

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ: GENEL SAĞLIK
SİGORTASININ GELİŞİMİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan GÖKMEN

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

AĞUSTOS 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ: GENEL SAĞLIK
SİGORTASININ GELİŞİMİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Sultan GÖKMEN

1103810169

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Programı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ercan SANCAK

Türk Hava Kurumu Üniversitesi Sosyal Bilimler, Enstitüsü'nün 1103810169 numaralı Yüksek Lisans öğrencisi, "Sultan GÖKMEN", ilgili yönetmeliklerin belirlediği gerekli tüm şartları yerine getirdikten sonra hazırladığı "TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ: GENEL SAĞLIK SİGORTASININ GELİŞİMİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ" başlıklı tezini, aşağıda imzaları olan jüri önünde başarı ile sunmuştur.

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Ercan SANCAK
Turgut Özal Üniversitesi



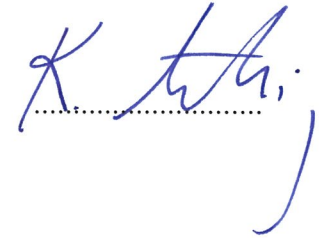
.....

Jüri Üyeleri : Doç. Dr. Ercan SANCAK
Turgut Özal Üniversitesi



.....

: Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



.....

: Yrd. Doç. Dr. Asım YÜZBAŞIOĞLU
Türk Hava Kurumu Üniversitesi



.....

Tez Savunma Tarihi: 31 Ağustos 2015

**TÜRK HAVA KURUMU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, “TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ: GENEL SAĞLIK SİGORTASININ GELİŞİMİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ” adlı çalışmamın, tarafımdan akademik etik ve kurallara aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım kaynakların kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

24.08.2015

Sultan GÖKMEN



ÖNSÖZ

İnsan sağlığının nerede, ne zaman ve ne şekilde bozulacağı tam olarak bilinmemekte, dolayısıyla her an kolay karşılayamayacağı giderlerle karşılaşabilmektedir. Sağlık sigortası, sağlıklı bir yaşam ve kaybedilen sağlığı yeniden kazanılması için hayati önem taşımaktadır.

Sağlık hizmetleri, bir ülkeyi yaşanılır kılan en önemli göstergelerden biri olarak kabul edilir. Ülkeler mevcut sağlık sistemlerini gelişen ihtiyaçlar ile uyumlu hale getirmek için çalışmalar yürütmektedir.

Türkiye’de, son yıllarda sağlık politikalarında önemli değişiklikler yapılmış, “*insanı yaşat ki devlet yaşasın*” anlayışı ile tüm vatandaşlarına eşit, hakkaniyetli ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması ve sağlık alanında istenilen reformların gerçekleştirilmesi amacıyla bu alanda köklü değişiklikleri içeren bir dönüşüm programı başlatılmıştır. 2008 yılında uygulanmaya başlanan ve sosyal sigortacılıkta değişim ve dönüşümü beraberinde getiren yeni sistemin özellikleri, nasıl işlediği, uygulamada getirdiği yenilikleri, sistemin gelişim süreci ve sürdürülebilirliğine ilişkin detaylı bilgilere ihtiyaç duyulmaktadır. Geline nokta itibarıyla uygulama sürecini inceleme ve sistemin gelişimi ile ilgili sonuçları değerlendirme amacıyla bu tez çalışması gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma kesinlikle daha ayrıntılı olarak gözden geçirilebilir ve geliştirilebilir. Yine de bu çalışmanın, mevcut sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin geliştirilmesinde kısmen de olsa katkıda bulunabileceğini umuyorum.

Bu çalışma için beni yönlendiren, tezin hazırlanmasında rehberliğini esirgemeyen, bilgi ve tecrübesi ile karşılaştığım zorlukları aşmamda yardımcı olan, değerli görüş ve düşünceleriyle tezin tamamlanmasına katkıda bulunan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Ercan SANCAK ile diğer juri üyeleri Yrd. Doç. Dr. Kemal TEKİN ve Yrd. Doç. Dr. Asım YÜZBAŞIOĞLU’na,

Tezin her aşamasında hep yanımda olan, gösterdiği sabır ve anlayışla birlikte yardımlarını hiç esirgemeyen eşim Dursun GÖKMEN’e,

Çalışma boyunca cıvıltılarıyla her zaman renk katan ve şu an 6 yaşında olan kızım Büşra Ceylin ve 18 aylık olan oğlum Ahmet Selim’e,

Ayrıca, verdikleri maddi manevi desteklerinden dolayı annem, babam, kardeşlerim ve arkadaşlarıma candan teşekkür ederim.

Ağustos 2015

Sultan GÖKMEN

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	7
1. SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ	7
1.1 Teorik Yapı: Literatür ve Kavramsal Çerçeve	7
1.1.1 Literatür Özeti	8
1.1.2 Kavramsal Çerçeve	13
1.1.2.1 Sağlık sistemi	13
1.1.2.2 Sigortacılık sistemi	16
1.1.2.3 Sosyal güvenlik sistemi	22
1.2 Sağlık Sigortacılığı	27
1.2.1 Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi	28
1.2.2 Sağlık Sigortacılığının Ekonomideki Yeri ve Önemi	30
1.2.3 Sağlık Sigortacılığının Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri	31
1.2.4 İdeal Sağlık Sistemi ve Sağlık Sigortacılığı Faaliyetleri	32
1.3 Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	34
İKİNCİ BÖLÜM	39
2. DÜNYA'DA SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ	39
2.1 Dünyada Kabul Gören Sağlık Sistemi ve Finansman Modelleri	40
2.1.1 Ulusal Sağlık Sistemi Modeli	42
2.1.1.1 İngiltere uygulaması	42
2.1.2 Sosyal Sigorta Modeli	45
2.1.2.1 Almanya uygulaması	45
2.1.3 Özel Sigorta Modeli	47
2.1.3.1 ABD uygulaması	48
2.2 Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Harcamalarına Genel Bir Bakış	50
2.2.1 Sosyal Sağlık (SGK Bütçesi) Harcamaları	56
2.2.2 Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Göstergeler	60
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	63
3. TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ	63
3.1 Türkiye'de Sağlık Sisteminin Mevcut Yapısı	64
3.1.1 Yönetim	64
3.1.2 Sistem Yapısı ve İşleyişi	66
3.1.3 Hizmet Sunumu	66
3.1.4 Sağlık Harcamaları ve Finansman Yapısı	67

3.2	Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı	69
3.2.1	Türkiye’de Reform Öncesi Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları	71
3.2.2	Türkiye’de Sağlık Reform Süreci	72
3.2.3	Sağlıkta Dönüşüm Programı	75
3.3	Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi	78
3.3.1	Genel Sağlık Sigortasının Tarihçesi	78
3.3.2	Genel Sağlık Sigortası’nın Avantajları	80
3.3.3	Genel Sağlık Sigortası’nın Dezavantajları.....	80
3.3.4	Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Sistemi.....	82
3.3.4.1	Genel sağlık sigortasının tanımı ve amacı	82
3.3.4.2	Genel sağlık sigortası gelişimi ve temel esasları	83
3.3.4.3	Genel sağlık sigortası kapsamı.....	85
3.3.4.4	Genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri	87
3.3.4.5	Katılım payı ödenmesi koşulu.....	90
3.3.4.6	Sağlık hizmet bedelleri.....	92
3.3.4.7	Sağlık hizmetlerinin sunumu ve ek ücret.....	93
3.3.4.8	Yurtdışında tedavi	94
3.3.5	Genel Sağlık Sigortası ve Sevk Zinciri	94
3.4	Genel Sağlık Sigorta Sisteminin Sürdürülebilirliği.....	95
3.5	Genel Değerlendirme	97
	DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	107
	4. SONUÇ VE ÖNERİLER	107
	KAYNAKÇA	112
	ÖZGEÇMİŞ	121

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.1 : Sosyal Sigorta ve Özel Sigorta Ayırımı.....	26
Tablo 1.2 : Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi.....	29
Tablo 1.3 : Sağlık Finansman İşlevi ve İlgili Politikalar.....	35
Tablo 2.1 : Sağlık Sistemleri Modelleri	40
Tablo 2.2 : Bazı OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	53
Tablo 2.3 : Bazı OECD ülkelerinin Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (ABD \$).....	54
Tablo 2.4 : Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirleri ve Sağlık Ödemeleri (Bin TL)	57
Tablo 2.5 : Yıllar İtibariyle SGK'nın Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL)	59
Tablo 2.6 : Yıllar İtibariyle İlacın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı(%)	59
Tablo 2.7 : Özel Sağlık Sigortası 2000-2013 Yılları Verileri	61

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1.1	: Sigorta Branşları.....	20
Şekil 1.2	: Sigorta Süreci	21
Şekil 1.3	: İdeal Sağlık Sisteminin Üç Boyutu	32
Şekil 1.4	: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	36
Şekil 1.5	: Dağıtım Yöntemi.....	37
Şekil 2.1	: İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi	43
Şekil 2.2	: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı OECD Ortalaması ve Türkiye 1995-2012 (%)	55
Şekil 2.3	: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları Türkiye ve OECD Ülkeleri Ortalaması (ABD \$).....	56
Şekil 2.4	: SGK Ana Bütçedeki Değişikliğin Yıllar İtibariyle Seyri (Bin TL).....	58
Şekil 2.5	: Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları	60
Şekil 2.6	: Sağlık Sigortası Alınan Prim, Teknik Kar ve H/P Oranı	62
Şekil 3.1	: Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sunumu ve Finansmanı Arasındaki İlişki	68
Şekil 3.2	: Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi.....	70
Şekil 3.3	: Sosyal Güvenlik Sistemi Açık Projeksiyonu (2005-2075)	73
Şekil 3.4	: SDP Öncesi ve Sonrası Sosyal Güvenlik Sistemleri.....	76
Şekil 3.5	: Sosyal Güvenlik Sisteminde Hedeflenen Yapı	77
Şekil 3.6	: Temel Sağlık Göstergeleri.....	96

KISALTMALAR

vb.	:	ve benzeri
YY., yy.	:	Yüz Yıl, yüz yıl
Bkz., bkz.	:	Bakınız, bakınız
SDP/HTP	:	Sağlıkta Dönüşüm Programı/Health Transformation Program
GSS/GHI	:	Genel Sağlık Sigortası/General Health Insurance
SSGSS	:	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
GSSİY	:	Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği
SHFK	:	Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu
SB	:	Sağlık Bakanlığı
ÇSGB	:	Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
SGK	:	Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	:	Sosyal Sigortalar Kurumu
ES	:	Emekli Sandığı
Bağ-Kur	:	Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Kurumu
MB	:	Maliye Bakanlığı
KB	:	Kalkınma Bakanlığı
HM	:	Hazine Müsteşarlığı
MEB	:	Milli Eğitim Bakanlığı
ASPB	:	Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
TBMM	:	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
YÖK	:	Yüksek Öğretim Kurumu
AB/EU	:	Avrupa Birliği/European Union
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ/WHO	:	Dünya Sağlık Örgütü/World Health Organization
DB/WB	:	Dünya Bankası/World Bank
OECD	:	Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
USH/NHS	:	Ulusal Sağlık Hizmeti/National Health Service
GP	:	Genel Pratisyen
HMO	:	Health Maintenance Organization
PPO	:	Preferred Provide Organization
ILO	:	Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	:	Uluslararası Para Fonu
GSYİH	:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
SGP	:	Satınalma Gücü Paritesi
SUT	:	Sağlık Uygulama Tebliği
M., m.	:	Madde, madde

ÖZET

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ: GENEL SAĞLIK SİGORTASININ GELİŞİMİ VE FİNANSAL SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ

GÖKMEN, Sultan

Yüksek Lisans, İşletme Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ercan SANCAK

Ağustos 2015, 133 sayfa

Bu tez çalışmasında, sağlığın güvence altına alınması için gerekli tedbirleri almayı amaçlayan sağlık sigorta sistemi ve Türkiye’de yeni bir finansman modeli olarak uygulanmaya başlanan GSS’nin yapısı, uygulanması ve gelişimi detaylarıyla ortaya konulması amaçlanmıştır. GSS’nin yaşanan sorunların ne kadarına çözüm olabileceği ve sistemin özellikle ekonomik açıdan sürdürülebilirliği irdelenmiştir.

Sağlık harcamalarının sonuçları ve topluma katkısı, temel sağlık göstergelerine bakılarak değerlendirilmektedir. GSS ile temel sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinde olumlu gelişmeler sağlanmıştır. Örneğin, son 10 yıllık periyottaki verilere göre, sırasıyla; Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda) 31,5’ten 7,4’e, Beklenen Yaşam Süresi 71,8’den 76,8’e ve Memnuniyet oranı ise %39,5’den %74,8’e ulaşmıştır.

Sosyal güvende etkinliği ve sürdürülebilirliği sağlayabilmek amacıyla yasal ve pratik düzenlemelerin geliştirilerek özel sigorta ve sektörel tecrübesinden daha fazla yararlanmanın isabetli ve yararlı olacağı, özel sağlık hizmet sunucularının GSS sistemine entegre edildiği modern bir sistemin uygulanmasının daha etkin olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Sistemi, Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik, SDP, GSS

ABSTRACT

HEALTH INSURANCE SYSTEM IN TURKEY: THE DEVELOPMENT AND FINANCIAL SUSTAINABILITY OF GENERAL HEALTH INSURANCE

GÖKMEN, Sultan

Master, Department of Management

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Ercan SANCAK

August 2015, 133 page

In this thesis study, it was aimed to investigate health insurance system aiming to take necessary precautions for securing health and the structure, implementation and development of GHI put into practice as a new model in Turkey. The fact that how much GHI resolves the living problems and sustainability of the new system especially economic point of view were studied.

The result of health expenses and their contribution to the society are evaluated by looking at the main health indicators. Positive improvements were provided at pleasure level against main health indicators and health services. For instance; Infant Dead Rate (out of thousand living birth) was decreased from 31,5 to 7,4, Supposed Life Span was increased from 71,8 to 76,8 and Pleasure Rate was increased from 39,5 % to 74,8 %, respectively.

It was concluded that, for ensuring efficiency and continuation in social security, it is well directed and beneficial for further utilization of private insurance and their sectorial experiences by improving legal and practical regulations and it will be more effective for using a modern system in which private health presenters are integrated to GHI system.

Keywords: Health System, Health Services, Health Insurance, Social Security, HTP, GHI

GİRİŞ

Toplumda kişilerin hayatlarını mutlu bir şekilde devam ettirmelerinde sağlıklı olma, en önemli sermaye olarak kabul edilir. Sağlığın bozulması söz konusu olduğunda tedaviye imkan veren sağlık hizmetlerinden yararlanır. Sağlık hizmetleri; Hastalıkları iyileştirmek suretiyle sağlığı korumak, iyileşmenin tam da sağlanamadığı durumlarda ise kişinin mevcut hali içerisinde bir başkasının yardımına ihtiyaç hissetmeden en yüksek kalitede hayatını sürdürebilmesi için yapılan hizmetlerin tümü olarak ifade edilmektedir. Hastalıklar ve bunlara karşı geliştirilen koruyucu hizmetler sağlık hizmetlerinin en önemli bölümünü oluşturmaktadır (Filiz, 2010).

Sağlık hizmetinin en temel özelliği ise belirsizlik ve öngörülemezliktir (Tokalaş, 2006). Sağlık sorunları karşısında başvuru alan tedavi incelemelerinde ve yol açacağı maliyetlerde de bu belirsizlik ve öngörülemezlik durumu söz konusudur (Besley, 1989 ve Appleby, 1992). Tedavinin ne zamana kadar süreceği, uygulanan tedavinin başarılı olup olmayacağı ve ne kadara malolacağı konusu önceden kesinlikle bilinmemekte ve öngörülememektedir. Bazı durumlarda karşılaşılan sağlık harcaması yılların maddi birikimini kısa sürede eritebilir büyüklüktedir. Bir çok insanın birikimi ve geliri, çoğu zaman, böylesine yüksek bir ödemeyi karşılamaya yetmez. Bu soruna “sağlık ekonomisi¹”nde “piyasa²”nın cevabı sağlık sigortası olmuştur (Şenatalar, 2003).

Ülkelerin gelişmişlik seviyelerinin belirlenmesinde sigortacılık, önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Devlet yapısında önemli iki temel sistem olan

¹ Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin bir alt dalıdır ve sağlık hizmetlerindeki kıt kaynaklarla uğraşır. Bu kaynaklardan en büyük sağlık çıktısını elde etmek üzere neler yapılacağı sağlık ekonomisinin en temel sorusu olarak bilinir. Çözüm için Neyi?, Kime?, Ne kadar? sorularına cevap aranır.

² Para karşılığında mal ve hizmet sunmak isteyen satıcılarla alıcıların buldukları yer olarak tanımlanır.

sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin kesiştiği temel nokta sağlık sigortacılığı alanı olmaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2012).

Sigortanın bir emniyet ve tasarruf aracı olması, ekonomik faaliyetlere fon oluşturan bir kaynak olması nedeniyle ekonomideki ağırlığı ile günümüzde önemli bir sektör haline gelmiş, özellikle gelişmiş ülkelerde topluma mal olmuştur. Günümüzde sigorta sektörü ülke ekonomileri açısından büyük bir önem kazanmaktadır.

Ülkede sağlık ekonomisinin giderek önem kazanması, insanların hastalanma riskini yükselten etmenlerin başlangıçta yok edilmesi amacıyla yürütülen koruyucu sağlık hizmetlerinin daha da önem kazanmasına neden olmuştur. Böylece gelecekte muhtemel sağlık harcamalarından bir anlamda tasarruf sağlanması amaçlanmıştır (Özkara, 2006).

Ekonomik kalkınmada tasarrufların önemi büyüktür. Sosyal refah seviyesinin önemli göstergelerinden biri kişi başına düşen gelirin arttırılmasıdır. Sigorta fonlarında sağlanan artışın tasarruflarda oluşturduğu büyüme, ekonomik anlamda büyüme ve gelişmeyi desteklediği için ülkelerin milli gelir seviyelerinde artış etkisi yapmakta, dolayısıyla kişi başına düşen gelirin artışında da etkili olmaktadır. Toplum oluştururan her fert, mensubu olduğu ülkenin kalkınmasında çok büyük bir öneme sahiptir. “Sürdürülebilir kalkınma³”, ancak “beşeri sermaye⁴”nin korunmasıyla mümkün olmaktadır (Altay, 2005 ve Uralcan, 2011).

Günümüzde toplam sağlık harcamaları ve özellikle ilaç harcamalarında önemli artışlar görülmektedir. Nüfusun artması ve yaşlanması, yeni teknolojilerin gelişmesi ve sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması gibi nedenlerle artan sağlık harcamaları, sağlığa ayrılan kaynakların kısıtlı olması sebebiyle, kaynakların ne şekilde tahsis edileceği sorunu gündeme getirmiştir. Ülkeler sahip oldukları kıt kaynakları daha etkin ve verimli kullanabilmek amacıyla, maliyetlerin çok önemli rol oynadığı noktadan hareketle, sağlık hizmetlerinde önceliklendirme yapmaları ve söz

³ Sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan bir takım düzenlemeler yapılarak gelişmiş ülkeler düzeyinin yakalanması ile insanın yaşam kalitesinin arttırılması çabası olarak tanımlanabilir. Mevcut kaynakların etkin kullanılması ve teknolojik gelişmeler sürdürülebilir kalkınmayı desteklemektedir.

⁴ Nitelikli insan gücü olarak ifade edilebilir. Kişiyeye istihdam olanakları sağlar. Sağlık ve eğitime yapılan yatırımlar beşeri sermayenin kalitesini arttırmaktadır ve ekonominin bütünü için üretken kapasitenin arttırılması anlamına gelir.

konusu kaynakları hangi sağlık hizmetlerinde değerlendireceklerine karar vermeleri gerekmektedir. Artan sağlık harcamalarının yanı sıra ortaya çıkan ekonomik krizler, ülkeleri sağlık harcamalarını kontrol altına alma anlamında politikalar üretmeye yönelmiştir (zdemir, 2014).

lkeler, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini muhtemel risklere karşı etkili ve verimli hale getirmeye çalışmaktadır. Sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve sürdürülebilir bir finansman yapısı oluşturmak amacıyla, farklı modeller uygulamaktadır.

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin zaman içinde artan maliyetlerini karşılayabilmek için kaynak oluşturma çabası olarak görülebilir. Sağlık finansmanının temel amacı, herhangi bir hastalık veya sağlık sorunuyla karşılaşıldığında, kişileri beklenmedik finansal yükten korumaktır. Dolayısıyla etkin bir sağlık finansman sistemi, kişilerin ödeme gücü olmadığı durumlarda sağlık hizmetinden yararlanamaması veya sağlık hizmetlerine yapacağı ödeme yüzünden daha da yoksullaşması sorununu azaltabilen veya ortadan kaldırabilen sistemdir (Dağ, 2013).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında önemli bir yere sahip olan sağlık sigortası, dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem kamu hem de özel sektörde sıklıkla başvurulan yöntemlerden biri olarak uygulanmaktadır.

Türkiye’de bugüne kadar uygulanan sağlık sistemine bakıldığında, hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir. Buna göre, bir taraftan işçi ve işverenler için sigortanın zorunlu olmasıyla primlerin zorunlu olarak ödenmesi talep edilirken, diğer taraftan devlet memurları ve mali gücü düşük kesimin desteklenmesi kamu yardımı ile sağlanmaktadır. Ayrıca, fonun açıklarının kapatılmasında devletin genel bütçesinin de zorunlu olarak kullanılması söz konusu olmaktadır. Bunların yanında özel sağlık sigortaları da küçük de olsa Türkiye’nin sağlık sisteminde yer almaktadır.

Türkiye, 2003 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin, kalitesinin ve etkililiğinin geliştirilmesine önem veren kapsamlı bir reform süreci başlatılmıştır.

2008 yılında uygulamaya giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu ile yeni bir sağlık örgütlenme modeline geçilmiştir. Bu

Kanun ile sosyal güvence kapsamındaki sigorta sistemleri SGK bünyesinde tek bir çatı altında toplanmış ve sosyal sigortacılık sisteminde köklü değişim ve dönüşümleri beraberinde getiren GSS ile sağlık hizmetlerinin modern bir yaklaşımla ele alınıp yaygınlaştırılması sağlanmıştır.

GSS, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını hedefleyen sağlık sigortası sistemi şeklinde tanımlanmaktadır.

Kavramda kullanılan genel ifadesi tüm vatandaşları kapsama alma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bir başka ifadeyle, çalışıyor olsun veya olmasın, sistemde herkesin asli hak sahibi olması gerekmektedir. GSS, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de konu, kapsam ve yöntem açısından kendine özgü düzenlemeleri olan bir sistem olarak uygulanmaktadır.

Toplumda insanların yaşam kalitesinin yükseltilmesi öncelikle sağlıklı olmalarını sağlamakla mümkün olabilmektedir. Sağlıklı olmaları için ise ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin belli bir kalitede ve erişilebilir nitelikte olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve etkin bir şekilde sunulması ve ihtiyaç anında herkesin sağlık hizmetine eşit bir şekilde erişiminin sağlanabilmesi için halihazırda işlediği haliyle sağlık hizmetleri ve sağlık sigorta sisteminin tamamen gözden geçirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu tez çalışmasında; insanın yaşamı boyunca en değerli sermayesi olan sağlığın güvence altına alınması için gerekli olan tedbirleri almayı amaçlayan sağlık sigorta sistemi ve Türkiye’de SDP kapsamında yeni bir finansman modeli olarak uygulanmaya başlanan GSS’nin yapısı, uygulanması ve gelişimi detaylarıyla ortaya konulması amaçlanmaktadır. GSS’nin bir süredir uygulandığı dikkate alınarak dönüşüm öncesi süreçte yaşanan sorunların ne kadarına çözüm olabileceği ve yeni sistemin özellikle finansal açıdan sürdürülebilirliği üzerinde durulmuştur.

GSS ile SDP’nin program bütünlüğü içerisinde ilişkilendirilebilen ve yer yer kısaca değinilen diğer bileşenlerden eşit hak ve yükümlülükleri içeren tek tip emeklilik sigortası ile primsiz ödemeler ve sosyal yardımlar konuları bu çalışmanın kapsamı dışında tutulmuştur.

GSS'nin uygulamadaki mevcut yapısı ile özellikle finansal açıdan sürdürülebilir olmadığı varsayılmaktadır. Bu varsayımın sınanması için, GSS ile oluşturulan Türkiye'deki yapı ve uygulama sonuçları ele alınmıştır. Farklı finansman modellerine örnek gelişmiş ülke sistemleri ve uygulamala sonuçları kıyaslanarak değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada, birincil ve ikincil veri kaynakları ile literatür taraması sonucu ulaşılan kaynaklar (kitap, makale, rapor ve benzeri akademik çalışma ve yayınlar)'dan yararlanılarak hazırlanmıştır. Bu anlamda çalışmada kullanılan veriler ağırlıklı olarak Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB), Kalkınma Bakanlığı (KB), Hazine Müsteşarlığı (HM) ve Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) istatistiklerine dayanmaktadır. Türkiye'nin sağlık alanında yeterli düzeyde olup olmadığını ortaya koyabilmek için Dünya Bankası (DB/WB), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ/WHO) ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) yayınları ve istatistiklerinden yararlanılmış ve OECD ortalamaları ile karşılaştırma yoluna gidilmiştir.

GSS ile gelen yeniliklerin hayata geçirilmesi, içselleştirilmesi ve sağlık göstergelerine yansımaları uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle, GSS gelişim süreci ile ilgili değerlendirme yapılabilmesi için sistemlerin erişim, hakkaniyet ve sürdürülebilirlik gibi kriterler açısından incelenmesi bir yöntem olarak tercih edilmiştir.

Bu tez çalışması yapılırken GSS'nin herkes tarafından kullanılabilirdiği, fakat çoğu kimsenin yeni sigortadan ne kadar faydalanabileceği veya faydalanabilmesi için gerekli olan koşulları bilmediği gerçeği⁵ de göz önünde bulundurulmuştur.

Konu, dört bölüm olarak ele alınacaktır.

Giriş bölümünde tezin konusu hakkında genel bilgiler verilecek, bölümler ve içeriği ile ilgili kısa açıklamalar yapılacaktır.

Birinci bölümde, konu ile ilgili teorik çerçevenin belirlenmesi için öncelikle literatürde yer alan bazı çalışmalar hakkında özet bilgiler verilecek ve sağlık,

⁵ GSS ile ilgili ÇSGB Alo 170 İletişim Merkezi'ne gelen çağrı kayıtları esas alınmıştır. 15.11.2010 – 31.12.2013 tarihleri arasında ALO 170 üzerinden sağlanan çağrı sayısı 11 Milyonun üzerindedir. SGK 'ya iletilen GSS ile ilgili konular % 9,01 oranıyla ilk üç konu arasında yer almaktadır. Bkz. (ÇSGB, 2013).

sigortacılık, sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık sigortacılığı temel kavramları ile ilgili kısa tanımlamalar yapılacaktır. Daha sonra sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi, ekonomideki yeri ve önemi incelenecektir. Devamında ideal sağlık sistemi ve sağlık sigortacılığı faaliyetleri üzerinde durulacaktır. Son olarakta, sağlık sigortacılığının en önemli alanı olan sağlık harcamaları ve finansmanı konuları genel olarak ele alınacaktır.

İkinci bölümde, Dünya genelinde uygulanan sağlık sistemleri ve finansman modelleri sırasıyla incelenecektir. Ayrıca, günümüzde ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yaptığı emsal ülke yaklaşımı ile verilecek, OECD ortalamaları ile karşılaştırma yapılacaktır.

Üçüncü bölümde, ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığın hakim olduğu ülkemizde SDP öncesi parçalı yapıda uygulanan sağlık sigorta sistemi incelenecektir. SDP öncesi sistemde karşılaşılan sorunlar ve sebepleri, bu sorunlara yönelik reformlar ve uygulama süreci ortaya konulacaktır. SDP en önemli bileşeni olan GSS'nin Türkiye'de Gelişimi analiz edilecek, sistemin yapısı, işleyişi ve finansman sorunlarına çözüm için uygun bir seçenek olup olmadığı irdelenecektir. Ayrıca, bir süredir uygulanan GSS ile ilgili genel değerlendirme ve sisteminin sürdürülebilirliğine yönelik çözüm önerisi ile çalışma sonuçlandırılacaktır.

Sonuç ve Öneriler bölümünde ise genel olarak çalışmanın tümünden elde edilen sonuçlara ve bu sonuçlar ışığında çıkarılabilecek önerilere yer verilecektir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ

Bu bölümde öncelikle literatürde yer alan bazı çalışmalar hakkında özet bilgiler verilecek ve sağlık, sigortacılık ve sosyal güvenlik sistemleri temel kavramları ve tanımlamalar üzerinde durulacak, sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık sigortacılığının (kamu ve özel) bu sistemler içerisindeki yeri kavramsal çerçevede incelenecektir. Buna ilaveten, sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi, ekonomideki yeri ve önemi incelenecektir. Devamında ideal sağlık sistemi ve sağlık sigortacılığı faaliyetleri üzerinde durulacaktır. Son olarakta, sağlık sigortacılığının en önemli alanı olan sağlık harcamaları ve finansmanı konusu genel olarak ele alınacaktır.

1.1 Teorik Yapı: Literatür ve Kavramsal Çerçeve

Sağlık sigortası, temelde sağlığın kaybedilme riskine karşı bir önlem alma ihtiyacından doğmuştur. Riski topluma yayan bir anlayışla oluşturulmuştur. II. Dünya Savaşı sonrası sağlık hizmeti sağlamada sosyal sigorta, farklı bir yöntem olarak benimsenmiş (Abel-Smith, 1986), zamanla yaygınlaşarak özellikle gelişmiş ülkelerde topluma mal olmuştur.

Günümüze kadar yaşanan süreçte sosyal sağlık sigortası ve diğer alternatif sistemler pek çok çalışmaya konu edilmiştir. Literatürde yer alan bazı çalışmalar ve kavramsal çerçeve hakkında özet bilgiler aşağıda verilmektedir.

1.1.1 Literatür Özeti

Sağlık Sigorta Sistemi ve GSS gelişim sürecinde çeşitli çalışmalara konu olmuştur. Bu çalışmalardan bazıları ile ilgili özet bilgiler kronolojik sıraya göre aşağıda verilmiştir.

Tiryaki ve Tatar (2000) tarafından yapılan çalışmada; öncelikle sağlık sigortası teorik boyutlarıyla ele alınmış, daha sonra özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri ve sigortadan duyulan tatmin düzeyine yönelik bir araştırma bulguları sunulmuştur. Araştırma, özel bir sağlık sigorta şirketine bağlı 348 sigortalıya özel olarak geliştirilen bir anketin uygulanması yoluyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonucu olarak kamu sağlık hizmetlerinin yeterli olmadığı durumlarda özel sağlık sigortalarına yönelimin olduğu ve önem kazandıkları yönünde bir değerlendirme ile sonuçlandırmışlardır.

Bilgel (2003) tarafından yapılan çalışmada; kamu ve özel ayırımına gidilmeksizin kişi başı sağlık harcamalarının belirleyicileri incelenmiştir. Sağlık harcamalarının; Kişi başına düşen Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH), pasif (15 yaş altı ve 65 yaş üstü) nüfusun toplam nüfusa oranı ve eğitilmiş nüfusun toplam nüfusa oranı gibi değişkenlerin bir fonksiyonu olduğu düşünülerek ilişki test edilmiş, yapısal değişimlerin etkileri bazı dönemler itibariyle belirlenmeye çalışılmıştır.

Sonuç olarak, sağlık harcamaları üzerinde 65 yaş ve üzeri nüfus oranının şimdiki ve bir yıl gecikmeli değerinin anlamlı bir etkiye sahip olduğu diğer değişkenlerin ise anlamlı bir etkide bulunmadığını bulgusuna ulaşılmıştır.

Dreger ve Reimers (2005), OECD ülkelerinde (21 ülkede) sağlık harcamaları, GSYİH ve tıbbi gelişmeler (yaşam beklentisi, yaşlı nüfus oranı, bebek ölüm oranı) arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. GSYİH'nin önemli ve açıklayıcı bir değişken olduğu, harcamaların gelir esnekliğinin ise 1'den küçük olduğu⁶, dolayısıyla sağlık harcamalarının lüks mal olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca tıbbi ilerlemenin

⁶ Bu durumda ürünün fiyatında büyük değişiklikler görülse de talepte çok az değişme söz konusudur. Böyle ürünler zorunlu tüketim ürünleridir.

ölçüsü olarak kullanılan yaşam beklentisi ve yaşlı nüfusun oranı da anlamlı etkiye sahip etkenler olarak belirlenmiştir.

Toor ve Butt (2005), sosyal ve ekonomik etkenlerin ülke sağlık harcamalarında önemli bir rolü olduğunu göstermişlerdir. Ayrıca, ülkede okur-yazar oranı, eğitim düzeyi ve GSYİH'nin artış oranının da sağlık harcamalarını olumlu yönde etkileyen önemli değişkenler olduğu bulgusuna ulaşmışlardır.

Aisa ve Pueyo (2006) tarafından yapılan çalışmada, kamu sağlık harcamaları özelinde yaptıkları incelemede, hükümetin sağlık harcamalarıyla ekonomik büyüme arasında monoton olmayan bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır.

Özellikle gelişmekte olan ülkeler için kamu sağlık harcamalarının yaşam süresi üzerindeki olumlu etkisinin sağlık yatırımlarına yapılan harcamalar ve yol açacağı diğer kaynak kayıplarını telafi edebileceği sonucuna varmışlardır.

Altay (2007) çalışmasında 1990'lı yıllardan itibaren küresel gelişmelerin etkisiyle sağlık sektöründe yaşanan değişimler ve Türkiye'deki durumu incelemiştir. Sağlık hizmetleri ve sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından durum değerlendirilmesi yapılmıştır.

Sonuç olarak, sağlık hizmeti satın kişilere özel sektör tarafından da sağlık hizmeti sunulmasının mümkün olduğu, fakat işsizliğin ve yoksulluğun yüksek olduğu ülkemiz için özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunumu ile yoksul ve muhtaçlara verilen diğer sağlık hizmetlerinin kamu ekonomisi kapsamında düşünülmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Yeni açılımlar için önemli olan, uygulamada ortaya çıkması muhtemel aksaklıkların büyümeden ve zamanında giderilmesinin sağlanmasıdır. Küreselleşmenin etkisiyle sağlık hizmetleri sunumunda görülen özelleştirme çabalarının, toplumda her bir kesime yönelik yürütülen hizmet üretimine engel oluşturmaması ve bu konuda gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerektiği belirtilmiştir.

Karagöz ve Tetik (2009) tarafından Türkiye'de uzun dönem kamu sağlık harcamalarını etkilediği düşünülen sosyal ve demografik değişkenlerin etkileri araştırılmıştır.

Sonuç olarak, incelenen değişkenlerin farklı seviyelerde bütünleşme derecesine sahip oldukları, özellikle demografik değişkenleri seviyeleri itibariyle durağanlık

özelliği taşıdıkları tespit edilmiştir. Uzun dönemde, bir önceki yılın sağlık harcamaları, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı ve önceki yılın personel ve altyapı harcamalarının anlamlı olduğu, modeldeki diğer değişkenlerin etkisinin anlamsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kısa dönemde, hiçbir değişkenin anlamlı bir etkiye sahip olmaması nedeniyle sağlık yatırımlarının uzun dönemli yatırımlar olduğu sonucuna varılmıştır.

Adıgüzel (2010) çalışmasında, 5510 sayılı kanunla yapılan reform ile daha çok kısa ve uzun vadeli sigorta kollarında yapılan değişikliklere değinmiş, sosyal güvenlik sisteminin sorunları ve çözüm önerilerine yer vermiştir.

Sonuç olarak, sosyal güvenlik sisteminde özellikle finansal sorunların yaşanmaya devam ettiği ve bundan sonra yapılacak olan çalışmalarda 5502 ve 5510 sayılı kanunlarla yapılmak istenen reformun sosyal güvenlik sisteminin sorunlarına ne düzeyde çözüm getirdiğinin incelenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Kaya (2010) çalışmasında 5510 sayılı Kanun'un GSS'ye ilişkin hükümlerini değerlendirmiş ve GSS'nin uygulanmasında ortaya çıkabilecek muhtemel sorunları değerlendirmiştir.

Sonuç olarak, kapsama alınan nüfusun artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması gibi nedenlerle sağlık harcamalarının giderek arttığı ve yapılan düzenlemelere rağmen halen finansal problemlerin devam ettiği tespit edilmiştir. Ülkemizde, sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayıramadığı, ayrılan kaynakların verimli bir şekilde kullanılması ve GSYİH' den sağlığa ayrılan payın artırılması mali açıkların giderilmesinde büyük önem taşıyacağı sonucuna varılmıştır.

Görmüş (2011) tarafından yapılan çalışmada, ülkemiz sağlık sistemi ve hizmetlerinde yaşanan neoliberal dönüşümün hangi çerçevede ve hangi yaklaşımlarla yapıldığı ve dönüşümünün ülkemiz sağlık sistemi ve sağlık insan gücü üzerindeki etkileri incelenmiştir.

Kahya (2011) sigorta olgusunun sigorta şirketleri, sigorta ettirenler ve sigortalılar için olduğu kadar tüm tarafları açısından önemini ortaya koyan bir çalışma yürütmüştür. Bu çalışmada, kendine özgü tekniği ve yaygın bir faaliyet konusu olan ve sigortacılık sektöründeki hizmet kalitesinin en önemli göstergesi kabul edilen fiyatlandırma konusu uygulamaya yönelik olarak ayrıntılarıyla ele alınmıştır.

