

SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI ve ALTERNATİF YÖNTEMLER

Coşkun Can Aktan & A. Kadir Işık

I. GİRİŞ

Sağlık, birey ve toplum için taşıdığı önem nedeniyle öncelikli olarak sunulması gereken bir hizmet türüdür. Günümüzde, farklı siyasal ve ekonomik sistemler bu noktadan hareketle ortalama yaşam ömrünü artırmak ve beşeri sermaye stokuna nitelik kazandırmak için sağlık hizmetlerine büyük önem vermektedirler. Sağlık hizmetlerinin sunumu herşeyden önce sağlam finansman kaynaklarına ihtiyaç göstermektedir.

Sağlık hizmetlerinde finansman sorunu, sağlık hizmetlerinin kalite ve miktar düzeyine etki ederek uygulanan yöntemler açısından bir çok farklılıklar ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan sorunlar doğrudan hizmetin sunumunu, dolayısıyla da bireyin sağlığını etkilemektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin finansmanı ve alternatif yöntemler incelenmektedir.

II. SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMANIN ÖNEMİ

Sağlık hizmetlerinde finansman konusu literatürde çoğunlukla sosyal sigorta kavramı içinde sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmaktadır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinde finansman sorununun sosyal güvenlik politikalarından bağımsız bir şekilde ele alınması mümkün değildir.

Sosyal güvenlik uygulamalarının başlangıcı, gönüllü kuruluşların ve dini kurumların gelir düzeyi düşük kişilere yaptığı yardımlara dayanmaktadır. Daha sonraki aşamalarda ise, bu alanda çalışan şirketlerin gelişmesiyle konu farklı bir boyut kazanmıştır. Öncelikle, yardım düzeyinde ortaya çıkan bu uygulamalar, daha sonra çeşitli dönemlerde zorunlu ve daha sonraki aşamalarda ise, zorunlu ve isteğe bağlı bir yapıya bürünerek süregelmiştir. Bu süreçte bir takım firmalar ortaya çıkmış. Bu firmalar, istekte bulunanları olası tehlike ve risklere karşı sigortalamışlardır.

Hastalık, doğum, iş kazası, iş göremezlik, yaşlılık, ölüm gibi nedenlerle ortaya çıkabilecek ekonomik ve sosyal problemlere karşı önlem alınması yoluyla toplumun kendi üyelerini koruması sosyal güvenlik olarak adlandırılmaktadır. Bu tıbbi bakım ve yardım, çocuk yardımı gibi konuları kapsayabileceği gibi, belirtilen durumlarla bireylere düzenli bir gelir sağlamayı da amaç edinebilmektedir.

Sosyal güvenlik önlemlerinin bir politika düzeyinde ele alınarak yaygınlaştırılması ise, İkinci Dünya Savaşı sonlarında gerçekleşmiştir. Özellikle, herkese sağlık ve işsizlik sigortası ile eğitim güvencesi sağlamayı amaçlayan sosyal refah devleti uygulamaları da bu gelişmeleri hızlandıran bir etken olmuştur. Bunun yanında sosyal güvenlik politikalarının gelişiminde aşağıdaki faktörler de etkili olmuştur. (ILO, 1989:4-6)

- savaş sonrası kitlelerin daha iyi bir yaşam isteği,
- sağlanan bilimsel ve teknolojik gelişmeler ve bundan dolayı emek gücünün daha iyi eğitim ve sağlık şartlarına gereksinim duyması,
- emeğin niteliğindeki artış gereksinimi,

- sendikal mücadeleler sonucu elde edilen kazanımlar,

Sosyal güvenlik kavramı ilk kez Amerika’da 1935’te çıkarılan “*Sosyal Güvenlik Yasası*” ile kullanılmıştır. Sosyal güvenlik politikalarının gelişimi incelendiğinde özellikle Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) bu konuda önemli bir rol üstlendiği görülür. Sosyal güvenlik alanında minimum standartların belirlenmesi (1952), ana sağlığının korunması (1952), tedavide eşitlik ilkeleri (1962), iş kazasında sağlanacak yardımlar (1964), iş göremezlik ve yaşlılık durumunda sağlanacak yardımlar (1967), tıbbi bakım ve hastalık durumunda yapılacak yardımlar (1969) sosyal güvenlik alanında yapılan uygulamalara başlıca örnekler olarak verilebilir.

