

## SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSAMANINDA SATIN ALMA VE ÜLKE ÖRNEKLERİ PURCHASING AND COUNTRY SAMPLES IN HEALTH CARE FINANCING

**Arş. Gör. Gülsüm Şeyma KOCA**

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Ankara/Türkiye



**Article Type** : Review Article / İnceleme Makalesi

**Doi Number** : <http://dx.doi.org/10.26449/sss.j.970>

**Reference** : Koca, G.Ş (2018). "Sağlık Hizmetleri Finansmanında Satın Alma Ve Ülke Örnekleri", International Social Sciences Studies Journal, 4(24): 5043-5051

### ÖZ

Sağlık hizmetleri finansmanında sağlık kaynaklarının hastalara ve üçüncü taraf sağlayıcılara aktarılmasında, satın alma organizasyonları görev almaktadır. Satın alma; fon toplama yoluyla havuzlanmış kaynağın, fonların toplandığı nüfus adına hizmet sağlayıcılara aktarılmasıdır. Satın alma işlemi, birinci taraf olarak ele alabileceğimiz hastaların mal veya hizmet karşılığı ikinci taraf olan sağlayıcılara ödeme yapması ile başlamaktadır. Üçüncü taraf olarak ele alınabilecek kamu ve ya özel kurum, hastaların hastalanma riskine karşı nüfusa koruma sağlamak amacıyla gelir tahsil etme ve hastaya-sağlayıcıya masraflarının tazmini için geri ödeme yapma konusunda bir rol almaktadır. Bu çalışmada üçüncü taraf olarak ele aldığımız satın alma organizasyonları ele alınmış ve ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanında satın alma işlevleri değerlendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinde kaynakların verimliliğinin sağlanması gerekliliği düşünüldüğünde sağlık hizmeti ihtiyacına göre kaynakların satın alınması ve tahsis edilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde satın alma; kaynakların verimliliği ve izlenen politikalar için önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri Finansman Fonksiyonları, Gelir Tahsilatı/ Fon Toplama/Satın Alma, Sağlık Hizmetleri Finansmanında Satın Alma Organizasyonları, Dikey/Yatay Organizasyonlar, Ülke Örnekleri.

### ABSTRACT

In healthcare financing, procurement organizations are involved in transferring health resources to patients and third party providers. Purchasing is transfer of funds pooled by fund collection to service providers on behalf of the population where funds are collected. Purchasing begins with the payment of the first-party providers to the second-party providers for goods or services. A public or private institution, which can be considered as a third party, plays a role in dangling income in order to provide protection to the population against the risk of illness and reimbursement to the patient-provider for reimbursement of costs. In this study, we will discuss the third party procurement organizations. In addition, the purchasing function of countries in health care financing will be evaluated. Considering the necessity of ensuring the efficiency of resources in health services, it is necessary to buy and allocate resources according to health service needs. Therefore, it is important to evaluate the issue of purchasing in health care financing. It is thought that literature may contribute to the evaluation of purchasing organizations by countries.

**Keywords:** Health Services Finance Functions, Revenue Collection/ Fund Collection/Purchasing), Health Care Finance Purchasing Organization, Vertical / Horizontal Organizations, Country Examples.

### 1. GİRİŞ

Günümüzde, milyonlarca insan sağlık hizmetlerini kullanamamaktadır. Bu durumun en temel sebeplerinden birisi de bireylerin sağlık hizmeti aldıkları anda ödemelerinin gerekmesidir ve hizmeti kullanan nüfusun önemli bir bölümü mali sıkıntı çeken yoksul kesimden oluşmaktadır. Bu kapsamda hizmetlerin ön ödeme yoluyla alınan doğrudan ödemelerden uzaklaşılması, sağlık hizmetleri için ödeme ile ilgili mali sıkıntıyı önlemek için atılmış önemli bir adım olduğu ifade edilebilir. Böylelikle, elde edilen fonların bir araya toplanması, ihtiyaç duyulan hizmetlere erişimi artırmakta ve hastalığın getirmiş olduğu mali riskleri nüfusa yaymaktadır. Tüm gelir seviyesinden ülkeler, sağlık için daha fazla para toplama, finansal riskleri yama ve toplanan finansal fonları daha etkin bir şekilde bir araya getirmek amacıyla daha verimli olma yolunda bu hedefe doğru önemli ilerleme kaydetmektedirler. Bu kapsamda ülkelerin, mali zorluk çekmeden, bireylerin

her türlü sağlık hizmetini (tanı, tedavi, önleme ve rehabilitasyon) kullanmalarını sağlayan sağlık finansman sistemlerine ihtiyaçları bulunmaktadır (WHO, 2010: 2).

