

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Ali CEYLAN

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), sağlık harcamaları:
- 2016 : 119 milyar 756 milyon.
- 2017: 140 milyar 647 milyon
- 2018: 165 milyar 234 milyon liraya yükseldi.
 - Cari sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı % 94 oldu.
 - (Cari harcama: Doğrudan üretim artışına yönelik olmayan, etkileri geçici olan ve bir defada kullanılıp tüketilen mal ve hizmetler için yapılan giderler(personellerin maaş ödemeleri)

- Kişi başı sağlık harcaması,
 - 2015 yılında 1345
 - 2016 'da 1524 lira
 - 2017'de 1751 lira
 - 2018 : 2030 liraya yükseldi.
- Hane halkları tarafından tedavi, ilaç ve benzeri amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması 2018'de 28 milyar 655 milyon liraya ulaştı.
 - cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı %17,3 (2016'da % 16,3)

- Kişi başı sağlık harcaması, 2015 yılında bin 345 lira iken 2016 yılında yüzde 13,3 artarak bin 524 liraya yükseldi.
- Hanehalkları tarafından tedavi, ilaç ve benzeri amaçlı yapılan cepten sağlık harcaması 2016'da yüzde 13 artarak 19 milyar 562 milyon liraya ulaştı.
- Hanehalkları tarafından cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki payı, geçen yıl yüzde 16,3 olarak kayıtlara geçti.

Hizmet sunucularına göre sağlık harcamaları, 2015, 2016

(Milyon TL)

	Toplam		Genel devlet		Özel sektör	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Toplam sağlık harcaması	104 568	119 756	82 121	94 012	22 446	25 744
Cari sağlık harcaması	96 786	112 540	75 622	88 279	21 163	24 261
Hastaneler	51 083	60 141	41 521	49 099	9 562	11 042
Evde hemşirelik bakımı	1	1	-	-	1	1
Ayakta bakım sunanlar	12 341	14 257	8 857	10 283	3 484	3 974
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	25 888	29 321	19 122	21 675	6 766	7 646
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	4 374	5 355	4 374	5 355	-	-
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	416	498	241	272	174	227
Sınıflandırlamayan diğer kategori	2 683	2 967	1 507	1 596	1 176	1 371
Yatırım	7 782	7 216	6 499	5 733	1 283	1 483

Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler, 2015, 2016

	2015	2016
Toplam sağlık harcaması		
Milyon Türk Lirası (TL)	104 568	119 756
Milyon ABD Doları (\$)	38 537	39 608
Kişi başı sağlık harcaması		
Türk Lirası (TL)	1 345	1 524
ABD Doları (\$)	496	504
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%) ^(r)	4,5	4,6
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	78,5	78,5
Hanehalkı sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	16,6	16,3

(r) Gayri safi yurtiçi hasıladaki güncellemeler nedeniyle, ilgili gösterge 2015 yılı için güncellenmiştir.

- **Sağlık hizmetleri finansmanı;** paranın sağlık sektöründeki faaliyetleri finanse etmek için nasıl harekete geçirilmesi ve nasıl kullanılması gerektiğini içermektedir.

- **Sağlık Finansmanının Amacı:**

- ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini uygun yer ve zamanda, uygun kişi ve kurumlardan hakkaniyetli, etkili, verimli ve kaliteli bir şekilde alabilmek için, kabul edilebilir bir teminat paketinin ve yine kabul edilebilir bir kapsam derinliği ile tüm nüfusu kapsayacak şekilde bulunabilir ve sürdürülebilir kılmasıdır.

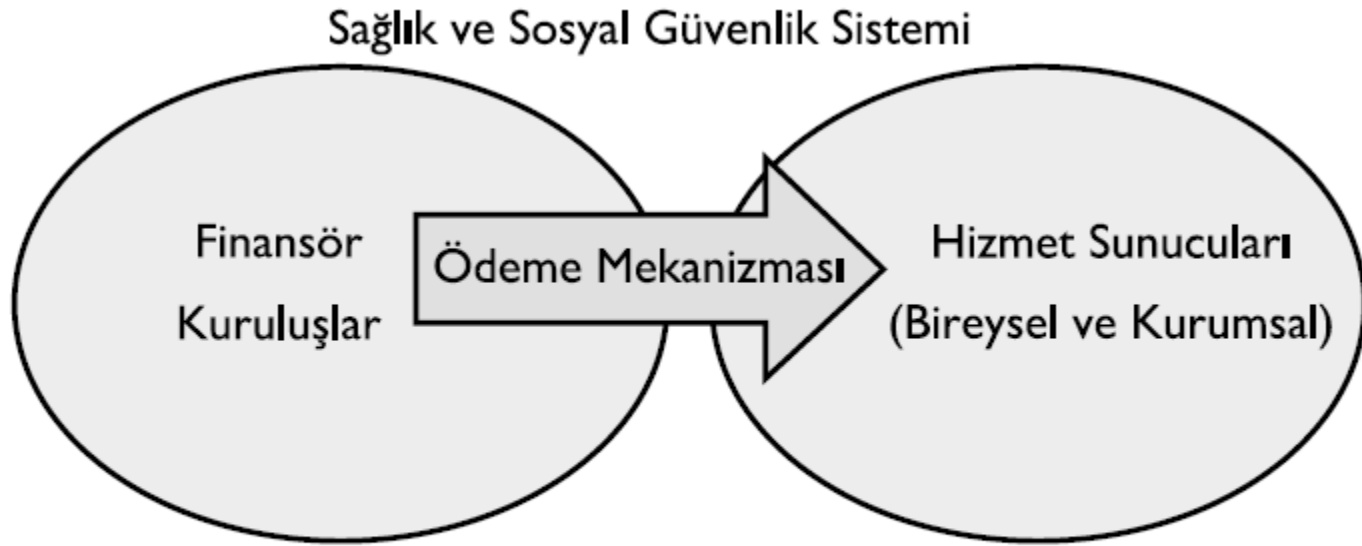
- Başka bir ifade ile, sağlanan kaynakların tüm ülke düzeyinde **hakkaniyetli** biçimde, etkili, verimli ve ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülke sağlık göstergelerini istendik düzeye yükseltecek biçimde kullanılmasını sağlamaktır.

