

# Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet\*

Ece UĞURLUOĞLU\*\* Hacer ÖZGEN\*\*\*

## ÖZET

*Beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri veya hanhalklarını hastalığın finansal yükünden koruma temel amacı ile uygulanan sağlık finansmanı, farklı yollarla toplanan finansal kaynakların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanmaktadır. Hakkaniyetli finansman, bireylerin veya hanhalklarının sağlık hizmetleri maliyetinden dolayı karşı karşıya bulunduğu finansal riskin ödeme gücüne göre dağıtılması anlamına gelmektedir. Ülkelere göre değişen şekillerde kullanılan çeşitli finansman yöntemleri, hakkaniyet açısından etkilere sahiptir. Bu makalede, sağlık finansmanı ve hakkaniyet arasındaki ilişki hakkında bilgi, yatay ve dikey hakkaniyet açısından ve farklı finansman kaynakları itibariyle sunulmaktadır.*

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Finansmanı, Hakkaniyet

## Health Services Financing and Equity

### ABSTRACT

*With the primary purpose of protecting individuals or households from financial burden of unexpected ill health, health financing is ensured by making differential use of financial resources collected in different ways. An equitable health financing system means that the distribution of financial risk faced by individuals or households due to the costs of health care must be in accordance with the ability to pay. A variety of financing methods used in various combinations in different countries have impacts on equity. In this article, information on the relationship between health financing and equity is provided by different financing methods in terms of horizontal and vertical equity.*

**Key Words:** Health Financing, Equity

\* Bu makale 09.09.2008 tarihinde dergiye gönderilmiş, 27.10.2008 tarihinde yayınlanmak üzere kabul edilmiştir.

\*\* Dr. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü

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

## I. GİRİŞ

Bir sağlık sisteminin temel fonksiyonlarından biri, topluma sağlık hizmetleri sunmaktır. Sürdürülebilir bir sağlık hizmetleri sistemi oluşturulması, sağlıkla ilgili dayanıklı ve dayanıksız tüketim mallarına ve sermayeye erişime ve bu tür girdilere yeterli finansal kaynak ayırmaya bağlıdır (WHO 2000; Mossialos, Dixon 2002). Ancak gelişmişlik düzeyi ne olursa olsun, ülkeler sağlığa ayırbilecekleri kaynakların kıt olduğu gerçeği ile yüz yüze olmakla birlikte dünya genelinde sağlık harcamalarında önemli artış yaşanmaktadır (WHO 2000).

Kıt kaynaklar altında artan harcamalar, bireylerin ödeme güçlüğünden dolayı sağlık hizmetlerine erişememe riski ile karşılaşma olasılığına işaret eder. Bu riskin azaltılması veya ortadan kaldırılması gerekliliği, ülkeleri sağlık finansmanına ilişkin düzenlemeler yapmaya yöneltmiştir (WHO 2000; Tiryaki, Tatar 2000). Bu nedenle sağlık sisteminin fonksiyonlarından biri olan sağlık finansmanı, ülkelerin önemli politika gündem maddeleri arasında yer almaktadır.

Bir sağlık sisteminin finansman şekli, sistemin performans göstergelerinden biri olan hakkaniyeti etkileyebilir. Bu nedenle hakkaniyetli bir finansman sisteminin oluşturulması birçok ülkenin sağlık politikası amaçlarından biridir. Finansmanda hakkaniyetin sağlanmasının önemi, sağlıklı ve hasta bireyler arasında risk havuzlama ve farklı gelir düzeyleri arasında risk paylaşımını sağlamasıdır. Böylece sağlıklı bireyler hasta bireylerin hizmet almalarına katkı sağlarken, hasta ve yoksul bireyler hastalığın ve yoksulluğun verdiği yükü mücadele etmek zorunda kalmamış olacaktır.

Bu makalede, sağlık finansmanı ve hakkaniyet arasındaki ilişki hakkında bilgi, yatay ve dikey hakkaniyet açısından ve farklı finansman kaynakları itibarıyla sunulmaktadır. Birinci bölümde, sağlık finansmanı ile ilgili temel kavramlar anlatılmakta ve bunu sağlık hizmetlerini finanse etmede kullanılan yöntemlerin anlatımı izlenmektedir. Üçüncü bölümde, sağlık hizmetlerinde hakkaniyet kavramının tanımı ve finansman yöntemlerinin hakkaniyeti nasıl etkilediği, yatay ve dikey hakkaniyet açısından ve ülke örnekleri ile birlikte sunulmaktadır.

## **II. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI**

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratma olarak tanımlanabilir (Gottret, Schieber 2006). Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır (WHO 2000). Dolayısıyla etkili bir sağlık finansmanı, bireylerin ödeme gücü olmadığı için hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilir veya ortadan kaldırabilir (WHO 2000, 2002).

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki temelde kaynakların transferi olarak açıklanabilir. Bu transfer, hizmet sunucuların mal veya hizmet olarak sağlık hizmeti kaynaklarını bireylere transfer etmesi ve bireylerin veya üçüncü şahısların da finansal kaynakları hizmet sunuculara transfer etmesi ile gerçekleşir. Bu işlem, birinci taraf (the first party), ikinci taraf (the second party) ve üçüncü taraf (the third party) kavramları ile açıklanır. Birinci taraf, sağlık hizmetlerini alan bireylerdir ve ikinci tarafa (sağlık hizmeti sunucularına) doğrudan ödeme yapabilirler. Bu, hizmet sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen transferlerin en basit şeklidir (Mossialos, Dixon 2002).

Karmaşık transfer şekli ise, bir üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıdır. Üçüncü taraf ödeyiciler, kamu veya özel sağlık güvencesi sağlayan kurum/kuruluşları içerir ve bunlar gönüllü kuruluşlardan, ticari veya sosyal sigorta programlarına ve ulusal veya yerel düzeyde devlet organlarına kadar farklı şekillerde olabilir (Mossialos, Dixon 2002). Hemen her sanayileşmiş ülkede, özel sigorta pazarının temel sınırlılıklarından dolayı, üçüncü taraf ödeyiciler arasında kamu kurumları ön plandadır ve sağlık hizmetlerinin büyük kısmı toplanan vergilerle devlet tarafından veya toplanan primlerle sosyal sigorta kurumları tarafından karşılanır (Evans 2002). Üçüncü taraf ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizlikten dolayı bireylerin karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılmasını ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamaktır (Mossialos, Dixon 2002).

Sağlık finansmanının işlevlerinden biri, bireylerin sağlık hizmetlerini etkili ve uygun bir şekilde satın alabilmelerini sağlamaktır. Bir diğer işlevi, kaynak

sağlamaktır. Bu işlevin amacı, sağlık sorunları nedeniyle finansal kayıpların meydana gelmemesi için gerekli finansal koruma ve temel hizmet paketlerini sunabilmek için sisteme sürdürülebilir gelir sağlamaktır. Bu gelirlerin etkili ve hakkaniyetli bir şekilde havuzlanarak yönetilmesi gerekir (Schieber 2005).

Risk havuzlama, finansal kaynakların toplanması ve yönetimidir. Böylece sağlık harcamalarının yaratacağı finansal risk, hizmetleri kimin kullandığına bakmaksızın, havuzdaki tüm bireyler tarafından paylaşılır (Gottret, Schieber 2006). Risk havuzlama ile zenginler yoksulları, sağlıklı olanlar hasta olanları, gençler yaşlıları sübvansedeceği için, hakkaniyetli bir finansman sistemi için önemlidir (WHO 2000). Yoksul hanehalklarının sağlık statüsü genellikle daha düşüktür ve ödeme güçleri daha azdır. Bu durum, yoksulların sağlık için doğrudan ödeme yapmaları ve gıda gibi temel ihtiyaçlarında kısıtlama yapmak zorunda kalmaları ile sonuçlanabilir. Ancak risk, örneğin ulusal finansman sistemiyle havuzlanırsa, sağlık ihtiyacı daha fazla olan aileler, sağlık ihtiyacı daha az olan veya ödeme gücü daha fazla olan aileler tarafından sübvansede edilir (Walley et al. 2001). Böylece ödeme gücü düşük olan bireyler veya hanehalkları için sağlık harcamalarının yaratacağı finansal yük, risk havuzlama ile azaltılmış olur.

Etkili bir risk havuzlama için havuzun büyüklüğü önemlidir. Büyük havuzlardan (az sayıda büyük örgütlerden) oluşan bir sistem kullanılacak kaynak miktarını artıracığından, belirsiz sağlık ihtiyaçlarına karşı finansal koruma sağlamak için gerekli katkı düzeyi azalacak ve bireyler ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişim zorluğu yaşamayacaktır (WHO 2000; Carrin, James 2005).

