

SAĞLIK HİZMETLERİNDE FİNANSMAN YÖNETİMİ

FINANCIAL MANAGEMENT IN HEALTH SERVICES

Büşra KOÇOĞLU*

Yüksek Lisans Öğrencisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye, busra.kocoglu@medicana.com.tr

ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanın önemi dünya genelinde bütün insanlar ve tüm devletler için hızla artmaktadır. Genel olarak tüm ülkelerde, sağlık politikası konusunda; dünya üzerindeki tüm insanların ihtiyaç duydukları anda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarının nasıl garanti edileceği önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, insanları sağlık harcamalarının finansal riskine karşı koruma konusunda kurumsal alternatifler sunmaktadırlar (İstanbuluoğlu vd., 2010). Hangi finansman ve sunum yöntemini benimsenirse benimsensin temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır (Tatar, 2011). Literatür taraması yöntemi kullanılarak gerçekleştirile bu çalışmanın temel amacı sağlık hizmetlerinin finansmanını tüm boyutlarıyla ele alıp, okuyucuya sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, Finansman, Sağlık Politikası

ABSTRACT

The importance of financing health care is growing rapidly for all people and all governments around the world. In general, in all countries, on the issue of health policy; how to ensure that all people around the world have access to the health care they need when they need it is important. Funding sources of health services offer institutional alternatives to protecting people against the financial risk of health expenditures (İstanbuluoğlu vd., 2010). Whatever financing and delivery method it adopts, the main objective should be the equitable and efficient delivery of health services at an acceptable level of quality and access in each country (Tatar, 2011). The main purpose of this study is to discuss the financing of health services in all its dimensions and present it to the reader.

Keywords: Healthcare, Financing, Health Policy

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerine mali destek sağlanması her ülkede zorlu ve hayati bir zorluk teşkil etmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı üç temel ve birbiriyle bağlantılı sütun etrafında dönmektedir. Birincisi, finansal kaynakların tahsisini içerir; ikinci olarak görev, sağlık hizmetlerinin sürdürülmesi için yeterli fonların toplanmasıdır; ve üçüncü olarak, katkıda bulunanlar arasında risk paylaşım mekanizmalarına dayanan fonların bir havuzda toplanması, fonların temel sağlık hizmetlerinin edinilmesi veya sağlanması için akılcı bir şekilde kullanılmasını amaçlamaktadır. Farklı ülkelerde sağlık hizmetleri alanındaki politika yapıcılar için en önemli endişe, bireylerin ihtiyaç duyulduğunda gerekli sağlık hizmetlerine engelsiz erişimini sağlayacak stratejilerin formüle edilmesi ve ayrıca onları

sağlık harcamalarıyla ilişkili mali risklere karşı koruyacak önlemlerin oluşturulmasıdır (Atasever, 2014)

2. SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSMAN YÖNETİMİ

Finansman; kurumun üretim etkinlikleri için gereken kaynakların sağlandıktan sonra bu kaynakların, kurumun hedefine ulaşılabilmesi için gerekli varlıklara yatırımı ile ilgili kararlardan ve işlemde oluşan fonksiyondur. Finansman, kurumun ihtiyacı olan fonların sağlanmasıdır. Finans, gereksinimin kendisini ifade ederken, finansman ise gereksinimin sağlanmasını ifade eder. Finansman fonksiyonu; kuruluşun ihtiyaç duyduğu sermayeyi en iyi şartlarda sağlama ve kuruluşta bulunan ya da sağlanan sermayenin en etkin kullanımını sağlamaktır(Ağırbaş, vd., 2013).

Finans, parayı yönetme sanatı ve bilimi olarak tanımlanabilir. Finansman yönetimi ise ekonomik kaynağın yani sermaye fonlarının verimli kullanımı ile ilgilenir. Finansman yönetimi, fonların satın alınması ve bunların etkin bir şekilde kullanılmasıdır (Paramasivan ve Subramanian, 2020). Genel olarak finansman yönetiminin işlevleri aşağıdaki faaliyetleri içermektedir (Gapenski ve Pink, 2007).

Sağlığın finansmanı, sağlık hizmetlerine ilişkin harcamaların karşılanması için gerekli kaynakların oluşturulmasını içermektedir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık sektörü içerisinde finansal kaynakların elde edilmesi ve kullanılmasını kapsamaktadır (Şantaş ve Çıraklı, 2019). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2007) göre, etkili bir sağlık finansman sistemi, halka temel hizmetleri sunmak için yeterli fona sahip olan ve sağlık hizmeti arayan bireyleri finansal yıkım ve yoksullaşmadan koruyan sistemdir.

Sağlık kurumlarında mali yönetim, kapsamlı bir faaliyet yelpazesinden oluşur. Finansal planlama, organizasyon, yürütme, koordinasyon ve kontrol fonksiyonlarına ilişkin teorilerin, modellerin ve tekniklerin sistematik ve amaçlı uygulanmasını içerir. Temel amaç, sağlık kurumlarının hedeflerine ekonomik, verimli ve etkili bir şekilde sürdürülebilir bir şekilde ulaşmasını sağlamaktır (Ağırbaş ve diğerleri, 2013).

2.1. Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Amaçları

Sağlık finansmanının asıl amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları kullanırken adaleti ön planda tutmak, kaynakları verimli bir şekilde harcamak ve kaynakları sağlarken insanların yoksullaşmasını engellemek amaçları da bulunmaktadır (Alsancak vd., 2010).

Sağlık hizmetleri finansman sisteminin özellikleri (Korucu ve Oksay, 2018):

- Herkese finansman açısından sağlık hizmeti satın alma gücünün sağlanmak
- Öngörülemeyen bir hastalığın giderleri karşılanırken, ciddi bir finansman sorunu ile karşılaşılmasını önlemek
- Etkin kaynak kullanımının sağlanmak
- Lüzumsuz hizmet üretiminin önlemek
- Belirlenen finansman sisteminin üreticiler ve kullanıcılar tarafından onay görülmesini sağlamak
- Finansman sisteminin maliyeti yüksek, uygunsuz, karmaşık işlemleri gerektirmemesi ve gelişigüzel kararlara dayandırılmamasını sağlamak şeklinde sıralanabilir.

3. SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSAL PLANLAMA

Finansal planlama, gelecekteki potansiyel zorlukları önceden ele almak için neyin, ne zaman ve nasıl eyleme geçilmesi gerektiğinin dikkatli bir şekilde değerlendirilmesini içeren sistematik ve ileriye dönük bir süreçtir. Bu süreçte yer alan temel unsurlar arasında varsayımlar, bütçeleme, mali tablolar, satış tahminleri ile yatırım ve finansman gereksinimlerinin dikkate alınması yer almaktadır (Yılmaz ve Ekşi, 2018).

Bir sağlık kuruluşunun sağlık hizmetlerini tutarlı bir şekilde sunabilmesi, kısa ve uzun vadeli nakit akışlarının stratejik planlamasına ve optimal likidite durumunun sağlanmasına bağlıdır. Sağlık kurumunun genel hedefleri, planlanan mali hedeflerle uyumlu olmalı ve bunları karşılıklı olarak desteklemelidir. Sonuç olarak, finansal planlamanın başlatılması, sağlık kurumunun hizmet odaklı bir kuruluş olarak etkin bir şekilde çalışabilmesi için gerekli gelir ve giderlerin tahmin edilmesini içerir. Daha sonra kurumun hedeflerine ulaşmasını kolaylaştıracak alternatif finansal planlar önerilmekte ve değerlendirilmektedir. Üçüncü aşama, en uygun alternatifin seçildiği karar vermeyi içerir. Kurumun geleceğe bakış açısını temsil eden vizyon ve amacını tanımlayan misyon, sağlık kurumunun finansal planlamasını etkileyen temel faktörlerdir (Ağırbaş vd.,2013).

3.1. Planlama ve Bütçeleme

Belirli dönemlere ilişkin planların sayısal olarak ifade edilmesine bütçeleme adı verilir; bu, niceliksel terimlerle sunulan sürekli bir finansal planlama çabasıdır. Bu nedenle sağlık kurumlarında finansal planlamada kullanılan temel araç bütçedir (Ağırbaş vd., 2013).

