileşenine önemli derecede etki ettiğini göstermektedir.

OECD üyesi 36 ülkede hane halkının gerçekleştirdiği cepten yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının beşte birini -2016 yılı için kişi başı 700 Amerikan doları (USD)- oluşturmaktadır. Bu noktada en yüksek oran %40 ile Letonya ve Meksika'da iken en düşük oran ise %10 ile Fransa ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'ye ait olmuştur. Fransa ve ABD'deki bu durumun daha net değerlendirilebilmesi için bu ülkelerdeki zorunlu sağlık sigortası büyüklüğünün ve tedavi maliyetlerinin yüksekliği nedeniyle vazgeçilen tedavilerin dikkate alınması gerekmektedir. OECD üyesi ülkeler içinde dikkate değer bir ülke olarak ele alınan İsviçre hem oldukça yüksek toplam sağlık harcamasına sahip olmakta hem de bunun önemli bir kısmını doğrudan hane halkı harcamalarından finanse etmektedir. Burada ifade edilmesi gereken temel nokta, OECD üyesi ülkelerde son 10 yılda cepten yapılan sağlık harcamalarının önemli ölçüde sabit kalması olmuştur. Ancak Şili, Türkiye ve Meksika'da toplam sağlık harcamalarında kamu sektörünün payı artarken haneler üzerindeki yük ise azalmıştır. OECD üyesi ülkelerde cepten sağlık harcamalarının dağılımına bakıldığında ise ilaçlar (%36), diş bakımı (%17) ve ayakta tedavi edilen hasta bakımı (%16) şeklindedir. Ayrıca tedavi cihazları ve dayanıklı tıbbi ürünlere %10 ve yatan hasta bakımına harcanan cepten sağlık harcamaları ise %7'dir (OECD, 2019: 1-2). Dolayısıyla ülkelerin sahip olduğu sağlık sistemleri cepten sağlık harcamalarının boyutu üzerinde önemli etkide bulunmaktadır.

Bir toplumda sağlık faturalarını ödemekte güçlük çeken hanelerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini ertelemeleri hatta bu ihtiyaçlarından vazgeçmeleri söz konusu olabilmektedir. OECD ülkelerinde, ortalama sağlık harcamalarının %19'u hastalarca karşılanmaktadır. Kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetlerinin aksine cepten yapılan ödemeler kişilerin ödeme gücüne bağlı olduğundan mali yük sağlık hizmetlerini daha çok kullananlara yüklenmektedir. Birçok ülke mali yükü belirli gruplara indirgeyebilmek ve nüfus gruplarını aşırı ödemelerden koruyabilmek için bazı politikalar (sosyal yardım yararlanıcıları, yaşlılar veya kronik hastalığı veya engeli olan kişiler için doğrudan ödemeleri "mutlak" veya "gelirin bir payı" olarak sınırlandıran muafiyetler) uygulamaktadır (OECD, 2015: 124). Aksi durumda cepten sağlık harcamalarının yükü altında ezilecek vatandaşların yoksullaşma riski daha da artacaktır.

2. YOKSULLUK KAVRAMI

Yoksulluk kavramı, sosyal yönden kabul edilebilir bir hayat standardının olmaması ya da elde edilememesi olarak tanımlanmaktadır. Buradaki temel mesele bireyin ekonomik kaynaklar üzerinde kontrolünün olmamasıdır (Bellù ve Liberati: 2005: 2). Bu nedenle yoksulluk her ne kadar zenginliğe ulaşamamayı ifade etse de zenginliğe ulaşmada kullanılacak kaynaklara da erişememeyi ifade etmektedir (Sullivan, 2018: 116). Yoksulluk olgusunun kavramsal tanımını ifade edilirken; kişi, toplum ve zaman gibi durumlara göre farklı anlamlar ortaya çıktığından evrensel bir tanımın yapılması pek de mümkün olamamaktadır. Nitekim tarım toplumlarında tembellikle eşdeğer görülen yoksulluk, sanayileşme döneminde maddi yetersizlik şeklinde değerlendirilmiştir (Uzun, 2018: 83). Bu nedenle yoksulluk içinde bulunulan şartlara ve çevreye göre farklılaşabilmektedir. Örneğin, evlerini yeterince ısıtamayan insanların içine düştüğü yoksulluk yakıt yoksulluğu iken net hane geliri belirli bir eşliğin altında olan çalışanların karşılaştıkları yoksulluk ise çalışan yoksulluğu olarak nitelendirilmektedir. Bu durumun yanı sıra gıda güvensizliği yaşandığında gıda yoksulluğu ve konut güvensizliği yaşandığında konut yoksulluğu meydana gelmektedir (Dumfries & Galloway, 2020: 2). İfade edildiği üzere birçok yoksulluk çeşidi bulunmakla birlikte

karşılaşılan yoksulluk şeklinin yoksulluğun ifade edilmesi noktasında önemli olduğu görülmektedir.

Yoksulluk kavramına değinirken yoksulluğu iki temel kategoride yani mutlak ve göreceli yoksulluk şeklinde incelemek gerekmektedir. Bu kapsamda, yetersizlik ve temel ihtiyaçlardan mahrum olmak gibi tanımlamalar sıklıkla ortaya çıkmakta ve bu tanımlamalar ise bizi mutlak yoksulluk kavramına götürmektedir. Ancak son yıllarda sosyal adalet olgusunun yükselişe geçmesi ile geçerli olan bir başka tanım ise göreceli yoksulluk olmuştur. Göreceli yoksulluk, yaşam standartları ne kadar iyi olursa olsun içinde yaşanan toplumun standartlarından daha aşağıda olan kişilerin yoksulluğunu tanımlamaktadır. Bu durum yoksulluğu yetersizlik durumunun ötesinde eşitsizlik olarak ön plana çıkarmaktadır. Göreceli yoksullukta, yoksul olarak tanımlanan kişilerin yoksul olmaları gerekmemekte, sadece diğer kişilerle sahip oldukları arasında geniş bir uçurumun olması yetmektedir. Nitekim göreceli yoksulluğu ölçmeye çalışan en basit formül hane gelirinin medyan gelirin yarısının altına düşmesi (birçok Avrupa ülkesinde medyan gelirin %60'ı gibi belirlenmiştir) olarak gösterilmektedir (Sarlo, 2019: 3). İfade edilen oranların altına düşen hanelerde göreceli yoksulluğun hissedildiği ve yoksulluğun boyutunun ise toplumdan topluma değiştiği görülmektedir.

Mutlak yoksullukta, yoksulluk sınırının altında yer alan insanların sayısı ölçülmekte ve bu nedenle de zaman ve mekândan bağımsız olarak ifade edilmektedir. Göreceli yoksullukta ise insanlar sabit bir yoksulluk sınırından ziyade nüfusun diğer bölümüyle kıyaslanarak sınıflandırılmaktadır (Ludi, 2016: 1). Bu duruma bir örnek olarak, çoğu insanın araba sahibi olması toplu taşıma kullanmayı yoksulluk işareti haline getirebilmektedir. Yine gelişmiş bir ülkede televizyon sahibi olmamak yoksulluk göstergesi iken başka ülkelerde zenginlik göstergesi olabilmektedir (Bellù ve Liberati: 2005: 2). Bu durum ise gelişmiş ülkelerdeki orta kesimin az gelişmiş ülkelerdeki zengin kesime denk geldiğini ve yoksulluğun içinde yaşanan toplumun dinamikleri ve kişinin durumu ile yakından ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kimsenin karşılaşmak istemeyeceği bir durum olarak ifade edilen yoksulluk çoğunlukla muzdarip olanların elinde olmamaktadır. Özellikle de yoksul ailede doğmak, kişinin gelirini kontrol edememesi, bazı sağlık sorunları nedeniyle (COVID-19 gibi) iş kaybına uğramak, kötü alışkanlıklar nedeniyle gelir kaybına uğramak ve borçlanma yoksulluğun sebepleri olarak sıralanmaktadır (Dumfries & Galloway, 2020: 1). Ayrıca yetersiz üretim, doğal şartlarda meydana gelen çevresel olumsuzluklar, nüfusun hızlı şekilde artması, işsizlik, enflasyon, yanlış uygulanan vergi ve borçlanma politikaları, tekelleşme, etkin olmayan eğitim politikaları, kamu harcamalarında artış ve borçlanmanın iyi yönetilmemesi neticesinde meydana gelen yüksek faizler de sıralanabilmektedir (Aydın ve Türgay, 2011: 252). Bu sebeplerin yanı sıra küresel manada yoksulluğun sebepleri olarak aşağıdaki faktörleri saymak mümkündür (Concern, 2022);

- *Kötü Sağlık Sistemleri:* Özellikle de sağlık hizmeti almak için uzak mesafelere gitmek zorunda kalan ve tedavi için ilaçlara belirli bir bütçe ayırmak zorunda kalan insanların kaynaklarının tükendiği ve yoksulluktan aşırı yoksulluğa itildikleri görülmektedir.
- *Açlık, Yetersiz Beslenme ve Bodurluk:* Hastalıkların yaygınlaşmasına sebep olarak iş gücü kaybı yaratmaktadır.
- *Temiz Su ve Hijyene Sınırlı Erişim:* İnsanların temiz suya erişiminin bulunmaması (2 milyardan fazla) hastalıklara neden olarak iş gücü kaybı yaratmaktadır.