Sağlık finansmanı, gelir toplama, havuzlama ve satın almayı içermektedir. Gelir toplama; çoğu insanın sağlık finansmanı ile ilişkilendirdiği ve sağlık sistemi maliyetlerini ödemek için para artırma şekli olarak ifade edilebilir. Finansmanda para genellikle hanehalklarından, kuruluşlardan veya şirketlerden ve bazen ise ülke dışından katkıda bulunan kişilerden gelmektedir. Kaynaklar, genel veya özel vergi yoluyla (zorunlu veya gönüllü sağlık sigortası katkıları; kullanıcı ücretleri, doğrudan cepten ödemeler; ve bağışlar yoluyla) toplanabilmektedir. Havuzlama; sağlık hizmetleri için ödeme yapmanın mali riskinin, hastalanan kişiler tarafından değil, havuzun tüm üyeleri tarafından karşılanmasını sağlamak için mali kaynakların biriktirilmesi ve yönetilmesidir. Havuzlamanın temel amacı, sağlık hizmetini kullanma ihtiyacıyla ilişkili finansal riski yaymaktır. Eğer fonlar toplanacaksa, örneğin hastalıktan önce vergiler ve / veya sigorta yoluyla ön ödemeli olarak toplanması gerekmektedir. Çoğu sağlık finansman sistemi, ön ödemeye finanse edilen bir havuz unsuru içerir ve bireylerin sağlık hizmeti sunucularına doğrudan ödemeleri, bazen maliyet paylaşımı olarak adlandırılır. Satın alma, sağlık hizmetleri için ödeme yapma işlemidir. Bunu yapmanın üç ana yolu vardır. Bunlardan birisi hükümetin bütçelerini kendi sağlık servis sağlayıcılarına (hükümet gelirlerini ve bazen de sigorta primlerini kullanarak satın alması ve entegrasyonu) sağlamasıdır. İkincisi, bir nüfus adına hizmet satın almak için kurumsal ayrı bir satın alma ajansı (örneğin bir sağlık sigortası fonu veya resmi makam) (bir alıcı-satıcı bölünmesi). Üçüncüsü, bireylerin hizmet sağlayıcılarına doğrudan ödemeleridir. Birçok ülke bu seçeneklerden birini veya bunların kombinasyonunu kullanılmaktadır. Bu geniş alanlar dahilinde, sağlık hizmeti sunucuları birçok farklı şekilde ödeme yapabilmektedirler. Satın alma; hangi hizmetlerin finanse edileceğine karar vermeyi içermektedir. Bu konuda her ülke gelirini nasıl yükselteceği, nasıl toplayacağı ve hizmetleri nasıl alacakları konusunda farklı tercihler yapabilmektedir. Örneğin; bazı ülkeler, zorunlu sağlık sigortası primleri karşılığı gelirinin bir bölümünü yükseltmeye karar vermekte iken, bu durum fonların hepsinin aynı şekilde havuzlanmasını gerektirmektedir. Bazı ülkelerin tek bir havuzu vardır. Örneğin; ulusal bir sağlık sigortası fonu. Bir kısmının ise, özel sigorta şirketleri tarafından yönetilen fonlar bulunmaktadır, böylece rekabet eden birden fazla havuza sahip olabilmektedir. Ülkelerin benzer havuzlama sistemleri olsa bile, hizmet sunumunda veya satın alınmasıyla ilgili seçimlerinde önemli değişiklikler vardır. Bunlar finansman sisteminin etkin, verimli ve eşitlikçi olup olmayacağını belirlemesi ile ilgilidir (WHO, 2010: 4). Bu kapsamda bu çalışmada, ülkelerin satın alma sistemleri (tek bir ulusal sigorta fonunun bulunması, birden fazla satın alma fonunun bulunması veya rekabetçi organizasyon yapılarını) içeren yatay ve dikey satın alma organizasyonları şeklinde ele alınmakta ve ülkelere göre sağlık hizmetleri finansmanında kullandıkları satın alma organizasyonları incelenmektedir.

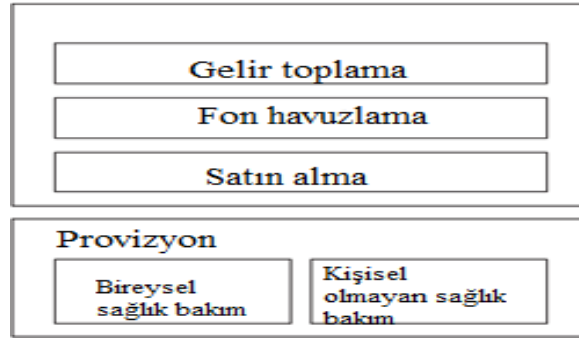
## 2. SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANINA YÖNELİK ANALİTİK YAKLAŞIMLAR

Sağlık bakım sistemlerinin sürdürülebilirliği insana, sermayeye ve tüketim kaynaklarına güvenilir erişime dayalıdır. Bu girdileri (binalar ve teçhizat yatırımları, ilaçlar, diğer sarf malzemeler, sağlık personellerine yönelik ödemeler vb. yatırımlar) için mali kaynaklar güvence altına alınmalıdır. Bu finansal kaynaklar nasıl üretilir ve yönetilir? Kaynakların üretilip yönetilmesinde gelir tahsil etme ve biriktirme süreçleri etkilidir. Gelir tahsil etme ve biriktirme süreçleri politika yapıcılar için önemlidir ve politika planlayıcıları finansman sistemleri tasarlama zorunluluğu ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bütün bu sosyal politika, siyaset ve ekonomiye yönelik hedefleri karşılamaya yönelik fonlama sistemlerinin kurulmasını gerekir. Çoğu ülke harcamalar arttıkça ve kaynak azlığı nedeniyle sürekli baskı hissetmektedirler. Bu noktada politika yapıcıların üç seçeneği bulunmaktadır: Maliyetleri sınırlama (containig cost), sağlık hizmetleri fonlarını arttırmak ya da her ikisi de. Sağlık hizmetlerinde harcama krizine ilişkin endişeler, sağlık hizmetlerinin nasıl organize edildiği ve finanse edildiği konusunda büyük değişiklikler yapmasına neden olmuştur. Buna ilişkin olarak, maliyet sınırlaması 1970'lerden beri sanayileşmiş ülkelerde sağlık politikası tartışmalarına yön vermiştir. Ancak, bütçeler dengelenirse, yeterli gelir elde edilmektedir. Dolayısıyla büyük ölçekli kamu borçlanmasının artık pek çok ülkede sağlıklı bir ekonomik politika olduğu düşünülmemektedir. Buna yönelik endişeler günümüzde gelir politikalarına odaklanılması konusuna yöneltmiştir. Tüm bu endişeler sağlık hizmetlerini sürdürülebilir bir şekilde nasıl finanse edeceğiz? sorusundan ileri gelmektedir (Mossialos & Figueras., 2002: 1). Bu noktada gelir tahsilatı, fon toplama ve satın alma konusu sağlık hizmetlerini nasıl finanse edeceğiz sorusunu cevaplandırmaktadır.

### 2.1. Gelir Tahsilatı, Fon Toplama ve Satın Alma

Sağlık sistemi finansmanı Şekil 1'de gösterildiği gibi işlevsel bileşenlere ayrılabilir: Gelir tahsilatı, fon havuzu ve sağlık bakım alımı ve satımı (sağlık hizmeti sonksiyonları). Bu fonksiyonlar, aynı ülkede bile, çeşitli kombinasyonlarda kullanılabilir. Bazı durumlarda, işlevler tek bir kuruluş halinde entegre olur;