Günümüzde modern anlamda sosyal güvenlik kavramının karşılamayı amaçladığı risklerin çoğu sağlıkla ilgilidir. Hastalık, iş kazaları, iş göremezlik, analık ve yaşlılık hallerinde yapılan ödemeler bu risklere ve alınan önlemlere örnek olarak verilebilir. Sosyal güvenlik politikaları çerçevesinde sağlıkla ilgili sağlanan minimum düzeydeki hizmetler bireye yönelik koruyucu ve tedavi edici tıbbi bakım hizmetleri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bunun kapsamında ise; yataklı ve ayakta bakım hizmeti sunan sağlık hizmet üretim birimlerindeki uzmanların sunduğu bakım, temel ilaçların sağlanması, doğum hizmetlerinin sunumu, gibi hizmetler yer almaktadır.

Söz konusu bu hizmetlerin organize edilmesi, sunumu ve yapısı her ülkenin sahip olduğu politik yapı, demografik özellikler, gelişmişlik düzeyi, nüfus artış hızı ve bileşimi, doğum oranları ve ortalama hayat beklentileri gibi faktörlerden etkilenmekte, dolayısıyla da bu unsurlar finansman yöntemlerini şekillendirmektedir.

III. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI: BAŞLICA YÖNTEMLER

Sağlık hizmetlerinin finansmanında “doğrudan finansman yöntemi” ve “dolaylı finansman yöntemi” olarak adlandırılabilir olan iki yöntem sözkonusudur. Bu iki yöntemin genel esaslarını şu şekilde özetleyebiliriz.

1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Doğrudan finansman yöntemi, sağlık hizmeti talebinde bulunanların almış oldukları hizmetin bedelini doğrudan kendilerinin ödemesi anlamına gelmektedir. Hizmeti talep eden kişi, arzu gerçekleştiren kamu, özel kurum, aracı yada kişiye ücreti doğrudan ödemektedir. Doğrudan finansman yöntemi, tüketicilerin serbest piyasa koşullarında diğer mal ve hizmetlerin bedelini ödeyerek satın almalarına benzemektedir. Sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar bedel ödeyerek kurum yada kişilerden talep ettikleri hizmeti satın almaktadırlar.

Doğrudan finansman mekanizmasının işleyişine bakıldığında, kamu ve özel kesim tarafından üretilen hizmet, bedeli ödenmek kaydıyla tüketici tarafından satın alınmaktadır. Hastalık riskinin yol açtığı mali yükü tüketici kendisi karşılamakta olup, tüketiciler arasında risk paylaşımı yoktur. Hastalık riskinin derecesi, harcamanın yüksek ya da düşük olup olmayacağını belirlemektedir (Ferranti,1985:14).

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemi aynı zamanda, sağlık hizmetleri tüketimine olan talep üzerinde etkili olmaktadır. Doğrudan finansmanın söz konusu olduğu durumlarda talep katsayısının düşük olduğu gözlenirken, aracı mali kurumların bulunduğu dolaylı finansman sisteminde tüketicinin hizmeti talep etme katsayısı yükselmektedir (Yıldırım, 1994:43). Kişilerin doğrudan ödeme yaptığı sistemlerde özellikle yüksek hastalık riski altında bulunan, alt gelir gruplarının hizmet talebi düşük kalmakta, var olan sağlık ihtiyacı tam bir talebe (fiili talep) dönüşmemektedir. Kamu ve özel sigortaların, yani mali aracı ve organizasyonların yer aldığı sistemlerde ise ihtiyaç olmadığı halde talep ortaya çıkabilmektedir. Sağlık bilincinin yeterince gelişmediği, personel ve altyapının eksik olduğu toplumlarda rastgele ilaç tüketimi,

gelişmiş ülkelerde sağlıklı olma kaygısıyla vitaminlerin büyük oranda tüketilmesi ve periyodik kontroller gibi örnekler uygulanan finansman yöntemiyle yakından ilişkilidir.

