



2020 / Vol:6, Issue:31 / pp.1617-1627

**RESEARCH ARTICLE**

Arrival Date : 15.08.2020

Published Date : 20.10.2020

Doi Number : <http://dx.doi.org/10.31589/JOSHAS.372>

Reference : Sönal, T. (2020). "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Katkı Payları ve Hakkaniyet", Journal Of Social, Humanities and Administrative Sciences, 6(31):1617-1627.

# SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINDA KATKI PAYLARI VE HAKKANİYET

## Contributions And Contributions In Healthcare Financing

**Doktorant. Tuğba SÖNAL**

Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul/Türkiye



### ÖZET

Sağlığın kendine has özellikleri; nerede, ne zaman, kimin için ne kadar sağlık gereksinimine ihtiyaç duyulacağını kesin olarak bilinmemesi; her geçen gün artan nüfus, değişen teknoloji, sağlık hizmet sunumuna olan beklentinin yükselmesi, gelir eşitsizlikleri ve sağlığa harcanacak kaynağın kıt olduğu gerçeği ile birlikte sağlık hizmet finansmanının nasıl olduğu ve olması gerektiği gibi soru ve sorunlar ülkeler içi, daha da önemli hale gelmektedir. Sağlık hizmet finansmanında hakkaniyetin sağlanması; kimin, ne kadar, ne oranda katılımda bulunacağı ve bunu yaparken hangi finansman yöntemlerini, nasıl kullanacağını belirlemesidir. Bu makalede sağlık hizmet finansmanı ve hakkaniyet boyutunu finansman yöntemleri aracılığı ile katkı payları özelinde ele alınmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmeti, Finansman, Katkı Payları

### ABSTRACT

Specific characteristics of health; where, when, for whom, how much health need will be needed is not known; With the increasing population, changing technology, expectation of health service delivery, income inequalities and the fact that the resources to be spent on health are scarce, the questions and problems such as how health care financing should be and should become more important for countries. To ensure fairness in health care financing; who, how much, to what extent to participate and what methods of financing, how to use it to determine. In this article, health care financing and equity dimension are discussed in terms of contribution rates through financing methods.

**Keywords:** Health Service, Financing, Contribution Share

## 1. GİRİŞ

"Sağlığın kendine özgü özellikleri, sağlık sektöründeki belirsizlik ve risk; hastalık veya sakatlık hali ile ne zaman, nerede ve nasıl karşılanacağını bilinmemesi ve sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin kişilerin ödeyebileceğinden çok daha fazla olma ihtimali ile birlikte sağlık harcamalarının gerekliliği, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu beraberinde getirmektedir" (Tatar, 1994: 27). İçinde bulunulan topluma sağlık hizmeti sunmak; sağlık sistemlerinin en temel fonksiyonlarından biridir. Yeterli finansal kaynak ayırmak için sağlıkla ilgili sürdürülebilir bir sağlık hizmetleri sistemi oluşturulması sermayeye erişimine, dayanıklı ve dayanıksız tüketim mallarına ve bu tür girdilere bağlıdır" (WHO 2000; Mossialos, Dixon 2002). "Yaşlanan nüfus, artan beklentiler ve yeni teknolojiler gibi etmenler, sağlık sistemlerini zorlamakta ve sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Kıt olan sağlık finansman kaynakları artan bu harcamalarla ülkede ciddi baskılar oluşturmaktadır" (Figueras vd., 2012: 13).

Bir Sağlık sisteminin finansmanının nasıl sağlandığı hakkaniyetin boyutunun göstergelerinden biri olabilir. Bu sebeple hakkaniyetli bir sağlık finansman sistemi, birçok ülkenin sağlık politikası amaçlarından biridir. Finansmanda hakkaniyetin sağlanmasında; yoksullar, diğer kolay zarar görebilecek ( emekli, engelli, gazi ve şehit yakını vb ) kesimler ile ekonomik durumu iyi olan ve sağlıklı bireyler arasında risk havuzlama ve risk paylaşımı yapılarak; sağlıklı ve ekonomik durumu

iyi olan bireyler ile yoksullar ve diğer zarar görebilecek kesimlerin, maddi olanaksızlıklar sebebiyle sağlık hizmet erişimine giden yolda mağduriyetleri önemli ölçüde azalacak hatta finansman sisteminin hakkaniyeti iyi, doğru ve sürdürülebilir şekilde devam ettirildiği takdirde yok olacaktır.

Bir sağlık sisteminde, sağlığın finansmanı için birçok finansman yöntemi kullanılır. Bu finansman yöntemlerinden birisi de kullanıcı katkılarıdır. Her geçen gün maliyet yükünün fazlaştığı sağlık harcamalarını kontrol altına almak, ek gelir elde etmek ve gereksiz kullanımı önlemek için ülkeler katkı payları kullanmaktadır. Türkiye sağlık sisteminde de kullanıcı katkıları çeşitli biçimlerde ve yoğunluklarda tartışılmakta ve kullanılmaktadır. (Yıldırım, Yıldırım ve Erdem 2011: 71-98).