Özel sağlık kurumlarında bir işletme bütçesi oluşturulup uygulanırken, devlet sağlık kurumları farklı bütçeleme çerçevelerine bağlı kalmaktadır. Sağlık Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında genel bütçe uygulanırken, üniversiteye bağlı sağlık kurumları özel bütçelerle

faaliyet göstermektedir. Kamuya ait sağlık kurumları bütçe uygulamalarında 5018 sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa uymaktadır. Eş zamanlı olarak hem bakanlıklara hem de üniversitelere bağlı sağlık kuruluşlarında döner sermaye işletme bütçeleri uygulanmaktadır (Ağırbaş vd., 2013).

3.1.1. Özel Sağlık Kurumları İşletme Bütçesi

İşletme bütçe sistemi, işletme bütçelemenin doğasında bulunan ilkeleri, teknikleri ve mekanizmaları kullanarak, uzun vadeli işletme bütçelerinin stratejik planlamasını, organizasyonunu, yürütülmesini ve gözetimini kapsar. Operasyonel bütçe sisteminin temelinde hastanedeki her departman için gelir ve gider projeksiyonlarının derlenmesi yatmaktadır (Gider ve Akar, 2000).

Sağlık kurumu işletme bütçesi aşağıdaki bütçelerden oluşur (Ağırbaş vd., 2013):

- Sağlık Kurumu Satış Bütçesi
- Sağlık Kurumu Üretim Bütçesi
- Sağlık Kurumu Direkt İlk Madde ve Malzeme Bütçesi
- Sağlık Kurumu Direkt İşçilik Bütçesi
- Sağlık Kurumu Genel Üretim Maliyetleri Bütçesi
- Sağlık Kurumu Faaliyet Giderleri Bütçesi
- Sağlık Kurumu Yatırım Bütçesi
- Sağlık Kurumu Nakit Bütçesi
- Proforma Gelir Tablosu
- Sağlık Kurumu Proforma Bilançosu

3.1.2. Kamu Sağlık Kurumları Bütçesi

Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanununa göre genel yönetim kapsamında; merkezi yönetim kapsamındaki kurumlar, sosyal güvenlik kurumları ve mahalli idareler yer almaktadır. Merkezi yönetim kapsamındaki kamu kurumları ise (Ağırbaş vd., 2013);

- Genel bütçeli kamu kurumları,
- Özel bütçeli kamu kurumları,
- Düzenleyici ve Denetleyici Kurumlardan oluşmaktadır.

3.1.3. Sağlık Kurumlarında Döner Sermaye İşletme Bütçesi

Kamu idarelerinin genel ve özel bütçelerde belirtilen sorumlulukları kapsamında, maddi mal ve hizmet üretimi ve satışı yapan bir veya birden fazla işletmeye ayrılan mali ödeneğe döner sermaye denir. Bu

fonları açıkça yönetmek amacıyla kurulan işletmeler döner sermayeli işletme olarak tanımlanmaktadır (Ağırbaş vd., 2013).

4. SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSAL ÖRGÜTLENME

Sağlık kurumlarının işlevlerini yerine getirerek amaçlarına ulaşabilmesi, gerekli fonların uygun koşullarla kuruma sağlanmasına bağlıdır. Bu çabanın başarısı, tahsis edilen fonların ve mevcut kaynakların akılcı, ekonomik, verimli ve etkin bir şekilde kullanılmasını gerektirmektedir. Esas itibarıyla mali işlerin sistematik ve uyumlu bir şekilde yürütülmesine dayanır. Mali işlerin düzenli işleyişi, sağlık kurumlarında kritik sorumluluklar üstlenen mali organizasyonun güçlü olmasına bağlıdır. Finansal organizasyonla ilgili tanımlanan görevler aşağıdaki gibidir (Ağırbaş vd., 2013);

- Sağlık kurumları bünyesinde hizmet fiyatlarının belirlenmesi.
- Sağlık hizmeti alanların ücretlerinin hesaplanması.
- Hesaplanan tutarların faturalandırılması.
- Faturaların geri ödeme kurumlarına iletilmesi.
- Fatura tutarlarının tahsil edilmesi.
- Personel maaş işlemlerinin ve ödemelerinin yürütülmesi.
- Satın alınan mal ve hizmet ödemelerinin gerçekleştirilmesi.
- Gelir ve gider işlemlerinin kayıtlarının tutulması.
- Kurumsal varlıkların kayıtlarının tutulması.
- Sağlık kurumu bütçesini hazırlamak.
- Sağlık kurumunun muhasebe kayıtlarının tutulması.
- Sağlık kuruluşuna ait mali tabloların hazırlanması ve ilgili birimlere sunulması.

4.1. Türkiye Sağlık Sisteminin Organizasyon Yapısı

Politika Geliştirilmesi

TBMM, Sağlık Bakanlığı

YÖK

İdari ve Anayasal yargı organları

Sağlık Hizmetleri Sunumu

Sağlık Bakanlığı, Üniversiteler

Özel Hastaneler, Ayakta teşhis tedavi kurumları

Yönetim

Sağlık Bakanlığı

İl Sağlık Müdürlükleri

Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Maliye Bakanlığı

Sosyal Güvenlik Kurumu

Özel Sigorta Şirketleri

Cepten ödemeler

Bir ülkenin sağlık sisteminin organizasyon yapısı, sağlık kurumlarının idari düzenlemesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bu sağlık kurumları içindeki mali organizasyon, ilgili ülkelerin genel sağlık organizasyonu ile karmaşık bir şekilde bağlantılıdır. Sağlık kurumlarında mali yapı, kullanılan bütçe modeli, sağlık kurumunun ölçeği, geri ödeme kuruluşlarının sağlık hizmetlerine ilişkin ödeme metodolojisi gibi faktörler tarafından şekillenmektedir. Kamu sağlık kurumları öncelikle iki temel mali kaynağa dayanmaktadır: kamu bütçesi ve döner sermaye. Sonuç olarak, kamu sağlık kurumlarında iki farklı mali organizasyonel çerçeve bulunmaktadır. Bu modelde kamu bütçesi hastane müdürlüğüne bağlı olarak yönetilirken, döner sermaye sağlık kurumunun üst yöneticisi ve Maliye Bakanlığı tarafından denetlenmektedir. Bunun tersine, özel sağlık kurumları, hastanenin büyüklüğüne göre değişen mali organizasyon yapısına sahip, birleşik bütçe sistemine bağlı kalmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu, hem kamu hem de özel sağlık kurumlarının ağırlıklı geri ödeme kurumu olarak hizmet vermekte ve tüm hastanelerde Sosyal Güvenlik Kurumu uygulamalarına uygun olarak faturalandırma birimlerinin kurulmasına yol açmaktadır (Ağırbaş vd., 2013).

5. SAĞLIK KURUMLARINDA FİNANSAL ANALİZ VE DENETİM

Finansal analiz, işletmelerde tutulan muhasebe kayıtlarının, mali tabloların çeşitli analiz teknikleriyle bir yorumda bulunmayı sağlayan önemli bir finansman tekniğidir (Ağırbaş vd., 2013).

Finansal analiz, sağlık yöneticileri için çok önemli bir teknik olarak durmakta ve aşağıdakiler de dahil olmak üzere çeşitli yönetsel kaygıların giderilmesinde önemli yardımlar sunmaktadır:

- Sağlık kurumlarında finansal planların oluşturulması,
- Sağlık kurumlarının çalışmalarını incelemek ve değerlendirmek,
- Sağlık kurumlarının hedeflere ulaşma durumunu tespit etmek ve hedefe ulaşamama nedenlerini araştırmak,
- Sağlık kurumlarının yürüttüğü faaliyetlerin verimlilik ve başarı düzeylerinin ölçülmesi,
- Kurum bünyesinde üretilecek sağlık hizmetlerinin türlerine ilişkin kararların alınması ve bu hizmetlere ilişkin fiyatlandırma politikalarının oluşturulması,
- Sağlık hizmeti üretiminin her aşamasında doğru ve düzeltici karar almayı kolaylaştırmak.

