

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

**TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTALARININ SAĞLIK
SİGORTACILIĞINA ve SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ:
TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

MEHMET CİHANGİROĞLU

İSTANBUL, 2019

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
BANKACILIK VE SİGORTACILIK ENSTİTÜSÜ
SİGORTACILIK ANABİLİM DALI

**TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTALARININ SAĞLIK
SİGORTACILIĞINA ve SAĞLIK SİSTEMİNE ETKİLERİ:
TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

Yüksek Lisans Tezi

MEHMET CİHANGİROĞLU

Danışman: DR. ÖĞR. ÜYESİ NECLA TUNAY

İSTANBUL, 2019



T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Müdürlüğü



Sıfır Atık Proje Ortağı

Aşağıda belirtilen lisansüstü tez, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği hükümlerinde belirtilen esaslar çerçevesinde jüri önünde savunulmuş ve jüri tarafından başarılı bulunmuştur.

TEZ BAŞLIĞI : Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarının Sağlık Sigortacılığına ve Sağlık Sistemine Etkileri: Türkiye Örneği

TÜRÜ : Yüksek Lisans

TEZİ HAZIRLAYAN : Mehmet CİHANGİROĞLU

ANABİLİM DALI : Sigortacılık

SAVUNMA TARİHİ : 16.07.2019

JÜRİ ÜYELERİ

GÖREVİ

ADI SOYADI

İmza

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Necla TUNAY

Üye

Doç.Dr.Özgür AKPINAR

Üye

Dr.Öğr.Üyesi Hakan ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
GİRİŞ.....	1

I. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı	4
1.2. Sağlık Sistemi	6
1.2.1. Sağlık Siteminin Tarafları	7
1.2.2. Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi	7
1.2.3. Sağlık Sistemlerinde Devletin Etkisi.....	9
1.3. Sağlık Ekonomisi	11
1.4. Sağlık Yönetim Modelleri	12
1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri	13
1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	14
1.4.3. Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleri.....	17
1.5. Sigorta Kavramı.....	17
1.5.1. Sigortanın Temel Kavramları	18
1.5.1.1. Risk Kavramı	19
1.5.1.2. Sigortalanabilir Riskin Özellikleri	22
1.6. Sigorta Arz ve Talebi	22

II. BÖLÜM

FINANSMAN KAYNAKLARI AÇISINDAN SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Sosyal Güvenlik Anlayışı.....	25
2.2. Sosyal Güvenliğin Finansmanı.....	26
2.3. Sağlık Finansmanı.....	29
2.3.1. Sağlık Finansman Çeşitleri.....	31
2.3.2. Sağlık Finansman Yöntemlerinin Amacı.....	34
2.3.3. Maliyetler Nedeniyle Sağlık Hizmeti Finansmanın Önemi.....	36
2.3.4. Finansmanın Sürdürülebilirliği.....	38
2.3.5. Finansmanda Kamu ve Özel Sektörün Etkisi.....	40
2.4. Sağlık Finansman Yöntemleri ve Dünya Uygulamalarından Örnekler.....	42
2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri.....	42
2.4.1.1. Medicare.....	43
2.4.1.2. Medicaid.....	44
2.4.2. Almanya (Bismarck Modeli).....	47
2.4.3. İngiltere (Beveridge Modeli).....	53
2.4.4. Fransa.....	58
2.4.5. Hollanda.....	62
2.4.6. Türkiye.....	65
2.4.6.1. Genel Sağlık Sigortası Öncesi.....	65
2.4.6.2. Genel Sağlık Sigortası ve İşleyiş.....	71

III. BÖLÜM

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI VE TÜRKİYE İÇİN BU

MODELE OLAN GEREKSİNİM

3.1. Özel Sağlık Sigortalarına Olan Eğilimin Nedenleri.....	81
3.2. Özel Sağlık Sigortaları.....	88
3.2.1. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Gelişimi.....	91
3.2.2. Özel Sağlık Sigortaları Teminat Yapısı.....	93
3.2.3. Grup ve Ferdi Poliçeler.....	95
3.2.4. Özel Sağlık Sigortalarında Fiyatlandırma.....	98
3.2.4.1. Özel Sağlık Sigortalarında ÖBYG ve Gereksinimi.....	102

3.2.4.2. Türk Tabipler Birliği Tarifesi ve İşleyişı	104
3.3. İkame Edici Sağlık Sigortaları.....	106
3.4. Destekleyici Sağlık Sigortaları	106
3.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları	108
3.5.1. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve İşleyişı	111
3.5.2. SGK ve Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Ortak Tazminat Yönetim Sistemi: MEDULA.....	117
3.5.3. Sağlık Hizmet Sunucuları Açısından Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	119
3.5.4. Sigorta Şirketleri Açısından Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	125
3.5.5. Sağlık Finansmanına Katkıları Açısından Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları ve Sistem Üzerinde Yarattığı Kaygılar	132
IV. BÖLÜM: DEĞERLENDİRME ve SONUÇ.....	136
KAYNAKÇA	144

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1: On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Son 12 Ay İçerisinde Koruyucu Hizmetlerden Faydalanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı, (%), 2016.....	14
Tablo 2: Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2016, Tüm Sektörler.....	16
Tablo 3: İki Temel Finansman Modeli.....	33
Tablo 4: Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemlerine Göre Olumlu ve Olumsuz Değerlendirmeler	76
Tablo 5: Genel Sağlık Sigortası Kapsamı ve Finansmana Katılım Oranları.....	77
Tablo 6: Özel ve Sosyal Sigorta Arasındaki Farklılıklar	87
Tablo 7: Özel Sağlık Sigortası Grup ve Ferdi Sigortalı Sayısı (2018).....	97
Tablo 8: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Grup ve Ferdi Sigortalı Sayısı (2018).....	97
Tablo 9: Tüketici Fiyat Endeks Rakamları Bir Önceki Yılın Aralık Ayına Göre Değişim (%).....	104
Tablo 10: Şehir ve Yıllara Göre TTB Katsayıları ve Artış Oranları (%).....	105
Tablo 11: MEDULA Hastane Müracaat Sayısı (Bin Adet)	119
Tablo 12: Üniversite Hastanelerinin Finansal Yapısı (2007-2015) (Milyon TL)	123
Tablo 13: Hastalık/Sağlık Branşı Yıllar İtibarıyla T/P Oranları (2012-2017)	129
Tablo 14: Yıllara Göre Hastalık/Sağlık Branşı Prim Üretimi, Değişimler ve Yüzde Payları (Milyon TL)	130
Tablo 15: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Etkisi ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Milyon TL).....	132

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları ve Fon Akımı	32
Şekil 2: Maliyet Türleri Tablosu	38
Şekil 3: SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un Gelir-Gider ve Açıkları 1975-2006	69
Şekil 4: Sağlık Sektöründe Detaylı Bir Finansal Akış Modeli.....	85
Şekil 5: Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Sayıları.....	93
Şekil 6: Özel Sağlık Sigortasında Müşteri Memnuniyetini Arttıran Temel Faktörler...	95
Şekil 7: Sağlık Hizmetlerinde Tedarik Zinciri Yapısı	121
Şekil 8: Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı 2011 (veya en yakın yıl)...	126
Şekil 9: Finansman Türüne Göre Sağlık Harcaması 2011 (veya en yakın yıl)	127

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
ÖSS	: Özel Sağlık Sigortası
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBGM	: Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TSB	: Türkiye Sigorta Birliği
TSS	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜFE	: Tüketici Fiyat Endeksi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Maliyet endişesi gözetmeksizin, evrensel bir hak olarak kişilere sunulan sağlık hizmeti alma hakkı, kişilerin ve nihayetinde toplumların geleceği konusunda büyük bir öneme sahiptir. Bu hakkın kişilere kamu sağlık hizmetleri aracılığı ile sunuluyor olmasında, kamunun çeşitli finansman yöntemleri ile tahsil ettiği gelirler etkili olmaktadır. Ülkelerin ekonomik, sosyokültürel ve demografik etkenler gibi yapıları gözetilerek, farklı yöntemlerle sağlık finansmanı sağladığı görülmektedir.

Teknolojik gelişmeler neticesinde, sağlık hizmetleri sunumu kolaylaşmış buna karşın maliyet artışları ortaya çıkmıştır. İlaç ar-ge çalışmaları için yapılan harcamalar, gelişen modern teşhis ve tedavi yöntemleri, tıbbi ve sarf malzeme fiyatlarının ülkeler arası döviz kur dengelerinden etkilenmesi gibi faktörlerin maliyet artışına yol açtığı gözlenmiştir.

Sağlık hizmet sunumunun maliyet artışlarında yaşanan gelişmeler karşısında elde edilen gelirlerin niceliği, sağlık hizmet sunumunda sürekliliğin sağlanmasına yönelik kaygıları beraberinde getirmektedir. Bu kaygıların giderilmesi için alternatif finansman kaynakları arayışına girilmiş olup kamu sağlık finansmanı ve sunumuna ek olarak, özel sağlık finansmanı ve sunumu devreye sokulmuştur. Sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektörün yer almaya başlaması ile özel sağlık sigortacılığının da doğuşu ve gelişimi hız kazanmıştır.

Kamu kaynakları ile ancak belirli bir düzeyde ve kapsamda sağlık hizmet sunumu sağlanabilirken, özel sağlık hizmeti sunucularının kişilere daha rahat ve daha hızlı erişim olanakları sağlaması gibi birçok etken nedeniyle, özel sağlık hizmetlerine olan eğilim artmış, bu durumun sonucu olarak, sağlık hizmetleri maliyetlerinde de artışlar yaşanmaya başlanmıştır.

Dünya ülkelerinde temel hedef, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH) içerisinde sağlık hizmetlerine ayrılan payın ve kişi başına düşen sağlık harcamalarının belirli bir düzeyde olmasını sağlamaktır. Ancak bununla birlikte ortalamaların üzerinde seyreden

sağlık harcamalarının, GSYİH içerisinde kapladığı alanın giderek artması, ülke kaynaklarının ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanına ayrılmasına sebep olacağından, bu durum ekonomilerin sağlık harcamalarından daha az büyüdüğüne ve kaynakların kötü kullanıldığının göstergesi olarak, kabul edilebilir olmaktan uzaktır.

Ülkeler sahip olduğu kaynakları, sağlık hizmetlerinin sunumu için eşit ve erişilebilir bir şekilde vatandaşlarına ulaştırmakla sorumludur. Kamunun gücü ile sağlanabildiği gibi özel sektör aracılığı ile de bu durumu tesis etmek olasıdır.

Türkiye’de kamunun sağlamış olduğu sağlık hizmet güvencesinin sınırları, birçok dünya ülkesine kıyasla daha kapsamlı olmasına rağmen özellikle Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü’ne (OECD) üye ülkeler ile karşılaştırıldığında, ülkemiz düşük düzeyde sağlık harcama göstergelerine sahiptir. Genel sağlık sigortası (GSS) sistemine geçiş ile birlikte toplumun neredeyse tamamı, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) listelerine göre oluşturulan temel teminat paketleri ile sağlık hizmetleri kapsamına alınmıştır. Genel sağlık sigortası ile kamu ve üniversite hastanelerine ek olarak, özel sağlık hizmet sunucularında da devletin belirli oranlarda katılımı söz konusu olmuştur. Beraberinde, devletin katılım gösterdiği sağlık giderlerinin üzerindeki kısımlar için sigortalıların cepten harcama yapmasının önüne geçmek amacıyla alternatif finansman kaynağı olarak tamamlayıcı sağlık sigortaları (TSS) doğmuştur.

Ülkemiz sağlık hizmet sektörü ve sağlık sigorta sektörü ele alındığında, tamamlayıcı sağlık sigortalarına olan yaklaşım, henüz üzerinden yeterli tecrübe sağlayacak kadar süre geçmediği için tam olarak belirlenebilmiş değildir. Ancak belirli çizgiler ile incelendiğinde, sağlık hizmet sunucuları, kamunun sağlık maliyetlerine katıldığı tutarları ve kamunun belirlediği sigortalıdan alınabilecek azami tutarları yetersiz görmekte olup tamamlayıcı sağlık sigortalarını maliyetlere katılım açısından olumlu bulmaktadır. Sigorta şirketleri ise, özel sağlık sigortasına sahip sigortalılar dışında kalan ve özel sağlık sigortası alması güç olan kişiler için sağlık sigortalarının tabana yayılması konusunda daha geniş kitlelere erişebilmek amacı ile tamamlayıcı sağlık sigortalarına sıcak bakmaktadır.

Genel sağlık sigortasının ülkemizde uygulanmaya başlanması ile birlikte tamamlayıcı sağlık sigortası da kendisine uygulama alanı bulmuştur. Kamunun GSS aracılığı ile özel sağlık hizmet sunumunu finanse etmesi beraberinde TSS ile ek sağlık maliyetlerinin tamamlanması ihtiyacını doğurmuştur. Bu durumun sonucu olarak, tamamlayıcı sağlık sigortası genel sağlık sigortası ile bağlantılı bir işleyiş sergilemekte ve özel sağlık hizmet sunucuları ile özel sağlık sigorta şirketlerini, kamu sağlık finansmanı ve kamu sağlık hizmet sunumu ile birlikte yürütülen bir sistemde birleştirmektedir.

Çalışmamız  bölümden oluşmakta olup birinci bölümde sağlık ve sigortacılık alanlarına yönelik kavramsal ve kuramsal çerçevede değerlendirme ve açıklamalar yapılarak sağlık ve sigortacılık hizmetlerine yönelik arz ve talep oluşumu anlatılmış ve sağlık sigortacılığına girişin temelleri anlatılacaktır.

İkinci bölümde, sosyal güvenlik anlayışının getirmiş olduğu sağlık sigortacılığı yaklaşımı ve dünyadaki sağlık finansman sistemleri incelenerek, farklı sistemleri etkili bir şekilde uygulayan ülkeler çalışmada rneklendirilecektir. Daha sonra Türkiye’de uygulamaya konan genel sağlık sigortası öncesi ve sonrası döneme yönelik işleyiş hakkında bilgi verilerek, Türkiye’deki kamu sağlık sigortacılığı anlatılacaktır.

nc bölümde ise özel sağlık sigortalarına olan eğilimden bahsedilerek, ülkemizde özel sağlık sigortacılığının gelişimi ve içeriği üzerinde durulacak ve özel sağlık sigorta türleri olan, ikame edici sağlık sigortaları, destekleyici sağlık sigortaları ve son olarak tamamlayıcı sağlık sigortaları anlatılmaya çalışılacaktır. Ayrıca bu bölümde tamamlayıcı sağlık sigortaları, sağlık hizmet sunucuları ve sağlık sigorta şirketleri açısından değerlendirilerek, tamamlayıcı sağlık sigortalarına olan gereksinim ve bunun sonucunda ortaya çıkan katkı ve kaygılar anlatılacaktır.

I. BÖLÜM

KAVRAMSAL VE KURAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık, bireyin kendisi ve çevresi için yaşamını kolaylaştırıp hayatın sürdürülebilirliğine katkı sağlayan fonksiyonların başında gelmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü anayasasında sağlık; “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruha ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” şeklinde tanımlanmıştır. Bu tanıma göre, beden ve ruh ilişkisi içerisinde sağlık genel olarak bilinen tarafla ifade edilmiştir. “Sosyal yönden tam iyilik hali” sağlık üzerindeki etkisi itibarıyla bilinmeyen bir olgudur. Bu kavram sağlık faktörünün bireye olan etkisi dışında, bireyin yakın ve uzak çevresiyle olan ilişkilerini de içermektedir. Kişilerin çevresiyle olan etkileşiminin sağlıklı olmasının, bireyin sağlığına dolaylı etkileri bulunmaktadır.¹ Bu nedenlerle, bireyin sosyoekonomik ve kültürel açıdan, iyilik haline sahip olma isteği kişinin en doğal hakkıdır.

Sağlık, vücutta yer alan her bir hücrenin görevini birbirleriyle uyum içerisinde yaptığı durumunda biyolojik açıdan, bireyin çevresi ile olan iletişim düzeyi itibarıyla psikolojik açıdan, sosyal sorumluluk ve görevlerin uygulanma şekli ve düzeyi itibarıyla ise sosyolojik açıdan yeterlilik düzeyi ile ele alınmıştır. Bu durumların olumsuz veya yetersiz olması hastalık olarak ifade edilmiştir.²

¹ Nusret FİŞEK, “Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları”, **Modern Yönetim Semineri**, Türk-İş Yayınları, No:144, 1982, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#top, (24.06.2018)

² Emel BAŞOL ve Abdulkadir IŞIK, “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler”, **International Anatolia Academic Online Journal, Social Science**, Cilt:2, Sayı:2, 2015, s.3

Sağlık kavramı çeşitli açılardan ifade edilebilmektedir fakat sağlık sisteminin, nitelikli ve yeterli olmasını sağlayabilmek için belirli özelliklere sahip olması gerekmektedir. Bu özellikleri şu şekilde sıralayabiliriz;³

- Kişilerin ekonomik ve sosyal seviyelerini değerlendirerek, tüm topluma hitap etmelidir.
- Kişilere en geniş ve en uygun tedavi hizmetini teknolojik gelişmeler ışığında sunabilmelidir.
- Tedavi edici aşamalara gelmeden önce, kişilere koruyucu hizmetleri en iyi şekilde ulaştırmalı ve kişileri bilgilendirmelidir.
- Tedavi edici hizmetleri uygulayan sağlık personelleri nicelik ve nitelik olarak yeterli olmak durumundadır.
- Sağlık personelleri performans ve donanımlarına göre ücrete tabi olmalıdırlar. Bu durum sürekli gelişen tıp biliminde, sağlık personelinin gelişimi adına teşvik edici bir yöntem olacaktır.
- Sağlık sistemi, istikrarlı biçimde finansal olarak beslenmeli ve en kaliteli hizmetler en uygun maliyetlerle sunulmalıdır.

Yukarıda belirtilen nitelikler sayesinde, bireyin önleyici ve koruyucu sağlık hizmetine ulaşmasının yanı sıra, tedavi edici sağlık hizmetleri ile birlikte iyilik haline kavuşması kolaylaşacaktır. Bu durum, bireyin hızlı bir şekilde üretken toplumda yerini almasına büyük katkı sağlar.