- Sağlık sektörü ile ilgili **makro düzeyde finansman**,
 - sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanda ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır.

- **Mikro düzeyde finansman** ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlaması için ihtiyaç duyulan fonların sağlanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur.

Sağlık Finansmanı Fonksiyonları

- Sağlık sistemi finansmanının üç temel fonksiyonu vardır:
 - 1. Gelir elde etme,
 - 2. fon biriktirme (havuzlama) ve
 - 3. hizmetlerin satın alınması (hizmet sunuculara ödeme)



Şekil 5.1: Ödeme Mekanizması

Kaynak: AHÖ (1998)

1. Gelir toplama

- sağlık sisteminin para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir. 'Gelir toplama işlevi;
 - kimin, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacağı
 - bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı,
 - ödemeleri toplayacak kurumları kapsamaktadır.

- Finansman yöntemi nasıl olursa olsun toplanan tüm paralar doğrudan ya da dolaylı olarak vatandaşlardan gelmektedir.
- Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir.

- Sağlık hizmetleri finansmanı için **gelir toplamının en önemli özelliği** anılan gelirlerin **hizmetin kullanımı öncesinde toplanmasıdır.** (cepten ödemeler bunun dışındadır)
 - Cepten ödemelerin varlığı bazı bireylerin veya bazı hizmetlerin güvence altına alınmadığı anlamına gelmektedir.
- Hizmetin kullanımı öncesinde **toplanan gelirlerin düzeyi, finansal riski yayma derecesi** ve gelir düzeyi çok düşük olan bireylerin hangi oranda subvanse edildiği sağlık finansmanının gelir toplama başarısı ve finansmanda adalet açısından çok önemlidir.

