

## SAĞLIK FİNANSMANINI DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ

**Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR**

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü, Ankara, Türkiye  
gulbiyey@yahoo.com

### ÖZET

Bu çalışmanın amacı ülkemizde ve dünyada son yirmi yıldır yoğun bir şekilde tartışılmakta olan sağlık finansmanını özel bir teorik değerlendirme çerçevesi ile ele alıp incelemektir. Bu amaçla çalışma, önce sağlık finansmanı amaçlarını ve işlevlerini tanımlamaktadır. Daha sonra, sağlık finansmanı amaçlarına ulaşıp ulaşılamadığını değerlendirebilmek için sağlık ekonomisi ve sağlık politikası yazınında sıkça kullanılan dört ölçüt ele alınmaktadır. Bu ölçütler; tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetleri finansmanında adalet ve gelirin yeniden dağıtılması, sağlık hizmetleri finansmanında verimlilik ile sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleridir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık finansmanı, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik, sağlık finansmanında sürdürülebilirlik.

### Giriş

Sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır [1]. Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir tanım, sağlık hizmetleri finansmanını kaynak aktarımı şeklinde basitleştirmektedir [2]. Bu yaklaşıma göre, hizmet sunucu sağlık hizmetleri kaynaklarını hastalara, hastalar veya finansal koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyiciler ise finansal kaynakları hizmeti sunanlara aktarmaktadırlar. Bir mal veya hizmet karşılığında en basit ödeme şekli olan doğrudan ödemede, tüketici (birinci taraf), bir mal veya hizmet karşılığını doğrudan hizmet sunana (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen

üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Sağlık sistemleri sadece hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamakla kalmamış, zamanla kişilerarası yeniden dağıtım aracı haline de gelmiştir [2].

Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluştururken hane halklarının yoksullaşmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır [3-5]. Sağlık sistemleri herkese, yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal koruma sağlamak amacıyla kurulmuşlardır. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini de gündeme getirmiştir. Ayrıca cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi, hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini kaçınılmaz kılmıştır [6].

Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma işlevleridir [3,7,8]. Gelir toplama; hane halkları, şirketler ve donörlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir [3]. Gelir toplama işlevi; kimin, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve

ödemeleri toplayacak kurumları kapsamaktadır [2].

Kaynaklar genel olarak hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır. Toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir [2]. Sağlık finansmanı için gelir toplanmanın en önemli özelliği anılan gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde (cepten ödemeler dışında) toplanmasıdır. Cepten ödemelerin varlığı bazı bireylerin veya bazı hizmetlerin güvence altına alınmadığını göstermektedir. Hizmetin kullanımı öncesinde toplanan gelirlerin düzeyi, finansal riski yayma derecesi ve gelir düzeyi çok düşük olan bireylerin hangi oranda sübvans edildiği, sağlık finansmanının gelir toplama başarısı ve finansmanda adalet açısından çok önemlidir [3].

Sağlık finansmanında fon havuzlama; sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin, fonlara katkı sağlayan tüm üyelerce paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel olarak “sigorta işlevi” adıyla da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır [3, 8]. Ayrıca fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilediğinden, hizmet sunucular için belirsizliği azaltmakta ve yeni yatırımlara yönelmeyi teşvik etmektedir [3]. Gelir toplama işlevinde olduğu üzere fon havuzlama işlevini de farklı kurumlar yapabilmektedir. Ancak, geliri havuzlayan kuruluşlar ile gelir toplayan kuruluşlar genellikle aynı kuruluşlardır.

Sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma; toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara aktarılmasıdır. Fon havuzlamada olduğu üzere ödeme yapmada da kimin adına ödeme yapılacağı bellidir. Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynı olmaktadır. Ödeme pasif veya stratejik olabilmektedir. Pasif ödeme fatura karşılığı

ödemedir. Stratejik ödeme ise hangi müdahalenin nasıl ve kim tarafından ödeneceğinin sürekli tartışıldığı daha dinamik bir ödeme şeklidir [3]. Gelir toplama ve fon havuzlama yöntemlerinde olduğu gibi, hizmet sunuculara ödeme yöntemlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemelerinden oluşmaktadır [4].

### **1. Sağlık finansmanını değerlendirme yöntemleri**

Sağlık finansmanını değerlendirebilmek için sağlık ekonomisi ve sağlık politikası yazınında sıkça kullanılan tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak ve sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetleri finansmanında adalet ve gelirin yeniden dağıtılması, sağlık hizmetleri finansmanında verimlilik ile sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleri dikkate alınacaktır [9-11].

#### **1. 1.Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Erişim**

1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Anayasası ile sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi ve bu hakkın başta İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi olmak üzere birçok uluslararası belgede yer alması, ülkelerin sağlık hakkını anayasalarıyla güvence altına almasına yol açmıştır. Öte yandan, 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren vergilerle finanse edilen “Ulusal Sağlık Hizmetleri” sistemine sahip ülkelerin, genellikle vatandaşlık (veya ikamet) esaslı ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaya başlamış olması, sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaşması hedefinin tüm dünya çapında benimsenmesine yol açmıştır. Ayrıca 1978 Alma-Ata Bildirgesi’nde yer alan “herkes için sağlık” sloganı ile temel sağlık hizmetlerinin toplumun tümüne yaygınlaştırılmasının hedeflenmesi de bu açıdan önemli bir kilometre taşı olmuştur [4,12].

“Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak” kavramı yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmak olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak kavramı iki farklı kapsamı bir arada bulundurmaktadır. İlki, yeterli sağlık hizmeti sunmak, ikincisi ise

bu hizmetleri ödenebilir bir fiyatla tüm nüfusa sunmaktır. Sağlık hizmetlerinin ödenebilir fiyatla tüm nüfusa sunulması, hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlanması anlamına gelmektedir [4, 12-14]. Ancak yeterli sağlık hizmeti sunmak, sağlık sistemlerinin finansman dışındaki işlevlerinden biridir [2]. Bu çalışma kapsamında yalnızca, sağlık finansmanı işlevini ilgilendiren, tüm nüfusun hastalığın finansal riskine karşı korunması konusu dikkate alınmaktadır.