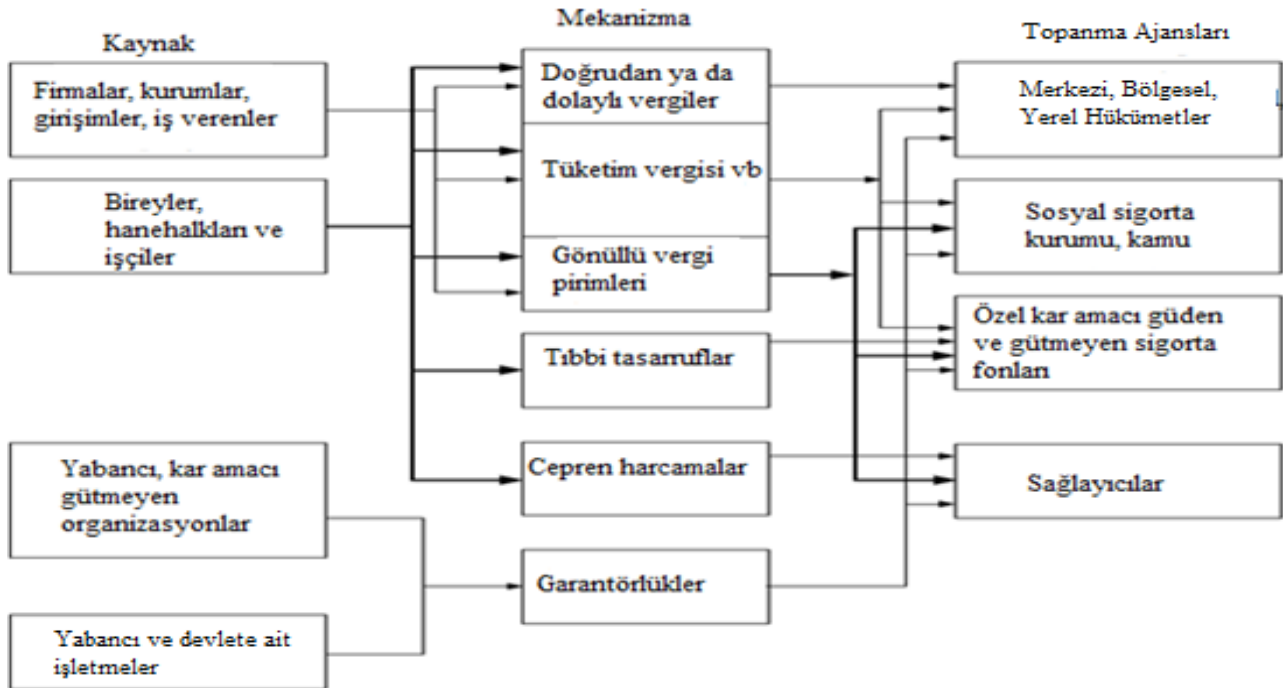
diğerlerinde ise, bir işletme fonları toplayabilir ve diğer kuruluşlar satın alır ve hizmetleri sağlarlar. Daha sonra bu varlıklar farklı kaynaklar arasında tahsis edilir (Mossialos & Figueras., 2002: 3).



Şekil 1. Sağlık Bakım Organizasyonunun Fonksiyonları  
Kaynak: Murray & Frenk, 2000.

## 2.2. Gelir Toplama / Gelir Tahsilatı

Gelir tahsilatı süreci, kimin ödediği, ödemenin yapılması ve kimin tahsil ettiği ile ilgilidir. Şekil 2, finansman kaynakları, katkı mekanizmaları ve tahsilat ajanları çeşitliliğini ve bunların birbiriyle nasıl ilişkili olabileceğini göstermektedir. Fonlar öncelikle nüfustan (bireyler ve kurumlardan) elde edilir. Finansman mekanizmaları; vergilendirme, sosyal sigorta primleri, özel sigorta primleri, bireysel tasarruflar, cepten yapılan ödemeler ve krediler, bağışlar ve bağışları içerir. Bu toplama (ajanları) kâr amacı gütmeyen, özel kâr amacı gütmeyen veya halka özel olabilir (Mossialos & Figueras., 2002: 4).



Şekil 2. Fonlama Kaynakları, Mekanizmaları ve Toplama Ajansları  
Kaynak: Kutzin, 2001.

Vergiler; bireylere, hane halklarına ve firmalara (doğrudan vergiler) veya işlem ve emtia (dolaylı vergiler) üzerine yüklenebilir. Doğrudan ve dolaylı vergiler ulusal, bölgesel veya yerel düzeylerde alınabilir. Dolaylı vergiler, katma değer vergisi gibi genel olabilir veya bir tüketim vergisi gibi belirli mallara uygulanabilir. Bazı sosyal veya zorunlu sigorta primleri, devlet tarafından toplanan bir bordro vergisidir. Burada devlet tarafından toplanan vergiler ile bağımsız kuruluşlar tarafından toplanan zorunlu sigorta primlerini birbirinden ayrılmaktadır (Mossialos & Figueras., 2002: 4).

Sosyal sağlık sigortası primleri genellikle gelire ilgilidir ve çalışanlar ile işverenler arasında paylaşılır. Katkılar, gelir veya kâr bildirimlerine dayanarak katkı payı hesaplayan serbest çalışanlardan alınabilir (geliri bazı ülkeler düşük bildirimde bulunabilmektedir). Yaşlılar, işsizler veya özürllüler adına yapılan katkılar sırasıyla belirli emeklilik, işsizlik veya hastalık fonlarından toplanabilir veya vergilerden ödenebilir. Sosyal

sağlık sigortası gelirleri genel olarak sağlık için ayrılır ve ayrı bir fon tarafından toplanır (Mossialos & Figueras., 2002: 4).

Özel sağlık sigortası primleri, bireyler tarafından ödenebilir çalışan ile işveren arasında paylaşılabilir ya da işveren tarafından tamamı ödenebilir. Primler; bireysel olarak, sağlık bakım almak isteyen kişinin hastalık olasılığının değerlendirilmesine dayalı olarak derecelendirilmiş risk; coğrafi olarak tanımlanmış bir nüfusta risk tahminine dayanan topluluk derecelendirmesi veya grup tarafından derecelendirilen, tek bir firma içindeki tüm çalışanlardaki risk tahminine dayanılarak yapılabilir. Özel sağlık sigortası primlerini toplayan acenteler, özel kâr amaçlı sigorta şirketleri veya özel kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve fonlar gibi bağımsız özel kuruluşlar olabilir. Hükümet, özel sağlık sigortası masraflarını vergi kredilerini veya vergi indirimini kullanarak sübvansede edebilir. Tıbbi tasarruf hesapları, kişilerin ya para yatırmak için ya teşvike ihtiyaç duyduğu bireysel tasarruf hesaplarıdır. Paranın kişisel tıbbi masraflarla harcanması gerekir. Hastalar, bazı bakım türlerinin maliyetlerinin bir kısmını veya tamamını bir miktar kullanıcı masrafları şeklinde ödemeleri gerekebilir. Bu masraflar, eş ödeme (her hizmet için sabit oranlı bir ödeme), birlikte sigorta (hizmetin toplam masrafının bir yüzdesi) veya bir indirilmeyle (hastanın sorumlu olduğu tavan fiyat) verilebilir sigortacı kalan masrafları karşılar). Toplama aracı genellikle bir hekim, hastane veya eczacı gibi sağlayıcıdır (Mossialos & Figueras., 2002: 5-6).