5.1. Finansal Tablo Analiz Teknikleri

Sıklıkla kullanılan finansal analiz teknikleri dört grupta toplanmaktadır.

- Oran analizi tekniği (Rasyo analizi)
- Karşılaştırmalı tablolar analizi
- Yüzde yöntemi ile analiz tekniği
- Eğilim yüzdeleri yöntemi ile analiz tekniği

5.1.1. Oran Analizi

Performansı değerlendirmede en yaygın kullanılan ve kolay uygulanabilir yöntem oran analizidir. Tek bir girdinin tek bir çıktıya oranı olarak tanımlanan bu analitik yaklaşımda her oran, diğer boyutları göz ardı ederek performansın yalnızca bir boyutuna odaklanmaktadır (Erdoğan ve Yıldız, 2015).

Yüzde olarak sunulan oran analizi, bir şirketin mali tablolarındaki iki hesap kalemi arasındaki ilişkinin, bilanço ve gelir tablosundaki verileri karşılaştırarak değerlendirilmesini içerir. Mali tablo kalemleri arasındaki oranların oluşturulması, bir işletmenin geçmiş performansı, mevcut durumu ve gelecekteki beklentileri hakkında önemli bilgiler sağlar. Oran analizi sayesinde, çeşitli finansal unsurlar arasındaki anlamlı ilişkilere dayanarak bir şirketin ödeme gücü, fonlama mekanizmaları, varlık ve kaynak yönetimi ve karlılığı hakkında değerli bilgiler toplanabilmektedir (Bıçakçı vd., 2018).

Oran analizi tekniği dört alt başlıkta toplanmaktadır: Likidite Analizine İlişkin Oranlar, Mali Yapı Analizine İlişkin Oranlar, Faaliyet (Verimlilik) Oranları ve Kârlılık Oranları.

5.1.2. Karşılaştırmalı Tablolar Analizi Tekniği

Karşılaştırmalı analiz tekniği finansal analiz tekniklerinin en yalınıdır. Bu teknik ile sağlık kurumlarının değişik tarihlerde düzenlendiği mali tablolardaki kalemlerin değişikliklerinin incelenmesi ve bu değişikliklerin değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Karşılaştırmalı analizin en büyük avantajı, incelenen işletmenin gelişme yönü hakkında fikir verecek bilgiler kazandırmasıdır. Karşılaştırmalı analiz dinamik bir analizdir ve bu analizde kalemlerin zaman içinde göstermiş olduğu artış ve azalışlar incelenmektedir (Palamutçu, 2013).

5.1.3. Yüzde Yöntemi ile Analiz Tekniği

Dikey analiz olarak da bilinen bu analitik yaklaşım, mali tablolardaki her bir kalemin toplam içindeki yüzde oranının gösterilmesini gerektirir. Bu yöntem iki farklı avantaj sunmaktadır. İlk olarak, mali tablo kalemlerindeki değişiklikleri ifade ederken anlamlı sayısal karşılaştırmalara izin vererek, her bir kalemin toplamdaki oranını ortaya çıkarır. Bu tür karşılaştırmalar aynı sektördeki benzer işletmeleri

değerlendirmek açısından değerlidir. İkinci olarak bu yöntem, her sanayi kolu için ortalama oranların hesaplanmasını kolaylaştırması açısından faydalı olmaktadır (Palamutçu, 2013).

5.1.4. Eğilim Yüzdeleri Yöntemi ile Analiz Tekniği

Eğilim Yüzdeleri Yöntemi, bir sağlık kuruluşunun mali tablolarından baz yıl seçilerek, o yıla ait tutarlara 100 değeri atanarak, ardından benzer hesap türlerinin sonraki dönemlerde sağlık kuruluşundaki hesaplara göre yüzde değişiminin hesaplanması yoluyla mali analiz yapılmasını içermektedir. baz yılı. Bu analitik yaklaşıma alternatif olarak trend analizi veya endeks analizi de denir.

6. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANININ TEMEL FONKSİYONLARI

Bir sağlık hizmeti finansmanının üç temel fonksiyonu vardır: Gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma.

Tablo 1. Sağlık Finansmanının Fonksiyonları İle İlgili Politikalar

Finansman İşlevi	İlgili Politika
<ul style="list-style-type: none"> • Gelir Oluşturma 	<p>Toplanacak fon miktarının ve kimden toplanacağını belirlemek.</p> <p>Kimin ve neyin kapsanması gerektiği de dahil olmak karar vermek.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Fon Havuzu 	<p>Mali kaynakların konsolidasyonuna yönelik metodolojilerin oluşturulması.</p> <p>Kaynakların hizmet sağlayıcılara tahsisinin belirlenmesi.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Hizmet Sağlayıcılara Ödeme 	<p>Hizmetlerin hangi kaynaklardan alınması gerektiğinin belirlenmesi ve ödeme mekanizmalarının belirlenmesi.</p> <p>Uygun fiyat ve ödeme şeklinin belirlenmesi.</p>

Bu fonksiyonlar farklı şekillerde toplanabilir ya da ayrılabilir. Tüm görevler tek bir organizasyon bünyesinde toplanabilmekte ya da geliri toplama ve havuzlama işini bir organizasyon yaparken geri ödeme işlevini başka bir organizasyon yapabilmektedir.

6.1. Gelir Toplama

Gelir toplama, sağlık sisteminin hanelerden, işletmelerden/kuruluşlardan ve bağışçılardan fon elde etme sürecini ifade eder (WHO, 2000). Gelir toplama fonksiyonu, kimin, hangi yöntemlerle, ne kadar katkıda bulunacağını belirlenmesini, bu ödemelerin kapsamının belirlenmesini ve bunları tahsil edecek kurumların belirlenmesini kapsamaktadır. Kaynaklar genellikle vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, krediler ve bağışlar gibi yöntemler kullanılarak hanelerden ve şirketlerden toplanmaktadır. Bu gelir toplama

yöntemleri topluca "finansman yöntemleri" olarak adlandırılmakta ve gelir toplamaya katılan kuruluşlar özel kar amacı güden kuruluşlar, kar amacı gütmeyen özel kuruluşlar veya kamu kuruluşları olabilmektedir (Alsancak vd., 2010).

6.2. Fon Havuzlama

Havuzlama, sağlık harcamalarıyla ilgili mali riskin bireysel hastalar yerine tüm havuz üyelerine dağıtılması için mali kaynakların toplanmasını ve yönetilmesini içerir (WHO, 2000). Fon havuzu, toplanan gelirlerin bireylerin kolektif yararı için biriktirilmesini gerektirmektedir (Şantaş ve Çıraklı, 2019). Geleneksel olarak sağlık sistemi içinde "sigorta işlevi" olarak tanımlanan havuzlama, belirsiz sağlık ihtiyaçlarının doğasında var olan mali riskin paylaşılmasını amaçlamaktadır. Bu mekanizma hem vatandaşlar hem de sağlık hizmeti sağlayıcıları için belirsizliği azaltır. Havuzlama, fon akışlarını geliştirip dengeleyerek hastaların sağlık hizmetlerini karşılayabilme olasılığını artırır ve yeni yatırımları teşvik eder (WHO, 2000). Sağlık finansmanında tek bir havuzun sürdürülmesi, hem riskin hem de gelirin ulusal düzeyde tüm üyeler arasında adil bir şekilde yeniden dağıtılmasını sağlar. Bu nedenle birden fazla kuruluşun fon havuzu oluşturma faaliyetlerinden kaçınılması tavsiye edilmektedir (Yenimahalleli, 2017).