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, “kapsamın genişliği” olarak da adlandırılmaktadır. Ancak bazı durumlarda hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamak için yeterli olamamaktadır. 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. Örneğin Kore Cumhuriyeti’nde 1977’den 1989’a kadar olan süreçte nüfusun tamamı ulusal sağlık sigortası sistemi ile kapsam altına alınmıştır. Bu önemli bir gelişme olmasına rağmen, kapsamın derinliği açısından bakıldığında Kore Cumhuriyeti’nin aynı başarıyı gösteremediği gözlenmektedir. Çünkü bu sistemle birlikte ayakta tedavilerde sabit bir ödeme dışında yüzde 30 ile 55 arasında değişen oranlarda, yatarak tedavilerde yüzde 20 oranında kullanıcı katkısı alınmaya başlanmıştır. Hastanelerde uzman doktora ulaşabilmek için ek ödemeler yapılması gerekmiştir. Sigorta, hastane yatış gününe belirli bir sınır koymuştur. Ayrıca birçok hizmet kapsam dışında bırakılmıştır. Tüm bu uygulamalar, 1992 yılında Kore Cumhuriyeti’nde, toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin oranını yaklaşık yüzde 65’e çıkarmıştır. Bu durum ulusal sağlık sigortası yoluyla tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayan Kore’nin, vatandaşlarına sağlık hizmetlerine erişim için eşit fırsat tanımadığı ve gerçek bir finansal koruma sağlamadığını göstermektedir [14]. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak konusu incelenirken, kullanıcı katkıları gibi hizmete erişimi etkileyebilecek cepten ödemelerin değerlendirilmesi oldukça önemli bir konudur [11].

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın en önemli özelliği, tüm bireylerin toplam sağlık harcamalarının finansmanını paylaşması, diğer bir deyişle riskin toplumsal düzeyde havuzlanmasıdır. Risk havuzu büyüdüğü ölçüde bireylerin kendi sağlık riskinin finansal yükünü taşıma oranı azalmaktadır [4].

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın iki temel yöntemi bulunmaktadır. Birinci yöntem, temel finansman kaynağının genel vergi gelirleri olduğu ulusal sağlık sistemidir. Bu sistemin en temel özelliklerinden biri vatandaşlık veya ikamet esası ile ülkede yaşayan tüm bireylere sağlık güvencesi sağlamasıdır. İkinci yöntem işçi, işveren ve devlet tarafından finanse edilen sosyal sağlık sigortası sistemidir. Güvence kapsamı genellikle meslek veya istihdamla ilişkili olsa da, yakın tarihlerde sosyal sağlık sigortası yöntemi ile de tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak mümkün hale gelmiştir. Pratikte genellikle bu iki seçenek bir arada uygulanmaktadır [4, 12, 13].

Hangi finansman yöntemi tercih edilirse edilsin tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak genellikle uzun bir süreci kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edilen Japonya’da ilk sosyal sağlık sigortacılığı yasası ile tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi öngören yasa arasında 36 yıl bulunmaktadır. Benzer bir süre vergilerle finanse edilen İngiltere’de tüm nüfusun kapsam altına alınması için de gerekmiştir. Yüksek ekonomik büyüme, formel istihdamın artışı, sistemi yönetebilecek tecrübeli personelin varlığı, dayanışma kavramının toplum tarafından benimsenmesi, hükümet yönetiminin etkililiği ve vatandaşların hükümete olan güveni gibi etmenler bu süreci hızlandırmaktadır [12].

## 1. 2. Sağlık Finansmanında Adalet

Adalet kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Adalet, her toplumun ulaşmak istediği ancak tanımında uzlaşmadığı, güzellik gibi, görelî bir kavram olarak tanımlanabildiği gibi [15], sosyal adaletin bir parçası olarak da tanımlanabilmektedir [16].

Sağlık hizmetlerinde adalet kavramı farklı teorilerde farklı tanımlar bulmaktadır. Liberal yaklaşım, doğal insan hakları noktasından hareketle herkesin yaşama hakkı olduğunu iddia etmektedir. Faydacı yaklaşım, bireysel fayda miktarını en üst düzeye çıkarmayı savunmaktadır. Marksist teori, “ödeme gücüne göre katkı”, “ihtiyaca göre hizmet” ilkelerini benimsemektedir. Rawlci teori, toplumun en yoksul kesimleri lehine olumlu etkileri olması durumunda adaletin sağlandığını kabul etmektedir. Desert ise adaleti, daha erdemli olanları ödüllendiren bir sistem olarak tanımlamaktadır [17-19].

Liberal ve Marksist teori sağlık hizmetleri yazınında en çok ilgi gören teoriler olmuşlardır. Ayrıca Marksist teorinin ortaya attığı iki ilke yalnızca bu teoriye ait olmamış, yirminci yüzyılda çok büyük destek gören eşitlikçi yaklaşım teorisinin de temel ilkelerini oluşturmuştur. Eşitlikçi görüşe göre sağlık hizmetlerine erişim, seçim sandığına ve adalet hizmetlerine erişim gibi, her vatandaşa tanınan ve gelir ve servet ile ilişkili olmaması gereken bir vatandaşlık hakkıdır [17-19].

Liberal ve eşitlikçi teoriler sağlık sistemleri konusunda oldukça farklı görüşlere sahiptir. Eşitlikçi teori devletin, ihtiyaca göre hizmet, ödeme gücüne göre katkı ilkelerini içeren İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri benzeri uygulamaları benimsemesini önermektedir. Liberal teori, tam tersi bir şekilde, gönüllülük (ve ödeme gücü) esasına dayalı olan özel sağlık sektörünü savunmaktadır. Bu teoriye göre devlet, yalnızca yoksullara en temel sağlık hizmetlerini sağlayarak sağlık sistemine en düşük düzeyde dahil olmalıdır. Siyasal tercihe bağlı olarak değişse de pratikte birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu, her iki teoriden de izler taşıyarak hem devlet hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Eşitlikçi teori daha çok Avrupa bölgesindeki ülkeler tarafından, liberal teori ise ABD tarafından benimsenmiştir [20]. Eşitlikçi teori ayrıca OECD ve WHO gibi uluslararası örgütlerce de benimsenmektedir [3, 21].

Sağlık finansmanı konusundaki deneysel yazın, sağlık hizmetlerinin ne oranda ödeme gücüne göre finanse edildiği konusuna

odaklanmıştır. 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. Ayrıca her iki kavram gelirin yeniden dağıtımı ile de yakından ilişkilidir [18, 20, 22].