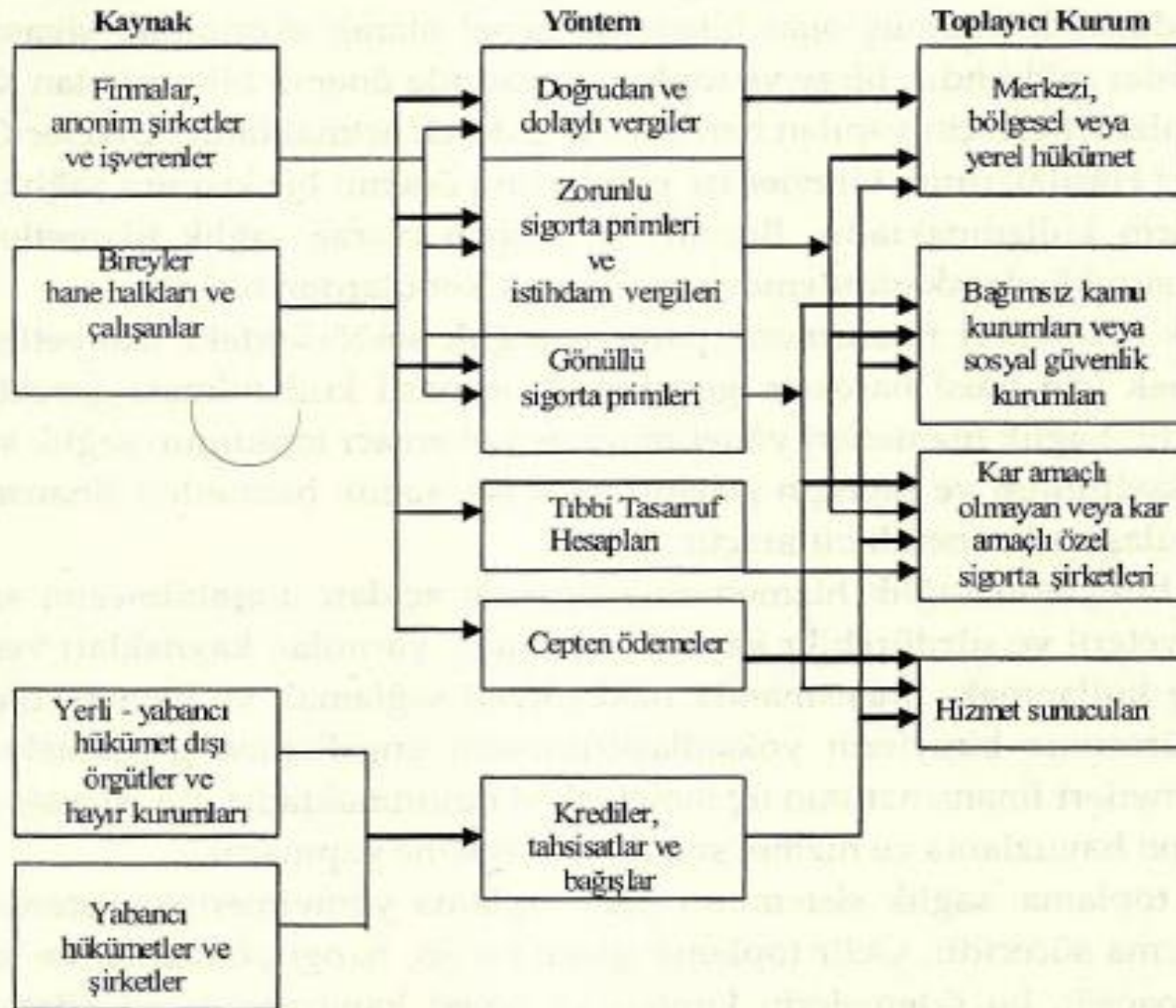
- Sağlık hizmetlerinin finansmanı üç ana başlık altında toplanabilir;
 - **1. Sağlık giderleri bütünüyle devlet bütçesinden karşılanıp,** hizmeti kullananlardan herhangi bir katkı payı alınmaz.
 - **2. Sağlık sigortası uygulaması** ile bireyler gelirlerinden belirli bir miktar prim öderler ve toplanan bu paralardan sağlık giderleri ödenir.
 - **3. Bireyler hizmeti kendi ceplerinden ödeyerek satın alırlar.** Fiyatlar serbest piyasa koşulları içinde arz-talep doğrultusunda oluşur.

- İngiltere, İsveç, Norveç, Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde **sağlık hizmetleri ve finansmanı büyük ölçüde devlete aittir.** Bu sistemlerde özel sigortaların payı yüzde 10 dolayındadır.
- Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmında **özel sağlık sigortaları,** devlet sigortalarının sağlamadığı veya üstü teminatları veren **tamamlayıcı bir sigorta** olarak görev yapmaktadır.
- **Fransa, Avusturya** ve bir dereceye kadar **Danimarka**'da halkın çoğunluğu özel sigortayı tamamlayıcı bir sigorta olarak yaptırmıştır.
- **Türkiye ve Yunanistan** gibi ülkelerde ise özel sigortalar ikinci derecede kalmaktadır.

- Ülkeler sağlık hizmetleri finansman stratejilerini belirlerken bazı temel unsurları dikkate almak durumundadırlar. Bu unsurlar;
 - sosyo - ekonomik gelişme düzeyi,
 - mali kapasite,
 - uygulanabilirlik,
 - verimlilik,
 - hakkaniyet,
 - talep/kullanım ve tüketici davranışı ile
 - arz/hizmet sunumu ve hizmet sunucusu davranışıdır.

- Sağlık hizmetleri finansmanında gelir elde etmede genel olarak dört temel yöntemle yer verildiği ve tartışıldığı görülmektedir.
 - a. Kamu Gelirleri ile Finansman (Vergi Tabanlı Finansman Sistemi)
 - b. Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)
 - c. Özel Sağlık Sigortası
 - d. Cepten Ödemeler
 - e. Tıbbi Tasarruf Hesabı
 - f. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası
 - g. Şartlı Nakit Transferi (ŞNT)
 - h. Mikro Bankacılık
 - ı. Kamu Özel Ortaklığı

Şekil 8.1. Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri



Kaynak: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. Funding health care: options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press. 2002, s.5.

2. Fon havuzlama

- sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin fonlara katkı sağlayan tüm üyelerce paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir.
- Geleneksel olarak "sigorta" adıyla da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır.