### **III. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ**

Sağlık hizmetleri finansmanı, farklı yollarla toplanan fonların farklı şekillerde kullanımı ile sağlanır. Bu yöntemlerin sınıflandırılmasında bir yaklaşım birliği olmakla birlikte, sağlık hizmetleri finansman yöntemleri aşağıda sıralanan yöntemleri içerir (WHO 2002; Maynard, Dixon 2002; Murthy et al. 2004):

- Vergi gelirleri
- Sosyal sağlık sigortası
- Özel sağlık sigortası
- Tıbbi tasarruf hesabı

- Cepten harcamalar
- Bağışlar

Vergilerle finansman ve sosyal sağlık sigortası kamu kaynaklı finansman, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve cepten harcamalar ise özel kaynaklı finansman olarak değerlendirilir. Kamu ve özel finansman ayrımı açısından bağışlar, bağışı yapan örgütlerin kamu ve özel olmasına bağlı olarak, kamu veya özel kategoride yer alır (Murthy et al. 2004).

Bir ülkede sağlık hizmetleri finansman yönteminin seçimi, o ülkenin sosyal değerlerini ve politika amaçlarını yansıtır. Dolayısıyla hangi finansman yönteminin seçilmesi gerektiğine ilişkin sihirli bir formül olmadığından, mantıklı ve kanıta dayalı bir yöntem ile seçim yapılabilir (Maynard, Dixon 2002). Ayrıca finansman yöntemleri hizmete erişim, verimlilik ve hakkaniyet açısından sağlık sistemi performansını olumlu veya olumsuz şekilde etkileme potansiyeline sahiptir. Bu nedenle sağlık finansman yönteminin seçiminde, etkili risk havuzlama ile bireylerin kamu ve özel sağlık hizmetlerine erişiminin sağlanmasına, bu yöntemlerin etkili, hakkaniyetli ve yönetimi kolay olmasına ve sağlık hizmeti sunucularına uygun ödeme yöntemlerinin geliştirilmesine dikkat edilmelidir (Schieber 2005). Aşağıda bağışlar dışındaki finansman yöntemleri hakkında detaylı bilgi sunulmaktadır.

### **3.1. Vergilerle Finansman**

Beveridge Modeli olarak da adlandırılan vergilerle finansman, günümüz sağlık hizmeti sistemlerinde yaygın olarak başvurulan bir finansman kaynağıdır. Vergilerle finanse edilen sistemler, sağlık harcamalarının çoğunluğunun vergi ödemeleri ile karşılandığı veya vergilerle finanse edilen kısmın diğer bileşenlerden büyük olduğu sistemlerdir. Devlet, bütün vergilerin birleştiği genel vergi gelirleri ile sağlık hizmetlerini finanse eder ve bu desteğin düzeyi ülkelere göre değişir. Farklılığın en önemli nedeni, ekonomik ve siyasi rejim farklılıklarıdır (Evans 2002; Tatar 1996).

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 itibariyle tanımlanan bireyin ödeme gücü, sağlık hizmetlerinin finansmanı için kişisel katkısının belirlenmesine temel oluşturur, ancak sağlık hizmeti alma hakkına temel oluşturmaz. Vergilerle finansmanın yaygın kullanımının olduğu ülkeler arasında Kanada, Finlandiya, İsveç, İngiltere, İtalya, İspanya ve Portekiz yer alır (Evans 2002; Çilingiroğlu 2006).

Vergi gelirlerinin birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlisi, geniş bir nüfusun yaptığı katkıları sağlık risklerini etkili bir şekilde havuzlamada kullanmasıdır. Bireylerin çeşitli zorunlu katkılar ile (gelir vergileri, tüketim vergileri ve sermaye geliri gibi) devlet gelirlerine katkıda bulunması sağlanır ve devlet bu gelirleri sağlık hizmeti sunumunda ve geri ödemesinde kullanır. Böylece sağlık statüsüne bakılmaksızın tüm bireylerden fon toplanır (Evans 2002; Savedoff 2004). Kısaca, vergilerle finansmandaki varsayım, vergilerin adil bir sistemle toplanması, bu toplanan vergilerle verilen sağlık hizmetlerinin gerçekten ihtiyacı olanlar tarafından kullanılması ve sağlık hizmetlerinin de buna göre şekillenmesidir. Ancak bu varsayım her zaman gerçeğe dönüşmeyebilir. Bu nedenle vergilere dayalı finansmanda her zaman etkili bir havuzlama sağlanamayabilir.

Vergilere dayalı finansmanda vergi kaynakları dolaysız ve dolaylı vergiler olarak ikiye ayrılır. Dolaysız vergiler, bireylerin elde ettikleri gelir düzeyine göre doğrudan alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler, gelirle ilişkili olmayan, tüketilen mal ve hizmetler üzerinden alınan vergilerdir. Dolaylı vergiler genellikle mal ve hizmet fiyatının belirli bir yüzdesi itibariyle toplandığı için bireylerin dolaylı vergilerden ne kadar etkileneceklerini tüketim alışkanlıkları belirler (Mossialos, Dixon 2002b).

Ayrıca vergiler ulusal ve yerel olmak üzere iki düzeyde toplanır. Yerel vergilendirme yöntemi daha şeffaf, sorumluluğun daha fazla üstlenildiği, yerel tercihlere yanıt veren ve ulusal önceliklerden sağlığı ayıran özellikleri açısından avantajlara sahiptir. Buna karşın, yerel politikacılar değişim için risk almakta gönüllü olmayacaklarından sağlık harcamalarının yerel bütçelerden yapılmasının durağanlık yaratabileceğine de dikkat çekilmektedir (Mossialos, Dixon 2002). Ayrıca sağlık hizmetleri çok pahalı hizmetler olduğu için yerel yönetimlerin vergi toplama kapasitesinin bu hizmetleri karşılayabilmesi için çok güçlü olması gerekir. Oysa özellikle gelir düzeyinin düşük olduğu yerlerdeki yerel yönetimlerin gerekli finansmanı destek olmaksızın sağlanması oldukça zordur.

Vergileri ulusal olarak toplamanın en önemli avantajı havuzlama ile ilgilidir: sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynak havuzunu genişletir ve yönetimde ölçek ekonomisini sağlar (WHO 2000). Ulusal vergilendirme, sağlık ve diğer kamu alanlarına yapılan harcamalarda hangi alana ne kadar pay ayrılacağı konusunda bir tercih yapmayı gerektirir (Mossialos, Dixon 2002). Bu, vergilerle toplanan fonların nasıl kullanılacağına karar vermede pazarın veya özel kişilerin değil, politik süreçlerin önemli olduğu anlamına gelir. Bu, ilk bakışta bir avantaj olarak görülebilirken, sağlığa ayrılan payın hiçbir ülkede sağlık ihtiyaçlarını karşılayacak düzeyde olmayacağı ve dolayısıyla bu avantajdan her zaman yararlanılamayabileceği de hatırlanmalıdır. Ancak sağlığa ayrılan payın düşük olması durumunda, sağlık amaçlı olarak ayrılan dolaylı vergi kaynakları (sigara, tütün, alkol gibi) artırılabilir ve sağlık harcamaları diğer kamu alanları ile rekabet halinde olmaktan çıkarılabilir (Savedoff 2004). Tütün ve alkol gibi zararlı ürünler üzerine konulan dolaylı vergilerin bir diğer yararı, bu tür maddelerin tüketimini azaltarak sağlığı iyileştirmeye ve sağlık harcamalarını azaltmaya katkıda bulunma potansiyelidir. Ancak bu her zaman gerçekleşmez. Bu maddelerin bağımlılık yaratma özellikleri nedeniyle bireyler sağlıkları için de elzem olan diğer maddelerden vazgeçerek bu tür maddeleri kullanmaya devam edebilir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde her zaman mevcut olan bu durum, kısır bir döngüye neden olacağı için bireylerin sağlık statüsünün korunması/iyileştirilmesine katkıda bulunmayacağı gibi sağlık sektörünün verimliliğini azaltabilir veya istenilen etkiyi sağlamayabilir.

