

157282

**T.C.  
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
DOKTORA PROGRAMI**

Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Ahmet SALTİK

**ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI  
VE  
HALK SAĞLIĞI**

(Doktora Tezi)

**Dr. Burcu TOKUÇ**

TEZ NO: 25

EDİRNE-2004

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
**Halk Sağlığı** Doktora Programı  
Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından  
**DOKTORA TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Sınav Tarihi : 11/05/2004

  
İmza

Unvanı Adı Soyadı  
JÜRİ BAŞKANI

Prof. Dr. Ahmet SALZIK

  
İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Prof. Dr. Selman KARABEY

  
İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Prof. Dr. Sema SENER

  
İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE


Prof. Dr. Feyza YORULMAZ

  
İmza

Unvanı Adı Soyadı  
ÜYE

Doç. Dr. Mustafa ESİNÖÇAK

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

  
Prof. Dr. Haluk KARADAĞ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## **TEŞEKKÜR**

*Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm doktora eğitimim boyunca  
ve tez çalışmamda emeğini ve her türlü desteğini cömertlikle sergileyen  
Danışman hocam ve Anabilim Dalı Başkanı Prof Dr. Ahmet SALTİK'a,  
eğitimimde ve yetişmemdeki destek ve katkılarından dolayı  
Anabilim Dalı'nın değerli Öğretim Üyeleri;  
Prof. Dr. Faruk YORULMAZ'a, Doç. Dr. Muzaffer ESKİOCAK'a,  
Doç. Dr. Galip EKUKLU'ya, Yrd. Doç. Dr. Ufuk BERBEROĞLU'na  
ve tüm çalışma arkadaşlarıma,  
kaynaklara ve sigorta şirketlerine ulaşmamda yardımlarından dolayı  
TSRSB E. Genel Sekreteri Sn. Hasan ESKİL'e  
çok teşekkür ediyorum.*

<b>İÇİNDEKİLER</b>	<b>Sayfa</b>
<b>GİRİŞ ve AMAÇ</b> .....	1
<b>GENEL BİLGİLER</b> .....	4
Sağlık Kavramı .....	4
Halk Sağlığı Nedir? .....	5
Sağlık Hakkı .....	6
Sağlık Hizmetleri .....	7
Ekonomide Mal ve Hizmet Tanımı ve Sağlık Hizmetleri .....	9
Sosyal Güvenlik .....	12
Sigorta Kavramı .....	15
Sosyal Güvence Kapsamında Sağlık Güvencesi .....	18
Dünyada ve Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığının Gelişimi .....	20
Dünyada Uygulanmakta Olan Sağlık Sistemleri ve Finansman Modelleri .....	22
Sağlıkta Sosyal Güvenlik Sistemleri İçin Dünya Tablosu .....	33
Özel Sağlık Sigortaları ile ilgili Tanımlar .....	42
<b>GEREÇ ve YÖNTEM</b> .....	49
<b>BULGULAR</b> .....	52
Türkiye’de Yürürlükte Olan Sağlık Hizmetleri Sistemi ve Mevzuatı .....	52
Özel Sağlık Sigortaları .....	60
Türkiye’de Uygulanan Özel Sağlık Sigortaları .....	68
Dünyada Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları .....	70
Türkiye’de Sağlık Giderleri .....	71
Türkiye Sağlık Giderlerinin Finansmanı .....	77
Seçilmiş Kimi Ülkelerde Kimi Sağlık Giderleri .....	88
Ülkemizin ve Seçilmiş Kimi Ülkelerin Kimi Sağlık Göstergeleri.....	90
Türkiye “Sağlık Reformları” Süreci ve “Reform” Tartışmaları .....	92
Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası .....	101
<b>TARTIŞMA</b> .....	103
<b>SONUÇ ve ÖNERİLER</b> .....	125
<b>ÖZET</b> .....	130
<b>SUMMARY</b> .....	131
<b>KAYNAKLAR</b> .....	132
<b>RESİMLEMELER LİSTESİ</b> .....	137
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	139



## **SİMGE ve KISALTMALAR**

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>BYKP</b>	: Beş Yıllık Kalkınma Planı
<b>DPT</b>	: Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
<b>GSMH</b>	: Gayri Safi Milli Hasıla (Toplam Ulusal Gelir, TUG)
<b>GSYİH</b>	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
<b>GSS</b>	: Genel Sağlık Sigortası
<b>GVG</b>	: Genel Vergi Gelirleri
<b>İHEB</b>	: İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
<b>ILO</b>	: International Labour Organisation (Uluslararası Çalışma Örgütü)
<b>KSS</b>	: Kişisel Sağlık Sigortası
<b>KİT</b>	: Kamu İktisadi Teşebbüsleri
<b>MSB</b>	: Milli Savunma Bakanlığı
<b>NHS</b>	: National Health Service (Ulusal Sağlık Hizmetleri)
<b>OECD</b>	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
<b>ÖSS</b>	: Özel Sağlık Sigortası
<b>Örn.</b>	: Örneğin
<b>SSK</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SSKY</b>	: Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası
<b>SSCB</b>	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetleri Birliği
<b>SYDTF</b>	: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu
<b>TBMM</b>	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TSK</b>	: Türk Silahlı Kuvvetleri
<b>TUG</b>	: Toplam Ulusal Gelir (GSMH)
<b>USS</b>	: Ulusal Sağlık Sistemi

## GİRİŞ ve AMAÇ

*“Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir.  
Devlet, bu güvenliği sağlayarak  
gerekli önlemleri alır ve örgütleri kurar.”*

*T.C. Anayasası md. 60*

Sağlık hizmetlerinin kişiye, kümelere ve toplumun tümüne ulaştırılmasında üç ana eksen söz konusudur. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmaktadır (1) :

1. Örgütlenme,
2. Finansman,
3. Sağlık İnsangücü (SAİG, insan kaynakları).

Hizmet sunumunda, her üç eksen de beklenen verimi (performansı) sağlamadan başarıya ulaşmak son derece güçtür. Sıklıkla gözlenen, sağlık alanına özgülenen (tahsis edilen) kaynakların genel geçer bir olgu olarak darlığıdır. Değinen darlık, özellikle kendisini finansman alanında ortaya koymaktadır. Kuşkusuz örgütlenme ve SAİG eksenlerinde gösterilecek performans, sektöre özgülenen finansal kaynakların verimliliğini ve boyutunu etkileyebileceği gibi, bunun tersi de doğrudur. Bir başka anlatımla, sağlık alanına ayrılan “nakit” finansal kaynaklar, öbür iki ekseni belirgin biçimde etkiler (1).

1945’lerde oluşan kapitalist refah devleti anlayışı, 1970’lerin ortasından başlayarak krize girmiş, bu krizi kaynak sıkıntısı olarak yaşayan burjuvazi, kaynakların dağılımında kendilerinin daha çok tercih edilmesi gerektiğini hükümetlerden istemiş, bu istem karşısında hükümetler boyun eğmişlerdir. Bu çerçevede, sağlık sektörü de, hükümetlerin ayırdığı kaynakların dondurulması ya da azaltılması tercihi ile karşı karşıya kalmıştır (2).

1980’li yılların başından beri hemen tüm dünyayı etkileyen ve kamu karışımından (müdahaleciliğinden) piyasa yaklaşımlarına kayış ile simgelenen liberalleşme akımı, sağlık

sektörünü de önemli ölçüde etkilemiştir. Gelişmişlik ayrımı gözetmeksizin birçok ülke finansman sistemi başta olmak üzere sağlık bakım sistemlerini yeniden yapılandırma sürecine girmişlerdir. Türkiye’de de bu yönde ve eş zamanlı bir süreç halen yaşanmaktadır.

Sağlık finansman sisteminde yeniden yapılanma sürecinde başlıca aşağıdaki etmenlerin rol oynadığı belirtilebilir (1) :

- a) Genel sosyo-ekonomik politikalarda 1980’li yılların başından beri yaşanan değişimler,
- b) Toplumun daha geniş bir kesimini sağlık güvencesine kavuşturma yönündeki baskılar.

Finansman sisteminde yeniden yapılanmanın temel yapı taşlarından biri “kaynağın” ne olacağı ile ilgilidir. Kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ile bu iki finansman diliminde yer alan her bir kaynağın öbürlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı bu süreçte en kritik konular arasında yer almaktadır (1).

Tarihsel perspektif içinde Türkiye’nin finansman kaynakları tercihi iki farklı görünüm sergilemektedir. Birinci olarak, resmi söylem (rhetoric) noktasındaki görünümün bu tercihin en azından 1960’lı yılların başlarından beri egemen bir biçimde kamusal kaynaklar lehine olduğu söylenebilir. Sosyalleştirme politikası toplumun tümünü kapsayan bir sistemin ağırlıklı bir biçimde genel vergi gelirlerinden (Hazine) karşılanması yönündedir. 1980’li yılların başından beri bu politikanın yerini alan (ya da daha doğru bir anlatımla bu politikanın yasal dayanağı olan 224 sayılı yasanın yürürlüğüne teknik anlamda son vermemekle birlikte onu uygulamada kaldıran) bir politika benimsenmiştir ki, bu politikanın da söylem bazında temel finansman kaynağı kamusaldır (sosyal sigorta). Farklı bir bakış açısıyla Beveridge’ci bir modelden (genel vergilerle finansman), Bismarck’cı bir modele (sosyal sigorta ile finansman) geçişe karşın, resmi söylem bazında finansman sisteminin ağırlıklı biçimde kamuya dayalı olma niteliği değişmemiştir (3).

İkinci görünüm gerçek yaşam, uygulamalarla ilgilidir. Resmi söyleme karşın finansman sisteminin ne Beveridge’ci ne de Bismarck’cı özelliğe sahip olmadığı belirtilebilir. Finansmanda kamu / özel sektör karması açısından her iki modelin öngördüğü oranlara ulaşılamamıştır. Türkiye’deki durum henüz tam bir nitelikte dökümanete edilmemiş olmakla birlikte küresel bazda ve özellikle de daha çok yoksul ülkelerde sağlık için “tüketicilerin daha fazla ödeme yapmak zorunda kaldıkları” yönünde bir gidiş ortaya çıkmıştır (3).

Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bir örgütlenme modelinden çok, sağlıktaki finansman sorununa bir çözüm üretecek bir model olarak ele alınmış ve sunulmuştur. 1980’lerden bu yana süren bu sağlıkta özelleştirme akımında, kamu sağlık giderlerinin azaltılması ve kamu sağlık kurumlarının yıpranması / yıpratılması ile birlikte geliştirilmiştir. Bu dönemde kamusal kaynakların sistematik olarak, bilinçli bir siyasal seçimle geriletildiği izlenmektedir. Buna koşut olarak, sağlık hizmeti kullanıcılarının giderek daha çok kişisel katkı

vermeye zorlandığı gözlenmektedir.

Yaygın olarak saptanan, sağlık hizmetlerinin finansman ayağının sınırlılığıdır.

Prof. Fişek'e göre Türkiye'de sağlık hizmetlerinin önündeki temel engel finansman darboğazıdır (4). Dolayısıyla hükümetler sağlığın finansmanı için değişik kaynaklar arayagelmışlerdir. Özellikle 1980'ler sonrası süregelen sektörün finansmanında kaynak çeşitlemesine yönelme sürecinde, sahip olunan yeni sosyal güvence ya da finansman kurumlarının başında özel sağlık sigortaları bulunmaktadır.

Bu alanda en sık sözü edilen özel sigortacılığın, kamu sigortacılığından farkı, bunların ticari nitelikte olmaları ve kazanç amacı gütmeleridir. Özel sigortacılıkta ödenecek prim (=ek sağlık vergisi) miktarı, sigortalanan kişinin risk katsayısına göre değiştiğinden, sosyal korunmaya en fazla gereksinimi olanların daha çok prim ödemeleri gereklidir. Bu nedenle, sağlanmak istenen güvencenin bedeli sigortalı açısından çok ağırdır, zaman zaman da kaldırılamaz boyutlardadır (5). Nitekim ülkemizde 12 milyonu aşkın insanımıza, bu yüzden Yeşil Kart verilmesi zorunlu olmuştur. Kaldı ki özel sigorta zorunlu da değildir; kişinin isteğine ve ekonomik gücüne bağlıdır. Bu durum, herkese eşit, nitelikli ve ödenebilir bir bedelle sağlık hizmeti sunumunu doğuştan kazanılmış temel bir hak olarak tanımlayan İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin (İHEB) 25. maddesiyle açık ve göğüslenemez bir çelişki yaratmaktadır (6).

Özetlenen özelleştirme dinamikleri bağlamında, özellikle 1980 sonrasında ivmelenen gelişmeleri ve günümüzde uygulamaya çalışılan, sağlık hizmetlerinin özel sigorta şirketleri aracılığıyla finansmanına dayanan "Genel Sağlık Sigortası" modelini dikkate alarak, özel sağlık sigortacılığı sektörünü ve sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigorta şirketleri aracılığı ile finansmanının Halk Sağlığı bilimi açısından irdelenmesi tezin ana amacıdır.

Hazırlanan tez, ulusal ve uluslararası ölçekte daha önce yapılmış çalışmaları da inceleyerek ülkemizdeki sağlıkta "reform" ve özel sağlık sigortacılığı süreçlerini değerlendirecektir.

## GENEL BİLGİLER

*“ Devlet olma savındaki siyasal kuruluşların  
EN BİRİNCİ görevi,  
halkın sağlığı ve sağlamlığıdır. ”*

**Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK**

### SAĞLIK KAVRAMI

İnsan yaşamının koşullarından biri sağlıktır. Çünkü, sağlık kişinin sahip olduğu, sıklıkla yitirildiğinde ya da tehlikeye düştüğünde ayrımsanan bir değerdir.

Sağlık, İkinci Paylaşım Savaşı yılları sonrasına dek, hastalık ve ölümün olmaması gibi eksi (negatif) ölçütler ile tartışılmaya başlanmıştır. Hastalık ve ölümün olmaması bir olumluluk olarak nitelendirilmiş, uzun bir süre kapsamında bulunması istenmeyen öğelerle tanımlanmıştır. Çünkü eksi göstergelerin hem kesin olarak ölçülmesi olanaklıdır hem de sonucunu tanımlamak kolaydır. Yirminci yüzyılın ortalarına değin, artı (pozitif) göstergelerin henüz tanımlanmamış / tanımlanamamış olması da bu durumun belirleyicilerinden olmuştur. Bu süreç, aynı zamanda o dönemde gerçeklikle bilim arasında önemli bir uzaklığın var olduğunun da göstergesidir (7).

Hastalık ve sağlık kavramları, soyut kavramlar oldukları için birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılmaları olanaklı değildir. Hastalığın tıp bilimindeki tanımı şöyledir: Hastalık, doku ve hücrelerde yapısal, işlevsel ve normal olmayan değişikliklerin yarattığı durumdur (8). Bu tanım salt biyolojik eksendedir, ancak hastalık yalnızca biyolojik bir süreç değil aynı zamanda ekonomik, toplumsal ve ekinsel (kültürel) eksenli bir olgudur (8).

Soyut bir kavram olan sağlığın çeşitli kuruluş ve bilim dallarında değişik tanımları bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) Anayasası'nda yer alan tanıma göre;

“Sağlık; yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumudur (9).

05.01.1961 gün ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası'nda sağlığın tanımı “Sağlık, yalnız hastalık ve sakatlığın yokluğu olmayıp beden, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumudur” biçimindedir (10).

Sağlık Bakanlığı'nca ise sağlık; kişinin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan, çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneği biçiminde tanımlanmaktadır (11).

**Bedensel (Fiziksel) Sağlık:** Bedenin anatomik ve fizyolojik olarak bütünselliğinin korunması ve sürdürülmesidir. Organların anatomik bozukluğu ve fizyolojilerindeki aksamaların tanımlanması, sağlık teknolojilerinin yardımı ile sağlık çalışanlarınca nesnellikle (objektif olarak) gerçekleştirilmektedir. (7).

**Ruhsal Sağlık:** Kişinin kendisince, yaşadığı tüm alanlara karışabiliyor (müdahale edebiliyor) olma gücünü duyumsamasıyla ilgilidir. Kişinin çevresini değiştirme, dönüştürme gücünü algılayışına bağlıdır (7).

**Toplumsal Sağlık:** Doğrudan toplumsal alanın kişiye bakışını yansıtır. Kişinin toplumsal yapı içindeki konumuna göre, toplumun kişiden beklediği toplumsal rolleri yerine getirmesidir (7).

“Tam iyilik durumu” dendiğinde anlaşılması gereken; kişisel yeteneklerle, toplumsal gereksinimler arasında en uygun dengenin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin tanımına / kapsamına giren bütün hizmetlere ulaşılabilir / kullanılabilir olursa bile, ne tek tek kişilerin ne de toplumun sağlıklı / tam iyilik durumunda olması sağlanamadığı gibi, sağlık gereksinimleri de karşılanamayabilir.

## **HALK SAĞLIĞI NEDİR?**

Halk Sağlığı kavramının ne olduğu konusunda çok çeşitli tanımlar vardır. DSÖ Halk Sağlığı Yönetimi Uzman Kurulu'na göre Halk Sağlığı; “Hastalıkları önlemenin bilimi ve sanatı, daha uzun yaşam süresi, çevrenin korunması için örgütlü toplum çabaları yoluyla ruhsal ve fiziksel sağlığın ve verimliliğin iyileştirilmesi, bulaşıcı enfeksiyon denetimi, kişilerin kişisel hijyenleri hakkında eğitilmesi, erken tanı ve hastalıkların koruyucu sağaltımı için tıp ve hemşirelik hizmetlerinin örgütlenmesi, sağlık kazancı için her kişiye uygun yaşam standardını sağlayacak toplumsal düzeneklerin (sosyal mekanizmaların) gelişimi, böylece bu yararların her vatandaşın kendisinin doğuştan hakkı olan sağlık ve uzun yaşama hakkının ayırına varmasını sağlayacak biçimde düzenlenmesidir” (12).

Son yıllarda Halk Sağlığının temel yaklaşımlarından olan koruyucu sağlık hizmetleri ile sağaltıcı ve esenlendirici sağlık hizmetlerinin bütünleştirilmesi (entegrasyonu) yoluna gidilerek Halk Sağlığı'nda tümelci yaklaşım yoluna gidilmiştir. Bu yeni Halk Sağlığı kavramı;



toplum gereksinimlerini belirlemek ve iyi tanımlanmış nüfusa dayalı, kapsamlı sağlık hizmetlerini örgütlemek için sistemli çabaların üzerinde durmaktadır. Böylece nüfusun yapısını ve gereksinimlerini belirlemek için gerekli bilgi toplama sürecini ve bu koşullara yanıt verebilmek amacıyla gerekli kaynakların yeniden dağıtılmasını içerir. Bu bağlamda Halk Sağlığının “özü” halkın sağlığıdır. Bu nedenle sağlığın iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, tanı ve hastalıkların iyileştirilmesi, fiziksel, toplumsal ve mesleki esenlendirme için gerekli bütün sağlık hizmetlerinin sağlamak amacıyla personel ve kuruluşların örgütlenmesini içerir (12). DSÖ'nün “Herkes İçin Sağlık” stratejisinin ve Ottawa Konvansiyonu'nun temelini oluşturan yaklaşımda sağlık; yaşam biçiminin, çevrenin ve insan biyolojisinin bir ürünü olarak görülmüştür (13). Bu iki stratejiyle benimsenen ilkeler; kişi ve toplumların sağlık belirleyicileri üzerindeki denetimini artıracak biçimde halk sağlığının rolünü güçlendirmektedir.

Halk Sağlığı'nın nelerden oluştuğunu gösterecek çok az resmi uluslararası yönlendirici vardır. İngiltere'de Acheson Raporu Halk Sağlığı bilim dalını şu biçimde tanımlar: Halk sağlığı dalı, halkın sağlığı üzerinde uzmanlaşan bir tıp dalıdır. Nüfusun sağlığını gözetmekle sorumludur, sağlıklı olmak için gereksinimleri karşılamakla görevlidir ve aynı zamanda sağlık hizmetlerinin en iyi biçimde sunulması, geliştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi ile de sorumludur (12).

## **SAĞLIK HAKKI**

Hak, bir özden yararlanmaktır. “Ahlaksal bir hak, bir özden yararlanmanın genel tehditlere karşı toplumca güvence altına alınması haklı isteminin ussal temelini oluşturur.” İnsan haklarının özü, insanın değerinin korunmasıdır (14).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin (1948) 25. maddesi, “Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetimi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.” demektedir (6). İnsanların kendilerini insan yapan özelliklerini korumaları, insan olarak değerlerini korumaları ile aynı anlama gelir. Özdeğerini ve benlik saygısını korumak insanın kendine verdiği bir ödevdir. Bir hakkın hak olmasını sağlayan temel ölçü, değerli olanın korunması ve yüceltilmesidir (8).

Sağlık hakkı temel bir insan hakkıdır çünkü insan değerinin korunmasına doğrudan katkı sağlamaktadır. Yaşamak, nasıl insanın insan olarak sahip olduklarını koruyup sürdürmenin temel koşulu sayılıyorsa, sağlıklı olmak ve beslenmek insanın yaşamını sürdürebilmesini sağlayacak temel gereksinimlerdir ve vazgeçilmez değerdedirler. Bu vazgeçilmez niteliğinden dolayı sağlık hakkı, temel bir insanlık hakkıdır (8).

Sağlık hakkını öbür haklardan ayırtıran kimi özellikleri vardır. Sağlık hakkı sosyal güvenlik sistemlerince korunan bir hak olmakla birlikte, sistemin koruduğu öbür hakların

kullanılabilmesi için bir ön koşuldur. Sağlıksız bir insanın çalışma hakkının ve dolayısıyla çalışması karşılığında kazanacağı öbür hakların korunabilmesi de olanaksızdır. Daha genel boyutta bakıldığında, sağlıksız bir insanın özgürlük ve eşitlik hakkı; eksiksiz ve sürekli gelişme hakkı; ülkesinin siyasal, ekonomik ve toplumsal yaşamına etkili biçimde katılma hakkı da baştan sınırlanacaktır (14).

Bu sonuç, devletin ve toplumun demokratikliğini de tartışılır duruma düşürecektir, çünkü devlet bu hakların önündeki siyasal, ekonomik, toplumsal engelleri ortadan kaldırılabildiği; bir toplumda, bu haklar kalıcı olarak güvence altına alınabildiği ölçüde demokratikleşecektir (14).

Sağlıksızlık ve sağlıksızlığı yaratan koşullar, söz konusu sağlık sorununun niteliğine göre değişen düzeylerde geri döndürülemez nitelikte olabilirler. Bu iki özellik, sağlığın öbür haklardan farklı temel bir hak olarak ele alınması gerektiğini ve öbür haklar ekonomik kaynaklarla kolayca ilişkilendirilebilir ve sınırlandırılabilirken; sağlığın niçin bu tür bir ilişkinin nesnesine dönüştürülemeyeceğini, özüne dokunulamayacağını açıkça göstermektedir (14).

Sağlıklı olmak, yukarıda da vurgulandığı gibi, öbür haklardan yararlanabilmenin ön koşuluna dönüşürken, öbür haklar da bütünsel sağlık anlayışının tamamlayıcı öğelerine dönüşmüştür. Sağlıksızlık başlı başına geri dönüşsüz bir süreç olarak karşımıza çıkabildiği gibi; öbür hakların kullanımını da sonsuza dek engelleyebilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle, sağlık hakkı kişinin isteme gücü ve yeteneği ile ya da ekonomik ve siyasal gücü ile ilişkilendirilemez ya da daha açık bir anlatımla metalaştırılmaz (14).

## **SAĞLIK HİZMETLERİ**

DSÖ'nün bir yayınında sağlık hizmetleri şöyle tanımlanmıştır:

"Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak, toplumun gereksinim ve istemlerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve sağaltıcı etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistemdir" (15).

Prof. Dr. Nusret Fişek, sağlık hizmetlerini "Genel olarak sağlığın korunması ve hastalıkların sağaltımı için çalışmalar" olarak tanımlamıştır (16). Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, sağaltıcı ve esenlendirici olarak üçe ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması Şekil 1'de gösterilmiştir.





6. Koruyucu hizmetlere önem ve öncelik verilmelidir.
7. Kaynakların sınırlı olduğu yer ve zamanlarda herkese yetersiz hizmet vermektense, o hizmetlere daha fazla gereksinimi olanlara, hastalıklara yakalanma olasılıkları fazla olan kümeler (yüksek riskli toplum kümelerine) öncelikle hizmet götürülmelidir.
8. Koruyucu, iyileştirici, esenlendirici ve sağlığı geliştirici hizmetler birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamalıdır, bir bütün olarak sunulmalıdır.
9. Sağlık hizmetleri bir takım (ekip) anlayışı içinde verilmelidir.
10. Sağlık hizmetlerine toplum katılımı sağlanmalıdır.
11. Sağlık ve sağlık hakkı, hizmetleri, eşitsizliklerin azaltılması gibi türev kavram ve değerlerin, toplumsal değerler katmanlanmasında (hierarchy) yukarıya taşınması, toplumsal gündemde hak ettiği yeri alması çabaları sürdürülmelidir (19).

## **EKONOMİDE MAL ve HİZMET TANIMI ve SAĞLIK HİZMETLERİ**

Ulusal ekonomiyi oluşturan iki ana kesim vardır. Bunlardan ilki kamu ekonomisi, ikincisi ise piyasa ekonomisidir. Gerek kamu ekonomisi, gerekse piyasa ekonomisi için amaç, insan gereksinimlerini karşılamaktır. Ancak bu süreçte kamu ekonomisi toplumsal yararı ön planda tutarken, piyasa ekonomisi girişiminin kazancını ve kişisel yararı temel alır. Kamu hizmetlerinin üretimini siyasal istem düzenlerken, piyasa üretimini pazardaki istem belirler. Teknik düzeyde ele alınırsa, kamu ekonomisinde önce sunu (arz) sonra istem (talep), piyasa ekonomisinde ise önce istem -gereğinde doğurulmuş istem- sonra sunu belirlenir. Piyasa ekonomisi, toplum üyelerinin kimi gereksinimlerini gidermekte yetersiz kalmaktadır (20).

Malı (meta) üç ana başlık altında toplayabiliriz (20):

1. Tam kamusal mallar
2. Tam özel mallar
3. Yarı kamusal mallar

Kimi sağlık hizmetleri kamu yararını amaçladığından "kamu malı" olmak durumundadır. Örn. temiz su sağlanması ve çevre sağlığı, vektör denetimi, yaygın görülen bulaşıcı hastalıklar için önlemler alınması, bağışıklama, sağlık eğitimi gibi konularda hizmetin yalnızca bedelini ödeyene verilmesi söz konusu olamaz (21).

Birtakım mal ve hizmetler vardır ki, ilk bakışta kamusal mal gibi görünmelerine karşın pazarlanmaları ve ücretlendirme yoluyla tüketiciye sunulmaları olanaklıdır(21).

Eğitim ve sağlık hizmetlerinden elde edilen yararın bir bölümü özel yarar sağlaması nedeniyle pazarlanabilir, bir bölümü ise "toplumsal yarar" nedeniyle pazarlanamaz niteliktedir. Bu tür hizmetlerin yarattıkları özel yarardan ayrı olarak kimi kesimlere ve topluma sağladıkları pazarlanamaz nitelikteki yarara "dış yararlar ya da dış kazançlar" adı

verilmektedir. Sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda kimi nedenlerden dolayı pazar ekonomisinde geçerli koşullar oluşmaz (21). Bu sektörde üretilen mal ve hizmetlerin genel ekonomik kategorilerden önemli ayrılıkları vardır:

- ❖ **Sağlık hizmetini dolayısıyla kimi sağlık mallarını talep edenler, bırakalım tüm bilgileri, çoğu kez en az bilgilere bile sahip değildirler.**

Sağlık hizmeti ve malları gereksinimini karşılamak üzere bunu sunan kişi, kurum ve kuruluşa başvuranların hemen hiçbiri (bilinçli ve deneyimli hastaların dışında) hangi sağlık bakımını ne denli süre ile isteyeceğini bilemez (21).

Kimi durumlarda kişiler sağlık bakımına gereksinimi olduğunun ayırında bile değildir ya da olamaz. Sağlık alanında karar verirken, mutlaka bir uzmandan yardım alınması hatta yönlendirme gerekmektedir. Kişinin sağlık hizmetini ve mallarını istemesi ya da hizmeti denetlemesi olanaklı olmadığından ya da çok kısıtlı olduğundan, serbest piyasa koşulları oluşamaz. Sağlık hizmetlerinde sunuyu da, istemi de, fiyatı da yalnızca hizmeti sunan belirlemekte ve denetlemektedir (22).

- ❖ **Hizmetin boyutunu ve kapsamını hizmeti kullanan değil, sunan saptar.**

Tıbbi bakım alanında, tüketicinin “ürün” hakkında yeterli teknik bilgi sahibi olmaları olanaklı değildir. Ancak uzman olanların bilebileceği araç ve gereçlerin ve tüketicinin ölçmesi olanaklı olmayan bir bilgi ve deneyimin kullanıldığı sağlık hizmetlerinde seçim, genellikle dış görünüşe göre yapılır (23) .

- ❖ **Sağlık hizmetlerine istemde belirginlik yoktur, sağlık hizmeti tüketimi raslantısaldır.**

Sağlık hizmetlerine olan talep beslenme ve barınmada olduğu gibi süreklilik göstermektedir. Kimin ne zaman, sağlık hizmetlerine ve mallarına gereksinimli kalacağı önceden kestirilememektedir. Saltık'a göre sağlık hizmetlerinde ekonomik fizibilite yapmak hem hizmetten yararlanacaklar için hem de hizmeti sunanlar için oldukça zordur; bu hizmetlerde yüksek bir istem esnekliği söz konusudur. İstem boyutlarının kestiriminin güçleşmesi, o etkinlik alanının piyasa ekonomisine bırakılmasını aynı ölçüde koşut olarak zorlaştırmakta ve eksik yatırım ile hizmet gereksinimini karşılayamama riski artmaktadır (24). Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ekonomik yatırım riski yüksektir. Ayrıca sağlık hizmetleri piyasasını böyle bir riske karşı koruyacak bir sistemle donatmak gereği, tüm dünyada genel kabul gören bir yaklaşımdır. Bunun bir sonucu olarak da birçok ülke sağlık sisteminde sağlık sigortalarını devreye sokarak, önceden ödeme yöntemiyle risk paylaşımını uygulamaya koyan düzenlemeler yaparak kimi önlemler almıştır (25).

❖ **Sağlık hizmetlerinde yerine koyma (ikame, substitüsyon / replasman) yoktur.**

Mal ya da hizmetlerin yerine konma özelliği -birinin sağlayacağı yararın bir başkasınca sağlanabilmesi- onun yerine geçebilme özelliği, tüketiciyi pazarın olumsuzluklarına karşı koruyan önemli özelliklerden biridir. Ancak sağlık mal ve hizmetleri isteminde durum böyle değildir. Hastanın, hekim tarafından kendisine önerilen sağıltım yöntemini kabul etmeyip, hastalığı kendi durumuna bırakarak iyileşmesi olanaklı değildir. Buna ek olarak önerilen sağıltım yönteminin yerine başka mal ya da hizmet konulması şansı hiç yoktur. Örn, polio sekelinin düzeltilmesi ameliyatı pahalıya mal olacak diye, bunun yerine daha ucuz bir girişim olan çürük diş bakımı konamaz (24).

❖ **Sağlık hizmetleri sosyal amaçlıdır, çıktısı paraya çevrilemez.**

Saltık'a göre, insan sağılığının değerinin ölçülemez olması, sağlık hizmetlerinin kazanç amacından çok sosyal bir amaçla sunulmasını birlikte getirmektedir. Dolayısıyla "maliyet", "yarar" ve "kârlılık" gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmakta ve klasik anlamlarını yitirmektedir. Sağlık hizmetlerinin çıktısı sağılıklı ve uzun bir yaşamdır, yükselen yaşamın süresi ve niteliğidir. Bu olgu, doğrudan kamusal ya da toplumsal bir yarar olarak kabul görmektedir (24). Saltık şu vurguları yapmaktadır:

"Sağılık alanında yapılan giderlerle korunan, geri kazanılan ya da düzeyi yükselttilerek geliştirilen kişisel ve toplumsal sağılık olgusu; doğrudan ve başlı başına bir yatırımdır. Sağılık sektörü dışındaki sektörlerin yarattığı artı değer ancak özel çaba ile kişi ve topluma yararlı verimli yatırımlara dönüştürülebilmesi olanaklı iken; sağılık alanına dönük giderlerin çıktıları, ayrıca bir çaba gösterilmeksizin ekonomiye doğrudan geri dönmektedir. Bu yüzden de, sağılık giderleri (cari giderler) grubunda değil, doğrudan yatırım giderleri kategorisindedir" (22).

IHEB'de de belirtildiği gibi "hiçbir ekonomik zorunluluk, insan sağılığına zarar verecek bir işlemin nedeni olamaz...". Yukarıda sayılan nedenlerle sağılık hizmetleri serbest piyasa koşullarına bırakılmamakta ve sosyal devletin gereği olarak sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet gibi araçlardan yararlanılarak sağılık hizmetleri sunulmaktadır.

❖ **Sağılık alanında, görel olarak, fiyat karşısında esnek olmayan bir istem (talep) söz konusudur.**

İşiklı'ya göre sağılık hizmetlerinde fiyat ne denli artsa da istemin sabit kalması eğilimi yüksektir. Normal olarak herkes, kendi sağılığı için ya da yakınlarının sağılığı için parasının tamamını ve tüm malvarlığını vermeye hazırdır. Bu nedenle, sağılık alanında etkinlik gösteren özel girişimciler, sağladıkları hizmetin karşılığı olarak diledikleri ücreti istemekte geniş bir serbestliğe sahiptirler (23). Yatırımlar, büyük ölçüde "riskten bağışıktır".

- ❖ **Piyasa mekanizmasının “herkese gereksinimine göre” ilkesinin tersi doğrultuda işleyen içsel mantığı, sağlık alanında çok daha belirgindir.**

Işıklı'ya göre, satın alma gücü düşük, fakat sağlık hizmetlerine yönelik gereksinimleri yüksek olan bu insanların sorunları, kamusal destek ve teşvik olmadan çözüme kavuşturulamaz (23).

## **SOSYAL GÜVENLİK**

Sosyal güvenlikle ilgili kavramların tümünün odak noktasında kişilerin sosyal risklere karşı korunması ilkesi bulunmaktadır. Talas'a göre, sosyal güvenlik, bir ülke halkının bugününü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum kurmuş olan kurumlar bütünüdür (26). Başka bir deyimle, sosyal güvenlik bir mesleki, fizyolojik ya da sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri ya da kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama gereksinimlerini karşılayan bir sistemdir. Uluslararası Çalışma Örgütü' nün (ILO) 1994 Philadelphia Konferansı'nda yaptığı tanımlama şu biçimdedir: “Halkın hastalık, işsizlik, yaşlılık, ölüm nedeniyle geçici ya da sürekli kazançtan yoksun kalması durumunda düşeceği yoksulluğa karşı, çocuk sayısının artmasına ve analık durumunda korunmasına yönelik genel önlemler sistemidir” (26). Fransız Danıştay'ı eski üyelerinden Laroque'a göre ise, sosyal güvenlik herşeyden önce, herkeste bir güvence duygusu yaratmak, bu güvenceyi bozacak her tehlikeyi önlemek ve bu tehlikeleri etkili bir biçimde yok edecek durumları sağlamak davadır (26). Tunçomağ'a göre, sosyal güvenlik, kişilerin gelirleri ne olursa olsun, belli sayıdaki tehlikeler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahip kurum veya kurumlar topluluğudur (27).

Dar anlamda sosyal güvenlik, insanın karşılaşacağı risklerin sonuçlarına karşı korunması ve ona bu konuda bir güvenliğin sağlanması düşüncesinden hareketle ortaya çıkmıştır. Çok yaygın olarak bilinen, niteliyle sosyal güvenlik, “korkudan kurtulma” özgürlüğüdür. Sosyal güvenlikle karşılanacak risklerin neler olacağı ülkelerin ekonomik ve siyasal yapısına bağlı olarak değişmekle birlikte; çağdaş sosyal güvenlik sistemleri iş ve meslek hastalıkları, hastalık, analık, sakat kalma (malüllük), yaşlılık, ölüm, işsizlik ve aile gelirinin yetersizliği gibi en çok rastlanan ve en çok zarar veren sosyal riskleri kapsamına alarak sosyal koruma sağlamaya çalışmaktadır. Bu riskler Uluslararası Çalışma Örgütü'nün 1952 tarih ve 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Sözleşmesi'nde belirtilmiştir (28). Sosyal güvenlik sistemlerinin büyük bölümünde ekonomik güvence, sağlanan gelirin gereksinimlilere yeniden dağıtımı biçiminde sağlanmaktadır.

Sosyal güvenlik anlayışının zaman içinde daha geniş boyutlarda ele alınması yönünde eğilimler ortaya çıkmıştır. Bunlar arasında;



**1. Kişiy Ekonomik Güvence Sağlanması:** Risklerin sonuçlarını giderme, sosyal güvenlik politikalarının yalnızca bir yönüdür. Öbür yönleriyle bu politikaların temel amacı kişiy yaşamın her döneminde yeterli bir gelir düzeyiy sağlayarak, sosyal güvenlik gereksinimini sürekli doyumaktır. Bu açıdan bakıldığında sosyal güvenlik hukuku, kişisel güvenceyi sağlamaya yönelik bir “yeniden dağıtım hukuku” olmaktadır (29). Bu bağlamda; çalışan + çalıştıran + devletin katkılarıyla doldurulan sosyal güvenlik sisteminin akçalı havuzu, sıklıkla güçlüğe uğrayan alt toplumsal kesimlere kaynak aktararak, bir tür ulusal gelirin yeniden dağıtılması, adilleştirilmesi işlevlidir de.

**2. Risklerin Ortaya Çıkmadan Önlenmesi:** Sosyal güvenlik, ilk ortaya çıktığı dönemlerde sosyal risklerin sonuçlarını gidermeye çalışmıştır. Ancak bir süre sonra bu risklerin ortaya çıkmasının önlenmesinin daha kolay ve daha ucuz olduğunun anlaşılması üzerine, doğan riskleri gideren önlemlere ek olarak bu risklerin ortaya çıkmasını engelleyen önlemlerden ve tekniklerden de yararlanılmaya başlanmıştır (29).

## **Sosyal Güvenliğin Tarihçesi**

Özellikle 15. ve 16. yy'lar süresince Avrupa'da modern devletlerin ortaya çıktığı süreçte toplumsal koruma mekanizmalarında devlet herhangi bir rol oynamazken, dinsel kurumlar aracılığıyla toplumsal koruma belli ölçütler içinde yerine getirilmeye çalışılmıştır (30).

19. yy sonları ve 20. yy başlarında, iş kazaları ve meslek hastalıkları üzerinde yoğunlaşan ve sanayi kesiminde çalışan işçilerin korunmasına dayanan ilk sosyal güvenlik sistemleri, sosyal güvenlik tarihinin klasik dönemi olarak kabul edilmektedir. Sosyal güvenliğin çekirdeğini oluşturan iş kazaları ve meslek hastalıklarına ilişkin ilk sistemler dışında, Almanya'da Bismarck tarafından 1883-1889 yılları arasında oluşturulan sosyal sigorta sistemi, sosyal güvenlik alanındaki en önemli gelişmedir (30).

Sosyal güvenliğin gelişimini etkileyen bir başka olgu 1929 Dünya Ekonomik Bunalımıdır. Geniş bir toplum kesiminin yaşam olanaklarını kötüleştirip, yoksullaştıran ve büyük bir işsizlik sorunu yaratan Büyük Bunalım; Keynesyen tam istihdam görüşünün gündeme gelmesine ve devletin bütün vatandaşlarına asgari bir yaşam standardı sağlayacak sosyal politikaları geliştirme zorunluluğu bulunduğunu göstermiştir (28).

1980'lerde yükselen neo-liberalizm genel olarak devlet giderlerinin ve girişimlerinin ekonomiye zararlı olduğu ve devletin ekonomiden çekilmesi gerektiğini dayatıyordu. Bu söylem başta ABD ve İngiltere olmak üzere, neredeyse bütün dünyada devletin küçültülmesi girişimlerinin savsözü (sloganı) durumuna geldi. Nitekim, bir bütün olarak devlet giderlerinin kısılması çabaları sonuçsuz kalırken, 1980'lerdeki bütçe kısıntıları özellikle altyapı, sağlık, eğitim, devlet çalışanlarının ücretleri gibi alanlarda çok aşırıya gitmiştir. Daha sonra, sosyal

hizmetlerin özelleştirilmesi evrensel bir reçete olarak Dünya Bankası (DB) kuramcıları tarafından bütün dünyaya dayatılmaya çalışılmıştır (31).

## **Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Gelişimi**

1. Meclis döneminde ilk yasal düzenleme 28.04.1921 tarih ve 114 sayılı “Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiye’sinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menafi-i Umumiyesinde Furuhtuna Dair Kanun” çıkarılarak yapıldı (28). Bu yasa, kömür tozlarının satışından elde edilecek gelirin çalışanların gereksinimlerinin karşılamak üzere özgülmesi ile ilgili hükümler taşıyordu. Daha sonra 10.09.1921 tarih ve 151 sayılı “Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Dair” yasa çıkarıldı. Bu yasaya göre, hastalanan ve kazaya uğrayan işçilerin işverence ücretsiz olarak sağaltılması için işyerinde hekim bulundurulması, ölümle sonuçlanan kazalarda ödence verilmesi ve işçilerin sosyal güvenlikleri için “İhtiyat ve Teavün (önlem ve yardımlaşma) Sandıkları” oluşturulması öngörüldü. Bu Sandıklar daha sonra 1923 tarihli “Amele Birliği ve İhtiyat ve Teavün Sandıkları Talimatnamesi” ile birleştirildi (28).

17 Şubat - 4 Mart 1923’te İzmir’de toplanan 1. İktisat Kongresi’nde sosyal güvenlikle ilgili olarak alınan kararlar arasında, çalışan bayanlara doğum öncesi ve doğum sonrası dönem için analık izni verilmesi, belirli alanlarda çalışanlar için işçi ve işveren primleri ile kaza, yaşlılık ve yaşam sigortalarının oluşturulması, belirli sayıda işçi çalıştıran işyerlerinde doktor bulundurulması gibi düzenlemeler yer almıştır (28).

1923’te Cumhuriyetin kurulmasından 1946’ya dek olan dönemde, sosyal güvenlikle ilgili düzenlemeler kimi yasalarda yer aldılar. 22.04.1926 tarihli Borçlar Yasası’nda da sosyal güvenlikle ilgili maddeler vardır. 1930 tarih ve 1593 sayılı Umumi Hıfzısıhha Yasası’nın 173. ve 180. maddelerinde kadın ve çocuk işçileri koruyucu kurallar düzenlenmiştir. 180. madde en az 50 işçi çalıştıran işyerlerinde işçilerin hastalık, analık, ve kaza durumlarında gerekli sağlık yardımının yapılması zorunluğundan söz etmektedir (32).

Bu arada sosyal sigortaların oluşturulması ile ilgili kurallar 1936 tarih ve 3008 sayılı ilk İş Yasasında yer aldı.\* Bu yasanın 100-107. maddeleri, yasanın yayınlanmasından başlayarak bir yıl içinde sosyal sigortaların kurulması gerektiğini belirtmektedir. 1946’ya dek olan dönemde devlet memurları için kimi Emeklilik Sandıkları oluşturulmuştur (28).

Anılan yasalardan sonra, 01.01.1946’da İşçi Sigortaları İdaresi oluşturuldu. 4772 sayılı ve 1945 tarihli İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Yasası çıkarıldı. 1940 yılında çıkarılan ve 01.01.1950’de yürürlüğe giren 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasası ile, memurlar için oluşturulan çok sayıda Sandık birleştirildi (33).

---

\* 3008 sayılı İş Yasası 1971’de yerini 1475 sayılı yasaya, o da 2003’te 4857 sayılı yasaya bırakmıştır.

1961 Anayasası'nın 48. maddesi ile sosyal güvenlik herkese hak olarak tanınmış, bunu sağlamak da devletin ödevi sayılmıştır. Sosyal sigortalarla ilgili olarak da 1960'lı yıllardan sonra kimi yasa ve tüzükler yürürlüğe konmuştur. İHEB'de bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden yararlanmanın sosyal adalete uygun bir biçimde olmasını sağlamak amacıyla 05.01.1961 tarih ve 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Yasa" çıkarıldı (34).

Primli rejim açısından ilk reform sayılan, 01.01.1965'te yürürlüğe giren ve pek çok değişiklikle bugün de yürürlükte olan 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) Yasası ile o zamana dek değişik yasalarla oluşturulmuş olan sigorta kurumları birleştirilmiş ve kapsamı genişletilmiştir. 02.09.1971'de kabul edilen ve 01.10.1972'de yürürlüğe giren Esnaf ve Sanatkarlar ve Öbür Bağımsız Çalışanlar SSK Yasası ile bağımsız çalışanların sosyal güvenliği güvence altına alındı. Bağ-Kur olarak bilinen bu kurumun üyeleri 1985'ten başlayarak kademeli olarak Sağlık Sigortası kapsamına alındı. 17.10.1983 tarihli ve 2925 sayılı Tarım İşçileri SSK Yasası ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlara Ait Sosyal Sigortalar Yasası ile tarımda süresiz çalışanlar ve tarımda kendi adına çalışanların sosyal güvenlikleri sağlanmaya çalışılmıştır (33). Türkiye son yıllarda İşsizlik Sigortası Yasası'nı da yürürlüğe sokmuştur (4447 sayılı İşsizlik Sigortası Yasası 21.05.2000 tarih ve 24055 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir).

## **SİGORTA KAVRAMI**

**Sigorta**, bir kimsenin ileride herhangi bir yönden zarar görmesi durumunda, ödenceyi alabilmek için, her yıl ödediği prim karşılığında bu işle uğraşan bir kuruluşla yaptığı sözleşme ve bu işle uğraşan kurum olarak tanımlanır. Sözleşmenin taraflarından prim ödeyecek ve zarar görürse ödence alacak olana **sigortalı**, primi kabul ederek zararı ödeyecek olana **sigortacı** denir. Sigortacı ile sigortalı arasında imzalanan ve sigorta sözleşmesinin kanıtlanmasını sağlayan belgeye **sigorta poliçesi** denir (35).

Sigorta kavramında sağduyulu davranış ve karşılıklı yardım fikirleri vardır. İleriyi düşünerek sigorta yapma gereksinimi, kişilerin karakter, eğitim ve sosyal sınıflarına bağlı olarak zamana ve yere göre değişik koşullarda kendini duyumsatmıştır. Uygarlık ilerledikçe ve kültür düzeyi yükseldikçe kişiler, ekonomik varlıklarını tehdit eden tehlikeleri daha iyi görebilmiş ve gidermek üzere çözümler aramışlardır. Başağaoğlu ve Erdemir sigorta ortaklıklarının bu amaçla kurulmuş ve amaca en iyi hizmet eden ticaret kuruluşları oldukları yargısındadırlar. (30).

Türk Ticaret Yasası'nın 1263. maddesi sigortayı şöyle tanımlamaktadır: Sigorta öyle bir sözleşmedir ki, bununla sigortacı bir prim karşılığında başka bir kimsenin para ile



ölçülebilir çıkarını, zarara uğratan bir tehlikenin (bir rizikonun), oluşması durumunda, tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin yaşam süreleri nedeni ile veya yaşamlarında oluşan belli birtakım olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya öbür eylemlerde bulunmayı üzerine alır (36).

Konularına göre sigorta işlemleri iki başlıkta toplanır (37):

1. Mal sigortaları (Nakliyat, Kaza, Yangın, Mühendislik vb.)
2. Can Sigortaları (Yaşam, Sağlık)

Temelde kişileri ve kümeleri tehlikelerin zararlarına karşı koruma ve bu riskleri sigorta kurumuna yükleme (transfer etme) esasına dayanan sigorta, uygulamada sosyal sigorta ve özel sigorta olmak üzere iki biçimde görülmektedir (38).

**Sosyal Sigorta:** Yalçın ve Yıldırım'a göre sağlık hizmetlerinin finansmanında uygulanan bir yöntem olan, kâr amacı taşımayan sosyal sigorta, kişilerin istek ve istençleri dışında oluşan ve onların mal varlığında, gelirlerinde ve çalışma gücünde yitkilere yol açarak kendilerinin ve geçindirmekle yükümlü oldukları kişilerin yaşamlarının sürmesini güçleştiren ya da olanaksız duruma getiren tehlikelerin zararlarını ödeme ve tamamlamaya yönelik önlemler bütünü olarak anlatılan sosyal güvenliğin temel kurumudur (38).

**Özel Sigorta:** Kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı güvence altına alınması için serbest istençleri (sigorta sözleşmesi) ile oluşturdukları bir risk güvencesidir. Özel sigortada anlaşma, sigortalı ve sigorta şirketince belirlenen ilkelere göre sigorta poliçesi ile yapılmaktadır. Sigorta poliçesi, sigortanın türü, belirli durumlarda sigortalıya yapılacak ödemeler, sigortalının ödemesi gereken prim miktarı ve poliçe süresine ilişkin bilgiler içerir. Sigorta poliçeleri genellikle bir yıllık düzenlenir ve geçerli oldukları sürenin bitiminde yenilenir. Sigorta poliçelerinin yenilenmesi sigorta şirketlerine yüksek risk dilimine giren sigortalının poliçesini iptal etme ve yeni poliçede prim miktarını düzenleme olanağı sağlamaktadır (39).

## **Dünyada ve Türkiye'de Sigorta Anlayışının Doğuşu ve Gelişimi**

Sigorta işletmeciliği ve sigorta hizmetinin tarihçesini araştıran kimi yetkelere göre sigorta hizmetine ilişkin en eski göstergeler M.Ö. 2000'li yıllara, Babil'de Fırat (Euphrates) vadisindeki iş adamlarına dayanmaktadır. M.Ö. 2300 yılı dolayında Babil Kralı Hamurabi'nin Mezopotamya'da bulunan ve Hamurabi Yasaları olarak adlandırılan yazıtında bu konuya yer verilmiş ve ticaret sırasında soyguna uğrayan satıcının mal bedelinin asıl mal sahibine ödeneceği belirtilmiştir (40).

Günümüzde geçerli olan yaşam ve sağlık sigortalarının ilk uygulamalarını da Eski Yunan ve Roma'da görmek olasıdır. Eski Yunan'da görkemli bir cenaze töreni yapmak, bu törenin gereği olan cenaze hizmetlerini karşılamak için dinsel kümelerin üyelerinden toplanan

paralarla bir fon oluşturuluyordu. Bu fonda oluşturulan paralar zamanla gereksinimi olanlara veriliyordu. Bu fonlar belki de gömülme sigortasının ilk örnekleridir (40).

Sigortacılığın geçmişi ile ilgili öbür bulgular yüzyıllar öncenin Çin'ine dayanır.

Ortaçağın sosyal kurumlarının başında yer alan ve uzantıları birçok ülkede günümüze dek gelen Lonca düzeninin de sigorta hizmetine benzer uygulamaları vardır. Örn. İngiltere'de Blessed Mary Loncası 1218'de kuralları arasına "soygun, yangın ya da başka bir talihsizlikten kayba uğrayan Lonca üyesine yardım edilir" maddesini eklemiştir (38). Loncalarda tüm üyeler dayanışma fonuna katılarak primlerini ödemişler ve bunun karşılığında standart kimi haklardan yararlanma olanağına kavuşmuşlardır. Loncalar ve yardım dernekleri, 19. yy'ın sonlarına doğru gereksinimi olan üyelerine tıbbi bakım da sağlamaya başlamışlardır (40).

Sanayi Devrimi'nden sonra ekonomik yaşamda oluşan önemli değişim, hem işverenler, hem de işçiler için bir dönüm noktası olmuştur. Sanayi Devrimi ile kurulan fabrikalar, küçük sanayinin ve birlikte Loncaların da ortadan kalkmasına neden olmuştur. Loncaların yıkılması toplumda sosyal yardım bakımından bir boşluk oluşturmuştur. Sosyal güvende oluşan bu boşluğu doldurabilmek amacıyla ülkeler 19. yy'ın son çeyreğinden başlayarak sosyal sigorta sistemlerine yönelmeye başlamışlardır (41).