- *Salgınlar ve Küresel Sağlık Krizleri*: COVID-19, Ebola, Sıtma.
- *Eşitsizlik*: Cinsiyet, yaş, yetenek, kast, sosyal statü.
- *Eğitim Eksikliği*: Yoksulluğun sonraki nesillere aktarılmasına neden olmaktadır.
- *Kişisel Güvenlik Ağlarının Eksikliği*: Tasarruf eksikliği durumunda yoksullaşmadır.
- *Sosyal Refah Sistemlerinin Eksikliği*: Savunmasız aileler beklenmedik durumlara karşı korunmasız hale gelmektedir.
- *Zayıf Altyapı ve Bayındırlık Hizmetleri*: Yol, aydınlatma ve internet gibi imkânlarla erişememek, para ve zaman kaybına neden olarak insanları yoksullaştırmaktadır.
- *İklim Değişikliği*: 10 yılda 100 milyon kişinin yoksulluğa düşmesi beklenmektedir. Örneğin, nüfusunun %80'i tarımla ilgilenen Malavi'de olumsuz iklim şartlarının milyonlarca insanı yoksulluğa itme riski bulunmaktadır.
- *Askeri Çatışmalar*: Suriye İç Savaşı'ndan önce %10 olan yoksul sayısı savaş sonrası %80'i aşmıştır.

Yoksulluk, hayatın neredeyse tüm alanlarını etkilediğinden (beslenme, ısınma, yakıt vb.) atılacak her adım bir bakıma bireyler için bir mücadele kaynağı haline dönüşmektedir. Bu yönüyle yoksulluğun ortaya çıkardığı etkilerin; iş kaybı stresi, sosyal aktivitelerden izole hale gelmek, suça yönelim, temel ihtiyaçlardan mahrum kalmak ve intihar vakalarında artış gibi bir dizi etkisi bulunmaktadır. Çocuklar ele alındığında ise bilişsel gelişimlerine katkı sağlayan en önemli imkânlardan (sağlık, eğitim, beslenme gibi) uzak kalmaları söz konusu olmaktadır (Dumfries & Galloway, 2020: 2). Yoksulluğun özellikle çocuklar üzerinde yarattığı olumsuz etkilerin giderilememesi durumunda geleceğin yetişkinlerini oluşturacak olan bu kesimin ilerleyen yıllarda topluma adapte olma sorunu ile karşı karşıya kalma riski bulunmaktadır.

3. CEPTEN YAPILAN SAĞLIK HARCAMALARI VE YOKSULLUK İLİŞKİSİ

Toplumsal faydayı artıran ve anayasal bir hak olarak görülen sağlık hizmeti bu niteliklerinden dolayı kamu tarafından da üretilmektedir. Nitekim bireylerin bu hizmeti sadece piyasadan temin etmesi, diğer mal ve hizmetlere göre yeterli talebin oluşmaması riskini (birçok hasta tedavi ücretini kendi gelirleriyle karşılayamayacak durumdadır) de beraberinde getirmektedir. Bu noktada gerçekleştirilen sağlık tedavisinin kamu tarafından karşılanacak kısmının ne olacağı kamu politikalarına göre şekillenirken, hayati tehlikenin ortadan kalkması ile tedavi süreci sona ermektedir. Tedavinin geri kalan kısmında ya da bir diğer ifadeyle temel sağlık hizmetinin sonrasında sağlık hizmeti almak isteyenlerin ek bütçe ayırmasına bağlı olmaktadır (Bulutoğlu, 2008: 266-267). Nitekim tam manasıyla tedavi almak isteyen bireylerin cepten sağlık harcaması yapması beklenmektedir. Bu durumda ise yapılacak harcamanın ne boyutta olacağını belirleyen kamusal politika yapım sürecine oldukça önemli rol düşmektedir.

Ülkelerin sınırlı kaynağa sahip olması sağlık hizmetlerini tamamen ücretsiz sunmalarının önünde bir engel olarak görülmektedir. Bu nedenle de cepten sağlık harcamalarının yapılması gerekmekte ve insanların mali açıdan olumsuz etkilenmesi söz konusu olmaktadır (Oğuzhan ve Kurnaz, 2018: 30). Kamu hizmetlerinin tamamlayıcısı olarak cepten sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisine Dünya Sağlık Örgütü'nün de vurgu yaptığı görülmektedir (Doğan, 2020: 572). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, sağlık güvencesi olmayan insanların gerçekleştirdiği harcamaların gelir dağılımı ve sağlık durumuna olumsuz etkileri olduğu (Arı, 2018: 10) ve hatta hastane faturasını ödemek için insanların yüksek faizlerle borç aldıkları dahi görülmektedir (Standing, 2020: 75). Bu durumda söz

konusu şartlar altında alınan sağlık hizmetlerinin bireyler üzerinde yıkıcı etkilerinin olduğunu unutmamak gerekmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları, sağlıklı bir ulus inşa etmek için gereken sağlık hizmeti kullanımını artırmanın önünde engel olmaktadır (Gunarathne, 2022: 36). Dolayısıyla cepten sağlık harcamalarının bireyleri finansal yönden etkileme potansiyeli söz konusudur. Özellikle de sigortası olmayan, yoksul ve kırsal bölgelerde yaşayan insanların çok daha fazla etkilendiği bu durumun iyileştirilmesi bir bakıma uygulanacak politikalara bağlıdır (Özgen Narcı, 2017). Bu noktada hükümet politikalarının da cepten sağlık harcamalarını önemli ölçüde etkilediğini vurgulamak gerekmektedir (İpek, 2019: 418). Bu durum aslında cepten sağlık harcamaları ile yoksulluk arasındaki ilişkiyi açıkça ortaya koymakta ve bu iki olgu arasında organik bir bağ oluşturmaktadır. Yoksulların üst düzey yaşam standartlarına sahip toplum grupları gibi örgütlü veya örgütsüz baskı yapma ve/veya çıkar elde etme olanaklarına sahip olmadığı da göz önünde bulundurulduğunda, bu soruna karşın ortaya konulan palyatif önlemlerden ziyade kalıcı adımların atılması yerinde olacaktır (Aydın ve Türgay, 2011: 271). Bu kapsamda, sağlık harcamalarının rasyonel hale getirilebilmesi için kamu sektöründeki finansal kaynaklarının iyileştirilmesi, hane halkı tarafından yapılan cepten sağlık harcamalarının azaltılması ve bütçe açığını azaltmak için gereksiz harcamaların ortadan kaldırılması (Ahid, 2022: 170) gibi bir dizi çözüm önerisi sıralanabilmektedir. Bu harcamaların rasyonel hale getirilememesi ise özellikle de düşük gelirli için yoksulluk riskinin artması manasına gelmektedir.

Cepten sağlık harcamalarının ortaya çıkardığı yoksulluk noktasında önemli örneklerden bir tanesi belki de Afrika ülkeleri olmaktadır. Nitekim bazı durumlarda sağlık hizmeti almak için önemli yol kat etmek zorunda kalan bu insanlar sahip olduğu kaynakları tüketmek zorunda kalmaktadır. Bu durumun yanı sıra tedavi için gereken ilaç temininde katlandıkları maliyetler de göz önünde bulundurulduğunda, bu insanların yoksulluktan aşırı yoksulluğa geçmeleri kaçınılmaz olmaktadır (Concern, 2022). Bu durumdan muzdarip insanların yaşadığı coğrafya itibarıyla de ekonomik olumsuzluklarla karşılaştıkları düşünüldüğünde cepten sağlık harcamalarının yarattığı tahribatın ciddiyeti iyice artmaktadır. Nitekim 2015 yılı verileriyle dünya çapında 900 milyon insanın günlük 1,90 USD'lik gelir sınırının altında yaşadığı; sosyal hizmet ve güvenlik ölçüt alındığında ise 1,6 milyar insanın yoksul sayıldığı vurgulanmaktadır. 2030 yılına kadar %3'lük yoksulluk hedefine ulaşılsa bile derin yoksulluk yaşayan bölgelerin varlığını sürdürmesi beklenmektedir (Development Initiatives, 2016: 1). Dolayısıyla cepten sağlık harcamalarının meydana getirdiği etkilerin azaltılması ve yoksul kesimin korunması gerekmektedir. Aksi takdirde yoksul kesimin aşırı yoksulluğa itilmesi ve yoksulluğu sonraki nesillere aktarması kaçınılmaz görünmektedir. Ayrıca yoksul hanelerde yaşanan cepten sağlık harcaması artışının temel ihtiyaçların kısılması yoluyla giderilmesi ve/veya tedaviden vazgeçilmesi gibi başka olumsuz sonuçlar doğurması ise durumun adeta mali felaketten öteye geçmesi riskini meydana getirmektedir.