6.3. Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma

Sağlık finansmanında sağlık hizmet sağlayıcılarına yapılan ödeme, üyelerin sağlık hizmetlerinden faydalanması karşılığında, toplanan gelirlerin bu sağlayıcılara aktarılmasını içermektedir. Fon havuzuna benzer şekilde, fonların havuzda toplanmasından ve ödemelerin yapılmasından sorumlu kuruluşlar genellikle aynıdır. Hizmet sağlayıcılara yapılan ödemeler pasif ve stratejik olarak sınıflandırılabilir. Pasif ödemeler faturaların ödenmesini içerirken, stratejik ödemeler hangi müdahalelerin, nasıl ve kim tarafından tazmin edileceğine ilişkin süregelen tartışmaları içermektedir. Gelir toplama, fon havuzu oluşturma ve hizmet sağlayıcılara ödeme yöntemlerinde farklılıklar mevcuttur. Hizmet sağlayıcılara yapılan ödeme yöntemleri arasında hizmet başına ödeme, günlük ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ödemeleri ve ücret ödemeleri yer almaktadır (Alsancak vd., 2010).

Hizmet başına ödeme: Bu yöntem, ayaktan veya yatarak tedavilerde hastaya verilen her hizmet karşılığında ödeme yapılmasını içerir. Gerekli her hizmetin sağlanmasını sağlarken, hizmet sağlayıcıların gereksiz hizmetleri kar amacıyla sunma potansiyeli de bir dezavantajdır (Yenimahalleli, 2017).

Günlük ödeme: Hastanın kaldığı gün sayısına dayanan karmaşık olmayan bir yöntem, ancak daha fazla kâr için hastanede daha uzun süre kalmayı teşvik edebilir. Bunu hafifletmek için belirli bir süre sonra günlük ödeme ücreti düşürülebilir (Yenimahalleli, 2017).

Vaka başına ödeme: Sağlık hizmeti sağlayıcıları, belirli bir hastalık veya vakayla ilgili tüm hizmetler için önceden belirlenmiş tutarlar alır. Ödemeler genellikle benzer tedavi süreçleri ve kaynak kullanımına sahip hastalık grupları için önceden belirlenmiş vaka kategorilerine göre yapılmaktadır (Top ve Tarcan, 2017).

Kişi başına ödeme: Belirlenen hizmet paketi kapsamında sağlık harcamalarının finansmanı amacıyla her sigortalı birey için belirli bir süre boyunca hastanelere sabit bir tutar ödenir (Top ve Tarcan, 2017). Bu ödeme, geri ödemeyi sağlayan üçüncü taraf ile sağlık kurumu arasındaki anlaşmalara bağlı olarak, belirli bir süre içinde hizmetlerden yararlanan hasta sayısına bakılmaksızın hastanede verilen tüm tedavi masraflarını karşılayabilir (Demirel, 2020).

Bütçe ödemesi: Maliyet kontrolü amacıyla hizmet sağlayıcılara yapılan sabit veya önceden belirlenmiş ödemelerdir. Bu ödemelerin yetersiz olduğu durumlarda temel hizmetlerin sağlanmasına engel teşkil edebilmektedir (Yenimahalleli, 2017).

Ücret ödemesi: Esas olarak hizmet sağlayıcılardaki personelin ücretlendirilmesi için kullanılan ücret ödemeleri, ilaç ve diğer tıbbi malzemelerle ilgili maliyetleri kapsamamaktadır. Personel motivasyonunun düşük olduğu durumlarda hizmet sunumunun olumsuz etkilenme potansiyeli vardır. Bu zorluğun üstesinden gelmek için performans dayalı ödemelerin teşvik edilmesi önerilmektedir (Yenimahalleli, 2017).

7. SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMAN YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı olarak bireyler; sağlık hizmetlerini talep ederken yaptıkları cepten ödemelerle, devlete vermiş oldukları vergilerle ve sağlık sigortası adı altında ödedikleri primler ile katkı sağlarlar (Orhaner, 2017). Her bir ülkede sağlık hizmetleri maliyetlerinin finanse edilmesinin birkaç yolu vardır ve bunlar kamu ve özel finansman şeklini alabilir. Kamu finansmanı, vergi geliri, sosyal sağlık sigortası ve kullanıcı ücreti/cepten ödemeyi içerir. Sağlık hizmetleri için özel fon kaynakları arasında özel sağlık sigortası planları, işveren tarafından finanse edilen hizmetler, hayırsever ve gönüllü bağışlar, topluluk kendi kendine yardım ve fon yaratma ve özel hane harcamaları yer alır (Akortsu, vd. 2011).

7.1. Özel Finansman Yöntemleri

Özel finansman yöntemleri sağlık hizmetleri için kullanıcıların sağladığı tüm finansman kaynaklarını içerir. Özel finansman yöntemlerinin kaynağı; cepten ödemeler, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruf hesapları olarak 3 başlık altında incelenmektedir.

7.1.1. Cepten Ödemeler

Sağlık hizmetlerinin piyasa ekonomisi çerçevesinde finansmanı bağlamında temel yaklaşım, hizmet alanların hizmeti sağlayan kişi veya kuruma kendi kaynaklarından doğrudan ödeme yapmasıdır. Cepten ödeme sistemi olarak bilinen bu yöntem, bireylerin sağlık hizmetlerini kamu ya da özel kaynaklardan herhangi bir geri ödeme talep etmeksizin doğrudan masrafları karşılayarak almasını gerektirmektedir. Dolayısıyla bireyler satın aldıkları hizmetlerin tüm mali yükünü üstlenmektedirler (Gümüş ve Çelikay, 2010).

Cepten yapılan harcamalar “sağlık hizmetleri için doğrudan hastalar veya hane halkı tarafından yapılan ödemeler” olarak tanımlanmaktadır (WHO 2000). Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmak için doğrudan kendi kaynaklarından yaptıkları tüm harcamaları kapsar. Özellikle bu yöntemin sağlıkla ilgili harcamalardan kaynaklanan risklere karşı herhangi bir mali koruma sağlamadığı dikkat çekmektedir (İstanbuluoğlu ve ark., 2010). Çeşitli sağlık sistemlerinde cepten ödemeler yaygın olsa da, sağlık hizmetlerinin finansmanı için yalnızca bu yöntemle güvenmek, sağlık hizmeti ihtiyaçlarının ne zaman ve nerede ortaya çıkabileceğinin ve ilgili maliyetlerin öngörülemez olması nedeniyle yetersiz görülmektedir. Bu kategorideki ödemeler, mal ve hizmet alımı sırasında herhangi bir kurum veya devletten geri ödeme yapılmaksızın doğrudan bireyler tarafından yapılmaktadır. Kullanıcı katkılarının getirilmesinin temel mantığı, sağlık hizmetlerine olan talebin düzenlenmesi, özellikle de gereksiz kullanımın engellenmesidir. Cepten yapılan ödemelerin savunucuları, bu tür ödemelerin yersiz talebi önlemede ve ek kaynak yaratmada önemli bir rol oynadığını savunuyor. Ancak cepten ödemeler, bireyin geliri ile ilişkilendirilmediğinde hem hakkaniyet hem de risk koruması açısından en olumsuz sonuçları doğuran finansman yöntemini temsil etmektedir (Tatar, 2011).

Destekleyenler, bugün gözlemlenen artan sağlık harcamalarının, hizmetlerden doğrudan yararlananlardan sağlanan finansmanla azaltılabileceğini iddia ediyor. Bu iddia, sağlık hizmeti almanın maliyetini kendileri üstlenen bireylerin gereksiz bakım arayışına girme olasılıklarının daha düşük olacağını, dolayısıyla sistemi ancak gerekli görüldüğünde akılcı bir şekilde kullanacaklarını öne sürmektedir (Gümüş ve Çelikay, 2010).

Cepten yapılan ödemeler; doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve kayıt dışı ödemeler gibi çeşitli kategorileri kapsamaktadır (Orhaner, 2017). Doğrudan ödemeler, sosyal güvenlik kapsamı dışındaki

hizmetlere yönelik olarak veya hizmetlere erişimin uzun bekleme süreleri nedeniyle engellendiği durumlarda yapılan harcamaları ifade etmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010). Doğrudan ödeme örnekleri arasında özel doktor muayenesi ücretleri, plastik ameliyatlar, sosyal güvenlik kapsamına girmeyen ilaçlar ve özel laboratuvarlarda yapılan testler yer almaktadır (Orhaner, 2017).