Bu devamlılığın sağlanabilmesi içinde devletlerin müdahalesi önem arz etmektedir. Devletlerin ekonomik rollerinin yanı sıra, hizmet sağlayıcı olarak sağlık sistemlerinde farklı görevleri vardır. Temel olarak, kişilerin sağlıklarının korunmasında önleyici sağlık hizmetlerini sunmak ve kişinin hastalanması sonucunda ise sağlığına kavuşmasını esas alan tedavi edici hizmetleri sunmak devletin görevidir. Kişiler devlet

³ A. Kemal ÇELEBİ ve Serkan CURA, “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, **Maliye Dergisi**, Sayı 164, Ocak-Haziran 2013, s.49

tarafından sunulan sağlık hizmetlerine talep ettiği en uygun düzeyde ve adil bir şekilde ulaşabilmelidir.⁴

1.2. Sağlık Sistemi

Sağlık sistemleri ülkelerin ekonomik yapılarına ve sosyokültürel anlayışlarına göre çeşitlilik göstermektedir. Bu çeşitliliği oluşturan etmenler, ülkelerin mevcut sağlık göstergelerinden faydalanılarak açığa çıkarılan ihtiyaçlar ve mevcut sistemin, alınan fayda karşısında tüketilen kaynakları ne ölçüde karşıladığı ile ilgilidir. Sağlık göstergeleri sayesinde, sağlık hizmetlerini çeşitli yollarla sunan sistemlerin özgünlüğü ve işleyişi hakkında değerlendirme yapılabilmekte ve bu doğrultuda eylem planlarının oluşturulması sağlanmaktadır.⁵

Planlanan ve uygulamaya konan süreçlerin sağlık verilerini iyileştirmesi için elde ki kaynakların, verileri destekleyecek ve sürdürülebilirliği sağlayacak güçte bir sağlık sistemi ile yönetilmesi gerekmektedir. Kısacası sağlık göstergeleri sağlık sistemlerinin sonuçlarını içermektedir.

Başol ve Işık'a göre ideal sağlık sistemi; "erişilebilir, kaliteli, iyi finanse edilmiş, etkin ve verimli, sürdürülebilir ve iyi sunulabilir olmalıdır." Ülkelerin mevcut koşullarını gözetererek tasarlamış oldukları sağlık sistemleri, eriştiği her kişiyi eşit düzeyde kapsamalı, sağlık finansmanında ise bireylerin sağlık hizmetinin maliyetlerini karşılama güçlerini dikkate alarak ödeme yapmalıdır.⁶

Sağlık hizmetlerinin sunumu sonucunda, sağlık harcamalarını oluşturan gider kalemlerini saptamak, sağlık hizmeti sunan tarafın karar verme yetkisinde olduğundan dolayı, sağlık hizmetlerinde girdi ve çıktı ilişkisini belirlemek güçtür. Devletler bu durumun kötüye kullanımını engellemek ve oluşan sağlık maliyetlerini kontrol altında tutabilmek için müdahaleci bir yaklaşım sergilemektedirler. Ayrıca ülkelerin gelişmişlik seviyesini belirlemede sağlık sorunlarına karşı önlem amaçlı gerçekleştirilen yatırım

⁴ Gürkan DUYUK, "Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması", (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ, 2015), s.15

⁵ Cuma SONĞUR, "Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi", *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:6, Sayı:1, Mart 2016, s.201

⁶ BAŞOL ve IŞIK, *a.g.m.*, s.21

faaliyetleri, maliyetler her geçen gün artış gösterdiğinden daha da önemli bir hal almaktadır.⁷

1.2.1. Sağlık Sisteminin Tarafları

Sağlık sistemi içerisinde yer alan kurum ve kuruluşların çeşitli amaçları bulunmaktadır. Sistemin düzenlenmesi ve kontrolü kamu tarafından yönetilmekte olup, sistemin finansmanında farklı yöntemler uygulanmaktadır.

Bu uygulamalar, kamunun vergiler ya da prim toplama yöntemi olarak finansmana katılması ile sağlanabildiği gibi, özel girişim olarak ifade edeceğimiz sigorta şirketleri aracılığı ile de yönetilebilmektedir. Ayrıca finansman dışında hizmet sağlayıcı olarak birçok dış etkenden söz edebiliriz. İleri de detayları ile değineceğimiz tarafları, başta insan olmak üzere, kamu, sigorta şirketleri, hastaneler, ilaç firmaları, eczaneler, tıbbi malzeme üreticileri ve teknolojik sağlık cihaz üreticileri olarak sıralamak mümkündür.

Daha özel ifade edecek olursak, sigortalı olsun veya olmasın insan bu sistemin ana karakteri iken devlet sağlık sistemini oluşturan ve yöneten yapıya sahip olan taraftır. Bu işleyişte kamu ya da özel hastaneler hizmet sağlayıcısı olan taraftır. Sigorta şirketleri ise hizmet sağlayıcı özel hastaneler ile belirli anlaşmalar yaparak, sigortalı bireyden almış olduğu prim karşılığında, sağlanan sağlık hizmetini finanse eden kuruluşlardır. Bu kurumların da doğrudan ya da dolaylı olarak hizmetler aldığı organizasyonlar bulunmaktadır.

Sağlık sisteminin tarafları olarak ifade ettiğimiz, sağlık sektörünü oluşturan kurum ve kuruluşlar, hizmet sağlayıcılar, ortak payda da hareket ederek, kâr amacı taşımanın dışında toplum sağlığının korunması ve iyileştirilmesi amacını taşımalıdır.

1.2.2. Sağlık Hizmetleri Arz ve Talebi

Sağlık hizmetlerinde arzı yaratan tarafı ağırlıklı olarak hastaneler, bu arza karşı talepte bulunan kişileri ise hastalar olarak ifade edersek, sağlık hizmetleri pazarında arz

⁷ Canser BOZ ve Emrah ÖNDER, "OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi", *Sosyal Güvence Dergisi*, Sayı:11, Yıl:6, s.26-29

talep dengesini belirleyici etken hastanelerin tavır ve tutumlarıdır. Ancak arzın oluşmasına yalnızca hastaneler sebep değildir. Daha önce de ifade ettiğimiz tıbbi malzeme üreticileri ve ilaç firmaları gibi hizmet sağlayıcıları da önemli bir yere sahiptir. Tüm bu unsurları arzı yaratan gruba alırsak, talep yaratan grup olarak, hastaları ve hastalara finansal kaynak sağlayan kamu ya da özel sigorta sistemini göstermemiz gerekir.⁸

İnsanlar sağlıkları söz konusu olduğunda en etkili tedaviyi en hızlı ve en uygun yöntemlerle almak isterler. Uygulanacak tedavi konusunda, alanında uzman kişilerden bilgi alarak, iyileşme sürecini bu kişilerin kararlarına bırakırken, çok farklı seçeneklerinin olmadığını farkındadırlar. Çünkü sağlık hizmeti ikamesi olmayan, arzı ve fiyatı hizmet sağlayıcısı gözetiminde ortaya çıkan bir kavramdır.⁹

Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin talebinde sağlık maliyetlerinin karşılanma yöntemleri en büyük etkindir. Sağlık finansmanının sağlanmasına yönelik uygulamalar, sunulan sağlık hizmetlerinin kapsama alanları ve kişilerin almış oldukları sağlık hizmetleri sonucunda maliyete katılım düzeyleri sağlık taleplerinin oluşumu etkilemektedir.¹⁰

Sağlık hizmetleri finansmanları için kullanılan yöntemler, devletlerin vatandaşlarından toplamış olduğu vergiler ile ya da prim toplama yöntemi ile uygulanabildiği gibi kişilerin özel sağlık sigortaları aracılığı ile ya da cepten karşıladıkları maliyetler ile de uygulanabilmektedir. Tüm bu durumlar sağlık hizmetlerine olan talepler konusunda hizmetin gerekliliğine yön vermektedir. Kişiler sağlık maliyetlerinin karşılanma aşamasında katılım göstermeleri halinde daha önlem alıcı yaklaşım içinde bulunmaktadır.

⁸ Ayşe KARACA, “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama”, (**Yüksek Lisans Tezi**, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Denizli 2006), s.5

⁹ Gökhan TUNA, “Genel Sağlık Sigortası Primini Basamaklandırmanın Aktüeryal Denge Üzerine Etkisi”, (**Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi**, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Haziran, 2009), s.7-8

¹⁰ Zafer ÇALIŞKAN, “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt:26, Sayı:2, 2008, s.35

1.2.3. Sağlık Sistemlerinde Devletin Etkisi

Devletler sağlık hizmetlerinde etki alanlarını belirlemek mecburiyetindedir. Aksi durumunda, sağlık piyasasında yer alan aktörler ve kişilerin gelirleri alınan sağlık hizmetini belirleyen faktör olacaktır. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri dikkate alındığında ise kişilerin gelirleri ile bu hizmetleri karşılamaya yeltenmeleri, kişilerin yoksullaşmasına ve sosyal birlikteliğin bozulmasına sebep olacaktır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin vatandaşa erişimi konusu, refah devletlerinde önem arz etmektedir. Ancak demografik yapılar ve finansal yetersizlikler nedeniyle hükümetler sağlık maliyetlerini azaltabilmek için teminat kısıtlamalarına yönelmektedir.¹¹

Sosyal güvenlik sistemlerinin sağlık hizmetleri kanalını finanse etmesinde bazı zorluklar ortaya çıkmaktadır. Her ülkenin sağlığın finansmanında uygulamış olduğu ekonomik politikalar farklılık gösterse dahi devletlerin esas sorunları arasında; demografik etkenler, sağlık hizmetlerini içeren temel teminat paketlerindeki maliyetler, sisteme destek amaçlı alınan primlerin yetersizliği veya tahsilatında yaşanan sorunlar, prim tahsilatında yer almayan kayıt dışı çalışanlar ve tasarruf yaratabilmek için yapılan politik etkenler bulunmaktadır.¹²

Bu sorunlar ile beraber ülke tasarruflarının yeterli düzeyde olmaması, mevcut varlıkların enflasyon karşısında erimesi ve her kesimden prim tahsilâtının yapılamaması da sağlık sisteminin finansmanını etkilemektedir.

Sağlık harcamalarının farklı ülkelerde GSYİH içerisindeki payı, sağlık hizmetinin kalitesi, kapsadığı alan, talep düzeyi ve fiyatlardaki farklılık gözetildiğinde değişiklik içermektedir. Bu paya cepten yapılan harcamalar ile birlikte özel ve kamu harcamaları da dâhildir. Sağlık harcamaları ülkelerin gelişmişlik düzeyleri hakkın da bilgi sağlayan temel göstergelerin başında geldiğinden dolayı ülkeler sağlık harcamalarını iyi yönetmek ve devletin kontrolünde bir sistem kurulumak zorundadırlar.

¹¹ Orhan KOÇAK “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **İşGüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt 13, Sayı 4, Ekim, 2011, s.65

¹² Berna BALCI İZGİ, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Gelişmeler”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı: 16, Ocak, 2008, s.104

Sağlık hizmetlerinde uzun süreli tedavilerin maliyet yükü önemli yer kaplamaktadır. Bu maliyetin getirmiş olduğu yükümlülüklerin toplam harcamalar içerisindeki payında da artışlar meydana gelmektedir. Bu artışların etkisini bireyden alıp devlete yansıtmak gerekliliği OECD ülkelerince tespit edilmiştir. Kamu sağlık harcamalarını ortalama olarak GSYİH'nin %2'si kadar arttırmak amacıyla OECD ülkeleri tarafından 2005 ve 2050 yıllarını kapsayan simülasyonlar hazırlanmıştır. Aynı zamanda bu artışlar refah devletlerinin finansal yapılanmalarında da temel sorunlara neden olmaktadır. Sağlık giderek artan maliyetleri, ülkelerin demografik niteliklerinin değişmesi ve evrensel ekonomik etkileşimlerden kaynaklı tedarik edilen teknolojik ekipmanlar, devlet tasarruflarını eritmekte ve sistem üzerinde artan bir yük olarak, sistem sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir.¹³ Tüm bu baskıları en aza indirmek için ise bireylere optimal koşullarda sağlık hizmetini sunarken, sağlık sisteminde oluşabilecek aksaklıkların önüne geçmek ve sağlık sistemini bu doğrultuda kurgulamak için tüm kurumlar arası gerekli koordinasyonu sağlamak gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinde kamunun düzenleyici ve denetleyici olmasının gerekliliğini, sağlık sorunlarının belirsizliği, kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi saklama eğilimi, kişilerin sorumsuz davranışlarda bulunmaları gibi bireysel faktörler etkilenmektedir. Bunların dışında ise ülkelerin ekonomik düzenleri içerisinde yaşanan belirsizlikler, beklenmedik enflasyon ve kur artışları gibi dışsallıkların sağlık maliyetlerine etkisi, hizmet sunucuların gereğinden fazla maliyet yaratıcı talepler ile sistemi etkilemesi gibi faktörler tetiklemektedir.¹⁴

Tüm bu nedenlerden dolayı devlet, hem finansman aşamasında hem de sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesi konularında öncülük edebilecek en güçlü yapıdır. Sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kapsama alanlarının gün geçtikçe genişletilmesi konuları bu hizmetlerin ancak kontrollü bir biçimde yönetiliyor olmasıyla mümkündür.

¹³ KOÇAK, a.g.m., s.68

¹⁴ ÇALIŞKAN, a.g.m., s.40-45

1.3. Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, birey ve toplumun sağlıklarının korunmasında, önceden belirlenmiş yasa ve ilkeler çerçevesinde hareket eden, farklı sektörlerden sağlık hizmeti sunan kuruluşların bir araya gelmesi ile oluşan, hukuk, finans ve sağlık kavramlarını içerisine alan iktisat biliminin alt bir dalıdır. Sağlık ekonomisi birçok faaliyet yapısını yönetsel olarak organize etmekte ve barındırmaktadır.¹⁵

Gelişen teknoloji ile birlikte sağlık alanındaki buluşlar, insan ömrünü uzattığı gibi her geçen gün sağlık harcamalarında da ciddi artışlar meydana getirmektedir. Sağlık sisteminin etkin bir şekilde devamlılığını sürdürebilmesi için her ülkenin uygulamakta olduğu yöntemler farklılık gösterse de sağlık harcamalarında meydana gelen artışa, teknoloji ile paralel olarak yenilikçi yaklaşımlar getirmek gereklidir.

Bu yaklaşımlar sağlık sisteminde aksaklığa yol açmadan istikrarlı ve sağlık için ayrılan bütçe açıklarını asgari düzeyde sürdürebilecek potansiyelde olmalıdır. Ayrıca sağlık hizmetleri için ayrılan finansal kaynaklar, ülkelerin ekonomik büyüme oranlarını da doğrudan etkilemektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinde uygulamaların, ülkenin her bir vatandaşına ulaşacak düzeyde kapsayıcı bir niteliğe sahip olması, sağlık sisteminin devamlılığı, geliştirilmesi ve sağlık risklerinin en aza indirilebilmesi için bireylerin sorumluluğunun yanı sıra devlet ve özel sektör iş birliği gerekmektedir.

Teknoloji alanında gerçekleşen yenileşim faaliyetleri, akademik bilgiye sahip üniversitelerin araştırma ve geliştirme çalışmaları üzerinden, kamu ve özel sektörü bir araya getirerek güçlü bir iletişim ağı oluşturmakta aynı zamanda sağlık ekonomisinde etkili ve devamlı büyümeyi yakalamak için yeni alanlar ve teknolojik fırsatlar yaratmaktadır.¹⁶

Sağlık ekonomisi yönetimi ile asıl hedeflenen, mevcut kaynakların nüfusun tamamını kapsayacak şekilde en uygun seviyede kullanılmasıdır. Yaşamda beklenen sürelerde meydana gelen artışlar ile birlikte, mevcut kaynakların yeterliliği daha da

¹⁵ ÇALIŞKAN, a.g.m., s.31

¹⁶ Haluk ŞENGÜN, "Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnovasyon", Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haseki Tıp Bülteni, Galenos Yayın Evi, 2016, s.196

önem kazanmış olup bu kaynakların adil bir şekilde topluma aktarılması, sağlanacak fayda sonucunda oluşacak ekonomik kayıpların iyi bir şekilde çözümlenmesi ve kaynak yaratmada farklı seçeneklerin oluşturulması konuları, sağlık ekonomisinin ne denli önemli olduğunu göstermektedir. Sağlık ekonomisinin iyi yönetiliyor olması için ise sağlık finansmanının yeterli düzeyde sağlanıyor olması gerekmektedir.¹⁷

Sağlık hizmetlerine ait harcamalarda meydana gelen artışların temelini, toplumun sosyoekonomik seviyesinde gerçekleşen iyileşmeler, uygulanan sağlık politikaları ile sağlık hizmetlerini yenileştirme ve geliştirme çabaları ile daha önce bahsetmiş olduğumuz teknolojik etmenler oluşturmaktadır. Bu artışlar, her yıl maliyetlerin üzerine katarak birikimli bir şekilde ilerlediğinden dolayı sağlık ekonomisi yönetiminin düzenlenmeleri bu doğrultuda yapılmalıdır.¹⁸

1.4. Sağlık Yönetim Modelleri

Sağlık kavramını tek başına ifade etmek yeterli olmayacağından dolayı, hastalık kavramına da değinmek gerekecektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımlamasına göre hastalık kavramı, "Hastalık, doku ve hücrelerde yapı ve fonksiyon yönünden normal olmayan değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durumdur." şeklinde tanımlanmıştır.¹⁹

Sağlık ve hastalık kavramlarının birbiriyle ilintili kavramlar olduğunu söylemek mümkündür. Bu durumda kişi sağlığının iyi yönetiliyor ve kontrol ediliyor olması, hastalık sonucu oluşabilecek olumsuzlukların önüne geçilmesinde önemli bir etkidir. Sağlığın yönetilebiliyor olması için ise hastalık öncesi koruyucu önlemler, hastalık sürecinde tedavi yöntemleri ve hastalığın giderilmesi sonucu kişinin iyilik haline kavuşturulması sonrası uygulanacak rehabilite edici tedavilerin sistematik bir biçimde işliyor olması şarttır.

