

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU

**SAĞLIK SİSTEMİ PAYDAŞLARININ SAĞLIK
SİGORTASI ALGISİNİN ÖLÇÜLMESİ;
EDİRNE İLİ ÖRNEĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Oğuz CECE

EDİRNE – 2017

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU

**SAĞLIK SİSTEMİ PAYDAŞLARININ SAĞLIK
SİGORTASI ALGISININ ÖLÇÜLMESİ;
EDİRNE İLİ ÖRNEĞİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Oğuz CECE

EDİRNE – 2017

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi Oğuz ÇİÇEK tarafından tez başlığı " Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısının Ölçülmesi; Edirne İli Örneği" olarak teslim edilen bu tezin, tez savunma sınavı 14.04.2017 tarihinde yapılarak, aşağıdaki jüri üyeleri tarafından " **Yüksek Lisans Tezi**" olarak kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu
JÜRİ BAŞKANI



Prof. Dr. Rebat Faikoğlu
ÜYE



Prof. Dr. H. Nezihe Dağdeviren
ÜYE

Yukarıdaki imzalarla adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarını

Prof. Dr. Fannan SİPAHİ
Enstitü Müdürü V.



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenciliğim boyunca, değerli bilgilerini ve tecrübesini benimle paylaşan başta tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU'na ve Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünün değerli öğretim üyelerine ve araştırma görevlilerine,

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı akademik kadrosuna ve idari personeline,

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğini esirgemeyen sevgili babam İzzet CECE'ye, sevgili annem Neziha CECE'ye, sevgili ablam Seda İNCAL'a ve kıymetli aileme,

Çalışmama katkıda bulunan, desteğini hissettiğim herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	4
SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI.....	4
SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI.....	5
SAĞLIK HİZMETİ PİYASASININ ÖZELLİKLERİ	8
EKONOMİK SİSTEMLERDE SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI	10
SAĞLIK HARCAMALARI FİNANSMAN MODELLERİ.....	13
SİGORTA KAVRAMI	17
ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI	19
SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI VE TARİHSEL ARKA PLANI	20
TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ UYGULAMALARI.....	23
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	26
GENEL SAĞLIK SİGORTASI.....	28
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	37
BULGULAR	43
TARTIŞMA.....	57
SONUÇLAR.....	61
ÖZET	64
SUMMARY	65
KAYNAKLAR.....	66

ŞEKİLLER LİSTESİ.....	70
ÖZGEÇMİŞ.....	72
EKLER	



SİMGE VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BAĞ-KUR	: Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BM	: Birleşmiş Milletler
BSY	: Büyük Sayılar Yasası
CCGs	: Clinical Commissioning Groups
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
IMF	: International Monetary Fund
İKMHS	: İş Kazası ve Meslek Hastalığı Sigortası
KVS	: Kısa Vadeli Sigorta
MYÖS	: Malullük Yaşlılık Ölüm Sigortası
NHS	: National Health Service
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SGS	: Sosyal Güvenlik Sistemi
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu

SUT : Sağlık Uygulama Tebliği

TTK : Türk Ticaret Kanunu

UVS : Uzun Vadeli Sigorta



GİRİŞ VE AMAÇ

Sanayi Devrimi ile 18. yüzyıldan itibaren başta Avrupa, ilerleyen zamanlarda ise dünya genelinde sanayileşme gerçekleşmiştir. Sanayileşme ile birlikte yeni ekonomik sistemler ortaya çıkmış, sosyal yapılar ve sınıflar değişmiş, insanlar da giderek bu yeni düzene adapte olmuş ve endüstriyel toplumu meydana getirmişlerdir. Bu dönüşüm, üretimde tarımsal üretimden endüstriyel üretime, yaşam tarzında kırsal yaşamdan kentsel yaşama, yerleşimde köylerden banliyölere, üretim tipinde atölye tipi üretimden seri üretime geçiş gibi insanlar için radikal değişiklikler içermektedir.

Üretimin dört ana faktöründen (doğal kaynaklar, sermaye, emek, girişimci) birisi olan emek bileşenini oluşturan işçi sınıfı, sanayileşme ile hayatımıza girmiştir. Girişimcilerin kar maksimizasyonu hedefi, ileri teknoloji üretim araçları, seri üretim, düşük işçi ücretleri ve uzun çalışma süreleri gibi sanayileşme argümanları iş kazalarına ve meslek hastalıklarına sebebiyet vermiştir. İşçilerin uzun mesai sürelerine rağmen aldıkları düşük ücretler, yaşadıkları iş kazaları ve meslek hastalıkları işçileri isyan noktasına getirmiştir. Sosyalizmin doğuşu ile işçiler, hakları konusunda bilinçlenmiş, kapitalist sistemin aktörleri de işçileri sosyalist sisteme kaptırmamak için birtakım önlemler almak zorunda kalmışlardır. Bu gelişmeler ışığında başlangıçta işçiler için hastalık-sakatlık sigortası, iş kazası ve meslek hastalığı sigortası, yaşlılık sigortası gibi uygulamalar hayata geçirilerek sosyal güvenlik mekanizmaları oluşturulmuştur.

Modern sosyal güvenlik sistemleri içerisinde kısa vadeli sigortalar (iş kazası, meslek hastalığı, analık, hastalık) ve uzun vadeli sigortalar (sakatlık, yaşlılık, ölüm) bulunmaktadır. Hastalık sigortası ya da kapsamlı haliyle sağlık sigortası sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli bileşenlerinden birisidir. Sağlık hizmeti, kullanılan yüksek teknoloji ve ekipman, uzman

personel gereksinimi, süreklilik arz eden bir hizmet oluşu gibi sebeplerden dolayı pahalı bir hizmettir. Bireysel olarak bu pahalı hizmetin satın alınması oldukça güçtür. Bu sebeple sağlık hizmetinin kamusal kaynaklarla ya da piyasa ekonomisi aracılığıyla finanse edilmesi gerekmektedir. Kişi başına düşen milli geliri yüksek olan gelişmiş ülkelerde sağlık hizmeti piyasa ekonomisi ile finanse edilebilmektedir. Ancak az gelişmiş ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri genellikle kamusal otorite tarafından finanse edilmektedir. Kamusal kaynaklarla finansman, vergilerle ya da vatandaştan alınan primlerle mümkündür. Direkt vergi oranlarının yüksek olmadığı ülkelerde devletin vergi geliri sağlık hizmetini finanse edebilmekte yetersiz kalmaktadır. Bu sebeple devlet eliyle oluşturulan ancak özerk bir yapıda olan sigorta kurumlarına, vatandaşlar tarafından prim ödenerek kamusal sağlık sigortası mekanizması oluşturulmaktadır.

Kamusal sağlık sigortasının finansal sürdürülebilirliği otoriteler tarafından giderek tartışılan bir sorun haline gelmiştir. Öyle ki özellikle gelişmekte olan ülkeler sağlık sistemi reformları gerçekleştirebilmek için uluslararası finans kurumlarından borç almaktadır. Ülkemiz de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminde reforma gitmiştir. Bu reformun önemli ayaklarından birisi kapsamlı bir kamusal sağlık sigortası oluşturulmasıdır. Genel Sağlık Sigortası (GSS) söz konusu hedefle 2008 yılında hayata geçirilmiştir.

Ülkemizde 1961 Anayasasının ışığında, sosyal devlet ilkesi gereğince sağlık hizmetlerinin finansmanında baş aktör devlet kurumları olmuştur. Sağlık hizmetlerinin devlet kurumları tarafından finanse edilmesi vatandaşların devlet eliyle sağlık hizmeti almasını geleneksel hale getirmiştir. Sistemin yürürlükteki haliyle mevcut kamu kurumu Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), mevcut kamu sağlık sigortası ise değindiğimiz gibi Genel Sağlık Sigortası'dır. Kamu maliyesinin sağlık politikalarını irdelediğimizde, sağlık hizmetindeki cari harcamaların ve sağlık yatırımlarının giderek artması sonucunda, zamanla devletin mali gücünün sağlık hizmetini finanse etmekte yetersiz kalacağı düşünülmektedir. Bu nedenle devletin sağlığa ayırdığı pay giderek azalmak zorunda kalacaktır. Finansal sürdürülebilirlik tartışmaları ışığında, mevcut sistemin sürdürülmesi yönünde irade oluşması halinde, GSS'nin zamanla kapsamının daraltılmasının ve/veya vergi oranlarının artırılmasının kaçınılmaz hale geleceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın amacı vatandaşların halen kamusal kaynaklarla finanse edilen bir sağlık sistemi arzusunda olup olmadığı; bu algıda olmaları durumunda ise vergi yüklerinin artırılmasına razı olup olmadığına sorgulanmasıdır. Bu sorgulama sonucunda katılımcıların sağlık sigortası algısının ne yönde olduğunu, olası yüksek oranlı vergileri ödemeye razı olma

durumlarının istatistiksel yöntemlerle ölçülmesi hedeflenmiştir. Ayrıca sağlık sigortası algısının katılımcıların gelir durumuna, cinsiyetine, eğitim durumuna, mesleğine, kurumuna ve bakmakla yükümlü olduğu kişi sayısına bağlı olarak değişiklik gösterip göstermediğinin araştırılması da çalışmanın hedefleri arasındadır. Yıllardır sistemin içerisinde olmaları sebebiyle sağlık çalışanları, çalışma evreni olarak kabul edilmiştir. Mevcut sistemin avantajlarını ve dezavantajlarını hizmet sunucusu olarak deneyimlemiş olmaları, böyle bir tercihte bulunmamızda etkili olmuştur.

Çalışma konusunun sağlık ekonomisi gibi geniş kapsamlı bir akademik dal olması sebebiyle, konunun ilgililer tarafından iyi anlaşılabilmesi için genel bilgiler bölümünde konuyla yakından ilişkili ancak kendi aralarında bağımsız sayılabilecek başlıklara yer verilmiştir. Bu konular arasında sağlık hizmetinin ekonomiyle ilişkili spesifik özellikleri, ekonomik sistemlere göre şekillenen sağlık hizmeti piyasası, sağlık harcamalarının finansman modelleri yer almaktadır. Ayrıca araştırmanın iskeletini oluşturan sosyal güvenlik, sağlık sigortacılığı, SGK ve GSS gibi başlıklar tarihsel gelişimi ve mevcut statüsü dikkate alınarak incelenmiştir.

Çalışmanın amacı ve tipi, ne zaman ve nerede yapıldığı, çalışma evreni ve örnekleme, araştırmanın hipotezleri ve değişkenleri, veri toplama araçları, yöntemi ve süreci gibi araştırmanın saha çalışmasıyla ilgili istatistiksel ve tanımlayıcı verilere gereç ve yöntem bölümünde yer verilmiştir. Bu bölümde araştırmanın tekrarını veya benzerini yapmayı düşünen ilgililerin kolaylıkla anlayabileceği şekilde araştırmanın metodolojisi açıklanmıştır. Araştırmanın hipotezleri istatistiksel anlamlılık testleri kullanılarak analiz edilmiş ve ulaşılan sonuçlara bulgular bölümünde yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde katılımcıların demografik verilerinden yararlanılarak katılımcı profili oluşturulmuştur. Tartışma bölümünde ise araştırmada elde edilen bulgular; çalışmanın amacına ne ölçüde ulaşıldığı, kabul ve reddedilen hipotezler ve çalışmanın bilime katkısı çerçevesi içerisinde tartışılmıştır. Daha önce yapılmış benzer çalışmalar ile kıyas yapılarak ortak ve farklı yönler belirtilmiştir. Sonuç bölümünde araştırmada elde edilen sonuçlara yer verilmiş ve araştırma sonuçlarına göre ilgili kişi ve kurumlara önerilerde bulunulmuştur.

GENEL BİLGİLER

SAĞLIK ve SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI

Sağlık kavramı dünyanın farklı coğrafyalarında ve kültürlerinde geleneksel olarak kişinin hasta ya da sakat olmaması olarak düşünülmüştür. Bireyin ve toplumun sağlığı klasik dönemde bu eksende değerlendirilmiş, hasta ya da sakat olmayan kişinin sağlıklı olduğu kabul edilmiştir.

Modern çağda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) çalışmalarıyla birlikte bu geleneksel bakış açısına ruhsal ve sosyal boyutlar dahil edilerek daha özgün ve geçerli bir sağlık tanımına ulaşılmıştır. Sağlık kavramının birçok tanımı olmasına rağmen evrensel olarak en çok kabul gören tanım DSÖ tarafından "Sağlık, yalnızca hastalık veya sakatlık durumunun olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir." şeklinde yapılmıştır (1).

Sağlık hizmeti kavramı modern öncesi dönemler için hastalıklara tanı konulması, tedavi edilmesi ve rehabilitasyon hizmetleri ile sınırlı bir kavramdır. Ancak bireyin ve toplumun sağlığının korunması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve aşı gibi uygulamaları içeren koruyucu sağlık hizmetleri de sağlık hizmeti kavramının kapsamı içerisinde yer almaktadır. Teknolojinin gelişmesi, bireyin yaşam hakkının kutsallığının uluslararası sözleşmeler ile güvence altına alınması ve sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte insanların yaşam süresi uzamış; sağlığın geliştirilmesi kavramı da sağlık hizmetlerinin içerisine dahil edilmiştir. Sonuçta sağlık hizmetleri; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere dört ana grupta toplanmıştır (2).

Bu bölümde sağlık ve sağlık hizmeti kavramı hakkında temel düzeyde bilgi verilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması başlığı altında bu dört ana başlık yeterince ve ayrı ayrı incelenecektir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Esas amacı sağlık düzeyi yüksek bir toplum meydana getirmek olan koruyucu sağlık hizmetlerinin özü hastalık ya da sakatlık ortaya çıkmadan önce tüm riskleri ortadan kaldırmak; başarılması mümkün değil ise bu riskleri en aza indirmektir. Sağlıklı bir toplum oluşturma amacı bu hizmetlerin devlet tarafından yerine getirilmesi gerektiğini zorunlu kılmaktadır (1).

Koruyucu sağlık hizmetleri bireyleri korumak için hastalıklar meydana gelmeden önce alınan her türlü önlemleri içerir. Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bireyin kişisel sağlık düzeyini korumak ve yükseltmek amacıyla gerçekleştirilen faaliyetleri kapsarken; çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri bireyin çevresini sağlıklı hale getirme uygulamalarını kapsamaktadır.

Yaşanılan çevrede halk sağlığını olumsuz etkileyen kimyasal, biyolojik ve fiziksel etkenlerin zararlarının ortadan kaldırılması çevre sağlığını ifade eder. Çevre sağlığı hizmetleri yerel yönetimlerin ve ilgili bakanlıkların ortak çalışması ile yürütülür. Bu hizmetlerin yerine getirilmesinde yeterli teknik bilgiye sahip konunun uzmanlarına ihtiyaç duyulur (2).

Bireyi dolayısıyla toplumu hastalıklara karşı güçlü ve sağlam kılmayı, hastalığa yakalanmaları durumunda ise en hızlı şekilde tanı koymayı, en uygun tedaviyle şifa bulmayı hedefleyen hizmetler kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleridir. Çevreye ve kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri Tablo 1’de verilmiştir (1,2).

Tablo 1. Çevreye ve kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri

Çevreye Yönelik	Kişiyeye Yönelik
▪ Su kaynaklarının temini ve denetimi	• Bağışıklama
▪ Katı atıkların denetimi	• Beslenmenin iyileştirilmesi
▪ Haşere ile mücadele	• Erken tanı ve uygun tedavi
▪ Besin sanitasyonu	• Ana çocuk sağlığı
▪ Hava ve gürültü kirliliğinin denetimi	• Aile planlaması
▪ Radyolojik zararlıların denetimi	• İlaçla koruma (kemoprofilaksi)
▪ Radyasyonla mücadele	• Kişisel hijyen
▪ İş ve işçi sağlığı	• Sağlık eğitimi
▪ Konut sağlığı	
▪ Endüstri sağlığı	

Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hekimin sorumluluğunda yardımcı sağlık personellerinin katkısıyla gerçekleştirilen, sağlık durumu bozulan kişilerin şifa bulup eski sağlık düzeylerine ulaşmalarını sağlamak için verilen sağlık hizmetleridir (2). Hastalara sağlık kurumlarında verilen tüm tedavi edici hizmetlerin yanı sıra tedaviye ilişkin hastanın satın aldığı ilaçlar ve sağlık araç gereçlerini de kapsamaktadır (1).

Tedavi hizmetlerinin koruyucu sağlık hizmetlerinden en önemli farkı tamamen bireye yönelik olarak sunulmasıdır. Ancak bulaşıcı hastalığa yakalanan bireyin sağlık kurumuna kaldırılması dolayısıyla diğer bireylerin zarar görmesinin engellenmesi gibi durumlarda tedavi edici hizmetler koruyucu sağlık hizmetlerini destekler (1).

Ayakta tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olmak üzere temelde iki grupta toplansa da hizmet kapsamı ve hizmet yoğunluğu açısından sınıflandırıldığında birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak üç grupta değerlendirilir.

Birinci basamak tedavi hizmetleri: Hastalıkların evde veya sağlık kurumunda ayakta tanı ve tedavisinin yapılması için düzenlenen hizmetlerdir. Sevk zinciri uygulamasında birinci düzeyde yer alır. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu statüsündeki Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'na bağlı sağlık merkezleri, sağlık ocakları ve bağlı birimleri, sağlık evleri, halk sağlığı laboratuvarları ve özel sağlık kurumları tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri verilmektedir (3).

İkinci basamak tedavi hizmetleri: İleri seviyede tıbbi bilgi ve teknolojiye ihtiyaç duyulmayan hastalıkların tanısı ve yatarak tedavisi için verilen sağlık hizmetleridir. Sevk zinciri uygulamasında ikinci düzeyde yer alır. Sağlık Uygulama Tebliği'ne (SUT) göre ülkemizde ikinci basamak tedavi hizmetleri veren kurumlar *“Eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve dal hastaneleri ile bu hastanelere bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe devlet hastaneleri, Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastanesi olmayan hastaneleri, belediyelere ait hastaneler ile kamu kurumlarına ait tıp merkezleri ve dal merkezleri, İstanbul Valiliği Darülaceze Müessesesi Müdürlüğü Hastanesi”* ve Sağlık Bakanlığı'ndan ruhsat almış özel hastaneler ve tıp merkezleridir (4).

Üçüncü basamak tedavi hizmetleri: Üst düzey tıbbi bilgi ve teknoloji gerektiren hastalıkların tanısının konulabilmesi ve tedavisinin gerçekleştirilmesi için ileri tetkiklerin yapılabildiği sağlık hizmetleridir. İkinci basamak tedavi hizmetlerinden en önemli farkı üçüncü

basamak sağlık hizmetlerinin verildiği kurumlarda, araştırma ve eğitim faaliyetlerinin de yürütülmesidir. Üniversitelerin eğitim, araştırma ve uygulama hastaneleri; onkoloji, göz hastaneleri gibi özel dal hastaneleri bu tür hizmetlerin verildiği kurumlardır.

Rehabilitasyon Hizmetleri

Kaza ya da hastalık sonucunda bireyler zihinsel veya bedensel melekelerini yitirebilmekte sakat kalabilmektedir. lke ekonomisi açısından işgücü kaybı birey açısından günlük yaşamını idame ettirememe gibi olumsuz sonuçlar doğuran bu durumların ortadan kaldırılması amacıyla gerçekleştirilen sağlık hizmetleridir. Rehabilitasyon hizmetleri bireylerin kaybettikleri becerilerini geri kazandırmak için ayakta veya yatarak tıbbi, sosyal eğitsel ve mesleki faaliyetler vasıtasıyla eşgüdümlü olarak verilir. Tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Ekstremitte protezlerinin kullanılması, postür bozuklukların düzeltilmesi, işitme, görme bozukluklarının giderilmesi gibi bedensel kalıcı engellerin düzeltilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler **tıbbi rehabilitasyon** hizmetleridir (2).

Bedensel sakatlığı veya zihinsel engeli sebebiyle dezavantajlı duruma düşmüş bireylerin bağımsız yaşayabilmesi, sosyal hayata dönmesi amacıyla sosyal hizmet kurumları ve çalışanları tarafından yapılan işe uyum sağlama, yeni iş bulma veya yeni iş öğrenme çabaları **sosyal rehabilitasyon** hizmetleridir (1).

Rehabilitasyon hizmetlerinin asıl amacı dezavantajlı bireylerin kimseye bağımlı olmadan yaşamlarını idame ettirmelerinin sağlanması, bu bireylerin ülke ekonomisine katkı sağlayabilmeleri için işgüçlerinin geri kazandırılmasıdır. Bu hizmeti tıbbi personel ve sosyal hizmet personeli bütünlük içerisinde ve ortak hareket ederek gerçekleştirmek zorundadır.

Sağlığın Geliştirilmesi Hizmetleri

Günümüzde çoğu hastalığın kişinin yaşam stili ve alışkanlıklarından kaynaklandığı bilinmektedir. Sağlığın geliştirilmesi sağlıklı bireylerin mevcut sağlık düzeylerini daha da yükseltmek amacıyla yrttğu faaliyetler ve kazandığı olumlu alışkanlıklardır. Sağlığın geliştirilmesinde bireysel sorumluluk esastır (1). Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden sağlık eğitimi ile karıştırılrsa da sağlığın geliştirilmesi sağlık eğitimi de kapsayan bir olgudur (2). Sağlık eğitimi bireyin hastalıktan korunma, sağlık sistemini kullanma konusunda bilgilenmesini içerirken, sağlığın geliştirilmesi bireyin spor yapması, kötü alışkanlıkları terk etmesi, kişisel hijyen gibi yaşam kalitesini yükselten alışkanlıklardır.

SAĞLIK HİZMETİ PİYASASININ ÖZELLİKLERİ

Mal ve/veya hizmeti satan ve satın alanın bulunduğu ortak yere piyasa, satıcının ve alıcının uzlaştığı bedele ise fiyat/ücret denilmektedir. Satıcı elle tutulur bir ürünü yani malı satıyorsa; alıcının ödemeye razı olduğu miktar fiyat, sunulan bir hizmete ödenen tutar ise ücrettir. Bu etkileşim sağlık sektöründe bahsedildiği şekilde gerçekleşemez. Çünkü sağlık hizmetinin kendine has birtakım özellikleri vardır.

Sağlık hizmetinin kamusalılığı, yaydığı dışsallıklar, erdemli mal/hizmet olması, devlet müdahalesi, bilgi asimetrisi ve talebin belirsizliği en çok kabul gören özelliklerdir (5). Sağlık hizmeti piyasası da söz konusu spesifik özellikler ışığında şekillenmek zorundadır. Bu özelliklerden ekonomiyle ilgili olanları belirsiz talebin varlığı, asimetric bilgi, herkese eşit hizmet verme düşüncesinin yaygınlığı, devlet teşvikleri ve sigortanın önemli olmasıdır (6).

Piyasaların genelinde talebin önceden tahmin edilmesini kolaylaştıran mekanizmalar mevcuttur. Örneğin enformasyon sistemleri sayesinde önceki dönemlerdeki satışlarla kıyas yaparak, cari dönemde ürüne ya da hizmete ne miktarda ihtiyaç duyulduğu öngörülebilmektedir. Sağlık hizmetinde ise doğası gereği hizmete ne zaman ihtiyaç duyulacağı tahmin edilememektedir. Çünkü kişinin hangi hastalığa ne zaman yakalanacağını önceden bilmesi olanaklı değildir. Hayatı boyunca hastaneye gitmeyen bir kişi kansere yakalanıp çok önemli ve yüksek maliyetli tedaviye gereksinim duyan bir hizmet kullanıcısı haline gelebilir. Özel aracı olan bir tüketici akaryakıt fiyatına zam gelmesi durumunda ikamesi olarak toplu taşıma araçlarını tercih edebilir. Ancak sağlık hizmeti ihtiyacı olan biri yaşamına devam etmek için bu hizmeti satın almak zorundadır. Sağlık hizmetleri başka bir hizmet ile ikame edilemez. Farklı tedavi seçenekleri elbette bulunur fakat alternatiflerin tamamı da birer sağlık hizmetidir. Ayrıca hastanın tedavi tercih etme hakkı bulunmakla beraber bilgisi yetersiz olduğu için çoğunlukla tedavinin türünü de hekim belirler. Sağlık hizmetini diğer hizmetlerden ayıran özelliklerden biri de ertelenemeyen bir hizmet türü olmasıdır. Erken teşhisin tedaviyi daha düşük masraflı ve daha hızlı hale getirmesi, hayati tehlike, acı veren durumlar gibi sebeplerle sağlık hizmetinin kullanımı ertelenemez.

Sağlık hizmetinin tüketiminin rastlantısal oluşu, ikamesinin olmayışı, kullanımı ertelenemeyen bir hizmet olması piyasa açısından düşünüldüğünde belirsiz talebin varlığına yol açmaktadır. Belirsiz talebin olduğu bir piyasada hizmet sağlayıcıların ekonomik fizibilite yapabilmeleri diğer piyasalara göre nispeten zordur. Dolayısıyla ekonomik risk oldukça fazladır. Üstelik sağlık hizmeti ekonomik açıdan yüksek maliyetli hizmetlerdendir. İleri

teknolojiye ve uzman personele gereksinim duyması sağlık hizmetinin pahalı bir hizmet olmasında etkilidir.