Günümüzde, sağlık hizmetleri alanında; yüksek teknoloji gerektiren bakım ünitelerinde tedavi, anestezi, ilaç, ameliyat ve organ nakli v.b. gibi yüksek maliyetli işlemlerin doğrudan bireyler tarafından finanse edilmesi güçtür. Bu olgu, hem gelişmiş ve hem de gelişmekte olan ülke grupları için geçerlidir. Söz konusu hizmetlerin yapılabilmesi için altyapı gerekliliği ve maliyetlerin yüksekliği nedeniyle bu maliyetleri kişilerin doğrudan karşılaması mümkün değildir. Bu harcamalar ancak büyük fonlarla karşılanabileceğinden dolayı, genel veya özel sigortalarla yapılabilir. Bugün dünyada ortalama olarak her ülkede ancak, gelir düzeyi çok iyi olan insanlar sağlık hizmetlerini kendileri doğrudan finanse etme yolunu seçmektedirler. Ancak, günümüzde bu alanda gözlenen olgu, gelecek dönemlerde doğrudan finansmanın öneminin azalacağı, buna karşın üçüncü grup ödeyicilerinin dolayısıyla dolaylı finansman yönteminin ağırlık kazanacağı şeklindedir (Getzen,1997:7). Uygulamada görülen dolaysız ödeme biçimi çoğunlukla cepten (*out of pocket*) yapılan doğrudan ödemelerdir (Gray, 1995:182).

2. Dolaylı Finansman Yöntemleri

Dolaylı finansman yönteminde ise; hizmet sunumunu gerçekleştiren ile talep eden arasında üçüncü parti (taraf) ödeyici (third party payer) yer almaktadır. Bu yöntemde, sağlık hizmet sunumu yapan kurumlarla talep eden bireyler arasında para ilişkisi kısmen veya tamamen ortadan kalkmaktadır. Finansal araçlar da denilen üçüncü taraf ödeyicilerin yer aldığı bu tür yapılanmalarda tüketicilerin risk paylaşımı söz konusudur. Bu sistemde ortaya çıkan hastalık riskinin meydana getirebileceği harcamalar sadece tüketici tarafından yüklenilmemekte, buna karşın, aracı olan mali kuruma (ortak fon) katkıda bulunan herkes tarafından paylaşılmaktadır. Bu yöntemin uygulanmasında tüketicinin hizmetten yararlanmasında oluşturulan ortak fona yaptığı katkılar dikkate alınmazken, belirli bir hizmet düzeyinin üstündeki talebini karşılamak için de ayrıca bir katkı istenebilir.

Doğrudan finansman yönteminde, bir tarafta tüketiciler diğer tarafta ise kamu veya özel kesim sunucuları yer almaktadır. Bu sistem oldukça basit bir yapı göstermekte iken, dolaylı finansman yönteminde sistem daha karmaşık olup üreticiler ve tüketiciler, araçlar (devlet ya da özel) arasında çoklu bir ilişki söz konusu olmaktadır.

Dolaylı finansman yöntemine genel olarak bakıldığında, sağlık sistemi genel vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi, satış vergisi), özel vergilerle (çeşitli mallardan alınan vergiler, çeşitli üretim girdilerinden alınan vergiler), primler ve tüketici katkıları (sigorta) ve bağışlarla finanse edilebilir. Bu yöntem üçlü bir grup halinde sistematik bir şekilde ele alındığında ise, aşağıdaki yapı ortaya çıkmaktadır.

Çalışanların Finansmana Katılması

Sağlık hizmetleri yerine getirilirken çalışan bireyler veya gruplar, bu hizmetin önemli bir tüketicisi durumdadırlar. Dolaylı finansman yöntemi, çalışanların bu amaçla kurulmuş olan finansal ve mali araçlara sigortalı olarak ödemiş oldukları sigorta primlerine dayanmaktadır.

Çalışanların söz konusu aracı mali kurumlara üye olmadığı durumda, talep ettikleri hizmetin maliyetine katlanmaları gerekir. Çalışanlar bu sistemde belirli bir dönemde almış oldukları ücretin belli bir bölümünü prim diye adlandırılan bir kesinti halinde (bu genellikle, aylık veya haftalık ücretin belli bir bölümünden kesilmek kaydıyla olmakta, ancak bazı ülkelerde saat başı alınan ücretten de bir kesinti yapılabilir) ödemektedirler. Böylece bir fonda toplanan paralarla, ortaya çıkan sağlık harcamaları finanse edilmektedir. Fona katkıda bulunmayan, yani prim ödemeyenlerin bu sistemden yararlanması düşünülemez. Bu yöntemde prim veya aylık aidatları ödeyememe durumunda bulunan sağlık hizmet tüketicilerinin

hizmetten yararlanamıyor olması önemli bir sorun oluşturmaktadır.

Prim oranları aracı kurumlar tarafından belirlenebileceği gibi (özel sigorta), devlet tarafından da belirlenebilir (kamu yada zorunlu sigorta uygulaması gibi). Çalışanların bu şekilde finansmana katılması çoğunlukla kanuni bir zorunluluktan kaynaklanabileceği gibi, gönüllülük esası da söz konusu olabilir.

