

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Gülbiye Yenimahalleli Yaşar

- **Sağlık Finansmanı:**

Sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002:98).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002:2.

• Sağlık Finansmanının Amaçları:

Tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için;

- yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmak
- kaynakları verimli bir şekilde kullanmak,
- finansmanda adaleti gözetmek
- kaynak oluşturma yöntemlerinin hane

halklarını yoksullaştırmasını engellemek (WHO 2000a:95; WHO, 2004:18; WHO-WB, 2004:11-12).

• **Sağlık Finansmanının İşlevleri:**

1. Gelir oluşturma (finansman yöntemleri)
2. Fon havuzlama
3. Hizmet sunuculara ödeme yapma

1.Gelir Toplama:

- Gelirler; hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır.
- Toplama (finansman) yöntemleri; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlardır.
- Toplayan kuruluşlar; kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları
- Sağlık finansmanı için gelir toplamanın en önemli özelliği anılan gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde (cepten ödemeler dışında) toplanmasıdır.

2.Fon Havuzlama:

- Sağlık hizmetlerine yapılacak 6demelerin riskinin fonlara katkı sağlayan t6m 6yelerce paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve y6netim şeklidir.
- Amaç; belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır.
- Kuruluşlar; genellikle gelir toplayanlar ile aynı kuruluşlardır.

3.Ödeme Yapma:

- Biriktirilen kaynakların üyelerin sağlık hizmetleri kullanımını karşılığında hizmet sunuculara aktarılmasıdır.
- Ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir.

Tablo 1: Sağlık finansmanı işlevleri ile ilgili politikalar

Finansman İşlevi	İlgili Politika
1. Gelir Oluşturma	Kimden ne kadar para toplanmalı? Kimleri ve neleri kapsamalı?
2.Fon havuzlama	Kaynakları nasıl havuzlamalı? Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
3.Hizmet Sun.Öd. Yapma	Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli? Hangi fiyatla ödenmeli ve nasıl ödenmeli?

Kaynak: Dixon, Langenbrunner ve Mossialos, 2004:53.

• Sağlık Finansmanının Tarihsel Gelişimi:

1. Özel nitelikli finansman yöntemleri

- Cepten ödemeler (M.Ö. 2000 Hammurabi Yasaları)
 - a) Doğrudan ödemeler
 - b) Kullanıcı katkıları
 - c) Enformel ödemeler
- Özel sağlık sigortacılığı (13.yüzyıl Avrupa)
- Tibbi tasarruf hesapları (1984 Singapur)

- Özel sağlık sigortaları:

- İşlevlerine göre;

- İkame edici
- Tamamlayıcı

- Primlerin hesaplanma şekillerine göre;

- Bireysel riske göre
- Grupsal riske göre
- Toplumsal riske göre

- Statülerine göre;

- Kar amaçlı olanlar
- Kar amaçlı olmayanlar

- Özel sigortacılığın avantajları:
 - Ek kaynak yaratma
 - Kamu sektörü reformunu körükleme
 - Tüketicilerin tercihini arttırma
- Dezavantajları:
 - Primlerin ödeme gücüne göre değil, hastalık riskine göre belirlenmesi. Bu durum hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamayı zayıflatmaktadır.

- **Sağlık Finansmanının Tarihsel Gelişimi**

2. Sosyal nitelikli finansman yöntemleri

- Sosyal sağlık sigortacılığı (1883 Almanya-Bismark)
- Vergilerle finansman (1938 Yeni Zelanda, Avrupa'da 1948 İngiltere-Beveridge)