Sağlığa ayrılan kaynağın miktarı kadar, bu miktarın sağlık sektörü içindeki dağılımı da önemlidir. Sektör içindeki dağılımına ilişkin kararlarda personel, malzeme, kırsal-kent, ekonomik gelişmişlik ve sağlık hizmetlerinin türünün de dikkate alınması gerekir. Vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinde kaynakların daha çok tedavi edici hizmetlere ve tıbbi malzemelere tahsis edildiği dile getirilmektedir (Savedoff 2004). Tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, toplumun sağlık statüsünü korumaya ve iyileştirmeye yönelik sağlık hizmetlerine yeterince önem verilmemesi anlamına geldiğinden önemlidir.

### **3.2. Sosyal Sağlık Sigortası**

Bismarck yöntemi olarak da bilinen sosyal sağlık sigortası yaklaşımı, 1883 yılında gönüllülük yapısına sahip mevcut sigorta sisteminin devlet tarafından yürütülmesinin zorunlu hale getirildiği Almanya’da geliştirilmiştir. Avrupa’da sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardımlaşma prensibinin canlandırılması, 1883 yılında Almanya’da kanun haline getirilmesinden çok daha eski bir geçmişe dayanır. Sosyal sağlık sigortası ve sosyal yardım kavramının Batı Avrupa’nın sosyal gelişimini sağlaması Ortaçağda başlamış ve II. Dünya Savaşı sonrasında gelişerek devam etmiştir (Normand, Busse 2002).

Sanayileşme, büyük firma sahiplerini ve bu firmalarda çalışanların meslek örgütlerine başvuru beraberi getirmiştir. İşverenler çalışanlarının daha iyi sağlık hizmetine erişiminin sağladığı faydaları görerek, çalışanlar tarafından düzenlenen hastalık fonlarını desteklemeye başlamıştır. Ancak ortaya çıkan bu modelde kontrol daha çok çalışanlarda olmuş, işverenlerin yönetsel ve finansal katkısı olmamıştır (Busse et al. 2004). Oluşturulan ilk hastalık fonlarının yapılarında ve yöntemlerinde farklılıklar bulunmakla birlikte katkılar çoğunlukla gelire ve ihtiyaç anında hizmete erişime dayalıdır. Hastalık fonları Almanya’da Bismarck tarafından daha geniş ve istikrarlı sağlık sigortası haline getirilmiştir (Normand, Busse 2002).

Sosyal sağlık sigortası yönteminde şirketler, çalışanlar, kendi adına çalışanlar ve devlet, sosyal sağlık sigortası fonuna prim ödemeleri yoluyla katkıda bulunurlar. Şirketlerin ve çalışanların yaptıkları ödemeler genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarıyla ilişkilidir. Kendi hesabına çalışan bireylerin yaptıkları katkılar ise genellikle tahmin edilen gelir ya da sabit bir fiyat üzerinden belirlenir. Devlet ise ödeme gücü olmayan bireyler için katkı yapar (Carrin, James 2005).

Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerini aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Tiryaki, Tatar 2000; Normand, Busse 2002; Doetinchem et al. 2006):

1. Sigorta nüfusun tamamı ya da büyük çoğunluğu için zorunludur. Sosyal sağlık sigortasının ilk dönemlerinde kapsam, şehirdeki büyük firmalarda çalışanlara odaklanmış ve zamanla küçük firmalara, kendi işini yapan bireylere ve çiftçilere genişletilmiştir. Günümüzde, nüfusun çoğunluğu ya



da tamamı için zorunlu hale gelmiştir. Ancak Hollanda'da olduğu gibi bazı ülkeler yüksek gelirli bireyleri sosyal sağlık sigortası kapsamına almamakta (2007 yılından önce) ya da Almanya'da olduğu gibi belli grupların özel sigorta kapsamı altına alınmasına olanak tanınmaktadır.

2. Seçenekli ya da seçeneksiz ve risk havuzlu ya da risk havuzsuz çeşitli fonlar bulunmaktadır. Bazı ülkelerde bireyler fonlara, buldukları coğrafi bölgeye, mesleğe ya da her iki koşula dayanarak üye oldukları için, bu ülkelerde birden fazla hastalık fonu bulunmaktadır. Ancak seçenek sayısı azdır. Bazı ülkelerde ise, rekabeti arttıran fakat aynı zamanda herkesin hizmete erişiminde eşitliği sağlamada potansiyel güçlük yaratan fonlarda seçenek sayısı daha fazladır. Örneğin, hastalık fonları düzenlenmesinde dört farklı seçenek vardır:
  - a) Bir ülkenin tüm nüfusu için tek bir fon.
  - b) Bir ülkede farklı bölgelerde yaşayan nüfus için ayrı fonlar.
  - c) Sigortalılar için rekabet oluşturmayan ancak aynı bölgede yaşayan nüfus için farklı fonlar.
  - d) Çok sayıda ve rekabet halinde olan fonlar.
3. Üyelere seçenek özgürlüğü tanınırken, sağlık hizmetleri sunucuları arasında rekabet yaratılır. Sosyal sağlık sigorta programları arasında da rekabet oluşabilir. Bu rekabet etkililiğin artması ve hizmet kalitesinin iyileşmesine katkıda bulunabilir.
4. Devlet tarafından işsiz bireyler için yapılan katkılar genellikle hastalık fonları ile yürütülmektedir. Her sosyal sağlık sigortası sisteminde bazı bireylerin devlet desteğine ihtiyacı vardır. Bu bireyler için katkı sosyal sağlık sigortası tarafından sağlanırsa, risk havuzunun büyüklüğü artabilir, herkesin aynı hizmeti alması sağlanabilir ve yoksul bireyler için daha az hizmet sunma olasılığı azalabilir.
5. Sigortalının ödeyeceği prim miktarı maaşı üzerinden belli bir oranda kesildiğinden prim düzeyi ile kişinin yaş, cinsiyet gibi özellikleri ve sağlık statüsü arasında bir bağ kurulmaz, tüm primler bir havuzda toplanır ve buradan ihtiyacı olanlar için kullanılır. Bu durumda, düşük risk grupları yüksek risk gruplarını sübvans eder. Bir başka ifadeyle, sosyal sağlık sigortası sistemleri dayanışma prensibine, gelir düzeyine ve ihtiyaçlara göre belirlenen haklara dayanır: fonlar sağlıklıdan hastaya (risk dayanışması),

zenginden yoksula (gelir dayanışması), gençlerden yaşlılara ve küçük ailelerden büyük ailelere akar.

6. İşverenler ve çalışanlar katılım payı öder ve fonları yöneterek sorumlulukları paylaşırlar.

Genel vergi ve sosyal sağlık sigortası ile finansmanın ortak özelliği, bireylerin sağlık finansmanına dolaylı olarak katkıda bulunmasıdır (O'Donnel et al. 2008). Ancak yukarıda belirtilen özellikleri dikkate alındığında, sosyal sağlık sigortasının bazı temel özellikleri ile vergilerle finansmandan ayrıldığı görülmektedir. Özetle bunlar, 1) bağımsız veya yarı bağımsız sigorta fonlarının olması, 2) bireyin ödeme gücüne bağlı olarak belirlenen, işçi ve işveren tarafından yapılan zorunlu katkıların olması ve toplanan katkıların belli amaçlar için kullanılmak üzere ayrılmış olması ve 3) sigortalı nüfusun sağlık hizmetleri ile ilgili haklarının tanımlanmasıdır (Gottret, Schieber 2006).

Bu finansman yöntemi, dünya genelinde 60'dan fazla ülkede kullanılmaktadır. Ayrıca 27 ülke, sosyal sağlık sigortası yöntemini kullanarak genel sağlık sigortasını uygulamaktadır (Carrin, James 2004; Gottret, Schieber 2006). Sosyal sağlık sigortası yöntemi özellikle OECD ülkeleri arasında yaygın olmakla birlikte, Latin Amerika ülkeleri ve Fas, Tunus, Kenya gibi diğer gelişmekte olan ülkelerde de kullanılmaktadır (Gottret, Schieber 2006). Ancak sosyal sağlık sigortasının finansmanında vergiler de kullanılır. Bu nedenle Hollanda, Belçika ve Lüksemburg'da olduğu gibi, sosyal sağlık sigortası programları vergi gelirleri ile sübvans edildiğinde, sosyal sağlık sigortası ile finansmanın ne kadarının vergi gelirleri ile sübvans edildiği önem kazanır (Normand, Busse 2002). Dolayısıyla sosyal güvenlik programlarının sübvans edildiği Türkiye'de de, sosyal güvenlik katkıları ile yapılan sağlık finansmanı ele alınırken sübvansiyonların payının dikkate alınması yararlı olacaktır.