Katkı payları, genel sağlık sigortalılarının veya bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık hizmetlerine erişimleri için ödedikleri tutarı ifade etmektedir. Sağlık sigortası olan bireylerin herhangi bir sağlık hizmetinden yararlanırken parasal maliyetin belirli bir kısmına katkıda bulunmaları gerekmektedir, bu da sağlık hizmetleri için cepten ödeme yapılmasını gerektirmektedir (Korucu ve Oksay, 2018). Kullanıcı katkıları, ilaç veya reçete başına sabit bir tutarın ödenmesini içerir ve böylece tüm bireylere eşit ödeme sağlanır. Bu katkılar, sigorta teminatları kapsamındaki hizmetler için yapılmaktadır; ilaç katkı payı ödemeleri buna örnek teşkil etmektedir (Korucu ve Oksay, 2018).

Kayıt dışı ödemeler, hastaların hizmet sağlayıcılara yasal olarak öngörülen ücretlerin ötesinde nakdi veya ayni olarak yaptığı ek ödemeler olarak tanımlanmaktadır (Belli, 2002). Bu tür ödemeler, sağlık personeline yapılan doğrudan ödemeler gibi hediye veya nakit şeklinde olabilir. Sağlık personeline çiçek, çikolata hediye etmek gibi hediye ödemeleri, hastanede yatış sırasında sağlıkla ilgili dış mal ve hizmet harcamaları gibi ayni katkı ödemeleri kayıt dışı ödemelere örnektir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Tedavi sonrası "teşekkür hediyeleri" veya tedaviden önce doktorlara sunulan ödemeler ve hediyeler, öncelikle hizmet sağlayıcıları etkileme arzusundan kaynaklanan resmi olmayan ödemeler olarak adlandırılmaktadır (İstanbuluoğlu ve ark., 2010).

Sağlık sistemi finansmanının önemli bir kaynağı olan cepten yapılan harcamalar, bir ülkenin sağlık sistemi performansını olumsuz bir şekilde etkileyebilir, finansal risk korumasını, adil finansmanı ve genel nüfus sağlığı hedeflerini tehlikeye atabilir. Bu harcamalar bireylerin veya hanelerin gerekli sağlık hizmetlerinden vazgeçmelerine, bakım ararken beklenmedik maliyetlerle karşı karşıya kalmalarına ve hatta özellikle ekonomik açıdan dezavantajlı durumda olanların yoksullaşmasına yol açabilmektedir (Özgen, 2007).

7.1.2. Özel Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortası, bireylerin veya işverenlerin gönüllü olarak satın aldığı ve bireyler adına özel olarak finanse ettiği sigorta olarak nitelendirilmektedir (Thomson ve Mossialos, 2009). Bu finansman modelinde özel sağlık sigortası geri ödeme kurumu olarak görev yapmakta ve kişi veya kurumlar sağlık risklerinin teminat altına alınmasını sağlamaktadır (Tatar, 2011).

Özel sağlık sigorta kuruluşları potansiyel hizmet alıcısı olan kişilerden prim tahsil etmektedir. Bu kuruluşlar, olası bir sağlık sorununun ortaya çıkması durumunda, bireylerin sağlık hizmeti

sunucularından aldıkları hizmetlerin maliyetini karşılayarak onlara "Üçüncü Taraf Ödeyici" unvanını kazandırmaktadır (Gümüş ve Çelikay, 2010).

Özel sağlık sigortası, kamu sağlık sisteminin karşılamadığı maliyetlere karşı koruma sağlayarak sigortalı kişilere sağlık seçeneklerini seçme esnekliği sağlar (Orhaner, 2017). Özel sağlık sigortasının yapısı, fonksiyonlarına, prim hesaplama yöntemlerine, teminat tespitlerine ve sigorta şirketlerinin durumuna göre değişiklik göstermektedir. Özel sağlık sigortasının teorik avantajı, sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirlili, dezavantajlı ve erişilemeyen gruplara yönlendirilerek optimize edilmesinde yatmaktadır. Bu, gelir düzeyi nispeten yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını tercih etmelerine olanak sağlanmasıyla sağlanmaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortası, kâr güdüsüyle yenilikçiliği ve verimliliği teşvik ederek tüketici tercihini artırmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Ancak, cepten yapılan ödemeler gibi, özel sağlık sigortasının da evrensel olarak bir sağlık sisteminin finansmanına uygun olmadığını ve belirli amaçlar için ve farklı düzeylerde akılcı bir şekilde kullanılması gerektiğini belirtmek gerekir. Uygulaması ülkeler arasında değişiklik göstermektedir; Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkeler, nüfusun önemli bir kısmı için temel sağlık finansmanı kurumu olarak ona güvenmekte, Fransa gibi diğerleri ise bazı hususları finanse etmek için onu kamu sistemiyle tamamlayıcı olarak kullanmaktadır. kamu sağlığı hizmetleri kapsamında değildir (Tatar, 2011).

Özel sağlık sigortaları ikame, destekleyici ve tamamlayıcı sigortalar olmak üzere üç gruba ayrılabilir (Gülay ve Atilla, 2021).

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortası kapsamına girmeyen veya ek ücret gerektiren sağlık hizmetlerine ilişkin harcamaları, belirlenen koşullar ve limitler dahilinde karşılar. Kamu sağlık sigortasının kısmen karşıladığı veya kapsamadığı sağlık hizmetlerine ilişkin ek ücretleri finanse etmektedir (Gülay ve Atilla, 2021).

İkame özel sağlık sigortası, devlet tarafından sağlanan kamu sağlık sigortasının yerini almakta ve belirlenen teminat paketleri kapsamında sağlık risklerini teminat altına almaktadır. Ağırlıklı olarak kamu sağlık sigortası kapsamı dışında kalan veya gönüllü olarak kamu sigortasından vazgeçen kişilere uygulanmaktadır (Gülay ve Atilla, 2021).

Destekleyici özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortası kapsamına girmeyen ek sağlık hizmetlerini kapsar. Amacı, sigortalı bireylerin önündeki seçenekleri genişletmek, sağlık hizmetlerine erişimi hızlandırmak ve premium hizmetlerin maliyetlerini karşılamaktır. Bu tür sigorta genellikle kamuya sunulan sağlık sigortasıyla karşılaştırılabilir maliyetlere sahip hizmetlere uygulanır ve bekleme sürelerini azaltmak için sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından tercih edilir. Başta İspanya, Yunanistan

ve İtalya olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde yaygındır. Destekleyici sağlık sigortasının temel amacı, sağlık ve bakım hizmetlerinin genel kalitesini artırmaktan ziyade, sigortalı bireylerin mevcut seçeneklerini geliştirmek ve premium hizmetlere erişimi kolaylaştırmaktır (Gülay ve Atilla, 2021).

7.1.3. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Konsept, gelecekteki potansiyel sağlık risklerine karşı önlem olarak bireylerin, hane halklarının ve işletmelerin proaktif veya zorunlu olarak belirlenmiş banka hesaplarına fon katkısında bulunmaları önermesine dayanmaktadır. Bu fonlar yalnızca sağlıkla ilgili harcamalara tahsis edilmekte ve yalnızca bu amaçla kullanılmaktadır (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010). Tıbbi Tasarruf Hesabı'nın finansmanı kapsamında bireylere, gençlik dönemlerinde ve sağlıklı oldukları dönemde kazançlarının önceden belirlenen bir yüzdesini bireysel olarak oluşturulan hesaplara aktarma zorunluluğu getiriliyor. Bu hesaplarda biriken fonlar, bireyin hastane hizmetleri için kullanılmaktadır. Her birey için ayrı hesaplar tutulur ve yalnızca hesap sahibine hizmet verilir. Tıbbi tasarruf hesabının önemli bir avantajı, hastaların fiyat hassasiyetini artırması ve sağlık hizmetlerine yönelik gereksiz talepleri caydırmasıdır. Bununla birlikte, daha geniş sosyal ölçekli risk havuzunun bulunmaması, biriken fonların pahalı tıbbi tedavilerle ilişkili mali yüklerle karşı kapsamlı koruma sağlamakta yetersiz kalabileceği anlamına gelir (Orhaner, 2017).