### 1.2.1. Sağlık Finansmanında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Sağlık finansmanında adalet konusunda yapılan deneysel çalışmalar genellikle dikey adalet konusuna odaklanmıştır. Sağlık finansmanında dikey adalet, kimin ne kadar ödediği sorusuna yanıt aramaktadır. Bu konunun en önemli ve en tartışmalı yönü, ödeme gücüne göre katkının nasıl belirleneceğidir. Ödeme gücü belirlenirken, bazı sağlık sistemlerinde yalnızca vergi öncesi gelir dikkate alınmakta iken bazılarında vergi öncesi gelire diğer gelir getiren menkul ve gayrimenkul mal varlıkları da eklenerek hesaplama yapılmaktadır. Deneysel çalışmalarda ilk yöntem daha yaygın olarak kullanılmaktadır [18].

Sağlık finansmanında dikey adaleti ölçmek için birçok indeks geliştirilmiştir. Bu indekslerin en önemlisi Kakwani Artan Oranlılık İndeksi'dir [23]. Bu indeks finansman sisteminin oransallıktan ne kadar uzaklaştığını ölçmektedir. Pozitif değerler artan oranlılığı, negatif değerler ise azalan oranlılığı göstermektedir. Bu indekse göre, gelire bağlı olarak belirlenen ödeme gücü, gelir artışı ile birlikte oransal olarak artıyorsa finansman yöntemi veya sistemi “artan oranlı”dır. Gelir artışı ile birlikte oransal olarak azalıyorsa “azalan oranlı”, gelirin sabit bir oranında belirlendiyse “oransal”dır [11, 20, 24].

Dikey adalet, gelirin yeniden dağıtılmasını da sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar, dikey adaletin yatay adalete oranla daha önemli bir yeniden dağıtım etkisine sahip olduğunu göstermektedir [25].

Gelirin yeniden dağıtılmasını etkileyen diğer bir etmen, sağlık harcamaları içerisinde

kamu harcamalarının oranıdır. Gelirin yeniden dağıtımını hesaplanırken her iki etmenin birlikte incelenmesi oldukça önemlidir. Çünkü birbirinden ayrı olan bu etmenler birlikte incelendiğinde ilginç sonuçlarla karşılaşmak mümkündür. Örneğin aynı yeniden dağıtım etkisine ulaşabilmek için, oransal bir sistemin artan oranlı bir sisteme göre yardımları düşük gelirli lehine daha eşitsiz bir şekilde dağıtması gerekmektedir [26]. Daha fazla kaynağın daha az artan oranlı bir sistemde toplandığı ancak yardımların düşük gelirli lehine eşitsiz bir şekilde dağıtıldığı bir sistemde, daha az kaynağın daha artan oranlı bir sistemde toplandığı, ancak yardımların düşük gelirli lehine eşitsiz dağıtılmadığı bir sisteme göre düşük gelirli lehine net etkinin daha fazla olması mümkündür. Bazı ülkelerde sağlık harcamalarının yeniden dağıtıcı etkisini kamu harcamalarındaki yeniden dağıtıcı etkiden ayırt etmek zordur. Sağlık yardımlarının maddi değil aynı olması bu ölçümü daha da zorlaştırmaktadır [11].

Bir sistemin yeniden dağıtıcı etkisini tam olarak görebilmek boylamsal bir bakış açısını gerektirmektedir. Sistem herhangi bir zaman noktasında analiz edilirse, yaşam süresi içerisinde refah içinde yaşanan (veya sağlıklı) dönemler ile görece olarak daha yoksul yaşanan (veya hasta) dönemler arasındaki yeniden dağıtıcı etki analiz edilemez. Yeniden dağıtıcı etki ile ilgili çalışmaların çoğu herhangi bir zaman dilimini kapsar. Refah devleti ile ilgili boylamsal çalışmalar genellikle yaşam boyu zenginlik ile yaşam boyu yoksulluk arasındaki yeniden dağıtımını inceler ve bu dağıtım görece olarak düzdür. Bu nedenle refah devleti Robin Hood stili bir yeniden dağıtıcı etki yerine, daha çok bir tasarruf bankasına benzetilir [11, 27].

### 1.2.2. Sağlık Finansmanında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Aynı gelir düzeyine sahip bireylerin eşit miktarda katkı yapmasını öngören yatay adalet, sağlık ekonomisi yazınında dikey adaletle oranla daha az ilgi görmektedir [18, 22]. Nitekim eşit ödeme gücüne sahip olanlar, cinsiyet, evlilik durumu, sendikali olup olmama, ikamet edilen yer gibi farklılıklardan etkilenmeden aynı miktarda katkı sağlamaktadır.

Yine de farklı sağlık sistemlerinde bazı yatay adaletsizlik durumları gözlenebilmektedir. Örneğin, özel sağlık sigortacılığı uygulamasında, yaşlılar, kronik hastalar gibi yüksek riskli gruplar, daha düşük riskli olan aynı gelir düzeyine sahip bireylerden daha yüksek prim ödemektedirler. Dolaysız vergilerle finansman uygulamasında, ipotekli konut faizi ve özel sağlık sigortası primleri gibi ödemeler, vergi desteği dolayısıyla bireylerin gelirlerinden düşülebilmekte, bu durum vergi desteği alanların daha düşük vergi vermesine yol açarak yatay adaleti bozmaktadır. Sosyal sigorta yöntemiyle finansman uygulamasında, farklı meslek gruplarının, farklı sigorta kurumlarına, farklı oranda katkı sağlaması yatay adaletsizliğe yol açmaktadır. Örneğin farklı kategorilerde bireyler için farklı sigorta düzenlemeleri bulunan Hollanda'da yapılan bir araştırma, 1981 yılında 17.000 Dfl geliri olan bir bireyin gelirinin yüzde 2'sini sağlık hizmetlerine harcadığını tespit etmiştir. Ancak aynı gelir düzeyine sahip bireyin 65 yaşın üzerinde olması ve 65 yaşın altında olmasına rağmen bağımsız çalışması durumunda bu kez yüzde 13'ünü harcadığı bulunmuştur. Sosyal sigorta yöntemiyle finansmanda bireysel kazançta göre belirlenen primler, bireylerin ve hanelerin diğer gelirlerini dikkate almadığı için birçok durumda ödeme gücünün doğru tespit edilememesine neden olmaktadır. Bu durum aynı gelir düzeyine sahip hanelerin farklı oranlarda katkı yapması ile sonuçlanabilmektedir. Sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerindeki bu tür yatay adaletsizlik durumları özellikle kamu ve özel sigortacılığın birlikte uygulandığı Almanya ve Hollanda'da finansmanda reform baskısının en önemli nedenini oluşturmaktadır [20]. Cepten ödemelerin belediyeler, yaş grupları gibi belirleyicilere bağlı olarak değişmesi de yatay adaletsizlik yaratmaktadır [18, 25].