### 2.2.1. Fon Havuzu

Bazı gelir toplama biçimleri, tıbbi tasarruf hesapları ve cepten ödemeler gibi katkıda bulunanların finansal riskleri paylaşmasına izin vermediğinden gelir tahsilatı, fon havuzundan ayrılmalıdır (Mossialos & Figueras., 2002: 6). Kutzin (2001), fon havuzunu "bir nüfus adına ön ödemeli sağlık gelirlerinin birikimi" olarak tanımlamıştır. Fon havuzlamanın önemi, finansal riskin toplum genelinde veya belirli bir alt grupta toplanmasını kolaylaştırılmasıdır. Toplama ve havuzlama her ikisi entegre edilmişse, toplama aracısından birleştirme aracına tahsisat yapılabilir. Farklı ajanlar bu işlevleri yerine getirirlerse, kaynak toplama aracısından havuza dağıtmak için bir mekanizma gereklidir. Birden fazla havuz varsa, tahsis ve risk profiline göre ayarlanır (Van de Ven vd., 1994; Oliver 1999). Fon kaynakları ne olursa olsun, riske göre düzeltilmiş sermayeye dayalı olarak her bir havuzun (sigorta fonu veya bölgesel sağlık otoritesi), nüfus için "doğru" nispi kaynak seviyesine sahip olmasının sağlanması önemlidir. Bununla birlikte, risk havuzlaması kapsamı, bireyin riskiyle ilgili aktüeryal primlerle sınırlıdır. Prim topluluk derecelendirmesi yapılıyorsa, aynı coğrafi bölgede yüksek riskli ve düşük riskli üyeler arasında havuzlama yapılır. Grup değerlendirmesi, aynı firmanın çalışanları arasında bir araya toplanmaya izin verir. Tıbbi tasarruf hesapları, fonları bireysel hesaplarda tutarak havuzlamayı engeller. Dolayısıyla, tıbbi tasarruf hesapları, genellikle çok pahalı tedaviler için katastrofik sigorta ile tamamlanmaktadır. Kullanıcı masrafları hizmet noktasında ödenir ve kullanıcı ücretleri tarafından üretilen gelir, sistemin nasıl tasarlandığına bağlı olarak farklı şekilde ele alınır. Örneğin, bireysel sağlık bakım sağlayıcısı parayı gelir olarak alabilir. Bir klinik veya hastane düzeyinde tutulabilir ve diğer gelir ile birlikte, yerel hizmet sunumunun sürdürülmesinin maliyetine katkıda bulunur. Kullanıcı masrafları sigortacıya veya hükümete teslim edilir veya ödenirse, bunlar prim veya vergi geliri ile harcamaları arasındaki herhangi bir boşluğu doldurmak için kullanılabilir (Mossialos & Figueras., 2002: 6).

### 2.2.2. Satın Alma

Satın alma, 'havuz kaynaklarının, fonların toplandığı nüfus adına hizmet sağlayıcılara aktarılması' anlamına gelir (Kutzin 2001). Bazı sistemlerde, ayrı ajanlar hizmet satın alırlar (Örneğin, İngiltere'deki Primary Care Trusts). Bu durumda, kaynaklar alıcılara tahsis edilmelidir (Mossialos & Figueras., 2002: 7). Satın alma, bazen tedarik tarafının finansmanı olarak adlandırılır, sağlık hizmetleri alan satıcıların tıbbi bakım sağlayıcılarını ödemeleri için kullandıkları çeşitli düzenlemeleri içermektedir. Sağlık hizmetlerinde satın alımlara ilişkin çok çeşitli düzenlemeler mevcuttur. Bu durum kaynak ayırma ve satın alma için çerçeve, satın alma kararlarını çevreleyen sayısız sorunun bir taksonomisini sağlar (Gottret & Schieber, 2006: 61). Kaynak tahsisi ve satın alma prosedürleri, maliyet, erişim, kalite ve tüketici memnuniyeti açısından önemli etkilere sahiptir. Satın alma düzenlemelerinden elde edilen verimlilik kazançları hem teknik hem de tahsisat için daha iyi değeri sağlar ve bu nedenle sağlık sistemi için ilave "finansman" temin etme olanağı sağlar (Hensher 2001). Preker & Langenbrunner (2005) da buna yönelik literatürde kanıtlar sunmaktadır. Ayrıca, bir sistemin verimliliği, uzun vadeli mali sürdürülebilirlik için ve hükümetlerin, kamu harcamalarında büyük artışlar için yüksek oranda kısıtlanmış bütçe ortamlarında "mali alan" bulması için önemli mali etkileri vardır. Bu anlamda, sağlık finansmanı politikaları (toplama, birleştirme ve satın alma) bir hükümetin mevcut mali alanı bağlamında geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır (Gottret & Schieber, 2006: 61).

### 3. SATIN ALMA VE ÜLKE ÖRNEKLERİ

Sağlık sistemi, satın alma gerçekleştiren organizasyonlar açısından önemli çeşitlilik göstermektedir. Ülkeler, (örneğin, merkezi hükümet, bölgesel hükümet, belediyeler, sağlık sigortası fonları), bu işlevi yerine getiren organizasyonların sayısı ve birbirleriyle etkileşim kurma şekilleri, özellikle satın alanlar arasında rekabet olup olmadığı açısından farklılık göstermektedir. Ayrıca fon kaynakları (örneğin, sosyal sigorta ile vergi temelli) ve yetki alanları (örneğin coğrafi, mesleki, dini bağlar) bakımından da farklılık göstermektedirler. Bu çeşitlilik, sosyal, ekonomik, kültürel ve tarihi faktörlerin bir etkileşiminden kaynaklanmaktadır. Kamu-özel mülkiyetinin farklı türleri, nüfus kapsamı ve düzeyi, yönetim biçimleri ve hesap verebilirlik sistemleri, önemli farklılıkların bulunduğu diğer boyutların bazılarıdır. Bunun içerisinde iki organizasyonun etkileri olduğu söylenebilir. Bunlar yatay ve dikey organizasyonlar. Dikey ve yatay organizasyonun, alıcı davranışlarda derin etkiler yaratması beklenen boyutlarıdır. Dikey boyutta önemli bir husus, çoğunlukla ulusal-yerel ilişkilerdir ve özellikle yerel yöneticilerin ve karar vericilerin sahip olduğu özerklik derecesi. Yatay boyutta, satın alan kuruluşların sayısı, pazar payları ve farklı satın alanlar arasındaki rekabet derecesi, performansı etkileyecek faktörlerdir (Figueras, 2005: 12).