Bu makalede, sağlık finansmanı ve hakkaniyet arasındaki bağı farklı finansman kaynakları hakkında bilgi vererek; hakkaniyet çeşitleri olan yatay ve dikey hakkaniyet açısından, kullanıcı katkılarının, sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet üzerindeki önemi sunulması amaçlanmıştır. Bu makalenin birinci bölümü olan giriş bölümünü takip eden ikinci bölümde sağlık finansmanı kavramı sunulmuş; üçüncü bölümde sağlık hizmetlerini finanse etmede kullanılan yöntemlerin anlatımının ardından; dördüncü bölümde sağlık hizmet finansmanında kullanıcı katkıları, mekanizmaları, avantaj ve dezavantajları gibi bilgiler verilmesi amaçlanmıştır. Beşinci bölümde, hakkaniyet kavramından bahsedilerek; finansman açısından yatay ve dikey hakkaniyetin ne olduğu konusunda bilgi verilmiştir. Altıncı ve son bölüm olan sonuç ve öneriler kısmında ise tüm sunulan bilgiler ışığında sağlık hizmetleri finansmanında kullanıcı katkılarının sağlık hizmeti finansmanının hakkaniyeti açısından bir değerlendirilmesi yapılarak çeşitli öneriler getirilmesi amaçlanmıştır.

## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Gerekli ekonomik kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla bir toplumda istenilen düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlanmasına *Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı* denir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 186).

Sağlık finansmanı makro ve mikro düzeylerde tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan, (kamu veya özel) nasıl, ne miktarda, hangi zamanda ve etkili bir şekilde ayrıca bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde yönlendirilmelerine *makro* düzeyde finansman denir. Sağlık sektöründe sunulan tüm ilke ve esasları sağlık içerir. Her seviyedeki sağlık finansmanı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyona *mikro* düzeyde finansman denmektedir (DPT, 2001: 117).

Sağlık hizmetlerinin finansman kavramı ile daha çok para kastedilmesine rağmen; gönüllü yardımlar veya hibe, cihazlar ve araç-gereçler gibi tüm kaynaklar da bu kavram içinde yer almaktadır “(Uz, 1998: 91). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, mevcutta ne kadar paranın bulunduğu, kimlerin finansal yüke katlanacağı, fonları kimlerin kontrol edeceği, risklerin nasıl havuzlanacağı, sağlık hizmetleri maliyetlerinin kontrol edilebilir edilemeyeceğini belirler. Finansal kaynakların toplanmasına ve yönetilmesine *Risk Havuzlama* denmektedir. Havuzdaki tüm bireyler tarafından paylaşılan sağlık harcamalarının hizmetleri kimin kullandığına bakmaksızın paylaşılmış olacaktır. (Gottret, Schieber2006). Hakkaniyetli bir sağlık finansman sistemi için Risk havuzlama metodu ile gençler yaşlıları, sağlıklı olanlar hasta olanları ve zenginler yoksulları, sübvansedeceği için, risk havuzlama sağlık finansmanı için önemlidir (WHO 2000). Hane halkı gelirinin düşük olduğu gruplarda sağlık statüsü genellikle bununla doğru orantılı şekilde düşüktür çünkü hane halkı geliri düşük olduğundan ödeme gücü de azdır. Bu durum, hane halkı geliri düşük olan topluluklarda zorunlu ihtiyaçlarından feragat etmeleri ile sonuçlanabilir. Ancak risk havuzlama yapılırsa sağlık hizmet sunumuna daha çok gereksinim duyan kesim, sağlık hizmet sunumuna daha az olan gereksinim duyan ya da sağlık hizmet finansmanını karşılamada aha az zorluk çeken kesim tarafından finanse edilmiş böylelikle risk paylaştırılmış olur. Bu faktörler, sağlık hizmetlerine ulaşmaya çalışanlara yardımcı olur ve kişiler, yoksullaşmaya neden olan katastrofik sağlık harcamalarından korunur” (Roberts vd., 2004: 153). Böylelikle mağduriyet yaşayabilecek kesimlerin sağlık hizmetine erişiminde bireylerin ekonomik olarak ezilmesinin önüne geçilir.

### 3. SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık finansman yöntemleri ile ilgili olarak literatürde farklı sınıflandırmalar bulunmaktadır. Bunlardan biri, Abel-Smith finansman yöntemlerini; dolaylı (hükümet, merkezi, yerel, sosyal sigorta, özel sigorta, işverenler, hayır ve kuruluşları, dış yardımlar) ve doğrudan (sağlık hizmetleri için kişiler tarafından yapılan direkt ödemeler) yöntemler olmak üzere ikiye ayırmaktadır (Abel-Smith, 1978: 73). Başka bir sınıflandırma ise Cichon ve diğerlerine göre finansman yöntemleri; “kamu finansman kaynakları (kamu sağlık hizmeti sistemleri, sosyal sigorta sistemleri), özel finansman kaynakları (kişisel cepten ödemeler, işveren finansmanı, gönüllü özel sigorta, şartlı özel sigorta, şartlı tasarruf planları) olarak ikiye ayırmaktadır” (Cichon vd., 1999:40; Yıldırım, 2012).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilen yöntemler, sağlık hizmet performans göstergeleri (sağlık hizmetlerinin performansı, hakkaniyet, verimlilik ve sağlık hizmetlerine erişim) üzerinde olumlu veya olumsuz önemli katkıları söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için uygulanan kabul gören model her ne olursa olsun; elimizde bulunan kıt kaynakları; etkili, verimli, hakkaniyetli, sürdürülebilir, ihtiyaçlar ve istekler arasındaki farkı tespit edip gereksiz olanları belirleyerek asıl ihtiyaçların giderilmesine yönelik, hane halkına katastrofik sağlık gideri yaratmadan, toplumun yoksul kesiminin mali yük atında ezilmesine sebebiyet vermeden, kaliteli, ulaşılabilir sağlık hizmet sunumu ve erişimi sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında;

1. Vergiler Yoluyla Finansman
2. Sosyal Sağlık Sigortası Yoluyla Finansman
3. Özel Sağlık Sigortası Yoluyla Finansman
4. Cepten Ödemeler Yoluyla Finansman
5. Tıbbi Tasarruf Hesabı Yoluyla Finansman
6. Toplum Finansmanı Yoluyla Finansman
7. Piyango veya Bahis gibi Gelirler Yoluyla Finansman

Olmak üzere sıralayabiliriz.