Çalışan bireyler bu primlerini gerek özel, gerekse kamu sosyal güvenlik kurumlarına doğrudan ödeyebilecekleri gibi, işverenler işçilere ödeyecekleri ücretten düşülmek kaydıyla işçiler adına da bu primi kesip aracı kuruma ödeyebilirler.

İşverenlerin Finansmana Katılması

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri içinde yaygın bir uygulama da işverenlerin finansmana katılmasıdır. Bu sistemde işverenler işçinin ödediği prime ek olarak bir prim ödeyebilirler. Bunun yanında, çeşitli iş kollarında işverenin, işinden dolayı ortaya çıkabilecek kısa ve uzun dönemli hastalıkların varlığı durumunda çalışanların zarar görebileceği varsayımı işverenlerden belli bir pay almanın gerekçesini oluşturur.

İşverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılması maliyetleri yükseltmektedir. İşverenlerin bunu ileriye doğru yansıtmaları da maliyet enflasyonunu ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olması nedeniyle diğer ödeme yükleri de dahil edildiğinde (iş kazaları, meslek hastalıkları sigortası) bu etkinin sınırı genişlemektedir.

Uygulamada işverenlerin sağlık hizmetleri finansmanına katılması oranı ve biçimi ülkelere göre farklılık göstermektedir (Gray,1995:183).

Devletin Finansmana Katılması

Devletin finansmana katılması aynı zamanda “vergilerle finansman” olarak adlandırılmaktadır. Bunun nedeni, devletin finanse etme biçim ve amacı ne olursa olsun sonuçta genel bütçe vergi gelirlerini kullanmasıdır.

Devletin sağlık hizmetlerini finanse etmesi de çeşitli şekillerde olmaktadır. Devlet sosyal güvenlik kurumlarını kurmanın ve yönetmenin yanında, bütçeden bir pay ayırabileceği gibi, bu kurumların açıklarını kapamayı da üstlenebilir. Bu kurumlara sağlanan vergi kolaylıkları da bir tür finansman sağlama biçimidir. Devlet kurmuş olduğu kamu sigortası ile de tıpkı özel kesimdeki benzer sigorta işlevini de üstlenebilir.

IV. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSE EDİLMESİNDE YENİ YÖNELİMLER

Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde yaşanan sıkıntılar, alternatif modellerin ve araçların kullanılmasını da kaçınılmaz kılmaktadır. Gerçekte finansman probleminin tek çözümü, kaynakların artırılmasıdır. Bu iki şekilde olabilir. Birincisi idarelerin elinde bulunan vergileme yetkilerini bu amaç için kullanmaları, ikincisi de kamu kesimi ve özel sektör tarafından sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların artırılmasıdır. Bu durum yerel veya bölgesel idareler için de geçerlidir.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yüksekliği, bu hizmetlerin doğrudan cepten yapılacak finansman ile karşılanmasını güçleştiren bir olgudur. Bu durum idarenin finansman konusunda daha geniş bir rol oynaması gereğini ileri sürenlerin en büyük argümanlarından biridir. Ancak, bu rolün ne olacağı ile optimal düzeyinin belirlenmesi ve etkinliğin artırılması konusunda ise tartışmalar hala devam etmektedir (Barr, 1996:27).

Sağlık hizmetlerine tahsis edilen kamu ve özel kaynakların artırılması ve maliyet sınırlama stratejileri yanında, günümüzde finansman açısından ileri sürülen yönelimler aşağıdaki başlıklarda ele alınmaktadır (Paton,1996:25-30).

1. Maliyet Paylaşımı Yaklaşımı ve Tüketici Katkıları

Bu yöntemde ileri sürülen görüş, sağlık hizmetini kullanan bireylerin hizmetin maliyetine katılmalarının sağlanmasıdır. Bu sağlık hizmetlerinin tamamı için ya da belli bir aşaması için uygulanabilir. Örneğin tüketicilerden sadece tedavi hizmetlerinin maliyetinin tamamının maliyetine yada bir bölümünün maliyetine katılmaları istenebilir. Bu uygulama ek kaynak yaratması açısından önemlidir. Diğer yandan, gelir düzeyi sürekli yükselen ve gelişme eğiliminde olan ülkeler için ek bir kaynak oluşturulması açısından da bir çözüm yolu olabilir.

