



## SAĞLIK SİSTEMİ FİNANSMAN HEDEFLERİ VE POLİTİKA ENSTRÜMANLARI

İzzet AYDEMİR\*

### Öz

Sağlık sisteminde istenilen hedeflerin gerçekleştirilmesinde finansman fonksiyonu önemli bir rol oynamaktadır. Özellikle hizmetlere erişimde hakkaniyet temelinde bir yapının oluşturulması ve hastalığın finansal riske karşı güvence sağlanması, progresif, diğer bir ifadeyle eşitlik artırıcı finansman yöntemleri ile başarılabilmektedir. Bu noktaya dikkatleri çekmek amacıyla çalışma, Kutzin (2010)'in sağlık finansmanı politika analizi yapısını oluşturan üç yaklaşım ekseninde değerlendirilmiştir: (1) Sağlık sistemi fonksiyonları ve finansman fonksiyonu, (2) Sağlık finansmanı politika hedefleri ve (3) Finansman politika araçları ve politika hedeflerini etkileyen temel bağlamsal faktörler. Çalışmada yöntemsel olarak ulusal ve uluslararası literatür taraması yapılmıştır. Elde edilen bilgiler bilimsel ve yönetsel bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Çalışmanın sağlık finansmanı politika yapıcılarına ve diğer paydaşların uygulamalarına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hakkaniyet, Politika, Progresif, Sağlık Finansmanı, Sağlık Sistemi Fonksiyonları

## HEALTH SYSTEM FINANCING OBJECTIVES AND POLICY INSTRUMENTS

### Abstract

Financing function plays a substantial role within the health system for desired objectives. In particular, forming a structure on an equitable-basis in access to services and providing protection against the financial risk of the disease can be achieved by means of progressive, in other words equality-enhancing financing methods. The study, in order to draw the attention to this point, has been evaluated in three axes of Kutzin's (2010) forming the structure of health financing policy analysis approach: (1) Health system functions and financing function, (2) Health financing policy objectives and (3) Financing policy instruments and fundamental contextual factors influencing the policy objectives. In the study methodologically, national and international literature review were conducted. The obtained information has evaluated by scientific and managerial viewpoint. It is expected that the study will contribute to the health financing policy makers and other stakeholders' applications.

**Keywords:** Equity, Policy, Progressive, Health Financing, Health System Functions

## 1. GİRİŞ

Bir sağlık sisteminin en önemli bileşenlerinden -belki de en önemlisi- faaliyetlerin yerine getirilebilmesi sürecinde gerekli finansman alt yapısının güçlendirilmesidir. Sağlık hizmetlerine ilişkin reformların finansal kaynak yaratımı, kaynakların daha etkin ve adil kullanımı ya da var olan kaynakların alternatif kullanım alanlarına yönlendirilmesi üzerinden gündeme gelmesi güçlü varsayımı, sağlık sistemi içinde finansman fonksiyonunun önemini daha da artırmaktadır. Bu perspektiften bakıldığında insan fizyolojisi için dolaşım sisteminin önemi ve değeri ne ise bir sağlık sisteminde finansman mekanizmasının önemi ve değeri de o bakımdan önemlidir.

Sağlık sisteminin temel bir bileşeni olan finansman fonksiyonu, uygun nitelikte mali kaynak yaratımı ve bu kaynakların etkin yönetilmesini gerektirmektedir. Aslında finansman

\* Arş. Gör. Uzm. İzzet AYDEMİR, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü  
EMAIL: izzetaydemir1982@gmail.com



fonksiyonu bileşeni, ülkelerin en nihai hedefi olan evrensel kapsamın (sağlık sigortası kapsamı) sağlanmasında ve hizmetlere erişimin önündeki mali kaynaklı engellerin aşılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi, sağlık finansmanı politika hedeflerine erişimini başaracak yeterli kaynakların ve bu kaynakların niteliğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Finansman kaynaklarının etkin toplanması ve alternatif kaynak yaratımının sağlanması, ülkelerde var olan sigorta kapsamının kurumsal kapasite düzeyinin genişletilmesine katkıda bulunacaktır. Sigorta kapsamının genişletilmesi sadece nüfus kapsamının genişletilmesi anlamına gelmeyip aynı zamanda hizmet çeşitliliğine erişimi artırmak ve maliyetlerin, bireyleri yoksullaştırıcı etkisinden arındırılmayı gerekli kılmaktadır. Arzu edilen bu hedeflerin başarılması bireyleri hastalık ve hastalanma risklerinden arındırmaktadır. Öte taraftan hizmet kullanımında tekrarları engelleyerek hem ülke vatandaşlarını gereksiz ve aşırı hizmet kullanımı önünde engel oluşturmada, hem devletlerin sağlık harcamalarını azaltmakta ve hem de daha sağlıklı toplumlar oluşturma adına avantajlar yaratmaktadır. Çalışma değerlendirilmesinin bu bakış açısıyla ele alınmasında sağlık finansmanına ilişkin politika yapıcılara yol gösterebileceği düşünülmektedir.

Kutzin (2010) sağlık finansmanı politika analizi yapısını üç yaklaşım ekseninde yapılandırmıştır:

- Sağlık sistemi fonksiyonları ve finansman fonksiyonu
  - Sağlık finansmanı politika hedefleri
  - Finansman politika araçları ve politika hedeflerini etkileyen temel bağlamsal faktörler
- Çalışmanın modeli, Kutzin'in yapılandığı bu yaklaşım ekseninde tasarlanmıştır.

## 2. SAĞLIK SİSTEMİ FONKSİYONLARI VE FİNANSMAN FONKSİYONU

Sağlık sistemi bileşenlerinden olan finansman fonksiyonunun önemini anlaşılmasında sistemi oluşturan diğer bileşenlerin bir bütün olarak değerlendirilmesi ve sağlık sisteminin kavramsal olarak ifade edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (Şekil 2'de ayrıntılı olarak bu bileşenler belirtilmiştir). İyi kurgulanmış bir sağlık sistemi bileşenleri, sistemin finansman işlevine yönelik politika hedeflerinin gerçekleştirilmesinde öncü rol oynayabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlık sistemi ve sistemin fonksiyonlarına ilişkin daha kararlı ve ikna edici faaliyetlerinin olduğu bilinen bir realitedir. Öyle ki, DSÖ, 2000 yılında yayımladığı Dünya Sağlık Raporu'nda sağlık sistemini, temel amacı sağlığın korunması, yeniden geri kazanımı, geliştirilmesi ve sürdürülmesi olan her türlü aktivite olarak tanımlamaktadır (WHO, 2000: 5). Yayımladığı 2010 yılındaki raporunda DSÖ, sağlık sisteminin temel hedefinin sağlığın genel düzeyinin yükseltilmesi, sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması, insanların ihtiyaç ve beklentilerini karşılayacak şekilde sistemin yanıt verebilirliğinin geliştirilmesi ve kaynak yaratımında finansal adaletin sağlanması (WHO, 2010: 78) olarak tanımlayarak, bir sağlık sisteminde beklenen hedefleri daha somut ve anlaşılır düzeyde konumlandırmıştır.

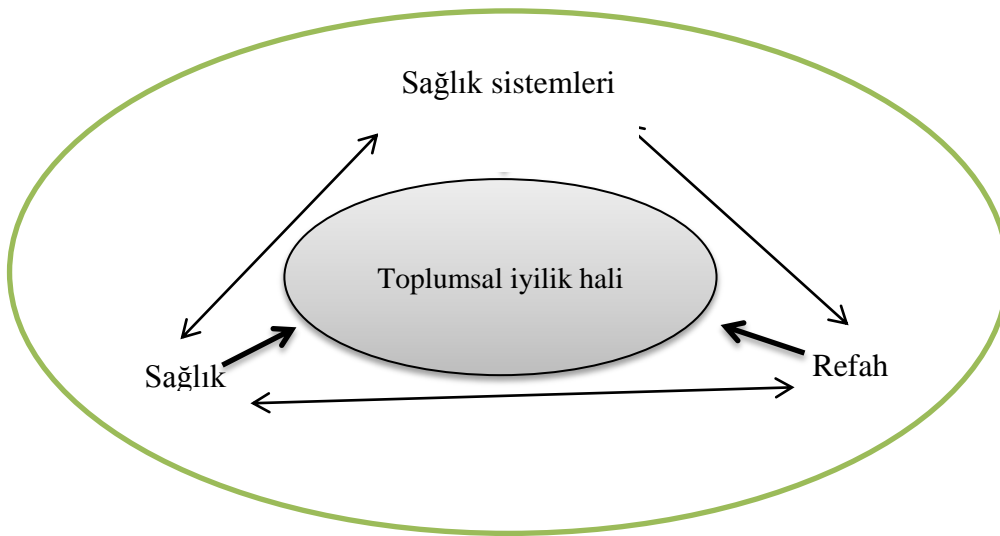
Teknolojik gelişmeler, artan ve değişen toplum beklentileri ile nüfusun demografik değişimlerinde gözlenen talep yönlü değişimler, Ekonomik İşbirliği ve Kalkama Örgütü (OECD) ülkeleri tarafından gerçekleştirilen sağlık harcamalarının ekonomik büyümeden daha hızlı artmasına neden olmuştur (Yereli ve diğerleri, 2010: 2). Yaşanan bu gelişmeler ışığında OECD'nin, sağlık sisteminin beklenen hedeflerine daha teknik yaklaştığı görülmektedir.