Sağlık hizmeti piyasası dışındaki neredeyse tüm piyasalarda alıcı ve satıcı söz konusu ürün ya da hizmet hakkında ortak bilgilere sahiptir. Alıcıların bilgisi yetersiz olduğunda ise özellikle sosyal medya ve internet vasıtasıyla yeterince bilgili hale gelebilmektedir. Fakat sağlık hizmetinde hizmete ilişkin bilginin önemli ölçüde sahibi, hizmeti satanlar ve sunanlardır. Çünkü sağlık eğitimi zaman alan ve masraflı bir eğitimidir. Hizmet sunucuları yani hekimler yaşamlarının büyük kısmını öğrenmeye adanmışlardır. Bu eğitim uzmanlaşma aşaması da düşünüldüğünde meslek hayatı boyunca sürer. Doğal olarak sağlık eğitimini yıllarca almış hekim ile hastalandığında sağlık kurumuna başvuran hastanın bilgisi aynı olamaz. Hastanın bilgisinin sınırlı olması aldığı hizmetin ne kadar kaliteli olduğunu değerlendirememesi sonucunu doğurur.

Bilgi asimetrisinin sağlık hizmet piyasasında ekonomik anlamda önemli etkileri vardır. Hizmet alıcısının bilgisinin yetersiz olması tüketici olarak irrasyonel davranmasına neden olmaktadır. Diğer piyasalarda tüketici aldığı ürünün ya da hizmetin fiyatına, kalitesine hâkim olmasına karşın sağlık hizmetinde hasta yapılan tetkiklerin gerekliliğine aldığı hizmetin kalitesine yaptığı harcamaların ekonomik rasyonalitesine hâkim değildir.

Görüldüğü üzere belirsiz talep, bilgi asimetrisi, eşit hizmet verme düşüncesi gibi sağlık hizmetine özgü piyasa dinamikleri ekonomik olarak da birtakım zorunlulukları beraberinde getirmektedir. Bu ekonomik zorunlulukların başında devlet teşviki ve sigortanın gerekliliği gelmektedir. Anayasamızda bulunan sosyal devlet ilkesi gereği ve sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetli olması nedeniyle devletin teknolojik altyapı, tesisleşme, uzman personel yetiştirme, koruyucu sağlık uygulamaları gibi alanlarda yatırım destekleri ve sübvansiyonlarıyla piyasaya dahil olması gerektiği düşünülmektedir. Bu konuda önemli olan devletin piyasaya ne ölçüde dahil olacağını belirlemesidir. Söz konusu ölçüyü belirleyecek olan ise sağlık hizmetinin türüdür. Sağlık hizmeti bir yarı kamusal hizmettir. Devletin piyasaya vereceği katkıyı da yarı kamusal hizmet anlayışı içinde değerlendirmek gerekmektedir.

Anlaşıldığı üzere vatandaşın sağlık hizmetine ne zaman ne kadar gereksinim duyacağı belirsizdir. Aldığı hizmete ödemesi gereken bedelin ne kadar olabileceğini önceden tahmin etmesi de güçtür. Sağlık hizmetinin pahalı bir hizmet olduğu bilindiğine göre vatandaşın bu harcamayı tek seferde ödeyebilmesi imkânsız sayılabilir. Bu noktada özel ve/veya kamusal olarak önlemler alınması şarttır. Bu sebeple sağlık hizmeti piyasasının en önemli aktörlerinden

biri olan sağlık sigortacılığı geliştirilmiştir. Özel sağlık sigortası ve/veya sosyal(kamusal) sağlık sigortası sayesinde ekonomik riskler paydaşlar tarafından blşlerek yüksek maliyetlere karşı birlikte önlem alınmaktadır.

EKONOMİK SİSTEMLERDE SAĞLIK HİZMETİ FİNANSMANI

İnsanlar yaşamları boyunca ihtiyaçlarını karşılamak durumundadır. Söz konusu kişisel ihtiyaçlarını karşılamak için sahip oldukları kaynakları kullanarak mal ve hizmet üretiler. Üretilen mal ve hizmetin kim tarafından ne kadar miktarda retileneği ve elde edilen çıktıların nasıl paylaşılacağı ekonomik sistemlerin konusunu oluşturmaktadır. Ekonomik sistem kavramının temelinde  ayağı vardır. Bunlar sırasıyla mal ve hizmetin üretilmesi (retim), üretilen mal ve hizmetin paylaştırılması (dağılım) ve bireylerin üretimden payına düşeni harcaması (tüketim) şeklinde dir.

Ekonomik, kültürel ve politik sistemler toplumsal bütünü oluşturan alt sistemlerdir. Dolayısıyla ekonomik sisteme dair kararların oluşturulmasında toplumsal alışkanlıklar, gelenekler ve yasalar önemli rol oynamaktadır. İnsanların dahil oldukları ekonomik sistemden büyüme, istikrar ve refah gibi beklentileri vardır. Bu beklentiler toplumsal açıdan birleştirildiğinde ekonomik sistemin hedefleri ve amaçları haline gelir. Adil gelir dağılımı, özgürlük, demokrasi ve sosyal güvenlik söz konusu hedeflerden birkaçıdır (7).

Kişi başına gelir düzeyi, ekonomik etkinlik, büyüme, istikrar, sosyal adalet, sosyal güvenlik, ekonomik özgürlükler ve tüketiciler egemenliği ekonomik sistemleri değerlendirme ölçütleridir. Bu ölçütlerden sosyal güvenlik ölçütü devletlerin, vatandaşının ekonomik güvenliğini korumayı ve sağlık, eğitim, güvenlik hizmeti gibi bazı temel hizmetleri sağlamayı taahhüt etmesidir. Bu taahhütü veren devletlere Refah Devleti veya Sosyal Devlet adı verilmektedir (7).

Ekonomik sistemleri çeşitli şekillerde sınıflandırmak mümkündür. Ancak ekonomik sistemin en önemli ayağını oluşturan üretim mekanizmasıdır. Üretim gerçekleştirilmesi için gerekli olan üretim araçlarının kimin mülkiyetinde olduğu hangi ekonomik sisteme tabi bulunduğunu gösterir. Üretim araçlarının mülkiyetinin girişimcilerde olduğu piyasa temelli planlamanın yapıldığı ekonomik sisteme *kapitalizm*, üretim araçlarının devlete ait olduğu zorlayıcı ekonomik faaliyetler ve merkezi planlamanın esas olduğu ekonomik sisteme *kolektivizm* adı verilmektedir. Benzer isimleri taşıyan ekonomik modeller ile karıştırmamak adına; Liberalizm kapitalist sistemin öncüsüdür. Sosyalizm ve komünizm ise kolektivist sistemin uygulanabilir modelleridir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve organizasyonu, ülkenin ekonomik sistemine ve gücüne paralel olarak şekillenmektedir. Üretim araçlarının mülkiyetinin kime ait olduğu, sağlık sisteminin de mülkiyet ve organizasyon yapısını belirlemektedir (8). Sağlık hizmeti finansmanının ekonomik sistemlerdeki yerini iyi anlamak açısından ekonomik sistemler hakkında temel düzeyde bilgi verilmiştir. Sıradaki başlıkta sağlık hizmeti finansmanı ve ekonomik sistemler arasındaki ilişki incelenecektir.

Kapitalist Sistemde Sağlık Hizmetleri

Kapitalist ülkeler sağlığı da bireysel sorumluluk alanı içerisinde değerlendirmiş ve sağlık hizmetlerinin finansmanının ve sunumunun daha çok özel mülkiyetin elinde olduğu bir sağlık sistemi ortaya çıkmıştır. Ancak kapitalist ülkeler arasında da bir takım uygulama farklılıkları görülmektedir. Örneğin Kanada ve Japonya’da sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu eliyle yürütülürken, hizmet sunumu büyük oranda özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri tamamen özel sektörün elindedir. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) hem sunum hem de finansman noktasında özel sektörü tercih etmektedir. İngiltere ise sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlığa özel vergilerden sağlarken, sunumunu da yerel düzeyde örgütlenmiş Ulusal Sağlık Hizmetleri’ne (National Health Services-NHS) bağlı olarak “Klinik Görevlendirme Grupları” (Clinical Commissioning Groups-CCGs) aracılığı ile düzenlemektedir (9).

Kapitalist ekonomiler denince akla ilk gelen ülkelerden olan Amerika Birleşik Devletleri sağlık hizmetlerinin sunumunda bireysel sorumluluğu dolayısıyla bireyin seçme özgürlüğünün olduğu ve özel sektör tarafından sunulan bir yapıya sahiptir. Ulusal Sağlık Sistemine geçiş için birçok girişimin bulunduğu ABD, minimal düzeyde devlet müdahalesi anlayışı ile yalnızca hukuksal düzenlemeleri gerçekleştirir. Hukuksal düzenlemeler dışında tamamen özel sigorta ve özel sağlık kurumlarına sahip bir ülke olarak karşımıza çıkmaktadır (10).

Serbest piyasa anlayışı kapitalizmin en önemli dinamiğidir. Sağlık hizmetinin yarı kamusal mal niteliğinde olduğu otoriteler tarafından genel kabul görmüştür. Ancak kapitalizmin serbest piyasa anlayışı sağlık hizmetini de merkezi idarenin görevlerinden saymaz ve piyasanın akışına bırakır. Dolayısıyla hizmet sunucuları ve sigorta kuruluşları piyasa koşullarında rekabet ederler. Hizmeti kullananlar ise satın alıp almama konusunda tamamen özgürdür. Kendine uygun olduğunu düşündüğü sağlık sigortası paketini satın alır ve yalnızca pakete dahil olan hizmetleri talep edebilir. Hiçbir paket satın almayıp sağlık hizmetini kullandığı anda ödeme yapabilir (11).

Kapitalist ekonomiler, sağlık hizmetlerini organize ederken kolektivist ekonomilerin çalışma mantığından çok daha farklı bir yapı kullanmaktadırlar. Bu durum mülkiyetin kimin olduğu noktasının dışında, hizmet sunucuların statüsü açısından da gözlenebilmektedir. Kolektivist sistemde, hizmet sunucular tamamen memur kadrodan oluşur. Ancak kapitalist ülkelerde, kimi durumlarda mülkiyet kamuya ait olsa bile, çoğunlukla benimsenen anlayış sözleşme üzerine çalışmadır.

Kolektivist Sistemde Sağlık Hizmetleri

Kolektivist sistemde sağlık hizmetlerinin sunumu tamamen kamu otoritesi altındadır. Kullanımı sırasında vatandaş herhangi bir ücret ödememektedir. Dolayısıyla devlet, hizmetin finansman ve sunum süreçlerini kendi elinde, merkezi yönetimde toplamıştır.

Kolektivist sistemin uygulanabilir formlarından biri olan sosyalizm en uzun süre Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB) tarafından benimsenmiştir. Sovyetler Birliği'nin ilk sağlık komiseri (sağlık bakanı) olan ve 10 yıl bu görevi ifa eden Nikoia Aiexiandrovich Semashko kendi adını taşıyan "Semashko Sağlık Modeli" sağlık örgütlenmesini oluşturmuştur. Semashko Sağlık Modeli'ne göre devlet işçisinin sağlığının korunmasından, tedavi edilmesinden ve geliştirilmesinden sorumludur. Öncelikli olan sağlık hizmetinin planlamasının yapılmasıdır. Sağlık sistemi işçi katılımına dayalı, ulaşılabilir, kaliteli ve ücretsiz olmalıdır. Semashko'ya göre komünist sağlığın en temel özellikleri hizmetin parasız olması, emekçilerin yani hizmet sunucularının nitelikli olması, eşit dağılımla istihdam edilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinin öncelenmesi ve ulaşılabilir olmasıdır (12).

Semashko'nun kurduğu sistem koruyucu sağlık hizmetleri ve halk sağlığı esastır. Bu sistem sayesinde salgın hastalıkların tedavisinde makul seviyelerde tıbbi bakım sağlandı. Modelin kilit taşı ise kurulan sevk zinciri sistemidir. Bu sevk zinciri yerelden merkezi sisteme doğru beş aşamadan oluşur. Bu aşamalar sırasıyla ilçe, rayon (merkez ilçe), belediye, oblast (bölge), federal hastaneler şeklindedir. Farklılaşmış hizmet ağına ve çok tabakalı bir yapıya sahip bu sistemin etkili olmasında en büyük rolü üstlenen bölge hekimidir. Entegre edilmiş sağlık hizmeti ve etkili sevk zinciri sayesinde düşük maliyetli ve iktisadi bir sistem kuruldu. Bu sayede sağlık hizmeti herkese ücretsiz olarak verilmiştir. Tıbbi bakım teknolojisinin hızla gelişmesi ve insanların daha iyi sağlık hizmeti talep etmesi sebebiyle sistem geçerliliğini 1970 yılına kadar sürdürebilmiştir (13).

Kolektivist sistemi benimseyen bir diğer ülke de Küba'dır. Komünist uygulamaları halen yürürlükte olan Küba'nın sağlık sistemi de Sovyetler Birliği'ne benzerlik gösterir.

Semashko'nun 5'li yapısı Küba'da idari yönetim düzeyinde üçlü haldedir. Yerelden merkeze doğru belediye, eyalet ve ulusal düzeydedir. 120 haneye veya 500 vatandaşa sağlık hizmeti sunan aile hekimliği birimi sistemin en altında yer alır. 1 aile hekimi, 1 hemşire ve 1 sosyal çalışmacıdan oluşur. Bir basamak üstünde 5000 vatandaşa koruyucu sağlık hizmeti sunan sağlık ekipleri, onların üstünde ise bölgesel hizmet esaslı 30000 vatandaşa sağlık hizmeti veren birinci basamak belediye poliklinikleri bulunur. 250000 vatandaşa ikinci basamak sağlık hizmeti sunan belediye hastaneleri, eyalet düzeyinde 1000000 vatandaşa hizmet veren uzman hastaneler ve son aşama olarak da tüm ulusa hizmet veren uzmanlaşmış hastaneler ve sağlık enstitülerinden oluşan bir hizmet ağı vardır. Sistem zorunlu sevk zinciri uygulaması ile yürümektedir (14).

Görüldüğü üzere kolektivist sistemlerde her alanda olduğu gibi sağlık hizmetinde de özel sektörün yeri yoktur. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, kapsamı, hizmet sunucuları merkezi otoriteye aittir. Halk sağlığı, koruyucu hekimlik ve zorunlu sevk zinciri gibi uygulamalar sağlık sisteminin esasını oluşturur. Bu sayede sağlık harcamaları minimum seviyeye çekilir ve ücretsiz olarak sunulur. Ancak bu tip sistemlerin sürdürülebilirliği oldukça zayıftır. Nüfusun artması ve sağlık bakımı teknolojisinin ilerlemesi kolektivist sağlık sistemlerini ekonomik olarak darboğaza sokmakta ve sonunu getirmektedir.

SAĞLIK HARCAMALARI FİNANSMAN MODELLERİ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlık harcamalarının hangi kaynaklardan karşılanacağı, bu kaynakların piyasa eliyle mi kamusal gelirlere mi besleneceği ile ilgili esasları içerir. Sağlık hizmeti giderlerinin kim tarafından ödeneceği, hangi miktarda fona ihtiyaç duyulduğu, kimlerin yararlanabileceği, hangi sağlık hizmetine ne kadar harcama yapılacağı ve tüm bu organizasyonun kim tarafından kontrol edileceği sağlık hizmetleri finansmanının kapsamı içerisine girer.

Sağlık harcamalarının finansmanı özellikle gelişmekte olan ülkelerin müşterek sorunlarından biri haline gelmiştir. Ülkeler bu soruna çözüm bulmak adına alternatif yöntemler arayışındadır. Kurumların yapısı, kaynak tahsisi gibi alanlarda IMF'ye ve Dünya Bankası'na borçlanarak reformlar yapılmaktadır.

Sağlık harcamalarının karşılanması temelde üç farklı yolla mümkündür. Bunlar kamu kaynakları ile ödeme, özel sektör yani piyasa eliyle ya da ikisinin birleştiği karma sistemlerdir. Hangi metodun tercih edileceği ülkenin gelişmişlik düzeyine, milli gelirine, siyasi konjonktürüne ve hatta kültürel değerlerine göre farklılık gösterir.

Devlet Bütçesi ile Finansman

Sağlık giderlerinin tamamının devlet tarafından karşılanmasını ifade eden bu yöntem literatürde vergilerle finansman olarak da geçmektedir. Çünkü bu yöntemin esası devletin vatandaşlarından topladığı genel vergilerle sağlık harcamalarını ödemesidir.

Genel vergiler farklı amaçlar için toplanır. Savunma, güvenlik, adalet, eğitim, sağlık gibi farklı hizmetlerin geneli için toplanan bu vergilerde sağlık hizmetine ne kadar pay ayrılacağı tartışma konusudur. Ülkemiz gibi jeopolitik konumu stratejik bir karaktere sahip devletler genel vergilerinin büyük kısmını savunma sanayisine ayırmak mecburiyetindedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerine ayrılan pay azalacaktır. Sağlık hizmetinin pahalı hizmet olması gerçeği düşünüldüğünde, vergilerle ödenmesi ancak vergi oranlarının yükseltilmesiyle mümkündür. Fakat bu kez de vatandaşın daha fazla vergi ödemeye razı olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Modelin avantajlı yönü aracı bir kuruma ihtiyaç duyulmamasıdır. Sağlık harcamalarına kaynak bulmak için oluşturulan sosyal güvenlik kurumlarına ihtiyaç yoktur. Kuruma tahsis edilmesi planlanan kaynak doğrudan vatandaşın sağlık hizmetine ödenmiş olacaktır. Dezavantajlı yönü ise bu modelin siyasi konjonktürden etkilenmesidir. Hükümet seçim propagandası, siyasi baskı, lobi faaliyetleri gibi sebeplerle sağlığa ayırdığı kaynağı küçülterek başka bir hizmete ayırabilir. Ya da ülkenin ekonomik durumuna göre sağlık hizmetine yeterince kaynak ayrılmayabilir (15).

Bütçeden finansman sistemi 1920'li yıllarda Sovyetler Birliği ile ortaya çıkmıştır. 1948 yılında İngiltere ardından da Japonya, İskandinav ülkeleri ve Kanada bu modeli benimsemişlerdir. Ancak İskandinav ülkelerinde ulusal vergilendirme değil, yerel vergilendirme esastır (16). Modele örnek olarak İngiltere'nin uyguladığı Beveridge sistemi gösterilebilir. Bu sistemde koruyucu hekimlik ve tedavi hizmetleri toplanan genel vergilerle finanse edilir (17). Vatandaşın ödediği vergi ile sağlık hizmetini satın aldığı gerçeği göz ardı edilerek ücretsiz sağlık hizmeti sunulduğu algısı hakimdir. Ancak İngiltere'de gelir vergisi oranlarını incelendiğinde; yıllık brüt kazancı, 43000 sterlinin altında olan vatandaşlar %20 oranında, 43000 sterlinin üzerinde olan vatandaşlar %40 oranında, 150000 sterlinin üzerinde olan vatandaşlar %45 oranında gelir vergisi ödemektedir.

Sosyal Sağlık Sigortası

Bireylerden toplanan primlerle zorunlu sosyal sağlık sigortaları oluşturularak sağlık hizmetlerinin finanse edildiği modeldir. Sosyal sağlık sigortası katılımcıların prim ödeyerek meydana getirdiği bir fon havuzudur. Sigortalılar bu havuzdan ödedikleri prime bakılmaksızın eşit oranda faydalanırlar.

Otto Van Bismarck tarafından 1883 yılında Almanya'da tasarlanmış bir sistemdir. Literatürde kendi adıyla Bismarck Modeli olarak yer alır. Bu yöntemde işverenler ve işgörenler zorunlu olarak prim ödeyerek fon havuzuna dahil olurlar. İlk uygulandığı dönemlerde yalnızca işçilerin karşılaşılabileceği sağlık risklerine odaklanan bir sistemdi. Ancak ilerleyen dönemlerde toplumun tamamını kapsayan bir yapıya kavuşmuştur (18). Almanya'nın ardından Avusturya 1887'de Norveç 1902'de İngiltere 1910'da Fransa ise 1921'de bu sistemi uygulamıştır (19). İkinci Dünya Savaşı'nın sonra dünya genelinde öne çıkan Keynesyen karma ekonomi anlayışı ile devletin sağlık sektörüne de müdahalesinin gerekliliği anlaşılmıştır. Başlangıçta işçiler ve işverenler tarafından oluşturulan fona daha sonra devlet de genel vergiler ile katılmıştır.

Gelir durumuna göre ya da sabit oranda prim ödenerek sistem dahil olunur. Zorunlu katılım esastır. Kamu otoritesi altında fakat özerk bir yapıda bulunan sigorta kurumunda primler toplanır. Çalışma şartı aranmaksızın toplumun tamamı sistemin zorunlu üyesidir. Primlerini ödeyemeyecek durumda olan yoksul ve muhtaçların payını devlet kendi bütçesinden öder. Sigorta kurumunda toplanan fon yalnızca sağlık giderlerine harcanır. Bu sebeple siyasi yapının kaynak kaydırma olanağı oldukça güçtür. Sağlık hizmetini daha az kullananlardan daha fazla kullananlara; daha çok prim ödeyenden daha az prim ödeyene doğru devlet müdahalesi ile gelirin yeniden dağılımı sistemin mali esasını oluşturur (17).

Sistemin başarılı olabilmesi için ülke ekonomisinin birtakım koşulları yerine getirebilecek durumda olması gereklidir. Adaletsiz gelir dağılımı, düşük gelir düzeyi, işsizlik, kayıt dışı istihdam primlerin toplanmasındaki en büyük engeller olarak görülebilir. Bu sebeple sistemin başarısı güçlü ekonomiye bağlıdır.

Piyasa Ekonomisi ile Finansman

Piyasa ekonomisi özel mülkiyet, sözleşme ve girişim özgürlüğü, rekabet gibi kavramları içeren literatürde ve gündelik hayatta özel kesim-özel sektör olarak yer bulan mekanizmadır (20). Şimdiye kadar değindiğimiz sosyal sağlık sigortası ve devlet bütçesi ile finansman kamu ekonomisi kaynaklı finansman türleridir. Devlet müdahalesinin minimum düzeyde olduğu girişimciliğin ve sermayenin ön planda olduğu piyasa ekonomisinin de sağlık hizmeti finansmanı araçları vardır. Bunların ilki özel sağlık sigortacılığı diğeri ise hizmetin kullanıldığı anda gerçekleştirilen cepten ödeme yöntemidir.

Özel sağlık sigortaları bireysel sözleşme esasına dayalı, prim ödeme karşılığında sağlık hizmeti alınan sigorta türüdür. Sosyal sağlık sigortasında primler özerk yapıdaki devlet kurumlarına ödenirken özel sağlık sigortasında primler sigorta şirketine ödenir. Bu sistemde

özel sigorta kuruluşları müşteri ile satıcı arasında aracı vazifesi görmektedir (18). Hizmet kullanıcılarının yani hastaların müşteri olarak değerlendirilmesi sağlık hizmeti etiği açısından uygun görülmesi de sağlık hizmeti piyasasında sağlık kuruluşlarının satıcı hastaların ise müşteri olduğu yadsınamaz bir gerçekliktir. Müşteri yani hasta sağlık hizmeti ihtiyacı duyduğunda satıcıdan yani sağlık hizmeti sunucularından hizmeti alır. Ancak satıcıya ödemeyi özel sigorta şirketi yapar. Bu sebeple özel sigorta şirketlerine “Üçüncü Taraf Ödeyici” denilmektedir (18).

Sosyal sağlık sigortalarının bulunmadığı ulusal sağlık sistemi olmayan ülkelerde daha sık başvuru finansman kaynağıdır. Fakat özel sağlık sigortası kişinin herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kaydıyla ilgili değil gelir durumuyla ilgilidir. Zorunlu sosyal sağlık sigortalarının asgari düzeyde sağlık hizmeti verdiği durumlarda gelir düzeyi yüksek olan vatandaşlar ilave sigorta olarak satın alabilmektedir (21). Kanunlara aykırı olmadığı sürece poliçede belirtilen genel teminat çerçevesi yapılacak ek ödemelerle genişletilebilir ya da daha az prim ödemek için kapsamı daraltılabilir. Süresi genellikle bir yıldır. Sözleşme bitiminde tekrar uzatılabilir (22).

Serbest piyasa dinamikleri gereği özel sağlık sigortası satan şirketler minimum maliyet maksimum kar anlayışı içerisinde hareket etmek zorundadır. Sigorta şirketi çalışanlarının profesyonelliği ve kimin hangi sağlık hizmetini alabileceğinin öngörüsünü yapabilmeleri, hastaların ise genellikle aldığı hizmetin kalitesini ve gerekliliğini değerlendirememesi sebebiyle bazı istisnai durumlarda etik açıdan sorunlar görülebilmektedir. Kâr amacıyla çalışan şirketler olmaları sebebiyle genellikle kronik rahatsızlığı olanları, yaşlıları ve yüksek riskleri sigorta kapsamına dahil etmezler. Ancak bu sorunlar genellikle özel sağlık sigortacılığının iyi uygulanmadığı ve hukuksal düzenlemelerin yetersiz olduğu piyasalarda görülmektedir. Ayrıca aşırı yüksek primler ve hastanın mahremiyetinin korunmaması gibi eleştiriler de mevcuttur (23).

Cepten ödeme de piyasa ekonomisi finansman yöntemlerindedir. Varlıklı kişiler herhangi bir sigorta kapsamına girmek yerine doğrudan hizmeti aldığı anda ödeme yapabilirler. Bu yöntemin olumlu yanı yıllarca prim ödemek zorunda kalmamaktır. Ancak sağlık hizmeti ihtiyacının, zamanının öngörülebilmesi maliyetinin tahmin edilememesi sebebiyle ekonomik güce aldanılmamasında ihtiyatlı davranılmasında yarar vardır.

SİGORTA KAVRAMI

Sigorta etimolojik olarak Latince kaynaklıdır. “Güvence” anlamındaki “*sicurta*” kelimesinden gelmiştir. Bireyler canını ya da malını tehdit eden risklere karşı önlem alma mecburiyeti içindedir. Riskli durumun gerçekleşmesi halinde kişisel gelirleri büyük masrafları karşılamada yetersiz kalabilir. Fakat söz konusu riskin hiç gerçekleşmeme olasılığı da mevcuttur. İşte bu belirsizliği belirli hale getirecek olan kurum sigortadır (24).