Çelebi ve Cura (2013) tarafından yapılan çalışmada, sağlık sistemleri etkinlik göstergeleri açısından karşılaştırmalı olarak analiz edilmiştir. Ülkelerin sağlık sistemlerinin karşılaşılabileceği mali sorunlara da değinilmiştir.

Özet olarak, ülkelerin sağlık sistemlerinde zamanla iyileşmelerin yaşandığı ve sağlık sisteminin etkinliğinde gelir düzeyi farklılıklarının belirleyici olduğu sonucuna varılmıştır.

Dağ (2013) çalışmasında, Türk GSS sisteminin seçilmiş bazı ülke sistemleri ile karşılaştırmalı analizini yapmıştır.

Analiz sonucunda, ülke sağlık göstergelerinin seçilmiş ülke ortalamalarının bir hayli gerisinde seyrettiği, fakat GSS ile belirgin bir başarı ivmesinin yakalandığı belirtilmiştir.

Günümüz ve gelecek nesiller adına, yıllar geçtikçe sağlık hizmetine olan talebinin artacağı, buna karşın sağlık hizmeti maliyetlerinin daha da artacağı düşünülerek; Türkiye kaynaklarının en verimli kullanabileceği bir hizmet sunum modelinin oluşturulması gerektiği ifade edilmiştir. Bugüne kadar yapılan doğrulara sahip çıkarak, kamu veya özel ayırımına gidilmeksizin birinin eksikliğini bir diğersinin artışı ile beraber değerlendirerek kamu yararına uygun, kaynakların öngörülebilir, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, özel sektörün kamu sektörü tarafından hariç tutulan hizmetleri kapsayan, tamamlayıcı mahiyette ortak bir çözüm oluşturmanın önemine değinilmiştir.

Böylelikle; süpriz maliyetlerle karşılaşma riski en az olan, kaliteden ödün vermeyen, denetlenebilir ve sürdürülebilir yapıda bir GSS modelinin oluşturulabileceği sonucuna varılmıştır.

Öztuna (2014) yaptığı çalışmada; sosyal sigortalarda yeniden yapılanmanın performans üzerine etkisini, son yıllarda stratejik planlama alanında yaygın olarak kullanılan Kurumsal Karne Sistemi (Balanced Scorecard) ile araştırmıştır. SSK, ES ve Bağ-Kur'un tek çatı altında birleşmesi ile oluşan SGK'nın kurumsal performansını ölçmede kullanabileceği bir model önerisi yapılmıştır. Finansal boyutta; prim gelirlerinin toplam giderleri karşılama oranı, kayıt dışı istihdam oranı, tahakkuk eden Kurum alacakları tahsilat oranı, sağlık harcamaları, gelir-gider değişim oranına odaklanılmıştır.

Çalışmada sonuç olarak, günümüzde birçok ülkede sosyal güvenlik krizi yaşanmakta olduğu, bunların nüfusun yaşlanmasıyla oluşan sağlık harcamalarındaki artış ve işsizlik oranının yüksekliği⁷ olarak gösterildiği ve ülkemizde sağlık harcamalarının yükselmesine karşı SGK, gerekli önlemler almaya çalıştığı, örneğin, E-reçete sistemiyle sahte reçetelerin önüne geçildiği belirtilmiştir. Bu sayede, sağlık harcamalarının daha fazla artışının önlenebileceği şeklinde bir değerlendirme ile çalışma sonuçlandırılmıştır.

Hayaloğlu ve Bal (2015) tarafından yapılan çalışmada, 2000-2013 arası yılları kapsayan dönemlerde 54 ülke (üst-orta gelir grubu) için sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmada, toplam sağlık harcamaları ve beraberinde kamu ve özel sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkileri “*Panel Veri Analiz Yöntemi*”⁸ kullanılarak test edilmiştir.

Özet olarak, her bir sağlık harcamalarındaki (toplam, kamu ve özel ayrımlı) artış, üst-orta gelir grubu ülkelerde ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilemekte olduğu sonucuna varılmıştır.

Sağlık harcamalarının özellikle gelişmiş ülkelerde GSYİH içindeki payının giderek artması ile birlikte; Sağlık harcamaları ve finansmanın sağlanmasında sigortanın rolü, etkileri ve finansal açıdan gelişimi, harcamaları belirleyen faktörlerin neler olduğu, alternatif finansman yöntemleri ve Türkiye’de sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin içinde bulunduğu durumu konu alan bir çok çalışma yapılmıştır (Oksay, 2007 ve Gümüş, 2010).

2003 yılı sonrası hizmet sunumundan finansmana, yetişmiş insan gücünden bilgi sistemlerinin yaygın kullanılmasına kadar ilgili birçok konuda köklü değişikliklere gidilmesini sağlayan bazı çalışmalar literatürde önemli bir yer tutmaktadır (Sarp ve Yiğit, 2014 ve WHO, 2012).

⁷ Global veriler, dünya genelinde 200 milyondan fazla genç nüfusun çalışmak istediği halde bir işe sahip olamadığını göstermektedir. Genç işsizliği problemi o kadar yaygın hale gelmiş durumda ki, işsizlik tehdidi altında bir nesilden bahsedilmektedir.

⁸ Zaman boyutuna sahip kesit serilerini kullanarak ekonomik ilişkilerin tahmin edilmesi yöntemine panel veri analizi adı verilmektedir.

1.1.2 Kavramsal Çerçeve

Konu ile ilgili temel kavramlar ve tanımlamalar aşağıdaki şekilde yapılmıştır.

1.1.2.1 Sağlık sistemi

Genellikle içiçe geçmiş ve karmaşık bir yapıda işleyen büyük bir sistemdir. Sistemin temel amacı insan sağlığını iyileştirmek, geliştirmek ve korumak üzere her türlü süreç ve faaliyetin kapsanması ve belli bir etkileşimle düzenli olarak sağlanmasıdır. Bu sistem içerisinde tüm kaynaklar, kurum ve kuruluşlar yer almaktadır.

Amaç insanların sağlıklı olmalarını sağlamak ve bu durumu koruyup geliştirmek suretiyle hastalık yükünü azaltmak ve toplumu sağlıklı kılmaktır.

a)Sağlık

Sağlık, hayatın kaynağı olarak tanımlanır. Sağlıklı olmak, insan için en büyük zenginliktir ve aynı zamanda en büyük mutluluk kaynağıdır.

Sağlık, temel insan haklarından biri olarak kabul edilir ve toplumda her insana yeterli düzeyde sağlanması gerekmektedir.

Sağlık olmadan diğer mal ve hizmetlerin çok bir anlamı olmayacaktır. Sağlığın vazgeçilmez bir servet değerinde olması en temel özelliğidir (WHO, 1981).

Sağlık, genellikle hastalığın olmayışı olarak bilinir. Hastalık ise en basit yakınma veya normalden sapma durumu olarak ifade edilirken bazı insanlar kendilerini çok rahatsız etmeyen yakınmalarını hastalık olarak kabul etmezler. Yani, hastalığın tanımı da sağlık kadar belirsizlikler içermektedir (Akın, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün anayasa metninde yer verilen sağlık tanımı literatürde geçen en geçerli tanım olarak kabul edilmektedir. DSÖ'nün 1948'deki tanımına göre "Sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik durumudur" denilmektedir (Akın, 2007).

Bu tanımda dikkati çeken husus, sağlığın sosyal bakımdan iyilik haliyle ilişkisidir. Fiziksel rahatsızlık (hastalık, sakatlık) yanında, ruhsal ve toplumsal rahatsızlıkların da olmamasını gerektirir. Dolayısıyla sağlık kavramı insan, aile, çevre ve toplum sağlığı kavramı ile uyumlu olarak ele alınmalıdır.

Bir ülkenin en önemli kaynağı insandır. Toplumunu oluşturan insanların ve dolayısıyla toplumun en büyük zenginliği ise sağlığıdır. İnsanların sağlıklı olmalarının temini ve bu durumun sürdürülebilir olması, tüm dünya ülkelerinin en nihai toplumsal hedefidir.

Günümüz dünyasında sağlıklı insanlara sahip olmak toplumsal barış ve refahın, ekonomik büyüme ve kalkınmanın da en temel unsuru sayılmaktadır (Hayaloğlu, 2015).

b)Sağlık hizmetleri

İnsan sağlığı korumak, geliştirmek, hastalananlara zamanında müdahale ederek iyileştirmek amacı ile sunulan hizmetlerin bütünü sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır (Tengilimoğlu, 2009). Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici hizmetler olmak üzere 3 (üç) grupta⁹ toplanan sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde sunulabilmesi, gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin daima gündeminde yer alan öncelikli sorunlar arasındadır (Deloitte, 2012).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık ortaya çıkmadan önce alınabilecek her türlü önlemi içermektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklı sonuçlarla ilgilenmek için düzenlenmiş hizmetlerdir ve genellikle basamaklı bir yapıda sunulmaktadır. Basamaklı olarak ele alınmasının sebebi ise sistematik bir yaklaşımla sağlık sorunları ve tedavi yöntemlerini kategorize edip daha fazla özel fayda sağlamak ve aralarında etkileşimli sevk sistemini oluşturmak amaçlıdır. Hastalıkların iyileştirilmesine yönelik olarak yapılan tıbbi müdahalelerin(cerrahi, ilaç kullanımı vs.) tümünü içermektedir. Rehabilitasyon hizmetleri ise ruhsal bozukluklar, kaza sonucu oluşabilecek sakatlık veya vücut organlarının etkin bir şekilde kullanılamaması gibi karşılaşılan kısıtlılık koşullarının ortadan kaldırılması yönelik olarak yürütülen özel nitelikte hizmetleri kapsamaktadır (Bayraktutan ve Pehlivanoğlu, 2012).

Sağlık, ekonomi biliminde, sağlık hizmetlerinin bir ürünü olarak kabul edilir. Sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı insanlara tek tek sunulur, dolayısıyla

⁹ Bazı kaynaklarda “sağlığı geliştirici hizmetler” alt başlığını sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasına ilave ederek 4 (dört) grupta incelendikleri görülmektedir. Bkz. (Kavuncubaşı, 2000)

fiyatlanması ve piyasada alınıp satılması mümkündür. Burada alınıp satılan sağlık değil, bilakis sağlık hizmetinin kendisidir (Şenatalar, 2003).

Sağlık hizmetleri değer üretme konusunda başarılıdır. Sağlık hizmetleri, taşıdığı bir takım özellikler¹⁰ nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklıdır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin üretiminde diğer mal ve hizmetlerden farklı bir piyasa yapısı ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 2013).

c)Sağlık sektörü

Sağlıkla ilgili mal ve hizmetlerin üretildiği, arz ve talep ilişkisine göre bütün paydaşların birarada buldukları ortama genel olarak sağlık sektörü denilmektedir. Sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler sağlık sektörünün konusudur ve insanların mutlu, kaliteli ve uzun bir yaşam sürmesinin sağlanması için yapılan planlı çalışmaların tümünü ifade etmektedir (Temür, 2010).

Sağlık sektörünü diğer sektörlerden farklı kılan bir takım özellikler¹¹ söz konusudur ve diğer mal ve hizmetler için geçerli olan uygulamalar ve ekonomik kurallar çoğu kez bu sektör için geçerli olmamaktadır.

Günümüzde sağlık sektörü gün geçtikçe gelişen ve büyüyen bir sektör olma özelliğini korumakta ve sektörü daha ileriye taşıyacak sağlık politikalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

d)Sağlık teknolojisi

Sağlık teknolojisi; kullanılan tıbbi cihazlardan, ilaç, cerrahi işlemler ve hizmetlerin sunulduğu sağlık sistemleri ve bunlarla ilişkili her türlü teknik bilgi ve uygulamayı ifade eder.

¹⁰ Tüm nüfusu ilgilendiren toplumsal bir konu olması, talebin tesadüfen oluşması, hastalıkların oluşum zamanı ve miktarının belirlenemez olması, alınacak hizmetin kalitesini kişinin ölçmemesi, ihtiyacı kişiden ziyade bir hekimin belirliyor olması, ihtiyaç duyulan hizmetin ertelenmemesi gibi özellikler sayılabilir.

¹¹ Sağlık sektörü yapısal olarak eksik rekabet ve eksik bilgi özelliklerini her zaman taşımaktadır. Dolayısıyla insanlar talepleri hakkında tam bilgiye sahip olamadıkları veya bilgilendirilemedikleri için, düşük fiyatlı bir ürün (hizmet)'ün daha iyi bir tüketimin mi yoksa daha kalitesiz bir ürün (hizmet) göstergesi olduğundan emin olamamaktadırlar.

Teknolojinin tıp ve sağlık alanında kullanımı gittikçe yaygınlaşmakta ve günden güne iyice bağımlı hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu çok yoğun bir teknik bilgi, belgelendirme ve raporlama sürecinde gerçekleşmektedir.

Sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunulabilmesi için sağlık teknolojisinin kullanımı kaçınılmaz bir şekilde büyük önem taşımakta ve hayati bir rol üstlenmektedir. Sağladığı erken tanı imkanı ile hastalıkları önlemek, hızlı tedavi edebilmek ve sağlığı sürekli geliştirmek suretiyle toplumda muhtemel sağlık ve finansal riskleri azaltmakta, sosyal ve ekonomik refaha büyük katkı sunmaktadır. Böylece hayati bir sosyal güvenlik fonksiyonu daha rahat yerine getirmektedir.

Bunun yanında, sağlık hizmetlerine kolay ve herhangi bir finansal engel olmaksızın erişim için, bireylerin sağlık güvencesinin olması gerekmektedir. Bu tür gereksinimler sağlık sigortasının gerekçelerini oluşturur.

1.1.2.2 Sigortacılık sistemi

Sigortacılık sistemi, risklere karşı güvence sağlayan ve ekonomik kayıplar oluştuğunda zararı ödeyen bir sistem olmasının yanında, toplanan primlerin oluşturduğu fon gücünün yatırım alanlarına yönlendirildiği ve ekonomiye finansal kaynak sağlandığı bir sistem olarak da tanımlanmaktadır.

a) Sigortacılık

Sigortacılık, sahip olunan değerlerin (kurumlar, şirketler veya şahıs) muhtemel risklere karşı teminat altına alınması için kullanılan bir güvence sistemidir.

Sigortacılık faaliyeti dünyanın her ülkesinde devlet tarafından düzenlenmekte ve denetlenmekte olan faaliyetler bütünüdür. Sektör, devlet tarafından kontrol edilmekle beraber ülkeden ülkeye değişen bir şekilde, sigortacılık faaliyeti, kamu ve özel sektör kuruluşlarınca yürütölmektedir. Ülkemizde uygulanan sosyal sigorta sistemi devlet eliyle yürütölmektedir. Bunun yanında özel sigorta şirketleri de mevcuttur.

Bu çalışmada sigortacılığın sağlık sigortacılığı alanı esas alınmıştır. Konunun detaylarıyla ortaya konulabilmesi maksadıyla ayrı bir başlık altında incelenmesi tercih edilmiştir.

b)Risk

Sağlığın doğasında bir belirsizlik ve risk durumu daima vardır. Risk; zarar, kayıp, hasar veya tehlikenin oluşma ihtimaline karşılık bir belirsizlik içeren durum, etken veya unsur olarak tanımlanabilmektedir. Riskin diğer bir tanımı ise, herhangi bir tehditin bir kıymette zarar oluşturma olasılığı¹² olarak ifade edilmektedir. Daha sonra ortaya çıkabilecek olumlu (fırsat) ya da olumsuz (tehdit) etkilere sahiptir.

Riskin olumlu yanları ve sağlayabileceği olası kazançlar veya riskin olumsuz yanları ve neden olabileceği olası kayıplar, farklı bakış açıları nedeniyle, değişik şekillerde yorumlanabilmektedir. Risklerin yönetiminde bu tür farklılıkların göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

c)Risk analizi

Risk analizi, sigortacılık tekniğinde paydaşlar nezdinde risklerin ortaya konulması ve rizikoların yorumlanmasıdır. Risk analizi uzun ve ayrıntılı bir süreçte gerçekleştirilir. Analiz sürecinde sigortalanan kıymetlerde tehlike oluşturacak ve bu kıymetleri etkileyebilecek tüm rizikolar belirlenir ve değerlendirilir.

d)Risk yönetimi

Risklerin çok iyi tanımlanması ve analiz edilmesi risk yönetiminin başlangıcı sayılmaktadır.

Risk yönetimi, analiz sürecinde belirlenen ve değerlendirmeye alınan risklerin gerçekleşmesini önlemek veya etkilerini azaltmak amacıyla uygulanan sistematik işlemler bütünüdür. Risk analizi, sonrasında değerlendirmesi ve yönetimi birbirini izleyen süreçlerdir. Dolayısıyla, risk yönetimini; başlangıçta riskin tanımlanmasından risk listesinde durumlarının aktif olarak izlenmesi ve listeden düşünceye kadar izlenen sıralı süreçlerin etkin yönetimi ile uygulamaların gerçekleştirilmesi şeklinde tanımlamak mümkündür. Etkin yönetimi sağlayabilmek için riskin değerlendirilmesinden sonra kullanılacak yönetim aracına ve riskleri karşılama yöntemlerine karar verilmesi gerekmektedir.

¹² Sigorta literatüründe muhtemel bir tehlike veya zarar verici olayın gerçekleşme ihtimalini anlatmak için “*riziko*” kelimesi kullanılmaktadır.

Riskleri karşılama yöntemi olarak; riski kabullenerek üzerinde tutmak, riski azaltmak, riskten kaçınmak veya riski transfer etmek gibi çeşitli yöntemlere başvurmak mümkündür.

Sağlık hizmetlerindeki muhtemel risk, belirsizlik ve belirsizlikten kaynaklı maddi öngörülemeslik problemlerini bertaraf etmek için sigorta sistemine geçilmiştir. Sigorta uygulamalarında, riskin gerçekleşmesi nedeniyle uğranılacak zarar, belli bir prim karşılığında sigorta şirketleriyle sözleşme yapılarak devredilmiş olmaktadır. Böylelikle oluşacak risk transfer edilmiş, bu riskin gerçekleşmesi durumunda ortaya çıkacak maddi kayıplar başka bir kişi veya kurumlarla paylaşılmış olmaktadır.

e)Sigorta

Sigorta, toplumda çeşitli rizikolara uğrayacak olan kişilerin, bu işi ticari bir faaliyet olarak üstlenen sigorta şirketlerine, belirli miktar ve sürede prim ödemek suretiyle taraflar arasında yapılan sözleşme ile teminat altına alınması, risklerin gerçekleşmesi durumunda da ortaya çıkan maddi zararın giderilmesi için bir talep hakkına sahip olunması şeklinde tanımlanabilir.

Hukuki olarak ise Türk Ticaret Kanunu'nda ifade edilen sigorta tanımıda;

“Sigorta öyle bir akittir ki, bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir bir menfaatini halele uğratan bir tehlikenin (rizikonun) meydana gelmesi halinde¹³ tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebiyle veya hayatlarında meydana gelen belli bir takım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır.”

denilmektedir (Güzel ve diğerleri, 2010).

Taraflardan prim ödeyen ve zarar görürse ödeme alacak olana “*Sigortalı*”, ödenen primi alarak zararın oluşması durumunda ödemeyi yapacak olana ise “*Sigortacı*”, taraflar arasında imzalanan ve sigorta sözleşmesinin kanıtlanmasını sağlayan belgeye ise “*Sigorta Poliçesi*” denilmektedir (Güvel ve Güvel, 2004).

¹³ Tehlikenin gerçekleşmesinde sigortalı ve sigortacının bir kastı veya hilesi bulunmamalıdır.

Sigorta gereksinimi, özellikle gelecek kaygısından doğan, muhtemel risklere karşı önlem alma, kendini güvende hissetme ihtiyacına dayanır. Kişilerin özellikleri, eğitimleri ve sosyal statülerine göre değişkenlik göstermektedir. Kişilerin eğitim ve gelir seviyeleri arttıkça ekonomik varlıklarına tehdit olabilecek tehlikeleri daha iyi görebilmektedirler. Bu konuda oluşacak riskleri gidermek ve gerçekleşmesi durumunda zararın giderilmesinin temini açısından sigortadan faydalanılmaktadır (Güvel ve Güvel, 2004).

f) Sigorta türleri

Sigorta türleri literatürde genellikle “sosyal sigorta” ve “özel sigorta” ayrımına gidilerek tanımlanmıştır. Bakış açılarına göre farklı şekillerde de sınıflandırmalar yapılmıştır.

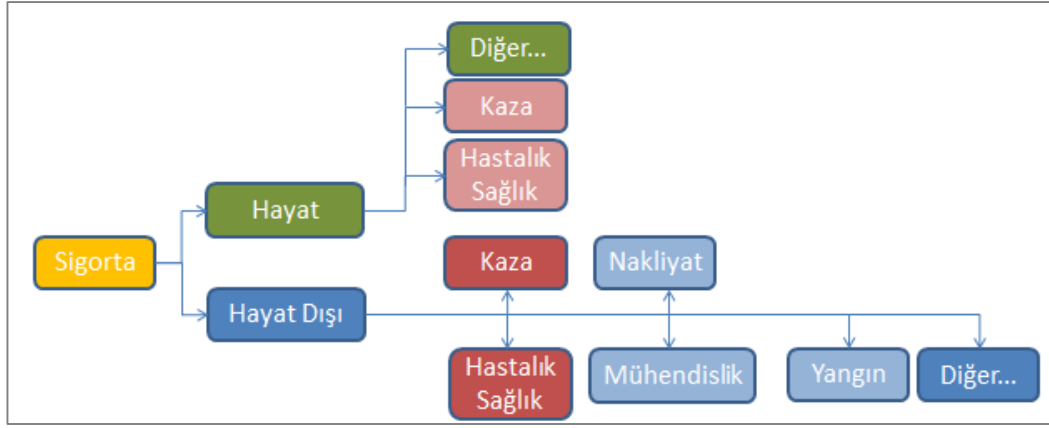
İki ayaklı böyle bir sistemde, kamu ayağını oluşturan sosyal sigorta, toplumda karşılaşılan bir takım temel risklere karşı önlem alınması ve güvence sağlanabilmesi amacıyla devlet desteği¹⁴ ile uygulamaya konulan sigorta türüdür.

Özel sigorta, toplumda gerçek veya tüzel kişilerin sahip olduğu kıymetlerde zarar oluşturabilecek riskleri transfer etmek için ihtiyari veya zorunlu olarak alınan sigortadır. Özel sigortaları, sigortacılık literatüründe yer verildiği haliyle, Hayat ve Hayat dışı grubu olarak (ikili) veya mal, can ve sorumluluk sigortaları (üçlü) şeklinde sınıflandırmak mümkündür.

Ülkemizde uygulanmakta olan özel sigorta branşları yayımlanan tebliğ ile¹⁵ aşağıda Şekil 1.1’de gösterildiği gibi “Hayat Grubu” ve “Hayat Dışı Grubu” olmak üzere alt gruplara ayrılarak sınıflandırılmıştır. Ayrımın temel nedeni olarak farklı özelliklerden kaynaklı birlikte uygulama zorluluğu gösterilmektedir.

¹⁴ Sosyal güvenlik, kişiler için sosyal bir hak, devlet içinse sağlanması gereken sosyal bir görevdir. Bu yüzden devlet, sosyal sigortalara prim ödemekte veya primlerin gideri karşılayamadığı durumlarda aradaki açığı kapatarak finansal katkıda bulunmaktadır. GSS’ye geçişle birlikte ilk defa sağlık primlerinin sağlık giderlerini karşılamasına yönelik olarak 1/4 (dörtte bir) oranında düzenli devlet katkısı getirilmiştir. Fakat, devletin doğrudan parasal katkı sağlamak yerine; mevcut mali akışın bir kısmını değiştirerek nüfusun belirli grupları (genç işsizler ve yoksullar) için iş imkanı sağlanarak devlet prim katkısının verilmesi tercih edilebilir. Bu şekilde devletin katkısı daha geniş ölçekli olarak çalışan nüfusa yönelik olabilecektir.

¹⁵ 11.07.2007 tarih ve 26579 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2007/1 sayılı Sigorta Branşlarına İlişkin Tebliğ ile sigorta branşları belirlenmiştir.



Şekil 1.1: Sigorta Branşları (TSB, 2013).

Sigorta şirketleri, 5684 sayılı Sigortacılık Kanunu'na göre, aynı anda hayat ve hayat dışı sigorta gruplarından sadece birinde faaliyet gösterebilmektedir. Bununla birlikte, Hastalık/Sağlık ve Kaza branşları her iki grupta da yer aldığı görülmektedir. Ortak branşla ilgili olarak faaliyette bulunan her iki grup sigorta şirketleri teminat verebilmektedir.

Ülkemizde, bugüne kadar yapılan kanuni düzenlemeler ile sosyal sağlık sigortası yaygınlaştırılmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise çalışan ve işveren tarafından ödenen primlerle karşılanmaktadır. 01.10.2008 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanan GSS sistemi tüm vatandaşları kapsamakta ve katılım ise kanuni olarak zorunludur.

Özel sağlık sigortası ise isteğe bağlı bir sigorta türüdür, ikincil konumdadır ve ülkemizde ancak GSS'yi tamamlayıcı ve destekleyici sigorta olarak başvurulmaktadır. Ülkemizde ikame edici özel sağlık sigortası yapıma imkanı bulunmamaktadır.

Sağlık hizmetlerine kolay ve herhangi bir finansal engel olmaksızın erişim için, kişilerin sağlık güvencesinin olması gerekmektedir (Yıldırım, 2013).

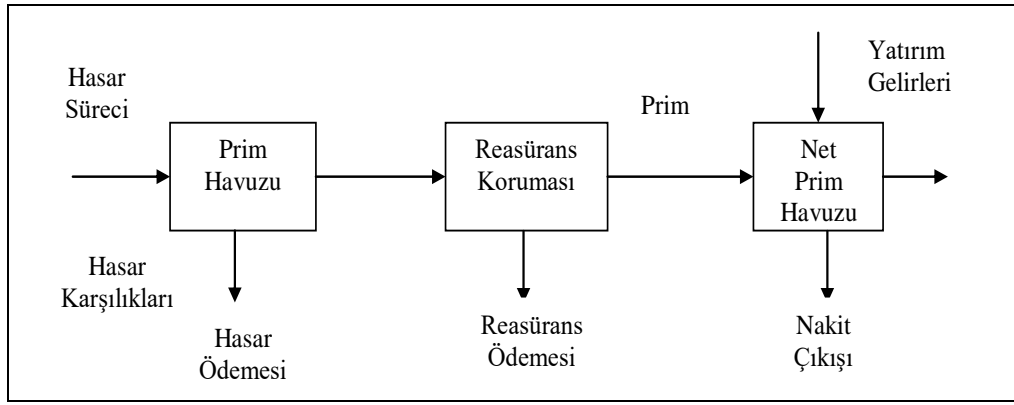
g) Reasürans

Sigorta branşlarında oluşan büyük riskleri bir sigorta şirketinin kendi bünyesinde tutabilme olasılığı yoktur. Bu nedenle de, böyle bir riski kabul eden

sigortacı, bunun bir kısmını “*Reasürans*”¹⁶ olarak adlandırılan bir işlemle diğer bir sigortacıya devredebilmektedir.

Sigorta şirketleri, diğer şirketlerden reasürans kabul edebilecekleri gibi, sırf reasürans kabul etmek için kurulmuş şirketler de mevcuttur. Bu sayede sigorta şirketleri, üstlendikleri riskleri dağıtarak, kendilerini de teminat altına almaktadır. Sigortacılıkta görünmeyen muameleler olarak ifade edilen ve sigorta şirketlerinin sigortalanmasını sağlayan bir “*Reasürans Sistemi*” çalıştırılmaktadır.

Bu sistemle sigortalının satın aldığı güvence bir kat daha korunmuş olmakla birlikte sigorta şirketlerinin güçlerini aşan taahhütlere girmeleri de dolaylı olarak engellenmektedir.



Şekil 1.2: Sigorta Süreci (Hepşen ve diğerleri, 2013).

Bir sigorta şirketinin sürekli gelişmesi ve operasyonların şirket faaliyetlerine olan etkileri sistematik bir yapıda Şekil 1.2'deki gibi gösterilebilir. Bu yapıda geleneksel sigorta süreci; sigorta ürününün satılması, primin tahsili ve rezervlerin oluşturulması ile başlamaktadır. Daha sonra şirket primlerin bir kısmını reasüröre devreder. Rezervlerin yatırımlarda kullanılmasıyla gelir elde edilmeye çalışılırken aynı zamanda yönetim maliyetleri artmaktadır. Muhasebe dönemi içinde aktifler alınıp satılır ve hasarlar için ödemeler, borçlanma ve faiz ödemeleri, vergi ve kar payı ödemeleri periyodik olarak yapılmaktadır.

Özetle, sistem günümüze kadar gelişerek dünya üzerine yayılmış, çok uluslu hale gelmiş ve sağlıklı bir güvence sistemi oluşturulmuştur.

¹⁶ Reasürans; Sigortacının üstlendiği sorumluluğun bir kısmını veya tamamını diğer bir sigortacıya devretmesi olarak tanımlanabilir.

1.1.2.3 Sosyal güvenlik sistemi

Sosyal güvenlik sistemi, toplumsal yaşamın en önemli kazanımlarından biridir. Sistem özünde dayanışma duygusunu barındırmakta, ülke ölçeğinde kurumsal ve sistematik bir yapıda hizmet vermektedir.

Sosyal güvenlik; toplumda olası (sosyal) riskler nedeniyle insanların gelir kayıpları ve giderlerinde artış yaşamalarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır. Sosyal riskler toplumda sosyal güvenliğin varlık sebebi olarak kabul edilir ve gerçekleşmesi halinde insanın hastalanması, sağlığının bozulması veya vücut bütünlüğünün korunamaması gibi neticeler görülmektedir.

Bu tür olumsuz sonuçlarla karşılaşmamak adına olası sosyal risklerle iki temel (bireysel ve kurumsal) yöntem kullanılarak mücadele edilmektedir. Birinci (bireysel) yöntem kapsamında tasarruflar ve özel sigortalar yer alırken, ikinci olarak kurumsal (sosyal güvenlik) yöntemleri kapsamında ise; sosyal hizmetler, sosyal yardımlar, devletçe bakılma ve sosyal sigortalar yer almaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2012).

Sosyal güvenlik sisteminde verilen hizmetler, sosyal yardım ve hizmetler ile sosyal sigortalar olmak üzere iki farklı kanal (alt sistem) kullanılarak sağlanır. Sistemde; sosyal yardım ve sosyal hizmetler primsiz alt sistemi, sosyal sigortalar ise primli alt sistemi oluşturmaktadır. Sosyal koruma açısından her iki kanaldan hangisi seçilirse seçilsin, modern sistemler için önemli olanın toplumun her bir yanında sosyal adaletin sağlanmasıdır.

Sosyal güvenlik sistemini daha iyi anlayabilmek için sosyal güvenlik ile ilgili bazı kavramların da iyi bilinmesi gerekir. Aşağıda sosyal güvenlikle yakından ilgili bazı kavramlar hakkında kısaca bilgi verilecektir.

a) Sosyal hak

Sosyal haklar; toplumda yaşayan ve statüsü nedeniyle güçsüz konumda bulunan bireylerin, insan onuruna uygun bir yaşam standardının altına düşmemeleri için hayati ihtiyaçlarının sağlanmasının devlet tarafından garanti edilmesine yönelik

haklardır. Sosyal haklar içinde en başta eğitim ve sağlık¹⁷ hakları gelmektedir. (Bulut, 2009).

Sosyal hak bağlamında sağlık hakkı ise temel ve evrensel bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hak olmadan diğer hakların gerçekleşme ve kullanılma olanağı bulunmamaktadır. Sağlık hakkı, “*kişinin devletten, sağlığının korunmasını, ihtiyaç duyduğunda tedavi edilmesini, iyileştirilmesini isteyebilmesini ve toplumun sunduğu imkânlardan yararlanabilmesini*” ifade etmektedir (Bulut, 2009).

İnsan yaşamında temel bir hak olarak kabul gören ve anayasada yer verilerek korunan sağlık hakkının¹⁸, toplumun tüm katmanları açısından erişilebilir ve yararlanılabilir bir seviyeye ulaştırılması kamu yönetiminin temel amaçlarından birisidir. Sağlık hakkının aktif olarak yaşama geçirilebilmesi, yine anayasada açıkça ifadesini bulan sosyal devlet olmanın gerekleri arasında yer almaktadır (Dağ, 2013).

b) Sosyal devlet

Devlet tüm vatandaşlarının sağlıklı bir çevrede beden ve ruh sağlığı içinde ve insan onuruna yakışır bir şekilde hayatlarını sürdürmelerini sağlamakla görevli bulunmaktadır. Sosyal devleti, sosyal adaleti sağlamak için önlemler alan ve sosyal haklar açısından eşitlik ilkesini toplumun tüm fertlerine sağlayacak uygulamaları yürüten aktif bir uygulamalar ve müdahaleler devleti olarak da açıklamak mümkündür (Kol, 2014).

c) Sosyal politika

Sosyal devletin amaçlarına ulaşmada kullandığı politika önlemleri sosyal politikalar olarak tanımlanmaktadır. Sosyal politikalar toplumda muhtemel sosyal risklerin önlenmesi hedeflidir ve bu hedefe ulaşabilmesi için, devletin sosyal ve ekonomik hayata karışması çoğu zaman kaçınılmazdır.

¹⁷ Her ikisi de insan odaklıdır ve yaşam boyu sürer. Her ikisi de kalite noktasında birleşirler ve aslında soyut kavramlardır.

¹⁸ Hastalığa yakalanan kişinin tedavisini talep etme hakkı olarak tanımlanan sağlık hakkı, yaşam hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. Varlığını sürdürme hakkı olan yaşam hakkından söz edilebilmesi için, kişinin sağlığının korunması, sağlıklı yaşam için gerekli tedbirlerin alınması, ihtiyaç duyulan hizmetlerin verilmesi gerekir. Sağlık hakkı ile ilgili hükümler, Anayasanın 56. maddesinde düzenlenmiştir.

Sosyal politikanın en geniş ve kapsamlı uygulandığı alan olan sosyal güvenlik, insanların gelir durumları ve kazançları ne olursa olsun, muhtemel sosyal riskler karşısında ekonomik ve sosyal güvence sağlamaya yönelik kurumsal olarak uygulanan tedbir ve uygulamalardır.

d)Sosyal güvenlik

Sosyal Güvenlik kavramı; İnsanların karşı karşıya bulunduğu fiziki ve sosyal riskler ve doğurabileceği tehlikelerin ekonomik sonuçlarına ilişkin toplumun geneline güvenlik sağlanmasını ifade eder.

Amacı; kişiye emniyeti sağlamaktır. Risklerin önlenmesi değil, gerçekleşmesi durumunda ortaya çıkan zararın karşılamasını amaçlar. İnsanların zarara uğradıklarında zararların giderileceğini bilmeleri ve zararların fiilen karşılanması kendilerini güven içinde hissetmelerini sağlamaktadır. Toplum muhtaçlık durumuna düşürebilecek muhtemel risklere ve olaylara karşı kişileri korumak ve toplumda yaşayan herkesin bilinçlenmesi ve kişiliklerinin gelişmesini sağlamak için genel bir sistem oluşturulmuştur.

Bu sistemin temeli sosyal dayanışma niteliğinde olması sebebiyle sosyal, devlet garantisinde sosyal güvenlik sağlamak amacıyla güvenlik niteliklemleriyle vurgulanmıştır.

Sosyal güvenlik, sosyal devlet anlayışının bir ürünüdür ve sosyal koruma¹⁹ devletin temel görevleri arasındadır.

Sosyal güvenlik amaç ve işleyiş biçimi itibarıyla bir sosyal yardımlaşma ve dayanışma mekanizmasıdır.

e)Sosyal yardım

Muhtaçlık şartı ve kontrolüne göre yapılan yardımlardır. Sosyal Yardımlar kamu kurum ve kuruluşlarınca ihtiyaç sahiplerine karşılıksız yapılır.

¹⁹ Toplumda tüm sosyal risklere karşı koruma sağlanması amacıyla düzenlenmiş sistemler bütünü olarak ifade edilmektedir. Bu bütünü devletin temel görevleri arasında sayılan “*Sosyal Koruma*” olarak tanımlanabilmektedir ve Sosyal Güvenlik, Sosyal Hizmetler ve Sosyal Yardımlar’ın toplamı şeklinde formüle edilebilir.

f)Sosyal hizmet

Sosyal yardımların hizmet biçiminde yardıma ve desteğe muhtaç kişilere²⁰ götürülme şekline denir.

g)Sosyal sigorta

Zorunluluk esasına dayalı bir sosyal güvenlik tekniğidir. Devlet tarafından ve kanunla uygulamaya konur.

Kamu menfaatini gözetir ve kar amacı gütmeyen, kamusal faaliyet niteliği kazanmış bir sigorta türüdür. İlkeleri ise,

- 1) Primli bir sistemin olması,
- 2) Zorunlu tutulması,
- 3) Tüm sosyal risklerin kapsanması,
- 4) Ödenen primler ve sağlanan yardım arasında bir bağın olmaması,
- 5) Kamu sigortası olması,
- 6) Kar amacının güdülmemesi,
- 7) Devletin garantisi altında olmasıdır.

Devlet, sosyal sigorta kurumlarının kurucusu, garantörü, gözeticisi ve denetleyicisidir.

h)Özel sigorta

Sosyal güvenlik hizmetlerinin günümüzde yeterli ve tatminkar bir düzeyde sunulmadığı hemen hemen herkes tarafından ifade edilmektedir. Daha fazla sosyal koruma talep eden ve ihtiyaç hissedilen hak sahipleri açısından, sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki risklerin bir kısmı özel sigorta şirketleri aracılığı ile paylaşılması söz konusudur.