7.2. Kamusal Nitelikli Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinin kamu finansmanı, sağlık hizmetleri için hükümetin sağladığı tüm finansman kaynaklarını içerir. Sağlık hizmetleri için devlet fonlarının kaynağı; sosyal sağlık sigortası, vergilerle finansman, piyango ve bahis gibi gelirler, açık finansman ve enflasyon olarak 4 başlık altında incelenmektedir.

7.2.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Kanuni olarak ilk kez 1883 yılında, Bismarck tarafından Almanya'da uygulanmıştır. Bu uygulama hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini gerektirmektedir (İstanbuluoğlu vd., 2010).

Sağlık sigortasının ilk versiyonları, önemli bir hükümet müdahalesi olmaksızın geliştirildi. Sanayileşme, büyük firmaların ortaya çıkmasını beraberinde getirdi ve bu firmalardaki işçiler sendikalar halinde örgütlenmeye başladılar. İşçiler tarafından karşılıklı destek için organize edilen hastalık fonları, genellikle işçilerinin daha iyi sağlık hizmetlerine erişiminin faydasını gören işverenlerin desteğini aldı. Böylece, bir firmadaki işçilerin bir kısmı veya tamamı için sağlık sigortasının sağlandığı, kontrolün büyük kısmının işçilerde kaldığı, ancak bazı yönetim ve mali girdilerin işverenlerden geldiği bir model ortaya çıktı (Normand ve Busse, 2002).

Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta aracılığıyla finansmanında, hem çalışan hem de işveren, belirlenen düzenlemeler çerçevesinde bireyin gelirine göre prim katkısında bulunmaktadır. Bu primler bir havuzda toplanıyor ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireyler bu havuzda biriken kaynaklardan faydalanıyor. Sosyal sağlık sigortasında prim tahsilatının özellikleri, gelir toplama ve harcamadan sorumlu kurumların miktarı ve yapısı, sağlık hizmetlerinin sunum mekanizmaları ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir (Tatar, 2011).

Sosyal sigortanın temel ilkelerinden biri, genel olarak "ortak bir amaç için hesapsız işbirliği" olarak tanımlanabilecek sosyal dayanışma ilkesidir. Bu kavram, her bir kişiyi yalıtılmış ve bağımsız bir varlık olarak görmenin ötesine geçerek, bireyler arasındaki işbirlikçi çabaları vurgular. Saltman ve Dubois'e (2004) göre sağlık hizmetlerinde sosyal adaletin sağlanması, sosyal sağlık sigortasının doğasında bulunan dayanışma ilkesi üzerinden gerçekleşen felsefi bir yaklaşımdır (Tatar, 2011).

Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri aşağıda özetlenmiştir (İstanbulluoğlu, 2010):

- Sosyal sağlık sigortası sistemleri genel olarak zorunlu üyeliği zorunlu kılarak nüfus genelinde geniş kapsam sağlar.
- İlk uygulamalar genellikle çalışanların ve işverenlerin katkılarıyla başlar ve zamanla devletin finansmana kademeli olarak katılımını içerir.
- Tutarları önceden belirlenen primler genellikle çalışan ve işveren arasında paylaşılır ve bu da finansman konusunda ortak sorumluluğu teşvik eder.
- Sosyal sağlık sigortası sistemleri genellikle genel vergilerden gelen katkılarla desteklenmektedir ve bu da çok yönlü finansman mekanizmalarının altını çizmektedir.
- Bazı ülkelerde sosyal sağlık sigortasına katılan sigorta şirketlerinin kar amacı güttüğü görülürken, bazıları bu özelliği paylaşmamaktadır.

Sosyal sağlık sigortasını eleştirenler, bunun şirketleri çalışanları işe almaktan caydırabileceğini, potansiyel olarak genel istihdam oranlarını azaltabileceğini ve kayıt dışı işgücü piyasalarının yaygınlığını artırdığını iddia ediyor. Tersine, savunucular, sosyal sağlık sigortasının, vergiyle finanse edilen sağlık sistemleriyle karşılaştırıldığında daha ekonomik bir oranda daha kaliteli sağlık hizmetlerine erişim sunarak sağlık sektörü için önemli bir ek gelir akışı görevi görebileceğini savunuyorlar (Wagstaff, 2009).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sosyal sağlık sigortasından faydalanmanın avantajları aşağıdaki gibi ifade edilebilir (Orhaner, 2017):

- Sağlık hizmetlerinde güvenilir bir gelir akışının oluşturulması,

- Sağlık politikası kazanımının kolaylaştırılması,
- Sağlık hizmeti sunumunda verimliliğin artırılması,
- Kaynakların sağlık sektörüne şeffaf tahsisi,
- Finansal kaynak tahsisi için risk havuzlamasının kullanımı,
- Düşük gelirli bireylere yönelik sübvansiyonlar yoluyla mali yardım.

7.2.2. Vergilerle Finansman

Bu yaklaşımda vergi ve finans kurumları aracılığıyla bireylerden ve halktan fon elde edilmektedir (Akdur, 2001). Sağlık harcamalarının vergiler yoluyla finanse edilmesi, özellikle Beveridge Modelinde kullanılan önemli bir modeli temsil etmektedir. Kökeni Beveridge Modeline dayanan ve ilk olarak Birleşik Krallık'ta vergilerle finanse edilen Ulusal Sağlık Sistemi, ilk kez 1942 yılında hayata geçirilmiştir. Bu modelde devlet, hem makro hem de mikro düzeyde sağlık hizmetlerinin sağlayıcısı, finansörü ve düzenleyicisi rollerini üstlenmektedir. düzeylerdedir (Orhaner, 2017).

Genel vergi gelirlerinin sağlık hizmetlerini finanse etmek için kullanılması, sağlık hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması ve sosyal risklerin toplum genelinde dağıtılması açısından çok önemli bir kolektif araç olarak hizmet vermektedir. Beveridge modeli olarak bilinen bu yaklaşım, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin genel bütçe gelirleriyle finanse edildiği ve toplumun her bireyinin eşit şekilde erişebildiği bir senaryoyu öngörmektedir (Gümüş ve Çelikay, 2010).

Sağlık hizmetlerinin vergi gelirleriyle finanse edildiği bir sistemde, sosyal sağlık riskleriyle ilgili harcamaların toplum geneline eşit şekilde dağıtılması için vergi tabanının geniş olması zorunludur. Basitçe söylemek gerekirse, daha geniş bir vergi tabanı, vergi olaylarının etkili bir şekilde tespit edilmesiyle birleştiğinde, vergilendirme sürecinin tüm toplumda yankı bulmasını sağlar. Vergi sisteminin toplumdaki kapsamının maksimum düzeye çıkarılması, sosyal risklerin paylaşımını artırmakta ve amaç birliği duygusunu teşvik etmektedir (Gümüş ve Çelikay, 2010).

Vergiye dayalı finansmanda özellikle kritik bir dönem, diğer sektörlerdeki zorlukları da yansıtan, sağlık sektöründe maliyet kontrolü sorunlarının öncelikli olduğu ekonomik durgunluk sırasında ortaya çıkar. Üretimin azalması nedeniyle gelirlerin azalması, yeni vergilerin getirilmesi veya mevcut vergi oranlarının artırılmasının siyasi açıdan istenmemesi gibi faktörler, sağlık sektöründe mali kısıtlama ihtiyacına dikkat çekmektedir (Tatar, 2011).

Toplumun bazı kesimlerinde, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesinin, kişiler arasında yük ve sorumluluğu paylaşma açısından, eşitlik ve hakkaniyete uygunluk sağladığı kanısı vardır. Sağlık hizmetlerinin vergi sistemine dayalı olarak finansmanı her zaman adaetlidir anlamına gelmez. Çünkü,

vergi toplamada, progressif vergilendirme ve regressif vergilendirme olmak üzere iki ayrı sistem vardır (Akdur, 2001).