OECD, bir sağlık sistemi hedefini, tüm vatandaşlara hakkaniyetli ve yeterli olarak ulaşabilecekleri minimum sağlık hizmetinin sağlanması olarak ifade etmiştir. Bu tanımda özellikle iki temel verimlilik yaklaşımı benimsenmiştir: Sağlıkta *makro-ekonomik verimlilik* ve *mikro-ekonomik verimlilik*. Sağlık hizmeti maliyetlerinin kabul edilebilir bir Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) payının üstüne çıkmaması ve sağlık harcamalarındaki büyümenin GSMH büyümesinden daha az olması makro-ekonomik verimlilik olarak tanımlanırken; en az maliyetle tüketici memnuniyetinin sağlanması ve sağlık kazanımlarına ilişkin hizmet karmasının seçimi ise mikro-ekonomik verimlilik olarak ifade edilmiştir (Oxley ve MacFarlan, 1995: 22-25).

Bu perspektiften bakıldığında, bir ülkede var olan sağlık sisteminin temel hedefinin belirlenen hedeflere erişimin sağlanması yönünde atılan adımlar olduğu anlaşılabilir. Bu hedefler sağlığın korunması, geliştirilmesi, sağlığa ilişkin bireysel farkındalığın yükseltilmesi, hizmetlere erişimde bireyleri sağlık risklerine karşı finansal koruma sağlayan ve hastalık durumunun olmayışı gibi sağlık kazanımları olabilmektedir. Ülkelerde var olan politik faktörler, gelir ve eğitim seviyesi gibi sağlık sistemi dışındaki diğer bağlamsal değişkenler de, belirtilen bu hedeflere erişimi etkileyebilecek çoklu değişkenlerdir (Kutzin, 2013: 603).

Genel olarak sağlık sistemi; bir ülkenin sağlık ve refah düzeyini etkileyerek nihai amacı olan toplumsal iyilik halini etkileyebilmektedir. Bu etkilemeye yönelik kavramsal çerçeve Şekil 1’de belirtilmiştir. Kavramsal çerçeve ile anlaşılmaya çalışılan sağlık sisteminin toplumsal iyilik halini üç temel yöntemle etkileyebileceğidir. Bu yöntemlerden ilki sağlık sisteminin bireylerin sağlıkları üzerinde direkt etkiye bulunarak toplumsal iyilik halini geliştirebileceğidir. İkinci olarak, çok az oranda olmasına rağmen sağlık sisteminin ekonominin bir bileşeni olan refah düzeyini doğrudan etkileyerek toplumsal iyilik halini gerçekleştirebileceğidir. Son olarak da sağlık hizmetlerinin pratik olarak varlığı ve bu hizmetlere bireylerin erişim olanaklarının olması, sağlık sisteminin toplumsal iyilik haline doğrudan katkıda bulunacağı metodudur (Figueras ve diğerleri, 2012: 8).



Şekil 1. Sağlık Sistemi, Sağlık, Refah ve Toplumsal İyilik Hali İlişkisi  
Kaynak: Figueras ve diğerleri, 2012: 8.



Sağlık sisteminde hedeflerin gerçekleştirilmesinde, sistemin fonksiyonlarını bir bütün olarak göz önünde bulundurmaya gerekli kılmaktadır. Sistem içinde hedeflenen ara ve nihai hedefler olarak tanımlanabilecek amaçların gerçekleştirilmesi, sadece finansman fonksiyonu ya da diğer herhangi bir fonksiyonun tek başına değil, fonksiyonlar arası etkileşim ve koordinasyon pratikleri yoluyla etkili olabilmektedir (Kutzin, 2001: 197; Kutzin, 2013: 603). DSÖ tarafından sağlık sisteminin yapı taşları (building blocks) olarak da tanımlanan sağlık sisteminin fonksiyonları (Şekil 2) insan ve fiziksel unsurlarını içeren *kaynak yaratımı*; finansal kaynakların sağlanması ve hizmet alımlarını içeren *finansal sistem ile hizmetlerin sağlanması* ve sistemin aksamadan yürümesini sağlayan *yönetişim/yönetim* gibi işlevlerden oluşmaktadır.

Sağlık sistemi fonksiyonu içinde yer alan finansman fonksiyonunun kalite ve etkililik gibi ara hedefler (intermediate objectives) ile finansal koruma ve finansman yükte hakkaniyetin sağlanması gibi nihai hedefler (ultimate objectives/final goals) üzerinde doğrudan bir etkisi (Şekil 2) bulunmaktadır. (kırmızı ve koyu yeşil oklar, sağlık finansmanın amaç ve hedefler üzerindeki doğrudan etkisini; ince yeşil oklar ise dolaylı etkisini ifade etmektedir). Sağlık finansmanı, sağlık hizmetleri ekseninde sosyal korumanın sağlanmasının önemli bir parçasıdır. Finansman, ara ve nihai hedeflerin başarılmasında temel fonksiyondur. Ülkeler, kendi vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetin kullanımı noktasında, hizmet kalitesinin sağlanması ve finansal korunmada hakkaniyet temelli bir anlayışın geliştirilmesinin yollarını aramaktadırlar. Dolayısıyla sağlık finansman politikası, evrensel kapsama doğru hareket etmenin temel bir hedefidir (Kutzin, 2013: 604). DSÖ, 2010 raporunda sağlık finansmanını, kişilerin ihtiyaç duydukları önleyici, geliştirici, tedavi edici ve rehabilitasyona ilişkin sağlık hizmetlerine yeteri kalitede ve etkinlikte erişimlerini sağlamak ve bu hizmetlerin kullanımı sırasında bireylerin finansal zorluklara maruz kalmalarını engellemek olarak tanımlamaktadır (WHO, 2010: 64). Aslında sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumunda finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içerecek geniş kapsamlı bir sağlık sistemi fonksiyonudur (Lee ve Goodman, 2002).

Bir sağlık finansman fonksiyonundan beklenen ve başarılması istenen kritik alanlar DSÖ tarafından (WHO, 2010: 5):

- Sağlık için yeterli finansal kaynak yaratmak,
- Erişimin önündeki mali engelleri kaldırmak ve hastalıkların finansal risklerini azaltmak,
- Mevcut kaynakların daha iyi kullanımının sağlanması olarak belirlenmiştir.

Teknik olarak sağlık hizmetleri finansman fonksiyonları gelir elde etme (revenue collection), fon havuzlama (pooling), hizmet satın alma (purchasing), veya hizmet sağlama (provision) olarak bilinmektedir (Normand ve Busse, 2002: 61; WHO, 2010: 4; Kutzin ve diğerleri, 2010: 128). Gelir elde etme yöntemleri vergi, zorunlu veya gönüllü sağlık sigortası katkıları ile bağışlar benzeri politika enstrümanlarından elde edilmektedir. Fon havuzlamada esas olan hastalık öncesi gelir elde ederek (prepayment) sağlık hizmeti kullanımında ihtiyaca bağlı finansal riskin toplumsallaştırılmasını sağlamaktır. Fon havuzlama, bir bakıma maliyet paylaşımını sağlayacak mekanizmaların geliştirilmesi olarak da tanımlanabilmektedir. Hizmet



satın alma veya hizmet sağlama olarak bilinen finansman fonksiyonu ise sağlık hizmetleri için ödeme süreçlerini ifade etmektedir (WHO, 2010: 4).

### 3. SAĞLIK FİNANSMANI POLİTİKA HEDEFLERİ

Sağlık finansman politikası hedefleri, sağlık finansman sistemi performansını ve hizmetlere erişimin değerlendirilmesi ile reformların etkisine ilişkin kriterlere odaklanmaktadır. Dolayısıyla finansman politikasının genel hedefleri; (1) finansal riske karşı evrensel kapsamı ve (2) sistemin finansman yükünün adil dağılımını destekleyecek yapıların geliştirilmesini öngörmektedir (Kutzin, 2010: 6). Bu bakımdan düşünüldüğünde bir sağlık finansman politikası genel olarak ara ve nihai hedeflerden meydana gelmektedir (Şekil 2). Ülkeler için nihai olarak hedeflenen, evrensel sağlık sigortası kapsamının popülasyon ekseninde genişletilmesinin yanı sıra bireylerin beklentilerini karşılayacak tedavi hizmeti karması ve karşılanan hizmetlere ilişkin finansal koruma garantisinin sağlanması hedeflerinin genişletilmesi faaliyetleridir. Bu bakıma, finansman yönteminde en nihai olarak amaçlanan; **ihtiyaç ve kullanım arasındaki farkı (gap) kapatmak ile finansal korumanın genişletilerek hizmetlere erişimi yaygınlaştırmaktır** (Kutzin, 2013: 605). Sağlık finansmanı kapsamında sağlık statüsünde beklenen değişimin gerçekleştirilmesi (doğumda beklenen yaşam umudunun artması), finansal yükte hakkaniyetin sağlanması (katastrofik sağlık harcamaların olmayışı, sağlık harcamalarının yoksullaştırıcı etkisinden arındırılması vb.), beklentilerin karşılanması yoluyla hizmet tüketiminde memnuniyetin sağlanması, bireylerin tıp dışı ihtiyaçların karşılanması, hizmetin arz ve talep yönlü istekliliği (responsiveness) ve hizmetlere erişimin gerçekleştirilmesi sağlık finansmanının diğer önemli nihai hedefleri olarak tanımlanmaktadır (Kutzin ve diğerleri, 2012).