• Sosyal Sigortacılık

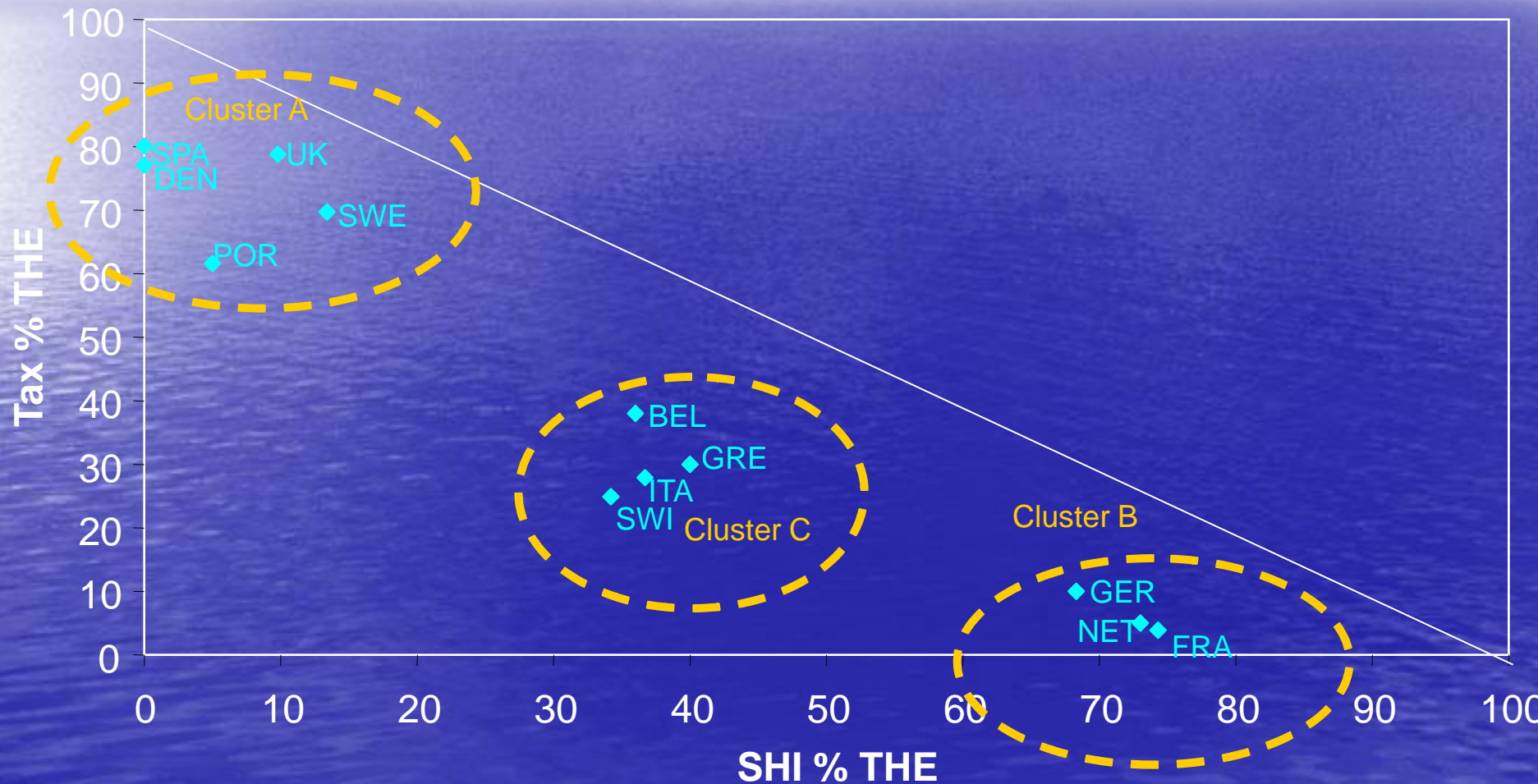
- Gelirle ilişkili olan prime dayalıdır (işçi, işveren, devlet)
- Tüm nüfusu veya belirli bir kesimi kapsar
- Kaynaklar doğrudan sağlık harcamaları için kullanılır
- Primlerle sunulan hizmetler arasında bağlantı yoktur
- Bağımlılar ek prim ödemedenden kapsamdadır
- Sigorta kuruluşuna zorunlu veya gönüllü üyelik
- Bir veya birden fazla sigorta kuruluşu
- Prim tavanı ve tabanı olabiliyor

- Sosyal Sigortacılık (kimler faydalanıyor)
 - Vatandaşlık veya istihdam statüsü
 - İşsizler vb. gibi grupların durumu
 - Primleri kim belirliyor?
 - Sosyal sigortalar kurumlarında devletin temsili
 - Emeklilerin durumu

• Vergiler:

- Yerel - ulusal vergiler
- Dolaysız – dolaylı vergiler
- Genel amaçlı – özel amaçlı vergiler

Avrupa'da top. sağ.har. içinde vergiler ve sos.sig. % (2002)



- **Sağlık Hizmetleri Finansmanında adalet:**

- **Adalet:**

Her toplumun ulaşmak istediği ancak tanımında uzlaşamadığı, güzellik gibi, görelî bir kavram olarak tanımlanabildiği gibi (McLachlan ve Maynard, 1982:520),

- sosyal adaletin bir parçası olarak da tanımlanabilmektedir (Le Grand, 1987).