Yoksulluk meselesinin özellikle de son yıllarda önemli bir gündem maddesi haline alması, üçüncü dünya ülkelerinde büyüme hızlarının düşmesi ve gelir dağılımının sermaye lehine değişmesi gibi bir dizi faktöre bağlanmaktadır (Boratav, 2017: 1). Bu duruma karşın, geçmişe göre refah toplumlarına geçiş ile aşırı yoksulluğun tamamen ortadan kaldırılabileceği ihtimali söz konusu olmuştur (Sachs, 2005: 26). Nitekim yoksullukla mücadelede birçok politik girişimde bulunulduğu görülmektedir. Özellikle de son iki yüz yıllık süreçte batılı devletlerde meydana gelen ekonomik büyüme mutlak olarak yoksulluğun azalmasına katkıda bulunmuş olsa da göreceli yoksulluk meselesi hala varlığını korumaktadır (Friedman, 2011:

258). Neoliberal eksende yürütülen politikalar, devlet anlayış ve geleneklerinde bazı değişimler yaratmış ve bu değişimlerin yanı sıra sermaye birikimi, ekonomik büyüme ve kalkınma gibi önceliklerin bir kenara konulmasına neden olmuştur. Dolayısıyla işsizliğin artması, reel ücretlerde verimin düşmesi, kırsal kesimlerde topraksız kişilerin artması ve bu kesime yönelik destek miktarlarının düşmesi söz konusu olmuş ayrıca sosyal harcamaların azaltılması ile kamu hizmeti niteliğinde görülen bazı hizmetlerin kullanıcılar tarafından ödenmesi ilkesi ön plana çıkarılmıştır. Tüm bu gelişmeler sermaye için lehte; emek için aleyhte bir durum ortaya çıkararak yoksulluğun artmasına yol açmıştır (Boratav, 2017: 1). Burada değinilmesi gereken bir diğer husus kamu hizmeti niteliğindeki hizmetlerin kullanıcılar tarafından ödenmesi ilkesine tabi kılınmasıdır. Bu durumun bir yansıması olarak meydana gelen cepten sağlık harcamaları kamu bütçesi üzerinde önemli bir yükü kaldırıyor olsa da sosyal refah devleti geleneğine aykırı bir tutumun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle kamusal otoriteler paternalist bakış açısıyla (ekonomik kaynaklarla orantılı) vatandaşlarının yoksulluk riskiyle karşılaşmasını önleyecek bir kamusal sağlık harcama politikası benimsemelidir.

4. ÜLKE UYGULAMALARI

Sağlık hizmetlerine erişiminde mali bir engel olarak görülen cepten yapılan ödemeler sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanamamasına neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu hizmetleri kullanıcılar için mali zorluklara yol açtığından (Weltgesundheitsorganisation Regionbüro für Europa, 2019: 4) sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça önemli olmaktadır. Ülkeden ülkeye değişmekle birlikte sağlık hizmetlerinin finansmanı genellikle vergi, sigortalar (kamu veya özel) ve cepten sağlık harcamaları tarafından karşılanmaktadır. Özellikle de gelişmekte olan ülkelerde cepten harcama yapan insanların yoksulluk riskiyle karşılaşması söz konusudur. Buna karşın talebin düşmesi ve sağlık hizmetlerinin kalitesini artırması (Hayat ve Ertekin, 2020: 2751) bu harcama türünün gerekliliğine yönelik bazı görüşleri ön plana çıkarmaktadır. Bu noktadan hareketle, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payını bazı G-20 ülkeleri için ifade etmek gerekirse Tablo 1'deki gibidir.

Tablo.1: Ülkeler İtibariyle Cipten Yapılan Sağlık Harcamaları (Toplam Sağlık Harcamalarının Yüzdesi)

Ülke	2000	2010	2019	Ülke	2000	2010	2019
Fransa	7,27	10,23	9,46	Türkiye	28,91	16,87	17,05
Almanya	12,16	13,81	13,37	İtalya	26,46	20,55	23,46
Güney Afrika	14,46	8,00	5,69	Arjantin	29,10	26,78	27,66
Birleşik Krallık	17,32	14,35	15,28	Brezilya	36,59	29,39	24,88
ABD	15,12	12,36	11,33	Güney Kore	43,64	34,02	30,25
Kanada	16,61	15,48	15,04	Meksika	52,22	43,51	42,28
Japonya	15,92	14,57	12,90	Çin	60,13	40,80	35,23
Avustralya	21,00	19,75	14,69	Hindistan	71,70	65,19	54,78

Kaynak: (OECD, 2022).

Tablo 1'deki veriler, Fransa ve Almanya dışındaki tüm ülkelerde, 2000 yılından 2019 yılına gelindiğinde, cepten gerçekleştirilen harcamaların sağlık harcamaları içinde kapladığı payın azaldığını (Hindistan'a ait verilerin yüksekliği dikkat çekicidir) ortaya koymaktadır. Bu veri tek başına geniş panoramada bir anlam ifade etmese de sözü edilen ülkelerdeki yoksulların sağlık harcamalarından kaynaklı maddi sorunlarının azalacağı yönünde bir fikir vermektedir.

Cepten sağlık harcamalarının yıllar itibariyle azalmasında sosyal ve politik değişimlerin önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. Özellikle de sigorta kurumlarının teşvik edilmesi, kamunun finanse ettiği sağlık hizmetlerinin artırılmasında hükümetlerin rolünün artmasına neden olmuştur. Bu durumun ortaya çıkmasında ekonomik ve teknolojik gelişmelerin yarattığı üretkenlik artışının (gelir artışı ve daha geniş bir vergi tabanı oluşması ile) önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Kamusal sağlık harcamaları ise cepten harcamaların aksine yılda %1,4-1,5 arasında artmaktadır. Devletin harcama kapasitesinin artması kamusal sağlık harcamaları ve cepten sağlık harcamaları üzerinde pozitif ilişkiye sahip olsa da kamusal sağlık harcamaları üzerinde daha fazla etkiye sahip olmaktadır (Fan ve Savedoff, 2014: 113-119). Sağlık harcamalarının yüksek olması insanların gıda ve giyim gibi harcamalarını kısımasına neden olmakta hatta bu durumun ötesinde aile refahının azalması, borçlanmanın artması ve yoksulluğa düşme gibi bir dizi olumsuz etkiyi de beraberinde getirmektedir (Lu vd., 2021: 1). Oysa herkesin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerine “maddi sıkıntı çekmeden” erişebilmesini sağlamak “evrensel sağlık kapsamında” tüm ülkelerin 2030 yılına kadar ulaşmayı amaçladığı bir *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi* olmuştur (Weltgesundheitsorganisation Reginolbüro für Europa, 2019: 7). Bu yönüyle *Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri*’nden 3 Nolu “Sağlık ve Kaliteli Yaşam” kapsamındaki göstergeler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri: Sağlık ve Yoksulluk Göstergeleri (Milyon Kişi)

Katastrofik Sağlık Harcamaları	2000	2010	2017
Hane Halkı Gelirinin %10’undan Fazlasını Sağlığa Harcayan Kişi Sayısı	579	785	996
Hane Halkı Gelirinin %25’inden Fazlasını Sağlığa Harcayan Kişi Sayısı	131	189	290
Yoksullaştırıcı Sağlık Harcaması Yapan Nüfus (Günlük 1,90 USD Altı Gelir)	1.159	826	505
Cepten Sağlık Harcaması Nedeniyle Yoksullaşan Sayısı	124	122	70
Cepten Sağlık Harcaması Nedeniyle Daha da Yoksullaşan Sayısı (Herhangi Bir Miktar Cepten Sağlık Harcaması Yapan Yoksul Sayısı)	1.035	704	435
Yoksullaştırıcı Sağlık Harcaması Yapan Nüfus (Göreceli Yoksulluk Sınırı)	630	1.007	1.125
Cepten Sağlık Harcaması Nedeniyle Yoksullaşan Sayısı	91	154	172
Cepten Sağlık Harcaması Nedeniyle Daha da Yoksullaşan Sayısı (Herhangi Bir Miktar Cepten Sağlık Harcaması Yapan Yoksul Sayısı)	539	853	953

Kaynak: (World Health Organisation and The World Bank, 2022: 6).