Ara hedefler, sağlık sistemi içinde amaçlanan nihai hedeflerin gerçekleştirilmesinde yerine getirilmesi gereken hedeflerdir. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi belirli bir faydanın (benefits) yaratılmasıyla mümkündür. Örneğin fon havuzlamanın yeterli derecede başarılmaması bireyleri sağlık hizmetleri alımı sırasında cepten ödemeye zorlayabilmektedir (McIntyre ve Kutzin, 2016: 4). Bir sağlık sisteminde ara hedefler olarak tanımlayabileceğimiz kavramlar kaynak kullanımında eşitliğin sağlanması (gelirin yeniden dağılımında adalet anlayışının güçlendirilmesi), kalite, etkinlik, şeffaf ve hesap verilebilirliğin olması, bireylere geniş tercih hakkının tanınması ve hizmetlere erişimde hakkaniyetin sağlanması gibi çıktı değişkenlerinden oluşmaktadır.

Sağlık sistemi yapılanması içinde önem arz eden finansman fonksiyonu, yukarıda belirtilen temel çıktıların gerçekleştirilmesinde birer araç (toolkit) görevini taşımaktadır. Finansman kaynakların din, dil, ırk, cinsiyet gibi demografik ve bölgeler arası farklılıklar gözetmeksizin etkin dağıtımının sağlanması ve kaynakların yeniden dağıtımında dezavantajlı grupların hizmet taleplerinin önceliklendirilmesi **eşitlik** ara hedefi yoluyla gerçekleştirilebilmektedir.

**Kaliteli** hizmet sunum eyleminin gerçekleştirilmesi nihai hedeflere giden diğer bir ara hedef değişkenidir. Kalite çok yönlü bir değişkendir fakat Şekil 2’de belirtilen, özellikle klinik kalite ve hizmet kalitesi olarak tanımlanmaktadır (Kutzin ve diğerleri, 2012). Yeterli finansman kaynağının varlığı ve bu finansmanın hizmet sağlayıcıların beklentilerini karşılıyor olması, kalite ara hedefini etkileyebilmektedir. Etkili müdahale yöntemleri, hizmet alıcıların beklenen algılarının karşılanması ve hasta ile sağlık hizmet sağlayıcıları arasındaki etkileşim, kalite ara hedefinin temel bileşenleridir (McIntyre ve Kutzin, 2016: 3).

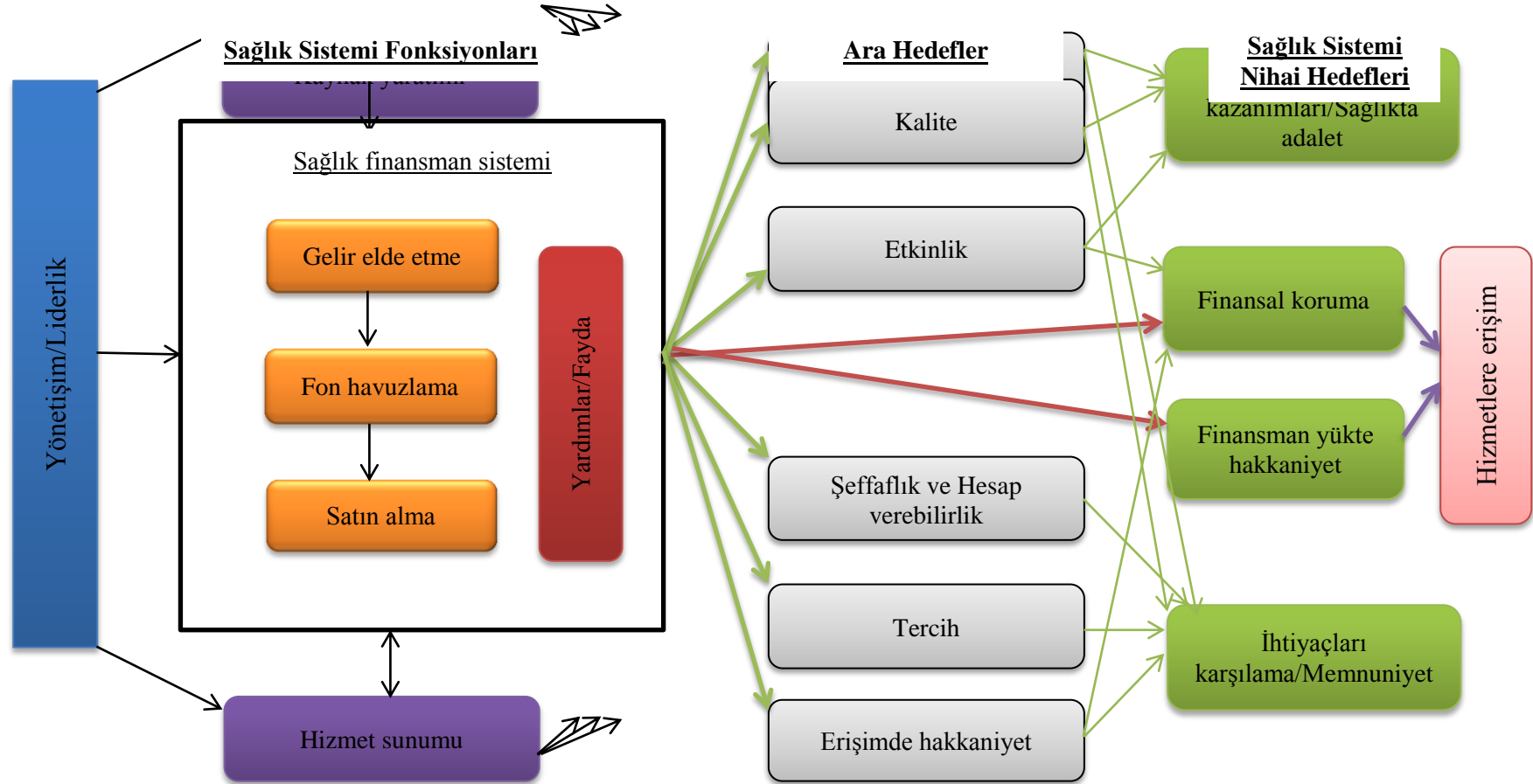


Sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyma ile hizmetlerin kullanımı arasındaki farkı kapatmayı amaçlayan finansman ara hedefi **etkinlik** olarak tarif edilmektedir. Etkinlik ile ifade edilmek istenen diğer bir hedef ise sağlık hizmetlerinin, onu kullananların sağlık statusünü geliştirecek kalitede olmasıdır (Kutzin, 2013: 604). Hizmetin erişilebilir olması ve satın alınabilir olması da etkinliğin temel ölçütleri olarak görülebilmektedir. Etkinlik, amaçlanan hedeflere ulaşmak için maliyetleri sınırlandırmak ya da kamu sağlık harcamalarını kısmak olarak anlaşılmalıdır. Aynı amaç düzeyine ulaşmak için kaynakları azaltmaksızın belirli bir bütçeyle amaçlara erişimi belirtmektedir. Diğer bir ifadeyle kaynakların rasyonel ve etkin kullanımı olarak tanımlanmaktadır (Thomson ve diğerleri, 2009: 26; Kutzin, 2013: 604).

Bir sağlık sistemi içinde var olan bireyler, hak ve sorumluluklarını bilmek isterler. **Şeffaflık ve hesap verilebilirlik** toplumun satın aldığı sağlık hizmetleri sürecini bilmeleri gerekliliğine dayanmaktadır. Bu ara hedefin varlığı; enformel ödemelerin sıklığını, kurumsal denetim ile performansın izlenmesi ve raporlanması, yolsuzluk gibi süreçlerin anlaşılmasını sağlamaktadır (Thomson ve diğerleri 2009: 26; Kutzin, 2012; Kutzin, 2013; 606). Şeffaflık, hak ve yükümlülüklerin herkes tarafından net olarak anlaşılmasıdır. Kimin ödemeye katıldığı, ne kadar ve hangi yoldan bunun sağlandığı önemlidir. Hizmetlere erişimin nasıl ve hangi metodlarla karşılandığı bireylerin sağlık finansmanı sistemi içinde temel haklarından (McIntyre ve Kutzin, 2016: 31).

Sağlık finansman mekanizması türü, bireylerin iş olanakları ile ilgili **seçimlerini** ve **tercihlerini** de etkileyebilmektedir. Örneğin birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi kamu sağlık sigortası kapsamında olan bireylerin sağlık güvencesini kaybetme korkusu olmaksızın iş imkânlarını değiştirebilmekteler. Oysaki ABD gibi özel sağlık sigortasının yaygın olduğu ülkelerde bireyler, başka bir organizasyonda farklı bir pozisyonda iş imkânlarından yoksun olabilmekteler. Çünkü iş değiştirmeleri halinde sigorta kapsamından mahrum olma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedirler (Kutzin, 2013: 603). Aynı şekilde gelir elde etmenin yüksek olduğu ve kamu sigorta kapsamının geniş olduğu finansman yöntemlerinde, hastaların ya da hastalanma riski olanların farklı hizmet sağlayıcıları tercih etme olanakları farklılaşabilmektedir.