Türkiye'de ise Cumhuriyet döneminde özel sigorta şirketlerinin sayısı zaman içinde artmıştır. Sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve işlevlerinin düzenleyen mevzuatın arka arkaya çıkması ile özel sigortacılık gelişmeye başladı. 1924'te Türkçe'nin kullanılmasını zorunlu kılan bir yasanın kabulü ile yabancı sigorta şirketlerinin kayıtlarını ve poliçelerini İngilizce ve Fransızca düzenleme işlemine son verildi. Aynı yıl Sigortacılar Cemiyeti kapatılarak Sigortacılar Kulübü kuruldu. Daha sonra bu kulübün adı Sigortacılar Dairei Merkeziyesi oldu. Bu mesleki kuruluş 1960'ta kurulan, bugünkü Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'nin çekirdeğini oluşturuldu (28).

Aynı tarihlerde Türkiye İş Bankası'nın sigorta acenteliği ile başlayan çekirdek çalışma ile bu konudaki çalışmalar genişletilerek 1925'te Anadolu Sigorta Şirketi kuruldu. Bu arada kişisel yatırımlara bağlı olarak İttihadı Milli Sigorta Şirketi de faaliyete geçti. 1149 sayılı 25.06.1927 tarihli Sigorta Şirketlerinin Teftiş ve Murakebesi (Denetimi) Hakkında Yasa ve yine aynı tarihte çıkarılan 1160 sayılı Mükerrer Sigorta İnhisarı (Tekeli) Hakkında Yasa ile yerli ve yabancı sigorta şirketlerinin bütün işlemleri denetlenmeye başlandı. Sigortalıların hakları korunmaya başlandı ve tarife uygulamaları denetlendi. 19.07.1929'da Milli Reasürans Türk Anonim Şirketi kurulmasıyla Türkiye'de çalışan, yerli ve yabancı sigorta şirketleri yaptıkları her çeşit sigorta işlemlerinden elde ettikleri primlerin %50'sini bu şirkete devretmeye başladılar. Bu şirket, sigortacılıkta yıkıcı rekabeti kaldırıyor ve halkın sigortaya olan güveninin artmasını sağlıyordu (28).

1935'te Sümerbank ve Emlak Bankası'nca kurulan Güven Sigorta Şirketi, tam bir ulusal kimliği olan ilk sigorta şirketi idi. 1936'da ise İş Bankası, Etibank, Türk Ticaret Bankası ve Anadolu Sigorta Şirketinin katılımıyla Ankara Sigorta Şirketi kuruldu. 1942'de Doğan Sigorta, 1944'te Halk Sigorta, 1947'de Genel Sigorta Şirketleri kuruldu (28).

1959 yılında 1149, 1173 ve 3392 sayılı Yasa kurallarını güncellemek, günün gereksinimlerine yanıt verecek duruma getirmek ve uygulamada görülen aksaklıkları gidermek amacıyla 7397 sayılı Sigorta Şirketlerinin Denetimi Hakkında Yasa çıkarılmıştır. Bu yasa ülkemizde sigortacılığın denetimiyle ilgili birçok yeni kurallar getirmiştir (28).

## **SOSYAL GÜVENCE KAPSAMINDA SAĞLIK GÜVENCESİ**

Daha önce değinildiği üzere, risk, kestirilebilen (ölüm, yaşlılık, hastalık gibi) ve kestirilemeyen (yangın, trafik kazası gibi) risk olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Hastalık ve ölüm, ne zaman, nerede ve nasıl karşılaşılabileceği bilinmeyen risklerdir. Hastalık riski ile ne zaman karşılaşılabileceğinin bilinmemesi ve bu riskle karşılaşıldığı anda tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri ile yüzyüze gelmesi kişileri, kendilerinin güvence altına alma gereksinimi ile karşı karşıya bırakmaktadır. Bu durumda böyle bir risk karşısında kişilerin önceden önlem almak temeline dayanan sağlık sigortasını gerekli kılmaktadır (22).

Sosyal güvenlik bakımından hastalık, geçici bir işgöremezlik durumudur. Tarih içindeki gelişimi bakımından hastalık sigortası, sosyal sigortaların ilk ve başlıca kolu olmuştur. İyi kurulmuş sosyal güvenlik rejimleri, herkese en geniş anlamı ile sürekli olarak bütün sağlık yardımlarının yapılması, olanaklarını sağlamakla ve hastanın aile yükümlerinin göz önünde bulundurularak verilecek günlük ya da aylık ödeneğin tutarını belirlemekle yükümlüdür. Genel olarak, hastalık sigortası, hastalık durumunda sağlık yardımları yapmakta, başka bir deyimle hastayı sağaltmakta (kamusal sosyal güvenlik sistemlerinde, yasa gereği bakmakla yükümlü olduğu kişiler içinde), hastalığın süresince (analık içinde) ödenek bağlamakta ve hastalık sonucunda ölümlerde, cenaze giderleri için belli bir para vermektedir (26).

Hastalık, çalışma gücü yitdiği gelir kesilmesi ve gider artışına yol açan bir tehlikedir. Sosyal güvenlik sistemleri, sağaltıcı sağlık hizmetleri yanında bu hizmetlerin verilmesi ile ilgili gider artışını da karşılar. Hastalanan kişinin çalışmadığı süre içinde kesilen gelirini karşılamak üzere giderimci (telafi edici) gelir garantisi de sağlanır. Hastalık sigortası, sosyal sigorta kurumlarının sayıca en kapsamlı olan sigorta kolunu oluşturur. Gelir azalması ya da kesilmesi, yalnızca sigortalıya yönelik bir yardım iken, sağaltıcı sağlık hizmetlerinden sigortalının kendisi ve geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireyleri de yararlanırlar (22).

Analık, kadın çalışan için bir sosyal güvenlik tehlikesidir. Kadın çalışan için analık, doğumdan önce ve sonra belirli süreler için geçici olarak işinden uzak kalmasına ve gelir

kesilmesine yol açan bir sosyal güvenlik riskidir ve ortaya çıkan zararların karşılanması gerekir (22).

### **Sağlık Sigortası**

Sağlık sigortası, insanların sağlığını güvence altına alan bir sosyal güvenlik koludur. Ancak sağlık sigortası, bu adın çağrıştırdığı gibi sağlığı güvence altına alan düzenlerle değil, hastalık olgusu ile ilgilidir. Sağlık sigortası denilen, gerçekte, hastalık durumu ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken parasal yükü üslenmek amacını taşıyan bir sigorta türüdür. Sosyal sigortalar anlamında hastalık, sağlık bakımı ve sağaltım gerektiren ve işgöremezlik sonucunu doğuran bedensel ve ruhsal bozukluk durumu olarak tanımlanmıştır. Sağlık sigortası açısından hastalık geçici tam işgöremezlik durumudur (42).

Sağlık sigortası, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile analık sigortaları kapsamı dışında kalan tüm hastalık ve kaza durumlarında yardım yapılmasını sağlayan bir sigorta koludur (22).

Sağlık sigortasının bir finansman türü olarak ortaya çıkmasının temel nedeni, sağlık sektörünün kendine özgü özellikleridir. Sağlık sektörünün bu özellikleri geçtiğimiz bölümlerde ayrıntılı işlendiği gibi tüketicinin bilgi eksikliği, ekonominin dışsallığı, belirsizlik ve istemin sunu yaratması biçiminde özetlenebilir (43). Sağlık sigortasını gerekli kılan özelliği ise belirsizlik, risktir. Hastalık nerede, ne zaman, nasıl karşılaşılabileceği bilinmeyen ancak kestirilebilen risklerdendir. Hastalık riski ile karşılaşıldığı anda bir kez daha vurgulayalım ki, kamusal sosyal güvence yokluğunda tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetleri ile yüz yüze gelmesi kişileri kendilerinin güvence altına alma gereksinimi ile karşı karşıya bırakmaktadır (43).

Hastalık sigortası genel koşullarında sağlık sigortası güvencesinin genel kapsamı "sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve / veya bir kaza sonucu yaralanmaları durumunda sağaltımları için gerekli giderleri ile varsa özel koşullar çerçevesinde, yine poliçede yazılı tutarlara dek karşılanacağı" biçiminde açıklanmış bulunmaktadır (44).

### **Özel Sağlık Sigortası**

Özel sigorta ise, riskin parasal sonuçlarını bir topluluk arasında yayma ilkesine dayanmaktadır. Bu özelliği nedeniyle özel sigorta ile Yardım Sandıkları ilk bakışta benzer uygulamalar gibi görünse de, özel sigortayı Yardım Sandıklarından ayıran en önemli fark, ticari bir nitelik taşıması ve kazanç amacı gütmesidir. Ayrıca özel sigorta, ticaret hukuku

ilkelerine göre oluşturulmuş bir sigorta şirketi'nce yürütülmektedir. Özel sigortalar isteğe bağlı olup, bütün sosyal riskleri kapsamına almamıştır (26).

Özel sağlık sigortası uygulamaları kişisel sigorta ve topluluk sigortası olmak üzere ikiye ayrılır. Kişisel sağlık sigortası uygulamalarında sigorta poliçesi işlemleri ve hizmet organizasyonu sigorta şirketleri ile sigortalı arasında gerçekleşmektedir. Küme sağlık sigortası ise genellikle işverenlerin çalışanlarına özel sağlık sigortası yapması biçiminde görülmektedir. Özel sağlık sigortası uygulamada üç ayrı biçimde yer almaktadır (42);

- Tıbbi gider sigortası
- Sakatlık geliri sigortası
- Kaza sigortası

Tıbbi gider sigortasında, sigortalı, tıbbi bakım bedellerinin bir kısmı ya da tümü ödenerek korunur. Sakatlık geliri sigortasında sigortalıya sakatlığı boyunca düzenli bir gelir sağlanır. Bu tür sigortada, sigorta şirketi sigortalının tıbbi bakım giderlerinin karşılamak yerine ona hastalığı boyunca düzenli bir gelir garantisi vermektedir. Kaza sigortası ise sigortalıya kaza sonucu yaralanma, sakatlanma ve ölüm durumlarında birtakım haklar sağlayan sigorta türüdür (42).

Özel sigortada sigortacı, sigortalılar arasında bir aracı rolü oynamaktadır. Sigortacı primleri toplamakta, riske uğramış sigortalılara ödence vermekte, aradaki farkı da kazanç olarak elinde tutmaktadır. Özel sigortada sigortalıların ödeyeceği prim miktarı yaş, cinsiyet, sağlık statüsü vb. özellikler değerlendirilerek belirlenir. Literatürde risk oranlaması (risk rating) olarak anlatılan bu uygulama, yüksek risk kümesindeki sigortalıların yüksek prim ödemesi ölçüsüne dayanmaktadır. Risk oranlaması, yaşlılar ve kronik hastalığı olanlar gibi yüksek risk sınıfına giren kişiler için bir eşitsizlik (dezavantaj) doğurmakta ve bu kişilerin sigorta şirketlerince "sigortalanamaz" olarak nitelenerek sigorta kapsamına alınmaması sonucuna neden olmaktadır. Bu uygulamanın ahlaksal ve etik yönü literatürde oldukça yoğun tartışmalara neden olmaktadır. Risk oranlaması yöntemi ile sigorta şirketinin sigortalıları risk sınıflarına ayırması ve böylece üstleneceği riski seçmesine sigorta sektöründe "kaymak sıyırma" (cream skinning) adı verilmektedir (41).

## **DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ GELİŞİMİ**

Sağlık sigortalarının, kişilerin birbirine hastalık ve kaza durumlarında yardım etme gereksinimi duydukları zaman ortaya çıktığını söyleyebiliriz. İlkçağlarda bile insanların bu amaçla hareket ettiklerini biliyorsak da, örgütlü biçimde yardım amaçlı derneklerin kuruluşu Ortaçağda gerçekleşmiş ve bu yolla hastalık ya da kaza sonucunda maddi, manevi sıkıntıya düşen kişilere destek olmaya çalışılmıştır. Avrupa'nın kimi yerlerinde çok dar kapsamlı olarak kurulan dernekler sağlık sigortası kavramına ilk adım olarak değerlendirilebilir (45).



Sağlık sigortasının tarihsel gelişimine bakıldığında bu sigorta dalının 19. yy'dan başlayarak Avrupa'da uygulandığı görülmektedir. İlk modern sağlık sigortası poliçesinin Londra'da demiryolu yolcularının sigortalanması amacıyla uygulandığı bilinmektedir (28).

19. yy sonlarında bu konuyla devletler ilgilenmeye başlamış ve sosyal sigortalarda bir gelişim görülmüştür. 20. yy başlarında Avusturya, Kanada, İsveç ve İspanya'da gönüllü sağlık sigortaları uygulanmaya başlamıştır. 2. Dünya Savaşı ile birlikte sağlık hizmetlerinin önemi daha da belirgin duruma gelmiş ve kümeler durumundaki sağlık sigortaları çok daha büyük boyutlara ulaşmıştır (28).

Ülkemizde kamu sağlık programları ilk kez ve çok sınırlı bir biçimde 1921'de "Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" ile oluşturulurken, 04.01.1959 gün ve 5502 sayılı "Hastalık ve Analık Sigortası Yasası" ile sağlanan yardımlar ve güvence altına alınan nüfus daha da genişletilmiştir (28).

Daha sonra dünyadaki küresel eğilime uyularak bütün toplumun sağlık sigortası kapsamına alınması için girişimlerde bulunulmuş ve bu sigorta zorunlu kılınmıştır. Bu dönemde kamu sağlık sigortalarının yanı sıra özel sağlık sigortalarının da başladığı görülmektedir. 1938'de Anadolu Sigorta A.Ş. gemi kurtarma çalışmalarında bulunanlar için hastalık sigortasına benzer bir güvenceyi piyasaya sürmüştür. Bugünkü anlamda ilk sağlık sigortası ürünü 1976 yılında, Başak Sigorta A.Ş. tarafından Ziraat Bankası'nda hesabı olanların güvence altına alındığı gündelik ödenceyi içeren bir küme sağlık sigortası uygulamasıdır (46).

1982'de Şark Sigorta Uluslararası Bankası çalışanları ile bunların eş ve çocukları için geniş bir güvence paketi sunmuştur. Bu sigorta doktor, muayene ve ilaç giderlerinin %80'ini, yatar hasta durumunda ise tümünü karşılamaktaydı. 1987-1988 yıllarında Batı Sigorta'nın uyguladığı üründe, kişilerin yaşları ve cinsiyetlerine bakılmaksızın yaş kümeleri için güvenceler sunulmuştur. 1988-1989 yıllarında Halk Sigorta kişisel sağlık sigortasını uygulamaya başlamıştır. 1989'da Anadolu Sigorta, Genel Sigorta ve Oyak Sigorta ağırlıklı olarak küme sağlık sigortaları uygulamasını başlatmışlardır. Özel sigorta şirketlerinin bu türdeki küçük çaplı uygulamaları 1990 yılında sağlık sigortaları ayrı bir dal oluncaya dek sürmüştür. 1982 yılına dek kaza güvencesine ek olarak verilen ve bu tarihten sonra yaşam sigortaları altında da satılmaya başlayan sağlık sigortaları; satılan güvencelere gelen yoğun istem ve yüksek bir potansiyel göstermesi sonucu 12.01.1990 tarih ve 90-55 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile ayrı bir dal olarak kurulmuştur (46).

## **DÜNYA'DA UYGULANMAKTA OLAN SAĞLIK SİSTEMLERİ ve FİNANSMAN MODELLERİ**

Bugün Dünyada çeşitli sağlık sistemleri bulunmaktadır. Aslında her ülkenin sağlık sistemi gerek finansman gerekse hizmet sunumu boyutuyla öbürlerine göre ayrımlar içermektedir. Taşındıkları ayrımlara karşın, sağlık sistemlerinin benzerlikleri çerçevesinde kümeleyebilmek olanaklıdır.

Sağlık sistemleri çok çeşitli etmenlerin bileşimiyle biçimlenmektedir. Sınıflamada temel olarak dikkate alınması gereken nokta, ülkelerin siyasal yapıları ve ideolojik yönelimlerdir. O ülkedeki işçi hareketleri, sendikal gelenekler, demokrasi, barış anlayışı, insan haklarına verilen önem, dinsel yönelimler ve etnik yapılanmalar da son derece önemlidir. Sağlık sistemlerinin sınıflanmasına ilişkin birçok kuramsal yaklaşım vardır. 1993'te yayınlanan DB'nin Dünya Gelişim Raporu'nda sağlık sistemleri iki ayrı biçimde sınıflandırılmıştır. Bir sınıflama örgütlenme ve finansman yöntemlerine göre; öbürü ise kişi başına düşen ulusal gelire göre yapılmıştır (47).

Bir sağlık sistemi dört bileşeniyle tanımlanabilir:

- 1) Hizmetin sunumu,
- 2) Fonun oluşturulması (finansman),
- 3) Ödeme yöntemleri,
- 4) Finansman ile hizmetin buluşturulması (hizmetin satın alınması) (48).

Biz Tezimizde sağlık sistemlerini daha çok, finansman boyutlarıyla inceleyeceğiz

Tablo 1'de DB'nin sağlık sistemlerini kişi başına ulusal gelire göre sınıflaması görülmektedir.

**Tablo 1. Dünya Bankası'nın, kişi başına ulusal gelire göre sağlık sistemlerini sınıflaması**

Ülke Kümesi (kişi başına gelire göre-1990), (\$)	Sağlık Gideri (1990)		ANA ÖZELLİKLER	ÖRNEKLER
	TUG Payı (%)	Kişi başına (\$)		
Düşük Gelir Kümesi (100-600)	2-7	2-40	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geleneksel tıp uygulamalarına ve ilaca yüksek tutarda özel gider yapılır.</li> <li>- Kamu hizmetleri genel vergilerle finanse edilir.</li> <li>- Sigorta uygulaması az miktardadır.</li> </ul>	Bangladeş Hindistan Pakistan Sahra altı Afrika ülkeleri
Orta Gelir Kümesi (600-7900) Özel Sigorta	2-7	20-350	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hükümet orta ve düşük gelir dilimine genel vergilerle hizmet götürür.</li> <li>- Varsıllar için özel sigorta vardır (Nüfusun %10'undan az)</li> </ul>	G. Afrika Zimbabve
Sosyal Sigorta	3-7	20-400	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hükümet düşük gelir dilimine toplum sağlığı hizmetlerinin ve sağaltıcı hizmetleri genel vergilerle sağlar.</li> <li>- İşçiler için değişen oranlarda sigorta vardır.</li> </ul>	Kosta Rika G. Kore Türkiye
Avrupa'nın Eski Sosyalist Ülkeleri (650-6000)	3-6	30-200	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kamu hizmetleri genel vergilerle karşılanır (düşük niteliktedir).</li> <li>- Yasa dışı çalışan büyük boyutlu bir özel sağlık sektörü vardır.</li> </ul>	Çek Cum. Polonya Slovakya Eski SSCB
Yerleşmiş Pazar Ekonomisi Ülkeleri (ABD dışında) (5 000-34 000)	6-10	400-2500	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Genel vergilerle ya da sosyal sigortadan finanse edilen ve nüfusun tamamını ya da tamamına yakını kapsayan sağlık hizmetleri vardır.</li> <li>- Üçüncü el ödemeler ve genel bütçe kullanımı vardır.</li> </ul>	Sosyal Sigorta: Fransa Almanya Japonya Genel Vergi: Norveç, İsveç, Birleşik Krallık
ABD (22 000)	12	2800	<ul style="list-style-type: none"> <li>- İsteğe bağlı özel sağlık sigortaları ve genel vergilerle finanse edilen hizmetler bir aradadır.</li> <li>- Düzensiz ve açık uçlu bir hizmet başına ödeme vardır.</li> <li>- Yüksek düzeyde yönetsel giderler vardır. (Sigorta ve hizmet sunumunda)</li> </ul>	ABD

Kaynak : World Bank (1993), syf:111(47)



## Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları

Literatürde sağlık hizmetleri finansman kaynaklarının sınıflamasına ilişkin bir yaklaşım birliğinden söz etmek olanaklı değildir.

DSÖ'nün yaptığı bir sınıflamaya göre (49):

- Devlet (kamu) finansmanı
- Özel Finansman
  - a) Doğrudan ödeme
  - b) Dolaylı ödeme
- Sağlık Sigortası
  - a) Kamu ya da sosyal sigorta
  - b) Özel sigorta
  - c) İşveren temelli sigorta
- Dış kaynaklar

Benimsenen sınıflama yaklaşımlarından biri ise sınıflamaya kamu / özel ayırımından başlamaktadır. Buna örnek olarak (43):

- ❖ Kamu ve yarı-kamu finansman kaynakları
  - a) Genel vergi gelirleri
  - b) Açık (deficit) finansmanı ve enflasyonun kullanımı
  - c) Özel amaçlı (earmarked) vergiler
  - d) Sosyal sigorta
  - e) Piyango ve bahis gibi gelirler
- ❖ Özel finansman kaynakları
  - a) Özel sağlık sigortası
  - b) İşverence finanse edilen sistemler
  - c) Gönüllü ve yardım kuruluşların katkıları
  - d) Toplumsal finansman (community financing)
  - e) Doğrudan hane halkı giderleri

Tablo 2'de üç örgütlenme tipi ile dört finansman yöntemi çaprazlanmaktadır. DB raporuna göre bir ülkede bu 12 olasılığın en az ikisi birlikte olmak üzere birden fazla yaklaşım birlikte bulunabilmektedir (47).

**Tablo 2. Sağlık sistemlerini sınıflamada örgütlenme ve finansmana göre Dünya Bankası yaklaşımı (48)\***

Örgütlenme	Finansman
KAMU	Genel Vergiler (bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Gider
ÖZEL (kazanç amaçlı)	Genel Vergiler (bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Gider
ÖZEL (kazanç amaçsız)	Genel Vergiler (bütçe) Sosyal Sigorta Özel Sigorta Doğrudan Gider

\* Kılıç ve Aksakoğlu, Toplum ve Hekim. 1995; 65:9 tarafından World Bank (1993); syf:109'dan yararlanılarak hazırlanmıştır.

## **Kamu ve Yarı Kamu Finansman Kaynakları**

**1. Genel Vergi Gelirleri :** Genel vergi gelirleri (GVG) günümüz sağlık hizmetleri sistemlerinde ortak sorumluluğun yerine getirilmesi yönünde yaygınlıkla başvuru finansman kaynaklarından biridir. Kollektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde (sosyalist ülkelerde) sistemin doğası gereği GVG finansmanda başvuru neredeyse tek kaynak niteliğindedir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun ortaklaşa sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak Beveridge ve Bismarck yaklaşımı seçimidir. Örn. Almanya ve İngiltere sağlık hizmetlerinin finansman sorumluluğunu toplumun tümünü kapsayacak biçimde ortaklaşa olarak üstlendikleri halde, biri Bismarck'çı bir yaklaşımla sosyal sigortayı GVG'ne tercih etmişken öbürü GVG'ni sosyal sigortaya tercih etmiştir. Kalkınmış kapitalist yönelimli ülkelerde özel ve kamusal kaynaklar arasında (GVG ve sosyal sigorta gibi) bir yaklaşımdır. Oysa az gelişmiş ülkelerde bu seçimi belirleyen etkenlerden biri, belki de en önemlisi, Tatar'a göre, vergi oranı ve vergi adaleti ile ilgilidir (43).

Ulusal gelirin vergi olarak toplanan, vergi oranı Batı Avrupa ülkeleri ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde ortalama olarak %26 dolayındadır. Buna sosyal güvenlik katkıları da eklendiğinde bu oran aynı ülkeler için %31 (ABD) ile %65 (Danimarka) arasında değişmektedir (ortalama %45). Bu oranlar ABD dışında tüm ülkelerde artış eğilimi göstermiştir (43). Az gelişmiş ülkelerde ise genel olarak bu oranlar çok daha düşüktür. Bu nedenle vergi gelirleri, yalnız başına sağlık hizmetlerinin finansmanında oldukça yetersiz bir kaynak olmaktadır. Tatar'ın Hoare ve Mills'den aktardığı, sağlık sektörü için genel vergi kaynaklı finansal desteği artırmanın başlıca yolları şunlardır (50):

- a) Vergi oranını, sağlık sektörüne ayrılan oransal payı sabit tutarak, artırmak,
- b) Sağlık sektörüne ayrılan vergi gelirlerinin büyüklüğünü başka kaynaklardan aktarımda bulunarak artırmak,
- c) Vergi oranını ve aynı zamanda sağlığa ayrılan vergi gelirlerinin büyüklüğünü birlikte artırmak.

Dikkat edilmesi gereken özellik, vergi oranının gelişme (kalkınma) ile orantılı olarak yükseldiğidir. Bu genel bir kuraldır ve bu koşutluk dışında bir ülkenin politik isteği de vergi gelirlerini artırmada etkili olabilir (43).

**2. Özel amaçlı (Earmarked-Hypothecated) Vergiler :** Normal koşullarda vergiler ulusal bir havuzda toplanır ve daha sonra hükümet tarafından değişik alanlara harcanır. Bununla birlikte kimi hükümetler belli bir vergiyi özel bir amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin bedelini karşılamak için toplanan vergi "özel amaçlı -earmarked- vergi" niteliğini taşır (36). Örn. belli ürünlerin satışından elde edilen vergiler ulusal ya da yerel düzeyde sağlık hizmetleri için ayrılabilir. Tatar'ın aktarıyla Hoare ve Mills'e (50) göre bu tür tüketim vergilerindeki en büyük sorun genellikle toplanmasında ve dağıtılmasındaki zorluklardır.

**3. Sosyal Sigorta :** İşverenlerin ve işçilerin katkıları yoluyla finanse edilen ve yalnızca sağlık hizmetlerinin değil yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konuları da içeren sosyal sigortalar bugün dünyada yaygın olarak başvuru finansman kaynaklarından biridir (50).

Sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık bakım hizmetleri dolaylı ya da doğrudan yöntemle sağlanabilir. Dolaylı yöntemle sağlık hizmetlerinin mevcut kamu ve/veya özel kuruluşlardan ve doktorlardan satın alınması olanaklıdır ki bu daha çok gelişmiş ülkeler tarafından benimsenen modeldir. Doğrudan yöntemde ise sistem sosyal güvenlik kurumu sahibi olup işlettiği dispanser, sağlık merkezi ve hastaneler yoluyla üyeleri ile onların bağımlılarına doğrudan hizmet verir. Bu yöntemde de genellikle az gelişmiş ülkelerde raslanmaktadır. Bunun temel nedeni olarak bu ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin kuruluşu aşamasında kamu ve özel sağlık hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olması gösterilmektedir (51).

Geleneksel olarak çalışanlardan ve işverenlerden zorunlu olarak alınan primlerle finanse edilen sosyal sigorta programlarına hükümet kimi durumlarda ve yollarla katkıda bulunabilir. Yararlananlar, prime ek olarak kullanım sırasında maliyet paylaşımına yönelik olarak bir ödemede bulunabilirler. Bu hizmet doğrudan hükümetlerce yönetilebileceği gibi, özel sigorta şirketlerine de yaptırılabilir (43).

**4. Öbür Kamu Finansman Kaynakları :** Kimi yazarlara göre (43,50) sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek kaynaklardan biride "açık (deficit) finansman ve enflasyon"dur. Açık finansman, borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belli bir zaman sürecinde genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu ulusal (iç borç) ve ulusla arası (dış borç) nitelik taşıyabilir, kısa vadeli düşük faizli borç ya da tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları -ki, bu gerçek borç faiz oranlarını da etkiler- ve genellikle hükümetlerin kredi itibarı konusundaki kuşular, bu tür finansmanın sağlık sistemlerinin desteklemede kullanılmasını zorlaştırmaktadır. Açık finansman büyük oranda belli inşaat projeleri için kullanılmaktadır (hastaneler ve su kanalizasyon sistemleri gibi). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı Proje Koordinatörlüğü ile bu birimin üstlendiği etkinlikler büyük ölçüde DB'ndan sağlanan kredi ile yürütülmektedir. Projenin temel konusu ise belli bölgelerde hastane inşası dahil, bir dizi altyapı yatırımı olmuştur (43).

Enflasyon sağlık hizmetlerinde finansman aracı seçeneklerinden biri olarak kullanılabilir (50). Hükümetler vergi gelirlerinin artırmak yerine politik kararla karşılıksız para basma (emisyon) yoluna da gidebilirler ki, enflasyonun önemli kaynaklarından biridir. Aslında enflasyon adaletsiz bir vergidir, toplumda yoksullar başta olmak üzere kimse bundan tümüyle kaçınmaz. Enflasyonda temel sorun bu yükün oldukça eşitsiz bir nitelik taşımasıdır. Yük bilindiği gibi genelde yoksullar ile özelde yaşlılar başta olmak üzere tüm sabit gelirlielerin (ücretlilerin) sırtına bindirilmektedir (43).

"Piyango ve bahis"ten elde edilen gelirler de sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek kaynaklardan biri olarak belirtilmektedir. Doğrudan bir finansman kaynağı değildir, ender olarak kullanılabilir. Adil olmayan (regressive) bir özelliği olduğu için eşitsizliklere yol açabilir (38).

## **Özel Finansman Kaynakları**

**1. Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) :** Az gelişmiş ülkelerden çok, gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın ya da Ulusal Sağlık Hizmeti (USH-NHS) gibi ulusal sağlık sistemlerinin bulunmadığı ülkelerde yaygın bir biçimde başvuru bir finansman mekanizmasıdır. Ulusal sosyal sigorta ya da NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ek ya da daha özel hizmet almak isteyenlerin gereksinimlerine yanıt vermek üzere ÖSS şirketleri vardır. Bu yönüyle (farklı kişisel beklenti ve seçimlere yanıt vermek) ülkenin temel sağlık finansman yapısını tehdit etmediği sürece olumlu bir katkıya sahip olabilir (52). Bize göre de, derin eşitsizlikler yaratmadığı sürece olumlu katkısı olabilir.

Yalnız başına bir finansman yöntemi olarak başvurulmasını engelleyen en önemli nedenler piyasa başarısızlıklarıdır (43).

**2. Toplumsal Finansman :** Herkese Sağlık amacına ulaşmak yönünde evrensel bir strateji olarak benimsenen Temel Sağlık Hizmetleri yaklaşımının ana yapıtaşlarından biri olan "toplumsal finansman" da bir finansman kaynağı olarak açıklanmaktadır (43,50). Kullanılan hizmetler için parasal bedel ödemedi, hizmet binalarının yapımında insangücü sağlamaya ve yardım toplamaya değin bir dizi farklı yöntemle başvuru toplumsal finansman, çeşitli yönleriyle eleştirilmektedir. Hükümetlerin yeni kaynak yaratma ve varolanların yeniden özgülmesi konusunda bir politik kararlılık gösterememesinin sonucu olarak, finansal yükün ödeme gücü en düşük olanlara yıkıldığı ifade edilmektedir (50).

### **Serbest Pazar Ekonomisi (Özel Sigorta) Modeli ve ABD Uygulaması**

ABD endüstrileşmiş ülkeler içinde, bütün vatandaşlarını kapsayan bir ulusal sağlık sistemi olmayan tek ülkedir. ABD'de hastalar, özel sigortalardan, özel sağlık organizasyonlarına dek çok geniş bir yelpazede, kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilirler. Burada dikkat edilmesi gereken nokta sistemin çoğunlukla özel nitelikteki yapılanmalarla yürütüldüğüdür. Bu durumda hizmet, onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilmektedir. Gelir düzeyi bu tip örgütlenmelere ulaşmakta yetersiz kalanlara yönelik düzenlenen devlet desteği ise istenen düzeyde değildir. ABD sağlık sisteminin en çok eleştiri alan yönü budur (53).

ABD'de sağlık hizmetlerinin finansmanını sağlayan dört temel küme vardır (54):

- Kazanç amaçlı özel sigorta şirketleri;
- Blue Cross (Mavi haç) ve Blue Shield (Mavi Kalkan)
- Bağımsız sigorta planları (Sağlık organizasyonları için)
- Kamu sigortaları (Medicare / Medicaid)

Finansmanı sağlayan sigorta şirketleri toplumun ancak % 86'sını kapsayabilmektedir. Geri kalan %14'lük kesimin ise hiçbir güvencesi yoktur. ABD toplumundaki özel sigortalı oranı 1980'li yıllardan başlayarak giderek düşmektedir. 1990'lı yıllarda özel sağlık sigortalı oranı 1960'lı yıllara eşdeğer düzeye gerilemiştir (54).

Özel sigorta şirketlerinin içinde yer alan, Maviler (Blue Cross – Blue Shield) ve Sağlık Organizasyonlarının finansmanını sağlayan özel sigorta planları kazanç amaçlı değildirler (fakat bu tanım ABD'de oldukça kuşku ile karşılanmaktadır). Özel sigorta şirketleri kümesinin %50'sinden fazlasını ise, kazanç amaçlı özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Kamu sigortaları içinde ise Medicare (yaşlılar için kurulmuş) ve Medicaid (yoksullar için kurulmuş) sigortaları vardır (51).

Sosyal sağlık sigortası programları içinde en geniş yer kapsayan Medicare ve Medicaid planlarıdır. 1965 yılında kurulan bu programlar, ulusal sağlık sigortası görüşünü

benimseyenler için, hedefleri doğrultusunda atılmış birer adım olarak görülmüştür. Medicare, sosyal güvenlik sistemi içinde hükümetce finanse edilen bir programdır ve kapsamındaki sigortalılara hastane, hekim ve öbür sağlık hizmetlerini sunmaktadır. Medicare, 65 yaş üzeri kişileri, sosyal güvenlik hakkı kazanmış sakatları ve böbrek hastalarını kapsam altına alan bir sosyal sigortadır. Medicaid ise düşük gelirli kişileri kapsamaktadır. Düşük gelir dilimindeki yetişkinler, çocuklar, gebeler, yaşlılar, özürli kişiler Medicaid kapsamına girmektedirler. Medicaid Federal Hükümet yardımları ile desteklenen ve eyalet hükümetleri tarafından yönetilen bir programdır. Eyaletler, Medicaid programlarının toplam bedellerinin yarısını kendi bütçeleri ile karşılamaktadır. Medicaid, kapsamı altındaki kişilere hastane, hekim ve öbür tıbbi hizmetler olmak üzere oldukça kapsamlı bir haklar dizisi sunmakta ancak bu haklar, hizmeti sağlayanlara ödenen ücretler ve sağlanan hizmetlerin standartlara uygunluğu bakımından yetersiz kalmaktadır (55).

Medicare ve Medicaid programları hükümetin toplumdaki sigortasız insanları sigorta kapsamına almak amacıyla oluşturduğu planlar olsalar da başarıya ulaşmamışlardır. 1987'de herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmayan kişiler ABD nüfusunun %20'sini oluşturmaktaydı. 1999'da da ABD'de 40 milyonun üzerinde (42.6 milyon kişi, toplam nüfusun %15.5'i) sigortasız kişi olduğu belirlenmiştir (55).

Özel sağlık sigortası, Amerikan sağlık sisteminde önemli bir yere sahiptir. ABD'de ilk sağlık sigortası, 1850'de Franklin Health Insurance Company of Massachusetts tarafından uygulanmıştır. Bugün ABD'de 1200'den çok kazanç amacı güden ve gütmeyen sağlık sigortası şirketi Amerikalılara kişisel ya da küme (grup) sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır. 1998 yılı verileriyle, ABD nüfusunun %70.2'si özel sigorta kapsamındadır (53).

## **Sosyal Sigorta Modeli ve Almanya Uygulaması**

Almanya'da geniş kapsamlı ve sosyal ağırlıklı bir sistemde sağlık hizmeti sunulmaktadır. Sağlık sisteminin işleyişi devletin federal yapısıyla yakından ilgilidir. Çoğulculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanır. Devlet, bütün vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul eder (56). Uygulanmakta olan model, 1911'de kabul edilmiş olan Devlet Sigorta Mevzuatı ile kurulmuştur (Reichsversicherungsordnung - RVO). Bu modelde herşeyden önce koruyucu hekimlik temel alınmış ve buna bağlı olarak, ayakta sağaltıma öncelik verilmiştir (57).

Almanya'da nüfusun neredeyse tamamının (% 99.9) sağlık güvencesi vardır. Yasal hastalık sigortası kapsamında olan %88.5 oranındaki kesimin, %85'i zorunlu olarak Krankenkasse'ye üyedir. Yalnızca çok varlıklı %15'inin üyeliği isteğe bağlıdır. Resmi hastalık sigortalarının (Krankenkassen) sağlık hizmetlerinde özel bir yeri vardır. Yasal yükümlülükleri,



hastalık durumunda sigortalıya kapsamlı koruma sağlamasıdır. Nüfusun %90'ı Krankenkasse'ye kayıtlıdır. Bunların yanı sıra, çok sayıda kamuya açık organizasyon da sağlık hizmetlerinde yer alır işçi sosyal yardım kurumları, Alman Eşitlikçi Sosyal Yardım Birliği, Alman Kızılhaç'ı, Almanya Yahudi Sosyal Yardım Birliği gibi özel sosyal yardım kurumları bu kümedendir (54).

Nüfusun %9'u da yalnızca özel sağlık sigortası kapsamı altındadır. Sağlık giderlerinin yaklaşık %47'si zorunlu resmi sigorta tarafından karşılanmaktadır. Yaklaşık %5'i özel sağlık sigortalarınınca ve sırasıyla %15 ve %14'ü işverenler ve devlet tarafından sağlanmaktadır. Kalan giderler ise resmi emeklilik sigortası, resmi kaza sigortası ve özel bütçeden karşılanmaktadır. Sosyal Sağlık Sigortası programında olanlar, devletçe denetlenen ve sayıları yaklaşık 1400'ü bulan sağlık fonlarından birinin zorunlu üyesidirler (54).

Almanya'da finansman büyük ölçüde işçi ve işveren ödentileri ile sağlanmaktadır. Bu uygulama, resmi sağlık sigortalarınınca yürütülmektedir. Hastalık, kaza, işsizlik ve emeklilik sigortası dalları özerk yönetim biçiminde çalışmakta ancak son kararlarında yasa kurallarına bağlı kalmaktadır. Genel anlamda sosyal sağlık sigortası programı hizmet karşılığı ödeme ile finanse edilir. Katılımlar bir yıl için beklenen giderler göz önüne alınarak hesaplanır ve bu hesaplama her yıl yeniden yapılır. Tıbbi bakım ya da hastanede sağaltım gibi tüm sosyal sağlık sigortası güvenceleri hizmet temelinde uygulanır. Bunun dışında kalan hastalık ve ölüm güvencesi, ortodontik sağaltım için verilen güvenceler ve ev yardımı ile uzun süreli bakım güvencelerinde ödenceler, nakit ödeme biçimindedir. Hüküm olarak bir sigortalının sağaltımı, söz konusu sağaltımı yürütenler ile (doktor/hastane vd.) sağlık sigortası fonunun karşılıklı bir ilişkiye girmesine neden olmaktadır. Güvenceden yararlanmak isteyen sigortalının, sosyal sigorta üyelik belgesini göstermesi yeterlidir (56).

Sosyal sigortaların en eskisi olarak hastalık sigortaları dikkat çekmektedir. Sağlık hizmetleri Almanya'da dayanışma ve yardımlaşma ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkenin güçlü bir yansıması özerk yönetimlerdir. Alman sağlık sisteminde devletin görevi bütün katılımcılar için gerekli yasal düzenlemeyi yapmak ve hizmetlerin çerçevesini çizmektir. Sigortalılar hizmet alırken herhangi bir ödeme yapmazlar, hizmeti sunanlara ödemeyi Kasalar yapar.

Resmi Hastalık Kasalarının işlevleri (54):

- Sağlık hizmetlerinin verilmesinde sağlık bakımı ve belirli hastalıkların erken tanısı için önlem almak,
- Hekimlik ve diş hekimliği hizmetleri,
- Destekleyici ve sağaltıcı gereçlerin sağlanması,
- Hastane hizmetleri,
- Sürekli bakım gereksinimlere yardım,
- Evde bakım hizmetleri, ev işleri yardımı,
- Esenlendirme (Rehabilitasyon) hizmetleri,

- Anne ve gebe bakımı,
- Yapay dölllenme hizmetleri

**Hastalık ödentisi :** İşveren, hastalığın yol açtığı geçici işgöremezlik durumunda ilk 6 hafta için ücret ödemesini üstlenir. 6 haftanın bitiminde ya da ücret ödemeleri için herhangi bir istek gelmezse Kasa, son alınan ücretin %80'ini 3 yıl için (en fazla 78 hafta) bu hastalık için öder. Sigortalılar yılda 10 iş gününe dek hasta çocukları için hastalık parası alırlar. Bu ödemelere ayrıca sağaltım ve yol giderleri de eklenir (56).

Kasalar prim bedellerini kendileri belirlerler. Prim miktarını her kasanın finansman gereksinimi belirler. Prim ödentileri yaklaşık olarak temel gelirin %12.5'ini oluşturmaktadır. Emeklilerin kendi Kasalarında üyelikleri sürer ve aynı sigorta hizmetlerinin almayı sürdürürler (56).

Tüm Dünyada olduğu gibi Almanya'da da 1980'lerden bu yana zaman zaman sigorta sisteminde finanse edilebilirliği sürdürme sorunuyla karşı karşıya gelmiştir. 1989 ve 1993 yıllarında Sağlık Reformu ve Sağlık Yapılanma Yasaları ile sağlık hizmetlerinde tasarruf yönünde adımlar atılmıştır (56).

**Özel Sigortalar :** Özel sigortaların Alman Sağlık Modelindeki rolü sosyal sağlık sigortası programını destekleyici yöndedir. Almanya'da yasal sigortanın prim ödenti sınırının üstünde geliri olanlar özel sigortalarla parçalı ya da tüm anlaşma yapabilirler. Devlet hizmetinde hastalık riskine karşı sigortalanan memurlar, tamamlayıcı bir özel sigorta ile anlaşabilirler. Kasaların zorunlu sigortalıları da isterlerse özel sigortalarla sözleşme yapabilirler. Örn. hastanelerde 1-2 kişilik odalarda kalabilme, bölüm şefi tarafından izlenebilme gibi. Özel sigortalarda güvencenin en az, fonların güvence düzeyini sağlaması koşulu vardır. Almanya'da 50'ye yakın özel sigorta şirketi kayıtlıdır (54).

## **Ulusal Sağlık Hizmeti Uygulaması ve İngiltere Örneği**

Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Services, USH), kökleri 19. yy'ın küçük işçi sigortalarına ve dostluk derneklerine dayalı bir kurumdur. 1911'de Lloyd George tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli bir gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Yasasına dönüştürülmüştür. İkinci büyük savaş öncesi güçlenen işçi sınıfının iktidar olma sürecini engelleyebilecek önlemler arasında, örgütlü bir sağlık hizmeti modeli de düşünülmüştür. 1930'larda Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve öbür Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen model incelenmeye ve tartışılmaya başlanmış, oluşturulan tasarı ile 1948'de USH sistemi kurulmuştur (58).

USH'de amaç, "elden geldiğince, halkın gereksinimlerine yönelik ve yerel olarak, sağlık hizmetinin her yönünü sağlayan, tam anlamıyla tümelci bir sağlık sistemi" oluşturmaktadır. Ağırlıklı eğilim, kaynakları hastane hizmetleri ve acil hizmetlerden, uzun



dönemli sorunlarla ilgili sağlık hizmeti kümelerine yönelmektir. Başka bir ölçüt olmaksızın, tıbbi gereksinime göre, yoksul ve varsıla aynı biçimde hizmet sunulmasıdır. USH, 14 bölgesel sağlık idaresi aracılığıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülür (59).

USH kapsamında verilen hizmetler, tıbbi giderler ve geçici işgöremezlik tazminatı genel başlıkları altında ele alınabilir (59).

Tıbbi Giderler Güvencesi:

1. Hastane ve Uzman hizmetleri,
2. Diş, göz, eczacılık ve aile doktoru hizmetleri,
3. Kişisel sağlık hizmetleri başlığıyla,
  - Cankurtaran (Ambulans) hizmetleri
  - Epidemiyolojik inceleme
  - Aile Planlaması
  - Sağlık Ocakları
  - Evde ziyaretler
  - Evde hemşirelik hizmetleri
  - Anne ve çocuk sağlığı
  - Bağışıklama ve aşılama
  - Öbür koruyucu ve bakım hizmetleri
4. Okul sağlığı hizmetleri

USH Finansmanı:

USH sigorta temelli bir sistem değildir ve genel vergiler yoluyla finanse edilir. USH için yılda yaklaşık 50 milyar pound harcanmaktadır. Bu giderlerin yaklaşık %85'i genel vergilerden karşılanır. %13'ü işçiler ve işverenlerce ödenen vergilerden (Ulusal Sigorta adı altında), %2'si de hastaların ödemeleriyle karşılanır. USH hizmetlerinden İngiltere'de yerleşik olarak yaşayan herkes yararlanır. Kapsamlı hizmetler kullanıldığı zaman ücretsizdir. Eczacılık, diş ve göz hizmetleri için hastalar küçük miktarda ödeme yaparlar, ancak gebeler, çocuklar, yaşlılar ve süregen hastalar bunun dışında tutulur (58).

İşsizlik, işgöremezlik, iş kazaları ve meslek hastalıkları ödenceleri ayrı bir Sosyal Güvenlik sistemi kapsamındadır. Bu sistem büyük oranda (yak. %88) Ulusal Sigorta katkıları ile finanse edilir, kalanı ise devletçe karşılanmaktadır (59).

## SAĞLIKTA SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMLERİ İÇİN DÜNYA TABLOSU

Bütün dünyada yaklaşık 150 ülkede sağlık dışında başka hakları da güvence altına alan bir sosyal güvenlik sistemi vardır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kapsanan nüfus sınırlıdır ve yalnızca kayıtlı sektördeki işçileri içermektedir. Yararlanım paketi genellikle minimaldir; Kaynaklardaki, gelirdeki ve kapsamdaki yetersizliklere sıklıkla yönetsel yetersizlikler eklenmekte ve sorunlar daha da büyümektedir. Gelişmekte olan ülkelerde, kayıtlı sektörün büyüklüğü sosyal güvenlik sistemlerinin büyüklüğünü, sosyal güvenlik gelir tabanının genişliğini de belirler. Afrika'da bu tabanın toplam içindeki oranı %10 dolayındadır. Latin Amerika ülkelerinde oldukça yüksektir ve Asya'da ülkeden ülkeye değişmektedir. Eski sosyalist ülkelerde ise, planlı ve merkezi bir yapıdan piyasa ekonomisine geçişin sonucu olarak kayıtlı sektör daralmakta ve kayıtdışı sektör ile kendi hesabına çalışanların oranı denetimsiz biçimde artmaktadır. Bu ülkelerde 1990 sonrasında içine düşülen ve halen belli ölçülerde yaşanmakta olan ekonomik kriz de sosyal güvenlik sistemleri açısından ciddi bir engel oluşturmaktadır (60).

Bir ülkenin sağlık bakımı için ayırdığı kaynakların toplamı, ulusal gelir ile ileri derecede ilişkilidir (güçlü korelasyon). Buna karşın, vergiden ya da zorunlu sigorta primlerinden elde edilen gelirler ile toplam sağlık giderleri arasında böyle bir ilişki yoktur. Bu da göstermektedir ki, sağlık hizmetleri için daha çok kaynak yaratabilmenin yolu ekonomik büyümedir. Bunun dışında vergi sisteminden sigorta sistemine geçmenin kaynak yaratmak açısından bir işlevi yoktur (61). Ancak DSÖ önceki genel başkanlarından Mahler'in uyarısı da son derece yerindedir:

- "Hükümetlerce halka verilen sağlık hizmetleri bir lütuf değil; sosyal ve ekonomik kalkınmada en temel itici güçtür." (19).

### **Avrupa Bölgesi**

**Sigorta modeline sahip Avrupa ülkeleri :** Fonlar, Fransa ve Lüksemburg'da mesleksel kümelere dayalı olarak düzenlenmiştir. Hollanda'da son yıllara dek coğrafi bölgelere göre idi. Belçika'da dinsel ya da politik kesimler zemininde bir örgütlenme vardır. Avusturya ve Almanya'da fon düzenlenmesi mesleksel, dinsel ya da işletme temelli olabilmektedir. Sigorta fonlarına üyelik Avusturya, Belçika, Fransa ve Lüksemburg'ta zorunludur. İsviçre'de genel olarak isteğe bağlıdır. Üyelik, Almanya ve Hollanda'da belli bir gelir düzeyinin altında geliri olanlar için zorunludur. Bu gelir düzeyinin üzerinde geliri olanlar Almanya'da ya zorunlu sigortayı seçmekte serbesttirler. Hollanda'da ise bu katmandaki insanlar ya özel sigortayı tercih ederler ya da sigortasız kalırlar (62).

Kapsanan nüfusun genişliği ve bu nüfusun yararlandığı hizmetler bakımından dört değişik yapının bulunduğu görülmektedir: İlk yapı neredeyse tüm nüfusun kapsandığı ve yararlanım paketinin bütün hizmetleri içerdiği Avusturya, Fransa ve Lüksemburg gibi ülkelerdir (61).

İkincisi, hemen bütün nüfusun yine zorunlu sigorta fonunun kapsamına girdiği, ancak kimi kişilerin yalnızca bir kısım hizmetten yararlandığı Belçika, Hollanda gibi ülkelerdir. Belçika'da nüfusun %15'i (kendi hesabına çalışanlar) yalnızca önemli riskler için sigortalı iken, nüfusun kalan kısmı hem önemsiz hem de önemli riskler için sigortalanmışlardır. Hollanda'da kapsayıcı hizmet nüfusun %60'ına sunulmaktadır. Kalan nüfus yalnızca süregen hastalıklara karşı sigortalıdır (61).

Üçüncüsü, neredeyse bütün nüfusun isteğe bağlı sigortaların kapsamına girdiği İsviçre'dir (61).

Dördüncüsü, nüfusun belli bir bölümünün sigorta kapsamına girdiği ülkelerdir. Örn. Almanya'da nüfusun yaklaşık %90'ı sigorta sisteminin kapsamındadır (61).

Bütün ülkelerde prim düzeyleri gelirle ilişkili ve sabit oranlıdır (flat rate). Prim ödemeleri işçi ve işveren arasında paylaşılmıştır. Örn. Avusturya, Almanya, Lüksemburg ve Hollanda'da primlerin yarısı işçi, kalanı da işveren tarafından ödenmektedir. Belçika ve Fransa'da ise işveren payı daha fazladır. Katkı payları konusu ilgili taraflar arasında ve değişik düzeylerde görüşülse de son kararı merkezi hükümet vermektedir. Avusturya, Fransa, Almanya ve İsviçre'de prim miktarı sigorta fonları arasında değişebilmektedir. Bu değişiklik fonların üye yapısının (profillerinin) değişikliğinden kaynaklanmaktadır. Prim oranları gelirin %5.6'sı (Avusturya) ile %19.4'ü (Fransa) arasındadır (62).

Belçika ve İsviçre'de kişiler istedikleri sigorta fonunu seçebilmektedir. Bu serbestlik bir ölçüde Almanya'da da (beyaz yakalılar için) geçerlidir. Öbür ülkelerde ise sigorta fonunu seçme hakkı yoktur, kişiler meslek ya da coğrafi bölgeye göre sigortalanmaktadır (62).

**Sigorta sistemine geçmekte olan Avrupa ülkeleri :** Belek'in aktardığına göre, İsrail nüfusunun çoğu 1995'te çıkan bir yasa ile sigortalanmaktadır. Sigortalanma isteğe bağlıdır. Sigortalılara evrensel bir yararlanım paketinin sunulması planlanmaktadır (62).

Türkiye'de nüfusun bir kısmı sigortalıdır. Bütün nüfusu kapsayacak ve varolan sosyal güvenlik sistemlerinin birleştirecek bir çalışma halen sürdürülmektedir .

Doğu Almanya'da sosyalizm döneminde merkezi olarak denetlenen ve vergiye dayalı bir finans sistemi vardı. Birleşmeden sonra, 1991 yılında hastalık fonlarının oluşturulmasına başlandı. Sağlık finansman sistemindeki bu değişiklik iki Almanya'nın birleşmesi sürecindeki görüşmelerde kararlaştırılmıştı. Nüfusun önemli bir bölümü için zorunlu sigortalılık getirildi. Primlerin gelire oranı ilk yıl için %12.8 olarak belirlenmişti (62).