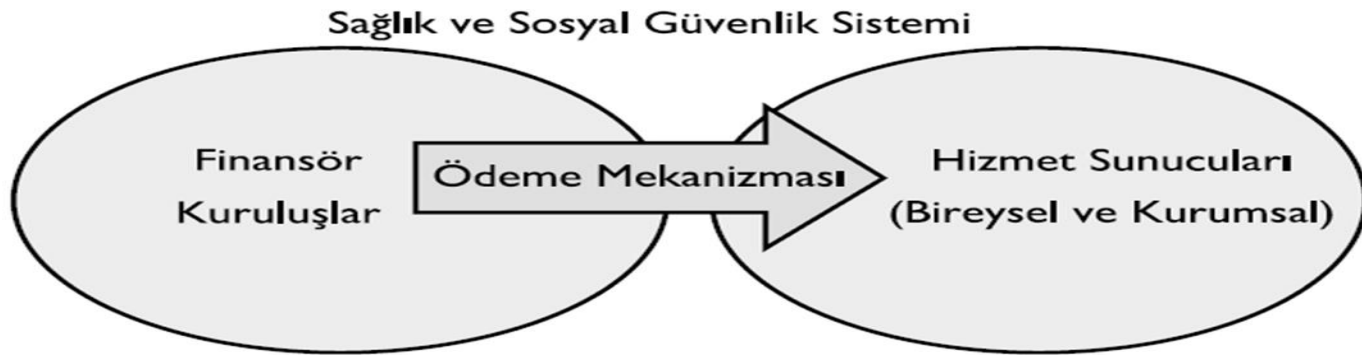
- Fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilediğinden hizmet sunucular için belirsizliğı azaltmakta ve yeni yatırımlara yönelmeyi teşvik etmektedir.
- Sağlık finansmanında adalet fon havuzlama yöntemi ile yakından ilişidir.
- Geliri havuzlayan kuruluşlar ile gelir toplayan kuruluşlar genellikle aynı kuruluşlardır.
- Gelirin **bireysel bazda** toplandığı durumlarda herhangi bir risk paylaşımından söz etmek mümkün değildir.

- Risk paylaşımı ve bu yolla düşük gelirli grupların desteklenmesi için çeşitli sistemlerde farklı düzenlemeler bulunmaktadır.
- Sağlık finansmanında **tek bir havuzun** bulunması, hem riskin hem de gelirin ülkedeki bütün üyeler arasında yeniden dağıtımını en üst düzeyde sağlamaktadır. Bu nedenle **fon havuzlamanın farklı kuruluşlar tarafından yapılmasından kaçınılması önerilmektedir.**

3. Hizmet sunuculara ödeme yapma

- toplanan gelirle üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara para aktarılmasıdır.
- Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynı olmaktadır.

- Sağlık hizmetlerinde ödeme sistemi, sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma veya kişilere, güvence altına alınan bireylerin kullandığı hizmet karşılığında ödeme yapmasını kapsamaktadır.
- Hizmet sunuculara ödeme yöntemlerinde farklılıklar bulunmaktadır.



Şekil 5.1: Ödeme Mekanizması

Kaynak: AHÖ (1998)

- **Ödeme sistemleri;** finansal kaynakların kamu otoritesi, kullanıcı veya sigorta kurumu gibi kuruluşlardan veya finans mekanizmalarından alınıp, hekim, diş hekimi, hemşire gibi bireysel sağlık hizmeti sunucuları veya hastaneler, klinikler gibi kurumsal hizmet sunucularına tahsis edilmesi olarak tanımlanabilmektedir.
- Yani ödeme sistemi, **finanse eden ve hizmet üreten (bireysel veya kurumsal) arasındaki ilişkiyi** tanımlamaktadır.

- Bu ilişkide **kullanılan yöntemler**, sağlık hizmeti üretenlerin ve hizmeti alanların davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir.
- Kullanılan ödeme yöntemleri, sigortalıları adına ödemedede bulunan sigorta kurumunun harcamalarının boyutunu da belirlemektedir.
- Bu açıdan, bir ülkede sağlık sigortası kurumu tarafından seçilen ödeme yöntemi ya da yöntemleri, tüm paydaşların (hizmet alıcıları, hizmet üreticileri, hizmeti ödeyicileri) üzerinde önemle durdukları bir konudur.

- Tercih edilecek her ödeme yöntemi; sağlık hizmetinin kalitesini, kaynak dağıtımını, yönetimini, sağlık hizmeti sunan kurumun ve sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışlarını etkileyerek hizmetin niteliğini ve niceliğini belirlemektedir

- Kullanılan ödeme yöntemlerine göre, hizmet sunucuları gelirlerini artırma çabasına girebilmektedirler. Bu çabalar;
 - 1. Mümkün olduğunca fazla tedavi vermek,
 - 2. Mümkün olduğunca fazla hastayı etkilemek,
 - 3. Finansal açıdan karlı olmayan veya sağlık durumu riskli olan hastaları diğer sağlık kurumlarına göndermek,
 - 4. Gerekli olmadığı halde hastaları kontrole çağırarak,
 - 5. Gerekli olmayan, pahalı ekipmanları satın almak
 - 6. Gereksiz tetkikler yaptırmak.

- İyi tasarlanmış bir ödeme sistemi, yukarıda sıralanan gereksiz yere israf edilen kaynakları ve harcamaları engelleyebilir.
 - Bu nedenle ödeme sistemini kurmak ve işletmek, sağlık politikacıları için önemli konulardan birisidir. Tüm sağlık sistemlerinde hizmetler sağlığa ayrılan bütçe doğrultusunda ve sınırlı kaynaklar dâhilinde sunulmasına rağmen, toplumun sağlık hizmetlerine olan talebi sınırsızdır.