¹⁷ Senar GÖK, "Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi", (Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İzmir, 2012), s.16

¹⁸ ÇALIŞKAN, a.g.m., s.30

¹⁹ Şeniz ERDEM, "Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama", (Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne, Temmuz, 2007), s.48

1.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Çağımızda, kişiler arası iletişim ve toplumsal etkileşimler daha sık bir düzeye ulaşmış durumdadır. Bireysel hastalıkların, özellikle de bulaşıcı türden hastalıkların, bu etkileşim sonucu geniş kitleleri etkileyecek düzeyde sağlık sorunları yarattığı görülmektedir.

Tedavi aşamasında ki kişileri bireysel olarak iyileştirme çabası, hem kişi hem toplum için kalıcı çözümler üretmede yetersiz kalmaktadır. Bu durumun sebebi, kişinin bulunduğu ortam ve çevresel faktörler olduğu gibi tedavi yalnızca birey üzerinde gerçekleştirildiğinden dolayı kişi sosyal ortamına döndüğünde yine aynı tehlike ile karşı karşıya kalmaktadır. Bulunulan ortamda ki diğer bireyler ile gerçekleşen etkileşim sonucunda yeni hastalıklar oluşması muhtemeldir. Bu nedenlerden dolayı kalıcı bir sağlık hizmeti sunulabilmesi için öncelikle kaynağında çözüm sağlanmalı ve koruyucu sağlık hizmetleri ön plana çıkartılmalıdır.²⁰

Koruyucu sağlık hizmetleri için öncelikle kişilerin beslenme, barınma ve kişisel ihtiyaçlarını yeterli düzeyde karşılıyor olması daha sonra olumsuz çevre koşullarının iyileştirilmesi ve de kişilerin sağlık problemlerinin erken teşhisinde bilinçli bir yaklaşım sergilemesi önem göstermektedir. Bireye ve çevreye bağlı olarak alınan koruyucu önlemler, sağlık hizmetleri yönetiminin temelini oluşturmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinin olumlu sonuçları, bireyden öte toplumu hedef aldığından dolayı, sosyal devlet anlayışı gözetilerek kamu tarafından sağlanması gereken bir hizmet olma zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır. Devletin temel hedefi bireylerin gelir düzeylerinde azalma olmaksızın toplumsal fayda gereğince hastalık ihtimalini en aza indirmek olmalıdır.²¹

²⁰ Recep AKDUR, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliği Uyum**, İkinci Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2006, s.13

²¹ ERDEM, **a.g.t.**, s.62

Tablo 1: On Beş Yaş ve Üzeri Bireylerin Son 12 Ay İçerisinde Koruyucu Hizmetlerden Faydalanma Durumunun Cinsiyete Göre Dağılımı, (%), 2016

Ölçümler	Erkek	Kadın	Toplam
Tansiyon Ölçtürme	41,1%	55,9%	48,6%
Kan Şekeri Ölçtürme	32,0%	47,2%	39,7%
Kolesterol Ölçtürme	29,4%	43,8%	36,7%
Dışkı (Gaita) İle İlgili Gizli Kan Testi	9,8%	13,0%	11,4%
Grip Aşısı Olanlar	2,9%	2,4%	2,6%
Kolonoskopi	2,2%	2,8%	2,5%

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016**, s.55.

Ülkemizde on beş yaş ve üzeri bireylerin koruyucu sağlık hizmetleri tetkiklerine ait eğilimleri tabloda belirtilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin maliyetleri, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile kıyaslandığında çok daha düşük olmakla beraber sağlık sorunlarına erken müdahale ile birlikte potansiyel iş ve beyin gücü olan insanın üretimde aksaklık yaşamamasının önüne geçilmektedir.

1.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerini uçtan uca çevreleyen bir yapıya sahip olan tedavi edici sağlık hizmetleri, basamak anlayışı ile yönetilmektedir. Yöntem kurallara bağlı bir şekilde işlemekte olup en etkili ve hızlı şekilde hizmet almaya yönelik bir tasarıma sahip olmak durumundadır.

Bu nedenle tedavi edici sağlık hizmetlerini aşağıda belirtildiği şekilde sınıflamak gerekmektedir.²²

- Hastaların kendileri veya yakınları aracılığı ile tedavi edici yöntemlere başvurması nedeniyle hazırlanan bitkisel ilaçlar veya eczane ilaçları, uygulamada ilk yer alan tedavi edici yöntemdir. Bu yöntemin uygulandığı yer tıbbi ekipman gerektirmediğinden önem teşkil etmemektedir.
- Birinci basamak sağlık hizmetleri; Hastanın tedavi amacıyla, uzman bir görüşe başvurmak için bulunduğu bölge içerisinde yer alan, toplum sağlığına hizmet eden ve genellikle kişilere ilk müdahalede bulunan,

²² Yalçın BOSTANCI, “Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”, (Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Konya, 2007), s.51-52

koruyucu, teŖhis koyucu ve ilgili tedaviyi uygulayıcı sağlık hizmetlerini veren personelleri bünyesinde çalıştıran sağlık yapılarıdır. Sağlık ocakları ve poliklinikler bu hizmet kategorisinde yer almaktadır.

- İkinci basamak sağlık hizmetleri; kişilerin hastalıklarına konulan tanılarda veya uygulanması gereken tedavi hizmetlerinde yetersiz kalınacağıın söz konusu olduğu durumlar için genellikle sevk yöntemi ile yönlendirildiği sağlık kuruluşlarını ifade etmektedir. Devlet hastaneleri ve özel hastaneler bu gruba girmektedir.
- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri; ikinci basamak sağlık kuruluşları tarafından tedavisi mümkün olmayan, ileri düzeyde tanı ve teŖhis yöntemleri gerektiren hastaların yönlendirildiği, daha nitelikli düzeyde uzmanlık isteyen, eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin sundukları hizmetlerdir.

Tablo 2: Kurum Türlerine Göre Toplam ve Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, 2016, Tüm Sektörler

Kurum	Başvuru Sayısı	Kişi Başı Başvuru Sayısı
Aile Hekimliği	205.549.931	2,6
Verem Savaş Dispanseri	1.374.153	0,1
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	525.011	
Toplum Sağlığı Merkezleri Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	8.080.631	
Özel Poliklinikler	461.013	
Birinci Basamak Toplamı	215.990.739	2,7
Özel Tıp Merkezleri	22.069.610	0,3
Hastaneler	447.648.830	5,6
* Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastaneler	340.080.539	4,3
* Üniversitelere Bağlı Hastaneler	36.420.413	0,5
* Özel Sektöre Bağlı Hastaneler	71.147.878	0,9
2. ve 3. Basamak Toplamı	469.718.440	5,9
Genel Toplam	685.709.173	8,6

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, **Haber Bülteni**, s.5.

Sağlık Bakanlığı İstatistikleri dikkate alındığında birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sayısı, toplam başvuru sayısının 31,5%'ini oluşturmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı 2,7 iken, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine başvuru sıklığı 5,9 olarak ölçülmüştür. Hastalar birinci basamak sistemi kullanmadan, doğrudan üst seviyede ki sağlık hizmetlerine yönelmektedir.

Sağlık sektöründe yer alan yetişmiş insan gücü ve tıbbi gereçler aracılığı ile yönetilen tedavi edici sağlık hizmetlerini, uygulanan yöntem itibarıyla etkili ve ekonomik açıdan en uygun maliyetle yönetmek gerektiğinden, basamak sisteminin iyi işliyor olması şarttır. Belirtilen aşamaların hakkaniyetli bir şekilde uygulanması durumunda, doğru hizmetten daha düşük maliyetlerle faydalanmak mümkün olacaktır.²³

Tedavi edici sağlık hizmetleri, sağlıkları belirli sebeplerden dolayı korunamayan kişilerin, hasta olmadan önceki sağlık durumlarına kavuşturulması amacıyla hizmet etmektedir.

²³ AKDUR, a.g.e., s.19

1.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Kişilerin geri kazanımı veya topluma sağlıklı bir birey olarak uyum içerisinde tekrardan katılabilmeleri için gerekli olan bu hizmetler, sağlık yönetim modeli olarak ifade ettiğimiz hizmetler içerisinde son aşamayı oluşturmaktadır.

Bazı hastalık veya kazaların, fiziksel ve ruhsal yönlerden getirmiş olduğu baskı ve eksikliğin, kişinin alışlagelmiş yaşamına olan etkisini önlemek, en aza indirmek ve var ise kişinin başka fertlere bağımlı halde yaşamasının önüne geçmek amacıyla sunulan sağlık hizmetlerini, rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri oluşturmaktadır.²⁴

Kaza ve hastalık söz konusu olduğu gibi doğuştan gelen sakatlıkların, kullanımı kısıtlamış olduğu uzuvlarda hareket eyleminin geliştirilmesi, engelli bireylerin toplumla olan ilişkilerinin geliştirilmesi gibi konularda da tıbbi ve sosyal iyileştirme yöntemleri sıkça tercih edilmektedir.²⁵

Fizik tedavi, rehabilitasyon ve evde bakım gibi hizmetler bu kapsamda yer almakta olup kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları aracılığı ile yönetilmektedir.

1.5. Sigorta Kavramı

Türk Ticaret Kanunu'nun Sigorta Hukuku isimli kitabına göre yapılan tanımlama sigortayı:

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

şeklinde ifade etmiştir.²⁶

²⁴ ERDEM, a.g.t., s.67

²⁵ GÖK, a.g.t., s.12

²⁶ Hilmi ACINAN, **Sigortaya Giriş**, İstanbul, Can Matbaa, 1998, s.20

Çiftçi'ye göre:

*Sigorta ekonomilere güvence, birim ve yatırım konularında katkılar sağlayan, ekonomik çöküntüleri dağıtan ve önleyen, yatırıma aktarılan fonları ile ekonomiye kaynak bulan, gelir düzeyini yükselten, rizikoyu bölen, zararı paylaştıran, ekonomik riski azaltan, ekonomi içinde üretkenliği arttıran, büyüme ve gelişmeyi destekleyen, gönüllü tasarruflarla fon oluşturan, oluşan fonları yatırıma yönlendiren ve verimli alanlara yönelten dinamik mali sektörlerdendir.*²⁷

Sigorta, gerçekleşmesi sonucunda kişinin veya kişi ile birlikte ortak menfaati bulunan bireylerin çıkarlarını olumsuz yönde etkilemesi beklenen ve gerçekleşip gerçekleşmeyeceği önceden bilinmesi mümkün olmayan durumlar için kişilerin bir araya gelmesi ile bu olumsuzluklar sonucunda yaşanan kayıplarını karşılamaktadır. Sigorta bir araya gelen topluluğun her bir bireyine güvence sağlayan, bireylerin yaşanan olumsuzluktan önceki konumlarına kavuşturulmalarını temin eden, toplumsal ve ekonomik bir sistemdir. Sigorta sistemi kayıpların bir araya gelerek karşılandığı, birikimlerin zarar eden kişilerin zararlarını karşılama yolunda kullanıldığı sosyal mekanizmadır.

Diğer bir anlatımla, mevcut belirsizliklerin doğuracağı olası ekonomik kayıpların sonuçlarını tahmin ederek, bu kayıpları finanse etmek amacıyla, belirsizliklerin giderilmesi için kayıplar öncesi ayrılan karşılıklar sistemi olarak sigortayı nitelendirmek mümkündür. Bu karşılıkların ayrılması için belirli sistemlerin kurulu olması gerekmektedir.²⁸

1.5.1. Sigortanın Temel Kavramları

Sigorta, insanların mevcut durumlarının korunmasında güvence kaynağı olması ve toplumsal dayanışmanın sağlanmasına aracılık etmesi sebebiyle her zaman birleştirici ve paylaşımcı bir güç sistemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sistemin işleyişi belirli kurallar ve ilkelere bağlı olarak sağlanmakta ve yönetilmektedir. Sigortanın varlığından söz edilebilmesi için bu sistemin işletilmesine yönelik

²⁷ Hakkı ÇİFTÇİ, "Türk Sigorta Sektörü'nün Sorunları; DEA Analizi İle Türk Sigorta Şirketleri'nin Etkinlik Düzeylerinin Belirlenmesi", *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:13, Sayı:1, 2004, s.121

²⁸ Makbule ALAN, "Özel Sağlık Sigortası'nın Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı", (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul, Haziran 2009), s.8

kavramların, sigorta tekniğine ve anlayışına uygun olması ve bu doğrultuda sigorta kapsamına alınması gerekmektedir.

1.5.1.1. Risk Kavramı

“Risk olasılığın ve etkinin bileşkesidir.”²⁹ Riskin gerçekleşme ihtimali düşük olmasına rağmen sonuçlarının ağır olması ya da yüksek ihtimal ile gerçekleşmesi söz konusu olsa dahi yarattığı etkinin sonuçlarının önemsiz derecede olması, risk ve etki kavramlarını açıklamaktadır. Risk derecesi zaman içerisinde gerçekleşen olayların belirli ölçütlerle değerlendirilmesi sonucunda ortaya konmaktadır.

Risk algısı kişisel olarak değişkenlik gösterebilir ancak risk kavramı özelliği gereği belirli bir zaman dilimi içerisinde sonuçları olumsuz olan ve gerçekleşmesi tamamıyla belirsizlik temeline dayanan kayıpları ifade etmektedir. Her durum için riskin şiddeti çeşitlilik gösterse de canlı, cansız her varlık için risk söz konusudur.³⁰

Bir başka ifade de risk: ”Henüz gerçekleşmemiş olmakla birlikte gerçekleşme ihtimali olan tehlike” olarak tanımlanmıştır.³¹

İnsanlar riski farklı şekillerde ifade etmektedirler. Kimilerine göre kayıp olan, kimileri için belirsizlik iken istatistikçi yaklaşımı ile risk beklenenden sapma durumu olarak gösterilmektedir. Ancak terminoloji de risk terimi olumsuz durumlara maruz kalmak olarak nitelendirilirken, sonuçların belirsizlik içermesi bir risk durumunu tanımlama da temel ölçüttür.³²

Risk kavramı geçmişten günümüze kadar değişik evrelerde kendini göstermiş, insanları ve toplumları farklı düzeylerde etkilemiş olsa bile her zaman var olmaya devam etmiştir. Modern hayat içerisinde insanlığın karşılaşmak istemediği durumların

²⁹ Utku BİRDAL, “Hayat Grubu Sigortaları Genel İşleyişi ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, **Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Ders Notu**, 2018, s.1

³⁰ Ahmet KÜÇÜKŞAHİN, Cahit ŞAFAK ve Çağdaş DEDEOĞLU, “Güvenlik Bağlamında Risk ve Risk Yönetimi”, **Güvenlik Stratejileri Dergisi**, Cilt:5, Sayı:10, 2009, s.12-19

³¹ Haşim ÖZÜDOĞRU ve Çiğdem ÇETİN, “Türkiye’de Sigortacılıkta Güncel Sorunlar”, **Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi**, Cilt:52, Sayı:2, 2017, s.58

³² P. K. GUPTA, **Essentials of Insurance and Risk Management**, First Edition, New Delhi, Himalaya Publishing House, 2016, p.3

çokta uzağında olmadığını bilmesi ve bu endişe içerisinde yaşamını sürdürmesi, kişileri karamsar bir belirsizlik duygusuna hapsedmektedir.³³

Risk kavramını yalnızca maddi kayıp olarak nitelendiremeyeceğimiz için insanın sağlığında, kazaya uğraması sonucu sakatlanması da ve ölüm gibi sonuçların ortaya çıkması da rol oynayan tüm olumsuzlukları risk olarak ifade ederiz.

Riziko kavramını ise, gerçekleşmesi olası tehlikeler sonucu, zarara uğraması muhtemel olan risk faktörünü üzerinde barındıran kişi, nesne ve ya mevcut bir değer olarak ifade edebiliriz.

Riskleri, kaynağı bireyin davranışları olan sosyal riskler, fiziksel ortama bağlı etmenlerin oluşturduğu fiziksel riskler, dünya ve ülke ekonomisinde meydana gelen içerisinde enflasyon, işsizlik ve kur gibi değişikliklerin sebep olduğu ekonomik riskler ve ambargo, savaş gibi faktörleri içeren politik riskler olarak sınıflandırmak mümkündür. Tüm bu risklerin sınıflandırılması sonucu önlemler olarak risk politikası araçlarını, riski çeşitlendirerek azaltmak ve riski dağıtarak riskin olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmek en uygun yöntem ve amaçları kullanmak esastır.³⁴

Riskin düşük etkiler bırakacağı bireylerin bulunduğu bir nüfus topluluğunda, bireysel riskler sigorta şirketleri tarafından çeşitlendirilebilirken, sosyal riskler büyük ölçüde ekonomiyi etkilediğinden dolayı çeşitlendirilmesi ve devredilmesi zor riskler olarak önem oluşturmaktadır. Birey davranışları sosyal riskleri tetikleyebileceğinden risklerin bireyler arasında paylaşılması gerekir.³⁵

Riskin gerçekleşmemesi veya etkisini azaltmak için önlem almak yeterli olmayabilir. Bireylerin üzerinde tuttıkları riskler sonucu meydana gelebilecek kayıpların ihtimali ve gerçekleşmesi muhtemel kaybın miktarı arttıkça, bireyler riskleri üzerlerinde tutmak istemeyeceklerdir.