**Gelişmiş genel vergi modeline sahip olan Avrupa ülkeleri :** İrlanda, İngiltere ve İskandinav ülkeleri bu kümededir. Bu ülkelerde de bu yy'ın başlarında sigorta sistemi vardı. Ancak zaman içinde şu ayırım ortaya çıktı: Sosyal güvenlik kapsamına alınan nüfus genişletilirken, devlet daha fazla sorumluluk üstlenerek sistemi genel vergilerle finanse etmeye başladı. Bütün nüfus sistem kapsamına alınırken, sigorta fonlarına yapılan katkı payları sağlık hizmetine ulaşmayı belirleyen etken olma özelliğini yitirdi. Hastalık fonları, devletten ayrı yapılar olmaktan çıktılar. Sağlık hizmeti sunumu giderek kamu sektörünün sorumluluğu durumuna geldi (62).

Sigorta sisteminden vergi sistemine geçiş 2. Dünya Savaşı'ndan sonra tamamlandı. Bu ülkelerin kimilerinde sigorta halen tamamlayıcı bir öge olarak varlığını sürdürmektedir.

Sigorta sistemine sahip ülkelerin tersine, gelişmiş genel vergi modeline sahip bu ülkelerde nüfusun tamamı ve bütün sağlık hizmetleri (evrensel hizmet paketi) vergi temelli finansman yapılarının güvencesi altındadır. Yine sigorta sisteminin tersine, bütün kişiler aynı tür hizmetlere ulaşabilirler. Yalnızca İrlanda bunun dışındadır. İrlanda'da yalnızca yoksullar (nüfusun üçte ikisi) bütün hizmetlere parasız ulaşabilirken, varsıllar kimi hizmetler için cepten ek ödeme yapmak zorundadırlar. Bu da pozitif eşitsizlikçi bir tutumdur. Sigorta sistemlerinde prim miktarlarının ve yararlanım paketlerinin toplumsal kümeler arasında değişebildiği anımsandığında, vergi sistemini uygulayan ülkelerdeki sağlık finansman ortamının daha eşitlikçi olduğu anlaşılacaktır (43).

**Vergi sistemine geçmekte olan Avrupa ülkeleri :** Bunlar Güney Avrupa ülkeleridir. Bu ülkeleri bir öncekilerden ayıran özellik, sigorta sisteminden vergi sistemine geçişi daha geç (1970'lerin sonu ile 1980'lerin ortaları arasında) başlatmış olmalarıdır. Belek'e göre, bunda da siyasal ortamın daha geç demokratikleşmiş olmasının etkileri saptanabilir (62).

Bu ülkelerin sistem değiştirmelerindeki amaç, önceden sistemin kapsamına alınmayan nüfus kesimlerinin de kapsanabilmesi ve bütün nüfusa evrensel nitelikli hizmet sunulabilmesidir. Ayrıca sağlık finans sistemindeki parçalı yapının ortadan kaldırılması biçimindeki bir amacın da etkili olduğu belirtilmektedir (43).

Geçiş aşaması halen tamamlanmamıştır. Örn. Yunanistan'da hastanecilik hizmetleri genel vergilerle finanse edilirken, ayakta sağaltım hizmetlerinde sigorta primleri kullanılmaktadır. İtalya'da sosyal sigorta fonu, bugün de toplam sağlık giderlerinin %40'ını karşılamaktadır (62).

**Sigorta sistemine geçen eski sosyalist ülkeler :** Bu ülkelerde vergi sistemi halen tamamlayıcı bir ögedir. Genel bütçe katkısı ya prim ödeyemeyecek durumdaki toplum kesimlerinin giderlerini karşılamak üzere ya da tıp eğitimi, tıbbi araştırmalar için kullanılmaktadır. Sağlık sigortası finansal ve yönetsel açıdan devletten bağımsızdır. Böylece

sigorta fonları yarı kamusal nitelik göstermektedir. Hükümetlerin, fonlar üzerinde değişen derecelerde denetimi vardır (62).

Kimi ülkelerde merkezi bir sigorta fonunun yanı sıra özelleşmiş hastalık fonları da vardır (Çekoslovakya, Estonya, Macaristan, Slovakya, Slovenya). Böyle olsa da merkezi fon nüfusun çok önemli bir bölümünü sigortalamakta ve yerel ya da özel sigorta fonlarını denetlemektedir. Arnavutlukta ise tek bir sigorta fonu bulunmaktadır (43).

Prim düzeyleri gelirle ilişkili olup, sabit bir miktardadır. Genellikle işçi ve işveren arasında paylaşılmaktadır. Primin gelir içindeki oranı %3.6 (Rusya) ile %13.5 (Çekoslovakya ve Slovakya), işveren payı / işçi payının oranı da 100 / 1 (Estonya) ile 50 / 50 (Slovenya) arasında değişmektedir (62).

Belek'in bildirdiğine göre, "Çeşitli sağlık sigortası fonları olabilsede, bunların topladığı primler merkezi fona gönderilmekte, buradan da yeniden (bölgelerin yaş ve cins yapıları dikkate alınarak) bölgelere aktarım yapılmaktadır. Böylece mali kaynakların gereksinime göre kullanılabilmesi hedeflenmektedir" (62).

Bu kümedeki ülkelerin tümünde, sağlık sigortası uygulanmasından sonra sağlık için yapılan toplam gider tutarında, önceki döneme göre artış olduğu belirtilmektedir. Sağlık finansmanındaki sorumluluğun sigorta fonlarına verilmesi, başlangıçta hükümeti de hoşnut etmişti. Ancak zamanla sigorta fonlarının eksikliklerinin ortaya çıkması ve finansal açıkları kapatmak için hükümetin devreye girmek zorunda kalması sigorta fonları ile maliye bakanlıkları arasında ciddi gerilimlere yol açmıştır. Bunun da ötesinde, sigortaya geçişle birlikte sağlık giderlerindeki artışın yetersiz maliyet denetiminden kaynaklanabileceği de belirtilmektedir (62).

Sigorta fonlarının geliri, ekonomik olarak aktif olmayanların, işsizlerin ve emeklilerin sağlık giderlerini karşılamaya yetmemektedir. Bu durumun finansman sistemleri açısından önemli bir açmaz olduğu söylenebilir. Genel bütçe sisteminden sigorta sistemine geçiş, sanayi ve hizmet sektörlerindeki emek maliyetlerini artırmıştır. Bu nedenle işletmeler çalıştırdıkları işçileri bildirmeme eğilimi göstermektedir. Sağlık, emeklilik ve işsizlik primlerinin toplamı örn. Macaristan'da toplam ücretin %60.8'ine erişmektedir. Öbür ülkelerde de benzer oran söz konusudur. Buna karşın merkezi devlet bütçesinden katkı olmaksızın, Belek'e göre sigorta fonlarının hastalık giderlerini karşılaması olanaksız olmaktadır (62).

### **Gelişmekte Olan Ülkeler**

**Kayıtçı sektöre yönelik sigorta sistemi uygulamaları :** Son yıllarda sigorta sistemine geçmekte olan Asya ülkelerinin çoğunda eskiden var olan finansman sistemi genel bütçedir. Son değerlendirmeler 26 Asya ülkesinden 23'ünün sigorta sistemine yöneldiğini göstermektedir. Buradaki yelpaze Orta Asya'daki eski sosyalist ülkelerden, Vietnam, Çin gibi



koşulları son derece değişik olan ülkelere dek uzanmaktadır. Bunların ortak olan sosyo-ekonomik özellikleri şöyle sıralanabilir: Devlet fonlarına bağımlılık ve sağlık hizmetleri de içinde olmak üzere bir dizi kamu hizmetinin devletçe sunulması, liberal ekonomik (her zaman politik olanları eşlik etmese de) reformlar, gelir düzeyine göre görece daha iyi sağlık düzeyi, görece büyük bir sağlık hizmet alt yapısı (63).

Geçiş sürecinin sonucunda devlet kaynakları azalmıştır. Bu da sağlık için ayrılan kamu kaynaklarının düşmesine neden olmuştur. Vietnam ve Çin için bu düşüş mutlak değilse de görecelidir. Örn. Çin'de devlet tarafından kullanılan kaynakların ulusal gelir içindeki oranı 1980'de %30 iken, 1990'ların başında %12'ye inmiştir (63).

Ensor'a göre, Asya ülkelerinde sigortaya geçişin iki temel nedeni vardır: Birincisi, bütçe paylarındaki mutlak ya da göreceli düşüşü tersine çevirmek için ek kaynak yaratmaktır. İkincisi ise sağlık hizmetini satın alacak ayrı bir kurumsal yapı oluşturmaktır. Birincisi daha önemlisi olarak görünmektedir (63).

Eskiden devlet mülkiyetinin egemen olduğu eski Orta Asya sosyalist ülkelerinde bile ekonomideki kriz bütçe dışında ek kaynak yaratmayı güçleştirmektedir. Bu nedenle ülke nüfuslarının halen önemli bir kısmı kapsam dışındadır. Kapsanabilen nüfus önemli oranda devlet ve büyük özel sektör işletmelerinde çalışanlardır. Sistem kuramsal olarak zorunlu olsa da küçük özel firmalarda ve kendi hesabına çalışanlar prim ödemekten kaçınmaktadır. Bugün nüfusların yaklaşık %25'i kayıtlı sektörün dışındadır ve sosyal güvenceye alınmaları olanağı bulunmamaktadır. Bu kümeler içine işsizler, kendi hesabına çalışanlar, kendileri çalışmayıp bağımlı olanlar ve küçük işletmelerde çalışanlar girmektedir (63).

Sigorta sistemine geçen bu ülkelerde sigortaya geçiş sürecini etkileyen üç ana etkenin bulunduğu bildirilmektedir: Geçiş süreciyle birlikte olan etkenler, yapısal özellikler ve ülkeye özel hazırlayıcı etkenler (62).

Ensor'a göre, geçiş özellikleri ekonomik durumla ilgilidir. Geçiş süreci ekonomik yapı ve istihdam olanakları üzerine önemli etki yapmıştır. Devlet işletmeleri özelleştirilmiş, parçalanmış ya da kapatılmıştır. Bu nedenle kamu istihdamı azalırken, küçük işletmelerde artış olmuştur. Emek gücü önemli oranda kayıtdışı sektörde çalışmak zorunda kalmış, vergi tabanı da daralmıştır. Kamu sağlık sektörünün güç duruma düşmesi, nitelikli personelin kamudan kaçışı sorununu yaratmıştır. Hastaneler hizmetten yararlanım anında cepten ödeme yapabilecek hastaları tercih etmeye ve kamu güvencesindeki hastaları reddetmeye başlamışlardır. Ekonomik kriz vergi, sosyal güvenlik paylarının toplanmasını güçleştirmektedir. Bu durum, özellikle eski sosyalist ülkeler için geçerlidir. Kamu sağlık fonlarının güvence altına alabildiği yararlanım paketi genellikle çok küçüktür. Bu durum bu fonlara üye kişilerin güvensizliğine neden olmaktadır. Nitekim sosyal güvenlik kurumuna yapılan ödemenin yanında, hastalık durumunda cepten ödeme yapmak genel bir hüküm durumundadır. Bu da kişileri sigorta kurumuna üyelikten caydıran bir sorundur (63).



Yapısal özellikleri, ülkelerin gelir elde etme potansiyelleriyle ilişkilidir. Nüfusun endüstriyel sektörde çalışması ödentilerin toplanmasında kolaylık sağlamaktadır. Ancak düzensiz kentleşme ve nüfus yoğunlaşması yönetsel maliyetleri artırmaktadır. Kırsal nüfusun fazlalığı sigorta sisteminin genişletilmesini engelleyen en önemli yapısal özelliktir. Ayrıca ülke ulusal gelirinin artış hızı da etkili olmaktadır. Sigorta programlarının uygulanmasını etkileyen yapısal özellikler nüfus yoğunluğu, kentte yaşayan nüfus oranı, endüstride çalışan nüfus oranı ve kişi başı gelir olarak belirtilmektedir. Belek'e göre, sıralanan ölçütler bakımından iyi durumda olan ülkelerde sigorta sisteminin geliştirilmesi kolay olmaktadır (62).

Ülkeye özel etkenler ise oluşturulan fonların yönetimindeki sorunlarla ilgilidir. Kimi ülkelerde sigorta fonlarındaki yolsuzluklara ilişkin olaylar bildirilmektedir. Fonun finansal olarak iyi değerlendirilmemesi enflasyon karşısında erimeye neden olmaktadır. Çoğu kez gelirler ile giderler arasındaki ilişki iyi hesaplanamamakta, bu da yararlanım paketinin denetlenememesine yol açmaktadır. Programa katılımın artırılması için başlangıç aşamalarında geniş yararlanım paketi sözü verilmekte, ancak sonradan eldeki gelir ile bu sözün tutulması olanaksız olmaktadır. Bu da sonuçta halkın sigorta sistemine güvenini azaltmaktadır. Satın alınacak sağlık hizmetinin nitelik ve nicelik olarak iyi denetlenememesi bir başka sorundur. Bu sorun doğrudan doğruya yönetsel kapasiteyle ilgili olup, bu ülkelerde aşılması oldukça zor görünmektedir (62).

Sonuçta geçiş sürecindeki Asya ülkeleriyle ilgili olarak söylenebilecek en genel gerçek, bu ülkelerdeki sigorta uygulamasının ülkelerin ekonomik durumlarından ileri derecede etkilendiğidir. Ekonomik durum düzelmedikçe, sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratma düzeneği olarak ele alınan sigorta sisteminin bu amaca hizmet etmesi olanaksız görünmektedir (63).

**Kayıtdışı Sektöre Yönelik Sigorta Sistemi Uygulamaları :** Gelişmekte olan ülkelerde nüfusun önemli kesiminin kayıtlı sektör dışında yer alması ve oluşturulan sağlık sigortası fonlarının kapsamının kayıtlı sektörle sınırlı kalması, hükümetleri, uluslararası kuruluşları, hükümet dışı kuruluşları kayıtdışı sektördeki nüfusa yönelik sağlığı koruma mekanizmalarının örgütlenmesi yönünde hareketlendirmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde kayıtdışı sektördeki istihdam, kentteki kayıtlı sektördeki istihdamdan daha hızlı büyümektedir. Kentsel kayıtdışı sektördeki emekgücü oldukça heterojendir. Bütün bunlar kayıtdışı sektördeki sigorta uygulamalarını güçleştirmektedir. Bu programlar önemli oranda gönüllülük esasına dayanmakta, bu da yanlış seçim sorununu gündeme getirmektedir. Bundan kaçınmak için nüfus kapsamının olabildiğince geniş tutulması, bunun için de üyelikte birim olarak kişinin değil ailenin ya da topluluğun seçilmesi gerekmektedir. Bu ise kayıtdışı sektörde çalışanların ekonomik durumlarının kötülüğü nedeniyle uygulanması oldukça zor bir seçenektir. Üyeliğin geniş bir tabana yayılamaması durumunda, yanlış seçimin getireceği maliyet artışından

kaçınmanın yolu sağlık riskleri yüksek (yüksek maliyetli) kümelerin programdan dışlanması (bir başka yanlı seçim) olarak ortaya çıkmaktadır (64).

DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde kayıtdışı sektörü hedefleyen 82 sağlık sigorta programını (Afrika 31, Güney Asya 16, Güney Doğu ve Doğu Asya 29, Latin Amerika 6 olmak üzere) değerlendirerek programları iki ana kümeğe ayırmıştır: Yüksek maliyetli ancak ender görülen sağlık sorunlarını sigortalayanlar (Tip 1) ve düşük maliyetli ancak sık görülen sağlık sorunlarını sigortalayanlar (Tip 2). Tip2 programların bir bölümü sevk edilerek kullanılan hastanecilik hizmetlerini de yararlanım paketi içine almıştır (Tip 2 + sevk) (64).

Tip 1 programlar genellikle hastane temellidir ya da hastanelerce işletilmektedir. Geniş bir coğrafi bölgede örgütlenmişlerdir, prim hesaplamada aktüeryal\* hesap yaparlar ve ancak kimi maliyetlerin karşılanmasını hedeflerler. Tip 2 olanlar ise toplum temellidirler, kırsal alanda örgütlenmişlerdir, prim düzeyi genellikle ödeme gücüne göre belirlenir. Tip 2 programlar hastane giderlerini içermediği için uygunsuz olarak değerlendirilirler. Hükümetin hastanecilik hizmetlerinin sunduğu durumlarda uygun olabilirler. Tip 1 programların temel amacı hastanecilik hizmetlerinin maliyetinin karşılanmasıdır. Tip 2 programların amacı ise hizmetin yaygınlaştırılmasıdır. Programların önemli kısmı için üyelik isteğe bağlıdır ve hükümet dışı yapılarca yönetilirler (62). İnfomal sigorta programlarında nüfus ya coğrafi olarak ya da yapılan işe göre belirlenmektedir. Üyelik aile/hane, kişisel, köy ya da kooperatif temelli olabilmektedir. İncelenen programların yaklaşık yarısı aile/hane temellidir. Kişisel temelli programların sakıncası yanlı seçime fırsat vermesidir (64).

Seksen iki programın yalnızca 12'si zorunlu ve evrensel üyelik kurallarına sahiptir. Bunlarda da primlerinin düzenli toplayabilenlerin sayısı çok azdır. Zorunlu olmayan programlarda ise kapsanan nüfus çok küçüktür. Toplumsal temelli programlarda, belli bir yöredeki nüfusun %25'ini üye yapabilen programların sayısı bile azdır. İsteğe bağlı programlarda yoksulların üyeliği iyiden iyiye düşüktür (64).

Primler belirlenmiş sabit bir tutar üzerinden nakit olarak toplanmakta ve aynı (mal olarak) ödeme kabul edilmektedir. Yalnızca 10 programda prim düzeyi gelire orantılı biçimde belirlenmektedir. Bunun nedeni yönetsel kapasitedeki yetersizliktir. Prim toplama genellikle ürünün elde edildiği mevsimlerde yapılabilmekte, bu da üyelik oranını düşürmektedir (64).

Programların yarısında ödeme biçimi ücret ve bütçe aktarımı biçimindedir (42 program). İkinci en sık ödeme biçimi hizmet başı ödemedir (fee for service) (11 programda). Hizmet başı ödeme özellikle Tip 1 programlar için geçerlidir. Hizmet başı ödeme, birincil ya da ikincil bakım veren özel sektör için de kullanılmaktadır (64).

---

\* **Aktüeryal sistem**; özel sigorta uygulamasında prim kesintisi yalnızca sigortalıdan olur. Kesinti düzeyi sağlık riski dikkate alınarak yapılır. Bu kesinti sistemi aktüeryal sistem olarak tanımlanır.

Programların çoğunda yararlanım paketi iyi tanımlanmamıştır. Yararlanım paketini geniş tutan sigorta programları, kısa sürede finansal güçlük içine girmişler ve riskli nüfus kümelerini dışlamak zorunda kalmışlardır. Programların pek azı sağlık eğitimi ve koruyucu sağlık hizmetlerini yararlanım paketine dahil etmektedir. Programların hemen hiçbiri hizmet niteliğini artırmaya yönelik denetim mekanizmalarına (finansal araçlarda içinde olmak üzere) sahip değildir. Çünkü bu da yönetsel kapasitelerin belli düzeyde gelişmiş olmasını gerektirmektedir (64).

Örn. Guatemala'da toplam 65 bin kişilik bir nüfusu kapsayan Barilla Belediyesindeki Assaba programı için, yararlanım paketi başlangıç aşaması olarak bütün ayakta ve yataklı sağaltım hizmetlerinin içerecek biçimde belirlenmiştir. Ancak kısa sürede finansal sıkıntının baş göstermesi üzerine, hastane yatışları ciddi ishal ve ciddi solunum sistemi infeksiyonları için üç gün, ameliyatlara için dört gün, sorunlu doğumlar için üç gün ve komplikasyonlu yeni doğanlar için iki günle sınırlanmıştır (65).

Programların çoğunda primler sabit düzeyde toplanmaktadır. Bu da eşitsiz (regresif) bir sonuç yaratmaktadır. Geliri az olup, sabit primi ödeyemeyenlerin sayısı çoktur. Bunlar için ise kamu desteği sınırlıdır. Prim ödeyemeyecek durumda olanlar, hizmet kullanım anında cepten ödemeye zorlanmaktadır. Gana'da prim miktarı ailelerin gelirinin %5-10'unu oluşturmaktadır. Burundi'de ailelerin %27'si programa kaydolamamalarının nedeni olarak finansal güçlükleri belirtmektedir. Meksika'da daha önceden programa kayıtlı olanların %20'si çıkmak zorunda kalmıştır ve bunun asıl nedeni finansal güçlüklerdir (66).

Sağlık hizmeti kullanımı en yüksek oranda sağlık kurumuna yakın yerlerde oturan sigortalılarda artmaktadır. Sonuç olarak sağlık kurumuna uzak yerlerde yaşayanlar programdan çıkmaktadır. Bu da yanlış bir seçim olmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu koşullarda, sigortanın hizmet kullanımını artırıcı etkisi gözlenmemektedir. Birden fazla programın olduğu ülkelerde, hükümet finansal açıdan güç durumda olan programları ne denli desteklese de, programlar arasında önemli eşitsizlik olmaktadır (62).

**Çin:** Çin'de finansman açısından birbirini tamamlayan birkaç program vardı. Tümünde de sistem merkezi hükümet, yerel kolektif birimler ve ailelerin katkılarından oluşmaktaydı. Yerel kolektif fonların katkısı ortalama %50 düzeyindeydi. Çiftçilerin katkısı ise yıllık gelirlerinin %0.5'i ile %2'si arasında değişmekteydi. Toplumsal örgütlenmenin temeli olan komünlerin pek çoğu kendi sağlık merkezlerinin kurmuşlar ve bedelini de karşılamaktaydılar (67).

Bilindiği gibi Çin 1970'lerden beri önemli bir değişiklik yaşamakta ve piyasa ilişkilerine geçmektedir. Bu değişiklikler içinde sağlık sektörü açısından önemli olanları şunlardır:

Finansal yönetimin desantralizasyonu, hükümet birimleri ile hizmet üreten birimler arasındaki ilişkilerin değişimi, komünlerin yönetsel yapılarını devralan kasaba yönetimlerinin

kurulması ve önceden işlevsel olan pek çok sağlık ödeme programının çökmesidir. 1970'lerde komünlerin %90'ı kendi sağlık birimine sahipken ve bunların toplam giderler içindeki payı %20'nin üzerinde iken, 1990'larda kendi sağlık birimine sahip komünlerin oranı %10'a ve bunların sağlık giderleri içindeki payı %2'ye inmiştir. Bunun anlamı periferdeki (taşradaki) sağlık sisteminin çökmesidir. Ortaklaşa finansman yollarının yıkılması ve devlet katkısının en aza indirilmesinin sonucu, sağlık hizmetlerinden yararlanımın ödeme gücüyle bağlantılı bir durum alması olmuştur (67).

Sağlık sisteminin çöküşü sonrasında sağlık sorunlarının ve eşitsizliklerin artışı 1994'te kırsal kooperatif sağlık sistemlerinin yeniden kurulması çabalarının uyarıcısı olmuştur. Liu ve Chen'e göre, bunlar, eski kapsayıcı sağlık sisteminin merkezci olmayan bir biçimde yeniden kurulması çabalarıdır (67).

Programların sundukları yararlanım paketlerinin çok farklı olduğu görülmektedir. Programlara katılım gönüllülüğe bırakılmıştır. Hedef, 2000 yılına dek komünlerin %70'inde kırsal kooperatif tıp sisteminin bu yeni biçimde yeniden kurulmasıdır. Çoğu programlarda katkı payları sabit bir ödeme olarak belirlenmiştir. Ancak katkı payı miktarı ailelerin ödeme gücü dikkate alınarak saptanmaktadır. Sonuçta fon miktarı düşük olmakta ve hizmet fiyatlarının %50'den azı geri ödenebilmektedir. Geri ödeme oranının düşüklüğü hizmete ulaşımı güçleştirmekte ve sistemin cepten ödemelere bağımlılığını ağırlaştırmaktadır. Bütün bunlar, sigorta uygulamasının, aileler üzerindeki sağlık giderlerinin yükünü azaltmadığını göstermektedir (67).

**Tayland:** Tayland'da nüfusun %56'sını kapsayan (toplam 31.4 milyon kişiyi), kamu tarafından organize edilen dört sağlık sosyal güvenlik sistemi bulunmaktadır. Bu programlardan ilki genel vergilerle finanse edilen, nüfusun %27'sinin üye olduğu kamu yardım programıdır. Düşük gelirli, 60 yaş üzerindeki ve ilköğrencileri bu programın üyesidir. İkinci program hükümet çalışanlarına yöneliktir. Genel vergilerle finanse edilir. Nüfusun yaklaşık %10'unu kapsar. Üçüncü sistem zorunlu sağlık sigortası sistemidir. İşçi, işveren ve hükümet katkılarıyla finanse edilir. 10'dan fazla işçi çalıştıran bütün kayıtlı sektörü kapsar. Yalnızca çalışanlara yöneliktir, işçilerin aileleri yararlanamaz. Nüfusun yaklaşık %7'si bu kapsamdadır. Sonuncu sistem isteğe bağlı sigortadır (67).

Bunların içinde üçüncüsü kamu sağlık sigortası niteliğindedir. Ödemeler kişi başına yapılmaktadır ve bu durum hastaneleri yüksek riskli hastalara hizmet vermektense alıkoymaktadır. Belli işlerde çalışanlara ve yaşlı işçilere hizmet verilmek istenmemektedir. Aynı sorun sağaltım biçimini de etkilemektedir. Özel hastaneler seçici (elektif) cerrahi ve kanser kemoterapisi vermek istememekte, böyle hastaları da kamu hastanelerine kaydolmaları biçiminde yönlendirmektedir. Bütün sistemin (ayakta sağaltıcı hizmetler de

içinde olmak üzere) hastaneler üzerine kurulması kaynak özgülmesinde verimsizlik yaratmaktadır (67).

## **ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI İLE İLGİLİ TANIMLAR**

**Sigortalı** : Sigorta şirketince, sigorta güvencelerini kullanabilmesi kabul edilmiş, kişisel ya da herhangi bir şirkette çalışan poliçe sahibi kişidir (35).

**Hastalık** : Sigortalının tıbbi veya cerrahi girişimi gerektirecek biçimde tıbbi işlevsel dengesinde oluşan bozukluklardır (35).

**Muafiyet (kapsam dışı kalma)** : Sigorta güvencesinin ödenebilmesi için aşılması gereken tutardır. Yükümlü altında kalan giderler için ödeme yapılmamaktadır (35).

**Bağımlı** : Prim tutarını ödemek koşuluyla aile poliçesine hak kazanan sigortalının yasal eşi ve söz konusu sigortalı ile yaşayan çocukları geliri olmaması koşuluyla güvence altında bulunmaktadır (35).

**Hastane** : Türkiye'de Sağlık Bakanlığınca, yurt dışında ise eşdeğeri resmi kuruluşlarca, hasta ve yaralı sağaltımına yetkili olarak izin verilmiş ve 24 saat hizmet verebilen sağlık kuruluşlarıdır. Bu güvence kapsamındaki hastane terimi kaplıca, dinlenme, huzur evleri, karantina ve akıl hastalıkları, uyuşturucu ve alkolizm sağaltımına özel kuruluşları kapsamamaktadır (35).

**Hastane Sağaltımı** : Sigortalının hastanede sağaltım almak amacıyla bulunması durumudur (35).

**Anlaşmalı Kuruluş** : Özel sözleşmelerle anlaşmalı kuruluşlar ağını oluşturan hekimler, hastaneler, tıp merkezleri, laboratuvarlar ve fizik sağaltım merkezleridir (35).

**Ayakta Sağaltım Güvenceleri** : Poliçenin kapsamı içinde, hastaneye kaldırılmayı veya hastanede sağaltılmayı, gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki doktor bakımı ve muayenesi, önerilen ilaçların alınması, tanı amaçlı incelemeler, vb. hizmetlerdir (35).

**Sigortalının Katılım Payı** : Sigortalının üstleneceği ve poliçede belirtilen sağlık giderleri katılım yüzdesidir (35).

**Önceden Var Olan Durumlar** : Kayıt tarihinden önce tanı konulan, sigortalı ve/veya sigorta ettirenin haberli olduğu tıbbi, cerrahi, ilaç sağaltımı yapılmış olan bir yaralanma ve/veya hastalık sonucunda ortaya çıkan herhangi bir durumdur (35).

**Bekleme Süresi** : Kayıt tarihi ile başlayan ve belirli durumların güvence altına alınmayacağı süredir (35).



**Sürprim** : Kişinin herhangi bir rahatsızlığından dolayı veya risk kümesinde olmasından dolayı sigorta primine eklenen ek primdir (35).

### **Özel Sağlık Sigortası Çeşitleri:**

Özel sağlık Sigortası (ÖSS) primlerinin;

1. Özel kişiler tarafından kişisel olarak,
2. Küme sigortalarında olduğu gibi ticari nitelikte kurumlar tarafından ya da,
3. Çalışanların ihtiyari (önlem) olarak, Kurum tarafından organize edilmiş olsa bile kendileri tarafından,

ödenmekte oluşuna göre üç bölümde incelenecektir (42).

#### **1. Kişisel Ürünler**

Bu ürünler kendi primini kendi ödeyen, kişisel müşterilerin gereksinimlerine göre düzenlenmektedir. Güvence genellikle kişi, eş ve aile adına düzenlenir. Kişisel ÖSS ürünleri kabaca aşağıdaki türlerde düzenlenirler:

**a) Geniş Kapsamlı Paket Poliçeler** : Geniş kapsamlı poliçeler kuşkusuz her ÖSS portföyünün vazgeçilmez ürünüdür. Bunlara tam güvenceli tazminat (ödençe) poliçeleri adı da verilmektedir. Özel tanı ve sağaltım giderleri ile günlük en pahalı tıbbi giderleri karşıladıktan başka bu poliçeler kapsamına:

- Alkol ve uyuşturucu dışında kalan nedenlerle oluşmuş bağımlılıktan doğan hastalıklar ve akıl hastalıkları tanı ve sağaltım giderleri,
- Acil durumlarda hastanın ülkesine sevk edilme giderleri,
- Seçenek (alternatif) ve tamamlayıcı nitelikteki ilaçlar,
- Belirli yıllık sınırı bulunmakla birlikte uzman hekimlerce yürütülen ağız ve çene cerrahisi dahil diş sağaltımları,
- Yıllık sınırı aşmamak koşulu ile göz sağaltımları,
- Sağaltımın özel hastaneler yerine sosyal sigorta kurumlarında yapılması durumunda maloluş farkı,
- Eşlikçi oda ücretleri,
- Evde yürütülen hasta bakım hizmetleri,
- Özel ambulans servisi ücretleri de girmektedir (42).

**b) Standart Poliçeler** : Yapısal olarak standart poliçelerin geniş güvenceli poliçelerden farkı yoktur ve bu poliçelerle karşılanan risklerin çoğu standart poliçe kapsamına



girer. Bununla birlikte belirli güvence türlerinin ya sınırlandırıldığı ya da güvence dışı bırakıldığı görülmektedir. Amaç sağaltım giderlerinden tasarruf sağlamak ve fiyatı olabildiğince düşük tutmaktır. Standart poliçeler, sigorta şirketlerinin daha önce pazarlık ederek anlaşma sağladığı sağlık kuruluşlarındaki sağaltımları kapsar. Anlaşma kapsamı dışında kalan sağaltım giderleri özel koşullarda; örn. tıbbi sağaltım ile doğrudan ilgili ve gerekli bulunduğu durumlarda kabul edilir (68).

**c) Bütçeye Uygun, Hesaplı Poliçeler :** Sigortalıya düşük prim karşılığında belirli güvence sunulan poliçelerdir. Hesaplı poliçelerin en tipik olanı İngiltere’de uygulanan 6 haftalık poliçelerdir. Bu sistemde sigortalı, kamu hastanelerinde 6 haftadan uzun bir bekleme süresiyle karşılaşır, ÖSS güvencesi devreye girmektedir. Sigortalının yine de sosyal sigorta kapsamını seçmesi durumunda, sigortacı genellikle poliçede yazılı büyüklükte bir parayı nakit olarak sigortalıya ödemek durumundadır. Bu sistem dışında hesaplı poliçeler dar güvenceli sigortalardan ibarettir. Dar güvenceli hesaplı poliçeler, sigortalıya gereksinimine göre, yalnızca en önemli ve bedeli yüksek sağaltımları kapsayan poliçe satın alma olanağı verir. Ödence hakkından yararlanabilmek için, sağaltımın sigorta şirketinin anlaşma olanağı sağladığı sağlık kurumlarından birinde yapılmış olma koşulu aranmaktadır. Hesaplı poliçe alanların otomatik olarak her hastalığın ve sağaltım giderlerinin güvence kapsamına girmediğini bilmeleri gerekir (68).

**d) Üst Yaş Dilimi Poliçeleri :** Üst yaş dilimi poliçeleri, bu nitelikteki kimselerin daha sık ve daha geniş güvence gereksinmelerini dikkate alarak, sosyal sigortalar üzerinde ağırlaşan yükü hafifletmek için ve emeklilikten sonra topluluk sağlık poliçeleri kapsamından çıkan kimselerin isteğe bağlı olarak kişisel güvence sahibi olabilmeleri öngörülerek düzenlenirler (68).

**e) Uluslararası Poliçeler:** Geçerlik alanı ulusal sınırları aşan poliçeler temelde yerel poliçelerden farklı değildirler. Yıllık yenilemeye bağlı ve birikimli güvence sınırı bir yıl için önceden kararlaştırılmış poliçelerdir. Güvence kapsamı açısından yurt dışında geçerli poliçeler de, öbürleri gibi geniş, standart ve dar kapsamlı olarak üçe ayrılırlar. Bu poliçeler sigortalıya yurt dışı güvencesi verdiğinden, sigorta şirketleri genellikle dış merkezlerdeki sağlık kuruluşları ile anlaşma yapmaya ve sigortalıların yatarak ve ayakta sağaltım görebilmelerini sağlayacak önlemler almakta; poliçelere, hasarın doğrudan doğruya sigorta şirketi tarafından yerel para birimi üzerinden sağlık kuruluşuna ödenmesini düzenleyen kurallar koyabilmektedirler (68).

## 2. Kurumsal (Ticari) Özel Sağlık Sigortası Ürünleri

Ticari piyasada kurumlara satılan ürünler, küçük ve büyük küme poliçeleri olmak üzere iki kategoride ele alınırlar. Bunların ortak özelliği, primlerin her koşulda işveren tarafından ödenmekte oluşudur. Rekabet, bütün ÖSS ürünleri için geçerli olmakla birlikte kendisini en etkili biçime özellikle büyük küme (grup) sigortalarında göstermektedir. Rekabet koşullarının ağırlığı sigortacıları çok dar kâr sınırları içinde çalışmaya zorlamaktadır (69).

ÖSS küme poliçeleri, işverenlerin primini ödeyerek çalışanlar yararına sağladıkları ek avantajlardan sayılırlar. Çalışanların bakmakla yükümlü oldukları kimselerin de kimi kez primlerinin işverence ödenerek güvence kapsamına alındığı görülmektedir.

**a) Büyük küme poliçeleri :** Elliden az olmayan kişileri kapsayan poliçelerdir. Yapıları gereği genellikle poliçe düzenleme tarihinde var olan hastalıkların dışarıda bırakılması olası değildir. Buna karşın fiyatların belirlenmesi önceki 12 aylık ya da daha uzun geçmiş dönemlerin hasar seyrine dayandırılmakta, çeşitli kategoriler için önceden saptanmış tarifeler uygulanmaktadır. Sigortalı açısından seçilmeme yaratılmasını engellemek amacıyla, önceden saptanmış yaş, kıdem ve durum dilimlerine giren personelin tümü güvence altına alınır (70).

Küme poliçelerinin özelliği olan çalışanlar ile sigortacı arasındaki sözleşme bağı, çok sayıda sigortalının büyük tutardaki primleri nedeniyle sigortacı için özendirici olmakta, aynı oranda sigortalıların daha iyi koşullar elde etmek için pazarlık güçlerini artırmaktadır. Katılımcı sayısı yüksek, geniş küme sigorta anlaşmaları sigortalılar için önemli yararlar ve seçenekler taşırlar. Öyle ki, ÖSS güvencesi dışında kalan, zararlı alışkanlıkların ve akıl hastalıklarının sağaltımı bile, büyük küme poliçeleri kapsamına eklenebilmektedir (70).

**b) Küçük Küme Sigortaları :** Genellikle elli kişinin altında kalan sigortalı kümelerini kapsarlar. Bu poliçeler kişisel poliçelere benzerler. Tek ayrımları prim indirimi sağlanabilmesidir. Elde edilen indirimler, sigortalı sayısına ve poliçenin hasar gidişine bağlıdır. Bu tür poliçelerin yazımında karşılaşılan en büyük zorluk, sigortalıların, düzenleme tarihinde taşımakta oldukları ya da belirtilerinin görüldüğü hastalık giderlerinin riski ne ölçüde etkileyeceğinin saptanmasıdır. Bulunan ya da belirtileri görülen hastalıklar ÖSS güvencesinin mutlak kapsam dışılıklarını oluştururlar ve bunlara ek prim ödenerek de güvenceye eklenmesine izin verilmez. Küçük kümelere ÖSS güvenceleri büyük kümelere göre daha dardır ve daha az esneklik taşırlar (68).

**c) İsteğe Bağlı, Primlerin Çalışan Tarafından Ödendiği Küme Sigortaları :** İsteğe bağlı ya da primlerin doğrudan sigortalılarca ödendiği ÖSS türleri, kurumların çalışanlarına ya da üyelerine ve onların bakmakla yükümlü oldukları kimselere, prim ödeme yükümlülüğü altına girmeksizin sağladıkları bir güvence türüdür. Bu sistemde çalışanların primleri

genellikle aylıklarından kesilerek işverence ödenmektedir. İşveren açısından bu sistem, işyeri yönetmeliğine göre primleri işverence ödenen güvence içinde olmayan çalışanların da bir biçimde ÖSS'dan yararlandırılmalarına olanak sağlamaktadır. İsteğe bağlı bu sistemde primini kendi ödeyen çalışanın avantajı, topluluğun boyutuna göre değişen ölçülerde küme indiriminden ve işverenin pazarlık gücü ölçüsünde genişletilebilmiş güvenceden yararlanmaktır (68).

Küme sigortaları, güvencenin, grubun niteliklerine uygun biçimde desenlendirilmesine olanak sağlar.

Başka bir sınıflamaya göre ise, sağlık sigortası poliçeleri genel olarak üç kümede değerlendirilmektedir (35).

**1. küme :** %100 kapsamlı ve sınırsız yatarak sağaltım güvencesi, %20 katılımlı ve sınırlı ayakta sağaltım güvencesi.

**2. küme :** Farklı sınır ve katılımlı güvenceler.

**3. küme :** Anlaşmalı kuruluşlarda sınırsız ve katılımsız güvencelerdir. Bu güvenceler dışında kalanlar katılımlı ve sınırlıdır.

Bu güvenceleri bütünüyle incelersek (68):

#### **Ayakta Sağaltım Güvenceleri**

**Doktor Muayene Giderleri Güvencesi :** Hastane, klinik ve özel muayenehanelerde çalışma izni olan doktorlarca yapılan muayene giderleri sigortalının seçtiği sınır ve katılım oranı çerçevesinde ödenmektedir (68).

**Reçeteli İlaç :** Doktor tarafından sağaltım için gerekli görülen ve reçetede belirtilen ilaçları, seçilen sınır ve katılım oranı çerçevesinde güvence kapsamındadır (68).

**Röntgen ve İnceleme Giderleri Güvencesi :** Hastalığın tanı ve sağaltımı için doktor tarafından istenen röntgen ve inceleme giderleri güvence altına alınır (68).

**Modern Tanı Yöntemleri :** Hastalığın tanı ve sağaltımı için doktor tarafından istenilen MR, tomografi, sintigrafi, anjiyografi, endoskopi vb. yöntemleri güvence altına alır (68).

**Fizik Tedavi:** Hastalığın sağaltımı için doktor tarafından gerekli görülen fizik sağaltım giderlerini güvence altına alır (68).

#### **Yatarak Sağaltım Güvenceleri :**

**Oda ve Yemek Giderleri Güvencesi :** Sigortalının hasta olarak yatakta sağaltım aldığı sağlık kuruluşunda yattığı her tam gün için oda yemek ve hemşirelik giderleri seçilen sınır çerçevesinde ödenmektedir. Bu güvence günlüktür (68).

**Ameliyat ve Anestezi Giderleri Güvencesi** : Sigortalının sağaltımının cerrahi bir girişimi gerektirdiği durumlarda, bu cerrahi girişim sonucunda oluşan tüm giderler, ilgili iç protez giderleri de dahil olmak üzere, belgelenmek kaydıyla, seçilen sınır çerçevesinde ödenmektedir. Kaza sonucu gereken ilk plastik ameliyat, anjiyografi giderleri ve kaza sonucu diş sağaltım giderleri bu güvenceden karşılanmaktadır (68).

**Eşlikçi Giderleri Güvencesi** : Sigortalıya eşlik eden kişiye ait oda ve yemek giderleri seçilen sınır çerçevesinde ödenmektedir. Bir kişiden fazla eşlikçi kabul edilmez (68).

**Acil Cankurtaran Giderleri Güvencesi** : Sigortalının şirket doktorunca da kabul edilebilecek acil hallerde, hastaneye taşıma sırasında kullanılabilecek kara, deniz ve hava taşıma araçlarıyla yapılan taşımalara ait giderler seçilen sınır çerçevesinde ödenmektedir (68).

**Evde hemşirelik Bakım Güvencesi** : Hekimin gerekli gördüğü durumlarda lisanslı bir hemşire tarafından evde yapılan tıbbi bakım giderlerini karşılamaktadır (68).

**Diş Sağaltımı Giderleri Güvencesi** : Çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde ve/veya özel muayenehane açmaya ehliyetli diş doktorlarınca yapılacak sağaltım (diş ve diş eti sağaltımları veya ameliyatları) giderleri seçilen sınır ve katılım oranı çerçevesinde ödenmektedir. Ameliyatlar uzman diş doktorunca yapılmalıdır (68).

**Doğum Giderleri Güvencesi** : Gebelik durumunun gerektirdiği doğum, erken doğum ve düşük hallerinin gerektirdiği giderler seçilen sınır ve katılım oranı ölçüsünde ödenmektedir. Doğum giderleri güvencesi, sigorta giderleri güvencesinin başlangıcından başlayarak sigorta şirketinin belirlediği bir sürenin geçmesinden sonra başlayan gebelik süresini kapsar (68).

**Gözlük Çerçevesi, Gözlük Camı ve Lens Güvencesi** : Gözlük çerçevesi güvencesi, göz doktorunun tıbben gerekli gördüğü durumlarda, numaralı camları çerçevelemek amacıyla kullanılan gözlük çerçevesi güvencesidir. Gözlük camı güvencesi, göz doktorunun tıbben gerekli gördüğü numaralı gözlük camlarıdır. Lens güvencesi göz doktorunun tıbben gerekli gördüğü kontakt lens güvencesidir (68).

**Organ Nakli (Aktarımı) Güvencesi** : Organ nakli güvencesi böbrek, kalp, kornea, kemik iliği ve karaciğer nakilleri esnasında oluşan tıbbi giderleri karşılamaktadır. Organın elde edilmesi ve organı veren kişiye ilişkin tüm giderler kapsam dışı bulunmaktadır (68).

**Sağlık Taramaları (Check-Up) Güvencesi** : Toplum içinde sağlık bilincinin yaygınlaşması ile yılda bir veya iki kez check-up istenir olmuştur. Sigortacılar bu güvenceyi belli sınırlar içinde verebilmektedir (68).

**Yurtdışı Güvencesi :** Hüküm olarak güvence yurt içinde geçerlidir. Bununla birlikte karşılıklı anlaşma ve sürprim (ek prim) ödenmesi ile güvencenin yurt dışına açılması sağlanabilir. Daha çok yurtdışında hastalanmış sigortalının tıbben gerekli görülen durumlarda bulunduğu yerde hastaneye götürülmesi veya kendi ülkesine getirilmesi giderleri bu güvencenin ana konusunu oluşturur (68).

**Gündelik Ödence Sigortası :** Hasta olan kişiler çalışmadıkları için kazançlarının bağlı olduğu etkinlikleri gösteremezler. Kazanç sağlayamama durumu geçici veya sürekli olabilir. Çalışanın sürekli kazanç kaybı durumunda hastalığını, doktor raporu ile belgelendirmesi gerekir. Bu durum daha çok sigortalının mesleksel etkinliğine göre değerlendirilmektedir. Gündelik tazminat sigortasının amacına ulaşabilmesi için gelir dalgalanmalarına ve gerçekte kaybolmuş işin gelirine uyabilmesi koşuldur. Başka bir deyişle gündelik tazminat değişebilir olmalıdır. Uygulamada bu durum ancak çalışan personel lehine anlaşmalı küme sigortalarında gerçekleşebilmektedir. Öbür durumlarda, sözleşmenin imzalandığı tarihteki iş gelirine ve bir ölçüde de gelirdeki olası gelişime bağlı olarak gündelik tazminat belirlenmektedir (68).

## GEREÇ ve YÖNTEM

*“Herkesin, kendisi ve ailesinin sağlık ve gönenci için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır. Herkes; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi denetiminin dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda güvenlik hakkına sahiptir.”*

*İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi Md. 25*

### ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

Tez çalışması, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda, Kasım 2002-Nisan 2004 arasında Edirne'de yürütülmüştür. Veri toplanabilmesi için, özel sağlık sigortası şirketleri İstanbul'da yerinde ziyaret edilmiştir. Kaynakça gereksinimi bakımından da benzer yol izlenmiştir.

### ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tez çalışması, ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanının ve özel sağlık sigortacılığının, sağlık hizmetleri finansmanındaki yeri ve durumunu verilerin elverdiği ölçüde ortaya koyması bakımından tanımlayıcı bir çalışmadır. Sağlık hizmetleri finansmanında ve özel sağlık sigortacılığında özellikle son 20 yıllık gelişimin de dikkate alınması nedeniyle retrospektif bir boyutu da vardır. Taranılan literatür bilgileri ve erişilebilen verilerin elverdiği ölçüde kimi çözümleyici (analitik) yaklaşımlar da ortaya konmuştur (71).



## VERİ TOPLAMA

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemler ve çeşitli ülkelerin sağlık hizmetleri finansmanları ve erişilen sağlık düzeyi göstergeleri ile ilgili veriler için uluslararası kuruluşların yayınladıkları teknik raporlara (Dünya Bankası-Dünya Gelişim Raporları, Dünya Sağlık Örgütü-Dünya Sağlık Raporları, OECD-Sağlık Verileri) olanaklar elverdiğince elektronik ortamda ulaşılmıştır. Konuyla ilgili ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar erişilebildiğince incelenmiştir.

Ülkemizin kamusal ve özel toplam sağlık giderleri ve sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili verileri için, Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Devlet İstatistik Enstitüsü, Devlet Planlama Teşkilatı istatistiklerine ulaşılmıştır.

Ülkemizde faaliyet gösteren özel sağlık sigortası şirketlerinin bilançolarına, sağladıkları prim gelirleri ve ödenen ödencelerin büyüklükleri ile ilgili verilere Türkiye Sigorta ve Reassürans Şirketleri Birliği'nin yayınladığı yıllık Faaliyet Raporlarından ve Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu Raporlarından ulaşılmıştır.

Olanaklar elverdiği ölçüde özel sağlık sigortası şirketlerinin "müşteri"leri ile imzaladıkları poliçelere ulaşılmış. Poliçelerin içerikleri, güvence kapsamaları, mali karşılıkları incelenmiştir.

### Araştırmanın Sınırlılıkları

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Faaliyet Raporları ve Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu Raporları dışında özel sağlık sigortası şirketlerinin her birinin ayrıntılı bilançolarına ulaşmak olanaklı olamamıştır. Türkiye'de sağlık giderleri ve sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili yayınlanmış kimi güncel resmi rakamlara (1998 yılı sonrası) ulaşmak olanaklı olmamıştır.

## BAĞIMLI ve BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız değişkenler, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan başlıca yöntemler ve kamu sektörü ve özel sektörün sağlık hizmetlerinde kullandığı finansal kaynaklar ve yaptıkları sağlık giderleridir.

Temel bağımlı değişken ise toplumun sağlığıdır. Toplumun sağlığına, Halk Sağlığı biliminin ölçütleriyle yaklaşmıştır. Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemlerin değişmesi ile, halkın genel olarak sağlık düzeyi göstergelerindeki değişimin ne yönde olabileceği, farklı toplumsal katmanlar ve coğrafyasal bölgeleri arasında eşitsizliklerin ne yönde etkilenebileceği, başlıca iki bağımlı değişkendir. Üçüncü olarak da, temel bir insanlık hakkı olan, sağlık hakkının bu değişimlerden nasıl etkileneceğidir.

## **VARSAYIMLAR**

1. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası Şirketleri eliyle finansmanı, ülkede sağlık düzeyi göstergelerini etkilememektedir.
2. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası Şirketleri eliyle finansmanı, ülkemizde sağlıkta eşitsizlikleri etkilememektedir.
3. Sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası Şirketleri eliyle finansmanı, ülkemizde temel bir insanlık hakkı olan, sağlık hakkını etkilememektedir.



## BULGULAR

*"Herkes, ulaşılabilecek en yüksek sağlık düzeyinden yararlanmasını olanaklı kılan her türlü önlemlerden yararlanma hakkına sahiptir. Tüm alışanlar ve geçimini sağladıkları kişiler, sosyal güvenlik hakkına sahiptir."*

*Avrupa Sosyal Konvansiyonu md. 11 ve 12*

## TÜRKİYE'DE YÜRÜRLÜKTE OLAN SAğLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ ve MEVZUATI

Türkiye'de halen hem primli hem de sosyal yardım ve sosyal hizmetleri içeren primsiz sosyal güvenlik sistemleri birarada uygulanmakta ve Anayasamızın 60. maddesinde öngörülen sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesine çalışılmaktadır. Bu amaçla kurulmuş olan çeşitli kurumlar şunlardır:

1. Primli Sosyal Güvenlik Kurumları: T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Vakıf Statüsündeki Sosyal Sigorta Sandıkları ve bunların yanında sigorta şirketlerinin sunduğu Kişisel Emeklilik Sigortaları ve zel Sağlık Sigortaları bulunmaktadır.
2. Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi içinde yer alan Kurum ve Kuruluşlar: Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu ve Yeşil Kart Uygulaması.

Biz bunların iinden sağlık sistemimizde çok önemli yer tutan SSK, Bağ-Kur, T.C. Emekli Sandığı, zel Sandıklar (Vakıf statüsündeki Sosyal Sigorta Sandıkları), Yeşil Kart Uygulaması ve zel Sağlık Sigortalarını inceleyeceğiz.

## Sosyal Sigortalar Kurumu

SSK 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe giren 4792 sayılı yasa ile kurulmuştur. Kurumun adı bu yasada "İşçi Sigortaları Kurumu" olarak belirtilmiş ancak, 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı yasa ile "Sosyal Sigortalar Kurumu" olarak değiştirilmiştir. Son olarak 06.08.2003 tarih ve 4958 sayılı yasa ile 506 sayılı yasada birtakım değişiklikler yapılmıştır (72).

Kurumun kuruluş amacı, 4792 sayılı yasada "İş yaşamında her türlü hallere karşı ilgili sigorta yasası kurallarını uygulamak" olarak belirtilmiştir. SSK hastalık sigortalarının yanında halen iş kazası, meslek hastalıkları, analık, engellilik, yaşlılık ve ölüm olmak üzere toplam yedi sosyal riske karşı sosyal güvence sağlamaya çalışan bir sosyal güvenlik kurumudur (73).

Hastalık Sigortası, sosyal sigortalar açısından hastalık, geçici nitelikte tam işgöremezlik durumunun sigortalanmasıdır. Hastalık, sigortalının geçici gelir yitiğine neden olan risklerden biridir. Hastalık sigortası yalnızca hastalık nedeniyle sigortalının gelir kaybını karşılamamakta aynı zamanda sağlık yönünden sigortalıyı olduğu ölçüde ailesini de kapsamaktadır. Bu durumda hastalık sigortası, hastalanan sigortalıya ya da onun yasal olarak bakmakla yükümlü olduğu aile bireylerine iyileşmelerini sağlamak için bir yandan sağlık yardımlarını sağlayan bir yandan da sigortalıya iş göremediği sürece para yardımı yapan bir sigorta koludur (73).