Sigortanın esasları ortak riskler tarafından tehdit altında bulunan kişilerin birleşerek ortaya çıkması olası hasarın masraflarının paylaşılmasıdır. Sigortanın amacı zarara uğrama tehlikesinin önlenmesi değil, oluşacak hasarı üyeler arasında bölüştürerek bireysel yükü hafifletmektir. Sigorta organizasyonuna katılan kişi sayısı arttıkça oluşan zarardan her bir üyenin payına düşen yük azalacaktır. Buna Büyük Sayılar Yasası (BSY) denilmektedir. BSY ilk olarak Jacob Bernoulli tarafından tanımlanmış S.D. Poisson tarafından geliştirilmiştir (25). Sigortanın arzı sonsuzdur. Çünkü riskin geniş bir alana yayılması için katılımcıların sayısının artırılması şarttır. Öyle ki sigorta organizasyonu BSY temelinde sınırları aşip global hale gelmelidir.

Sigorta organizasyonu öncelikle hukuki temellere dayanır. Sigorta taraflar arasında şartların yerine getirilmesi kaydıyla sözleşme esaslıdır. Bu özel sözleşme gereği sigorta kurumunun oluşabilecek zararların karşılanması konusunda, sigortalının primlerini düzenli olarak ödemesi konusunda ve her iki tarafın birden sözleşmede belirtilen kurallara uyulması konusunda yükümlülüğü vardır. Bu sözleşme özel hukuk kurallarına ve Türk Ticaret Kanunu'nun (TTK) ilgili maddelerine tabidir. Sigorta sözleşmelerinin genel esasları;

- Prim bedelinin sigortacı ve sigortalı tarafından kabul edilebilir tutarda olması,
- Riskin gerçekleşmesi halinde sigortacının ödeme yapmayı taahhüt etmesi,
- Sözleşmeye konu olan riskin para ile ölçülebilir olması,
- Riskin kanunlarla veya sözleşme kuralları ile önceden belirlenmesi
- Zararın tesadüfi olarak gerçekleşmesi,
- Riskin gerçekleşmesinde kasıt olmaması ve hasarın maddi olmasıdır (24).

Özbolet tarafından sigortanın önemi risk unsuru olarak önemi ve oluşturduğu fon itibariyle önemi olmak üzere iki başlıkta toplanmıştır (26). İnsanlar her ne kadar tedbir alsalar da istenmeyen kazalarla karşılaşabilmektedir. Bu kazalar sonucunda ölüm, hastalık, sakatlık, işsiz kalma gibi durumlarla karşı karşıya kalınmaktadır. Bireyler açısından hayati riskler varken ticari işletmeler açısından da iflas, hırsızlık, yangın gibi risk unsurları mevcuttur. Kasten

yapılmamış olması kaydıyla söz konusu risklerin ne zaman kaza meydana getireceği tahmin edilemez. Önlem alınarak riskler minimum seviyeye indirebilir. Alınan tüm önlemlere rağmen yine de kaza gerçekleşirse oluşacak ekonomik kaybın telafi edilmesi sigorta güvencesi ile mümkündür. Risk unsuru olarak sigortanın önemi ve faydaları; insanların canını ve malını güvende hissetme ihtiyacının tatmin edilmesi, ortak gaye çevresinde birleşme ve dayanışma, risk yönetimi ve risk analizidir.

Sigorta oluşturduğu fon açısından ekonomik öneme sahiptir. Örneğin kişiler gelir sahibi oldukları dönemlerdeki tasarrufları sayesinde uzun vadede büyük birikimlere sahip olmaktadır. Sigorta organizasyonlarına ödenen primler tek bir sigortalı açısından küçük miktarlar olmasına karşın tüm sigortalıların oluşturdukları fon havuzu büyük meblağdadır. Bu fonlar yatırımlara dönüştüğünde ekonomik kalkınma açısından oldukça önemli hale gelecektir. Hem hane halkının tasarrufu hem de ülke ekonomisine katkısı düşünüldüğünde sigorta fonları oldukça önemlidir.

Sigortaların yasal çerçevesi TTK'ye göre zarar sigortaları ve can sigortaları olmak üzere iki başlıkta çizilmiştir. Mal sigortaları ve sorumluluk sigortaları zarar sigortası; hayat sigortaları, kaza sigortaları, hastalık ve sağlık sigortaları ise can sigortaları kapsamındadır (27). Konularına göre sigortalar; hayat sigortaları, doğal afet sigortaları, yangın sigortaları, kaza sigortaları, mühendislik sigortaları, nakliyat sigortaları, tarım sigortaları, kredi sigortası, hukuksal koruma sigortası ve çalışmamızın asıl konusu oluşturan sağlık sigortasıdır. Ayrıca sigorta verilen güvencenin şahsi veya toplumsal çıkar sağlamasına göre özel sigorta ve sosyal sigorta olarak sınıflandırılır.

Tablo 2. Özel ve sosyal sigorta arasındaki farklar (24)

Özel Sigorta	Sosyal Sigorta
<ul style="list-style-type: none">• Şahsi fayda esastır.• İsteğe bağlıdır.• Taraflar arasındaki ilişki sözleşmeyle kurulur.	<ul style="list-style-type: none">• Toplumsal fayda esastır.• Zorunludur.• Taraflar arasındaki ilişki kanun koyucu tarafından emredici hükümlerle kurulur.

Tablo 2 incelendiğinde sağlık sigortası; genel sağlık sigortası (GSS) düşünüldüğünde sosyal sigorta olarak, özel sağlık sigortası düşünüldüğünde özel sigorta olarak değerlendirilebilir. Tamamlayıcı sağlık sigortası da eklendiğinde sağlık sigortası her iki grubu içeren sigorta türlerindedir.

ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Özel sağlık sigortaları; kişilerin iş hayatlarında veya özel hayatlarında karşılaştığı hastalık, kaza, sakatlık gibi durumlarda gereksinim duydukları sağlık hizmetlerinin masraflarını karşılayan, sigorta poliçesindeki teminat şartlarına göre muayene ve tetkik ücretleri, doğum, diş tedavisi masrafları, ilaç masrafları gibi giderleri ödeyen sigorta türüdür (28). Özel sağlık sigortası isminden dolayı yanlış algılanabilir. Sağlığı güvence altına alan bir sigorta değil hastalık olgusuna odaklanan bir sigortadır. Sigortalı sağlık hizmetine gerek duyduğunda devreye girer. Kişinin hastalığının tedavi edilip şifa bulması sürecinde ortaya çıkan mali yükü üstlenme amacıyla oluşturulan sigorta türüdür. İleride karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının bireysel mali yıkımlara sebebiyet vermemesi esasına göre tasarlanmıştır.

Sosyal güvenlik uygulamaları kapsamında devlet eliyle oluşturulan sosyal sağlık sigortasından ayırt etmek amacıyla, özel sağlık sigortası olarak isimlendirilir. Özel sağlık sigortasında sigortalının sigorta süresi içerisinde hastalanması durumunda poliçede yazan genel ve özel şartlar kapsamında, poliçede yazan tutar kadar sigorta şirketine ödeme yapılır (29). Hem sosyal sağlık sigortasının hem de özel sağlık sigortasının birincil amacı tıbbi bakım maliyet risklerini taşıyan insanlar arasında mali yükün paylaşılması ve bu mali yükün zamana yayılmasıdır.

Özel sağlık sigortaları fonksiyonları açısından ikiye ayrılmaktadır. Birincisi sosyal sağlık sigortasının yerine geçen “İkame edici özel sağlık sigortası” ikincisi ise sosyal sağlık sigortası ile birlikte işleyen “Tamamlayıcı sağlık sigortası”dır. Ancak ABD gibi sosyal sağlık sigortası sisteminin olmadığı ülkelerde ikame edici sigorta fonksiyonunda değil esas sağlık sigortası fonksiyonundadır. İkame edici özel sağlık sigortası isminden de anlaşıldığı gibi sosyal sağlık sigortasının ikamesidir. Sosyal sağlık sigortasının kapsamında olmayan veya kapsamında olmasına rağmen çıkma hakkını kullanan kişilerin tercih ettiği özel sağlık sigortasıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ise sosyal sağlık sigortasının zorunlu olduğu ülkelerde; sigorta kapsamı dışında kalan hizmetler için ya da sosyal sağlık sigortasının yalnızca belirli bir tutarını ödediği hizmetler için tercih edilmektedir (30).

Özel sağlık sigortaları özel hukuk kurallarına tabi ve sözleşme esaslıdır. Sigorta ettirenin şahıs ya da tüzel kişi olmasına bağlı olarak ikiye ayrılmaktadır.

Ferdi (Bireysel) Sağlık Sigortaları

Birey sağlık sigortası satın almaya kendisi karar verir ve primleri tek başına öder. Şahsi olarak veya aile bireylerini de dahil ederek küçük ölçekli sigorta poliçesi oluşturulur. Ferdi

sağlık sigortalarında standart sigorta paketleri ve bu paketlere uygun prim tarifeleri mevcuttur. Verilecek teminatın kapsamı, uygulama esasları ve istisnai haller yasalara uygun olması koşuluyla sigorta şirketi tarafından belirlenir.

Kurumsal Sağlık Sigortaları

İşverenlerin, işçilerin kendilerini ve ailelerini sigortaladığı ve primleri kurumun ödediği sigortalardır. Çalışanlar bu sözleşmeye kendiliğinden taraf olurlar. İşveren sözleşmenin sigorta ettiren tarafındadır. Teminatın kapsamını işveren sigortacıdan talep eder. Bireysel sağlık sigortalarındaki sigorta kurumunun baskınlığı söz konusu değildir. Çünkü sigorta ettirilecek kişi sayısının fazla olması dolayısıyla primlerin yüksek olması sigorta şirketleri arasında rekabeti artıran bir unsurdur. Tüm aktüeryal hesaplar sigorta şirketleri tarafından profesyonelce yapılır ve işverene teklif verilir. İşveren kendisine uygun sigorta şirketiyle anlaşır.

SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI VE TARİHSEL ARKA PLANI

Sosyal Güvenlik Kavramı

İnsan sosyal bir varlıktır ve toplum içerisinde hayatını devam ettirir. Toplum içerisinde yaşamasından kaynaklanan bazı tehlikelerle de karşılaşabilir. Bu tehlikelerin sonucunda ekonomik sorunlar yaşayabilir. Sosyal güvenlik tehlikelerin gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkan ekonomik sonuçlara karşı emniyet alınmasını ifade eder.

İnsan sürekli ihtiyaçları olan ve bu ihtiyaçlarını gidermek için para kazanması gereken bir canlıdır. Ancak tehlikelerin gerçekleşmesi halinde ihtiyaçlarını karşılayamayacak duruma gelebilir. Gelirinin azalması veya tamamen yok olması, giderlerinin gittikçe artması gibi gelir-gider dengesini bozacak sorunlar yaşayabilir. Bu sürecin sonunda muhtaç duruma düşebilir. Muhtaç durumdaki kimse kısa bir zaman içinde destek ve yardım alamazsa muhtaçlık hali giderek derinleşir. Ekonomik ve sosyal açıdan daha kötü hale gelebilir. Sosyal güvenlik tam bu noktada muhtaçlıktan korunma güdüsü ile oluşturulmuş bir mekanizmadır. Sosyal güvenlik kişinin karşılaşması olası risklerin ekonomik sonuçlarına karşı kişiye yaşamını devam ettirebilecek düzeyde bir gelir garantisi sağlamak maksadıyla kişinin muhtaç duruma düşme ihtimaline karşı güvenlik altına alınmasını ifade etmektedir (31).

Hastalık, doğum, yaşlılık ve ölüm gibi yaşamın doğasında olan risklerin yanı sıra çalışma hayatı içerisinde iş kazası, iş göremezlik, işsizlik gibi tehlikeler mevcuttur. Hastalık yaşlılık ve sakatlık gibi durumlar doğrudan çalışma gücünü etkilerken, işsizlik çalışma gücünü etkilemeyen fakat kullanımını önleyen risklerdendir (32). Bu risklerin bazısı mutlak bazısı olasıdır. Tehlikelere karşı önlem almak nispi bir korumadır. Tehlikelerin tamamen ortadan

kaldırılması mümkün değildir. Sosyal güvenlik risklerin önlenmesinde destekçidir. Ancak sosyal güvenliğin amacı hiçbir zaman tehlikelerin önlenmesi değildir. Sosyal güvenlik gerekli önlemler alınmasına karşın gerçekleşen tehlikelerin sonuçlarına karşı kişiyi muhtaçlıktan korur. Kısaca sosyal güvenliğin amacı ve konusu kişileri muhtaçlık korkusundan kurtarıp, gelir garantisi veren bir sistemle güvenli bir sosyal hayata kavuşturmadır.

Sosyal Güvenliğin Tarihsel Arka Planı

Önceleri bireysel daha sonra karşılıklı yardım esasında olmak üzere tarihin her döneminde insanlar sosyal güvenlik tedbirleri bulmuşlar ve uygulamışlardır. Modern sosyal güvenlik ilkelerinden uzak olsa da sosyal güvenliğin çekirdeğini oluşturmuşlardır. İlkel uygulamalardan çağdaş sosyal güvenlik sistemlerinde geçişteki en önemli yol ayrımının sanayi devrimi olduğu düşünülmektedir. Sanayileşme beraberinde yeni riskler doğurmuştur. İlkel sosyal güvenlik sistemlerinin dini temelli, sınırlı ve etkisiz oluşu sebebiyle sanayileşmenin getirdiği risklerin sonuçlarını karşılayamayacak kadar eski olduğu anlaşılmıştır (33).

Sanayi devrimi ile üretim ilişkileri değişmiştir. Buna paralel olarak da iş bölümü ve toplumsal yapı değişmiştir. Toplum temelde sermaye ve işgücü olarak ikiye ayrılmış, bir tarafta sermaye sahibi zenginler diğer tarafta mülkü olmayan yoksul emekçiler yer almıştır. Köyden kente göç hızla artmış, nüfus çoğalmış ve tüm aile fertleri çalışmak zorunda kalmışlardır. 15-16 saat gibi uzun çalışma süreleri, iş kazaları, düşük ücretler ve daha da yoksullaşmak sağlıksız bir toplum meydana getirmiştir. Bu ağır koşullar işçi sınıfını huzursuz etmiş ve isyana yol açmıştır. Bu dönemde sosyalizm gibi emekçi sınıfını yansıtan ideolojiler gelişmiş ve sosyalistlerin işçi sınıfında gücü artmıştır. Kapitalist sistemi tehdit eden bu durum sermaye sahiplerini yeni arayışlar içinde olmaya zorlamıştır. Gelecek güvencesi kalmamış isyankâr emekçi sınıfını kapitalist sistemle barıştırmanın yolları aranmıştır. Tehlikeyi ilk fark eden ülke Almanya olmuş işçilerini sosyalist sisteme kaptırmamak için modern sosyal güvenlik sistemlerinin temelini atmıştır (33).

Zorunlu sosyal sigorta temelli bu sosyal güvenlik sistemi 1880'li yıllarda Almanya'da Otto Von Bismarck tarafından oluşturulmuştur. Almanya'da sefalet içinde yaşayan ve 1877 ekonomik krizi ile yaşamları gittikçe daha da zorlaşan emekçilere güvence sağlamak amacıyla kendi adıyla anılan Bismarck Modeli sosyal güvenlik sistemini hayata geçirmiştir (34). Bu model 3 temel yasa ile şekillenmiştir. 1883 tarihli hastalık sigortası yasası, 1884'te iş kazaları yasası ve 1889'da ise sakatlık ve yaşlılık yasaları kabul edilmiştir (33). Bu yasalarla tüm işçiler zorunlu olarak sisteme dahil edilmiştir. Primler işveren ve işçi arasında paylaştırılmış, sakatlık

ve yaşlılık sigortasında devletin de katkısı genel bütçeden katılımı sağlanmıştır. İş kazalarında ise yalnızca işveren dernekleri tarafından yardım sağlanmıştır.

Sosyal güvenliğin tarihsel sürecinde ikinci aşamayı ABD'nin 32. başkanı Franklin Delano Roosevelt gerçekleştirmiştir. Ekim 1929'da başta Amerika olmak üzere tüm dünyayı etkileyen ekonomik kriz sonucunda işsizlik büyük boyutlara ulaşmıştır. Özellikle Amerika'da halk sefaletle ilk kez bu denli karşılaşmıştır (35). Amerikan ekonomisinde açılan bu derin yara, devletin ekonomiye müdahalesini engelleyen ve Amerika'da kutsal kabul edilen "Ekonomik Liberalizm" ilkesinin terkedilip Refah Devleti anlayışına geçilmesini sebep olmuştur. 1932 yılında Başkan Roosevelt tarafından "Refah Devleti Doktrini" ileri sürülmüştür. Doktrinde sosyo-ekonomik sorunların çözümü için refah devleti ön plana alınmış ve bunun gerçekleştirilmesi için "New Deal" planı oluşturulmuştur. Akabinde 1933 yılında Ulusal Endüstri Düzeltme Kampı ve 1935'te ise Sosyal Güvenlik Kanunu çıkarılmıştır. Böylece sosyal güvenlik kavramsal olarak ilk kez hukuksal bir metinde kullanılmıştır.

İngiliz Hükümeti tarafından 1941 yılında Lord William Henry Beveridge başkanlığında "Bakanlıklararası Komisyon" kurulmuştur. Komisyonun görevi sosyal riskleri güvence altına almak üzerine rapor hazırlanmasıdır. Literatürde Beveridge Raporu olarak bilinen bu rapor 1942 yılında yayınlanmıştır. Rapora göre yoksulluk çağdaş düzende olmaması gereken bir sorundur. Bu sorun geniş kapsamlı bir sosyal güvenlik mekanizması ile ortadan kaldırılmalıdır. Yalnızca işçiler değil İngiliz halkının tamamı mesleğine bakılmaksızın sosyal güvenlik çatısı altına alınmalıdır. Ekonomide tam istihdam politikası, sağlıkta vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmeti politikası sosyal güvenlik politikasının tamamlayıcı unsurları olmalıdır. Bu şekilde vatandaşların tamamının ücretsiz sağlık hizmeti alması sağlanmıştır. Bu rapor sayesinde dünyada modern sosyal güvenlik anlayışı benimsenmiş ve İngiliz sosyal güvenlik sisteminin temeli atılmıştır (33,34,35).

Sosyal güvenlik hakkının evrensel boyut kazanmasına öncülük eden 1944 tarihli Uluslararası Çalışma Örgütü'nün "Philadelphia Bildirisi" olmuştur. Bildiride tüm hükümetlere asgari geçim imkânlarını güvence altına alan bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması tavsiye edilmiştir. Dünya sosyal politika mevzuatında sosyal güvenliğin yerini alması Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu'nda 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen "İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi" ile gerçekleşmiştir (33). Beyannamenin 25. Maddesinde "*Her kişinin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve refahını sağlayacak bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksunluk yaratacak*

diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır” şeklinde yerini alması ile sosyal güvenlik evrensel boyuta ulaşmıştır (36).

Sosyal güvenlik kavramının ve tarihsel gelişiminin ardından sıradaki başlıkta ülkemizdeki yerine ve tarihçesine değinilecektir.

TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ UYGULAMALARI

Sosyal güvenlik sistemlerinin dünyadaki gelişiminden anlaşıldığı üzere sosyal güvenlik gereksinimi ülkelerin endüstriyel ilerlemesine paralel olarak şekillenmektedir. Sanayileşme ve endüstriyel üretim dolayısıyla işçi sınıfının oluşması ülkemizde dünyaya kıyasla gecikmiştir. Çağdaş sosyal güvenlik sistemleri ülke tarihimizde Cumhuriyet’in kurulmasıyla yerini alabilmiştir. Ancak geleneksel dönemde de özellikle dini ve milli temelli birtakım yardımlaşma ve dayanışma kültürü mevcuttur.

Cumhuriyet öncesi dönemde muhtaçlara yardım amacıyla kurumlar oluşturulmuştur. Bu kurumlar; vakıflar, imaretler, zaviyeler, köy odaları, darüşşafaka, darül eytam, darülaceze, darüşşifa, teavün sandıkları ve Kızılay’dır. Yetimlere, düşkünlere, evsiz ve yoksullara sosyal yardım amacıyla oluşturulan bu kurumlardan bazıları halen varlığını sürdürmektedir. Dini temelli yardımlar ise sadaka ve zekât kültürü ile sosyal dayanışmaya katkı sağlamıştır. Günümüzde de sosyal yardımlaşmada önemli bir kaynak olarak kabul edilen zekât Selçuklu ve Osmanlı Dönemlerinde devlet eliyle toplanıp muhtaçlara dağıtılmıştır. Geleneksel dönemde görülen bu uygulamalar sosyal yardımlaşma ve dayanışma temelinde gelişmiştir ve modern sosyal güvenlik anlayışından uzaktır (31).

Cumhuriyet dönemine girilmesiyle Mustafa Kemal Atatürk’ün “muasır medeniyetler düzeyinin üzerine çıkmak” düsturuyula sosyal güvenlik uygulamaları başlatılmıştır. İlk olarak 28 Nisan 1921’de 114 sayılı “Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafî-i Umumiyesine Olarak Furuhtuna Dair Kanun” çıkartılmıştır. Bu kanunla kömür tozlarından işçilerin yararlanması öngörülmüştür. Aynı yılın ekim ayında 151 sayı numarası ile çıkartılan “Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun” ile yardım sandıkları kurulmuş ve bu sandıklar 1923 yılında birleştirilerek “Amele Birliği” ismini almıştır. Bu sandıklar Türkiye’nin ilk işçi sigortaları niteliği taşıyan kuruluşlarıdır. Amele Birliği halen Zonguldak kömür işçileri ile sınırlı olmak üzere sosyal sigorta sandığı olarak varlığını devam ettirmektedir.

İzmir İktisat Kongresi’nde alınan sosyal kalkınma kararları ile ülke çapında kurumsal Tekaüt Sandıkları oluşturulmuştur. Askeri ve idari kamu çalışanları, belediye memurları,

Devlet Demir Yolları, Telgraf ve Telefon İdaresi, Tekel Memurları 1930-1936 yılları arasında Zonguldak'ta kömür işçilerinin kurduğu sandığa benzer sandıklar kurmuşlardır. Bu dönemde sosyal güvenlik sistemimizle ilgili en önemli gelişme 1936 yılında çıkarılan “İş Kanunu” olmuştur. Bu kanunla işçilerin hakları düzenlenmiş ve 100-107. maddelerde zorunlu işçi sigortalarının kurulması planlanmıştır. İşçi sigortalarının iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortasından başlayarak aşamalı olarak kurulması öngörülse de uygulama 1945 yılında hayata geçirilebilmiştir.

Modern sosyal güvenlik anlayışına kurumsal olarak geçilebilmesi 1945 yılında Çalışma Bakanlığı'nın kurulmasıyla mümkün olmuştur. Aynı yıl İş Kanunu'nda öngörüldüğü haliyle İşçi Sigortaları İdaresi kurulmuştur. İşçilere tanınan sosyal sigorta hakkının yasal zemine oturması amacıyla üç kanun çıkarılmıştır. Bu kanunlar sırasıyla 1945 yılında “İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu” 1949 yılında “İhtiyarlık Sigortası Kanunu” 1950 yılında ‘Hastalık ve Analık Sigortaları Kanunu’dur.

1949 yılına kadar sosyal güvenlik çalışmaları çıkarılan kanunlarla gelişim kaydetmiştir. Bu dönemden sonra 1949 yılında Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nün kurulmasıyla kurumsal ve kapsamlı sosyal güvenlik çalışmalarına başlanmıştır.

Emekli Sandığı

T.C. Emekli Sandığı sosyal sigorta kapsamında devlet memurlarının sosyal güvenliğini sağlayan kamu kurumudur. 1949 tarihli 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile kurulmuştur. Bu tarihe kadar kamu kurumları farklı kanunlarla ayrı ayrı sandıklar oluşturmuşlardır. 5434 sayılı kanunla bu sandıkların tamamı birleştirilmiş Emekli Sandığı adı ile asker ve sivil devlet memurlarına, il özel idare personeline ve belediye memurlarına kapsamlı bir sosyal güvenlik kurumu oluşturulmuştur (37). Maliye Bakanlığı'na bağlı sosyal sigorta kuruluşudur.

Sandığın üyeleri, emeklilik maaşı, sakatlık maaşı, dul ve yetim maaşı, evlenme ikramiyesi, ölüm yardımı ve sağlık yardımı gibi sosyal sigorta hizmetlerinden yararlanmaktadır. Sandığın üyelerine sunduğu diğer hizmetler arasında sosyal tesis tahsisi, aile yardımı, doğum ödeneği, yiyecek-giyecek yardımı gibi hizmetler vardır. Maaşlardan yapılan kesintiler, ayrılan karşılıklar ve hazine katkısı sandığın esas gelirleridir (38).

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

İlk kez 1936 yılında İş Kanunu'nda öngörülen, işçiler için sosyal güvenlik çalışmaları 1945 yılında İşçi Sigortaları İdaresi'nin kurulmasıyla sonuç vermiştir. Bu tarihten sonra 5417,

5502, 5752, 6391, 6708, 6900 sayılı kanunlarla işçilerin sosyal güvenlik hakkı kademeli olarak yasallaştırılmıştır. 1965 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile geçmişteki uygulamaların tamamı tek çatı altında toplanmış ve İşçi Sigortaları Kurumu'nun yerini Sosyal Sigortalar Kurumu almıştır (38).