³³ Serhat YANIK, **Sigorta İşletmelerinde Mali Yeterlilik Analizi**, İstanbul, Bayındır Hayat Yayınları, Aralık 2001, s.19

³⁴ Niyazi BERK, **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, İstanbul, Emek Sigorta Yayınları, 1992, s.11-37

³⁵ Henri LOUBERGE, "Developments in Risk and Insurance Economics: The Past 40 Years", Georges DIONNE (Ed.), **Handbook of Insurance** (1-40), Second Edition, Canada, Springer, 2013, p.3

Havuz mantığı ile işleyen sigorta şirketlerinin dahi riskleri tek başlarına üstlenmedikleri bir gerçeklikte, bireylerin kişisel risklerinden kaçınmaları, mevcut risklerini sigorta şirketleri ile paylaşmaları veya tamamen transfer etmeleri, riskin etkisini azaltacak önlemler almaları mevcut ekonomik durumlarını korumaları için etkin bir yönetim modelidir. Bu noktada içsel ve dışsal tüm risk faktörleri kişilerce değerlendirilmeli ve riskin ne şekilde yönetileceğine karar verilmelidir.³⁶

Riskin bir uzantısı olan belirsizlik ise sonucun kesin olmadığı veya bilinmediği bir durumu ifade eder. Belirsizlik, karar vericilerin, verdikleri kararların olası sonuçları ile ilgili tam bilgi ve anlayıştan yoksun olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır.³⁷

Risk belirsizlik faktörlerinden oluşmakta olup, belirsizlik durumunun zirve noktası, her iki olasılığın eşit düzeyde olduğu durumu temsil ettiğinden dolayı kişiler risk konusunda uygulanacak yöntemler özelinde, karar verme aşamasında güçlük yaşamaktadır. Bu aşamada ise kişilerin inançları, değer yargıları, sezgileri, geçmiş deneyimleri ve bilgi birikimleri karar verme de etkili olacaktır.³⁸

Modern risk yönetimi teorisinde, sigorta riski yönetmek için kullanılan ve riski piyasaya aktaran çok güçlü bir finansal mekanizmadır. Ancak sigorta güvencesi ile birlikte, risk yönetim türüne göre, bir olayın gerçekleşme olasılığının şiddetini değiştirmeye yönelik alınan önlemler ve olayın sonuçlarını hafifletme amaçlı yöntemler olarak risk önleme metotları kullanılmalıdır.³⁹

Bireyler öncelikle sahip oldukları risklere karşılık önlemler almalı, ardından sigorta sistemine başvurarak riskini paylaşmalı veya tamamen devretmeli, sonrasında ise gerçekleşen risk karşısında, zararı hafifletici davranışlar sergilemelidir.

³⁶ Niyazi BERK, **Sigorta Şirketlerinde Mali Yeterlilik ve Risk Yönetimi, Türkiye’de ve A.B.’de Yeni Düzenlemeler (Solvency II Projesi)**, İstanbul, TSRŞB Sigorta İnceleme ve Araştırma Yayınları 2, Aralık 2005, s.135

³⁷ P.K. GUPTA, **a.g.e.**, p.4

³⁸ İlhan ERDOĞAN, **İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetine Karşı Tutum**, İstanbul, Beta Yayınevi, 1993, s.5

³⁹ Henri LOUBERGE, **a.g.e.**, p. 4-5

1.5.1.2. Sigortalanabilir Riskin Özellikleri

Sigortanın varlığından söz edebilmemiz için güvence verilen riskin konusunun, içeriğinin ve gerçekleşmesi durumunda ise sonuçlarının sigortalanmak için uygun özelliklere sahip olması gerekir.

Sigortaya konu bir riskin aşağıdaki belirtilen özelliklere sahip olması gerekmektedir.⁴⁰

- Tanımlanabilir
- Tesadüfi
- İstatistiksel olarak ölçülebilir
- Yasal
- En uygun frekansa sahip risk
- Homojen dağılım
- Büyük Sayılar Kanunu

Kısacası riskin sigortalanabilir olması, yasal bir içeriğinin bulunması, gerçekleşme durumunun bir ihtimal içermesi, risklerin homojen yapıda belirli gruplar arasında dağılıyor olması, istatistiksel yöntemler ile ölçülebilmesi, gerçekleşme sıklığının riski üstlenmeye değer bir aralıkta olması, gerçekleştiği durumda maddi bir değer yaratması ve risklerin Büyük Sayılar Kanunu'nun işleyebileceği adetler ile yönetilebiliyor olmasına göre belirlenmektedir.

1.6. Sigorta Arz ve Talebi

Sigorta belirsizliğin var olduğu ve etkilerinin uzun vadede devam edeceğinin beklendiği durumlarda tercih sebebi olmaktadır. Toplumda ki her birey sahip olduğu değerlerin korunmasını ister ancak risk, şiddeti farklılık gösteriyor olsa dahi her zaman hayatın içerisinde var olan bir olgudur. Risk ve belirsizlik bireylerin mevcut tasarruflarını korumak adına sigortaya yönelmesini sağlıyor olsa da sigorta güvencesi için prim tutarı ve bunun karşılığında alınacak teminat kapsamının yeterliliği bireyi

⁴⁰ G. Şebnem URALCAN, **Temel Sigorta Bilgileri ve Sigorta Sektörünün Yapısal Analizi**, 3.Baskı, İstanbul, Hiperlink Yayınları, Mart 2011, s.25

temkinli davranmaya sürüklemektedir. Bu durumun yanında bireylerin sahip olduğu değerler, ekonomik düzeyleri, kişisel inanışları ve sosyokültürel çevreleri sigorta ihtiyacına yönelik taleplerinde önemli bir yer tutmaktadır.

Sigorta arzının şekillenmesine başlıca aşağıda belirtilen etkenler öncülük etmektedir;⁴¹

- Prim oranı: Sigorta şirketlerinin primden elde ettikleri kazançların karlılık düzeylerini arttırması sonucunda piyasaya pazardan pay almak isteğiyle yeni şirketlerin girişi söz konusu olacaktır. Bu durum teknik karlılıkların giderek azalmasına sebep olacağı için arz talep dengesi tekrardan sağlanacaktır.
- Faiz oranı: Faiz oranlarında gerçekleşen artışlar, şirketlerin teknik branştan gelen primleri daha karlı oranlar ile yönetmelerini sağlayacağından, şirketler daha çok prim elde etmek için pazar kapasitelerini geliştirerek daha çok poliçe satmak isteğinde olacaklardır. Bu nedenle faiz oranları ile sigorta arzı ilişkisi olumlu yönde bir birliktelik göstermektedir.
- Risk Faktörü: Sigortalı kıymetin değeri ne kadar yüksekse sigorta şirketi tarafından talep edilecek prim düzeyi de o yönde yüksek olacaktır. Bu ilişkiden kaynaklı olarak risk sigorta arzı arasındaki ilişki negatif yönlü bir eğilim içerisindedir.

Sigorta arz ve talebinin belirlenmesinde bazı sorunlar ile karşılaşılmaktadır. Bu sorunlar sigorta arzını yaratan taraf olan sigorta şirketleri ile talep kısmında yer alan sigortalıların eğilimlerinden kaynaklanmakta olup kendi içerisinde belirli riskler barındırmaktadır.

Sigorta şirketleri nezdinde bu risk, özellikle bireysel poliçelerde daha sık karşılaşılan ters seçimde denilen anti seleksiyon sorunudur. Bu sorunun temelini, gerçek anlamda sigorta ihtiyacı bulunan kişilerin risk karşısında belirlenen primi ödemek için istekli davranmaları oluşturmaktadır. Riskten kaçan sigortalı kendi durumunu dikkate

⁴¹ Sinan KUŞCU, *Sigorta Talep Teorisi ve Türkiye Uygulaması*, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Yayınevi, 1996, s.69

olarak ihtiyaçları doğrultusunda bir seçim yapmış olmaktadır ki bu durumda yalnızca sigortaya ihtiyaç olan kişilerin sigortaya yöneldiği düşünülürse, gerçekleşmesi muhtemel hasar oranını yükselecektir. Bu durumda sigorta şirketlerinin ihtimalden öte kesinlik içeren bir duruma güvence sağladığını göstermektedir.⁴²

Grup poliçelerinde sigortalı sayısı ve riskin dağılımı nedeni ile anti seleksiyon riski daha düşüktür. Ancak grup poliçesi niteliği taşıması nedeniyle, teminat verilen her durum için kişi seçimleri ayrıca dikkate alınmak zorundadır.

Sigorta şirketlerinin uyguladığı fiyat politikalarına karşı risk profili değişkenlik gösteren kişilerin davranış tarzları ve sigorta poliçesine yaklaşımları da farklılık gösterdiğinden, sigorta şirketlerinin de kişilerin risk profillerini dikkate alarak ürünler sunması ve sigortalılarını iyi analiz etmesi gerekmektedir.⁴³

Ters seçim etkisinin olumsuz sonuçlarını önlemek için, kişisel ölçütlü risk analizi yapılarak, kategorik fiyatlandırma yöntemi uygulanmalıdır. Ayrıca hükümetlerin etkisi ile zorunlu sosyal sigortaların sayısı arttırılırsa, ters seçim sonucu sistemi olumsuz etkileyebilecek etmenler de azalacaktır.⁴⁴

Anti seleksiyon riski sigorta şirketi tarafından yanlış fiyatlandırma yapılmasına sebebiyet verdiğiinden dolayı, bir kısım sigortalıdan kaynaklanan bu durum, ilerleyen süreçlerde tüm sigortalıların primlerine yansiyacaktır.

Ahlaki yaklaşım ve geleneksel güçlükler olarak ifade edilen, sigortası bulunan kişilerin sahip oldukları güvence nedeniyle sigortaya konu kıymet üzerinde koruyucu önlem almamaları ve hatta bu kıymetleri kötü bir niyet taşıyorsa dahi bilinçsizce risk havuzuna atmaları, sigorta arz talep sorunlarında karşımıza çıkan bir diğer etkidir.⁴⁵

⁴² Feral ÖZGÜÇ, “Sağlık Sigortaları”, **Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı Ders Notu**, 2017, s.4

⁴³ Serhat YANIK, **Sigorta ve Ekonomi Ders Notları**, İstanbul, Aralık 2001, s.75

⁴⁴ Henri LOUBERGE, **a.g.e.**, p.18

⁴⁵ Sinan KUŞCU, **a.g.e.**, s.71-74

II. BÖLÜM

FİNANSMAN KAYNAKLARI AÇISINDAN

SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlığın finansman kaynakları incelenirken, ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinden de bahsetmek gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin yönetimi, ülkelerin sosyal güvenlik yapılarında alt bir kol olarak şekillenmekte olup devletler tarafından uygulanan sosyal güvenlik politikaları, ekonomik gelişmişlikler, sosyokültürel anlayışlar, nüfusun demografik yapısı gibi etkenler dikkate alınarak tasarlandığından, sağlık sistemlerinin oluşturulmasında önem arz etmektedir.

2.1. Sosyal Güvenlik Anlayışı

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesine göre:

Her şahsın, gerek kendisi gerekse ailesi için, yiyecek, giyim, mesken, tıbbi bakım, gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlığı ve refahını temin edecek uygun bir hayat seviyesine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, ihtiyarlık veya geçim imkanlarından iradesi dışında mahrum bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır.⁴⁶

ifadesi yer almaktadır.

Bireyler kendileri ve aileleri için gerçekleşmesi olası tehlikeler sonucunda yaşanacak kayıplarını giderecek bir güvenlik sistemine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu sistemlerin örgütlü bir yapı ile işleyişi, refah devletlerinin sorumlulukları arasında yer almakta olup devletler kamu kurumları aracılığı ile sosyal güvenlik alanında düzenlemeler yaparak gelir dağılımının sağlanmasında, eğitim ve sağlık gibi alanlarda vatandaşlarına eşit hizmetler sunmak amacındadırlar. Sosyal güvenliğin sağlanması için uygulanacak hükümler, her ülkenin anayasasında yer almaktadır.⁴⁷

⁴⁶ İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi, https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html (12 Ocak 2019)

⁴⁷ Volkan KAYMAZ, "OECD Ülkelerinde Sosyal Harcamaların Belirleyicileri", *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, Cilt:4, No:2, 2018, s.120

İnsanlar karşılaştıkları riskler sonucunda, gelirlerinde meydana gelen azalmaları önlemek ve giderlerini denetim altında tutabilmek için, anayasalar aracılığı ile koruma altına alınmak zorundadır. Bu zorunluluk, toplumun kalkınabilmesi ve kitlelerin gelecekte endişe duymadan ruhsal ve bedensel yönden sağlıklı olmaları ile mümkündür.⁴⁸

Varlık düzeyi artan ve belirli bir yaşam kalitesi yakalayan kişilerin, sahip oldukları hayat standartlarını devam ettirebilmeleri, sosyal güvenlik sistemlerinin kapsam altına aldıkları; hastalık, iş kazası, kısmi ya da tam sakatlık durumu sonucunda iş göremezlik, ölüm, işsizlik ve annelik gibi durumlar sonucunda, kişinin gelirinde yaşanabilecek kayıpların kamu yardımları ile karşılanması sayesinde mümkün olmaktadır. Bu nedenle sosyal güvenlik sistemleri, bireylerin karşılaşılabilecekleri olumsuz etkilerin, bireyin kendisi ve bağımlılarının yaşayacağı kayıpların giderilmesi amacıyla hizmet vermektedir.⁴⁹ Kamunun sosyal güvenlik sistemlerindeki etkisinin ve öneminin yadsınamaz düzeyde olmasının temel sebebi, kapsam altına alınan nüfusun sayısı ve güvence verilen risklerin niteliğidir. Devletin üzerinde bir güç olmadığından dolayı, toplumsal dayanışmanın sağlanması ve risklerin dağıtılarak kayıpların yaratacağı bireysel etkilerin en aza indirilmesi kamu müdahalesi ile mümkündür.⁵⁰

2.2. Sosyal Güvenliğin Finansmanı

Ülkeler arasında farklılık gösterse dahi sigorta sisteminin oluşumunu etkileyen, farklı amaç ve yöntemler ile beslenen iki kolu, sosyal sigortalar ve özel sigortalar olarak ayırmak mümkündür.⁵¹ Sosyal sigortalar sosyal güvenlik sistemlerine bağlı olarak farklı modeller üzerinden yürütülmektedir.

Sosyal güvenliğin finansal açıdan sürdürülebilirliği, sosyal sigortanın iyi bir şekilde yönetiliyor olması ile mümkündür. Devletlerin kurduğu sistemler ile işçi, işveren ve devletinde katılımı sayesinde sosyal sigorta, topladığı primler ve/veya vergiler ile kişilerin risklerini kapsam altına alan, sistemin devlet tarafından

⁴⁸ Yasemin Göknur ÜNDEMİR, “Sosyal Güvenliğin Önemli Değişkenlerinin Zaman Serileri Analizi ile Öngörüsü”, (Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, Sosyal Güvenlik Kurum Başkanlığı, Kasım 2009), s.1

⁴⁹ BOSTANCI, a.g.t., s.6

⁵⁰ ALAN, a.g.t., s.11

⁵¹ YANIK, Sigorta İşletmelerinde Mali Yeterlilik Analizi, s.23

kurgulandığı bir işleyişe sahiptir. Devlet müdahalesi ile yönetildiğinden ve kâr amacı taşımadığından dolayı, sosyal sigortalar özel sigortalardan ayrılmaktadır.⁵²

Sosyal sigortanın prim veya vergi oranları, sistemin katılımcı tarafları, ülkelerin kapsama aldıkları teminat yapıları yakınlık gösterse dahi nüfus yapıları, ekonomik ve sosyokültürel yapıları dikkate alındığında farklılık sergilemektedir. Örnek olarak, Almanya ve Lüksemburg'da işçi ve işveren payları eşit düzeyde olmasına rağmen, Hollanda işçi, Fransa ise işveren ağırlıklı prim modeli ile sistemin devamlılığını sağlamaktadır. İsrail ve İsviçre gibi ülkelerde primin tamamı sigortalı olan işçi tarafından karşılanmaktadır.⁵³ Her ülkede prim oranları, katılımcıların prime katkı oranları, primlerin tavan ve taban oranları, kapsama alınan teminat yapıları, sistemin finans kısmını etkileyen faktörlerdendir.

Sosyal güvenlik sistemi, yapılan sosyal yardımlar, uzun ve kısa vadeli sigorta kolları ve sosyal hizmetlerin bütününe temsil eden ve sistemin işlerliği için finansman sağlayan geniş bir kapsama alanına sahiptir. Sosyal güvenlik sisteminin özelliğini finansman şekli belirlemekte olup buna göre dört ayrı sistemden söz etmek mümkündür;⁵⁴

- Temeli prim rejimine dayanan 1880'li yıllarda ortaya çıkan, sosyal güvenlik sisteminin öncüsü sayabileceğimiz Bismarck modeli,
- Finansmanı vergi gelirleri üzerinden yönetilen 1942 yılında ortaya çıkan, sosyal güvenlik sisteminin ikinci temel modeli olan Beveridge sistemi,
- Hem prim hem vergilerin, finansmanda katkısının bulunduğu karma sosyal güvenlik sistemleri,
- Son olarak, 1981 yılında Şili'nin uygulamaya koymuş olduğu, devletin yalnızca denetleme mekanizması olarak bulunduğu, insanların bireysel varlıkları ile özel ve zorunlu sigorta sistemine dahil olmasıyla oluşturulan

⁵² BOSTANCI, a.g.t., s.9

⁵³ Neval KAYA, "Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi", (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Ankara, 2008), s.44

⁵⁴ Erdal GÜMÜŞ, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum Sorunlar ve Öneriler", **Seta Analiz**, Siyaset Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, Sayı:24, Ağustos 2010, s.5

model, sosyal güvenlik finansman modellerinin ana yapılarını oluşturmaktadır.