Hastalık sigortasından yararlanabilmek için kişinin "sigortalı" ya da yasal sigortalı yakını olması ya da Sosyal Sigortalar Mevzuatına göre gelir almakta olması, belli bir süre prim ödemiş olması, kuruma başvurması ve tıbben hastalanması gerekmektedir.

Yasaya göre, kurumun yapacağı yardımlardan yararlanmak için sigortalı ve işverenin primleri ile katkıda bulunması gereklidir. Prime esas kazanç, işçinin aldığı ücrettir ve primler bir takvim ayı içinde işçinin hak ettiği ücret ve ek ödemeler üzerinden hesap edilmektedir. Ancak yasa, günlük gelir için 78. madde ile sınırlama getirmiş ve gelirin alt ve üst sınırlarını 506 sayılı yasada gösterge tablosundaki göstergelerin her yıl bütçe yasası ile kabul edilen ve devlet memurlarının aylık ücretlerini belirleyen katsayı ile çarpılarak bulunacağını belirtmiştir (73). Prim oranları sigorta türlerine göre değişmektedir:

İş kazaları ile meslek hastalıkları sigortasında prim oranı, SSK Yasası'nın (SSKY) 74. maddesi uyarınca, işyerinde yapılan işin, iş kazaları ve meslek hastalıkları açısından doğurduğu tehlikenin ağırlığına göre saptanmaktadır. Tamamı işveren tarafından ödenen bu prim %1.5 ile 7 arasında değişmektedir. Hastalık sigortasında prim oranı %11 olup bunun %9'unu sigortalı işçi, %2'sini işveren ödemektedir. Analık sigortasında prim işveren tarafından ödenmekte olup, %1'dir (73).

SSKY, belirli koşullarla aşağıda sayılan sosyal güvenlik haklarını gerçekleştirmektedir (73).

**1. İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları Sigortası :** 506 sayılı yasanın 11. maddesinde tanımlanan iş kazası ya da meslek hastalığı sonucu geçici ya da kalıcı bedensel ya da ruhsal arızaya uğrayan sigortalıya şu haklar tanınmaktadır (73).

- Sağlık yardım ve bakımı,
- Protez araç ve gereçlerin sağlanması,
- Sağlık için gerekirse yurt içinde başka bir yere ya da yurt dışına gönderilmesi,
- Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi,
- Sürekli iş göremezlik durumunda gelir bağlanması,
- Sigortalının ölümünde hak sahiplerine gelir bağlanması,
- Cenaze gideri karşılığı verilmesi.

**2. Hastalık Sigortası:** İş kazaları ile meslek hastalıkları dışında hastalanan sigortalıya şu haklar tanınmaktadır (73):

- Sağlık yardım ve bakımı,
- Protez araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık için yurt içinde başka bir yere gönderilmesi,
- Geçici iş göremezlik süresince günlük ödenek verilmesi.

Sigortalının eşi ve geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları ile ana ve babasının, teknik deyimiyle bağımlılarının; kurumdan gelir ve aylık alan eş, çocuk, ana ve babaların hastalıkları durumunda sağlık yardım ve bakımı sağlanması. Ayrıca sürekli iş göremezlik geliri, engellilik ya da yaşlılık aylığı alanlara da hastalıklarında sağlık yardımı yapılması.

**3. Analık Sigortası:** Sigortalı kadının ya da sigortalı erkeğin, sigortalı olmayan karısının doğum yapması, gelir yitiğine ya da gider artışına yol açan bir sosyal tehlikedir.

Analık sigortası; gebelik, doğum ve doğum sonrası altı haftalık dinlenme dönemiyle ilgilidir. 180 günlük gebelik süresinden önceki doğumlar, çocuk düşürme sayılır ve hastalık sigortası kapsamına girer (73).

Doğumdan önceki bir yıl içinde, kendisi için en az 90 günlük analık sigortası primi ödemiş bulunan sigortalı kadın, sağlık yardımlarından, emzirme yardımından ya da gebelik ve doğum, para yardımından yararlanır. Analık sigortasınca sağlanan yardımlar şunlardır (73):

- Gebelik muayenesinin yaptırılması ve gerekli sağlık yardımlarının yapılması,
- Doğumda gerekli sağlık yardımlarının sağlanması,
- Emzirme yardımı parası verilmesi,
- Sigortalı kadının doğumdan önce ve sonra işinden kaldığı günler için ödenek verilmesi,

- Analık durumu nedeniyle gerekirse yurt içinde başka bir yere gönderilmesi,

**Sağlık Hizmetlerinden Yararlanma:** 1999 yılından önce hastalık yardımlarından yararlanacak olan kişi kendisi sigortalı ise, iş kazası ve meslek hastalığı sigortasında olduğu gibi belirli bir süre prim ödemiş olma koşulu gerekmeksizin işe ilk girdiği günden başlayarak hastalık sigortasından yararlanmaktaydı. 25.08.1999 tarih ve 4447 sayılı yasa ile SSK Yasası'nın 32. maddesine eklenen bir kuralla, sigortalının sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için, 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 6 ay içinde olmak üzere 120 gün prim ödemiş olma koşulu getirilmiştir. Bu kişi sigortalılık niteliğini yitirdiği günden başlayarak 6 ay içinde meydana gelecek hastalık durumlarında da yardımlardan kimi koşullarda yararlanacaktır (SSK Yasası md. 40/1). Sigortalının belli bir süre prim ödemiş olması koşuluyla sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu eşi ve çocukları da hastalandıklarında hastalık sigortası sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir (SSKY md. 35) (73).

**Sağlık Yardımları:** Sigortalıya sağlanacak olan sağlık yardımlarının kapsamı 506 sayılı SSKY'nın 32. ve 33. maddelerinde düzenlenmiştir. Bu yardımlar şunlardır (73):

Sigortalıya sağlık yardımı yapılması (SSKY md. 32/A) ve sigortalının hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği gerek üzerine tanı için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve sağaltımının sağlanmasıdır (SSKY md. 33/A).

Tanı ve sağaltım için gerekirse sağlık kuruluşlarına yatırılmaları da sağlık yardımları kapsamındadır (SSKY md. 33/B). Sigortalılar ilke olarak Kurum sağlık kuruluşlarında yatarak sağaltım görmektedirler. Ancak kurumun sağlık kuruluşlarının olmadığı ya da yetersiz olduğu durumlarda, giderleri kurumca karşılanmak üzere kurumun anlaşmalı olduğu sağlık kuruluşlarında sağaltılabilmektedirler.

Sağaltım süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçları sağlanmakta ve ayakta yapılan sağaltımlarda verilen ilaç bedellerinin %20'si sigortalılarca karşılanmaktadır (SSKY md. 33/C). Eğer sigortalı ayakta sağaltım olmakla birlikte kanser, tüberküloz, kronik böbrek hastalıkları ile organ nakilleri gibi durumlarda yaşamsal önem taşıyan ilaçlar kullanılıyorsa SSKY'nın 123. maddesine göre hekim ve eczacılardan oluşan kurulun belirlemeleriyle ilaçlardan katkı payı alınmamaktadır (SSK Yasası'na 2564 sayılı yasa ile eklenen ek md. 25).

Kurum, sigortalının sağlık durumu gerektiriyorsa, protez araç ve gereçlerinin takılması ve yenilenmesinden sorumludur (SSKY md. 32/B). 05.08.1999 tarih 4447 sayılı yasa ile 506 sayılı yasanın 32. maddesinin B fıkrasına eklenen bir kural ile protez, araç ve gereç bedellerinin %20'sinin bunları kullanan sigortalılar tarafından ödeneceği ilkesini getirmiştir. Ancak bunun bir üst sınırı vardır. Sigortalı tarafından ödenecek %20 oranındaki katkı payı, ödeme tarihinde 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin 1.5 katından fazla olmayacaktır (22).



Kurum sigortalıyı gerekli durumlarda sağaltım için yurt içinde başka yere gönderebilmektedir (SSKY md. 32/D). Bu gönderme ile ilgili olarak kendisi ve varsa eşliksinin yol paraları ve zorunlu giderleri Kurum tarafından karşılanmaktadır. Kurum yurt içinde sağaltım olanağı olmadığı için yabancı bir ülkede sağaltımı yapılacak sigortalıları hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 300 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla yurt dışına göndermektedir (SSKY md. 32/E) (73).

SSK Yasası'nın 34. maddesinin 1. fıkrasında "Hastalık durumlarında yapılacak sağlık yardımları sigortalının iyileşmesine dek sürer" denilmektedir. Bununla birlikte aynı maddenin devamında sağlık yardımlarının süresi sınırlandırılmıştır. Yardımlar sigortalının Kurumca sağaltıma alındığı tarihten başlayarak 6 ayı geçemez denilmiş ve sağaltıma devam edilmesi durumunda sakatlık durumunun önlenebileceği ya da önemli oranda azaltılabileceği Kurum sağlık kuruluşları sağlık kurulu raporu ile anlaşılırsa, bu sürenin 18 aya dek uzatılacağı belirtilmiştir. Ancak yasadaki bu süre sınırlamaları sağlık hakkının özüne aykırı olarak değerlendirilmiş ve Anayasa Mahkemesi'nin 17.01.1991 tarihli kararında SSKY'nın 34. maddesindeki "18 aya dek" sözcükleri Anayasanın 10, 17, 56, 60. maddelerine aykırı bulunarak iptal edilmiştir (74). Böylece sağlık yardımları herhangi bir süre ile sınırlı olmaksızın sigortalının hastalığı süresince yapılacaktır. Ayrıca protez araç ve gereçlerinin sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi de belirli bir süre sınırlamasına bağlı değildir (22).

Sigortalının eşi ve çocukları ile geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı ana ve babası hastalanmaları durumunda sağlık yardımlarından SSKY'nın 33. maddesinde belirtildiği üzere aynen sigortalı gibi yararlanacaklardır (22).

**Geçici İşgöremezlik Ödeneği:** Hastalık sigortasından sağlanan tek parasal yardım geçici işgöremezlik ödeneğidir (SSKY md. 32/c). Bu ödeneğin verilmesi için sigortalının geçici işgöremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması gerekmektedir (73).

Sigortalılık, esas olarak sigortalılık niteliğini sağlayan koşulların ortadan kalkması ile sona ermektedir. Ancak sigortalılığın bu biçimde sona ermesi ve buna bağlı olarak sigortalının zor duruma düşeceği göz önünde bulundurularak bu kurala ayrıcalık getirilmiştir. Sigortalılık niteliği hastalık sigortasında son ödenen primin ilişkin olduğu günü izleyen 10. günden başlayarak yitilmiş sayılmaktadır (SSKY md.107). Sigortalılık niteliğini yitirenler işten ayrıldıkları bu tarihten önceki bir yıl içinde 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla bu niteliğin yitirilmesinden başlamak üzere 6 ay içinde oluşacak hastalıklar nedeniyle sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir. Bu yardımlar, sağlık yardımları (SSKY m. 32/A) ve gereken durumlarda yurt içinde başka yere göndermedir. Sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu eş ve çocukları ile ana ve babası da aynı koşullar içinde bu yardımlardan yararlanabilecektir (73). SSK, son verilerde yaklaşık 32,5 milyon nüfusu kapsamaktadır (75).

## **T.C. Emekli Sandığı**

Emekli Sandığı en geniş anlamda memurların sosyal güvenliğini sosyal sigorta sistemiyle sağlayan bir kamu kurumudur. Emekli Sandığı'nın işlevleri arasında kamu sosyal yardımlarına ilişkin işlevler de bulunmaktadır. Bu işlevlerin büyük çoğunluğu da sosyal sigorta ilkeleriyle yürütülmektedir. Ülkemizde öncelikle kamu çalışanlarına yönelik Emeklilik Sandıkları kurulmuştur. Bu Sandıkların kuruluşu Osmanlı İmparatorluğu döneminde başlamış ve Cumhuriyet döneminde de süregelmiştir. Böylelikle ülkemizde birbirinden bağımsız ve her kamu kurumunun kendine ait Sandıkları ortaya çıkmıştır. Bu dağınıklığa son vermek, kamu görevlilerine sağlanan haklarla bunların uygulanmasında birliğe ulaşmak amacı ile 1949 yılında kabul edilen 5434 sayılı Emekli Sandığı Yasası ile kamu kesiminde kalıcı kadroda çalışan devlet memuru ve hizmetlilerin sosyal güvenlik hakları, günün koşullarına göre yeniden düzenlenmiş ve dağınık Emekli Sandıkları kaldırılarak bu görev aynı yasa ile kurulan Emekli Sandığına verilmiştir. 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı Emekli Sandığı Yasası günümüze ulaşana dek 200'ün üzerinde değişikliğe uğramıştır (76).

Emekli Sandığı devlet memurlarına, uzun erimli sigorta kolları olan sakatlık, yaşlılık ve ölüm sigortalarından yardım sağlamayı amaçlamıştır. Ancak, Sandık'tan aylık alanlar için 5434 sayılı yasanın geçici 139. maddesi ve Bütçe Uygulama Talimatları uyarınca, finansmanı Emekli Sandığı'nca karşılanmak suretiyle ve hizmet satın alınması yöntemiyle sağlık yardımları da sağlanmıştır. Bununla birlikte katılımcının aktif olduğu dönemde kısa erimli sigorta kolları olan iş kazaları ve meslek hastalıkları, hastalık ve analık riskleri bakımından Sandığın bir katkısı bulunmamaktadır. Bu risklerden doğacak zararın giderilmesi sorumluluğu memuru çalıştıran kamu kurumuna bırakılmıştır (76).

5434 sayılı Emekli Sandığı Yasası'na göre, 18 yaşını bitirmiş, yasada gösterilen kamu kurumlarında (TCESY md. 12) çalışan Türk vatandaşları bu yasa kapsamına girmekte ve katılımcı (iştirakçi) sayılmaktadır (22).

**Emekli Sandığı Sağlık Yardımları:** Emekli Sandığı katılımcılarının aktif olarak çalıştıkları dönemde sağlık yardımları çalışılan kurum tarafından karşılanmaktadır. Bu dönemde Emekli Sandığı'ndan herhangi bir sağlık yardımı yapılması söz konusu değildir. Katılımcılar ancak, emekli, adi engellilik ya da görev engelliliği aylığı bağlandıktan sonra Emekli Sandığı'nın sağlık yardımlarına hak kazanmaktadırlar (77).

Emekli Sandığı kapsamındaki katılımcılara sağlanan sağlık yardımları genel anlamda doktor muayenesi, doktorun gerekli gördüğü tanı için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması, gerektiğinde sağlık kurumlarına yatırılma, sağaltım süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması hizmetlerini kapsar (77).

Yurt içinde sağaltım olanağının olmadığı durumlarda belirlenmiş onaylarla hastanın sağaltım için yurt dışına gönderilmesi olanaklı olmaktadır. Bu hak, yalnızca devlet

memurlarına sağlanan bir hak olup bakmakla yükümlü olunan aile bireyleri bu olanaklardan yararlanamazlar (77).

Ayakta sağaltımda hekimin uygun gördüğü ilaçlar, anlaşma yapılan eczanelerden sağlanabilir. İlaç bedellerine çalışan memurların katılımı %20, emeklilerin katılımı ise %10 oranındadır. Sağlık Kurulu Raporu ile alınan ilaçlarda ise memur ve emeklilikler katkı payı ödemiyorlar (77).

Son verilerde Emekli Sandığı 2.41 milyon aktif sigortalıya sosyal güvenlik şemsiyesi sunmaktadır (75).

## **Bağ-Kur**

Sanayi ve hizmetler kesiminde kendi adına bağımsız çalışanlara yönelik bir sosyal sigorta kurumu oluşturmak için ilk adım, 1969 yılında TBMM'ye sunulan bir yasa önerisi ile atılmıştır. 02.09.1971 tarihinde bu amaçla Meclise sunulan başka bir yasa önerisi ve tasarıları birleştirilerek oluşturulan bir düzenleme ile 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Öbür Bağımsız Çalışanlar SSKY kabul edilmiştir . Bağ-Kur yasası kabul edilene dek geçen dönemde bağımsız çalışanların sosyal güvenliği temel olarak topluluk sigortası (SSKY md. 86) yoluyla karşılanmıştır. Topluluk sigortası ise nitelik açısından isteğe bağlı (ihtiyari) olması nedeniyle dar bir kesimin sosyal güvenlik kapsamına girmesine yol açmıştır (72).

Kapsamına aldığı sigortalılarına, engellilik, yaşlılık ve ölüm sigortası hakkı sağlamak üzere kurulmuş olan Bağ-Kur'a 05.11.1985'te kabul edilen ve 01.01.1986'da yürürlüğe konan 3235 sayılı yasa ile 3 yıl içinde aşamalı olarak sağlık sigortası uygulama görevi de verilmiştir (78). Ayrıca Bağ-Kur'a 17.10.1983'te kabul edilen 2926 sayılı Tarımda Kendi Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Yasası'nı uygulama görevi de verilmiştir. Böylelikle ülkemizde sosyal güvenliğin son halkasını oluşturması bakımından tarım çalışanlarına da Bağ-Kur kanalıyla sosyal güvence sağlanmıştır (78). Bunu izleyen dönemde, 4386 sayılı yasa ile 01.01.1999 tarihinden başlayarak 2926 sayılı yasaya bağlı tarımda bağımsız çalışanlara da Bağ-Kur kapsamında engellilik, yaşlılık ve ölüm sigortalarına ek olarak sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır (72).

**Bağ-Kur sağlık sigortasından yararlanma koşulları :** Sağlık sigortasından yararlanmak için kimi koşulların gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Bu koşullar 1479 sayılı yasanın ek 12. maddesinde düzenlenmiş ve 4447 sayılı yasa ile değişikliğe uğramıştır. Buna göre sağlık sigortasından yararlanma koşulları (79):

- Bağ-Kur sigortalısı olmak,
- En az sekiz ay sağlık sigortası primi ödemiş olmak,
- Prim ve gecikme zammı borcu bulunmamak,
- Çocuklar için öngörülen ölçütlerin aşılmamış olması,

- Başka bir sosyal güvenlik kurumundan sağlık yardımı almıyor olmak... biçiminde düzenlenmiştir.

Bu koşullar hem 1479 sayılı yasa, hem de 2926 sayılı yasaya göre sigortalı olanlar için aynıdır. Her iki yasa kapsamındaki sigortalılar, hastalık ve iş kazasına sunuk kalmaları durumunda sağlık sigortası yardımlarından yararlanmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında sağlanan yardımlar hastanın;

- Hekim muayenesi, hekimin tanı için gerekli gördüğü klinik ve laboratuvar incelemelerinin yaptırılması ve sağaltımının sağlanmasıdır (79).

Son verilerle Bağ-Kur toplam 9.15 milyon kişiye sosyal güvence sağlamaktadır (75).

## **Yeşil Kart**

Ödeme gücü olmayan herhangi bir sosyal güvenlik sisteminden yoksun olan vatandaşların yatarak sağaltım giderlerinin karşılanması için devlet tarafından verilen bir karttır. 1992 yılında kabul edilen, 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Sağaltım Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Yasa'ya bağlı olarak verilmektedir (80).

Yeşil Kart, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu yasanın öngördüğü ilke ve yöntemler çerçevesinde belirlenecek aylık geliri ya da aile içindeki gelir payı 4857 sayılı İş Yasası'na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki tutarın 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de yaşayan Türk vatandaşlarının, Türkiye'deki yataklı sağaltım kurumlarında yatarak görecekleri sağaltımı hizmetlerini ve her türlü giderleri ile sağaltım hizmetini verecek kurum ve kuruluşları kapsamaktadır (80).

Yeşil Kart sahipleri yataklı sağaltım kurumlarından aldıkları sağlık hizmetleri için herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Bu hizmetlerin bedeli ilgili sağlık kurumunca Sağlık Bakanlığı'na fatura edilmektedir (80). 2003 yılı verileriyle 13.5 milyon dolayında kişi Yeşil Kart sahibidir (75).

## **Özel Sandıklar**

1936-1960 yılları arasında "istihsal vasıtası (üretim aracı)" niteliğinde olmadıkları ve "servet tevzii (servet dağıtımı)" hizmeti ile uğraştıkları gerekçesiyle İş Yasası kapsamı dışında, 1946-1960 yılları arasında da sosyal güvenlik yasaları kapsamı dışında kalmış olan bankalar, çalışanlarının sosyal güvenliklerini sağlamak üzere "Özel Emekli Sandıkları" kurmuşlardır. Bu kuruluşlar içinde en eskisi olan Türkiye İş Bankası Emekli Sandığı, 1939 yılında etkinliklerine başlamıştır (70).

1965 tarih ve 506 sayılı SSKY'nın yürürlüğe girmesiyle konu daha geniş olarak ele alınmış ve Bankalar, Sigorta ve Reasürans Şirketleri, Ticaret Odaları, Sanayi Odaları, Borsalar ve bunların oluşturduğu birlik personelinin, engellilik, yaşlılık ve ölümlerinde yardım yapmak üzere kurulan tüm Sandıklar bu kapsama alınmıştır (70).

Vakıf statüsündeki Özel Sandıklar hakkındaki temel yasal düzenleme SSKY'nın geçici 20. maddesine dayanmaktadır. Özel Emekli Sandıklarının en az prim ödentileri ve sağlamak zorunda olduğu en az hizmet düzeyi, SSK'nın sağladığı ölçüde olmak zorundadır. Üyenin kendisi, eşi ve çocukları Sandığın sunduğu her türlü güvenceden yararlanma hakkına sahiptirler (70).

#### **Özel Sandıkların Sağlık Hizmetleri Uygulamaları (70):**

- Hekim muayenesi olmak, tanı için gerekli testleri yaptırmak ve sağıaltım almak,
- Tanı ve sağıaltım için hastaneye yatmak, muayene ve sağıaltım için yurt içinde ve yurt dışında başka bir yere gönderilmek, raporda belirtilmiş ise eşlikçi bulundurmak,
- Sağıaltım süresince gerekli ilaç ve gereçlerin sağılanması, protez araç ve gereçlerin sağılanması, onarımı ve yenilenmesi,
- Üye ile birlikte üyenin eş ve 18 yaşını (eğıitim görüyor ise 25) doldurmamış ya da çalışamayacak durumda engelli olan çocuklar da sağılık yardımlarından yararlanırlar.

## **ÖZEL SAĞLIK SİGORTALARI**

### **Özel Sağılık Sigortalarında Risklerin Değıerlendirilmesi**

Her sigorta dalında prim oranı, sigorta konusu olan birimlerin sahip oldukları risk derecelerine göre belirlenmektedir. Özel sağılık sigortalarında da sözleşme serbestliğı çerçevesinde rizikonun tartılması ve seçimlerin yapılması gerekir. Sigorta işletmelerinin başarıları böylece yapmak durumunda buldukları değıerlendirmelere ve seçimlerindeki doğıruluğına bağılıdır. Burada unutulmaması gereken nokta şudur: Sigortanın fiyatını saptayan en önemli etken risk yönetiminin ve değıerlendirmelerin niteliğıdir (68).

Rizikonun tanımında istatistik veriler büyük önem taşırlar. Bu nedenle underwriting (sigorta) yapan şirketler, sigorta ve reasürans şirketleri birlikleri ve sigorta denetleme kurumlarının yönlendirme ve özendirme ile ortak çalışmaya yönelmeli, işbirliğı sonucu ortaya çıkacak çok daha geniş tabanlı istatistik veriler yayınlanarak yarara sunulmalıdır. Bu sahada ön planda görülen, her sigorta şirketinin kendi istatistik verileri ışığında elde ettikleri sonuçlara göre biçimlenen ve bu nedenle de farklılık gösteren fiyat tarifeleridir. Sigorta tarifelerini denetleyen kurumlar, yapılan hesaplamaların şirketlerin kendi bünyelerindeki



istatistik verilere uygunluğunu ararlar. Bunun için herşeyden önce elde bulunan verilerin istatistik değer oluşturacak sayısal çoklukta olması istenir. Bir kez portföy dengesini yitiren sigorta şirketi, bu nedenlerden dolayı pahalı şirket olmak zorundadır. Riziko seçiminde nesnel (nesnel) ve subjektif (öznel) riziko ayırımına dikkat etmek gerekir. Bu rizikolar poliçe fiyatını doğrudan belirleyen ya da en azından etkileyen, yaşamsal önemi olan ayırıcı öğelerdir (69).

### **Nesnel Rizikolar**

Nesnel riziko; yaş, cinsiyet, meslek, medeni hal, oturlan yer, iklim koşulları gibi dış etmenlere bakılarak tanımlanan rizikolardır.

**1. Yaş :** Sigortalanacak kişi ne denli yaşlı olursa hastalık riski o derece artar. Bu nedenle tarifeler genellikle yaşa daha doğrusu sigortaya giriş yaşına göre tabakalandırılır. Poliçede belirtilen tıbbi gider güvencelerinde 50 yaşına dek büyük bir farklılık gözlenmez. Fakat 50 yaşından sonra her poliçe yenileme döneminde sigortalıdan alınan prim oranlarında büyük çaplı bir artış gözlenir. Çünkü yaş ilerledikçe, sağaltım süreleri ve sağaltım giderleri de artmaktadır. Geçmişte 60 yaşının üstündekiler güvence kapsamına alınmazken veya poliçeleri yenilenmezken poliçeler artık çok ileri yaşlara dek geçerliklerini korumaktadır (81).

**2. Cinsiyet :** Kadınların erkeklere göre sağlık sigortalarında daha sık tazminat isteminde buldukları, buna karşın erkeklerden daha uzun yaşadıkları bilinmektedir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları primleri kadınlarda daha yüksek, yaşam sigortalarında ise erkeklere nazaran daha düşüktür. Kadınlarda rizikonun daha yüksek oluşu yalnızca gebelik ve doğum olayından kaynaklanmamakta, bu doğal gerçekler rizikoyu çok az etkilemekte asıl neden kadının beden ve bünye yapısındaki, teknik deyimle iç etmenlerdeki farklılıktan ve dış etmenlere verilen aşırı önemden kaynaklanmaktadır. Kadınlardaki riziko 40 yaş sınırına dek erkeklere oranla yüksek gitmekte, bu yaştan sonra giderek ve yavaş bir gidişle eşitlenmektedir. Kadınlardaki uzun yaşama olgusu, uzayan yaşlılık döneminde kaçınılmaz hastalıklar nedeniyle rizikoyu ağırlaştırıran ayrı bir neden olarak düşünülmektedir (68).

**3. Meslek :** ÖSS tarifelerinde sigortalanacak kişinin mesleği önemli bir rol oynamamaktadır. Günlük hastalık giderleri sigortalarında meslek daha çok önem kazanmaktadır. Bakılması gereken özellik ise, sigortalının bağımsız çalışıp çalışmadığıdır. Çeşitli meslek kümelerine göre düzenlenmiş tarifelere pek rastlanmaz. Yalnızca hekimlere uygulanacak fiyatların, genelde tanı bedelini olumlu etkilediği düşünülerek indirildiği görülmektedir (68).

**4. Sağlık Durumu ve Önceden Geçirilmiş Hastalıklar :** Özel sağlık sigortacısı, güvence isteminde bulunan bir kimsenin her şeyden önce sağlık durumu ve sağlık geçmişi hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Nasıl yanmakta olan bir evi yangına karşı sigortalamak olası



değilse, teklif tarihinde hasta olan birisine de hastalık güvencesi verilmesi beklenemez.

Geçmişte geçirilen hastalıklara karşın, bunları dikkate alarak güvence verilmesi sigorta olmak isteyenlerin lehine bir gelişmedir. Böyle durumlarda sağlık geçmişinde yer alan hastalıkların yapılacak sigorta dönemi için rizikoyu ağırlaştırıp ağırlaştırmadığına bakılmalıdır. Örn. geçirilmiş bir nezle ile yıllarca geride kalmış olsa bile tümöral mide hastalıklarının etkisi farklı olmaktadır. Buradan geçmişte kalan hastalıklar ne denli yineleme ve başka hastalıklara yol açma olasılığı taşıyorlarsa, rizikoyu da o ölçüde ağırlaştırıyorlar yorumuna varabiliriz. Bu konu kimi yorum farklılıklarına ve anlaşmazlıklara neden olduğu içindir ki, istem belgelerine eklenen soru formlarında sağlık geçmişinde yer alan hastalıklar konusunda ayrıntılı bilgi özellikle istenmektedir (68).

### **Nesnel Riziko ile İlgili İşlemler**

**1. Sigorta Önerisi (Teklifnamesi) :** Nesnel riziko hakkında ilk bilgiler önermede yer alır. Uygulamada değişik sigorta şirketlerinde tek tip bir öneri ve soru formu bulunmadığını görmekteyiz. Kimi şirketler, şimdiki ve geçmiş sağlık durumu hakkında sigortalılarına, rizikoyu yeterince değerlendirebilmelerine olanak sağlayacak ayrıntıda yazılı sorular sorarlar, kimi şirketler ise daha az soru ile yol almaktadırlar (45).

Soru formlarının hemen hepsinde aşağıdaki sorulara yer verildiği görülür:

- \* Sizin ve sizinle birlikte güvence kapsamına alınması istenen kimselerin herhangi bir sağlık sorunu var mıdır?
- \* Kadınlar için: Gebe misiniz? Hiç düşük yaptınız mı?
- \* Bedensel noksanlığınız, askerlik hizmeti ya da kaza sonucu sunuk kaldığınız sakatlık, işgücü yoksunluğunuz var mıdır?
- \* Ameliyat oldunuz mu?
- \* Sağlıkta ya da gözetim amacıyla bir sağlık kuruluşuna yatırıldınız mı?
- \* Son 5 yıl içinde sizin ve ortak sigortalıların geçirdiği hastalıklar, sağlıkla ilgili yakınmalar ve kazalar var mıdır?
- \* Son 6 ay içinde hekime gittiniz mi?

Her soru formunda öneri sahibinin beden yapısı hakkında fikir vereceği düşüncesiyle, boy ve kilonun bildirilmesi istenir. Ayrıntılı olmayan önermelerde özellikli rizikolar için ek soru formları yer almaktadır. Ayrıntılı soru formlarının sigortalıları, işin ciddiyeti konusunda uyardıkları, basit sağaltım giderlerini içeren tazminat taleplerini engelleyerek olumlu etkisinin bulunduğu ve satışları engellemediği saptanmıştır. Kimi durumlarda öneri sahibinin özellikli

konularda sigorta aracısına bilgi vermek istemeyeceği düşünülerek belirli süreler sonuna “ bu gibi bilgilerin gizli olarak şirket yönetimine iletilmesine olanak verilmektedir (45).

**2. Doktor Muayenesi :** Normal olarak riziko değerlendirmesi aşamasında doktor muayenesine gerek görülmez. Özel Sağlık Sigortalarında temel olarak sigortalının bildiri ile yetinilir. Ancak özellik taşıyan durumlarda ve bir hekimin görüşüne gereksinim duyulduğunda, yardımına başvurulabilir. Genellikle öğrenilmek istenen bilgiler şunlardır:

- \* Hastalığın kesin tıbbi tanısı,
- \* Sağıltım tarihi ve süresi
- \* Sağıltım türü ve sonucu
- \* Hastanın şu andaki durumu,
- \* Tanı ve ileriye dönük görüş

Öneri sahibinin, bir doktora muayene ettirilmesi en etkin değerlendirme yöntemidir. Özellikle bekleme veya bağışıklık (muafiyet) sürelerinin kaldırılmasına dönük istemlerin karşılanabilmesi için önceden muayene yapılmasında yarar vardır (45).

**3. Nesnel Rizikonun Ölçümü :** Öneri ve riziko ile ilgili öbür bilgilerin sigorta şirketine ulaşmasından sonra yapılacak inceleme sonunda rizikonun genel kabul standartlarına girip girmediği, girmiyorsa hangi koşullarla kabulünün olanaklı olduğu veya reddinin gerektiği yolunda karar verilir. Bu karar verilirken hukuksal, tıbbi ve sigorta tekniğine ilişkin veriler dikkate alınacaktır. Ön yargıyla verilecek kabul ve ret kararları sigorta şirketini zora sokabilir. Bir sigorta şirketinin parasal gücü ve sigortalı sayısı ne denli yüksek ise, o ölçüde daha ağır rizikoları kaldırabileceği, küçük ve portföyü dar sigorta şirketlerinin ise kabul politikasını oluştururken çok daha dikkatli ve sınırlı davranmaları gerektiği bilinmelidir. Yaşı ilerlemiş öneri sahiplerine güvence vermek için göreceli olarak yüksek gerçekleşecek primlerin, sağlık geçmişinde yer alan kimi hastalıklar nedeniyle erken yaşlarda ve normal koşullarda ayrıca yapılması zorunlu fiyat yüklemelerine gerek bırakmadığı düşünölmelidir (68).

**4. Ağır Rizikoların Sigortalanması:** Eskiden ÖSS da riziko değerlendirmeleri şu üç olasılıktan biri ile sonuçlanırdı (68):

- \* Önerinin olduğu gibi koşulsuz kabulü,
- \* Önerinin hasar geçmişinde yer alan yinelenme ya da ihtilata (bir hastalığın yinelenmesi ya da başka hastalıklara yol açması-komplikasyon) neden olacak hastalıkları dışarıda bırakmak koşuluyla kabulü,
- \* Önerinin reddi.

Günümüzde, dördüncü olasılık olarak ağırlaşmış rizikolar ek prim uygulaması ile güvenceye eklenmektedir.

Sigorta tekniği, sigorta hekimliği ve sigorta hukuku, ağırlaşmış riziko fiyatlarına yükleme yapılmasını gerektirmektedir. Bu gereklilik şu sorunlardan doğmuştur:

- \* Ayrık (istisna) maddelerde yaşanan sorunlar
- \* Dışarıda bırakılacak hastalığın sınırlarının belirlenmesinde yaşanan sorunlar
- \* Anlaşmazlık (İhtilaf) durumlarındaki sorunlar
- \* Neden sonuç ilişkisinin belirlenmesindeki güçlükler yüzünden çıkan sorunlar.

Bu sorunların dışında kalan gereklilik ise

\* Kişilerin iş verimliliğini ve çalışma gücünü artırmak için çok yüksek sağaltım ve bakım giderlerini üstlenmek ve iş gücü yitkilerini gidermek.

\* Sigortacıların sigortalılarına poliçelerini, daha önce kimi hastalıklar geçirmiş olmaları durumunda bile, giderek artan sağlık giderlerini karşılayabilecek biçimde düzenleyebilme yolunu açmak.

Buradan ağırlaşmış rizikonun anlamına gelebiliriz. Daha önce geçirilen hastalıklar nedeniyle sigortalının yeniden hastalanma ve ödence isteme olasılığının, sigortalı başına düşen ortalama hasar oranına göre çok daha ağır ve yüksek olması bize ağırlaşmış rizikoyu anlatır (68).

**5. Riziko Değerlendirme İşlemleri:** Elde bulunan poliçe, danışma sonuçları, doktor raporu gibi verileri doğru değerlendirmek gerekir. Değerlendirme yapılırken, hastalıkların ağırlığı yanında sağaltım süresinin de dikkate alınması gerekir. Sonuçta aşağıda değinilen ayırımların yapılması yararlı olur (68):

\* Önceden geçirilmiş olup, normal koşullarda yineleme olasılığı bulunmayan hastalıklar belirlenerek, herhangi bir prim yüklemesi yapılmaksızın güvence kapsamına alınmalıdırlar.

\* Önceden geçirilmiş olup yineleme olasılığı görülen hastalıklar ek fiyat uygulanarak güvence kapsamına alınmalıdırlar.

\* Halen var olup, sağaltımı süren hastalıklar belirlenmeli ve ek prim ödenmesi koşuluyla bile sigorta kapsamına alınmamalıdırlar. Bu alanda son zamanlarda, özellikle şeker hastaları yararına bir uygulama geliştirilmekte, sağaltım bedeli önceden kestirilebiliyorsa ek prim karşılığında güvence sağlanabilmektedir.

\* Sağaltımı tamamlanmış olduğu halde belli belirsiz etkileri süren ve bedenin tüm direncini çökerten hastalık türlerinin de belirlenerek, ek prim karşılığında bile güvence kapsamına alınmamaları gerekir (Tablo 3).

**Tablo 3. ÖSS'da kimi hastalıklara uygulanan sürprim (ek prim) oranları (68)**

Hastalıklar..	Sağaltım süresi	Yüklemenin prime oranı (%)
Kanser	5 yıl	60-90
Bronşial astım	5 yıl	25-60
Safra kesesi hastalıkları	5 yıl	40-70
Mide ve duodenum tümörü	4 yıl	40
Böbrek taşları	2 yıl	40-70

Riziko değerlendirmesini zorlaştıran nedenlerden birisi de önermede yeralan hastalık tanısının pek çok nedenle bilerek abartılmış ya da tersine hafifletilmiş olmasıdır. İş göremezlik nedeniyle engellenerek erken emekliliğini isteyen taraf doğal olarak hekimle anlaşarak hastalığını abartılı biçimde göstermeye, iş başvurusu öncesi muayene aşamasında ise belirtileri saklamaya çalışacaktır. Gerçek durumu saptayabilmek için sağaltım yöntemlerini ve verilen ilaçların dozajını, süresini öğrenmek gerekmektedir.

### **Özel Sağlık Sigortası Poliçelerinin İş Kabul İlkeleri (Underwriting)**

Rizikonun belirlenmesi ile koşul ve fiyatın belirlenmesine sigortacılık tekniğinde "Underwriting" denir (35). Özel sağlık sigortalarında tıbbi yazım kavramı, sigortalının, poliçenin düzenlendiği anda belirtilerini taşıdığı hastalıkların saptanması ve gereğinde bunların özel koşullar eklenerek güvence dışında tutulması anlamına gelir. Bu da sigortacının, bilinen hastalıklar ve bunların etkileri için giderim ödemek istememesidir.

Sigortacılığın temel kuralları, katılanların hepsinin bir havuza küçük bir prim ödeyerek katkıda bulunmaları ve içlerinden ender olarak birkaçının hasar durumunda giderimlerini bu havuzdan karşılayabilmeleri ile, sözleşmenin her iki tarafına da rizikonun değerlendirilmesi bakımından bilinmesi gerekli olan temel öğeleri tümüyle açıklama yükümlülüğü anlamına gelen "en çok iyi niyet kuralı" geçerlidir. Sigortacı açısından bir müşterinin sigortalı olarak kabul edilip edilmeyeceği konusundaki son karar, onun poliçenin eki olan bildirim formunda, geçirdiği veya halen geçirmekte ve sağaltım almakta olduğu hastalıklar ile ilgili sorulara verdiği yanıtlara bağlıdır (68).

### **Sigortalama (Underwriting) Yöntem ve İlkeleri :**

Özel sağlık sigortaları, her ne denli çeşitli yöntemlerle yazılabilirse de hepsinde ortak olan kimi ilkeler vardır. Bu ilkeler:

\* Ayrık (istisna) kuralları genel ve standart niteliktedir,

\* Riziko kabulünde moratoryum\* kuralları uygulanır.

\* Hastalık bildirim formu ve onun içindeki doğru bilgiler poliçenin ayrılmaz parçası olup bağlayıcıdır (68).

**a- Hastalık Sigortası Genel Koşulları:** Bu koşullar devletçe belirlenmekte olup, sigorta süresi içinde gerçekleşse bile güvence dışında kalan durumlar bu koşulların ikinci maddesi ile belirlenmiştir. Örn. esrar, eroin gibi uyuşturucu kullanımı, nükleer riskler, özekiyim girişimi, suç (cürüm) işlemek, suç işleme girişimi gibi (68).

**b- Hastalık Sigortası Özel Koşulları :** Özel koşullar gerek poliçe yazımı aşamasından önce, gerekse yazım sırasında belirlenen poliçe koşullarıdır. Hastalık sigortası genel koşullarına koşut olarak ve şirketçe belirlenen ÖSS ürününe uygun olarak düzenlenir. Bu ayrı tutulan maddeler ayrı bir başlık altında yer alır. Ülkemizdeki uygulamalarda yer alan kimi özel koşullar şunlardır (68):

- Akıl hastalıkları,
- AIDS,
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar,
- Check-Up giderleri,
- Diyet uzmanları ve zayıflama merkezleri faturaları.

Ülkemizdeki uygulamalarda poliçe yazımı bir iki şirket dışında bildirim temelinde yapılmaktadır. Moratoryum temeline göre yazılım; yukarıda da açıklandığı gibi, bir özel sağlık sigortası poliçesinin en az bürokrasi ve formalite ile hiçbir bildirim formu düzenlemeksizin ve yalnızca bildirim göre satın alınabildiği, poliçenin düzenleme tarihinden önce gelen, hastalık bakım ve sağaltım giderlerinin güvence kapsamına girmediği bir yazım yöntemidir. Doğrudan satışa uygun gelen bu yöntemde güvence bütün hastalıklar açısından düzenleme tarihi başlangıcı ile başlar (35).

**c- Kuşku Durumlarda Hekime Başvurma Hakkı :** Poliçe ve hastalık bildirim formunda bir kayıt bulunmadığı durumlarda, hastanın doktoru ile iletişim kurularak, tıbbi durumun kendisine ne zaman açıklandığı öğrenilmeye çalışılır. İngiltere’de bilgi formları gizlilik taşır ve hastanın özel doktoruna yönelebilmek için öncelikle hastanın yazılı oluru alınmak zorundadır. Bununla birlikte poliçede temel öğelerin eksik bildirilmesi ya da tümüyle saklanması durumunda güvencenin geçerli olmayacağı açıkça belirtilmiştir. Doktorların ise

\* Sigortacılıkta **moratoryum** temeline göre yazılım, yalnızca sigortalının bildiriminin esas alındığı yazılımdır. Poliçenin yazılım tarihinden önceki hastalık -ki bu süreden hastalıklar da olabilir- ve sağaltım giderlerinin bu poliçenin güvence kapsamı dışında bırakıldığı yazılım türüdür.

kendilerine, yöntemine uygun biçimde yöneltilecek sorulara doğru yanıt verme zorunlulukları vardır. Hekimden alınan bilgiye göre sigortalının, güvencenin başlangıcından önce hastalanmakta olduğunu bildiği fakat açıklamadığı belirlenirse, ödence istemi reddedilir (68).

**d- Temel Ögelerin Gizlendiğinin Hasar Anında Anlaşılması :** Sigortacılar, istenen giderim ve hasar tarihi ile hastalığın olası başlangıç süresini, poliçe tarihi ile karşılaştırarak gizleme konusunu açığa çıkarabilirler. Eğer, sigortalı erken tarihte bir hasar isteminde bulunmuş ise, sigortacı bildirim eksikliğinin bulunup bulunmadığını denetler. Hemen ortaya çıkmayan, çoğalma ve etkileme süresi uzun zaman alan hastalıklara ait olup güvence tarihinden sonra istenen hasarlar genellikle ödenmez ve kuşku ile karşılanırlar. Bu durumda hastalık belirtilerinin ne zaman ortaya çıktığı araştırılır. Kuşku aşamasında bile olsa kuşkulu bir durumun sigortacıya ihbar edilmiş ve riziko buna karşın kabul edilmiş ise, hasar ödenmektedir (68).

**e- Standart İstisnaların (Kapsam Dışlıkların) Kullanımı:** Özel sağlık sigortaları poliçelerinin çoğunda, genel istisnalar biçiminde anılan ve örn. küme poliçeleri kapsamında bulunan kişilerin tümüne uygulanan standart ayırksı maddeleri, sigortacının sorumluluğunu sınırlama gereksinmesinin bir sonucudur. Çoğu poliçelerde uygulanan ayırksı durumlar şunlardır (68):

- \* Süregen (kronik) durumlar,
- \* Olumsuz sonuca yaklaşmış hastalıklar,
- \* Uzman hekimin çağırılması ile yapılan konsültasyon giderleri,
- \* Kendi kendini yaralama,
- \* Geriyatrik (yaşlılık) bakımı
- \* Yurt dışı güvencesi

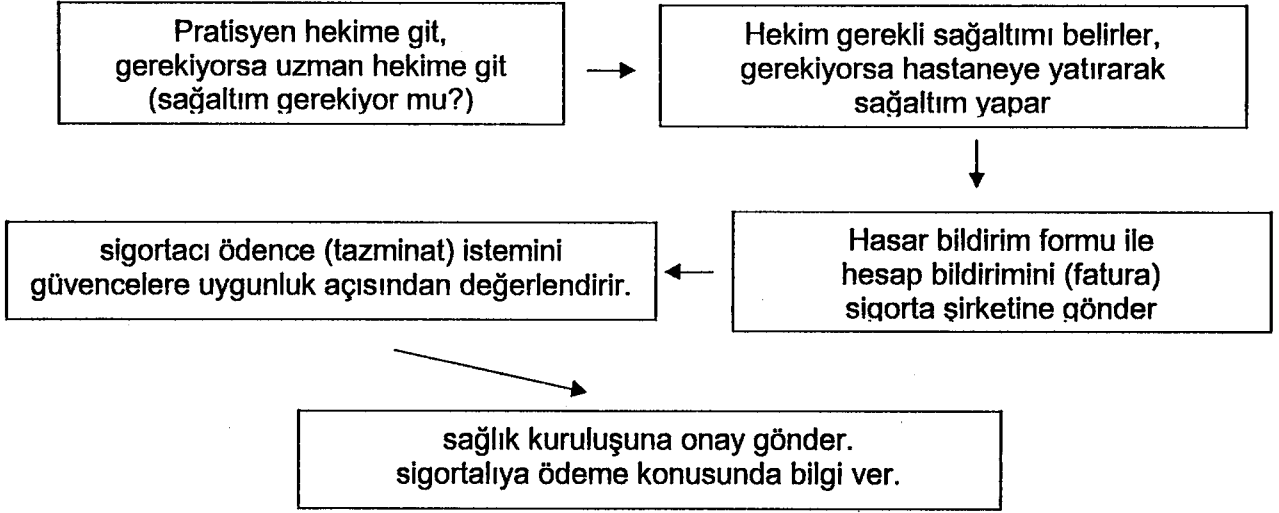
Bu liste genişletilebilir. Sigorta şirketleri güvence kapsamalarını ve kapsam dışı olan kurallarını rakiplerinden farklı ve kendilerine avantaj sağlayabilecek biçimde düzenlerler. Ancak ÖSS güvencesi, temelde kısa süreli ve akut hastalıkların tanı, tetkik ve sağaltım giderlerini karşılamak amacıyla olduğu için süregenleşmiş tıbbi durumların uzun süreli giderlerini mutlak olarak karşılamaz (68).

Kapsam dışı olan kurallar durağan kavramlar olmayıp, tıbbi gelişmelere, tanı, inceleme ve sağaltım giderlerindeki değişikliklere göre koşut değişimler gösterebilirler. Bu kararların arkasında genellikle maloluş sorgulaması yatar. Bedeli etkileyen başlıca etken de teknolojidir. Risk maliyeti, sürekli gözden geçirilmesi gereken bir özelliktir (68).

Özel sağlık sigortası şirketlerinde hasar değerlendirme süreci, Şekil 2'dedir.



## SAĞLIK SİGORTALARINDA HASAR DEĞERLENDİRME SÜRECİ



Şekil 2 . Sağlık sigortasında hasar değerlendirme süreci (66)

### Türkiye’de Uygulanan Özel Sağlık Sigortaları

Önceleri kaza sigortaları içinde yer alan hastalık sigortaları ile ilgili Türk Ticaret Yasası'nın (TTY) 1337. maddesinde sağaltım giderleriyle ilgili kural dışında ayrı bir düzenleme yapılmamıştır. Ancak bu tür rizikonun getirdiği gereksinimler sonucu bu sigorta, kaza sigortası kapsamından çıkarılarak ayrı genel koşullara bağlı kılınan bir can sigortası türü yapılmıştır (69).

İnsan yaşayan bir organizma olup, yaşamı boyunca kimi zaman kendi bünyesinden, kimi zaman ise dış etkenlerin sonucu çeşitli hastalıklara sunuk kalabilir. Bu hastalıklar insanın çalışma gücünü olumsuz yönde etkilediği ve kimi durumlarda tümüyle ortadan kaldırdığı gibi, iyileşme için doktor, ilaç ve kimi kez yatarak bakım giderlerine neden olur. İşte insanlar bu rizikolara karşı ekonomik zararları gidermek amacıyla ÖSS türünü oluşturmuşlardır (69).

TTY’nda hastalık sigortası türü özel bir biçimde düzenlenmediği için, bu konuda bir tanıma yer verilmemiştir. Ancak kaza sigortalarında hastalık kavramı kullanılmıştır.

Hastalık Sigortası Genel Koşulları (HSGK) güvence kapsamını belirleyen birinci maddesinde hem hastalık durumu, hem de bir kaza sonucu yaralanma durumu güvence kapsamı içine alınmıştır (44). Bu nedenle bu sigortanın güven altına aldığı riziko türlerinden birinin adını -yalnızca hastalık sigortası adını- alması doğru değildir. Bu nedenle bu tür sigortanın sağlık sigortası olarak adlandırılması daha doğrudur. Nitekim sigorta şirketleri bu tür sigortayı Özel Sağlık Sigorta Sözleşmesi biçiminde adlandırmışlardır (69).

Ülkemizde özel sigorta şirketlerince sağlık sigortası güvencesi verilmeye başlanması oldukça yeni bir uygulamadır. Türkiye’de ilk özel sağlık sigortası uygulaması 1990 yılında başlamıştır (68). 2002 yılında sağlık sigortası dalında ülkemizde işlev gören 39 sigorta şirketi, 410 422 Milyar TL (250 296 dolar) prim geliri sağlamışlardır. Bu kuruluşlardan özel sağlık sigortası hizmeti alan 697 505 kişi vardır (83).

ÖSS’da serbest tarife uygulanmakta olup, güvenceler ve primler serbest piyasa koşullarına göre belirlenmektedir. ÖSS uygulamalarının genel çerçevesi, HSGK ile devlet tarafından çizilmiştir (44).

Teknik olarak ÖSS kapsamındaki kişilere her türlü güvencenin verilmesi olası olabilmektedir. Ancak, ülkemizdeki örnekler genellikle sınırlı güvenceleri belli sınırlar içinde vermektedir. Ayakta ve yatarak sağaltıma yönelik olan güvencelerde kimi şirketler günlük ödemeler ödenmesi biçiminde güvenceler verirken, kimi şirketler güvence içinde olan tanıya yönelik birimleri, ilgili araçlar, yatarak sağaltımda hastanede kalış giderleri gibi her bir güvence için bir yıllık süre sınırı ya da her bir uygulama için fiyat sınırı koymak biçiminde üst ödenek sınırları belirlemeyi yeğlemektedirler. Güvencelerin pek çoğu için, kaza ve acil durumlar dışında, kimi eklemeler söz konusu olabilmektedir. Poliçelerin devamında bu koşul aranmamaktadır. Doğum güvencesi genellikle poliçenin yenilenmesi durumunda işlemeye başlamaktadır (84-93).

Genelde şirketler sağlık kuruluşları ile anlaşmalar yaparak sigortalıların buralardan gerekli hizmetleri almalarını istemekte ve faturaları doğrudan bu anlaşmalı sağlık kuruluşlarına ödemeyi tercih etmektedirler. Bu tür anlaşmalı kuruluşların dışındaki kuruluşlardan hizmet alınması durumunda sigortalı ödemeyi peşin yapıp daha sonra söz konusu tutarı güvence kapsamında sigorta şirketinden alabilmektedir. Kimi poliçeler yalnızca Türkiye sınırları içinde geçerli iken kimileri yurt dışı güvenceler de vermektedir (84-93).

Prim hesaplamaları için genelde tercih edilen uygulama, ortak özellikteki örnek kümeler alınıp; söz konusu kümelerin bir önceki yıl boyunca kaç gün hastane yatağı işgal ettiği, kaç ameliyat olduğu, kaç kez doktora gittiği gibi istatistiklere bakılarak kümenin risk sıklıklarının çıkarılmasının ardından maloluşlar hesaplanmaktadır. Daha sonra bu bedelin karşılanabilmesi için ne denli prim girdisine gereksinim olduğu saptanır. Kimi şirketler ise, bir alt sınır belirleyerek üst sınırları sigortalının seçimine bırakmaktadırlar. Kimi sigorta şirketleri bu biçimde belirledikleri primlerle farklı üst sınırlı paket poliçeler hazırlayıp, müşterilerine bu paketler arasında seçim yapmalarını önermektedirler (45).