### 3.3. Özel Sağlık Sigortası

Kar amaçlı bir finansman yöntemi olan özel sağlık sigortası, farklı ülkelerde farklı roller üstlenir. Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflandırmasına göre (2004), özel sağlık sigortası beş farklı rol üstlenir: baskın/dominant (dominant), zorunlu (compulsory), ikame edici (substitutive), tamamlayıcı (complementary), ilave edici (supplementary). Örneğin, özel sağlık sigortası ABD'de tüm çalışan nüfus için (dominant) ve İsviçre'de tüm nüfus için zorunludur (zorunlu özel sigorta). Hollanda, Belçika ve Almanya'da kamu

sağlık güvencesi programları tarafından sağlanan imkanlardan kısmen veya tamamen kapsam dışı bırakılan ve kamu sisteminden çıkma olanağı olan bireyler tarafından satın alınır (ikame özel sigorta). Örneğin, 2007 yılından önce yıllık 30.700€ üstünde geliri olan Hollanda vatandaşları ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyler zorunlu sağlık sigortasından muaftır. Almanya'da ise yıllık 45.900€ geliri olan çalışanlar ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyler zorunlu sağlık sigortasından çıkma seçeneğine sahiptir. Kanada, Fransa ve İtalya'da kamu sağlık güvencesi programları tarafından kapsanan veya kısmen kapsanan hizmetler için satın alınır (tamamlayıcı özel sigorta). Finlandiya, Yunanistan ve İngiltere'de ise, kamu sağlık güvencesi programları ile aynı mal/hizmet kapsamının sunulduğu ancak hizmet sunucu tercihinin genişletildiği özel sigorta satın alınır (ilave özel sigorta) (WHO 2004; Thomson, Mossialos 2004; Sekhri, Savedoff 2005).

Özel sağlık sigortasında primlerin hesaplanma şekilleri bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenebilir. Primlerin bireysel riske göre belirlenmesinde, sigortalanma talebi olan bireyin olası sağlık riskleri aktüeryal hesaplamalar ile değerlendirilir (Mossialos, Dixon 2002). Aktüeryal hesaplama ile yaş ve cinsiyet değişkeni esas alınarak ve hizmetin kullanılma sıklığı dikkate alınarak, bireyin yararlanabileceği hizmetlerin sigorta şirketlerine olası maliyetleri hesaplanır. Bireylerin risk profillerini ortaya çıkaran bu hesaplama dayalı olarak, ödeyecekleri prim miktarı hesaplanır (Özsarı 2003). Anlaşmaların işverenler tarafından yapıldığı durumlarda bu hesaplama, o işyerinde çalışan grubun ortalama riskine göre belirlenir. Toplumsal riske göre belirlenen primler ise, bir coğrafi bölgede yaşayanların ortalama riskine göre ayarlanır (Maynard, Dixon 2002).

Özel sağlık sigortasının uygulamadaki en önemli yararı, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak tanıyarak, sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için kullanılmasına olanak tanınmasıdır. Ayrıca özel sağlık sigortası bireylerin/hanehalklarının sağlık hizmetleri kullanımını sonucu yapacakları yüksek miktarlarda cepten harcamaların finansal yükünü azaltmaya ve dolayısıyla cepten harcamaların yaratacağı finansal riske karşı korumaya olanak tanır (WHO 2004; Sekhri, Savedoff 2005).

Özel sağlık sigortasının başarılı olması için bazı düzenlemeler yapılması gerekir. Ancak düzenlemeler yapılsa da, özel sağlık sigortası sağlık

hizmetlerinin finansmanı için tek başına etkili bir yöntem değildir. Özel sağlık sigortası pazarları çeşitli nedenlerle verimli çalışmamaktadır. Bu nedenler aşağıda belirtilmektedir (Maynard, Dixon 2002):

- Sağlık statüsü kötü olan, kalıtsal veya kronik hastalığı bulunan veya yaşlı olan bireylerin sigortalanmasında kısıtlılıklar getirebilir (risk seçimi).
- Bireyler, sağlık statüleri hakkında sigorta şirketinden daha fazla bilgiye sahip olabilir (bilgi asimetrisi) ve bu bilgileri gizleyebilir. Bu durumda, yüksek riskli bireylerin seçimi söz konusu olabilir (ters seçim—adverse selection).
- Birey sigortalandıktan sonra risk alıcı davranışlar içine girebilir veya sağlık hizmetine olan ihtiyacını etkileyebilir (ahlaki tehlike—moral hazard).

Sağlık hizmetlerine ihtiyacı olacağını bilen bireylerin sigortayı tercih etme oranları daha fazla olduğu için, sigortalar genellikle bireysel riske göre oranlanır ve hizmeti kullanma riski daha yüksek olan bireylerin primleri daha yüksek belirlenir. Bunun sonucu olarak özel sağlık sigortalarının daha az sağlık hizmeti ihtiyacı olan genç ve sağlıklı bireyler lehine çalıştığı söylenebilir (Maynard, Dixon 2002).

Özel sağlık sigortasının bir diğer dezavantajı primlerin toplumsal riske göre belirlendiği durumlarda görülmektedir. Daha sağlıklı bireyler, toplumsal riske göre belirlenmiş prim oranlarını yüksek bularak, bireysel riske göre belirlenmiş bir sigortayı tercih edebilir. Bu durumda geriye kalan daha az sağlıklı bireylerin sigorta primlerini ödemesi güçleşebilir. Bu nedenle tüm nüfusu kapsayan tek bir havuzlama sisteminin olmadığı durumlarda havuzlamayı düzenleyecek kuralların çok iyi belirlenmesi gerekir. Aksi halde piyasanın bölünmesi, piyasadaki kaymağın toplanması (cream skinning) ve bazı risk gruplarının izole edilmesi söz konusu olabilir (Maynard, Dixon 2002). Ayrıca özel sağlık sigortasına olan talep, kişi başına gelirin düşük ve sağlık sigortası primlerinin yüksek olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde sınırlıdır (Orhaner 2000).

### **3.4. Tıbbi Tasarruf Hesapları**

Bireylerin sağlık güvencesi kapsamına alındıktan sonra ahlaki tehlike ile ortaya çıkan talep kaynaklı maliyet artışı, tıbbi tasarruf hesabı yaklaşımının başlangıcını oluşturmuştur. Tıbbi tasarruf hesabı, “talep” odaklı bir yaklaşımdır ve sağlık hizmetleri kullanımını azaltma, kaliteyi artırma ve kamu

harcamalarını azaltma temel amaçları ile kullanılır. Bir başka ifadeyle, bu hesap, bireylerin sağlıkla ilgili harcamalarını kontrol ederek, gelecekteki sağlık harcamaları için para tasarruf etmelerini sağlamak amacıyla oluşturulan vergiden muaf bir hesaptır (Shortt, 2002; Byrne, Rathwell 2005). Bu yöntem, 1984 yılında ilk kez kurulduğu Singapur dışında Güney Afrika, ABD, Çin, Kanada gibi birçok ülkede uygulanmaktadır.

Bu yöntemde, bireyler veya işverenleri veya her ikisi birlikte, mevcut durumda sağlık amaçlı harcanan parayı sağlık harcamalarını karşılamak için açılan bir tıbbi tasarruf hesabına yatırır. Bu konudaki uygulamalar ülkeler arasında farklılık göstermektedir ve çoğunlukla diğer finansman yöntemleri ile desteklenir. Örneğin, Singapur'da gelir düzeyi çok düşük olan kesim için hükümet tarafından finanse edilen bir güvenlik ağı (Medifund) veya vergilerle finanse edilen hizmetler (Hong Kong önerileri) ile desteklenir. Primler, bazı ülkelerde tüm nüfus veya toplumun belli bir kesimi için zorunlu olurken (Singapur-Medisave ve Çin), bazılarında gönüllü olabilmektedir (ABD ve Güney Afrika) (Dixon 2002).