Sağlık sigortası özet olarak yukarıda da ifade edildiği üzere sosyal ve özel sağlık sigortası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Her iki sigortanın topluma hizmet yöntemleri; gerek amaç, kapsam ve gerekse de uygulama açısından benzerlikleri ve önemli farklılıkları bünyesinde taşımaktadır. Her ikisinin de bir takım riskleri

²⁰ 65 yaş ve üzeri, geliri bulunmayan yaşlılar ve en az %40 maluliyet derecesindeki özürülleri ifade etmektedir.

kapsaması yanında, ortak amacı, çeşitli tehlikelerin insanlara verebileceği zararları bertaraf etmektir. Aşağıda belirtilen noktalarda birbirinden ayrılmaktadır.

Tablo 1.1: Sosyal Sigorta ve Özel Sigorta Ayırımı (Güvel ve Güvel, 2004).

Sosyal Sigorta	Kriter	Özel Sigorta
Genel menfaatler	Menfaatler	Özel Menfaatler
Mecburi	Zorunluluk	İhtiyari
Belirli özelliklere sahip kimselere açık	Kapsam	Herkese Açık
Kanunla	İlişki; örgütlenme	Sözleşme ile
Sigortalının gelire ve mesleğine göre değişmekte	Ödeme, prim	Ünitenin tehlike derecesine göre değişmekte
Devlet garantisi söz konusu	Garanti	Reasürans şirketine ihtiyaç bulunmakta
Kamu hizmeti	Gaye	Kar
Kanunla tespit edilmekte	Zararın tazmini	Ödenen primlerle sınırlı
Amaçların sosyal politikaya olarak saptandığı bir düzen	Ortaya çıkışı	Piyasa ekonomisinin hakim olduğu bir düzen ve sistemde

Özel sağlık sigortası kar amaçlı olarak kurulan bir sistemdir. Bu yüzden kar oranını düşüren yüksek risk gruplarını genellikle dışlama eğilimi taşımaktadır. Bu sistemde risk seviyesi yükseldikçe, talep edilen prim miktarı da yükseleceğinden düşük gelirlilerin dezavantajlı olması ve zamanla sistem dışı kalınması kaçınılmazdır (Hindriks ve diğerleri, 2003). Bunun yanında kesinleşmiş sağlık sorunu olanların sigortaya başvurduğunda sistem içine alınması ve sistemden faydalanması olanaklı değildir. Bu gibi nedenlerle ve dolayısıyla bir ülkede sağlık sisteminin yalnızca ve tümüyle özel sağlık sigortasına dayandırılması günümüzde egemen adalet ve eşitlik anlayışları açısından olanaksızdır (Dağ, 2013).

Ayrıca, özel sağlık sigortasını sosyal sigortadan ayıran en temel iki özellikten söz edilebilir (Hoare ve Mills, 1986). Birincisi, özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı içermemektedir. İkincisi, özel sağlık sigortası primleri, sosyal sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil, sigortalananların hastalanma olasılığı göz önüne alınarak belirlenmekte, buna bağlı olarak da prim seviyelerinde farklılıklar görülebilmektedir.

1.2 Sağlık Sigortacılığı

Sağlık sigortacılığı, insanın hayatında karşılaşılabileceği muhtemel hastalık, kaza vs. sonucunda ihtiyaç duyabileceği sağlık hizmetlerinin masraflarını karşılayan bir sigorta türü olarak tanımlanır. Sağlık hizmeti ihtiyacı ile karşılaşılan noktada bu hizmetlerin maliyetlerinin kişilerin ödeyebileceğinden daha fazla olma olasılığına karşı güvence olarak sağlık sigortacılığından yararlanılır (Tiryaki ve Tatar, 2000).

Sağlığın doğasında bir belirsizlik ve risk durumunun varlığı bilinmektedir. Sağlık hizmetlerindeki bu belirsizlik ve risk problemlerinin bertaraf edilebilmesi için sigorta sistemine geçilmiştir. Çoğu sigorta türlerinde görüleceği üzere devlet bu sektöre çeşitli şekillerde katkıda bulunmakta veya kontrol mekanizmasını²¹ işletmektedir (Yıldırım ve diğerleri, 2012).

Kamuya bağlı resmi kurumlar ve özel sağlık sigorta şirketleri üzerinden yürütülen iki çeşit sağlık sigortacılığı bulunmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası sisteminde sigorta fonuna çalışanlar, kendi adına çalışanlar, şirketler ve devlet tarafından yapılan prim ödemeleri yoluyla katkıda bulunmaktadır. Şirketlerin ve çalışanların yaptıkları prim ödemeleri genellikle çalışana ödenen ücretle ilişkilidir. Kendi hesabına çalışanların yaptıkları katkılar ise genellikle sabit bir fiyat veya tahmin edilen gelir üzerinden belirlenir. Devlet ise ödeme gücü olmayan vatandaşlar için katkı yapmaktadır.

Özel sağlık sigortası sigorta başlangıç tarihinden itibaren herhangi bir hastalık veya kaza sonucu yaralanma halinde ihtiyaç duyacağı tetkik, tedavi ve ilaç masraflarını karşılamayı taahhüt eden bir sigorta türüdür (Yıldırım, 2013). Sosyal sigortadan bağımsız olarak işleyen, kar elde etmek üzere kurulmuş bir sistemdir ve hak sahiplerine en azından sigorta öncesi sağlık durumu ve konforunu sağlamayı amaçlamaktadır.

Sağlık sigortasında, sigortalının yaşam biçimi, sağlık durumu, yaş, cinsiyet gibi durumları değerlendirilerek ödeyeceği prim miktarı belirlenmekte ve sigortanın kapsamı oluşturulmaktadır. Genel olarak düşük risk gruplarından düşük prim,

²¹ Piyasa aksaklıkları(eksik bilgi, eksik rekabet), dışsallıklar(beleşçilik, alakasız mağduriyet) ve satın alma gücündeki dengesizlikler sebebiyle sağlık piyasasına müdahalesi söz konusudur. Piyasaya karşı denetim ve kontrol görevi vardır.

yüksek risk gruplarından ise yüksek pirim alındığı gözlemlenmektedir. Özel sağlık sigortası kar amaçlı ve özellikle tamamlayıcı mahiyette kullanılan bir sistemdir.

Sağlık hizmetleri finansmanında alternatif bir yöntem olarak tanımlanan özel sağlık sigortası günümüzde giderek yaygınlaşmaktadır.

1.2.1 Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi

Sağlık sigortası toplumda sosyal dayanışmanın bir göstergesidir. İnsanların hastalık ve kaza gibi zor durumlara maruz kaldıklarında birbirine yardım etme isteğinden/ihtiyacından doğmuştur ve oluşabilecek harcamalara ait tüm riskleri kapsamaktadır.

İlk zamanlarda, insanların küçük birikimlerle katkı yaparak maddi güçlerini birleştirdiği, ilerleyen süreçte oluşan finans havuzundan bu risklerin sebep olduğu maddi kayıpların karşılandığı sistematik bir yapıya dönüşmüş ve topluma mal olmuştur.

İlk olarak Avrupa'da, çeşitli meslek gruplarının kendi aralarında kurdukları dar kapsamlı yapılar (lonca, sandık veya dernek) sağlık sigortalarının ilk adımları olarak düşünülmektedir (Özgüç, 1996).

Başlangıçta, söz konusu yapılar aracılığı ile üyelerine dağınık ve düzensiz olarak destek olunmaya çalışılmış, fakat zamanla, toplum genelinde sosyal risklerin artmasına karşın sağlık sigortasına duyulan ihtiyacın çok daha geniş kitlelere yayılması beraberinde daha organizeli ve sistematik bir yapıyı gerekli kılmıştır. Bu süreçte geçirilen aşamalar incelendiğinde toplumda herkese hizmet verme ve sistem geliştirme gayreti görülmektedir.

İlk zamanlarda üyelere sadece nakit yardımı sağlama yeterli görülüyorken, zamanla;

- 1) Üye hastalıklarının doktor tarafından belgelenmesi,
- 2) Üyelere sunulan sağlık hizmetini güvence altına almak amacıyla doktorlar ve hastanelerle sözleşme yapılması.
- 3) Sunulan sağlık hizmetlerinin temel bir paket olarak satın alınması

gibi kontroller ve kazanımlar sağlanmıştır.

İlk sağlık sigorta poliçesi, demiryolu yolcularının sigortalanması amacıyla, Londra'da düzenlenmiştir.

İlk zorunlu sağlık sigortası ise 1883 yılında Almanya'da sanayi işçilerine yapılmıştır (Glaser, 1991). Almanya, sanayide çalışan düşük gelirli işçilerin hastalık fonuna zorunlu olarak katılmalarını ve bu fonun, kendileri ve işverenleri tarafından zorunlu ödeyecekleri primlerle finanse edilmesini öngördüğü bir mevzuatı kabul etmiştir. Bu mevzuat sosyal sağlık sigortasının başlangıcı olarak sayılmaktadır (Erdoğan,1994).

Almanya'dan sonra, örneğin; Avusturya 1887 yılında ve Norveç 1902 yılında sağlık sigortaları uygulamalarını başlatmıştır. Fransa'da ise 1921 yılında sağlık sigortasına ilişkin mevzuat kabul edilmiş olmasına karşın, ancak 1930 yılında uygulamaya koyulmuştur. Ayrıca, bu yıllarda, sosyal politikada ilk kez sosyal güvenlik kavramı telaffuz edilmeye başlanmıştır. Bununla birlikte, genellikle devlet eliyle yürütülen sosyal sigortalar, sosyal güvenlik sisteminin bir parçası olarak ele alınmakta ve topluma sağlık güvencesi imkanı sağlamaktadır.

İlk sosyal sigorta projesinin uygulamaya koyulduğu Almanya'da 1883 yılından itibaren sağlık sigorta uygulamaları, tarihleri ve uygulandığı yerlere ait özet bilgiler Tablo 1.2'de verilmektedir.

Tablo 1.2: Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi (Kitapçı, 2007).

Ülkeler	İş Kazaları	Hastalık Sigortası	Emeklilik Ödemeleri	İşsizlik Sigortaları	Aile Yardımları	Sağlık Sigortası
Almanya	1884	1883	1889	1927	1954	1880
İngiltere	1906	1911	1908	1911	1945	1948
İsveç	1901	1910	1913	1934	1947	1962
Fransa	1946	1939	1910	1967	1932	1945
İtalya	1898	1943	1919	1919	1936	1945
ABD	1930	-	1935	1935	-	-
Kanada	1930	1971	1927	1940	1944	1972

II. Dünya Savaşı sonrasında sosyal sağlık sigorta sistemleriyle sağlık sigortası, çok daha geniş kitlelere ulaşmıştır. Sunulan güvence karşılığında üyelere alınan düzenli katkılarla sistemin devamlılığı sağlanmaya çalışılmaktadır. Katılımın zorunlu olduğu sistemlerde günümüzde mevcuttur (Laroque, 1994).

Türkiye’de de sosyal güvenlik ve sağlık sigortacılığı politikaları bu yıllarda ele alınmaya başlanmıştır.

Yine bu yıllarda, ülkelerin ulusal sağlık sistemlerinin yanında alternatif olarak özel sağlık sigortaları da piyasaya çıkmıştır (Erdoğan, 1994).

1.2.2 Sağlık Sigortacılığının Ekonomideki Yeri ve Önemi

İyi işleyen bir ekonomide sigortacılık faaliyetleri kaçınılmazdır ve ülkelerin gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesinde sigortacılık, önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sigorta sektörü ülke ekonomisi açısından büyük bir önem kazanmaktadır.

Ülkelerin ekonomik yönden gelişebilmesi için eğitilmiş ve sağlıklı bir nüfus yapısına sahip olması en önemli dinamiklerdendir. Bunun yanında, ülkede, kişilerin herhangi bir finansal engel olmaksızın sağlık hizmetlerine kolay erişebilmesi için sağlık güvencelerinin olması gerekmektedir. Sağlıklı olmayı temin etmenin temel araçlarından birisi de sağlık sigortacılığıdır.

Günümüzde sağlık hizmetleri, ülke ekonomilerinin önemli bir parçası olup, büyük bir hizmet endüstrisi olarak faaliyet göstermektedir (Altay, 2007). Günümüzde sağlık hizmetlerinin çok büyük bölümü kişilere tek tek sunulmakta, dolayısıyla fiyatlanması ve piyasada alınıp satılması mümkün olmaktadır (Şenatalar, 2003).

Sağlık ekonomisinin temel konusu olan sağlık hizmetleri değer üretme konusunda başarılıdır. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve kişiler dolayısıyla gelecek endişesinden uzak kalmaktadırlar.

Sağlık ekonomisinin en çok ilgi çeken konularından biri de, bu çalışmaya da konu olan, sağlık hizmetlerinin finansman konusudur (Mutlu ve Işık, 2002). Ülkeler, kendi ekonomik ve sosyal durumu ile ilgili sigorta türüne göre değişik finansman modelleri kullanabilmekteler. Güçlü ve yaygın bir finansman mekanizması olan sağlık sigortasının ülke ekonomisinde önemli bir yeri vardır. Sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye katkı sağladığını gösteren birçok araştırma bulunmaktadır (Sarp ve Yiğit, 2014).

Sigorta fonlarındaki artışla tasarruflarda görülen büyüme, ekonomik büyüme ve kalkınmayı²² desteklediği için ülkelerin milli gelirlerinde artış etkisi yapmakta; dolayısıyla, kişi başı gelirin artışında da etkili olmaktadır. Bu nedenle ekonominin canlanmasını etkilemekte ve sosyal refah düzeyinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Uralcan, 2011).

Ayrıca, büyüyen ekonomiye sahip ülkeler yabancı sermayedarlar için cazip hale gelerek yabancı sermayenin ülkeye gelişinde de etkili olmaktadır.

Günümüzde sağlık sektörü gün geçtikçe gelişen ve büyüyen bir sektör olma özelliğini korumaktadır. Sağlık sigortası bilinci ülkemizde yaygınlaştırılmadığı için uzun yıllar gelişim gösterememiştir. Ancak bu durum 2000’li yılların başından itibaren değişmeye başlamıştır. Sektörü daha ileriye taşıyacak reform çalışmaları ve yapılan düzenlemeler değişimi başlatmıştır. Sağlık sigorta sektörünün ekonominin büyümesi ve gelişmesi üzerindeki etkisi zamanla görülebilmektedir.

1.2.3 Sağlık Sigortacılığının Sağlık ve Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri

Sağlık sigortacılığının sağlık ve sosyal güvenlik sistemleri içindeki yeri, devleti oluşturan hiyerarşik yapının analizi yoluyla ortaya konulabilir.

Sosyal güvenlik sisteminin alt sistemleri arasında; sosyal yardım, sosyal hizmet ve sosyal sigortalar yer almaktadır.

Sağlık sisteminde ise finansmanın bir alt birimi yine sosyal sigortalardır.

Görüldüğü üzere, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin kesiştiği alan sosyal sigortalardır ve dolayısıyla bireylerin sağlık güvencelerinin olmasıdır. Sağlık güvencesinin temel mekanizmalarından birisi de sağlık sigortacılığıdır.

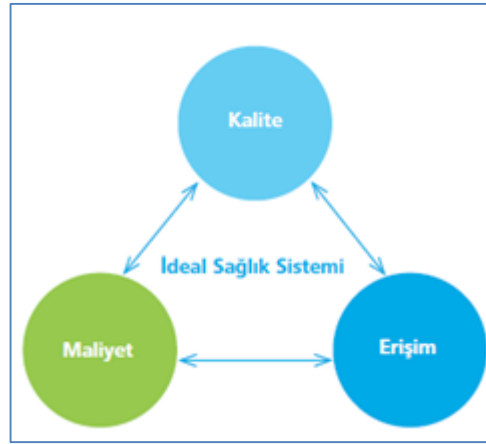
Bu aşamada, kavramsal çerçevenin tamamlanması için ideal sağlık sisteminin kendine has özelliklerinden ve sağlık sigortacılığı faaliyetlerinden bahsetmekte yarar görülmektedir.

²² Büyüme ile kalkınma kavramları genelde birbiriyle karıştırılmakta ve yanlış bir şekilde birbirlerinin yerine kullanıldığı görülmektedir. Büyüme, bir yıl içerisinde ülkede üretilen mal ve hizmetlerin toplamında meydana gelen artış iken; kalkınma, içerisinde büyümenin de olduğu daha kapsamlı bir kavramdır. Kalkınma, sadece maddi değerler ile ölçülebilecek bir durum değildir. Yapılan yatırımlar ve üretilen ürünlerin yanında insana yapılan hizmetler de kalkınmada birer faktördür.

1.2.4 İdeal Sağlık Sistemi ve Sağlık Sigortacılığı Faaliyetleri

Sağlık sistemi genel olarak hastayı hekim ile bir araya getiren, tanı, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastaya ihtiyacı olan sağlık hizmetini sağlayan bir sistemdir.

İdeal sağlık sistemi ise; toplumdaki tüm bireylerin en kaliteli sağlık hizmetini aldığı, maliyetlerin en düşük seviyede tutulduğu, devletin ve/veya şirketlerin yatırımlarına geri dönüş sağlayabildiği ve erişimin sınırsız olduğu sistem ideal olarak kabul edilmektedir. Yani kalite, erişim ve maliyet boyutları ideal sağlık sisteminin sacayağını oluşturmaktadır.



Şekil 1.3: İdeal Sağlık Sisteminin Üç Boyutu (Deloitte, 2012).

Bu eşit ve dengeli yapının eş zamanlı olarak sağlanması çoğu zaman mümkün olamamaktadır. Sacayağının erişim ve maliyet ayakları uygulanan kamu politikalarından, kalite ayağı ise bu ikisinin uygulama sonucundan sistematik olarak etkilenmektedir.

Sistemden beklenen; erişim ve kalite artırılmasına karşılık maliyetlerin düşük tutulmasıdır. Fakat uygulamada erişim ve kalite artırıldığı zaman kısıtlı kaynaklar nedeniyle maliyetlerin arttığı gözlenmektedir. Dolayısı ile sağlık sistemine ayrılan sınırlı kaynağın kişilere en etkin hizmeti verecek şekilde yönetilmesi oldukça zorlu ve kritik bir süreç olarak öne çıkmaktadır.

Günümüz dünyasında toplumun değişen yapısı ve ekonomik göstergeleri değerlendirildiğinde, sürdürülebilir ve kaliteli sağlığa erişim için sistemin maliyet odaklı bir yaklaşımla işletilmesi, gerek toplum sağlığı gerekse de yatırımın sürekliliği adına kaçınılmaz olmaktadır (Deloitte, 2012).

Bu amaçla kurulan sağlık sistemlerinden idealde yukarıda değinilen beklentileri karşılamaının yanında finansmanın adil bir şekilde sağlanması ve sağlığın geliştirilmesi temel amaçlarını da yerine getirmesi beklenmektedir. Toplumun sağlık hizmetlerinden en üst seviyede faydalanabilmesi için erişim ve kalitenin artırılması, yenilik ve sürdürülebilirliğin²³ sağlanması ideali de bu sayede çözüme kavuşturulmuş olmaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2012).

Son yıllarda, Türkiye’de, sağlık politikaları alanında olumlu gelişmeler yaşanmaktadır. SDP çerçevesinde, sağlık hizmetlerine erişimin artırılarak etkili, verimli ve kaliteli şekilde organize edilmesi, finansmanın sağlanmasına yönelik olumlu gelişmeler özellikle bu doğrultuda ön plana çıkmaktadır.

Sağlığın korunması ve sosyal güvenlik haklarının geliştirilmesi adına kurumlarının tek çatı altında, SGK bünyesinde, toplanması, GSS’nin uygulamaya alınması ve son olarakta yeşil kartlıları sisteme dahil edilerek GSS kapsamının her vatandaş kapsayacak şekilde genişletilmesi sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin gelişimine dair verilebilecek örneklerden sadece bazılarıdır.

Ülkemizde sigortacılık faaliyetleri büyük ölçüde devlete dayalı olup, SGK tarafından yürütülmektedir. Yürütülen sağlık sigortacılığı faaliyetleri sonucunda Türkiye için raporlanan uluslararası sağlık göstergelerde istikrarlı ilerlemelerin kaydedildiği bu alanda yakalanan olumlu gelişmeleri teyit eder niteliktedir.

Mevcut sistem üzerinde yapılan çok temel tahminler, ülkede sağlık harcamalarının artmaya devam edeceğini, bunun yanında sisteminin geniş finansman açığına işaret etmektedir. GSS’nin uygulanmaya alınmasıyla sisteme bir düzen getirilmiş, farklı finansal kaynakların yerine kontrol edilebilir yapıda finansman kaynaklarından oluşan yeni bir mekanizma kurulmuştur.

Harcamalarının kontrol altına alınması ve finansman sağlamada yeterli seviyeye ulaşılabilmesi için gerekli çalışmaların kararlılıkla sürdürülmesi gerekmektedir.

²³ Sağlık sistemi gelirlerinin sağlık sistemi yükümlülüklerini karşılayabilmesi, uzun süreli olarak etkili bir şekilde çalışmasının sağlanması olarak tanımlamak mümkündür.

1.3 Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Sigorta, sağlık harcamaları ve finansmanı birbirleriyle yakından ilişkili konulardır. Sistem olarak bakıldığında; harcamaların varlığı finansmanı, dolayısıyla sigortacılığı da beraberinde getirmektedir. Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı sigortacılık mekanizması aracılığıyla gerçekleştirilmektedir (Yıldırım ve diğerleri, 2012).

Sağlığı üretmek için ülkeler her yıl farklı düzeylerde de olsa sağlık harcaması gerçekleştirmektedir. Sağlık harcamalarının seviyesini gösteren 3 (üç) temel gösterge vardır. Bunlar; toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamasıdır (Akdur, 2006).

Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında;

- 1) Teknolojik yenilik ve gelişmelere²⁴ karşın sağlık hizmetleri kullanımının değişmesi,
- 2) Ekonomik gelişme ve kişi başı gelir düzeyi,
- 3) Ülkelerin demografik yapısı²⁵; nüfusun yaşlanması²⁶ ile birlikte ve artan sağlık ihtiyaçları

olarak belirtilebilir. Bu belirleyicilerin harcamalardaki önemi, etkisi ve payı ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Ayrıca, emsal ülke yaklaşımıyla, benzer özelliklere sahip ülke göstergeleri ile kıyaslama yoluna gidilerek harcama parametreleri ve düzeyi hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir.

Ülkemizde olduğu gibi dünyadaki sosyal güvenlik kurumlarının karşı karşıya geldiği sorunların başında finansman sorunu gelmektedir. Bir çok sağlık hizmetini sektöre uğratan bu kronik sorun hem kamu hem de özel sektörde sıklıkla

²⁴ Tıp alanındaki son 50 (elli) yılda yaşanan gelişmeler daha önceki 10.000 (onbin) yılda görülen gelişmelerden daha büyük olduğu ifade edilmektedir.

²⁵ 12 Nisan 2015 tarihine göre dünya nüfusu 7.294.482.000 kişidir. 28 Ocak 2015 tarihli TÜİK verilerine göre, Dünya nüfusunun yaklaşık % 1,09'unu oluşturan Türkiye, 77.965.904 toplam kişi sayısı ile nüfus bakımından dünyanın en büyük 18. ülkesidir.

²⁶ Tıp alanındaki teknolojik gelişmeler ve sağlık bilincinin artması, ortalama yaşam süresini uzatmıştır. İnsan ömrünün uzaması ile kronik hastalıklar gibi ileri yaş hastalıkları artmış ve böylece toplumun sağlık hizmetlerine olan talebi artmıştır.

tartışılmakta ve alternatif çözümler değerlendirilmektedir. Bununla birlikte, son 20 (yirmi) yılda ortaya çıkan küresel gelişmeler²⁷ sağlık sektörünün piyasa yönlü açılımını hızlandırmaktadır (Altay, 2007).

Sağlık hizmetleri finansmanının temelde 3 (üç) önemli işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler;

- 1) gelirleri toplama,
- 2) fonları artırma
- 3) hizmet sunucularına ödeme yapma

mekanizmalarıdır (Murray ve Frenk, 2000 ve Kutzin, 2001). Gelirler toplanırken ödemelerin nereye, ne kadar yapılacağı ve bu gelirleri toplayacak kurumların hangilerinin olacağı kararlaştırılmaktadır.

Gelir toplama işlevi; kimin, nereye, ne şekilde ve ne kadar ödeme yapacağı; yapılan ödemelerin kimleri kapsayacağı ve ödemeleri toplayacak kurumların hangileri olacağı gibi bir çok bileşeni kapsamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002). Bu işlevler ve ilgili politikalar Tablo 1.3’de gösterilmektedir.

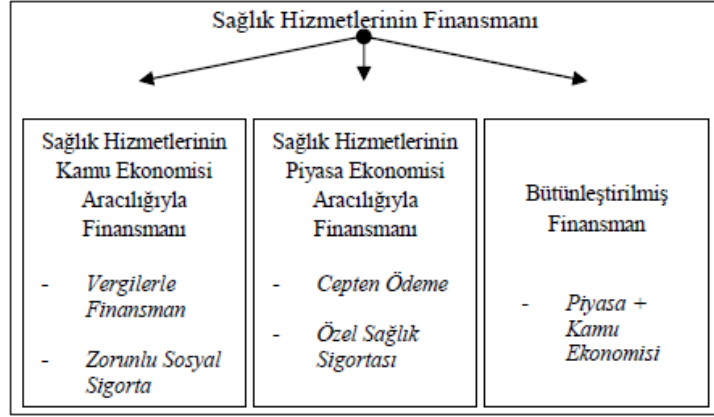
Tablo 1.3: Sağlık Finansman İşlevi ve İlgili Politikalar (Dixon ve diğerleri, 2004).

Finansman İşlevi	İlgili Politika
• Gelir Oluşturma	Para toplamada ölçüt ne olmalı?
	Kimleri ve neleri kapsamalı?
• Fon havuzlama	Kaynakları nasıl havuzlamalı?
	Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
• Ödeme Yapma	Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli?
	Hangi fiyatla ödenmeli ve denetim nasıl olmalı?

Sağlık harcamaları kontrol altında tutabilmek ve sürdürülebilir bir sağlık finansman yapısını ortaya koymak için ülkeler farklı farklı finansman modelleri uygulamışlardır. Vergi gelirleri, zorunlu sigorta primleri ve kişilerin talep ettikleri

²⁷ 1990’lı yıllardan itibaren küresel gelişmelerin getirdiği anlayış sağlık sektöründe de etkisini göstermiştir. Devletin toplumsal yaşamdaki rollerinin kısıtlanması ve kamu hizmetlerinin piyasalaştırılması süreci adeta gerekli kılınmıştır.

hizmetin karşılığı olarak doğrudan cepten ödemeler olmak üzere temelde 3 (üç) finansman yöntemi ön plana çıkmaktadır²⁸.



Şekil 1.4: Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı (<https://mpr.a.u.b.uni-muenchen.de/42362>).

Şekil 1.4'te sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecine katkı sağlayan temel kaynakları göstermektedir. Bütünleştirilmiş finansman modellerinde özel ve kamu kaynaklarının tümünden yararlanılabilmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010).

Sosyal güvenlik sistemlerinde başlıca 2 (iki) tür finans yöntemi bulunmaktadır.

- 1) Katımlı rejimler: Kişiler aktif çalışma hayatında yer alır ve prim ödemeleri esasına dayanmaktadır (İzgi, 2004).
- 2) Katılmasız rejimler: Kişiler aktif çalışma hayatında yer almazlar ve finansmanı genellikle devlet bütçesinden karşılanmaktadır. Primsiz rejimler olarak da bilinmektedir. Sosyal yardım ve hizmetlerden oluşur.

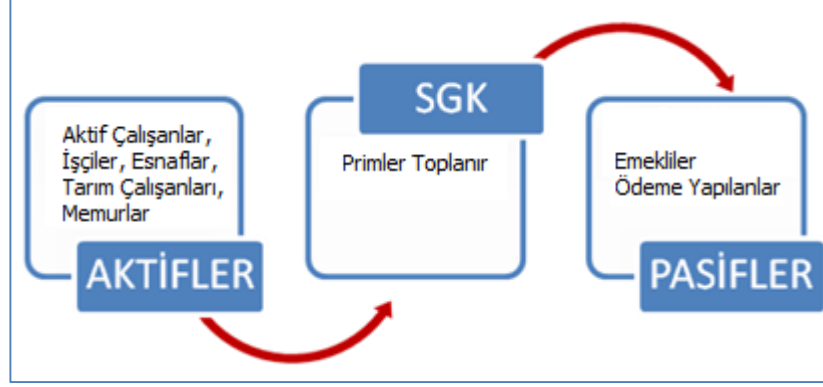
Katımlı rejimler kendi içinde, dağıtım sistemi, fonlama sistemi, karma sistemler ile karşılık ayırma sistemleri olmak üzere ülkelerde farklı biçimlerde uygulanmaktadır.

Ülkemizde de kullanılan yöntem olan dağıtım yöntemi, belirli dönemdeki gelir-gider dengesi temeline dayandığı için, aktif sigortalıların²⁹ ödedikleri primler,

²⁸ Sağlık hizmetleri finansmanında tercih genellikle vergiler ve zorunlu sigorta arasında yapılmaktadır.

²⁹ Aktif Sigortalı: Kısa ve/veya uzun vadeli sigorta kolları bakımından adına prim ödenmesi gereken veya kendi adına prim ödemesi gereken kişiyi ifade eder.

herhangi bir fon oluşturmaksızın, aynı dönemdeki pasif sigortalılara³⁰ veya bunların hak sahiplerine yapılacak sigorta yardımlarını karşılar. Bu durum Şekil 1.5'te özetlenmiştir.



Şekil 1.5: Dağıtım Yöntemi (Demir ve Canbay, 2013).

Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özel finansmanı ülkelerin sahip oldukları koşullar tarafından belirlenmektedir. Bu hizmeti satın almak isteyen kişiler doğrudan ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, özel sağlık sigortasına başvurmak suretiyle kurumsal bir destek alabilmektedirler. Genellikle gelir seviyesi yüksek olan kesimler muayene, teşhis, tedavi, ilaç gibi giderlerini doğrudan finanse edebilmektedirler. Bunun yanında sosyal sigorta kapsamında yer almakla birlikte sahip oldukları riskleri azaltmak ve daha fazla güvence temin etmek için isteyen kişiler de özel sağlık sigortasına dahil olabilmektedirler (Avcı, 1997).

Türkiye'de son yıllarda özel sağlık sigorta uygulamalarında geçmişe göre bir hareketlilik başlamıştır. Özel sigortanın toplam finansman kaynakları içindeki oranının %20'leri geçeceği beklentisi söz konusudur (Altay, 2007).

³⁰ Pasif Sigortalı: Kurumdan gelir ve/veya aylık alan kişiler

Sağlık hizmetleri finansmanında sosyal verimliliği ve hakkaniyeti sağlama ve sağlıkta sektörel olumsuzlukların zararlarından toplumun minimum kayıpla korunabilmesi için, devletin belli bir rol üstlenmesi, hemen her kesimin üzerinde görüş birliğine vardığı bir konudur³¹.

Ülkemizde olduğu gibi dünyadaki sosyal güvenlik kurumlarının karşı karşıya geldiği sorunların başında finansman sorunu gelmektedir. Tüm sağlık hizmetlerinin finansmanında genel olarak yaşanan kriz karşısında, gelirlerin arttırılması ile birlikte, daha çok harcamaların kısıtlanması yönünde önlemler alındığı görülmektedir. Gelirlerin arttırılmasında, kullanıcı ödemeleri ön plana çıkarken, harcamaların kısıtlanmasında maliyet kontrol mekanizmaları (örneğin SUT, Medula vb.) kullanılmaktadır.

³¹ Aralarında Dünya Bankası'nın da bulunduğu çevreler, ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak kamu kaynakları tarafından finanse edilmesini önermektedirler.

İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYA'DA SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ

Dünyada, teknolojik gelişmeler ve demografik yapıdaki değişikliklerin sağlık hizmeti maliyetlerinde oluşturduğu artış sonucunda, sağlık ve sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar her ülkede gün geçtikçe giderek artmaktadır. Kişiler gelirlerinin, ülkeler ise GSYİH'larının önemli bir kısmını sağlık harcamaları için kullanmaktadır.

Sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü karşılayan sağlık sigortası, dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem kamu hem de özel sektörde sıklıkla başvurulan yöntemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkemizde olduğu gibi dünyadaki sosyal güvenlik kurumlarının karşı karşıya geldiği sorunların başında finansman sorunu gelmektedir. Sistemde yaşanan finansman sorununun en önemli nedenleri arasında sağlık harcamalarının giderek artması ilk sıralarda sayılmaktadır. Bunun sonucunda da sağlık hizmetlerinin finansmanı her daim gündemdeki yerini koruyan önemli konulardan biri olmuştur. Her ülke kendi koşullarına göre bu önemli sorunu çözmek için değişik sistem ve yöntem uygulamaktadır.

Bu bölümde, dünya genelinde uygulanan sağlık sistemi ve finansman modelleri sırasıyla incelenecektir. Ayrıca dünya ölçeğinde ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yaptıkları, OECD ülkeleri³² özelinde kıyaslama yapılarak Türkiye sağlık harcamalarının ne düzeyde olduğu hakkında bilgi verilecektir.

³² OECD üyesi ülkeler: Avustralya, Avusturya, Belçika, Kanada, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, Yunanistan, Macaristan, İzlanda, İrlanda, İtalya, Japonya, Kore, Meksika, Lüksemburg, Hollanda, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya, Portekiz, Slovakya, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye, İngiltere ve ABD'dir.

2.1 Dünyada Kabul Gören Sağlık Sistemi ve Finansman Modelleri

Toplumda kişilerin sağlıklı olabilmeleri ve hayatlarını sağlıklı sürdürebilmeleri için sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun için ülkeler çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir. Bir ülkenin sağlık sistemi, tıp alanında teknolojik gelişmelerin izlenmesinin yanında, ülkenin ekonomik, sosyal, kültürel yapısıyla ve nüfus durumu ile yakından ilgilidir ve kurulacak sağlık sisteminin temel özellikleri üzerinde belirgin bir etki oluşturmaktadır. Belli bir sistem seçilirken bu tür veriler dikkate alınarak oluşturulması önem arz etmektedir (Dağ, 2013).

Sağlık hizmetlerinin gerek sunulması gerekse finansmanı açılarından bakıldığında günümüzde yaygın olarak uygulanan sistemleri üç ana grupta değerlendirmek mümkündür (Yücel, 1995).

Tablo 2.1’de ifade edildiği üzere;

- 1) İngiltere ve İsveç gibi ülkelerin başı çektiği devlet finansmanın çok etkili olduğu ulusal sağlık hizmeti; (Beveridge) modeli,
- 2) Ülkemizde içinde bulunduğu, Almanya, Fransa, Belçika gibi ülkelerde uygulanan, çalışanların gelirlerinden kesilen primlerle ve işveren katılımıyla finanse edilen sağlık sigortası; (Bismarck) modeli,
- 3) ABD ve İsviçre’nin başı çektiği serbest pazar ekonomi modelinin uygulandığı alıcının satın alma gücüne dayanan ve bireyin tercihine bırakıldığı ve finansmanında devletin kısır kaldığı; Özel Sigorta modelidir.

Tablo 2.1: Sağlık Sistemleri Modelleri (Vehid, 2013).

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
	Ulusal Sağlık Hizmeti (İngiltere)	Sosyal Sağlık Sigortası (Almanya)	Özel Sağlık Sigortası (ABD)
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Beveridge modeli³³ nin temel özelliği sağlık hizmetlerinin devlet tarafından vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir. Devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını bütçe aracılığı ile kontrol etmesi, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, hekimlere verdikleri hizmetin karşılığının maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi³⁴ ile ödenmesi, kurumlar içinse merkezi idare tarafından belirlenen bütçelerin kullanılması, bu modelin diğer özellikleridir. II. Dünya Savaşı sonrası İngiltere’de gerçekleştiği için bu model genellikle İngiltere Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ile özdeşleşmiştir. Günümüzde, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılan modeldir.

Bismarck modeli³⁵ ise bir sigorta sistemi bulunur ve finansmanı işveren ve işçilerin bordro kesintileri ile sağlanmaktadır. Bu model, vatandaşların tümünü kapsamayı hedefler ve kar amacı yoktur. Çıkış kaynağı nedeniyle Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmekle birlikte bugün başta Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre olmak üzere hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmaktadır. Özellikle 1990 sonrası sağlık politikalarında gelişmekte olan ülkelere yatırım kredisi sağlayan Dünya Bankasının sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemi olarak kendini göstermektedir (Tatar, 2011).

Özel sağlık sigortasının ise ana kaynağı Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’dir. Bu modelde temel ilke herkesin doktorunu ve hastasını seçebilme hakkına sahip olmasıdır. Doktorların bir çoğu özel muayenehanelerinde çalışmayı tercih etmekte ve ödemeler sigorta tarafından veya doğrudan yapılmaktadır. Diğer iki yöntem nazaran, bir çok yönden, günümüzde ağırlıklı olarak kullanılması önerilmeyen sağlık finansman modellerinden biridir (Tatar, 2011).

³³ İngiltere’de sosyal güvenlik sisteminin sorunlarını ele alan ve bu alanda devrim niteliğindeki Sir William Beveridge’nin Social Insurance and Allied Services (1942) isimli raporuna atfen bu sisteme literatürde Beveridge sistemi adı verilmiştir (Korkmaz ve diğerleri, 2007).

³⁴ Bu modelde hizmet sunucular belirli bir dönemde, belirlenmiş hizmetleri vermekle yükümlü olacakları kişi sayısına oranlı bir ödeme alırlar.

³⁵ 1883 yılında Almanya’nın refah devlet tanımını geliştiren Otto Von Bismarck tarafından tasarlanmıştır.