#### 3.1.Vergiler Yoluyla Finansman

Sağlık hizmet finansmanında en çok kullanılan yöntemlerden biri vergiler yoluyla finansmandır. Genel vergiler yoluyla sağlanan bu yöntemde, Vergiler; dolaylı ve dolaysız vergiler olmak üzere ikiye ayrılır. Dolaysız vergiler kişilerden, firmalardan ya da hane halkından gelirleri üzerinden kazancın miktarına göre doğru orantılı bir şekilde alınan vergidir. Emlak vergisi, gelir vergisi vb. Dolaylı vergiler ise gelire bakılmaksızın hizmet veya mal üzerinden yapılan işlemlerden alınan vergilerdir. Katma değer vergisi, özel tüketim vergisi gibi.

#### 3.2.Sosyal Sağlık Sigortası Yoluyla Finansman

Sosyal sağlık sigortası fonuna şirketler, çalışanlar ve kendi adına çalışanlar prim ödeyerek katkıda bulunurlar. Genellikle çalışanın aldığı maaşın miktarı pirim ödemeleri için doğrudan ilişkilidir. Tahmin edilen gelir ya da sabit bir fiyat üzerinden belirlen prim miktarları genellikle kendi hesabına çalışan bireylerin yaptıkları katkılardır. Prim ödeme gücü olmayan bireyler için ise Devlet katkı yapar (Carrin, James 2005).

#### 3.3.Özel Sağlık Sigortası Yoluyla Finansman

Hastalık ya da bir kaza sonucunda bireyin sağlık hizmetine ihtiyaç duymasına istinaden muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan sigorta türüne *Özel Sağlık Sigortası* denir. Özel sağlık sigortası, bireyin bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olup olmadığına bakılmaksızın sigortalının karşılaşılabileceği tedavi ve ilaç masraflarının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmasıdır (Orhaner, 2006: 9). Başka bir ifade ile bireyin için kendi hür iradesi ile kişilerin özel çıkarlarının

çeşitli risklere karşı teminat altına alınmasına ve meydana getirdikleri bir risk teminatına özel sağlık sigortası denir (Tiryaki ve Tatar, 2000: 126).

### 3.4.Cepten Ödemeler

Risk paylaşımı içermeyen, sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan, bireyin cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalara *Cepten Ödemeler* denir. Cepten ödemeler risk paylaşımı içermediği için finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler;

4. *Doğrudan ödeme,*
5. *Kullanıcı katkısı,*
6. *İnformal ödeme,*

olarak üç başlık altında incelenmektedir. Sosyal güvence kapsamı dışında kalan bütün hizmetler için yapılan ödemelere *Doğrudan* ödemeler denir. Sosyal güvence kapsamında kalan ve hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelere *Kullanıcı Katkıları* denir. Sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve resmi olmayan ödemelere ise *İnformal* ödemeler denmektedir. (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

#### 3.4.1. Doğrudan Ödeme

“Doğrudan ödeme yönteminde kişiler, kamu sigorta sistemi dışında kalan veya hizmetlere erişimi sınırlandıran durumlarda (arz eksikliği veya uzun bekleme süreleri gibi) sağlık hizmetlerinin maliyeti için ödeme yapar. Bu ödemeler genellikle özel sektörde yapılmaktadır. Örneğin; diş hekimleri, reçetesiz ilaçlar, özel muayeneler, özel hastaneler, testler için klinik veya laboratuvarlara yapılan ödemeler bu kapsamda değerlendirilebilir” (Mossialos ve Dixon, 2002: 22).

#### 3.4.2. Kullanıcı Katkıları

Kullanıcı katkıları; hane halkı tarafından yapılan cepten ödemelerden biridir. Bu finansman yönteminde sağlık hizmeti için gerekli olan ücretin bir kısmının kullanıcılar tarafından ödenmesidir. (Yıldırım, vd, 2011).

Sağlık hizmetleri talebini düzenlemek, özellikle gereksiz talebi engellemek Kullanıcı katkılarının meydana gelmesinin en önemli sebebidir. Sağlık hizmetlerinde gereksiz talebi engellemekte önemli rol oynayacağı ve bu ödemelerin ayrıca ilave kaynak yaratacağı öne sürmektedir (Tatar, 2011: 114).

#### 3.4.3. İnfomal Ödemeler

Formel olarak tanımlanan ödemelerin dışında yapılan ödemeler olarak tanımlanan İnfomal ödemeler, bireyin sağlık güvencesi dışında yapılan ödemelerdir (Belli, vd 2002: 16). İnfomal ödemeler; nakdi, aynı veya hediye şeklinde gerçekleşebilmektedir. “Sağlık personeline verilen çiçek, çikolata vb gibi yapılan hediyeler ile hastanede yatarken dışarıdan temin edilen sağlıkla ilgili mal ve hizmetler için; yatak çarşafı, yiyecek, refakatçi, ilaç gibi yapılan ödemeler aynı katkı ödemelerine; bıçak parası gibi ödemeler nakdi ödemelere örnek olarak verilebilir” (Özgen, 2007: 204).