Bu bölümde, farklı ülkelerde satın almaya sistemleri ile ilgili tanımlayıcı bir analiz sağlamak ve uluslararası trendlerin belirlenmesini sağlanması amacıyla bilgiler sunulmaktadır. Satın alma işleminin farklı ülkelerde nasıl organize edildiği tartışılacaktır.

#### 3.1. Dikey Organizasyon

Satın alma işlevleri makro (merkezi), meso (bölgesel) ve mikro (yerel) düzeylerde gerçekleşebilir. Çoğu zaman belirli bir ülkede birden fazla öge vardır. Özellikle merkezi hükümetin veya onun ajanslarının merkezi bir sağlık sigortası fonundan (yani, makro düzeyde) sorumlu olduğu durumlarda, fonların bölgesel şubeleri veya merkezi olmayan yerel kuruluşlarının karar verme süreçlerinde çok az özerklikleri vardır. Mezo ve mikro seviyelerde ise bu özerklik daha fazla olabilmektedir ancak bu durum belirli ulusal düzenlemelere göre değişebilir. Bu kapsamda bir sonraki başlıkta, satın alma seviyelerine göre kurumların özerklikteki farklılıkları ve aynı seviyedeki ülkeler arasında bile bazı önemli farklılıkları ele almaktadır (Figueras, 2005: 12-13).

##### 3.1.1. Makro Düzeyde Satın Almalar

Merkezi makro düzeyde satın almanın iyi örnekleri, Macaristan ve Litvanya gibi ülkelerde görülmektedir. Bu ülkelerde tek bir sağlık sigortası fonu bulunmaktadır. Bu fonların bir bölgesel ofis ağı olmasına rağmen, satın alma konusunda çok sınırlı özerkliğe sahiptir. Öte yandan, bazı ülkeler merkezileştirilmiş sistemlerden koparılmaya çalışılmaktadır. Estonya da buna örnek olarak verilebilir (Figueras, 2005: 13).

##### Macaristan

Macaristan'da bir zorunlu sosyal sigorta programı Ulusal Sağlık Sigorta Fonu aracılığıyla faaliyet göstermektedir. Finansman sistemi merkezi hükümet kontrolü ile merkezileştirilmiş durumdadır. Ulusal Sağlık Sigorta Fonu İdaresi (NHIFA), tek bir ulusal alıcıdır. Merkezi alıcı, tüm nüfus adına bir dizi sağlık hizmetleri satın alır. NHIFA, Sağlık Bakanlığı tarafından yakından denetlenen kar amacı gütmeyen bir kuruluştur ve yerel sağlık sunucuları ile anlaşma yapan ve hizmet masraflarını karşılayan yerel bir şube grubuna sahiptir (Figueras, 2005: 14).

##### Litvanya

Litvanya'da, kamu harcamalarının sağlık üzerinde yaklaşık % 90 oranında kapsayan tek bir sağlık sigortası fonu bulunmaktadır. Bu program 1997'de yürürlüğe girmiştir. Sigorta programı, merkezi devlet hastalık fonu için yıllık tahsisat yapmaktadır. Fon on bölgesel şubeye sahip olsa da, harcama tahsisi ile ilgili kararlar merkezi olarak verilmektedir. Aslında, sağlık fonu büyük ölçüde genel vergilendirme ile finanse edilen bir hükümet bütçesi kurumudur. 1998 ve 2002 yılları arasında, fonun mali kaynaklarının yalnızca % 20'si ücretli maktu vergilerden ve serbest meslek katkılarından elde edilmiştir (Figueras, 2005: 14).

##### Estonya

Estonya'da 1992 yılında 22 bağımsız bölgesel sağlık sigortası fonunu kurulmuştur. Ayrıca, bireysel fonları kontrol etmek ve koordine etmek amacıyla 1994 yılında merkezi sağlık sigortası fonu kurulmuştur. 1995 yılına kadar bölgesel fonların sayısı 17'ye düşürülmüştür. Bunun en önemli nedenlerinden birisi yönetim zorluklarından dolayı küçük fonlar arasında birleşme gerçekleşmesindedir. 1999-2000 yıllarında sağlık sigortası sistemi, kamuya açık bağımsız bir örgüt olarak Estonya Sağlık Sigortası Fonu (EHIF) (Merkez

Fonu ve 17 ayrı bölgesel fon temelinde) kurulması yoluyla daha fazla özerklik kazanmıştır. EHIF'nin daha bağımsız hale gelmesiyle birlikte, bölgesel düzeyde bir merkezileşme derecesi ve önceki 17 bölgesel fon, ilk olarak 2001'de 7 bölge fonuna, daha sonra 2003'te 4 bölgesel departmana birleştirildi. Şu anda bölgesel fonlar, ulusal bölgesel karar verme ve geri ödeme sorumluluğunu taşıırken, bölgesel düzeyde düzenleme, satın alma stratejisinin geliştirilmesi ve fayda paketi oluşturulmasından sorumludur (Figueras, 2005: 14).

### 3.1.2. Bölgesel Yerel Seviyede Satın Almalar

Bölgesel yerel seviyede satın almalar, Batı Avrupa'daki sosyal sağlık sigortasına dayalı Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya ve Hollanda gibi ülkeleri kapsamaktadır. 1990'lı yıllarda merkezi, planlı, daha gelişmiş komuta-kontrol sistemleri içeren sosyal sağlık sigortası sistemlerine geçen Rusya Federasyonu, Çek Cumhuriyeti, Letonya ve Slovakya gibi ülkeler Batı Avrupa tarzı sosyal sağlık sigortası planlarını benimsemelerine rağmen, bu programları farklı bir ekonomik, sosyal ve siyasi iklimde işletmektedirler (Figueras, 2005: 15).

#### İtalya

İtalyan Ulusal Sağlık Servisi dahilinde, 1992 reformları bölgelere sağlık sistemi organizasyonu ve yönetimi için büyük sorumluluklar vermiştir. Bölgeler, bütçelerinin büyük kısmını merkezi bir hükümet tarafından ağırlıklı olarak bir kalkınma formülüyle bu kaynakların farklı programlar arasında nasıl tahsis edileceğini seçebilmektedirler. Hizmetlerin fiilen sağlanması, yerel sağlık birimleri ve bağımsız hastane tröstleri aracılığıyla mikro veya yerel seviyede yürütülmektedir (Figueras, 2005: 15).

#### İspanya

İspanya'da benzer bir bölgesel tabanlı yerel sistemler ile çalışmaktadır ve tüm bölgeler (10 bölge) bölgesel tabanlı satın alma işlevine sahiptir ve merkezi hükümet sadece geniş düzenleyici işlevleri elinde tutmaktadır (Figueras, 2005: 15).