– Farklı teorilerde adalet;

- “Ödeme gücüne göre katkı, ihtiyaca göre hizmet”
(Marksist ve Eşitlikçi Teori)
- “Herkes yaşama hakkı tanıyarak”
(Liberal Teori)
- “Bireysel fayda miktarını en üst düzeye çıkararak”
(Faydacı Teori)
- “Toplumun en yoksul kesimleri lehine dağıtım sağlayarak”
(Rawlci Teori)
- “Erdemli olanları ödüllendiren bir sistem kurarak”
(Desert)

- **Finansmanda adalet:**

- Dikey adalet “farklı ödeme gücüne sahip olanların farklı miktarda”,
 - Artan oranlı
 - Oransal
 - Azalan oranlı
- Yatay adalet “benzer gelir düzeyine sahip olanların benzer miktarda katkı yapması,”
- Gelirin yeniden dağıtılması “artan oranlılık ve kamu sağlık harcamalarının düzeyi” ile ilişkilidir.

• Dolaysız vergiler ve adalet

- Dolaysız vergiler çoğunlukla dikey adaleti sağlıyor (Wagstaff ve ark., 1992 ve 1999)
- Bazı durumlarda yatay adaleti sağlayamıyor
 - Gelir vergileri bölgelere göre farklılaşıyorsa,
 - Bazı gelir türleri gelir vergisinden düşülebiliyorsa,
 - Bazı harcamalar gelir vergisinden düşülebiliyorsa.

• Dolaylı vergiler ve adalet

- Dolaylı vergiler birçok durumda azalan oranlı
 - Yüksek gelirliler daha fazla tasarruf yapıyor ve tasarruflar üzerinden dolaylı vergi alınmıyor
 - Yüksek vergili mallara düşük gelirlilerin ödedikleri vergi oranı görece olarak daha fazla
 - Birçok dolaylı vergi sabit oranlı (örn. ehliyet, pasaport harcı vb).

- **Özel amaçlı vergiler (sağlığa tahsis edilmiş)**
 - Daha şeffaf
 - Doğrudan sağlığa ayrıldığı için başka alanlarda kullanılmıyor
 - Hesap verilebilirliği arttırıyor
 - Yerel vergiler de benzer özellikler taşıyor ama her ikisi de Türkiye’de çok sınırlı

Sağlık Finansmanından Beklentiler

- tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak,
- sağlık hizmetleri finansmanında adaleti sağlamak ve gelirin yeniden dağıtılmasına katkı yapmak,
- sağlık hizmetleri finansmanında verimliliği sağlamak
- sağlık hizmetleri finansmanında sürdürülebilirliği sağlamak

Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlamak ve Sağlık Hizmetlerine Erişimi Artırmak

- “Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak”; yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak
- Sağlık hizmetlerini ödenebilir bir fiyatla sunmak, hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamayı gerektirir.
- Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, “kapsamın genişliği” olarak da adlandırılmaktadır.
- Herhangi bir cepten ödeme yapmadan ulaşılabilecek sağlık hizmetleri kapsamını gösteren “kapsamın derinliği” kavramı da hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama ile doğrudan ilişkilidir ve hizmete ulaşımı önemli ölçüde etkilemektedir (Mossialos ve Dixon, 2002).

Sağlık Finansmanında Adalet

- Tarihsel kökenini Aristo'nun "eşitsizlere eşitsiz, eşitlere eşit davranma" yaklaşımından alan bu ilke, "dikey ve yatay adalet" kavramları ile açıklanmaktadır.
- Dikey adalet, farklı ödeme gücüne sahip bireylerin farklı miktarlarda katkı yapmasını öngörmektedir.
- Yatay adalet ise, aynı ödeme gücüne sahip bireylerin aynı miktarda katkı yapmasını öngörmektedir.
- Her iki kavram gelirin yeniden dağıtımı ile de yakından ilişkilidir (Wagstaff ve van Doorslaer, 1993).