Amerika'da bireyler bu yaklaşımı üçüncü taraf sigorta seçeneklerine bir alternatif olarak tercih edebilmektedir. Örneğin, Medicare<sup>1</sup> programı tarafından kapsanan bireyler Medicare programının geri ödemeleri üstlenmesini veya Medicare programındaki kendi paylarını özel sektörden hizmet satın almak için tıbbi tasarruf hesabına yatırmayı tercih edebilirler. Tıbbi tasarruf seçeneğini tercih eden bireyler için, Medicare fonları öncelikle bireyin seçtiği yüksek katılım eşikli katkı payını<sup>2</sup> (deductible) aşan tüm harcamaları kapsayan bir sigorta satın almak için ayrılır. Medicare fonunda kalan miktar, katılım eşikli katkı payı altında kalan sağlık harcamalarında kullanılmak üzere tasarruf hesabına aktarılır. Örneğin, 2002 yılında Medicare kapsamındaki bireylere kişi başına yılda yaklaşık 7.200\$ harcama yapılması öngörülmüştür (Ferrara 1996). Araştırmalara göre, bir birey yaklaşık 5.700\$ karşılığında 3.000\$'lık katılım eşikli katkı payı olan bir katastrofik sigorta poliçesi satın alabilmektedir (Litow 1995). Bu durumda, her yıl bireyin tıbbi tasarruf hesabına yatırılacak miktar 1.500\$'dır. Birey, sağlık harcamalarını öncelikle bu hesaptaki paradan karşılar

<sup>1</sup> Medicare, Amerika Birleşik Devletleri'nde temel sosyal sağlık sigortası programıdır. Bu program, 65 yaş ve üzeri bireylerin ve yaşa bakmaksızın kronik böbrek yetmezliği olan bireylerin sağlık harcamalarını karşılamaktadır.

<sup>2</sup> Katılım eşikli katkı payı, bireyin bağlı bulunduğu sağlık güvencesi programının geri ödeme için devreye gireceği eşik değer öncesinde bireylerin ödemek zorunda olduğu miktardır.

ve harcamalarının 1.500\$'ı aşması durumunda 3.000\$'lık katılım eşikli katkı payına ulaşıncaya değin cepten harcama yapmak zorunda kalır. Katılım eşikli katkı payına ulaşılması durumunda ise, birey hiçbir harcama yapmaz. Hesaptaki paranın kullanılıp kullanılmadığına bakılmaksızın, sonraki yıl aynı bireyin tıbbi tasarruf hesabına 1.500\$ tekrar yatırılır (Ferrara 1996).

Her ne kadar para tasarruf hesabında saklanıyor ve hesap bireysel olsa da ve dolayısıyla risk havuzlama veya risk paylaşımı olmasa da, tıbbi tasarruf hesabı, ön ödeme ve hizmet başına ödemenin karışımıdır. Ön ödeme mekanizması, bireylerin ya da hanehalklarının riskleri paylaşmak için üçüncü taraf ödeyicilere gönüllü ya da zorunlu olarak yaptıkları ödemelerdir (WHO 2000). Dolayısıyla tıbbi tasarruf hesabının en önemli avantajı, bireylerin bir dönemde hesapta kalan kullanılmayan parayı tutabilmeleri ve gelecekteki harcamaları için kullanabilmeleri ve cepten harcamaların yaratacağı finansal riski ortadan kaldırmalarıdır. Bu da, bireylerin sağlık harcamalarını kontrol etmeleri ve maliyet bilinci geliştirebilmelerine yardımcı olmaktadır. Sonuç olarak, bu hesapların ahlaki tehlikeyi azaltacağı, sigortanın verimliliğini arttıracacağı, tüketici tercihlerini arttıracacağı ve sağlık harcamalarını azaltacağı yönünde görüşler dile getirilmektedir (Dixon 2002; Ferrara 1996).

Tıbbi tasarruf hesabının yukarıda bahsedilen olumlu yönlerine karşın olumsuz etkilerine de işaret edilmektedir. Bu olumsuz etkiler, maliyet kontrolüne izin vermemesi, tahsis ve teknik verimliliği sağlamaması, hizmet sunucular arasındaki rekabetin klinik kalite ya da fiyatta değil, yüksek teknoloji malzeme ve otelcilik hizmetlerinde yaşanması, sağlıklı bireyler bu yaklaşımı kullanacağından geleneksel ön ödeme programları açısından ters seçime neden olması ve dolayısıyla maliyetlerin artması, gerekli hizmetlerin kullanılmasının engellenmesi ve hakkaniyetin sağlanamamasıdır (Dixon 2002; Shortt 2002; Gramm 1994; Pauly, Goodman 1995; Forget et al. 2002; Cannon 2006). Tıbbi tasarruf hesaplarının doğduğu ve çok iyi uygulandığı Singapur'da da, bu hesapların sağlık harcamalarını azaltmadığı, aksine artırdığı raporlanmıştır (Hsiao 1995). Ancak tıbbi tasarruf hesapları, teorik olarak, talebin kontrol edilmesine odaklı olduğu için, sağlık harcamalarının azaltılmasının arz ile ilgili düzenlemeleri de içermesi gerektiği ve bu nedenle bu hesapların başarısız olduğunun altı çizilmektedir (Shortt, 2002; Cannon, 2006). Tıbbi tasarruf hesaplarının standart bir uygulama şekli olmadığından, bu hesapların ne ölçüde etkili bir finansman kaynağı olduğunu değerlendirmek mevcut durum itibariyle güçtür (Byrne, Rathwell 2005).

### **3.5. Cepten Harcamalar**

Tanım olarak cepten harcama, “doğrudan hastalar veya hanehalkları tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemedir” (WHO 2004). Bu tanım, cepten harcamaların ön ödeme mekanizmasının olmadığı ve harcamaların hizmetin alındığı anda doğrudan hizmet sunucuya yapıldığı bir finansman kaynağı olduğuna işaret eder. Ödemenin doğrudan hizmet sunucuya (ikinci tarafa) yapılması özelliği ile cepten harcamalar, sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı sürecinde gerçekleşen kaynak transferinin en basit şeklidir.

Cepten harcamalar, doğrudan/tam ödeme, katkı payı (co-payment) ve katılım eşikli katkı payından (deductible) oluşan formal ödemeleri ve informal ödemeleri içermektedir (WHO 2004). Doğrudan ödemeler, alınan sağlık hizmetlerinin herhangi bir geri ödeme kurumu tarafından karşılanmadığı durumlarda hizmet bedelinin tamamı için yapılan ödemedir (Mossialos, Dixon 2002). Katkı payları, bir sağlık güvencesi programı kapsamında olan bireylerin aldıkları sağlık hizmeti bedelinin belirli bir miktarı için yaptıkları ödemelerdir. Katılım eşikli katkı payı, daha önce de belirtildiği gibi, bireyin bağlı bulunduğu sağlık güvencesi programının geri ödeme için devreye gireceği eşik değer öncesinde bireylerin ödemek zorunda olduğu miktardır. Örneğin, katılım eşikli katkı payı 500 YTL ise, kişi bir yıl boyunca aldığı sağlık hizmetleri için 500 YTL’ye kadar olan kısmını cepten ödemekte, 500 YTL’yi aşan sağlık hizmetleri için geri ödeme kurumu devreye girmektedir.

İnformal ödemeler, “sağlık güvencesi kapsamında olan kişiler tarafından yasal olarak tanımlanan ödemenin dışında hizmet sunuculara yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (Belli et al. 2002). Bu tür ödemeler, aynı (hediye ve aynı katkı) ve nakdi olarak yapılabilmektedir. Örneğin, sağlık personeline doğrudan elden verilen para bir informal nakit ödemedir. Sağlık personeline verilen çiçek, çikolata gibi hediyeler için yapılan ödemeler hediye ödemelerine ve laboratuvar tetkiki gibi hastanede yatarken dışarıdan sağlanan sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için yapılan ödemeler aynı katkı ödemelerine örnektir (Gaal et al. 2006).

#### **IV. SAĞLIK HİZMETLERİNDE HAKKANİYET**

##### **4.1. Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet Tanımı**

Sağlıkta eşitlik (equality) ve hakkaniyet (equity) kavramları farklı anlam taşımaktadır. Eşitlik kavramı kısaca matematiksel eşitlik olarak tanımlanmaktadır (Braveman 2003). Daha açık bir tanım, Gakidou ve arkadaşları tarafından (2000) “bir toplumda sağlık açısından bireyler arasında farklılık olmaması” olarak yapılmıştır. Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grubun doğuştan beklenen yaşam süresi aynı ise, eşitlikten söz edilir. Hakkaniyet kavramı ise kısaca “adil” (fair) anlamına gelir (Braveman, Gruskin 2003). Bir başka ifadeyle, hakkaniyet, “teoride değil pratikte, herkesin uygun sağlık hizmetlerine erişebilmesi ve kullanabilmesidir” (Braveman 2003). Hakkaniyet kavramının ahlaki ve etik boyutu vardır. Hakkaniyetsizlik gereksiz, önlenebilir ve adil olmayan farklılıkları ifade eder (Healy, Mckee 2005).