Kamu finansmanı ile yönetilen sosyal güvenlik sistemlerinde ağırlıklı olarak iki yaklaşım ön plandadır. Bu yaklaşımlar, Alman Sosyal Güvenlik Sistemi'nin temelini oluşturan, Otto Von Bismarck tarafından tasarlanan sosyal sağlık sigorta sistemi ile İngiltere Sosyal Güvenlik Sistemi'nin temelini oluşturan ulusal sağlık hizmeti anlayışını esas alan Beveridge planı üzerinden uygulamaya konan modeldir.⁵⁵

Bismarck tarzı sosyal güvenlik sistemlerini primli ve primsiz rejimler oluşturmakta olup primli rejimler; sosyal sigortacılık anlayışı ile hareket ederek, bireylerin karşılaşması muhtemel riskler için ödemiş oldukları primler karşılığında kazandıkları güvenceyi kapsarken, primsiz rejimler; yaşlılar, gelir düzeyi belirli bir seviyenin altında olan bakıma muhtaç kişiler ve kimsesizler gibi ihtiyaç sahiplerine, devlet kurumları veya vakıf ve gönüllü kuruluşlar tarafından karşılıksız olarak sunulan hizmetleri kapsamaktadır. Primli rejim sayesinde, farklı gelir gruplarından sağlanan primler ile toplumsal yardımlaşmanın temeli oluşturulmaktadır.⁵⁶

Beveridge, devletin katkılarıyla birlikte bireylerin sorumluluğunun da olması gerektiği anlayışı ile sosyal güvenliğin finansmanında kişilere görev vermektedir. Vatandaşlardan, vergiler üzerinden toplanan katkıların, ayrı sigorta kolları için ayrı prim ilkesi ile yürütülmesi yerine, sağlanan tüm teminatlar için geçerli olacak tek bir prim ödemesini esas almaktadır. Ulusal yardımlaşmanın temeli olarak, vergiler aracılığı ile sosyal güvenlik sistemlerinin yönetilmesi sağlanmıştır.⁵⁷

Her iki modelin sosyal güvenlik anlayışı, sosyal yardımlar alanında farklılık göstermektedir. Sosyal yardımlar konusu, sistem tamamen prim odaklı işleyerek meslek grupları üzerine kurulu olduğundan dolayı, Bismarck modelinde sosyal güvenlik sisteminin dışında tutulmuştur. Ancak Beveridge modelinde mesleki gruplar dikkate alınmadan, vergiler üzerinden sosyal güvenliğin işleyişi sağlandığından, sosyal güvenlik

⁵⁵ Birsen BENLİ, "Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri ve Teknik Verimlilik", (Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Haziran 2009), s.8

⁵⁶ ÜNDEMİR, a.g.t., s.7

⁵⁷ Ali GÜZEL ve Ali Rıza OKUR, *Sosyal Güvenlik Hukuku*, 4. Bası, İstanbul, Beta Yayınları, Ekim 1994, s.27

sistemi sosyal yardımları da kapsayacak şekilde tasarlandığından dolayı birlikte yönetilmektedir.⁵⁸

Ülkeler ekonomik, sosyal ve kültürel yapıları başta olmak üzere sosyal güvenlik finansmanına kaynak yaratmak için demografik niteliklerine göre yöntemler izleyerek finansman modeli belirlemek durumundadır. Refah seviyesinin yüksek olduğu, kalkınmış ve süreklilik sağlayan, ulaşabildiği ekonomik pazarları ile yüksek gelir elden eden, daha çok yaşlı nüfusa sahip ülkeler için vergi yolu ile finansman sağlamak daha yararlı iken nüfusu daha genç ve dinamik olan, işsizlik sorunu olmayan ülkelerin sosyal sigorta sistemini prim rejimi ile denetim altında tutuyor olması daha etkili bir finansman modeli olarak benimsenmektedir.

Genel olarak sosyal güvenliğin sağlık kanadında, ülkelerin kişi başına düşen milli gelirleri, sağlık hizmeti için ayrılan bütçeler, sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı, sunulan hizmeti kullanma ihtiyacı ve eğilimi gibi etkenler, sağlık finansman sistemlerinin yönetim şeklini etkilemektedir. Vergilerle finanse edilen Beveridge sistemini daha çok yüksek gelirli ülkeler kullanırken, üst orta düzey ve orta düzey ekonomilere sahip ülkeler için primli sistem olan Bismarck tarzı sosyal güvenlik sistemlerinin kullanıldığı görülmektedir. Düşük gelire sahip ülkeler de ise daha çok cepten ödeme yöntemi ile sağlık sistemini finanse etmektedir.⁵⁹

2.3. Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetlerini oluşturan sağlık politikalarının dünya uygulamaları çeşitlilik gösterse de iki köklü anlayış içerisinde sağlığın finansmanı yürütülmektedir. Bu anlayışların ilkinde göre, sağlık bireyin doğuşundan itibaren elde ettiği bir hak olup bireye güvence sağlanması ve toplumsal yardımlaşmanın oluşturulmasında devlet idaresi ile gerçekleştirilmek zorundadır. Bir diğer anlayış ise, her bireyi kendi içinde değerlendirmekte olup, sağlığın toplumsal değerlendirilmekten öte, kişilerin sağlık hizmetine olan eğilim düzeylerine göre şekillendiğini bu nedenle bireysel olarak

⁵⁸ Mehmet BULUT, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Sosyal Yardım Yaklaşımı ve Türkiye’de Durum”, **Yardım ve Dayanışma Dergisi**, Cilt:2, Sayı:3, 2011, s.61

⁵⁹ İzzet AYDEMİR, “Sağlık Sistemi Finansman Hedefleri ve Politika Enstrümanları”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı:62, 2017, s.421

incelenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Uygulanan sağlık politikaları sağlığın finansman şeklini ve işleyiş yöntemini belirlemektedir.⁶⁰

Sağlığın finansmanı konusunda Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Dünya Bankası (IMF) uluslararası nitelikte çalışmalar yaparak, sağlık sistemlerinin yönetimine ve finansmanına destek sağlayan kuruluşlar olarak öne çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, üye ülkelerin sağladıkları ödentiler ile toplanan yardımlardan oluşan kaynakları kullanarak, özellikle bulaşıcı hastalıklar alanında en büyük mücadeleyi veren kuruluştur. Dünya Bankası ise ülkelerin sağlık sistemlerinin düzenlenmesi konusunda ülkelere fon yaratmakta, düşük gelirli ülkelerinin sağlık sistemlerinin kalkındırılması konusunda ise bu ülkelere bağışta bulunmaktadır.⁶¹

Sağlık sistemlerinin finansmanı için uluslararası kuruluşlar dışında, sistemi oluşturan arz ve talep belirleyici birçok taraf, farklı görev ve sorumluluklar ile sistemde yerini almaktadır.

Sağlık sigortalarının finansman yöntemlerinin belirlenmesinde, sisteme katkısı olan tarafların önemi yadsınamayacağından, her sağlık sisteminde yer alan tarafları şu şekilde sıralamak gerekmektedir;⁶²

- Tüketiciler; sağlık hizmeti alan bireyler,
- Hizmet sağlayıcılar; sağlık hizmeti sunan kurum veya kişiler,
- Sağlık planları; sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık hizmetini finanse edenler arasında düzenlenen sözleşmeler ile belirlenen sağlık hizmetlerini içeren teminat yapıları
- Sponsorlar; vakıf, dernek gibi kâr amacı taşımadan sağlık finansmanına katkıda bulunanlar,
- Sigortacılar; riski üstlenerek sağlık hizmeti kullanıcılarına güvence sağlayan kuruluşlar,

⁶⁰ Sabiha KESKİN, “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği)”, (Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Aydın, 2011), s.50

⁶¹ DUYUK, a.g.t., s.36

⁶² Randall P. ELLIS, Tianxu CHEN, and Calvin E. LUSCOMBE, **Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries**, Boston, Elsevier Press, 2014, p.3

- Düzenleyiciler; sağlık sistemini düzenleyenler, denetleyenler ve kanun koyucular,

2.3.1. Sağlık Finansman eşitleri

Sosyal güvenliğin alt kolu olan sağlık sistemlerinin finansmanı, ait olduğu sosyal güvenlik anlayışı ile birlikte özel piyasalara olan açıklığı ile de şekillenmektedir.

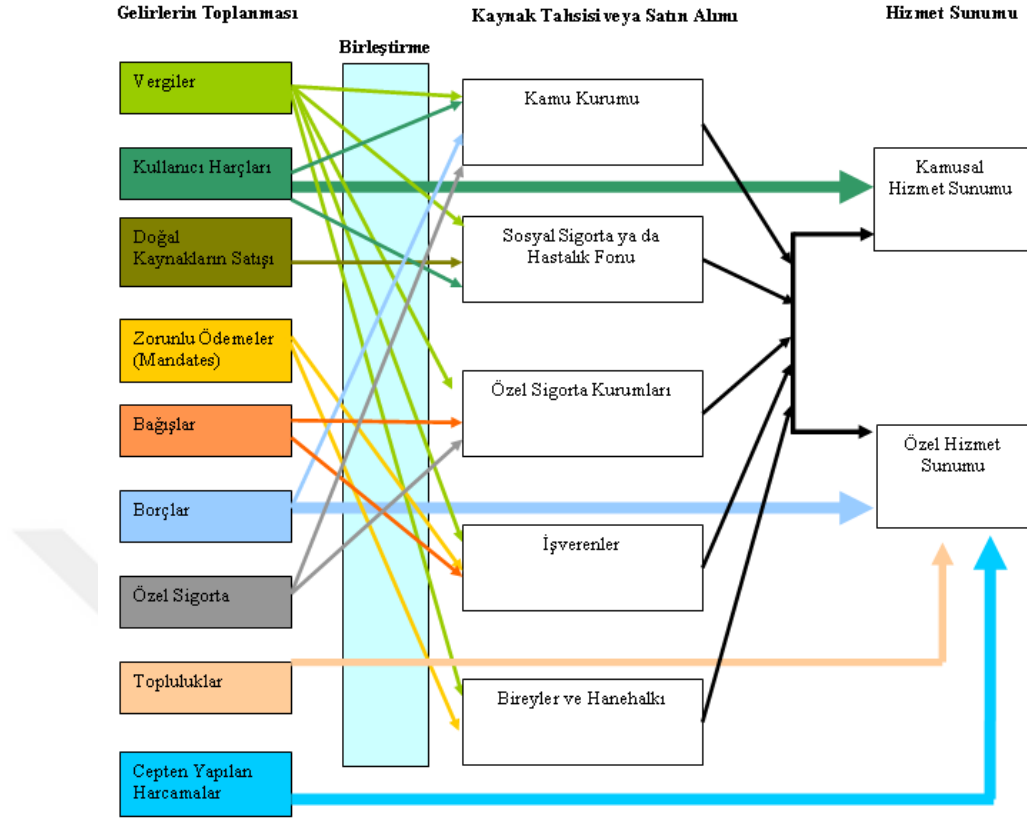
Sağlık hizmetleri kaynakların toplanma şekline ve kullanıldığı yöntemlere göre b l mlenmektedir. Bu yöntemler;⁶³

- Sosyal Sağlık Sigortası
- Vergi Gelirleri
- Özel Sağlık Sigortası
- Vakıflar-Sandıklar-Bağışlar
- Cepten  demeler

Sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması; fonların elde edilmesi, risklerin bir havuzda toplanması, elde edilen fonlar ile gerekli mal ve hizmet alımlarının yapılarak kaynak harcamalarının bu riskler için yönetilmesi aşamalarından oluşmaktadır. Kaynak yaratmada toplumun her bireyi farklı gelir düzeyi ile katılım sağlamakta olup, giderlerin karşılanması aşamasında eşitlik ilkesi uygulanmaktadır. Finansman akışı şekildeki tablo üzerinden özetlenmiştir.⁶⁴

⁶³ Ece UğURLUOğLU ve Hacer ÖZGEN, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:11, Sayı:2, 2008, s.4

⁶⁴ Hilmi ÇOBAN, "Sağlık Ekonomisi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması", (**Doktora Tezi**, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İzmir, 2009), s.116-117



Şekil 1: Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları ve Fon Akımı

Kaynak: Hilmi ÇOBAN, Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması, (Doktora Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, 2006) s.116-117.

Cepten yapılan harcamalar, sandıklar ve bağış kurumları gibi yardım amaçlı sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar ve son olarak sağlık finansman sisteminin özel sigorta tarafı hariç tutulursa, ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinde finansmanı sağlayan kamu müdahaleli yöntemleri, sosyal güvenlik sistemlerini oluşturan Bismarck ve Beveridge modelleri temsil etmektedir.

Belirli bir sistem yapısı ile yönetilen finansman çeşitleri incelendiğinde, üç ayrı model üzerinden sistemlerin kurgulandığını söyleyebiliriz. İlk olarak Almanya’da uygulanan işçi, işveren ve devletin katkıları ile temelleri oluşturulan, çalışanların ücretleri üzerinden alınan primlere dayalı Bismarck sistemi birinci modeli temsil etmektedir. İlk olarak İngiltere’de uygulanmaya başlayan “Ulusal Sağlık Hizmetleri” adını taşıyan, her vatandaşa sunduğu sağlık hizmetinin karşılığını vergiler ile finanse eden Beveridge sistemi ise ikinci modeli oluştururken son olarak Amerika’da devletin

katkısının en düşük düzeyde olduğu ticari amaçlar taşıyan özel sağlık sigortalarının oluşturduğu sistemi üçüncü model olarak tanıtmak mümkündür.⁶⁵

Temel finansman şeklini başta olmak üzere, sosyal güvenliğe ait iki modelin içeriği, kapsamı ve yönetim biçimi aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi farklılık göstermektedir.⁶⁶

Tablo 3: İki Temel Finansman Modeli

Ulusal Sağlık Sistemi (Beveridge) Sistemi	Sosyal Güvenlik(Bismarck) Sistemi
Toplanan genel vergiler ile finanse edilmektedir.	İşçi, İşveren ve devletin sağlamış olduğu destek ile finanse edilmektedir.
Tüm Nüfusu kapsayıcı niteliktedir.	Toplanan sağlık sigortası fonları ile meslek veya bölge sınıfına göre kapsam belirlenmektedir.
Doktorlar (hastanelerde) maaş sistemi ile çalışmaktadır.	Hizmet başına ödeme sistemi uygulanmakta olup doktorlar bağımsızdır.
Devlet müdahalesi üst düzeydedir.	Sistem devlet tarafından düzenlenir ancak devlet müdahalesi olabildiğince azdır.
Planlama Hükümete bağlı Sağlık Bakanlığı tarafından merkezi yöntemle yapılmaktadır.	Çok sayıda kuruluş olduğunda karışık bir yapıyı barındırır.
Altyapı hizmetini kamu sağlamaktadır.	Altyapı hizmeti kamu ve özel sektör tarafından sağlanır.
Danimarka, Yunanistan, İspanya, İrlanda, İtalya, Portekiz, Finlandiya, İsveç ve İngiltere	Belçika, Almanya, Fransa, Lüksemburg, Hollanda ve Avusturya

Kaynak: Senar GÖK, Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, 2012), s.12.

Bismarck modeli primli sistemi oluşturduğundan dolayı finansmanı sağlayacak çalışan sayısının çokluğu önem kazanmaktadır. Finansmana katkıda bulunan tarafların katılım oranları kamu tarafından belirlenmekle birlikte nüfusun demografik yapısı, aktif (çalışan) pasif (emekli) oranı gibi niteliklerde toplanan primin hacminde birer etkidir.

Beveridge modelinde ise dolaylı ve dolaysız yollardan toplanan vergiler üzerine kurulu bir finansman yapısı hakimdir. Dolaysız vergiler, gelir ve kişisel servetin işletilmesi üzerinden alınırken, dolaylı vergiler gelirden bağımsız tüketim endeksli alınan vergileri oluşturmaktadır. Sağlık sisteminin finansmanının adil bir şekilde

⁶⁵ KOÇAK, a.g.m., s.66

⁶⁶ GÖK, a.g.t., s.83

sağlanabilmesi için tüketim üzerinden alınan vergilerin, tüketilen malın niteliğine göre belirlenmesi esastır. Lüks ve zorunlu tüketim sınıflandırması ile alınan vergilerin farklı oranlarda gerçekleştirilmesi, sağlık finansmanı için daha kullanılabilir ve sürdürülebilir bir model ortaya çıkarmaktadır.⁶⁷

Ana hatları ile bakıldığında, sağlık finansman uygulamalarını şekillendiren yöntemler, sosyal devlet bakış açısıyla incelendiği takdirde, vatandaşlardan alınan vergiler veya sosyal sağlık sigortası için toplanan primler ile sağlanabildiği gibi sosyal devletin bir görevi olarak kamu yardımları ile de gerçekleştirilebilir. Bunun dışında, gelir düzeyleri doğrultusunda kişiler cepten yapılan harcamalarla sağlık hizmeti erişimine ulaşabilir. Fakat bu yöntem uzun süreli tedavilerde bireyin bütçesini aşabilecek düzeylere ulaşacağından dolayı, kişilerin özel sağlık sigortalarına başvurmaları, elde edilen fayda ve katlanılan maliyet düzeyi itibarıyla daha elverişli olmaktadır. Özellikle yatarak tedavi yöntemlerinin uygulandığı sağlık hizmetlerinde, katlanılan maliyet, hastalık tedavi yöntemi ve sağlanan özel sağlık hizmetinin kalitesi ile birlikte katlanarak yükselmektedir.

2.3.2. Sağlık Finansman Yöntemlerinin Amacı

Sağlık sistemlerinin farklı yöntemler ile finanse ediliyor olması, sistemlerin karşılaştırılması konusunda net bir sağlık göstergesi belirlemekten uzaktır. Bu durumun oluşumunda, ülkelerin sistemleri düzenlerken, sosyokültürel, ekonomik, demografik ve hatta teknolojik özelliklerini dikkate alarak sistemi tasarlamasının etkisi vardır. Tüm sistemlerin ortak hedefi ise, en uygun maliyetle sürdürülebilir ve kapsamı itibarıyla yeterli bir sağlık düzeninin varlığıdır.⁶⁸ Bu amaca hizmet edilmesi için sınırlı kaynakların kullanımı, maliyetlerin paylaşımı ve hizmet sunumunun niteliği gibi kavramlar ön plana çıkmaktadır.

Geniş anlamda sağlık finansmanı, kamu ve özel sektör ağırlığı üzerinden yürütülecek hizmetlerin ne ölçüde, hangi seviyelere kadar ve ne kadar süreç içerisinde sağlanacağı, dar anlamda ise, kaynakların nerelerde değerlendirilip nerelere

⁶⁷ KAYA, a.g.t., s.51

⁶⁸ SONĞUR, a.g.m., s.202

kullanılacağı konularında önem oluşturmaktadır. Temel amaç ise sağlık hizmetlerinin en uygun kaynaklar ile eşit bir şekilde sunumu sağlayarak sağlık göstergelerinin zaman içerisinde iyileştirilmesini sağlamaktır.⁶⁹

Bu ifadeyi biraz açarsak, finansman yöntemlerinde ki asıl hedefin; gerekli olan sağlık hizmetinin, en uygun koşullar altında, güvence sağladığı kapsam alanının finansmanın sürdürülebilirliğini sıkıntıya sokmayacak şekilde geniş tutularak, toplumun her kesimine adil bir şekilde, organize olmuş belirli bir sistemsal düzene sahip kurumlar tarafından verilmesi olduğunu söyleyebiliriz.⁷⁰

Sağlık sistemlerinde, finansman modeli temel oluşturmak suretiyle, işleyişin performanslarını gösteren belirli ölçütler yer almaktadır. Bu ölçütleri; nitelikli sağlık elemanı sayısı, tedavi merkezi kapasitesi ve donanımı, sunulan hizmetin vatandaşlara eşit olarak verilmesi ve hakkaniyetli prim tahsilatı olarak göstermek mümkündür.