Kurumun amacı sözleşme akdine bağlı olarak çalışan işçileri çalışma hayatındaki tehlikelere karşı sigortalayarak sosyal güvenliklerini sağlamaktır. SSK ile işçiler için erişilebilir, kapsamlı, adil, ekonomik sürdürülebilirliği olan sosyal sigortacılık anlayışı ile hizmet veren modern bir sosyal güvenlik sistemi kurulması amaçlanmıştır. Bu amaca uygun olarak üye işçilere iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık, sakatlık, analık, yaşlılık ve ölüm durumlarında maddi destek sağlamak, yasal mevzuata ilişkin çalışmalar yürütmek, gelir-gider dengesini gözetmek gibi faaliyetler icra etmektedir. Kurumun organları ise Yönetim Kurulu, Genel Kurul ve Başkanlıktır. Ayrıca Başkanlığa bağlı olarak çalışan merkez ve taşra teşkilatları da kurumun organları arasında sayılmaktadır (37).

Kurumun asli amacı işçilere sosyal güvenlik hizmeti sunmak, tali amaçları ise üyelerini bilgilendirmek, sosyal güvenliğe ilişkin konularda ulusal ve uluslararası olarak iletişim kurmak ve antlaşmalar yapmak, sosyal politika çalışmaları yürütmek, sosyal güvenlik alanında ilgili kurum ve kuruluşlarla iş birliği halinde çalışmaktır (39).

Birincil finansman kaynağı işçi ve işverenler tarafından ödenen primlerdir (40). Ancak diğer gelirleri arasında işçilere kesilen cezalar, Bakanlık tarafından sağlanan fonlar, bağışlar, kurumun sahibi olduğu taşınır ve taşınmaz mallardan sağlanan gelirler, devlet bütçesinden yapılan yardımlar vardır. Kurumun gider kalemleri ise emeklilere ödenen maaşlar, sağlık giderleri ve genel yönetim giderleridir.

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)

Türkiye'de sosyal güvenlik çalışmaları memurlar ve işçiler açısından tamamlanmasına rağmen esnafın ve diğer çalışanların sosyal güvenlik hakkı göz ardı edilmişti. Bu sebeple 1971 tarihli ve 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu çıkarılmıştır. Böylece Türk sosyal güvenlik sisteminin ana aktörlerinden üçüncüsü ve sonuncusu kurulmuştur. Bağ-Kur endüstriyel alanda ve hizmet sektöründe kendi hesabına çalışanların sosyal güvenlik kurumudur. İlerleyen dönemlerde mahalle ve köy muhtarları daha sonra da tarım sektöründe çalışanlar Bağ-Kur kapsamına alınmıştır (41).

Bağ-Kur 1986 tarihine kadar sadece sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortası hizmeti verirken 3235 sayılı kanunla 1986 yılından itibaren üyelerine sağlık sigortası hizmeti de vermeye başlamıştır. Kurumun gelirleri arasında en büyük pay üyelere toplanan primlerdir. Ayrıca bağış, gayrimenkul gelirleri, hazine yardımları diğer gelirlerindedir. Genel yönetim giderleri ve sigortalılara yapılan ödemeler kurumun giderleridir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile tüm sosyal sigortalılar tek çatı altında toplanmadan önce, Türkiye’de sosyal güvenlik hizmetlerinin tripodu sayılan Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur üçlüsünün üye sayısı itibariyle sıralaması çoktan aza doğru SSK/Bağ-Kur/Emekli Sandığı şeklindedir (42).

Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart)

Sosyal devlet prensibi gereğince muhtaçları korumak için yapılan karşılıksız sosyal yardımlardan oluşur. Sosyal güvence kapsamında yoksulluğu önlemek ve en aza indirmek amacıyla yürütülen hizmetlerdir. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK), Vakıflar Genel Müdürlüğü, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü gibi merkezi kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra Belediyeler ve İl Özel İdareleri gibi yerel yerinden yönetim organlarıyla da yürütülür (43).

Bir sosyal güvenceye sahip olmayan ve sağlık giderlerini karşılayamayan vatandaşlar için 1992 tarihinde 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkındaki Kanun çıkarılmıştır. Bu kanunla aylık geliri asgari ücretin 1/3 ünden daha az olan vatandaşlara yeşil kart verilmiştir. Yeşil kartlılar sevk zincirine tabidir. Gerekli görüldüğü takdirde ikamet ettiği yerin sağlık ocağı tarafından devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine sevk edilir. Aldıkları sağlık hizmetlerinin bedelleri ve eczaneden reçeteye alınan ilaçlar ücretsizdir. Sağlık kurumlarına ve eczanelere gerekli ödeme Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından yapılır.

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

Sosyal güvenlik sistemimiz 1990’lı yıllardan sonra düşük devlet katkısı, fonların etkin kullanılmaması, kayıt dışı istihdam, yüksek primler, politik değişimler gibi sorunlarla karşılaşarak darboğaza girmiştir. Bu darboğazın aşılması amacıyla hükümet tarafından sosyal güvenlik sisteminin yapılandırılması için reform niteliğinde birtakım düzenlemelere gidilmiştir. Mevcut sosyal sigorta kurumlarının birbirinden farklı yöntemlerle hizmet üretmesi veya satın alması sebebiyle, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde sosyal sigortalıların tek çatı altında birleştirilmesi planlanmış ve bu konuda yasal düzenlemeler gerçekleştirilmiştir (44).

Kronolojik sırası ile bu yasal düzenlemeler;

- 14.07.2004 tarihli ve 5220 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun ile 3359 sayılı mevcut Sağlık Hizmetleri Kanunu'na madde eklenerek Maliye Bakanlığı'na Sağlık Bakanlığı'na ait taşınmaz malların satışı konusunda yetki verilmiştir (45).
- 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu ile Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) aile hekimliği programı oluşturulmuştur (46).
- 06.01.2005 tarihli ve 5283 sayılı Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun ile SSK ve diğer bazı kurumlara ait sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir (47).

Bu düzenlemeler ile altyapısı hazırlandıktan sonra 16.05.2006 tarihli 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ortadan kaldırılmış Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kurulmuştur. Kaldırılan sosyal sigorta kurumlarının üyeleri SGK'nın üyeleri kabul edilmiştir.

Sosyal Güvenlik Kurumu idari ve mali açıdan özerk, kamu tüzel kişiliğine haiz bir sosyal sigorta kurumudur. Kurumun teşkilat yapısı irdelendiğinde ana organları Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık'tır. Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu da kurumun organlarından. Başkanlık, merkez ve taşra teşkilatı olmak üzere iki yapıdan oluşur. Merkez teşkilatının birimleri ise ana hizmet birimleri, danışma ve yardımcı hizmet birimleridir. Ana hizmet birimleri;

- Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü
- Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü
- Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı
- Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
- Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı (48).

SGK taşra teşkilatı illerde kurulan sosyal güvenlik il müdürlüklerinden oluşur. Toplam nüfus, GSS'li sayısı ve bölgedeki faal işyeri sayısı baz alınarak sosyal güvenlik merkezleri oluşturulmuştur. İl müdürlüklerinde kurulan servisler genel olarak sigortalı tescil ve hizmet servisi, işyeri tescil ve e-sigorta servisi, emeklilik servisi ve kısa vadeli sigortalar servsidir.

Teşkilat yapısından anlaşılacağı üzere sağlık sigortası hizmetlerini yürütecek olan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nün görevleri: mevzuatta GSS ile ilgili alanlarda verilen görevleri ifa etmek; koruyucu sağlık hizmetleri politikalarının tespit edilmesine ve

uygulanmasına katkı sağlamak; sigortalıları ve işverenleri, hakları ve yükümlülükleri konusunda iletişim araçları ile bilgilendirmektir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenecek olan, yurtiçi ve yurt dışındaki ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları ile bakanlık adına sözleşme yapma yetkisi de GSS Genel Müdürlüğü'ne verilmiştir.

Merkez ve taşra teşkilatında kurulan komisyonlara Tablo 3'de yer verilmiştir.

Tablo 3. Sosyal Güvenlik Kurumu merkez ve taşra teşkilatı komisyonları

SGK Merkez Teşkilatı Komisyonları	SGK Taşra Teşkilatı Komisyonları
-Sağlık Hizmetlerini Fiyatlandırma Komisyonu	-Piyasa Fiyat Araştırma Komisyonu
-Sosyal Sigorta Yüksek Sağlık Kurulu	-Şahıs Ödemeleri İtiraz Komisyonu
-Tıbbi ve Ekonomik İlaç Değerlendirme Komisyonu	-Sağlık Komisyonu
-İlaç Ödeme Komisyonu	-Prim Tahakkuk İtiraz Komisyonu
-İlaç Teknik Komisyonu	-İdari Para Cezası İtiraz Komisyonu
-Tıbbi ve Ekonomik Tıbbi Cihaz Değerlendirme Komisyonu	-Tecil ve Taksitlendirme Komisyonu
-Tıbbi Malzeme Ödeme Komisyonu	-Satış Komisyonu
-Tıbbi Malzeme Bilimsel Komisyonu	-Hizmet Kayıtları Düzenleme Komisyonu

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kuruluşuna, yasal zeminine, teşkilat yapısına yer verilmiştir. Sıradaki başlıkta SGK'nın kurulmasındaki asıl amaçlardan biri olan ve tüm vatandaşları sağlık sigortası kapsamına alan Genel Sağlık Sigortası'nın kapsamı tüm yönleriyle incelenecektir.

GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Genel sağlık sigortası kavramsal olarak gelir düzeyine bakılmaksızın bütün vatandaşların, olası hastalık riskine karşı veya hastalık durumunda zorunlu olarak korunmasını sağlayan sağlık sistemidir (49). Mevcut sosyal sağlık sigortası sisteminde çok başlılık olması ve bunun sonucunda sağlık hizmeti finansmanının tek elden yürütülememesi, sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur. Ayrıca vatandaşların sağlık bilgilerinin farklı kurumlarda dağınık halde bulunması bürokratik düzende yavaşlamalara ve yanlış sağlık politikaları benimsenmesine yol açmıştır. Bu sebepler göz önünde bulundurularak 2004 yılında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) tarafından "Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi" taslağı kamuoyuna sunulmuştur. Tüm vatandaşları kapsayan bir Genel Sağlık Sigortası oluşturulması planlanmıştır.

Genel sağlık sigortasının oluşturulması sürecinde 2004 yılında yasal düzenlemelerle Maliye Bakanlığı'na, Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık tesislerini satma yetkisi verilmiş; aile

hekimliği uygulaması resmen başlatılmış, 2005 yılında belediyelere, bakanlıklara ve bağlı kuruluşlarına ait bütün sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Ardından tüm sosyal sigorta kurumlarını tek çatı altında birleştiren 5502 sayılı yasa ile Sosyal Güvenlik Kurumu resmen kurulmuştur.

Bütün bu gelişmelerle Genel Sağlık Sigortası'nın yasal altyapısı hazırlanmıştır. 31 Mayıs 2006 tarihinde 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun çıkarılmasıyla Genel Sağlık Sigortası (GSS) resmen yürürlüğe konmuştur. GSS ile vatandaşlar kademeli olarak kapsam dahiline alınmıştır. Bu durumun gerekçesi olarak kayıtların nakli ve nakil için gerekli elektronik altyapının kurulması gösterilmiştir. Yürürlükten kaldırılan sosyal güvenlik sistemindeki;

- SSK ve Bağ-Kur üyesi işçiler ve bağımsız çalışanlar 1 Ekim 2008'de
- Emekli Sandığı üyesi kamu personelleri 15 Ocak 2010'da
- Türk Silahlı Kuvvetleri personeli 15 Ekim 2011'de
- Yeşil Kart kullanıcıları 1 Ocak 2012'de

Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır (50).

Genel sağlık sigortası ile hekim ve hasta arasındaki nakdi ilişki ortadan kalkmıştır. Sağlık hizmeti bütçesi tek elden yönetilerek tasarruf sağlanmışır. Sağlık hizmetlerine erişim konusundaki eşitsizlikler ve kullanım farklılıkları ortadan kaldırılmış, tüm vatandaşlara eşit ve kaliteli hizmet sunulması amaçlanmıştır. Muhtaç durumdaki vatandaşların primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Yasal olarak reşit sayılmayan 18 yaşı altı bireyler ailesinin borç ve yükümlülüklerinden bağımsız olarak kapsam altına alınmıştır. Çalışanların primleri işverenler tarafından, varlıklı bireylerin primleri kendileri tarafından, yoksul ve düşkün vatandaşların primleri de devlet tarafından ödenmek suretiyle ülkenin tüm vatandaşları sağlık sigortasına kavuşmuştur (51).

Genel Sağlık Sigortasının Kişi Bakımından Kapsamı

5510 sayılı kanunun 4.-5.-6. maddelerinde sosyal sigortalıların kapsamı belirlenmiştir. Ayrıca 60. madde de Genel Sağlık Sigortası kapsamına giren kişiler düzenlenmiştir. Zorunlu sigortalı kapsamında olanlar; işçiler, kamu çalışanları ve bağımsız çalışan vatandaşlardır. Ayrıca bu gruptakilerin bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri de bağlı sigortalı vasfıyla kapsam dahilindedir. Sosyal sigorta maaşı alan emekli statüsündeki vatandaşlar, sosyal yardım alan devletin himayesindeki muhtaçlar da GSS kapsamında sigortalıdır. Vatansız, mülteci veya oturma izni almış yabancılar da kapsam dahiline alınmıştır. Ayrıca zorunlu sigortalı

kapsamında olmayan vatandaşlar da isteğe bağlı prim ödeyerek sisteme dahil olabilmektedir (50).

Zorunlu sigortalılar:

1-İşçiler: Genel Sağlık Sigortası yasasının 4. maddesinin birinci fıkrasının a bendinde zorunlu sigortalı kapsamına alınmışlardır (52). 4857 sayılı iş kanunu kapsamında sözleşme esasıyla çalışan işçiler, Basın İş Kanunu, Deniz İş Kanunu ve Borçlar Kanunu kapsamında çalışan tüm işçiler GSS kapsamındadır. Sözleşmeleri kısmi zamanlı olan veya çağırılma usulüyle çalışan veya ev hizmetlerinde çalışanlar eksik günlerine ait GSS primlerini 30 güne tamamlamak şartıyla GSS kapsamına alınırlar. Çalışılmayan süreler için kurum tarafından gelir testi yapılır. Ayrıca ayda 10 günden az çalışması olan ticari taksi ve toplu taşıma araçları şoförleri, Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlene alanlarda çalışan sanatçılar 30 günlük prim esasında ödeme yaparak GSS kapsamına girebilirler. Tarım ve orman işçilerinden kamu sektöründe çalışanlar zorunlu sigortalı olarak kapsam dahilindedir. Özel sektörde sürekli iş sözleşmesiyle çalışan tarım işçileri ile süreksiz iş esasında çalışan tarım işçilerinden geliri düşük olmayanlar zorunlu, geliri düşük olanlar isteğe bağlıdır.

2-İşçi gibi değerlendirilenler: 5510 sayılı kanunun 5. maddesinde kısmi sigortalılardan bahsedilmiştir (52). Yurt dışında çalıştırılmak üzere götürülen işçiler, mesleki eğitim gören öğrenci ve kursiyerler, kısmi zamanlı çalışan üniversite öğrencileri bu kapsamdadır. Ayrıca çalışmakta olan maluller ve işsizlik ödeneği, kısa çalışma ödeneği veya iş kaybı tazminatı alanlar da kısmi sigortalı kapsamında GSS'den faydalanırlar. Yurt dışında çalışan işçiler ve yabancı uyruklu öğrenciler ile ilgili özel hükümler bulunmaktadır. Yasaya göre yurt dışında çalışılan ülke ile Türkiye arasında sosyal güvenlik sözleşmesi var ise işçiler bu sözleşmeyle bağlıdır. Ancak sosyal güvenlik sözleşmesi yok ise GSS hükümlerine tabidirler. Yabancı uyruklu öğrenciler ise kendi ülkelerinde tabi oldukları bir sosyal güvenlik sistemi (SGS) var ise Türkiye'de sigortalı olmasına gerek yoktur. Tabi oldukları bir SGS yok ise özel sağlık sigortası veya isteğe bağlı GSS ile sağlık hizmeti alabilirler.

3-Bağımsız çalışanlar: Kendi namına ve hesabına çalışanlar, köy ve mahalle muhtarları, gelir vergisi mükellefleri, gelir vergisinden muaf olmakla birlikte esnaf ve sanatkâr siciline sahip olanlar, şirket ortakları, tarımsal kazanç elde edenler, jokeyler ve antrenörleri GSS kapsamındadır.

4-Kamu görevlileri: Kamu görevlileri ve bağlı sigortalı kapsamında bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri, kamu görevlisi gibi değerlendirilen; profesyonel sendika yöneticileri,

sözleşmeli er ve erbaşlar, askeri öğrenciler, emniyet teşkilatı öğrencileri, ceza infaz kurumları ve tutukevleri memur adayları ve İş-Kur kursiyerleri GSS kapsamında hizmet almaktadır.

5-Sosyal sigorta geliri olan veya aylık alanlar: İş göremezlik geliri olanlar, vazife veya harp malullüğü aylığı alanlar, yaşlılık aylığı alanlar ve emekliler GSS kapsamındadır.

6-Bağlı sigortalılar: GSS kapsamında olan kişilerin bakmakla yükümlü oldukları resmi nikahlı eşleri, anne ve babaları, çocukları bağlı sigortalı kapsamında GSS’li sayılmaktadır. Ancak çocuklar için özel hükümler bulunmaktadır. Bu hükümlere göre 18 yaş altı tüm çocuklar, lise ve dengi veya çıraklık eğitimi almış çocuklar için 20 yaşına kadar, üniversite eğitimi alması sonucu 25 yaşına kadar bağlı sigortalı olarak ebeveynlerinden yararlanmaktadır.

7-Sosyal korumaya muhtaç vatandaşlar: Muhtaç yaşlı ve özürllüer ile onlara bakan kişiler, hakkında koruyucu tedbir kararı verilmiş şiddete uğrayan veya uğrama riski olan kişiler, tedavi edilen madde bağımlıları, şeref aylığı veya vatani hizmet aylığı alanlar, geçici köy korucuları, ödüllü sporcular ve eğitmenleri GSS kapsamındadır.

8-Türk vatandaşı olmayanlar: Çalışma izni olması koşuluyla Türkiye’ye çalışmak için gelmiş yabancılar, oturma izni alan yabancılar, vatansızlar ve mülteciler GSS kapsamına alınmışlardır.

9-Düşük gelirliler: Kurum tarafından yapılan gelir testi sonucunda aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık miktarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar düşük gelirli kabul edilir ve GSS kapsamına alınırlar. Yoksulluk durumunda değişiklik olan vatandaşların en geç bir ay içerisinde SGK’ya başvurmaları zorunludur.

10-Diğer kişiler: İlk 9 gruptan herhangi birine dahil olmayan ve yoksul kabul edilmeyen vatandaşlar varsıl sayılarak GSS kapsamına alınmışlardır.

İsteğe bağlı sigortalılar:

Kural olarak sigortalı olmayan kişiler bu hakka sahiptir. İsveç, İsviçre, Fransa ve İngiltere’de yaşayan ikili sosyal güvenlik sözleşmeleri bulunan vatandaşlar isteğe bağlı olarak prim ödeyip GSS kapsamına girebilmektedir. Ayda 10 günden az çalışma koşuluyla taksi ve toplu taşıma araçları sürücüler ve ev hizmetlerinde çalışanlar, sanatçılar, yurt dışında çalışan işçiler, tarımda süreksiz çalışan işçiler ve asgari ücretin altında geliri olan bağımsız çalışanlar isteğe bağlı olarak prim ödeyerek GSS kapsamında sağlık hizmeti alabilirler.

Genel sağlık sigortasından yararlan gruplar ve statüleri Tablo 4’te verilmiştir.

Tablo 4. Genel sağlık sigortası kapsamı (50)

Koruma Grubu	Statü
Zorunlu sigortalılar	-İşçi -Kamu personeli -Bağımsız çalışan
İşsizlik sigortası edimine hak kazananlar	-İşsizlik ödeneği alanlar -Kısa çalışma ödeneği alanlar -İş kaybı tazminatı alanlar
Geliri olan ve maaş alanlar	-Asli sigortalılar -Bağlı sigortalılar
Sosyal korumadan faydalananlar	-Sosyal yardım alanlar -Sosyal hizmetlerden ücretsiz faydalananlar -Sosyal tazmin alacaklıları -Sporcuyu teşvik maaşı alanlar -Düşük gelirliler
Türk vatandaşı olmayanlar	-Yabancılar -Sığınmacılar -Yurtsuzlar
Eğitim görenler	-Resmi öğrenciler -Bazı sivil öğrenciler -Talepte bulunan yabancı öğrenciler
İsteğe bağlı sigortalılar	-Yeni sigorta ilişkisi kuranlar -Zorunlu sigortanın boşluklarını dolduranlar
Diğerleri (varsıllar)	-Sayılanların dışında kalan fakat GSS kapsamına alınan kişiler

Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Koşulları

GSS'den yararlanmak için prim ödenmesi şarttır. GSS kapsamına girmeyen veya isteğe bağlı sigortaya dahil olmayan kişiler primlerini kendileri ödeyerek sağlık hizmetlerinden faydalanabilirler. Bu kişiler Sosyal Güvenlik Kurumu'na başvurarak gelir testi yaptırabilirler. Harcamaları, menkul/gayrimenkul malları da dikkate alınarak hane halkı gelirinin kişi başına düşen tutarı asgari ücretin üçte birinin altında bir tutar olarak tespit edilirse primleri devlet tarafından ödenerek sisteme dahil edilirler.

Genel sağlık sigortalısı olma durumu sona eren kişilerin devam etmekte olan tedavi hizmetleri şifa bulana kadar sürer. Sözleşme ile çalışanların GSS sona erdiği takdirde 10 gün boyunca GSS'den faydalanmaya devam ederler. Bu kişilerin geriye doğru bir yıl içerisinde 90 günlük zorunlu sigortalılık durumu varsa sigortalılık durumunu yitirdikleri andan itibaren 90 gün süreyle sağlık hizmetlerinden yararlanmaları mümkündür. Aşağıdaki hal ve durumlarda hiçbir koşul aranmaksızın sağlık hizmetinden yararlanılır. Bu haller;

- Acil durumlar
- Trafik kazası
- İş kazası ve meslek hastalığı
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar
- 18 yaşını doldurmamış kişiler
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç kişiler
- Koruyucu sağlık hizmetleri ve analık haline bağlı bazı sağlık hizmetleri
- Afet ve savaş hali ile grev ve lokavt hali

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Verilen Sağlık Hizmetleri

5510 sayılı kanununun 63. Maddesinde finansmanı kurum tarafından üstlenilecek sağlık hizmetleri düzenlenmiştir (52). Bu çerçevede sunulan sağlık hizmetleri;

- Koruyucu sağlık hizmetleri ve madde bağımlılığını önlemeye yönelik hizmetler, kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak hekim tarafından uygulanacak teşhis ve tedavi hizmetleri, bu hizmetlerin yerine getirilmesi sırasında yapılan laboratuvar tetkikleri ve diğer tanı yöntemleri, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku, kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, tıbbi bakım ve tedaviler,
- Analık sebebiyle hekim tarafından uygulanan teşhis ve tedavi hizmetleri, bu hizmetlerin yerine getirilmesi esnasında yapılan laboratuvar tetkikleri ve diğer tanı yöntemleri, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon, acil sağlık hizmetleri, tıbbi bakım ve tedaviler,
- Ağız ve diş muayenesi, ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için yapılan klinik muayeneler, tetkikler ve diğer tanı yöntemleri, tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekilmesi, konservatif diş tedavisi, kanal tedavisi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri ile ayrıca 18 yaşını doldurmamış

kişilerin ortodontik diş tedavileri, 18 yaşını doldurmamış 45 yaşını geçmiş kişilerin diş protezlerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarının %50'si olarak belirlenmiştir.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olmayan Sağlık Hizmetleri

İş kazası ve meslek hastalığına, hastalıklara, kazaya veya konjenital nedenlere bağlı ortaya çıkan durumlarda, vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan sağlık hizmetleri dışındaki her türlü estetik amaçlı sağlık hizmeti ve ortodontik diş tedavileri ile Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsat veya izin verilmeyen sağlık hizmetlerinin yanı sıra bakanlıkça sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen hizmetler GSS kapsamı dahilinde değildir.

Sigortalının Maddi Katkıda Bulunma Yükümlülüğü (Katılım Payları)

Genel sağlık sigortası sisteminin gereksiz yere kullanılmasının önüne geçmek amacıyla prim dışında ödeme türleri getirilmiştir. Ancak bu ödeme türlerinin esas sağlık hizmetlerini finanse etmek değil gereksiz ve aşırı kullanmanın engellenmesi amacıyla katılımcılardan katkı payı alınmasıdır. Bu katılım payları ve ödemeler şunlardır: Sağlık hizmetlerinde katılım payı, ortez, protez ve ilaç katılım payı, yataklı tedavide otelcilik fark ödemesi, öğretim üyesi fark ödemesi, sağlık hizmeti ilave ücreti, bedel farkı ödemesi ve istisnai sağlık hizmeti ilave ücreti.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde katılım payı alınmamaktadır. İkinci basamakta ayakta yapılan tedavilerde hekim ve diş hekimi için 2 TL katılım payı alınması kanunda belirtilmiştir. Kurum bu ücreti on katına kadar arttırmakta ve hizmet sunucuları için farklı belirlemeye yetkilidir. 2017 yılında ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları için katılım payı 6 TL, üniversiteler ile ortak kullanılan Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma hastaneleri için katılım payı 7 TL, üniversite hastanelerine bağlı üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucuları için 8 TL ve özel hizmet sunucuları için 15 TL'dir (4). İlk muayeneden sonraki 10 gün içinde aynı uzmanlık dalındaki farklı hizmet sunucularına yapılan başvurularda katılım payı 5 TL artırılarak alınmaktadır. Resmi hizmet sunucularında katılım payı eczaneler tarafından, özel hizmet sunucularında hizmet sunucusu tarafından tahsil edilir. Pasif ve bağlı sigortalıların katılım payı kurumca maaştan mahsup edilir.