Günümüzde, dünyanın her yanında geçerli olabilecek ideal bir modelin olmadığı, bilinen bir gerçektir. Ülkeler çoğu kez tek tip finansman modeli takip etmedikleri, zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebildikleri, dolayısıyla finansmanın daha karma bir hale gelebildiği; hem vergiler, hem sigorta primleri, hem de özel sağlık sigortasından aynı anda yararlandıkları görülebilmektedir. Bu yüzden ülkeler finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre sınıflandırılmıştır.

Yukarıda ifade edilen finansman modellerinden hangisi seçilirse seçilsin, sistemin iyi işlediğinin ölçütü, uygulanan ülkede sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, erişimde fırsat eşitliği ve bekleme süresi, hizmette yüksek teknoloji kullanımı ve hizmetlerin kesintisiz olarak sunulmuş olmasıdır.

Finansman şekli ülkeden ülkeye çeşitlilik gösterse de; kabul edilebilir bir standart ve erişilebilirlik seviyesinde adaletli ve verimli olarak hizmetin sunumu nihai amaçtır.

Şimdi bu modelleri örnekleriyle inceleyelim.

2.1.1 Ulusal Sağlık Sistemi Modeli

Bu modelde bütün ülke nüfusu, devlet tarafından kontrol edilen sağlık merkezlerinden hiçbir ödeme yapılmaksızın yararlanır. Bu şekilde halka sunulan hizmetlerin finansmanı ise, devletin genel vergileri ile gerçekleştirilir.

2.1.1.1 İngiltere uygulaması

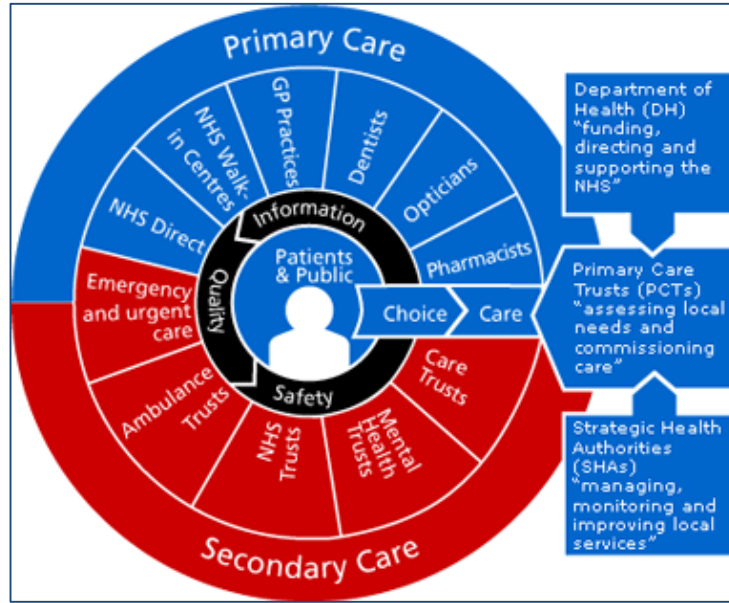
İngiltere’de sağlık hizmetleri bireylere Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service-NHS)’nce verilir. Bütün sağlık hizmetleri, tek bir teşkilatta toplanır ve merkezi olarak kamu eliyle planlanarak ülke çapında yürütülür. Bu modelde ülkedeki herkes devlet kontrolündeki tıbbi merkezlerden ücret ödmeden yararlanır. NHS, 14 bölgesel sağlık idaresi aracılığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülür.

Örgütsel yapı incelendiğinde üç ayrı yapı ile karşılaşmaktadır. Bunlar primli rejim, primsiz rejim ve ulusal sağlık hizmetidir (Oral, 2002).

- 1) Primli rejimi ulusal sigorta oluşturmaktadır. Hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan bir sistemdir.

Ancak kişinin herhangi bir parasal yardımdan yararlanabilmesi için ulusal sigortaya prim ödemesi gerekmektedir.

- 2) Primsiz rejim, bazı sakat kimselere ve bunlara bakanlara gelir desteği ve kira yardımı olarak uygulanan bir rejimdir. Bu riskler için genel bütçeden ayrılan ödenekler kullanılmaktadır.
- 3) Ulusal sağlık sistemi ise, vatandaşın ücretsiz olarak yararlandığı, göz ve diş giderlerini de kapsayan sağlık yardımları yapan kuruluştur.



Şekil 2.1: İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi (SB, 2013).

Yukarıda şekilde gösterildiği gibi, NHS hizmetleri birinci basamak (primary care) ve ikinci basamak (secondary care) olmak üzere iki düzeyde gerçekleştirilmektedir. NHS hastane hizmetleri ikincil bakım hizmetleri altında ele alınmaktadır.

İngiltere’de sağlık sisteminin finansmanı toplanan vergiler aracılığı ile sağlanmaktadır ve devlet sağlık için yapılan tüm harcamaların yüzde 84’ünü karşılamaktadır. Sistem her İngiliz vatandaşına, bir Genel Pratisyen (GP)’in listesine üye olma³⁶ ve hizmeti kullanma sırasında ücretsiz olarak tüm birinci basamak sağlık

³⁶ Listeye kaydedilen hasta sayısı en fazla 3.000’dir.

hizmetlerinden faydalanma imkanı vermektedir. Aile hekimliği sistemi³⁷ çok gelişmiştir ve sağlık sorunlarında öncelikle aile hekimine gidilmesi zorunludur. Aile hekimine başvuran hastanın ikinci basamağa sevk gerektiğinde aile hekimi hastaya üç seenek³⁸ sunmaktadır.

NHS'nin temel amacı hastaları hastanelerden uzak tutmaktır. NHS kaza, acil durum ve yaşamı tehdit eden akut hastalıklarda yüksek standartta hizmet vermektedir. Ancak acil olmayan ameliyatlar için birkaç yılı bulan bekleme listeleri söz konusu olmaktadır. Bu durum özel sağlık sigortalarının çıkış noktası olmuştur (Lister, 2008). Ülkede özel sağlık hizmetleri serbest olmasına karşın, kamu hizmetlerinin kalitesi ve yeterliliği nedeniyle fazla bir gelişim gösterememiştir (Sargutan, 2006).

NHS'nin en önemli özelliklerinden birisi kapsamla ilgili herhangi bir sınırlamanın olmamasıdır. Gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteğiyle NHS'nin kapsamı dışında bırakılmıştır. Yine bunlar gibi özel sigortalara prim ödeyip sağlık hizmetini bu yolla alan bir nüfus grubu da vardır. Ancak, NHS'nin finansmanı genel vergiler yoluyla sağlandığı için bu kişiler de vergilerini ödedikleri için sistemin finansmanına katılmaktadırlar.

Özel sağlık sigortalarının belirli muafiyet oranları ile tamamlayıcı sigorta poliçeleri aracılığı ile piyasada yer alması mümkün olmaktadır (etin, 2007). NHS'i tamamlayıcı bir rol oynamakla beraber NHS'den tamamen bağımsız olarak da faaliyet gösterebilir. Nüfusun %11 tarafından kullanılmaktadır.

Sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, en uç noktada GP (ülkemizde Aile Hekimi) olmak üzere sağlık hizmetleri basitten en karmaşığa doğru basamaklandırılmış ve her seviyede akışın son derece iyi sağlandığı bir sevk zinciri kurulmuştur. İkinci basamakta uzman hekimler³⁹ bulunmakta, bu hekimlere ancak

³⁷ Asgari standardı tespit edilmiş bir bölgede, kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği birim olarak tanımlanmıştır.

³⁸ İki NHS hastanesi ve bir özel hastaneye sevk seçeneği; bu uygulama özel sektörü canlandırmak ve sistem içindeki ağırlılığının artırılması amacıyla yapılmaktadır.

³⁹ Meslek kuruluşları tarafından seçilir ve Sağlık Bakanlığınca atanırlar. GP'ler ise sözleşmeli olarak çalıştırılmaktadır.

GP sevk ederse hasta gidebilmektedir⁴⁰. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir.

İngiliz sistemi, az harcama ile iyi bir sağlık düzeyinin tutturulması sebebiyle kamu hizmet sunumu ve finansmanı açısından her zaman örnek gösterilen, tipik ve başarılı modellerden birisi olmuştur.

2.1.2 Sosyal Sigorta Modeli

Bu modelde, sosyal sigorta yoluyla sosyal risklere karşılık koruma sistemi organize edilmiştir. Sosyal sigorta modelinin uygulandığı ülkelerde işçi ve işverenin katılımıyla sağlanan zorunlu sigortalılık bu modelle benimsenmiştir. Sistemin finansmanı, yararlananların ödedikleri sigorta primleriyle karşılanmaktadır. Aktif olmayan nüfus, yani emekliler ve bağımlılar, çalışanlar üzerinden kapsama dâhil edilirler.

2.1.2.1 Almanya uygulaması

Almanya’da sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılması amacı ile uygulanmakta olan sistem Sosyal Sigorta Sistemi olarak adlandırılır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı ile ilgili uygulamalar ağırlıklı olarak devlet tarafından yürütülür.

Sistemin merkezini sosyal sigortalar oluşturmaktadır. Sosyal sigortalar emekliler, işçiler ve ailelerinin yer aldığı bir sistemdir. Memur ve askerler için özel sosyal güvenlik sistemleri mevcuttur. Geri kalan bireyler ise özel sigortalar tarafından güvence altına alınmaktadır. Özel sigortalar ise bu sistemi tamamlayıcı bir rol oynar.

Almanya’da uygulanan sağlık sistemi gelişmiş bir sağlık sigortası sistemidir. Sistemin yönetiminde hem özel sektör hem de kamu rol oynamaktadır. Nüfusun %85’i prim tabanlı ve birbiriyle rekabet eden çok sayıda kamu sağlık fonlarının sağladığı sağlık güvencesine sahiptir. Nüfusun %10’u özel sağlık sigortasına sahip

⁴⁰ Acil durumlar hariç, hasta kural dışı olarak sevksiz ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gitmesi durumunda cepten ödeme yapmak zorundadır.

olup, geri kalan %5'lik kısım ise askerlere yönelik düzenlemeleri kapsamaktadır (Clarke and Bidgood, 2012-13 ve İnce, 2014).

Almanya'da çalışanlar ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılmaktadırlar. Sigortalanmak zorunludur⁴¹. Zorunlu sağlık sigortasının primleri işçi ve işveren tarafından sigortalının aylık kazancının %6,9'u oranında prim ödenmektedir. Eğer sigortalının geliri belli ücretin altında ise sigortalı için prim ödeme koşulu aranmamakta ancak işverenin katkısı artırılmaktadır. Ayrıca, bildirim yükümlülüğü de işverene bırakılmıştır. Bildirim işleminden sonra sigortalıya bundan sonraki bütün sigorta işlemlerinde kullanacağı bir sicil numarası verilmektedir.

Ülke genelinde, İngiltere örneğinde olduğu gibi, birinci basamak hizmetleri pratisyen hekimler tarafından yürütmektedir. Pratisyen hekimler kendi muayenehanelerinde ya da polikliniklerde hizmet vermektedir. Nüfusun %90'ından fazlası sigortalı olduğu için hekimler sigorta ile anlaşmayı tercih ederler ve anlaşma kapsamında bireysel ya da gruplar halinde de çalışabilirler.

Almanya'da her hastanın bir sigorta kartı bulunmaktadır. Hasta bu kartı verdiği hekime 3 ay süreyle bağlı kalmaktadır. Hasta geçerli bir sebebi olmadıkça hekimini değiştirememektedir. Kural olarak bu hekimine 24 saat ulaşabilmektedir.

Ülkede ayaktan tedavi hizmetleri ile hastanede bakım hizmetleri ayrılmıştır. Hastaneler tarafından ayakta tedavi hizmeti verilmemektedir ve hastaların tümü yatarak tedavi gören hastalardır. Hastane tedavisi, pratisyen hekimin ya da uzman bir doktorun sevki ile veya acil müdahaleyi gerektiren durumlarda gerçekleşmektedir. Hastane hizmetleri yataklı tedavi, ameliyat öncesi ve sonrası yataklı bakım ve ayakta cerrahi girişimler şeklinde düzenlenmiştir. Temel Sağlık Yasası ile hastanede konaklama süresi tıbben gerekli süre ile sınırlandırılmıştır.

Sağlık hizmetlerinden yararlanılırken hasta tarafından hizmeti sunan birimlere herhangi bir ödeme yapılmaz. Hizmet sunumunda bulunan tüm birimler (aile hekimleri, hastaneler) sundukları sağlık hizmetinin masraflarını sigorta sisteminden tahsil etmektedirler (Busse and Riesberg, 2004).

⁴¹ Ülkede belirli alt ve üst sınırlar arasında gelir elde edenler sosyal sağlık sigortasına üye olmak zorundadır. 2010 yılı için belirlenen gelir seviyesi aylık 4050 (yıllık 48.600) Euro'dur. Yıllık 48.600 Euro ve üzeri gelir elde edenler zorunlu sosyal sağlık sigortasına veya özel sigortaya kayıt olup olmamakta serbest bırakılmıştır. Aylık gelirleri 400 Euro'nun altında olan çalışanlardan sadece işverenler prim ödemek zorundadır.

Kamu tarafından sağlanan sağlık sigortası sistemi, birbirleri ile rakip, 300'e yakın sağlık sigortası fonundan oluşmaktadır. Hastalık fonları olarak da anılan bu kuruluşlar, yönetim ve finansal açıdan özerk bir yapıya sahiptirler. Hastalık fonları sigorta primlerinin toplanması, hizmetlerin hizmet sunucularından satın alınması ve hizmet sunucularına ödemelerin yapılmasından sorumludurlar. Burada asıl amaç, yapılan finansal aracılık hizmetleri neticesinde kâr elde etme değil, sosyal sağlık riskini tüm topluma paylaşırabilme (Busse and Riesberg, 2004).

Alman sağlık sisteminde zorunlu sosyal sağlık sigortasına ek olarak vergiler, özel sağlık sigortası ve doğrudan cepten yapılan ödemeler de finansman kaynakları arasında yer almaktadır.

Vergiler sistemde çeşitli şekilde kullanılmaktadır. Hastane kurulması, sağlık Ar-Ge çalışmaları, sağlık personeli eğitimlerinin finansmanı karşılanması bunlardan bazılarıdır.

Özel sağlık sigortası primleri, yaş, cinsiyet ve sigortalılık sürecindeki tıbbi geçmişe bağlı olarak değişmektedir. Sosyal sağlık sigortasının tersine, primler eşler ve çocuklar için de ödenmektedir.

Sistemin bir diğer finansman kaynağı ise kullanıcı ödemeleridir. Örneğin hastalar, ilaçların referans fiyatları ve gerçek fiyatları arasındaki farkı ödemek zorundadırlar.

Alman sağlık sistemi gelir elde eden herkesi zorunlu olarak içerisine dahil ederken, bireyin satın alma hakkını kullanarak özel sağlık sigortasına dâhil olma isteğini de engellememektedir.

Türkiye'nin örnek aldığı model Almanya'nın uyguladığı sistemdir. Pahalı bir sistem olarak bilinir, fakat kaliteli hizmet sunmaktadır.

2.1.3 Özel Sigorta Modeli

Bu modelde sağlık güvencesi yukarıda ifade edilen modellerden farklı olarak serbest piyasa koşullarına uygun olarak gelişmiştir. Vatandaşın satın alma gücü sağlık hizmetlerinin esas dayanağını oluşturur. Sağlık giderlerinin finansmanında ana kaynak ise isteğe bağlı özel sağlık sigortalarıdır.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'de sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması amacı ile uygulanmakta olan model, Özel Sigorta Sistemi modelidir. Devlet eliyle yönetilen hizmetler oldukça kısıtlı olup yaşlılara (Medicare) ve fakirlere (Medicaid) sağlık hizmetlerinin ulaştırılması amacı ile programlar düzenlenmiştir.

2.1.3.1 ABD uygulaması

ABD'de sağlık sigortası sistemi büyük ölçüde özel sigortalar tarafından finanse edilen bir sistemdir ve sağlık hizmetleri, özel sağlık kuruluşları ve serbest çalışan hekimler tarafından verilmektedir.

Sistem hastalara özel sigortadan özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçme özgürlüğünü vermektedir. Bunun yanında teknolojik ve kalite bakımından oldukça yüksek ve hizmete ulaşılması da kolay olmasına karşın, harcamaların yüksekliği ile dikkat çekmektedir.

Bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri dört farklı şekilde sunulmaktadır. Bunlar; özel şirketler, Blue Cross ile Blue Shield Planları⁴², bağımsız tıbbi bakım planları olarak tanımlanabilecek özel organizasyonlar (Health Maintenance Organization-HMO⁴³, Preferred Provide Organization-PPO⁴⁴) ve kamu sigortalarıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyi organize edilmediği bu modelde, düzenli bir sağlık basamak sistemi ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Son derece yetersiz koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile karşı karşıya kalınmaktadır. Karlı olmayan birinci basamak hizmetleri özel sektörün ilgisi dışında kalmaktadır.

⁴² Hastane sahipleri ve hekimler tarafından kurulmuş kar amacı gütmeyen özel sigorta şirketleridir. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield hekim masraflarını sigorta etmektedir. Tedaviler kendi hastanelerinde yapılmaktadır.

⁴³ Düzenli ödenen primlerin sağlık hizmetini finanse etmesi ve hastalık durumunda her türlü tıbbi ihtiyacın karşılanması esasına dayanmaktadır. Koruyucu hekimliğe büyük önem verilmektedir. İşverenler ve HMO kurucuları arasında yapılan sözleşme ile hizmet hakkı sağlanmaktadır ve sadece sözleşme yapılan kurumdan hizmet talep edilmektedir.

⁴⁴ Bu sisteme girenler, tercihten hekime giderse fark ödemez, muayenesinin ücreti sabittir ve PPO tarafından karşılanır. Diğer hekimlere giderse ücretin %10-20'sini karşılamak zorundadır.

Kişiler, ihtiyaç duydukları tüm servisleri mümkün olan en uygun fiyatlarla alabilmelerini sağlayacak planlara (HMO, PPO) yönelmiştir. Hızla yükselen maliyetlerden en çok etkilenen hastane hizmetleri olduğundan yalnızca bu konuya yönelik teminat planları, oldukça fazla ilgi görmektedir.

İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri çok gelişmiştir. Sağlık hizmetleri alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmektedir. Hizmet başına ödeme⁴⁵ söz konusudur. Sigorta sistemleri ancak bu basamakta ödeme yapmaktadır. Oldukça pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere ulaşım sınırlı kesimler tarafından yapılabilmektedir. Nüfusun yaklaşık %15'i tamamen sağlık güvencesinden yoksundur ve söz konusu hizmetlerden yararlanamamaktadır.

Devlet eliyle yönetilen hizmetler ve verilen sağlık güvencesinin kapsamı oldukça dar ve yetersiz olduğu düşünüldüğünde, ülkede, özel sağlık sigortaları kaliteli hizmet alabilmek için bir ihtiyaç konumundadır.

Özel sağlık sigortası sistemini en geniş ölçüde uygulayarak farklı bir yol izleyen tek gelişmiş ülke ABD olmuştur. Amerikan sistemi teknolojik ve kalite bakımından oldukça yüksek ve hizmete ulaşılması kolay ise de, dengesizlik ve harcamaların yüksekliği ile dikkat çekmektedir. Yine de, Amerikan sağlık sistemi, araştırma gücü, getirdiği yenilikleri, teknolojik başarıları ve ileri tıp uygulamaları ile örnek alınmaya devam etmektedir

Türkiye'nin 2008 yılına kadar süregelen sosyal güvenlik yapısı yukarıda açıklananların hiç birine tam olarak dahil olamamaktadır. SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur Bismarck modelini, Yeşil kart, devlet memurları ve 65 yaş üstü ödemeler Beveridge modelinin uygulamalarıdır. Dolayısıyla hem kurumsal, hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir.

Her ülkenin finansman sağlama yöntemi o ülkenin sosyo-ekonomik durumuna ve politik tercihlerine göre şekillenmektedir. Uygulanan farklı sistemlerde, söz konusu sistemlerin iyi işlediğinin ölçütü; uygulanan ülkede sağlık hizmetlerine ulaşma kolaylığı, ulaşmada fırsat eşitliği, ulaşmada bekleme süresi, hizmette yüksek teknoloji kullanımı ve hizmetlerin kesintisiz olarak sunulmuş olmasıdır.

⁴⁵ Herbir hizmet için belirlenmiş fiyatlarla faturalama esasına dayanır. Örneğin bir ameliyat faturası, yapılan tüm analizleri, konsültasyonları, anestezi ve ameliyathane kullanım ücretini, operatör ve asistan ücretlerini, kullanılan ilaç ve malzemeyi ve hemşirelik hizmetlerini tek tek içerir.

Bu amaçla, 2008'de yapılan reformla Türkiye'de, GSS ile yeni finansman modeline geçilmiş ve böylelikle tüm dünyada da ağırlıklı olarak uygulanan model olan Bismark Modeli benimsenmiştir.

2.2 Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Harcamalarına Genel Bir Bakış

Dünya ekonomisi geçen yılda ağırlıklı olarak; ABD'nin parasal genişletmeyi yavaşlatma kararı, Ukrayna Krizi ile birlikte ABD ve Avrupa'nın Rusya'ya yaptırımları, Japonya'nın deflasyon (fiyat artış oranında gerileme)'a girerken Çin ekonomisinin yavaşlaması ve Euro bölgesindeki gelişmeler ışığında Dolar'ın Euro karşısında güçlenmesi ile şekillenmiştir.

Ulusal ölçekte ise yerel yönetim, cumhurbaşkanlığı seçimi, milletvekilleri seçimi ve iç siyasetimizdeki karışıklıklar ile birlikte ekonomimiz geçen yıl ve 2015 yılı ilk çeyrekte yoğun biçimde siyasetin gölgesinde kalmış, temel makro ekonomik göstergelerimizde olumsuzluklar baş göstermiş, komşu coğrafyamızdaki çatışmalar, dış ticaretimize de olumsuz yansımıştır.

İstihdam yaratmayan, borç ve dış açıkları büyüten sıcak paraya dayalı büyüme modeli, iç ve dış faktörlerin etkisiyle giderek işlemez hale gelince, Türkiye ekonomisi irtifa kaybetmeye başlamıştır. Türkiye son 3 yılda ortalama %3.1 oranında (2012'de %2.1; 2013'de %4.2; 2014'de %2.9) büyüdü ki bu oran potansiyel büyüme oranı olan %5'in altındadır. Bu sonuca bakarak Türkiye'de sert bir daralma yaşandığı söylenemez; ancak ekonomide birtakım sıkıntıların olduğu görülmektedir.

Diğer taraftan ekonomik büyüklük tek başına bir şey ifade etmemektedir. Nitekim, Çin dünyanın en büyük ikinci ekonomisidir. Ancak toplumsal refah açısından aynı düzeyde bulunmamaktadır. Bu nedenle ekonomik büyüklük yanında toplumsal refah göstergesi niteliği taşıyan kişi başına gelir düzeyinin de değerlendirilmesi gerekmektedir.

Dünya Bankası verilerinden yapılan derlemeye göre, kişi başına düşen yıllık sağlık harcaması (sağlık hizmetleri, aile planlaması ve acil yardım hizmetleri) incelendiğinde Norveç, kişi başına düşen 9.055 \$'lık harcamasıyla dünya ülkeleri arasında ilk sırada yer almıştır.

Kişi başına düşen sağlık harcamasının en yüksek olduğu ikinci ülke ise 8.980 \$'la İsviçre olmuştur. Dünyanın en büyük ekonomisi ABD ise 8.895 \$'lık kişi başı sağlık harcamasıyla üçüncü sırada yer almıştır.

Türkiye ise sağlık harcamasında orta sınıf ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir. Türkiye kişi başına düşen 665 \$'lık sağlık harcaması ile AB ülkeleri arasında sadece Romanya ve Bulgaristan'ı geçmiş durumdadır. AB ülkeleri arasında en düşük kişi başı sağlık harcamasını 420 \$'la Romanya yapmıştır.

Hükümetin 2023 yılı için belirlediği ekonomi hedefleri gözönüne alındığında iki önemli hedef dikkati çekmektedir. Dünyanın ilk 10 ekonomisi arasına girmek ve kişi başına düşen geliri 25.000 \$ seviyesine çıkarmak olarak öngörülmüştür.

Kuşkusuz sosyal devletin gereği olarak bazı harcamaların yapılması gerekmektedir. Her ülkenin finansman sağlama yöntemi o ülkenin sosyo-ekonomik durumuna, politik tercihlerine göre şekillenmektedir ve finansman yükü toplum tarafından çeşitli yöntemlerle paylaşılmaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015).

Literatürde ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yapmaları gerektiğine dair bir standart bulunmamaktadır. Sağlık harcamaları ile sağlık statüsü göstergeleri veya sağlık düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki de bulunmamaktadır. Ülkeler zenginleştikçe sağlıkları için yaptıkları harcamalar artış eğilimi göstermektedir (Çiftçi, 2012). Yani az harcama yapan daha sağlıksız olur veya daha fazla harcama yapan daha fazla sağlıklı olur diye bir kaide yoktur. Nitekim sağlığı için GSYİH'sinin yaklaşık %17'sini harcayan ABD'nin sağlık statüsü göstergeleri (örneğin bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı veya doğuştan beklenen yaşam süresi gibi), ABD'den daha az sağlık harcaması yapan diğer ülkelere göre daha düşük düzeydedir.

Önemli olan koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri öncelikli olmak üzere parasal kaynaklar dahil bütün sağlık kaynaklarını etkili ve verimli bir şekilde kullanabilmektir.

Sağlık harcamaları artan gelişmiş ülkelere bakıldığında sağlık harcamalarındaki artışa nüfus yoğunluğundan ziyade genelde yaşlı nüfusun neden olduğu ve dolayısıyla toplumdaki nüfusun niteliğinden kaynaklandığı görülmektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993).

Ayrıca, ülkelerin ekonomik anlamda gelişmeye devam etmeleri, tıp alanındaki teknolojik gelişmelere bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sağlık politikalarındaki değişimler de sağlık harcamalarında artışa sebebiyet verebilmektedir (Thorpe, 2005).

Günümüzde GSYİH çok kullanılan bir ekonomik göstergedir⁴⁶. Sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise ülkelerarası refah düzeylerinin karşılaştırılmasında sık başvurulan önemli göstergelerden biridir. Gelişmiş ülkeler, GSYİH'larından her geçen yıl daha fazla payı sağlık harcaması için ayırmaktadırlar.

Sağlık harcamalarının düzeyini gösteren üç temel gösterge vardır. Bunlar; toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamasıdır (Akdur 2006).

Toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ye oranı seçilmiş OECD ülkeleri ve yıllar bazında 1995-2012 dönemi, Tablo 2.2'de görüldüğü gibidir.

⁴⁶ GSYİH ekonominin tüm sektörlerini tam olarak kapsayan bağımsız bir hesap olarak tahmin edilir. GSYİH tahmini için üretim, harcama ve gelir olmak üzere üç yöntem vardır. Türkiye'de GSYİH hesaplamalarında üretim yöntemi esas alınmaktadır.

GSYİH (üretim yöntemine göre), bir ekonomide yerleşik olan üretici birimlerin belli bir dönemde, yurtiçi faaliyetleri sonucu yaratmış oldukları tüm mal ve hizmetlerin değerleri toplamından bu mal ve hizmetlerin üretiminde kullanılan girdiler toplamının düşülmesi sonucu elde edilen değerdir. Cari ve sabit fiyatlarla hesaplanır. Sabit fiyatlar için baz yılı 1998'dir. Bkz. (http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?alt_id=1045)

Tablo 2.2: Bazı OECD Ülkelerinin Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%) (OECD Health Statistics 2014).

	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	7,3	8,1	8,5	8,7	9	8,9	9,1	-
Avusturya	9,6	10	10,4	10,5	11,2	11,1	10,9	11,1
Kanada	8,9	8,7	9,6	10	11,1	11,1	10,9	10,9
Danimarka	8,1	8,7	9,8	10,2	11,5	11,1	10,9	11
Finlandiya	7,8	7,2	8,4	8,3	9,2	9	8,9	9,1
Fransa	10,4	10,1	10,9	10,9	11,6	11,6	11,5	11,6
Almanya	10,1	10,4	10,8	10,7	11,8	11,6	11,2	11,3
Yunanistan	8,7	8	9,7	10,1	10,2	9,5	9,8	9,3
Macaristan	7,3	7,2	8,4	7,5	7,7	8,1	8	8
İrlanda	6,6	6,2	7,6	9	9,9	9,2	8,7	8,9
İtalya	7,1	7,9	8,7	8,9	9,4	9,4	9,2	9,2
Japonya	6,8	7,6	8,2	8,6	9,5	9,6	10,1	10,3
Lüksemburg	5,6	7,5	7,9	7,3	8,1	7,6	7,3	7,1
Meksika	5,1	5	5,9	6	6,5	6,3	5,9	6,2
Norveç	7,9	8,4	8,8	9,6	9	8,6	8,7	8,6
Polonya	5,5	5,5	5,9	6,2	6,2	6,2	6,3	6,9
Slovenya	7,5	8,3	8,6	8,5	8,5	8,4	8	8,5
İspanya	7,5	7,2	7,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,9
İsveç	8	8,2	8,9	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2
İsviçre	9,3	9,9	10,3	11	10,9	10,4	10,2	10,3
Türkiye	2,5	4,9	5,2	5,4	5,4	5,8	6	6,1
İngiltere	6,7	6,9	7,2	7,9	8,1	8,3	8,4	8,8
ABD	13,2	13,1	13,8	15,2	15,2	15,3	15,6	16,1

İlgili dönemler itibariyle oran genellikle hep artış eğilimindedir. 1995 yılında ve daha sonraki yıllar itibariyle GSYİH'sinden en büyük payı sağlığa aktaran ülke hep ABD olmuştur. AB üyesi ülkeler arasından ise Fransa, Almanya ve Avusturya GSYİH'lerinden sağlığa en çok pay ayıran ülkeler olmuştur.

Türkiye'ye bakıldığında ise 1995 yılında %2,5 olan bu oranın 5 yıl içinde neredeyse iki katına çıkıp %4,9'a ulaştığı görülmektedir. Bu oran yıllar itibariyle hep yükseliş göstermiş olmakla birlikte; Türkiye ama yine bir çok ülkenin ve OECD ortalamasının altında kalmıştır. 2012 yılı itibariyle harcama/ hasıla oranının OECD ülkeleri ortalaması %9,3'tür. Türkiye aynı yıl itibariyle %6,1'lik bir oranla ortalamanın oldukça gerisinde kalmıştır.

Satınalma Gücü Paritesi (SGP)⁴⁷, farklı para birimlerinin satın alma gücünü eşitleyen bir değişim oranıdır. Bu oran kullanılarak ortak bir para birimine dönüştürülen harcamalar, satın alınan mal ve hizmet hacmindeki farklılıkları yansıtarak ülkeler arasında gerçek anlamda karşılaştırılabilir veriler sağlamaktadır. SGP, ülkelerin ekonomik faaliyetlerinin temel göstergesi olan GSYİH ve bileşenleri esas alınarak hesaplanır.

Tablo 2.3: Bazı OECD ülkelerinin Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Sağlık Harcamaları (ABD \$) (OECD Health Statistics 2014).

	1995	2000	2005	2008	2009	2010	2011	2012
Avustralya	1636	2283	3012	3492	3735	3786	3997	..
Avusturya	2252	2901	3503	4173	4386	4496	4663	4896
Kanada	2059	2521	3451	3998	4297	4426	4503	4602
Danimarka	1865	2510	3243	4056	4431	4534	4545	4698
Finlandiya	1474	1855	2589	3163	3290	3289	3455	3559
Fransa	2095	2547	3229	3726	3954	4029	4192	4288
Almanya	2272	2681	3363	3973	4227	4427	4610	4811
Yunanistan	1259	1453	2355	3011	3030	2692	2648	2409
Macaristan	658	854	1434	1525	1581	1703	1800	1803
İrlanda	1186	1787	2939	3794	4006	3787	3742	3890
İtalya	1496	2030	2500	3018	3115	3157	3202	3209
Japonya	1560	1971	2491	2891	3049	3237	3458	3649
Lüksemburg	1904	3273	4152	4542	4657	4652	4661	4578
Meksika	375	497	733	879	928	950	965	1048
Norveç	1856	3046	4301	5246	5350	5440	5746	6140
Polonya	406	584	857	1241	1368	1432	1494	1540
Slovenya	970	1453	1994	2459	2537	2449	2556	2667
İspanya	1189	1539	2257	2939	3078	3016	2998	..
İsveç	1740	2289	2963	3656	3738	3747	3964	4106
İsviçre	2560	3225	4015	4933	5205	5292	5671	6080
Türkiye	<i>173</i>	<i>433</i>	<i>591</i>	<i>913</i>	<i>885</i>	<i>897</i>	<i>937</i>	<i>984</i>
İngiltere	1345	1829	2701	3192	3389	3210	3212	3289
ABD	3788	4791	6751	7786	8015	8244	8483	8745

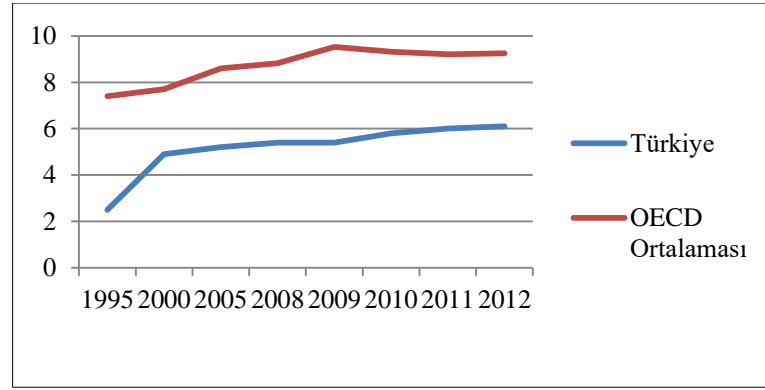
SGP'ye göre seçilmiş OECD ülkelerinde kişi başına düşen sağlık harcamaları çeşitli yıllar itibariyle Tablo 2.3'teki gibidir. Bir önceki tablodaki değerlendirmelere paralel olarak burada da yine ilk sırayı ABD almaktadır. 1995 yılı itibariyle kişi

⁴⁷ SGP temel olarak, ülkeler arasındaki fiyat düzeyi farklılıklarını gidererek uluslararası anlamda fiyat karşılaştırmalarına yönelik olarak geliştirilen bir yöntemdir.

başına düşen yıllık sağlık harcaması ABD’de 3788 \$ iken, Türkiye’de bu miktar sadece 173 \$ olmuştur. 2012 yılı itibariyle iki ülke arasında yine oldukça büyük bir fark olduğu görülmektedir.

Avrupa’da ise kıtanın en pahalı ülkesi unvanına da sahip olan Norveç’te 2012 yılı itibariyle SGP’ye göre yıllık kişi başına düşen sağlık harcaması 6140 \$ olmuştur. Aynı yıl itibariyle İsviçre ve Avusturya, Norveç’in takipçileri olmuştur.

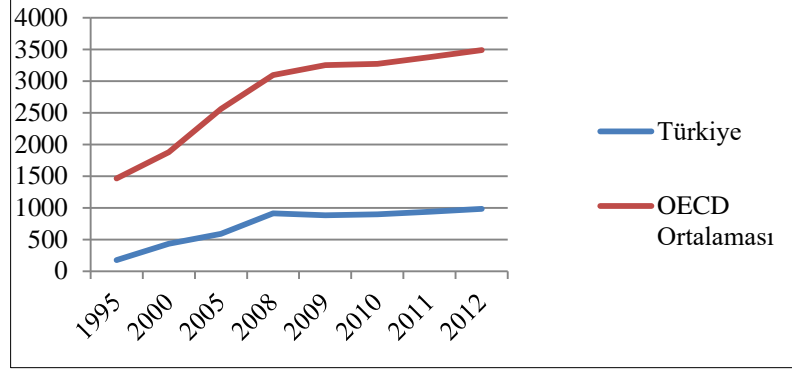
2012 yılı itibariyle SGP’ye göre kişi başına düşen yıllık sağlık harcamalarının OECD ülkeleri ortalaması 3484 \$’dır. Aynı yıl Türkiye’de bu miktar ortalamamın bir hayli altında kalarak 984 \$ olarak gerçekleşmiştir.



Şekil 2.2: Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı OECD Ortalaması ve Türkiye 1995-2012 (%) (OECD Health Statistics 2014).

Yıllar itibariyle sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranının gelişim trendi Türkiye-OECD ortalaması Şekil 2.2’deki gibidir. Tablo 2.2’e göre, 1995-2012 döneminde GSYİH’den sağlık harcamalarına aktarılan kaynağın oransal bazda en hızlı arttığı ülkelerden biri Türkiye olmasına rağmen 2009 itibariyle %5,4’lik harcama/hasıla oranı ile OECD ortalamasının oldukça altında olduğu görülmektedir.

Son yıllarda Türkiye’de, yaşlı nüfus oranında görülen artışın yanı sıra refah düzeyinin artması neticesinde sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanma gereksiniminin doğuşu ve sağlığa erişimin genişletilmesine yönelik yapılan planlar, önümüzdeki yıllarda da Türkiye’nin sağlık harcamalarının artmaya devam edeceği beklentisini desteklemektedir (Deloitte, 2012).



Şekil 2.3: Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları Türkiye ve OECD Ülkeleri Ortalaması (ABD \$) (OECD Health Statistics 2014).