Sağlık sisteminin finansman yöntemi, sistemin performansının ölçülmesinde temel gösterge olan hakkaniyeti etkileyebilir. Hakkaniyetin esas alınarak sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması için bireylerden gelirleri oranında prim tahsilatı yapılmalı ve sosyal sağlık sigortacılığı gereğince bu primlerin ihtiyaç sahipleri tarafından tedavi süreçlerinde kullanılması sağlanmalıdır. Aynı zamanda toplumsal dayanışmanın örneği olarak, hasta ve gelir düzeyi düşük kişiler, hastalığın getirmiş olduğu tedavi yükünü toplumun sağlıklı bireyleri ile paylaşmış olacaklardır.⁷¹

Giderek yaşlanan nüfus yapılarına sahip ülkelerin ve düşük gelirli ülkelerin finansman çeşitliliği sağlayarak konumlanması gerekmektedir. Sağlık personellerinin en üst düzeyde yetiştirilerek, toplumun bilgilendirilmesi, teknolojik, bilimsel alt yapıların geliştirilmesi mevcut kaynakların kullanımına ve yeterliliğine bağlıdır. Kaynak sıkıntısı çekmemek için ülkeler sağlık sistemlerini örgütlü ve sürdürülebilir bir niteliğe

⁶⁹ KESKİN, a.g.t., s.63

⁷⁰ Özlem ÖZER, “Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri” (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2015), s.7

⁷¹ Ece UĞURLUOĞLU ve Hacer ÖZGEN, a.g.m., s.134

kavuşturma amacını taşırlar. Düşük gelire sahip ülkelerde bu durum tasarruf yetersizliği nedeniyle sağlık sistemlerinin düzenlenmesini daha önemli kılmaktadır.⁷²

Gelir düzeyi düşük ülkeler ağırlıklı olarak sağlık koşullarının kötü olduğu, kamunun sağlık hizmetlerinde yetersiz kaldığı ülkeler olarak yorumlanmaktadır. Özellikle zorunlu ihtiyaç gerektiren sağlık hizmetlerine ulaşmada tüm nüfusa eşit bir yaklaşım sergilenmesi gerekirken, aynı zamanda sağlık harcamalarının paylaşımında yoksul kesime harcanan payın kamu tarafından desteklenerek yükseltilmesi, bu kesimin sağlık hizmetine erişiminin kolaylaşmasını sağlayacaktır. OECD, kişinin sağlık elde etme ihtiyacının eşit tedavi koşullarının hedeflenmesi ile gerçekleştirilebileceğini ifade etmektedir.⁷³

Sağlık hizmetlerinin finansmanı her ülkede giderek artan maliyetlerin denetim altında tutulmasını gerektirdiğinden, uygulanan yöntemlerin aşamaları, ilk olarak toplanan kaynakların yeterli düzeyde olmasını ve sonraki aşamalarda ise bu kaynakların risk paylaşımı gereğince havuz sistemi ile değerlendirilmesi ve değerlendirilen fonlarında sağlık hizmetinin sunumunda kullanımını amaçlamaktadır. Bu amaçların uygun bir biçimde gerçekleştirilmesinde ise Atasever'e göre; sağlık hizmetinin sunumu ve hekim ödeme yöntemleri, hastaların beklentisi, hastalık çeşitleri, politik değişimler, genç ve yaşlı nüfus ilişkisi, sağlık ihtiyaçları ve sağlık güvencesi, teknolojik gelişmeler, ilaç endüstrisi, kişi başına düşen gelir seviyesi ile ekonominin yapısı gibi değişkenler nedeniyle açığa çıkan sağlık hizmetine olan ihtiyaçlar ön plana çıkmaktadır. Bu tür nedenler sağlık finansman yönteminin sistematik bir şekilde belirlenmesi gereğini önemli kılmaktadır.⁷⁴

2.3.3. Maliyetler Nedeniyle Sağlık Hizmeti Finansmanın Önemi

Gelişen teknolojik hizmetler sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artmasına sebep olduğundan, sosyal güvenlik sistemlerinin kapsayıcı alanları artan riskler ile birlikte

⁷² Meliha ENER ve Nazan YELKİKALAN, "Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi", *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:6, Sayı:2, 2003, s.101

⁷³ OECD ve Dünya Bankası, *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*, OECD Publishing, 2008, s.65

⁷⁴ Mehmet ATASEVER, *Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi*, Ankara, Yayın No: 983, 2014, s.42

genişlemektedir. Sağlık alanında gerçekleştirilen ileri düzeyde buluşlar insan ömrünü uzattığından, yaşlanmanın getirdiği maliyetler her geçen gün katlanmakta ve sağlık finansmanını zor duruma sokmaktadır. Sağlık harcamalarında gerçekleşen artışların maliyet etkileri, farklı birçok kaynak aracılığı ile kapatılmaya çalışılmaktadır. Kaynakların sınırlı olduğu düşünüldüğünde finansman yönteminin sürdürülebilirliği sorgulanmakta ve alternatif yol arayışlarına girilmektedir.⁷⁵

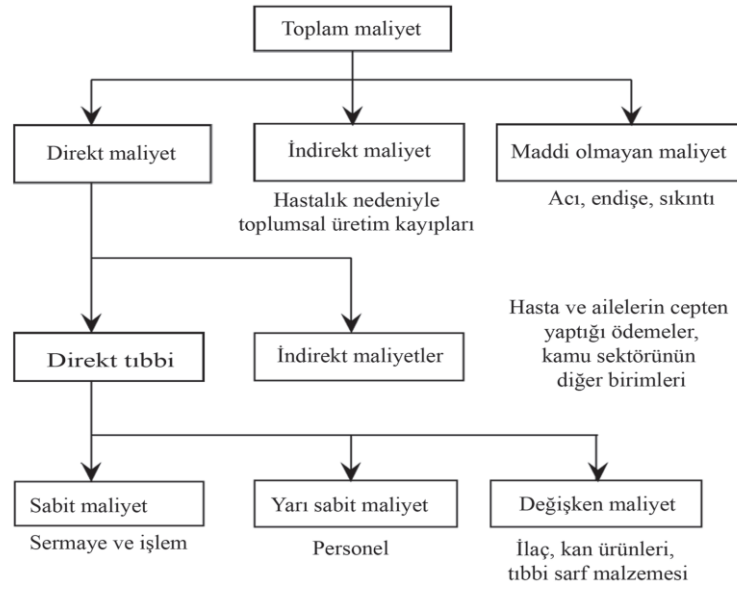
Ülkeler sağlık bakım maliyetlerini kontrol etme zorluğu ile mücadele ederken farklı yaklaşımlar sergilemektedir. Temelde uygulanan izlem, tüketicilerin kullarımlarını azaltmaya çalışan talep taraflı maliyet paylaşımı ve tedarikçilere ödenen fiyatları azaltmaya çalışan arz taraflı maliyet paylaşımı olarak karşımıza çıkmaktadır. Kamu veya özel yapıda sağlık hizmetine taraf olan kurumların, arz ve talebi etkileyen bilgi düzeyine sahip olmaları, sağlanacak hizmetin sunumu, miktarı ve fiyatlandırması hakkında sorumlulukları elinde tutarak, mevcut kaynakları en uygun şekilde kullanmaları gerekmektedir.⁷⁶

Sağlık hizmetlerini oluşturan maliyetlerin hesaplamaları çeşitli şekillerde yapılsa da maliyetlerin sınıflandırması direkt, indirekt ve maddi olmayan maliyet olarak sıralanmaktadır. Direkt maliyetleri oluşturan kalemler; doktor, hastanede konaklama, ilaç, tıbbi ve sarf malzemeler gibi maliyetleri içerirken, indirekt maliyet kalemleri; hastanın tedavisine dolaylı olarak katkıda bulunan destek harcamalarını içermektedir. Maddi olmayan maliyetler ise, kişiyi ve yakın çevresini ruhsal anlamda etkileyen veya tedavi sonrasında kişinin hastalık öncesi haline kavuşması için çevreye uyum sürecini de içine alan maliyetleri ifade eden, ölçümü yapılamadığı için kaybın derecesinin net olarak hesaplanamadığı giderleri oluşturmaktadır. Üç sınıflandırma ile ifade edilen maliyetleri şekilde ki tablo ile özetlemek mümkündür.⁷⁷

⁷⁵ TUNA, a.g.t., s.1

⁷⁶ ELLIS, CHEN and LUSCOMBE, a.g.e., p.8

⁷⁷ Mehtap TATAR ve Albert I. WERTHEIMER, **Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi İlaç Geri Ödeme Kararları için Bir Model Önerisi**, Ankara, MN Medikal & Nobel Yayınevi, 2010, s.48-49



Şekil 2: Maliyet Türleri Tablosu

Kaynak: Mehtap TATAR ve Albert I. WERTHEIMER, **Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi İlaç Geri Ödeme Kararları için Bir Model Önerisi**, Ankara, MN Medikal & Nobel Yayınevi, 2010, s.48-49.

Sağlık finansmanının sürdürülebilirliği için, kısa ve uzun vadeli maliyetlerin ölçülmesi ve bu doğrultuda önlemler alınması gerekmektedir.

2.3.4. Finansmanın Sürdürülebilirliği

Sağlık finansmanının verimliliğini değerlendirmede, sağlık hizmeti sunumunun sürdürülebilirliği önemli bir ölçüttür.⁷⁸ Finansmanın sürdürülebilirliği, kısa ve uzun vadede risklerin ölçülerek sınıflandırılmasına, kaynak tahsisinin bilimsel gerçekliklerle yapılmasına dayandırılmalıdır. Hastalık riskinin değişkenleri, kısa vadede finansmanı sağlayacak kaynakların varlığına, uzun vadede ise aktüeryal çalışmalar ile nüfusun yaş yığılımı gözetilerek, kaynak bulma ve tasarruf etme boyutlarına bağlı olarak belirlenmelidir. Hastalık riski yalnızca mevcut dönemi değil, gelecek kuşağın karşılaşacağı mali tablonun da dikkate alınması ile finanse edilebilir.⁷⁹

Sağlık harcamalarının ülkelerin GSYİH içerisindeki payı giderek artış göstermektedir. Bu durumun oluşmasında rol oynayan temel etkenler, kişi başı milli

⁷⁸ Hakan İSTANBULLUOĞLU, Mahir GÜLEÇ ve Recai OĞUR, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri", **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı:85, 2010, s.94

⁷⁹ Ferdi ÇELİKAY ve Erdal GÜMÜŞ, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt:11, Sayı:1, Haziran 2010, s.203

gelirlerin artması, teknolojik yenilikler, yaşam kalitesinin ve süresinin artması, gelişen tedavi yöntemleri ve kentleşme gibi gelişmelerdir. Bu gelişmelerin ışığında sağlık harcamalarındaki artışlar, sağlık hizmetleri sunumunun sürdürülebilirliğini etkilemekte ve tasarruf kaynaklarına baskı yapmaktadır.⁸⁰

Gelişmiş ülkeler elde ettikleri refah düzeylerinin sürdürülmesini, geliştirmekte olan ülkeler ise devamlılık sağlayan kaynaklar bularak kalkınmayı hedef alırlar. Gelişen veya geliştirmekte olan tüm ülkeler, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payını, önemli bir sağlık göstergesi olarak kontrollü bir şekilde arttırmayı hedeflemektedirler.⁸¹ Geliştirmekte olan ülkeler sağlığın GSYİH içerisindeki payını arttırırken, gelişmiş ülkelerde bu oran daha sabit ve dengelidir. Bu oranın aşırı yükselmesi, kaynakların sağlık finansmanına ayrıldığına göstergesi olarak, sağlık finansmanında sürdürülebilirliği tehlikeye sokmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının büyümesinin, ülkenin milli gelirinden daha yüksek oranlarda büyümesi istenen bir durum değildir.

Sürdürülebilirlik için finansal açıdan yapılan tanımlamalar dört maddeyi kapsamakta olup;

- Maliyetler karşısında kaynak bulma gücü,
- Gelir ve gider dengesinin kurularak açık verilmesinin önüne geçilmesi,
- Sağlık hizmetlerini idare etmek için ayrılan bütçenin yeterliliği ve
- Uluslararası piyasada ülkenin rekabetini engelleyici üst düzey sağlık harcamaları, kavramlarından oluşmaktadır.⁸²

Sürdürülebilirlik kısa ve uzun vadede sağlık sistemini düzenleyerek olumsuzluklar ile rekabet etme gücünün arttırılması, sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi demektir. Sağlanan teminat paketlerinde yaşanabilecek kısıtlamalar sürdürülebilirlik kavramı ile çelişmektedir. Bu nedenle sürdürülebilirliğin sağlanması

⁸⁰ Güngör ÖZCAN, “Türkiye’de Kamu Harcamalarının Sosyal Refah Devleti Anlayışı Açısından Değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Programı, İzmir, 2009), s.148

⁸¹ Okyay UÇAN ve Seda ATAY, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:9, Sayı:3, 2016, s.216

⁸² ÖZER, a.g.t., s.28

iyileştirmelere ve yeniliklere açık olup, yaşanabilecek finansal kayıplar için hazırlıklı olmaktan geçmektedir. Sağlık sisteminin finansmanına katkıda bulunan tüm tarafların kurgulanan sisteme dahil edilmesi, riskin dağıtılması, tüm paydaşlara eşit mesafede yaklaşım ve sağlık erişimi hakkı, sürdürülebilirliğin sağlanması için gerekli yöntemleri içerir.

2.3.5. Finansmanda Kamu ve Özel Sektörün Etkisi

Sağlık sistemlerinde alınan sağlık hizmetinin maliyeti, tüketici tarafından doğrudan karşılanabildiği gibi kamu ve özel sağlık finansman sağlayıcıları aracılığı ile de karşılanabilmektedir. Kişiler sağlık harcamaları riskini, ödedikleri primler ile devrederek kamu ve özel finansörlerden sağlık hizmeti için gelir güvencesi satın almaktadır. Kamu ve özel hizmet sağlayıcıları topladıkları primler ile sistemde oluşan giderleri karşılamakta böylece bireyler arasında risklerin dağıtım ve yönetimini gerçekleştirmektedir.⁸³

Sosyal sağlık sigortacılığı ile özel sağlık sigortacılığı arasındaki en büyük fark risklerin değerlendirilme yöntemi ve bu risklerle bağlantılı olarak prim seviyesinin belirlenmesidir. Sağlık sigortaları sosyal ve özel sigortacılık anlayışlarında dayanışmayı temsil ediyor olsa dahi sosyal sigortalar toplumun tüm kesimine yönelip tüm kişilerin riskini eşit ölçütlerle havuzlarken, özel sigortalar kişisel riskleri değerlendirirken farklı yaklaşımlar içerisinde havuzlama yapmaktadır.⁸⁴

Kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarını, ülkenin mevcut sosyal güvenlik sistemi üzerinden karşıladığı giderler, merkezi ve yerel yönetimler tarafından bütçeden alınan destek ile karşılanan giderler oluşturmakta iken özel sağlık harcamalarını, sigorta şirketleri, özel sandıklar, kişilere kâr amacı taşımaksızın sağlık yardımında bulunan

⁸³ Sevinç ÇOBAN, “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansal Ekonomi Anabilim Dalı, İzmir, 2015), s.42

⁸⁴ Mehtap TATAR, “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, *Sosyal Güvenlik Dergisi*, Cilt:1, Sayı:1, Haziran 2011, s.116

vakıflar ve yardım kuruluşları ile sağlık güvencesi almak için cepten yapılan harcamaları içeren giderler oluşturmaktadır.⁸⁵

Sağlık hizmetleri piyasası, rekabete dayalı müdahale gerekmeksizin işleyen piyasalardan farklı olarak koşulları itibarıyla aksaklıklar içermektedir. Piyasa aksaklıkları olarak ifade edilen, eksik bilgi nedeniyle aksak rekabet yaşanmasına neden olan bu piyasalara devletin müdahalesi söz konusudur.⁸⁶ Bir bireyin sigorta güvencesi aracılığı ile sağlığına kavuşturulması, bazı faktörler nedeniyle, sigorta güvencesi temin eden tarafın kaybına neden olmuyor ise pareto etkin bir piyasadır söz edilebilir. Ancak sağlık piyasasında pareto etkin bir oluşumdan bahsetmek güç olduğu için piyasada aksaklıklar yaşanır. Bu duruma neden olan faktörler ise, hizmet sağlayıcıların iyi işlemeyen rekabetçi anlayışı, fazlaca eksik bilgi ve dışsallıklar olarak nitelendirilmektedir. Ayrıca diğer bir etmen gelir dağılımlarının farklılık göstermesidir ki tüm bu durumlar kamu müdahalesini gerekli kılmaktadır.⁸⁷

Kişinin sağlığının yerinde olması, toplumsal üretimin ve gelişimin gerçekleştirilmesinde temel etkenlerden olduğundan, kamu desteği ile aşılama ve beslenme gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin sağlanması ve sağlık bilincinin tüm topluma kazandırılması kaçınılmazdır. Kamunun sağlık piyasasına müdahalesi dışında, sağlayacağı korucu sağlık hizmetlerine yönelik desteklerde müdahalenin bir parçasıdır.⁸⁸

Tamamen özel sektörün eline sağlık hizmeti bırakılamayacağı gibi devletin finansal yükünün hafifletilmesi ve risklerin dağıtılması için sosyal sağlık sigortalarının özel sigortalar aracılığı ile destekleniyor olması, uzun vadeli yapılanmalar ile sağlık maliyetlerini içeren risklerin karşılanma kapasitesinin artırılması demektir. Devletler sigortalı sayıları ve elde ettikleri bilgiler itibarıyla özel sektörden daha çok veriye sahiptir. Bu verilerin işlenmesi, sağlık hizmetlerinde finansal yapılanmaların, sağlık

⁸⁵ ATASEVER, a.g.e., s.16-17

⁸⁶ Asuman ALTAY, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:64, 2007, s.37

⁸⁷ Joseph E. STIGLITZ, **Economics of the Public Sector**, Ömer Faruk BATIREL (çev.), Princeton University New York, W.N. Norton Comp., 2nd ed., 1988, s.350

⁸⁸ Hilmi ÇOBAN, a.g.t., s.73

hizmeti kapsama alanlarının iyileştirilmesi ve finansmanda sürekliliğin sağlanması için kamu ile özel sektör işbirliği içinde bulunmak zorundadır.