Eşitlik ve hakkaniyet kavramları farklı anlam taşımakla birlikte birbirleriyle ilişkilidir çünkü eşitsizliği azaltmak amacıyla yapılan müdahaleler hakkaniyetsizliği de azaltabilir veya bunun tersi de geçerlidir. Ancak eşitsizlik, her zaman hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir. Örneğin, aynı gelir düzeyine sahip iki grup arasında doğuştan beklenen yaşam süresinde bulunan fark, yaşam tarzlarındaki farklılıklardan kaynaklanıyor ise, bu eşitsizlik hakkaniyetsizlik anlamına gelmeyebilir (Gwatkin 2000). Bir başka örnek olarak, bir toplumdaki bazı birey veya gruplara asgari sağlık hizmetleri fayda paketinden daha fazla sağlık hizmeti imkanı tanınması verilebilir. Bu örnekte, tüm bireylere asgari sağlık hizmetlerine erişim imkanı sağlandığı için hakkaniyetsizlik söz konusu değildir, ancak bazı birey veya gruplara göreceli olarak daha fazla erişim imkanı sağlandığı için eşitsizlik vardır. Kısaca, hakkaniyetsizlik gereksiz, önlenebilir ve adil olmayan farklılıkları ifade ederken, eşitsizlik bireyler ve gruplar arasındaki matematiksel farkları ifade eder. Her eşitsizlik, hakkaniyetsizlik anlamına gelmez, ancak hakkaniyetsizlikler, eşitsizlikler sonucu oluşur (PAHO 2001).

##### **4.2. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Hakkaniyet**

Hakkaniyetli finansman, her hanehalkının sağlık hizmetleri maliyetlerinden dolayı karşı karşıya bulunduğu riskin hastalık düzeyinden çok ödeme gücüne



göre dağıtılması ve toplumdaki herkes için finansal koruma sağlamasıdır. Dolayısıyla bireylerin veya hanehalklarının sağlık amaçlı harcamalarından dolayı yoksullaşmasına veya ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini alamamalarına yol açan bir finansman sistemi hakkaniyetli değildir (WHO 2000). Her finansman kaynağı hakkaniyet açısından farklı etkilere sahiptir. Aşağıdaki bölümlerde finansmanda hakkaniyet hakkında bilgi, yatay ve dikey hakkaniyet açısından ve farklı finansman kaynakları itibarıyla sunulmaktadır.

#### **4.2.1. Finansmanda Yatay Hakkaniyet**

Sağlık hizmetleri finansmanında yatay hakkaniyet, ödeme gücü aynı olan bireylerin cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer gibi farklılıklarına bakılmaksızın aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasıdır (Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Finansmanda yatay hakkaniyetsizlik sorunu farklı finansman yöntemlerinde meydana gelebilir. Doğrudan vergilerle finansmanda; gelir vergisi sisteminde (konut kredisi ve özel sağlık sigortası primlerinin vergiden düşülebilmesi gibi) ortaya çıkabilecek sıkıntılar yatay hakkaniyeti olumsuz etkiler (Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Farklı yerel bölgelerde, farklı vergi oranları uygulanırsa, aynı vergi oranı zengin bölgeler için daha çok gelir, yoksul bölgeler için daha az gelire neden olabileceğinden, yerel vergi gelirleriyle sağlık finansmanı sağlanması durumunda da yatay hakkaniyetsizlik ortaya çıkabilir (Mossialos, Dixon 2002).

Sosyal sigorta yöntemiyle finansmanda, çoğu sosyal sağlık sigortası sistemi prim düzeylerini belirlemek için bireyin yaş, cinsiyet gibi özelliklerine ve sağlık statüsüne bakmaksızın gelirini “taban” kabul eder. Bir işte çalışarak elde edilen gelir ödeme gücünü gösterdiğinden genel olarak hakkaniyetlidir. Ancak bireylerin ve hanehalklarının diğer gelirlerini (örneğin, birden fazla işte çalışılması veya işveren olunması durumunda) dikkate almadığı için birçok durumda ödeme gücünün doğru tespit edilememesine neden olur. Bu da, aynı gelir düzeyine sahip bireylerin veya hanehalklarının farklı oranlarda katkı yapması ve dolayısıyla yatay hakkaniyetsizlik ile sonuçlanabilir (Normand, Busse 2002; Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Özellikle bir ülkede birden fazla sosyal sağlık sigortası fonu varsa yatay hakkaniyeti sağlamak daha da zorlaşır (Doetinchem et al. 2006). Yatay hakkaniyetsizlik sorunu, Hollanda ve Almanya’da sağlık hizmetleri finansmanında reform baskısının en önemli nedeni olmuştur (Wagstaff, Van Doorslaer 2000).

Özel sağlık sigortacılığında, yaşlıların veya sigara kullanan bireyler gibi yüksek riskli grupların, aynı gelir düzeyine sahip daha düşük riskli gruplardan daha yüksek prim ödemeleri yatay hakkaniyetsizliktir (Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Bu duruma bir başka örnek, ailesinde hastalık geçmişi olan bir birey daha yüksek prim öderken, ailesinde hiçbir hastalık geçmişi olmayan bireyin daha düşük prim ödemesidir (Wagstaff et al. 1999).

Cepten sağlık harcamalarında yatay hakkaniyetsizlik, belirli bir gelir düzeyindeki bireyler arasında farklı miktarlarda cepten harcama yapıldığında meydana gelir ve bu durum, sağlık hizmetleri kullanımındaki farklılıklardan kaynaklanır (Wagstaff et al. 1999; Cisse et al. 2007; Roy, Howard 2007; Chaudhuri, Roy 2008). Örneğin, Vietnam'da yapılan bir araştırma aynı gelir düzeyine sahip olmalarına rağmen, kadınların erkeklere göre ve kentte yaşayanların kırdaki yaşayanlara göre gelirlerinin daha fazla oranını cepten sağlık harcamalarına ayırması yatay hakkaniyetsizlik olduğunu göstermiştir (Chaudhuri, Roy 2008). Araştırmacılar, belirlenen yatay hakkaniyetsizliğin ilgili alt gruplar arasında sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımındaki hakkaniyetsizlikten kaynaklandığına işaret etmiştir.

Cepten harcamalardaki yatay hakkaniyetsizlik sağlık hizmetlerinde cepten harcamaların gelire göre ayarlanmasıyla ve muafiyet uygulamalarına geçilmesiyle azaltılabilir. Ancak muafiyet, yaş veya hastalık gibi faktörlere göre ayarlandığında yatay hakkaniyetsizlik meydana gelebilir. Yatay hakkaniyetsizlik, Fransa'da olduğu gibi cepten harcamalar için tamamlayıcı sigorta almayı tercih etmek gibi, farklı seçeneklerden de etkilenir. Tamamlayıcı özel sigorta gelirle ilişkili olduğundan yatay hakkaniyetsizlik yaratabilir (Mossialos, Dixon 2002).

#### **4.2.2. Finansmanda Dikey Hakkaniyet**

Sağlık hizmetleri finansmanında dikey hakkaniyet, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin veya hanehalklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapması anlamına gelir. Dolayısıyla ödeme gücü daha yüksek olan bireylerin, ödeme gücü daha düşük olan bireylere göre sağlık finansmanına daha fazla katkıda bulduklarında dikey hakkaniyet sağlanır (Mossialos, Dixon 2002; Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Bir başka ifadeyle, bireylerin ödeme gücü yükseldikçe sağlık finansmanına daha fazla katkı yapmasına ve dolayısıyla dikey hakkaniyete işaret eden bu durum, artan

oranlılık (progressivity) kavramı ile açıklanmaktadır. Bireylerin ödeme gücü yükseldikçe sağlık finansmanına daha az katkı yapmalarına işaret eden durum ise, azalan oranlılık (regressivity) kavramı ile açıklanmaktadır.