Satın alma gücü paritesine göre kişi başına düşen sağlık harcamalarının Türkiye ve OECD ülkeleri ortalaması Şekil 2.3'deki gibidir. Buna göre 1995'te Türkiye'de yapılan harcama tutarı OECD ortalamasının bir hayli altında ve yalnızca 180 \$ civarında olduğu görülmektedir. Şekilde görüldüğü üzere Türkiye'de kişi başına yapılan sağlık harcaması her geçen gün artmış olmasına rağmen, her zaman OECD ortalamasının altında kalmıştır. Tablo 2.3'te görüleceği üzere, 2012 yılı bazında kişi başına düşen sağlık harcaması Türkiye için 984 \$'dır. Şekil 2.3'de görüleceği üzere OECD ortalaması için bu tutar ülkemize göre bir hayli yüksek ve 3484 \$'dır.

Sağlık harcamalarını kamu ve özel sağlık harcamaları şeklinde iki grupta incelemek yerinde olacaktır.

2.2.1 Sosyal Sağlık (SGK Bütçesi) Harcamaları

Ülkelerin benimsemiş oldukları iktisadi sistem, sosyal güvenlik gelirlerinin kimi ülkelerde vergi, kimi ülkelerde ise primler vasıtasıyla tahsiline imkân vermiştir. Ülkemizde SGK bütçesi gelir ve gider olarak ele alındığında, gelir kısmında en önemli kalemi sigortalılardan alınan primler, gider kısmında ise emeklilere yapılan aylık ödemeler ile sağlık harcamaları oluşturmaktadır.

GSS'ye geçişle birlikte ilk defa sağlık primlerinin sağlık giderlerini karşılamasına yönelik olarak dörtte bir oranında düzenli devlet katkısı⁴⁸ getirilmiştir.

Yıllar itibariyle SGK bütçesinin gelirlerini (devlet katkısı hariç) giderleri (emekli aylığı ödemeleri ve sağlık ödemeleri bazında) karşılama oranı aşağıdaki tabloda görüldüğü gibidir.

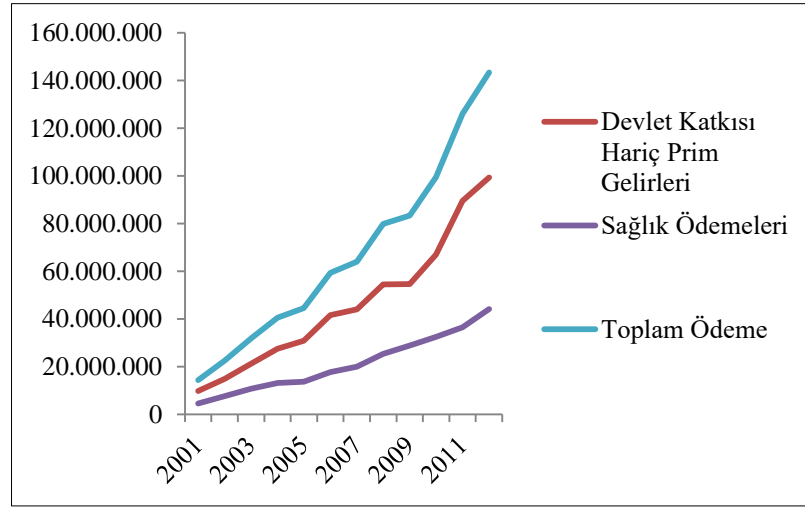
Tablo 2.4: Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirleri ve Sağlık Ödemeleri (Bin TL) (SGK 2012 İstatistik Yıllığı, 2012).

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Prim Gelirlerinin Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı
2001	9.739.521	4.575.995	14.315.516	68,03%
2002	14.821.913	7.629.027	22.450.940	66,02%
2003	21.178.426	10.661.718	31.840.144	66,51%
2004	27.423.790	13.150.129	40.573.919	67,59%
2005	30.882.405	13.607.884	44.490.289	69,41%
2006	41.619.875	17.666.674	59.286.549	70,20%
2007	44.051.735	19.983.613	64.035.348	68,79%
2008	54.546.453	25.345.913	79.892.366	68,27%
2009	54.579.182	28.810.684	83.389.866	65,45%
2010	66.912.858	32.508.883	99.421.741	67,30%
2011	89.560.568	36.500.378	126.060.946	71,05%
2012	99.359.243	44.110.561	143.469.804	69,25%

Tablo 2.4 incelendiğinde, gelirlerinin seyrinin değişkenliği göze çarpmaktadır. Bu değişkenlikte ekonominin iyileşme döneminde yaşanan sigortalı sayısındaki artışlar ile kriz dönemlerinde muhtemel durağanlık ve sigortalı sayılarındaki azalışın etkin olduğu ifade edilebilir. 2008 yılında yaşanan küresel mali krizin 2009 yılı prim gelirlerine yansımaları krizin sosyal güvenlik gelirlerine olan etkisini açık bir şekilde ortaya koymuştur. Bunun sonucunda 2009 yılında prim gelirlerinin sağlık ödemelerini karşılama oranında 2008 yılına göre sırayla %2,82'lik bir azalış

⁴⁸ 5510 sayılı Kanununun 81. maddesi gereği, devlet, Kurumun ay itibariyle tahsil ettiği malüllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile genel sağlık sigortası priminin dörtte biri oranında Kuruma katkı yapar.

olmuştur. 2011 yılında prim gelirlerinde görülen artışta yeniden yapılandırmadan tahsil edilen primlerin etkili olduğu düşünülmektedir.



Şekil 2.4: SGK Ana Bütçe Kalemlerindeki Değişikliğin Yıllar İtibariyle Seyri (Bin TL) (OECD, 2014).

Şekil 2.4'te görüldüğü üzere sağlık ödemeleri ve emekli aylıklarında yıllar itibariyle artış trendi istikrarlı bir seyir izlerken prim gelirlerinin değişkenliğinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu değişkenlikte ekonominin iyileşme döneminde yaşanan sigortalı sayısındaki artışlar ile kriz dönemlerinde muhtemel durağanlık ve sigortalı sayılarındaki azalışın etkin olduğu düşünülebilir. 2008 yılında yaşanan küresel mali krizin 2009 yılı prim gelirlerine yansımaları krizin sosyal güvenlik gelirlerine olan etkisini göstermektedir. 2011 yılında prim gelirlerindeki artış Şekil 2.4'de görülmektedir. Daha önce de belirtildiği üzere bu artışta 2011 yılında primlerin yeniden yapılandırmasının etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 2.5: Yıllar İtibariyle SGK'nın Toplam Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (SGK 2012 İstatistik Yıllığı, 2013) ve (Erol ve Özdemir, 2014)

SGK TOPLAM SAĞLIK HARCAMALARI (Milyon TL)										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Toplam Sağlık Harcamaları	10.662	13.150	13.607	17.566	19.984	25.347	28.811	32.509	36.500	44.111
İlaç	5.615	6.399	7.001	8.272	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	14.300
Tedavi	4.362	5.906	5.626	8.489	10.267	13.953	15.129	18.469	21.848	29.206
Diğer Sağlık Giderleri (Optik, Tıbbi Malzeme, Diş vb.)	685	845	980	805	859	677	521	493	508	605

Sağlık harcamaları açısından 2008'de GSS uygulamasına geçişle birlikte kısa dönemde sağlık giderlerinin artacağı beklenen bir sonuçtur. Yukarıdaki tablo incelendiğinde ise bu durum görülmektedir. Sebebi ise nüfusun neredeyse tamamının sağlık güvencesi kapsamına alınmasıdır.

SGK harcama kalemlerinden olan sağlık giderlerinin kurum bütçesinde çok önemli bir meblağ tuttuğu bir gerçektir. Tablo 2.5'de görüleceği üzere, sağlık harcamalarının ilaç, tedavi ve diğer giderler olmak üzere üç ana ayağı vardır. Tedavi giderleri, ayaktan ya da yatarak tedavileri kapsamakta olup toplam harcamaların %50'den fazlasını oluşturmaktadır.

Tablo 2.6: Yıllar İtibariyle İlacın Toplam Sağlık Harcamaları İçerisindeki Payı (%) (SGK 2012 İstatistik Yıllığı, 2013)

2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
52,33%	48,48%	51,47%	47,30%	44,32%	42,28%	45,68%	41,67%	38,75%	32,41%

İlacın toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı incelendiğinde 2003 yılında bu oran %50'nin üzerinde iken, 2012 yılında %30'lara gerilemiştir. İlaç fiyat politikaları ve akılcı ilaç kullanımı konusundaki etkin çalışmalar bu oranın gerilemesinde etkili olduğu düşünülmektedir.

2.2.2 Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Göstergeler

Ülkemizde özel sağlık sigortacılığı özellikle yabancı sermayeli şirketlerin kendi çalışanlarına sağladıkları küçük çaplı uygulamalar olarak başlatılmıştır. Bu küçük uygulamaların sağladıkları fayda yerli ve yabancı diğer firmalarca da farkedilince talep sayısı artmış ve böylelikle ülkemizde özel sağlık sigortacılığı gelişmeye başlamıştır.

1983 yılına kadar kaza sigorta konusu içerisinde yer almıştır. Bir süre sonra kapsamdan çıkartılarak başka bir sigorta türü olan hastalık sigortası altında, 1990 yılına kadar, sağlık sigortası teminatı düzenlendiği görülmektedir. Bu tarihten sonra özel sağlık sigortacılığına olan talebin artması sonucunda taşıdığı potansiyel farkedilerek, 1990 yılında yapılan düzenleme⁴⁹ ile sağlık sigortası ayrı bir branş olarak kabul edilmiştir.

Süreç içerisinde, küreselleşme ile yaşanan global eğilimi gözardı etmeden, yapılan diğer düzenlemeler ile sektörün gelişimine ve yaygınlaşmasına olumlu katkı sunulmuştur. Sektörde hizmet veren kişi ve kuruluşların (hastane, tıp merkezleri...gibi) sayısı ve niteliklerinde artışlar farkedilir düzeylere ulaşmıştır. Hastane sayısındaki artışta özel hastaneler başı çekmektedir.



Şekil 2.5: Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları
(http://www.sasder.org/sunumlar/ulusalkongre3/Panel%20Tamamlayıcı%20Sağlık%20Sigortası_AOksay.pdf).

Ülkemizde son 5 (beş) yıla kadar olan özel sağlık sigortası uygulamalarına bakıldığında, sigorta şirketlerince SGK ile anlaşması olmayan sağlık hizmet sunucularında ortaya çıkabilecek giderleri karşılamak üzere özel sağlık sigortasının yapıldığı görülmektedir. Ancak, anlaşması bulunmayan sağlık hizmet sunucularında gerçekleşen giderler için SGK tarafından GSS’liye veya bakmakla yükümlü olduğu kişilere herhangi bir sağlık sigortası teminatı (acil durumlar hariç) sunulmamaktadır.

⁴⁹ 11.02.1990 tarih ve 20430 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

Diğer yandan, sigorta şirketlerince GSS temel teminat paketi içerisinde yer alan sağlık hizmetlerine ilişkin masraflar tekrar yükledikleri özel sağlık sigortası sözleşmeleri yaptıkları görülmektedir. Bu uygulama aynı teminat için çifte sigorta yapılması sorununu⁵⁰ ortaya çıkarmaktadır.

Bu uygulamalar günümüzde yine benzer şekilde devam etmekle birlikte, 2010 yılından itibaren Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) fiyatları üzerindeki miktarlar ve diğer ek ödemelere ilişkin harcamaların karşılanmasına yönelik GSS'yi tamamlayıcı ve destekleyici özellikte özel sağlık sigortası sözleşmelerinin yapılmaya başlandığı görülmektedir.

Bu sayede sunulan sağlık hizmetlerinden daha yüksek standartlarda hizmet talep edilmesi halinde karşılaşılan ek ücretler, cepten ödeme yoluyla finanse edilmek yerine özel sigorta sistemi aracılığıyla ve riskini diğer kişilerle paylaşarak ödeme imkanına kavuşmuş olmaktadır.

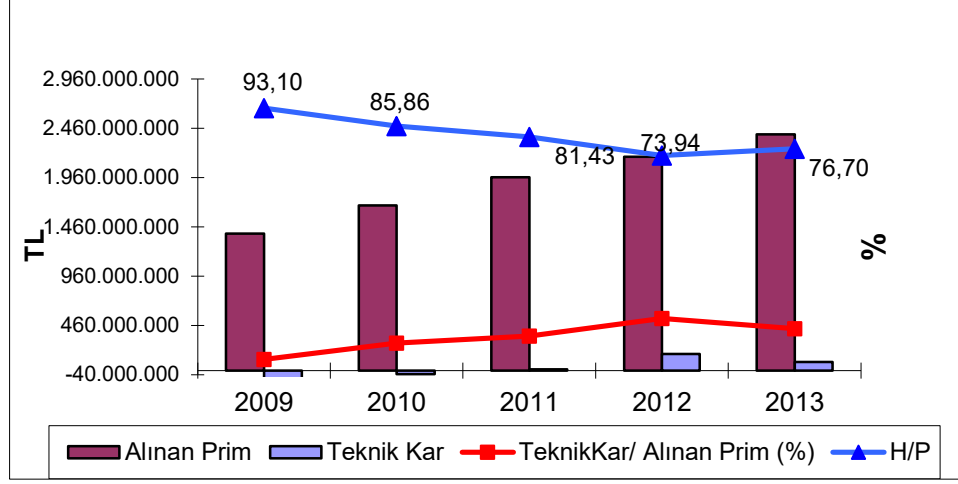
Tablo 2.7: Özel Sağlık Sigortası 2000-2013 Yılları Verileri (TSB 2013 Yılı İstatistikleri Raporu, 2014).

	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Şirket Sayısı ⁵¹	37	22	28	28	29	29
Alınan Prim (TL)	185.989.912	798.538.595	1.675.377.354	1.962.823.661	2.169.818.835	2.398.077.778
Ödenen Hasar (TL)	121.822.706	601.698.896	1.334.687.883	1.502.098.830	1.571.948.310	1.742.897.353
Sigortalı Sayısı	690.363	974.251	1.666.023	2.549.216	2.579.520	2.788.611
Ferdi	250.813	380.754	754.941	1.623.051	1.517.190	1.738.913
Grup	439.550	593.497	911.082	926.165	1.062.330	1.049.699

⁵⁰ Kişinin, GSS kapsamına alınması ve zorunlu olarak prim ödemesi yanında özel sağlık sigortası yaptırmaması halinde aynı teminat için tekrar ödeme yapmak durumunda bırakılması kaynaklıdır.

⁵¹ Ruhsat sahibi olan şirket sayıları değil, ilgili yıl sağlık branşında brüt prim yazan şirket sayıları verilmiştir.

Özel sağlık sigortalı sayısı 2000 yılından 2013'e gelindiğinde 690.393'ten 2.788.611'e ulaşmıştır. 2013 yılı verilerine göre Türkiye'de sağlık sigorta poliçesi satan şirket sayısı 29'dur.



Şekil 2.6: Sağlık Sigortası Alınan Prim, Teknik Kar ve H/P Oranı. (TSB 2013 Yılı İstatistikleri Raporu, 2014).

Dünya ölçeğinde özel sigorta şirketlerince oluşturulan fonlar küçük rakamlarda kalmaktadır. Nitekim, gerek prim üretimi açısından gerekse de kişi başına düşen prim ve prim/GSYİH oranı açısından Türkiye, diğer ülke verileri ile karşılaştırıldığında sıralamada daima son sıralarda yer aldığı görülmektedir (Genç, 2002).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ

Günümüzde, gelişmiş ülke sistemlerine bakıldığında, sağlık hizmetleri ve bunlara erişimi sağlayan en iyi sistem hiç kuşku yok ki sosyal güvenlik sistemleridir. Özellikle, 1980 yılı sonrasında sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan gelişmeler ülkelerin sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasına neden olmuştur (Erol ve Yıldırım, 2004).

Sosyal sigorta sisteminin hakim olduğu ülkemizde, Sosyal Güvenlik Reformu ile gerçekleştirilmek istenen tek bir sağlık sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı⁵² içinde yer alan sekiz bileşenden⁵³ en önemlisi olan GSS ile hayata geçirilmesi planlanmıştır.

Günümüzde sosyal güvenlik, kişiler için bir sosyal hak, devlet için görev olduğundan, devlet sosyal sigortalara prim ödemekte veya başka yollarla finansal katkıda bulunmaktadır.

Sosyal güvenlik reformunun temel gerekçelerinden biri de sosyal güvenliğin finansman açığı, diğer bir anlatımla mali sürdürülebilirliği sorunudur. Reform ile finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılması beklenmektedir.

⁵² 2003 yılında SDP ile yeni bir toplumsal proje gündeme getirildi ve geçmişteki başarısızlığın hatırlanmaması düşüncesi ile de, “reform” yerine “dönüşüm” sözcüğü kullanılmıştır.

⁵³ SDP sağlık alanını bütünüyle kapsamak üzere şekillendirilmiştir ve toplam 8 (sekiz) bileşenden oluşmaktadır.

Bu bölümde; Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan yöntem olan sosyal sigorta modeli ele alınmış ve Türkiye’de gelişimi incelenmiştir.

3.1 Türkiye’de Sağlık Sisteminin Mevcut Yapısı

Sağlık sistemi, temel amacı doğrudan sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ya da korumak olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanmıştır. Türkiye’de 2008 yılına kadar uygulanan sağlık sistemine bakıldığında, hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir.

3.1.1 Yönetim

Sağlık yönetiminde ve sağlık sistemi içerisinde temelde sağlığı geliştirmeye adanan çok sayıda aktör yer almaktadır. Türkiye’de sağlık politikası oluşturma ve uygulama sürecinde bu aktörler çeşitli şekillerde katkılarını sunmaktadırlar.

Buna göre ülkemizde, sağlık hizmetlerinin planlaması, koordinasyonu, finansal desteği ve sağlık hizmetlerinde eşitliğin, kalitenin ve etkinliğin sağlanması için devlet temel sorumluluğunu SB başta olmak üzere, TBMM, ÇSGB, MB, KB, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (ASPB), Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), Yüksek Öğretim Kurumu (YÖK), askeri kurumlar ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığı ile yerine getirmekte ve Anayasa’nın 60. maddesinde öngörülen sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesine çalışılmaktadır.

Ayrıca, sendikalar, mesleki örgütler ve diğer sivil toplum kuruluşları da Türkiye’de sağlık politikası oluşturma sürecindeki aktörler arasında yer almaktadır.

Buna ilaveten, DB, DSÖ ve OECD gibi uluslararası kurum ve kuruluşlar ile sağlık teknolojisi şirketleri (ilaç ve tıbbi cihaz şirketleri başta olmak üzere)’de Türkiye’deki sağlık politikalarının şekillenmesinde doğrudan veya dolaylı olarak etkili olabilmektedir (Yıldırım, 2013).

TBMM, bütün yasalarda olduğu gibi sağlıkla ilgili tüm yasaların çıkarılmasından ve sağlık politikalarının yasal mevzuat çerçevesinde düzenlenmesinden sorumludur.

Sağlık Bakanlığı devletin sağlık sektöründe politika belirlenmesinden, programlar aracılığıyla ulusal sağlık stratejilerinin uygulanmasından ve sağlık hizmetlerinin doğrudan sunulmasına kadar sorumlu olan en üst devlet organıdır. Tüm yurda yayılmış yataklı ve ayakta tedavi hizmeti veren ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının büyük çoğunluğu ile koruyucu sağlık hizmeti veren birinci basamak sağlık kuruluşlarının tamamı Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır ve birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini sağlayan entegre bir yapıda⁵⁴ yürütülmektedir. Bu kurum ve kuruluşlarının merkezi düzeyde yönetimi ve sağlık politikalarının uygulanması Sağlık Bakanlığının sorumluluğu altındadır.

Kalkınma Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin planlamasında rol almakta ve makro politikaları belirlemektedir. Kalkınma planları ile sağlık sisteminin ilkeleri, politikaları, amaç ve görevleri düzenli olarak belirlenmekte ve TBMM'nin onayına sunulmaktadır. Ayrıca, sağlıkla ilgili yatırımları planlama, değerlendirme ve yeni sağlık yatırımlarını onaylama sorumluluğu da Kalkınma Bakanlığı'na aittir.

Üniversite hastaneleri YÖK'ün sorumluluğu altındadır. YÖK, özellikle sağlık insan gücü politikalarında aktif rol almaktadır. Sağlık hizmetleri sunumu çerçevesinde ise, üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir.

Üniversiteler ve Milli Savunma Bakanlığına ait hastaneler hariç, diğer bakanlık, belediye ve kamu kurumlarına ait sağlık kurum ve kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilerek, dağınıklık kısmen giderilmiş ve DB tarafından önerilen yapıda, sağlık hizmeti sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması yolunda ilk adım atılmıştır (Yıldırım, 2013).

DB tarafından önerilen yeni yapıda; devlet, hizmeti kullananlar, hizmet sunucuları ve sağlıkla ilgili diğer kurumlar arasındaki ilişkiler yeniden düzenlenirken sağlıkla ilgili kurumların çalışma şekli ve fonksiyonları iyileştirilip, kamu ve özel sektör arasındaki hassas dengenin sağlanması ve korunması hedeflenmiştir. Sağlık hizmetlerinde kalitenin artırılması bakımından seçilmiş düşük maliyetli hizmetlerden oluşan bir temel teminat paketini sağlayan “*Temel Sağlık Hizmetleri*” yaklaşımının benimsenmesi önerilmiştir.

⁵⁴ Sistem içerisinde oluşan karmaşıklık azaltmak ve gereksiz yığılmaları önlemek amacıyla sağlık hizmetleri belli bir hiyerarşide sunulmaktadır.

3.1.2 Sistem Yapısı ve İşleyişi

Türkiye’de bugüne kadar uygulanan sağlık sistemine bakıldığında kurumsallık ve finansman açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir. Özetle, prim ödeme esasına dayanan; ödeyenlerin standart olarak belirlenen bir takım sağlık hizmetlerinden yararlandığı, ödeyemeyecek durumda olan yoksulların ise bu standart hizmetlerden yararlanabilmesi için sosyal yardım mekanizmalarının öngörüldüğü, sistemin sağladığı hizmetleri aşan sağlık hizmeti talebi olanların da özel sağlık sigortaları veya cepten ödeme yapılarak hizmet alınabilen özel sağlık kuruluşlarına yönlendirildiği bir modeldir. Yani, sistemin işleyişinde, bunların yanında, kişisel harcamalar ve özel sağlık sigortaları da küçük de olsa Türkiye’nin sağlık sisteminde yer almaktadır.

2003’te uygulamaya konulan SDP ile sağlık sistemi yeni baştan değiştirilerek dönüm noktalarındaki son aşamayı teşkil etmektedir. Belirtmek gerekir ki, günümüze kadar ki süreçte, SDP kapsamında yer alan, reform niteliğinde, mevcut problemlere ilişkin çözümleri ve yenilikleri içeren dört ana bileşenin hayata geçirilmesinde bazı aksaklıklarla birlikte tamamlanmış durumdadır.

3.1.3 Hizmet Sunumu

Sağlık hizmetlerinin sunumu karma bir yapıda ve genellikle kamu ağırlıklı sunulmaktadır. Yani, kamu ve özel karışımından oluşan bir yapı söz konusudur. Hizmet sağlayıcıları olarak SB, üniversite hastaneleri ve özel sektör yer almaktadır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda üç basamaklı yapı öngörülmüş, bunların ayrıştırılması ise SB’ye bırakılmıştır. Basamaklı yapı ile sağlık hizmet sunucuları arasında kurulması planlanan aktif sevk zinciri ise SB’nin görüşü alınarak SGK tarafından oluşturulacaktır. Hizmet basamakları, sağlık hizmet sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Fakat bu bütünlük günümüzde tam olarak kurulamamıştır.

Sağlık harcamalarının büyük bir oranı ayakta hastalar için yapılmaktadır. Bu durum hem koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilerek etkin bir sevk sisteminin kurulması ihtiyacını göstermektedir.

SB ana hizmet sağlayıcısı (birinci ve ikinci basamak için) ve aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerinin de tek sağlayıcısı konumundadır. Bünyesinde hastaneler, aile ve toplum sağlık merkezleri, klinikler, dispanserler gibi kapsamlı sağlık hizmetleri sunan tesisler vardır ve bu tesisleri ve olanaklarını işletmektedir.

Üniversite hastaneleri teorik olarak, tanımları ve doğaları gereği, üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunmaları gerekirken, pratikte basamaklı yapıdaki bütün sağlık hizmetlerini sunmaktadırlar.

Özel sektör ise; sayıları ve nitelikleri her geçen gün artan büyüklü küçüklü tam donanımlı hastaneler, klinikler ve poliklinikler, laboratuvarlar, eczaneler, muayenehaneler, ilaç ve tıbbi cihaz şirketleri aracılığıyla sağlık hizmetlerini üretmektedir.

Ayrıca Savunma Bakanlığı, vakıflar, azınlıklar ve dini gruplar da sağlık hizmetlerini sunabilmektedirler (Yıldırım, 2013).

3.1.4 Sağlık Harcamaları ve Finansman Yapısı

Mevcut yapıda, SGK bünyesinde, GSS ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanmaktadır. Fakat, GSS bir hizmet sunum modeli değil bir finansman modelidir.

2006 yılında 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, ES ve Bağ-Kur'un SGK çatısı altında birleştirilmesi ile tek çatı (SGK) ve 2008 yılında 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Kanunu yürürlüğe girmesi ile⁵⁵ tek yasa (SSGSS) biçimine dönüşmüş, sağlık hizmetinin sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılmış ve sağlık hizmetinin finansmanı ağırlıklı olarak, SGK'ya devredilmiştir.

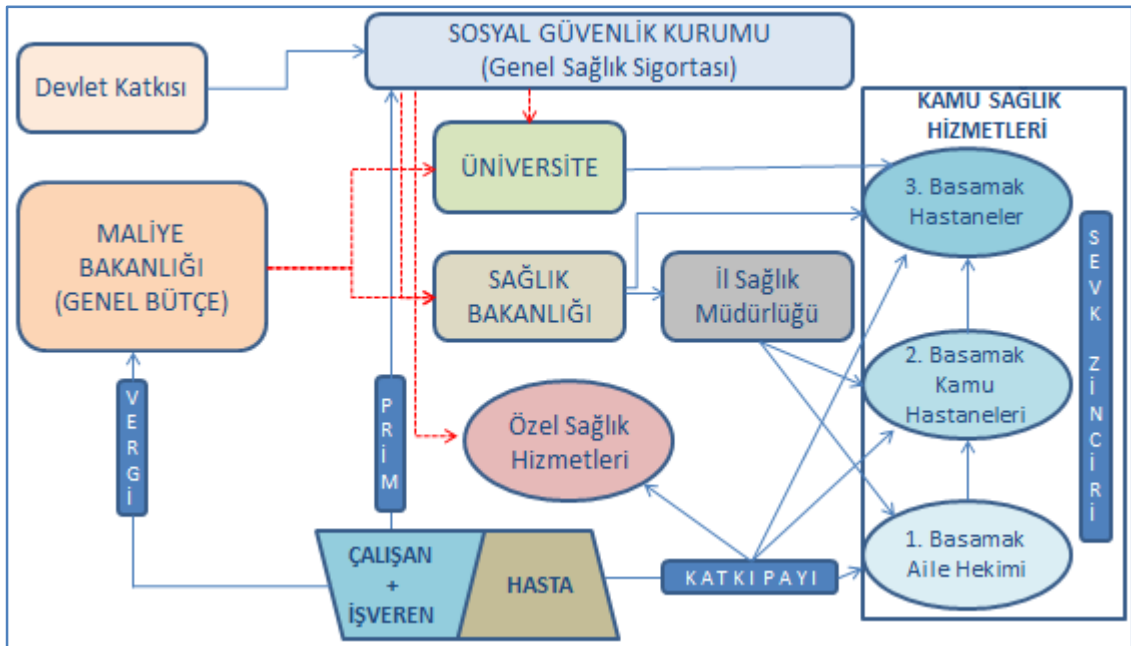
Yeni kanun ile birlikte tüm nüfusun tek bir sağlık güvencesi altına alınması ve uygulanan farklı sigorta disiplinleri ve üyelerin haklarının eşitlenmesi sonucu ek finansman yükü ortaya çıkması beklenmektedir. Muhtemel ilave yükün ağırlıklı olarak sağlık hizmeti üretiminden sağlanacak verimlilik artışları ile karşılanması planlanmıştır (Teksöz ve diğerleri, 2009).

⁵⁵ Kanun, temelde sosyal güvenlik mevzuatı içinden olsa da sağlık sistemi içinde köklü bir değişiklik hedeflemiştir.

Kamu personeli sağlık hizmetlerinin SGK'ya devri ve GSS uygulamasının da etkisiyle merkezi yönetim bütçesindeki sağlık harcamaları oranında değişim görülmüştür. Aile hekimliği uygulamasının tüm illere yaygınlaştırılmasıyla, 2010 yılından itibaren, toplam sağlık harcamaları dağılımında da bazı farklılıklar oluşmuştur.

Bu çerçevede, 15.01.2010 tarihinden itibaren kamu personeli ve 15.10.2010 tarihinden itibaren 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu kapsamında bulunan personel ve tüm bunların bakmakla yükümlü buldukları aile fertlerinin GSS'ye devri ile birlikte sağlık harcamalarında artış meydana gelmiştir.

Ayrıca, 01.01.2012 tarihinden itibaren farklı kurumlar tarafından sağlık yardımları karşılananların (yeşil kart uygulaması gibi) da SGK'ya devredilmiş olması ile SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık harcamaları oranındaki artışın önümüzdeki yıllarda da devam edeceği beklenmektedir.



Şekil 3.1: Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Arasındaki İlişki (Çelik, 2006)

Şekil 3.1'de Türkiye'de uygulanan sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki gösterilmektedir. Bu sistemde SGK, aile hekimleri, kamu hastaneleri ve özel sağlık kurumlarından sağlık hizmeti satın almaktadır.

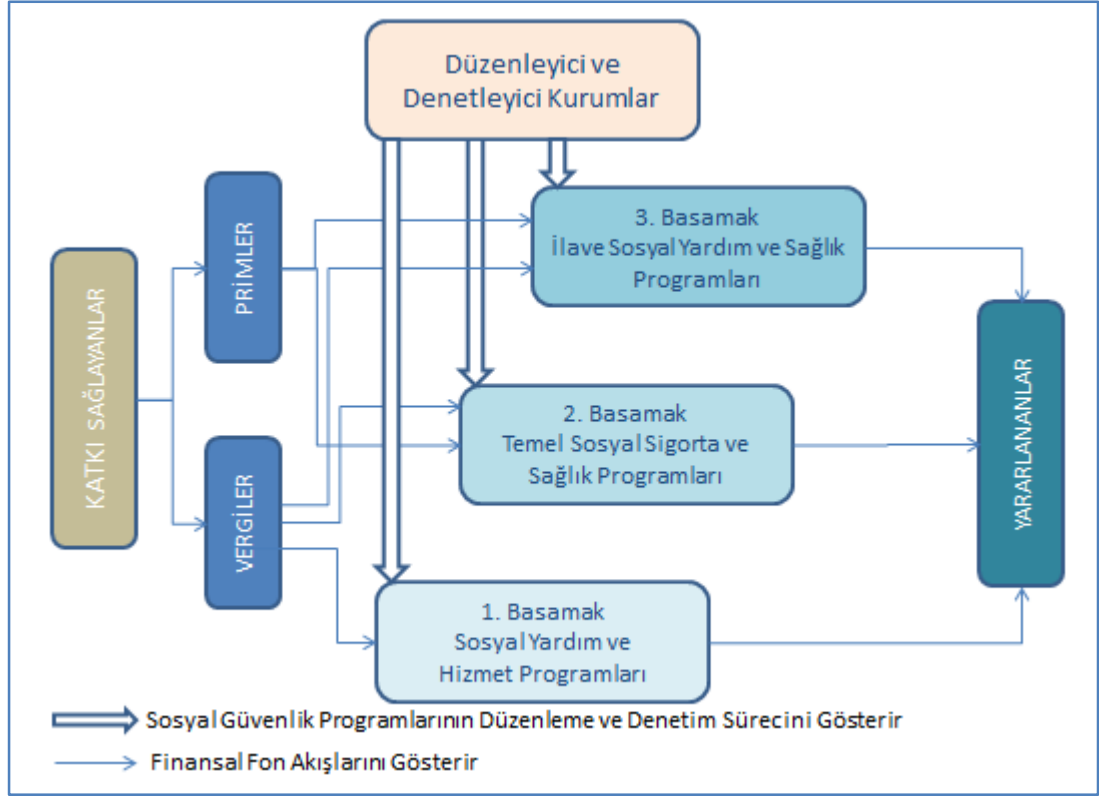
Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesinden sonra, Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanında başlıca 5(beş) adet finans kaynağı bulunmaktadır. Bunlar;

- 1) kamu genel bütçesi,
- 2) zorunlu sosyal sigorta,
- 3) zel sigorta,
- 4) yasal katkı payları
- 5) doğrudan demeler

SB, MSB ve niversite hastanelerinin giderlerinin önemli bir kısmı vergi gelirleriyle finanse edilen genel bütçeden sağlanmaktadır. SB ve niversite hastanelerinin önemli gelir kaynaklarından biri de SGK’nın satın aldığı sağlık hizmeti karşılığı ödediklerinden ve hastaların katkı paylarından oluşan döner sermaye fonudur. Bunun yanı sıra, bazı hastaneler yerel sağlık vakıflarından da bağış almaktadır.

3.2 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı

Türkiye’de halen hem primli hem de sosyal yardım ve sosyal hizmetleri içeren primsiz sosyal güvenlik sistemi bir arada uygulanmaktadır.



Şekil 3.2: Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi (Bayri, 2013)

Türkiye'nin mevcut sosyal güvenlik sisteminin hizmet kapsamı bakımından, Şekil 3.2'de gösterildiği üzere, üç basamaklı bir sistemden oluştuğu söylenebilir.

Sistemin ilk basamağı sosyal yardım ve hizmet programlarından oluşmaktadır. Genel olarak vergilerle finanse edilen sosyal yardım ve hizmet programları;

- 1) Gaziler ve ihtiyaç halindeki yaşlı ve özürllüer için minimum emeklilik ve sosyal yardımlar,
- 2) Kimsesiz çocukların korunmasına yönelik sosyal yardım ve hizmetler,
- 3) Yaşlılara yönelik bakım hizmetleri,
- 4) Sosyal yardımlaşma ve dayanışmayı teşvik fonlarından yapılan yardımlar,
- 5) Vakıflar, dernekler ve belediyeler tarafından yapılan sosyal yardım ve hizmetler vb.

şeklinde sıralanabilir. Gaziler, ihtiyaç halindeki yaşlı ve özürllülere düzenli olarak yapılan sosyal yardımlar, primsiz ödemeler olarak ASPB tarafından⁵⁶ yapılmaktadır.

Sosyal güvenlik sisteminin ikinci basamağını sosyal sigortalar (primli emeklilik ve sağlık programları) oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik sisteminin temelini teşkil etmektedir.

SGK, sanayi ve hizmet sektöründeki serbest çalışanlar/işçiler, tarımda serbest çalışanlar/işçiler, isteğe bağlı sigortalılar ile askeri sivil memurların zorunlu sosyal sigorta ve sağlık sigortası programlarının yönetiminden sorumlu tutulmuştur (Bayri, 2013).

3.2.1 Türkiye’de Reform Öncesi Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları

Günümüz ekonomik koşulları altında, dünya genelinde, sosyal güvenlik kurumlarının karşılaştığı sorunların başında finansman sorunu gelmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010). Ülkeler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek tedavi hizmetlerinin maliyetlerini düşürme, kaynaklarını daha etkili kullanabilme ve dolayısıyla finansman sorununa çözüm bulabilmek için yeni sistem arayışlarına girmektedir.

Bu tür sorunlara yol açan parametrelerin tespiti ve analizlerinin detaylı yapılarak çok iyi bilinmesi şüphesiz beraberinde başvuru olan yeni çözümlerin daha sağlıklı olması sonucunu getirecektir.

Ülkemizde sosyal güvenlik sisteminin yeterli düzeyde gelişmemesi kötü yönetilmesine bağlanabilir. Süreç içerisinde yanlış politikaların uygulanması ile yaşanan; örneğin erken emeklilikler, halen sürmekte olan işsizlik ve kayıt dışı istihdam gibi yapısal sorunlar nedeniyle sistemin sürekli açıklar verdiği bir yapının oluşmasına yol açmıştır (Alceylan, 2007).

Sosyal güvenlik ihtiyacının artması ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle oluşan maliyet artışını da ilave etmek mümkündür.

⁵⁶ 08.06.2011 tarih ve 633 sayılı ASPB’nın Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile SGK Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü kapatılarak, 2022 sayılı Kanuna göre yürütülen aylık işlemleri Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü eliyle yürütölmek üzere, ASPB’na devredilmiştir.

Özet olarak, Reform öncesi sosyal güvenlik sistemimizin sorunları;

- 1) İdari ve kurumsal yetersizlikler
- 2) Erken yaşta emeklilik uygulamaları,
- 3) İşgücüne katılım oranının düşüklüğü
- 4) Kayıt dışı istihdamın yüksekliği⁵⁷,
- 5) Sistem bağımlılık oranı (emekli sayısının çalışan sigortalı sayısına oranı)'nın yüksekliği⁵⁸,
- 6) Prim tahsilat oranının düşüklüğü⁵⁹,
- 7) Primi alınmadan yapılan sigorta ödemeleri,
- 8) Uzayan ortalama ömür nedeniyle artan aylık ödemeleri ve sağlık yardımları,
- 9) Prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığı,
- 10)Ödenmeyen primlerin gecikme cezalarına uygulanan aflar

şeklinde ifade edilebilir.

Ülkemizde sosyal harcamalardaki artış eğilimine rağmen ihtiyacın yeterince karşılanamadığı böyle bir sistemden vazgeçilerek reform süreci kapsamında yeni bir çözüme başvurulmuştur.