### 3.5.Tıbbi Tasarruf Hesabı Yoluyla Finansman

Tıbbi tasarruf hesaplarında, özel sağlık sigortası ve kamusal sağlık finansman sistemlerinin aksine sağlık harcamalarındaki sorumluluk kolektif değil kişiseldir. Tıbbi tasarruf hesapları risk havuzlaması yapmaz. Bu yüzden zenginden yoksula, sağlıklı olan kişilerden sağlıksız olan kişilere, gençlerden yaşlılara veya çalışanlardan çalışmayanlara sübvansiyon geçişine izin vermez. “Sağlık hizmetleri maliyetlerinin geri ödemesi hesaplarda biriken tasarrufların değeriyle sınırlandırıldığı için tıbbi tasarruf hesapları beklenmeyen yüksek tıbbi harcamalarının riskine karşı koruma sağlamaz” (Borda, 2011: 56).

### 3.6. Toplum Finansmanı Yoluyla Finansman

“Sağlıkta toplum finansmanı, bir toplumda (bir köyde, ilçede veya diğer coğrafik bir alandaki nüfus veya sosyo-ekonomik veya etnik grup) yer alan hanelerin, kurulan sağlık hizmetlerinin güncel maliyetlerinin ya da yeni kurulacakların sermayesini finanse etmesi ve böylece sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve toplum finansmanı yönetiminde katılım sağlamasıdır” (Carrin, 2003: 4).

Sağlık projelerine para, malzeme veya işgücü sağlanması şeklinde ağırlıklı olarak uygulanan toplum finansmanı uygulaması bir sağlık finansman yöntemi olarak gerçekleştirilmektedir (Yıldırım, 2012: 58).

### 3.7. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler Yoluyla Finansman

Sağlık hizmetleri finansmanını sağlamak için piyango ve bahis gelirlerden bazı ülkelerde yararlanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek mekanizmalardan birisi olarak Piyango ve bahisten elde edilen gelirler kullanılmaktadır. (Yıldırım, 2012).

## 4. SAĞLIK HİZMETLERİNDE KULLANICI KATKILARI

Kullanıcı katkıları; hane halı tarafından yapılan cepten ödemelerden biridir. Bu finansman yönteminde sağlık hizmeti için gerekli olan ücretin bir kısmının kullanıcılar tarafından ödenmesi olarak tanımlayabiliriz. (Yıldırım, vd, 2011).

“Kullanıcı katkısı; maliyet kontrolü, harcama kontrolü, maliyet sınırlama, harcamaların sınırlandırılması olarak da adlandırılmaktadır” (Yıldırım vd, 2011: 74). “Kullanıcı katkılarının ortaya çıkışının en önemli nedenleri; gereksiz kullanımı önlemek ve ek gelir elde etmek suretiyle özellikle kamu bütçelerinin baskı altında olduğu veya sağlık finansmanın politik olarak hassas olduğu ülkelerin sağlık sistemlerinin gelirlerini yükseltmektir” (WHO, 2004: 19-20).

Sağlık hizmetlerini kullananlardan alınan katkı payları; “Sağlık hizmetlerinin fiyat esnekliğinden yararlanarak, özellikle kullanımı kısıtlayarak maliyetleri düşürme, gelirleri artırma gibi birçok amaç için kullanılabilir. (Uz, 1998: 99); Kullanıcı katkılarının sağlık hizmet finansmanında yarattığı olumlu etkileri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

- ✓ Sağlık hizmeti talebine yönelik gereksiz/aşırı talebi sınırlandırılabilir.
- ✓ Kullanıcılar tarafından alınacak paylar her bir hizmet için ayrı ayrı alınacağından kişinin doğru hizmet yönelmesini sağlayabilir.
- ✓ Acil sağlık hizmetleri gibi katkı payı uygulaması olmayan bazı hizmetlerin erişimini kolaylaştırabilir
- ✓ Reçeteye fazla ilaç yazma gibi gereksiz hizmet sunumlarının Hizmet sunucu tarafından fazla yere kullanımı önlenerek ekstradan getireceği mali yükten kaçınabilir,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin yenileşmesi gelişmesi için yeni bir kaynak yaratılmış olur (Yıldırım, vd, 2011).

Kullanıcı katkılarının olumsuz özelliklerinden de bahsetmek mümkündür. Buna göre;

- ✓ Gelir seviyesi düşük olar ve kolay zarar görebilecek gruplar ile bazı hastalar, hastalık grupları için kullanıcı katkıları, hakkaniyetsizliğe sebep olabilir.
- ✓ Yönetimsel ve uygulama problemleri ile kullanıcı katkılarının uygulanmasında geliri artırma potansiyeli sınırlı olduğu için bir kesim tarafından bu problemler sıklıkla dile getirilmektedir.
- ✓ Hastalar ile hekimler arasında var olan bilgi asimetrisi sağlık hizmetinden yaralananlar için maliyet-etkili bir sağlık hizmeti kullanımı çok fazla mümkün değildir.
- ✓ Kullanıcı katkıları kolay zarar görebilecek kesimlerin sağlık hizmetine olan talebini düşürebilir.(Yıldırım, vd, 2011).

Artan sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinde maliyet sınırlamanın talep kanadına yönelik düzenlemesi olan kullanıcı katkılarının mekanizmaları ve tanımları Tablo 1’de verilmektedir. Kullanıcı katkılarının türü ve seviyesi ise ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir.