Kamu finansmanında ve gelir dağılımında yatay adaletsizlik ölçümü için bir dizi yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden en önemlisi Aronson ve arkadaşlarının geliştirdiği, eşitlere uygulanan eşitsiz durumları gösteren yatay adaletsizlik yöntemidir. Bu yöntem aynı zamanda eşitsizlik durumlarını yeniden sıralayan bir yöntemdir [28]. Yeniden sıralama ve yatay adaletsizlik arasında açık bir fark

bulunmaktadır. Yeniden sıralama, eşit vergi öncesi gelire (veya katkıya esas kazanç) sahip olanlar arasındaki vergi değişimini (veya sağlık hizmetleri harcamalarını) ölçmektedir. Herhangi bir değişim olmaması yatay adaletsizliğin olmadığını göstermektedir. Vergi öncesi geliri eşit olan her gruptaki değişimi ölçmek için Gini katsayısı kullanılmaktadır [20].

Van Doorslaer ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma, yatay adaletin gelirin yeniden dağıtımı ile ilişkili olduğunu deneysel olarak kanıtlamıştır [25]. Bu araştırmaya göre, yatay adaletin sağlanması gelirin yeniden dağıtımına katkı yaptığı gibi, yatay adaletsizliğin varlığı dikey yeniden dağıtım etkisini bile azaltabilmektedir. Bu durum sağlık sisteminin ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edildiği Fransa ve Almanya gibi ülkelerde gözlenmektedir. Fransa’da yatay adaletsizlik pozitif yeniden dağıtıcı etkiyi azaltırken, Almanya’da negatif yeniden dağıtım neden olmaktadır. Bu iki ülkedeki yatay adaletsizliğin temel nedenleri, prim oranlarının, prim muafiyetlerinin ve yaşlılar gibi gruplarca ödenen daha düşük prim oranlarının (Fransa’da) sigorta kuruluşlarına göre değişmesidir [20].

### 1.3. Sağlık Finansmanında Verimlilik

Sağlık finansmanında verimlilik, yakın zamana kadar, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılması ile özdeşleştirilmiş olup teknik verimlilik, kaynak tahsisi verimliliği ve yönetsel verimlilik gibi genel verimlilik kavramları ile incelenmektedir. Teknik verimlilik, herhangi bir sağlık hizmetinin olası en düşük maliyetle sağlanmasıdır. Kaynak tahsisi verimliliği, sağlık durumu göstergeleri dikkate alınarak kaynakların farklı sağlık hizmetleri arasında uygun bir şekilde dağılıp dağılmadığının incelenmesidir. Yönetsel verimlilik ise sistemin yönetiminde kullanılan kaynakların miktarı ile değerlendirilmektedir [10].

Günümüzde finansman yöntemleri ile kaynak tahsisi ve teknik verimlilik arasında açık bir kavramsal ilişki bulunmadığı öne sürülmektedir. Bu ilişki deneysel çalışmalarla da ispatlanamamıştır [11, 29]. Çünkü kaynak tahsisi ve teknik verimlilik gelir oluşturmadan

ziyade hizmet sunuculara ödeme yapmanın bir fonksiyonudur. Buna rağmen, bazı sağlık finansman yöntemleri kaynak tahsisi ve teknik verimliliği dolaylı olarak etkileyebilmektedir [11]. Örneğin vergilerle finansmanda gelir toplama ve ödemenin aynı kurum tarafından yapılması gerekmediğinden, ödemenin verimliliği ile finansman yöntemi arasında güçlü bir ilişki yoktur. Özel sağlık sigortacılığında geliri toplayan, havuzlayan ve ödeyen aynı kurum olduğu için ödemenin verimliliği önem kazanmaktadır [11].

Bugün kaynak tahsisi verimliliği üç yöntemle değerlendirilmektedir. Bu yöntemler; 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. Verilerin sınırlı olması ve metodolojik sorunlar nedeniyle kaynak tahsisi verimliliğini ölçmek zordur. Sağlık harcamalarının sektörlere göre analizi sağlık sisteminin kaynak tahsisi verimliliğini göstermektedir. Ancak bu analiz, kaynak tahsisinin sağlık göstergeleri üzerindeki etkisini göstermek yerine, farklı sektörlerin görece değeri ve etkililiğini yansıtmaktadır. Oysa kaynakların verimli bir şekilde tahsis edilip edilmediğinin en önemli göstergesi, bu tahsisin sağlık durumuna yansımalarıdır. Bu durumu kaynak tahsisi verimliliği ile ölçmek mümkün değildir. OECD ülkelerindeki veriler, ayakta tedavi oranının ülkelere göre değişiklik gösterdiğini, ancak bunun finansman yöntemi ile sistematik bir ilişkisinin olmadığını göstermektedir. Birçok sağlık finansman sisteminde ilaç harcamaları diğer bütün harcama kalemlerinden daha hızlı artmaktadır. Ancak veriler ilaç harcamalarındaki bu artışın diğer hizmetlerin azalmasına neden olup olmadığını göstermemektedir. Örneğin ilaç harcamalarının artışının hastaneye başvuru oranları veya hastanede yatış süresini azaltıp azaltmadığını gösteren veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle bu artışın israftan veya ilaç firmalarının baskısından kaynaklanma olasılığı da bulunmaktadır [11].

Birim maliyetleri azaltıp sağlık statüsünü en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan teknik

verimlilik, sağlık hizmetleri için ödeme yapan kuruluşlar tarafından büyük önem taşımaktadır. Teknik verimlilik ile finansman yöntemi arasında kavramsal bir ilişkinin bulunmadığını yenilemekte fayda vardır. Ancak pratikte dolaylı bazı ilişkiler kurmak mümkündür. Ödeme şeklinin ve hizmet sunumunun özel bazı düzenlemeleri ile finansman yöntemi arasındaki tarihsel ilişki, teknik verimlilikte bazı değişimlere neden olabilmektedir. Örneğin, OECD ülkeleri arasında hemşirelerin doktora oranını analiz eden bir araştırma, doktor arzının girdi bileşimini doğrudan belirlediğini tespit etmiştir. Buna göre doktor arzının optimal talep miktarını aştığı durumda, doktorlar hemşirelerin yerine kullanılmaktadırlar. Ayrıca pratisyen ve uzman doktorlar arasındaki oran da önemlidir. Bu oran OECD ülkelerinin bir kısmında neredeyse eşittir, ancak finansman yöntemini bu değişkenlerle ilişkilendirmek mümkün değildir [11, 30].