- Devletlerin ülkelerindeki sağlık sistemlerini geliştirip, vatandaşlarının sağlık düzeyini yükseltmek için çaba gösterirken, sağlık sistemlerinin finansmanının sürdürülebilirliği için, artan maliyetleri kontrol altında tutmaları ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmaları gerekmektedir.

- Maliyet kontrolünün sağlanmasında temel bir araç olarak görülen ödeme sistemi, farklı mekanizmaların birleşimi sonucu farklı yöntemlerle sağlanabilmektedir.
- Tercih edilecek ödeme yöntemlerinin; kaliteli sağlık hizmeti sunumunu teşvik edecek, daha iyi koşullarda ve ücret seviyesinde çalışılmasını sağlayacak, çalışmak için başka ülkelere gidilmesine engel olabilecek imkânları sağlamalıdır.

- Ödeme yöntemlerinin en önemli özelliği, bu yöntemlerin hizmet sunucularının davranışlarını etkileyebilmesidir.
 - Bu konudaki deneysel çalışmalar ödeme yöntemlerinin; hastalığın teşhisi, hizmetin şekli (örneğin, bademcik iltihabının tıbbi ya da cerrahi tedavisi), reçeteye yazılan ilaçların miktarı ve türleri, hizmetlerin niceliği, hastanede yatış süresi, ayakta tedavi edilen hastaların yatarak tedavi edilenlere oranı, uzman doktora gönderilme ve tahlil istenme sıklığı gibi konularda ölçülebilen etkilere sahip olduğunu göstermektedir.

Sağlık Profesyonellerine ve Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri

Sağlık Profesyonellerine

- Maaş Yöntemi
- Hizmet Başına Ödeme Yöntemi
- Kişi Başına Ödeme Yöntemi
- Vaka Başına Ödeme Yöntemi
- Prim (Bonus) Sistemi

Sağlık kurumlarına

- Bütçe Ödemesi Yöntemi
- Hizmet Başına Ödeme Yöntemi
- Günlük Ödemeler Yöntemi
- Kişi Başına Ödeme Yöntemi
- Vaka Başına Ödeme Yöntemi
- Düz Oranda Ödeme Yöntemi

Gelir toplama (finansman) yöntemleri

- Sağlık hizmetleri finansmanında gelir elde etmede genel olarak dört temel yöntemle yer verildiği ve tartışıldığı görülmektedir.
 - a. Kamu Gelirleri ile Finansman (Vergi Tabanlı Finansman Sistemi)
 - b. Zorunlu Kamu Sigortası (Sosyal Sağlık Sigortası)
 - c. Özel Sağlık Sigortası
 - d. Cepten Ödemeler
 - e. Tıbbi Tasarruf Hesabı
 - f. Toplum Tabanlı Sağlık Sigortası
 - g. Şartlı Nakit Transferi (ŞNT)
 - h. Mikro Bankacılık
 - ı. Kamu Özel Ortaklığı

a. Kamu Gelirleri ile Finansman (Vergi Tabanlı Finansman Sistemi)

- En sıklıkla kullanılan yöntemdir ve DSÖ'ne üye **191 ülkenin 106'sında** sağlık harcamalarının en önemli kaynağıdır.
- Kamu gelirlerinin önemli bir bölümü vergilerden elde edildiği ve kamu bütçesinde gösterildiği için bu yöntem **genel vergiler ile finansman ya da kamu bütçesine dayalı finansman** da denilmektedir.
- İngiltere de Beveridge Raporu ile gündeme geldiği için **'Beveridge Modeli'** de denilmektedir.
- Bu yöntemde toplanan kamu gelirlerinden belli bir oran, genel veya yerel bütçe kanalı ile sağlık sektörüne ayrılmaktadır.

- Beveridge raporu, sosyal devletin rolü hakkında yeni bir anlayış üzerine kurulmuştur.
- Beveridge'e göre sosyal güvenliğin amacı, gelir güvenliğinin garanti altına alınmasıdır.
 - Bireylerin düzenli gelirini tehdit eden her şey sosyal risk olarak görülür.
 - Hastalık, iş kazası, ölüm, yaşlılık, analık, işsizlik bu risklerdendir.
- “Bu plan kısmi politikalardan kaynaklanan sınırlı reformlar yerine, bütünsel ve tutarlı bir sistemin koyulmasını öngörmektedir”

- Beveridge, raporunda sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması için bir **Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın** otoritesi altında, bütün sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesini ve bu bakanlığın sosyal sigorta ve sosyal yardım konularındaki maliyetleri üstlenmesini öngörmüştür.
- **Nüfusun tamamına yakını** kapsayacak bir sosyal güvenlik sisteminin kurulabilmesi için, hazırladığı raporda yer verdiği **altı temel prensibin** mutlaka dikkate alınmasını ve hayata geçirilmesini savunmuştur

- **Sorumlulukların tek elde toplanması prensibi:**
 - Ülkede dağınık halde faaliyet gösteren tüm sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilerek , sosyal sigorta ve sosyal yardımların bir bakanlık tarafından tek elden yürütülmesinin, hizmetlerin ekonomik ve etkin olabilmesi için zorunlu olduğuna dayanmaktadır. Yönetimde birlik sağlanarak hizmetlerin verimliliğinin artacağı ve daha az maliyetli olacağı savunulmaktadır.