Yatarak tedavilerde ise Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından tespit edilen sağlık hizmeti bedelinin %1'ine kadar, asgari ücretin dörtte birini aşmamak kaydıyla ve yıl içinde en fazla asgari ücrete kadar olmak şartıyla katılım payı alınmaktadır.

Yardımcı üreme tedavilerinde ise tedavi bedelinin ilk denemede %30'u ikinci denemede %25'i üçüncü denemede %20'si katılım payı olarak alınmaktadır.

Vücut dışı ortez ve protezlerde katılım payı %10-20 arasında değişmekle beraber kurum ÇSGB onayı ile bu oranı %1'e kadar indirmekte yetkilidir. Ayrıca sigortalıdan tahsil edilecek pay asgari ücretin %75'ini geçemez.

İlaç bedelleri için katılım payı oranı %10-20 arasında olmakla beraber kurumun %1'e kadar indirme yetkisi bulunmaktadır. Ayrıca reçetede yer alan 3 kutu ilaç için 3 TL, ekstra her kutu için de 1 TL daha katılım payı alınmaktadır. Yatarak tedavi halinde ilaçtan katkı payı alınmamaktadır.

Yatarak tedavide hasta ve refakatçisine kurumca belirlenen standardın üstünde yatak, temizlik, yemek vb. hizmetler sunulduğunda sağlık tesisi otelcilik ilave ücreti talep edebilmektedir. Bu ücret belirlenen hizmet bedelinin üç katını geçemez.

Öğretim üyesinden bizzat sağlık hizmeti almak isteyenler belirli şartlar ve kısıtlar dahilinde fark ödemesi yapmak zorundadır. Bu şartlardan ilki öğretim üyesinin yükseköğretim kurumlarına ait bir sağlık kuruluşunda çalışıyor olmasıdır. İkinci şart ise öğretim üyesinin mesai saatleri dışında bu hizmeti vermesi gerekmektedir. Bu ilave ücret kurumun belirlediği hizmet bedelinin polikliniklerde bir katını, diğer hizmetlerde yarısını geçemeyecektir. Alınacak ilave ücret her halde asgari ücretin iki katını geçemez.

Kurumla sözleşmeli vakıf hastanelerinde ve özel sağlık kuruluşlarında üst sınırını Bakanlar Kurulu'nun belirlediği ilave ücret alınabilmektedir. Ancak ilave ücret alınması için hizmet sunulmadan önce hasta bilgilendirilmeli ve yazılı onayı alınmalıdır.

Hayati önem taşıyan bir tedavi olmaması ve alternatif nitelikli sağlık hizmeti olması şartıyla suda doğum, çift balonlu enteroskopi gibi farklı tedavi seçeneklerinin tercih edilmesi halinde Sağlık Hizmetleri Fiyat Komisyonunun belirlediği hizmet bedelinin üç katını geçmemek şartıyla ilave ücret alınabilmektedir.

Eşdeğer ilaçlar ve optik ürünler için kurumun ödediği bedel ile piyasa fiyatı arasındaki fark sigortalılar tarafından ödenmektedir.

Katılım Payı Alınmayan Haller ve Sağlık Hizmetleri

Acil haller, afetler ve yıkımlar, askeri operasyonlarda sağlanan sağlık hizmetleri ve savaş hali gibi durumlarda verilen hizmetlerde katılım payı alınmamaktadır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri, aile hekimi muayeneleri, ortez ve protez haricindeki tıbbi sarf malzemeleri ve kontrol muayenelerinde katılım payı alınmamaktadır.

Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları

Sigortalılık durumuna göre GSS prim oranları tam sigortalı, kısmi sigortalı ve sadece GSS olarak üç gruba ayrılmıştır. Prim oranları 5510 sayılı kanunun 81. maddesinde düzenlenmiştir.

Tam sigortalılık uzun vadeli sigorta (UVS) olan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortasını (MYÖS), kısa vadeli sigorta (KVS) olan iş kazası ve meslek hastalığı sigortasını (İKMHS) ve genel sağlık sigortasını kapsar. İşçiler, kamu görevlileri ve bağımsız çalışanlar tam sigortalıdır. Bu gruptakilerin ödeyeceği UVS (MYÖS) prim oranı prime esas aylık kazancın yani prim matrahının %20'sidir. Kamu personelinin priminin %9'unu çalışanın kendisi %11'ini çalıştığı kamu kurumu öder. Kamu işçilerinde bu oran değişmez. Özel sektör işçilerinde ise yine %9'unu işçi öder. Kalan %11'in %6'sı işveren tarafından %5'i devlet tarafından ödenir. Bağımsız çalışanlar ise tamamını kendisi öder.

KVS(İKMHS) prim oranı işçiler ve bağımsız çalışanlar için %2'dir. Bağımsız çalışanlar bu primi kendisi öderken işçilerin primi ise işveren tarafından ödenir. Kamu personeline KVS yükümlülüğü bulunmamaktadır. Tam sigortalıların tamamı için GSS sigorta primi oranı %12,5'tir. Bağımsız çalışanlar tamamını kendisi öderken, işçiler ve kamu personeli %5'ini kendisi öder. Kalan %7,5 işveren tarafından ödenir.

Tam sigortalılarda ödenen toplam prim; işçiler ve bağımsız çalışanlar için prim matrahının %34,5'i, kamu görevlileri için %32,5'i kadardır. Bağımsız çalışanlar bu oranın tamamını kendisi öder. İşçiler ve kamu görevlileri ise %14'ünü kendisi öder.

Kısmi sigortalılarda UVS isteğe bağlıdır. Yurt dışında çalıştırılan işçilerin GSS primi oranı %5'i işçi %7,5'i işveren hissesi olmak üzere %12,5'tir. Çırak, stajyer, kısmi zamanlı çalışan veya meslek eğitimi gören öğrenciler %1 KVS ve %5 GSS olmak üzere toplam %6 oranında prim ödemek durumundadır. İş-Kur kursiyerleri %1 KVS ve %12,5 GSS olmak üzere %13,5 prime tabidir.

Yalnızca GSS primi ödeyenler ise %12 oranında yabancı öğrenciler, yabancılar işsizlik edimi alanlar, iş sözleşmesi askıya alınmış kamu çalışanları, hakkında koruyucu tedbir kararı verilenler ve diğerleridir. Stajyer avukatlar ise %6 oranında GSS primi ödemektedirler.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ÇALIŞMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısının ölçülmesi amacı ile planlanmıştır. Kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir araştırmadır.

ÇALIŞMANIN YERİ VE ZAMANI

Çalışma Edirne Kamu Hastaneleri Birliği'ne bağlı sağlık kurumlarında, Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı sağlık kurumlarında, Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ve 39. Bölge Edirne Eczacı Odası'na kayıtlı eczanelerde Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında yapıldı.

ÇALIŞMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Çalışma evrenini Edirne ilindeki sağlık çalışanları oluşturmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 2015 yılında yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 yayını verilerine göre Edirne ilinde toplam 3819 sağlık çalışanı olduğu saptandı (Ek 2). Örneklem hacminin hesaplanması sonucu %95 güven sınırında 349 sağlık çalışanı ile çalışmanın yürütülmesi planlandı. 351 katılımcıya ulaşılarak saha çalışması tamamlandı.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- H₁** : Sağlık çalışanlarının yaşı sağlık sigortası algısını etkiler.
- H_{1a}** : Sağlık çalışanlarının yaşı sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti kullanımını algısını etkiler.
- H_{0a}** : Sağlık çalışanlarının yaşı sağlık sigortası algısını etkilemez.
- H₂** : Sağlık çalışanlarının cinsiyeti sağlık sigortası algısını etkiler.
- H_{0b}** : Sağlık çalışanlarının cinsiyeti sağlık sigortası algısını etkilemez.

- H3** : Sağlık çalışanlarının eğitim durumu sağlık sigortası algısını etkiler.
- H3a** : Sağlık çalışanlarının eğitim durumu sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti finansmanı algısını etkiler.
- H0c** : Sağlık çalışanlarının eğitim durumu sağlık sigortası algısını etkilemez.
- H4** : Sağlık çalışanlarının mesleği sağlık sigortası algısını etkiler.
- H0d** : Sağlık çalışanlarının mesleği sağlık sigortası algısını etkilemez.
- H5** : Sağlık çalışanlarının en uzun süre çalıştığı kurum sağlık sigortası algısını etkiler.
- H0e** : Sağlık çalışanlarının en uzun süre çalıştığı kurum sağlık sigortası algısını etkilemez.
- H6** : Sağlık çalışanlarının gelir durumu sağlık sigortası algısını etkiler.
- H6a** : Sağlık çalışanlarının gelir durumu sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti kullanımını algısını etkiler.
- H0f** : Sağlık çalışanlarının gelir durumu sağlık sigortası algısını etkilemez.
- H7** : Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı sağlık sigortası algısını etkiler.
- H7a** : Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti finansmanı algısını etkiler.
- H0g** : Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı sağlık sigortası algısını etkilemez.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı değişkenler: Sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algıları, sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısının bileşenleri olan sağlık hizmeti finansmanı algısı ve sağlık hizmeti kullanımını algısı.

Bağımsız değişkenler: Sosyodemografik ölçütler ve sağlık sigortası algısına ilişkin ölçütler (yaş, cinsiyet, meslek, eğitim düzeyi, gelir durumu, bakmakla yükümlü olunan birey sayısı, en uzun süre çalışılan kurum).

VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırma verilerinin toplanmasında konuya ilişkin literatür taranarak; tez yöneticisinin bilgi ve deneyiminden yararlanılarak hazırlanan; Sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini ve sağlık sigortası algısını yansıtan “Sağlık Sigortası Algısı Ölçüm Skalası” kullanıldı (Ek 1).

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sağlık Sigortası Algısı Ölçüm Skalası

Sağlık sigortası algısı ölçüm skalası iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir durumu, mesleki deneyim, bakmakla yükümlü birey sayısı gibi sosyodemografik ölçütler bulunmaktadır. İkinci bölümde ise sağlık sigortası algısını ölçmeye yönelik 12 adet önerme yer almaktadır.

Önermelerde sağlık hizmetinin türü ve niteliği, hizmetin nasıl finanse edilebileceği, hizmet kullanıcılarının giderleri karşılama isteği, kamu ekonomisinin sağlık harcamalarını karşılama yeterliliği, hekim seçebilme hürriyeti, sevk zinciri uygulamasının gerekliliği, katılım payı oranları, uzman bilgisine güven ve vergi oranları sorgulanmaktadır.

Sağlık sigortası algısı ölçüm skalasında dörtlü Likert tipi ölçek kullanılmıştır. Deneklere önermelere katılma dereceleri sorulmuş ve sonuçların ölçümsel olması için önermelere 1 ile 4 arasında değerler verilmiştir. Katılma derecesi ve değeri Tablo 5’te verilmiştir.

Tablo 5. 4’lü Likert tipi ölçekte katılma dereceleri ve puanları

Katılma Derecesi	Puan
Kesinlikle Katılmıyorum	1
Katılmıyorum	2
Katılıyorum	3
Kesinlikle Katılıyorum	4

Deneklerin idari amirden ya da bünyesinde çalıştığı kurumdan çekinmesi sebebiyle kişisel düşüncelerini doğrudan aktaramaması, anket doldurmayı vakit kaybı olarak görmesi gibi sebeplerle 5’li Likert ölçeklerde kullanılan “kısmen, kararsızım” gibi belirsizliği yansıtan katılma derecesi ölçekten çıkartılmıştır.

Sağlık sigortası algısı ölçüm skalasında yer alan 12 önermeden 5’i (1.;3.;5.;6. ve 12. önermeler) sağlık hizmeti finansmanının kaynağına; 7’si (2.;4.;7.;8.;9.;10. ve 11. önermeler) sağlık hizmetinin kullanımına yönelik uygulamalara ilişkin önermelerdir. 3.;6. ve 12. önermelerde ölçeğin kontrolü ve yönü düşünülerek ters soru tekniği uygulanmıştır.

Ölçeğin güvenilirlik analizi için 40 sağlık çalışanına ön test uygulanmış, 15 gün aradan sonra aynı kişilere son test uygulanmıştır. Tablo 6’da görüldüğü gibi analiz sonucu ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,67 olarak ölçülmüştür.

Tablo 6. Güvenilirlik istatistiği

Cronbach's Alpha	,674
N	40

Sağlık sigortası algısı ölçüm skalasının faktör analizi örneklemden toplanan veriler ile yapılmıştır. Analiz sonucunda 7. önermenin 0,240 yük değerine 12. önermenin 0,041 yük değerine sahip olduğu görölmüş ve bu önermeler ölçekte istatistiksel sapma yarattığı için ölçekten çıkarılarak faktör analizi tekrarlanmıştır. Tekrarlanan faktör analizinde Tablo 7'de görüldüğü gibi KMO örneklem yeterliliği ölçüm değeri 0,686 olarak hesaplandığı için örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu, Bartlett's testi Ki Kare değeri 514,082 ve serbestlik derecesi 45 olup $p=0,000$ anlamlı olarak ($p<0,05$) bulunduğu için özgün korelasyon matrisi kimlik matrisi ile aynıdır hipotezi reddedildiğinden ölçek faktör analizi yapılmaya uygun bulunmuştur.

Tablo 7. KMO ve Bartlett's testi

	Z	df	p
Kaiser-Meyer-Olkin	,686		
Bartlett's Testi	514,082	45	,000

Ölçekte öz değeri 1'den büyük 2 faktör bulunmuştur. 1. faktör toplam varyansın %23,150'sini ikinci faktör ise %15,640'ını açıkladığı, iki faktörün birlikte toplam varyansın yaklaşık %39'unu (38,790) açıkladığı görölmüştür. Tablo 8'de önermeler ve faktörlerdeki yük değerleri verilmiştir.

Tablo 8. Önermeler ve faktörlerdeki yükleri

Önermeler	Sağlık Hizmeti Kullanımı Algısı	Sağlık Hizmeti Finansmanı Algısı
Önerme 8	,700	
Önerme 10	,661	
Önerme 4	,640	
Önerme 11	,625	
Önerme 2	,528	
Önerme 9	-,452	
Önerme 6		,763
Önerme 3		,609
Önerme 1		-,487
Önerme 5		-,484

Son haliyle ölçeğin değerlendirilmesi; 1,3,5 ve 6. önermeler sağlık sigortası algısı ölçüm skalasının sağlık hizmeti finansmanı algısı bileşeninde, 2,4,8,9,10 ve 11. önermeler skalanın sağlık hizmeti kullanımı algısı bileşeninde yer almaktadır. 7. önermenin ölçekten çıkarılmış olması sebebiyle sıralamanın düzgün olması için önerme numaraları birer sayı aşağı çekilmiştir. Örneğin 8 numaralı önerme bundan sonra önerme 7 olarak değerlendirilecektir. Ayrıca 3. ve 6. önermeler ters soru niteliği taşımaktadır ve istatistiksel analizlerde ters soru tekniği ile değerlendirilecektir.

Ölçekte toplam puan en düşük 10 puan en yüksek 40 puan arasında olup, ölçekteki her bir önerme 1 ile 4 puan arasındadır. 1,3,5 ve 6. önermelerin puanlarının toplanıp 4'e bölünmesiyle sağlık hizmeti finansmanı algısı bileşeni ortalama puanı, 2,4,7,8,9 ve 10. önermelerin puanlarının toplanıp 6'ya bölünmesiyle sağlık hizmeti kullanımı algısı bileşeni ortalama puanı, tüm önermelerin puanlarının toplanıp 10'a bölünmesiyle sağlık sigortası algısı ortalama puanı hesaplanmıştır. Uygulanan istatistiksel analizlerde bu üç ortalama test edilen hipoteze uygun olarak ayrı ayrı ya da birlikte kullanılmıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin analiz edilmesinde IBM SPSS 22.0 (authorization code: 0220f563a9d060b38b) paket programı kullanılmıştır. Bulgular bölümünde hangi testin ne amaçla kullanıldığı ayrıntılı olarak verilmekle birlikte çalışmada öncelikle Kolmogorov-Smirnov sınaması yapılmış test sonucu verilerin homojen dağılmadığı anlaşarak parametrik olmayan testlerle hipotezler değerlendirilmiştir. Parametrik olmayan istatistiksel anlamlılık testlerinden Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı, Mann-Whitney U Testi ve Kruskal Wallis Testi kullanılarak veriler analiz edilmiştir. Verilerin analizinde yüzde, ortalama, ortanca, en yüksek ve en düşük gibi parametrelerden de yararlanılmıştır.

VERİLERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRECİ

T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu 23.12.2015 tarih ve 23/01 numaralı etik kurul kararı ile çalışma için gerekli izin alındı (Ek 3). Uygulamaya başlamadan önce araştırmanın yürütüleceği kurumlardan gerekli izinler yazılı olarak alındı (Ek 4). Örnekleme alınan bireylerden sözlü olarak izin alındı. Veriler Ekim 2016-Ocak 2017 tarihleri arasında örnekleme oluşturan sağlık çalışanları ile 08.00 ile 16.00 saatleri arasında görüşme ve anket yolu ile toplandı. Her bir anketin yapılması yaklaşık 5-10 dakika sürdü.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışma evreninin tespit edilmesinde il bazında sağlık çalışanları sayısını gösteren T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından 2015 yılında yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014 yayını kullanılmıştır. Bu yayın 2014 yılı verilerini göstermektedir. Kurum tarafından 2016 yılında yayınlanan istatistik yıllığında 2015 verileri yer almasına rağmen illere göre dağılım yer almadığı, 2016 yılına ait istatistiklerin çalışmanın yürütüldüğü dönemde yayınlanmamış olması sebebiyle 2014 yılı verileri en güncel veri olarak kabul edilmek zorunda kalınmıştır.

Yayında Edirne ili genelindeki sağlık çalışanları sayısına yer verilmiş ancak il merkezi ve ilçelere göre personel dağılımı verilmemiştir. Bu sebeple il merkezi ve ilçelerin nüfuslarına bakılarak yüzdeler alınmış ve örneklem bu yöntemle kümelendirilmiştir.

Çalışmanın mesai saatleri içerisinde yürütülmesi, sağlık hizmetinin acil ve hayati önem taşıması, hastaların en kısa sürede şifa bulma arzusu gibi etkenler altında sağlık çalışanlarının önermeleri değerlendirdiği göz önünde bulunduruldu. Sonuçlar bu kısıtlılıklar çerçevesinde yorumlandı. Bu araştırma ile ilgilenen kişi, kurum ve kuruluşların söz konusu kısıtlılıkları göz önünde bulundurması gerektiği düşünülmektedir.

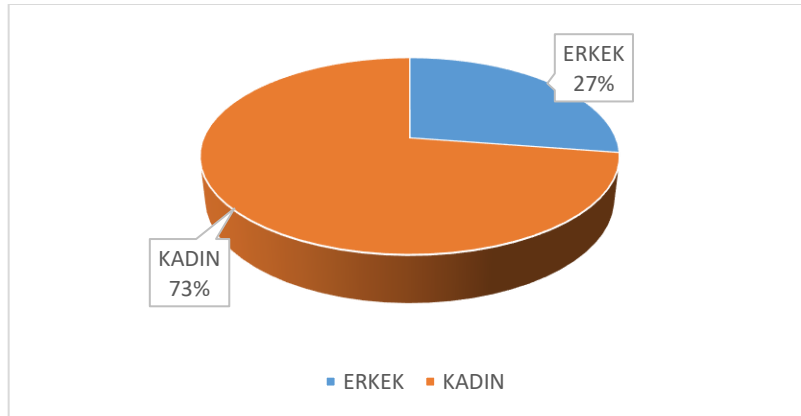
BULGULAR

KATILIMCILARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Tablo 9. Katılımcıların cinsiyet dağılımı

Cinsiyet	N	%
Erkek	96	27,4
Kadın	255	72,6
TOPLAM	351	100

Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %27,4'ünün erkek, %72,6'sinin kadın olduğu görülmektedir (Tablo 9, Şekil 1). Katılımcıların sağlık çalışanı olması; hemşirelik, ebellek gibi meslekleri daha çok kadınların tercih etmesi sebebiyle kadın katılımcı oranı yüksek çıkmıştır.

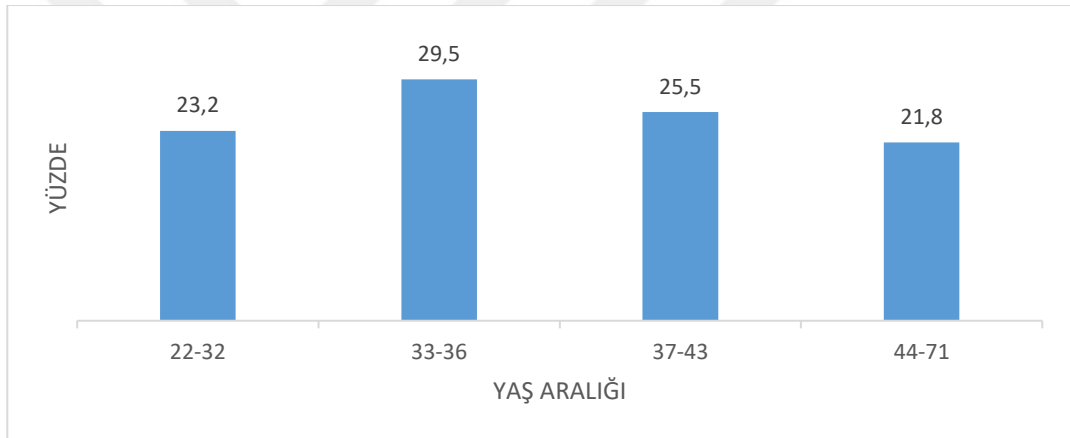


Şekil 1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı grafiği (%)

Tablo 10. Katılımcıların yaş aralıkları

Yaş Aralığı	N	%
22-32	81	23,2
33-36	103	29,5
37-43	89	25,5
44-71	78	21,8
TOPLAM	349	100

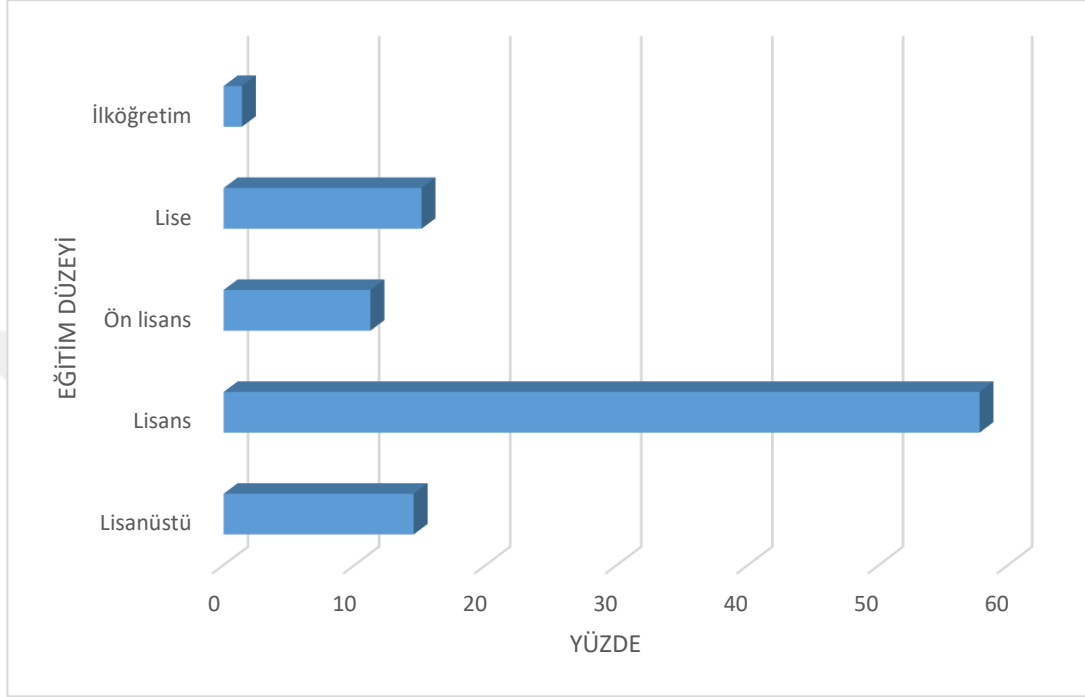
Katılımcıların yaş ortalaması $36,78 \pm 8,43$ ortanca yaş 36 olarak hesaplanmıştır. %23,2'si 22-32 yaş aralığında, %29,5'i 33-36 yaş aralığında, %25,5'i 37-43 yaş aralığında, %21,8'i de 44-71 yaş aralığındadır (Tablo 10, Şekil 2). En genç katılımcı 22 yaşında, en yaşlı katılımcı 71 yaşındadır. Ayrıca 2 katılımcı yaşını belirtmemiştir.