**Tablo 1.** Kullanıcı Katkıları Mekanizmaları ve Tanımları

Kullanıcı Katkıları Biçimi	Tanım ve Açıklamalar
<b>Doğrudan</b>	
Ortak ödeme	Kullanıcı ürün veya hizmet başına sabit bir ücret (sabit miktar) öder. Örneğin muayene başına 2 TL, günlük hastane yatışı başına 10 TL gibi, sigorta ise geri kalan maliyeti öder.
Sigortalı payı	Kullanıcı toplam maliyetin sabit bir oranını öder (%), kalan oranı ise sigorta öder. Örneğin, reçete bedelinin %20'si gibi
Ön ödeme	Sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktardır. Başka bir ifadeyle alınan sağlık hizmetlerinin bedelinin sigorta tarafından ödenebilmesi için kişinin ödemesi gereken toplam ön ödeme miktarıdır. Örneğin, hastane yatışlarının ilk iki gününün hasta tarafından ödenmesi veya yıllık 100 TL sabit ücretin hasta tarafından ödenmesi gibi
Sabit teminat/sabit miktar sigortası	Kişi sadece belirli bir miktar için sigortalıdır ve bunun üzerindeki maliyeti kendisi karşılamak durumundadır. Örneğin, kişi yıllık toplam sağlık harcamalarının 1000 TL'sine kadar sigortalıdır, üstüne çıkarsa kendi öder.
<b>Dolaylı</b>	
Referans fiyatlama	Referans fiyat, bir grup eşit veya benzer ilaçlar için belirlenen ve sigortanın ödeyeceği maksimum fiyattır. Eğer kullanıcı referans fiyattan daha pahalı bir ilacı seçerse aradaki farkı öder.
Fatura dengeleme	Kullanıcı maksimum geri ödeme oranı ile hizmet sunucunun talep ettiği fazladan ücret arasındaki farkı öder (Bu durum, hizmet sağlayıcılarının resmi geri oranı üzerinde ücret talep etmesine izin verildiği durumlarda geçerlidir)
Farklı katkıları (çok katmanlı formüller)	Genelde bu, iki veya üç katmanlı içermektedir. Birinci katman en düşük ortak ödeme düzeyine sahip olan marka ilaçlardan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü katmanlar genellikle orijinal ilaçlardan oluşmaktadır. Bunlar tercih edilen ve tercih edilmeyen ilaçlar olarak ayrılabilir. Tercih edilmeyen ilaçlar katmandaki en pahalı ilaçlardır. Çok katmanlı formüller en sık olarak ABD'de kullanılmaktadır.

**Kaynak:** Yıldırım, vd (2011: 76).

Kullanıcı katkılarına yönelik olarak bir takım koruma mekanizmaları da geliştirilmiştir (Tablo 2)

**Tablo 2.** Kullanıcı Katkılarında Koruma Mekanizmaları

<i>Mekanizmalar</i>
İndirimli oranlar
Muafiyetler
Önceden ödenen katkıları için indirimler
Harcamalarda yıllık üst limitler (maksimum cepten harcama)
Harcamada vergi teşvikleri
Maliyet paylaşımını kapsayan tamamlayıcı özel sağlık sigortası
Hekim ve/veya eczacılar tarafından jenerik ilaçların marka ilaçlara tercih edilmesi

**Kaynak:** Thomson vd. (2008: 55).

Tabloda gösterilen koruma mekanizmaları, sağlık hizmet sunumunun erişimde negatif ayrımcılık yaşayabilecek toplum kesiminin, sağlık hizmetine olan ulaşımında olumsuz bir etkinin olmaması için tasarlanmıştır.

## 5. SAĞLIK HİZMET FİNANSMANINDA HAKKANİYET

### 5.1 Sağlık Hizmetlerinde Hakkaniyet

Hakkaniyet kelime anlamı olarak; hak ve adalete uygunluk doğruluk ve dürüstlük demektir. Başka bir deyişle hakkaniyet; herkese kendi hakkına uygun düşeni, verme ve doğruluk kastedilmektedir. Hakkaniyet ve eşitlik kavramları aynı kavramlar değildir. Her zaman eşit olan bir şeyin hakkaniyetli olduğunu söyleyemeyiz. Bir olgunun matematiksel olarak eşit dağılması hakkaniyetli olarak dağıtıldığı anlamına gelmemelidir. Birbirine eşit olan olan değişkenler arasında, eğer matematiksel olarak eşit bir dağılım yapılmışsa; ancak o zaman hakkaniyetli olduğundan

bahsedebiliriz. Herkesin uygun sağlık hizmetine erişebilmesi için; sağlık hizmetlerinde hakkaniyet “teoride değil pratikte olmalı ve herkes tarafından kullanabilmelidir (Braveman 2003).

Toplumda tüm kesimlerin sağlık hizmet sunumu sağlanması hakkaniyetli bir durum olsa da; gelir farklılıkları, coğrafi şartlar gibi sebeplerle toplumun farklı kesimlerinden bireylerin sağlık hizmet sunumuna olan erişimlerinin aynı düzeyde olmaması eşitsizliktir. Hakkaniyetsizlikler, eşitsizlikler neticesinde oluşur fakat her eşitsizlik, hakkaniyetsizlik olarak değerlendirilmez (PAHO 2001).

## 5.2 Sağlık Hizmetleri Finansmanında Yatay ve Dikey Hakkaniyet

Sağlık hizmetleri finansmanında hakkaniyet; sağlık sistemi performans göstergelerinden biridir. Hakkaniyetli finansman, tüm hane halkının sağlık hizmet maliyetleri sebebiyle karşılaşılan riskin hane halkının ödeme gücüne oranla paylaştırılması ve toplumdaki herkes için finansal koruma sağlanması, dolayısıyla hane halkını katastrofik sağlık harcamalarından koruyarak yoksullaşmasının veyahut yüksek maliyetler sebebiyle sağlık hizmet sunumuna erişimini sağlanamamasının önüne geçmektir. Bunu sağlayamayan sağlık hizmet finansman yöntemlerinin hakkaniyetli olduğundan bahsedemeyiz.