### 3.1.3. Mikro Seviyede Satın Almalar

#### Almanya

Almanya'nın sağlık sistemi, hastalık fonu temelli olup, 750'nin üzerinde hastalık fonu bulunmaktadır (European Observatory on Health Care Systems, 2000). Almanya'da Ocak 2003'te yaklaşık 70.9 milyon sigortalı yaklaşık 50.3 milyon üye ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişiler için sağlık bakım sağlayan 319 yasal sağlık fonu bulunmaktaydı. 2003'te bu fonlardan en büyük kategoriyi (257 şirket temelli fonlar) oluşturmaktadır. Diğerleri ise bölgesel sağlık fonları (AOK), ikame fonlar (Ersatzkassen) ve lonca fonlarıdır. 1990'lı yıllar boyunca sağlık fonları arasında bir dizi birleşme gerçekleşti ve bunun sonucu olarak sayı 1994'de 1146'dan 2004'te 290'a düştü. Bu durumun temel sebebi; hastalık fonlarının, fonları bir araya getirme ve dağıtma konusundaki ölçek ekonomilerini artırma çabalarıdır. Ayrıca Almanya'da özel sigorta sektörü değerlendirildiğinde, 2003 yılında 52 özel sağlık sigortası bulunmaktadır ve sosyal sigorta planının dışında olan 7,1 milyon kişiye kapsamı sağlanmıştır (Figueras, 2005: 15).

#### Hollanda

Hollanda, sağlık fonları ve özel sigortalardan oluşan bir karışıma dayalı yeni bir meso satın alma örneği sunmaktadır. Sağlık fonları, kendilerine kayıtlı kişiler için sağlık bakım satın almakla yükümlü olmayan kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. Çoğunun hayırsever kökenleri vardır ve başlangıçta bölgesel olarak dayanmaktaydı. 1980'lerin sonlarında, 40'tan fazla bölgesel sağlık fonu vardı ancak bu fonlar birleşmeye tabi tutulmuştur. 2004 yılında, nüfusun yaklaşık % 60'ı ülke genelinde faaliyet gösteren 22 sağlık fonunu bulunmaktaydı. Bunun dışında nüfusun geri kalan kısmı, özel sigortacılara sigorta yaptırmaktadır (Figueras, 2005: 15).

#### Fransa

Fransa, güçlü bir mezo düzeyinde satın alma sistemi kullanan ülkelerdendir. Ana sağlık sigortası şeması 16 bölgesel büro ve 129 yerel fon bürosu ağına sahiptir. Bu sağlık fonları sağlık hizmetlerini satın almaktan sorumludur: sigortalılar adına sağlayıcılarla hizmet anlaşması yapılması ve ulusal düzeyde profesyonel birliklerle anlaşmalar yapılarak tarifeler konulması. Yerel fon ofisleri, sağlayıcılara ödemeler yapmaktan sorumludur. Bu ofislerin tümü, ulusal fon organizasyonu tarafından yürütülen bir denetleme işlevine tabi olmakla birlikte, kendi kuralları ve bir dereceye kadar yönetsel özerkliğe sahip kar amacı gütmeyen kuruluşlardır. 1996 yılında Fransa'da başlatılan önemli bir değişiklik, bölgesel sağlık kuruluşlarının ve devlet arasında ortak girişimler olarak kurulmasını içermektedir. Bu ajansların, hem kamu hem de özel hastanelerle

sözleşme yapabilmeleri yoluyla satın alma konusunda büyük sorumluluğu bulunmaktadır (Figueras, 2005: 17).

### **Rusya Federasyonu**

Rusya Federasyonu'nda 1993 yılında yürürlüğe giren zorunlu sağlık sigortası, federal zorunlu sağlık sigortası fonu (MHIF) ve bölge düzeyinde bölgesel MHIF'lerin kurulması yoluyla bir alıcı-sağlayıcı bölünümü yaratmıştır. Federal fon 89 bölgesel fonun denetlenmesinden ve düzenlenmesinden ve eşitleme mekanizmasının uygulanmasından sorumludur. Bölge fonları, çalışan nüfus adına işverenlere karşı % 3.6'lık bir maaş vergisinden ve çalışan olmayan nüfus adına (çocuk, emekli, işsiz, vs.) bölgesel hükümet katkılarından dolayı sigorta gelirlerini toplar ve yönetir ve bu fonları üyeleri adına sağlık hizmeti alan sağlık sigortası şirketlerine veya bölgesel MHIF şubelerine dağıtmaktan sorumludur (Figueras, 2005: 17).

### **Çek Cumhuriyeti**

Çek Cumhuriyeti şu anda meso satın alanlar gibi faaliyet gösteren dokuz sağlık sigortası fonuna sahiptir. En büyük, Genel Sağlık Sigortası Fonu, devlet tarafından verilir ve nüfusun yaklaşık % 71'ini (7,3 milyon kişi) kapsar. Diğer fonların her biri 113.000 ila 807 000 kişiyi kapsamaktadır. Bu fonlar ulusal, şirket tabanlı veya profesyonel gruplar etrafında organize edilmiştir. Bunların hepsi devletten hükümetten bir ölçüde özerkliğe sahip, kamuya açık, kar amacı gütmeyen kuruluşlardır (Figueras, 2005: 17-18).

### **Finlandiya**

Finlandiya sisteminde, satın alma sorumluluğu, ortalama 11 000 kişiyi kapsayan 448 belediye meclisine (aslında 1000'den 500 000'den fazla aralıklarla) dayanmaktadır. Her konsey sakini dört yılda bir seçilir ve konseyden sorumlu olan bir yönetim kurulu tayin edilmektedir. Konsey ayrıca sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler de dahil olmak üzere çeşitli belediye komitelerine üyeler atamaktadır. Belediye meclisi, belediye yönetim kurulu ve komiteler siyasete seçmenlerden sorumludur. Finlandiya sistemi, yerel yönetim (belediye) sorumluluğuna uzun zamandan beri bağımlı olsa da, 1993 yılındaki Hükümet Sübvansiyon Reform Yasasına bağlıdır. Ek olarak, belediyeler kendi başlarına ya da diğer belediyelerle bir araya gelerek, kendi seçtikleri sağlayıcılardan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini satın almaya yetkilidirler (Figueras, 2005).