- **Yaygın bir sosyal güvenlik prensibi:**
 - Rapordaki temel hedef, ülkede sadece ücretli olarak çalışanların değil, gelir düzeyi ne olursa olsun belirlenmiş olan altı sosyal grubun (**işçiler, serbest meslek sahipleri, ev hanımları, işsizler, çocuklar ve yaşlılar**) hepsinin sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmasıdır.
 - **Yani sosyal güvenlik gerek karşıladığı riskler, gerekse bu güvenceden yararlanan insanlar bakımından geniş ve kapsamlı olmalıdır.**

- **Primlerde tek tip uygulama ve zorunlu ödeme prensibi:**

- Temel nokta, sigortalılığın herkes için zorunlu olmasıdır. Bu prensibe göre aile yardımları ve sağlık yardımları dışında kalan tüm risklere karşı sağlanacak yardımlar için, **çeşitli primler yerine tek ve maktu bir prim alma** yoluna gidilerek, hem tek tip prim sistemi uygulanmalı hem de işlemlerde ucuzluk ve kolaylık sağlanmalıdır.

- **Sosyal sigorta uygulamalarında toplumun altı sosyal gruba bölünerek işlem yapılması prensibi:**
 - Sosyal güvenliğin kapsamı genişletilirken **toplumun farklı kesimlerinin gelir durumları ve hayat tarzları dikkate alınarak, her grubun ihtiyaçlarına cevap verebilen bir sistemin kurulabilmesi gerekmektedir.**

- **Sağlanan menfaatlerin tek tip olması prensibi:**
 - Her gelir grubu için ayrı, fakat aynı gelir grubunda bulunanlar için tek tip prim miktarının tespiti ve uygulanmasıdır.
 - Yoksullukla mücadele için ailenin en az geçim standardının altına düşmesini önleyecek tedbirler alınmalı(işsizlik maaşı), sağlanan menfaatlerin miktarı ve süresi bakımından asgari bir seviye, başka bir kaynağa ihtiyaç duyulmaksızın tutturulmalıdır.

- **Kişisel sorumluluk prensibi:**

- Her ne kadar sosyal güvenliği sağlamak devletin görev ve sorumluluğu ise de, kişileri buna katkıda bulunmaya zorlayacak sorumluluk ve bilinç geliştirilmeli, yardımlar talep olmadan yapılmamalıdır.
- Ayrıca kişiler, kendilerine sağlanan menfaatlerden daha fazla yararlanmak veya miktar ve nitelik açısından daha çok faydalanmak isterlerse, gönüllü özel programlar sağlanmalıdır. (Katılmalı(zorunlu) sistem asıl unsur olmalı, katılmasız (isteğe bağlı) sistem ise tamamlayıcı olmalıdır.)

- Beveridge modelinde kamu gelirleri bir havuzda toplandığı için **diğer sektörlerin sağlık sektörü üzerinde baskısı** söz konusudur. Dolayısıyla aynı havuzdan yeterli pay alabilmesi için sağlık sektörünün diğer sektörlerle rekabet etmesi gerekmektedir.
- Bu durum gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkeler açısından daha fazla önem arz etmektedir.
- Bu sistemin önemli bir özelliği **özel bir örgütlenme gerektirmemesidir**. İşlemler diğer kamu hizmetleri ile birlikte yürütülmektedir.

Kamu gelirleri ile finansman yönteminin bazı avantaj ve dezavantajları

- Ödeme (vergi ödemesi) zorunlu olduğundan dolayı, ödemelerin gönüllü olduğu finansman sistemlerinde karşılaşılan bazı problemler burada görülmez.
- İdare, risk yönetimi ve sağlık hizmetlerini satın almada gücü etkili bir şekilde kullanabilme açısından önemli avantajlara sahiptir.
- Eğer ülke modern bir devlet ise ve vergileri toplamada ve tahsis etmede uygulanan politikalar tutarlı ve herkes tarafından kabul görüyorsa bu avantajlar kullanılabilir.

- Ancak bu özelliklere sahip olmayan bir ülkede, ulaşılması gereken çok farklı hedefler olacağı, farklı gruplardan önemli baskılara maruz kalınabileceği, kamu hizmetlerinin yönetiminde önemli verimsizlik ve yetersizlikle karşılaşılabilceği için yukarıda sayılan avantajlar rahatlıkla dezavantaja dönüşebilecektir.