Diğer bir sağlık finansmanı ara hedefi ve belki de en önemlisi finansmanda **hakkaniyetin** sağlanmasıdır. Hakkaniyet, kişilerin gelirlerine göre sağlık bakım hizmetlerini talep etmeleri durumunda sisteme finansal katkıda bulunmaları olarak ifade edilmektedir. Kişilerin ihtiyaçları ölçüsünde hizmetlere erişim olanaklarına sahip olmaları hakkaniyet kapsamında değerlendirilmektedir (Thomson ve diğerleri, 2009: 6). Hakkaniyet kavramı diğer bir taraftan dayanışma (risk paylaşımı) kavramı ile yakın ilişkilidir. Zenginlerin yoksulları, gençlerin ihtiyarları, bekârların evlileri ve sağlıklı olanların hasta olanları finanse etmeleri bu dayanışma ilişkisinin önemini yansıtmaktadır (Kutzin, 2010: 8). Sağlık hizmetlerinde iki hakkaniyet türü bulunmaktadır: Yatay ve dikey hakkaniyet. Yatay hakkaniyet ödeme gücü aynı olan ya da benzer gelir düzeyine sahip bireylerin diğer sosyo-demografik özelliklerine bakılmaksızın aldıkları sağlık hizmetleri için aynı düzeyde ödemede bulunmaları olarak ifade edilmektedir. Finansmanda dikey hakkaniyet ise; farklı düzeyde ödeme gücü olan bireylerin ve hane halklarının gelirleri oranında sağlık finansmanına katkıda bulunmaları şeklinde tanımlanmaktadır (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008: 150). Ancak cepten ödemelerin varlığı, bu hakkaniyet türüne zarar vermektedir.



Şekil 2. Sağlık Sistemi Fonksiyonları ve Sağlık Finansmanı Politika Hedefleri

Kaynak: Kutzin, 2001: 197; Kutzin, 2013: 603'ten Uyarlanmıştır.



### 3.1. Evrensel Sağlık Sigortasına Geçişin Politik ve Finansal Yönü

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde her yıl küresel anlamda sağlık hizmetlerine yapılan ödemeler nedeniyle 150 milyon insanın finansal güçlük çektiği tahmin edilmektedir. Diğer taraftan yaklaşık 1,3 milyar yoksul insanın, maliyetlerin pahalı olması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimleri kısıtlı olmaktadır (Serra ve diğerleri, 2011: 1). Bu tespit doğrultusunda evrensel sağlık sigortasının hayata geçirilmesi ve kapsamının genişletilmesi, sosyal devlet misyonunu yükleyen devletlerin temel sorumluluk alanı olarak görülmektedir. Sağlık sistemi içinde sağlık hizmetlerine erişim, sağlık finansmanı aracılığı ile vatandaşları hizmet alım noktasında, onları finansal tehditlere karşı koruyan ve finansman yükte hakkaniyeti sağlayan nihai hedeflerin gerçekleştirilmesiyle mümkündür. Bu bakımdan düşünüldüğünde evrensel sağlık sigortasının ve ilişkili boyutlarının ayrı bir önemi olmaktadır. Vatandaşların temel teminat paketinin dışında bırakılması, etkin ve etkili bir finansman mekanizmasının kurulmasını da güçleştirebilmektedir. Ayrıca evrensel sağlık sigortası yoluyla kamu yönlü sağlık harcamaları artmakta ve cepten yapılacak ödemeler kontrol altına alınarak bireylerin olası finansal ve yoksullaştırıcı riske karşı korunması sağlanabilmektedir.

Evrensel sağlık sigortasının geliştirilmesi ve özendirilmesi, desteklenmesi gereken bir haktır. Bireylerin kamu sağlık sigortası kapsamına alınması ve sigortanın kurumsal kapasitesinin genişletilmesi temel bir insani değerdir. Aynı zamanda devletlerin sosyal anlayışlarının pratike edilmesinin bir yansımasıdır. Sigorta kapsamının azami derecede genişletilmesi, devletlerin sağlık finansman sistemine ilişkin uygulamalı, aksiyonel ve güncel hedefleri arasında yer almalıdır. Bu açıdan düşünüldüğünde genel/evrensel sağlık sigortası Dünya Sağlık Asamblesi tarafından WHO (2005) “herkesin makul ya da karşılanabilir bir maliyetle geliştirici, önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık müdahalelerine erişim” olarak tanımlanmıştır. Evrensel sağlık sigortası, içeriğine ilişkin düşük bir konsensüs sağlanmış olsa da bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerini sağlayacak nitelikte koruma kapsamının genişletilmesi gereken ve aynı zamanda insani bir hak olup sosyal ve ekonomik korumayı garanti eden bir yapılanmadır (McKee ve diğerleri, 2013: 40). Evrensel kapsam, bir sağlık sistemi içinde finansal fonksiyon bağlamında erişilmesi arzulanan nihai ve genel bir hedeftir. Bu hedefe erişim, sistem içinde amaçlanan ara hedefler yoluyla erişilebilmektedir (McIntyre ve Kutzin, 2016: 4).

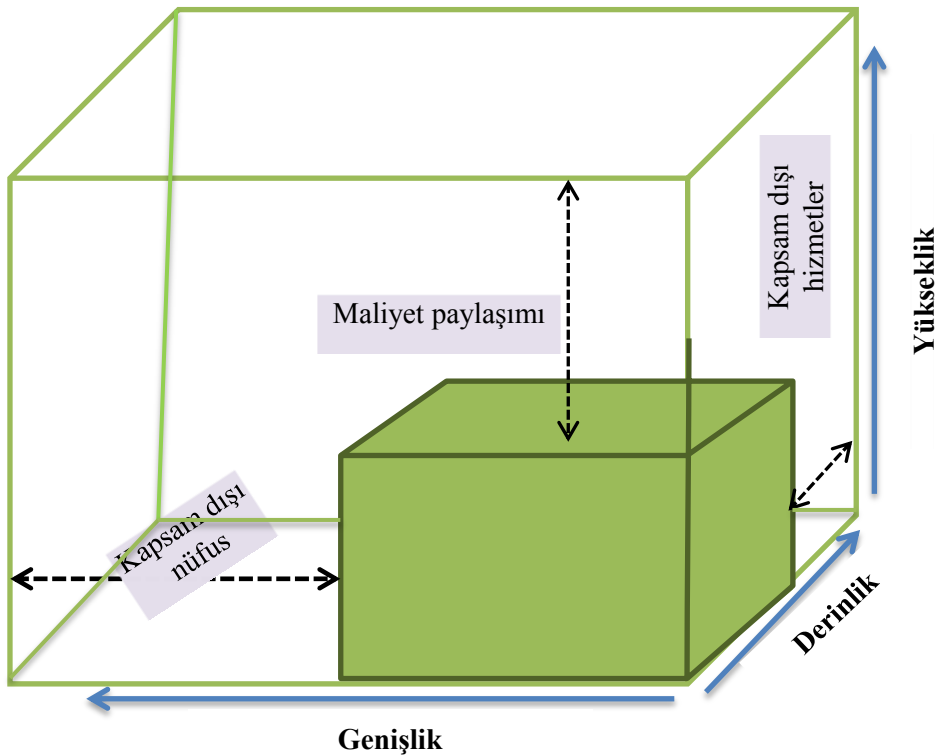
Finansal risk havuzlama, evrensel sağlık sigortasına doğru ilerlemenin önemli bir yöntemidir. Risk havuzlama mekanizmaları, bireylerin hastalık maliyetlerinin yalnız onlar tarafından karşılanmadığını belirtmektedir. Bunun yerine öngörülemez maliyetler, fon havuzlamaya katkı sağlayan geniş gruplarca paylaşılmaktadır. Fon havuzlama, sağlık ihtiyacı olsun ya da olmasın bireylerden vergi ya da prim yoluyla finansal kaynakları tahsis etme yoluna gider (Smith ve Serra, 2012: 918; Savedoff ve diğerleri, 2012: 924). Gelir elde etme ve fon havuzlama, ülkelerin içsel ve dışsal birçok faktöründen etkilenebilmektedir. Özellikle durumsal faktörler, yapısal faktörler, kültürel ve çevresel faktörler gibi birçok bağlamsal değişkenler, evrensel kapsamı etkileyerek fon havuzlamanın boyutunu belirleyebilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 12).

Sigorta kapsamının genişletilmesine (universal coverage) ilişkin finansal sistemin geliştirilmesinin farklı seçenekleri olabilmektedir. Kaynakların yetersiz oluşu, insanların daha fazla sağlık hizmetini talep eder bir eğitim düzeyine gelmeleri ve sağlığın iyileştirilmesine





yönelik gelişmiş teknolojinin kullanılması önceliklerin belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Evrensel kapsam ile amaçlanan belirsiz sağlık ihtiyaçlarına karşılık finansal korumanın sağlanmasıdır. Bu hedefi gerçekleştirmenin yolu daha fazla nüfusun sigorta kapsamına alınması, hizmet kapsamının genişletilmesi ve maliyetlerin yüksek oranda kamu tarafından karşılanmasıyla mümkün olabilmektedir (WHO, 2010: 12). DSÖ evrensel kapsamın *genişlik*, *derinlik* ve *yükseklik* olmak üzere üç boyutunun olabileceğini belirterek evrensel kapsamın, finansal korumanın temel belirleyicisi olduğunu ifade etmektedir. Burada amaçlanan büyük küp ile küçük küpün azami şartlarda birbirine yakınlştırılması ve küçük küpün büyük küpe doğru nüfus kapsamı, farklı hizmetlere erişim ve maliyetlerin karşılanmasının kamuca/devlet tarafından garantileyen bir genişlemenin gerçekleştirilmesidir. (Şekil 3). Evrensel kapsama ilişkin temel boyutlar aşağıda ayrıntılı olarak açıklanmıştır.