- Progressif vergilendirme sisteminde, daha çok varıllardan, mal ve serveti olanlardan para toplanması hedeflenmiştir (Akdur, 2001). Vergiler esasen toplumun zengin kesim tarafından satın alınan arabalar, dayanaklı vb. lüks ürünlere konulduğu zaman progresiftir (Dikmetaş, 2004). Bu sistemde, gelir vergisi gelire orantılıdır.
- Regressif vergilendirmede ise, asıl hedef yoksullardan para toplamaktır. Bu sistemde gelir vergisi gelire oranlı değildir ve vergi gelirleri içinde alkollü içki, sigara, akaryakıt, piyango, eğlence ve benzeri araçlarla toplanan dolaylı vergiler önemli bir paya sahiptir (Akdur, 2001).

Bir vergi tarifesinin artan oranlı mı yoksa azalan oranlı mı olduğunun belirlenmesi, ortalama vergi oranının incelenmesiyle anlaşılabilir. Artan oranlı vergi sistemi, artan gelir seviyeleriyle birlikte artan ortalama vergi oranıyla karakterize edilir ve bu da artan bir vergi yükünü ifade eder. Tersine, azalan oranlı vergi sisteminde ise gelir arttıkça ortalama vergi oranı azalmakta, bu da vergi yükünün azaldığını göstermektedir (Eke, 2018).

7.2.3. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

Bazı ülkelerde piyango ve bahislerden elde edilen gelirler sağlık hizmetlerinin finansmanına tahsis edilmektedir. Piyango ve bahislerden elde edilen gelirlerin kullanılması, sağlık hizmetlerinin finansmanında potansiyel yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Ancak doğrudan finansmanın birincil kaynağı değildir ve nadiren kullanılır. Doğası gereği adil olmayan yapısı nedeniyle uygulanması eşitsizliklere yol açabilmektedir (Tapan, 2008).

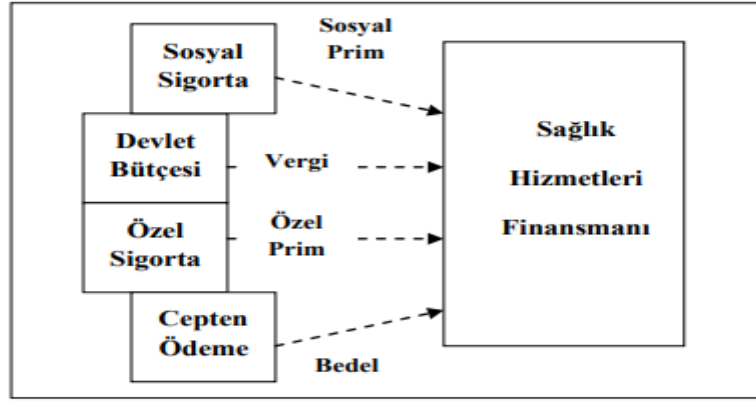
7.2.4. Açık Finansman ve Enflasyon

Açık finansmanı, genellikle genel vergi dışı gelirlerden belirli bir süre içinde geri ödemeyi amaçlayan acil harcamalar için borçlanma kararını içerir. Bu fonların kullanılmasıyla ilgili maliyet, katlanılan faizdir. Enflasyon, para basımının artması veya tüketici fiyatlarında genel bir artış anlamına gelir. Bir hükümetin harcamaları gelirlerini aştığında bütçe açığı ortaya çıkar. Bu açığı kapatmak için hükümet ya daha fazla para basmaya ya da kamu mal ve hizmetlerini artırmaya başvurabilir (Yalçın, 2001).

7.2.5. Bütünleştirilmiş Finansman Modeli

Entegre finansman modeli, sağlık hizmetlerinin finansman sürecine katkıda bulunan birincil kaynakları tanımlar. Entegre finansman modellerinde hem kamu hem de özel kaynaklar kullanılabilir. Finansman sürecinde her kaynağın etkinliği ve belirleyiciliği, sağlık sisteminin özelliklerine ve diğer bağlamsal bileşenlere göre farklılık gösterebilmektedir. Sağlıklı yaşam

arayışının anayasal bir hak olarak kabul edildiği günümüz toplumunda, bu hakkın elde edilmesinin yalnızca bireyin tercihinin bırakılması, sosyal refah devletinin temel felsefesine aykırıdır. Maddi imkanları yeterli ve sağlık bilincine sahip bireylerin kendi tercihleri doğrultusunda koruyucu veya tedavi edici hizmetlere proaktif olarak erişebilecekleri doğru olmakla birlikte, gelir düzeyi yetersiz ve sağlık değeri düşük bireylerin kendi tercihleri doğrultusunda sağlık sorunlarını çözmeye zorluklarla karşılaşabileceğini kabul etmek önemlidir. sistemden dışlanma riskini artırıyor. Bu ihtimalin kabul edilmesi, sosyal sigorta veya vergi gelirlerinin kullanılması gibi yollardan devletin finansman sürecine müdahalesine yol açmaktadır (Gümüş ve Çelikay, 2010).



Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Finansmanında Bütünleştirilmiş Finansman Modeli (Gümüş ve Çelikay, 2010).

Bu yaklaşım vatandaşların sistemden dışlanmasının önüne geçmektedir. Aynı şekilde kamu müdahaleciliğine dayanan sosyal sağlık sigortasının tesis edildiği bir ortamda, sistemin sağlık hizmetlerinin finansmanında eksiklik yaşaması halinde, sağlık sigortası sistemi genel bütçe gelirleri yoluyla mali açıdan desteklenmektedir. Bu tedbir, sağlık hizmetlerinin sunumunda aksamaların önlenmesini amaçlamaktadır (Gümüş ve Çelikay, 2010)

8. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI

Türkiye'de sağlık hizmeti sunumunun geçmişten günümüze gelişimi incelendiğinde, tarihsel olarak sağlık hizmeti sunumunda vakıfların ve kamunun ağırlıklı rol oynadığı görülmektedir. Bu dönemde maddi durumu iyi olan bireylerin özel tıbbi muayeneye başvurma seçeneği vardı (Sevinç ve Yılmaz, 2020).

Cumhuriyetin ilk yıllarında Sağlık Bakanlığı'nın kurulması, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin daha kamuya açık bir şekilde sunulmasına doğru bir değişime işaret ediyordu. Ancak sağlık harcamalarının artmasıyla birlikte kamunun yükü de arttı. Sonuç olarak, sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasına

yönelik çalışmalar başlatılmış ve artan maliyetlerin kontrol altına alınması amacıyla Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte sağlık reform çalışmaları hayata geçirilmiştir. Eş zamanlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin de cepten ödeme yoluyla maddi katkıda bulunmaları gerekiyordu. Bu katkıların yasallaştırılması devletin mali yükünü hafifletmeyi amaçlıyordu (Sevinç ve Yılmaz, 2020).

1980'li yıllarda sağlık reformu çalışmaları, sağlık hizmetlerinin kapsamının tüm vatandaşlara yaygınlaştırılmasını ve eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasını amaçlamıştır. Bu reformların önemli bir yönü, sosyal güvenlik kurumlarının yeniden yapılandırılarak tek bir çatı altında toplanmasıydı (Sevinç ve Yılmaz, 2020).

Bu yeniden yapılanmayla hizmet sunumu ve finansmanının ayrılması, kamu sektörünün etkisinin azaltılması ve özel hizmet sağlayıcıların sağlık sektörüne girebilmesinin sağlanması amaçlandı. Devletin rolü doğrudan hizmet sunumundan ziyade düzenleme ve denetlemeye doğru kaydı. Bu çabaların doruk noktası ise 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı"nın uygulamaya konması ve 5502 Sayılı Kanun ile sosyal güvenlik kurumlarının SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) adı altında birleştirilmesi olmuştur. Genel Sağlık", "Sigorta Kanunu" (SSGSSK) kapsamında Genel Sağlık Sigortasını (GSS) oluşturuyor. Sosyal güvencesi olmayan ve maddi imkânları yetersiz vatandaşların sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla 1992 yılında başlatılan "Yeşil Kart" uygulaması, 2010 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) devredilmiştir (Sevinç ve Yılmaz, 2020).