Herhangi bir kişinin sağlık poliçesi ile güvence altına alınabilmesi için; önce gerekli olan öneri belgesini doldurması ve şirketin riski kabulünden önceki kapsamlı incelemeleri yaptırmalıdır. Sigortalının var olan hastalıkları güvence altına alınmaz, sigortalının temel kurallarından olan geriye dönük güvencenin söz konusu olmaması kuralı burada da

geçerlidir. Şirketler yalan bildirim riskini ortadan kaldırmak için kimi durumlarda kişinin doktor tarafından muayenesini isteyebilirler (84-93).

Özel sigorta şirketleri tarafından gerçekleştirilen sağlık sigortası, kişisel nitelik taşıdığından sigortalı, bakmakla yükümlü olduğu kişileri kendi güvencesi içine aldırılmaz. Her kişi için ayrı poliçeler düzenlenmesi ve ayrı prim ödenmesi söz konusudur (84-93).

Risk kabulünde şirketlerin tümü üst yaş sınırı uygulamaktadır. Bu yaş sınırı şirketler arasında değişken olmakta ve 55-70 arasında değişmektedir. Üst yaş sınırı olduğu gibi şirketlerin tümü yeni doğan bebeği sigortalamak için ise doğumdan 15 gün sonrasını beklemektedir. Kimi sigorta şirketleri ise sigortalının çocuklarının doğuştan gelen hastalıkları için 5. yıldan sonra karşılama güvencesi vermektedir (84-93).

Ülkemizde satılmakta olan çok değişik ürün türleri vardır. Bu ürünler, değişen gereksinimler, günün koşulları ve geçmişte ortaya çıkan aksaklıklar nedeniyle sürekli olarak değişmekte ve yeni ürünler ve güvenceler ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde, enflasyon nedeniyle henüz uzun süreli sağlık sigortaları, özel sigorta şirketlerince gündeme getirilememiştir (84-93).

## **Dünyada Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Özel sağlık sigortasının rolü, sigortacılığın gelişmiş olduğu çeşitli ülkelerde hastalık hizmetlerinin organizasyonlarına bağlıdır. OECD ülkelerinde özel hastalık sigortası ile devlet sigortası arasında dengede büyük ayrımlar vardır. Özel hastalık sigortası, çok kez devlet sigortasına tamamlayıcı bir nitelik taşımaktadır. Kimi ülkelerde ise devlet sigortasının yerini almakta ve halkın bir bölümünün ilk sağaltım güvencelerini üstlenmektedir (94).

ABD ve İsviçre'de özel sağlık sigortaları ilk sağaltım giderlerini üstlenecek biçimdedir. ABD'de sağlık giderlerinin %40'ı özel sağlık sigortaları tarafından sağlanmaktadır ve nüfusun %74'ü devlet sigortasını tamamlayıcı ya da onun yerine geçici hizmet veren özel sigortalara bağlıdır (94).

OECD ülkelerinin büyük bölümünde özel sağlık sigortaları kamu sigortalarının sağlamadığı ya da üstü güvenceleri veren tamamlayıcı bir sigorta olarak görev yapmaktadır. Fransa, Kanada, Japonya, Avusturya ve Danimarka'da halkın çoğunluğu özel sigortayı tamamlayıcı olarak yaptırmıştır (94).

İrlanda, Avustralya gibi ülkelerde, toplumun %40'ı özel sigortaya sahiptir. İngiltere, İsveç, Norveç, Finlandiya, Portekiz gibi ülkelerde sağlık hizmetleri ve finansmanı devletindir. Bu sistemlerde özel sigortanın payı %10 dolayındadır (94).

Meksika, Kore, Yunanistan'da özel sigortalar Türkiye'deki gibi ikinci plandadır (95).

OECD ülkeleri içinde İtalya ve Danimarka dışında kişisel sigorta poliçeleri oldukça azdır. Primler, riski belirleyen yaş ya da kabul yaşına; kimi kez cinsiyet ve kişinin sağlık

durumuna göre saptanmaktadır. Primler yaşlı olanlarda ya da sağlık durumu iyi olmayanlarda daha yüksektir. ABD, Lüksemburg ve İsviçre'de olduğu gibi riski yüksek olanların sigortasını şirketler kabul etmeyebilirler ya da bir bekleme süresi koyabilirler (95).

Küme sigortaları daha yaygındır, ABD ve Fransa'da çoğunluk bu tür sigorta ile güvence altındadır. Küme sigortalarının, finansman ve sigortaya giriş açısından daha kolay olması bu sigortayı geliştirmektedir (94).

Sağlık sigortaları, ister kişisel ister küme sigortaları olsun çoğunlukla bir yıl sürelidir. Sözleşmeler taraflarca yenilenebilir ya da Portekiz, Avusturya, İrlanda, Avusturya, İrlanda, Avusturalya, Yunanistan, Almanya, İsviçre'de olduğu gibi yalnız sigortalı tarafından yenilenir ve kimi durumlarda süre bir yıldan daha uzun olabilir. Öbür yandan Avusturya, Almanya, İsviçre'de olduğu gibi, sağlık sigortaları kapitalizasyon sistemi içinde de yer alabilirler. Örn. Almanya'da primin bir bölümü yaşa göre prim ayarlamasına izin vermeyen bir fona yatırılır. Bu sağlık sigortası nüfusu yaşlı topluma daha uygun olur, tamamlayıcı bir sigorta sağlamak isteyen yaşlı kimselerin sigorta yaptırırken karşılaştıkları güçlükleri önler (94).

## **TÜRKİYE'DE SAĞLIK GİDERLERİ**

### **Türkiye'de Sağlık Giderleri**

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı çeşitli kamu kuruluşları ve özel kuruluşlarca sağlanmaktadır. Bu kuruluşlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, T.C. Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler, Kamu İktisadi Kuruluşları ve öbür bakanlıklar ile özel kişi ve kuruluşlardır. Türkiye'de sağlık giderleri kamu ve özel giderler olarak iki bölümde ele alınacaktır.

### **Kamu Sağlık Giderleri**

**1. Sağlık Bakanlığı Sağlık Giderleri :** Ülkemizde sağlık politikasını belirlemek ve yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı, koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin sunan en önemli kamu kurumudur. Özellikle ülkenin toplam hastane yatağının yarısından fazlasına sahip olması, koruyucu sağlık hizmetlerini veren tek kurum olması ve istihdam ettiği sağlık işgücü sayısı bu alandaki önemini açık biçimde ortaya koymaktadır. Sağlık Bakanlığınca 1998 yılında yapılmış ve kesinleşmiş olan toplam gider tutarı yaklaşık 657 Trilyon TL'dir. Bu giderlerin 455.5 Trilyon TL'si (%69.3) genel bütçe; 185 Trilyon TL'si (%28.3) döner sermaye; 15.8 Trilyon TL'si de (%2.4) fon kaynaklarından karşılanmıştır (Tablo 4) (96).

**Tablo 4. Sağlık Bakanlığı giderleri-1998 (96)**

Gider Kalemleri	Milyon TL	Milyon \$	Oran %
Genel Bütçe Giderleri	455 457 567	1 720.7	69.3
Döner Sermaye Giderleri	185 766 113	701.8	28.3
Fon giderleri (3418 sy. Yasa md. 39/a)	15 760 383	59.5	2.4
<b>TOPLAM</b>	<b>656 984 067</b>	<b>2 482.0</b>	<b>100.0</b>

Sağlık Bakanlığı'nın toplam giderleri ve gider kalemleri Tablo 5'te görülmektedir. Sağlık Bakanlığı 1998 yılında yapmış olduğu toplam yaklaşık 657 Trilyon TL giderin %63.8'ini hastane hizmetlerine, %20.2'sini ayakta sağaltım hizmetlerine, %12.9'unu öbür giderlere kullanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine harcanan bölüm ise %3.5 gibi düşük bir düzeyde gerçekleşmiştir (96).

**Tablo 5. Sağlık Bakanlığı toplam sağlık giderlerinin sınıflandırılması-1998 (96)**

Gider Sınıfları	Milyon TL	Milyon \$	Oran %
Koruyucu Sağlık Hizm. Giderleri	19 741 026	74.6	3.6
Ayakta Sağaltım Hizm. Giderleri	132 917 193	502.2	20.2
Hastane Giderleri	419 431 093	1 584.6	63.8
<b>Genel Bütçe</b>	<b>23 664 980</b>	<b>882.8</b>	<b>35.6</b>
<b>Döner Sermaye</b>	<b>185 766 113</b>	<b>701.8</b>	<b>28.3</b>
Öbür giderler (Yönetim, Eğitim., vb.)	84 894 751	320.7	12.9
<b>TOPLAM</b>	<b>656 984 067</b>	<b>2 482.0</b>	<b>100.0</b>

**2. SSK Sağlık Giderleri :** 1998'de SSK'nın toplam sağlık giderleri 406.2 trilyon TL dolayında olup, bu miktarın yaklaşık 295 trilyon TL'si (%72.6) Kurum sağlık kuruluşlarında; 82.8 trilyon TL'si (%20.4) kuruma ait olmayan sağlık kuruluşlarında ve 28.4 trilyon TL'si (%7) de anlaşmalı hekimlere yapılan ödemelerde kullanılmıştır (96).

SSK'nın 1998 yılı sonunda gerçekleştirdiği sağlık giderleri Tablo 6'da görülmektedir.

**Tablo 6. SSK sağlık giderleri dağılımı-1998 (96)**

<b>SSK Sağlık Giderleri..</b>	<b>Milyon TL</b>	<b>Milyon \$</b>	<b>Oran%</b>
Sağlık kuruluşları giderleri	295 013 260	1 114 5	72.6
Dışarıda yapılan sağlık giderleri	82 813 627	312.9	20.4
Anlařmalđ hekim giderleri	28 353 548	107.1	7.0
<b>TOPLAM</b>	<b>406 180 435</b>	<b>1 534.5</b>	<b>100.0</b>

Tablo 7'de görüldüğü gibi SSK sağlık giderlerinin %72.6'sđ kendi sağlık kuruluşlarında; %13.6'sđ başka kurumlara ait sağlık kuruluşlarında olmak üzere toplam %86.2'sđ hastane giderlerine gitmiştir. Sağlık giderlerinin %13.7'sđ öteki giderler biçiminde gerçekleşmiştir (96).

**Tablo 7. SSK sağlık giderlerinin sđnflandırılması-1998 (96)**

<b>Gider Türleri</b>	<b>Milyon TL</b>	<b>Milyon \$</b>	<b>Oran %</b>
Hastane giderleri	350 342 349	1 323.6	86.3
Kurum sağlık kuruluşları	295 013 260	1 114.5	72.6
<i>Dışarıdaki sağlık kuruluşları</i>	55 329 089	209.0	13.6
Öteki giderler	55 838 086	2110	13.7
<i>Anlařmalđ hekim ve kuruluşlar</i>	28 353 548	107.1	7.0
<i>Dışarıda yapılan ilaç giderleri.</i>	27 484 538	103.8	6.8
<b>TOPLAM</b>	<b>406 180 435</b>	<b>1534.5</b>	<b>100.0</b>

1998 yılı verilerine göre, SSK'nđn aktif sigortalđ sayısı 5 528 582 kişi olup, aktif sigortalđ başına düşen sağlık gideri 73 469 189 TL'dir. Buna karşılık SSK sağlık yardđmđ kapsamında olan 30 667 871 nüfusun kişi başına sağlık gideri 13 244 494 TL düzeyindedir. SSK'nđn toplam sağlık giderleri 1998 yılında dolar bazında %19.8 artarken, kişi başına sağlık giderlerinde de %9.7 dolayında bir artış gerçekleşmiştir. Bu da SSK'nđn ye sayısının sağlık giderlerine oranla daha çok arttığını göstermektedir (96).

**Tablo 8. SSK hastalık sigortası gelir ve gider dengesi-1998 (96)**

<b>GELİR – GİDER DENGESİ</b>	<b>Milyon TL</b>	<b>Milyon \$</b>
Toplam Gelir	429 880 542	1 624.1
Toplam Sağlık Giderleri	406 180 435	1 534.5
<b>FARK</b>	<b>23 700 107</b>	<b>89.5</b>
Gelirin gideri karşılama oranđ, %	106	106



Görüldüğü gibi, SSK'nın toplam sağlık geliri 429 880 542 milyon TL dolayında gerçekleşirken; toplam sağlık gideri 406 180 435 milyon TL dolayındadır. 1998 yılında SSK sağlık gelirleri 23 700 107 milyon TL dolayında fazlalık vermiştir. Ancak amortisman ve yönetim giderleri buraya katılmamıştır (Tablo 8) (96).

**3. Bağ-Kur Sağlık Giderleri :** Bağ-Kur sağlık sigortası sigortalıların hem hastalık, hem de iş kazası riskiyle karşılaşması durumunda yardım yapmaktadır. Bu nedenle Bağ-Kur sağlık giderleri iş kazası nedeniyle yapılan sağlık yardımlarını da kapsamaktadır. SSK'daki gibi iş kazası ve hastalık sigortası ayrı ayrı düzenlenmiş değildir (97). Ancak yine de Bağ-Kur sağlık giderleri içinde iş kazası nedeniyle yapılan sağlık giderlerinin oranının oldukça düşük olduğunu söyleyebiliriz.

**Tablo 9. Bağ-Kur sağlık giderleri dağılımı-1998 (96)**

Sağlık Giderlerinin Türleri	Milyon TL	Milyon \$	Oran %
Hastane giderleri	52 919 800	199.9	26.3
İlaç giderleri	121 416 500	458.7	60.3
Öbür giderler	26 917 800	101.7	13.4
<b>TOPLAM</b>	<b>201 254 100</b>	<b>706.3</b>	<b>100.0</b>

1998 yılında Bağ-Kur'un kişi başına yaptığı sağlık gideri 19 952 541 TL olmuştur. Bağ-Kur'un 1998 yılındaki giderlerinin %26.3'ünü hastane giderleri oluştururken, en büyük pay %60.3 ile ilaç giderlerindedir (Tablo 9) (98). Bağ-Kur sağlık prim gelirleri 1998 yılında 287 milyon dolar, sağlık giderleri 760 milyon dolar olmuştur. Gelirin gideri karşılama oranı yalnızca % 37.7'dir (Tablo 10) (96).

**Tablo 10. Bağ-Kur sağlık gelir ve giderleri-1998 (96)**

Sağlık Gelir ve Giderleri	Milyon TL	Milyon \$
Sağlık Prim Gelirleri	75 973 067	287.0
Sağlık Giderleri	201 254 100	760.3
<b>FARK</b>	<b>- 125 281 033</b>	<b>- 473.3</b>
Gelirin gideri karşılama oranı	38	37.7

#### 4. Kamu Sektörü Toplam Sağlık Giderleri ve TUG (GSMH) İçindeki Payı :

1998 yılı kamu sağlık giderleri 2 195.7 trilyon TL dolayında olup, bunun yaklaşık 657 trilyon TL'si (%30) Sağlık Bakanlığı; 406.2 trilyon TL'si (%18) SSK; 298.7 trilyon TL'si (%14) Üniversiteler; 168.3 trilyon TL'si (%8) öbür bakanlıklar; 134 trilyon TL'si (%6) Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetleri; 187 trilyon TL'si (%9) Emekli Sandığı; 201.3 trilyon TL'si (%9) Bağ-Kur; 61.5 trilyon TL'si (%3) KİT'ler; 69.3 trilyon TL'si (%3) Fon'lar ve 12.5 trilyon TL'si de (%1) belediyelerce gerçekleştirilmiştir (Tablo 11) (96).

Toplam kamu sağlık Giderlerinin (TKSH), TUG (GSMH) içindeki oranı ise,

$$\text{TKSH} / \text{TUG} = 2\ 195\ 702\ 658 / 53\ 012\ 781\ 000 = \% 4.1\text{'dir}$$

Tablo 11 'de görüldüğü gibi, Türkiye'de 1998 yılında kamu kesiminin gerçekleştirmiş olduğu sağlık giderlerinin TUG'e oranı %4.1 dolayında olmuş ve 1997 yılında %3.4 olan orana göre %0.7 oranında bir artış göstermiştir. Bu artıştaki en önemli pay, 1998 yılı giderlerini, 1997 yılı giderlerine göre yaklaşık dört kat artırmış olan Bağ-Kur'a aittir. Ancak burada bir noktayı vurgulamak gerekir; Devlet hastaneleri ve üniversite hastaneleri döner sermayelerine, SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur, KİT, öbür bakanlıklar gibi tüm resmi kurumlar tarafından ödenmiş olan 308 593 458 milyon TL ile cepten giderler biçiminde kişilerce ödenmiş olan 72 585 071 milyon TL'den oluşan toplam 381 178 529 milyon TL'nin çift sayımının önlenmesi için toplam kamu sağlık giderlerinden bu miktarın düşülmesi gerekir. Bu durumda toplam kamu sağlık giderlerinin 1 814 524 097 milyon TL, bunun TUG'e oranının da %3.42 dolayında olduğu gibi bir durum ortaya çıkmaktadır (Tablo 11).

**Tablo 11. Kamu sektörü toplam sağlık giderlerinin kurumlara dağılımı-1998 (96)**

<b>KURUMLAR</b>	<b>Milyon TL</b>	<b>Milyon \$</b>	<b>Oran %</b>
Sağlık Bakanlığı	656 984 063	2 482	30
Sosyal Sigortalar Kurumu	406 180 435	1 535	18
Üniversiteler	298 694 205	1 128	14
Bağ-Kur	201 254 100	760	9
Emekli Sandığı	187 040 519	707	9
Öbür Bakanlıklar	168 316 000	636	8
M. Sav. Bak. ve Türk Sil. Kuvv.	133 965 000	506	6
FON	69 344 913	262	3
KİT	61 465 391	232	3
Belediyeler	12 458 000	47	1
<b>TOPLAM</b>	<b>2 195 702 626</b>	<b>8 295.2</b>	<b>100.0</b>

<b>Çift sayıma giren hastane giderleri payı</b>	<b>308 593 458</b>	<b>1 165.8</b>	
---	--------------------	----------------	--

<b>Toplam kamu sağlık giderleri (TKSH)</b>	<b>1 887 109 168</b>	<b>7 129.4</b>	
--	----------------------	----------------	--

<b>Kamuya yapılan cepten ödeme</b>	<b>72 585 071</b>	<b>274.2</b>	
------------------------------------	-------------------	--------------	--

<b>Kamu Kaynaklı TKSH</b>	<b>1 814 524 097</b>	<b>6 855</b>	
---------------------------	----------------------	--------------	--

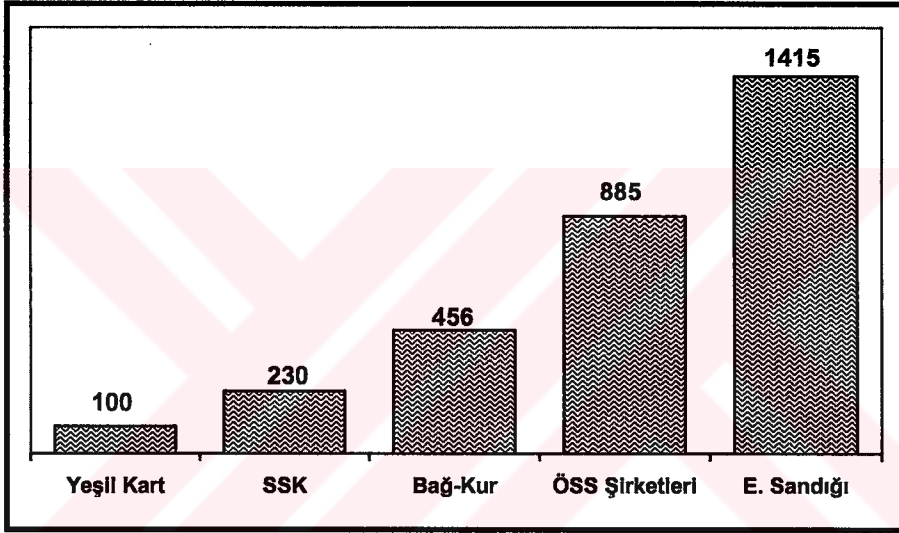
<b>Net TKSH / TUG (%)</b>		<b>3.42</b>	
---------------------------	--	-------------	--

**5. Kamu Kurumlarının Kişi Başına Sağlık Giderleri:** Türkiye'de kişi başına düşen sağlık gideri, kurumlar arasında büyük ayırım göstermektedir. Şöyle ki; Emekli Sandığında 2002 yılında kişi başına ortalama 467 dolar sağlık gideri yapılırken, Bağ-Kur'lular için 1479 sayılı yasaya göre sigortalı olan ve sağlık yardımlarından yaralanma hakkına sahip olan sigortalılar üzerinden yapılan hesaplarla 150 dolar, SSK'lılar için 76 dolar harcanmıştır. Primsiz rejim olarak tanımlanan Yeşil Kartın ise kişi başına sağlık gideri 33 dolar olmuştur. Özel sağlık sigortası şirketlerinin 2002 yılında kişi başına sağlık gideri ise yaklaşık 292 dolar olarak hesaplanmıştır (Tablo 12)(75,83).

**Tablo 12. Kişi başına sağlık giderleri (Dolar/Yıl) – 2002 (75,83)**

Yeşil Kart	SSK	Bağ-Kur	Ö.S.S. Şirketleri	Emekli Sandığı
33	76	150	292	467

En az gider yapan kurum olan Yeşil Kart için kişi başına yapılan sağlık giderinin "100" olarak kabul edilmesi durumunda, öbür kurumların giderlerinin karşılaştırmalı durumu Şekil 3'te görülmektedir. En yüksek oranda harcamayı Emekli Sandığı yapmaktadır.



**Şekil 3. Kurumların kişi başına sağlık giderlerinin indeks temelinde karşılaştırılması-2002 (75,83)**

## **TÜRKİYE'DE SAĞLIK GİDERLERİNİN FİNANSMANI**

### **Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları Düzeyinde Sağlık Giderlerinin Finansmanı**

**1. Sosyal Sigortalar Kurumunun Finansmanı :** SSK'nın hastalık sigortasının gelir kaynağının temelini primler oluşturmaktadır. Ayrıca sigortalılara, eşe, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ile ana ve babalarına verilen ilaçların bedelleri üzerinden alınan %20'lik katılım payları ile kurumdan gelir ya da aylık almakta olanlarla bunların eşi, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ile ana ve babalarına verilen ilaçlardan alınan %10'luk katılım payları ve öbür katılım payları da Kurumun gelirleri arasında yer almaktadır (98). Kuruma ödenecek toplam prim oranı sigortalının kazancının %11'idir. Bunun %5'i sigortalı tarafından

ödenirken, %6'sı da işveren tarafından ödenmektedir. Çıraklar için bu oran %4'tür. Bunun % 2'sini işveren, %2'sini çırak ödemektedir (SSKY md. 73/B). 3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Yasası'na bağlı olan aday çırak ve işletmelerde mesleksi eğitim gören öğrenciler için de %4 oranı geçerli olmakla birlikte, hastalık sigortası primi yaşına uygun yürürlükteki en az (asgari) ücretin %50'si üzerinden Milli Eğitim Bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır (22).

SSK'nın 1998 yılı sigortalı başına yıllık sağlık gideri 13.244.494 TL'dir. Bu miktar o dönem dolar bazında yaklaşık olarak 76 \$'ın karşılığıdır (98)

**2. T.C. Emekli Sandığı'nın Finansmanı :** Aktif katılımcılara ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine yönelik sağlık yardımları, çalıştıkları kurumların sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu konuda 657 sayılı Yasa'ya bağlı çıkarılan Devlet Memurlarının Sağlık Yardım ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve her yıl yenilenen Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatında gerekli düzenlemeler bulunmaktadır. Burada katılımcıları çalıştıran kurumların sorumluluğu belirtilmekte, katılımcının %20'lik ilaç katkı payı vb. katılımlar dışında herhangi bir prim ya da ödemesinden söz edilmemektedir (22). Kurumdan aylık almakta olanlar bakımından ise, 5434 sayılı yasa 11.07.1971'den geçerli olmak üzere 1425 sayılı yasayla eklenen geçici 139. madde uyarınca emekli, adi engellilik ve görev engelliliği aylığı alanlar ile dul ve yetim aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kimselere sağlık yardımı yapılması görevi Emekli Sandığına verilmiştir. Genel Sağlık Sigortası kuruluncaya dek Sandık bu görevini sürdürecektir ve katılımcılardan ek bir prim almayacaktır. Bu bağlamda aylık almakta olanlar bakımından da herhangi bir sağlık primi öngörülmemektedir (22).

Sandık, sağlık yardımları için gereksindiği finansmanı öbür gelir kaynaklarından karşılamaktadır. Sandığın iki temel finansman kaynağı vardır. Bunlar katılımcılardan kesilen kesenekler ve bunlara karşılık çalıştıkları kurumlardan alınan karşılıklardır. Katılımcıların ödediği kesenekler dört kümede toplanmıştır (T.C. ESY md. 14):

1. Giriş keseneği, emeklilik hakkı tanınan bir göreve ilk kez girenlerin ya da önceden emeklilik hakkı tanınan görevlerde bulunmadan çalışmakta olduğu görevi emekliliğe bağlı duruma getirilenlerin, emekliliğe temel ilk tam aylık ya da ücretleri üzerinden %25 oranında alınmakta olan kesenektir.
2. Emeklilik keseneği, katılımcıların emeklilik kesintisine temel aylık ya da ücretleri üzerinden her ay %15 oranında kesilmektedir.
3. Artış farkları keseneği, emekliliğe esas aylık ya da ücretleri sicil durumlarına göre bir üst dereceye ya da basamağa yükselme suretiyle aylığı artanlardan artış farkı ölçüsünde kesilmektedir.
4. Eylemli ve varsayılan hizmet zammı keseneğinin miktarı ise, eylemli ve varsayılan hizmet karşılığı eklenecek sürelerle ait hak ediş toplamının %10'unun yarısıdır.

Sandığa yatırılacak karşılıklar ise, giriş keseneğinin karşılığı olarak %25, aylık kesenek karşılığı olarak %20, artış keseneği olarak artış farkı ölçüsünde bir miktarı ile eylemli olan ve varsayılan hizmet zammı karşılığı olarak yine katılımcı gibi %10'luk bir karşılık Sandığa yatırılmaktadır. Ayrıca görev engelliliği aylığı ile dul ve yetim aylıkları için her yıl kurum bütçelerinin aylık ve ücret bölümlerindeki ödemelerin %4'ü ek karşılık olarak Sandığa yatırılmaktadır. Öbür karşılıklar ise öğrenci keseneği, yönetim giderlerine katılma payı, emekli ikramiyesi karşılığı, kadrosuzluk ödencesi karşılığı, ölüm yardımı karşılığıdır. Bunların dışında sandığın başka gelirleri de vardır. (99). Bunlar:

- Hazineden geri alınan Cumhurbaşkanı emekli aylığı ve kimi dul ve yetim aylıkları,
- Katılımcıların aylık ya da ücretlerinden kurumlarınca kesilip Sandığa gönderilen disiplin cezaları,
- Gecikme cezaları,
- Bağışlar ve başka gelirler,
- Sandığın gelirlerinin işletmesiyle sağlanan gelirler,
- Yıl sonu bütçesinin açık vermesi durumunda genel bütçeden yapılan aktarmalardır.

Emekli Sandığı 1998 yılı sonunda yaklaşık 187 trilyon TL bir gider yapmıştır. Bu miktarın %56'sı gibi büyük bir tutarı ilaç giderlerine, %36'lık bölümü hastane giderlerine, %5'lik bir bölümü tıbbi araç ve gereçlere, %1'lik bölümü dış sağaltımlarına, kalan bölümü de öbür giderlere harcanmıştır (96).

**3. Bağ-Kur'un Finansmanı :** Bağ-Kur sağlık sigortasının en önemli finansman kaynağı sigortalıların ödediği prim gelirleridir 1479 sayılı Yasanın 25.08.1999 ve 4447 sayılı Yasa ile değişik 15. maddesine göre, bu yasaya bağlı ilk sekiz basamakta bulunan sigortalılar, sekizinci gelir basamağı tutarının; dokuz ve daha yukarı basamaklarda bulunanlar da buldukları gelir basamağı tutarının %15'i oranında sağlık sigortası primi ödemektedirler. Ayrıca gerçek ve tüzel kişilerin sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere yaptıkları bağışlar ve öbür gelirler de sağlık sigortasının finansmanında kullanılmaktadır (99).

Bağ-Kur'un bir başka finansman kaynağı da aylık alanlardan kesilen sigorta primleridir. Bağ-Kur dışındaki sosyal güvenlik kurumlarında, sağlık hizmetleri karşılığı olarak emekli aylıklarından prim kesilmemektedir (99). Sağlık sigortası kapsamına alınan pasif sigortalılar ve aile bireylerinin sağlık sigortasından yaralanabilmesi için Yasanın yürürlüğe girdiği tarihten bu yana 10 yıl süre ile aylıklarından prim kesilmesi öngörülmüştür. Bu prim Bakanlar Kurulu kararıyla her yıl %5 ile %10 arasında belirlenecek bir orandır. Başlangıçta %8 olan bu oran sonradan %10'a yükselmiştir. 1479 sayılı Yasa'nın yürürlüğe girmesinden sonra aylık bağlananlardan ise sigortalının daha önce ödediği primlerde dikkate alınarak 10 yıllık süreyi geçmeyecek biçimde prim kesilecektir (22).



**4. Ülke Düzeyinde Sağlık Giderlerinin Finansmanı :** Türkiye’de sağlık sektörü, kamu ve özel sektör tarafından finanse edilmektedir. 1998 yılı sonunda gerçekleşen kamu sağlık giderleri ve özel sağlık giderleri Tablo13 ’te görülmektedir.

**Tablo 13. Toplam sağlık giderleri-1998 (96)**

<b>Kamu-Özel</b>	<b>Milyon TL</b>	<b>Milyon \$</b>	<b>Oran %</b>
Kamu sağlık giderleri	1 814 524 097	6 855.2	72.0
Özel sağlık giderleri	708 190 070	2 675.5	28.0
<b>TOPLAM</b>	<b>2 522 714 167</b>	<b>9 530.7</b>	<b>100.0</b>

Toplam sağlık giderlerine aktarılan tutar cari fiyatlarla yaklaşık 2.5 katrilyon TL olup, bunun %72’si kamu, %28’i özel sağlık giderlerinden oluşmaktadır. Toplam sağlık giderlerinin TUG içindeki payı ise %4.76 dolayındadır. Tablo 14’te kamu ve özel giderlerin TUG içindeki payı görülmektedir.

**Tablo 14. Sağlık giderlerinin TUG içindeki payı, %, 1998 (96)**

Sağlık giderlerinin TUG içindeki payı	<b>Kamu</b>	<b>Özel</b>	<b>Toplam</b>
	3.42	1.34	4.76

Türkiye’de sağlık giderlerinin finansmanını sağlayan üç temel kaynak bulunmaktadır:

1. Vergiler-fonlar (% 40’ı),
2. Sigorta primleri (% 31’i) ve
3. İlgililerin doğrudan yaptığı giderlerdir (% 28) (96).

Tablo 15’te finansman kaynakları görülmektedir.

**Tablo 15. Toplam sağlık giderlerinin finansman kaynakları-1998 (96)**

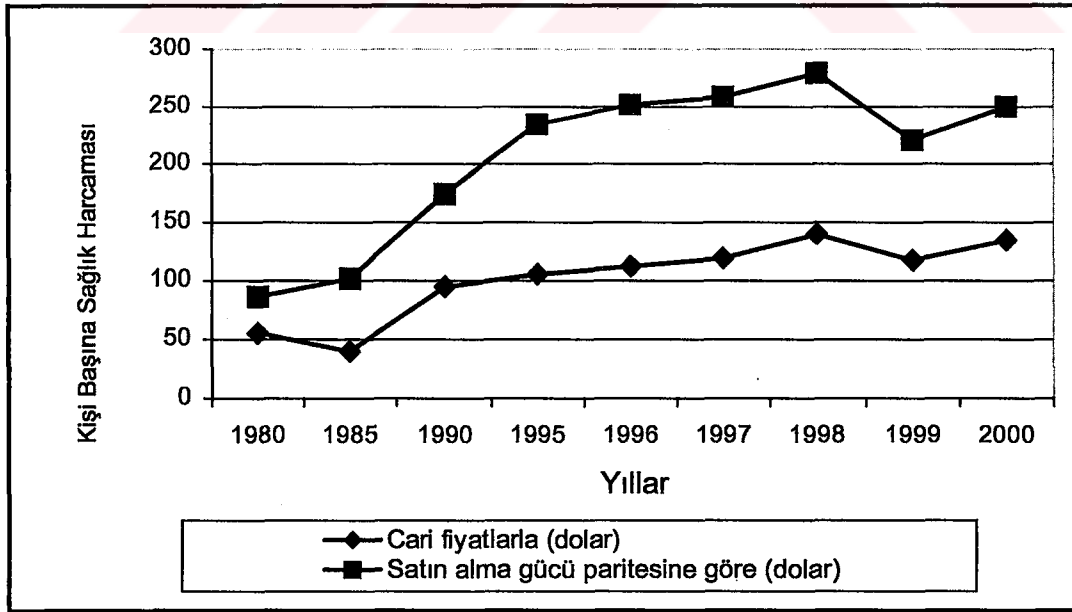
<b>Finansman Kaynakları</b>	<b>Milyon TL</b>	<b>Milyon \$</b>	<b>Oran (%)</b>
Vergiler + Fonlar	1.020.049.043	3 853.7	40.0
Sigorta primleri	794.475.054	3 001.5	31.0
Cepten ödemeler	708.190.070	2 675.5	28.0
<b>TOPLAM</b>	<b>2.522.714.167</b>	<b>9 530.7</b>	<b>100.0</b>

Tablo 16'da görüldüğü gibi, kamu kaynaklı toplam kamu sağlık giderlerinin %52'si vergi gelirleri, %44'ü sağlık prim gelirleri, %5'i de fon gelirleri ile finanse edilmiştir. Burada Emekli Sandığı sağlık giderlerinin "sağlık primi" adı altında prim toplamamasına karşın Emekli Sandığı sağlık giderlerinin prim gelirleriyle finanse edildiğini kabul edilmiştir. Ayrıca Bağ-Kur sağlık giderleri açığının da vergilerle finanse edildiği varsayılmıştır.

**Tablo 16. Kamu sektörü sağlık giderlerinin finansman kaynakları-1998 (96)**

FİNANSMAN KAYNAĞI	Milyon TL	Milyon \$	Oran (%)
Vergiler	934.943.747	3.532.2	52.0
Sağlık primleri	794.475.054	3.001.5	44.0
Fon gelirleri	85.105.296	321.5	5.0
TOPLAM	1.814.524.097	6.855.2	100.0

Türkiye'nin ulusal geliri, son 10-15 yılda, 130-210 milyar dolar dolayında gerçekleşmiştir. Bu süre içinde sağlığa akan para ise, ulusal gelirin %3-4'ü arasında dalgalanmıştır. Bu çerçevede, kişi başına düşen sağlık gideri, 1980 yılında 55 dolardan, 1998'de 140 dolara yükselmiştir (Şekil 4).



**Şekil 4. Kişi başına sağlık giderlerinin yıllar içinde değişimi (1980-2000) (100)**

Bu rakam temel alındığında, Türkiye’de sağlığa akan paranın yıllık 9.5 milyar dolar olduğu söylenebilir. Başka bir hesaplama göre, 1998’de sağlığa ayrılan paranın 8.1 milyar dolar olduğu belirtilmiştir (101). Söz konusu miktarın kamu ve özel olarak bölünmesi ise Tablo 17’dedir.

**Tablo 17. Sağlık giderlerinin kamu-özel dağılımı 1980-1998 (101)**

YILLAR	KAMU (milyar dolar)	ÖZEL (milyar dolar)
1980	1.28	1.20
1981	1.06	1.23
1982	0.91	1.10
1983	0.91	1.06
1984	0.83	1.05
1985	0.88	1.10
1986	1.02	1.17
1987	1.30	1.32
1988	1.43	1.31
1989	2.14	1.51
1990	3.31	2.03
1991	3.55	2.05
1992	4.17	2.12
1993	5.28	2.46
1994	3.34	1.82
1995	4.23	2.34
1996	4.50	2.54
1997	4.85	2.85
1998	5.10	3.00

Bu paralar, nereden geliyor ve nereye gidiyor diye bakılınca, Tokat’a göre, sağlığa akan paranın %41’i genel bütçeden gelirken, %26.4’ü sigorta primlerinden ve %32.6’sı ise cepten/özel kaynaklardan gelmektedir. 1988-98 yılları arasında, genel bütçeden gelen para %33.4’den %41’e (1993’te %50), sigorta primlerinden gelen para %14.4’ten %26.4’e ve özel kaynaklardan / cepten gelen para ise %52.2’den %32.6’ya gelmiştir. (96)

Böylece kamudan gelen paranın sağlığa akan toplam para içindeki payının %67, özelin payının da %33 olduğu görülmektedir. Biraz daha ayrıntı; genel bütçeden gelen paranın yarısından biraz fazlası (%53) Sağlık Bakanlığı bütçesi kaynaklı iken, üniversitelerin payı %23, öbür bakanlıkların payı %13 ve Milli Savunma Bakanlığı’nın payı %11 dolayındadır. Sağlık Bakanlığı bütçesinden gelen paraya bakıldığında ise, döner sermaye ve fonların payının %28 olduğu görülmektedir. Üniversitelerden gelen parada döner sermaye payı ise yaklaşık %65’tir (101).

Sağlığa akan kamu payı artıyor görünmekle birlikte, bu artışın temel taşı, neredeyse on yılda ikiye katlanan sigorta primleridir. Kamu payının yarısını oluşturan Sağlık Bakanlığı bütçesi de, 1/3'e yakın bir oranda -yatarak sağaltım hizmetlerinin finansmanı için kullanılan-döner sermaye ile ayakta tutulmaya çalışılmaktadır. Kamunu akıttığı paranın ¼'üne yakın olan üniversitelerin payı ise, 2/3 oranında döner sermayeden oluşmuştur. Bu oranlar hesaba katıldığında, aslında genel bütçeden -döner sermaye ve fon dışı- gelen payın, eldeki rakamın %70'i dolayında olduğu görülür (101).

**Tablo 18. Sağlık giderleri nereden geliyor – nereye gidiyor?  
(1988 – 1998) (Milyar Dolar) (101)**

YILLAR	GELEN PARA		GİDEN PARA	
	Kamu	Özel	Kamu	Özel
1988	47.8	52.2	54.3	45.7
1989	55.7	44.3	58.3	41.7
1990	58.1	41.9	58.8	41.2
1991	63.3	36.7	57.0	43.0
1992	67.6	32.4	59.1	40.9
1993	73.2	26.8	65.8	34.2
1994	62.7	37.3	52.1	47.9
1995	61.8	38.2	52.1	47.9
1996	64.5	35.5	50.5	49.5
1997	65.2	34.8	49.4	50.6
1998	67.4	32.6	33.1	56.9

Sağlığa akan para, nereye gidiyor? Kamudan %67, özelden %33 payla toplanan paranın yönü, dağılırken tersine dönüyor; %43 kamu - %57 özel. Kamunun %67'lik payının %43'e gerilemesi ya da özelin payının %33'den %57'e çıkmasının tek bir anlamı vardır: Kamu, özele sağlığa akan toplam paranın %24'ü düzeyinde kaynak aktarmaktadır (Tablo 18) (101). Bu durum 1988-1998 arasında nettir ve yapılaşmaktadır.

Tablo 18'de görüldüğü gibi, 1988-98 yılları, kamudan özele kaynak aktarımının yapılaştığı bir dönem olmuştur. Bir yandan kaynak sınırlılığında söz edilip, kamu kaynakları daha da sınırlandırılmak istenirken, bu sınırlı kaynakların özel sektöre kaydırılması sağlık sektörünün bugünkü tablosunun oluşumuna katkıda bulunmuştur. Kamunun özel sektöre kaynak aktarmasında, en temel yol ilaç alımlarıdır. Yılda 3-3,5 milyar dolar düzeyinde olduğu söylenen ilaç giderlerinin 1.5 milyar dolarının özel gider olduğu varsayılırsa, geri kalan kamusal ilaç giderleri şöyle özetlenebilir (101):

- SSK: 464 milyon dolar
- Emekli Sandığı: 308 milyon dolar
- Bağ-Kur: 161 milyon dolar
- Bakanlıklar: 521 milyon dolar
- Üniversiteler: 166 milyon dolar
- Belediyeler ve KİT'ler: 109 milyon dolar

SSK, kamunun özele kaynak aktarılmasında en "örnek" kurum olarak gösterilebilir: Örn. 1980'de SSK'nın ilaca akıttığı para, toplam SSK sağlık giderleri içinde %13.7 oranında yer tutarken, 1998'de %41.7 tırmanmıştır. SSK'nın anlaşmalı hekimlerden hizmet alımı için harcadığı pay da, aynı sürede %6'dan, %27.4'e yükselmiştir.

2001 yılı sağlık giderleri, DB'nca daha değişik irdelenmiştir. Bu irdelenmeyi yakından incelersek: 2001 yılı toplam sağlık giderlerinin 9.2 katrilyon TL olduğu, bunun kamu-özel ayrımının %83 - %17 olduğu belirtilmiştir. Bu noktada, kamu sağlık giderleri 7.6 katrilyon TL olarak hesaplanmıştır. DB'na göre, bu miktarın kurumsal dağılımı şöyledir (102):

- Sağlık Bakanlığı : %27
- Üniversiteler: %11
- Öbür kamu giderleri ve memurlar: %13
- Sosyal güvenlik kurumları: %47
- Yerel yönetimler ve KİT'ler: %2

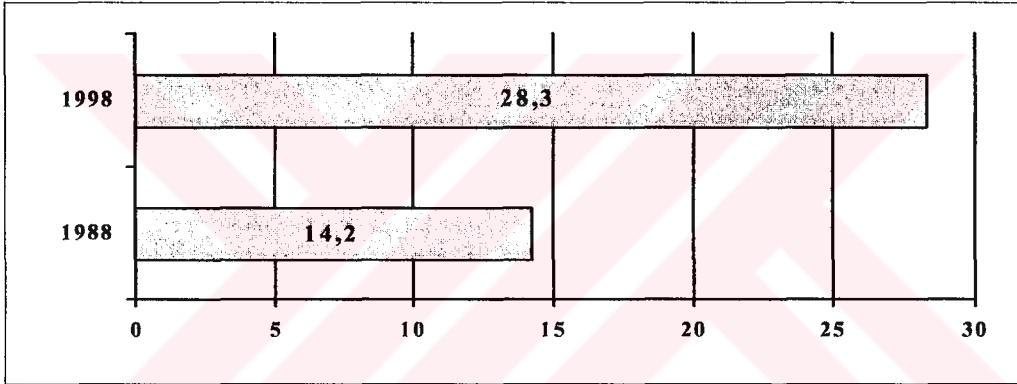
Yaklaşık 2.3 katrilyon TL olan Sağlık Bakanlığı bütçesinin, %38'i döner sermaye ve fon, %10'u ise ise Yeşil Kart geliridir. Geriye, genel bütçeden Sağlık Bakanlığı'na akan paranın 1.2 katrilyon TL olduğu gerçeği kalmaktadır (%52). Üniversitelerin kazandığı 836 trilyon TL'nin %76'sı döner sermaye kaynaklıdır. Görüldüğü gibi, 3 katrilyondan biraz fazla olan Sağlık Bakanlığı-üniversite gelirlerinin, 1.7 katrilyon TL'si döner sermaye-fon-yeşil kart geliridir (102).

Günümüzde özelleştirme süreçlerinin etkisiyle ortaya çıkan bir kavram da "Döner Sermaye" yapılanmaları olmuştur. Teknik olarak tanımlandığında "döner sermaye" kamu kesiminde, bütçeden bir kez için alınan, eksiltmemek koşulu ile ve uzun süreli varlıklara bağlanmadan işletilip döndürülerek kendini çoğaltması sağlanarak kullanılan paradır (103). Bu nedenle, döner sermaye kapsamındaki para, kullanılmakla tüketilen tüketim gereçleri (sarf malzemeleri), yakıt onarım ve çalışanların emek gücü gibi kalemlerde harcanır. Harcanan para, yeniden para kazandırarak kendini üretir ve geri artışıyla döner. Böylece bütçeden alınan ilk sermaye ile bir kamu kuruluşu, bağımsız bir ekonomik yapı oluşturarak para kazanır (103). Bir ölçüde ve bir türde "Özelleştirilmiş" olur .

Yüksek Öğretim Yasası'nın 58. maddesi üniversitelerin, bağlı birimlerinin tek bir döner sermaye işletmesi kurabilmesine olanak tanımıştır. Günümüzde hemen her üniversitede bağlı birimlerde döner sermaye işletmeleri kurulmuştur. Bu yapılar içinde, gerek büyüklük,

gerek etkinlik açısından tıp fakültelerinin daha doğrusu üniversite hastanelerinin döner sermayeleri önemli yer almaktadır (104). Bu da, sağlık hizmetlerinde olduğu gibi üniversitelerin, kamu desteği dolaylı yoldan çekilerek mali açıdan sözde “özerkleştirilmesinin” gerçekte ise kendi başına bırakılmasının yolunu açmaktadır (104).

1988-1998 arasında geçen 10 yıllık sürede, SB giderleri içinde Döner Sermaye payının 2 kat arttığı izlenmektedir. SB'nın tüm giderleri içinde 1988 yılında % 14.2 olan döner sermaye giderlerinin, 1998'de % 28.3'e yükseldiği izlenmektedir (Tablo 19). Bu durum, sağlık hizmetleri için kamunun ödemesi gereken bedeli artık ödeyemediğini ve bunu halktan ve dolaylı olarak sosyal güvenlik kurumlarından döner sermaye adıyla yeniden topladığını göstermektedir. Yapılan incelemeler göstermektedir ki; uygulamanın başladığı ilk günlerden günümüze üniversitelere ayrılan kamu desteği giderek azal(tıl)mış, döner sermaye payı zamanla artmıştır (Şekil 5) (105).



**Şekil 5. Sağlık Bakanlığı giderleri içinde döner sermaye paylarının yıllara göre % dağılımı (103).**

1998 yılı verilerine göre toplam sağlık giderlerinin % 41'i vergiler ve fonlar, % 31'i sigorta primleri, % 28'i de cepten ödemelerle karşılanmıştır (96). Bu durum sağlık giderlerinin yaklaşık 1/3'ünün halkın cebinden çıktığını göstermektedir.

Tablo 19'da da benzer biçimde yıllara göre SB giderleri içinde genel Bütçe ve Döner Sermaye ödeneklerinin dağılımı incelenmektedir. 1990-1998 arasında SB giderleri içinde genel bütçenin payı sürekli azalmıştır. 1990'da % 83.0 olan genel bütçe payı, 1998 yılına gelindiğinde % 69.3'e imiştir. 1990 yılında SB giderlerinin % 10'unu oluşturan döner sermaye payı, 1998'de % 28.3'e ulaşarak, son 8 yılda 2 katına ulaşmıştır (96).



**Tablo 19. Yıllara göre Sağlık Bakanlığı giderlerinin dağılımı, % (1990-1998) (96)**

Kaynaklar	Yıllar				
	1990	1992	1994	1996	1998
Genel Bütçe	83.0	80.0	79.0	73.0	69.3
Döner Sermaye	10.0	13.0	18.0	25.0	28.3
Fon Giderleri	7.0	8.0	8.0	2.0	2.4

Bunlara ek olarak, 23 Ocak 2001 tarih ve 24296 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren 4618 sayılı “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Kurumlar ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkında Yasa” ile 1961 yılında çıkarılan 209 sayılı “Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Kurumları ile Esenlendirme Tesislerine Verilecek Döner Sermaye Hakkındaki Yasa”nın 5. maddesine ek yapılmış ve yasaya iki geçici madde ile 1 ek madde daha, 190 sayılı Yasa Gücünde Kararname’nin Eki Cetvellerde Değişiklik Yapılması Hakkında Yasa ile eklenmiştir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı kurum ve kuruluşların koruyucu sağlık hizmeti dışında kalan, sağıltım ve hizmetlerini de kapsam üzere Birinci Basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar da (Sağlık Evi, Sağlık Ocağı) döner sermaye kapsamına alınarak, bu kurum ve kuruluşlara da döner sermayeli işletme kurulması yetkisi verilmiştir (106).

Ayrıca, Kamu sağlık kurumlarını mali açıdan desteklemek üzere, vakıflar da kurulmuştur. Günümüzde sayısı 4000’den fazla olan bu vakıfların % 5’inden fazlası sağlık amaçlıdır. Bu vakıflar, kamu olanaklarına katkıda bulunmaksızın özel amaçlı yaralanmalara olanak tanırken, öte yandan özel şirketlere oranla daha fazla sağlanan olanakları ile ticari üstünlük sağlamaktadırlar. Günümüzde bu vakıfların en büyükleri üniversite hastanelerinin bünyelerinde kurulmuş olanlardır. Böylelikle tıp fakültelerinde kamu sağlık hizmetleri için ek olarak ücretlendirilmekte, sağlık hizmeti bir metaya dönüştürülerek, tıp fakülteleri birer işletmeye dönüştürülmektedir. Tıp fakültelerini yanında SB’nin kimi hastanelerinde de vakıflar kurulmuştur (104). Ancak 29.01.2004 tarih ve 25361 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 5072 sayılı Dernek ve Vakıfların Kamu Kurum ve Kuruluşları İle İlişkilerine Dair Yasa ile bu yasanın kendisinin kurduğu az sayıdaki dernek ve vakıf dışında, dernek ve vakıflar kamu kurumları ile ilişkisizleştirilmiştir.

DB Raporu’na göre, 2001 yılında Sağlık Bakanlığı’na 846, üniversitelere 730 trilyon TL döner sermaye geliri kaydedilmiştir. Bu gelirin kurumsal dağılımı Tablo 20’deki gibidir. Bu Tablo incelendiğinde, en göze çarpan olgu, cepten giderlerin kuruma akan toplam para içindeki paylarının oldukça düşük olmasıdır (%12.3 Sağlık Bakanlığı, %13.4 Üniversiteler). Söz konusu kurumların kazandıkları içinde ağırlığı, sosyal güvenlik kurumları ve hükümet kuruluşları oluşturmaktadır.

**Tablo 20. Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin döner sermaye gelirlerinin kaynakları (Trilyon TL) (101)**

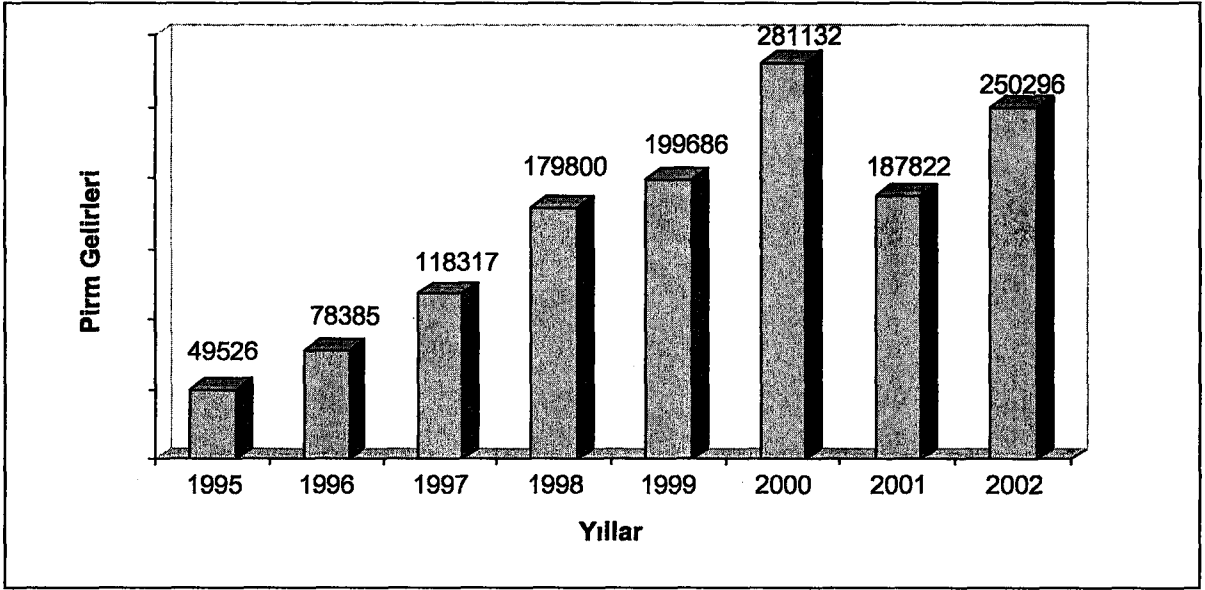
KURUM	Emekli Sandığı	Bağ-Kur	Memurlar	Öbür Kamu	Yeşil Kart	Cepten
Sağlık Bakanlığı	208	108	272	19	135	104
Üniversiteler	177	92	232	16	115	98

**5. Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin Prim Gelirleri ve Giderleri :** 1998'de bu dalda etkinlik gösteren 36 özel sigorta şirketi 53 560 trilyon TL'si yurt içi direk, 10 milyar TL'si yurt dışı direk olmak üzere toplam 53 570 trilyon TL prim geliri elde etmiştir. Ve buna karşılık aynı yıl toplam 35 942 trilyon TL giderim ödemesi yapmışlardır (107).