Dikey hakkaniyet sorunu (azalan oranlılık durumu) en az, vergilerle ve sosyal sigorta yöntemleri ile finansmanda görülür (Wagstaff, Van Doorslaer 1997; WHO 2000; Doetinchem et al. 2006). Özellikle vergilerle finansmanda, nüfusun tamamı kapsama alındığından, hakkaniyetli finansman verginin artan oranlılığına bağlıdır. Birçok yüksek gelirli ülkede vergi sorumluluğu gelirle orantılıdır veya artan oranlıdır. Bir başka ifadeyle, vergilerle finansmanda, yüksek gelirli bireyler, düşük gelirli bireylere göre daha fazla vergi ödeyerek sağlık finansmanına katkı yapar ve dolayısıyla sağlık finansmanı artan oranlılık gösterir (Evans 2002; Doetinchem et al. 2006). Ancak az kazananlardan az, çok kazananlardan çok vergi alınarak vergi adaletinin sağlanması henüz istenilen düzeyde gerçekleşmemiştir. Özellikle az gelişmiş ülkelerin çoğunda rastlanan bu durum, genel vergi gelirlerine dayalı bir sağlık finansmanı hakkaniyetini zedeleyebilir. Bu ülkelerde vergi yükü genellikle yoksul ve orta sınıf nüfusta daha ağırdır, buna karşın sağlık hizmetleri genellikle gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler tarafından daha fazla kullanılır (Tatar 1996).

Sosyal sağlık sigortasının finansmanı sadece ücret gelinine dayalı olduğundan, vergilerle finansmana göre daha hakkaniyetsizdir (Mossialos, Dixon 2002b). Yapılan bir araştırmada (Wagstaff et al. 1999) Almanya, Hollanda ve İspanya'da sosyal sağlık sigortasının azalan oranlı olduğu bulunmuştur. Bu durum, bu ülkelerdeki bireylerin zorunlu sağlık sigortası dışına çıkma hakkının bulunması ile açıklanmıştır. Bir başka ifadeyle, gelir düzeyi düşük ve hastalık riski daha yüksek olan bireylerin zorunlu sosyal sigorta sisteminde kalması ve sosyal sağlık sigortası primlerinin artmasına neden olmaktadır.

Wagstaff ve arkadaşları (1999) Fransa'da özel sağlık sigortasının azalan oranlı olduğunu göstermiştir. Fransa gibi nüfusunun %85'inin tamamlayıcı özel sağlık sigortasına sahip olduğu bir ülkede düşük gelirli bireyler, ülke vatandaşı olmayan bireyler, 20-24 yaş arası ve 70 yaş üstü bireyler tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alınmamaktadır. Dolayısıyla düşük gelirli bireylerin ve yüksek riskli grupların tamamlayıcı özel sağlık sigortası satın alamayacak durumda olması, bu grubun daha fazla cepten harcama yapmasına yol açarak dikey hakkaniyeti olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmada, özel sağlık

sigortacılığının yaygın olduğu İsviçre ve ABD gibi ülkelerde, sistemin gelir artışı karşısında azalan oranlı bir yapı gösterdiği ve Almanya ve Hollanda'da özel sağlık sigortasının genellikle yüksek gelirli gruplar tarafından tercih edildiği için artan oranlı olduğu da belirlenmiştir.

Ulusal ve uluslararası araştırmalar, cepten harcamaların sağlık finansmanında azalan oranlı bir yöntem olduğunu ve dolayısıyla dikey hakkaniyeti sağlayamadığını göstermektedir (Cisse et al. 2007; Wagstaff et al. 1999; Chaudhuri, Roy 2008; Mastilica, Bozиков 1999; Ruger, Kim 2007; Öz 2008). İnfomal ödemeler itibarıyla yapılan değerlendirmeler de bu yöndedir (Szende, Culyer 2006; Liaropoulos et al. 2008; Özgen ve diğerleri 2008).

Cepten harcama yükünün gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler tarafından üstlenilmesi, dikey hakkaniyetin sağlandığına işaret eder. Ancak dikey hakkaniyet, gelir düzeyi daha düşük olan bireylerin sağlık hizmetlerini ihtiyaçları olduğu halde alamaması ve dolayısıyla daha az cepten harcama yapması durumunda da gerçekleşebilir. Örneğin, Hindistan'da yapılan bir araştırmada, ödeme gücü arttıkça cepten harcamalarının arttığı belirlenmiştir (Roy, Howard 2007). Bu bulgu, yoksul kesimin sağlık hizmetleri için cepten harcama yükünün yüksek olması nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamama veya daha ucuza daha kötü sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma yoluna gittikleri şeklinde açıklanmıştır.

Cepten harcamalar, artan oranlılığı sağlamanın en zor olduğu finansman yöntemidir (WHO 2000). Artan oranlılığı sağlamanın araçları olarak kamu fonlarının daha çok yoksullar lehine kullanılması ve etkili muafiyet düzenlemelerinin uygulanması önerilmektedir (Mossialos, Dixon, 2002b). 14 Asya ülkesinde yapılan bir çalışmada (Van Doorslaer et al. 2005), orta ve düşük gelirli ülkelerde zenginlerin daha fazla cepten harcama yapma olasılığı yüksek bulunmuş ve bu bulgu, yoksulların katkı paylarından muaf olmalarına atfedilmiştir. Ayrıca bu çalışmada Çin ve Vietnam gibi yoksulların hiçbir katkı payından muaf olmadıkları ülkelerde, yoksullaşmaya yol açabilecek katastrofik cepten harcamaların varlığına işaret edilmiştir.

Cepten harcamalarda hakkaniyetin sağlanması için hem yatay hem dikey hakkaniyetin sağlanması gerekir (WHO 2000). Yatay hakkaniyeti önemli kılan temel neden, hanelerin sağlık harcaması öncesi ve sonrasında gelir dağılımındaki yerinin değişmesine yol açabilmesidir. Örneğin, zengin gruba

giren iki haneden biri sağlık harcaması sonrası yoksul grubuna girebilir (Wagstaff, Van Doorslaer 2001).

Dikey hakkaniyet, sağlık hizmetleri finansmanında odaklanılan hakkaniyettir. Cepten harcamalarda dikey hakkaniyetin önemli olmasının temel nedeni, her bireyin kendisinin bir havuz olması ve farklı ödeme gücüne sahip bireylerin sağlık için kullanabilecekleri farklı büyüklükte kaynak havuzu yaratabilmesidir. Bu da, sağlık ihtiyaçları daha fazla olduğu dikkate alındığında, küçük havuza sahip bireylerin sağlığa ayıracakları payın büyük havuza sahip bireylere göre daha yüksek olması demektir (WHO 2000). Oysa sosyal adaletin sağlanabilmesi için sağlık finansmanına “az kazananın az, çok kazananın çok” katkı sağlaması gerekir. Ayrıca dikey hakkaniyetsizliğin azaltılması veya ortadan kaldırılması yatay hakkaniyetsizliğe göre daha kolay olduğundan, politika belirleyiciler için daha fazla tercih edilir (WHO, 2001).

## **V. SONUÇ**

Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için, ülkelerin yeterli finansal kaynağa sahip olması gerekir. Ancak ülkeler sağlığa ayırabilecekleri kaynakların kıt olduğu gerçeği ile yüz yüzedir. Buna rağmen, dünyada sağlık harcamalarında önemli artış gözlenmektedir. Kıt kaynaklar ve artan sağlık harcamaları, bireylerin ödeme gücünden dolayı, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda ciddi sorun yaşama olasılığını artırmaktadır. Temel amacı, bireyleri veya hanehalklarını beklenmedik hastalıkların yaratacağı finansal yüke karşı korumak olan sağlık finansmanı, çeşitli yöntemlerle sağlanmaktadır. Bu yöntemler, bir ülkede hakkaniyetli bir finansman sistemine erişilmesi amacını etkileme potansiyeline sahiptir.

Ödeme gücü aynı olan bireylerin veya hanehalklarının aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasını ifade eden yatay hakkaniyet, tüm finansman yöntemlerinde görülebilmektedir. Buna karşın, farklı düzeylerde ödeme gücü olan bireylerin veya hanehalklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapması anlamına gelen dikey hakkaniyet, genel olarak, en fazla vergiler ve sosyal sigorta yöntemleri, en az ise cepten harcamalarla finansmanda sağlanabilmektedir. Dolayısıyla özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir finansman kaynağı olan cepten harcamanın yükü, en fazla yoksul nüfus tarafından üstlenilmektedir. Bu durum, hakkaniyeti sağlamanın en zor olduğu finansman yöntemi olarak cepten

harcamaların varlığı ve boyutunun yoksul nüfus üzerinde daha fazla olumsuz etkiler yarattığı anlamına gelmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Belli P. Ve diğ. (2002) **Qualitative study on informal payments for health services in Georgia**. HNP Discussion Paper. Washington DC: World Bank.
2. Braveman P.A. (2003) “Monitoring Equity in Health and Healthcare: A Conceptual Framework”, **Journal of Health Population and Nutrition** 21(3): 181-192.
3. Braveman P.A. ve Gruskin S. (2003). “Defining equity in health”, **Journal of Epidemiology Community Health** 57: 254-258.
4. Busse R. ve diğ. (2004) **Organisation and Financing of Social Health Insurance Systems: Current Status and Recent Policy Developments**. Saltman R.B et al. (eds.), Social Health Insurance Systems in Western Europe (pp:33-80). European Observatory on Health Care Systems and Policy Series, Open University Press.
5. Byrne J.M. ve Rathwell T. (2005) “Medical savings accounts and the Canada health act: complimentary or contradictory”, **Health Policy** 72: 367–379.
6. Cannon M.F. (2006) “Health Savings Accounts: Do the Critics Have a Point?”, **Policy Analysis** 30(569): 1-28.
7. Carrin G. ve James C. (2005) “Social Health Insurance: Key Factors Affecting The Transition Towards Universal Coverage”, **International Social Security Review** 58(1): 45-64.
8. Carrin G. ve James C. (2004) **Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period**, Health Financing Policy Issue Paper Series, World Health Organization, Geneva.