Tablo 2’de yer alan veriler, temel olarak cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksulluğa olan etkisini ortaya koymaktadır. Bunu yaparken de hane halkının gelirinin belli bir oranı aşması durumunda katastrofik sağlık harcamaları, günlük 1,90 USD gelire sahip olan aşırı yoksulluk sınırındakiler ve görece yoksul olanların karşılaştığı yoksulluk durumunu ortaya koymaktadır. Buna göre hane halkı gelirinin %10’undan fazlasını sağlık harcamasına ayıran kesim 2000 yılında 579 milyon kişi iken 2017 yılına gelindiğinde bu rakam 996 milyona ulaşmıştır. Hane halkı gelirinin %25’ini sağlık harcaması olarak tüketen kesim 2000 yılında 131 milyon kişi iken bu rakam 2017 yılında 290 milyona çıkmıştır. Benzer şekilde incelenen yıllar özelinde göreceli yoksulluk sınırında olanların da sayısında artış olduğu görülmektedir. Bu gidişatin aksine günlük 1,90 USD gelire sahip kişilerin sayısında ise 2000 yılından 2017 yılına gelindiğinde azalma olduğu görülmektedir. Her ne kadar Tablo 1 verileri cepten sağlık harcamalarının oransal olarak azaldığını ortaya koysa da (Fransa ve Almanya hariç); Tablo 2 verileri günlük 1,90 USD altında gelire sahip kişiler dışındaki grupların artış eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Dolayısıyla G-20 Ülkeleri ile dünya geneli kıyaslandığında farklı bir tablonun ortaya çıktığı görülmektedir. Dolayısıyla cepten sağlık harcamalarının azaltılması gereksiz sağlık hizmeti talebini besleyecek olsa da yoksulluk üzerinde olumlu etkiler meydana getirmesi beklenmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü yaptığı bir araştırmada, Avrupa Bölgesi'nde finansal korumaya ilişkin ilk sistematik incelemelerden birini yaparak (24 ülkeden ulusal uzmanların katkılarıyla) bazı sonuçlar elde etmiştir. Bu kapsamda; hanelerin %1-9'u cepten ödemeler nedeniyle daha da yoksulluğa itilmekte ve %1-17'si potansiyel olarak gıda, barınma ve ısınma gibi diğer temel ihtiyaçları karşılayamaz hale (yıkıcı sağlık harcaması riski) gelmiştir. Ayrıca katastروفik sağlık harcamaları, nüfusun en yoksul %20'sini etkilemekte ve mali güvencesi zayıf olan ülkelerde, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerinden (dağıtılan ilaçlar dâhil) vazgeçenlerin oranı oldukça yüksektir (Weltgesundheitsorganisation Reginolbüro für Europa, 2019: 7).

Cepten sağlık harcamalarında meydana gelecek bir artışın yoksul hanelere ek mali yük getirmesi ve sağlık hizmeti almalarının önünde engel olması sağlık politikasını belirleyenlerin politika arayışına girmesine neden olmuştur. Nitekim cepten sağlık harcamalarının insanları yoksulluğa itme olasılığı, özellikle de kredi imkânlarının sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde yaşayan yoksul kesimin daha da yoksullaşmasına, hastalık ve borç kısır döngüsüne girmesine neden olabilecek niteliktedir (Garcia-Diaz ve Sosa-Rub, 2011: 707). ABD'de 2002 yılı Aile Anketi verilerine dayanan bir araştırma, düşük gelirlerin %62'sinin 500 USD altı; %25'inin 500-2.000 USD arası ve %13'ünün 2.000 USD üstü cepten sağlık harcaması yaptığını ifade etmiştir. Ancak düşük gelirli nüfusun sadece %13'ü 2.000 USD üstü cepten harcama yapmış olsa da bu nüfus düşük gelirleri nedeniyle çok daha fazla mali yük ile karşı karşıya kalmıştır. Nitekim düşük gelirli nüfusun %32'si düşük; %40'ı orta düzeyde ve %28'i yüksek seviyede cepten sağlık harcaması yükü taşıdığını bildirmiştir (Shen ve Mcfeeters, 2006: 202). Görüldüğü gibi düşük gelirli nüfusun %62'si 500 USD altı cepten sağlık harcaması yapmasına rağmen sadece %32'si düşük bir mali yük hissettiğini belirtmiştir. Dolayısıyla cepten yapılan sağlık harcamalarının aile bütçesi üzerindeki mali yükü açıkça görülmektedir.

Tıbbi tedavi için cepten yapılan harcamalar insanları yoksullaştıran bir durum olarak ön plana çıktığından sağlık alanındaki yüksek maliyetler yoksul ailelerin daha fazla etkilenmesine ve eşitsizliklerin artmasına neden olmaktadır. Bangladeş örneğinde olduğu gibi nüfusun en yoksul beşte üçünün cepten sağlık harcaması oranı toplam harcamaların sadece %39'unu oluşturmaktadır. Nüfusun bu denli büyük bir kesiminin, toplam sağlık harcamasının ancak yarısından azını gerçekleştirdiği görülmektedir. Nitekim tıbbi bakım için cepten yapılan harcamalar çoğunlukla zengin ailelere ait olmaktadır. Bulgular, hükümetin yoksulların devlet tesislerine erişimini iyileştirmek (ilaç arzını artırarak) için ek kaynaklar ayırması (bütçe tahsisleri ve verimli tedarik sistemleri ile) sayesinde yoksul kesimin cepten sağlık harcaması yükünün azalacağını vurgulamaktadır (Asian Development Bank, 2012: 2).

Mısır'da da cepten sağlık harcamalarının yoksulluk ile yakından ilişkili olduğu görülmüştür. Buna göre Mısır'da yüksek miktardaki cepten sağlık harcamasının hanelerin %6'sında mali felaket riski (en savunmasız kesim en yoksul %20'lik dilimdir) doğurduğu, hane halkının %7,4'ünü yoksulluğa ittiği ve yoksulluk açığını %1,4 oranında artırdığı düşünülmektedir. Bu harcama türünün yoksulluk yaratma riskinin daha çok aile reisi çalışmayan, kırsal bölgelerde yaşayan, sigortasız, çocuklu ve kronik hastaya sahip hanelerde görüldüğü vurgulanmaktadır. Dolayısıyla Mısır'daki yoksullukla mücadelede söz konusu kesimlere yönelik yürütülecek politikalarla başarıya ulaşma şansı çok daha yüksek olacaktır (Rashad ve Sharaf, 2015: 8-9). Benzer şekilde, 2012 yılında Şili'deki hanelerin %4'ü cepten sağlık harcamaları nedeniyle katastروفiye (hane halkı ödeme kapasitesinin %30'u veya daha fazlası), %1'i ise yoksulluğa sürüklenmiştir (Koch vd., 2017: 492).

Uganda'daki Mulago Hastanesi'nde 2016-2017 yıllarında, ameliyat geçiren 132 pediatrik hasta ailesine yapılan anket ise tıbbi ve tıbbi olmayan sağlık maliyetlerinden dolayı hanelerin en az %16'sının katastrofiye (yıllık hane harcamasının %10'u aşması) maruz kaldığını ortaya koymaktadır. Verimlilik kaybı gibi dolaylı maliyetler de bu harcamalara eklendiğinde ise bu oran %27'ye yükselmektedir. Bu durum pediatrik hastalar ve aileleri için mali korumanın yeterli olmadığını (Yap vd., 2018: 488-490) ve dolayısıyla da pediatrik hastaya sahip ailelerin yoksulluğa sürüklenme riskinin arttığını göstermektedir.

2000'li yıllar ele alındığında, Hindistan önemli derecede yoksulluğun olduğu bir ülke olarak görülmektedir. Bu kapsamda, 1999-2000 yıllarında %42,29 olan yoksulluk oranı, 2011-2012 yıllarına gelindiğinde %22,31 olmuştur. Geçen yıllar boyunca yoksulluk oranının düştüğü görülmektedir. Ancak; bu oranlara yoksulluğu derinleştiren ve pekiştiren bir faktör olarak cepten yapılan sağlık harcamaları eklendiğinde yoksulluk oranlarının arttığı görülmektedir. Nitekim yoksulluk oranlarına tıbbi masraflar eklendiğinde, 1999-2000 yılında %42,29 olan yoksulluk oranının %46,90'a yükseldiği; 2011-2012 yıllarında ise %22,31'den %26,37'e çıktığı görülmektedir (Keane ve Thakur, 2018: 441). Bu durumun etkilerini azaltmak adına Hindistan'daki yoksullara mali koruma sağlayan *Rashtriya Swasthya Beema Yojna Sağlık Programı* ile mali engellerin azaltılması ve yoksullar arasında hastane kullanımının artırılması planlanmıştır. Bu sayede Hindistanlıların cepten sağlık harcamaları kaynaklı yoksulluklarının azaltılması yolunda önemli bir katkı sunulmuştur. Bununla birlikte programın yoksulluk sınırının altına yönelmesi yoksulluk sınırının hemen üstünde yer alan kesimin yardım almasının önünde engel olmuştur. Yoksulluk sınırının üzerinde yer alanların %5'inin cepten sağlık ödemeleri nedeniyle yoksulluğa düştüğü de göz önüne alındığında durumun ne denli önem kazandığı görülmektedir. İlaç kullanımının da bu programa dâhil edilmesi (cepten sağlık harcamalarının %72'sini kapsamaktadır) ve programa katılanların yoksulluk sınırının altında kalanlarla sınırlandırılmaması bu programların kapsadığı alanın genişletilmesine katkı sağlayacaktır (Shahrawat ve Rao, 2012: 216-220). Kanada örneğinde de görüldüğü gibi reçeteli ilaçlara sübvansiyon verilmesi gibi uygulamaların (Alan vd., 2002: 807) hayata geçirilmesi ile destek programlarının faydalarının daha da artırılması sağlanmış olacaktır.