- En önemli avantajlarından birisi **bütün nüfus için sağlık risklerinin aynı havuzda toplanmasıdır.**
- Böyle bir sistemde bireyler ve aileler **gelir, satın alma, varlık edinme, faiz elde etme, Katma değer ve diğer pek çok değişik aktiviteler sonucu vergi ödeyerek** sağlık hizmetlerinin finansmanına katkıda bulunurlar.
- vergi tabanlı sistem **bireylerin sağlık statüsü, geliri ve işinin ne olduğuna bakılmaksızın toplanan fonların kullanılmasına imkan sağlar.**

- Sonuç olarak diğer sistemlerde önemli bir sorun olan **ters seçim** (*adverse selection* - daha yüksek hastalanma ve sağlık riski olanların sigortalanma eğilimi göstermesi ve bunun sonucu olarak maliyet/erin artması) ve **risk seçimi** (*risk selection- sigortaların bireyleri tarayarak daha sağlıklı olan bireyleri sigortalı etmeleri*) problemlerinden kaçınılmış olur.

- Vergi tabanlı bir sistem sağlık hizmetleri için ihtiyaç duyulan finansal yükü bütün topluma yayar.
- Ancak sosyal sağlık sigortası gibi finansman sistemlerinde finansman yükü büyük ölçüde işveren ve çalışanlar üzerindedir ve kayıt dışı ekonominin önemli olduğu ülkelerde kayıt dışı çalışanlar veya çalıştıranlar bu yüke katlanmayabilirler.

- Vergi tabanlı sistemde katma değer vergisi, satış vergisi ve gümrük vergisi gibi hemen hemen herkesi etkileyen kaynaklar kullanılabilir. Bunun için **vergi tabanlı finansman sisteminin daha fazla kaynaktan gelir elde etme şansı vardır.**
- **Sağlık hizmetlerine erişimin bir hak olarak görülmesi olasılığı ve sağlık hizmetlerine erişimin sağlık statüsü veya gelir gibi özellikler nedeniyle kısıtlanmaması vergi tabanlı sistemlerin en büyük avantajıdır.**

- Ancak bazıları bu durumu bir dezavantaj olarak da görebilmektedirler. Çünkü **böyle bir sistemde bireyler ve aileler daha sağlıklı olmak için bireysel sorumluluk almak istemeyebilirler** ve bazen de sağlık hizmeti sunucuları sağlık hizmetinden faydalanan bireylere karşı çok fazla sorumluluk yüklenmek istemeyebilirler.

- Vergi tabanlı sistemlerin kullanıldığı durumlarda gelir elde etme ile ilgili sorunlar ve böyle bir sistemde cevaplanması gereken pek çok soru vardır:
 - Geliri mi yoksa tüketimi mi vergilendireceğiz?
 - Ulusal mı yoksa yerel vergilere mi ağırlık vereceğiz?
 - Genel mi veya özel tüketim malları mı vergilendirmede daha ağırlıklı olacak?
 - Bu soruların cevabı ise ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

- Örneğin, çoğu **OECD** ülkesi kamu hizmetlerinin finansmanında GSYİH'lerinin %30'unu kullanırlar ve bu kaynak önemli ölçüde gelir vergilerine dayanırken **gelişmekte olan ülkeler** GSYİH'lerinin %15'ini kamu hizmetleri için kullanırlar ve bu kaynak önemli ölçüde tüketim vergilerinden karşılanır.
- Batı ülkeleri arasında bile büyük farklılıklar söz konusudur.
 - Örneğin **İngiltere**, sağlık sistemini finanse etmede genel gelir vergilerini daha önemli bir kaynak olarak kullanırken **İtalya** özel tüketim vergilerini daha fazla kullanmaktadır.

- **Gelir vergilerinin tüketim vergilerine göre daha uygun oranlı bir özelliğe sahiptir ve artan gelirden daha fazla pay almak için işletilir**
- **tüketim vergileri bütün hane halklarından tüketimleri ölçüsünde benzer oranda vergi toplar.**
- **Tüketim vergilerinin fakir ve zengin hane halkları üzerine getirdiği yük yoğunluğu farklıdır.**

- Tüketim ağırlıklı vergi sisteminden gelir ağırlıklı sisteme geçiş arzu edilen bir durumdur. Çünkü gelişmiş ve vergi sistemleri daha fazla kurumsallaşmış ülkelerde bu eğilim hakimdir.
- **Gelişmekte olan ülkelerde kayıt dışı ekonominin büyüklüğü, vergi toplamının idari maliyetlerini azaltmak, vergi kaçırmalarını azaltmak, vergi ödeyen sayısını artırmak, sektörler arasındaki tutarlılığı sağlamak, gelirleri toplama yöntemleri ve toplanan vergileri kullanmak iyi bir strateji için göz önünde bulundurulması gereken önemli özelliklerdir.**

- Kamu gelirleri ile sağlık hizmetlerinin finanse edildiği sistemlerde en önemli konulardan biri kullanılacak olan kaynakların belirli bir politik süreçten geçirilerek karara bağlanmasıdır.
 - Bu sistemi savunanlara göre bu bir avantajdır çünkü kararlar pazar şartları veya özel girişimcilerden ziyade daha katılımcı ve tartışılarak verilmektedir.