Maliyetleri, dolayısıyla teknik verimliliği doğrudan etkileyecek teknolojik girdi düzeyi ülkelere göre değişmektedir [31]. Ancak yüksek teknoloji hizmet kullanımının yaygınlaşması, finansman yönteminden çok yapılacak geri ödeme veya ödemenin sınırlandırılması ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde girdilerin fiyatları da teknik verimliliği etkilemektedir. Örneğin sağlık harcamalarının yüksek olduğu ABD, İsviçre ve Kanada gibi ülkelerde doktor ve hemşire ücretleri tüm ülkelerdeki ortalama ücretlerden daha yüksek iken İsveç, Japonya ve İngiltere gibi en düşük harcama yapan ülkelerinkinden daha düşüktür. Doktorların diğer ülke ortalamasına oranla daha yüksek ücret aldığı ülkelere doktorlar hizmet başına ücretlendirilmektedir [32]. Dolayısıyla ücretlerdeki değişikliği de belirleyen finansman yönteminden çok ödeme şekli olmaktadır [11].

Toplam sağlık harcamaları içerisinde yönetim maliyetlerini ölçen yönetsel verimlilik, sağlık finansman yönteminin türü ve örgütlenmesi ile ilişkilidir. Yönetsel maliyetlerin artışı özelleştirme, rekabet, desantralizasyon ve fonların sayısı ile doğru orantılıdır [30]. Kar amaçlı sigorta şirketleri

arasındaki rekabet, sözleşmeler, kar ve pazarlama ek maliyetler yaratmaktadır [11].

1970'lerde başlayan makroekonomik daralma ve akabinde sağlık harcamalarının hızlı artışı, 1980'li ve 1990'lı yıllarda maliyetleri kontrol altına alma ve bu maliyetlerin ekonomiyi olumsuz yönde etkilemesi tartışmalarını da gündeme getirmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi ve teknik verimliliğin sağlık finansmanı ile daha yakından ilişkilendirilmesine, ayrıca sağlık finansman yöntemlerinin maliyetlere ve ekonomiye etkisinin incelenmeye başlamasına neden olmuştur. Sağlık finansman yöntemlerinin ekonomiye etkisi; bu yöntemlerin iş hareketliliğine, işgücü piyasası esnekliğine, işgücü maliyetlerine ve uluslararası rekabete etkisi incelenerek değerlendirilmektedir [11].

Farklı finansman yöntemleri sağlık hizmetleri maliyetlerini doğrudan etkilemektedir. Toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki oranı açısından 1980-2003 dönemi incelendiğinde, en maliyetli finansman yönteminin özel sağlık sigortacılığı ile finansman olduğu görülmektedir [33-35] (Tablo 1). Özel sağlık sigortacılığına sahip ABD ve İsviçre gibi ülkeler, OECD ülkeleri içerisinde en yüksek sağlık harcaması oranına sahip ülkelerdir. 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı OECD ülkelerinde ortalama yüzde 8,8 iken, ABD'de yüzde 15, İsviçre'de ise yüzde 11,5 olmuştur (Tablo 1).

İkinci sırayı sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edildiği ülkeler almaktadır (Tablo 1). Bu ülkelere ait ortalamanın düşük görünmesinin nedeni, Türkiye (2003 yılı hariç), Slovakya, Polonya, Meksika ve Lüksemburg gibi çok düşük oranlara sahip ülkelerin ortalamayı düşürmesidir. Nitekim OECD ülkelerinde bu konuda yapılan karşılaştırmalı bir çalışma, ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa sahip ülkelerin ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilen ülkelere oranla daha maliyetli olduklarını belirlemiştir [30]. Bu durum, sosyal sigortacılığa sahip ülkelerde fonlar arasında rekabet, fonların tercih edilebilmesi ve kullanıcı katkıları yoluyla finansal yükün bir kısmının bireylere aktarılması gibi piyasa

uygulamalarını içeren bir dizi reform yapılmasına neden olmuştur. Sağlık finansmanında adalet konusundaki tartışmaları da alevlendiren bu reformlar, maliyetleri kontrol altına almada başarıya ulaşmıştır. Örneğin ağırlıklı olarak sigortacılıkla finanse edilen ülkelerden, GSMH içerisinde en yüksek toplam sağlık harcaması oranına sahip

ülkelerden Almanya, bu oranı 1995-2003 tarihleri arasında, yalnızca 0,5'lik bir artışla yüzde 10,6-11,1 arasında tutmayı başarmıştır. Maliyet kontrol politikalarının uygulandığı ülkelerden bir diğeri olan İngiltere'de aynı dönemler arasında bu artış 0,7 oranında olmuştur. ABD'de ise yüzde 1,7 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 1: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (1980-2003)