Cepten sağlık harcamalarının azaltılmasının yoksulluk üzerinde önemli etkisi olduğu bilinmektedir. Değiniilmesi gereken bir diğer nokta ise sağlık hizmetlerinin artırılması olmaktadır. Nitekim az gelişmiş ülkelerde yapılacak sağlık harcamalarının yoksulluğu önemli derecede önleyeceği ve ölen kişi sayısında azalmaya neden olacağı beklenmektedir. Bu kapsamda evrensel kamu finansmanı yoluyla Etiyopya'da sağlık alanında gerçekleştirilen devlet müdahalesinin ortaya çıkardığı etkiler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Etiyopya'da Evrensel Kamu Finansmanı Yoluyla Yapılan Müdahalenin Ortaya Çıkardığı Etkiler

Müdahalenin Türü	Devlet Müdahalesi*	Önlenen Hane Halkı Harcaması*	Önlenen Ölüm Sayısı	Önlenen Yoksulluk Vakası
Rotavirüs Aşısı	800.000	180.000	510 (4)	270 (7)
Pnömonokok Konjuge Aşısı	1.200.000	110.000	1.700 (2)	170 (8)
Kızamık Aşısı	260.000	9.000	890 (1)	14 (9)
İshal Tedavisi	50.000.000	26.000.000	3.600 (9)	40.000 (4)
Zatürre Tedavisi	31.000.000	15.000.000	4.100 (7)	23.000 (5)
Sıtma Tedavisi	670.000	300.000	410 (5)	460 (6)
Sezaryen Ameliyatı	420.000	270.000	590 (3)	410 (1)

Tüberküloz Tedavisi	6.900.000	4.400.000	2.600 (6)	6.700 (2)
Hipertansiyon Tedavisi	1.300.000	730.000	140 (8)	1.100 (3)

Kaynak: (Vergeut vd., 2015: e291).

Parantez içindeki rakamlar müdahale türünün ortaya çıkardığı etkinin sıralamasını gösterir.

*USD, 2011

Tablo 3'te yer alan veriler, gerçekleştirilen kamu müdahalesinin türü ve miktarının ortaya çıkardığı etkileri ele almaktadır. Buna göre yoksulluk bağlamında en yüksek fayda sağlayan müdahale türünün sezaryen ameliyatı olduğu görülmektedir. Nitekim yapılan 420 bin USD'lik kamusal harcamaya karşın önlenecek hane halkı harcaması 270 bin USD olmuştur. Ayrıca önlenecek yoksulluk vaka sayısı 410 iken önlenecek ölüm sayısı ise 590 olmuştur. Sezaryen ameliyatını tüberküloz ve hipertansiyon tedavileri takip etmektedir. Önlenecek yoksulluk vakasının en az olduğu müdahale türü ise kızamık aşısı olmuştur. Nitekim bu müdahale türünde önlenecek yoksulluk vaka sayısı 14 olmuş ancak önlenecek ölüm sayısı 890 olmuştur.

Etiyopya örneğinde³ de görüldüğü üzere devlet müdahalesinin hem sağlık hem de yoksulluk üzerinde oldukça önemli etkileri bulunmaktadır. Ayrıca bireysel gelir ve çalışmanın da sağlık durumuna etkileri olduğunu aktaran çalışmalarda bulunmaktadır. Bu kapsamda, 45-74 yaş arası Korelilerin sağlık ve iş gücü gelirleri arasındaki ilişkiyi ele alan bir çalışma (2006-2017 Kore Refah Paneli Çalışmasından yararlanılmıştır), kazanılan gelir ve ücretli çalışmanın sağlıklarını korumalarına yardım ettiğini vurgulamaktadır (Kim ve Mitra, 2022: 9).

Cepten sağlık harcamaları birçok ülkede sağlık sistemini finanse etmekte ana kaynak olarak görülmektedir. Gelişmekte olan diğer pek çok ülke gibi Pakistan'da da sağlık harcamalarının önemli kısmı cepten harcamalar yoluyla gerçekleştirilmektedir. Durumun bu yönde gelişmesi adil bir ödeme sisteminin önünde engel olmakta ve hane halkları için temel ihtiyaçların ötelenmesine sebep olarak insanları yoksulluğa itmektedir. Pakistan'da 2018-19 Hane Halkı Anketine göre toplam harcamalar içinde cepten sağlık harcamalarının payı %10'luk eşik dikkate alındığında %13,15 olmakta (2015-16 anketinde bu oran %4,51); %25'lik eşik dikkate alındığında ise %3,74 (2015-16 anketinde bu oran %0,54) olarak ifade edilmektedir. Bu durumla başa çıkmak için devletin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının ve özel sigortaların yoksul haneleri daha fazla kapsaması gerekmektedir. Sağlık krizlerinin (COVID-19 gibi) yarattığı tahribat ise Pakistan'da yoksulluk ve kötü sağlık arasında bir kısır döngünün meydana gelmesine neden olmuştur. Bu durumla başa çıkılabilmesi adına Pakistan devletinin kaynaklarını sağlık sistemindeki bu sorunun çözümüne yönlendirmesi yerinde olacaktır (Bashir vd., 2021: 43-47).

Malavi'de ise ameliyata erişim için cepten sağlık harcaması yapan hastalar (ilçe hastaneleri için N=136; il hastaneleri için N=86 olmuştur) ile yürütülen bir çalışma durum hakkında daha net bilgi vermektedir. Bu kapsamda, doğrudan ve dolaylı maliyetler toplamının kişi başına düşen aylık gelire oranının %10'u aşması kriterine göre elde edilen sonuçlar ilçe hastanelerinde %97 iken il hastanelerinde ise %90 olmuştur (Bijlmakers, 2019: 88). Bu durum

³ Etiyopya'daki kamu hastanelerinde ayakta tedavi gören 378 katılımcıyla yürütülen bir anket çalışması, hastaların cepten sağlık harcamaları belirleyicilerini araştırmıştır. Bu kapsamda, araştırmaya katılanların %87,8 (332)'si sağlık hizmeti sunumunda cepten sağlık harcaması yapmış iken bu harcamaların belirleyicileri; yaşın ilerlemesi, aylık gelirin yüksek olması, kentte ikamet etmek, aile büyüklüğünün beşten büyük olması ile orta öğretim ve üstü eğitim seviyesine sahip olmak şeklindedir (Bedado vd., 2022: 5).

aslında cepten yapılan sağlık harcamalarının ortaya çıkardığı ekonomik etkinin boyutlarını ortaya koymaktadır. Tunus'ta da toplam nüfusun %15,9'u ulusal yoksulluk sınırı altında iken cepten yapılan sağlık harcamaları nedeniyle bu oranın %18,7'e yükseldiği görülmektedir. Dolayısıyla cepten sağlık harcamalarının Tunus nüfusunun %2,8'inin yoksullaşmasına sebep olduğu açıkça görülmektedir (İsmail ve Arfa, 2022: 112).

Türkiye ele alındığında ise “*Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*”nda yer alan hükümler iş kazasının yanı sıra meslek hastalığı ve salgın hastalık gibi durumlara karşı vatandaşları koruduğundan yoksul kesimin sağlık harcamaları nedeniyle sorun yaşamasının (katastrofik harcamalar yönüyle) önüne geçildiği yönünde görüşler bulunmaktadır (Atasever vd., 2018: 27). Ancak 2003-2005 yılları arası veriler analiz edilerek yapılan bir çalışma, Türkiye'deki hane halklarının cepten sağlık harcamalarını hakkaniyet yönüyle ele almış ve bu konuda dikey hakkaniyetin olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Buna göre bu tür harcamaların ortaya çıkardığı yük en çok yoksul kesim tarafından üstlenmiştir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2010: 60). Dolayısıyla Türkiye'de yaşayan yoksul kesimin artan cepten sağlık harcaması nedeniyle üzerindeki mali yükün arttığı ve dolayısıyla da bu kesimin yoksulluk riskiyle karşılaştığı görülmektedir. Bu nedenle de uygulanacak politikaların koruyucu düzenlemeler şeklinde uygulanması yoksullar üzerindeki mali yükün azaltılmasına katkıda bulunacaktır (Çınaroğlu, 2018: 890). Nitekim nadir hastalık sahibi 452 kişiye uygulanan araştırmada da katılımcıların %34,51 (156)'sı fiyatların yüksekliğinden kaynaklı ilaç alamadığını, %46,68 (211)'i ise hizmet alamadığını vurgulamıştır. Ayrıca katılımcıların %39,38 (178)'i de sağlık hizmeti almak için özel hastaneye gitmek zorunda kaldığını ifade etmiştir (SEPD, 2021: 14). Bu durum yoksul kesimin sağlığını kaybetmesi riskini de gündeme getirmektedir.