- **Bu sistemde verilmesi gereken önemli kararlar vardır.**
- *1. Sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılacak?*
 - Bu ülkelerde politik sistem sağlık hizmetleri kadar eğitime, savunmaya ve altyapıya (yol-su elektrik) ne kadar kaynak ayrılması gerektiğini belirlemek zorundadırlar.
 - Gelirlerin tutarlı ve diğer ihtiyaçların da daha az baskın olduğu durumlarda sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırma eğilimi vardır.

- *2. Sağlık sektörü içinde spesifik sağlık hizmetlerine ne kadar kaynak ayrılacak?*
 - Sağlık personeline veya malzemelere, yatırım veya tüketime, halk sağlığına veya tedavi edici hizmetlere ne kadar kaynak ayrılacağı da politik bir karar olarak karşımıza çıkmaktadır.
 - Bu kararlar sağlık personelinin, derneklerden, politik partilerden ve sivil toplum kuruluşlarından da etkilenebilmektedir.

- *3. Sağlık hizmetlerin verimli sunumu nasıl gerçekleşecek?*
 - **Kamu gelirleri ile finansman sisteminde politik süreç sağlık hizmetlerinin sunumunda da etkilidir.**
 - Sağlık hizmetlerinin yönetiminde kamunun ağırlıklı olması hem avantaj hem de dezavantajlara sahiptir.
 - kamunun ağırlıklı olduğu sistemlerde sağlık hizmetlerinin yönetimi daha kolaydır. Çünkü finansman, yönetim, sağlık tesisleri ve diğer araçlar aynı elde toplanmıştır.
 - Ancak böyle bir sistemde sağlık çalışanlarının nasıl çalıştırılacağı ve ücretlerinin ne olacağı ve motivasyonlarının nasıl artırılacağı gibi önemli sorunlar da olabilir.

- Ülkedeki kayıt dışı ekonomi oranı, genel vergi yapısı, vergi yapısının adil olup olmaması ve vergi toplama kapasitesi yöntemin hizmet sunumu ve performansını etkilemektedir.
- Katma Değer Vergisi, Özel Tüketim Vergisi gibi dolaylı vergilerin ağırlıklı olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı hakkaniyet ilkesini olumsuz olarak etkileyebilir.

– Risk havuzlama açısından ele alındığında, vergilerden elde edilen gelirin hangi sağlık programlarında kullanıldığı önem arz etmektedir.

- Örneğin bütçeden ağırlıklı olarak hastane hizmetlerinin finanse edildiği durumlarda hastanelerin bulunduğu yerler dışında yaşayanların riskleri yeterince havuzlanamaması söz konusu olabilir.

- Uluslararası deneyim, bir ülke zenginleştikçe, vergi tabanı genişleyerek vergi adaletine yaklaşıldıkça ve devletin vergi toplama kapasitesi arttıkça, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak vergilerden finanse edildiğini göstermektedir.

- Az gelişmiş ülke ekonomilerinin stabil olmaması, bütçe kararlarında sağlığa verilen politik önceliklerin düşük olması, adaletli bir vergi sisteminin olmaması, tahsiste politik baskıların etkili olması nedeniyle eşitliği azaltıcı kararlar alınabilmesi, hastaneye dayalı programlara ağırlık veren politik tercihler, genel vergiye dayalı modellerin bile eşitliği sağlamada yetersiz kalabildiğini göstermektedir.

- **Sağlık hizmetlerinin finansmanının vergilerle karşılandığı yöntemde, para toplamak için, genel vergi kanalları dışında ve ayrı bir kuruma / örgüte gerek yoktur.** Dolayısı ile de, sağlık hizmetleri için toplanan parayı doğrudan hizmet ve mala dönüştürme şansı / olanağı daha yüksektir.
- Bu yöntemin, diğer para toplama yöntemlerine olan en önemli üstünlüklerinden birisi budur.
- **Kamu veya özel sigorta yöntemlerinde ise, para toplamak için, ayrı örgütlere gereksinim vardır.** Bu örgütlerin yönetim giderleri de sağlık için toplanan paralardan karşılanır.

- Vergiye dayalı para toplama yönteminde, hizmet ve mal üretenler ile tüketenler arasında bire bir, yüz yüze bir ilişki yoktur.
- Bu nedenle kişilerin tüketicilerin hizmet sektörüne baskısı en aza inmiştir.
- Bu durum, sektörün tüketicilerin anlayış ve beklentileri yönünde biçimlenmesini engelleyerek daha akılcı yapılanmasına (planlı sektör) olanak sağlar.

- **Bu yöntemde sağlık yönetiminin yetenekleri önem kazanır.**
 - Kötü yönetimler elinde, merkeziyetçilik ve bürokrasinin getirdiği hantallık ve atalet söz konusu olabilir. Bu durumda, sektörün verimliliği ya da paranın toplumun sağlık düzeyine dönüşme hızı yavaşlar. Bunun bir sonucu olarak, hizmet üretenlerini sağlık personelinini sektörün, tüketicilere/hastalara olan tahakkümü artar ve tüketici memnuniyeti azalır.