Ülkeler	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
<b>Özel Sağ.Sig. sahip ülkeler</b>								
ABD	8.7	10.0	11.9	13.3	13.1	13.9	14.6	15.0
İsviçre	7.3	7.7	8.3	9.7	10.4	10.9	11.2	11.5
<b>Sos. Sağ. Sig. Sahip ülkeler</b>								
Avustralya	7.0	7.4	7.8	8.2	9.0	9.1	9.3	9.3
Avusturya	7.6	6.6	7.1	8.2	7.7	7.6	7.7	7.5
Belçika	6.4	7.2	7.4	8.7	8.8	9.0	9.1	9.6
Çek Cum.	-	-	5.0	7.3	7.1	7.3	7.4	7.5
Fransa	7.1	8.2	8.6	9.5	9.3	9.4	9.7	10.1
Almanya	8.7	9.0	8.5	10.6	10.6	10.8	10.9	11.1
Macaristan	-	-	-	7.5	7.1	7.4	7.8	8.4
Japonya	6.5	6.7	5.9	6.8	7.6	7.8	7.9	7.9
Lüksemburg	5.9	5.9	6.1	6.4	5.5	5.9	6.2	6.9
Meksika	-	-	4.8	5.6	5.6	6.0	6.1	6.2
Hollanda	7.5	7.4	8.0	8.4	8.2	8.5	9.1	9.8
Polonya	-	-	4.9	5.6	5.7	6.0	6.1	6.5
Slovakya	-	-	-	-	5.5	5.6	5.7	5.9
Türkiye	3.3	2.2	3.6	3.4	6.6	-	-	7.4
<b>Vergilerle fin. sahip ülkeler</b>								
İzlanda	6.2	7.3	8.0	8.4	9.2	9.2	9.9	10.5
Norveç	7.0	6.6	7.7	7.9	7.7	8.1	8.7	10.3
Kanada	7.1	8.2	9.0	9.2	8.9	9.4	9.6	9.9
Yunanistan	6.6	-	7.4	9.6	9.7	9.4	9.5	9.9
Portekiz	5.6	6.0	6.2	8.2	9.2	9.3	9.3	9.6
İsveç	9.1	8.7	8.4	8.1	8.4	8.8	9.2	9.4
Danimarka	9.1	8.7	8.5	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0
İtalya	-	-	8.0	7.4	8.1	8.3	8.5	8.4
Yeni Zelanda	5.9	5.2	6.9	7.2	7.9	8.0	8.5	8.1
İspanya	5.4	5.5	6.7	7.6	7.5	7.5	7.6	7.7
İngiltere	5.6	5.9	6.0	7.0	7.3	7.5	7.7	7.7
Finlandiya	6.4	7.2	7.8	7.5	6.7	7.0	7.3	7.4
İrlanda	8.4	7.6	6.1	6.8	6.4	6.9	7.3	7.4
Kore	-	4.0	4.4	4.4	5.1	5.9	5.3	5.6
<b>ÖSS Ort.</b>	<b>8.0</b>	<b>8.8</b>	<b>10.1</b>	<b>11.5</b>	<b>11.7</b>	<b>12.4</b>	<b>12.9</b>	<b>13.2</b>
<b>SSS. Ort.</b>	<b>6.7</b>	<b>6.7</b>	<b>6.5</b>	<b>7.4</b>	<b>7.4</b>	<b>7.7</b>	<b>7.9</b>	<b>8.1</b>
<b>Verg. Ort.</b>	<b>6.7</b>	<b>6.7</b>	<b>7.2</b>	<b>7.7</b>	<b>7.9</b>	<b>8.1</b>	<b>8.4</b>	<b>8.6</b>
<b>Genel Ort.</b>	<b>6.9</b>	<b>6.9</b>	<b>7.1</b>	<b>7.8</b>	<b>7.9</b>	<b>8.2</b>	<b>8.6</b>	<b>8.8</b>

Sosyal veya özel, mesleğe bağlı olarak belirlenen sigortacılık, vergilerle finansmana göre işgücü piyasasındaki hareketliliği olumsuz yönde etkileyerek, genel olarak ekonominin verimsizliğine neden olabilmektedir. Emegın serbest bir piyasada dolaşması gerektiğini savunan ekonomistler, emegın hareketliliğinin azalmasının ekonomiyi

olumsuz yönde etkilediğini iddia etmektedirler. Bu durumda iş değişikliği nedeniyle sağlık sigortasını veya bazı sağlık yardımlarını kaybedecek olanlar, daha verimli çalışabilecekleri işlerden vazgeçerek ekonomiyi olumsuz yönde etkilemektedirler. Aksini iddia edenler, emeğe ve tecrübeli personele yatırımın, insan sermayesine yatırım dolayısıyla işletme için daha karlı olacağını,



böylece işgücü hareketliliğinin azalmasından işletmenin karlı çıkacağını savunmaktadır. Çok farklı değişkenleri bir arada bulundurması dolayısıyla işgücü hareketliliğinin boyutlarını ölçmek oldukça zordur. Örneğin daha az sağlıklı olanların daha az hareketliliğinin yalnızca finansman sisteminden kaynaklandığını iddia etmek ve ispatlamak kolay değildir. Ayrıca sigorta primlerinin işgücü maliyetlerini artırarak istihdamı ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilemesi de mümkündür [11].

Sosyal sigorta primlerinin ve ABD'deki işverene dayalı sigortacılığın işgücü maliyetlerini arttırarak, istihdamı azaltacağı ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkileyeceği konusunda yaygın bir kabul bulunmaktadır [33]. Ancak bu konu oldukça tartışmalıdır.

#### **1. 4. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik**

Sağlık finansmanında gelir oluşturma sürecini, mevcut finansman düzeyinin sürdürülmesini ve gelirin arttırılmasını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler durumsal, yapısal, çevresel - politik ve kültürel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır [2,10]. Bu bağlamda sürdürülebilirlik; finansal sürdürülebilirlik, sosyal sürdürülebilirlik, politik sürdürülebilirlik gibi adlar almaktadır.

Sağlık finansmanında sürdürülebilirliği etkileyen durumsal etmenler, politika kararlarını doğrudan etkileyen geçici ve süreksiz etmenler olarak tanımlanmaktadır. Bu etmenler eski Sovyetler ve Doğu Bloku ülkelerindeki devrim, İspanya ve Portekiz'deki diktatörlüklerin sona ermesi gibi büyük politik olayları kapsadığı gibi, yeni siyasal partilerin iktidara gelmesi ve dolayısıyla sağlık bakanlarının değişmesi gibi ülke içindeki politik değişimleri de içermektedir [2].

Sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini etkileyen yapısal etmenler; ekonomik yapı, siyasal kurumlar ve demografik yapı gibi sabit nitelikli etmenlerdir. 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 [2]. Yapısal etmenler, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli düzeyde gelir oluşturmayı ve bu gelirin sürdürülebilirliğini en çok etkileyen etmenlerdir. Enformel sektörün ve tarım sektörünün büyüklüğü ile ağır borç yükü gibi etmenler nedeniyle zayıf olan gelişmekte olan ülke ekonomileri, bu ülkelerin sağlık hizmetleri için yeterli finansal kaynak oluşturmamasını engellemiştir. Kurumsal kapasite yetersizliği, yetersiz kaynakların verimli kullanılması konusunda da büyük sorunlar yaşanmasına neden olmuştur.

Ayrıca yakın geçmişte ekonomik ve demografik yapıda meydana gelen değişimler, sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit ederek, sağlık finansman sistemlerindeki dayanışmayı azaltan ve sonradan "sağlık reformu" olarak adlandırılacak köklü dönüşümlere neden olmuştur [37, 38]. Temel neden 1970'li yıllarda başlayan makroekonomik daralma ve çeşitli nedenlerle sağlık harcamalarının hızlı artışıdır. 1970'li yılların ilk yarısında görülen petrol krizi, düşük veya negatif büyüme oranları ve yüksek işsizlik, bütçe açıklarına neden olarak, bir yandan sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesini etkilemiş ve sağlık durumunun bozulmasına yol açmış, diğer yandan maliyetlerin kontrol altına alınması ve kaynakların verimli kullanılması tartışmasını başlatmıştır [39, 40]. Ayrıca temel ihraç mallarının fiyatlarının düşmesi ve güçsüz vergi yapıları nedeniyle gelişmekte olan ülkelerdeki mali açıkların boyutları daha büyük olmuş ve bu ülkeler dış borçlarını arttırarak yapısal uyum politikaları uygulamaya zorlanmışlardır [40]. Bu durum maliyetlerin azaltılmasına, kaynakların verimli kullanılmasına ve ek gelir yaratmaya yönelik bir dizi sağlık finansman reformunun gerçekleştirilmesine neden olmuştur. Bu reformlar verimsiz çalışmaları iddiası ile kamu hizmet alanının daraltılması; kamu hizmetlerinde rekabet, tercih, sözleşmeler gibi piyasa araçlarının kullanılmaya başlanması; özel sektörün teşviki ve bireylerin finansmanda daha fazla sorumluluk alması gibi yeni liberal uygulamalara dayanmaktadır.