3.2.2 Türkiye’de Sağlık Reform Süreci

Sağlık ekonomisinin gelişip sistemlere ağırlığını koyduğu 1990’lı yıllarda birçok devletin sosyal güvenlik sistemlerine yeni bir şekil ve işlev vermeyi hedefledikleri görülmektedir (Gillion 1994).

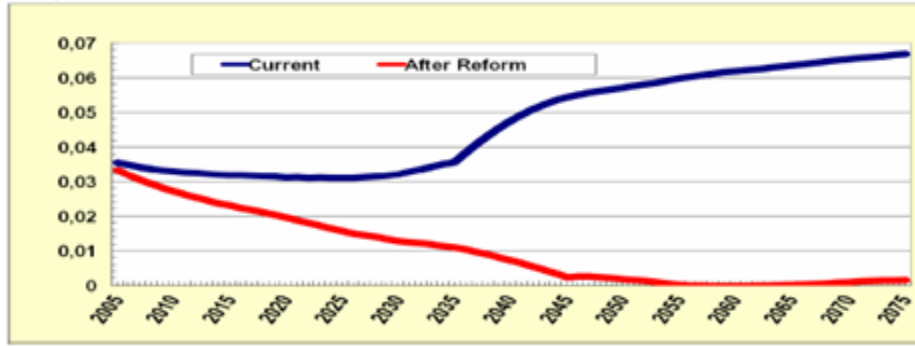
⁵⁷ Nüfusun %86’si (bağımlılar ve emeklilerle birlikte) sosyal güvenlik kapsamında görünüyorsa da, işgücünün ancak %47’si sosyal koruma altındadır. Yani, nüfusu 74.724.269 kişi olan Türkiye’de 17.357.252 aktif çalışana karşılık 46.343.044 bağımlı ve pasif sigortalı vardır. Türkiye’de kayıt dışı çalıştırma yaygındır denilebilir.

⁵⁸ Son yıllarda aktif/pasif dengesi giderek bozulmuştur. Şubat 2015 SGK verilerine göre 1,91 çalışana 1 emekli düşmektedir. Bu oran AB ülkelerinde yaklaşık 4’e 1 oranındadır.

⁵⁹ Hükümetlerce temel sosyal güvenlik ilkelerine ters düşeceği bilinmesine rağmen popülist bir yaklaşımla alınan kararlar ve yapılan uygulamalar etkili olmaktadır.

Yukarıda kısaca değinilen yapısal sorunlar nedeniyle mali yapıları günden güne bozulan sosyal güvenlik kuruluşlarımız 2000 yılına kadar katlanarak artan şekilde açık vermeye başlamışlardır. Örneğin; 1994'ten 1999 yılına kadar ki süreçte finansman açıklarının GSYİH içindeki payı % 1'den %3.7'ye yükselmiştir.

1996 yılında, Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) uzmanları tarafından sistemin uzun dönemli aktüeryal projeksiyonu geliştirilen model yardımıyla ortaya konmuştur. Bu modele göre mevcut sistemde herhangi bir iyileşme yapılmaması durumunda mali olarak sistemin uzun dönemde sürdürülmesinin imkansız olacağı simüle edilerek Şekil 3.3'teki gibi hesaplanmıştır.



Şekil 3.3: Sosyal Güvenlik Sistemi Açık Projeksiyonu (2005-2075)
(<https://www.tbb.org.tr/Content/Upload/Dokuman/575/TBB290710.pdf>)

Şekil 3.3'teki verilere göre; sistemde herhangi bir önlem alınmaksızın mevcut durum devam ettirildiğinde sistemin finansman açıklarının GSYİH içindeki payı 2020'den 2050 yılına kadar ki süreçte artarak %8,36'dan %16,22'ye ulaşacağı öngörülmektedir. Ayrıca, uzmanlarca hazırlanan geniş kapsamlı raporda nüfus yaşlanmasına bağlı olarak ortaya çıkan problemlerin mevcut sosyal güvenlik sistemlerini yeniden yapılandırmayı zorunlu kıldığı ve nasıl yapılması gerektiğine dair önerileri sunulmuştur. Söz konusu rapor sosyal güvenliğin yapısal değişim ve dönüşümüne meşruiyet kazandırmıştır.

Mevcut sosyal sigorta kurumlarının finansman açıkları Reform'un en önemli gerekçesi olarak açıklanmıştır. Reform, iki aşamalı bir süreç olarak tasarlanmış ve 1999 yılından itibaren hayata geçirilmeye çalışılmıştır.

İlk aşamada;

- 1) Kayıtdışı istihdamın önlenmesi için tedbirler uygulanmış, daha çok prim ödeyenin daha çok emekli aylığı alması olanaklı hale getirilmiş,

- 2) Yapılan düzenleme ile⁶⁰ kademeli olarak emeklilik yaşı yükseltilmiş,
- 3) İşsizlik sigortası sistemi

uygulamaya geçirilmiştir.

İkinci aşamada;

- 1) Sosyal sigorta kuruluşlarının etkinlik ve verimliliklerini artırmaya yönelik teknolojik ve kurumsal olarak yeniden yapılandırılmaları,
- 2) Yaşlılığa yönelik tasarrufları artıracak bireysel emeklilik sisteminin kurulması,
- 3) Sağlık hizmetlerinde kaynakların daha verimli kullanımına yönelik yeniden yapılanma
- 4) Kapsamlı bir sosyal yardım sisteminin kurulması

hedeflenmektedir.

Bu çerçevede, mevcut sosyal sigorta kuruluşlarınca uygulanan sigorta programları arasında norm ve standart birliğinin⁶¹ sağlanması, bu kurumlar arasında ortak veri tabanının oluşturulması ve bunların aktüeryal ve mali durumlarının izlenmesi amacıyla ÇSGB altında SGK kurulmuştur. Yapılan düzenlemeler⁶² ile katılımcılara devlet katkısı sağlanmaktadır.

Fakat sadece yasal düzenlemelerle kapsamlı bir reformun gerçekleşmesi beklenemez. Yasal düzenlemelerin yanında yürütülmekte olan iş yapış pratiklerinin de yeniden yapılandırılması gerekmektedir.

Bu kapsamda her üç sosyal güvenlik kurumunun eşgüdüm halinde gerçekleştireceği;

- 1) Sağlık hizmeti alımlarında standardın sağlanması

⁶⁰ Temel parametrelerinde önemli değişiklikleri içeren 4447 sayılı reform yasası 8 Eylül 1999'da Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

⁶¹ Norm birliği bütün sigortalıların tek bir sosyal sigorta mevzuatına tabi olmasını, standart birliği ise aynı norma tabi ve aynı objektif özelliklere sahip sigortalılar arasında aynı hükümlerin uygulanmasıdır.

⁶² 2012 yılında kabul edilen 6327 sayılı Kanunla, bireysel emeklilik sisteminde 1 Ocak 2013 tarihinden itibaren doğrudan devlet katkısı uygulamasına geçilmiştir. Katılımcılar adına bir yıl içinde ödenen katkı payları toplamının yıllık brüt asgari ücret tutarına kadar olan kısmı için %25 oranında devlet tarafından doğrudan katkı yapılmaya başlanmıştır.

- 2) Merkezi veri tabanının oluşturulması,
- 3) Otomasyona dayalı büyük ölçekli yönetim bilgi sistemin geliştirilmesi,
- 4) Ortak standart muhasebe sisteminin oluşturulması

çalışmalarına başlanmış, fakat sınırlı düzeyde başarı sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğin hala tam olmadığı, sağlık için ayrılan kısıtlı kaynağın büyük bir kısmının tedavi edici hizmetlere harcandığı, sağlık hizmetlerini kullanan ve sunanların hizmet çeşidinden ve kalitesinden memnun olmadığı görülmektedir.

Tüm bu süreçte ele alınan konular daha sonra revize edilerek dönüşüm programı olarak uygulanmaya çalışılmıştır.

3.2.3 Sağlıkta Dönüşüm Programı

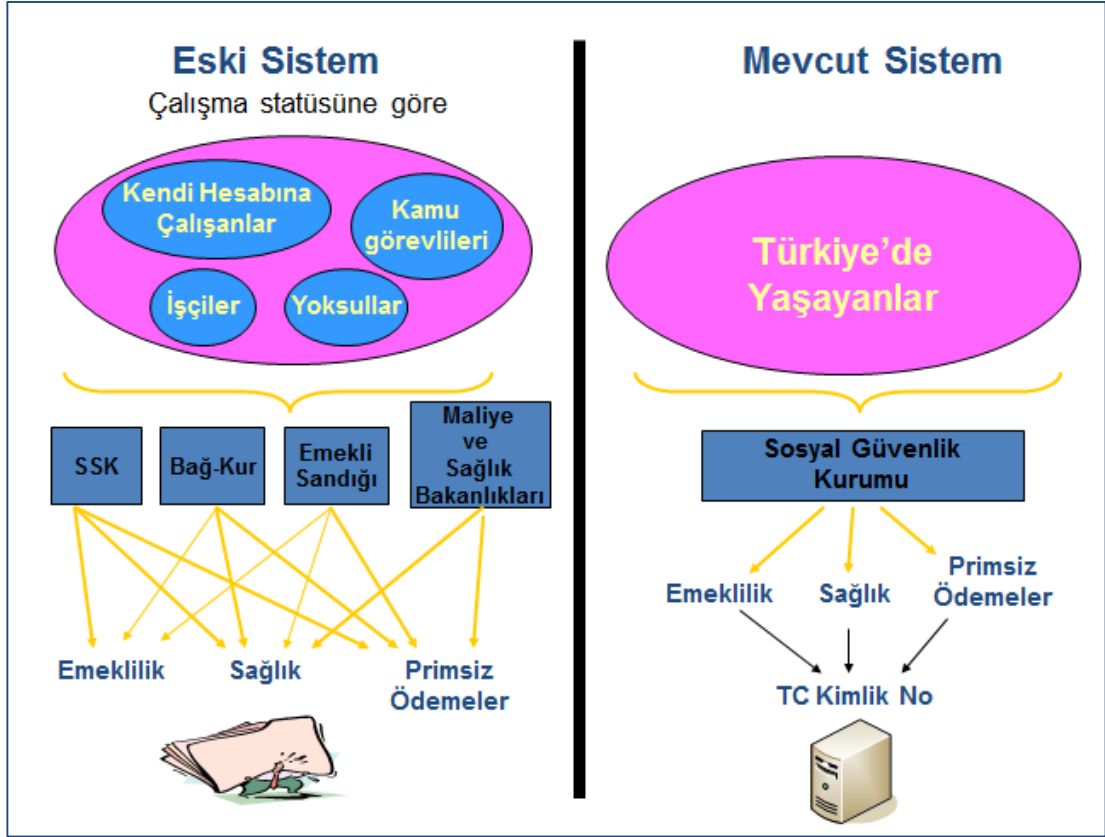
2003 yılında, Reform'un temel alanlarında gerekli önemli değişiklikler yapılarak sağlıkta dönüşümü gerçekleştirecek bir program dahilinde yeni bir toplumsal projeler bütünü olarak sunulmuştur. Bu program için, geçmişteki başarısızlık yüklü anlamı anımsatmamak düşüncesi ile reform yerine dönüşüm ifadesinin kullanılması tercih edilmiştir. SDP adı altında gündeme gelen programın amacı çağdaş ve kaliteli sağlık hizmetlerinin eşit, etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunulması, yüksek sağlık giderlerine karşı da etkin mali koruma sağlanması ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistemin kurulmasıdır (Sülkü, 2011).

Ülkemizde kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımında kayda değer farklılıklar bulunmaktadır. Saha araştırmaları göstermektedir ki, gelir arttıkça sağlık hizmetlerine olan talep artmakta ancak diğer taraftan gelir düzeyi düştükçe hizmetlere olan ihtiyaç artmaktadır.

Sosyal sağlık sigortası uygulamalarının genelde tüm nüfusu kapsama zorunluluğu yoktur. Önerilen sağlık finansmanı sistemi öncelikle sosyal sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalıyarak daha sonra da kamu sübvansiyonunun gelir grupları arasındaki dağılımını gerektiği şekilde düzenleyerek hakkaniyet ilkelerini etkili bir şekilde uygulamayı hedeflemektedir. Tüm nüfusu kapsama durumunda GSS olarak adlandırılır.

2003 yılında hazırlanan SDP, tüm sağlık sisteminde gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir⁶³. GSS, bu bileşenlerden en başta gelenlerinden biridir.

GSS'nin kurulması için önerilen taslak yapı aşağıdaki şekilde verilmektedir.

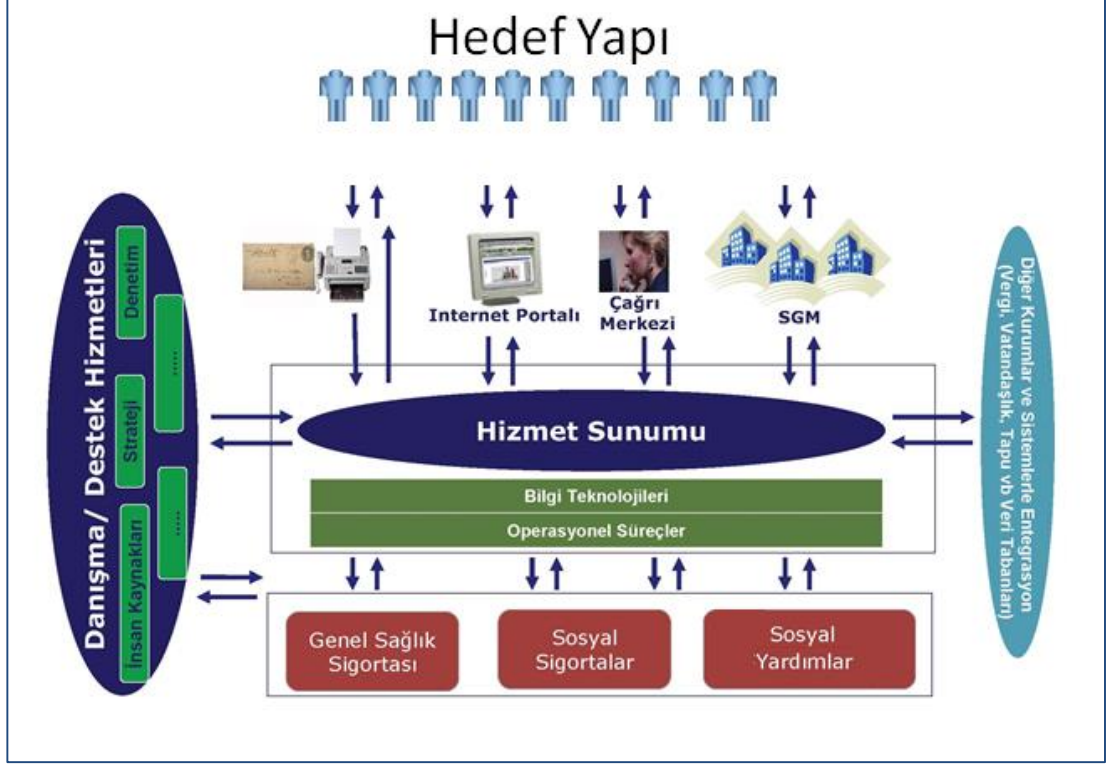


Şekil 3.4: SDP Öncesi ve Sonrası Sosyal Güvenlik Sistemleri
(hakan.hozyildiz.com/file/resource/1398669301_sosyalguvenlik2014.ppt)

Sosyal Güvenlik Sisteminin mevcut sorunlarına çözüm getirmek amacıyla, sistemde köklü değişiklikleri içeren Şekil 3.4'teki yapıda yeni bir model hazırlanmıştır. Yeni modele göre sistemin kapsamı oldukça genişletilmekte ve parçalı yapıda hizmet veren sosyal güvenlik kuruluşları tümüyle ortadan kaldırılarak

⁶³ Sağlıkta Dönüşüm Programı temelde 8 (sekiz) bileşenden oluşmakta ve 4 (dört) ana grupta ele alınmaktadır. Bunlardan ilki, sosyal güvenlik sisteminin SGK bünyesinde tek çatı altında toplanmasıdır. İkincisi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin "aile hekimliği" olarak yeniden düzenlenmesidir. SDP'nin üçüncü ayağı, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yürüten kuruluşların "sağlık işletmesi"ne dönüştürülmesidir. Dördüncü ayağı da Sağlık Bakanlığının görev ve yetkilerinin yeniden saptanması ve işlevlerinin "düzenleyici" ve "denetleyici" işlemlerle sınırlandırılmasıdır.

tek bir kuruma dönüştürülmektedir⁶⁴. Kurumsal yapıda tek çatı esasını öngören bu modelde SGK, belirlenen teminat paketi üzerinden etkin sunumu sağlamak için sağlık sektöründeki tek satın alıcı olarak özel ve kamu hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapabilecektir.



Şekil 3.5: Sosyal Güvenlik Sisteminde Hedeflenen Yapı
(hakan.hozyildiz.com/file/resource/1398669301_sosyalguvenlik2014.ppt)

Şekil 3.5’te Sosyal Güvenlik Sisteminin teknolojik olarak dönüşümü öngören modern bir yapıda hizmet sunumunu entegre bir yapıda gerçekleştirmek üzere tasarlanan hedef yapı verilmektedir.

SDP’nin vatandaş odaklı ayakları aile hekimliği, GSS’nin kurulması ve uygulanan politikalarla ilaç fiyatlarının kısmen düşürülmesi olmuştur. SDP’nin uygulanmaya başlanmasıyla birlikte dönüşümün en büyük getirisi sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması olmuştur. Fakat, GSS’nin istenen başarıyı elde etmesi ve

⁶⁴ İlk olarak 29 Temmuz 2004 tarihinde “*Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi*” ve sonrasında çok az bir değişiklikle Nisan 2005’te “*Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform*” başlıklı belgede açıklanmıştır. Bkz. (Güzel, 2005)

olumlu sonuçların sağlanması da diğer bileşenlerin etkin olarak hayata geçirilmesi ile mümkün olacaktır.

3.3 Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Gelişimi

Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de, sağlık sorunlarının niteliği, kişilerin sağlık sistemlerinden talepleri ve tercih ettikleri hizmetler değişmektedir. Genel bir sağlık sigortası sisteminin oluşturulması ve yürütülmesi konuları ülkemizde hiçbir zaman basit konular olarak algılanmamıştır.

Sağlık hizmetlerinin kapsamı, teknolojisi ve maliyetleri artmakta, ülkeler, kişilerin sağlıklarını koruyup geliştirerek sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürme ve kaynaklarını daha etkili kullanabilmek için ideal sistem arayışlarına girmişlerdir.

Geçmişten günümüze sağlık hizmetlerinde ulaşılabilirliğin tam olmadığı, kısıtlı kaynakların ve sağlık harcamalarının büyük bir kısmının tedavi edici hizmetlere ayrıldığı, sağlık hizmetlerini kullanan ve sunanların hizmet çeşidinden ve kalitesinden memnun olmadığı görülmektedir.

Sağlık sektöründe iyileşmeye olan bu büyük ihtiyacın bilinci, devleti alternatif modeller aramaya yöneltmiştir (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008).

3.3.1 Genel Sağlık Sigortasının Tarihçesi

Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için alternatif bir model olarak GSS uzun yıllar tartışma konusu olmuş, 1960’larda başlayan planlı kalkınma yıllarından beri bir an önce faaliyete geçirilmesi gereğliliği sıklıkla savunulmuştur.

1963 yılından günümüze kadar düzenli olarak beş yıllık kalkınma planları hazırlanmış, sosyal güvenliğe ilişkin hedefler kısmında, bugün de güncel olan, finansman sorununa çözüm bulunması hedeflenmiştir⁶⁵. Fakat, GSS’ye kadar ki süreçte, yukarıda ifade edildiği üzere, uzun yıllar kronikleşmiş bir çok yönetim ve sistemsel sorun yaşanmıştır. O zamana kadar kullanılan yöntemlerin başarı

⁶⁵ 1979-1983 yıllarını kapsayan Dördüncü Plan dışında diğer bütün planlarda yer almıştır.

sağladığının iddia edilmesi güçtür. Sistemde genelde değişimin zor olduğundan bahsedilmiştir.

Eski sistem, sağlık sigortasında aşırı bölünmeler ve eksik bir sigorta kapsamı ortaya koymuş, hastanede yapılan yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır.

Alternatif sağlık finansmanı sistemi olarak GSS, sağlık sigortası kapsamını tüm nüfusa yaymayı planlayan, sigortasız kesimin bir an önce sigortalanmasını amaçlayan bir oluşum olarak açıklanabilir. GSS ile, sağlık hizmetleri ve finansmanının, farklı içerik ve boyutta, daha kapsamlı olarak karşılanması öngörülmüştür.

GSS, ülkemizde geniş fikir birliği içinde benimsenmiş hatta bu husus 2008 yılında uygulamaya giren 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile Anayasa'nın ilgili bölümüne dahil edilmiştir. Böylelikle SDP sürecinin önemli bir adımı yaklaşık 8 (sekiz) yıl önce hayata geçirilmiş ve bütün toplumu kapsayan yeni bir sağlık modeline geçilmiştir.

1920'lerde Refik Saydam ile başlayan Türkiye'nin sağlık politikaları açısından ele alındığında Sağlıkta Dönüşüm Programı, dördüncü önemli hamle olarak görülmektedir.

Halk sağlığı hizmetlerinde önemli gelişmeler yaşanmış, bu hizmetlere ulaşılabilirlik belli ölçüde arttırılmıştır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde aile hekimliği müessesesinin oluşturulması, anne ve çocuk sağlığına önem verilerek sağlıklı nesiller yetiştirilebilmesi, koruyucu hekimliğe daha fazla kaynak aktararak yaygın bir hale getirilmesi, özel sektörün sağlık alanına yapacağı yatırımlar için teşvik edilmesi gibi çözümler sağlanmıştır (Andersen, 1988). Ayrıca, eski sistemlere tabi olan sigortalıların sadece kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç temin edebilmeleri uygulamasının sona erdirilerek, sigortalılarının tüm eczanelerden ilaç alabilmelerine imkânı sağlanmıştır.

3.3.2 Genel Sağlık Sigortası'nın Avantajları

Gelişmekte olan ülkelerde, kısa sürede sağlık alt yapı ve teknolojisini geliştirmek, daha sonra ulusal sağlık sistemine geçmek, politik avantajı olan bir yöntemdir. Çünkü iyi planlandığı takdirde kısa sürede sonuç alınabilmektedir.

Çalışanların sigorta primlerinin ve sağlık harcamalarının tamamının yada bir kısmının işveren tarafından verilmesi durumunda işverenin koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermeye zorlanması açısından da avantajlı sayılabilir.

Yaş grupları için daha fazla sağlık harcaması gerektiği ve özellikle Türkiye'de genç kesimde yoğunlaştığı düşünülürse, GSS harcamalar açısından avantajlı görünmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı olgusunun bütçe dışına çıkarılması ile iktidarlar açısından önem taşıyan savunma, eğitim, sanayi, tarım gibi alanlarda rekabete girmesi engellenmiş olacağından iktidarlar için politik avantajı vardır.

GSS sistemi ile vatandaşın sigorta primi toplamak, aslında bir tür vergi toplamaktır. Ancak, bu tür bir vergi, yalnızca sağlık için harcanacağından ve diğer sektörlerin bu vergiden pay alması engelleneceğinden avantajlıdır (Hayran, 1992).

3.3.3 Genel Sağlık Sigortası'nın Dezavantajları

Esas amaç, ülkede herkese eşit şekilde sağlık hizmeti vermektir. Ancak, özellikle hekim ve hasta yatağının ülke genelinde dengesiz dağılımı, bu amacın gerçekleşme olasılığını zayıflatmakta ve bunun fazla iyimser bir görüş olduğunu ortaya koymaktadır.

Özellikle hekim dağılımındaki dengesizlik, zorunlu birinci basamak hizmeti vermeyi öngören aile hekimliği müessesesinin başarıyla işlemlerini engellemektedir. Nüfusumuzun 75 milyonun üzerinde olduğu düşünülürse her 3000 kişiye bir aile hekimi hesabıyla 25 bin dolayında aile hekimine ihtiyaç duyulmaktadır. Oysa, Türkiye'deki mevcut aile hekimi sayısı 20 bini geçmez, üstelik aile hekimi olmak için pratisyen hekim olduktan sonra üç yıl daha ihtisas yapmak zorunludur. Fakat pratisyen hekimin, Sağlık Bakanlığı'na başvurusu ve bakanlığın da bu başvuruya olumlu yanıt vermesi aile hekimliği için yeterli olmaktadır. Bu da hem, pratisyen hekim ile uzman hekim arasında hekimlik işlevi kargaşasına yol açabilecek, hem de

Ülkemizde pratisyen hekimlerin yeterli bilgi düzeyine sahip olamadıkları düşünülürse, bazı daha ciddi problemler yaratabilecektir.

Modelin bel kemiğini oluşturan aile hekimliği sistemi GSS'den beklenen ve sağlık güvencesi olmayan kesime hizmet götürme amacının önündeki en büyük engeldir. Kırsal kesim ile kente yaşayan kişiye, sağlık hizmetleri eşit bir Şekilde ulatırılamıyorsa en azından kırsal kesimindeki nüfusa askeri hizmetler verilemiyorsa, sağlık sigortası programının uygulama imkanı yoktur (Sabuktay, 2008).

Özel statüdeki hekimlerin, köylerde veya genel olarak tarada hizmet vermesini beklemek yanlıştır. En yetişkin, en bilgili hekimler büyük kentlerde bulunduğundan hastalar aynı sigorta primini ödedikleri halde aynı kalitede sağlık hizmetinden istifade edemeyecektir.

Yataklı tedavi hizmeti aĸısından sağlık sigortasının gereği, hastaya ihtiyaĸı olan hizmetin derhal sunulması gerekliliğinden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla ikinci basamak hizmetlerinin sunulduğu hasta yatağı sayısının ve dağılımını iyi incelenmesi ve değerlendirilmesi gerekir. Ülkemizde mevcut toplam yatak sayısı 152.000; 10.000 kişiye dŖen yatak sayısı ise 26 dolaylarındadır. Mevcut yatakların ancak %57'si kullanılabilir. Bu nedenle GSS'nin getireceği yatak gereksinimindeki artış, kullanımın yeterli hale getirilmesi ile kısa vadede karşılanabilir. Buna karşılıklı, dengesiz dağılım nedeniyle, belirli bölgelerde, yatak yetersizliği gibi sonuĸlarla karılaılması kaĸınılmaz olmaktadır.

Türkiye'de yapılan toplam sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı %3.5 dolayındadır. Bu oran, Türkiye'den daha düşük gelire sahip ülkelerin sağlık harcamalarının da altındadır. GSS uygulayan gelimi toplumlarda bu oran, %8-13 arasında değişmektedir. Ülkemizde ise, sağlık harcamalarının yarısı kamu harcamalarından karşılanmaktadır. Bu da, GSS'nin etkin olarak varlığını sürdürebilmesi iĸin gerekli harcamaların büyük boyutta olması, özellikle de kamudan önemli bir kaynak ayrılması gerektiğini göstermektedir. Türkiye'de ise sağlık sektörüne henüz bu boyutta kaynak ayrılması imkansızdır.

Dolayısıyla, GSS'nin etkin bir Şekilde uygulanabilmesi iĸin, Türkiye yapmış olduğu harcamaların GSYİH'ya oranını %6-7 oranına yükseltmek zorundadır. Aksi takdirde, herkese sağlık hizmeti sunması imkansız hale dnŖecektir. Bu ek kaynağın

nasıl sağlanacağı konusunda GSS her ne kadar prim, fon ve bütçe aktarmaları gibi bazı kaynak yolları öngörüyor ise de, bu yolların gerekli finansman kaynağı sağlaması olası görünmemektedir. Halen bir sosyal güvenlik kurumuna dahil olmayan sigortasızlar -ki bunlar toplumun en düşük gelir grubuna girmektedir- için öngörülen %12'lik primin toplanması mümkün gözükmemektedir. Yani bu kesimden kaynak yaratma beklentisi gerçekçi görünmemektedir (TTB, 2010).

Prim ve diğer kaynaklardan sağlanması öngörülen gelirler yeni bir kaynak gibi görülüyor ise de aslında, SB tarafından sağlanan harcama kaynağı ortadan kalkacağı için (SB hastaneleri kendi giderlerini kendi gelirleriyle karşılama, yani işletme haline dönüşme durumu söz konusu), belki genel bütçe yükü hafifletecek, ama, sağlık harcamalarının kaynağı daha da azalacaktır. GSS için en büyük kaynaklardan biri olarak görülen kamu fonlarının kaynak yaratmada hiç bir başarısının olmayacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

3.3.4 Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Sistemi

GSS sistemi, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın toplumdaki herkesin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir, etkin ve verimli bir şekilde faydalanmasını hedefleyen sağlık sigortası sistemi olarak tanımlanmaktadır. Toplumda yaşayan insanların tümüne sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak kişilerden prim toplama esasına dayalı sosyal bir sigorta sistemi olarak değerlendirilebilir.

Sağlık sigortası sistemi dışında kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi hedef alınmıştır. Kavramdaki genel ifadesi tüm vatandaşları kapsama alma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kısaca, çalışan veya çalışmayan tüm bireylerin asli hak sahibi olmasını gerekli kılmaktadır (İnce, 2014).

3.3.4.1 Genel sağlık sigortasının tanımı ve amacı

GSS, sosyal güvenlik sistemimizin yapısı içinde ülkemizde yaşayan herkese eşit ve aynı seviyede sağlık hizmetini sunmak üzere hayata geçirilmiştir. Öncelikle vatandaşlarımızın sağlıklarının korunması, hastalık halinde ise yapılan harcamaların

karşılanması, tüm ülke nüfusu bağlamında sağlayan sigorta olarak ifade edilebilmektedir.

GSS ile amaçlanan; tüm ülke vatandaşlarını kapsayan, adaletle hizmet veren, kolay erişilebilir modern sağlık ve sosyal güvenlik hakkı sunulmasıdır. Anayasa'nın 56. maddesinde geçen "*Devletin, toplumun sağlığını tesis ve organize etmesi*" hükmüne dayalı bu amaçlar, sosyal güvenlik reformuna da katkıda bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin tek sigorta sistemi vasıtası ile yoksullara daha etkin koruma güvencesi sunan, finansal olarak sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi meydana getirmek de sosyal güvenlik reformunun amaçlarındandır (T.C. Başbakanlık, 2005).

3.3.4.2 Genel sağlık sigortası gelişimi ve temel esasları

1963'den itibaren ülkemizde çeşitli tarihlerde kanun tasarı çalışmaları gerçekleştirilen GSS'nin çok yıllık kalkınma planlarından 7., 8. ve 9. Beş Yıllık Kalkınma Planları dahilinde temelleri ortaya çıkmıştır. Hastanelerin idari ve finansal özerkliğe sahip olarak işletilmesi haklarının özel sektöre satılması, birinci kademe sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla etkin sevk sistemi kapsamında işleyen aile hekimliğinin ortaya konulması, prim esaslı GSS uygulaması, emeklilik ve sağlık sigortası hizmetlerinin birbirinden ayrılması, sağlık sigortası ve sağlık hizmetlerinin özel sermayeye açılması, bunun yanında özel sektör tarafından sağlık ve hayat sigortası sunulmasının teşviki hususlarının tamamı söz konusu kalkınma planlarında bulunmaktadır (Belek, 1998).

SB'nin halk sağlığını korumaya yönelik, standart ve norm belirleyici bir yapıya sahip olarak; düzenleyici ve denetleyici rolünün önemi artırılarak, yatarak tedavi hizmetlerindeki faaliyetlerinin azaltılması amaçlanmaktadır. SB bünyesindeki hastanelerin ileriki tarihlerde özelleşeceği belirtilmektedir (Belek, 1999).

Sosyal devlet ilkesine bağlı olarak; nüfusun tamamının sağlık hizmetlerinden aynı ölçüde faydalandırılması ve sürdürülebilir sağlık sisteminin oluşturulması hedeflenerek; 5502 sayılı Kanun ile asli sigorta kurumları olarak hizmet veren SSK, ES ve Bağ-Kur 20.05.2006 tarihi itibarıyla lağvedilerek yerine yeni bir idari yapı olarak SGK oluşturulmuştur. Kurumun idari organları olarak Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık olarak belirlenmiştir. Ayrıca Sosyal Güvenlik Danışma Kurulu mevcuttur.

Ayrıca, sistemin idari yapısı 16.06.2006 tarihinde Resmi Gazete’de yayınlanan ve bazı istisna maddeler haricinde 01.10.2008 itibariyle yürürlüğe giren 5510 sayılı SSGSS Kanunu ile birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.

5510 sayılı Kanun ile GSS kapsamına alınan SSK, ES ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kurumlarına ek olarak devlet tarafından finanse edilen Yeşil Kart sahiplerine sunulan sağlık hizmetleri ve sosyal güvenlik hakları arasındaki farklılıkları sona erdirmiş, norm ve standard birliğini sağlanarak tek çatı altında birleştirilmiştir. GSS ile yeni bir finansman modeline geçilmiştir (Alper, 2007).

GSS ile birlikte hizmet sunucular ile ilişkiler düşünüldüğünde ve ayrıca hizmet alıcıların takibi yapılacağından devasa bir hizmet alanı oluşturmuştur. Sosyal güvenlik sisteminde teşkilat ve faaliyet alanı çok büyük ölçüde genişletilmiş bulunmaktadır.

Yeni yapıda GSS sistemiyle ilgili işlerin yürütümünden esas olarak Başkanlık teşkilatı içinde ana hizmet birimlerinden biri olan GSS Genel Müdürlüğü sorumlu kılınmıştır.

Bu uygulamalar sonucunda ülkemizde vatandaşların mensup oldukları sigorta türüne bakılmaksızın tedavi hizmetlerini devlet, üniversite ya da özel hastanelerden temin edebilir hale gelmesi hedeflenmiştir. GSS ile, bireylerin finansal gücüne ve isteğine bakılmaksızın gelecekte yaşanabilecek hastalık risklerine karşı, tüm nüfusun sağlık hizmetlerini yaygın ve etkin bir şekilde kullanabilme imkanı sunulmaktadır. GSS bünyesinde kişilere iş kazası ve meslek hastalığı durumu hariç olarak, tıbbi zorunluluk dışında, estetik amaçlı gerçekleştirilen tıbbi operasyonların, yardımcı üreme yöntemlerinin ve alternatif tıp uygulamalarının harcamaları dışında; tetkik, ameliyat vb. hallerde devletçe belirlenen orandaki katkı payı⁶⁶ ve ilave ücret⁶⁷ ödendiği durumda geniş ölçekte bir sağlık hizmeti sunulmaktadır (5510 SSGSS Kanunu, 2006, m. 63).

⁶⁶ Devletin hastalardan tahsil ettiği özel hastane kesintisidir. Hastanelere yığılmanın önlenmesi için caydırıcı bir unsur olarak kullanılmaktadır. Hem doktorların işgücünü ciddi hastalıkların tedavisine ayırması, hem de hastanın işinden ayrılıp işgücü kaybı oluşturmasının önüne geçmek için uygulanmaktadır.

⁶⁷ Hastanenin sunduğu sağlık hizmetine dair yine devletçe belirlenen oranda hastadan isteyebileceği ücreti ifade etmektedir.

Özel sağlık hizmeti sağlayıcıları, sadece acil servisler bünyesinde verilen sağlık hizmetleri ile acil durumlar sebebiyle sağlanan sağlık hizmetleri, yoğun bakım, yanık tedavileri, kansere karşı tedaviler (radyoterapi, radyo izotop tedavileri, kemoterapi), yeni doğum yapmış bebeklere sunulan sağlık hizmetleri, organ, doku ve hücre nakilleri, doğumsal anormallikler amacıyla gerçekleştirilen cerrahi operasyonlara yönelik sağlık hizmetleri, kalp-damar cerrahi işlemleri ve diyaliz tedavileri için ek ücret talep edememektedir.

Sağlık hizmetlerinin tümünün bireylerce karşılanamaması yanında devletçe de finanse edilememektedir. Hastalar ise özel kurumlardaki sağlık hizmetlerine yönelik cepten karşılamaya eğilimlidir. GSS modelinde devlet sigortacılık faaliyeti yürütmeyecek, yeterli ödeme gücü bulunmayan kişilerin primlerini ödeyecektir; bu sayede bu sistem kapsamında hizmetler değil, bireyler desteklenecektir.

Sağlık hizmetleri giderlerinin büyük kısmı, sağlık hizmetlerinden faydalananlardan dolayı ya da dolaysız olarak tahsil edilen primler sayesinde finanse edilmektedir. Sigortalılar, işverenler ve devlet, GSS primi ödemesinde bulunacak paydaşlardır. Prim oranı ise prime temel teşkil eden kazancın %12,5'i olarak belirlenmiştir. Prim ödeme gücünden yoksun düşük gelirli kişilerin primini devlet üstlenmektedir. Kısa ve uzun süreli sigorta dallarında çalışan sigortalılar için prim oranı; %5 sigortalı, %7,5 işveren hissesi olarak belirlenmiştir (Pekten, 2006).

3.3.4.3 Genel sağlık sigortası kapsamı

GSS sisteminin başlıca unsurlarından birisi, kapsamına aldığı toplum kesimlerinin büyük oranda genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sistemine dahil olmamış hiç bir kimsenin kalmaması ve ödeme gücü bulunmayan dar gelirli primlerinin devletçe ödenmesi hedeflenmiştir. 25 yaşına kadar olan bireyler anne veya babası üzerinden sigortalı sayılacaklar, 25 yaşını doldurduklarında ise Kurum tarafından sigortalı yapılacaklar ve prim ödeyeceklerdir.