Tokat'ın 1998 Türkiye sağlık giderlerini temel alarak hesapladığımızda, sigorta şirketlerinin ödedikleri giderim toplamının 1998 yılı toplam sağlık giderlerine oranını %1.4 olarak bulunmaktadır. Toplam sağlık giderlerinin %31'i sigorta primleri ile finanse edilmektedir, bunun %4.5'i özel sigorta primlerine, %26.5'i kamu sigortalarına aittir (96). Yapılan hesaba özel sigorta giderlerinin toplam özel sağlık giderlerine oranı ise %5 olarak belirlenmektedir.

2002 yılı sonunda özel sağlık sigortası olanların toplam sayısı 697 505 olarak gerçekleşmiştir. Otuz dokuz şirketin etkinlik gösterdiği sağlık sigortalarının prim gelirleri 2002 yılında 410 422 trilyon TL olmuştur. Sağlık sigorta şirketlerinin hasar / prim oranını kabaca ödenen giderimler / alınan prim olarak kabul ederek hesapladığımızda 2002 yılında ödenen giderimlerin yaklaşık 307 077 trilyon TL olduğunu söyleyebiliriz (83). Sigorta şirketlerinin 2002 yılında kişi başına topladıkları yıllık prim ortalama 358 dolardır. Kişi başına üstlendikleri gider ise hasar prim oranından yaklaşık olarak hesapladığımızda 268 dolardır (83).

ÖSS şirketlerinin prim gelirleri 1990'dan bu yana sürekli artış eğiliminde olmasına karşın 2001 yılında üst üste yaşanan krizler sağlık sigorta kolunu da etkilemiş ve prim gelirlerinde bir düşüş kaydedilmiştir (Şekil 6) (83).



**Şekil 6. ÖSS şirketlerinin prim gelirleri (Milyon dolar) (83,108)**

## SEÇİLMİŞ KİMİ ÜLKELERDE KİMİ SAĞLIK GİDERLERİ

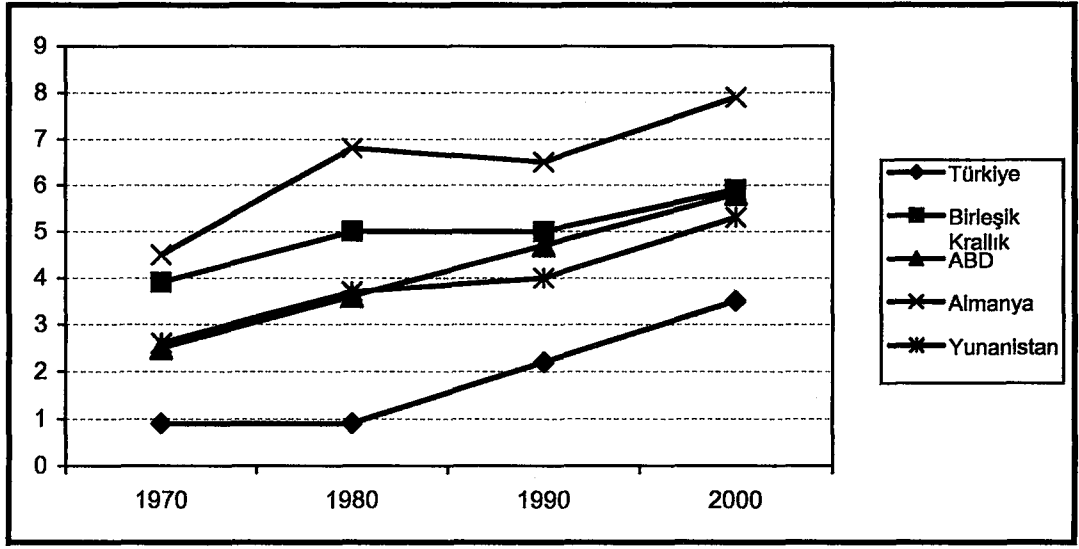
Tablo 21'de görüldüğü gibi 2000 yılında kamu sağlık giderlerinin, toplam sağlık giderlerine oranı OECD ülkeleri içinde ABD'de % 44.2 ile en düşüktür. En yüksek oran ise Birleşik Krallıktadır (% 80.9), Türkiye'de ise % 71.9'dur (109).

**Tablo 21. Seçilmiş kimi ülkelerde kamu sağlık giderleri / toplam sağlık giderleri (%) (109)**

Ülke ler...	1970	1980	1990	2000
Türkiye	37.3	27.3	61	71.9*
Birleşik Krallık	87	89.4	83.6	80.9
ABD	36.4	41.5	39.6	44.2
Almanya	72.8	78.7	76.2	75
Yunanistan	42.6	55.6	53.7	56.1

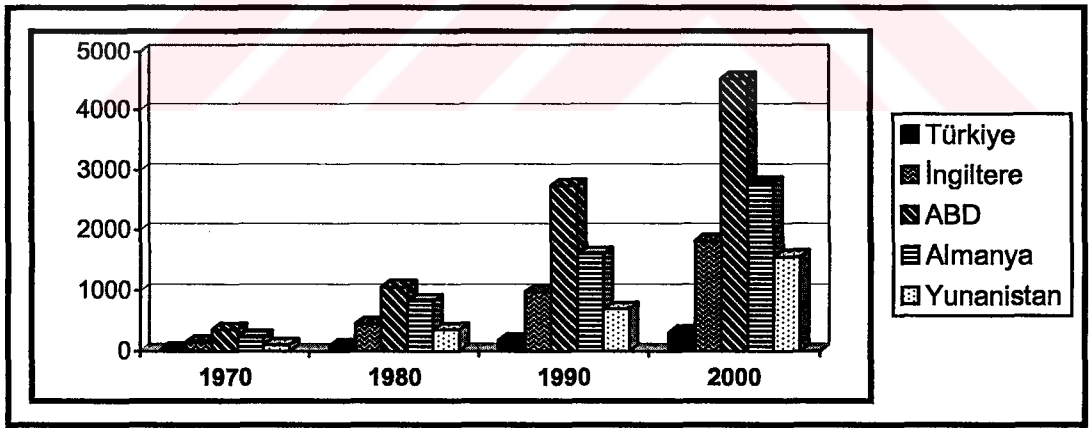
\* 1998 verileri

2000 yılında kamu sağlık giderlerinin, gayri safi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranında ise Türkiye OECD ülkeleri arasında %3.5 ile sonuncu sıradadır. Bu oran Birleşik Krallıkta %5.9, ABD'de %5.8, Almanya'da %7.9, Yunanistan'da %5.3'tür. Bu oranın ülkelere göre yıllar içindeki değişimi Şekil 7'de sunulmaktadır (109).



**Şekil 7. Kimi OECD ülkelerinde kamu sağlık giderleri / GSYİH (%) (109)**

Seçilmiş kimi OECD ülkelerinde kişi başına sağlık giderlerine bakacak olursak 2000 yılında İngiltere'de 1813 dolar olan kişi başına sağlık giderleri, Almanya'da 2 780 dolar, Yunanistan'da 1 556 dolardır ve ABD'de ise 4 540 dolar ile en çoktur. Kişi başına sağlık giderlerinin yıllar içindeki değişimi ise Şekil 8'de görülmektedir (109). Son 30 yılda, sağlık giderlerinde çok belirgin artışlar açıklıkla gözlenmektedir.



**Şekil 8. Seçilmiş kimi OECD ülkelerinde kişi başına sağlık giderlerinin yıllar içindeki değişimi (109)**

Özel sigortaların, toplam sağlık giderleri içindeki payının seçilmiş kimi OECD ülkelerindeki durumu Tablo 22'de verilmektedir. Toplam sağlık giderleri içinde özel sigortaların payının en yüksek olduğu ülke, %33.8 ile ABD'dir. ABD'yi %12.3 ile Almanya ve %11.3 ile Kanada izlemektedir. OECD ülkelerinin birçoğunda özel sigortalar, zorunlu kamu sigortalarına ek olarak isteğe bağlı olarak yapılmaktadır (109).

**Tablo 22. Seçilmiş kimi OECD ülkelerinde özel sağlık sigortaları / toplam sağlık giderleri (%) (109)**

Ülkeler..	1991	1994	1998
Türkiye	0.1	0.7	1.4
Kanada	8.4	9.8	11.3
Danimarka	1.2	1.1	1.4
Finlandiya	1.9	2.5	2.6
Almanya	11.8	12.1	12.3
İtalya	0.7	0.9	0.9
Kore	5.3	5.9	7
İngiltere	3.4	3.3	-
ABD	33.9	33.9	33.8

## ÜLKEMİZİN VE SEÇİLMİŞ KİMİ ÜLKELERİN KİMİ SAĞLIK GÖSTERGELERİ

Kimi ülkelerin yıllara göre Bebek Ölüm Hızları (BÖH) Tablo 23'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, Türkiye'de BÖH açısından 2000 yılı değeri ‰ 45'tir. 2000 yılında komşumuz Yunanistan'da ‰ 5'tir. Türkiye girmek istediği AB ülkeleri arasında en yüksek BÖH'na sahip ülkedir (110).

**Tablo 23. Kimi ülkelerde yıllara göre bebek ölüm hızı (‰) (110).**

Ülkeler...	1980	1990	2000
ABD	14	9	8.0
Arjantin	35	31	17.0
Çin	42	30	32
Almanya	12.4	7.0	4.4
İngiltere	12.1	7.9	5.6
Rusya Federasyonu	22	23	16
Ukrayna	17	18	13
Yunanistan	18	10	5
TÜRKİYE	133	69	45

UNICEF'e göre 5 yaş altı çocuk ölüm hızı, çocukların (ve bir bütün olarak da toplumun) sağlık alanındaki durumunu yansıtmada kusursuz olmasa da, öteki ölçütlere oranla daha doğru bir işlev görür (110). Türkiye, UNICEF'in 2000 yılı raporunda 5 yaş altı çocuk ölümü sıralamasında 195 ülke arasında 85. iken, 2002 yılı raporunda, 78. sıraya

düşmüştür (110). Burada ölçüt ne denli düşükse sıralama o denli alttadır. Alt sırada yer almak önemlidir. Yıllara göre kimi ülkelerde 5 yaş altı çocuk ölüm hızı Tablo 24'te verilmiştir.

**Tablo 24. Kimi ülkelerde yıllara göre 5 yaş altı çocuk ölüm hızı (%) (110)**

Ülkeler...	5 yaş altı çocuk ölüm hızı (%)					
	1960	1970	1980	1990	2000	2001
<b>ABD</b>	30	26	15	11	9	8
<b>Arjantin</b>	72	71	38	28	22	19
<b>Çin</b>	225	120	133	78	45	39
<b>Irak</b>	171	127	83	50	125*	-
<b>Rusya Federasyonu</b>	64	36	-	26	19	21
<b>Ukrayna</b>	53	27	-	22	16	20
<b>Yunanistan</b>	64	54	23	11	8	5
<b>İngiltere</b>	27	-	-	10	7	7
<b>Almanya</b>	40	-	-	9	5	5
<b>Türkiye</b>	219	201	133	78	45	43

\* 1998 yılı verileri.

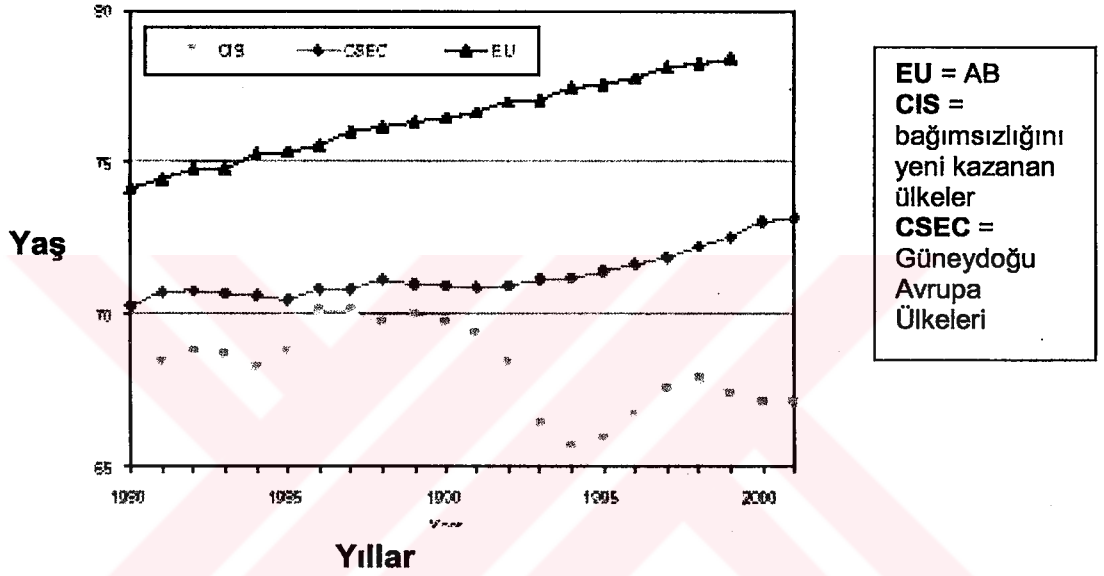
Türkiye'de 5 yaş altı çocuk ölüm hızı % 43'tür. Yunanistan'da bu oran % 5'tir. Türkiye'de 5 yaş altı çocuklar Yunanistan'dakinden 5 kat daha fazla ölmektedirler. Irak'ta 1990 yılında % 50 olan 5 yaş altı çocuk ölüm hızının, 2000 yılında % 125'e yükseldiği kestirilmektedir. Tablo 23 ve 24'te bu ülkelere ait bebek ve çocuk ölümleri verileri incelendiğinde kimi yükselmeler olduğu dikkat çekicidir. Sağlıkta bir reform süreci yaşayan, özelleştirme girişimlerinin yoğun yaşandığı Rusya, Ukrayna'da 2000 yılından 2001'e dek geçen 1 yılda bebek ve 5 yaş altı çocuk ölüm hızlarında kötüleşme gözlemlenmektedir (110).

**Tablo 25. Seçilmiş kimi ülkelerde yıllara göre doğuştan beklenen yaşam süresi, yıl (110)**

Ülkeler...	1980		1990		1995		2000	
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek
<b>Almanya</b>	76.1	69.6	78.4	72.0	79.7	73.3	80.7	74.7
<b>İngiltere</b>	76.2	70.2	78.5	72.9	79.2	74.0	79.8	75.0
<b>ABD</b>	77.4	70.0	78.8	71.8	78.9	72.5	79.4	73.9
<b>Türkiye</b>	60.3	55.8	68.3	63.8	69.8	65.2	70.7	66.6



Tablo 25'te seçilmiş kimi OECD ülkelerinde doğuşta beklenen yaşam süreleri görülmektedir. Almanya ve İngiltere, ABD'ye göre daha az sağlık harcaması yaparken doğuşta beklenen yaşam yılları daha çoktur. Şekil 9 incelendiğinde ise, SSCB'den ayrılan (bağımsızlığını yeni kazanmış) devletler için 1985 yılından sonra yaşam beklentisinde 1995'e dek sürekli bir düşüş izlenmektedir. 1999'a dek hafif yükselen yaşam ümidi 2000 yılı sonrasında yine düşme eğilimi göstermiştir. AB ülkelerinde ise 1960'tan günümüze sürekli artan bir eğri izlenmektedir (111).



Şekil 9. Kimi ülkelerde yıllara göre yaşam beklentisi değişimleri (111).

## TÜRKİYE "SAĞLIK REFORMLARI" SÜRECİ ve "REFORM" TARTIŞMALARI

Türkiye sağlık sektörü reformları için yeni stratejilerin çerçevesi, ilk kez 1990 yılında, DPT için yürütülmüş olan Sağlık Sektörü Master Plan Çalışması ile saptanmıştır (Price Waterhouse 1990). Master Plan Çalışması kapsamlı bir raporla sağlık sektörünün mevcut durumunu tanımlamış ve gelişimi için dört ana strateji seçeneği ortaya atmıştır:

1. Varolan statünün iyileştirilmesi,
2. Serbest pazar stratejisi,
3. Sağlık hizmetleri stratejisi,
4. Uzlaştırma seçeneği.

DPT bu seçenekler arasından sonuncusunu seçmiştir. Daha sonraki dönemde Sağlık Bakanlığı Ulusal Sağlık Politikası'nı geliştirmek üzere bu seçenek üzerinde çalışmıştır. Bugüne yansıyan reform önerileri bu çalışmaların ürünüdür (112).

Türkiye'deki sağlık reformu süreçleri dünyadaki öbür örnekleriyle benzerlikler içermektedir çünkü, DB ve DSÖ'nün stratejileri Türkiye'de de belirleyici olmuştur.

Türkiye'de sağlık reformu sürecinde atılan temel adımlar şöyle sıralanabilir (112):

1. 1989-1991; DPT Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü (Ana model ve strateji)
2. 1991; 1. Sağlık Projesi (İlk araştırmalar ve ön tasarım)
3. 1991; Türkiye Sağlık Reformu tasarım çalışmaları
4. 1992; 1. Ulusal Sağlık Kongresi
5. 1993; Sağlık reformu ilk yasa tasarımları ve 2. Ulusal Sağlık Kongresi
6. 1994; son tasarım, yasa tasarımlarında gözden geçirme (revizyon), hükümet onayı, yasa tasarımlarının TBMM'ne sunulması
7. 1995; TBMM Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu'nda görüşmeler,  
2. Sağlık Projesi
8. 1995; Sağlık Reformu Paketinin 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Uygulama Takviminde yer alması
9. 1996; Sağlık Finans Kurumu ile Sosyal Güvenlik ve Emeklilik sistemleri çalışmalarının eşgüdümü
10. 1996; yasa tasarımlarının, Maliye, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları, Hazine, DPT Müsteşarlıkları ve SSK ile görüşülerek uzlaşılan biçimlerinin oluşturulması
11. 1996; Sağlık Reformu ve Sağlık Finansmanı Kurumu Modeli'nin özel sigorta şirketleri ile görüşülerek tanıtılması ve teknik özellikleri ile kapsam anlamında görüşmeler
12. 1997; sağlık hizmetlerinin finansmanına yönelik olarak Kişisel Sağlık Sigortası oluşturulması ve sağlık sistemindeki altyapı etkinliklerinin desteklenmesi ile eş zamanlı olarak ele alınması
13. 1998; Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarı Taslağı üzerinde uzlaşma metnini hazırlanması
14. 1998; Kişisel Sağlık Sigortası Yasası Tasarı Taslağı'nın Bakanlar Kuruluna sevk (18 Mayıs 1998)
15. 1998; Kişisel Sağlık Sigortası Yasası Tasarı Taslağı'nın Bakanlar Kurulu'nda tartışılması (9 Haziran 1998)
16. 1998; Kişisel Sağlık Sigortası Yasası Tasarı Taslağı'na son şeklinin verilmesi
17. 1998; Kişisel Sağlık Sigortası Yasası Tasarı Taslağı'nın TBMM'nde grubu bulunan siyasi partilere tanıtımına başlanması (16 Haziran 1998)

18. 1998; KSS Yasa Tasarısı'nın TBMM Başkanlığı'na sunumu (1 Temmuz 1998)
19. 1999; KSS Yasa Tasarısı'nın 18 Nisan 1999 milletvekili seçimleri nedeniyle kadük kalması
20. 15 Ocak 2003; tarihli "Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve GSS'nin Kurulması"na ilişkin planlanan çalışmaları aktaran Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Raporu.
21. Temmuz 2003; GSS ve Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası Tasarı Taslağı'nın kamuoyuna sunulması
22. 24 Temmuz 2003; 4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilat Yasası'nın yürürlüğe girmesi
23. 1 Ocak 2004; SSK ve Devlet Hastanelerinin ortak kullanımının başlaması.

Çerçeve Taslağı'nda reform paketi 7 başlıkta toparlanmaktadır (112):

1. Sağlık mevzuatının çağdaşlaştırılması,
2. Hizmet sunumunda reform,
3. Yönetim yapısında reform,
4. Sağlık insan gücü reformu,
5. Ulusal Sağlık Akademisi'nin kurulması,
6. Sağlık enformasyon sisteminin kurulması,
7. Hizmetlerin finansmanında reform.

Yedi başlık içinde hizmet sunumu, finansmanı ve yönetim reformları en önemlileridir.

Hizmetin finansmanı genel sağlık sigortası ile sağlanacak, hizmet üreticisi kurumlarla, hizmeti finanse eden kurumlar birbirinden ayrılacaktır. Bunun nedeni, hizmet üreten özerk kurumları rekabete sokmak, sigorta kurumu aracılığıyla rekabet eden kurumlardan hizmet satın almaktır. Genel Sağlık Sigortası Fonu sisteme katılan (katılım zorunludur) vatandaşlardan alınan primlerle finanse edilecek ve sistem alkole, sigaraya, çevreye zararlı endüstri alanlarına konulacak ek vergiler ve genel bütçeden yapılan aktarma ile desteklenecektir. Ayrıca kişiler aile doktoruna\* başvurduklarında hizmet kullanırlarken bir miktar katkı payı da ödeyeceklerdir. Sistem öncelikle halen herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayanları kapsayacaktır. Uzun erimde ise bütün sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında birleştirilecektir (112).

1999 yılına dek herkesin bir sigorta sisteminin kapsamına alınmış olacağı belirtilmekteydi ve SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi kuruluşlar korunurken özel sigorta şirketlerine de üye olanların sayısının artması bekleniyordu. Sigortanın güvence paketi birinci

---

\* Aile Hekimleri Derneği itiraz edince Aile Hekimi, Aile doktoru oldu.

basamak sağlık hizmetlerinin, birinci basamaktan sevkle gitmek koşuluyla ikinci basamak ayakta ve yatarak sağaltım giderlerini, ilaç ve dış sağaltımı giderlerinin bir bölümünü içerecektir. Ayakta yapılan sağaltımlarda, verilen ilaç bedellerinin %50'den fazlası olmamak koşuluyla ilaçta hasta katılım payı artırılabilecektir. Kişilerin sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için en az üç ay prim ödemiş olmaları gerekmektedir. Yeşil Kartlılardan prim alınmayacaktır. Ortalama bir SSK üyesinden daha yüksek geliri olanlar, aktüeryal primin\*\* %100'ünü ödeyecektir (113).

Taslağın gerekçesinde "ülkedeki sağlık hizmeti sunumunun karmaşık ve akılcı olmayan eşitsizlikçi yapısı"na değinilmiş ve tüm bunları değiştirecek eşitlikçi bir sistem olarak da tüm nüfusu kapsayan Genel sağlık Sigortası (GSS) çözüm olarak gösterilmiştir. Gerekçesinde de temel amacın; nüfusun tamamının sağlık finansman güvencesi altına alınması, finansman ve hizmet sunumunun ayrılması, yönetimin yerindenleşmesi (desantralizasyonu), hastane yönetimlerinin özerkliği, maliyet etkili birinci basamak hizmet sunumu ve koruyucu hizmetlere yeniden odaklanma, insangücünün çağın gereklerine uygun olarak daha iyi yönetilmesi olduğu belirtilmiştir. Bu tasarıya önemli bir altyapı oluşturması planlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilat Yasası 16 Temmuz 2003'te TBMM'den geçerek 24 Temmuz 2003'te yürürlüğe girmiştir (4947 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilat Yasası) (114).

Yasada, 4. maddede, sigortalılığın başlangıcı ve zorunlu oluşu ile ilgili kurallara yer verilmiştir. Beşinci maddede, işsizlik sigortası alanlardan kesilecek primler ve ayrıca emeklilerin net maaşlarının %1'inin GSS payı olarak kuruma aktarılması kurala bağlanmıştır. Yedinci maddede, prim oranı, "prime esas kazancın" %12.5'i olarak belirtilirken, bunun yaklaşık yarısının çalışanlarca ödeneceği öngörülmektedir. Sekizinci maddede işverenlerin, ödemekle yükümlü olacakları işçi ücretlerinin %6.5'i oranındaki prim ödemelerini gider olarak gösterebilecekleri belirtilmektedir. On birinci maddede poliklinik muayene ücretleri için bile katkı payı ödeneceği belirtilmiştir (114).

Tasarının bundan sonraki bölümünde prim ödeme gücü bulunmayanlarla ilgili düzenlemeler bulunmakta ve kimlerin prim ödeme gücü olmadığı belirlenmesi ile ilgili ölçütler belirtilmemektedir. On üçüncü maddede prim ödemesini süresinde yapmayanlarla ilgili yaptırımlar karara bağlanmış ve bu yapılırken "sigortacılık temel mantığı ve ilkeleri" gerekçe gösterilmiştir (114).

On altıncı madde Temel Teminat Paketi ile ilgilidir. Temel Teminat Paketi, içeriğinde katkı payı (prime ek cepten ödeme) olan bir finansman tercihinin ikizi sayılan hizmet sunum biçimidir ve toplanacak primlerin sağlık hizmetlerinin büyük bölümünden yararlanmak için yeterli olmadığı teknik dille açıklamasıdır. Güvence paketi ile ilgili olan maddenin

---

\*\* Bakınız sayfa 38

gerekçesinde, "Güvence paketinde, kişiler için gereken ölçüde sigorta yardımlarının yer alması esas olmakla birlikte, bu yardımların kişilerin her türlü isteklerini tam olarak karşılaması beklenemez", "Temel güvence paketi dışında, ek hizmet almak isteyen kimseler ya da sosyal sigorta kurumları kapsamında bulunan sigortalılar ve hak sahipleri için, bu hizmetin karşılığı ödenmek suretiyle bu yasa kapsamı dışında kalan sağlık yardımlarını alabilirler" anlatımları yer almaktadır (114).

Tasarının kalan kısmında sevk zinciri, kişilerin hizmet alabilmek için seçeceği kurumların belirlenmesi ve "Sağlık Sigortası Kurumu" ile ilgili maddeler yer almaktadır (114).

Bu yasanın ardından, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında düzenlenen 01.07.2003 tarihli protokol ile herhangi bir kamu sosyal güvenlik kurumunca sağlık sigortası altında bulunan herkesin Sağlık Bakanlığı ve SSK sağlık tesislerinden yararlanabileceği ve bunun ilkeleri kurala bağlanmıştır. Bu protokole göre, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı üyeleri ile aktif devlet memurları ve Yeşil Kart sahipleri SSK sağlık kuruluşlarından SSK sağlık yardımından yararlananlar ise Sağlık Bakanlığı sağlık kuruluşlarından yararlanabileceklerdir (115).

Bu protokolle SSK'nın, zaman içinde yalnızca finansmandan sorumlu, hizmeti satın alan bir kuruma dönüşmesinin yolu açılmaktadır.

30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren "Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkinde İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliği" ile devlet memuru ve bakmakla yükümlü buldukları aile bireylerinin sağaltımlarının resmi sağlık kurumları yanında özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılmasına da olanak tanınmıştır (116).

Çalışma Bakanlığı'nca oluşturulan bir çalışma kümesince hazırlanan Hükümet Programı ve Acil Eylem Planı çerçevesinde yürütülen çalışmalarla ilgili bir rapora göre (117):

Genel Sağlık Sigortası sistemi temel güvence paketinin belirlenmesi;

Temel Güvence Paketi Tanımı:

- Sağlık sigortası kapsamında sigorta tarafından karşılanacak hizmetler (sağlık veya sağlığa bağlı) Temel Güvence Paketi olarak adlandırılacaktır.
- Bu paketin içinde tanı, sağaltım ve ortez, protez vb. sağlığa dayalı hizmetler yer alacaktır.
- Bu hizmetler gelişmeler çerçevesinde yeniden belirlenecektir.

Güvence Paketinin belirlenmesinde öncelikle Standart Tanı ve Sağaltım Ölçütlerinin belirlenmesi ve uygulamaya geçilmesi gerekecektir.

**Tablo 26. Temel Güvence Paketinin İçeriği (117)**

Temel Güvence Paketi	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Aktif Devlet Memurları	Yeşil Kart (Sağlık Bakanlığı)	Yeşil Kart (SYDTF)	GSS
Yatarak tanı ve sağaltım giderlerini	X	X	X	X	X		X
Ayakta tanı ve sağaltım giderlerini	X	X	X	X		X	X
Yatarak ilaç giderlerini	X	X	X	X	X		X
Ayakta ilaç giderlerini	X	X	X	X		X (*)	X
Yurt dışı sağaltım giderlerini	X (**)		X	X		X (*)	
Tıbbi esenlendirme hizmetlerini	X	X	X	X	X		X
Gebelik ve analık durumlarında sunulan sağlık hizmetlerini	X	X	X	X	X		X
Geçici iş görmezlik giderlerini	X (***)						
Ortez, protez ve her türlü iyileştirici araç-gereç giderlerini	X	X	X	X		X	X
Yol giderleri, zorunlu giderler ve eşlikçi giderlerini	X		X	X			X

(\*) Başvuru durumunda SYDTF vakıflarınca  
 (\*\*) Yalnızca aktif sigortalılar için  
 (\*\*\*)Yalnızca aktif ve bağlılar için

Sağlanabilecek başlıca iyileştirmeler

- Tüm vatandaşlar sağlıkta aynı temel güvence paketinden yararlanacaktır.
- Sağlık hizmetlerinden yararlanmada tüm vatandaşlar eşit haklara sahip olacaktır.

**Tablo 27. Sigorta Kaydının Ardından Sağlık Yardımlarından Yararlanmaya Başlama Süresi (117)**

Sosyal Güvenlik Kurumları					GSS	
SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Yeşil Kart	Aktif Devlet Memurları	Yeni Kayıt	Varolandan Devir alan
2-4 ay	8 ay	1 Gün	1 Gün	1 Gün	3 Ay	1 Gün



## **Primlerin Belirlenmesi, Kaynakların Belirlenmesi ve Hesapların Yapılması**

### **I - Temel Göstergeler, Varsayımlar ve Hesap Sonuçları**

(Dolar cinsinden hesaplamalarda 2001 yılı kur ortalaması 1 ABD Doları 1 260 000 TL olarak kullanılmıştır )

#### **2001 Verilerine Göre Temel Göstergeler (117)**

##### **Demografik veriler**

- Yıl ortası nüfus 68 610 000,
- 49 307 802 kişi sosyal güvenlik kapsamında sağlık yardımından yararlanıyor- *nüfusun %72'si* (Yeşil Kart dışında),
- 11 426 615 kişi Yeşil Kart sahibi-*nüfusun %17'si*,
- 7 875 583 kişi kamusal sağlık yardımı almamaktadır-*nüfusun %11'i*,

##### **Kişi Başına Sağlık Gideri / Yıl**

- SSK'da 76.5 dolar,
- Bağ-Kur'da 114 dolar,
- Emekli Sandığı'nda 382 dolar,
- Bakanlıklarda 166 dolar olarak gerçekleşmiştir.
- Kişi başına ağırlıklı ortalama 116 dolar sağlık gideri yapılmıştır.

##### **Toplam Sağlık Giderleri**

- Sosyal güvenlik kapsamında olanlar ve Yeşil Kartlılar için kamusal sağlık yardımı gideri 5 milyar dolar olup;
- %41'i olan 2 milyar dolar SSK ve Bağ-Kur kapsamındaki sigortalılar,
- %59'u olan 3 milyar dolar Devlet tarafından karşılanmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinin maloluşu varolan yapısını korursa, toplam nüfusun genel sağlık sigortası kapsamında maliyeti 7,9 milyar dolardır.

##### **Ortalama Sağlık Giderinin Hesaplanması ve Prim Ödemekle Yükümlü Kişi Sayısının Belirlenmesinde Dikkate Alınan Rakamlar**

###### **1. Ortalama sağlık gideri bulunurken**

- SSK: sigortalı ve emeklilerin aile bireyi sayısı bire bir olarak bilinmediğinden katsayı sistemi ile toplam aile bireyi sayısı bulunmaktadır.  
Bu nedenle Kurumun sağlık yardımından yararlanan herkese dağıttığı sağlık karnesi sayısı bu hesaplamalarda dikkate alınmıştır.
- Bağ-Kur: SSK ile paralel bir biçimde sağlık karnesi sayısı esas alınmıştır.
- Emekli Sandığı: Sağlık karnesi sayısı esas alınmıştır.

## 2. Toplam Nüfusun İçinde Prim Ödemekle Yükümlü Kılınacak Kişi Sayısı Bulunurken

- SSK; sağlık karnesi dağıtılmış aktif sigortalı sayısı esas alınmıştır. Ayrıca, SSK kapsamında isteğe bağlı sigortalı olup emekli olana dek sağlık yardımı almayan kesimin de genel sağlık sigortası kapsamında sigorta primi ödeyeceği varsayılarak prim ödeyecek kişi sayısında isteğe bağıllardan prim ödemeyen kişi sayıları dikkate alınmıştır.
- Bağ-Kur; sigortalı sayısı esas alınmıştır.
- Emekli Sandığı; devlet memurları sayısı esas alınmıştır.  
Sandıklar: aktif sigortalı sayıları esas alınmıştır.
- Prim ödeme gücü olmayan kişiler; yeşil kart sahibi sayısının 4'e bölünmüş ve silah altında olan er ve erbaşların sayısını da bu kesime eklemek için Türk Silahlı Kuvvetleri ve Milli Savunma Bakanlığı'ndaki kapsamındaki kişi sayısı 2'ye bölünmüştür.
- Kapsam dışında olanlar; Toplam nüfustan sosyal güvenlik kapsamında ve Yeşil Kart ile sağlık yardımı alanların sayısının çıkarılması ile elde edilen sayının 4'e bölünmesi ile bulunmuştur.
- Bu varsayımlar dikkate alındığında **16 477 361 kişi** prim ödemekle yükümlü olarak çıkmaktadır.

**Tablo 28. Prim ödemekle yükümlü kişi sayısı (117)**

<b>2001 YILI SİGORTALI KİŞİ SAYISI</b>	
Sosyal Sigortalar Kurumu (*)	5.613.416
506 / Geçici 20. Madde, Sandıklar	73.090
Emekli Sandığı	2.236.050
BAĞ-KUR (1479 S.K.ve 2926 S.K. kapsamında olanlar)	3.336.655
Prim ödeme gücü olmayan kişiler	3.641.855
Sosyal güvenlik kapsamı dışında olanlar (**)	1.576.295
Toplam nüfus içinde prim ödeyecek kişilerin sayısı	16.477.361
Ortalama aile bireyi sayısı (**)	4.07
<ul style="list-style-type: none"><li>• (*) İsteğe bağlı sigortalılardan da sağlık primi alınacağı için SSK kapsamında olup prim ödeyen 265 842 kişi de dikkate alınmıştır.</li><li>• (**) TSK ve MSB kapsamında olan kişilerin yarısı er ve erbaş olarak dikkate alınmıştır.</li></ul>	

a- Herkesten eşit miktarda prim alınacağı varsayılırsa

Genel sağlık sigortasının 7.9 milyar dolar maliyetini karşılamak için; 16,477,361 kişiden:

- Aylık 40.4 dolar,
- Yıllık 484 dolar tahsili gerekmektedir.
- SSK prime temel en az kazancın %24'üne,
- En az ücretin %30'una denk olmaktadır.

b- Sigortacılık temelına göre yapılan hesaplamalarda dikkate alınan ögeler, sonuçları:

- Ülkemizde ücret ve gelir düzeyleri ile ilgili ayrıntılı çalışma olmadığından, SSK sigortalılarının ülkede toplam prim ödemekle yükümlü kesimin en büyük oranını temsil etmesi (%36), güncel ve detaylı olarak 2001 yılı 3. dönem (Eylül, Ekim, Kasım ve Aralık) bordrolarına dayanılarak prime temel en az ve en çok kazançlar arasında 58 basamakta sigortalı sayılarının dağılım verilerine ve her basamakta ortalama prim ödeme gün sayılarına ait verilere sahip olması nedeniyle SSK dağılımları, tüm maloluş çalışmalarında kullanılmıştır.
- SSK sağlık giderleri dikkate alınarak yapılan hesaplamalarda, %13 oranında prim toplandığında sağlık giderlerini karşıladığı dikkate alınarak hesaplamalarda prim oranı %13 olarak alınmıştır.

Yüzde 13 prim oranından ağırlıklı ortalama hesap sonuçlarına göre ise:

Toplam prim ödemesi gereken 12 385 506 kişinin dağılımı aşağıdadır :

- SSK,
- Bağ-Kur,
- Geçici 20. madde kapsamında Sandıklara üye kişiler,
- T.C. Emekli Sandığı'na bağlı memurlar ile
- Sosyal güvenlik kapsamı dışında olup,  
işçi ve işveren primlerini ödeyecek veya kendi primini kendisi ödeyecek  
2 668 041 kişi
- SSK kapsamında kamu kesiminde çalışanlar ile Emekli Sandığı'na bağlı memurlar olup, işveren olarak Devlet tarafından prim ödenecek ve
- Prim ödeme gücü olmayan kişiler için Devlet primin tamamını ödeyecek, olarak hesap yapılmıştır.

1. Toplam 7.9 milyar dolar sağlık giderine karşılık,
  - Yukarıdaki birinci kümeden yıllık 4.4 milyar dolar,
  - Devletin adına prim ödemekle yükümlü kesim için 2 milyar dolar olmak üzere
  - Toplam 6.4 milyar dolar prim toplanacağı,
  - **1.5 milyar dolar finansman açığı** olacağı,

2. Finansman açığının da Devlet tarafından karşılanması durumunda Devletin genel sağlık sigortasında toplam yükünün 3.5 milyar dolar olacağı, bunun ise toplam giderin % 44'ünü karşıladığı anlaşılmaktadır.
3. Emekli Sandığı'na bağlı memurlar ile SSK kapsamında kamu sektöründe çalışanların primlerine işveren olarak Devlet tarafından katkıda bulunulmakla birlikte, memur ve sigortalıların aylıklarından kesilecek primler de aslında Genel Bütçeden yapılacağından bu kesimin ( sigortalı ve işveren payı olarak ) bütün primlerinin Devletçe ödendiğini kabul ettiğimizde,
  - o Ödeme gücü olmayanların primlerinin de tümünün Devlet tarafından karşılanacağı dikkate alındığında;
  - o 597 Milyon doları sigortalılar adına,
  - o 2 Milyar doları işveren olarak ve ödeme gücü olmayanlar adına olmak üzere,
  - o Toplam 2.6 Milyar doları Devlet tarafından prim ödeneceği,
  - o Finansman açığı da dikkate alındığında Devletin Genel Sağlık Sigortasına yapacağı transferin 4.1 Milyar Dolara ulaşacağı hesaplanmaktadır. Bu miktar ise GSS'nin maliyetinin % 52'sine karşılık gelmektedir.

Varolan sistemde yapılan sağlık giderinin %59'u olan 3 milyar ABD dolarını devlet karşılarken, bu sistemde mali olarak devletin katkısı artmakla birlikte, oransal olarak düşmesinin nedeni olan etmenler ise şunlardır :

- a- Birinci olarak Bağ-Kur'luların tamamının primlerini ödeyeceği varsayımı ile
- b- İkinci olarak prim ödeme gücü olup sosyal güvenlik kapsamı dışında kalanlardan toplanacak prim gelirleri.

Yapılan hesaplama sonuçlarına göre sıfır finansman açığı için ise %16.01 oranında sağlık sigortası primi toplanması gerekmektedir (117).

## **BEŞ YILLIK KALKINMA PLANLARINDA GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

Planlı ekonomi dönemine geçilen 1963 yılından başlayarak Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası kurma düşüncesine Beş Yıllık Kalkınma Planlarında (BYKP) da yer verilmiştir.

1963-1968 yıllarını kapsayan Birinci BYKP'nda "Herkesi kapsayan Genel Sağlık Sigortası adında bir sosyal güvenlik sistemi kurulacaktır" denilmiştir (118).

İkinci BYKP'nda, "Önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık giderlerinin finansmanı için bir kaynak olarak, genel bir sağlık sigortasının kurulmasına aşamalı olarak başlanacaktır" denilerek sağlık sigortasından söz edilmiştir (119).

1974-1979 yıllarını kapsayan Üçüncü BYKP'nda "Aşamalı olarak uygulanmak üzere genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı sağaltım kurumlarına istemi artırması göz

önünde tutulacak ve sigortanın yaratacağı ek istemin gerektireceği finansmanın yalnızca sigorta primlerinden karşılanması temel olacaktır” denilerek genel sağlık sigortasından bahsedilmiştir (120).

Dördüncü BYKP’nda “sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gereken yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sağlanacak ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır” denilmiştir. Program incelendiğinde genel eğilimin var olan sigortaların yaygınlaştırılması yönünde olduğu görülmektedir (120).

1984-1988 yıllarını kapsayan BYKP’nda sağlık sigortasına geçişin dönem içinde ele alınacağı belirtilmiştir (121).

Altıncı BYKP’nda ise Genel Sağlık Sigortası geniş biçimde ele alınmıştır. Plan kapsamında kurulan Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonunun, Genel Sağlık Sigortası Alt Komisyonu Raporlarıyla genel sağlık sigortası ayrıntılı olarak ele alınmış ve hatta bir Genel Sağlık Sigortası modeli önerilmiştir (120).

Yedinci BYKP’nda, “Genel Sağlık Sigortası hizmeti verecek kurumla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır. Sağlık güvencesi ve sağlık yardımlarından yararlanma hakkı olmayanların sağlık güvencelerini sağlamak, genel sağlık sigortasına geçişi ve mevcut sosyal sağlık sigortaları uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi çerçevesinde bütünleştirilerek tek bir kurum tarafından yürütülmesinin sağlamak amacıyla TBMM’ye sunulmuş olan “Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Yasası” çıkarılacaktır” denilmiştir (122).

Sekizinci BYKP’nda ise “Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı sağlanacaktır” denilmiştir (123).

Ancak 40 yıldan bu yana GSS planı yaşama geçirilememiştir. Nitekim, Saltık’ın aktardığı gibi, İngiliz sağlık Ekonomist’i Prof. Abel Smith 1990’da hükümete verdiği bir raporda, ülkemizde GSS’ye geçilebilmesi için, olağanüstü bozuk gelir dağılımının “öncelikle” düzeltilmesine ek olarak, 2 önkoşulun sağlanması zorunluğunu belirtmektedir:

- a. Ürettiğiniz sağlık hizmetini nitelik (kalite) ve nicelik (kantite) olarak artırın,
- b. Sağlık insangücü ve kuruluşlarını, teknik donanımı ülke genelinde dengeli yayın (bölgelerarası uçuruma dikkat!)

Görüldüğü gibi hizmetin erişilebilirliği salt uzaklıkla ilgili olan bir durum değildir. Hizmeti isteyebilmek için ilgililerin eğitim ve kültür düzeylerinden ekonomik güçlerine; kullanılan sağlık teknolojisine ve personelin bilgi beceri ve tutumuna, ülkedeki sosyal güvenlik sistemine dek bir dizi etmeni gözönüne almak gerekmektedir. Türkiye sağlık alanına ayırdığı kaynakları artırmak zorundadır (19).

## TARTIŞMA

*“Sağlık hizmetleri, piyasaya bırakılmayacak denli önemli, kritik bir alandır.”*

*Adam SMITH*

### **Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirmenin Anlamı**

Özelleştirme, sağlık hizmetlerinin finansman ve üretim boyutlarına hükümet dışı kuruluşların katılımı süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri içindeki sorumluluklarının yer değiştirdiği görülür. Özelleştirme genellikle de hizmetin finansman ve üretiminde yer alan kurumların mülkiyetinin el değiştirmesi ve özel sektöre geçmesi anlamına gelir. Özelleştirme sözcüğü sıklıkla, Türkiye’de “özerkleştirme”, uluslararası literatürde ise “iç piyasa” olarak bilinen ve önemli oranda kamunun gerçekleştirdiği rekabet düzenlemeleri anlamına gelen politikaları kapsar (124).

Sağlık hizmetlerindeki özelleştirme girişimlerinin uluslararası düzeyde DB’nin operasyonlarıyla başlatıldığı söylenebilir. DB 1980’li yıllarda ulusal hükümetlerle olan ilişkilerini yalnızca finansman ve ekonomiyle sınırlı olmaktan çıkarmış, sosyal sektörlerde devletin işlevlerinin yeniden tanımlanması amacıyla sağlık ve eğitim sektörlerine de el atmaya başlamıştır (124).

DB’nin sağlık sektörünün özelleştirilmesine yönelik girişimi gerçek kimi verilere dayandırılmaktadır. Bunlardan birisi, özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde kamu sağlık sektörünün düşük maliyetli olan, ancak toplumsal gereksinimler bakımından temel nitelik taşıyan (yüksek derecede maliyet-etkinliğe sahip) sağlık hizmetlerinin (koruyucu sağlık hizmetleri) üretmekte ve bunu gereksinimi olanlara götürmekte yetersiz kalışıdır. Bunun da iki



temel nedeni vardır. Birincisi, bu tür ülkelerde sağlık sektörü için özgülünen kamu kaynaklarının çok yetersiz oluşudur. İkinci neden ise kamu kaynaklarının yeterli olduğu ülkelerde, kamunun yönetsel erkindeki düşüklük nedeniyle kaynakların yeterince verimli kullanılamamasıdır. Örn. kamu kaynakları daha fazla oranda hastanecilik hizmetlerine (maliyet etkinliği düşük olan hizmetlere) yönlendirilmekte, bu da sağlık sisteminin toplam verimliliğini düşüren olumsuz bir etki yaratmaktadır (124).

DB ve DSÖ'nün önerileriyle sosyal sağlık sigortası modelinin terk edilerek sağlık hizmetlerinden satın alma gücü oranında yararlanıldığı, bu hizmetlerin metalaştırıldığı kişisel-özel sağlık sigortacılığına geçişin temelinde sağlık ve sosyal güvenlik giderlerinin sürekli artması ve yalnızca gelişmekte olan ülkelerde değil, gelişmiş ülkelerde de bu giderlerin ekonomi üzerinde ağır bir yük oluşturmaya başlaması vardır. Kapitalizmin süregelen küresel ekonomik krizini aşmak için başvurulan kısıtlayıcı önlemler yalnızca sağlık ve sosyal güvenlik alanına yönelmemiş, tümüyle devletin sosyal kimliğini hedef almıştır. Öte yandan, ABD'de, sağlık sisteminin finansmanının büyük ölçüde özel sektör temelli olmasına karşın, giderler sürekli artmakta, verimlilik düşmektedir.

Bu önlemlerin asıl amacı ulus ötesi sermayenin kârlılığını en çoklaştırmaktır. Sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında uygulanan önlemlerle hem ulusal bütçeden emeğin yeniden üretimi için ayrılan kaynaklar en aza indirilerek sağlanan birikimler ulus ötesi sermayenin gereksinimlerine yönlendirilecek hem de emeğin toplumsal maliyeti azaltılırken, bu amaçla üretilen hizmetler de ulus ötesi sermaye için verimli bir yatırım alanına dönüştürülecektir (125). Çünkü, merkez ülkelerde piyasa pek çok alanda doygunluğa (satürasyona) ulaşmıştır. "Resesyon", "durgunluk" çevre ülkeler piyasalarında aşılabacaktır (126).

Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinde kriz sorunu tartışılırken öncelikle giderlerdeki artışın nedenleri ve yapılan toplam giderin gereksinimi karşılamaya gerçekten yeterli olup olmadığı; bu giderlerin doğası irdelenmeli; sonra da sunu ile istem arasında hangi evrensel ilkeler temelinde uzlaşma aranacağı ve bu ilkeler ile toplumsal gerçeklik arasında nasıl uyum kurulacağı belirlenmelidir.

### **Sağlık Giderleri Neden Artıyor ?**

Sağlık giderlerinin özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra hızlanarak arttığı ve ekonomik krizin derinleşmesiyle birlikte uygulamaya sokulan ekonomik önlemlere karşın artış hızının yavaşlamadığı bilinmektedir. Gider artışının görünür nedenleri şunlardır (125):

- Gerçek gelirler ve dolayısıyla bu gelirlerden sağlığa ayrılan pay artmıştır.
- Sanayinin gelişmesiyle kentleşme ve hizmet kullanımı artmıştır.
- Beklenen yaşam süresi uzadıkça kişi başına tüketilen sağlık hizmeti de artmıştır.

- Etkili tanı yöntemlerinin gelişmesiyle hasta ve hastalık sayısı artmıştır.
- Tüketim toplumunun yaşama alışkanlıklarıyla yakından ilişkili ve dışsal etmenlere bağlı morbiditeler hemen tüm yaş dilimlerinde artmaya başlamıştır.
- Etkili tanı yöntemleri kullanılmadan hastalıklarına doğru tanı koyulamayacağı inancının hastalar arasında yaygınlaşmasına yol açan kültürel değişim, tanı maliyetlerini artırmıştır.
- Tanı yöntemleri etkilileştikçe kesin tanı arayışında olan hekimler de bu yöntemleri yaygın olarak kullanmaya yönelmiş ve istem ile sununun buluşması tanı girişim kapsamını ve maliyetlerini artırmıştır.
- Etkili tanı yöntemleri sayesinde erken tanı koyulabilmesi, sağaltım olanaklarını artırdığı gibi süregen hastalıklarda sağaltım süresinin uzamasına yol açmıştır. Ancak, etkili tanı yöntemlerinin geliştirilmesinde sağlanan başarı sağaltım yöntemlerinin geliştirilmesinde yakalanamamıştır. Bu sonuç hastalık maliyetlerini artırmıştır.
- Hastane hizmetlerinin ayakta sağaltım hizmetlerine yeğlenmesi hastalıklara yapılan toplam gideri artırmıştır. Ayrıca, etkili sağaltım yöntemi geliştirilemeyen ve nüfusun yaşlanması nedeniyle artan süregen hastalıklarda en pahalı hizmet türü olan hastane bakımı bir zorunluk olarak öncelik kazanmıştır.
- Beklenen yaşam süresinin artması yaşama umudunu ve buna bağlı olarak sınırsız sağlık hizmeti istemini artırmıştır.
- Çevre kirliliği toplam morbiditede %40, kanser morbiditesinde %80'e varan bir etyolojik yük durumuna gelmiştir (19).

Sağlık giderlerinin artacağını haber veren değişimler yaşanırken, tüketim toplumunun o dönemdeki gereksinimleri öyle gerektirdiği için daha ucuz ve etkili olan koruyucu sağlık hizmetleri yerine, daha pahalı ve verimsiz olan sağaltıcı hizmetlerin geliştirilmesine öncelik verilmiştir.

### **Asıl Sorun Sağlık ve Sosyal Güvenlik Giderleri midir?**

Sağlık ve sosyal güvenlik giderlerinin önlenemeyen artışı, hemen her ülkede, özellikle de sosyal devletin sağladığı haklardan gerçekten yararlanmış olan gelişmiş demokrasilerde yükselen protestolara karşın kararlılıkla uygulanan kısıtlayıcı önlemlerin gerekçesi olarak gösterilmiştir (127). Süregelen, bitmek bilmeyen ve kapitalizmin doğası gereği dönemselleşen ekonomik bunalım koşullarında, gelişmiş sanayi ülkeleri için bile ağır yük oluşturan bu giderlerin uygulanan makro ve mikro ekonomik önlemlere karşın artma eğilimini sürdürdüğü de bilinmektedir (128).