Tüketici katkıları, sağlık hizmet tüketicisi yani hastanın hizmeti tüketmesi durumunda doğrudan yaptığı ödemelerdir. Kaynakların kıtlığı olgusu gerçeği, sağlık hizmetleri finansmanında tüketici katkılarının oluşturulması veya artırılması konusundaki eğilimleri desteklemektedir. Günümüzde birçok ülkede oranları ve biçimi farklı olsa da tüketicilerden belli bir katkı alınmaktadır. Tüketici katkıları; sağlık üretim birimine yapılan ödeme, sigorta kurumuna yapılan ödeme ve ilaç ödemeleri şeklinde gerçekleştirilmektedir.

2. Gönüllü Sağlık Organizasyonları

Sağlık hizmetlerinde finansman probleminin diğer bir çözüm yolu kar amaçlı olmayan gönüllü organizasyonların kurulması ve işletilmesidir. Bu organizasyonlar çeşitli vakıflar, dernekler ve hayır kurumlarından oluşmaktadır. Bugün gelişmiş olan ülkelerin bir çoğunda çok sayıda kar amacı olmayan sağlık organizasyonları vardır. Bu tür kurumların gelir kaynakları arasında çeşitli devlet yardımlarının yanında, bağışlar, bu organizasyonların çeşitli faaliyetleri, sergiler, müzayedeler gibi çeşitli kaynaklardan elde ettikleri kaynaklar vardır (Pauly,1987:257).

Bu organizasyonların diğer bir örneği de dünyanın çeşitli bölgelerinde faaliyet gösteren dini organizasyonlardır. Bu tür kurumlar da sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ek bir kaynak yaratmaktadırlar.

V. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin önemi ve bu hizmetlere duyulan ihtiyaç her geçen gün giderek artmaktadır. Günümüzde bütün ülkelerde gelişmişlik ayrımı yapılmaksızın sağlık harcamalarının artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin giderek artması, buna karşın nüfus artışının hızlı olması ve gelir düzeyinde meydana gelen değişimler bütün bireylerin sağlık hizmetlerinden etkinlik ve adalet ölçütleri içinde yararlanmalarını güçleştirmektedir.

Kişi başına milli gelirin yüksek olduğu toplumlarda sağlık hizmetlerinin sunulması ve finansmanında çok ciddi sorunlar sözkonusu değildir ve bu ülkelerde daha ziyade sağlık hizmetlerinin kalitesi ve miktarı üzerinde yoğunlaşmaktadır. Buna karşın kişi başına milli gelirin yetersiz olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı ciddi bir sorundur. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlığın tamamen doğrudan finansman yöntemi ve bireylerin cepten yapacakları ödemelerle finanse edilmesi mümkün değildir. Bu ülkelerde başta koruyucu sağlık hizmetleri olmak üzere genel olarak sağlık hizmetlerinin genel bütçeden ayrılacak fonlar dışında başka bir yöntemle finanse edilmesi kolay görünmemektedir. Gelişmiş ülkelerde ise kişi başına milli gelirin artmasına paralel olarak bireylerin sağlık harcamalarını ismen cepten yapılan ödemelerle finanse etmesi mümkün olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kamu ve özel sektör dışında üçüncü sektörün de sağlık hizmetleri piyasasındaki yeri her geçen gün daha artmaktadır.

KAYNAKLAR

Barr, Nicholas., “*People in Transition: Reforming Education and Health Care*”, Finance and Development, September, 1996.

Ferranti, D.De., Paying For Health Services in Developing Countries: An Overview, World Bank Staff Working Paper, No:721, The World Bank, Washington, DC. USA, 1985.

Getzen, Thomas, Health Economics: Fundamentals and Flows Of Funds, Temple University Press and John Willey And Sons Inc. New York, 1997.

Gray, Alastair , “*International Patterns Of Health Care, 1960 To 1990S* ” (Edited By Charles Webster), Caring For Health., History And Diversity Open University Press, Health And Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995.

ILO., Introduction To Social Security, Geneva, 1989.

Pauly, Mark V., “*Nonprofit Firms In Medical Markets*”, American Economic Review, May 1987.

Paton, Calum, Health Policy And Management, Chapman and Hall London Uk, First Edition, 1996.

Yıldırım, Savaş, Sağlık Hizmetlerinde Harcama Ve Maliyet Analizi, DPT Yayınları, No:2350, Temmuz Ankara, 1994.