### **İngiltere**

İngiltere'de reform süreci, 1991'de başlamıştır. Bu süreç kapsamında, hastalar için ikinci basamak sağlık hizmetleri satın almak için tahsis edilen fonların bulunduğu birinci basamak sağlık hizmetleri seçilmiştir. 1998 yılına gelindiğinde, nüfusun % 60'ını kapsayan birinci basamak uygulamaları bulunmaktadır. 1997'de göreve başlayan yeni İşçi Hükümeti, fundhold'u kaldırmış ve birincil bakım güvenliği sistemine sahip ülke çapında bir sistem kurulmuştur. Yaklaşık 300 adet birinci basamak sağlık kuruluşu birincil ve toplumsal sağlık hizmetleri geliştirme ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini devreye alma sorumluluğunu taşımaktadır. Nisan 2004'den itibaren, satın alma bütçeleri toplam Ulusal Sağlık Hizmeti bütçesinin yaklaşık % 75'ini temsil etmektedir (Figueras, 2005: 19).

### **Rusya Federasyonu**

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde satın almaya ilişkin ilk yaklaşımlar 1987-1991 yılları arasında eski Sovyetler Birliği'nde de gerçekleşti. St Petersburg, Kemerovo ve Samara'da, pratisyen hekim grupları ve birinci sınıf poliklinikler, başkent temelli bütçeler alan bir fon sahibi haline gelmiştir. Böylelikle hastalar için tanı testleri, ayakta tedavi hizmetleri ve hastane bakımı satın alabilmişlerdir (Figueras, 2005: 20).

## **3.2. Yatay Organizasyon**

Yatay organizasyon, satın alanların içinde faaliyet gösterdiği piyasa yapılarının niteliği ile ilgilidir. Rekabetçi satın alımlar ve rekabetçi olmayan satın almalar olmak üzere iki türü bulunmaktadır. Bu kapsamda bir sonraki başlıkta bu iki tür satın alımlara ilişkin ülke örnekleri verilmektedir.

### **3.2.1. Rekabetçi Olmayan Satın Alımlar**

Hemen hemen tanımına göre, makro alıcıların çoğu tekel durumdadır. Genellikle, merkezi bir devlet kurumu, alt düzey kuruluşları satın alma veya kontrolden sorumludur. Bu nedenle, kamu sistemi içerisinde rekabet için herhangi bir alan yoktur. Teorik olarak, özel sigortacılar kamu tekel alıcısı ile rekabet edebilecekler, ancak pratikte bu ülkelerde özel sigorta az gelişmiş durumdadırlar ve etkili bir rekabet sunacak yeterince büyük bir sektör bulunmamaktadır. Litvanya, makro, rekabet gücü olmayan, on bölgesel şubeye sahip tek bir ulusal sağlık fonu olan bir sisteme sahiptir. Tüketicilerin tek bir sağlık fonu kullanmaktan başka seçeneği

yoktur ve bu nedenle sigortalı nüfus için rekabet söz konusu değildir. Özel sigortalar yalnızca devlet sağlık fonu kapsamına girmeyen negatif liste kalemlerini kapsamaktadır ve bu nedenle rekabet etmemektedirler. İtalya ve İspanya ise bölgesel hükümetlere satın alma sorumlulukları veren ülkelerdendir ve rekabetçi olmayan ortamlarda faaliyet gösteren mezo alıcıları bulunmaktadır. Böylece tipik olarak bölgesel tercihleri yansıtan bir sağlık sistemi hazırlama özgürlükleri bulunmaktadır ve bu nedenle satın alma düzenlemelerinde ve bölgeler arasında hizmet sunum modellerinde önemli farklılıklar vardır. Bu anlamda daha heterojendir. Özel sektörün rolü sınırlı bir rekabet içermektedir. Örneğin, İspanya'da nüfusun yaklaşık % 10'u bir şekilde özel sağlık sigortasına sahiptir. İtalya'da ise özel sigorta penetrasyonu çok daha iyi. 1999'da hanehalklarının yaklaşık % 30'unun özel sağlık sigortası kapsamında (Figueras, 2005: 20-21).