**Şekil 2. Katılımcıların yaş aralığı grafiği (%)****Tablo 11. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı**

Eğitim Durumu	N	%
İlköğretim	5	1,4
Lise	53	15,1
Ön lisans	39	11,2
Lisans	203	57,8
Lisansüstü	51	14,5
TOPLAM	351	100

Katılımcıların eğitim düzeyine bakıldığında %1,4'ünün ilköğretim mezunu, %15,1'inin lise mezunu, %11,2'sinin ön lisans mezunu, %57,8'inin lisans mezunu ve %14,5'inin lisansüstü programlardan mezun olduğu görülmüştür (Tablo 11, Şekil 3). Lisansüstü mezunu katılımcı sayısının bu kadar yüksek çıkmasının sebebinin hekimlerin tıp fakültesinde 6 yıl eğitim

görmeleri sebebiyle genellikle lisansüstü mezunu olduklarını kabul etmeleri olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın genel bilgilerinde değinildiği gibi sağlık çalışanlarının iyi eğitilmiş uzman kişiler oluşu katılımcı profiline de yansımıştır. Katılımcıların %72,3'ü lisans ve lisans üstü derecede eğitim düzeyine sahiptir.

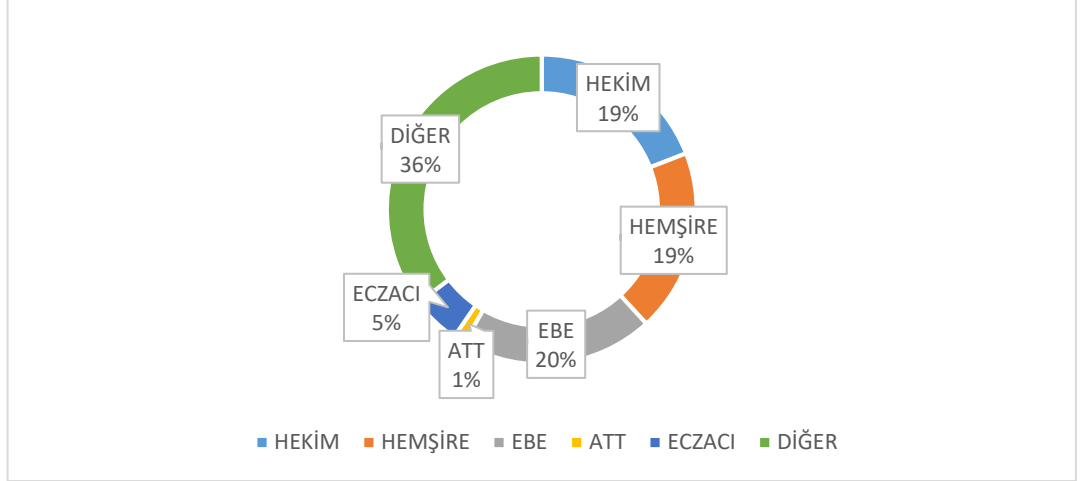


Şekil 3. Katılımcıların eğitim durumu grafiği (%)

Tablo 12. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı

Meslek	N	%
Hekim	57	19,1
Hemşire	57	19,1
Ebe	71	20,2
Att	4	1,2
Eczacı	18	5,1
Diğer	124	35,3
TOPLAM	351	100

Katılımcıların %19,1'i hekim, %19,1'i hemşire, %20,2'si ebe, %1,2'si acil tıp teknisyeni, %5,1'i eczacı, %35,3'ü ise sağlık memuru, tıbbi sekreter, tekniker, idari personel, hizmetli gibi tıbbi hizmet sunmayan sağlık çalışanlarından oluşmaktadır (Tablo 12, Şekil 4). Diğer kategorisinin toplamın yaklaşık üçte birini oluşturmasının sebebi de söz konusu çeşitliliğidir.

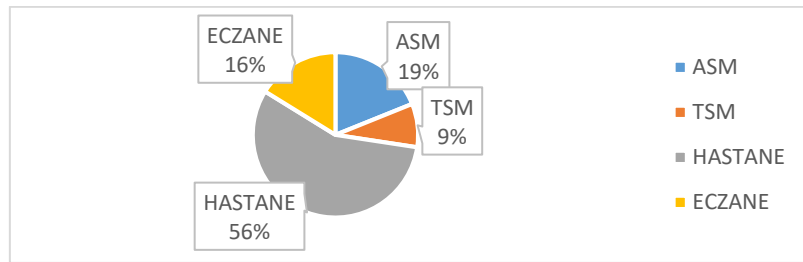


Şekil 4. Katılımcıların mesleki dağılım grafiği (%)

Tablo 13. Katılımcıların en uzun süre çalıştıkları kuruma göre dağılımı

Kurum	N	%
Aile Sağlığı Merkezi	66	18,9
Toplum Sağlığı Merkezi	30	8,5
Hastane	198	56,4
Eczane	57	16,2
TOPLAM	351	100

Katılımcıların en uzun süre çalıştıkları kurumlara göre dağılımları; %18,9'u aile sağlığı merkezi, %8,5'i toplum sağlığı merkezi, %56,4'ü hastane, %16,2'si eczane şeklindedir (Tablo 13, Şekil 5).

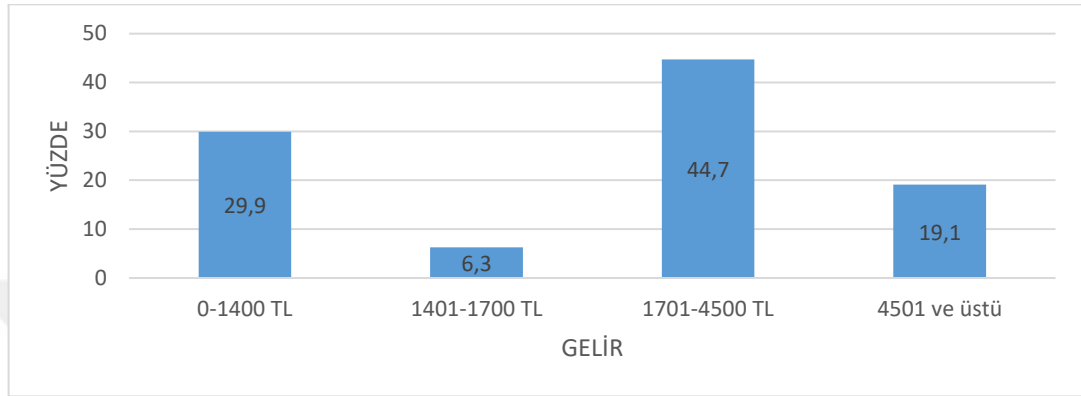


Şekil 5. Katılımcıların kurumlara göre dağılımı grafiği (%)

Tablo 14. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı

Gelir Durumu	N	%
0-1400 TL	105	29,9
1401-1700 TL	22	6,3
1701-4500 TL	157	44,7
4501 TL ve üstü	67	19,1
TOPLAM	351	100

Katılımcıların gelir durumunun kategorilendirilmesinde dört kişilik bir ailenin açlık ve yoksulluk sınırı, tek kişinin geçim maliyeti gibi veriler dikkate alınmıştır. Katılımcıların %29,9'u açlık sınırının altında, %6,3'ü açlık sınırı ile tek kişilik geçim maliyeti arasında, %44,7'si tek kişilik geçim maliyeti ile yoksulluk sınırı arasında, %19,1'i yoksulluk sınırının üstünde aylık gelire sahiptir (Tablo 14, Şekil 6).



Şekil 6. Katılımcıların gelir durumu grafiği (%)

Tablo 15. Katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılarına göre dağılımı

Bakmakla Yükümlü Kişi Sayısı	N	%
1 kişi	54	15,7
2 kişi	94	27,2
3 kişi	83	24
4 kişi	101	29,3
5 kişi	13	3,8
TOPLAM	345	100

Katılımcıların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri sayısı Tablo 15'te verilmiştir. Ayrıca 6 katılımcı bu bölümü değerlendirmemiştir.

KATILIMCILARA YÖNELTİLEN ÖNERMELERE İLİŞKİN BULGULAR

Katılımcılara kamusal sağlık sigortası argümanlarını içeren 10 adet önerme yöneltilerek bu önermelere katılma dereceleri sorulmuştur. Ne ölçüde katıldıkları kamusal sağlık sigortasını destekleme derecelerini ölçümsel olarak göstermektedir. Ayrıca iki önerme ters soru mantığıyla yöneltilerek hem skalanın kontrolü hem de katılımcıların cevaplarındaki kararlılık sorgulanmıştır. Bu bölümde her önermeye ait bulgular ayrı ayrı değerlendirecektir. Katılımcının verebileceği en düşük puan 1, en yüksek puan 4 olduğu için 2,5 puanın üzerindeki her puan kamusal kaynaklarla sağlık hizmetlerinin finansmanının sağlanması gereğini ve katılımcının sağlık sigortasının kamusal olma arzusunu ifade etmektedir.

Tablo 16. Katılımcıların önermeleri değerlendirme dereceleri (puan)

Önermeler	N	Puan			
		Min	Max	Ortalama	Std. Sapma
Önerme 1	351	1	4	3,60	0,67
Önerme 2	351	1	4	3,13	1,03
Önerme 3	351	1	4	3,31	0,85
Önerme 4	351	1	4	2,99	0,88
Önerme 5	351	1	4	2,94	0,94
Önerme 6	351	1	4	3,25	0,86
Önerme 7	351	1	4	2,30	1,05
Önerme 8	351	1	4	2,86	0,75
Önerme 9	351	1	4	2,60	0,94
Önerme 10	351	1	4	3,17	0,76

Önerme 1: Sağlık hizmeti kamusal hizmettir ve öyle kalmalıdır.

Bu önermede sağlık hizmetinin finansmanının ve sunumunun devlet tarafından sağlanması, sosyal devlet ilkesi gereği sağlık hizmetinin kamusal bir hizmet olarak kabul edilmesi, sağlık sigortasının da bu esasta kamusal kaynaklar tarafından oluşturulması ve sürdürülmesi durumu sorgulanmaktadır. Araştırma ölçeğinin sağlık hizmeti finansmanı faktörü içerisinde yer almaktadır. Tablo 16’da görüldüğü üzere katılımcıların önermeye verdikleri ortalama puan $3,60 \pm 0,67$ olarak hesaplanmıştır. Bu veri değerlendirildiğinde katılımcıların algısı çok yüksek oranda sağlık hizmetinin kamusal bir hizmet olduğu ve böyle sürdürülmesi gerektiği yönündedir ($3,6 > 2,5$).

Önerme 2: Devlet kurumları sağlık sigortam için gelirimden kesinti yapmasın ve prim almasın.

Bu önermede sağlık sigortasının devlet eliyle sağlanması ancak vatandaştan kesinti yapılmaması durumu sorgulanmaktadır. Sağlık hizmetinin devlet açısından finansmanı, vatandaş açısından kullanımı ile ilgili bir önerme olduğu için araştırma ölçeğinin sağlık hizmetinin kullanımı faktörü içerisinde yer almaktadır. Sağlık hizmeti finansmanının prim yoluyla değil genel bütçeden karşılanmasını ifade etmektedir. Ancak bilinmesi gerekir ki bütçe sağlık giderlerini karşılayamaz hale geldiğinde vatandaşın ödeyeceği vergi oranları yükseltmek zorundadır. Tablo 16’da görüldüğü gibi katılımcıların bu önermeye verdikleri ortalama puan $3,13 \pm 1,03$ olarak ölçülmüştür. Bu sonuçtan anlaşıldığı üzere katılımcıların algısı vergilerle finanse edilen sağlık hizmetini kullanma yönündedir. ($3,13 > 2,50$)

Önerme 3: Sağlık hizmeti giderlerimi kendim karşılayabilirim.

Araştırma ölçeğinin sağlık hizmeti finansmanı faktörü içerisinde yer alan bu önermede katılımcının sağlık hizmeti giderlerini cepten ödeme ya da özel sağlık sigortaları aracılığı ile karşılama arzusu sorgulanmaktadır. Önermenin orijinal halinde ortalama puanı düşüktür. Bu sebeple katılımcının sağlık hizmeti masraflarını kendisinin ödemek istemediği anlaşılmaktadır. Önermede ölçeğin kontrolü ve yönü değerlendirilerek ters soru tekniği kullanılmıştır. Bu teknikle analiz edildiğinde önermenin ortalama puanı $3,31 \pm 0,85$ olarak ölçülmüştür ($3,31 > 2,5$).

Önerme 4: İstedğim doktora istediğim kadar muayene olmak istiyorum.

Sağlık hizmetinin kullanımı faktöründe yer alan bu önermede sorgulanan konu katılımcıların limitsiz bir sağlık sigortası mı yoksa kullanımı kısıtlı hatta bölgesel bir sağlık sigortası mı istediğidir. Tablo 16'da görüldüğü üzere katılımcıların bu önermeye verdikleri ortalama puan $2,99 \pm 0,88$ olarak ölçülmüştür. $2,99 > 2,50$ olduğuna göre katılımcılar 1. önerme kadar güçlü olmasa da 'katılıyorum' derecesinde limitsiz bir sağlık sigortası arzusundadır.

Önerme 5: Devletin ekonomik durumu sağlık harcamalarını karşılamakta yeterlidir.

Sağlık hizmetinin finansmanı faktöründe yer alan bu önermede kamusal kaynakların sağlık harcamalarını karşılayabilme yeterliliği sorgulanmaktadır. Tablo 16'dan anlaşılacağı üzere $2,94 \pm 0,94$ ortalama puan ile katılımcıların bu konudaki algısı devletin sağlık harcamalarını karşılayabilecek ekonomik güce sahip olduğu yönündedir. ($2,94 > 2,50$)

Önerme 6: Kamu sağlık sigortası için gerekirse teknoloji, gıda ve tekstil ürünlerinin KDV oranı artırılabilir.

Katılımcıların kamusal sağlık sigortası arzusunda olmaları durumunda zamanla vergi yüklerinin artmasının kaçınılmaz olacağının farkında olup olmadıklarının sorgulandığı önermedir. Araştırma ölçeğinin sağlık hizmetinin finansmanı faktöründe yer almaktadır. En sık kullanılan dolaylı vergilerden birisi olan KDV, vatandaşların ürün ya da hizmeti satın aldığı anda vergisini ödemesi prensibiyle işler. Bu sebeple tahsili kolaydır. Sağlık hizmetinin finansmanında kamusal kaynaklar yetersiz kaldığında devletin bu tür vergilerde oranları yükselteceği öngörülmektedir. Katılımcıların bu konuda bilinçli olup olmadığı bu önerme ile ölçülmüş; vergi yükünün artmasına razı olmadıkları, farkındalık düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür. 3. önermede kullanılan ters soru tekniği aynı sebeplerle bu önermede de kullanılmıştır. Bu teknikle analiz edilen önermenin ortalama puanı $3,25 \pm 0,86$ olarak ölçülmüştür. ($3,25 > 2,5$)

Önerme 7: Katılım payı/ücret ASM ve hastanelerde aynı oranda olmalıdır.

Önermenin amacı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında düzeyine bakılmaksızın aynı katılım payının alınması isteğinin ölçülmesidir. Bu sebeple önerme

araştırma ölçeğinin sağlık hizmetinin kullanımı faktöründe yer almıştır. Tablo 16'ya bakıldığında önermenin ortalama puanı $2,30 \pm 1,05$ olarak ölçülmüştür. $2,30 < 2,50$ olduğuna göre katılımcıların bu önermeye katılmadıkları anlaşılmaktadır. Sonuç olarak katılımcıların farklı seviyelerdeki sağlık hizmetleri için farklı tutarlarda katılım payı ödemek istedikleri anlaşılmaktadır.

Önerme 8: Aile hekimimin bilgisine güvenirim.

Önerme sevk zinciri sisteminin etkililiğinin ve hekime güvenin ölçülmek istendiği bir önermedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin kullanımı faktöründe yer almaktadır. Tablo 16'da görülen ortalama puan $2,86 \pm 0,75$ olarak ölçülmüştür. Anlaşıldığı üzere katılımcıların hekime ve sevk zinciri sistemine güveni 'katılıyorum' seviyesindedir. Aile hekimliği sistemi ve sevk zinciri sistemi kamusal sağlık hizmetleri kapsamında değerlendirildiğine göre ve $2,86 > 2,50$ olması sebebiyle önermeden kamusal zeminde bir sağlık hizmeti arzusu olduğu anlaşılmaktadır.

Önerme 9: Hastaneden sağlık hizmeti aldığımda daha hızlı şifa bulurum.

Katılımcıların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmeyip doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarını tercih etme algısını ölçen önermedir. Bu sebeple önerme sağlık hizmetinin kullanımı faktöründe değerlendirilmiştir. Tablo 16'da görüldüğü üzere önermenin ortalama puanı $2,60 \pm 0,76$ olarak ölçülmüştür. $2,60 > 2,50$ olması sebebiyle sınıra yakın seviyede olsa da katılımcıların, kamusal sağlık sigortasının önemli argümanı sayılan sevk zinciri sistemine razı oldukları görülmektedir.

Önerme 10: Sağlık hizmeti devlet tarafından istediğim şekilde ve istediğim kadar verilsin.

Doğrudan sağlık hizmetinin kullanımına yönelik bir önermedir. Tablo 16'da önermenin ortalama puanı $3,17 \pm 0,76$ puan ile skalanın yüksek skor alan önermelerinden birisidir. $3,17 > 2,5$ olduğuna göre katılımcılar 'kesinlikle' seviyesinde finansmanı ve sunumu devlet tarafından gerçekleştirilen bir sağlık hizmeti sistemi arzulamaktadır.

ÇALIŞMA HİPOTEZLERİNİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ SONUCU ELDE EDİLEN BULGULAR

Hipotezler test edilmeden önce verilerin homojen yani normal dağılım gösterip göstermediğini anlamak için Tablo 17'de görüldüğü üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Testin sonucunda asimptotik önem $p=0,000$ bulunmuştur. $p < 0,05$ olduğu için verilerin normal dağılım göstermediği anlaşılmıştır. Bu sebeple hipotezleri test ederken parametrik olmayan istatistiksel anlamlılık testleri kullanılmıştır.

Tablo 17. Verilerin dağılımı testi (Kolmogorov-Smirnov testi)

	Sağlık Hizmeti Finansmanı Algısı	Sağlık Hizmeti Kullanımı Algısı	Sağlık Sigortası Algısı
Test İstatistiği	,117	,169	,110
p	,000^c	,000^c	,000^c

H₁: Sağlık çalışanlarının yaşı sağlık sigortası algısını etkiler.

H_{1a}: Sağlık çalışanlarının yaşı sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti kullanımı algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının yaşı ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişkiyi anlamak için parametrik olmayan testlerden Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır. Tablo 18'den anlaşılacağı üzere test sonucunda sağlık çalışanlarının yaşı ile sağlık sigortası algısı ($p=0,065$) ve sağlık hizmeti finansmanı algısı ($p=0,433$) arasında önemli bir ilişki bulunamamıştır. Sağlık çalışanlarının yaşı ile sağlık hizmeti kullanımı algısı arasında %99,1 güvenirlikle negatif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür. Önem (p) $p=0,009$ olarak ($p<0,05$); korelasyon katsayısı (r) $r=-0,139$ olarak ($-0,5\leq r<0$) bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının yaşı ile sağlık sigortası algısı arasında sağlık hizmetinin kullanımı algısı açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durumda H_{1a} hipotezi kabul edilmiş, H_1 hipotezi kısmen kabul edilmiş, H_{0a} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 18. Sağlık çalışanlarının yaşları ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Spearman korelasyon testi)

	Sağlık Hizmeti Finansmanı Algısı	Sağlık Hizmeti Kullanımı Algısı	Sağlık Sigortası Algısı
r	,042	-,139	-,099
p	,433	,009	,065

H₂: Sağlık çalışanlarının cinsiyeti sağlık sigortası algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının cinsiyeti ile sağlık sigortası algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Tablo 19'da görüldüğü üzere test sonucunda $p=0,002$ olarak bulunmuştur. $p<0,05$ olması sebebiyle anlamlı ilişki bulunmuş ancak parametrik olmayan test ile analiz edildiği için grupların ortancaları hesaplanmıştır. Erkek sağlık çalışanlarının ortancası 3 puan olarak kadın sağlık çalışanlarının ortancası 3,1 puan olarak ölçülmüştür. Sonuçta cinsiyete göre sağlık sigortası algısı ortancaları arasında %99,8 güvenirlikle anlamlı ilişki vardır. Kadın sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısı ortanca puanı erkek sağlık

çalışanlarının ortanca puanından %10 daha fazladır. Bu durumda H_2 hipotezi kabul edilmiş, H_{0b} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 19. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Mann-Whitney U testi)

Cinsiyet	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Erkek	96	149,31	14334,00			
Kadın	255	186,05	47442,00	9678,000	-3,036	,002
Toplam	351					

H₃: Sağlık çalışanlarının eğitim durumu sağlık sigortası algısını etkiler.

H_{3a}: Sağlık çalışanlarının eğitim durumu sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti finansmanı algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile sağlık sigortası algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile sağlık sigortası algısı ($p=0,116$) ve sağlık hizmeti kullanımı algısı ($p=0,100$) arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile sağlık hizmeti finansmanı algısı arasında anlamlı ilişki saptanmış ve Tablo 20’de görüldüğü gibi test sonucunda $p=0,044$ olarak hesaplanmıştır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun bulunması için çoklu karşılaştırma tablosuna bakılmıştır. Tablodan hangi gruplar arasında fark olduğu anlaşılamadığı için grupların ortancaları hesaplanmıştır.

Lisansüstü eğitimi olan sağlık çalışanlarının ortanca puanı 3,5 diğer grupların ortanca puanı 3,25 olarak ölçülmüştür. Lisansüstü düzeyde eğitilmiş sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti finansmanı algısı ortanca puanı diğer gruplardan %25 daha fazladır. Sonuçta eğitim durumuna göre sağlık hizmeti finansmanı algısı ortanca puanı arasında %95,6 güvenirlikle anlamlı ilişki vardır. Bu durumda H_{3a} hipotezi kabul edilmiş, H_3 hipotezi kısmen kabul edilmiş, H_{0c} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 20. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Kruskal Wallis testi)

	Eğitim Durumu	N	S.O.	Z	df	p
Sağlık Hizmeti Finansmanı Algısı	İlköğretim	5	133,20			
	Lise	53	156,69			
	Önlisans	39	186,83	9,819	4	,044
	Lisans	203	171,33			
	Lisansüstü	51	210,55			
	Toplam		351			

H₄: Sağlık çalışanlarının mesleği sağlık sigortası algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının mesleği ile sağlık sigortası algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Test sonucu sağlık çalışanlarının mesleği ile sağlık sigortası algısı arasında anlamlı ilişki saptanmış ve Tablo 21’de görüldüğü gibi test sonucunda $p=0,046$ olarak hesaplanmıştır ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun bulunması için çoklu karşılaştırma tablosuna bakılmıştır. Tablodan hangi gruplar arasında fark olduğu anlaşılamadığı için grupların ortancaları hesaplanmıştır. Sağlık çalışanlarının mesleğine göre sağlık sigortası algısı ortalama puanları 2,7 ile 3,1 arasında değişkenlik göstermektedir. En düşük ortalama puan ile en yüksek ortalama puan arasında %40’lık fark bulunmaktadır. Sonuçta sağlık çalışanlarının mesleği ile sağlık sigortası algısı arasında %95,4 güvenirlikle anlamlı ilişki vardır. Bu durumda H₄ hipotezi kabul edilmiş, H_{0d} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 21. Sağlık çalışanlarının mesleği ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki

	Meslek	N	S.O.	Z	df	p
Sağlık Sigortası Algısı	Hekim	67	172,19			
	Hemşire	67	178,16			
	Eczacı	18	118,22			
	Ebe	71	171,89	11,305	5	,046
	Att	4	93,13			
	Diğer	124	190,31			
	Toplam		351			

H₅: Sağlık çalışanlarının en uzun süre çalıştığı kurum sağlık sigortası algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının en uzun süre çalıştığı kurum ile sağlık sigortası algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Test sonucunda $p=0,247$ olarak hesaplanmıştır.

$p > 0,05$ olduğuna göre sağlık çalışanlarının en uzun süre çalıştığı kurum ile sağlık sigortası algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Sonuç olarak H_5 hipotezi reddedilmiş, H_{0e} hipotezi kabul edilmiştir.

H₆: Sağlık çalışanlarının gelir durumu sağlık sigortası algısını etkiler.

H_{6a}: Sağlık çalışanlarının gelir durumu sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti kullanımı algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının gelir durumu ile sağlık sigortası algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını anlamak için parametrik olmayan testlerden Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Test sonucunda sağlık çalışanlarının gelir durumu ile sağlık sigortası algısı ($p=0,242$) ve sağlık hizmeti finansmanı algısı ($p=0,174$) arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir. Sağlık çalışanlarının gelir durumu ile sağlık hizmeti kullanımı algısı arasında anlamlı ilişki tespit edilmiş ve Tablo 22’de görüldüğü gibi test sonucunda $p=0,003$ olarak hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun bulunması için çoklu karşılaştırma tablosuna bakılmıştır. Tablodan anlamlı farklılığın, 4501 TL ve üstü gelir grubu ile 1701-4500 TL gelir grubu ve 0-1400 TL gelir grubu arasında olduğu anlaşılmıştır. Bu iki gelir grubu ile 4501 TL ve üstü gelir grubu arasındaki anlamlı farklılığın daha net tespit edilebilmesi için ayrı ayrı Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Tablo 23’e bakıldığında test sonucu 4501 TL ve üstü gelir grubu ile 1701-4500 TL gelir grubu arasında %99,9 güvenirlikle anlamlı fark bulunmuş ($p=0,001$); Tablo 24’e bakıldığında test sonucu 4501 TL ve üstü gelir grubu ile 0-1400 TL gelir grubu arasında %99 güvenirlikle anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,010$). Grupların ortanca puanları incelendiğinde 4501 ve üstü gelire sahip sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti kullanımı algısı ortanca puanının (2,66 puan) diğer gelir gruplarının ortanca puanından (3 puan) %34 daha düşük olduğu anlaşılmıştır. Sonuçta sağlık çalışanlarının gelir durumu ile sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti kullanımı algısı arasında %99,7 güvenirlikle anlamlı ilişki vardır. Bu durumda H_{6a} hipotezi kabul edilmiş, H_6 hipotezi kısmen kabul edilmiş, H_{0f} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 22. Sağlık çalışanlarının gelir durumu ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Kruskal Wallis testi)

	Gelir Grubu	N	S.O.	Z	df	p
Sağlık Hizmeti Kullanımı Algısı	0-1400 TL	105	183,51			
	1401-1700 TL	22	141,84	13,912	3	,003
	1701-4500 TL	157	190,26			
	4501 TL ve üstü	67	142,03			
	Toplam	351				

Tablo 23. Mann-Whitney U testi (gelir grupları)

Gelir Grubu	N	S.O.	S.T.	U	Z	p
1701-4500 TL	157	121,79	19121,50			
4501 TL ve üstü	67	90,72	6078,50	3800,500	-3,321	,001
Toplam	224					

Tablo 24. Mann-Whitney U testi (gelir grupları)

Gelir Grubu	N	S.O.	S.T.	U	Z	p
0-1400 TL	105	94,25	9896,00			
4501 TL ve üstü	67	74,36	4982,00	2704,000	-2,572	,010
Toplam	172					

H₇: Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı sağlık sigortası algısını etkiler.