9. Cisse B. ve diğ. (2007) “Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa?”, **Health Policy** 80(1): 51-68.
10. Chaudhuri A. ve Roy K. (2008) “Changes in out of pocket payments for healthcare in Vietnam and its impact on equity in payments, 1992-2002”, **Health Policy**, Elektronik Sürüm (www.sciencedirect.com).
11. Çilingiroğlu N. (2006). **Halk Sağlığı (Temel Bilgiler)**. Güler Ç. ve Akın L. (eds.) Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
12. Dixon A. (2002) “Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care”, **Croatian Medical Journal** 43(4): 408-416.
13. Doetinchem O. ve diğ. (2006) **The Benefits and Challenges of Social Health Insurance for Developing and Transitional Countries**, Laaser U. and Radermacher R. (eds.) Financing Health Care, International Public Health Series.
14. Evans R.G. (2002) **Financing Health Care: Taxation and the Alternatives**. Mossialos E. et al. (eds.) Funding Health Care: Options for Europe (pp:31-58). Buckingham & Philadelphia: Open University Press.
15. Ferrara P. (1996) The Establishment Strikes Back: Medical Savings Accounts and Adverse Selection (<http://www.cato.org>) (Erişim tarihi 8 Mayıs 2008).
16. Forget E.L. ve diğ. (2002) “Medical Savings Accounts: Will they reduce costs?”, **Canadian Medical Association Journal** 67(2): 143-7.
17. Gaal P. ve diğ. (2006) “Informal payments for health care: Definitions, distinctions, and dilemmas”, **Journal of Health Politics Policy and Law**, 31(2): 251-93.
18. Gakidou E.E. ve diğ. (2000) “A framework for measuring health inequality”, **Bulletin of the World Health Organization**, 78(1): 42-54.
19. Gottret P. ve Schieber G. (2006) **Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide**, The World Bank, Washington.

20. Gramm P. (1994) "Sounding Board-Why We Need Medical Savings Accounts", **The New England Journal of Medicine**, 330(24): 1752-1753.
21. Gwatkin D.R. (2000) "Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do?", **Bulletin of the WHO**, 78(1): 3-18.
22. Healy J. ve Mckee M. (2005) "**Accessing Health care Responding to Diversity**", Oxford University Press.
23. Hsiao W.C. (1995) "Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore", **Health Affairs**, 260-266.
24. Liaropoulos L. ve diğ.. (2008) "Informal Payments in Public Hospitals in Greece", **Health Policy**, 87: 72-81.
25. Litow M. (1995) **Saving the Medicare System with Medical Savings Accounts. National Center for Policy Analysis**, (Policy Briefing no:199). Dallas, Texas.
26. Mastilica M. ve Bozikov J. (1999) "Out-of-pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity", **Croatian Medical Journal**, 40(2): 152-159.
27. Maynard A. ve Dixon A. (2002) **Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience**. Mossialos E. et al. (eds.). Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, pp: 80-109.
28. Mossialos E. ve Dixon A. (2002) **Funding Health Care: An Introduction**. Mossialos E. et al. (eds.) Funding Health Care: Options for Europe Buckingham & Philadelphia: Open University Press, pp:1-30.
29. Mossialos E. and Dixon A. (2002b) **Funding health care in Europe: weighing up the options**. Mossialos E. et al. (eds.). Funding Health Care: Options for Europe, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, pp:272-300.



30. Murthy R.K. ve diğ.. (2004) **Health sector reforms and sexual reproductive health services lessons and research gaps emerging from the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms Paper**, WHO.
31. Normand C. ve Busse R. (2002) **Social Health Insurance Financing**. Mossialos E. et al. (eds.) *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham & Philadelphia: Open University Press, pp:59-80.
32. O'Donnell, O. ve diğ. (2008) **Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation**, Washington.
33. Orhaner E. (2000) **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, Ankara: Gazi Kitabevi.
34. Öz E. (2008) **Ulusal hanehalkı cepten sağlık harcamalarının finansmanda dikey hakkaniyet açısından değerlendirilmesi**, Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
35. Özgen H. ve diğ. (2008) **İnformal Cepten Sağlık Harcamaları ile İlişkili Faktörler**. İçinde: Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi-Bildiriler, Antalya.
36. Özşarı H. (2003) **Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)**, Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
37. PAHO (PAN American Health Organization) (2001) "Measuring Health Inequalities: Gini Coefficient and Concentration Index", **Epidemiological Bulletin** 22(1).
38. Pauly M.V. ve Goodman J.C. (1995) "Tax Credits for Health Insurance and Medical Savings Accounts", **Health Affairs Spring**, pp: 126-139.
39. Roy K. ve Howard D.H. (2007) "Equity in out-of-pocket payments for hospital care: Evidence from India", **Health Policy**, 80(2): 297-307.

40. Ruger J.P and Kim Hak-Ju (2007) “Out-of-Pocket Healthcare Spending by the Poor and Chronically Ill in the Republic of Korea”, **American Journal of Public Health**, 97: 804-811.
41. Savedoff W. (2004) **Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences**, Discussion Paper Number 4, Geneva: World Health Organization.
42. Schieber G. (2005) **Sustainable Health Sector Financing High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pacific**, Human Development Network, Japan.
43. Sekhri N. ve Savedoff W. (2005) “Private Health Insurance: Implications For Developing Countries”, **Bulletin of the World Health Organization**, 83: 127-134.
44. Shortt S.E.D. (2002) “Medical savings accounts in publicly funded health care systems: Enthusiasm versus evidence”, **Canadian Medical Association Journal**, 67(2): 159–62.
45. Szende A. ve Culyer A.J. (2006) “The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary”, **Health Policy**, 75(3): 262-272.
46. Tatar F. (1996) “Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları”, **Toplum ve Hekim**, 11(72): 42-50.
47. Thomson S. ve Mossialos E. (2004) **Private health insurance and access to health care in the European Union**, Euro Observer Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies, 6(1).
48. Tiryaki D. ve Tatar M. (2000) “Genel Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 5: 123-139.
49. Van Doorslaer E. et al. (2005) **Paying out-of-pocket for health care in Asia: Catastrophic and poverty impact**, EQUITAP Project: Working Paper # 2.

50. Wagstaff A. ve Van Doorslaer E. (1997) “Progressivity, horizontal equity and reranking in healthcare finance: a decomposition analysis for the Netherlands”, **Journal of Health Economics**, 16(5): 499-516.
51. Wagstaff A. ve diğ. (1999) “Equity in the finance of health care: some further international comparisons”, **Journal of Health Economics**, 18(3): 263-290
52. Wagstaff A. ve Van Doorslaer E. (2000) “Equity in Health Care Finance and Delivery”, Culyer A.J. and Newhouse J.P. (eds.), **North Holland Handbook of Health Economics**, pp: 1803-1863.
53. Wagstaff A. ve Van Doorslaer E. (2001) **Paying for Health Care: Quantifying Fairness, Catastrophe and Impoverishment, with Applications to Vietnam, 1993-98**, (Policy Research Working Paper: 2715), The World Bank.
54. Walley J. ve diğ. (2001) **Public Health: an action guide to improving health in developing countries**. New York: Oxford University Press.
55. WHO (2000) **The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance**, Geneva.
56. WHO (2001) **Report of the Scientific Peer Review Group on Health Systems Performance Assessment**, Geneva.
57. WHO (2002) **European Health Report 2002**, Regional Office for Europe.
58. WHO (2004) **What are The Equity, Efficiency, Cost Containment and Choice Implications of Private Health-Care Funding in Western Europe? WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN) Report**.