Öte yandan, uygulanan önlemlerle giderler azaltılmadığı gibi, sunulan hizmetlerden yararlanma olanakları da nitel ve nicel anlamda sınırlandırılmıştır. Bu sonuç protestoları yoğunlaştırdığı gibi, gider artışıyla birlikte ele alınması gereken ve aslında sorunun özünü oluşturan asıl konuların, sağlık ve sosyal güvenlik haklarını tanımlayan temel ilkelerin ve sağlık hakkının sosyal güvenlik sisteminin kapsadığı öbür haklardan ayrımlarının tartışılması için kışkırtıcı bir toplumsal iklim yaratmıştır. Bu tartışma kaçınılmaz olarak giderlerin azaltılması için alınan önlemlerin özünü oluşturan bir soruya; sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerinin metalaştırılıp-metalaştırılmayacağı sorusuna yanıt aranmasında dönüşmüştür.

Her iki olumsuzluk da, yaşadığımız süreçte, devletin sosyal kimliğine ve bu kimliği tanımlayan hizmetlerin doğasına yüklenmiştir. Böylece, hem devletin sosyal kimliğinden arındırılması girişimlerine gerekçe oluşturulmuş hem de olumsuzlukların asıl sorumlusu olan tüketim toplumu ideolojisi aklanmaya çalışılmıştır. Oysa, tüketim toplumu ideolojisine tutsak olan insan sağlığına yabancılaşmış, sağlığının sürekliliğinin sağlanmasını tıp hizmetine yüklemiş; niçin hastalandığını ise, ya sorgulamamış ya da tıp hizmetinin belirlediği alanda sorgulamıştır. Böylece, tüketim toplumu, temel üretici gücünü oluşturan, ama hastalık yapıcı doğası nedeniyle hasta ettiği insanı tıbbın yardımıyla yeniden üretim sürecine katarken, onu yalnızca sağlığında değil, tükettiği sağlık malları ve hizmetleri nedeniyle hastalığında da bir tüketici olarak sömürebilmiştir (129).

Bu kısır döngüyü kıramayan insan, hastalık nedenlerini tıp hizmetinin belirlediği sanal alan dışında irdelleyememiş; dolayısıyla tüketim toplumunun doğasına yönlendirememiştir. Böylece, tüketim toplumu temel üretici ve tüketici gücü olan insanı hastalık yapıcı doğasının ürünü olan sağlık sorunlarıyla boğuşurken bile sömürürken, sorgulanmamayı da başarmıştır (129).

Tüketim toplumu, bu süreçte, sağlık alanını kısa dönemde büyük vurgun vurduğu yeni bir pazar olarak örgütlemiştir. Tüketmek için varolduğuna inandırılan toplum, bu ideolojik ortamda sağlık hizmetini kendisini her türlü rahatsızlıktan; hatta giderek en doğal ruhsal ve bedensel sıkıntılardan, en temel insansal acılardan bile arındıracak bir araç olarak algılamış ve beklenen (potansiyel) bir hasta olarak görüldüğü sağlıksız çalışma ortamında kaçınılmaz olarak sağlığını yitirdiğinde de sınırsız olarak yararlanacağı bu hizmet sayesinde tekrar sağlığına kavuşacağına inanmıştır (129).

Yabancılaşmış insan, bu koşullarda tüketmek için yaşamış, çalışmış ve tüketilmiştir. Karşılık olarak da, sınırsız hizmet sözünün yerine getirilmesini beklemiş; bunu bedeli ödenmiş ve kazanılmış bir hak olarak görmüştür.

Bugün sağlık hizmetlerinde yaşanan kriz, kısa dönemde insan yaşamını bile vurgun alanına dönüştürmeyi başaran kapitalizmin, altından kalkılamayacak sağlık giderlerinde somutlaşan mutlak gelecekle beklenenden erken bir dönemde ve küresel ekonomik bunalımın derinleştiği koşullarda yüzleşmek zorunda kalmasının ürünüdür. Sağlık giderlerinin önlenemez bir biçimde artması ekonomik bunalıma giren tüketim toplumunu bir ikileme karşı karşıya bırakmıştır.

DB'nin bütün bunlardan çıkardığı ve bu başlıkla ilgili olan iki ana önerisi vardır (47):

1. Hastanelerin özelleştirilmesi,
2. Sağlık hizmetlerinin sunumunda vergi dışı ek ödemelerin alınması ya da kullanıcı ödentileri.

Bunlarla bağlantılı bir üçüncü öneri ise devletin sağlık sektöründe küçültülmesi ve işlevlerinin, yalnızca planlayıcı, standartları belirleyici, sağlık piyasasındaki rekabeti düzenleyici ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin üreten bir alana sınırlandırılmasıdır .

DB'nin kamu kaynaklarının kıtlığı ve kıt kaynakların da çok önemli oranda sağaltıcı sağlık hizmetlerine yönlendirildiği biçimindeki saptamalarının doğru olduğunu belirlemek gerekir. Bu gerçeğin Türkiye için de geçerli olduğunu biliyoruz. Nitekim Türkiye'de Sağlık Bakanlığı bütçesinin genel bütçe içindeki payı 2003'te %2.3 olarak gerçekleşmiştir (130). Toplam sağlık giderlerinin toplam ulusal gelir içindeki payı yaklaşık %3.5, kişi başı sağlık gideri yalnızca 108 dolar, koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan paranın toplam sağlık giderleri içinde payı ise %1'den bile azdır. Çok yetersiz olduğunu belirttiğimiz Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık %80'i maaşlara gitmekte, bütçe içindeki yatırım payı 2003'te %7.5'tir ve bu oranla borç giderlerinin gerisinde kalmıştır (96,130) Sağlık Bakanlığı bütçesi de giderek genel bütçe gibi bir cari giderler ve borç bütçesine dönüşmektedir.

Ancak, DB bu saptamaları yaparken başka gerçekleri görmezden gelmiştir. Örn., kamu-devlet hastanelerini kullananlar toplumun çoğunlukla dar gelirli kesimleri, sosyal güvenceye sahip işçi-emekçiler, kamu hastaneleri dışında başka bir ikinci basamak kurumu kullanmaya yetecek parası olmayanlar ve kırsal kesimde yaşayanlardır. Kamu sağlık kurumlarının ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bizzat devletin kendisi tarafından, özel sektöre alan açmak için çökertildiğini dile getirmemiştir. Sağlık sektörü için yetersiz kaynak ayıran ülkelerin genellikle kapitalist ilişkiler yumağı içinde bir borç batağına yuvarlanmış olduklarını, bu ülkelerin ulusal gelirlerinin önemli bir kısmının iç ve dış sermaye çevrelerine çeşitli mekanizmalarla aktarıldığını, sağlıktaki finansman krizini çözmek için kamunun sağlık alanındaki sorumluluklarını azaltmak yerine, bu sermaye çevrelerine kaynak aktarma mekanizmalarının engellenmesi gerektiğini gözlerden saklamıştır (127).

Son 20 yılda DSÖ'de sermaye egemen bu yönelimler karşısında gerekli kuramsal ve ideolojik çıkışı sağlayamamış hatta destekleyici bir tutum sergilemiştir. Örn., kaynakların yetersizliği karşısında DSÖ, kaynakların mobilizasyonu adı ile katkı paylarını (kullanıcı ödentileri) savunmuş, bunun yerine sermaye kesimlerinin ellerindeki zenginliklere bir ölçüde de olsa el koymaya yarayacak olan progressif nitelikli bir vergi sisteminin üstünlüklerinin propagandasını yapamamıştır (131).

Ama son 5-6 yıldır ise özelleştirmenin zararlarıyla ilgili olarak, en azından kuramsal düzlemde giderek genlik kazanan bir görüş birliği bulunduğunu görüyoruz. DSÖ eski genel direktörü Dr. Nakajima'nın şu sözleri (132) bu zararlı etkilerin uluslararası sağlık kamuoyu tarafından da artık görülmekte olduğunu belgelemektedir:

“Sağlık sistemleri bugün büyük bir kargaşa içindedir. ‘Devletin küçültülmesi’, ‘piyasa güçleri’ ve ‘paranın değeri’ gibi kavramlar bütün dünyada sağlık hizmetleri çevresinde dönen tartışmalarda yer almaktadır. Pek çok ülkede bu kavramların ‘Herkes İçin Sağlık’ ve ‘Temel Sağlık Hizmetleri’ gibi değerlerin yerine geçmeye başladığı görülmektedir. Özellikle bilmeliyiz ki, bu yaklaşımlar çok zararlı iki sonuç doğurabilir: Bunlardan birincisi sağlığın yalnızca bir meta olduğu biçimindeki anlayıştır. İkincisi ise sağlık için ayrılan bütçenin daima düşük tutulması gerektiği düşüncesidir.”

Nitekim, 1997-2000 yılları arası DB başekonomisti olarak görev yapan, Nobel ödülü sahibi Joseph Stiglitz, 90'ların Yükselişi adlı kitabında 90'lı yıllarda özelleştirmeci politikalarla gelen sonuçları ve bu sonuçların ülkeleri nasıl açmaza sürüklediğini gözler önüne sermekte ve kitapta;

“Şu anda bulunduğum noktadan 1990'lara baktığımda şunu soruyorum:

Biz nerede hata yaptık?” demektedir (133).

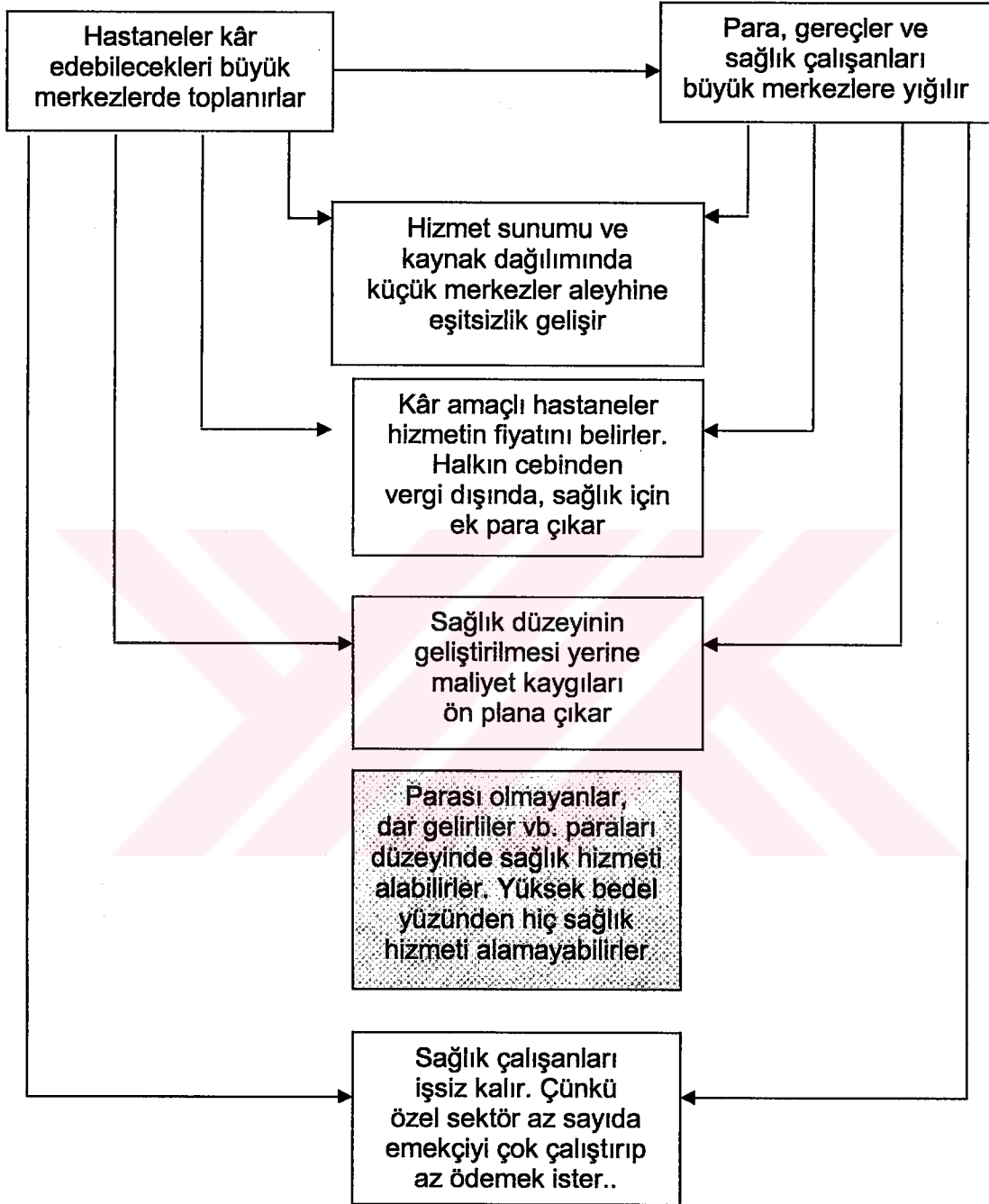
1990 sonrasında Rusya Federasyonu'nda sağlık hizmetlerindeki Devlet tekeli kırılmak ve bu hizmetleri serbest piyasaya açmak için “Reform” adı altında kimi uygulamalara gidilmiştir. Sonuçta Sovyet Rusya'daki temel sağlık göstergelerinde kötüleşme olmuştur. Salt kazanç amacı güden özel sigortacıların bu durumdan büyük yarar sağladıkları uygulama, her kesimde farklı yorumlanmıştır. Sağlık hizmetini kullananlar arasında hakkaniyetsizlikler doğmuştur (134). Varolan kamusal sağlık sistemini değiştirilerek serbest piyasaya açan dağılan Sovyet Rusya'nın ardılı Rusya'da sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerinin geldiği durumu inceleyen ABD'li şirketler ve DB 1999'da yayınladıkları bir raporda ve Dünya Gelişim Raporu-2004'te hata yapıldığını kabul etmiş ve Rusya'nın eski sağlık sistemine dönmesi gerektiğini belirtmişlerdir (135,136).

Bu geri dönüşü zorunlu kılan kimi olumsuz gelişmeler aşağıdadır :

Ayrıca, Küreselleştirilen devletlerin başında eski sosyalist sistemle yönetilen, bağımsızlığını yeni kazanmış devletler olarak anılan Ermenistan, Hırvatistan, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Litvanya, Moldova Cumhuriyeti, Slovakya, Slovenya, Tacikistan, Türkmenistan, Ukrayna, Letonya, gibi ülkeler gelmektedir. Bu ülkelerin temel sağlık ve demografik göstergeleri, Küreselleştirmenin sağlık üzerine etkilerini inceleme için iyi birer örnektir. Eski sosyalist ülkeler yeni düzende gelişen karmaşa ortamında büyük demografik değişiklikler kadar, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar, ana çocuk sağlığı göstergeleri, ekonomik durum, sağlık giderleri, insansal gelişim açısından da büyük yitkilere uğramışlardır. Serbest piyasa ekonomisine geçişle, beklenenin aksine sağlık göstergelerinde büyük çapta gerileme yaşandığı izlenmektedir (137).

Özelleştirme sürecinde öncelikle göze çarpan gelişme, hizmete ulaşımın sorun duruma gelmesidir. Bu sorun her tür özelleştirme uygulaması için geçerlidir. Özellikle düşük gelirli toplumsal sınıflar özelleştirilen sağlık hizmetlerinin maliyetini ödeyememekte, bu da bu kümelerin sağlık hizmetine ulaşımını engellemekte ve sağlık hizmetindeki finansal eşitsizlikler artmaktadır. Öte yandan özelleştirme sürecinde ulaşım sal bir eşitsizlik durumu da söz konusudur. Şekil 10'da özetlendiği gibi, genellikle göze çarpan olgu, özel sağlık sektörünün ülkelerin az gelişmiş bölgelerine gitmek istememesidir. Bu nedenle, özelleştirme sürecinde sağlık kurumlarının belli gelişmiş bölgelerde yığılmasını ve az gelişmiş bölgelerdeki hizmet açığının kapatılması sorumluluğunun yine devletin üzerine düşeceğini beklemek yanlış olmayacaktır (47).





**Şekil 10 : Hastaneler özelleştirilirse / işletme durumuna getirilirse ne olur ?**

(WHO Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services, 1993, WB, World Development Report 1993, Investing in Health )

Özelleştirme, tezimizin asıl konusu olan sigorta kurumları için söz konusu olduğunda sorun bir başka açıdan daha ortaya çıkmaktadır. Özel sigorta şirketlerinin müşterileri ile yaptıkları sözleşmeler ve sigorta önerileri (teklifnameler) incelendiğinde görülmektedir ki; ÖSS şirketleri maliyet ögesini dikkate alarak hasta seçmekte, maliyeti fazla olacağını düşündükleri hastaları (60 yaş üzeri kimseler, süregen hastalıkları olan kişiler, doğuştan kimi hastalıkları olan bebek ve çocuklar gibi..) sigortalamayı red eğiliminde olmaktadır. Kısacası sigorta şirketlerinin tercihi kişilerin sağlık riskleri ile ters orantılı olmakta, sağlık hizmetlerine daha çok gereksinimi olanlar güvence kapsamına alınmak istenmemektedir. Ya da bu tür süregen hastalıkları olanlar ve belirli hastalık risklerini taşıyanlara sürprim (ek prim) ödeyerek daha pahalı poliçeler satın almaları önerilmektedir (84-93). Sonuçta sigorta sistemi evrensellikten uzaklaşmakta, bu da finansal eşitsizliği derinleştiren bir seçim olmaktadır. Hiç abartısız denebilir ki, ÖSS aslında bu şirketlerin sigortasıdır, halkın değil!

Sağlık hizmetlerinin paralılaştırılmasının özellikle yoksul toplum sınıflarını çok olumsuz etkilediği ortaya konulmuştur. Bu sınıflar hizmetin ücretlendirilmesi sonucu kamu kurumlarını daha az kullanmaya başlamışlardır. Bu gerçek, özellikle sağlık kurumuna ulaşmak için harcanan paranın çok, sağlık kurumundaki bekleme süresinin uzun olduğu durumlarda daha belirgin biçimde ortaya çıkmakta ve bu gibi durumlarda yoksullar başka kurumları kullanmaya (eczaneler gibi) yönelmektedirler. Sonuçta bir yandan eşitsizlikler artmakta, öbür yandan ise sağlık sektörünün verimliliği genel olarak düşmektedir; ancak çok sınırlı bir kesim daha çok kazanmaktadır (101).

Bilindiği gibi piyasa kuralları içinde işlerlik gösteren sağlık kurumları arasındaki denetleyici mekanizmayı oluşturmanın en iyi yolu, denetim işlevini kamu sigorta kurumlarına bırakan "iç piyasa" düzenlemesi olarak gösterilmektedir. "İç piyasa"da primleri kamu sigorta kurumu toplamakta, hizmeti de sağlık hizmeti üreticilerinden yine aynı kurum hastalar adına satın almaktadır. Kamu sigorta kurumunun fiyat ayarlamalarıyla, sağlık kurumları arasında pozitif bir rekabet ortamı yaratacağı, bunun da maliyetleri düşüreceği saflıkla beklenmektedir. Piyasa kuralları içinde, en verimli olarak bilinen bu düzenlemenin bile etkisiz kaldığı özellikle İngiltere'deki sağlık hizmeti üreten kurumların kartelleşerek gerek kendi aralarında, gerekse sigorta kurumlarıyla anlaşarak fiyatları belli bir düzeyde tuttukları, bir başka deyişle rekabet ortamını geçersizleştirdikleri görülmektedir (132).

## Sağlık Hizmetlerinde Devlet Karışması (Müdahalesi) Ne ve Nasıl?

Bugün, aralarında DB'nin da (135) bulunduğu her kesim sağlık hizmetlerinin üretim ve özgülmesinde tam bir piyasa yaklaşımının hem eşitlik hem de ekonomi açısından olumsuz sonuçlar doğurduğu noktasında bir görüş birliği içindedir. Stiglitz Küreselleşme ve Büyük Düş Kırıklıkları adıyla Türkçeye çevrilen yapıtında küreselleştirmenin Rusya'da yol açtığı yıkımlara yer vermekte ve Rusya'dan alınacak derslere işaret etmektedir (127). Temelde sağlık hizmet sektörünün temel ayırıcı özelliklerinin yol açtığı "piyasa başarısızlıkları" olarak bilinen olgular ileride de değinileceği gibi bu oydaşmanın (konsensusun) temel nedenlerindedir. Bu nedenle hem eşitlik (adalet) hem de ekonomi için devletin düzenleme ve finansman yoluyla girişimi zorunlu olmaktadır. Genellikle yanlış yorumun da etkisiyle görüş ayrılığına düşülen konu, bu girişimin niteliği ile derecesidir.

Devletin piyasalara girişimi başlıca üç biçimde gerçekleştirilebilir;

1. Üretim
2. Finansman
3. Düzenleme.

Önemli olan "toplumsal sağlık statüsü" hedefi ile birlikte "sağlıkta eşitlik" (kişiler ve toplumsal kümeler arasında) temel alındığında devletin bu tür girişimlerden hangilerine, ne oranda başvurması gerektiğine karar vermektir. Devletin genel politika belirleme, düzenleme ve izlemeye yönelik girişimleri ile yoksulların sağlık gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik hizmetlerin tümünün ya da bir bölümünün kamusal kaynaklardan finansmanını sağlaması, üzerinde genellikle anlaşılan bir "en az girişim paketi" niteliğindedir. Üretimde neyin (özel, kamu) en verimli olduğu hakkındaki tartışmalar (görüş ayrılığı), çok farklı ampirik araştırma sonuçları nedeniyle devam etmektedir (136).

"Devlet girişimi mi, serbest piyasa mı?" sorusunu kuramsal tartışmalarının yanında verimlilik, maliyet denetimi, tüketici tercihi ve eşitlik konuları çerçevesinde incelemek uygun olabilir:

**Verimlilik ve Maliyet Denetimi:** Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sağlık sektörlerinde kamu ve özel sektöre ait örgütlerin göreceli verimliliği üzerinde ayrıntılı bir araştırma Bennett tarafından yapılmıştır (138). Ancak gelişmekte olan ülkelere yapılan araştırmalar hem sayıca az hem de yetersiz olduğu için bu konudaki kanıtlar daha çok gelişmiş ülkelere gelmektedir.

Makro düzeyde, özel sektör finansmanının oransal payı arttıkça maliyetlerin denetimi o denli zorlaşıyor görünmektedir (138). Ancak ulusal sağlık sistemleri arasındaki maliyet ve verimlilik farklılıklarını örn. kalite ve içinde faaliyet gösterilen ekonomik, yönetsel ve politik

çevre gibi öbür etmenleri de gözönüne almadan açıklamak çok güçtür. Bu durum somut sonuçlara ulaşılmasını güçleştirmekte, ancak deneyime dayalı kimi kanıtlar da sunulabilmektedir. Tatar'ın aktardığı gibi, Hollingsworth ve ark. tarafından dört gelişmiş ülke sistemi (Fransa, ABD, İngiltere, İsveç) arasında yapılan kapsamlı bir çalışmada makro düzeyde maliyet denetiminin sağlık bakımına doğrudan devlet girişimini gerektirdiği bulunmuştur (138). Varılan sonuç şu biçimde özetlenebilir:

Özelleşmiş sistemin mantığı sağlık bakım hizmetlerinin yinelenmesine ve maliyetlerin hızla yükselmesine neden olmaktadır, oysa devlet yinelenmeleri önleyip maliyetleri denetim altında tutma yeteneğine sahiptir. Devlet sağlık sektörüne değişik biçimlerde müdahale edebilir ve her müdahale yönteminin maliyetlerin denetimi üzerinde değişik etkisi vardır. Tatar'ın Hollingsworth'tan aktardığına göre devletin yalnızca finanse ederek değil, ancak fiyatları denetleyerek ve personeli atayarak doğrudan olarak etki ettiği sistemlerde maliyetleri denetleme etkisi daha yüksektir. Bu belki de İngiliz Sağlık Sisteminin (USH) sağlık giderlerini denetim altına almasında en başarılı batı sistemlerinden biri olmasını açıklamaktadır (136).

**Kullanıcı / Tüketici tercihi:** Sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak kamu sektörü tarafından karşılandığı USH gibi sistemlere temel eleştiri tüketici tercihi konusu üzerinde yoğunlaşmaktadır. Genellikle maliyetleri denetleyebilmesine karşın USH'in kullanıcı / tüketici tercihini kısıtladığı öne sürülmektedir (58).

Sağlık sektöründe tüketici tercihinin savunuların temel varsayımı, karar verme sorumluluğuna sahip tüketicilerin bunu gerçekleştirme yeterliliğine sahip olduğudur. Ancak daha önce de belirtilen bilgilendirme asimetrisi ve sununun istem yaratabilmesi gibi özellikler nedeniyle tüketicilerin iyi bilgilendirilmiş seçimler yapmaları olanaklı değildir. Ayrıca kullanıcı / tüketici tercihinin iyileştirilmesi sağlık bakım politikasına rehberlik eden tek amaç değildir. Tek tek tüketici / kullanıcı çıkarları her zaman tüm toplumun çıkarları gözönüne alınarak dengelenmelidir. Kullanıcı / tüketici tercihi konusu bulunabilirlik (availability), ulaşılabilirlik (accessibility), eşitlik (equity) ve hakkaniyet (equality) gibi konulardan soyutlanarak tartışılmaz. Bundan başka, seçeneklerin artırılması da zorunlu olarak özel sağlık sektörünü gerektirmez (136).

**Eşitlik (Equity):** Hollingsworth ve ark. dört eşitlik kategorisinde karşılaştırılabilir ampirik veriler sunmuştur (136):

1. Haklarda eşitlik,
2. Ulaşılabilirlikte eşitlik,
3. Coğrafi dağılımda eşitlik
4. Sonuçlarda ya da sağlıkta eşitlik.

Ulaşılabilirlikte / erişilebilirlikte eşitlik kavramı sağlıkta en çok kullanılan kavramlardan biri olmuştur. Bu konuda karşılaştırmalar genellikle İngiliz ve Amerikan sağlık sistemlerine yoğunlaşmaktadır. Ulaşılabilirlik açısından ele alınınca İngiliz USH'nin Amerikan sisteminden çok üstün olduğu bugün genel kabul görmüş bir yargıdır. ABD'de 1997 sonunda herhangi bir sağlık güvencesi olmayan 43 milyon kişi bulunmaktadır. Oysa İngiltere'de USH yoluyla tüm nüfus sağlık hizmetleri güvencesine sahiptir (54).

Kaynak dağılımında eşitlik açısından düşünüldüğünde Amerikan sağlık sistemi ile USH arasında USH yararına birçok farklılık söz konusudur. Eldeki araştırma sonuçları, devlet karışmasının İngiliz yoksullarına, ABD'dekilerden daha çok sağlık bakım hizmeti sunduğunu göstermektedir (139).

Uygulanan sağlık politikaları yüzünden eşitsizlikler ülkemizde de derinleşmektedir. Soyer tarafından 2001 yılında yapılan ve "Türkiye'de Sağlıkta Eşitsizlikler" adıyla TTB'ce yayınlanan çalışmadan çıkan sonuç; Türkiye'de bölgeler, yerleşim yerleri ve eğitim kümeleri arasında büyük eşitsizlikler olduğu ve bu eşitsizliklerin aratarak sürdürüğü biçimindedir (140). Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması sonuçlarına dayandırılan çalışmaya göre, 1998'de kentsel alandaki BÖH ‰ 35.2, kırsal alanda ‰ 55 olmuştur. Yerleşim yerine ait hız oranları incelendiğinde 1998'de 1.56 bulunmuştur, Doğu / Batı oranı ise 1998 yılında 1.88 bulunmuştur. Doğudaki bebekler, Batıdakilere oranla 1.88 kat daha fazla ölmektedir. Doğu-Batı dengelendiğinde, bebek ölümleri ‰ 23.2 oranında azalacaktır (Nüfusa Yüklenen Risk= ‰23.2) (141). Yine eşitsizliklerin bir göstergesi olarak, ekonomik durumun bebek sağlığı üzerindeki etkisini en varlıkların ve en yoksulların bebeklerinin hiç aşılammama oranını gösterebiliriz. 1993 yılında en varlı ‰20'lik dilimde hiç aşılammama ‰1 iken, en yoksul ‰20'lik dilimde bu oran ‰7.7'dir. En varlıklarının çocuklarının, en yoksulların çocuklarına oranla 7 kat daha fazla aşılama şansı olduğu görülmektedir (140).

Bugün dünyada, 150 dolayında ülkede, sağlık da dahil, sosyal güvenliği kapsayan bir sosyal güvenlik sistemi vardır. Batıda daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi varken, çevre kapitalist ülkelerde kapsamı daha dar, hatta neredeyse yalnızca "kayıtlı" sektörde çalışanları kapsayan sınırlı bir sosyal güvenlik sistemi vardır. Bu tür ülkelerdeki sigorta uygulamasının ortak özelliği, yönetsel yapının zayıflığı ve sigorta güvence paketinin darlığıdır. Özellikle, Doğu Avrupa'da sosyalizm sonrası toplumlar, yeni "tercih ettikleri" sigorta modelinde, farklı uygulamalar söz konusuysen, benzer sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu ülkelerde sigortaya geçildikten sonra, sağlık giderleri önceki döneme göre artış göstermiş, toplanan primlerle giderler arasında açık artmış, dolayısı ile zorunlu hükümet katkısı gündeme gelmiştir. Sigorta primi daha çok kayıtlı sektörde çalışanlardan toplandığından, toplanan bu prim, ekonomik olarak "aktif olmayanlar"ın sağlık giderlerini karşılamaya yetmemektedir. Bir finansal açmaz yaşayan bu ülkeler, zorunlu hükümet katkısı ile durumu götürmeye çalışmaktadır. Prim toplanmasında bir başka sıkıntı noktası da, eskiden devlete ait olan



işletmelerin özel sektöre devredilmesi yolu ile oluşan ve yeni kurulan özel işletmelerde, nitelikli emek maliyetinin artması, bu artış karşısında işletme sahiplerinin çalışanları bildirmeme yolunu seçmiş olmasıdır (142). Sonuçta oluşan açık, primlerin artması ile, güvence paketinin daralması ile ve hükümet katkısının artması ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Doğu Asya ve Afrika'daki uygulamalar da ise çok daha kötü sonuçlar görülmektedir (47).

Burada, batılı gelişmiş kapitalist ülkelerde de sigorta sistemleri ile hizmetin finanse edildiği söylenebilir. Gelişmiş ülkelerde -Almanya, Fransa, Avusturya, Japonya, Belçika, Kanada, vb.- sigorta temelli finansman modelleri ağırlıktadır. Ancak bu ülkelerdeki sigorta modelleri, 1848 sonrası yaşanan toplumsal mücadelelerde, işçi sınıfının kazanımı / yönetici sınıfların ödün vermesi eylemi (diyalektiği) ile elde edilmiştir, kendi iç dinamikleri ile oluşmuştur. Navarro'ya göre, işçi sınıfı mücadelesinin güçlü, burjuvazinin ise aynı ölçüde güçlü olmadığı ülkelerde, daha kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi kurulurken, burjuvazinin güçlü, işçi sınıfının bir ölçüde zayıf ve parçalı olduğu topraklarda daha geç oluşturulan ve kapsamı daha dar sosyal güvenlik sistemleri kurulmuştur. (142). Oysa, gelişmiş kapitalist ülkeler dışında, bugün dayatılan sigorta modelleri, bir işçi sınıfı istemi ile değil, uluslararası sermaye odakları ile ona eklenmiş yerel sermaye odaklarının gündeme getirdiği bir durumdur. Genellikle ekonomik sıkıntı çeken çevre ülkelere, merkez ülke ve finans kurumlarının dayatmasıdır ve özünde varlıklı sınıflardan vergi toplama tercihinin bir ürünüdür (124).

Son yıllarda, dünyadaki "sağlık reformu" yönelimlerinde, sigorta formülü, özellikle üçüncü dünya ve Doğu Avrupa'nın eski sosyalist ülkelerinde öne çıkarılmıştır. Bu alandaki tartışmalarda, sigorta tercihinin, yaşanmakta olan ekonomik krizle ilişkisinin altı çizilmektedir. Daha çok bir borç krizi olarak yaşanan, ekonomik kriz, ilgili ülkelerde pek doğallıkla "kaynak darlığı sorunu" olarak yansımaktadır. DB, bu konudaki yönlendirmelerinde, "bu ülkelerde, genel bütçeden sağlığa daha çok kaynak ayırmak olanaksız; koruyucu hizmetlere genel bütçe, sağaltım hizmetleri için ek finans yolu olarak sigorta uygun olur; sağlık hizmetleri için ek kaynak harekete geçirmek ve sabit bir fon oluşturmak, ancak sigorta ile olanaklıdır..." diyerek, "sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetleri sunumuna özel sektörü katmanın önemli aracıdır; sigorta ile oluşturulan fonlar, özel sağlık sektöründen sağlık hizmeti almak için kullanılacaktır; sağlık sisteminin üretim ve finansman boyutlarının ayrılması gerekmekte; hazır fonun olması, özel sağlık sektörüne piyasa güvencesi anlamına gelmektedir" biçiminde belirlemeler yapmaktadır (47).

DB'na göre, sağlık sigortası modelinin öne çıkmasındaki temel varsayım; "varolan genel bütçe gelirleri, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakları gereken düzeye çıkarmak açısından yeterli değil! Genel bütçe havuzunu artırma olanağı da yok, ek bir kaynak mekanizması yaratma zorunlu!" olarak özetlenebilir (47). Sigorta görüşünü savunan kimi



kuramcılara göre ise; genel vergi gelirleri sağlık sektörü için iyi bir finansman kaynağı olmakla birlikte, en güvenilir finansman kaynağı değildir. Çünkü bütçe kararlarında sağlık sektörüne verilen politik öncelik genellikle düşüktür. Toplumsal beklentilerin ülkenin yönetim sürecinde kararlara yansımaya derecesine bağlı olarak (demokratikleşme) bu kaynağın önceliği ve güvenilirliği değişecektir. Az gelişmiş ülke ekonomileri genellikle durağan (stabil) değildir, kamu giderleri sık sık makro ekonomik politikanın bir aracı olarak kullanılır ve GVG bu ülkelerde bütçelenmiş fonlarla onların gerçekte bulunabilirliği arasındaki sürekli değişken ilişki nedeniyle durağan (stabil) olmayan bir kaynak olabilir (43).

Ayrıca Türkiye’de son derece adaletsiz olan vergi rejimi iyileştirilmeden sağlık hizmetlerine daha çok kaynak aktarımı, bunun sonuçlarından üst katmanların alt katmanlara göre daha çok yararlanması çelişmesini de doğurmakta (19).

Özel amaçlı toplanan vergilerde ise; genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa (dolaylı ise) adaletsiz (regressive) bir özellik taşır ve bu da az gelirliler için oransal olarak çok daha büyük bir yük getirir. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınıyorsa aslında adil (progresive)de olabilir. Ancak durum ne olursa olsun, yöneticilerin hareket özgürlüğünü sınırladığı için bu vergilerden pek hoşlanılmaz (43).

Bu bağlamda, asıl gerekçe, gelir dağılımı eşitsizliklerini giderme açısından gerekli olan “progresif” nitelikli vergi reformunun, bugünkü toplumsal dengeler içinde olanaklı olmamasıdır. Vergi tabanı, yüksek gelirli toplumsal kesimlere ve doğrudan kaynaklara, örn. gelir bildirimine değil, giderlerin izlenip saptanmasına oturtulmayınca, kamu gelirlerinde yetersizlik olacak, bu da doğrudan hizmetten yararlanacaklar için sigorta adıyla ek vergi getirecektir (19,62,142).

Türkiye ve benzer ülkelere “dayatılan” sigorta sisteminin temel amacı, “ek kaynak yaratmak”tır. Sağlık piyasasında, sermayenin istediği ölçüde denetleyemediği, başı boş dolaşan parayı merkezileştirmek, merkezileştirilen bu paranın, özel sağlık kuruluşlarına -bir sermaye işlevi görmek- üzere sunulması, tercihin özüdür (105). Ekonomik sıkıntı nedeniyle, sistemi bile döndüremeyecek duruma gelen yetkililer, gereksinimleri olan ek kaynağı “sigorta”da görmektedirler. Bugün kapitalist dünyada az ya da çok bir kaynak sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu kaynak sıkıntısı çevreye yayılarak, gelişmekte olan ülkelerin bu krizi toplumsal bir kriz olarak da yaşamasına yol açılmaktadır. Bu noktada, çevre kapitalist ülkeler, kendilerine merkez-çevre ilişkileri bağlamında dayatılan sigorta ile kaynak yaratma yönlendirmesini, bir “iç sorun” olarak yaşayamamaktadırlar. Kendileri için uygun olanı aramak ya da seçmekten çok, uluslararası sermayenin bu ülkeler için uygun gördüklerinin benimsemek durumunda kalmışlardır (105).

Bu bağlamda Türkiye’de sağlık finansman sisteminin özelleştirilmesi, kökü dışarıda politikalarla dayatılmaktadır (143).

Bir başka önemli nokta, sağlık hizmetlerinin genel vergi ile finanse edilmesinin, sigorta ile finansmana kıyasla, daha eşitlikçi ve daha verimli olduğu genel kabul gören bir gerçektir. Örn. sigorta, ya yalnızca hizmetten yararlanacak olanların primleri, ya da işçi-işveren ve devlet katkıları üzerine otururken; primler ya sabit bir miktar ya da gelire göre sabit bir oranda toplanmaktadır. Buna karşın sigorta modelinin, gelir dağılımı üzerinde, vergi sistemine kıyasla, “regresif” olduğu bilinmektedir. Sağlık finansmanının vergi sistemi ile yapılması, gelirlerin servet üzerinden alınma olanağına sahip olunması nedeniyle, sigortaya göre daha eşitlikçidir. Yine sigorta sistemi, “hastaneciliğe yönlendirme ve moral risk” nedeniyle özgülleme (tahsisat) verimliliği açısından daha sorunludur; hizmet başına ödeme de, sigortadaki sağaltım yöneliminin ve maloluşun artmasının bir başka gerekçesidir (136).

Sosyal sigortanın olumsuz yanlarından biri, hem sigortalı hem de işverenin ödediği primin son çözümlenmede önemli bir bölümünün aslında işgörenin omuzlarına binmesidir. Bunun temel nedeni işverenlerin kendilerine düşen prim payını ürettikleri mal ve hizmetlerin fiyatını artırarak tüketiciye yansıtmaları ve/veya ücretleri düşük tutma eğilimleridir. Bu durumda işgörenler hem ücretlerindeki kesinti hem de uzun erimde artan fiyatlar yoluyla sistemi ilk başta gördüğünden çok daha fazla oranda finanse eder duruma gelmektedir (43).

Az gelişmiş ülkelerde çalışabilir nüfusun ancak yarısı iş bulabilirken -Türkiye’de çalışabilir nüfus 2003 yılında 48.9 milyona ulaşmışken bunun ancak 23.64 milyonu işgücü piyasasında yer almaktadır (144)- örgütlü sektörlerde çalışan nüfusun toplam istihdam edilen nüfusa göre düşük olması nedeniyle, genel nüfusun yalnızca küçük bir bölümü sosyal sigortadan yararlanabilmektedir. Bu durumda sosyal sigorta, bu ülkelerde kesimler arası var olan eşitsizlikleri daha da belirginleştirmektedir. Özellikle bu tip ülkelerde nüfusun önemli bir bölümünü oluşturan tarım çalışanlarının (Türkiye’de %30) sigorta kapsamına alınmasında yaşanan güçlükler bu eleştirileri haklı çıkarmaktadır (132).

Sosyal sigorta örgütleri genellikle Sağlık Bakanlıklarının değil Çalışma Bakanlıklarının bünyesinde yer almaktadır. Bu iki bakanlık arasındaki eşgüdüm sorunu özellikle ülke genelinde sağlık politikaları geliştirmek açısından olumsuzluklar doğurmaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri içinde verilen hizmetlerin sağaltıcı hizmetler eğilimli olma özelliği, koruyucu hizmetlere verilen minimal yer, genelde sağlık sisteminin düşünsel (felsefi) ve ideolojik özelliklerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sağaltıcı hekimlik eğiliminin temel sonucu yüksek maliyetli, hastane ve hekim merkezli bir sistemin benimsenmiş olmasıdır ki, bunun özellikle az gelişmiş ülkelerdeki olumsuz etkileri netlikle ortadadır (136).

Bugün, ülkenin gündeminde olan Sosyal Güvenlik Reformu ile sosyal sağlık sigortasından vazgeçilerek kişisel-özel sağlık sigortacılığına geçilmesinin yolu açılmaktadır.

Kişisel sağlık sigortacılığının yaygınlaşmasıyla ne tür gelişmeler olacağını bu iki sigorta modeli arasındaki temel farklar göz önüne sermektedir.

Hoare ve Mills'e göre özel sağlık sigortasını sosyal sigortadan ayıran iki temel özellikten söz edilir:

1. Özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı içermemektedir.
2. İkincisi, özel sağlık sigortası primleri, sosyal sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil, sigortalanan kişinin ya da topluluğun hastalanma olasılığı gözönüne alınarak belirlenmekte, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ya da topluluktan topluluğa değişiklik gösterebilmektedir (136).

Riskin doğuracağı zararların kişiler arasında paylaşılması hem özel sigortaların hem de sosyal sigortaların temel ilkesidir. Sigortalı sayısı ne denli çok olursa riskin oluşturacağı parasal yük de o denli azalacaktır.

Zararın peşinen paylaşılması ilkesinde özel sigorta ile sosyal sigorta arasında fark vardır. Özel sigortalarda katılım kişilerin isteğine bağlı olduğu halde, sosyal sigortalarda katılım zorunludur. Burada amaç sosyal sigortaların getirmiş olduğu hak ve yükümlülüklerin, yasal bir zorunlulukla hizmet sözleşmesi ile çalışanlarla, bunların işverenlerine istek ve istençlerine bakılmaksızın uygulanmasını sağlamaktır (22).

Sosyal sigorta ile özel sigorta arasında primlerin ödenmesi bakımından da kimi ayrımlar görülür. Genel olarak özel sigortalarda sigorta tarafından güvence altına alınan kişi bütün primini kendisi ödemektedir. Oysa sosyal sigortalarda prim sigortalı, işveren ve kimi durumlarda da devlet tarafından ödenebilmektedir (22).

Sosyal sigortalar genel çıkarları, özel sigortalar ise özel çıkarları kişi yararına koruyucu tekniklerdir. Sosyal sigortalar gelir yitkilerini yerine koyarken, özel sigortalar daha çok mal varlığına gelen zararları yerine koymaya çalışmaktadır (22).

Sosyal sigortalarda sigortalının ödediği primler ile elde edilen karşılıklar birbiriyle orantılı değildir. Amaç geliri kesilene gelir sağlamak ya da düşük gelirlinin gelirini artırmak ya da sağlık için yapılan giderleri karşılamaktır. Çalışanlar gelirleri üzerinden aynı oranlarda prim ödeseler bile yararlanma, içinde bulunulan duruma ve gereksinim düzeyine göre farklı olabilmektedir (22).

Saltık'a göre sosyal sigortada, kişilerin güçleriyle orantılı katkı vermeleri ve gereksinimlerini yararlanmaları, ciddi bir sosyal adalet doğurucusudur ve gelir dağılımını iyileştirir. Dolayısıyla finansman, adil ve etkin vergi rejimine dayandırılmalıdır (19).

Sigorta kuruluşları bakımından da her iki sigorta arasında fark vardır. Sosyal sigortalar, devlet ya da özel hukuk tüzel kişiler, tarafından yürütülmektedir. Özel sigortalar

sözleşme temelli çalışmasına karşın, sosyal sigortaları düzenleyen kurallar çeşitli yasalarla düzenlenmiştir. Özel sigortalar için yasalar, düzenleyici rol oynarken, sosyal sigortalar için buyurucu özelliğe sahiptir (22).

Özel sigortalarda katılım isteğe bağlı olmakla birlikte kişilerin özel sigortaya kabulü ya da isteğinin geri çevrilmesi sigorta şirketinin seçimine bırakılmış olan bir durumdur. Özel sigorta ile sosyal sigortaya katılım farklılık göstermektedir. Sosyal sigortalara katılım zorunlu iken, özel sigortalara katılım kişilerin istemine ve parasal gücüne bağlıdır.

Özel ve sosyal sağlık sigortasının ideolojik ve ekonomik kimi önermeleri Tablo 29'da görülmektedir.



**Tablo 29. Özel ve sosyal sağlık sigortasının ideolojik ve ekonomik önermeleri (145)**

<b>Konu</b>	<b>Özel Sağlık Sigortası</b>	<b>Sosyal Sağlık Sigortası</b>
<b>Kişisel Sorumluluk</b>	Kişi, sağlık risklerini ve sigortanın ne işe yarayacağını değerlendirmek için gerekli bilgilere sahiptir.	Ortalama yurttaş, çoğunluğu oluşturan yurttaş grubunu temsil eder. Küme güçlendikçe, ortak riski değerlendirmesi için gerekli bilgilere ulaşma ve sağlık sigortasının yeniden dağıtım sağlama etkisini iyileştirme gücü de artar.
<b>Sigortacı Sorumluluğu</b>	Sigortacı her sigortalıya, ödenen prim karşılığında önceden belirlenmiş hizmet paketini sunmakla yükümlüdür. Hem prim hem de hizmet paketi sözleşme boyunca değiştirilemez.	Sigortacı tüm üyelerine standart bir hizmet paketi sunar. Paket sigortalının sigortalandığı tarihe bakılmaksızın zaman içinde değişikliğe uğrayabilir.
<b>Eşitlik, Hakkaniyet</b>	Eşitlik ve hakkaniyet, sigortacı her sigortalıya satın aldığı paketin karşılığını tümü ile sağladığında gerçekleşir. Burada odak noktası sigortalılar ile sigortalılar arasındaki ilişkidir.	Eşitlik; tüm sigortalılar, sigortalandıkları tarihte ödedikleri prime bakılmaksızın aynı yardım paketinden yararlandıkları ölçüde sağlanır. Burada odak noktası sigortalılar arası ilişkilidir.
<b>Risk Havuzu</b>	Sınırlı sayıda, benzer ama ilişkili olmayan riskten oluşur; ancak kötü riskler havuz dışında bırakılabilir.	Sigortalıların tümünün ortak riski paylaşması bir ulusal sorumluluk gibi görülür.
<b>Katılma</b>	İsteğe bağlıdır. Hem sigortalı hem de sigortacı kendilerine göre pazarlık yapma özgürlüğüne sahiptir. Sigortalı prim ödeyip ödememe, sigortacı da sigortalayıp sigortalamama hakkına sahiptir.	Zorunludur; kişilerin risklere karşı korunması ve riskler karşısında eşit işlem görmeleri evrensel bir ilkedir. Sigorta, kötü riskleri dışlayamaz.
<b>Prim Düzenlemesi</b>	Primler sigortalının sigortalandığı riske ne ölçüde sunuk kalma olasılığı bulunduğu göre belirlenir. "Risk oranı" farklı kişilerin sağlamak istedikleri yarara göre farklı prim ödemelerini gerektirir.	Katkı olarak tanımlanan primler üyeler arasındaki karşılıklı yardımlaşmanın gereği olarak, dayanışma temelinde oturur ve gelirin sabit bir yüzdesi üzerinden hesaplanır. Bu gelir oranında biçiminde tanımlanır.

Ülkemizde bugün uygulanmaya çalışılan “Genel Sağlık Sigortası” modeli bağlamında, sağlık finansmanı ile ilgili rakamları, bir de ülke ekonomisi çerçevesinde değerlendirecek, 160.5 katrilyon TL olan 2004 bütçesinin (114 KTL gelir + 46 KTL borç ile) 66.2 katrilyon lirası faize ayrılmıştır. Yatırımın payı, yalnızca %4’tür. Bütçede Sağlık Bakanlığı’na ayrılan para, 4.7 katrilyon TL’dir (%3.19). Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık %85’ini personel giderleri oluşturmaktadır (146). Öte yandan memur-işçi-emekli aylıklarına yapılan %6.5 zam nedeniyle IMF kaynak bulunmasını istemiş, bütçe kalemlerinden önce %10, sonra %3 olmak üzere toplam %13 kesinti yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı bütçesi de %13 küçülmüş, %3.19 iken başlangıca göre %2.78’e düzeyine gerilemiştir (146).

“Böyle bir tabloda, hükümetin, sağlığa daha çok para ayırması ve kamu sağlık hizmetlerinin iyileştirmesi olanaklı görünmemektedir. Hükümet, borçları karşılamaktan çok uzak olan gelirlerini de artıramayacağı için, olsa olsa hizmetleri alanların “katkı payları”na başvurmaktan başka çare bulamayacak gibi durmaktadır”. Dayatılan aforizma tam da budur!

Bunun böyle olduğu, doğrudan “reform” çalışmalarını yürüten kurumlarca da kabul edilmektedir. Yukarıda bulgularda da ayrıntılı olarak hesaplandığı gibi, sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması ve “Genel Sağlık Sigortası”nın oluşturulması çalışmaları bağlamında; 68.6 milyon vatandaşımızın 49.3 milyonun sosyal güvenlik kapsamında olduğu, 11.4 milyon kişinin Yeşil Kart sahibi olduğu, 7.9 milyon insanın da sağlık yardımı almadığı hesaplanmıştır (117).

2001 yılına ait olan bu veriler ışığında, kişi başına sağlık giderinin 116 dolar olduğu belirlenmiştir. Bu rakamlardan yola çıkılarak, “GSS” maliyetinin 7.9 milyar olacağı öngörülmüş, bu paranın 16.5 milyon insanın prim ödemesi temelinde toplanacağı da belirlenmiştir. “GSS” maliyeti olan 7.9 milyar doların, bu insan sayısına bölünmesi ile elde edilen prim miktarı yılda 484 dolardır. Bu 7.9 milyar doların, 4.1 milyar dolarını primini ödeyemeyenlerin primini ve finansal açığı karşılaması beklenen devletin üstleneceği, geri kalanın ise primlerle karşılanacağı hesaplanmıştır (117). Devletin yalnızca primini ödeyemeyecekler için katkısı olan 4.1 milyar dolar, 2001 yılı için yine devletin tüm vatandaşlar için ödediği paranın %37 daha fazlasıdır. Bu bağlamda, devletin ayırdığı paranın kısıtlılığını aşmak, devletin sağlık için ayırdığı kaynakları azaltmak için bu yola başvurmak ne anlama gelmektedir?

Kimilerince, GSS için ek kaynak yaratmaya gereksinim olmadığı açıklanmaktadır. Kamu kaynaklarından halen harcanmakta olan kişi başına 116 doların GSS’nin finansmanında yeterli olacağı savlanmaktadır. Ancak bu para yalnızca, herkes için sağlanacak Temel Güvence Paketi için geçerlidir. Bu paketin içinde hangi hizmetler yer alacaktır ve bunun dışında kalan hizmetlerden vatandaş nasıl yararlanacaktır? Bu tutum “kapı aralama” taktiğidir.



Özel sağlık sigortası "satan" sigorta şirketlerinin, Türkiye'de uygulamaya konulacak bir GSS içinde Temel Güvence Paketini sağlamak için prim beklentisi kişi başına yılda yaklaşık 350 dolardır (147). Üstelik bu paketin içinde sürekli ilaç kullanılması gereken astım gibi kimi hastalıklar, doku ve organ transplantasyonları, dializ hizmetleri, diş ve ortez-protez giderleri kapsamamakta; hekime başvuru sayısına kısıtlama getirilmekte, ilaç için ise %20 katılım payı istenmektedir. 2002 yılında Türkiye'de etkinlik gösteren özel sağlık sigortası şirketlerinin sigortalı başına topladığı ortalama yıllık prim 391 dolardır ve bu prim kapsanan hizmetin boyutuna ve şirkete göre büyük farklılıklar göstermektedir (83). Sağlık sigortalı kişi sayısına göre, özel sağlık sigortası şirketleri sıralamasındaki ilk üç şirketin (Sektörün %57'si), sigortalı başına topladıkları ortalama yıllık prim sırasıyla; Koç Allianz Sigorta'da 333 dolar, Yapı Kredi Sigorta'da 452 dolar, Anadolu Yaşam Sigorta'da 391 dolardır (148). Bugünkü koşullarda kişi başına yıllık 116 dolar bütçe ile topluma nitelikli sağlık hizmeti sunmak olanaklı değildir. Ancak sistemin başlatılması psikolojik olarak zorlanmaktadır; istim arkadan gelecektir.