Sağlık sisteminin finansmanı adalet açısından oldukça önemli olduğundan planlamacı ve politikacılar için bu konu karmaşık bir hal almaktadır (Yardım vd., 2010: 32). Türkiye'nin 2020 yılı sağlık harcamalarına bakıldığında, 249 milyar 932 milyon Türk Lirası (TL)'lik bir tutarın meydana geldiği ve bu tutarın %79,2'sinin genel devlet bütçesi tarafından karşılandığı görülmektedir. Cepten yapılan sağlık harcaması tutarına bakıldığında ise hane halklarının cebinden çıkan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı %16 (40 milyar 105 milyon TL) olmuştur (TÜİK, 2021). Bu noktada Türkiye'deki hanelerin harcama dilimlerine göre özelliklerini vermek (Tablo 4) yerinde olacaktır.

Tablo 4. Türkiye'deki Hanelerin Harcama Dilimlerine Göre Özellikleri

Değişken	1. %20	2. %20	3. %20	4. %20	5. %20
• Sağlık Sigortası Olan Hane Reisi Oranı (%)	73,5	80,9	86,4	90,6	95,2
• Ortalama Hane Halkı Toplam Harcaması*	509,89	834,41	1.105,72	1.482,33	2.715,16
• Bir Ödeme İçin Ortalama Hane Halkı Kapasitesi*	305,46	583,42	836,10	1.201,93	2.431,52
• Ortalama Hane Halkı Cepten Sağlık Ödemesi*	7,36	15,40	19,25	32,77	70,18
• Cepten Sağlık Harcamalarının Toplam Aylık Harcamalar İçindeki Payı (%)	1,44	1,85	1,74	2,21	2,58
• Ödeme Gücünde Cepten Sağlık Harcaması Payı (%)	2,41	2,64	2,30	2,73	2,89
• Katastrofik Sağlık Harcaması Olan Haneler (%)	0,5	0,9	0,6	0,5	0,5

Kaynak: (Yardım vd., 2010: 29).

* (Satın Alma Gücü Paritesine göre USD, 2006)

Tablo 4 verileri ışığında, sağlık sigortası olan hanelerin sayısına bakıldığında en düşük beşte birlik kesimde yer alanların %73,5 oranında olduğu görülmektedir. En yüksek beşte

birlik dilim ele alındığında ise bu oran %95,2'ye kadar yükselmektedir. Ortalama hane halkı cepten sağlık harcaması miktarına bakıldığında ise en düşük beşte birlik kesimin 7,36 USD, en yüksek beşte birlik kesimin ise 70,18 USD harcama yaptığı görülmektedir. Bu duruma benzer bir tablonun da cepten sağlık harcamalarının toplam aylık harcamalar içindeki payında ortaya çıktığı görülmektedir. Dolayısıyla en üst dilimde yer alan kesimin hem miktar hem de oransal olarak daha yüksek harcama yaptığı görülmektedir. Ancak bu harcamaların katastrofiye sebep olma durumu ele alındığında ise her iki kesimde de %0,5'lik bir oran ortaya çıkmakta fakat bu durumun yoksul kesimi daha fazla etkilediği görülmektedir.

Cepten sağlık harcamalarının etkileri kişinin içinde bulunduğu sosyoekonomik duruma göre şekillenmekte ve çoğunlukla yoksulluk riski üzerinde önemli etki yaratmaktadır. Bu nedenle, kırsal bölgelerde yaşayan hanelerin kentsel bölgelerde yaşayan bireylere göre 2,5 kat daha fazla katastrofiye uğrama ihtimali bulunmaktadır. Ayrıca hanede yaşlı veya özürlü birey bulunması bu riski artırmaktadır (Yardım vd., 2010: 31-32). Yine sigortasız yoksul hanelerin yüksek gelirli sigortalı hanelere nazaran katastrofiye düşme ihtimalleri daha yüksektir (Lara ve Gómez, 2011: 97). Türkiye özelinde yapılan bir çalışmanın sonuçları da yoksul hanelerin yoksul olmayan hanelere göre sağlık hizmetine talip olma oranının daha düşük olduğunu ve bu durumun yoksulları daha savunmasız kıldığını ifade etmektedir. Bu kapsamda, sağlık hizmeti sunumunda finansal ve coğrafi kolaylıklar sağlanması ve yoksul hanelerin sigortalı olma oranlarının artırılması yoksullar için fayda sağlayacaktır (Brown vd., 2014: 217).

Katastrofik harcamaların önlenmesi amacıyla ulusal sağlık finansman sistemlerinin daha etkin şekilde tasarlanması gereksinim duyulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmak ve cepten yapılan harcamaların azaltılmasında faydalı görülmektedir. Özellikle politikacıların bu mekanizmalar yoluyla nüfus kapsamını nasıl genişleteceklerini; yoksul ve dezavantajlı kesimleri nasıl koruyacaklarını; yardım paketlerini nasıl tasarlayacaklarını ve hastaların maliyet paylaşım düzeyini nasıl belirleyeceklerini planlamaları gerekmektedir. Bu kapsamda, sosyal sağlık sigortasının bakmakla yükümlü olunan kişileri ve serbest meslek sahiplerini de kapsayacak şekilde genişletilmesi ile orta ve yüksek gelirli gruplar arasında gönüllü sigortanın kapsamının artırılması sınırlı kamusal kaynakların yoksul nüfusa tahsis edilmesine katkı sunacaktır. Yine vergiye dayalı sistemlerin vergi toplamadaki verimliliği artırılarak mevcut fonların daha etkin kullanılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi ve sağlık bakanlıklarının genel hükümet harcamalarından daha fazla pay alınmasına destek olması yerinde olacaktır. Ayrıca vergiler veya sigorta katkı payları ile toplanan fonların en iyi nasıl bir araya getirileceği, hizmetlerin satın alınması veya sağlanması için en iyi nasıl kullanılacağı ve hizmet sağlayıcılara nasıl ödeme yapılacağı da önem teşkil etmektedir. Son olarak uluslararası dış yardım akışının da artırılması faydalı olacaktır (Xu vd., 2005: 2-5). Nitekim sağlıklı olmak sadece kişinin daha iyi hissetmesini değil aynı zamanda toplumun tamamına da etkide bulunan bir durumu ifade etmektedir (AIHW, 2022b). Bu nedenle sağlık sistemi tasarlanırken, politikacıların oldukça özenli davranması gerekmekte aksi takdirde sağlık sisteminin herhangi bir özelliği insanları yıkıcı bir mali yükü karşı karşıya bırakabilmektedir (Xu vd., 2003: 111). Dolayısıyla tasarlanacak veya revize edilecek sağlık sistemlerinin elde edeceği başarı planlama sürecindeki özen ve titizliğe bağlı olmaktadır.

SONUÇ

Cepten sağlık harcamaları birçok farklı niteliği bünyesinde barındırması gereken bir kavram olarak ön plana çıkmaktadır. Nitekim cepten sağlık harcamalarının seviyesinin sağlık hizmeti taleplerini engellememesi ve aynı zamanda bu hizmetlerin gereksiz kullanımını da önlemesi beklenmektedir. Dolayısıyla birbirinin karşısı bu iki durumun bir arada gerçekleştirilebilmesi için optimum bir harcama seviyesinin tespit edilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde, cepten yapılan harcamaların hane bütçesinde önemli yer almasıyla bireylerin yoksulluğa düşme riski doğmaktadır. Meselenin bu yönü ele alındığında cepten sağlık harcamalarının öngörülen pozitif amaçlarının yanında sosyal refahı olumsuz etkileme ve gelir dağılımında adaletsizliği artırma gibi niteliklere de sahip olduğu görülmektedir. Karşılaşılan olumsuz durumlarla başa çıkabilmek için cepten ödemelerin seviyesine ilişkin alınacak kararların, bireyleri mali felaketten koruyacak ve sistemin verimliliğini artıracak şekilde ele alınması gerekmektedir.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının ortaya çıkaracağı bu sorunların bir başka çözüm noktası ise yoksulluk sorununun ortadan kaldırılmasıdır. Dolayısıyla sorunun tamamen çözülebilmesi adına kaynakların optimum seviyede dağıtılması ile yoksulluğun önlemesi beklenmektedir. Yoksulluk sorunu çözüldüğünde büyük ihtimalle sağlık finansmanı noktasındaki sorunlarda çözülmüş olacaktır. Ancak dünyadaki yoksulluk oranının yüksekliği bu sorunun kısa ve orta vadede çözümlenmesinin oldukça güç olduğunu göstermektedir. Bu yüzden, sağlığın “taşma etkisi” de göz önüne alındığında, yapılması gereken belki de en önemli şey cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksul kesimi maddi deformasyona uğratan kısmına yönelik kapsayıcı programların uygulanması olacaktır. Bu programların uygulanmasında dikkat edilmesi gereken noktalar ise yoksulluk sınırının hemen üzerinde yer alan kesimin ve cepten sağlık harcamalarının önemli bir kısmını oluşturan ilaç ödemelerinin destek sistemine dâhil edilmesi olacaktır. Nitekim uygulanacak destek sistemlerinin kapsayıcılığının artırılması (yaşlı, engelli, kronik hasta, nadir hastalığa sahip vb.) daha yüksek seviyede başarının kapısını aralayacaktır.