Genel sağlık sigortası sisteminde sağlık hizmetlerinin finansmanı dört ana kaynaktan sağlanmaktadır: Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan kaynaklar, merkezi yönetim bütçesinden sağlanan kaynaklar, cepten yapılan ödemeler ve özel sağlık sigorta kuruluşlarından sağlanan kaynaklar (Gümüş ve Çelikay). , 2010). Türkiye'nin sağlık sistemi, hem belirli bir kesime yönelik zorunlu sigorta modelinin hem de kamu yardım modelinin yer aldığı karma bir yapı sergilemektedir. Vatandaşlar, hizmet arz ve talebinde değişkenlik gösteren serbest piyasa sistemi içerisinde hem kamu hem de özel sağlık kuruluşlarından sağlık hizmetlerine ulaşabilmektedir (Yurdadoğ, 2007).

9. SONUÇ

Sonuç olarak çağdaş sağlık hizmeti, bireyin ödeme gücü veya isteğinden ziyade ihtiyaca dayalı bir hizmet olarak algılanmaktadır. Etkili bir sağlık sistemi, bireysel refahı artırmak için tıbbi kaynaklara yönelik fonların yönetimini sağlayan sağlam ve sürdürülebilir bir mali yapı gerektirir. Bir sağlık sisteminin finansman yapısının gücü, toplumun tüm kesimlerini finansman sürecine dahil edebilmesine bağlıdır. Gelirin yeniden dağıtımında, hizmet sunumunda ve finansmanda yatay ve dikey adaletin sağlanması, güçlü bir finansman sistemini gerektirir. Böyle bir sistem, hem sağlık hizmetleri

için gerekli kaynakların sağlanması hem de ikincil işlevlerin yerine getirilmesi konusunda tüm toplumun katılımını sağlamalıdır. Sürdürülebilir bir finansman sistemi oluşturmak, sadece içinde bulunulan dönemin değil, gelecek kuşaklara devredilebilir finansal yapının da dikkate alınmasını gerektirir. Hastalık risklerinin öngörülemez doğası göz önüne alındığında, kısa vadeli finansal kaynaklar hayati önem taşıırken, orta ve uzun vadeli planlamalarda demografik dinamikler ve aktüeryal dengeler dikkate alınmalıdır (Gümüş, 2010).

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y., Doğanay Payziner, P., Göktaş, B., Uğurluoğlu Aydoğan, E. (2013). Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim. Eskişehir:Web-Ofset
- Akdur, R.(2001). Sağlık Hizmetlerinde Finansman Ve Ulusal Ekonomi. Yeni Türkiye, 7 (40),1571-1585.
- Akortsu, M. A., ve Abor, P. A. (2011). Financing public healthcare institutions in Ghana. Journal of health Organization and Management.
- Alsancak, S. , Altınkaynak, H. , Özgöncü, N. , Kuru, M. , Yaşar, G. Y. (2010). Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri . Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 9 (1),31-43.
- Atasever, M. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı Ve Sağlık Harcamalarının Analizi. Ankara:TC. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Belli P. Ve Diğ. (2002) Qualitative Study On İnformal Payments For Health Services İn Georgia. Hnp Discussion Paper. Washington Dc: World Bank.
- Bıçakçı, H., Ağırbaş, İ., Işıklı, F., Turgut, M. (2018). Özel Hastanelerde Finansal Analiz. III. Uluslararası Al- Farabi Sosyal Bilimler Kongresi. 2018. Ankara. 782-787.
- Bilgin, K. U. (2007). Kamuda Ölçülebilir Denetime Hazırlık “Performans Yönetimi”. Sayıştay Dergisi, (65), 53-87.
- Demirel, G. (2020). Sağlık Hizmetlerinde Geri Ödeme Yöntemleri . Selçuk Sağlık Dergisi , 1 (2) , 97-117.
- Dikmetaş, E. (2004). Türkiye’nin Mali Politikalarının Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri . Verimlilik Dergisi,(4) ,0-0 .
- WHO. (2007). Everybody Business: Strengthening Health Systems To Improve Health Outcomes: Dsö’s Framework For Action. Geneva: World Health Organization.
- Eke, E. U. (2018). Türkiye’de Gelir Vergisinde Uygulanan Ayırma İlkesinin Gelir Dağılımı Üzerine Etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Erdoğan, M., ve Yıldız, B. (2015). Sağlık İşletmelerinde Finansal Oranlar Aracılığıyla Performans Ölçümü: Hastanelerde Bir Uygulama. Kafkas Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 6(9), 129-148.
- Gapenski, L. C., ve Pink, G. H. (2007). Understanding Healthcare Financial Management. Chicago: Health Administration Press.
- Gider Ö, Akar Ç. (2000). Hastane İşletmelerinde Bütçe Sistemi: Radyoloji Departmanı Örneği Uygulaması. Amme İdaresi Dergisi. Cilt 33 Sayı 1 Mart 2000, S. 183-198
- Gülay, A., ve Atilla, İ. (2021). Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları Ve Etkinlik Analizi. Trakya Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 10(2), 68-85.
- Gümüş, F. Ç. V. E. , Çelikay, F. ve Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı . Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi , 11 (1) , 177-216.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., ve Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi, 85(2), 86-99.

- Normand, C., ve Busse, R. (2002). Social Health Insurance Financing. Funding Health Care: Options For Europe, 59.
- Orhaner, E. (2017). Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü . Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi , 3 (3) , 398-412.
- Özer, Ö. , Gözülü, M. , Karsavuran, S. ve Gözülü, K. (2014). Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası . Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi , (42) , 0-0.
- Özgen, H. (2007). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Cepten Harcama: Nedir? Neden Önemlidir? . Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 10 (2) , 201-228.
- Palamutçu, S. (2013). Kamu Ve Özel Sağlık İşletmelerinde Finansal Performansın Oran Analizi İle Ölçülmesi Ve Karşılaştırılması. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Paramasivan, C., ve Subramanian, T. (2020). Financial Management. New Age International Publishers.
- Sevinç, Ş. ve Yılmaz, F. Ö. (2020). Türkiyede Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemleri . Selçuk Sağlık Dergisi, 1 (2) , 118-132.
- Sezer Korucu, K. ve Oksay, A. (2018). Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları . Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 1 (32) , 265-313.
- Şantaş, F. ve Çıraklı, Ü. (2019). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Ve Geri Ödenme Yöntemleri: Türkiye’de Mevcut Durum . Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 5 (1) , 12-20.
- Tapan, B. (2008). Genel Sağlık Sigortası’nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Gerekliği. Doktora Tezi. Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. Sosyal Güvenlik Dergisi, 1(1), 103-133.
- The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path To Universal Coverage. Geneva, World Health Organization, 2010.
- Thomson, S., ve Mossialos, E. (2009). Private Health Insurance In The European Union. European Commission, 320-323.
- Top M, Tarcan M (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 9(1), 169 - 189.
- Türkan Yalçın, Hasan Hüseyin Yıldırım, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayısı No 40 Temmuz -Ağustos Ankara 2001 S
- Uğurluoğlu, E. ve Hacer Özgen, (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Hakkaniyet . Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi , 11 (2) , 1999-2026.
- Wagstaff, A. (2009). Social Health Insurance Vs. Tax-Financed Health Systems-Evidence From The Oecd. World Bank Policy Research Working Paper, (4821).
- World Health Organisation. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Who, Geneva, 2000.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı Ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yılmaz, F. N., ve Ekşi, İ. H. Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim Uygulamaları: Gaziantep İli Örneği. Gazi İktisat Ve İşletme Dergisi, 4(1), 1-9.
- Yurdadoğ, D. V. (2007). Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı Ve Analizi . Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , 16 (1) , 591-610.
- Yükçü, S., ve Atağan, G. (2009). Etkinlik, Etkililik Ve Verimlilik Kavramlarının Yarattığı Karışıklık. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 23(4), 1-13.