2.4. Sağlık Finansman Yöntemleri ve Dünya Uygulamalarından Örnekler

Daha önce sağlık hizmetleri finansmanının başlıca, Bismarck, Beveridge ve özel sağlık sigortaları modelleri ile yönetildiğini ifade etmiştik. Ancak ülkeler arası uygulamalar, ana hatları ile bu üç modeli içerse dahi kapsamaları ve uygulama alanları itibarıyla farklılıklar gösterebilmektedir. Bu üç modeli en iyi temsil eden ülkeler dikkate alınarak sağlık hizmetleri finansmanı ve sunulan hizmetlerin kapsam alanları incelenmesi gereği doğmuştur.

2.4.1. Amerika Birleşik Devletleri

ABD’de kamu sağlık sigortası uygulamaları 1965 yılında başlamış olsa da özel sağlık sigortalarına ilişkin uygulamalar bu tarihten öncesini kapsamaktadır. ABD’de yenilikçi anlayış ile ilk sağlık sigortası 1929 yılında uygulamaya konulmuştur. Bu tarihten sonra Blue Cross Planı ve Blue Shield Planı adı altında, sağlık poliçesi satın alan bireylere, doktorların sunduğu sağlık hizmetleri ile güvence verilmeye başlanmıştır.⁸⁹

ABD kamu sağlık sigortacılığında diğer ülkeler dikkate alındığında farklı bir anlayış sergilemektedir. Ülkenin sağlık hizmetlerinde kamunun payı oldukça düşüktür. Ancak 1965 yılından itibaren, bir kısmı kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmeti anlayışı başlayabilmiştir. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar ile birlikte uygulamaya konan Medicare ve Medicaid sistemleri ABD sağlık sistemine kamu anlayışlı yeni bir soluk getirmiştir.

Medicare ve Medicaid, yaşlı, engelli ve düşük gelirli Amerikalılar için tıbbi masrafları karşılayan federal hükümet tarafından desteklenen sağlık sigortası programlarıdır. Her iki programda 1965'te yürürlüğe girmiştir. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanının bir parçası olan, Sağlık Maliyesi Yönetimi (HCFA)

⁸⁹ A. İlhan ORAL, “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:2, Sayı:2, 2002, s.62

tarafından yönetilmektedir. ABD Hükümeti, federal çalışanlar, askeri personeller, gaziler ve kriterleri taşımak koşuluyla yoksul ABD vatandaşları da dahil olmak üzere çeşitli gruplara sağlık hizmeti sağlamaktadır. Medicare ve Medicaid programları federal hükümetin sağlık harcamalarının en büyük kısmını oluşturmaktadır.⁹⁰

2.4.1.1. Medicare

Medicare, 65 yaş ve üzerindeyseniz veya geliriniz ne olursa olsun ciddi bir sakatlığınız varsa sağlık hizmet güvencesi sağlayan federal bir programdır.⁹¹

Medicare kendi içerisinde finansman yöntemlerine göre çeşitlenmektedir. Bu noktada sağlanan hizmetler arasında da bazı farklılıklar oluşmakla birlikte sınıflandırmalar A-B-C ve D teminat yapılarına göre şu şekilde değişkenlik göstermektedir;⁹²

Medicare A zorunluluk esasına dayalı prim ödeme şeklini içeren program olup, sosyal güvenlik vergileri ile sağlık giderlerine ait mali yükümlülükler karşılır. Kapsadığı teminatlar; 90 güne kadar olan yatılı tedaviler, 3 günden fazla hastanede kalındığı durumdaki giderler, 100 ziyarete kadar evde bakım hizmeti, yatılı psikiyatri tedavisi gibi hizmetlerden oluşmaktadır.

Medicare B daha çok gönüllük esasına dayandığından dolayı ek hizmetleri içeren sağlık giderlerini, ek prim karşılığında sağlayan programdır. Kapsadığı ek teminatlar; fizik tedavi, tıbbi gereçler, ayakta tedavi hizmetleri ve laboratuvar hizmetlerinden oluşmaktadır.

Medicare C, diş bakımı ve protezleri, göz muayene ve gözlük teminatları gibi özel kapsamlı planlarını içerirken, Medicare D ise, Medicare sisteminin ana kurgusuna uygun herkes için geçerli olan reçeteli ilaç programıdır. Medikal ilaçların, giderek artan ihtiyaçlarla maliyetinin yükseldiği ve sağlık harcamaları içerisinde yükselen bir eğilimde olduğu düşünüldüğünde, programın hitap ettiği kitle de geniş tutulmuştur.

⁹⁰ Medicare and Medicaid, <https://www.inc.com/encyclopedia/medicare-and-medicaid.html>, (28 Temmuz 2018)

⁹¹ Differences between Medicare and Medicaid, <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-coverage-overview/differences-between-medicare-and-medicaid>, (28 Temmuz 2018)

⁹² Medicare and Medicaid, <https://www.inc.com/encyclopedia/medicare-and-medicaid.html>, (28 Temmuz 2018)

Medicare A için oluşturulan finansman yönetiminde, sigortalı, işveren ve devletin ortak katkısı yer almakta olup bu sistem sigorta örneği olarak varlığını sürdürmektedir. Kendi adına çalışan kişiler belirli oranlarda prime katılım sağlarken, devletin katkısı 65 yaş üzeri kişiler ile engelli bireyler için sunulmaktadır. Medicare B’de ise, işverenlerden ek bir katılım alınmadan, yalnızca sigortalının karşıladığı ek primlerle finansman sağlanmaktadır.⁹³

2017 yılında Medicare’ın B kısmı için belirlenen standart prim 134 dolar iken, gelire bağlı olarak brüt geliri belirli bir eşiği aşan B kısmı faydalanıcılar için 187 dolar ile 428 dolar arasında değişen ek ücretlerde söz konusudur. Medicare’ın D kısmı için aylık net ücret 35,63 dolar olup yine brüt gelirin belirli bir eşiği aşması durumunda 13 dolar ile 76 dolar arasında ek prim ödenmesi durumu vardır. Medicare D reçeteli ilaç teminatı sağladığından devletin bu alana katkısı D bölümü ödemelerinin %12’sini karşılayacak düzeydedir.⁹⁴

Medicare, hükümetin genel bütçe vasıtası ile hizmetin satın alınmasını içermekte olup tıbbi masrafların %80’inini karşılarken, kalan %20’lik kısım için isteğe bağlı olarak özel sigorta şirketleri aracılığı ile “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” satın alınabilmektedir. Özel Sigorta dışındaki diğer yöntem ise cepten yapılan harcamalardır ki bu durum yüksek sağlık hizmeti maliyetleri nedeniyle çokta tercih edilen bir yöntem değildir.⁹⁵

Medicare’in mevcut fon rezervleri 2016 yılı sonunda 31 milyar dolar artarak toplamda 295 milyar dolara yükselmiştir.⁹⁶

2.4.1.2. Medicaid

Medicaid kullanıcıları arasında, yetişkin, çocuk ve ailelerin yanı sıra düşük gelire sahip veya hiç geliri olmayan kişiler ile birlikte kamu yardımı alan kişiler ve engelliler bulunmaktadır. Medicaid programı ile yatarak ve ayakta tedaviler, doktor ve

⁹³ BOSTANCI, a.g.t., s.115-116

⁹⁴ Social Security and Medicare Boards of Trustees, **Status of the Social Security and Medicare Programs A Summary of the 2017 Annual Reports**, 2017, p.13-14

⁹⁵ Arzu KURŞUN ve Cemil BAKICI, “Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İnsan Hakları Yılığ**, Cilt:32, 2014, s.91

⁹⁶ Social Security and Medicare Boards of Trustees, a.g.e., p.1

hemşire gibi sağlık personeli hizmeti, evde bakım ve özel hemşirelik, aşılama gibi koruyucu ve tedavi ettirici sağlık hizmetleri yardım amacı ile sunulmaktadır. Medicaid, devletin yoksullara karşı sağlamış olduğu sağlık hizmetlerini içerdiğinden dolayı sigorta olmaktan daha çok ihtiyaç durumunda olan bireylere karşı destek programı olarak ifade edilebilir.⁹⁷ Engellilerin ve nitelikli beslenemeyen hayat standartları düşük olan yoksul kişilerin bu grupta yer aldığı düşünüldüğünde risk profili yüksek kişiler olması nedeniyle sağlık giderleri de artmaktadır. Bu giderler, ABD'nin sosyal devlet anlayışı sergilediği en kapsamlı sağlık yardımı hizmeti olan Medicaid ile finanse edilmektedir.

Medicaid sistemi Medicare'den farklı olarak eyaletlerce yönetilmekte olup federal kurallar çerçevesinde sigortalıların programa katılım koşulları eyaletlerce belirlenmekte ayrıca eyaletin kişi başı yıllık gelir düzeyine göre sistem fonlarının %20'si ile %50'si arasında kalan kısmı için eyalet tarafından güvence sağlanması gerekmektedir.⁹⁸ Eyaletlere aktarılan fonlar federal hükümet tarafından finanse edilmekte olup Medicaid programının kapsadığı tamamlayıcı güvenlik geliri programı yaşlılar, körler ve sağırılar için geçimin sağlanması adına en düşük düzeyde gelir güvencesi sunmaktadır.⁹⁹

2012 yılında Medicaid tarafından teminat altına alınan insan sayısı 50,9 milyonu Medicare tarafından kapsama alınan insan sayısı ise 48,9 milyonu bulmuştur. Oransal olarak bakıldığında Medicaid programı nüfusun %16,4'üne Medicare programı ise yine nüfusun %15,7'ine ulaşmıştır.¹⁰⁰

ABD'nin dünya ekonomisi üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, sağlık harcamalarında devletin etkinliğinin daha fazla olacağı düşünülebilir ancak ABD vatandaşlarına, sağlık finansman modeli itibarıyla, ekonomik düzeyi yaklaşık bir gösterge sağlaması açısından Avrupa devletleri ile kıyaslandığında, bu ülkelerden farklı olarak özel sağlık sigortaları ağırlıklı sağlık hizmeti sunmaktadır. Her ne kadar

⁹⁷ Medicare and Medicaid, <https://www.inc.com/encyclopedia/medicare-and-medicaid.html>, (28 Temmuz 2018)

⁹⁸ STIGLITZ, a.g.e., s.346

⁹⁹ Özlem ÖZER ve Fatih ŞANTAS, "Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı", **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt:3, Sayı:2, Nisan 2012, s.101

¹⁰⁰ Carmen DENAVAS-WALT, Bernadette D. PROCTOR and Jessica C. SMITH, "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012", **Current Population Reports**, Washington, U.S. Government Printing Office, September 2013, p.25

Medicare ve Medicaid programı ile devletin sağlık sistemindeki rolü etkin kılınmaya çalışılsa da ülkede eğitim hayatını tamamlamış ve anne babası üzerinden sigortası düşen 19 yaş üzeri birçok genç bulunmaktadır.

ABD ağırlıklı olarak özel sağlık sigortalarını ön planda tutan ülkeler arasında ilk sırada gelmektedir. ABD vatandaşlarının primlerini ödeyip de özel sağlık sigortasına sahip olması durumunda, alabileceği sağlık hizmeti kalitesi çoğu ülkeden iyidir. ABD sağlık teknolojisi ve uzun süreli tedavi branşlarında dünya sıralamasında üst basamaklarda yer almaktadır. Sağlık sisteminde, özel sağlık sigortaları, devletin sunmuş olduğu sağlık hizmetlerini tamamlayıcı bir nitelik taşımaktan öte başlı başına sağlık finansmanının temelini oluşturan özel sağlık hizmetlerinden oluşmaktadır.

Hükümetin sağlık programları ile kapsama alınan insanların yüzdesi, 2012 yılında %32,6'ya yükselmiştir. Devlet sağlık programları ile kapsanan kişi sayısı, 2011'de 99,5 milyon iken 2012'de 101,5 milyona çıkmıştır. Özel sağlık sigortası kapsamında olan insanlar, 2012 yılında, istatistiksel olarak 2011 yılına göre farklılık göstermemekle birlikte nüfusun %63,9'idi. Bu oran ile özel sağlık sigortası kapsamına alınan sigortalı sayısı 198,8 milyona yükselmiştir.¹⁰¹

ABD'de bireylerin sahip olduğu sağlık güvenceleri neticesinde, ülkede yapılan sağlık harcamalarının, sağlık sigorta şirketlerine ve devlete olan maliyetlerinin de incelenmesi gerekmektedir.

ABD'de sağlık harcamalarının yalnızca %46'sı kamu gücü ile karşılanmaktadır. OECD ülkelerinin kamu kaynaklı sağlık harcamalarındaki %73'lük oranı dikkate alındığında, ABD kamu sağlık harcamalarının sağlık giderlerindeki payı oldukça düşüktür. Başka bir yönüyle ise ABD'de toplam sağlık harcamalarının %37'si özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır ve bu oran OECD ülkelerindeki en yüksek payı ifade etmektedir. Ayrıca hiç bir sağlık güvencesi olmayan nüfus toplam nüfusun yaklaşık %15'ini oluşturmaktadır.¹⁰²

¹⁰¹ DENAVAS-WALT, BERNADETTE and SMITH, a.g.e., p.25

¹⁰² KOÇAK, a.g.m., s.71

OECD verilerine göre sağlık harcamalarının ABD’de GSYİH içerisindeki payı %16,4’tür. OECD ülkelerinin sağlık harcamalarının, GSYİH içerisindeki payının ortalama %9’ları bulduğu düşünülürken, ABD’nin sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payının oldukça yüksek olduğunu söylemek mümkündür.¹⁰³

Bu oranın yüksek olmasına sebep olacak etkenler düşünülürken, devletin sağlık finansmanına katkısının diğer ülkelerden daha az olduğu dikkate alınır, özel sağlık sigortalarının ve bununla paralel olarak, özel hastane kullanımının sağlık hizmeti sunumuna maliyetinin daha yüksek olduğu öngörülebilir. Ancak bu durum tek başına bir anlam ifade etmeyeceğinden dolayı ülkede gerçekleşen sağlık enflasyonu da dikkate alınmalıdır. Haziran 2018 verileri incelendiğinde ABD’de sağlık enflasyonu %2,46 olarak belirlenmiştir.¹⁰⁴

ABD’de, devletin hizmet sunumunu gerçekleştirdiği sağlık giderleri için eyaletler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Ancak genel durumda devletin sunmuş olduğu sağlık hizmeti yetersiz olduğundan dolayı, bireyler ağırlıklı olarak tamamlayıcı ya da daha kapsamlı özel sağlık sigortalarını tercih etmektedir. Bu durum özel sigorta şirketlerinin piyasada aktif rol oynamasına, sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortaları aracılığı ile finanse edilmesini sağlamaktadır.

2.4.2. Almanya (Bismarck Modeli)

Zorunlu sosyal sigorta anlayışı, 1883 yılında Otto Van Bismarck’ın katkıları ile Almanya’da hayata geçirilmiştir. İlk aşamada düşük ücretli sanayi işçilerini ve sonraki yıllarda tüm nüfusu kapsamına almayı hedefleyen sistemi oluşturan temel yasaları, 1883 tarihli hastalık sigortası, 1884 tarihli iş kazaları sigortası ve 1889 tarihli sakatlık ve yaşlılık sigortası oluşturmaktadır.¹⁰⁵ Bismarck tarafından tasarlanan bu sistemin temel dayanağını, işçi ve işverenin, kamu otoritesi tarafından kurulan sosyal güvenlik sistemine yapmış oldukları finansal katkılar oluşturmaktadır. Bu katkılara sigorta primi adı verilmektedir. Sosyal kamu sigortacılığını oluşturan bu sistem, Alman

¹⁰³ OECD Sağlık İstatistikleri 2015, https://www.turksaglikksen.org.tr/oecd-saglik-istatistikleri-2015-yayinlandi_746.html, (29 Temmuz 2018)

¹⁰⁴ US Health Care Inflation Rate https://ycharts.com/indicators/us_health_care_inflation_rate, (29 Temmuz 2018)

¹⁰⁵ GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s.19

vatandaşlarının toplumsal dayanışmasının bir göstergesidir. Kamu aracılığı ile toplanan primler ile bir havuz fonu oluşturulmakta ve bu havuzdan ihtiyaç sahiplerine, sağlıklarını tehdit eden durumlara karşı güvence verilmektedir. Sağlık riskleri, kişisel olmaktan çok tüm toplumu ilgilendiren bir algılayış ile toplumsal dayanışmanın ve yardımlaşmanın bir sonucu olarak paylaşılmaktadır.¹⁰⁶

Bismarck yöntemi, iş kazaları neticesinde düzenli gelirden yoksun kalan bireylere gelir güvencesi sağlayan ilk sosyal güvenlik sistemi olmakla birlikte çalışan işçilerin ekonomik ve sağlık haklarının korumasını sağlayarak bireylerin refah düzeyinde kayıp yaşamasının önüne geçmiştir. Böylece devlet, işçi ve işveren arasında yasal bir ilişki söz konusu olmuştur.¹⁰⁷

Alman Devleti'nin denetiminde bulunmak suretiyle, işçi sendikaları ve meslek teşkilatları gibi kuruluşlar sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlık finansmanı için fonlar toplanmasında etkin rol oynamaktadırlar. Sendikalara üye olarak çalışan işçiler oluşturulan hastalık fonlarına katkıda bulunarak havuz sisteminin gelişmesinde ve tam olarak sosyal sağlık sisteminin etkin kılınmasında önemli bir paya sahiptir. Bismarck Modeli ile birlikte çalışan ve işverenlerden toplanan primler aracılığıyla işleyen Alman sosyal sağlık sigortacılığı, sağlık hizmetinin sunumu yapan kurumlar ile primlerin toplanmasını ve sağlık hizmeti sunan kurumlara tazminat ödemelerinin gerçekleştirilmesini sağlayan hizmet sunucusunu birbirinden ayırmıştır.¹⁰⁸

Kamu sektörü dışında, nüfus çoğunluğunun istihdam edildiği ve düşük gelirin olduğu bir ortamda, bordro vergileri büyük bir fon kaynağı olamayacaktır. İlk olarak Almanya'da uygulanan bu sistemin kendine özgü olumlu ve olumsuz tarafları bulunmaktadır. Sistemin zorunlu olmasından kaynaklı olarak, havuzda toplanan primler, çalışan kişilerin maaşlarından yapılan kesintiler ile karşılanmaktadır. İşverenlerin ve çalışanların finansmanını sağladığı sistemde, kayıt dışı istihdamın veya çalışmayan kişilerin sisteme prim tahsilatı açısından olumsuz bir etkide bulunduğunu söyleyebiliriz.