Ekonomik ve demografik etmenler bugün de sağlık finansmanının sürdürülebilirliği konusunda en büyük tehdidi oluşturan etmenlerdir. 2005 yılında Japonya’da yapılan bir forumda Asya Pasifik Bölgesi’ndeki ülkelerin finansal sürdürülebilirliğini tehdit edecek iki etmeden birinin ekonomik gelişme, diğerinin ise demografik etmenler olduğu belirtilmiştir [41]. Avrupa’da sosyal sağlık sigortalarının sürdürülebilirliği konusunda yapılan bir çalışma, bu bölgedeki en büyük tehdidin de finansal sürdürülebilirlik olduğunu belirtmektedir [42].

Ayrıca siyasi kurumların istikrarı, yönetim kapasitesi, yozlaşma düzeyi ve bu yozlaşma ile mücadele etme isteği, karar alma organlarının yapısı ve politik gücün bölgesel ve ulusal düzeydeki dengesi gibi politik yapı ve kurumlar finansman mekanizmasının işleyişini etkileyebilmektedir [2].

Nüfusun yaş yapısı, bağımlılık oranı ve hanehalkı yapısı gibi demografik yapıdaki değişimler hem gelir oluşturma kapasitesini etkilemekte, hem de sağlık hizmetlerine olan talebi belirlemektedir. Son yıllarda gözlenen sağlık harcamalarının hızlı artışının gelişmiş ülkelerdeki en büyük nedenlerinden biri nüfusun yaşlanmasıdır [43, 44].

Çevresel ve politik etmenler; politik sistem sınırları dışında bulunan, ancak kararları etkileyen olaylar, yapılar ve değerlerdir. Örneğin savaş veya iç kargaşa gibi etmenler bir yandan gelir oluşturmaya olumsuz yönde etkilerken, diğer yandan finansman sistemini değiştirme şansı tanımaktadır [2]. Avrupa Birliği, WHO, Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi uluslararası örgütlerin kararları ülkelerin sağlık finansman sistemlerini etkileyebilmektedir. Avrupa Adalet Divanı’nın malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı ile ilgili kararı, üye ülkelerin ilaç ve ayakta tedavi hizmetlerinin finansmanı ve geri ödemesi konusundaki politikalarını etkileyebilecektir [39, 45]. WHO’nun 1978 yılındaki Alma-Ata Bildirgesi sağlık finansmanının yaygınlaştırılmasını sağlamıştır [10]. WB’nin kullanıcı katkıları konusundaki önerisi tüm dünyada büyük bir ilgi görmüştür [46, 47]. WTO’nün kararları hem gelir toplama hem de fon havuzlama düzenlemelerini küresel

ölçekte etkileme gücüne sahiptir [48]. “Küresel politika ağları” ile sağlık finansman reformu tartışmalarının küresel ölçekte belirlendiği de öne sürülmektedir. Bu küresel ağlar konferanslar, yayınlar, özel komisyonlarla küçük ancak oldukça iç içe geçmiş bir karar vericiler (WB, WHO, UNICEF, Amerika Birleşik Devletleri Yardım Fonu - USAID), teknik danışmanlar ve akademisyenlerden (Londra Ekonomi ve Siyasal Bilgiler Fakültesi-LSE, Londra Hijyen ve Tropik Hastalıklar Fakültesi-LSHTM, Harvard, Johns Hopkins Üniversitesi) oluşmaktadır [1]. Bunların yanı sıra, bilimde özellikle genetikteki gelişmeler ve bu gelişmeler doğrultusunda öngörülebilecek sağlık ihtiyaçları, sigortacılık sistemindeki aktüeryal hesapları etkileyebilecektir [49].

Kültürel etmenler, toplumdaki grupların değerlere olan bağlılığı veya genel olarak toplumun yapısı ile ilgilidir. Yasa gücüne ve kamuya güven, profesyonellerin durumu, ideolojik tercihler, enformel ödemeler ve hediyeleşme kültürel bakış, enformel ağların algılanması, karar verme süreci gibi etmenler kültürel etmenleri oluşturmaktadır. Devlete ve hükümete olan güvensizlik bazı ülkelerde vergi ve prim toplamayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri için ne kadar para harcanması gerektiği, sağlık finansmanının nasıl olması gerektiği, finansman sisteminde yüksek ve düşük gelirli ile hasta ve sağlıklı olanlar arasında dayanışmanın ne oranda olması gerektiği konularındaki kamuoyu görüşü, sağlık finansman politikalarını şekillendirmektedir. Sağlık finansmanına karşı tutumu ölçen karşılaştırmalı bir çalışma, AB ülkelerindeki vatandaşların çoğunun hükümetlerin gelir durumuna bakılmaksızın herkese sağlık hizmeti sunması gerektiğine inandıklarını göstermektedir [2, 50].

Ayrıca iletişim araçlarının gelişmesi nedeniyle eğitim düzeyinin artması, yaşam tarzı, beslenme, geleneksel aile yapıları, değerler ve beklentilerindeki değişiklikler birbirinden farklı birçok etkiye neden olmaktadır. Örneğin bu kültürel değişimler ruh sağlığının korunmasına yönelik hizmetlerin artırılmasını gerektirebileceği gibi sağlık

hizmetlerine olan talebi de arttırabilmektedir [10].

Sonuç olarak sağlık hizmetleri finansmanı hem sağlık sistemi hem de diğer sosyo-ekonomik politikalarla çok yakından ilişkilidir. Bu nedenle sağlık finansman yöntemi tercihinde bulunurken bu dört ölçütün birlikte

dikkate alınması yerinde bir karardır. Bu ölçütleri yerine getiremeyen bir sağlık finansman sistemi, sağlık finansmanının amaçlarına da ulaşamamış olacaktır.