Hakkaniyet hem *dikey (vertical)* hem de *yatay (horizontal)* olarak iki şekilde karşımıza çıkar. *Dikey hakkaniyet* ya da başka bir deyimle artan *oranlılık (progressivity)* sağlık hizmetlerinden yararlanma açısından gereksinime daha çok ihtiyacı olanların sağlık hizmeti kullanımlarının daha çok olması gerektiği anlamına gelmektedir. Farklı seviyelerde ödeme gücü olan kişilerin veya hane halklarının sağlık finansmanına farklı düzeylerde katkı yapmasına Sağlık hizmetleri finansmanında dikey hakkaniyet denmektedir. Dikey hakkaniyet ödeme gücü daha yüksek olan bireylerin, ödeme gücü daha düşük olan bireylere göre sağlık finansmanına daha fazla katkıda bulunmalarınıdır (Mossialos, Dixon 2002; Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Ödeme gücünün daha yüksek olduğu bireylerden daha çok sağlık finansman katkısı almak artan oranlılık ( *progressivity* ) olarak açıklanırken; ödeme gücü daha düşük olan bireylerden daha az katılımda bulunulmasının sağlanmasına azalan oranlılık ( *regressivity* ) denir. *Dikey hakkaniyetin* en iyi sağlanabileceği finansman yöntemi sosyal sigorta ve vergiler yoluyla yapılan finansman yöntemidir. Birçok ülkede sosyal sigorta primleri bireyin gelir düzeyine göre artan oranla alınır bunun yanında vergiler yolu ile finansmanda dikey hakkaniyetin sağlanabileceği yöntemlerden biridir. Gelir vergisi, kurumlar vergisi, servet vergisi gibi vergiler doğrudan artan oranla bireylerden alınır fakat unutmamak gerekir ki bu vergiler doğrudan alınan vergiler sınıfındadır, katma değer vergisi, özel tüketim vergisi gibi vergiler bireyin gelirine bakmaksızın alınan dolaylı yoldan alınan vergiler sınıfından olduğu için artan oranlılık bu finansman yönteminin bir özelliği olmadığından burada bir hakkaniyetten söz edemeyiz.

Cepten yapılan sağlık harcamaları, dikey hakkaniyetin yani artan oranlılığın kullanılmasının en zor olduğu ödeme yöntemlerinden biridir. Cepten ödeme yöntemlerinden biri olan doğrudan ödeme yönteminde kişiler, kamu sigorta sisteminin dışında kalan veya hizmetlere erişimi sınırlandıran durumlarda sağlık hizmetlerinin maliyeti için yapılan ödemeler bireylerin gelir durumlarına bakılmaksızın yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler genellikle özel sektörde yapılmaktadır ve böyle bir sistem içinde hakkaniyetten söz etmek doğru olmayacaktır. Bir diğer cepten ödeme yöntemi ise bıçak parası, hediyeler gibi yollarla yapılan informal ödemelerdir. Aynı, doğrudan ödemeler gibi bu ödeme yönteminde de hakkaniyet söz konusu değildir. Bir diğer cepten ödeme yöntemi olan kullanıcı katkılarında bir nebze hakkaniyeti sağlamak için kullanıcı katkılarından muaf olan kesimler belirlemiştir;

- ✓ “İş kazası ile meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetleri
- ✓ Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri
- ✓ Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri
- ✓ Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
- ✓ Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati öneme haiz sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakilleri

- ✓ *Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlar ve yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar*
- ✓ *Kontrol muayeneleri*
- ✓ *İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler*
- ✓ *Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler*
- ✓ *Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler*
- ✓ *Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler*
- ✓ *Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar*
- ✓ *Vazife malûlleri ile*

*Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar ile fakültelerde veya meslek yüksekokullarında kendi hesabına okuduktan sonra veya askerlik hizmetini müteakip subaylığa veya astsubaylığa geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri. Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler ile fakültelerde veya meslek yüksekokullarında kendi hesabına okuduktan sonra komiser yardımcılığına veya polisliğe geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri. Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespite Kurum yetkilidir.” (Resmi gazete 2006: 26200, 2008: 26870; Yıldırım, vd. 2011). Böylelikle mali yük karşısında kolayca etkilenebilecek olan gruplardan bir kesiminin katkı paylarından muaf tutularak hakkaniyet sağlanmaya çalışılsa da; muayene, ilaç, tıbbi cihaz, üremeye yardımcı tedavilerden alınan katkı paylarının toplumun her kesiminden aynı oranda alınması konusunda dikey hakkaniyetten bahsedemeyiz.*