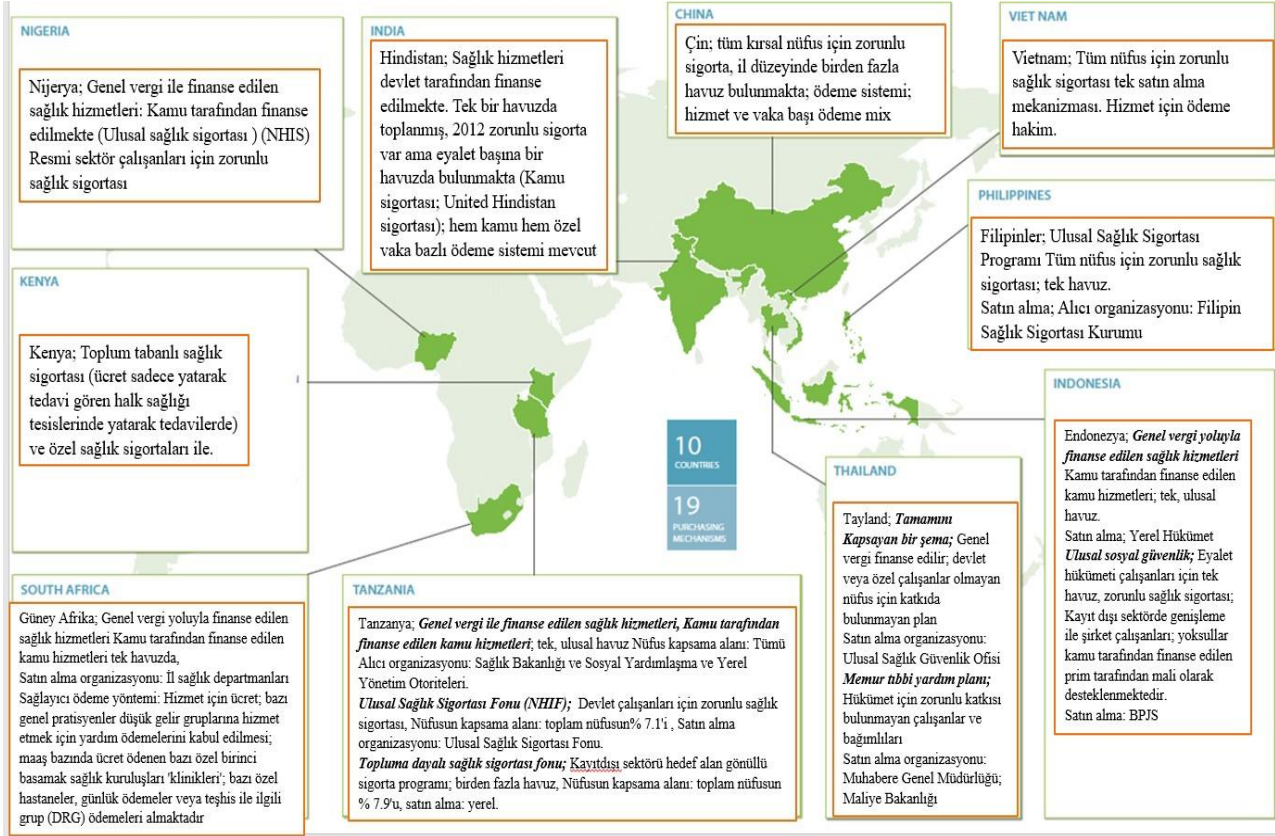
### 3.2.2. Rekabetçi Satın Alımlar

Avrupa sağlık sistemlerinde alıcı rekabetinin genel olarak yokluğuna rağmen, rekabet unsurlarının bulunduğu bazı durumlarda vardır. Piyasa tipi mekanizmalar, hem Almanya'da, Hollanda'da hem de Rusya Federasyonu'nda etkili olmuştur (Figueras, 2005: 22). Almanya'da, rekabet politikası, mevzuatın sigorta fonları arasındaki artan rekabete zemin hazırladığı ve sigortalılar için ücretsiz fon seçimini sağladığı 1993'e dayanmaktadır. 1996'da, sigorta şirketleri arasındaki prim artış oranını sınırlandırmak için bir takım tedbirler rekabeti kullanmayı ve hastalar arasında ek ödemeler getirerek daha fazla maliyet bilincini teşvik etmeyi amaçlayan daha güçlü mevzuatlarla güçlendirilmiştir. Fonlar arasındaki rekabet çoğunlukla fiyat açısından gerçekleşmektedir. Bununla birlikte, fonlar arasındaki riski düzeltme primlerin bir şekilde yaklaşmasına ve rekabet baskılarında bir azalmaya yol açmıştır. Bununla birlikte, fonlar arasında seçim yapılması, fonlar arasında üyelerin kayda değer hareketine yol açmıştır. 1997'den 1999'a kadar üç yıl boyunca, bölgesel fonlara üyelik yaklaşık 1.2 milyona düşerken, şirket fonlarına üyelik yaklaşık 1.8 milyon artmıştır (Figueras, 2005: 23). Hollanda, son yıllarda alıcı organizasyonlar arasında daha fazla rekabete doğru yönelen ülkelerdendir. Dekker Raporunda (1987) belirtilen reform önerileri, yönetilen veya düzenleyici bir çerçeve içinde hem talep tarafı hem de arz tarafı için rekabet programı öngörmekteydi. 1990'ların ortalarına doğru, piyasa odaklı bir yaklaşımdan; yönetime ve planlamaya daha fazla ağırlık veren bir adım geri çekilmiş ve 1992 yılında, sağlık fonları, bölgesel bazda genişletilmiştir. Dahası, özel sağlık sigortası kapsamında sağlık fonu üyelerine kayıt oldukları sigorta şirketleri arasında daha fazla seçenek verilmesi nedeniyle rekabet artmıştır. 1995-1999 yılları arasında bir hastalık fonu önemli sayıda üye (yaklaşık 100 000) kazanırken, diğer dört kişi 20.000'den fazla üyeyi kaybetmiştir (Figueras, 2005: 22-23). Avrupa'daki satın alma örneklerinin yanın da Asya ülkelerinde de benzer satın alımlar gerçekleşmektedir. Şekil 3 incelendiğinde Asya ülkelerinin sağlık finansman sistemlerinin de benzer özellikler taşıdığı, Hindistan, Tanzanya, Nijerya ve Vietnam gibi ülkelerde tek bir finansman organizasyonu bulunmaktadır ve bu kurum nüfus adına sağlık hizmetlerini finanse etmektedir. Kenya ve Tanzanya' da ise toplum tarafından finanse edilen Toplum Tabanı Finansman sistemlerinin kullanıldığı bunun yanında Tanzanya'da Ulusal Sağlık Sigortası Fonunda bulunduğu görülmektedir.

## 4. SONUÇ

Sonuç olarak, sağlık satıcısı organizasyonları oldukça karmaşık bir yapı göstermekte ve ülkeler, birden fazla satın alma seviyelerine sahip olabilmektedir. Bu durum, ülkeden ülkeye değişiklik göstermekte olup, ülkelerin sağlık finansman yapısında satın alma organizasyonları çeşitli politik, ekonomik, kültürel, sosyo-demografik, tahsisat ve verimlilik politikalarına göre değişiklik gösterebilmektedir. Bu çalışmada sağlık hizmetleri finansmanında satın almanın bazı belirgin özelliklerini işlenerek değerlendirilmiştir. Ayrıca ülkelere göre sağlık finansman yapısı değerlendirilmiş ve ülkeler, dikey (makro, bölgesel ve yerel); yatay (rekabetçi ve rekabetçi olmayan) satın alma düzeylerine dayanan bir tipoloji ile ele alınmıştır.





Şekil 3. Asya Ülkelerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanda Satın Alma Örnekleri

Kaynak: Responsilient & Responsive Helath System (2014).

## KAYNAKLAR

- European Observatory on Health Care Sytems. (2000). Health Care Sytems in Transition: Germany. European Observatory on Health Care Systems.
- Figueras, R. J. (2005). Purchasing to Improve Health Systems Performance. USA: Open University Press.
- Gottret, P., & Schieber, G. (2006). Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The World Bank.
- Hensher, M. 2001. Financing Health Systems through Efficiency Gains. World Health Organization, Geneva.
- Honda, A (2014). What is Strategic Purchasing for Health?. Responsilient & Responsive Helath System: RESYST (2014). Erişim Tarihi. Ekim 2017.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis Of Health Care Financing Arrangements, Health Policy, 56(3): 171–204.
- Mossialos, D. and Figueras, K. (2002). Funding Health Care Options for Europe. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Murray, C.J. and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, Bulletin of the World Health Organization, 78(6): 717–31.
- Oliver, A.J. (1999). Risk Adjusting Health Care Resource Allocation: Theory and Practice in the United Kingdom. the Netherlands and Germany. London: Office of Health Economics.
- Preker, A. S., and J. Langenbrunner. 2005. Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor: The World Bank.
- Van de Ven, W.P.M.M., Van Vliet, R.C., Van Barneveld, E.M. and Lamers, L.M. (1994) Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in the Netherlands, Health Affairs, 13(5): 120–36.
- WHO. (2010). Financing for Universal Coverage. The World Health Report. World Health Organization, Geneva.