5510 sayılı Kanun'un "*GSS Hükümleri*" başlıklı 3. bölümünde bulunan 60. ve 78. maddeler arasında sayılan maddeler GSS ile ilgili düzenlemeleri ifade etmektedir. GSS kapsamına dahil bireyleri düzenleyen "*Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar*" başlıklı 60. madde ele alındığında; kapsama giren kişiler, kendi çalışmalarına dayalı olarak prim ödemesi gereken ve ödedikleri prime göre

hizmetlerden yararlanacak kişiler; primleri devlet tarafından karşılanacak kişiler ve çalışmasalar da prim ödeyerek yararlanacak kişiler olarak kategorilere ayrıldığı görülmektedir (Alper, 2003).

a)Prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı olanlar

Bu grupta ilgili Kanun'un 4. maddesinde sayılan sigortalılar yer almaktadır:

- 1) *“Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,*
- 2) *Kamu idarelerinde memur statüsünde kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışanlar,*
- 3) *Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına çalışanlardan, ticaret kazançları nedeniyle gelir vergisi mükellefi olanlar, esnaf ve sanatkar sicilleri ile meslek odalarına kayıtlı olanlar, şirket ortakları, tarımsal faaliyette bulunanlar”*

olarak sıralanmıştır.

b)Primleri devlet tarafından ödenerek genel sağlık sigortası kapsamına alınan sağlık sigortalıları

Bu grupta bir işte çalışmayan ya da çalışsa da prim ödeme gücünden yoksun çok değişik statülerde bulunan toplum kesimleri, primleri devletçe karşılanmak üzere GSS kapsamına dahil edilmişlerdir. İlgili Kanun'un 60. maddesi bu sigortalılara yer vermektedir:

- 1) *“Düşük gelirliler:*
- 2) *Kurum tarafından belirlenen gelir testi yöntemi ile aile içindeki kişi başına düşen gelirin asgari ücretin üçte birinden az olması halini kapsar. Hiçbir sosyal güvenliği olmayanlar, yeşil kartlılar, kısmi süreli çalışanlar, öğrenciler ve zorunlu sigortası sona erenler gelir testine tabi tutulur.*
- 3) *Vatansızlar ve sığınmacılar,*
- 4) *2022 sayılı Kanun gereğince muhtaç vatandaş aylığı alan kişiler,*
- 5) *1005 sayılı Kanun gereğince Şeref Aylığı alanlar,*
- 6) *3292 sayılı Kanun gereğince Vatani Hizmet Tertibinden Aylık Bağlananlar,*
- 7) *2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık alanlar,*

- 8) 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma ve bakım hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- 9) Harp malullüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 10)442 sayılı Köy Kanunu gereğince görevlendirilen geçici köy korucuları,
- 11)4447 sayılı Kanun gereğince işsizlik ödeneği alanlar,
- 12)Çeşitli sosyal sigorta kanunlarına göre aylık bağlanmış kişiler (pasif sigortalılar)”

olarak sıralanmıştır.

c)Çalışmaya bağlı geliri olmayan, ancak prim ödeyerek kapsama alınanlar

GSS'ye dahil olan bir başka grup ise, gelir getirici bir işte çalışmalarına rağmen, gerekli primleri ödeyerek genel sağlık sigortasına dahil edilen kişilerden meydana gelmektedir. Bu gruplar kapsamında sayılanlar ise isteğe bağlı olarak sigortalı sayılan kişilerden, ülkemizde oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı bulunmayanlar ile sayılanlar haricinde kalan ve bunun yanında başkaca bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma imkanı olmayan kişilerden oluşmaktadır.

3.3.4.4 Genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmetleri

Sağlık hizmetlerinde amaç, Kanun kapsamına dahil olanların sağlıklarının korunmasını, hastalık durumlarında sağlıklarını tekrar kazanmalarını, hastalık ve doğum hallerinde ihtiyaç duyulan sağlık yardımlarının sunulmasını ve yeniden sağlıklı duruma gelmelerini temin etmektir. Kanunun bu kapsamda belirttiği ve finansmanı SGK tarafından sağlanacak olan sağlık hizmetleri aşağıdaki açıklanmıştır (5510 SSGSS Kanunu, 2006, m. 63). Sunulan sağlık hizmetinin kapsam ve çeşitliliği SUT ile belirlenir.

a)Koruyucu sağlık hizmetleri

Hastalanmayı önleyen tüm sağlık hizmetlerini içine alan koruyucu sağlık hizmetleri, yasada tarif edilen hizmetler arasında başlıcalarıdır. Bunlar bireylerin

hastalanmasını engellemek ve hastalıkları tetkik için yürütülen kişiye ve çevreye yönelik tüm önlemleri kapsar.

b)Hastalık halinde sağlık yardımı

Koruyucu sağlık hizmeti sunumuna karşın yine de kişi hastalanmış ise, tedaviye yönelik sunulan yardımlar şu şekilde sıralanmıştır:

- 1) Hekim tarafından gerçekleştirilecek tüm klinik muayene,
- 2) Hekimin zorunlu görmesi durumunda teşhis için laboratuvar ortamında tetkik ve tahlilleri,
- 3) Röntgen, tomografi gibi diğer teşhis yöntemleri,
- 4) Teşhis sonucuna göre ihtiyaç duyulan diğer tıbbi müdahale ve tedaviler,
- 5) Tedavi boyunca izlenme, ihtiyaç halinde rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve hücre nakil operasyonları, hücre tedavisi,
- 6) Acil sağlık hizmetleri,
- 7) Doktor kararına bağlı olarak fizik tedavi ve masaj gibi sağlık personeline gerçekleştirilebilecek tıbbi bakım ve tedavilerdir.

Bu tedaviler ayakta uygulanabileceği gibi, yataklı sağlık kuruluşlarında yatırılarak da sunulabilir.

c)Analık halinde sağlık yardımları

Doğum halinde sunulacak yardımlar da benzer şekilde şöyle ifade edilmiştir.

- 1) Doktor tarafından gerçekleştirilecek klinik muayene,
- 2) Doktorun ihtiyaç görmesi halinde teşhis amacıyla laboratuvar ortamında tetkik ve tahlilleri,
- 3) Röntgen, tomografi gibi diğer teşhis yöntemleri,
- 4) Teşhise için ihtiyaç duyulan diğer tıbbi operasyon ve tedaviler,
- 5) Tedavi boyunca izlenmesi; doğumun sağlanması; gerektiğinde rahmin alınması ve tıbbi sterilizasyon,
- 6) Acil sağlık hizmetleri,

7) Doktor kararına bağılı olarak fizik tedavi ve masaj gibi sağılık personeli tarafından uygulanacak tıbbi bakım ve tedaviler.

Bu tedavi hizmetleri de ayakta sunulabileceğı gibi, yataklı sağılık kuruluşlarında yatırılarak da yürütülebilir. Yasa kapsamında, analık sağılık yardımları arasında doğal yollardan çocuk sahibi olamayan ailelere, bazı şartlarla yardımcı üreme teknikleri yoluyla çocuk sahibi olma imkanı da sunulmuştur.

d)Ağız ve diş tedavisi

Yasada, ağız ve diş tedavilerine yönelik olarak, ayakta ya da yatarak faydalanılabilecek sağılık yardımlarına da imkan verilmiştir:

- 1) Ağız ve diş muayenesi,
- 2) Diş hekiminin ihtiyaç görmesi durumunda teşhis amacıyla yapılması gereken klinik muayeneler, laboratuvar tahlilleri ile diğere tetkik metodları,
- 3) Teşhis sonucunda ihtiyaç duyulan diğere tıbbi müdahale ve tedaviler,
- 4) Diş çekimi, diş tedavisi ve kanal tedavisi,
- 5) Hastaların takibi,
- 6) Diş protez uygulanması,
- 7) Acil sağılık hizmetleri,
- 8) 18 yaşından küçük kişilerin ortodontik diş tedavilerinin tespit edilen tutarı

Ortodontik tedaviye yönelik getirilen sınırlamaların sağılık hakkı ile uyduğu söylenemez.

e)Diğere sağılık yardımları

Bahsedilen yardımlar haricinde sağılık yardımlarına destek özelliğı taşıyan bir takım başka yardımlara da Kanun kapsamında imkan sunulmuştur.

Bu imkanlar;

- 1) Tetkik ve tedavi için ihtiyaç duyulabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliğı, ilaç, aşı, protez, medikal araç ve gereç, kişi kullanımına özel tıbbi cihaz, medikal sarf malzemeleri,
- 2) Bunların uygulanması, garanti süresi sonrası bakımı, tamiri ve yenilenmesi hizmetleridir.

Özetle, yukarıda açıklanan tüm sağlık hizmetleri, GSS kapsamında karşılanacaktır.

Bunun yanında, SGK tarafından hiçbir şekilde finanse edilmeyen sağlık hizmetleri de bulunmaktadır (m. 64):

- 1) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,
- 2) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,
- 3) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları.

Bu maddenin uygulanması hakkında usûl ve esaslar, Kurumca belirlenecek yönetmelikle düzenlenecektir. Bu hususta SB'nin uygun görüşü alınmaktadır. Kurum tarafından sunulacak sağlık hizmetlerine yönelik yönetmelik hakkında aşağıda açıklanan endişeler bu yönetmelik hakkında da geçerlidir.

3.3.4.5 Katılım payı ödenmesi koşulu

Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği (GSSİY) uyarınca katılım payı, sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek amacıyla, genel sağlık sigortalısı ya da bunların bakma yükümlülüğündeki kişilerce ödenecek tutardır.

a) Katılım payı alınacak durumlar:

Yasada katılım payı alınacak durumlar açıklanmıştır (m. 68);

- 1) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayene hizmetleri için,
- 2) Vücut dışı protez ve ortezler,
- 3) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- 4) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan tedavi hizmetleri (Bu bent, 5917 sayılı yasa ile eklenmiştir).

Katılım payları kanunda belirlenen kriterlere göre belirlenir ve her yıl yeniden değerlendirme oranında artırılır.

b) Katılım payı alınmayacak durumlar:

Katılım payı istisnası durumlar, sağlık hizmetleri ve kişiler şöyledir:

- 1) İş kazası ile meslek hastalığı halleri, askeri tatbikatlar,
- 2) Afet ve savaş hali,
- 3) Aile hekimi muayeneleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- 4) Organ, doku ve kök hücre nakli,
- 5) Hayati önemdeki ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri,
- 6) Kronik hastalıklar (Kurumca belirlenen ve rapora bağlanan)
- 7) 94. madde gereği yapılan kontrol muayeneleri,
- 8) Şeref aylığı alalar ile eşleri, harp malullüğü aylığı alanlar, vatani hizmet tertibinden maaş alanlar, nakdi tazminat ve aylık alanlar, terörle mücadele nedeniyle maaş alanlar.
- 9) Türk Silahlı Kuvvetleri ve Emniyet Genel Müdürlüğü adına okumakta olan öğrenciler,
- 10) Korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar.

69. madde uyarınca katılım payından muaf sağlık hizmetlerini belirleme yetkisi, SGK'ya verilmiştir.

c) Kamu görevlileri için katılım payı:

Kanunun geçici 12. maddesi uyarınca, kamu personeline yönelik olarak genel sağlık sigortası uygulamasının, devir tarihine kadar eski mevzuat ilkelerine göre gerçekleştirilmesinin sürdürülmesi ve devir işleminin de üç yıl içinde tamamlanması belirtilmiştir. Bunun yanında bütçe kanununa konulan hükümlerle, kamu personelinin de katılım payı ödeyeceği belirtilmiştir.

d) Katılım payı tutarları:

1) Muayene katılım payı

Ayakta tedavi kapsamında doktor ve diş hekimi muayenesinden katılım payı alınmamaktadır. SGK'ya katılım payını değiştirme yetkisi verilmiştir. SGK, SUT ile bu değişiklikleri yapma yetkisine sahiptir.

Katılım payı⁶⁸ ikinci basamak resmi sağlık kuruluşlarında 5, özel sağlık kurum ve kuruluşlarında 13 TL olarak uygulanır (SGK, 2014).

2) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri katılım payı:

Vücut dışı protez ve ortezlerden Kurumca ödenen bedeller üzerinden, Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10, diğer kişiler için %20 oranında katılım payı alınır.

Ancak katılım payı tutarı vücut dışı protez veya ortezin alındığı tarihteki brüt asgarî ücretin %75'ini geçemez. %75'lik üst sınırın hesaplanmasında her bir protez ve ortez bağımsız olarak değerlendirilir (SGK, 2014).

3) İlaç katılım payı:

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ilaç bedelinin Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler için %10'u, diğer kişiler için %20'si oranında katılım payı alınır (SGK, 2014).

4) Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde katılım payı:

Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede %30, ikinci denemede %25 oranında olmak üzere bu tedaviler için belirlenen bedeller üzerinden katılım payı alınır. Yardımcı üreme yöntemi katılım payları, tedavinin sağlandığı sağlık hizmeti sunucusunca kişilerden tahsil edilir.

3.3.4.6 Sağlık hizmet bedelleri

SSGSS Kanunu, sağlık hizmetlerinde ödenecek bedellerin belirlenmesini hizmet sunan kuruluşların yetkisine bırakmamış, bundan ziyade merkezi bir sistem

⁶⁸ Sağlık hizmeti -en azından birinci basamak temel sağlık hizmetleri- eğer reçete yazılmamış ise katkı payından muafır. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında ilaç için reçete yazılması halinde hastaların 3 TL katılım payı ödemesi gerekir.

amaçlanmıştır. Bu kapsamda bedeller Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu'nca tayin edilecektir. Bu komisyon, SGK ile ÇSGB, SB, MB ve KB ile HM'nı temsilen 7 (yedi) üyeden meydana gelmektedir. 63. maddede açıklanan her türlü koruyucu, tedavi edici, analıkla ilgili ve ağız ve diş tedavisine ilişkin sağlık hizmetlerinin bedelleri Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu (SHFK) tarafından tayin edilir. Bunun yanında m. 65'de belirtilen gündelik, yatak, yemek ve yol harcamalarını da aynı komisyon tayin eder.

3.3.4.7 Sağlık hizmetlerinin sunumu ve ek ücret

Kişiler için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki ve yurt dışındaki sağlık hizmeti kuruluşları arasında yapılacak sözleşmeler vasıtasıyla sunulur (m.73). Belirtilen madde uyarınca sözleşme yapılmamış hizmet kuruluşlarından sadece acil durumlarda sağlık hizmeti alınabilir.

Kanun, sağlık hizmeti kuruluşlarına göre hizmet bedellerinde farklılıklar olmasını kabul etmiştir.

Özel sağlık kuruluşları için SHFK tarafından tespit edilen bedellere ilaveten, Bakanlar Kurulu tarafından bir katına kadar bir tavan uygulanabilir. Bu tavan kapsamında tahsil edilecek ek ücretler SGK tarafından belirlenir.

Kamu sağlık kuruluşlarının ise ek ücret alma yetkisi bulunmamaktadır. Yalnızca otelcilik hizmeti ya da öğretim üyesi fark ücretine izin verilmiştir. Acil durumlar haricinde, sözleşmesiz sağlık kuruluşlarından kişilerce sağlanan sağlık hizmet ücretleri SGK tarafından karşılanmayacaktır. Acil durumlarda fatura karşılığında ödeme gerçekleştirilecektir.

SGK, kamu kuruluşlarında sunulacak sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesi ile de gerçekleştirebilecektir.

Sağlık kuruluşlarının, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanma haklarının bulunup bulunmadığını SGK'nın elektronik ya da diğer mecralarda sağlayacağı yöntemlere paralel olarak kontrol etmek ve belgelemekle yükümlüdür (m. 73/9). Bu uygulama sağlık hizmet bedellerini de içine alacak şekilde genişletilebilirse, sağlık hizmet bedellerine yönelik etkin bir mekanizma kurulması mümkün olabilir (Güzel ve diğerleri, 2010).

3.3.4.8 Yurtdışında tedavi

Kanundaki düzenlemeye göre bugün yurtdışındaki sağlık kuruluşlarına tedavi amaçlı gönderilebilecek olanlar 3 (üç) grupta ele alınabilir (m. 66).

- 1) Yurtdışına geçici görevle gönderilen işçiler ve kamu görevlilerinin acil hallerde yurtdışında tedavi olmaları mümkündür.
- 2) Yurtdışına sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurtdışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü oldukları kişilere de yurtdışında tedavi olanağı sağlanmıştır.
- 3) Yurtiçinde tedavi edilemeyen kişiler SB'nın uygun görüşü üzerine yurtdışında tedavi görebilirler.

3.3.5 Genel Sağlık Sigortası ve Sevk Zinciri

Sevk zinciri, acil haller dışında hastanın öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurması; bu basamaktaki imkanlarla teşhis veya tedavisi mümkün olmayan hastaların bir üst basamak kuruluşlarına kademeli olarak sevk yoluyla gidebilmesine olanak sağlamasıdır. Sağlık kuruluşları arasında iş bölümününün kademeli olarak sağlanması sevk zincirinin aktif bir şekilde hayata geçirilmesiyle mümkün olmaktadır.

Sevk zinciriyle amaçlanan, bireylerin sağlık hizmeti talebini, sistematik olarak, buldukları yere daha yakın bulunan birinci basamak sağlık kuruluşları aracılığıyla yapmalarına yönlendirmektir. Sadece acil görülen hallerde sistem dışına çıkılabilecek, hastaların ikinci veya üçüncü basamak kuruluşlarına gitmeleri yönlendirilerek hastanelerin hasta yükü azaltılacak, gerçek anlamda hastane hizmetine ihtiyaç duyan hastalara daha kaliteli ve hızlı hizmet sunulabilir bir durum tesis edilecektir. Bu sayede, çok sayıda yanlış yönlendirme, düzensizlik ve gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilecektir.

Sevk zincirinin uygulanmasında, aile hekimliği oldukça önemlidir. Sevk zincirinin etkin bir şekilde teşkil edilebilmesinin ilk şartı, hastanın birinci basamak sağlık hizmeti talebinin tercih ettiği ve güvendiği bir doktordan yararlanarak karşılamasıdır. Hastalar ilk aşamada aile sağlığı merkezlerine başvurarak; ihtiyaç halinde ise aile hekiminin sevkı yoluyla ikinci basamak sağlık kuruluşlarına

başvurabilmektedirler. Birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında tanı ve tedavi yetersiz olduğu, ileri tetkik ve tedavi için sevk edildikleri durumlarda ise, üçüncü basamak sağlık kuruluşları olan üniversite, eğitim ve araştırma hastanelerinden faydalanabilmektedirler.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin genele yayılabilmesi, etkin ve hakkaniyetli bir şekilde sunulabilmesi için uygulamaya geçirilen aile hekimliği 2010 yılından itibaren ülkemizde tüm illerde hizmet sunmaktadır.

GSS kapsamında aile hekimleri aracılığıyla, hastaların öncelikle tetkik ve tedavileri mümkün olmadığı hallerde sevk alarak hastaneye gitmeleri sağlanmaktadır, fakat yetersiz hekim sayısı yüzünden henüz aktif olarak sevk sistemi uygulamasına geçilememiştir.

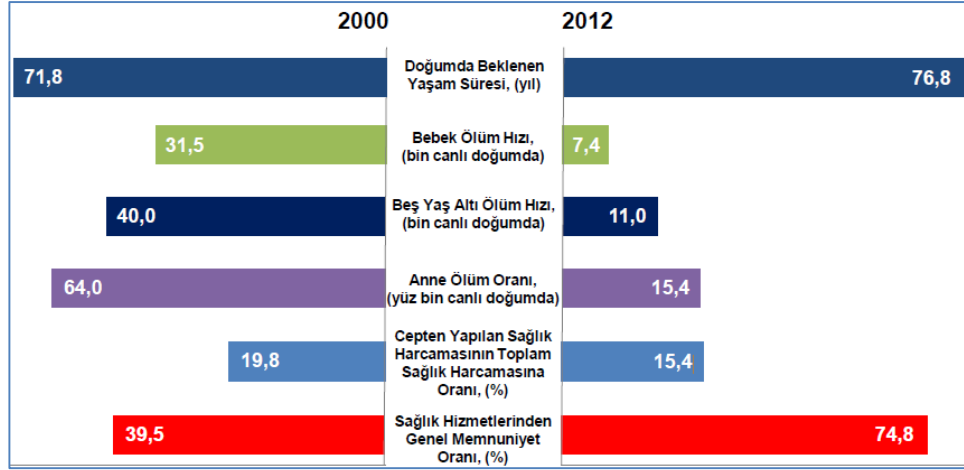
3.4 Genel Sağlık Sigorta Sisteminin Sürdürülebilirliği

Türkiye’de uzun yıllar sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiri ile ilişki düzeyi düşük farklı finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. Bu bağlamda GSS sisteminin uygulanmaya başlaması ile sisteme bir düzen gelmiş, farklı finansal kaynaklarının yerini kontrol edilebilir ölçüde finansman kaynaklarından oluşan bir mekanizma almıştır.

Tüm dünyada sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Bu artış genellikle sağlık kuruluşlarına yönelik tedavi ödemelerinden kaynaklanmaktadır. Türkiye’de de yeni sistem ile sağlanan sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı nedeniyle sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda giderek artması kaçınılmaz olacaktır.

Sağlık harcamaları ile sağlık düzeyleri arasında doğrusal bir ilişki bulunmamaktadır. Fakat, yine de ülkeler zenginleştikçe sağlıkları için yaptıkları harcamalar artış eğilimi göstermektedir.

Sağlık harcamalarının sonuçları ve topluma katkısı, temel sağlık göstergelerine bakılarak değerlendirilmektedir.



Şekil 3.6: Temel Sağlık Göstergeleri (TÜİK, 2014 ve SB, 2014)

GSS ile temel sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinde Şekil 3.6'da belirtildiği üzere olumlu gelişmeler sağlandığı görülmüştür. Son 10 yılın verilerine göre, örneğin; Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, 71,8'den 76,8'e, Memnuniyet oranı ise %39,5'den %74,8'e çıkarılmıştır.

Türkiye'nin artan sağlık harcamalarının nasıl karşılanacağı ve mevcut kısıtlı kaynakların sağlığa faydalı bir biçimde en etkin nasıl kullanılacağı sürdürülebilirlik açısından çok önem arz etmektedir. SGK'nın sağlık harcamaları sürdürülebilirlik açısından değerlendirildiğinde en önemli gösterge kurumun prim gelirlerine oranla sağlık harcamalarının payıdır. Buradaki en önemli husus, kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin uzun vadede sağlanabilmesidir.

GSS'de en önemli konuların başında Temel Teminat Paketi kapsamının belirlenmesi gelmektedir. Belirlenen kapsam ile sistemin harcama düzeyi ve alınması gereken primleri doğrudan etkilemesi nedeniyle stratejik bir öneme sahiptir. Kapsam belirlendikten sonra, uygulamada değiştirilmesi oldukça zor olan hassas bir konudur. Genişletilmesi yönündeki baskıların taşıyacağı finansal riskler öngörülerek sürdürülebilir bir yapı kurulması oldukça önem taşımaktadır. Ayrıca, GSS kapsamında verilecek sağlık hizmetleri ile ödenen prim miktarı arasında bir ilişki bulunmamaktadır.

GSS ile ulaşılmak istenen asıl hedef, finansal açıdan sürdürülebilir, kapsam itibarıyla bütün toplumu içeren, hizmet sunumunda vatandaşlarının memnuniyetini temel alan ve hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artırılarak, etkinliğin ve verimliliğin yaygınlaştığı bir sistem oluşturabilmektir.

Son yıllarda küresel gelişmelerin yanı sıra sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan bütçe açıkları sağlık alanında özel sektör uygulamalarını gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında özel sektör de yer almaktadır.

GSS'nin kapsamının genişlediği, değişen nüfus yapısının etkili olduğu durumda sistemin sürdürülebilirliği açısından GSS'ye ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortası bir seçenek olarak değerlendirilebilir.

3.5 Genel Değerlendirme

Bu bölümde; SDP kapsamında gerçekleştirilmeye çalışılan ve toplumun tamamını kapsayan GSS sistemi incelenmiş, gelişimine ve sonuçlarına yönelik değerlendirme yapılmıştır.

İnsanoğlu hayatının her döneminde kendisi ve ailesi için geleceğini tehdit eden risklerden koruma duygusu ve çabası içinde olmuştur. Hastalık riski herkesin hayatında her an karşılaşılabileceği bir durumdur.

Sağlığın bozulması söz konusu olduğunda tedavi olmak amacıyla sağlık hizmetlerinden yararlanır. Sağlık hizmetinin en temel özelliği ise belirsizlik ve öngörülemezliktir. Dolayısıyla, yol açacağı maliyetlerde de her zaman bir belirsizlik ve kesin öngörülemezlik söz konusudur.

Bazı durumlarda gereken sağlık harcaması uzun yılların birikimini kısa sürede eritebilir, birçok kişinin ise ne geliri, ne de birikimi böylesine yüksek bir harcamayı karşılamaya yetmez. Bunun için zamanla tüm topluma yayılan sosyal bakımdan varlığını güvence altına alacak ve hastalık anında her türlü ihtiyacı karşılayan sigorta sistemleri gelişmiştir.

Bireyin kendi çabası dışında, kamu otoritesi aracılığıyla sunulan sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetler mevcuttur ve sosyal güvenliğin sağlanmasında araç olarak kullanılır.

Sağlık sigortacılığı, devlet yapısında önemli iki temel sistem olan sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerinin kesiştiği temel alan olmuştur ve ekonomideki ağırlığı ile günümüzde önemli bir sektör haline gelmiş, özellikle gelişmiş ülkelerde topluma mal olmuştur.

Sağlık sigortacılığı, hastalık riski nedeniyle oluşacak gelir kayıpları ve gider artışlarını karşılama amacı taşır. Hastalık riskine karşı sağlık hizmetlerinin üretilmesi büyük önem taşımaktadır ve bunun için ülkeler çeşitli sağlık sistemleri geliştirmişlerdir.

Dünyanın her yanında geçerli olabilecek ideal bir sistemin varolmadığı bilinen bir gerçektir. Günümüzde dünya genelinde yaygın olarak uygulanan sistemleri, gerek hizmet sunumu gerekse finansmanı açısından, üç farklı grupta değerlendirmek mümkündür.

- 1) Beveridge Modeli: Sağlık hizmetleri devlet tarafından vergilere dayalı olarak finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri merkezi yapıda toplanır ve ülke çapında planlanarak devlet eliyle yürütülür. İkamet esasına göre nüfusun tamamına, belirlenmiş katkı payları dışında, ücretsiz olarak sunulur.
- 2) Bismarck Modeli: Çalışanların gelirlerinden kesilen primlerle ve işveren katılımıyla finanse edilmektedir. Primlerini ödeyemeyecek durumda olanları da devlet finanse etmek durumundadır. Sistemin esasını riskin paylaşılması oluşturur. Sigorta kapsamındaki kişiler gelirlerine göre prim öderler ve hastalığın söz konusu olması durumunda da ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz veya kısmi bir katkı ile yararlanırlar.
- 3) Özel Sigorta Modeli: Serbest pazar ekonomi modelinin uygulandığı alıcının satın alma gücüne dayanan ve bireyin tercihine bırakıldığı ve finansmanında devletin kısır kaldığı modeldir.

Ülkeler çoğu kez tek tip finansman modeli takip etmedikleri, zaman içerisinde politika değişikliklerine gidebildikleri, dolayısıyla finansmanın daha karma bir hale gelebildiği; hem vergiler, hem sigorta primleri, hem de özel sağlık sigortasından aynı anda yararlandıkları görülebilmektedir. Her ülkenin finansman sağlama yöntemi o ülkenin sosyo-ekonomik durumuna ve politik tercihlerine göre şekillenmektedir. Bu yüzden ülkeler finansman modelleri açısından sınıflandırılırken sistemde ağırlıklı olan finansman şekline göre sınıflandırılmıştır.

Ülkeler sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini etkili ve verimli hale getirmeye çalışmaktadırlar.

Ülkemizde uygulamaya çalışılan GSS'ye kadar süregelen sosyal güvenlik yapısı yukarıda açıklananların hiç birine tam olarak dahil edilememektedir. SSK, ES

ve Bağ-Kur Bismarck modelini, yeşil kart, devlet memurları ve 65 yaş üstü ödemeler Beveridge modelinin uygulamalarıdır. Bunların yanında özel sağlık sigortaları da küçük de olsa Türkiye'nin sağlık sisteminde yer almaktadır. Dolayısıyla hem kurumsal, hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görölmektedir. Türkiye'nin içinde bulunduğu özel durumlar⁶⁹ dikkate alındığında en uygun model olan ve tüm dünyada da ağırlıklı olarak uygulanan Bismarck Modeli benimsenmiştir.

Gerek Dünya Bankası tarafından yapılan tespitler, gerekse ilgili kamu kurumlarımızın yaptığı çalışmalarda elde edilen veriler, 2000'li yılların başında sağlık sistemimizin yeterli bir düzeyde olmadığını, sağlık sistemi açısından harcamalarının kontrol altına alınması ve çağdaş bir toplum olunabilmesi için önemli ve kapsamlı çalışmaların ve düzenlemelerin yapılması⁷⁰ gerektiğini ortaya koymaktaydı.

Türkiye, 2003 yılından itibaren sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğinin, kalitesinin ve etkililiğinin geliştirilmesine önem veren kapsamlı bir dönüşüm süreci başlatılmıştır.

2003 yılında hazırlanan SDP, mevcut problemlere ilişkin çözümleri ve yenilikleri içeren bir çerçeveye sahiptir. SDP ile çağdaş ve kaliteli sağlık hizmetlerini eşit, etkili, verimli ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunan, yüksek sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmak amaçlanmıştır.

5502 ve 5510 sayılı Kanunlarla gerçekleştirilmeye çalışılan sosyal güvenlik reformunun en temel gerekçelerinden biri sosyal güvenliğin finansman sorunudur. Finansman sorunundan anlaşılan sosyal sigorta kurumlarının açıkları ve bunların başta borçlanma olmak üzere temel ekonomik göstergeler üzerindeki olumsuz

⁶⁹ Kayıt dışı ekonominin ve istihdamın çok büyük boyutlarda olması, vergilemenin, kişi başi millî gelirin düşük ve dağılımının adaletsiz olması vs.

⁷⁰ Sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. Burada temel amaç, hangi finansman ve sunum yöntemini benimserse benimsesin, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır.

ekonomik tesirleri olmuştur⁷¹. Bunun yanında nüfus yapısındaki değişim, tüm nüfusu kapsamama ve yoksulluğa karşı koruma sağlayamama, yönetim ve alt yapı sorunları GSS'ye gerekçe olarak sayılabilir.

Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında Türkiye, gelişmiş ülkelere göre daha genç bir nüfusa sahip olduğu görülmektedir. Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde olduğu gibi sorunun günümüzde nüfusun yaşlanması ve hayatta kalma beklentisinin yükselmesi gibi tümüyle demografik kökenli olmadığı görülmektedir⁷².

Uzun dönemli aktüeryal dengelerin yeterince gözetilmemesi, kurumsal yetersizlikler, gelirlerin sosyal sigorta ilkelerine aykırı olarak siyasi tercihler doğrultusunda kullanılması fonların kısa sürede erimesine neden olmuştur. Sistem zamanla mali açıdan sürekli açık veren, sürdürülemez ve kapsam olarakta yetersiz bir niteliğe bürünmüştür (Egeli ve Özen, 2009).

Bu amaçla, 2008'de reform niteliğinde yapılan köklü değişiklikler içeren ve beş yılı aşkın bir geçmişi olan SDP'nin en önemli adımı hayata geçirilmiştir. GSS ile yeni finansman modeline geçilmiştir.

GSS ile ulaşılmak istenen asıl hedef, finansal açıdan sürdürülebilir, kapsam itibariyle bütün toplumu içeren, hizmet sunumunda vatandaşlarının memnuniyetini temel alan ve hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artırılarak, etkinliğin ve verimliliğin yaygınlaştığı bir sistem oluşturabilmektir.

GSS'nin bir süredir uygulandığı dikkate alınarak dönüşüm öncesinde yaşanan sorunların ne kadarına çözüm olabildiği değerlendirilmelidir. Ancak, reformla gelen değişikliklerin hayata geçirilmesi ve içselleştirilmesi zaman alabileceği gibi, kısa vadede gerçekleştirilen yeniliklerin sağlık göstergelerine yansımaları da uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle, GSS süreci ile ilgili bir değerlendirme yapılabilmesi için sistemlerin erişim, hakkaniyet, kalite, etkinlik, verimlilik ve sürdürülebilirlik gibi kriterler açısından incelenmesi bir yöntem olarak tercih edilmiştir (Dağ, 2013).

⁷¹ 1990'lı yıllardan sonra ülkemizde sosyal güvenlik kuruluşlarının aktüeryal dengeleri bozulmuş, gelirleri giderlerini karşılamaz hale gelmiştir. Bunun sonucu olarak konsolide bütçeden aktarmalar yapılmaya başlanmıştır. Bu nedenle konsolide bütçe açıkları ve kamu kesimi borçlanma gereği oranları büyümüştür.

⁷² Bu durum demografik fırsat penceresinden faydalanmayı mümkün kılmaktadır.

Değerlendirme sürecinde, sonuçları itibarıyla literatürde geçen kaynaklardan ve kurum raporlarından yararlanılmıştır.

Erişim kriteri açısından değerlendirildiğinde;

GSS ile Türkiye'nin, bu yeni sisteme çabuk adapte olduğu söylenebilir. GSS'nin en büyük getirisi, içeriği itibarıyla sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması olmuştur. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük kesimlerde ciddi bir ihtiyacı karşıladığı gözlemlenmektedir. Fakat, katkı payının arttırıldığı dönemlerde, erişim ve sağlık hizmetlerine olan talepte azalma görülmektedir.

Hakkaniyet kriteri açısından değerlendirildiğinde;

Türkiye'nin doğusu ve batısında sağlık göstergelerindeki bölgesel farkların azaltılması, bireylerin sağlık hizmetlerinden ihtiyaçları ölçüsünde yararlanmaları ve ekonomik güçleri nispetinde finansmana katkıda bulunmaları GSS ile nispeten sağlanmıştır. Sağlık göstergelerindeki değişim incelendiğinde sistemde hakkaniyet düzeyinde iyileşme olduğunu görmek mümkündür.

Kalite kriteri açısından değerlendirildiğinde;

GSS ile her vatandaş, üniversite hastaneleri ve özel hastaneler dahil, istediği her hastaneye gidebilmekte ve istediği hekime muayene olabilmektedir. Bu durum hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artmasına sebep olmuştur. Oluşan bu rekabet hizmet sunumunda ileri teknolojiye sahip, kaliteli sağlık sistemlerinin hastanelerde kullanımına imkan vermesi hastane, sistem ve doktor kalitesinde ve dolayısıyla hizmet sunumunda iyileşmeler yaşanmasına sebep olmuştur.

Sistemde, birinci basamak sağlık hizmetleri iyi organize edilmeye çalışılmış, fakat yeterli sayıda aile hekimi bulunmadığı gerekçesiyle aktif sevk zinciri henüz kurulamamıştır. Bunun yanında, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri daha iyi bir şekilde ve alanında uzmanlaşmış hekimler tarafından verilmektedir.

Kamu hastanelerinde zaman zaman bazı tedaviler için birkaç ayı/yılı bulan bekleme süreleri söz konusu olmaktadır. Bu durumda kişiler kaliteli ve yeterli düzeyde sağlık hizmetini bekleme olmadan, zamanında almak için özel hastanelere yönelmektedir. Yeni teknolojilerle destekli sağlık hizmeti yaşanan rekabetle özellikle özel hastanelerde iyi eğitilmiş ve konusunda uzman hekimler tarafından verildiğine dair boy boy tanıtımlar yapılmaktadır. Bu tür hizmetlerden yararlanmak isteyenler

doğrudan cepten ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, özel sağlık sigortası aracılığıyla kurumsal bir destek alabilmektedirler.

GSS'nin etkinliğini ve geleceğini belirleyecek olan temel göstergelerden birisi, yapılan değişimden toplumun memnuniyet oranıdır. Araştırmalara göre Türkiye'nin sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %74,7 seviyesindedir. Toplumda büyük bir kesiminin yeni finansman modelin sağlık sisteminde kısmen olumlu bir gelişme yaşandığı⁷³, sağlanan sağlık hizmetlerinin kapsam ve derinliğinin artırılmasıyla bu memnuniyet oranının yükseldiği görüşüne sahiptir. Bu oran, 2003 yılında %40 seviyelerinde idi.

GSS fonlarının etkili ve verimli kullanılması adına harcamaların sistem tarafından izlenmesi ve kontrol altında tutulması büyük önem arz etmektedir (Teksöz ve diğerleri, 2009). Bu amaçla teknolojinin sunduğu bilişim imkanları kullanılarak MEDULA sistemi⁷⁴ modüler olarak geliştirilmiş ve peyderpey uygulamaya alınmıştır. Bu sistem SDP bilişim ayağının en önemli bileşenidir ve aktif olarak kullanılmaktadır.

MEDULA sisteminin amacı harcamaları takip etmek, sağlık politikalarının geliştirilmesi amacıyla veri toplamak ve geri ödemeleri yapmaktır. MEDULA sistemi ile yapılan muayene, tetkik ve tedavilerin, SUT esaslarına uygunluğunun daha uygulama aşamasındayken kontrol edilebilmesi imkanı sağlanmış, yapılacak ödemelerin hızlı ve doğru şekilde yapılması sağlanmıştır. Ayrıca planlama ve risk analizlerinde kullanılmak üzere kapsamlı ve kaliteli veri üretilebilmesi MEDULA'nın sağladığı katkılar arasındadır.

⁷³ TÜİK'in 2014 yılı Yaşam Memnuniyeti Araştırması'na göre sağlık, halkın memnun olduğu kamu hizmetleri sıralamasında asayiş ve ulaşırmadan sonra üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir.