Ödeme gücü eşit olan; cinsiyet, medeni hal, yaşanan yer gibi farklılıklara bakılmaksızın bireylerin aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödeme yapmasına sağlık hizmetleri finansmanında *yatay hakkaniyet* denir (Wagstaff, Van Doorslaer 2000). Doğrudan vergilerle sağlanan finansmanda (gelir vergisi sisteminde) örneğin; konut kredisi ve özel sağlık sigortası primlerinin vergiden düşülebilmesi gibi meydana gelebilecek sorunlar *yatay hakkaniyeti* negatif yönde etkiler (Wagstaff, Van Doorslaer 2000). *Yatay hakkaniyetsizlik*; ülkenin farklı bölgelerinde, farklı vergi oranları ile uygulanmazsa, yani aynı vergi oranı mali gelir açısından daha zengin bölgeler için daha çok gelir, mali gelir açısından fakir olan bölgeler için daha az gelire neden olabileceğinden, yerel vergi gelirleriyle sağlık finansmanı sağlanması *yatay hakkaniyetsizliği* doğurabilir (Mossialos, Dixon 2002). Sağlık hizmetlerinin kullanımındaki farklılıklar sebebiyle, belirli bir gelir düzeyindeki bireyler arasında farklı miktarlarda cepten harcama yapılması cepten sağlık harcamalarında yatay hakkaniyetsizlik durumunu meydana getirir (Wagstaff et al.1999; Cisse et al. 2007; Roy, Howard 2007;Chaudhuri, Roy 2008). Genelde toplumun yoksul kesiminin daha çok sağlık hizmet sunumuna daha fazla ihtiyaç duyması; beslenme yetersizliği, kötü fiziki ve çevresel şartlar, doğumdan beklenen yaşam süresinin daha kısa olması, temiz suya erişim vb gibi sebeplerle daha düşük bir sağlık seviyesine sahip olunması sağlık hizmet sunucularına başvurunun daha fazla olmasını böylelikle daha fazla cepten ödeme yapmak zorunda olma durumu yatay hakkaniyetsizliği beraberinde getirir.

Bunların dışında kullanıcı katkıları, hakkaniyete olumsuz yönde etki etmektedir. Kullanıcı katkılarında finansman yükü, toplum tabanlı olmaktan ve risk paylaşım düzenlemelerinden uzaktır. Sağlığın finansmanında kullanıcı katkılarının oranı yükseldikçe, sağlıklı insanlar ve fakir insanlara düşen finansman yükünün oranı daha da büyür. Zengin (ve daha sağlıklı) insanlar fakir (ve hasta) insanlardan daha fazla destek sağladığı için kullanıcı katkıları sağlıklı ve sağlıklı insanlar arasında olan sağlık sektöründeki dayanışmayı azaltır. Sınırlı vergi kapasitesi olan ülkelerde özel ödemeler



daha fazladır. “Çoğu durumda kullanıcı katkıları hiç arzulanmayan ama kaçınılmaz olarak katılan bir yöntemdir ve kamu harcamalarında önceliklerin belirlenmesi sürecinin bir parçasıdır” (Mossialos ve Dixon, 2002: 23).

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlığın kendine has özellikleri; nerede, ne zaman, kimin için ne kadar sağlık gereksinimine ihtiyaç duyulacağı kesin olarak bilinmemesi; her geçen gün artan nüfus, değişen teknoloji, sağlık hizmet sunumuna olan beklentinin yükselmesi, gelir eşitsizlikleri ve sağlığa harcanacak kaynağın kıt olduğu gerçeği ile birlikte sağlık hizmet finansmanının nasıl olduğu ve olması gerektiği gibi soru ve sorunlar ülkeler için daha da önemli hale gelmektedir. Bununla birlikte sadece ülkelerin değil; kaynakların kıtlığı ve artan sağlık harcamaları, bireylerin ödeme güçlüğünden dolayı, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda ciddi sorun yaşama olasılığını artırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı çeşitli finansman yöntemleri ile sağlanmakta ve bu yöntemlerin nasıl uygulandığı konusu ise doğrudan sağlık hizmetleri hakkaniyeti ile ilgilidir. Ödeme gücü aynı olan bireylerin sağlık hizmet finansmanına katılımında eşit oranda katılmaları yatay hakkaniyettir. Fakat bireylerin sadece aynı gelir düzeyine bakılarak eşit oranda bireylerden finansman sağlamak; yani yaş, cinsiyet, yaşanılan yer vb. gibi değişkenleri göz önüne almadan finansmanda eşit oranda sağlık hizmet katılımı yatay hakkaniyetsizliği doğurur. Bunun yanı sıra farklı gelir düzeyine sahip bireylerin, gelir düzeylerine göre artan oranda sağlık hizmet finansmanına katkıda bulunması; yani dikey hakkaniyet çerçevesinde, finansman gelirlerinin daha çok vergiler ve sosyal sigorta aracılığıyla yapan ülkelerde daha iyi ve hakkaniyetli bir şekilde uygulandığı görüşü olsa da, özellikle vergiler yoluyla finansmanda vergi yükünün daha çok dolaylı vergiler ile sağlanması durumunda hakkaniyetten bahsetmek pek doğru olmayacaktır. Özellikle cepten yapılan sağlık harcamaları için dikey hakkaniyetten bahsedilmesi zordur. Sosyal sigortanın ödemediği kapsam dışı hizmetler için ödenen doğrudan ücretler ile yine cepten yapılan informal ödemeler ( bıçak parası vb ) en çok, mali açıdan yoksul kesimi etkilemektedir. Sağlık hizmet sunumuna daha çok ihtiyacı olduğu bilinen yoksul kesimin böylelikle sağlık hizmetine olan erişimi engellenmiş olur.