Son yıllarda, gelişmiş ülkelerde cepten sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı azalıyor gibi görünse de bu harcamalar özellikle de az gelişmiş ülkelerdeki yoksulluğun önemli etkileyicilerinden biri olmuştur. Nitekim Bangladeş, Mısır, Şili, Uganda, Hindistan, Etiyopya, Pakistan, Malavi ve Tunus örneklerinde de görüldüğü gibi cepten sağlık harcamaları belirli kesimlerin yoksullaşmasını da beraberinde getirmiştir. Ayrıca Etiyopya örneğinde görüldüğü gibi kamusal müdahalenin ortaya çıkardığı sağlık çıktılarının (hane halkı harcamalarının önlenmesi, yoksulluk ve ölüm vakalarının azalması gibi) önemli faydalarının olması sağlık yönüyle yoksul kesimin desteklenmesini gerektirmektedir. Son olarak cepten sağlık harcamaları ile yoksulluk ilişkisine dair yapılan literatür taraması kapsamında elde edilen sonuçlar ve dikkat edilmesi gereken noktaları sıralamak gerekirse;

- Kayıt dışı çalışanların kayıt altına alınarak gelecekteki yoksulluklarının önlenmesi, özellikle de orta ve yüksek gelirli gruplar arasındaki isteğe bağlı sigorta kapsamının genişletilerek sınırlı kamu kaynaklarının daha çok yoksul nüfusa yönlendirilmesi,
- Vergiye dayalı sistemlerin vergi toplamadaki verimliliği artırılarak, mevcut fonların daha etkin ve verimli şekilde kullanılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi ve bu sayede sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması,

- Aile reisi çalışmayan, kırsal bölgelerde yaşayan, sigortasız, çocuklu ve kronik hastaya sahip hanelerin sağlık harcamalarına yönelik desteklere öncelik verilmesi,
- Uluslararası yardım akışının özellikle de yoksul kesimlere/bölgelere yönlendirilmesi,
- Sağlık hizmeti sunumunda finansal ve coğrafi kolaylıkların sağlanması,
- Cepten yapılan sağlık harcamalarının yoksullaşmaya sebep olduğu bilinerek gerekli düzenlemelerin yapılması, özellikle de devletin gerçekleştirdiği sağlık harcamalarının ve özel sağlık sigortalarının yoksul haneleri kapsayıcılığının artırılması,
- Yoksullar ve yoksulluk sınırının hemen üzerinde yer alan kesime yönelik Hindistan'da uygulanan mali koruma programı benzeri program ve uygulamalara yer verilmesi,
- Özellikle reçeteli ilaçlara ek sübvansiyon verilmesi (düzenli kullanım gerektiren reçetesiz ilaçlara yönelik düzenlemelerin de gözden geçirilmesi),
- Yoksulların devlet tesislerine erişimini artırmak için ek kaynakların ayrılması (bütçe tahsisleri, verimli tedarik sistemleri vb.) şeklindedir.

Cepten yapılan sağlık harcamaları noktasında en kalıcı çözüm yoksulluğun tamamen ortadan kaldırılması olacaktır. Bu durumun mümkün olmaması yoksulluğun kabul edilebilir düzeylere taşınmasını da önemli hale getirmektedir. Bu noktada yapılması gereken şey ise devletlerin temel görevlerini (kaynak ayırımı, gelir dağılımı, ekonomik istikrar ve sürdürülebilir kalkınma) başarıyla yerine getirmesi olacaktır. Aksi durumda cepten sağlık harcamalarının yoksulluk üzerinde yarattığı etkilerin ortadan kaldırılması oldukça zor görünmektedir.

KAYNAKÇA

- Ahid, S. (2022). Impact of Out-of-Pocket Costs on Catastrophic Healthcare Expenditures, *Value in Health Regional Issues*, 30, 170-171.
- Alan, S., Crossley, T.F., Grootendorst, P. and Veall, M.R. (2002). The Effects of Drug Subsidies on Out-of-Pocket Prescription Drug Expenditures by Seniors: Regional Evidence from Canada, *Journal of Health Economics*, 21(5), 805-826.
- Arı, H.O. (2018). Türkiye'de Sağlık Harcamaları: Ulusal Sağlık Hesapları Sonuçlarının Genel Değerlendirmesi 1999-2016. TUSPE Analiz 2018/4, TUSPE Yayınları: Ankara.
- Asian Development Bank (2012). The Impact of Out-of-Pocket Expenditures on Poverty and Inequalities in Use of Maternal and Child Health Services in Bangladesh. ADB RETA 6515 Country Brief Series, December.
- Atasever, M., Karaca, Z., Sanisoğlu, S.Y., Alkan, A. ve Bağcı, H. (2018). Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları ve Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı ile İlişkisi. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 22-30.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2022a). Health Expenditure. Retrieved October 16, 2022, from <https://www.aihw.gov.au/reports/health-welfare-expenditure/health-expenditure>
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (2022b). Health & Welfare Expenditure. Overview. Retrieved October 16, 2022, from <https://www.aihw.gov.au/reports-data/health-welfare-overview/health-welfare-expenditure/overview>

- Aydın, M. ve Şiriner, İ. (2022). “Kamu Ekonomisi Perspektifinden Sağlık Okuryazarlığı”. M. Aydın, İ. Şiriner ve Ş.A. Koç (eds.). *Global Agenda in Social Sciences Global Studies Vol.9.* (s. 459-492). 1. Baskı, IJOPEC Publication: London.
- Aydın, M. ve Türgan, T. (2011). Yoksullukla Mücadelede Vergi Politikası ve Türkiye. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1). 249-274.
- Bashir, S., Kishwar, S. and Salman. (2021). Incidence and Determinants of Catastrophic Health Expenditures and Impoverishment in Pakistan. *Public Health*, 197, 42-47.
- Bedado, D., Kaso, A.W. and Hailu, A. (2022). Magnitude and Determinants of Out of Pocket Health Expenditure among Patients Visiting Outpatients in Public Hospitals in East Shoa Zone, Ethiopia, *Clinical Epidemiology and Global Health*, 15, 1-6.
- Bellù, L.G. and Liberati, P. (2005). Impacts of Policies on Poverty The Definition of Poverty. Easypol, Module 004, Food and Agriculture Organization of the United Nations.
- Bijlmakers, L., Wientjes, M., Mwapasa, G., Cornelissen, D., Borgstein, E., Broekhuizen, H., Brugha, R. and Gajewski, J. (2019). Out-of-pocket Payments and Catastrophic Household Expenditure to Access Essential Surgery in Malawi - A Cross-sectional Patient Survey. *Annals of Medicine and Surgery*, 43, 85-90.
- Bora Başara, B. ve Şahin, İ. (2008). Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 26(2), 319-340.
- Boratav, K. (2017). *Emperyalizm, Sosyalizm ve Türkiye*. Dördüncü Basım, Yordam Kitap: İstanbul.
- Brown, S., Hole, A.R. and Kilic, D. (2014). Out-of-Pocket Health Care Expenditure in Turkey: Analysis of the 2003-2008 Household Budget Surveys. *Economic Modelling*, 41, 211-218.
- Bulutoglu, K. (2008). Kamu Ekonomisine Giriş. 7. Baskı, Maliye ve Hukuk Yayınları: Ankara.
- Concern. (2022, February 3). The Top 11 Causes of Poverty Around the World. Retrieved 24 October 2022, from <https://www.concernusa.org/story/causes-of-poverty/>
- Çınaroğlu, S. (2018). Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(1), 876-897.
- Development Initiatives. (2016). Definitions and Measures of Poverty. Briefing. Retrieved October 24, 2022, from <https://devinit.org/wp-content/uploads/2016/07/Definitions-and-measures-of-poverty.pdf>
- Doğan, E. (2020). Cepten Sağlık Harcaması Yapılmasını Belirleyen Faktörler: Mikro Veriler ile Türkiye Örneği. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 20(48), 569-600.
- Dumfries & Galloway. (2020). Causes and Effects of Poverty. *Challenge Poverty Week*, 5th-11th October. Retrieved October 24, 2022, from <https://www.dumgal.gov.uk/media/>