Sosyal güvenlik sisteminin koruduğu kimi hakların kullanılabilirliği ile ekonomik koşullar arasında doğrudan ilişki kurulabilmektedir. Bu hakların kullanılması için kaynak ayrılmasında esnek davranılabilmekte, bu esneklik hakların kullanım düzeyine de kolayca yansıtılabilmektedir. Özellikle ekonomik bunalım dönemlerinde, bu esnekliğin ürünü olan kaynak kısıtlamaları ilk önlem olarak öne sürülebilmektedir. Dolayısıyla, bu hakların ekonomik durum ile uyumlu düzenlemelerin hedefi olması da, büyük toplumsal sıkıntılar yaratsa bile, olağan karşılanabilmektedir. Kamuoyu, uzun erimde, telkinlerle (dezenformasyon, misenformasyon) bir tür psikolojik kitle savaşı taktiğiyle hazırlanmaktadır.

Oysa, sağlık hakkı tarihsel gelişim sürecinde böyle bir esnekliğin konusu olmaktan giderek uzaklaşmış ve önce yaşama hakkını, sonra da çalışma hakkını tanımlayan bir nitelik kazanmıştır. Sosyal devlet döneminde, bir temel hakka dönüşen sağlıklı yaşama ve çalışma hakkının kapsamı, çalışma hakkının kullanılmasıyla edinilen öbür hakların eklenmesiyle genişlemiştir.

Sağlığın sosyal güvenlik sistemi tarafından korunan öbür haklardan farklılıklarını ve sağlık bakım hizmetlerinin öbür hakların korunmasını amaçlayan hizmetler gibi metalaştırılmasının olanaklı olup olmadığını tartışmaya açan da, yeni liberal önlemler ile hızlanan ve giderek somutlaşan bir süreçtir.

Bu süreçte tüketim toplumunun bir iç çelişkisi olarak kişisel bir temel hakka ve toplumsal bir kazanıma dönüşen ve gereksinimi olana gereksindiği ölçüde sunulacağına söz verilen ve sınırsız tüketilebilen sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar sınırsız olarak artırılabilir mi? Yoksa, ekonomik bunalıma yanıt olarak sağlık hakkından vazgeçilecek ya da bu hak sınırlandırılacak mıdır?

İnsan odaklı bir değerlendirmeye her iki soru da olumlu olarak yanıtlanamaz. Sağlık giderlerinin sınırsız bir biçimde artırılması gerçekçi ve aynı zamanda gerekli değildir. Gerekli olan kişinin ve toplumun sınırsız değil etkili bir sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlayacak yeterli giderin koşullarını yaratabilmektir. Bu koşulların yaratılabilmesi için Üçer ve Oğan'ın Bosco ve Hutsebaut'dan aktardığı çözüm önerileri aşağıdadır(149).

1. Makroekonomik maliyet denetlenmelidir: Sağlık hizmetlerine gayri safi yurtiçi hasıladan "en uygun" pay ayrılmalıdır. Sağlık giderlerinin makroekonomik verimliliği bu giderlerdeki marjinal artışla sağlanan kazanımların toplumsal değerinin, öbür giderlerdeki marjinal artışla sağlanabilen kazanımların değeriyle karşılaştırılması temelinde saptanır.

2. Mikro ekonomik etkililik ve verimlilik sağlanmalıdır: Hizmet niteliği ve bu hizmetten yararlanan kişinin doyumunu, en az maliyetle en çoklaştırılmalıdır. Dinamik verimlilik değerlendirmeleri, sağlık kaynaklarının üretkenliğini geliştirecek örgütlenme biçimlerinin ve teknoloji kullanımının araştırılmasını içerir. Sağlık "çıktılarını" iyileştirmenin en verimli yollarını araştıran hükümetlerin sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarırken, bunların daha verimli olan öbür alanlardan aktarılan kaynaklar olup olmadığını değerlendirmeleri gerekir.

3. Eşitlik temel alınmalıdır: Kişinin ve toplumun daha da sınırlanamayacak en uygun sağlık hizmetinden yararlanması ve bu hizmetin gelir düzeyinden önce, sağlık hizmeti gereksinimi temelinde sunulması gerekir. Ayrıca, kişiler hastalığın ve hastalanmanın parasal sonuçlarına karşı belirli düzeyde korunmalı ve bu korunma için yapılacak kişisel katkı kişisel riske göre değil, gelir düzeyine göre belirlenmelidir.

Oysa, tüketim toplumu en azından son yirmi yıldır bu ikilemin ortadan kaldırılmasında kolay yolu seçmiş; sağlık giderlerinin kısıtlanmasını amaçlayan makro ve mikro ekonomik önlemler almakla yetinmiştir. Kısaca muayene ücretleri ile ve sağlık mal ve hizmetlerinin denetimi; maliyet paylaşımı; sağlık hizmeti sunumunun denetimi; bütçe kısıtlamaları; hizmet sektöründe iç rekabetin artırılması başlıkları altında sınıflandırabileceğimiz bu önlemler giderlerin aynı hızla artmasını önleyemediği gibi, hizmet kalitesini azaltarak sağlık hakkının kullanılmasını da sınırlamıştır (149). 926 bin insanın (%1.35) gıda yoksulu olduğu, daha açık bir anlatımla "açlık sınırının altında" bir gelirle yaşadığı; nüfusunun %28.3'ünün (18 milyon kişi!) açlık ve yoksulluk içinde yaşamaya çabaladığı bir ülkede (144), sağlık hakkının öncelenmesi de beklenemez. Toplumsal sağlık göstergeleri de, doğallıkla, beklendiğinin tersine, iyileşmemektedir, iyileşmemektedir

## **Sonuç olarak:**

Bu kamusal sorumluluğu indirgemeye dönük önlemler, engellenemez biçimde beliren ikilemi ortadan kaldırmadığı gibi, derinleştirmiş ve sorunun asıl boyutunu, sağlık hakkının doğasını ve sosyal güvenlik sisteminde korunan öbür haklardan ayrıştırılmalarını gündeme taşımıştır.

DSÖ raporlarında küresel sağlık sorunlarının alarm veren boyutlarına “feryat” tınısı ile vurgu yapılmaktadır. Bulaşıcı hastalıklar geri dönmektedir, insanların ¼’ü ruhsal sıkıntı içindedir, her yıl 1 milyon insan canına kıymaktadır. Çok büyük yığınlar gelecek umudunu yitirmektedir (18).

Küresel kaynakların özel kesim eliyle kazanç motifli kullanımıyla sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti üretimine dönük seçim, yine küresel ölçekte beklenen verimliliği sağlayamamaktadır. Yukarıda değinilen DSÖ raporları, bu tabloyu çıplaklıkla sergilemektedir.



## SONUÇ ve ÖNERİLER

*“Bir hükümetin halkının sağlığına verdiği değerin en şaşmaz göstergesi, bu amaçla bütçesinden sağlığa ayırdığı paydır.”*

*Prof. Dr. Nusret H. Fişek*

Sorunun boyutlarının tanımlanması sürecine sunu, istem, gereksinim, kâr, verimlilik, maliyet, yarar gibi, temel kavramlar ile sınırlı bir çerçevede katılan ekonomi; tümü ile toplumsallaşan, bir başka deyimle siyasallaşan bu soruna, alana özgü matematiksel hesaplamaların ardına saklanarak teknik düzeyde kimi eklektik raporlar ve onların kendine özgü jargonlarıyla makyajlanmaya hatta kılıflanmaya çalışılan yalın gerçeği örtme dışında, soruna çözüm getirmekte yetersiz kalmıştır. Sorunun, aslında bu matematiksel ilişkilerin ardına gizlenmiş üretim ilişkileri ve toplumsal ilişkiler açıklandığı ölçüde tanımlanabileceği; bu açıklamanın da ekonominin ve siyaset biliminin değil, ekonomi-politiğin görevi olduğu bir kez daha anlaşılmıştır.

Bunun için sorunu tıbbın sınırlı teknik olanaklarıyla çözmeye çalışmamak, ama farklı bir yol ararken ekonominin işlem ve grafiklerden oluşmuş puslu ve olayların basitleştirilmiş bir matematiksel tanımından öteye gitmeyen kapsamına ya da görelî siyasal değerlendirmelerin sığılığına saplanmamak ve bu karmaşık matematiksel denklemlerin ardına gizlenmiş toplumsal, yapısal, bilimsel, felsefeseli ilişkileri kavramak; ekonomi-politiği araç olarak kullanabilmek gerekmektedir.

Bu sonuç bir anlamda da toplumsal siyasetin konusu olan sorunlarda, sorunun nedenlerine tüketim toplumunun yaptığı gibi, doğrudan ekonomik tepki ile, giderlerin sınırlanmasını amaçlayan önlemler olarak yanıt vermek yerine; olası tüm çözüm önerilerinin

ortaya konulması ve tarafların üzerinde uzlaşacakları bir ortak çıkış yolunun bulunması gerektiğini de bir kez daha doğrulamaktadır.

Gündemdeki Sosyal Güvenlik Yasa Tasarısının bu çerçevede ele alınması yaşamsal bir önem taşımaktadır. Sağlık giderlerinin altından kalkılamayacak bir ölçüde arttığı gerekçesiyle sosyal sağlık sigortacılığında kişisel sigortacılığa geçişin tutarlı bir gerekçesi yoktur. Sosyal güvenlik kurumlarının yol açtığı iddia edilen "kara delikler" ve devletin bu alandaki yükümlülüklerinden çekilmesini amaçlayan özel-kişisel sağlık sigortasının yaygınlaştırılması çabalarıyla ilgili kurumların verileri örtüşmemektedir. Tüm olumsuz koşullara karşın SSK'nın böylesine düşük bedellerle hizmet sunmayı sürdürebilmesi çarpıcıdır. SSK'nın tasfiyesinin yol açacağı en önemli sorun, sigortalıların başta ilaç giderleri olmak üzere tüm sağlık giderlerinin, toplu pazarlık gücünün yitirilmesi ve Kurum içinde hizmet üretiminin sona ermesi nedeniyle 3-4 kat artacak olmasıdır. Bu gelişmeye koşut olarak sigortalıların tıbbi teknoloji ve tıbbi araç-gereç, farmasötik ürün giderleri de artacaktır. Bu durum; sayılan kalemlere ilişkin giderlerde kamusal kaynakların savurganca tüketilmesini artıracak; ancak ulusötesi ilaç, tıbbi teknoloji tekelleri ve bunlarla bağlantılı pazarlama şirketlerinin kârlarına kâr katmasına yol açacaktır.

Başta SSK olmak üzere sosyal güvenlik kurumlarının tasfiyesinin yol açacağı en önemli sakınca ise yeterince kullanılamasa bile kişisel bir temel hak ve toplumsal bir kazanım olan sağlık ve sosyal güvenlik haklarının olabildiğince sınırlandırılması ve ardından yitirilmesi olacaktır. Özetle sosyal güvenlik kurumlarının tasfiye edilerek kişisel sigortacılığının yolunun açılması ulusal çıkarlarımıza aykırı bir gelişmedir.

Esasen, sağlıkta eşitsizlikler özel sağlık sistemlerinin daha da artırdığı bir kapitalizm sorunudur. Kapitalist üretim ilişkileri içinde eşitsizliğin asıl nedeni bu üretim ilişkilerinden dolayı ortaya çıkan gelir, eğitim, konut, beslenme, vb. gibi yaşamsal alanlardaki eşitsizliklerdir. Sağlık sistemi ne denli eşitlikçi ve gereksinime göre organize edilmiş olursa olsun, sosyal güvenlik sistemi istediği ölçüde herkesi kapsasın, kapitalist üretim ilişkilerinin yaşamın öbür başlıklarında ortaya çıkardığı eşitsizlikler, her şeyden önce insanların sağlıklarının bozulmasına ve sağlık düzeyinde bir ayrışmaya neden olur. Günlük kalori ve protein gereksinimlerini karşılayamayanların daha sık ve ciddi hastalanmaktan, geliri yetersiz olanların sağlıklarını korumak amacıyla en temel önlemleri alamamaktan başka şansları yoktur. Bundan sonra eşitlikçi bir sağlık sisteminin yapabileceği ise, ancak bu eşitsizliklerin etkisini hafifletmek olabilecektir. Bütün bu olumsuzluklar üzerine bir de sağlık sisteminin özelleştirilmesi eklenirse -ki kapitalist ekonomilerde, özellikle kriz dönemlerinde görülen budur- sağlık hizmetlerinden yararlanımda da önemli eşitsizlikler doğacak ve bu da sağlık düzeyindeki eşitsizliklerin daha çok belirginleşmesine neden olacaktır (124).

Özelleştirme verimsizdir; çünkü özel sağlık sektörü daha çok para kazandıran sağaltıcı hizmetlere, hastanecilik hizmetlerine ve bunların içinde de isteğe bağlı cerrahi hizmetlere yönelimlidir. Bunlar tekil anlamda hastaneler için gelir artırıcı hizmetlerdir. Ancak öte yandan, toplumsal boyutta düşünüldüğünde, eldeki kaynakların çok fazla yaşam yılı kazandırmayan alanlara aktarılması anlamına gelirler. Verimsizlik buradadır.

Özelleştirme irrasyoneldir; Sağlığı korumak varken, bu basamağı görmezden gelerek, sağaltım için hastanelere yönelmek?!. Bu tercih, ekonomik anlamda da kabul edilmesi olanaksız olduğu ölçüde, insansal anlamda da akla bile getirilmemesi gereken bir sapmadır.

Özelleştirme finansman (sigorta kurumları) için söz konusu olduğunda, verimsizlik yanında sömürü boyutu da ortaya çıkmaktadır. ÖSS şirketleri kendilerine maloluşu çok olan hastaları sigortalamayarak red eğilimindedir. Sağlık güvencesine erişebilenler arasında bile, sağlık riskleri az olanlar şirket tarafından tercih edilmekte, sağlık hizmetine daha çok gereksinimi olanlar güvence kapsamına alınmamaktadırlar. Bu seçim, finansal eşitsizliği derinleştirmektedir. Bununla, en temel insan hakkı olan sağlık, toplumsal sorumluluk ve planlama alanı dışına çıkarılmakta, özel sermayenin denetimsiz hareket alanı durumuna getirilmektedir. İnsan yaşamı sömürülmekte, para ve pazarlık konusu yapılmaktadır.

Uluslararası sermayenin karşısında bu azgınlıkları dengeleyecek toplumcu modeller tasfiye edildiğinden; Özelleştirme paradigması, küreselleştirmecilerce = emperyalistlerce tek sözcükle, bağnazca, müritçe, kutsanarak ve bilim dışı biçimde, eldeki verilere karşın, onlar çarpıtılarak... dayatılmaktadır.

Yukarıdaki sakıncaların tümü sağlıktaki özel sektörün boyutları ile doğrudan ilintilidir. Eşitlikçi, verimli ve ussal (rasyonel) bir sağlık sistemi arayışında olanlar, yalnızca hastanelerin özelleştirilmesine, özel hastanelere kredi verilmesine ya da vergi bağışıklığı tanınmasına, kamu kurumlarında alınan katkı paylarına (kullanıcı ödentileri) değil, özel sağlık sektörünün her türüne karşı olmalı; sağlık hizmetlerinin evrensel ilkelerine sahip çıkmalı ve Ulusal Sağlık Sistemi (USS) modelini savunmalıdır. Bu örn. İngiltere'de NHS, Türkiye'de 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi modelidir.

Sağlık hizmetlerinin evrensel ilkeleri şunlardır:

- Sağlık bakım hizmetleri ayırım yapılmadan ve herhangi bir koşula bağlanmadan tüm yurttaşları kapsamalıdır. Sağlık bakımı temel bir yurttaşlık hakkı olmalıdır.
- Sağlık bakım hizmetlerinden herkes gereksinimine göre, eşit olarak yararlanmalı ve bu amaçla gereksinimi olana, gereksindiği ölçüde sunulmalıdır.
- Öbür temel haklar gibi, sağlık hakkı da herkesten gelirine göre toplanan genel vergilerden ayrılan kaynaklarla, başlıca genel bütçeden finanse edilmelidir.



- Bu 3 ilke bir bütün olarak ele alınmalı ve bu bütünlüğün korunması ve sürdürülmesi için, bu ilkeler devlet güvencesinde olmalıdır.

Söz konusu 3 ilkenin ortak özelliği, toplumsal dayanışmayı öngörmesidir. Herkesin gereksinimi temelinde eşit olarak yararlanacağı, ama finansmanına gücü ölçüsünde katılacağı bir hizmet modeli; üst düzeyde erdemli bir ulusal dayanışmayı ve kişinin yalnızca kendi haklarına değil, öbür kişilerin haklarına da saygılı olma bilincini öngörür. Bu dayanışmanın düzeyi toplumsal gelişmişlik düzeyinin de önemli bir ölçütüdür. Bu değerlerin küresel ölçekte benimsenip yaşama geçirilmesi için her türlü uğraş verilmelidir.

İkinci Paylaşım Savaşı'ndan sonra İngiltere, İsveç gibi ülkelerde uygulanmakta olan daha demokratik, adil, ucuz, ussal insancıl ve etkin olan Ulusal Sağlık Sistemi'nin bir benzerini kendi ülkemizde de uygulamak olanaklıdır. Ülkemizde 1960'tan sonra USS'nin kimi öğeleri uygulamaya konmuşsa da (Sosyalizasyon, ücretsiz sağlık personeli eğitimi..) hiçbir zaman bütünüyle uygulanmamıştır.

Burada sorun sistemin yapı ve işleyişinde, dokusunda ve kurgusunda değil; uygulama ve yönetsel-siyasal engelleme anlayışındadır.

USS öbür bütün sistemler gibi alt bileşenlerden oluşmaktadır. Bunlar, sağlık örgütlenmesi, sağlık hizmetleri, sağlık yönetimi, sağlık insangücü (sağlık insan kaynakları), ve finansmandır.

Tezimizin konusu olan sağlık hizmetlerinin finansmanında ise, USS'de bulunması gereken temel ilkeler şunlardır:

- ❖ Sağlık hizmetleri, adil olarak toplanan vergilerden oluşturulmuş olan devlet bütçesinden finanse edilmelidir.
- ❖ Devlet bütçesinden uluslararası kuruluşların da (DSÖ, DB) önerdiği gibi, sağlığa en az %10 pay ayrılmalıdır.
- ❖ Sağlık giderlerinde koruyucu hizmetler ve toplumsal öneme sahip olan sağlık sorunlarının giderilmesi birinci önceliği almalıdır. Ek olarak, belirlenen öncelikli temel sağlık hizmetleri sunumunun, toplumun en eşitsiz (dezavantajlı) kesimlerinden başlatılması eşdeğer önemde bir başka öncelik boyutu olmalıdır.
- ❖ Sağlık hizmetlerinin finansmanı bütçe ve sağlık ekonomisinin temel ilkeleri gözetilerek, maliyet-yarar, maliyet-etkinlik analizleri ışığında ussal bir biçimde yapılmalıdır.
- ❖ Sağlık giderleri için bütçe hazırlanımı toplum katılımlı olmalıdır, bütçe vatandaşların ya da isteyenlerin denetimine açık, saydam olmalıdır.

# ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI ve HALK SAĞLIĞI

## ÖZET

**Amaç :** Özellikle 1980 sonrasında ivmelenen özelleştirme dayatmalar bağlamındaki gelişmeleri ve günümüzde uygulanmaya çalışılan, sağlık hizmetlerinin özel sigorta şirketleri aracılığıyla finansmanına dayanan "Genel Sağlık Sigortası" modelini dikkate alarak, özel sağlık sigortacılığı sektörünü ve sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigorta şirketleri aracılığı ile finansmanının Halk Sağlığı bilimi açısından irdelenmesi, Tezin ana amacıdır.

**Yöntem ve Gereç :** Tez çalışması, ülkemizde sağlık hizmetlerinin finansmanı durumu ve özel sağlık sigortacılığının, bu hizmetlerin finansmanındaki yeri ve durumunu veriler ölçüsündede ortaya koyan Tanımlayıcı bir çalışmadır. Özellikle son 20 yıllık gelişimin de dikkate alınması nedeniyle retrospektif boyutu da vardır. Taranılan literatür bilgileri ve erişilebilen verilerin elverdiği ölçüde kimi çözümleyici yaklaşımlarda ortaya konmuştur .

**Bulgular :** Sağlık hizmetlerinde en temel darboğaz, finansmandır. Bu hizmetlerin özelleştirilmesi bir örgütlenme modelinden çok, finansman sorununa çözüm üretecek bir model olarak ele alınmış vedayatılmıştır. 1980'lerden bu yana süren "sağlıkta özelleştirme" akımı, kamu sağlık giderlerinin azaltılması ve kamu sağlık kurumlarının yıpranması/yıpratılması ile birlikte yürütülmüştür. Buna koşut olarak, sağlık hizmeti kullanıcıları giderek daha çok kişisel katkı vermeye zorlanmaktadır. Bu alanda en sık sözü edilen özel sigortacılığın, kamu sigortacılığından temel farkı, bunların ticari nitelikte olmaları ve kazanç amacı gütmeleri, Halk Sağlığı kaygısı olmayışıdır.

**Sonuç :** Sağlık hizmetlerinin finansmanı, adil toplanan vergilerle devlet bütçesinden olmalı, bütçeden sağlığa en az %10 pay ayrılmalıdır. Sağlık bütçesi maliyet-yarar, maliyet-etkinlik analizleri ışığında, ussallıkla yapılmalıdır. Koruyucu hizmetler ve toplumsal öneme sahip sağlık sorunları birinci önceliği almalıdır. Toplum sağlığı ancak yeterli gelir, sağlıklı çevre, yeterli dengeli beslenme, nitelikli eğitim gibi koşulların varlığında gerçekleşecektir. Bu nedenle, yalnızca sağlık sisteminde değil, iş yaşamı, eğitim, tarım gibi yaşamın tüm alanlarında iyileştirmeler yapılmalı, bunun için gerekli olan eşitlik/hakkaniyet, demokrasi, tam bağımsızlık gibi kavramların savaşımları verilmelidir. Sosyal güvenlik sisteminin özelleştirilmesi ulusal birlik, dayanışma ve Cumhuriyetin geleceği için açık ve yakın bir tehdittir. Tek çıkış, 224 sayılı yasanın güncellenerek yaşama geçirilmesindedir.

**Anahtar Sözcükler:** Özel Sağlık Sigortası, Özelleştirme, Finansman, Halk Sağlığı, Sosyal Güvenlik, Sağlık Hakkı.

# PRIVATE HEALTH INSURANCES and PUBLIC HEALTH

## SUMMARY

**Objectives :** The aim of this thesis is to study “General Health Insurance” model in the financing of health services by private health insurance companies, which are being developed in Turkey today, in the view of the privatization pressure that was especially accelerated after 1980's. And to scrutinize the private health insurance sector and financing health services by private health insurance companies from Public Health science point of view.

**Material and Methods :** This thesis is mainly a descriptive study but it has some retrospective and analytical dimensions, too. It brought up both the state on today and progress of last 20 years of the financing of health services and the place of private health insurances in the financing of health services in Turkey.

**Results :** The main result is being progressively restriction of financial resources of health services in Turkey. The privatization is presented as a solution of financial problem, more than an organization model. In this privatization trend from 1980's public spending for health was continuously decreased with getting collapsed of public health units and by forcing to give more additional user fees. The most spoken item in privatization is financing health services by private health insurances. And the main differentiation from public insurance is; these are commercial companies, and their aim is to make profit without any consideration to the universal basic right of health.

**Conclusion :** Financing of the health services must be through the taxes, which are revenue fairly, and 10 % of the budget must be allocated for health services. The health budget must be made rationally by using cost-benefit and cost-efficiency analysis. The preventive health services must definitely take the top priority. Public health would be better if, better conditions like a sufficient income, better nutrition, a healthy environment, quality education and employment were provided. Due to this, not only in health system but also in all essential fields of life like in work life, in educational system, in agriculture, in housing must be struggled for equality/equity, democracy, human rights and independence. Privatization of social security system which is number one guarantee of accessing health right is not only a technical-political preference of Turkey but a serious, substantial and close threat to the security, well-being and future of Turkish Republic in terms of critical strategic policy choice. The unique salvation, without any hesitation is to put into force the Act # 224, “Socialization of Health Services in Turkey” dated back to 1961, with some improvements keeping its philosophy untouched.

**Key Words:** Private health insurance, Privatization, Financing, Public Health, Social Security, Health Right.

## KAYNAKLAR

1. Saltık A. 2000'li yıllarda nasıl bir sağlık sistemi? Bir Türkiye modeli önerisi. III. Uluslararası Katılımlı Ulusal Sağlık Yönetimi Sempozyumu. Konferans, 28-29 Eylül 2000, Ankara.
2. Akalın A. Sağlık hizmetlerinde özelleştirme hızlanıyor. Toplum ve Hekim 1998; 13(3): 162-166
3. Engiz O. Türkiye'de sağlık finansman sorunu ve çözüm arayışları. Toplum ve Hekim 1996;11(72): 22-31.
4. Dirican R. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları-I. Ankara: TTB; 1998.
5. Erdoğan MS, Saltık A. Ülkemizde yaşanan sosyal güvenlik krizi bağlamında bir örnek: Alman sosyal güvenlik sistemi. Toplum ve Hekim 1996; 11(74):15-21
6. İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi.  
<http://www.belgenet.com/arsiv/sozlesme/iheb.html>.  
Erişim tarihi: 10.03.2003.
7. Hamzaoğlu O. Sağlık politikaları ve etik. Ankara Tabip Odası Etik Komisyonu. Yaşama Dair Etik Bir Bakış'ta. Ankara: Ankara Tabip Odası; 2002: 49-61
8. Özdek Y. İnsan hakkı olarak çevre hakkı. Ankara: TODAİE Yayınları, 1993:12-14
9. The constitution of World Health Organisation. <http://www.who.int/> . Erişim: 12.12.2002
10. TTB (Türkiye). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında yasa. Hekimler ve Tabip Odası Yöneticileri için Mevzuat'da. Ankara: TTB; 2001: 39-47
11. Sağlık Bakanlığı (Türkiye). Yataklı tedavi kurumları istatistik yıllığı. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2000.
12. Saltman RB, Figueras J. Avrupa ülkelerinde sağlık reform stratejilerinin değerlendirilmesi. Toplum ve Hekim 1999; 14(5): 384-396
13. Ottawa Konvansiyonu. <http://www.idb.org/vl/top/ottawa.htm> Erişim tarihi: 21.01.2004
14. Üçer AR, Oğan C. SSK gerçeği ya da sosyal güvenlik reformunun perde arkası-I. Cumhuriyet Gazetesi, 29.11. 2001.
15. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). II. Baskı. Bursa : Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993: 51.
16. Fişek NH. Halk sağlığına giriş. Ankara : Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü, 1985:5.
17. Eren N, Öztekin Z. Halk sağlığının gelişmesi. Bertan M, Güler Ç (Editörler). Halk Sağlığı-Temel Bilgiler'de. Ankara: Güneş Kitabevi; 1995: 9-10
18. Saltık A. Çevre kirlenmesi ve insanlığın geleceği. 8. MARÇEP Sempozyumu Bildirisi (baskıda), 14-15. 02.2004, Babaeski.
19. Saltık A. Çağdaş sağlık anlayışı. Türk Tabipleri Birliği yayını. İşyeri Hekimliği Ders Notları'nda. Ankara: TTB; 1998: 13-41.
20. Bulutoğlu K. Kamu ekonomisine giriş. Ankara: Servet Matbaası, 1971: 59
21. Hayran O, Sur H. Sağlık hizmetleri el kitabı. İstanbul: Yüce Yayın, 1998: 51.
22. Oral İ. Dünyada ve Türkiye'de sosyal sigortalar kapsamında sağlık sigortası uygulamaları. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2002: 3,15,44,161,234.
23. Işıklı A. Özelleştirme ve sağlık politikaları. Toplum ve Hekim 1996; 11(74):11-14
24. Saltık A. Sağlık ekonomisinde yeni kavramlar. Toplum ve Hekim 1995; 10(68); 38-44
25. Tokat M. Sağlık ekonomisi. Eskişehir: Anadolu Üniv. Açık Öğretim Fak. Yayınları, 1998:3.
26. Talas C. Toplumsal ekonomi-Çalışma ekonomisi. 7. Baskı. Ankara: İmge Kitabevi, 1997:398
27. Tunçomağ K. Sosyal sigortalar. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1982:5.
28. Başağaoğlu İ, Erdemir D A. Sağlık sigortası ve etik sorunlar. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2002: 5,13.
29. Güzel A, Okur AR. Sosyal güvenlik hukuku. Ankara, 1996:5
30. Topak O. Sosyal güvenlik ve yeniden yapılanma. Toplum ve Hekim 2000; 15(6):454.

31. Aydın U. Sosyal güvenlikte özelleştirme-Sebepler ve uygulamalar. Çimento İşveren Dergisi 2003;10: 4-12.
32. Umumi Hıfzısıhha Yasası. <http://www.istabip.org.tr/mevzuat/>. Erişim tarihi: 20.01.2003
33. Akkaya Y. Sosyal güvenlik tarihi üzerine notlar. Toplum ve Hekim 2000; 15(2): 82-90
34. Kesgeç Ö. Sosyal güvenliğimiz nereye? DİSK-Sosyal İş Sendikası. 10.Olağan Genel Kurul Çalışma Raporu'nda. Ankara; 2000 Nisan: 65-71.
35. Güven O. Açıklamalı sigorta ve reassürans terimleri sözlüğü. İstanbul: Ceyma Matbaası; 1995.
36. Türk Ticaret Yasası. [www.tsrbsb.org.tr/sigortacılık\\_mevzuat/](http://www.tsrbsb.org.tr/sigortacılık_mevzuat/). Erişim tarihi: 15.10. 2003
37. Güven Sigorta (Türkiye). Sigorta Bilgileri. İstanbul; 1998: 7.
38. Yalçın T, Yıldırım H. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7(40): 1642-1656.
39. Akdur R. Sağlık hizmetlerinde finansman ve ulusal ekonomi. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7(40):1571-1585.
40. Erdoğan İ. İsteğe bağlı sigorta hizmetlerine karşı tutum. İstanbul: Beta Basım A.Ş., 1993: 16
41. Tunçomağ K. Sosyal güvenlik kavramı ve sosyal sigortalar. İstanbul: Beta Basım A.Ş.,1990:15.
42. Babaoğlu AN. Sağlık sigortaları ve sağlık sigortacılığı. İstanbul: İstanbul Üniv., 1992:2.
43. Tatar F. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları. Toplum ve Hekim 1996;11(72): 42-50
44. Hastalık Sigortası Genel Koşulları. [www.tsrbsb.org.tr/sigortacılık\\_mevzuat/](http://www.tsrbsb.org.tr/sigortacılık_mevzuat/) . Erişim tarihi: 20.02.2004.
45. Özgüç F. Sigortacılık programı, yaşam ve sağlık sigortaları ders notu. İstanbul: Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Yayınları, 1996/1997: 1.
46. Karacık A. Türkiye'de sağlık sigortaları. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7(40): 1488-1491.
47. World Bank (USA). World Development Report: Investing in Health. NewYork: Oxford University Press; 1993.
48. Kılıç B, Aksakoğlu G. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar. Toplum ve Hekim 1995; 9(64-65):4-13.
49. Evaluation of recent changes in the financing of health services. Geneva. WHO; 1993. Report No: 829
50. Hoare G, Mills. Paying for the health sector. LSHTM; 1986. EPC Publication No: 12'den aktaran Tatar F. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları. Toplum ve Hekim 1996;11(72): 42-50.
51. Zschock DK. General review of problems of medical care delivery under social security in developing countries. International Social Security Review 1982; 35(1).
52. Yüce Türk A. Özel sağlık sigortaları. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7(40): 1482-1484.
53. Kılıç B. ABD sağlık sistemi. Toplum ve Hekim 1995; 9(64): 130-32.
54. Private health insurances in OECD countries: Compilation of national reports. 2001. <http://www.oecd.org/daf/insurance-pensions.pdf> Erişim tarihi: 20.12.2003.
55. Özcan Y, Özgen H. Sağlık sigortacılığı politikasında Amerikan sağlık sisteminden izlenimler. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7(40): 1494-1513.
56. Erdoğan MS, Ekuklu G. Almanya sağlık sistemi. Toplum ve Hekim 1994; 9(64-65): 64-70.
57. Tiryaki D. Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin Düzeyi (tez). Ankara: Hacettepe Üni. Sağlık Bilimleri Enst. Sağlık Kurumları Yönetimi Programı; 1998.
58. Cox P (Çev. G. Akasakoğlu). Ulusal sağlık hizmeti: Birleşik Krallık. Toplum ve Hekim 1994; 9(64-65): 101
59. Aksakoğlu G. İngiltere sağlık sistemi. Toplum ve Hekim 1994; 9(64-65): 96-100.
60. Roberts JL, Mierzewski P. Health and health care finance – Options for reform towards a health for all perspective. 1993. <http://www.who.int/documents> Erişim tarihi : 15.10.2003.



61. Maarse H. Strategic choices in social health insurance, 1993. <http://www.who.int/documents> Erişim tarihi: 15.10.2003
62. Belek İ. Nasıl bir sağlık sistemi-III – Sigorta değil genel vergi. Toplum ve Hekim 2000; 15(2): 92-108.
63. Ensor T. Developing health insurance in transitional Asia. Social Science and Medicine 1999; (48):871-879 .
64. Health insurance schemes for people outside formal sector employment – Guidelines for governments. Geneva 1997. <http://www.who.int/documents> Erişim tarihi: 20.12.2003.
65. Ron A. NGO's in community health insurance schemes: Examples from Guatemala and the Phillipines. Social Science and Medicine 1999; (48): 912-23.
66. Okyere AK, Isaac OA. Willingness to pay for health insurance in a developing economy. A pilot study of the informal sector of Ghana using contingent valuation. Health Policy 1997; (55): 223-237.
67. Liu TC, Chen CS. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. Social Science and Medicine 2002; (55): 755-774.
68. Karacık A, Atlı H. Sağlık Sigortaları. [www.10brinkster.com/platform/arastirmalar/sigorta.htm](http://www.10brinkster.com/platform/arastirmalar/sigorta.htm). Erişim tarihi:15.10.2003.
69. Anadolu Sigorta A.Ş. (Türkiye). Özel sağlık sigortaları. İstanbul: Ar-Ge Bölümü; 1997.
70. Anadolu Yaşam Sigorta A.Ş.(Türkiye). Özel sandıkların sosyal güvenlik sistemindeki yeri. İstanbul: Ar-Ge Bölümü;1993.
71. Beaglehole R, Bonita R,KjellströmT. (Çev: Bilgel N.) Temel Epidemiyoloji. Bursa: Nobel Tıp Kitabevleri, 1997: 37.
72. Alper Y. Türkiye'de sosyal güvenlik ve sosyal sigortalar. 1. Baskı. İstanbul: Alfa Yayınları, 2000:201.
73. Sosyal Sigortalar Kurumu Yasası. <http://www.istabip.org.tr/mevzuat/>. Erişim tarihi: 15.08.2003.
74. Demircioğlu M. Yeni sosyal güvenlik rehberi. 1. Baskı. İstanbul, 2000: 28.
75. En Sağlıksız Harcama. Star Gazetesi, 01.12.2003.
76. Gürbüz E. Türkiye'de sosyal güvenlik. 1.Baskı. İstanbul: 1987:11.
77. T.C. Emekli Sandığı Yasası. <http://www.istabip.org.tr/mevzuat/>. Erişim tarihi: 15.08.2003
78. Bulut M. Bağ-Kur. Sosyal Güvenlik Dünyası 1998. 1(1): 35.
79. Bağ-Kur Yasası. <http://www.istabip.org.tr/mevzuat/>. Erişim tarihi: 15.08.2003.
80. Yeşil Kart Yasası. <http://www.istabip.org.tr/mevzuat/>. Erişim tarihi: 15.08.2003.
81. Charles W. Life Company Underwriting. NewYork,1974.'den Aktaran Karacık A. Türkiye'de sağlık sigortaları. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7(40): 1488-1491).
82. Sağlık Sigortaları. <http://www.hazine.gov.tr/sigorta>. Erişim tarihi:12.12.2003
83. Türkiye Sigorta ve Reassürans Şirketleri Birliği. Faaliyet Raporu. TSRBSB. 2002.
84. Sağlık sigortaları. <http://www.anadoluyasam.com.tr>. Erişim tarihi: 21.01.2004
85. Sağlık sigortaları. <http://www.aksigorta.com.tr>. Erişim tarihi: 21.01.2004
86. Sağlık sigortaları. <http://www.axaoyak.com.tr>. Erişim tarihi: 21.01.2004
87. Sağlık sigortaları. <http://www.basakyaşam.com.tr>. Erişim tarihi: 21.01.2004
88. Sağlık sigortaları. <http://www.batisigorta.com.tr>. Erişim tarihi: 21.01.2004
89. Sağlık sigortaları. <http://www.demiryasam.com.tr>. Erişim tarihi: 21.01.2004
90. Sağlık sigortaları. <http://www.garanti-sigorta.com.tr> Erişim tarihi: 03.02.2004
91. Sağlık sigortaları. <http://www.ihlasyasam.com.tr>. Erişim tarihi: 03.02.2004
92. Sağlık sigortaları. <http://www.kocallianzyasam.com.tr>. Erişim tarihi: 03.02.2004
93. Sağlık sigortaları. <http://www.yapikredi.com.tr>. Erişim tarihi: 03.02.2004
94. Private health insurance in OECD countries. <http://www.oecd.org/daf/insurance-pensions.pdf/> Erişim tarihi: 23.11.2003.
95. OCDE ülkelerinde özel sağlık sigortalarında yeni gelişmeler. <http://www.treasury.gov.tr/sigorta/>. Erişim tarihi: 30.01.2002.
96. Tokat M. Türkiye Sağlık Giderleri ve Finansmanı-1998. 1.Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı, 2001.



97. Çakmak F. Yeni düzenlemelerle Bağ-Kur sağlık sigortası. Sosyal Güvenlik Dünyası 2000; 3(9):44.
98. Sosyal Sigortalar Kurumu (Türkiye). SSK 1998 Yılı Faaliyet Raporu. Ankara: SSK; 2000.
99. Gerek N. Sosyal Güvenlik Hukuku. 1. Baskı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2000:122.
100. Yıldırım S. Sağlık hizmetlerinde maliyet analizi. DPT; 1994. Yayın No 2350.
101. Türk Tabipleri Birliği (Türkiye). Halk Sağlığı ve Sağlıkta Reform. Ankara: TTB; 2000.
102. Turkey: Reforming Health Sector for Improved Access and Efficiency. World Bank; 2002-June. Report No.24358-TU.
103. AYTEKİN H. Tıp Fakülteleri ve Döner Sermayeler. Toplum ve Hekim 2000; (15)2: 138-140.
104. SOYER A, BELEK İ. Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirmeler. Soyer A, Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler’de. Ankara: TTB Yayınları; 1998: 53-69.
105. SOYER A. 2000-2020 sürecinde nasıl bir dünya, Türkiye sağlık, tıp ortamı öngörülebilir, oluşturulabilir? 1. Baskı. Ankara: TTB Yayınları, 2002: 23-27.
106. Türk Tabipleri Birliği (Türkiye). Sağlık ocaklarında döner sermaye uygulamaları. Ankara: TTB yay.;2003.
107. T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigorta Denetleme Kurulu (Türkiye). 1998’de Türkiye’de sigorta faaliyetleri hakkında rapor. Ankara; 1999.
108. TSRSB 1998 yılı faaliyet raporu. <http://www.tsrsb.org.tr>. Erişim tarihi: 01.12.2003.
109. OECD Health data 2000. <http://www.oecd.org>. Erişim tarihi: 20.11.2003.
110. UNICEF (Türkiye). Dünya çocuklarının durumu 2000. Ankara: UNICEF;2000.
111. Atlas of health in Europe. <http://www.euro.who.int/document/E79876.pdf> Erişim tarihi: 15.10.2003.
112. Belek İ. Türkiye Sağlık Reformları. Toplum ve Hekim 2001; 16(6): 438-447.
113. Türk Tabipleri Birliği. GSS ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı Taslağına İlişkin TTB’nin Görüşleri. Ankara: TTB; Ağustos,2003.
114. 4947 Sayılı Yasa. <http://www.tbmm.gov.tr/mevzuat>. Erişim tarihi: 01.08.2003.
115. Sağlık Bakanlığı-SSK sağlık tesislerinin ortak kullanım protokolü genelgesi. <http://www.ttb.org.tr/>. Erişim Tarihi: 10.07.2003.
116. Devlet memurlarının özel sağlık kurumlarında tedavi görmelerine ilişkin protokol. <http://www.ttb.org.tr/>. Erişim Tarihi: 10.07.2003.
117. Sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanması ve genel sağlık sigortasının oluşturulması. <http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm>. Erişim tarihi: 20.12.2003.
118. DPT (Türkiye). I. Beş Yıllık kalkınma Planı. Ankara: DPT; 1963.
119. DPT (Türkiye). II. Beş Yıllık kalkınma Planı. Ankara: DPT; 1968.
120. Oral Aİ. Dünyada ve Türkiye’de sosyal sigortalar kapsamında sağlık sigortası uygulamaları (tez). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2001.
121. DPT (Türkiye). V. Beş Yıllık kalkınma Planı. Ankara: DPT; 1982.
122. DPT (Türkiye). VII. Beş Yıllık kalkınma Planı. Ankara: DPT; 1995.
123. DPT (Türkiye). VIII. Beş Yıllık kalkınma Planı. Ankara: DPT; 2000.
124. Belek İ. Nasıl bir sağlık sistemi-II? kamucu örgütlenme. Toplum ve Hekim 1999; 14(6): 68-80.
125. Piyal B. Sağlık hizmetlerinde krizin ekonomi politikası. Bilim ve Ütopya 1998; (12)’den Aktaran Üçer AR, Oğan C. SSK gerçeği ya da sosyal güvenlik reformunun perde arkası. Cumhuriyet Gazetesi,01 12 2001.)
126. Saltık A. Küreselleşme ve iş sağlığı. III. Uluslararası katılımlı iş sağlığı ve işyeri hemşireliği simpozyumunda: 22-27Eylül 2003; Zonguldak.
127. Stiglitz JE. (Çeviri: A. Taşçıoğlu, D. Vural). Küreselleşme büyük hayal kırıklığı. 1. Baskı. İstanbul: Planb Yayınları; 2002: 178
128. Üçer AR, Oğan C. SSK gerçeği ya da sosyal güvenlik reformunun perde arkası-II. Cumhuriyet Gazetesi, 30.11.2001.

129. Varol G, Saltık A. Küreselleş(tiril)en dünyada sağlık ve halk sağlığı disiplinin yeri. Kaya B, Ünal S. (Editörler) Küreselleşme ve psikiyatride. 1. Baskı. Ankara: TTB Yayınları; 2002: 139-152.
130. İstatistikler. <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 10.01.2004
131. World Health Report,2000. <http://www.who.int>. Erişim tarihi: 20.12.2003.
132. Belek İ. Sağlıkta iç piyasa ve yönetilen rekabet: özelleştirmenin genişleyen etki alanı. Toplum ve Hekim 1997; 12(81): 26-44.
133. Stiglitz: biz nerede hata yaptık? diyor... ya biz? [www.cumhuriyet.com.tr](http://www.cumhuriyet.com.tr) . Erişim tarihi: 24.03.2004
134. Kılıç B. Kapitalistleşen Avrupa bölgesi eski sosyalist ülkelerin sağlık düzeyi göstergeleri. Toplum ve Hekim 2003; 18(3): 217-231
135. World Development Report, 2004. <http://www.worldbank.org>. Erişim tarihi: 01.02.2004.
136. Tatar F, Tatar M. Sağlık hizmetlerinde özel sektör/kamu sektörü tartışmasının ideolojik boyutları. Toplum ve Hekim 1996; 11(72): 32-41.
137. Saraçoğlu V G. Küreselleşme süreçlerinin Türk sağlık sistemine etkileri (tez). Edirne, Trakya Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AbD., 2004.
138. Bennet S. The mystique of markets: public and private health care in developing countries. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, PHP Departmental Publication No.4'ten aktaran Tatar F, Tatar M. Sağlık hizmetlerinde özel sektör/kamu sektörü tartışmasının ideolojik boyutları. Toplum ve Hekim 1996; 11(72): 32-41.
139. World Bank (USA). Financing health services in developing countries, an agernda for reform. NewYork: World Bank; 1987'den aktaran Belek İ. Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III- Sigorta Değil, Genel Vergi. Toplum ve Hekim 2000; 15(2): 92-108.
140. Soyer A. Türkiye'de sağlıkta eşitsizlikler, TTB yayınları, 2001:9
141. Hamzaoğlu O., Belek İ. Son yirmi yılda sağlıktaki değişimler. Toplum ve Hekim 2000, 15(4): 265-277.
142. Navarro V. Why some countries have national health insurance, others have national health services and USA has neither?. Soc Sci Med. 1989;28(9):887-98.
143. Saltık A. Hasta müşteri değildir. Cumhuriyet Gazetesi, 18.04.2004.
144. Kepenek Y. İki fotoğraf, bir araştırma. Cumhuriyet Gazetesi, 19.04.2004.
145. Reforming health insurance: a question of principles [editorial]. International Social Security Rewiew 2000; 53(2): 50.
146. Eser T. 2004 bütçesi sağlık(sız)! [serial online]. <http://www.ses.org.tr/bütçe.htm>. Erişim tarihi: 17.01.2004.
147. Pala K. Dünya Bankası'nın Türkiye için sağlık politikası ve genel sağlık sigortası. TTB. Halk Sağlığı ve Sağlıkta Reform'da. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2003: 13.
148. Özşarı H. Bir Özel Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili 1998-2002 (tez). Ankara: Hacettepe Üniv. Sağlık Bil. Enst. Sağlık Yönetimi Prog.; 2003.
149. Üçer AR, Oğan C. SSK gerçeği ya da sosyal güvenlik reformunun perde arkası-III. Cumhuriyet Gazetesi, 01.12. 2001.

## RESİMLEMELER LİSTESİ

Tablolar Dizini	Sayfa
Tablo 1 Dünya Bankası'nın sağlık sistemlerinin kişi başına ulusal gelire göre sınıflaması .....	23
Tablo 2 Sağlık sistemlerini sınıflamada örgütlenme ve finansmana göre Dünya Bankası yaklaşımı .....	25
Tablo 3 Özel sağlık sigortalarında kimi hastalıklara uygulanan sürprim oranları.....	65
Tablo 4 Sağlık Bakanlığı giderleri.....	72
Tablo 5 Sağlık Bakanlığı toplam sağlık giderlerinin sınıflandırılması-1998 .....	72
Tablo 6 SSK sağlık giderlerinin dağılımı-1998 .....	73
Tablo 7 SSK sağlık giderlerinin sınıflandırılması-1998 .....	73
Tablo 8 SSK hastalık sigortası gelir ve gider dengesi-1998 .....	73
Tablo 9 Bağ-Kur sağlık giderlerinin dağılımı-1998 .....	74
Tablo 10 Bağ-Kur sağlık gelir ve giderleri .....	74
Tablo 11 Kamu sektörü toplam sağlık giderlerinin kurumlara göre dağılımı-1998 .....	76
Tablo 12 Kişi başına sağlık giderleri-2002 .....	77
Tablo 13 Toplam sağlık giderleri-1998 .....	80
Tablo 14 Sağlık giderlerinin TUG (GSMH) içindeki payı-1998 .....	80
Tablo 15 Toplam sağlık giderlerinin finansman kaynakları-1998 .....	80
Tablo 16 Kamu sağlık giderlerinin finansman kaynakları-1998 .....	81
Tablo 17 Sağlık giderlerinin kamu-özel dağılımı (1980-1998) .....	82
Tablo 18 Sağlık giderleri nereden geliyor-nereye gidiyor? (1980-1998) .....	83
Tablo 19 Yıllara göre Sağlık Bakanlığı giderlerinin dağılımı (%) (1980-1998) .....	86
Tablo 20 Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin döner sermaye gelir kaynakları .....	87
Tablo 21 Seçilmiş kimi ülkelerde kamu sağlık giderleri / toplam sağlık giderleri (%) .....	88
Tablo 22 Seçilmiş kimi OECD ülkelerinde Özel sağlık sigortaları / Toplam sağlık giderleri (%) .....	89
Tablo 23 Kimi ülkelerde yıllara göre bebek ölüm hızı (‰) .....	90

Tablo 24	Kimi ülkelerde yıllara göre 5 yaş altı çocuk ölüm hızı (%) .....	91
Tablo 25	Seçilmiş kimi ülkelerde yıllara göre doğuşta beklenen yaşam süresi .....	91
Tablo 26	Temel Güvence Paketinin içeriği .....	97
Tablo 27	Sigorta kaydından sonra sağlık yardımlarından yararlanmaya başlama süresi .....	97
Tablo 28	Prim ödemekle yükümlü kişi sayısı-2001 .....	97
Tablo 29	Özel ve sosyal sağlık sigortasının ideolojik ve ekonomik önermeleri .....	120

## Şekiller Dizini

## Sayfa

Şekil 1	Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması .....	8
Şekil 2	Sağlık sigortalarında hasar değerlendirme süreci .....	68
Şekil 3	Kurumların kişi başına sağlık giderlerinin indeks temelinde karşılaştırılması-2002 .....	77
Şekil 4	Kişi başına sağlık giderlerinin yıllar içinde değişimi .....	81
Şekil 5	Sağlık Bakanlığı giderleri içinde döner sermaye paylarının yıllara göre % dağılımı .....	85
Şekil 6	Özel sağlık sigortası şirketlerinin prim gelirlerinin yıllar içinde gidişi .....	88
Şekil 7	Seçilmiş kimi OECD ülkelerinde kamu sağlık giderleri / GSYİH (%) .....	89
Şekil 8	Seçilmiş kimi OECD ülkelerinde kişi başına sağlık giderlerinin yıllar içinde değişimi .....	89
Şekil 9	Bağımsızlığını yeni kazanan ülkeler ve Güneydoğu Avrupa ülkelerinde yıllara göre yaşam beklentisi değişimleri .....	92
Şekil 10	Hastaneler özelleştirilirse / işletme durumuna getirilirse ne olur? .....	110

## ÖZGEÇMİŞ

Dr. Burcu TOKUÇ 1967 yılında Çamardı / NİĞDE'de doğdu.

Orta öğrenimini Konya Anadolu Lisesi'nde tamamladıktan sonra 1985-986 döneminde Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yüksek öğrenimine başladı.

1991 yılında bu okuldan tıp doktoru olarak mezun oldu.

Zorunlu hizmetini 1 yıl Giresun Merkez Doğumevi ve Çocuk Hastanesinde yaptıktan sonra, 1992 yılında Ankara-Etimesgut Merkez Sağlık Ocağı'na atandı.

Burada 3 yıl Sağlık Ocağı Hekimi olarak çalıştı.

1995 yılında Ankara Eryaman 1 No'lu Sağlık Ocağı'na atandı ve 3 yıl Sağlık Ocağı Sorumlu Hekimi (Başhekim) olarak görev yaptı.

1998 yılında Ankara Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şube Müdürlüğü'nde görevlendirildi. Burada 1 yıl çalıştıktan sonra Edirne-Süloğlu Sağlık Grup Başkanlığı'na atandı ve 8 ay görev yaptı.

1996-1999 yıllarında Lider Plastik Sanayi A.Ş. ve SUTEK İnşaat A.Ş. Eryaman Şantiyesinde İşyeri Hekimi olarak çalıştı.

1999-2000 Öğretim Yılı Güz Döneminde Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda Doktora sınavını kazandı ve 18.06.2000'de Araştırma Görevlisi olarak doktora eğitimine başladı. Halen Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda çalışmaktadır.

Dr. Burcu TOKUÇ evli ve bir çocuk annesidir.

Saygılarımla. 17.04.04, Edirne

- *Yayınlar izleyen sayfadır..*