Şekil 3. Evrensel Sağlık Sigortasının Üç Boyutu

Kaynak: WHO, 2008: 26; WHO, 2010: 12

Sigortanın *genişlik (breadth)* boyutu, nüfusun ne kadarının sağlık güvencesinin olduğunu belirtmektedir. Direkt nüfusla ilişkilidir. Kapsamın genişliği ya da etkin oluşu bireylerin finansal zorluklarla karşılaşmaksızın ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine erişimi mümkün kılmaktadır. Hizmetlere erişimde finansmanın bireylere yüklenmesi sağlık hizmetlerine erişimde cepten ödeme, (sigorta kapsamı dışındaki hizmetler için doğrudan ödemeler, kapsanan hizmetler için de katılım ücretleri) ve özel sağlık sigortasına neden olabilmektedir. Ayrıca cepten ödemeler, bireyleri yoksullaşmaya itebilmekte ya da diğer temel ihtiyaçlarının karşılanmasını güçleştirmektedir (Thomson, 2015: 79).



Evrensel sağlık sigortasının *derinlik (depth)* boyutu, sigorta kapsamında olan bireylerin, hizmet çeşitliliğine erişimi belirtmektedir. İlaçlara erişim, farklı hastalıklara yönelik tedavi imkânlarının düşük olması gibi temel teminat paketinin dar tutulması, bireyleri cepten ödemelerine ya da özel sağlık sigortasına yönelmelerine sevk edecektir. Daraltılmış teminat paketi, bireylerin bakım arayışlarını geciktireceği gibi finansal hakkaniyetsizliğin ve karşılanmamış taleplerin artmasına da neden olmaktadır. Bunun yanı sıra özellikle dezavantajlı grupların sağlık hizmetlerine erişimlerini engelleyecek eşitsizliklere ve sağlık sistemini daha az şeffaflaşmaya itecektir. Dolayısıyla cepten ödemeler sağlık harcamalarının bir kısmının kullanıcılar tarafından karşılanması neden olarak, kapsam derinliğini azaltan mekanizma olarak görülmektedir (WHO, 2010: 12; Thomson, 2015: 79).

Kapsamın *yüksekliği (height)*, hizmete ihtiyaç duyan bireylerin bu ihtiyaçlarının karşılanmasının maliyetlerinin ne kadarının çeşitli yöntemlerle elde edilen fonlardan karşılandığını göstermektedir. Yükseklik boyutu ile amaçlanan, maliyet paylaşımının bireylerin lehine daraltacak mekanizmaların uygulanmasıdır. Ödeme gücüne bakılmaksızın sigorta kapsamında olan tüm bireylerin, hizmet kullanımından kaynaklanan maliyetlerin tamamının ya da yüksek bir oranının ön ödeme ya da fon havuzlamadan karşılanmasını öngörmektedir (WHO, 2010: 13). Araştırmalar, cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içinde yaklaşık olarak %15-20'inden fazla olması, bireyleri finansal güçlüklerle zorlayacağını belirtmektedir (Jowett ve diğerleri, 2015: 57). Öyleyse evrensel sağlık sigortasının yükseklik boyutunda amaçlanan cepten ödemelerin azaltılması ve buna karşın kamu sağlık harcamalarının da artırılması olmalıdır.

Tüm bu unsurlar dikkate alındığında bir temel teminat paketi en asgari aşağıdaki kriterleri yerine getirmeyi vaat etmelidir (Normand ve Weber, 209: 76):

- Teminat paketi, cepten ödemelerle karşılanabilecek basit hizmetleri içermemelidir. Aksine, özellikle belirli hizmetlerin ücretsiz sağlanmasını garanti etmelidir. Fakat gereksiz kullanımları da engellemelidir.
- Teminat paketi, bireyleri komplike hizmetler, kazalar ve ciddi rahatsızlıklar gibi katastrofik durumlarla baş etmelerini sağlayacak nitelikte olmalıdır.
- Teminat paketi, satın alınabilecek (affordable) uygun fiyatlı paket olmalıdır.

#### 4. POLİTİKA HEDEFLERİNİ ETKİLEYEN TEMEL BAĞLAMSAK FAKTÖRLER VE SAĞLIK FİNANSMANI POLİTİKA ARAÇLARI

Bağlamsal faktörler, sağlık sektörünü doğrudan etkilemeyen ya da sağlık üzerinde doğrudan kontrol etme olanağı olmayan fakat bu alanda olası reformları, politika araçlarını ve karar vermeyi etkileyen dışsal faktörlerdir. *Finansal bağlam, kamu yönetimi ve karar verme yapısı* ile *kamu finansman yönetimi*, sağlık finansman yapısını ve finansman politika araçlarını etkileyen bağlamsal faktörlerdir (McIntyre ve Kutzin, 2014: 5).

*Finansal bağlam*, herhangi bir ülkenin finansal politika hedeflerinin sürdürülebilir başarısını ve belirlenen reformların uygulanması olasılığını etkileyecek seçeneklere ilişkin bağlamsal faktörleri içermektedir. Finansal bağlam, aynı zamanda sağlık finansman hedeflerinin gerçekleştirilmesinde hükümetlerin ve devletlerin izlediği, uyguladığı ve değerlendirdiği enstrümanları nitelemektedir. Hükümetlerin, vergi ve diğer kamu gelirlerini elde etme



yeteneği gibi yapıların geliştirilmesi, finansal bağlama verilebilecek örneklerdendir. Ülkelerin gelişmiş ya da azgelişmiş özellikte olması, kırsal ve kentsel karakteristikli demografik yapıların varlığı, kayıp dışı işgücü gibi özellikler finansal bağlam kapsamında hükümetlerin gelir etme yeteneklerini etkileyebilmektedir (Kutzin, 2010: 20).

Finansal bağlam, hükümetlerin gelir elde etme ve sağlık harcama politikalarını gösterdiğini belirtmiştik. Dolayısıyla sağlık finansman politikası, finansal koruma ve hizmetlere erişimde hakkaniyetin sağlanması hedeflerinin başarılmasında geliştirici bir unsurdur. Hizmetlerin satın alınmasında hizmet alıcıların cepten ödeme yapmalarının yüksek olduğu ülkelerde finansal koruma, göreceli olarak daha düşük olmaktadır (Jakab ve Kutzin, 2010: 80). Enflasyon oranlarından etkilenen GSMH, işsizlik oranı, işgücünün formal ve enformel sektörde dağılımı, vergi yapısı (dolaylı vergilerin varlığı) gibi değişkenler, hükümetlerin ya da devletlerin gelir elde etme (finansal bağlam) yeteneğini etkileyerek politika hedeflerini ve bu hedeflerin gerçekleştirilmesinde kullanılan araçları etkileyebilmektedir (McIntyre ve Kutzin, 2014: 6-8).

**Kamu yönetimi ve karar verme yapısı**, sağlık finansman politika yapısını etkileyen diğer bir bağlamsal faktördür. Özellikle politik yönetim yapısının merkezi ya da merkezkaç olarak organize olması, finansal kaynak yaratımını ve yönetimini farklı etkileyebilmektedir. Örneğin desantralize yönetim anlayışının varlığı sağlık finansmanı ile ilgili kararların yerel düzeyde verilmesine neden olabilmektedir. Bu durum bölgeler arasında yapılan kamu sağlık harcamaları, eşitsizliklere neden olabilmektedir (McIntyre ve Kutzin, 2014: 8). Aynı zamanda gelirin ülke düzeyinde yeniden dağıtımında bölgeler içinde etkinsizliğe neden olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002: 15).

**Kamu finansman yönetimi**, kamu sektörü bütçe oluşumu süreçleri, dağıtımını, finansal kontrol harcamaları gibi ilkeleri kapsayan bağlamsal faktörleri kapsamaktadır. Bütçe karar süreçlerinde hangi aktörlerin yer aldığı, pasif ya da stratejik geri ödeme mekanizmalarının varlığı gibi operasyonlar, sağlık finansman politika araçlarını ve reformlarını belirli düzeylerde etkileyebilmektedir (McIntyre ve Kutzin, 2014: 9).

Bir ülkede sağlık finansman sistemine ilişkin politika enstrümanları ya da araçları; finansman, hizmet sağlayıcılarına ödeme yöntemleri, organizasyon ve çeşitli yasal düzenlemelerden oluşmaktadır. Bu araçlar politika yapıcılarının sağlık sisteminde dağıtım ve teknik etkililiği etkilemek için kullanabildikleri araçlardır. Bu çalışmada finansman aracından bahsedilecektir. Finansman, bir ülkenin özellikle fayda paketi tasarımı ve fon hedefleme yoluyla bireylerin hizmet kullanımlarının uygun maliyetler dâhilinde erişimlerini belirleyen en güçlü politika aracıdır (Yip ve Hafez, 2015: 5). Kamu sağlık hizmeti için finansman fonksiyonunun güçlendirilmesi sağlık hizmeti performansının geliştirilmesinde önemli bir reform stratejisidir. Dünya ekseninde bakıldığında sağlık sisteminin sağlık finansman yapısı, farklı katkı mekanizması karışımından oluşmaktadır. En yaygın finansman mekanizmaları genel vergiler, genel vergiler içinde özel vergiler, zorunlu sağlık sigortası ve cepten yapılan ödemelerdir. Kısmen de olsa özel sağlık sigortacılığı da bulunmaktadır (Saltman ve diğerleri, 2012: 225-226).