H_{7a}: Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı sağlık sigortası algısının bileşeni olan sağlık hizmeti finansmanı algısını etkiler.

Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişkiyi anlamak için parametrik olmayan testlerden Spearman Korelasyon Testi uygulanmıştır. Tablo 25'ten anlaşılacağı üzere test sonucunda sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı ile sağlık sigortası algısı ($p=0,180$) ve sağlık hizmeti kullanımı algısı ($0,986$) arasında istatistiksel açıdan önemli bir ilişki bulunamamıştır. Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı ile sağlık hizmeti finansmanı algısı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmüştür. $p=0,010$ olarak ($p<0,05$); korelasyon katsayısı $r=0,138$ olarak ($0<r\leq 0,5$) bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı ile sağlık sigortası algısı arasında sağlık hizmetinin finansmanı algısı açısından anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durumda H_{7a} hipotezi kabul edilmiş, H_7 hipotezi kısmen kabul edilmiş, H_{0g} hipotezi reddedilmiştir.

Tablo 25. Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Spearman Korelasyon testi)

	Sağlık Hizmeti Finansmanı Algısı	Sağlık Hizmeti Kullanımı Algısı	Sağlık Sigortası Algısı
r	,138	,001	,072
p	,010	,986	,180

Tablo 26. Tanımlayıcı istatistikler

		Sağlık Hizmeti Finansmanı Algısı	Sağlık Hizmeti Kullanımı Algısı	Sağlık Sigortası Algısı
N	Geçerli	351	351	351
	Geçersiz	0	0	0
Ortalama		3,28±0,82	2,84±0,47	3,01±0,38
Medyan		3,25	3,00	3,10
Toplam Puan		4606	5991	10597

Örneklemden elde edilen verilere Tablo 26’da yer verilmiştir. Sağlık sigortası algısı ortalama puanı 3,01±0,38 olarak hesaplanmıştır. 3,01>2,5 olduğuna göre sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısı kamu sağlık sigortası yönünde ve ortalama puanın üzerindedir.

TARTIŞMA

Çağdaş sosyal güvenlik sistemleri irdelendiğinde, sistemin en önemli ayaklarından birinin sağlık sigortası olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık sigortasının bireylere sunulmasında piyasa ekonomisi ve kamu ekonomisi olmak üzere iki alternatif mevcuttur. Kişi başına düşen milli geliri yüksek olan gelişmiş ülkelerde sağlık sigortası, piyasa ekonomisi eliyle yürütülürken, az gelişmiş ve ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık sigortasının genellikle kamu ekonomisi aracılığı ile sağlandığı görülmektedir.

Çalışmamızda vatandaşların sağlık sigortası algısının kamusal sigorta yönünde mi yoksa özel sigorta yönünde mi olduğunun incelenmesi planlanmıştır. Ancak çalışma evreni Edirne ili sağlık çalışanları olan bu araştırmanın ilk saha bulgularında katılımcıların özel sağlık sigortasına ilişkin önermeleri tam anlamıyla kavrayamadıkları görülmüştür. Bu durumun sebebi literatürde araştırılarak ve sahada görüşmeler yapılarak anlaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmalar sonucunda ülkemizde sağlık sigortacılığının yıllardır çoğunlukla kamu eliyle yürütülmesi ve katılımcıların çoğunun kamu kurumlarında hizmet sunucusu durumunda olması nedeniyle özel sigortacılığın anlaşılamadığı görülmüştür. Bu nedenle çalışmaya kamusal sağlık sigortası algısı esas alınarak devam edilmiş ve bazı bulgulara ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısının, kamusal kaynaklarla finanse edilen bir sağlık sigortacılığı sistemi yönünde olduğu ölçülmüştür. Ayrıca sağlık sigortası algısının; kadınlarda daha yüksek olduğu, yaş ilerledikçe azaldığı, lisansüstü eğitimi olan bireylerde daha yüksek olduğu, aylık geliri yoksulluk sınırının üzerinde olan bireylerde daha düşük olduğu, hane halkı sayısının artmasına paralel olarak algının da yükseldiği bulgularına ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarının sosyal sağlık sigortası algısı ve isteği genel ortalama olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Çalışmada aynı zamanda katılımcıların

vergi bilinci ölçülmüş; vatandaşların sosyal sağlık sigortasının sürdürülmesi için vergi ve prim oranlarının artmasına razı olmadıkları, sosyal sağlık sigortası finansmanı konusunda sağlık çalışanlarının bilinçli olmadıkları görülmüştür. Bu alanda çalışma yapmayı düşünen araştırmacıların çok daha fazla katılımcı ile çalışmayı yürütmesi sonucunda farklı sonuçlara ulaşılabileceği düşünülmektedir.

Benzer çalışmalar incelendiğinde SGK İzmir İl Müdür Yardımcısı Vekili Yılmaz TOPCUK, sosyal güvenlik sisteminin sağlık sigortası için yaptığı harcamaların gittikçe arttığını, bu durumun da sistemin sürdürülebilirliğini tehdit ettiğini ileri sürmüştür. Çözüm önerisi olarak da sosyal güvenlik sistemini rahatlatacak olan tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarının yaygınlaşması gerektiğini savunmuştur (53).

Lister ise kitabında kamusal sağlık sigortası reformlarının Türkiye de dahil olmak üzere yoksulları ve sosyal korunma gereksinimi olan vatandaşları kapsamaktan uzak olduğunu, bu amaçla yapılan reformların sistemi iyileştirme çabalarından ziyade kar oranını arttırmayı ve tıbbi teknoloji ve ilaç giderlerini yükseltmeyi hedeflediğini ileri sürmüştür (54).

Erol ve Özdemir'e göre prim borcu olanların Genel Sağlık Sigortası'ndan faydalanamamasının kanunda belirtilmesi, kamusal sağlık sigortasının toplumun tamamını kapsama iddiasını çürütmektedir (55). Ayrıca Ataay, yeni kamusal sağlık sigortası sisteminde vatandaşların hem kamusal sağlık hizmeti sunucularından hem de ek ödeme yapmak şartıyla özel sağlık kurumlarından faydalandığını, bunun sonucunda sistemin kamusal değil yarı kamusal bir sağlık sigortası sistemi olduğunu belirtmiştir (56).

Gökbunar ve Koç'un hazırladığı çalışmaya göre sağlık hizmeti harcamaları giderek artacak ve bu bağlamda kamusal sağlık sigortasının kapsamı zamanla daralacaktır. Kamusal sağlık sigortası kapsamının daralması sonucunda vatandaşlar gelirine göre özel sağlık sigortası paketlerine yöneleceklerdir (39). Uzun tarafından hazırlanan yüksek lisans tez çalışmasına göre sağlık hizmeti giderleri için cepten yapılacak ödemeler ancak zorunlu durumlar için geçerli olmalı, bu yöntem bir sağlık hizmeti finansmanı yöntemi olmamalıdır. Özel sağlık sigortası da bu sebeple sağlık hizmeti finansmanında başvuru bir kaynak olmaktansa, vergilerle ya da sosyal sigortalar aracılığı ile işleyen kamusal sağlık sigortasının tamamlayıcısı ya da destekleyicisi olmalıdır (57).

Ener ve Demircan tarafından hazırlanan çalışmaya göre 1980 sonrasında küreselleşme ile birlikte serbest piyasa ekonomisi anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetleri de küreselleşmiştir. Bu süreçte sağlık harcamalarındaki artışa paralel olarak devlet bütçeleri üzerindeki yük de

artmıştır. Çalışmada sağlık sektöründe kamu-özel ortaklıklarının oluşması halinde tarafların kendi başına yarattıkları kaynak ve etkinlikten daha fazlasına ulaşabileceğine değinilmiştir. Bu ortaklığın temelinde rekabet yerine iş birliği esas olmalıdır. İş birliği sonucunda ekonomik getiri sermaye sahiplerini piyasaya çekerken devlet de vatandaşların temel düzeyde sağlık hizmetlerinden faydalanmasını sağlayacak mekanizmalar geliştirmelidir. Bu mekanizmaların etkili olması toplumsal refahın artışı, büyüme ve kalkınma gibi ekonomik yapı argümanlarına bağlıdır (58).

Oral tarafından hazırlanan İngiltere ve ABD kamu sağlık sigortalarının karşılaştırılmasına yönelik çalışmada iki ülkenin de kamu sağlık sigortasının finansmanında toplanan primleri kullandığı, bu primlerin yükünün çoğunlukla işçi ve işverenler üzerinde olduğu belirtilmiştir. Devletin finansmana katkısı ise ABD’de medicaid, İngiltere’de ise NHS’i destekleyen sosyal yardımlardır (59).

Özgen ve Uğurluoğlu sağlık hizmetlerinin finansmanını hakkaniyet açısından değerlendiren bir çalışma hazırlamış, ödeme gücü aynı olan birey ve hane halklarının sağlık hizmeti için aynı miktarda (yatay hakkaniyet), ödeme gücü farklı olan birey ve hane halklarının sağlık hizmeti için farklı miktarda (dikey hakkaniyet) ödeme yapmasının hakkaniyetli olacağını belirtmişlerdir (60). Ayrıca Özgen tarafından hazırlanan diğer bir çalışma, cepten ödeme yapabilen varlıklı kesimin sosyal sağlık sigortasının yükünü dolaylı olarak yoksullara yıktığını bu sebeple cepten ödeme yönteminin hakkaniyetsiz olabileceğinin düşünülmesi gerektiğini ifade etmiştir (61).

Araştırmamızın temel bulgusu vatandaşların, sağlık hizmeti finansmanının devlet eliyle yürütülmesi yönünde bir algıya sahip olduklarıdır. Benzer çalışmalardan da anlaşıldığı üzere primli sosyal sağlık sigortasıyla ya da vergilerle sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi vatandaşların arzu ettiği sağlık sigortası türüdür.

Sağlık çalışanlarının sigorta algısından anlaşılıyor ki vatandaşlar, devletin ekonomik gücünün kapsayıcı bir kamusal sağlık sigortasını karşılayabilecek yeterlilikte olduğunu düşünmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalara göre devletin mali gücü, kamusal sağlık sigortasını uzun süre devam ettirmekte yetersiz kalacak darboğaza girecektir. Bu darboğazdan çıkış için zamanla vergi oranları artırılacak ve kamusal sağlık sigortasının teminat kapsamı daraltılacaktır. Vatandaşların vergi yükü artacak ve aldığı sağlık hizmetinin çerçevesi daralacaktır.

Her ne kadar vatandaşların algısı kamusal sağlık sigortası olsa da ödemeye razı oldukları vergi oranları iyi analiz edilmelidir. Çünkü vergi oranları artırıldığında toplum vergi yükünden şikâyet edecektir. Ödedikleri vergiye rağmen sigorta teminatının kapsamının daralması sonucu toplumun sigorta algısının kamudan özele yönelebileceği düşünölmektedir.



SONUÇLAR

Bu araştırma toplumun kamusal otoriteler tarafından oluşturulan ve finanse edilen bir sağlık sigortası arzusunda olup olmadığını; vatandaşların böyle bir algıda olması halinde, başta vergi yükü olmak üzere kamusal tabanlı bir sağlık sigortasının getireceği maddi yüklerle razı olup olmadıkları yönündeki algıyı ölçmek için tasarlanmıştır. Sağlık sigortası algısının cinsiyet, yaş, meslek, eğitim düzeyi, gelir durumu, bakmakla yükümlü olunan kişi sayısı gibi demografik verilere göre değişim gösterip göstermediği sosyal bilimlerde sık kullanılan testlerle ölçülmüştür. Sağlık hizmetinin hizmet sunumu tarafında olmaları sebebiyle sistemin avantaj ve dezavantajlarını birinci dereceden tecrübe eden sağlık çalışanları, çalışma evreni kabul edilmiş ve çalışma sağlık sistemi paydaşları üzerinden yürütülmüştür. Çalışmada elde edilen veriler ışığında ulaşılan sonuçlar aşağıda maddeler halinde sıralanmıştır.

- ✓ Sağlık çalışanlarının kamusal sağlık sigortası algısı ve arzusu yüksek seviyededir.
- ✓ Kamusal sağlık sigortası arzusu olmasına karşın bu tip sağlık sigortalarının kamu otoritelerince nasıl finanse edileceği konusunda bilinçlenme ve farkındalık düzeyi düşüktür.
- ✓ Kamusal sağlık sigortası algısına rağmen düzenli vergi veya prim ödeme iradesi gösterilmemektedir.
- ✓ Kadın sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısı ortalama puan bazında erkek çalışanlardan daha fazladır.
- ✓ Sağlık çalışanlarının yaşı ilerledikçe sağlık sigortası algısının düşmeye başladığı zayıf düzeyde tespit edilmiştir.
- ✓ Lisansüstü düzeyde eğitime sahip olan sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısının diğerlerinden ortalama puan bazında %25 daha fazla olduğu ölçülmüştür.

- ✓ Sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısı mesleklerine göre ortanca puan bazında en düşük %10 en yüksek %40 oranında değişim göstermektedir.
- ✓ Yoksulluk sınırının üstünde aylık geliri olan sağlık çalışanlarının diğer gelir gruplarına göre sağlık sigortası algısının ortanca puan bazında %34 oranında daha düşük olduğu görülmüştür.
- ✓ Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı arttıkça sağlık sigortası algısının da yükseldiği zayıf düzeyde tespit edilmiştir.

Ulaşılan sonuçlar göstermiştir ki sağlık çalışanları örneğinden genelleme yapacak olursak vatandaşlar alıştıkları üzere kamusal sağlık sigortasının sürdürülmesi kanısındadır. Ancak kamusal ya da diğer bir deyişle sosyal sağlık sigortasının nasıl finanse edildiği konusunda yeterli bilgiye sahip değillerdir. Zira devlet ve devlet kurumları tarafından toplanan vergilerin ve primlerin yalnızca sağlık hizmetine aktarılması mümkün değildir. Ülkemizin jeopolitik konumunun stratejik öneme sahip olması, milli gelirin çok büyük bir kısmının savunma hizmetlerine aktarılmasını zorunlu kılmıştır. Ayrıca devletin cari harcamaları ve uzun vadeli borçları düşünüldüğünde sağlık hizmetine ayrılacak pay giderek azalacaktır. Sosyal sağlık sigortasının sürdürülmesi yönünde bir irade oluşmuşsa, vergi ve prim oranlarının yükselmesinin, sigorta kapsamının daraltılmasının kaçınılmaz olduğu göz ardı edilmemelidir.

Sermeye Piyasası Kurulu, Bankacılık Düzenleme ve Denetleme Kurumu, Tasarruf Mevduatı Sigorta Fonu gibi yatırım ve finansman kurumlarından sorumlu olan Başbakan Yardımcısı Sn. Nurettin CANIKLI, Türkiye Varlık Fonu'nun oluşturulma amacı ile ilgili bilgi verirken "Şehir hastaneleri gibi altyapı projeleri ve yüksek teknoloji içeren projelerin finansmanında kullanılacaktır." açıklamasında bulunmuştur. Anlaşıldığı üzere ülkemiz sağlık yatırımlarını artırmaktadır.

Sağlık turizmi, prim ödemek koşuluyla yabancıların Genel Sağlık Sigortası'ndan faydalanma imkanının olması gibi argümanlar düşünüldüğünde sağlık hizmeti ihracı yapılabilen bir hizmettir. Kampüs hastaneler, sağlık hizmeti ihracı, sağlık turizmi gibi sağlık yatırımları arttıkça sağlık hizmetinin finansmanı da daha önemli bir hale gelecektir. Tüm bu değerlendirmeler göz önünde bulundurulduğunda ilgili kişi, kurum ve kuruluşlara öneri niteliğinde sunulan başlıklar maddeler halinde aşağıda sıralanmıştır.

- ✓ Sosyal sağlık sigortasının hangi kaynaklarla nasıl finanse edildiği halka iyi anlatılmalıdır.
- ✓ Vergi ödeme sorumluluğu konusunda halkı bilinçlendirecek çalışmalar yürütülmelidir. Bu farkındalık oluşturulurken her aşamada halkın algısını ölçen çalışmalar yapılmalı, sonuçları değerlendirilmelidir.

- ✓ Sürdürülebilir sosyal sağlık sigortası için vergi ve primlerin artabileceği, bunun kaçınılmaz oluşu halka iyi anlatılmalıdır. Zira vatandaşların sağlık hizmetini devlet eliyle istediği ancak vergi ve prim ödemeye razı olmadıkları görülmüştür.
- ✓ Yaş aralıklarına, cinsiyete, gelir ve eğitim düzeyine, hane halkı sayısına göre değişen spesifik sigorta paketlerinin tasarlanmasının iktisadi açıdan yararlı olabileceği düşünülmektedir.
- ✓ Sağlık hizmeti etkin kullanılmadığında, gereksiz ve aşırı kullanımın finansmanda ne gibi sorunlara yol açacağı, milli gelire verdiği zarar ve bu zararın aslında kendi cebine zarar verdiği vatandaşa anlatılmalıdır.
- ✓ Tüm bunlara dikkat edildiğinde ortaya çıkan tasarrufların vatandaşa sağlık yatırımı olarak döneceği belirtilmelidir.
- ✓ Sağlık hizmetinin finansmanında kamu kaynaklarının yetersiz kaldığı durumlarda tamamlayıcı sigorta tekniği ile kamu-özel ortaklıkları kurulabileceği ve bunun mali açıdan yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sonuçta nüfusun artması, dolayısıyla sağlık hizmetine olan talebin artması, değişen teknoloji ile tedavi maliyetlerinin yükselmesi, sağlık hizmeti altyapı yatırımları gibi argümanların sağlık harcamalarını arttırdığı buna karşın kamu kaynaklarının kısıtlı olduğu tartışılmaz bir gerçekliktir.

Maliyetlerin sınırlandırılması ve paylaşılmasının, gereksiz sağlık hizmeti kullanımının önüne geçecek kontrol mekanizmalarının oluşturulmasının, mevcut sosyal güvenlik sisteminin sürdürülmesi ve geliştirilmesi için vergi ve primlerin artmasının ve paket kapsamının daralmasının kaçınılmaz olduğunun vatandaşlara anlatılmasının, bu konuda farkındalık yaratacak çalışma ve uygulamalar yürürlüğe konulmasının hane halkına, dolayısıyla devlete ekonomik açıdan faydalı olabileceği düşünülmektedir.

ÖZET

Bu çalışma sağlık sistemi paydaşlarının kamusal/sosyal sağlık sigortası arzusu ve algısının ölçülmesi ve bu algının katılımcıların demografik verilerine göre değişiklik gösterip göstermediğini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Ölçülen sosyal sağlık sigortası algısının yüksek olması durumunda katılımcıların, oranlarının artması olası vergi ve primleri ödeme iradesinin olup olmadığını ölçmek de çalışmanın amaçları arasındadır. Edirne ilindeki sağlık çalışanları çalışma evreni olarak kabul edilmiş, il merkezi ve ilçelerin nüfusları baz alınarak kümelenmiştir. Yeterli örneklem sayısı 349 olarak hesaplanmıştır. 351 katılımcıya ulaşılmış anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Verilerin toplanmasında sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti finansmanı faktörlerini içeren, araştırmacı ve tez danışmanı tarafından oluşturulan sağlık sigortası algısı ölçüm skalası kullanılmıştır. Toplanan veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilerek çalışmanın hipotezleri test edilmiştir. Araştırma sonucunda sağlık sigortası algısının; kadınlarda daha yüksek olduğu, yaş ilerledikçe azaldığı, lisansüstü eğitimi olan bireylerde daha yüksek olduğu, aylık geliri yoksulluk sınırının üzerinde olan bireylerde daha düşük olduğu, hane halkı sayısının artmasına paralel olarak algının da yükseldiği bulgularına ulaşılmıştır. Katılımcıların sosyal sağlık sigortası algısı ve isteği genel ortalama olarak yüksek düzeyde bulunmuştur. Katılımcıların sosyal sağlık sigortasının sürdürülmesi için vergi ve prim oranlarının artmasına razı olmadıkları, sosyal sağlık sigortası finansmanı konusunda sağlık çalışanlarının bilinçli olmadıkları görülmüştür. Araştırma sonucunda ulaşılan veriler değerlendirilerek ilgili kişi, kurum ve kuruluşlara önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sağlık, sağlık hizmeti finansmanı, sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası, sosyal güvenlik

MEASURING HEALTH INSURANCE PERCEPTION OF HEALTH CARE SYSTEM STAKEHOLDERS; EDİRNE CITY EXAMPLE

SUMMARY

This study aims to measure desire and perception of health system shareholders about public/social health insurance and to measure whether these desire and perception varied according to the demographic data of the study participants. It is also one of the purpose of the study to measure whether there is a willingness to pay the possible taxes and premiums in case of measured social health insurance perception is high. Universe of the study consists of health workers in Edirne Province and in its' districts. According to their population, universe were stratified. Therefore, adequate number of sample was calculated as 349. 351 participant were included in the study. Data were collected by using health insurance perception scale which was composed by the researcher. The scale has two factors as health service utilization and healthcare financing. Hypotheses were analysed by using appropriate statistical tests. Results of the analyses are as follows; public health insurance perception is higher among woman, higher in highly educated people, lower in individuals with monthly income above the poverty line. It is correlated with the increase in the number of households and it increases as age of participants decreases. Participants' perception and desire for social health insurance was found at high level. They are not willing for increasing of tax and premium rates to sustain public health insurance system. It was found that health workers are not conscious about financing social health insurance.

Keywords: Health, health care financing, health insurance, social health insurance, social security

KAYNAKLAR

1. Tengilimoğlu D, Işık O, Akbolat M. Sağlık işletmeleri yonetimi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2011:67. ISBN:978-605-395-172-8.
2. Kavuncubaşı Ő, Kısa A. Sağlık kurumları yonetimi. Uzkesici N (Editör). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayın No:1429, 2002:26. ISBN:975-06-0166-1.
3. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamak Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarının Açıılması, Kapatılması ve Bunlara Ad Verilmesi Hakkında Yönerge (2013), THSK Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları Planlama ve Organizasyon Daire Başkanlığı, 58171140 (Md. 3), 15 Kasım 2013.
4. Sağlık Uygulama Tebliği (2013), T.C. Resmî Gazete, 28597 (Md. 1.4.2), 24 Mart 2013.
5. Sayım F. Sağlık hizmetinin özellikleri. Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler 2015;15(1):12-1.
6. Folland S, Goodman CA, Stano M. The economics of health and health care. 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2013:16-1. ISBN:978-0132773690.
7. Ölmezoğulları N. Ekonomik sistemler ve küreselleşen kapitalizm. Bursa: Ezgi Kitabevi Yayınları, 2003:16-5.
8. Barton LP. Understanding the U.S. health services system. 4th ed. Chicago: Health Administration Press, 2010:5-3. ISBN:978-1567933383.
9. BMJ and NHS England. Understanding the new NHS. London: BMJ;2014.
10. Quadagno J. Why the united states has no national health insurance: stakeholder mobilization against the welfare state, 1945–1996. Journal of Health and Social Behavior 2004;45(extra issue):44-25.
11. Kaptanoğlu Yıldırım A (editör). Sağlık hizmetlerinin tripodu; emek, ekonomi, piyasa. İzmir: Kitapana Basım Yayın Dağıtım Bilişim, 2016:144-138, 301-296. ISBN:978-605-66475-9-8.
12. Özkan Ö. Reel sosyalizmin ilk sağlık bakanı Dr. Nikolai Alexlandrovich Semashko (1874-1949). Toplum ve Hekim Dergisi 2002;17(5):398-394.