⁷⁴ SGK ile sağlık hizmetlerinin alındığı kuruluşların iç süreçlerine müdahale etmeksizin,

- 1) Sağlık kuruluşlarından gelen ve yapılan hizmetlere ait bilgi ile faturaların elektronik ortamda kaydının yapılabilirdiği, fatura bilgisini elektronik olarak toplandırdığı,
- 2) Bu kayıtlar üzerinden gerekli inceleme ve kontrollerin yapılabilirdiği,
- 3) Bu elektronik bilgiye dayalı hizmetlerin ödemesinin gerçekleştirildiği

bütünleşik bir sistemdir. 2007'den bu yana kullanılmakta olan Hastane Uygulaması, Optik (1 Nisan 2008), Eczane (1 Mart 2010) ve Malzeme Sistemi modüllerinden oluşturmaktadır. 16 Mayıs 2010 tarihinden itibaren eczaneler, genel sağlık sigortalılarının ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin reçetelerine ilişkin işlemlerinde ilaçların karekodlarını kullanmaya başlamıştır.

SGK kayıtları üzerinden sağlık ekonomisi değerlendirme yöntemlerinden yararlanılması güncel konular arasındadır. Bu veriler arasında hastaya ilişkin genel bilgilerin yanında hastalığın yaygınlığı, evreleri, uygulanmakta olan tedavi yöntemleri ve alınan sonuçlar, gerçek anlamda maliyetlerine ait bilgilere sorgulama yöntemiyle ulaşılabilmektedir. Sağlık harcamalarıyla ilgili bilgilere MEDULA sistemi aracılığıyla ulaşılabilmektedir.

Yine yapılan değişiklikler ile toplumda büyük bir kesim tarafından sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır (Çelikay ve Gümüş, 2011).

Buna rağmen eleştirilen yanları da söz konusudur. Paydaşlardan, yani sağlık çalışanlarından sistemin dışında kaldıklarına dair eleştirileri mevcuttur. Kimine göre, SDP'nin sürdürülebilirliği tartışılır, kimilerine göre⁷⁵ ise son derece popülist bir yaklaşım söz konusudur. SDP'nin hayata geçirilmesinde bazı aksaklıkların olduğu aşıkardır. Örneğin, yetersiz hekim sayısı yüzünden henüz sevk sistemi uygulamasına tam olarak geçilememiştir. Sağlık politikası açısından sevk zincirinin istenilen düzeyde işletilmesi gerekliliği ve sistemin sürdürülebilirliğinin buna bağlı olduğu aşıkardır.

İdari yapılanmanın tek çatı altında yapılandırılması ile tek başına ve kendiliğinden olumlu sonuçlar doğurmayacağı bilinmektedir. SGK'nın, kurumsal yapılanmanın ön şartları olan özerklik, finansal yeterlilik, uzmanlık, örgütsel kapasite ve gelişme konularında yeterli düzeyde donanım ve tecrübe sağlanarak ancak olumlu sonuçlar alması mümkün olacaktır.

Bunun için, SGK'nın halihazırda özerk bir yapıya kavuşması adına, yönetimdeki üst düzey yöneticilerin genel kurul tarafından seçimle işbaşına gelmesi, yönetim kurulunda⁷⁶ kamu kesiminin belirleyici olmasına⁷⁷ son verilmesi ve genel

⁷⁵ Devletin sosyal devlet anlayışından giderek uzaklaştığı, katkı vermediği sistemin sürekli açık veren ve kapsam olarak yetersiz bir niteliğe büründüğünü düşünenler -örneğin; Türk Tabipler Birliği gibi- söz konusudur.

⁷⁶ Yönetim Kurulu yönetiminde seçimle gelen 5(beş) işçi, işveren, kamu çalışanı, bağımsız çalışan ve aylık ve gelir alanların temsilcisi ile atama ile gelen 5(beş) hükümet temsilcisi bulunmaktadır. Toplam 10 (on) kişiden oluşan yönetim kurulunun en yüksek karar, yetki ve sorumluluğunu taşıyacak başkan, başkan yardımcısı ve diğer 3(üç) hükümet temsilcisi ÇSGB, MB ve HM'den gelen temsilcilerden oluşmaktadır.

kurulda fonksiyon değişikliğine gidilerek, kurulun en üst düzeyde denetim ve karar organı haline dönüştürülmesi gerekmektedir. Ayrıca, bugüne kadar olduğu gibi, siyasi iradenin sosyal güvenliğe müdahale etme olasılığı⁷⁸ dikkate alınarak Kurum'un, hiçbir bakanlığın altında olmayacak şekilde tamamen özerk bir kurum halinde yapılandırılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir (Dağ, 2013).

GSS'de en önemli konuların başında Temel Teminat Paketi kapsamının belirlenmesi gelmektedir. Belirlenen kapsam ile sistemin harcama düzeyi ve alınması gereken primleri doğrudan etkilemesi nedeniyle stratejik bir öneme sahiptir. Kapsam belirlendikten sonra, uygulamada değiştirilmesi oldukça zor olan hassas bir konudur. Genişletilmesi yönündeki baskıların taşıyacağı finansal riskler öngörülerek sürdürülebilir bir yapı kurulması oldukça önem taşımaktadır.

GSS ile sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılması sağlık harcamalarının artması sonucunu doğurmuştur. Sistemde yaşanan finansman sorununun en önemli nedenleri arasında sağlık harcamalarının giderek artması sayılmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanında en önemli sorun kayıtdışı ekonomi nedeniyle primlerin yeterli düzeyde toplanamamasıdır. Primlerin yüksekliği ve denetim eksikliğinden dolayı kayıt dışı istihdamın arttığı bilinmektedir. Ayrıca, Türkiye'de kronikleşmiş işsizlik sorunu kayıt dışılığın önündeki en önemli engellerden birini oluşturmaktadır. Sorun, hükümet ve diğer tüm paydaşlar tarafından bilinmekte, mevcut işsizliği daha da arttırabilir endişesiyle kayıt dışılığa yönelik denetimler çoğu zaman bilinçli olarak esnetilmektedir (Dağ, 2013).

Kurumun finansman sağlamada yeterli seviyeye ulaşabilmesi için bu tür kronikleşmiş sorunların belli bir oranda çözüme kavuşturulmasını, kısa vadede mümkün olmasa da, gerekli kılmaktadır.

⁷⁷ Kullanılan oyların eşit olması durumunda siyasi iradenin atadığı Başkan'ın bulunduğu tarafın çoğunluk sayılması öngörülmektedir.

⁷⁸ SGK, sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kullanıcı katkılarının belirlenmesi (arttırılması ve azaltılması) gibi hayati konularda oldukça geniş yetkilere sahiptir. Mevcut yapıda, Kurum siyasi müdahalelere açık halde bırakılmıştır ve geçmiş dönemlerde sıkça karşılaştıldığı üzere, toplanan fonların siyasi tercihler doğrultusunda kullanılabilmesi imkan dahilindedir.

Devlet, toplanan primlerin gideri karşılayamadığı durumlarda aradaki açığı kapatarak finansal katkıda bulunmaktadır. GSS'ye geçişle birlikte ilk defa sağlık primlerinin sağlık giderlerini karşılamasına yönelik olarak dörtte bir oranında düzenli devlet katkısı getirilmiştir.

Fakat, devletin katkıda bulunması yerine; mevcut mali akışın bir kısmını değiştirip aralarında çalışan yoksulların da bulunduğu nüfusun belli bir kesimi için devlet tarafından prim katkısı verilmesi tercih edilebilir. Bu şekilde devletin katkısı yalnızca sigortalıları hedef almak yerine, daha geniş ölçekli olarak çalışan nüfusa yönelik olabilecektir.

Sağlık hizmetlerde etkinliğin, verimliliğin ve vatandaş memnuniyetinin artırılmasında Kurum'un görev alanına giren konularda uzmanlaşma çok önemlidir. Nitelikli sağlık hizmeti için nitelikli insan kaynağı yetiştirilmesi gerekliliği hizmet kalitesini ve planlamasını etkileyen önemli bir sorun olarak gündeme gelmektedir. Ancak kalifiye ve konusunda deneyimli ve uzman personel eliyle bu hizmetler kaliteli bir şekilde sunulabilir ve süreklilik sağlanabilir. Bu konuda gerekli alt yapı, eğitimler ve insan kaynağı ihtiyacının nispeten giderildiği görülmektedir.

MEDULA, e-Reçete, e-Haciz gibi yeni çözümler sunulmasına rağmen, eski verilerin tutulduğu eski sistemler için uygulama birliği henüz sağlanamamıştır. Geçmiş dönemle ilgili elektronik ortamda yürütülen iş ve işlemler yapılırken yine eski usulde çalışan sistemler ayakta tutulmaya çalışılmakta, veri yapılarındaki uyumsuzluk ve entegrasyon sorunu nedeniyle sistem bütünlüğü zaman zaman manuel ortamda sağlanabilmektedir.

Sosyal güvenlik alanında kurumsal anlamda arzulanan tek çatının gerçekleştirilebilmesi için yukarıda ifade edilen aksaklıkların giderilmesi gerekmektedir.

Ayrıca, küreselleşmenin etkisi ile gelişen sağlık sistemleri ve sayıları gün geçtikçe artan özel sağlık birimleri mevcut sistemin daha da gelişmesini sağlamaktadır. Sistemin sağlıklı işlemesi ve sürdürülebilirlik açısından kaliteli sunulacak birinci basamak sağlık hizmetleri, basamaklar arasında doğru işleyen sevk zinciri sisteminin kurulması ve GSS'ye ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortasından yararlanılması ile elde edilen kazanımların belli bir kalitede sürdürülebilir kılınacağı

düşünülmektedir. Yenilikçiliği destekleyen ve sürekliliği önemseyen bir bakış açısı ile iyileştirme adına sistem uçtan uca ve aktörleri ile birlikte ele alınmalıdır.

Özel sigorta sistemi de, GSS sisteminde olduğu gibi, prim esasına dayanmaktadır. Fakat, özel sağlık sigortasında prim ödemeleri ile hizmetlerin finansmanı GSS sisteminde olduğu gibi dağıtım esasına dayalı değildir. Özel sağlık sigortası sistemi kapitalizasyon yöntemine göre işlemektedir (Yenimahalleli, 2006).

Kar maksimizasyonu amacı olan özel sağlık sigortasında; hastalık riski taşımayan, bedeni ve ruhi hali sağlam, risksiz bir işte çalışan kişilere daha az sağlık sigortası primi, tersine hastalık riski taşıyan, riskli bir işte çalışan ve yaşı yüksek kişilere ise daha yüksek prim uygulamaktadır. Uygulamada ise asimetrik bilgi nedeniyle ülkemizde henüz özel sigorta sistemi etkin işleyememektedir.

Ayrıca, özel sağlık sigortacılığı konusunda toplumsal bilincin ve farkındalığın çok düşük düzeyde olduğunu belirtmek olanaklıdır.

Türkiye bir yandan ilgili alanlarda hizmetlere ve yardım mekanizmalarına eşit erişimi sağlayıp, bunların kalitesini ve mali açıdan karşılanabilirliğini artırırken, diğer yandan da sosyal güvenlik sistemini daha sürdürülebilir ve etkin kılmak amacıyla yeniden yapılandırmaya devam etmelidir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık, insanın en değerli sermayesi olarak kabul edilir ve diğer sermayeler de sağlık sermayesinin elverdiği ölçüde elde edilebilmektedir. Sağlığın korunması son derece önemlidir ve bu durumun sürdürülebilir olması da kısmen finansal risklere karşı korunmak ile mümkün olmaktadır.

Son yıllarda, sağlık sistemlerinde özellikle ileri teknolojinin kullanılmasıyla, sunulan sağlık hizmetlerinin maliyetlerinde artışlar görülmektedir.

Sağlık sigortası, kişilerin sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetlerini karşılayamama riskini topluma veya diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır. Türkiye’de yaygın olan ve devlet desteği ile uygulamaya konulan sigorta çeşidi sosyal sigortalardır.

Ülkeler, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerini muhtemel risklere karşı etkili ve verimli hale getirmeye çalışmaktadır. Sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve sürdürülebilir bir finansman yapısını oluşturmak amacıyla, farklı modeller uygulamaktadır. Sağlık hizmetlerinin gerek sunulması gerekse finansmanı açılarından incelendiğinde günümüzde yaygın olarak uygulanan sistemleri üç ana grupta toplandığı görülmektedir.

Özetle;

- 1) Beveridge modeli: Sağlık giderleri bütünüyle devlet bütçesinden karşılanıp, hizmeti kullananlardan herhangi bir katkı payı alınmaz.
- 2) Bismarck modeli: Sağlık sigortası uygulaması ile bireyler gelirlerinden belirli bir miktar prim olarak öderler ve toplanan bu paralardan sağlık giderleri ödenir.

3) Özel sigorta modeli: Bireyler hizmeti kendi ceplerinden ödeyerek satın alırlar. Fiyatlar serbest piyasa koşulları içinde arz-talep doğrultusunda oluşur. Her ülkenin finansman sağlama yöntemi o ülkenin sosyo-ekonomik durumuna ve politik tercihlerine göre şekillenmektedir. Türkiye’de GSS sistemine kadar süregelen sosyal güvenlik yapısı yukarıda açıklananların hiçbirine tam olarak dahil olamamaktadır. Hem kurumsal, hem de finansman yöntemi açısından ilk iki sistemin birbirine yaklaştığı karma bir modelin uygulandığı görülmektedir. Ayrıca, özel sağlık sigortaları da küçük de olsa Türkiye’nin sağlık sisteminde yer almaktadır.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de sosyal güvenlik kurumlarının karşı karşıya kaldığı sorunların başında finansman sorunu gelmektedir. Sistemde yaşanan finansman sorununun en önemli nedenleri arasında sağlık harcamalarının giderek artması da sayılmaktadır. KB’nın 2014 Yılı Programı’nda sosyal sigorta sisteminin gelirlerinin giderlerini karşılayamadığı ve sistemin açık verdiği belirtilmektedir.

Türkiye’de, GSS öncesi, sosyal güvenliği sağlamak için devlet tarafından kurulmuş SSK, ES ve Bağ-Kur birbirlerinden bağımsız olarak hizmet veren özerk yapıda kurumlardır. 90’lı yıllarda bu kurumların harcamaları topladıkları primlere oranla artmıştır. Ayrıca kaynakların iyi değerlendirilememesi ve kötü yönetim sonucunda harcamalarını karşılayamaz duruma gelmiş ve devlet bütçesinden uzun yıllar ve gittikçe artan oranlarda desteklenmeleri gerekmiştir.

Türkiye’nin istihdam yapısı ile sosyal güvenlik kurumlarının gelir kaynakları arasında doğrudan bir etkileşim söz konusudur. Söz konusu yıllarda, Türkiye’de, kayıt dışı istihdamın yaygın bir seyir izlemesi, doğal olarak tüm sosyal güvenlik kurumunun çok ciddi gelir kaybını beraberinde getirmiştir. Buna tüm dünyada olduğu gibi yüksek işsizlik oranı da eklenince, sosyal güvenlik sistemi finansman olarak darboğaza düşülmüştür. Bunun sonucunda aktif/pasif dengesinin bozulma meydana gelmiştir.

Sistemin sağlıklı işleyebilmesi için en az 4 çalışana 1 emekli oranının korunması gerekmektedir. OECD ülkelerinde en az 5 sigortalıya 1 emekli düşerken; kayıt dışılığın fazla olduğu ülkemizde aktüeryal denge rakamları 2’nin altındadır. Bu durum sosyal güvenlik sisteminin yüksek oranlarda açık vermesine neden olmaktadır. Sistem, bu haliyle, sağlığa kaynak ayırmakta zorlanmaktadır.

Türkiye, 2012 verilerine göre, GSYİH'nin %6,1'ini sağlığa harcamaktadır ve bu harcama düzeyi, emsal ülke yaklaşımıyla, benzer GSYİH'ye sahip ülkelerle uyumlu olduğu, fakat aynı yıl OECD ülkeler ortalaması (%9,3)'nin oldukça altında kaldığı gözlenmiştir.

Bunun yanında insan ömrünün uzaması ve nüfusun artması, sağlık teknolojilerindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin artan maliyeti sağlık hizmetleri finansmanı konusunda çözüm arayışlarını başlatmıştır.

Türkiye'de 2003 yılında, köklü değişiklikleri öngören SDP uygulanmaya başlanmıştır. SDP'nin en önemli adımı, 2008 yılında, 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile gerçekleştirilmiştir. Bu Kanun ile sosyal güvence kapsamındaki sigorta sistemleri SGK bünyesinde tek bir çatı altında toplanmıştır. SSK hastaneleri başta olmak üzere diğer kamu hastaneleri SB'na devredilmiş, sağlık hizmetini veren ile finanse eden kurumlar birbirinden ayrılmıştır.

GSS sistemine geçilmesiyle gerek finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri yelpazesi genişletilmiş gerekse de sağlık hizmetlerinin sunumunda çağdaş anlayış benimsenmiştir. Karşılanaan sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılması sağlık harcamalarının nispeten artması sonucunu doğurmuştur.

GSS, sağlık hizmeti alacak kişilerden prim toplanması esasına dayanan bir sistemdir. GSS uygulamasının temel mantığı; öncelikle çalışanların sağlık primlerinin kendileri tarafından karşılanmasıdır. İkinci olarak, prim ödeme gücü olanların yıllık olarak yapılan gelir testlerinden geçirilerek ne kadar prim ödeyeceklerinin belirlenmesi, belirlendikten sonrada düzenli olarak primlerini ödemek koşulu ile sağlık hizmeti alabilmesidir. Üçüncü olarak ve en önemlisi ise prim ödeme gücü olmayan ve yoksul olarak tabir edilen grubun sağlık primlerinin hazine tarafından finansmanının sağlanarak GSS kapsamında sağlık yardımı almalarının önünün açılmasıdır. 2012 yılı itibariyle ödeme gücü olmayanlar için hazinenin yaptığı GSS katkısı 4.085 milyon TL'dir.

GSS'ye geçişle birlikte ilk defa sağlık primlerinin sağlık giderlerini karşılamasına yönelik olarak dörtte bir oranında düzenli devlet katkısı getirilmiştir. Yani, devlet ilk kez sistemli bir biçimde işçi ve işveren primlerinin yanında finansmana katılmaya başlamıştır.

Prim borcu bulunanlar GSS'den yararlanamamakta ve sağlık hizmetlerine erişememektedirler. GSS'ye göre niversite öğrencileri 25 yaşını, liseliler 20 yaşını, herhangi bir okula kayıtlı olmayanlar 18 yaşını doldurduğunda sosyal güvenlik kapsamında değilse gelir testi yaptırmak zorundadırlar.

Genel sağlık sigortalılarının ödedikleri primlerle oluşturulan fon sosyal sigortalar fonundan ayrı tutulmuş ve her iki sigorta arasında fon transferleri engellenmiştir.

Katkı payı, sevk zinciri ve basamaklandırılmış sağlık hizmetleri sağlık sisteminin ve sürdürülebilirliğin belirleyicileridir. Fakat, lkemizde aktif sevk zinciri yeterli sayıda hekim olmadığından henüz kurulamamıştır.

Sağlık harcamalarının yönetimi ve sistemin sürdürülebilirliği açısından denetim ve kontrollerinde önemi büyüktür. SGK'nın bilişim teknolojilerinden en etkin biçimde yararlanması hem sunulan hizmet kalitesinin arttırılması hem de denetim faaliyetlerinin kolaylaştırılması için gereklilik halini almıştır.

GSS fonlarının etkili ve verimli kullanılması, harcamaların bir sistem tarafından izlenmesi ve kontrol altında tutulması büyük önem arz etmektedir. Bu amaca hizmet eden MEDULA sistemi sosyal güvenlik reformunun bilişim ayağının en önemli bileşenidir. Sistem ile sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemelerin hızlı ve doğru şekilde yapılması sağlanmıştır.

2012 yılında yeşil kart mensupları da GSS'nin kapsamına alınmış, genel olarak sağlık hizmetlerine erişim, temel sağlık göstergeleri ve sunulan hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyinde olumlu gelişmeler gerçekleşmiştir.

Sosyal güvenlikte etkinliği sağlayabilmek açısından özel sigortadan yararlanmak isabetli ve yararlı olacaktır. Sürdürülebilir bir yapıda devam edilebilmesi için her ülke gibi mevcut ödeme modellerinin yanında alternatif ödeme modellerinin de ilerleyen süreçte daha iyi değerlendirilmesi gerekmektedir. Özel sağlık sigortası şirketleri etkin provizyon ve ödeme sistemlerinin de desteği ile yeterli beceriye ulaşmışlardır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası modeli ile öngörülmeyen maliyetlerle karşılaşma riskini minimize edecek, denetlenebilir ve kaliteden ödün vermeyen bir GSS modelinin kurulabileceği öngörülmektedir. Özel sigorta, sosyal sigortanın yanı sıra

gelişmiş ülkelerde olduğu gibi onun bir tamamlayıcı fonksiyonunu yerine getirecektir.

Sonuç olarak; ekonomik ve sosyal alanda sağlanan gelişmeler ile büyük nüfus potansiyelimiz dikkate alındığında, elde edilen gelişme, henüz ülkemiz ihtiyaçlarına cevap verecek seviyede değildir. Ekonomik, sosyal ve siyasi boyutları olan karmaşık bir problemin çözümünün kolay olmayacağı açıktır. Sadece kayıt dışı çalışmanın önlenmesi ve istihdamın, dolayısıyla prim tahsilatının arttırılması ile sorun çözümlenmeyecektir. Günümüze kadar sağlanan gelişmeler elbette ki önemlidir. Yerinde ve zamanında yapılmıştır. Çabaların iyileştirmeye yönelik olduğu ve memnuniyeti arttırdığı gözlemlenmektedir, ancak yeterli olduğu da iddia edilemez. Sosyal ve özel sigortanın verdikleri/verebilecekleri hizmetlerin irtibatlandırıldığı maliyet etkili ve sürdürülebilir bir yapıda uygulanabilen entegre ve modern çözümlere ihtiyaç duyulmaktadır.

Günümüzde, kanıta dayalı bir araştırma modeli ve teknolojik yeniliklerin sunduğu fırsatların kullanılmasıyla en uygun teşhis, tedavi ve izlemenin gerçekleştirildiği, klinik etkinliğin yükseltildiği entegre sistemlerin tasarlanması, modern yönetim modellerinin geliştirilmesi ve bu alanda, devlet, özel sektör ve üniversiteler arası iş birliği yapılması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Abel-Smith, B. (1986). Funding Health for All - Is Insurance the Answer?. *World Health Forum* 7, 3-32.
- Adıgüzel, A. (2010). 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda Kısa ve Uzun Vadeli Sigorta Kollarında Yapılan Yenilikler, Sorunlar ve Çözüm Önerileri. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Tokat.
- Aisa, R., Pueyo, F. (2006). Government Health Spending and Growth in a Model of Endogenous Longevity. *Economics Letters*, 90, 249-253.
- Akdur, R. (2006). *Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu*. ATAUM 25 nolu Araştırma Dizisi Yayını, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Alceylan, Ç. (2007). Sosyal Güvenlik Açıkları ve Dünden Bugüne Sosyal Güvenlik Sistemimiz. *Bütçe Dünyası Dergisi*, 2(26), 70-84.
- Alper, Y. (2003). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar* (Genişletilmiş 4.Baskı). Bursa: Ekin Yayınevi.
- Alper, Y. (2007). GSS: Temel Esaslar ve Yenilikler. *ASOMEDYA*. 60-68.
- Altay, A. (2005). *Türkiye'de Beşeri Sermayenin Karşılaştırmalı Analizi*. TÜGİAD Ekonomi Ödülleri Kitapları, Yayın No:5. İstanbul.
- Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
- Andersen, O. W. (1988). Government Health Insurance and Privatization: An Examination of the Concept of Equity. *International Journal of Health Planning and Management* 3, 35-43.

- Appleby, J. (1992). *Financing Health Care in the 1990s*. Buckingham: Open University Press.
- Avcı, A. (1997). *Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı*. İstanbul: Melisa Matbaacılık.
- Bayraktutan, Y., Pehlivanoglu, P. (2012). Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 127-162.
- Bayrı, O. (2013). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Kurum ve Kapsam Olarak Gelişimi ve Sosyal Güvenlik Adaleti. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 3(2), 18-60.
- Belek, İ. (1998). *Sınıf Sağlık Eşitsizlik*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (1999). Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Üretim Temelli Örgütlenme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 14(5), 367-374.
- Besley, T. (1989). The Demand for Health Care and Health Insurance. *Oxford Review of Economic Policy*, 5(1), 21-33.
- Bulut, N. (2009). *Sanayi Devriminden Küreselleşmeye Sosyal Haklar*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Busse, R., Riesberg, A. (2004). Health Care Systems in Transition: Germany. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 6(9), 1-227.
- Clarke, E., Bidgood, E. (2012). *Healthcare Systems: Germany*. Londra: CIVITAS.
- Clarke, E., Bidgood, E. (2013, Ocak). Healthcare Systems: Germany. Erişim Tarihi: 16 Mart 2015, <http://www.civitas.org.uk/nhs/download/Germany.pdf>.
- Çelebi, A.K. Cura, S. (2013). Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Maliye Dergisi*, 16, 47-67.
- Çelik, Y. (2006). Sürdürülebilir Kalkınma Kavramı ve Sağlık, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 9(1), 19-37.
- Çelikay, F., Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.

- Çelikay, F., Gümüş, E.(2011). Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 66(3), 55-92.
- Çetin, R. (2007, 6 Eylül). İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları. Erişim Tarihi: 12 Aralık 2014, <http://www.emekdunyasi.net/ed/arastirmalar/450-ingiltere-almanya-ve-turkiye-de-sosyal-guvenlik-sistemleri-ve-saglik-reformlari>.
- Çiftçi, H. İ. (2012). Dünya Sağlık Harcamaları. Erişim Tarihi: 7 Mayıs 2015 http://sasgem.org/sasgem/index.php?option=com_content&view=article&id=39:duenyada-salik-harcamalari&catid=16:salk-ekonomisi&Itemid=58.
- ÇSGB, (2013). Alo 170 Değerlendirme Raporu 2013. Erişim Tarihi: 24 Ocak 2015. http://www.cs.gb.gov.tr/cs.gbPortal/ShowProperty/WLPRepository/cs.gb/faaliyetler/alo170_2013.
- Dağ, C. (2013), Türk Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Seçilmiş Bazı Ülke Sistemleri ile Karşılaştırmalı Analizi. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Deloitte, (2012, Haziran). Türkiye Sağlık Sektörü Raporu. Erişim Tarihi:23 Aralık 2014, http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/haberler/basin_bultenleri/Documents/YASED_Saglik_Sektoru_Raporu.pdf.
- Demir, M., Canbay, T. (2013). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıklarının Azaltılmasında Denetimin Önemi (Manisa ili örneği). *Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(3), 451-467.
- DPT (2007), Gelir Dağılımı ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Yayın No: DPT 2742-ÖİK 691. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı.
- Dixon, A., Langenbrunner, J., Mossialos, E. (2004). Facing the Challenges of Health Care. J. Figueras et al (Ed.), *Health Systems in Transition: Learning From Experience içinde* (s.51-83). Copenhagen: WHO.
- Dreger, C., Reimers, H.E. (2005). Health Care Expenditures in OECD Countries: A Panel Root and Cointegration Analysis. *International Journal of Applied Econometrics and Quantitative Studies*, 2, 5-20.

- Egeli, H., Özen, A. (2009). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi. *Mevzuat Dergisi*, 142, 1-25.
- Erdoğan, S. (1994). Almanya’da Sağlık Sistemi. *Toplum ve Doktor Dergisi*, 9(64).
- Erol, A., Yıldırım, A. E. (2004). *Tüm Yönleriyle Bireysel Emeklilik Sistemi* (2.Baskı). İstanbul: Yaklaşım Yayınları.
- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atılım Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Genç, Ö. (2002). Sigortacılık Sektörü ve Türkiye’de Sigorta Sektörünün Fon Yaratma Kapasitesi (Kalkınma Araştırmaları Raporları). Ankara: Türkiye Kalkınma Bankası.
- Gillion, C. (1994). Social Security and Social Protection In The Developing World. *Monthly Labour Review*, 24-31.
- Glaser, W. A. (1991). *Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems*. San Francisco, Oxford: Jossey-Bass Publishers.
- Gümüş, E. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler. Ankara: Seta Analiz.
- Güvel, E. ve Güvel, A. (2004). *Sigortacılık*. Ankara: Seçkin Basım Yayım.
- Güzel, A. (2005). Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?. *Çalışma ve Toplum Dergisi*, 4, 61-76.
- Güzel, A., Okur, A. R., Caniklioğlu, N. (2010). *Sosyal Güvenlik Hukuku* (13. Baskı). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Hayaloğlu, P., Bal, H. Ç. (2015). Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi. *İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 35-44.

- Hayran, O. (1992). Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 49, 31-33.
- Hepşen, A., Yanık, S., Tuna, K. (2013). *Sigortacılık, Bankacılık ve Sermaye Piyasaları*, İstanbul: İ.Ü. Sürekli Eğitim Uygulama ve Araştırma Merkezi.
- Hindriks, J., De Donder, P. (2003). The politics of redistributive social insurance. *Journal of Public Economics*, 87(12), 2639-2660.
- Hoare, G., Mills, A. (1986). *Paying for the Health Sector*. London: EPC Publication.
- İnce, G (2014), Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- İzgi, B. B. (2004). Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Dünyadaki Gelişimi, Tasarruflar Üzerindeki Etkileri ve Türkiye’ de Durum. (Yayımlanmamış doktora tezi). Çukurova Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Adana.
- Kahya, M. (2011). *Maliyet Açısından Sigorta Hizmetinin Fiyatlandırılması*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Karagöz, K., Tetik, N. (2009). Kamu Sağlık Harcamalarını Belirleyen Faktörler: Ekonometrik Bir Değerlendirme. *EconAnadolu 2009*. Eskişehir: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi.
- Kavuncubaşı, Ş. (2000). *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kaya, S. (2010). 5510 Sayılı Yasa Kapsamında Yürürlüğe Giren Genel Sağlık Sigortası ve Uygulanmasından Doğabilecek Muhtemel Sorunlar. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Uludağ Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Bursa.
- Kitapçı, İ. (2007). Sosyal Devlet Işığında Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Arayışları. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.
- Kol, E. (2014). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dönüşüm: Eskişehir’de Alt Gelir Grupları Üzerine Bir İnceleme. (Yayımlanmamış doktora tezi). Anadolu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Eskişehir.

- Korkmaz, E., Akgedik, T., Yılmaz, B.E. (2007) *Sosyal Güvenlikte Yeni Yaklaşım: Bireysel Emeklilik.*, yayın no: 21. İstanbul: İTO.
- Kutzin, J. (2001). A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements, *Health Policy*, 56(3), 171-204.
- Laroque, P. (1994). *21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik*, (Y. Alper, İ. Tathioğlu, Çev.). Bursa: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı.
- Lister, J. (2008). *Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?* İstanbul: İnsev Yayınları.
- Mossialos, E., Dixon, A. (2002), Funding Health Care: An Introduction, E. Mossialos et al (Ed.), *Funding Health Care: Options for Europe* içinde, (s.1-30). Buckingham – Philadelphia: Open University Press.
- Murray, C.J.L., Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems, *Bulletin of World Health Organisation*, 78(6), 717-731.
- Mutlu, A., Işık, A. (2002). *Sağlık Ekonomisi ve Politikaları.*, yayın no:14. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları.
- OECD, (2014, Kasım). Health Statistics 2014. Erişim Tarihi: 10 Ocak 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>.
- Oksay, S. (2007). En Büyük Karadelik: Sosyal Güvenlik Açıkları ve Reform Tartışmalarının Sosyo-Ekonomik Yansımaları. B. Aksoy (Ed.). İstanbul: Türkiye Sigorta Enstitüsü Vakfı Araştırma ve İnceleme Yayınları.
- Oksay, A. (2014, Kasım). Tamamlayıcı Sağlık Sigortası. Erişim Tarihi: 11 Nisan 2015, http://www.sasder.org/sunumlar/ulusalkongre3/Panel%20Tamamlayıcı%20Sağlık%20Sigortası_AOksay.pdf.
- Oral, A.İ. (2002). *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Özgüç, F. (1996). *Sigortacılık Programı Hayat Dalı Sağlık Sigortaları Ders Notları*. İstanbul: Türk Sigorta Enstitüsü Vakıf Yayınları.

- Özkara, Y. (2006). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Akdeniz Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Antalya.
- Öztuna, B. (2014) Sosyal Güvenlik Kurumunda Kurumsal Karne Modeli. *ÇSGB Çalışma Dünyası Dergisi*, 2(3), 22-45.
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 61, 119-138.
- Sabuktay, A. (2008). Yönetimsellik ve Biyosiyaset Kavramları Açısından Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu; *TODAİE Amme İdaresi Dergisi*, 41(2), 81-100.
- Sargutan, E. (2006). *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayını.
- Sarp, N., Yiğit, A. Ç. (2014). 8. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi Bildiri Kitabı. Lefke-Güzelyurt: Lefke Avrupa Üniversitesi.
- SB, (2013). Avrupa Birliği Ülkelerindeki Hastane Hizmetleri Araştırma Raporu. Erişim Tarihi: 24 Nisan 2015, <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-38430/h/arastirma---ab-de-hastane-hizmetleri---ab-uzman-yrd-imd-.doc>.
- SB, (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*. Ankara. Sentez Matbaacılık ve Yayıncılık.
- SGK, (2014). İlaç Katılım Payı. Erişim Tarihi: 4 Nisan 2015, http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/ilac_ve_eczacilik/ilac_katilim_payi.
- SGK, (2014). Malzeme Katılım Payı. Erişim Tarihi: 4 Nisan 2015, http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/tibbi_malzeme/malzeme_katilim_payi.
- SGK, (2014). Muayene Katılım Payı. Erişim Tarihi: 4 Nisan 2015, http://www.ssk.gov.tr/wps/portal/tr/genel_saglik_sigortasi/saglik_hizmetleri/muayene_katilim_payi.
- Sülkü, S. N. (2011). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Ankara: Hermes Matbaacılık.

- Şenatalar, B. (2003). Sağlık Ekonomisine Genel Bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4).
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinde Finansman Modelleri Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, 1, 103-133.
- T.C. Başbakanlık (2005), Kamu Yönetiminde Yeniden Yapılanma 9: Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Ankara: T.C. Başbakanlık İdareyi Geliştirme Başkanlığı.
- Teksöz, T., Kaya, Y., Helvacıoğlu, K. (2009). Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi. Ankara: TEPAV.
- Temür, Y. (2010). İllerin Gelişmişlik Derecelerine Göre Hastanelerin Etkinlik Analizi. *Uludağ Üniversitesi İİBF Dergisi*, 29 (2), 1-22.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2009). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tiryaki, D., Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(4), 123-138.
- Tokalaş, S. (2006). Kamu Hizmetlerinin Satın Alınması. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Toor, I. A., Butt, M.S. (2005). Determinants of health expenditure in Pakistan. *Pakistan Economic and Social Review*, 43(1), 133-150.
- TTB, (2010). Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Raporu 2010. Erişim Tarihi: 10.06.2015. http://www.ttb.org.tr/c_rapor/2010-2011/cp2010-2011w.pdf.
- Tutar, F., Kılıç, N. (2007). Türkiye’nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İİBF Dergisi*, 9(1), 31-54.
- TÜİK. (2013). *Türkiye İstatistik Yıllığı 2013*. Ankara: TÜİK Yayınları.
- TÜİK. (2014). *İstatistiklerle Türkiye 2014*. Ankara: TÜİK Yayınları.

- TSB, (2013). TSB 2013 Yılı Faaliyet Raporu. Erişim Tarihi: 17.08.2015. <http://www.tsb.org.tr/Document/Yayinlar/2013%20Yılı%20Faaliyet%20Raporu.pdf>.
- Uğurluoğlu, E., Özgen, H. (2008). Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 133-160.
- Uralcan, G. Ş. (2011). *Temel Sigortacılık Bilgileri ve Sigorta Sektörünün Yapısal Analizi* (3. Baskı). İstanbul: Hiperlink.
- Vehid, S. (2013, 19 Eylül). Sağlık Kurumları Finansman Yönetimi. Erişim tarihi: 13 Temmuz 2015, http://www.itam.org.tr/dosya/Eylul2013/Suphi_Vehid.pdf.
- WHO, (2012). World Health Statistics. Erişim Tarihi: 26.08.2015. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en.
- WB, (2003). Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency, International Bank for Reconstruction and Development. Cilt 1 ve 2. Washington DC.:World Bank.
- Yenimahalleli-Yaşar, G. (2007). Sağlıkın Finansmanı ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.
- Yıldırım, H. H., Yıldırım, T., Akbulut, Y. (2012). Sağlık Sigortacılığı. H. H. Yıldırım (Ed.). Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi, (s. 3-19). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Yıldırım, H. H. (2013). Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. (1.Baskı). SASAM. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Sultan GÖKMEN
Uyruğu : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Salıpazarı ve 27.10.1979
Medeni Hali : Evli ve 2 çocuk
Adres : Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Gazi Mahallesi/ANKARA
E-Posta Adresi : sultan.gokmen@hotmail.com
İletişim (Telefon) : 0 533 496 52 06

EĞİTİM

Lise : Çarşamba Sağlık Meslek Lisesi, 1997
Lisans : Anadolu Üniversitesi, İşletme, 2007
Yüksel Lisans : Türk Hava Kurumu Üniversitesi, İşletme, 2015

MESLEKİ DENEYİM :

Sağlık Bakanlığı : 15 yıllık Hemşire (Ameliyathane)

YABANCI DİL : İngilizce