DSÖ, sağlık hizmetlerinin etkin sunumu için finansal kaynak yaratımını önemsemektedir. İçsel ve dışsal kaynaklardan sağlanmak üzere dört yöntemle gelir elde edilebileceğini



belirtmektedir. Bu yöntemler aynı zamanda finansmana ilişkin birer araçlardır (WHO, 2010: xii-xiii):

- Gelir toplamada etkinliğin artırılması (verginin ve sağlık sigortası primlerinin uygun yöntemlerle toplanması),
- Kamu bütçesinin yeniden dağıtımında önceliklerin belirlenmesi,
- Yaratıcı finansman (uçak biletleri, döviz işlemleri, tuz, trans yağlar, tütün ve alkol üzerinden vergi artırımına gidilmeli),
- Sağlığı geliştirmeye yönelik yardımlardır (küresel dayanışma, gelişmiş ülkelerin az gelişmiş ülkelere yapacakları finansal yardımlar, DSÖ, DB gibi ulus üstü kuruluşların yapacakları transferler).

Ülkelerdeki gelir elde etme yöntemleri, sağlık harcamaları ve gelir düzeyi gibi değişkenler sağlık finansman sistemlerini etkilemektedir (Evans, 2002: 31). Genel olarak bakıldığında yüksek gelirli ülkelerin daha çok vergilerle (Beveridge) finanse etme eğiliminde oldukları gözlemlenirken; gelişmekte olan ülkelerde primlerle (Bismarck) finansman, düşük gelirli ülkeler de ise cepten ödemelerin yüksek olduğu görülmektedir (Evans, 2002: 37).

Beveridge, Bismarck ve özel sağlık sigortası finansman kaynakları, karar verme mekanizmaları ve hizmet sunucularının örgütlenmesi gibi konularda farklılaşabilmektedir. Vergilerle finansmanda devlet bütçe mekanizmasını bir kontrol aracı olarak kullanmaktadır. Hizmetlere erişim katkı payları gibi istisnalar dışında hizmetlere erişim ücretsizdir. Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri maaş ya da hizmet başı olabilmektedir. Bu finansman türünde ülkenin vergi toplama kapasitesi ve toplanan vergilerin adil olup olmadığı önemlidir. Genel vergilerle finansman yönteminde genelde önerilen, bireylerin öznel gelirlerinden ve kurumlardan alınan doğrudan vergilerdir. Bu vergilerin artan oranlı (progressive) olmaları hakkaniyeti sağlamaları bakımından önemlidir (Tatar, 2011: 112). Fakat vergilerle finansman yöntemi, genel sağlık sigortasıyla finansman yöntemiyle karşılaştırıldığında kaynak yaratmak açısından problematik olabilmektedir. Örneğin kayıp işgücünün varlığı ülkelerin vergilerle gelir elde etme yeteneğini engelleyebilmektedir.

Vergilerle finanse ile cepten ödemelerle (kullanıcı ödentileri) finansmanın gelir ekseninde bir zıtlık oluşturduğu görülmektedir. Örneğin bireylerin gelir seviyesi arttıkça onlardan elde edilecek vergi oranları da artmaktadır. Oysaki düşük gelirli bireylerin ya da ülkelerin sağlık hizmetlerine erişim noktasında cepten ödeme oranları daha yüksektir. Özel sigortacılık anlayışının güçlü olduğu ABD, Yeni Zelanda ve İsviçre gibi ülkelerde primler, bireylerin görece hastalık risklerine göre ayarlanmaktadır. Bu yüzden kullanıcı ödentilerinin yanı sıra gibi özel sigortacılık da bireylerin gelirinden ziyade hastalık deneyimlerine bağlı katkıları öncelemektedir. Yani, ağır hastalık sahibi olanların sigorta kapsamı dışında tutulmaları an meselesidir. Dolayısıyla arzu edilen hakkaniyeti tam sağlama konusunda yetersiz kalmaktadır. Diğer taraftan sosyal sigortacılık da gelire göre belirlenmesine rağmen tüm hizmetleri kapsama almama durumu bulunmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1992: 365).

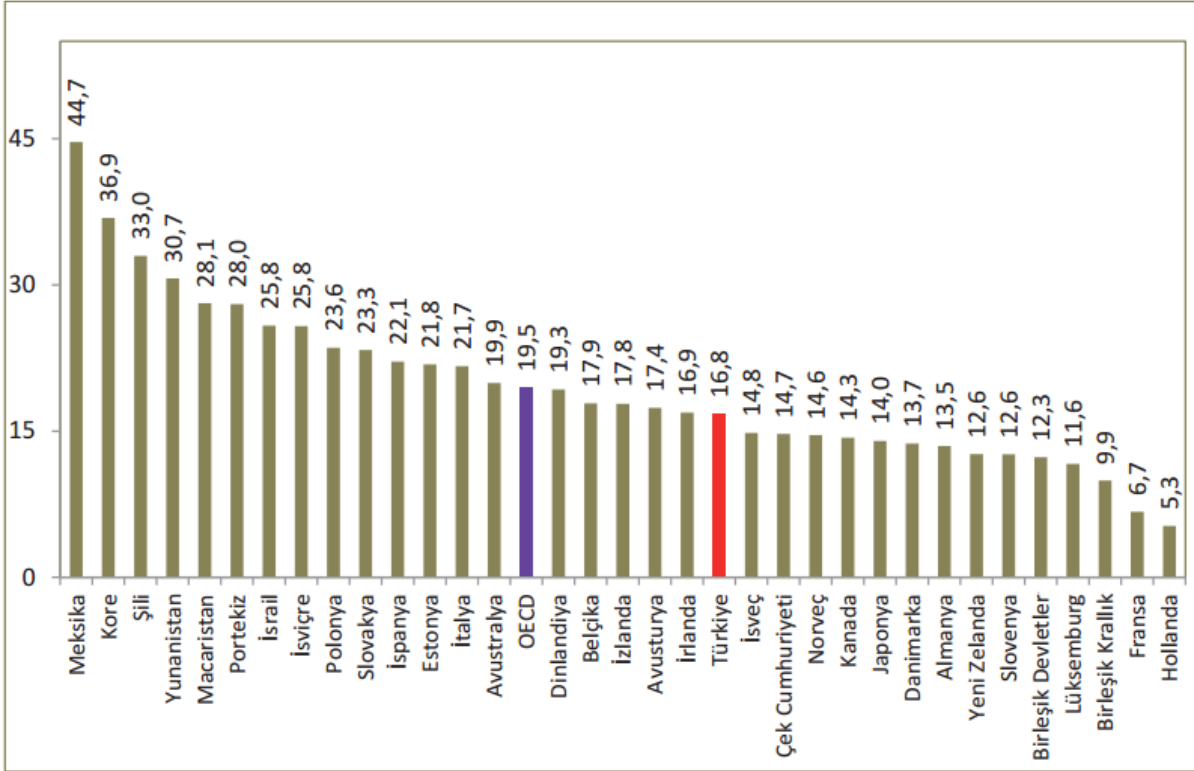
Sosyal sağlık sigortası özellikle *dayanışma* ilkesiyle ön plana çıkmaktadır. Bu sigortacılık anlayışında söz konusu bireylerin korunması olduğundan bireylerin riskleri ve sağlık statüleri ile ödenmesi gereken primler arasında bir bağlantının kurulması olası değildir. Yani primler riske göre ayarlanmamaktadır. Özel sağlık sigortacılığının varlığı, genelde kamu sigortasını



tamamlayıcı nitelik taşımaktadır. Sosyal sigorta ile arasındaki en temel fark risklerin havuzlama biçiminde ortaya çıkmaktadır. Diğer bir ifadeyle özel sigortacılıkta diyabet ya da hipertansiyon gibi kronik hastalığı olanlar ile sigara ve alkol kullanma davranışları sonucu hastalanma riski taşıyanların diğerlerine göre daha fazla prim ödeme ya da risk grubunda olmaları nedeniyle sigorta kapsamı dışında tutulmaları söz konusu olabilmektedir. Sosyal sigortanın tersine sağlık finansman sisteminde olması gereken sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru bir finansman akışının tam tersi gerçekleşmiş olur (Tatar, 2011: 115-117).

DSÖ, düşük gelirli ülkelerde yaşayan bireylerin sağlık hizmetleri talebinin genelde cepten ödemeler yoluyla gerçekleştirildiğini belirtmektedir. Küresel olarak sağlık harcamalarının yaklaşık %19'u cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır (Garrett ve diğerleri, 2009: 1294). Çeşitli hizmetlere erişimde, örneğin konsültasyonlar için yapılan ödemeler, laboratuvar testleri, hastaneye kabuller ve ilaçlar için yapılan kullanıcı katkıları ve cepten ödemeler gibi maliyet paylaşımları, bireyleri finansal riske karşı korumada yetersiz kalmaktadır (Serra ve diğerleri, 2011: 2). Fakat cepten ödeme oranlarının düşük olması her zaman için sistemin vatandaşlarını hizmetlere erişim noktasında finansal güvenceye aldığını göstermez. Bu durum bireylerin sağlık hizmetlerini yeteri düzeyde talep etmedikleri ya da sağlık hizmetlerini sistematik olarak talep etme anlayışlarının olmadıklarının da bir göstergesi olabilmektedir. Fakat tersi bir durum olarak güçlü finansal korumaya karşın niteliksiz sağlık çıktılarının varlığı ve sağlık eşitsizlikleri, daha iyi bir hizmet alabilmeleri uğruna bireyleri cepten ödemelere itebilmektedir (Wagstaff, 2009: 115).