13. Bulletin of the World Health Organization. Rocky road from the Semashko to a new health model. 2013;91(5):321-320.
14. Sargutan AE. 84 Ülke ve Türkiye'nin karşılaştırmalı sağlık sistemleri. 2010. s.1736-1709. (<http://www.sargutan.com/KUBA%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf>)
15. Arık Ö. Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye'de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu Ve Avrupa Birliği'ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Bir Karşılaştırma (tez). Adana: Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
16. İstanbulluoğlu H, Güleç M, Oğur R. Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri. Dirim Tıp Gazetesi 2010;2:99-86.
17. Yalçın T, Yıldırım HH. Sağlık hizmetleri finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi 2001;40(Sağlık Özel Sayısı):1656-1642.
18. Gümüş E, Çelikay F. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2010;11(1):216-177.
19. Yenimahalleli Yaşar G. Sağlıkın Finansmanı Ve Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2007.
20. Akalın G. Piyasa ekonomisi nedir?. Liberal Düşünce Dergisi 2000;19:52-40.
21. Ateş M. Sağlık sistemleri. İstanbul: Beta Yayıncılık, 2011:18-13. ISBN:978-605-377-612-3.
22. Orhaner E. Türkiye'de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;1:19-1.
23. Özlü T. Hasta hakları bağlamında sağlık finansmanı. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010;2:20-9.
24. Güvel AE, Güvel ÖA. Sigortacılık. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2008:35-25. ISBN:978-975-02-0845-4.
25. Hacking I. Nineteenth century cracks in the concept of determinism. Journal of the History of Ideas 1983;44(3):475-455.
26. Özbolat M. Temel sigortacılık. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 2014:32-27. ISBN:978-975-02-2863-6.
27. Türk Ticaret Kanunu (2011), T.C. Resmi Gazete, 27846 (Kanun no:6102), 14 Şubat 2011.
28. Orhaner E. Türkiye'de sağlık sigortası. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2014. ISBN:6054627851.
29. Kongar B. Sağlık sigortaları. Ankara: Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, 1989.
30. Kaya N. Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi (tez) Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.

31. Arıcı K. Türk sosyal güvenlik hukuku. Ankara: Gazi Kitabevi, 2015:12-3. ISBN:978-605-344-183-0.
32. Güvercin HC. Sosyal güvenlik kavramı ve Türkiye’de sosyal güvenliğin tarihçesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2004;57(2):95-89.
33. Akkaya Y. Sosyal güvenlik tarihi üzerine notlar. Toplum ve Hekim Dergisi 2000;15(2):91-82.
34. Güzel A. Türk sosyal güvenlik sisteminde öngörülen reform mevcut sorunlara çözüm mü?. Çalışma ve Toplum Dergisi 2005;4:76-61.
35. Ayhan A. Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal güvenlik ilkeleri. Sosyal Güvenlik Dergisi 2012;1(1):55-41.
36. İnsan hakları evrensel beyannamesi. Resmi Gazete (7217 sayılı). 1949.
37. Egeli H. Parafiskalite ve parafiskal kurumlar. İzmir: Altın Nokta Basım Yayın, 2009.
38. Duygulu E, Pehlivan P. Sosyal güvenlik kurumlarının kaynak sorunları ve çözüm önerileri. Ankara: Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, 2004.
39. Gökbunar AR, Koç ÖE. Demografik değişimlerin sosyal güvenlik kurumlarına etkisi ve Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının mali yapısının analizi. Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2009;7(1):34-15.
40. TÜSİAD. Türk emeklilik sisteminde reform: mevcut durum ve alternatif stratejiler. 9 Kasım 2004.
41. Tuncay C, Ekmekçi Ö. Sosyal güvenlik hukuku dersleri. İstanbul: Beta Yayıncılık, 2011.
42. Şakar M. Sosyal sigortalar uygulaması. İstanbul: Bata Yayıncılık, 2011.
43. DPT. 9. Beş yıllık kalkınma planı (2007-2013). Ankara: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2007.
44. Sağlık Bakanlığı (T.C.). Sağlıkta dönüşüm. Ankara: 2003.
45. 5220 sayılı sağlık hizmetleri temel kanununda değişiklik yapılmasına dair kanun. Resmi Gazete (25529 sayılı). 2004.
46. 5258 sayılı aile hekimliği kanunu. Resmi Gazete (25665 sayılı). 2004.
47. 5283 sayılı bazı kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimlerinin sağlık bakanlığına devredilmesine dair kanun. Resmi Gazete (25705 sayılı). 2005.
48. Sosyal Güvenlik Kurumu (T.C.) Ankara. Merkez teşkilatı yapısı. 05.01.2017; <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/merkez-teskilati>.
49. Tomanbay İ. Sosyal çalışma sözlüğü. Ankara: Selvi Yayınları, 1999.
50. Sözer NA. Türk Genel Sağlık Sigortası. İstanbul: Beta Yayıncılık, 2014. ISBN:978-605-333-211-4.

51. İnce G. Ankara'da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
52. 5510 sayılı sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kanunu. Resmi Gazete (26200 sayılı) 2006.
53. Topcuk Y. Genel sağlık sigortasından tamamlayıcı sağlık sigortasına yöneliş. Medikent Dergisi 2012;12:47-46.
54. Lister J (Çeviri: A. Kılıçaslan, M. İnan, N. Erten). Sağlık politikası reformu, yanlış yolda mı gidiyoruz?. İstanbul: İncev Yayınları;2008. ISBN:9750159008.
55. Erol H, Özdemir A. Türkiye'de sağlık reformları ve sağlık harcamalarının değerlendirilmesi. Sosyal Güvenlik Dergisi 2014;4(1):34-9.
56. Ataay F. Sağlık reformu ve yurttaşlık hakları. Amme İdaresi Dergisi 2008;41(3):184-169.
57. Uzun S. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (tez). İstanbul: Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2015.
58. Ener M, Demircan E. Küreselleşme sürecinde değişen devlet anlayışından kamu hizmetlerinin dönüşümüne: sağlık hizmetlerinde piyasa mekanizmaları. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;13(1):82-57.
59. Oral Aİ. ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2002:78-61.
60. Uğurluoğlu E, Özgen H. Sağlık hizmetleri finansmanı ve hakkaniyet. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2008;11(2):160-133.
61. Özgen H. Sağlık hizmetleri finansmanında cepten ödeme: nedir? neden önemlidir?. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2007;10(2):228-201.

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Katılımcıların cinsiyet dağılımı grafiği (%).....	43
Şekil 2. Katılımcıların yaş aralığı grafiği (%).....	44
Şekil 3. Katılımcıların eğitim durumu grafiği (%).....	45
Şekil 4. Katılımcıların mesleki dağılım grafiği (%).....	46
Şekil 5. Katılımcıların kurumlara göre dağılımı grafiği (%)	46
Şekil 6. Katılımcıların gelir durumu grafiği (%).....	47

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Çevreye ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri	5
Tablo 2. Özel ve sosyal sigorta arasındaki farklar (24)	18
Tablo 3. Sosyal Güvenlik Kurumu merkez ve taşra teşkilatı komisyonları.....	28
Tablo 4. Genel sağlık sigortası kapsamı (50).....	32
Tablo 5. 4'lü Likert tipi ölçekte katılma dereceleri ve puanları	39
Tablo 6. Güvenilirlik istatistiği.....	40
Tablo 7. KMO ve Bartlett's testi	40
Tablo 8. Önergeler ve faktörlerdeki yükleri.....	40
Tablo 9. Katılımcıların cinsiyet dağılımı	43
Tablo 10. Katılımcıların yaş aralıkları	44
Tablo 11. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı	44
Tablo 12. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımı.....	45
Tablo 13. Katılımcıların en uzun süre çalıştıkları kuruma göre dağılımı.....	46
Tablo 14. Katılımcıların gelir durumuna göre dağılımı	46
Tablo 15. Katılımcıların bakmakla yükümlü olduğu kişi sayılarına göre dağılımı	47
Tablo 16. Katılımcıların önermeleri değerlendirme dereceleri (puan)	48

Tablo 17. Verilerin dağılımı testi (Kolmogorov-Smirnov testi)	51
Tablo 18. Sağlık çalışanlarının yaşları ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Spearman korelasyon testi)	51
Tablo 19. Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Mann-Whitney U testi)	52
Tablo 20. Sağlık çalışanlarının eğitim durumu ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Kruskal Wallis testi)	53
Tablo 21. Sağlık çalışanlarının mesleği ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki.....	53
Tablo 22. Sağlık çalışanlarının gelir durumu ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Kruskal Wallis testi)	54
Tablo 23. Mann-Whitney U testi (gelir grupları)	55
Tablo 24. Mann-Whitney U testi (gelir grupları)	55
Tablo 25. Sağlık çalışanlarının bakmakla yükümlü oldukları kişi sayısı ile sağlık sigortası algısı arasındaki ilişki (Spearman Korelasyon testi)	55
Tablo 26. Tanımlayıcı istatistikler	56

ÖZGEÇMİŞ

Tez yazarı Oğuz CECE 1992 yılında Pınarbaşı/Kastamonu'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Tosya/Kastamonu'da tamamladı. Lise öğrenimini 2010 yılında Tosya Anadolu Öğretmen Lisesi Fen Bilimleri alanında tamamladı.

Lisans öğrenimini 2014 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünden, çift anadal programı ile aynı üniversitenin Kamu Yönetimi Bölümünden, Anadolu Üniversitesi Uluslararası İlişkiler Bölümünden mezun olarak tamamladı.

4 yıl süre ile lisanslı basketbol oyunculuğu, 2 yıl süre ile Türkiye Basketbol Federasyonu'na bağlı olarak Antalya bölgesi Isparta ilinde basketbol hakemliği yaptı.

EKLER

EK 1. Veri Toplama Formu

SAĞLIK SİGORTASI ALGISI ÖLÇÜM SKALASI				... / ... / 2016	No:					
YAŞ	CİNSİYET		EĞİTİM DURUMU		EN UZUN SÜRE ÇALIŞTIĞINIZ KURUM					
.....	E	K	İLKÖĞRETİM ()	ASM ()	TSM ()	HASTANE ()	ECZANE ()			
			LİSE () Yıl Yıl Yıl Yıl			
			ÖNLİSANS ()	DİĞER;..... Yıl						
			LİSANS ()	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum			
			LİSANSÜSTÜ ()							
MESLEK			BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞUNUZ BİREY SAYISI							
HEKİM () Kişi									
HEMŞİRE ()										
EBE ()										
ATT ()										
ECZACI ()										
DİĞER;.....										
GELİR DURUMU										
0-1400 TL ()										
1401-1700 TL ()										
1701-4500 TL ()										
4501 ve üstü ()										
ÖNERMELER	S.1	Sağlık hizmeti kamusal hizmettir ve öyle kalmalıdır.	1	2	3	4				
	S.2	Devlet kurumları sağlık sigortam için gelirimden kesinti yapmasın ve prim almasın.	1	2	3	4				
	S.3	Sağlık hizmeti giderlerimi kendim karşılayabilirim.	1	2	3	4				
	S.4	İstedğim doktora istediğim kadar muayene olmak istiyorum.	1	2	3	4				
	S.5	Devletin ekonomik durumu sağlık harcamalarını karşılamakta yeterlidir.	1	2	3	4				
	S.6	Kamu sağlık sigortası için gerekirse teknoloji, gıda ve tekstil ürünlerinin KDV oranı artırılabilir.	1	2	3	4				
	S.7	Sevk zincirini gereksiz buluyorum.	1	2	3	4				
	S.8	Katılım payı/ücret ASM ve hastanelerde aynı oranda olmalıdır.	1	2	3	4				
	S.9	Aile hekimimin bilgisine güvenirim.	1	2	3	4				
	S.10	Hastaneden sağlık hizmeti aldığımda daha hızlı şifa bulurum.	1	2	3	4				
	S.11	Sağlık hizmeti devlet tarafından istediğim şekilde ve istediğim kadar verilsin.	1	2	3	4				
	S.12	Gelirim %40'ını kamu sağlık sigortası için devlete ödemeye razıyım.	1	2	3	4				
<p>Değerli katılımcılar, bu anket sağlık çalışanlarının sağlık sigortası algısını ölçmeye yönelik bir yüksek lisans tez çalışmasına veri toplamak amacıyla geliştirilmiştir. Ankette yer alan önermelerin sizin için ne ölçüde uygun olduğunu belirtmeniz istenmektedir. Eğer bir önermeye kesinlikle katılmıyorsanız (1); katılmıyorsanız (2); katılıyorsanız (3); kesinlikle katılıyorsanız (4) rakamını daire içine almanız gerekmektedir. Bu anket bir kişisel değerlendirme formu değildir. Veriler toplu olarak değerlendirileceğinden kimliğinizi açığa çıkaracak hiç bir bilgi istenmemektedir. Elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak, herhangi bir kişi ya da kurumla paylaşılmayacaktır. Yardımlarınız için teşekkür eder saygılarımı sunarım.</p>										
<p>OĞUZ CECE Trakya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi</p>										

EK 2. Sağlık İstatistikleri Yılı 2014

Sağlık İstatistikleri Yılı | 2014

Tablo 8.12. İllere Göre Bazı Sağlık Göstergeleri, Türkiye, 2014

	Uzman Hekim	Pratisyèn Hekim	Asistan Hekim	Toplam Hekim	Diğ. Hekim	Eczacı	Hemşire	Ebe	Diğer Sağlık Personeli
Adana	2.119	1.180	519	3.818	594	722	3.665	1.363	3.753
Adıyaman	307	289	24	620	72	131	1040	459	1133
Afyonkarahisar	511	352	159	1.022	131	242	1.288	560	1.548
Ağrı	222	279	0	501	60	82	593	218	797
Azırcıya	190	191	0	381	88	123	697	340	869
Ankara	9.703	2.247	4.164	16.114	2.776	2.473	13.298	3.132	13.533
Antalya	2.534	1.302	543	4.379	928	1.096	3.912	1.681	4.449
Artvin	93	114	0	207	39	47	342	187	505
Aydın	1016	647	228	1.891	315	462	1.954	1026	2.037
Balıkesir	850	667	47	1.564	317	461	2.162	1.337	2.327
Bilecik	118	108	0	226	49	61	340	170	500
Bingöl	115	147	0	262	38	51	509	279	623
Bilis	156	185	0	341	42	55	532	171	625
Bolu	359	156	163	678	95	115	796	263	836
Burdur	158	175	0	333	73	118	566	389	733
Bursa	2.487	1.311	518	4.316	784	929	5.034	1.960	4.491
Çanakkale	482	279	112	873	166	186	1.101	607	1161
Çankırı	112	108	0	220	45	60	344	151	609
Çorum	326	310	3	639	109	171	983	471	1.379
Denizli	991	523	254	1.768	319	434	2.004	1.016	1.967
Diyarbakır	1.317	811	347	2.475	265	369	3.260	863	2.784
Edirne	506	224	274	1.004	122	166	1.058	431	1038
Elazığ	580	333	221	1.134	112	173	1.359	542	1.423
Erzincan	156	144	20	320	53	60	494	213	593
Erzurum	712	449	408	1.569	123	196	1.855	546	1.769
Eskişehir	983	463	273	1.719	249	367	2.212	700	2.237
Gaziantep	1.376	910	325	2.611	281	519	2.939	933	2.625
Giresun	298	266	0	564	74	154	967	502	1.295
Gümüşhane	73	79	0	152	32	32	312	119	419
Hakkari	103	97	0	200	36	29	305	110	401
Hatay	1022	806	136	1.964	342	495	2.184	830	2.598
İsparta	546	255	255	1.056	131	191	1.328	602	1.297
Mersin	1.384	870	200	2.454	440	647	2.829	1.608	2.942
İstanbul	16.438	5.210	5.470	27.118	6.046	5.241	21.003	5.474	17.966
İzmir	5.772	2.268	1.830	9.870	1.604	1.880	8.599	2.846	8.128
Kars	229	157	56	442	46	58	463	314	568
Kastamonu	192	230	0	422	93	123	737	271	1034
Kayseri	1.253	668	517	2.438	333	480	2.840	997	3.318
Kırklareli	234	194	0	428	114	142	568	327	738
Kırşehir	154	133	0	287	47	85	412	250	700
Kocaeli	1.598	818	352	2.768	468	486	3.193	1.076	3.017
Konya	1.894	1.126	791	3.811	484	777	4.157	1.416	4.547
Kütahya	390	283	27	700	108	180	1.154	499	1.288
Malatya	788	432	298	1.518	179	244	1.917	850	1.958

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK 3.Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu İzni

T.C. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2015/205				
	PROTOKOL ADI	Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algasının Ölçülmesi, Edme İli Örneği				
	SORUMLU ARAŞTIRICI (UNVANI / ADI)	Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 23/01	Tarih: 23.12.2015				
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretmeni Üyesi Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU'nun sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Öğuz ÇEÇEN'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin güdülerini gönüllü ve serbestçe ve ya da ilgili sosyal güvenlik kurumuna bildirmediği koşullarda ve veri toplama ve analizler için gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevduatın oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İy Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi					
ÜYELER						
Ünvanı/Adı/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	Bilgi(**)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ulker VATANSEVER ÖZREK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Yrd. Doç. Dr. Emin KARLIKAYA Başkan Yardımcısı	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Prof. Dr. Ç. Hakan KARADAĞ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Yrd. Doç. Dr. F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input type="checkbox"/> Katılım	
Yrd. Doç. Dr. Hilmi TOZKUR Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input type="checkbox"/> Katılım	
Prof. Dr. Hasan ÇMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	F	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Prof. Dr. Selma Arzu VARDAR Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Doç. Dr. Selim DÖNMEZ Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Prof. Dr. Muzaffer ENKİOCAN Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	F	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Prof. Dr. Köriy ELTER Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input type="checkbox"/> Katılım	
Yrd. Doç. Dr. Ragül KOSU ÇINAR Üye	Rum Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Rum Sağ ve Hast. A.D.	K	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Doç. Dr. Seytap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input type="checkbox"/> Katılım	
Prof. Dr. Berhan DEMİRAL Üye	T.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi		E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input type="checkbox"/> Katılım	
Avukat Bekir KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	<input type="checkbox"/> Bilgi	<input checked="" type="checkbox"/> Katılım	

*Araştırma ile ilgili
**Teplimada Bulunma

Prof. Dr. Nurettin AYDOĞDU
Başkan
Dekan Yard.

EK 4. Araştırmanın yürütüldüğü kurumlardan alınan araştırma izinleri



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ EDİRNE İLİ KURUMSAL İDARE HİZMETLERİ
BAŞKANLIĞI



Sayı : 26559790/605.01
Konu : ARAŞTIRMA İZİNİ (Oğuz CECE)

Sayın Oğuz CECE,

İlgi : 16/12/2016 tarihli dilekçeniz.

Tarafınızdan gerçekleştirilcek olan "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algisının Ölçülmesi: Edirne İli Örneği" başlığı altındaki araştırma talp dosyası 26.12.2016 tarihinde Araştırma İnceleme Komisyonunca değerlendirilerek karara bağlanmış olup, araştırmanın gönüllülük esasına dayalı olarak, bahsi geçen veri toplama aracı ile gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Emrah FRTEN
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol (1 Sayfa)

BELGENİN ASL
ELEKTRONİK İMZALI
29.12.2016

UZM.DR. EMRAH FRTEN
GENEL SEKRETER

Sarıcaşaya Mahallesi/Sarıcaşaya Camii Caddesi No:17/ EDİRNE
e-posta:klhb22.argo@sağlik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207

e-Posta:emine.aydinoguz@sağlik.gov.tr İnt.Adresi: <http://edirne.klhb.saglik.gov.tr>

Elektronik elektronik imza:1) Kuruma <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 4533460-7250-4940-0253-esal/07/11/28 kodu ile erişebilirsiniz.
2) Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Emine AYDIN ÖZGÜR

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0284 226 82 45/1532

PROTOKOL

PARAFLAR: Madde 1

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ile Oğuz CECE arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: TC Sağlık Bakanlığı Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı hastaneler

Çalışmanın adı: "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısının Ölçülmesi; Edirne İli Örneği"

Bu çalışmayı yürütecek olan kişi/kişiler: Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU danışmanlığında tezli yüksek lisans öğrencisi Oğuz CECE tarafından çalışma yürütülecektir.

Konusu: madde 2

Bu protokol ilimiz sınırları içinde Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri yapan koruyucu sağlık hizmetleri çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verilerini içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilere yapılacak anket çalışmalarını kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

- Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken Edirne Kamu Hastaneler Birliği tarafından değerlendirilecektir.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinde de yararlanılacaksa ayrıca Genel Sekreterlikten onay alınacaktır.

Sözleşme Şartlarına Aitler:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmalarına katılan ve protokolle tespit edilen kişilerde değişiklik yapılması ya da yeni kişilerin çalışmaya dahil edilmesi ancak Genel Sekreterliğin onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün Süresi:

- Bu çalışmanın yürütüleceği kurumlarımızda bir hafta süre ile çalışmalarını yürütecektir.
- Başlangıç ve Bitiş Tarihi:19.12.2016-20.01.2017
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir. İhtilafları çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından çözümlenerek çözümlenecektir.

Yürürlük:Çalışmayı yayın/tez halinde getirmeden önce Genel Sekreterlik ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

- Çalışma üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde Genel Sekreterliğimize teslim edilecektir.
- Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilemediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/tez/proje... vs. gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirilecekse ayrıca Genel Sekreterlik oluru alınacaktır.
- Her çalışmanın biri Genel Sekreterlik personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
- Yapılacak çalışmalarda Protokole ek Genel Sekreterlik oluru da alınacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kurulundan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kuruluşların (hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

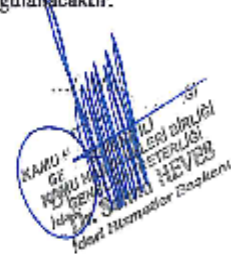
Taraflar:

14/12/2016


Oğuz CECE

Olur,


Uzm. Dr. Hüseyin ERTEN
Genel Sekreter





T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 59426830-302.08.01 -E.78004
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı İzin.

13/11/2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 19/10/2016 tarihli ve 71750 sayılı yazımız.
b) 02/11/2016 tarihli ve 855/3267960 sayılı yazı.

İlgi (a) yazımız gereği, Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Oğuz CECE'nin "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısı Ölçülmesi; Edirne İli Örneği" başlıklı tez çalışmasının uygun görüldüğüne ilişkin Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Edirne Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden alınan ilgi (b) yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mümin ŞAHİN
Rektör Yardımcısı

Ek:1 syf.



Evrak Tarih ve Sayısı: 03/11/2016-40289



T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 63782699/772.02
Konu : Oğuz CECE hk.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

25/06/2016 tarih ve 42553 sayılı yazınıza istinaden; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Oğuz CECE'nin "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Ölçülmesi, Edirne İli Örneği" isimli tez çalışması tarafınızdan uygun görülmüş olup; ilgili birimlere bilgi verilmiştir.
Bilgilerinize arz ederim.

Dr. Bahattin İLTER
Halk Sağlığı Müdürü

Güvenli Elektronik İmza ile
Aşağı ile Ayrıştırılır.

02-11-2016

İlknur BEKİNER

EDİRNE HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı
Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Faks No:

e-Posta: nusen.uskan@saqlik.gov.tr İnt. Adresi: Nurcan Üçkan 02842149010/1110

Bilgi için: Nurcan ÜÇKAN

Unvan: HEMŞİRE

Telefon No:

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-helge.saglik.gov.tr> adresinden 030455-2078-4676-831e-174c2701382c koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 37864143-302.14.03 -E.76382
Konu : İzleme

07/11/2016

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün 04/11/2016 tarih ve 59426830-302.14.03-E.76122 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün yazısı ile Anabilim Dalımız yüksek lisans programı öğrencisi Oğuz CECE'nin "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısı Ölçülmesi; Edirne İli Örneği" başlıklı tez çalışmasını Üniversitemiz Tıp Fakültesi'nde yapmasının uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü V.

Ek:Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün yazısı.

Adres:Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030 Merkez/Edirne

Telefon:2842353098 Faks:2842357655

E-Posta:sagbl@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://sbe.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Ayyen ÇOBAN
Unvanı: Teknisyen Yardımcısı





T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 59426830-302.14.03 -E.76122
Konu : Oğuz CECE hk.

04/11/2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 19/10/2016 tarihli ve 71750 sayılı yazınız.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Oğuz CECE'nin "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısı Ölçülmesi; Edirne İli Örneği" başlıklı tez çalışmasını Üniversitemiz Tıp Fakültesi'nde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mümin ŞAHİN
Rektör Yardımcısı





T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 37864143-302.08.01 -E.78611
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

15/11/2016

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün 13/11/2016 tarih ve 59426830-302.08.01-E.77992 sayılı yazısı.

Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün yazısı ile Anabilim Dalımız yüksek lisans programı öğrencisi Oğuz CECE'nin "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısı Ölçülmesi; Edirne İli Örneği" başlıklı tez çalışmasını Edirne İli Eczanelerinde yapmasının uygun görüldüğü bildirilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Doç. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü V.

Ek:Trakya Üniversitesi Rektörlüğünün yazısı.

Adres:Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030 Merkez/Edirne

Telefon:2842353098 Faks:2842357655
E-Posta:sagbl@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://sbe.trakya.edu.tr/

Bilgi için: Ayşen ÇOBAN
Unvanı: Teknikisyen Yardımcısı





T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 59426830-302.08.01 -E.77992
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

13/11/2016

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 02/11/2016 tarihli ve 261 sayılı yazı.

Enstitünüz Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Oğuz CECE'nin "Sağlık Sistemi Paydaşlarının Sağlık Sigortası Algısı Ölçülmesi; Edirne İli Örneği" başlıklı tez çalışmasının uygun görüldüğüne ilişkin Türk Eczacıları Birliği 39. Bölge Edirne Eczacı Odası'ndan alınan ilgi yazı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Mümin ŞAHİN
Rektör Yardımcısı

Ek:1 syf.



Evrak Tarih ve Sayısı: 07/11/2016-40580



T.C.
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
39. Bölge
EDİRNE ECZACI ODASI

Koca Sinan Mah. Dr. Sadık Ahmet Cad. No:37 22030 EDİRNE Tel: (0284) 235 76 80 Fax: (0284) 235 78 88 e-mail: yonetim@edirneseo.org.tr

Sayı: 10.2016/ 261

02.11.2016

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı
EDİRNE

İlgi: 25.10.2016 tarih 59426830-302.08.01- E.42554 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi ABD Yüksek Lisans Programı öğrencisi Oğuz CECE'nin tez çalışmasını Edirne İli eczanelerinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinize arz ederim.

Ecz. Genk KES
BAŞKAN

Not : Cevap verilen yazıların tarih ve numaralarının belirtilmesi rica olunur.