### Kaynaklar

- [1] Lee K, Goodman H. Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s. In: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. Health Policy in a Globalising World. Cambridge University Press, 2002: 97-119.
- [2] Mossialos E, Dixon A. Funding Health Care in Europe: the Options. In: Mossialos E, Dixon, A, Figueras J, eds. Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press, Buckingham – Philadelphia, 2002: 1-30.
- [3] World Health Organisation. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. WHO, Geneva, 2000.
- [4] World Health Organisation. Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period, by Carrin G, James C. Discussion Paper N.2, Department Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster Evidence and Information for Policy (EIP). Geneva, 2004.
- [5] World Health Organisation-World Bank. Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries Report. Switzerland, 2004.
- [6] Cutler DM. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform, Journal of Economic Literature. 2002; XL: 881-906.
- [7] Murray CJL, Frenk J. A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. Bulletin of World Health Organisation, 2000; 78 (6): 717-731.
- [8] Kutzin J. A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. Health Policy. 2001; 56(3): 171-204.
- [9] Mills A, Gilson L. Health Economics for Developing Countries. A Survival Kit. HEFP Working Paper 01/88, EPC Publication No:17. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, 1988.
- [10] World Health Organisation. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Technical Report Series. N.829. Geneva, 1993.
- [11] Mossialos E, Dixon A. Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options. In: Mossialos E, Dixon A, Figueras J. eds. Funding Health Care: Options for Europe. Buckingham & Philadelphia: Open University Press. Buckingham – Philadelphia, 2002: 272-300.
- [12] World Health Organisation. Achieving Universal Coverage: Developing the Health Financing System. Technical Briefs for Policy-Makers. N.1. Department of Health Systems Financing Health Financing Policy. WHO/EIP/HSF/PB/05.01. Geneva, 2005.
- [13] Carrin G, James C. Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage. International Social Security Review. 2005; 58(1): 45-64.
- [14] Kutzin J. Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis. The World Bank, 2000.

- [15] McLachlan G, Maynard A. The Public/Private Mix in Health Care: The Emerging Lessons In: McLachlan G, Maynard A. Eds. The Public/ Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change. The Nuffield Provincial Hospitals Trust. London, 1982.
- [16] Le Grand J. Equity, Health and Health Care. *Social Justice Research*, 1987; (1): 257- 274.
- [17] William A. Equity in Health Care: The Role of Ideology In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, 1993: 287-298.
- [18] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, 1993: 7-19.
- [19] Gillon R. *Philosophical Medical Ethics*. John Wiley, Chichester, 1986.
- [20] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP. Eds. *North Holland Handbook of Health Economics*. 1998; Chapter 40.
- [21] OECD. *The Reform of Health Care: A Comparative Analyses of Seven OECD Countries*. Health Policy Studies No.2. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1992.
- [22] Culyer AJ. Health, Health Expenditures, and Equity. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications, 1993: 299-319.
- [23] Kakwani NC. Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison. *Economic Journal*, 1977; 87(345): 71-80.
- [24] Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in the Finance of Health Care: Methods and Findings. In: Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. eds. *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford Medical Publications. 1993: 20-48.
- [25] Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H. et al. Equity in the Delivery of Health Care: Some Further International Comparisons. *ECuity Working Paper*. No.10. Erasmus University Rotterdam, 1998.
- [26] Ervik R. *The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries*. New York: Syracuse University Press, 1998.
- [27] Hills J. Funding the Welfare State. *Oxford Review of Economic Policy*, 1995; 11 (3): 27-43.
- [28] Aronson JR, Johnson P, Lambert PJ. Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment. *Economic Journal*, 1994; 104: 262-270.
- [29] Jonsson B, Musgrove P. Government Financing of Health Care. In: Schieber GJ. ed. *Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference*. 10-11 March 1997. Washington DC: World Bank, 1997.
- [30] OECD. *OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000.
- [31] Banta D. *An Approach to the Social Control of Hospital Technologies. Current Concerns*. SHS Paper No:10. Geneva: World Health Organisation, 1995.
- [32] National Forum on Health (Canada). *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere*. Quebec: Editions MultiMondes, 1998.
- [33] OECD. *Health Data*, 2004.
- [34] OECD. *Health Data*, 2005.

- [35] OECD. Health at a Glance. OECD Health Indicators. 2005.
- [36] OECD. The OECD Jobs Study Evidence and Explanation II. The Adjustment Potential of the Labor Market. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development, 1994.
- [37] Saltman RB, Figueras J. European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies. WHO Regional Publications. European Series. No:72, 1997.
- [38] Figueras J, Saltman RB, Mossialos E. Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview. London: London School of Economics and Political Science, 1997.
- [39] Kanavos P, McKee M. Macroeconomic Constraints and Health Challenges Facing European Health Systems. In: Saltman RB, Figueras J, Sakellariades C. eds. Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998: 23-52.
- [40] Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach. ILO, 1990.
- [41] Schieber A. Sustainable Health Sector Financing. In: High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pacific. Tokyo-Japan, June 2005.
- [42] Saltman RB. Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability. In: Saltman RB, Busse R, Figueras R. eds. Social Health Insurance Systems in Western Europe. Open University Press, 2004: 3-21.
- [43] Barer ML, Evans RG, Hertzman C. Et al. Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies. Social Science and Medicine, 1987; 24(10):851-862.
- [44] McGrail K, Green, B, Barer ML et al. Age, Cost of Acute and Long-Term Care and Proximity to Death: Evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia. Age and Ageing, 2000; 29(3): 249-253.
- [45] Kanavos P. The Single Market for Pharmaceuticals in the European Union in Light of European Court of Justice Rulings. Pharmacoeconomics, 2000; 18 (6): 523-532.
- [46] De Ferranti D. Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview. WB Staff Working Papers No:721, 1985.
- [47] World Bank. Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. The World Bank. Washington D.C.- U.S.A, 1987.
- [48] Price D, Pollock AM, Shaoul J. How the World Trade Organisation is Shaping the Domestic Policies in Health Care. The Lancet, 1999; 354 (9193):1889-1992.
- [49] Murthy A, Dixon A, Mossialos E. Genetic Testing and Insurance: Implications of the UK Genetics and Insurance Commission (GAIC) Decision. Journal of the Royal Society of Medicine, 2001; 94(2): 57-60.
- [50] Mossialos E. Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey, Brussels: European Commission. Directorate-General for Employment. Industrial Relations and Social Affairs, 1998.