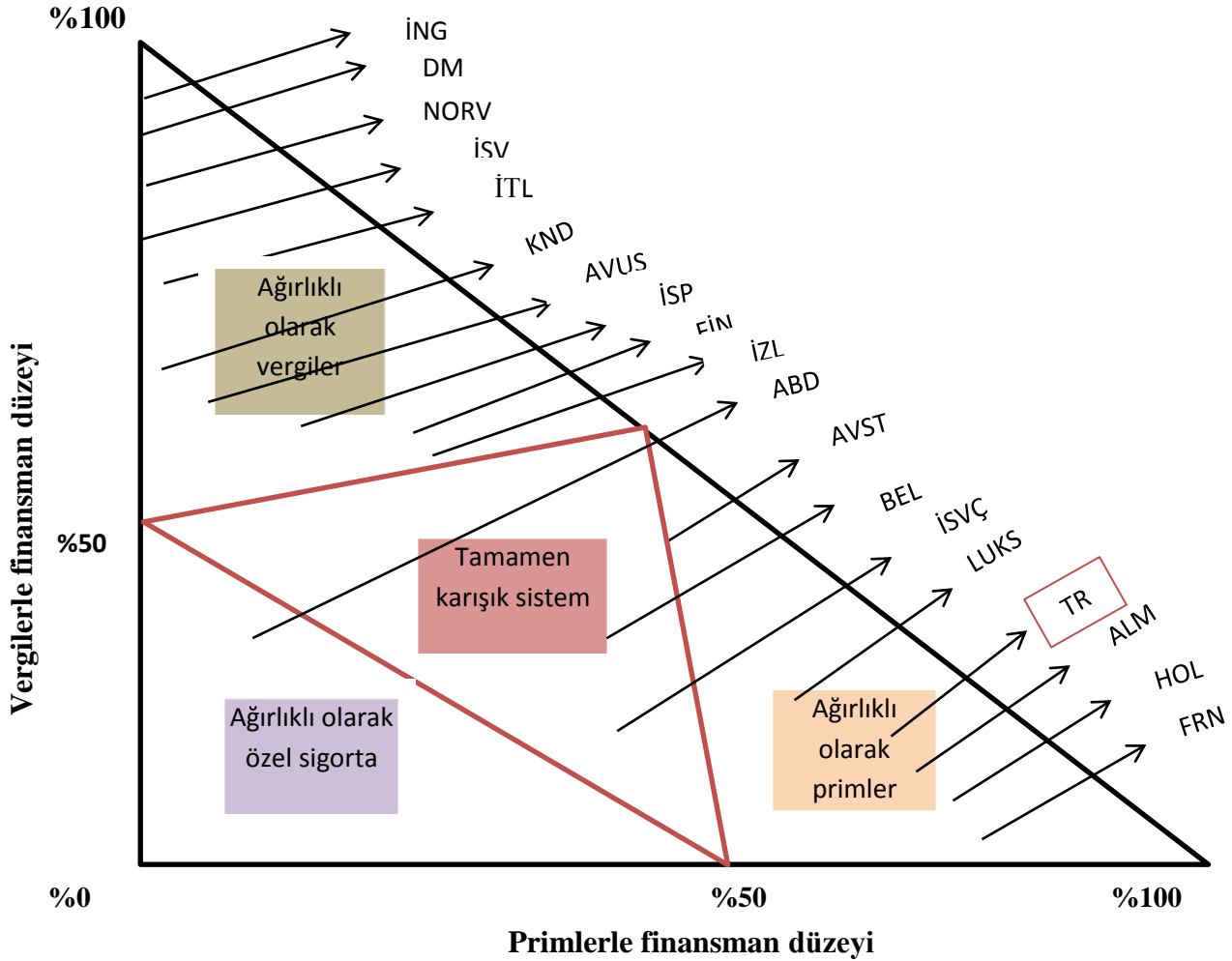
Sağlık hizmetlerine erişimde kamu kaynakları ile finansman ya da cepten ödemelerle finansman önemlidir. Cepten ödemelerin yüksek oluşu ya da kullanıcı ödentileri gibi maliyet paylaşımlarının varlığı, sağlık hizmetlere erişimi engelleyebileceği gibi sistemin temel hedeflerinden olan hakkaniyeti zedeleyebilmektedir. Dolayısıyla cepten ödemelerin yüksek olduğu ülkelerde hastalık riskinin bireyleştirilmesi derecesi de yükselmektedir (Wendt, 2009: 434). Farklı ödeme yöntemlerinin olması ve uygulanması ülkelerin farklı politik tercihleri, ekonomik durumları ve yerel dinamikleri ile ilişkilidir. Fakat sosyal sigorta kapsamlarının genişletilmesi, yüksek düzeyde hizmetlere erişim ve finansal korumanın sağlanması, cepten ödemelerin yerine kamusal kaynaklarla finansman yönteminin tercih edilmesini zorunlu kılmaktadır. Yunanistan, Portekiz, İspanya ve Polonya gibi OECD ülkelerinin %20'nin üzerinde sağlık hizmetlerine erişimde cepten ödemelerle maliyet paylaşımının sağlandığı görülmektedir. OECD ülkelerinde 2013 yılı sonu ve 2014 yılı başı itibari ile cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı %19,5, Türkiye de ise söz konusu oran %16,8'dir (Şekil 4). Dolayısıyla bazı ülkelerde, temel hedefler olarak görülen finansal koruma ve evrensel kapsamla ilgili problemlerin yaşandığı görülmektedir.



**Şekil 4. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (2013).**

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014.

Her ülke, tarihsel süreç içerisinde kendi kültürel ve diğer sosyal belirleyiciler ışığında belirli sağlık finansman düzenlemelerine (path dependence) sahiptir (Kutzin ve diğerleri, 2016: 269). Bu perspektiften bakıldığında ülkelerin farklı finansman modellerini bir politika aracı olarak benimsedikleri görülecektir. Örneğin Avrupa bölgesi ekseninden bakıldığında Danimarka, İsveç, İngiltere, İtalya, Yunanistan, İspanya ve Portekiz gibi ülkelerin daha çok vergilerle finansman yöntemini benimsedikleri görülmektedir. Merkez ülkelerde ise sosyal sigorta sistemlerinin daha güçlü olduğu görülmektedir. Fransa, Almanya ve Hollanda bu sistemin en güçlü örneklerindedir (Şekil 5). Maliyet paylaşımının sağlanmasına yönelik ABD benzeri ülkelerde özel sağlık sigortacılık anlayışı da bulunmaktadır (İsviçre ve Yeni Zelanda örneği) (Saltman ve diğerleri, 2012: 225-226). Ağırlıklı olarak sosyal sigorta sistemi finansmanına dayalı sağlık sistemlerinde, evrensel kapsamın tamamen sağlandığı söylenememektedir. Sigortaya katılım primlerle sağlanmaktadır ve bu durum genellikle istihdam yoluyla gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla çoğu ülke, vatandaşlarını, zorunlu sağlık sigortası ya da kamu ve özel sağlık sigortasının bir kombinasyonu yoluyla kapsam içine almaktadır (Kulesher ve Forrestal, 2014: 129). İster vergilerle finansman yöntemi olsun isterse de prim esasına dayanan sigortacılık yaklaşımı olsun, herhangi bir ülkenin sağlık finansman fonksiyonu ile amaçlayabileceği “evrensel kapsayıcılık” olmalıdır. Fakat gerek Şekil 4’te görülebileceği gerekse de literatür incelendiğinde hiçbir ülkenin bu temel hedefi tam olarak başaramadığı görülecektir.



Şekil 5. Avrupa Bölgesi Ülkeleri Sağlık Finansmanı Karması (2008)

Kaynak: Götze ve Schmid, 2012

Sağlık hizmetlerine yönelik finansman modelleri; harcama, hizmetlerin sağlanması ve hizmetlere erişim alanları farklı şekillerde etkileyebilmektedir. On beş Avrupa ülkesi örneğinde yapılan bir çalışmada Wendt (2009), sosyal sigorta sisteminin güçlü olduğu ülkelerde toplam sağlık harcamalarının yanı sıra kamu kaynaklarının payının da yüksek olduğu saptanmıştır. Buna karşılık cepten harcamaların orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulguları arasında sağlık harcamalarının büyük bir kısmı orta düzeyde yataklı tedavi hizmetlerine ayrılmakta ve büyük bir oranı ise ayakta bakım hizmetlerine dağıtıldığı belirlenmiştir. Ulusal sağlık hizmetlerinin yani vergiye dayalı finansman enstrümanlarının güçlü olduğu Avrupa ülkelerinde toplam sağlık harcamaları orta düzey karakterli olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda kamu sağlığı finansman payı yüksek iken cepten ödemelerin orta düzeyli olduğu bulunmuştur. Kamu sağlık sigortacılığının yüksek olduğu ülke ortalamalarına göre poliklinik hizmet sağlayıcıların göreceli olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Vergilerle finansman yönteminin diğer modellere kıyasla daha proaktif yani eşitlik artırıcı (Mossialos ve Dixon, 2002: 15) olabilmektedir.



## 5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık finansman fonksiyonu sağlık sistemi içinde önemli bir yere sahiptir. Özellikle sağlık hizmet kullanımında eşitlik, hakkaniyet, kalite, etkinlik ve şeffaflık gibi ara hedefler ile finansal koruma ve finansal yükte hakkaniyet gibi ana/nihai hedeflerin gerçekleştirilmesinde en önemli sağlık sistemi fonksiyonu olarak kabul edilmektedir. Finansman fonksiyonu; gelir elde etme, fon biriktirme ve hizmet satın alma süreçlerinden oluşmaktadır. Ülkeler belirtilen amaç ve hedefleri gerçekleştirebilmek adına çeşitli finansman yöntemi mekanizmalarını kullanmaktalar. Bu mekanizmalar; vergilerle finansman, sosyal sigorta primleri ile finansman, özel sağlık sigortacılığı ve cepten ödemeler gibi yöntemlerden oluşmaktadır. Dünya genelinde ülkeler bu mekanizmaların bir karışımını kullanırlar.