23593/Factsheet-Causes-and-Effects-of-Poverty/pdf/0125-20_Causes_and_Effects_of_poverty.pdf?m=637775983227400000

- Fan, V.Y. and Savedoff, W.D. (2014). The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence. *Social Science & Medicine*, 105, 112-121.
- Friedman, M. (2011). Kapitalizm ve Özgürlük. 2. Baskı, Plato: İstanbul.
- Garcia-Diaz, R. and Sosa-Rub, S.G. (2011). Analysis of the Distributional Impact of Out-of-Pocket Health Payments: Evidence From A Public Health Insurance Program for the Poor in Mexico. *Journal of Health Economics*, 30(4), 707-718.
- Gunarathne, S.P., Wickramasinghe, N.D., Agampodi, T.C., Prasanna, R.P.I.R. and Agampodi, S.B. (2022). Protocol for Systematic Review and Meta-Analysis: Magnitude, Reasons, Associated Factors, and Implications of the Out-of-Pocket Expenditure During Pregnancy. *Public Health*, 206, 33-37.
- Hayat, E., Ertekin, Ş. (2020). OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Dinamik Panel Veri Analizi, *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 55(4), 2739-2757.
- Ismail, S. and Arfa, C. (2022). Effects of Out-of-Pocket Medicine's Spending on Catastrophic Expenditure and Impoverishment in Tunisia. *Value in Health Regional Issues*, 30, 109-118.
- İpek, E. (2019). Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Belirleyicileri: Koşulsuz Kantil Regresyon. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 14 (2), 409-420.
- Keane, M. and Thakur, R. (2018). Health Care Spending and Hidden Poverty in India. *Research in Economics*, 72(4), 435-451.
- Kim, H. and Mitra, S. (2022). Dynamics of Health and Labor Income in Korea, *The Journal of the Economics of Ageing*, 21, 1-16.
- Koch, K.J., Pedraza, C.C. and Schmid, A. (2017). Out-of-Pocket Expenditure and Financial Protection in the Chilean Health Care System - A Systematic Review. *Health Policy*, 121(5), 481-494.
- Lara, J. L. A., & 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.
- Lu, J., Zhang, M., Zhang, J., Xu, C. and Cheng, B. (2021). Can Health Poverty Alleviation Project Reduce the Economic Vulnerability of Poor Households? Evidence from Chifeng City, China. *Computers & Industrial Engineering*, 162, 1-9.
- Ludi, E. (2016). Poverty Brief - Understanding Poverty. Swiss Agency for Development and Cooperation SDC. Retrieved 20 October 2022, from <https://www.shareweb.ch/site/Poverty-Wellbeing/Documents/SDC%20Poverty%20Brief%20160413%20Web.pdf>
- Oğuzhan, G. Ve Kurnaz, M. (2018). Katastrofik Sağlık Harcamaları: Düşük Gelirli Ülke Örnekleri. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2): 25-32.

- Oladosu, A.O., Chanimbe, T. and Anaduaka, U.S. (2022). Effect of Public Health Expenditure on Health Outcomes in Nigeria and Ghana. *Health Policy OPEN*, 3, 1-7.
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2022). Health Spending. Retrieved 9 October 2022, from <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2019). Out-of-Pocket Spending: Access to Care and Financial Protection. Focus On, April. Retrieved 24 October 2022, from <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Focus-on-Out-of-Pocket-Spending-April-2019.pdf>
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2015). “7. Access to Care: Out-of-pocket medical expenditure”. Health At A Glance 2015, Retrieved 20 October 2022, from https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance-2015-41-en.pdf?expires=1666509434&id=id&accname=guest&checksum=2BF4E72713169FC67E61E0E9AB0A145D
- Özgen Narcı, H. (2017). Cepten Sağlık Harcamaları: Dünden Geleceğe Projeksiyon. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(2), 201-228.
- Plümper, T. and Neumayer, E. (2013). Health Spending, Out-of-Pocket Contributions, and Mortality Rates. *Public Administration*, 91(2), 403-418.
- Rashad A, and Sharaf M. (2015). Catastrophic and Impoverishing Effects of Out-of-Pocket Health Expenditure: New Evidence from Egypt. Working Paper 974, Economic Research Forum.
- Sachs, J. (2005). *The End of Poverty*. First Edition, The Penguin Press: USA.
- Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği. (SEPD). (2021). Nadir Hastalıklarla Yaşayan Hanelerin Cepten Yaptıkları Sağlık Harcamaları. Şubat.
- Sarlo, C.A. (2019). The Causes of Poverty. Fraser Institute. Retrieved October 22, 2022, from <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/causes-of-poverty.pdf>
- Shahrawat, R. and Rao, K.D. (2012). Insured yet Vulnerable: Out-of-Pocket Payments and India’s Poor, *Health Policy and Planning*, 27(3), 213-221.
- Shen, Y.-C., & McFeeters, J. (2006). Out-of-Pocket Health Spending between Low- and Higher-Income Populations: Who Is at Risk of Having High Expenses and High Burdens? *Medical Care*, 44(3), 200–209.
- Standing, G. (2020). *Temel Gelir*. C. Demirdöğdü (çev.). 1. Baskı, Tellekt: İstanbul.
- Sullivan, S. (2018). Reel Sosyalizm Sonrası Marx: Yoksulluk, Yolsuzluk ve Bayağılık Üzerine. K. İnal (çev.). 1. Baskı, Yeni İnsan Yayınevi: İstanbul.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021, 8 Aralık). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020: Toplam Sağlık Harcaması 249 Milyar 932 Milyon TL Olarak Gerçekleşti. Erişim: 9 Ekim 2021, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Sağlık-Harcamaları-Istatistikleri-2020->

- 37192#:~:text=Hanehalklar%C4%B1%20taraf%C4%B1ndan%20tedavi%2C%20ila%C3%A7%20vb,%16%2C0%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen H. (2010). Cepten Sağlık Harcamalarının Hakkaniyet Açısından Değerlendirmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 9(1), 53-65.
- Uzun, H. (2018). “Yoksulluğun Toplumsal Yansımaları”. G. Cerev ve B. Yenihan (ed.). içinde Yoksulluk Farklı Boyutlarıyla. (s. 83-98). 1. Baskı, Dora Yayınevi: Bursa.
- Üzümcü, A. & Söğüt, Y. (2020). Kamu Sağlık Harcamaları - İktisadi Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir İnceleme (1983-2019). *Ekonomi İşletme Siyaset ve Uluslararası İlişkiler Dergisi*, 6(2), 275-295.
- Verguet, S., Olson, Z.D., Babigumira, J.B., Desalegn, D., Johansson, K.A., Kruk, M.E., Levin, C.E., Nugent, R.A., Pecenka, C., Shime, M.G., Memirie, S.T., Watkins, D.A. and Jamison, D.T. (2015). Health Gains and Financial Risk Protection Afforded by Public Financing of Selected Interventions in Ethiopia: An Extended Cost-Effectiveness Analysis. *The Lancet Global Health*, 3(5), e288-e296.
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. (2019). Können sich die Menschen ihre Gesundheitsversorgung leisten?. Neue Erkenntnisse über finanzielle Absicherung in der Europäischen Region. Zusammenfassung. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa; 2019. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- World Health Organisation and The World Bank. (2022). Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2021: Executive Summary. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- World Health Organisation. (2022). Constitution. Retrieved October 12, 2022, from <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- Xu K., Evans, D.B., Carrin G. and Aguilar-Rivera A.M. (2005). Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. Technical Briefs for Policy-Makers, Number: 2, WHO/EIP/HSF/PB/05.02, World Health Organization Department of Health Systems Financing Health Financing Policy, Geneva, 1-5.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramardini, R., Klavus, J. and Murray, C.J.L. (2003) Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Yap, A., Cheung, M., Kakembo, N., Kisa, P., Muzira, A., Sekabira, J. and Ozgediz, D. (2018). From Procedure to Poverty: Out-of-Pocket and Catastrophic Expenditure for Pediatric Surgery in Uganda. *Journal of Surgical Research*, 232, 484-491.
- Yardım, M.S., Çilingiroğlu, N. and Yardım, N. (2010). Catastrophic Health Expenditure and Impoverishment in Turkey. *Health Policy*, 94(1), 26-33.
- Yılmaz, G.S. ve Akdede, S.H. (2016). Kamu Sağlık Harcamalarının Etkililiği: Panel Veri Analizi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 85-110.