Bunların dışında kullanıcı katkıları, hakkaniyete olumsuz yönde etki etmektedir. Kullanıcı katkılarında finansman yükü, toplum tabanlı olmaktan ve risk paylaşım düzenlemelerinden uzaktır. Her ne kadar katkı payları ödemeleri için muafiyet mekanizmaları geliştirilse de sağlığın finansmanında kullanıcı katkılarının oranının artması sağlıksız ve yoksul kesimin finansman yükünün oranı daha da büyütür. Katkı payları kullanarak gereksiz kullanımın önüne geçilmek istenirken; gerçekten sağlık hizmet sunumuna ihtiyacı olan bireylerin, sağlık hizmeti alımı engellenmiş olur. Ülkemizde; muayene, ilaç, tıbbi cihaz vb gibi hizmetler için hali hazırda uygulanan katkı payları bireylerin gelirlerine bakılmaksızın herkesten eşit ölçüde alınmaktadır. Mali gücü daha iyi olan kesim için katkı payı ödemek katastrofik bir sağlık gideri yaratmayacağından gereksiz kullanımın önüne geçmeyecektir. Öte yandan yoksul kesim için bu bir mali sorun yaratacağından sağlık kullanımına erişimi engellenecektir.

Ayrıca katkı payı uygulamasının hakkaniyetsizlik yaratması gibi, uygulanmaması da hakkaniyetsizlik yaratmaktadır. Özellikle hastanelerin acil servisleri katkı payı uygulamasının olmaması gereksiz kullanımı arttırmakta, gerekten acil müdahaleye ihtiyacı olan hastaların daha geç hizmet almasına ya da hiç hizmet alamamasına sebep olmaktadır. Bu durumda acil servislerin belki de tamamen katkı payı muafiyetinden çıkartılıp, gereken teşhis sonucunda gerçekten acil müdahaleye ihtiyaç duymadığı tespit edilen bireylere katkı payı uygulanabilir. Bunun yanında katkı payı uygulamasında bireylere ait çeşitli göstergelerle oluşturulacak bir indekse göre artan ya da azalan oranda katkı payı uygulaması yapılması; hem gereksiz kullanımı azaltacak, hem sağlık finansmanına katkı sağlayacak hem de sağlıksız ve/veya yoksul kesimin sağlık hizmetine erişimi engellenmiş veya kısıtlanmış olmayacak böylelikle hem finansal hakkaniyet hem sağlık hizmet sunumunda bir hakkaniyet sağlanmış olacaktır.

## KAYNAKÇA

Abel-Smith, B. (1978). Poverty, Development and Health Policy. Public Health Papers 69, WHO, Geneva.

Braveman P.A. ve Gruskin S. (2003). "Defining equity in health", Journal of Epidemiology Community Health 57: 254-258.

Borda, M. (2011). Medical Savings Accounts-in Search of An Alternative Method of Health

Carrin, G. (2003). Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives, World Health Organization, Geneva.

Cichon, M. Newbrander, W. Yamabana, H. Weber, A. Normand, C. Dror, D. ve Preker, A. (1999). Modelling in Health Care Finance (A compendium of quantitative techniques for health care financing), International Labour Office, Geneva.

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

Dixon A. (2002) "Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care", Croatian Medical Journal 43(4): 408-416

DPT, (2001). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, <http://www.kalkinma.gov.tr/DocObjects/Download/3497/oik577.pdf> (Erişim Tarihi: 04.03.2015).

Figueras, J. Lessof, S. McKee, M. Duran, A. ve Menabde, N. (2012). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being: An Introduction, İçinde: Figueras, J. ve McKess, M. (Editör). Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being, Assessing the case for investing in health systems, World Health Organization, Mc Graw Hill Open University Press, England

Gottret P. ve Schieber G. (2006) Health Financing Revisited: A Practitioner’s Guide, The World Bank, Washington

Mossialos, E. ve Dixon, A., (2002). Funding Health Care: An Introduction, Mossialos, E. et al (eds.), Funding Health Care: Options for Europe içinde, p.1-30, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.

Mossialos E. ve Dixon A. (2002) Funding Health Care: AnIntroduction. Mossialos E. et al. (eds.) Funding Health Care: Options for Europe Buckingham & Philadelphia: Open University Press, pp:1-30.

ÖZGEN, H . (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 10 (2) , 201-228 .

Orhaner, E. (2006). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 1, 1-22.

PAHO (PAN American Health Organization) (2001) "Measuring Health Inequalities: Gini Coefficient and Concentration Index", Epidemiological

Bulletin 22(1).

Roberts, M. Hsiao, W. Berman P. ve Reich, MR. (2004). Getting Health Reform Right, A Guide to Improving Performance and Equity, New York: Oxford University Press.

Tatar, M. (1994). Teorik Boyutlarıyla Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler. T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu 4-7 Mayıs, Kuşadası, Aydın.

- Tatar, M. Mollahaliloğlu, S. Şahin, B. Aydın, S. Maresso, A. ve Hernandez-Quevedo, C. (2011). Turkey Health System Review, Health Systems in Transition, vol.13 No.6.
- Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, 5(4):123-138.
- Uz H. (1998). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, İçinde: Hayran, O ve Sur, H. (Editör). Sağlık Hizmetleri El Kitabı, Yüce Yayım, Çevik Matbaası, İstanbul.
- Yıldırım, HH., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye için Bir Durum Değerlendirmesi, Amme İdaresi Dergisi, 44(2):71-98.
- Yıldırım, HH. (2012). Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı, İçinde: Yıldırım, HH (Editör), Sağlık Sigortacılığı, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir.
- Yıldırım, H.H., (2016), Sağlık ve Siyaset Yazıları, Birinci Baskı, Ankara: ABSAM.
- Walley J. ve diğ. (2001) Public Health: an action guide to improving health in developing countries. New York: Oxford University Press.
- WHO (2000) The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance, Geneva.
- 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 Report.