Aslında adı geçen finansman yöntemleri ile erişilmeye çalışılan evrensel kapsamın başarılmasıdır. Daha fazla nüfusu kapsam içine alan, hizmetlere erişim çeşitliliğini geliştiren ve bireyleri mali baskılardan kurtaran bir sigorta modeli, sosyal güvenlik sisteminin temel bileşenidir. Cepten ödemelerin yüksek olduğu ülkelerde genelde bu hedefin daha düşük seviyede başarıldığı söylenebilmektedir. Çünkü hizmet alımlarının bireyleri cepten ödemeye yönelttiği bir sağlık finansman sistemi bireyleri katastrofik sağlık harcamalarına itebileceği gibi sağlıkları pahasına da olsa hizmet alma noktasında çekimser kalabilmektedirler. Ülkeler kendi kültürel arka planlarına göre sağlık hizmetlerine ilişkin finansman hedeflerine erişmek adına farklı gelir elde etme ve harcama araçlarını kullanmayı tercih etmektedirler. Vergilerle finansman ve sosyal sağlık sigortanın geliştiği ülkelerde finansman modellerinin risk havuzlama derecesinin yüksek olduğu, hastalığın finansal riske karşı güvence sağlama düzeyinin daha belirgin olduğu görülmektedir.

Sağlık temel bir insan hakkıdır ve bu hak çeşitli ulusal ve uluslararası hukuksal kurumlarla güvence altına alınmıştır. Dolayısıyla bireylerin sağlık hizmetlerine erişimin önündeki olası engellerin kaldırılmasına yönelik mekanizmaların hayata geçirilmesi temel öneri olarak geliştirilebilir. Daha adaletli ve eşitlikçi finansman modellerinin güçlendirilmesi, temel teminat paketlerinin genişletilmesi ve bireyleri cepten ödemelere itecek politikalardan vaz geçilmesi önerilebilecek diğer bulgulardır. Karar vericiler, bireylerin sağlıklı olma hakkını devletin en temel ödevi olduğu bilinciyle politik harekette bulunmaları diğer bir öneri olarak belirlenmiştir.

## 6. KAYNAKÇA

**Evans, R. G. (2002).** Financing Health Care: Taxation and the Alternatives, İçinde: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (eds), Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Healthcare Systems Series.

**Figueras, J., Lessof, S., McKee, M., Duran, A., Menabde, N. (2012).** Health System, Health, Wealth and Societal Well, Being: An Introduction, European Observatory on





Health System and Policies Series, Erişim Tarihi: 24.03.2016  
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>

**Garrett, L., Mushtaque, A., Chowdhury, R., Mendez, A. P. (2009).** All for Universal Health Coverage, *Lancet*, 374: 1294-1299.

**Götze, R. & Schmid, A. (2012).** Healthcare Financing in OECD Countries Beyond the Public-Private Split, Erişim Tarihi: 19.04.2016  
[http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1998037](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1998037)

**Jakab, M. & Kutzin, J. (2010).** Fiscal Context and Health Expenditure Patterns, İçinde: Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M. (eds), *Implementing Health Financing Reform, Lessons from Countries in Transition*, Observatory Studies Series 21.

**Jowett, M., Thomson, S., Evetovits, T. (2015).** Changes to Public Funding for the Health System, İçinde: Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., Kluge, H. (eds), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe*, European Observatory on Healthcare Systems Series.

**Kulesher, R. & Forrestal, E. (2014).** International Models of Health Systems Financing, *Journal of Hospitals Administration*, 3(4): 127-139.

**Kutzin, J. (2001).** A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangement, *Health Policy*, 56: 171-204.

**Kutzin, J., Shishkin, S., Bryndova, L., Schneider, P., Hrobon, P. (2010).** Reform in Health Financing Functions”, İçinde: Kutzin, J., Cashin, C., Jakab, M. (eds), *Implementing Health Financing Reform, Lessons from Countries in Transition*, Observatory Studies Series 21.

**Kutzin, J. (2010).** Conceptual Framework for Analyzing Health Financing Systems and the Effects of Reform, İçinde: Kutzin, J., Cashin, C. Jakab, M. (eds), *Implementing Health Financing Reform, Lessons from Countries in Transition*, Observatory Studies Series 21.

**Kutzin, J., Evetovits, T., Jakab, M., Jowett, M. (2012).** Health Financing in the European Region: Objectives and Policy Instruments, *The Barcelona Course in Health Financing*, Erişim Tarihi: 03.04.2016  
[http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0019/164350/Health-Financing-in-the-European-Region.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/164350/Health-Financing-in-the-European-Region.pdf?ua=1)

**Kutzin, J. (2013).** Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance: Concept and Implications for Policy, *Bulletin World Health Organization*, Erişim Tarihi: 24.03.2016 <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/8/12-113985.pdf>

**Kutzin, J., Yip, W., Cashin, C. (2016).** Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage, *The Economics of Health and Health Systems*: 267-309.



- Lee, K. & Goodman, H. (2002).** Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s, İçinde: Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds), Health Policy in a Globalizing World, Cambridge University Press.
- McKee, M., Balabanova, D., Basu, S., Ricciardi, W., Stuckler, D. (2013).** Universal Health Coverage: a Quest for All Countries but Under Threat in Some, Value in Health, 16:39-45.
- McIntyre, D. & Kutzin, J. (2014).** Guidance on Conducting a Situation Analysis of Health Financing for Universal Health Coverage, World Health Organization, Version 1.0.
- McIntyre, D. & Kutzin, J. (2016).** Health Financing Country Diagnostic: A Foundation for National Strategy Development, Health Financing Diagnostics & Guidance, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Mossialos, E. & Dixon, A. (2002).** Funding Health Care: An Introduction, İçinde: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (eds), Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Healthcare Systems Series.
- Normand, C. & Busse, R. (2002).** Social Health Insurance Financing, İçinde: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J. (eds), Funding Health Care: Options for Europe, European Observatory on Healthcare Systems Series.
- Normand, C. & Weber, A. (2009).** Social Health Insurance, A Guide Book for Planning, Germany: Second Edition.
- Oxley, H. & MacFarlan, M. (1995).** Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency, OECD Economic Studies, No. 24.
- Sağlık Bakanlığı. (2015).** Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi: 23.04.2016  
[http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik\\_istatistikleri\\_yilligi\\_2014.pdf](http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf)
- Saltman, RB., Allin, S., Mossialos, E., Wismar, M., Kutzin, J. (2012).** Assessing Health Reform Trends in Europe, European Observatory on Health System and Policies Series Erişim Tarihi: 24.03.2016 <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>
- Savadoff, W. D., de Ferranti, D., Smith, A. L., Fan, V. (2012).** Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage, Lancet, 380: 924-932.
- Serra, R. M., Millett, C., Smith, P. C. (2011).** Towards Improved Measurement of Financial Protection in Health, PloS Med, 8(9): 1-6.
- Smith, P. C. & Serra, R. M. (2012).** Does Progress Towards Universal Health Coverage Improve Population Health?, Lancet, 380: 917-923.



- Tatar, M. (2011).** Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1): 103-133.
- Thomson, S., Faubister, T., Mossialos, E. (2009).** Financing Healthcare in the European Union, Challenges and Policy Responses, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series 17.
- Thomson, S. (2015).** Changes to Health Coverage, İçinde: Thomson, S., Figueras, J., Evetovists, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., Cylus, J., Karanikolos, M., Kluge, H. (eds), Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe, European Observatory on Healthcare Systems Series.
- Uğurluoğlu, E. & Özgen, H. (2008).** Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 11(2): 133-159.
- Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (1992).** Equity in the Financing of Health Care: Some International Comparisons, Journal of Health Economics, 11: 361-387.
- Wagstaff, A. (2009).** Measuring Financial Protection in Health, İçinde: Smith, P. C., Mossialos, E., Papanicolas, I., Leatherman, S. (eds), Performance Measurement for Health System Improvement, Cambridge University Press, UK.
- Wendt, C. (2009).** Mapping European Healthcare Systems: A Comparative Analysis of Financing Service Provision and Access to Healthcare, Journal of European Social Policy, 19(5): 432-445.
- World Health Organization. (2000).** Health Systems: Improving Performance, The World Health Report 2000, Erişim Tarihi: 24.03.2016 <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- World Health Organization. (2005).** Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, World Health Assembly, Erişim Tarihi: 06.04.2016 [http://www.who.int/health\\_financing/HF %20Resolution%20en.pdf](http://www.who.int/health_financing/HF%20Resolution%20en.pdf)
- World Health Organization. (2010).** Health System Financing: The Path the Universal Coverage, The World Health Report 2010.
- Yereli, A. B., Kobal, İ., Köktaş, A.M. (2010).** Türkiye’de Sağlık Harcamalarını Artıran Faktörler, 8. Uluslararası Bilgi, Ekonomi ve Yönetim Kongresi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi.
- Yip, W. & Hafez, R. (2015).** Reform for Improving the Efficiency of Health Systems: Lessons from 10 Country Cases, Who Health Systems Governance & Financing, Erişim Tarihi: 14.04.2016 [www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html)