Sağlık Finansmanında Verimlilik

- Teknik verimlilik, kaynak tahsisi verimliliği ve yönetsel verimlilik gibi genel verimlilik kavramları ile incelenmektedir.
 - Teknik verimlilik, olası en düşük maliyetle hizmet sunmak
- Kaynak tahsisi verimliliği, kaynakların farklı sağlık hizmetleri arasında uygun dağılımı
 - kaynakların sağlık sektörü ve ekonominin diğer sektörleri arasındaki dağılımı;
 - kaynakların sağlık sektöründeki farklı hizmetlere, örneğin koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine dağılımı ve
 - kaynakların ilaç gibi özel klinik hizmetlere tahsisidir.
- Yönetsel verimlilik, sistemin yönetiminde kullanılan kaynak miktarı (WHO, 1993: 8-9).

Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik

- Durumsal, yapısal, çevresel - politik ve kültürel etmenler etkiler.
- Finansal sürdürülebilirlik, sosyal sürdürülebilirlik, politik sürdürülebilirlik gibi adlar alır.
- En çok gündemde olan konu finansal sürdürülebilirliktir. Ekonominin yapısı ile doğrudan ilişkilidir.
 - Ekonomik büyüme, enformel sektörün büyüklüğü, emek gelirinin sermaye gelirine oranı, işgücüne katılım oranı, istihdam şekli, sendikalaşma oranı, sermaye hareketliliği, gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ağır borç yükü gibi ekonominin durumu ve işgücü piyasası ile ilgili özellikler gelir oluşturmayı ve finansmanın sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir.
 - Demografik etmenler finansal sürdürülebilirliği tehdit eden bir diğer önemli etmendir.

Kaynakça

- Boratav, K., (2004), **İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri**, İmge Kitabevi, 2.Baskı, Ankara.
- Çilingiroğlu, N. (1997), "Sağlık Ekonomisi", Bertan, M. ve Güler, Ç. (ed.) **Halk Sağlığı** içinde, s.391-41, Güneş Kit., 2.Baskı.
- Dixon, A., Langenbrunner, J. and Mossialos, E. (2004), "Facing the Challenges of Health Care", Josep Figueras et al (eds), **Health Systems in Transition: Learning From Experience** içinde, s.52-84, European Observatory on Health Care Systems Series.
- Lee, K. and Goodman, H. (2002), "Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s", Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), **Health Policy in a Globalising World** içinde, s.97-119, Cambridge University Press.
- McLachlan, G. and Maynard, A., (1982), "The Public/Private Mix in Health Care: The Emerging Lessons", McLachlan, G. and Maynard, A., (eds.), **The Public/ Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change** içinde, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.
- Mossialos, E. and Dixon, A., (2002a), "Funding Health Care: An Introduction", Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, s.1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

- Le Grand, J., 1987, "Equity, Health and Health Care". **Social Justice Research**, Vol.1, p.257- 274.
- OECD, (2005), Health Data (elektronik)
- Pınar, A., (2004), **Vergileri Kim Ödüyor ve Kamu Harcamalarından Kimler Yararlanıyor?**, TESEV, Ankara
- Robbins, L. (1932), İktisadın Yapısı ve Önemi.
- Sağlık Bakanlığı, (2004c), **Türkiye Ulusal Hane Halkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003**, Hifzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Sağlıkta Umut V.
- Tatar, M., Özgen, H., Şahin, B. et al. (2003), **Formal and Informal Household Spending on Health: A Case Study From Turkey**, MEMIO, Harvard School of Public Health and Hacettepe School of Health Administration.
- Tokat, M. (1994), Sağlık Ekonomisi, Anadolu Üniv. Açık Öğretim Fak.
- Ünsal, E.M. (2001), Mikro İktisat, İmaj Y.
- Ünsal, E.M. (2001), Makro İktisat, İmaj Y.
- Wagstaff, A. and van Doorslaer, E., 1992, "Equity in the finance of health care: some international comparisons", **Journal of Health Economics**, Vol.11, N.4, p.361-387.

- Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E., 1997, "Progressivity, Horizontal Equity and Reranking in Health Care Finance: A Decomposition Analysis for the Netherlands", **Journal of Health Economics**, Vol.16, N.5, p.499-516.
- Wagstaff, A. Et al., 1999, "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", **Journal of Health Economics**, Vol.18, N.3, p.263-290.
- WB, (2003), **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, (In Two Volumes), Vol.1: Main Report, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Report No.24358-TU.
- WHO, (2000), **The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**, Geneva.
- WHO, (2004), **Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period**, by Guy Carrin and Chris James, Discussion Paper, N.2, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy (EIP)", Geneva.
- WHO-WB, (2004), **Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries**, October 6-7, Report, Glion, Switzerland.
- WHO, (2006), Health For All Data Base (elektronik).

TEŞEKKÜRLER