¹⁰⁶ ÇELİKAY ve GÜMÜŞ, **a.g.m.**, s.193-194

¹⁰⁷ Ayten DAVUTOĞLU, "Refah Devletinin Kurucu Belgelerinde Kadının Adı Yok: Beveridge Raporu'nun Cinsiyetçi Karakteri", **VIII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyumu**, Kocaeli, Aralık 2016, cilt:1, s.147

¹⁰⁸ Haluk ÖZSARI, "Sürdürülebilirlik, Güçler Ayrılığı ve Üniversite Hastaneleri", **İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt:76, Sayı:1, 2013, s.5

Bu noktada sisteme katkısı bulanacak kişilerden tahsil edilecek olan primlerin aktüeryal çalışmalar ile sistemin işleyişini uzun vadede sürdürecektir şekilde hesaplanması gerekmektedir.¹⁰⁹

Almanya’da başta aşı gibi önleyici ve koruyucu sağlık uygulamaları olmak üzere, doktor muayene, laboratuvar, diş muayene, hastane tedavi, protez giderleri için %50 oranında katkı, evde bakım hizmeti gibi tedaviye yönelik teminatlar hastalık sigortasının kapsamında sigortalılara sunulmaktadır. Gelir düzeyi düşük sigortalılar ve çocuklar hariç sigortalı tarafından karşılanacak katılım payı ve evde bakım hizmetinin sunulduğu tedavilerde gün sınırı gibi uygulamalar mevcuttur.¹¹⁰ Katılım payı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumlu olan aile hekimi adı verilen ve genellikle kendi muayenehanelerinde hizmet sunan pratisyen hekimlerin hastayı sevk etmediği durumlarda geçerlidir. Pratisyen hekimler uygunluk vererek hastaları branş uzmanına sevk edebilmektedir. Hastalar, branş uzmanına muayene olmak zorunda olup doğrudan hastaneye başvurmaları durumunda giderleri kendileri karşılamakla yükümlüdürler. Hastaneler altyapı hizmeti devlet tarafından sağlanan ancak cari harcamalarını sigorta şirketleri üzerinden kazandıkları gelirler ile yöneten kamudan bağımsız kurumlar olduklarından dolayı, hastalardan elde edilen katılım payı harcamaları da hastaneler için gelir kalemidir.¹¹¹

Almanya’da özel sağlık sigortaları, tamamlayıcı, destekleyici ve ikame edici yönleri ile ön plana çıkmış olup, tamamlayıcı ve destekleyici sigortalar kamunun karşılamadığı teminatlar ve ek ücret talepleri için kendine uygulama alanı bulurken, ikame edici sigortalar ise özellikle sosyal sağlık sigortasından ayrılan gelir seviyesi yüksek kişiler için uygulanan sigortaları kapsamaktadır.¹¹²

¹⁰⁹ Joseph KUTZIN et al., “Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan”, **Bulletin of the World Health Organization**, Volume:87, Number:7, 5 May 2009, p.552

¹¹⁰ BOSTANCI, a.g.t., s.99-101

¹¹¹ Paşa GÖKTAŞ, “Almanya ve Fransa Sağlık Sistemlerinden Yararlanılarak Sağlık Alanında Türkiye’de Nasıl Bir Yol İzlenmelidir?”, <https://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasil-yararlanilabilir-6966.htm>, (3 Eylül 2018)

¹¹² Meltem BALKANLI, “Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları”, (**Yüksek Lisans Tezi**, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sigortacılık ve Risk Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2017), s.51

Alman nüfusunun 2016 yılı verileri dikkate alındığında, ortalama yaşam süresi 81,4 iken yaş ortalaması ise 46,2 olarak ölçülmüştür.¹¹³ Sağlık sisteminin finansman yöntemi olarak, Almanya'nın uyguladığı prim tahsilatı, ülke nüfusunun yaş verileri dikkate alındığında, uzun vadede sağlık hizmeti giderlerini karşılarken, maliyetlerde yaşanacak artışlara bağlı olarak, sistem sürekliliğinin sağlanması için tamamlayıcı sağlık sigortaları gibi alternatif arayışlara girmek ve özel sağlık harcamalarının payını arttırmak durumunda kalabilecektir.

Tüm sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta anlayışı ile karşılanmasının mümkün olmadığı düşünüldüğünde, Almanya'da belirli bir düzeyde gelire sahip olan kişiler, istemeleri halinde zorunlu kamu sağlık sigortası dışında kalarak, özel sigorta yolu ile kamunun karşıladığı hizmetleri tamamlayan temel teminat paketi satın alabilmekte veya bu teminat paketini genişletme fırsatına sahip olabilmektedirler. Ancak kişiler sosyal sağlık sigortasından ayrılmaları durumunda, belirli yaş ölçütleri, sosyal sigortanın kapsam dışı bırakılabileceği gelir düzeyindeki artışlar ile kişinin gelir kaybı yaşaması gibi durumlar hariç, sosyal sigortaya dönüş yapamamaktadırlar. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortalarına geçmeleri durumun da sosyal sigortalarında kalmayı da tercih edebilirler.¹¹⁴

Yaşlanan nüfus ile birlikte uzun süreli tedavi hizmetlerinin karşılanabilmesi ve zorunlu sosyal sigorta için toplanan fonların bu tedavi hizmetlerinde erimemesi için gerçekleştirilen sağlık reformları ile ülke vatandaşları uzun süreli bakım sigortasına sahip olmak zorundadırlar. İlerleyen yaşlarda ihtiyaç duyulan evde bakım hizmeti gibi yaşlılar için sağlık koşullarını iyileştiren ve kolaylık sağlayan teminatlar, tamamlayıcı sağlık paketleri ile birlikte alınabilmektedir. Primleri sigortalılar tarafından karşılanan, uzun süreli tamamlayıcı sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için Alman prim hesaplama yönetmeliğine göre beklenen ve gerçekleşen tazminat tutarı arasında %10'dan fazla sapma olması durumunda, sigorta şirketleri poliçelerin yaş ve cinsiyete bağlı prim ayarlamasını tekrardan düzenleyebilmektedir.¹¹⁵ Özel sigortaların

¹¹³ Almanya Nüfus Verileri, <http://nufus.mobi/dunya/nufus/almanya>, (4 Ağustos 2018)

¹¹⁴ Busse REINHARD and Blümel MIRIAM, "Germany: Health System Review", **Health Systems in Transition**, 2014, Vol:16, No:2, 2014, p.138

¹¹⁵ Kemal YAMAN, "Alman Özel Sağlık Sigorta Sektöründe Değişen Dış Etkenleri Önleyici Mekanizmalar", **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Cilt:43, Sayı:1, s.189

prim düzeyleri artabileceği için sosyal sigortalarda kalmanın bir diğer kazanımı ortaya çıkmaktadır.

Almanya’da toplam nüfusun %74’ünü oluşturan kesim zorunlu sigortaya dahildir. %6’lık bölüm yasal nedenlerle kapsam dışı tutulmuştur. Almanya’da belirli bir değerin üstünde gelire sahip kişiler, talep etmeleri halinde zorunlu sigortadan çıkabilme hakkına sahip kişiler, toplam nüfusun %18’lik kısmını oluşturmaktadır. Zorunlu sigortadan çıkabilecek yetkinliğe sahip kişilerin %14’ü temsil eden kesimi sosyal güvenlik sistemi içerisinde kalmıştır. Kalan kesim ise zorunlu sigortadan serbest olarak çıkmış ve yalnızca özel sağlık sigortasında kalma hakkını kullanmıştır.¹¹⁶

Belirtildiği üzere yalnızca %4 gibi az bir kesim zorunlu sosyal sağlık sigortasından ayrılmıştır ki bunun nedeni sosyal sigortanın kapsamına dahil olabilmenin koşullara bağlanmasından kaynaklanmaktadır. Bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortasına ilgi göstermelerindeki ana neden ise, sahip oldukları temel teminat paketlerini genişletme ve gelir düzeyleri itibarıyla daha kapsayıcı bir sağlık teminatına sahip olma isteğidir. Temel teminat paketleri Bismarck sistemi içerisinde yasalar aracılığı ile belirlenmiş olsa da maliyet etkisi gözetilerek teminatlarda kısıtlamalar yapılabilir. Bu durum tamamlayıcı sağlık poliçelerine olan gereksinimin artmasına sebep olacaktır. Ancak Almanya yeterlilik düzeyi itibarıyla vatandaşlarına geniş sağlık hizmetleri sunduğundan dolayı ikame edici özel sağlık sigortalarının toplam sigortalılık içerisindeki payı oldukça düşüktür.

Özel sağlık sigortalarının tercih edilmesindeki temel sebepler; ilaç hizmetinde uygulanan katılım payının, ek teminat olarak sunulan diş ve göz sağlık paketlerinin, ileri tanı yöntemlerine ait tedavilerin ve daha konforlu otelcilik hizmetinin karşılanmasıdır. Ancak özel sağlık sigortacılığının getirmiş olduğu kişisel risk değerlendirme ve geçmişten gelen rahatsızlıkların kapsam dışı bırakıldığı durumlar düşünüldüğünde, zorunlu sosyal sigortada böyle bir uygulamanın olmadığı ve herhangi bir muafiyet uygulanmadığının da ayrıca değerlendirilmesi sonucu, kişilerin hem kamu hem özel sağlık güvencesine sahip olmasının getirisi önem kazanmaktadır.

¹¹⁶ TATAR, a.g.m., s.119

Sağlık harcamaları, 2011 yılında OECD ülkeleri genelinde GSYİH'nin %9,3'ünü oluşturmaktadır. Sermaye harcamaları hariç tutulduğunda ise bu oran 2011 yılı için %8,9 olmuştur.¹¹⁷ Almanya ise sağlık harcamalarına önemli miktarda yatırım yapmakta olup 2012 yılında gerçekleştirilen sağlık harcaması yaklaşık 301 milyar Euro bir başka ifadeyle GSYİH'nin %11,4'ü (AB ülkeleri arasındaki en yüksek oranlardan biri) olarak kayda geçmiştir.¹¹⁸ Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında Almanya'nın sağlık harcamalarının, GSYİH içerisindeki payı %11,2 ve kişi başı sağlık harcaması ise 4.592\$ olarak belirlenmiştir.¹¹⁹

OECD ülkeleri ve Avrupa ülkeleri baz alındığında, Almanya sağlık hizmetine önem veren ve sağlık harcamaları yüksek olan bir ülke olarak göze çarpmaktadır. Buradaki temel etkenlerin başında ise ülkenin sahip olduğu Bismarck sisteminden söz etmek mümkündür.

2012 yılında genel sağlık harcamalarının %57,4'lük payına ek olarak, sosyal sigortaların diğer sağlık harcamaları; hükümet kaynakları ile %4,8, uzun süreli sigorta ile %7,7, iş kazalarına yönelik hastane masrafları için %1,6 ve ek rehabilitasyon harcamaları için %1,4 olmak üzere, kamu kaynakları ile karşılanan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamalarının %72,9'unu oluşturmuştur. Özel kaynaklar ise toplam harcamaların %27,1'i iken cepten yapılan hane halkı harcamaları bu oranın %13,5'ini oluşturmuştur.¹²⁰

Yine yayımlanan OECD 2013 raporuna göre hazırlanan veriler dikkate alındığında Almanya'nın sağlık harcamalarının %76'sını kamu harcamaları oluştururken, %24'lük kısmı ise cepten yapılan harcamalarda dahil olmak üzere özel sağlık harcamaları oluşturmaktadır.¹²¹ Cepten yapılan harcamaların payı azalırken, kamu ve özel sigorta harcamalarında artışlar meydana gelmektedir.

¹¹⁷ OECD, **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, OECD Publishing, 2013, p.157

¹¹⁸ REINHARD and MIRIAM, **a.g.e.**, Executive Summary

¹¹⁹ World Health Organization, **World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs**, Sustainable Development Goals, Luxembourg, p.62

¹²⁰ REINHARD and MIRIAM, **a.g.e.**, p.115

¹²¹ OECD, **a.g.e.**, 2013, p.159

Almanya güçlü ekonomisi ile yıllardır süregelen Bismarck sisteminin sağlık bütünlüğünü başarılı bir şekilde uygulamaktadır. Ancak ortalama yaşam süresinin yükselmesiyle giderek yaşlanan nüfusun ve emekli olarak üretimde katkısı azalan kitlenin varlığı düşünüldüğünde, sağlıkta gelişen teknoloji ile birlikte maliyetlerinde katlandığını bu parametrelere dahil edersek, Almanya’da ilerleyen yıllarda özel sağlık sigortaları içerisinde tamamlayıcı sağlık sigortalarının etkisini arttıracığını söyleyebiliriz.

2.4.3. İngiltere (Beveridge Modeli)

Sosyal güvenlik sistemleri niteliğiyle, iki ana model olarak kabul görmüş olan uygulamalardan biri de Beveridge modelidir. Almanya’nın Bismarck modelinden farklı olarak bu model, mesleki teşkilatlanmanın dikkate alınmaksızın sağlık hizmetlerinin vergiler ile finanse edilerek, tüm ülke vatandaşları için geçerli olmasını esas almaktadır. Devletin kontrolü altında yürütülen sistem kamuya büyük sorumluluklar yüklemektedir. Model adını İngiltere Parlamentosu’nda milletvekili olarak görev yapan ve sosyal güvenlik sistemi üzerinde geliştirmeler yapılması adına sorumluluk verilerek bu konuda rapor sunan W. Beveridge’den almaktadır. Beveridge’in hazırlamış olduğu rapor ülkenin sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin günümüzde de geçerli olmak üzere temelini oluşturmaktadır. İngiltere temelli uygulanan bu model birçok Avrupa ülkesinin sağlık sistemini oluşturmaktadır.¹²²

Beveridge modeli 1942 yılında İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra Birleşik Krallık vatandaşları arasındaki sosyal ve ekonomik eşitsizlikleri, sosyal sigorta yardımı aracılığıyla düzeltmek ve vergi gelirleri ile sistemi finanse ederek, mümkün oldukça gelirin yeniden dağılmasını sağlayarak sistemi geçerli kılmayı amaçlamıştır. Beveridge planı sadece İngiliz yasalarını düzenlememiş aynı zamanda içinde bulunduğumuz dönem dikkate alınırca, Danimarka, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Yunanistan gibi ülkelerinde sağlık hizmet yöntemlerinde ve finansmanında temel oluşturmuştur. Asıl amaç vergiler aracılığıyla sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin karşılanmasıdır. Vergiler ile oluşturulan bütçe sayesinde, sağlık hizmetlerinde önceden belirlenen katılım payları dışında ek bir ücretlendirme yapılmadan, İngiltere vatandaşları, İngiltere’de yasal olarak

¹²² GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s.21

bulunan ve çalışan kişiler sağlık hizmeti alma hakkını elde etmişlerdir. Doktor ve diğer sağlık personelleri için hizmet karşılığı maaş veya kişi başı ödeme, kurumlara ise hükümet tarafından belirlenen bütçeden ayrılan paylar ile ödeme yapılmaktadır.¹²³

Beveridge'in ortaya koymuş olduğu çalışma, yalnızca vergiler aracılığı ile sağlık finansmanın sağlanması sonucu ek bir prim alınmaması temeline dayanır. Bu temelin asıl amaçları ise tüm vatandaşların sosyal güvenceye sahip olması, sağlık hizmetleri kapsamının ve organizasyonunun oluşturulması üzerine kurgulanmıştır. Kurgulanmış olan bu model neticesinde sosyal güvenliğin ve sağlık harcamalarının üstlenilmesi hedeflenmiştir. Bu harcamaların paylaşımı, %66,5'i devlet tarafından olmak üzere, %11,5'i bölgesel yönetimler tarafından alınan vergiler aracılığı ile kalan kısmının ise %15'lik dilimi işçi ve işverenin sigorta finansmanına katılımı sayesinde gerçekleşmektedir. Geriye kalan %7'lik payı oluşturan kısım, vatandaşlar tarafından ödenen tutarları ifade etmekte olup bu tutarlar gözlük ve tıbbi malzeme gibi giderlerden oluşmaktadır.¹²⁴

İşçi ve işverenin katkıları ile finansmanı sağlanan primli sistem ulusal sağlık sigortasını oluşturmakta olup bu hizmetin yönelmiş olduğu kesim ise hastalık dönemi içerisinde parasal yardım alan kişilerden oluşmaktadır. Bu yardımlardan faydalanabilmek için, sigortalıların prim ödemesi gerekirken devletin katkısı NHS ile sağlık yardımı sağlandığından dolayı, parasal yardımlarda daha düşüktür.¹²⁵

Primsiz sistem olan vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri (NHS) yapısı, temel teminat paketlerine ek olarak çoğu ülkenin kapsam dışı tuttuğu veya kısmi katılım sağladığı, özel sağlık poliçelerinde ek teminat olarak karşımıza çıkan, maliyeti yüksek olan diş ve göz hastalıklarına karşı koruma sağlayan yardım kuruluşudur. Bu kuruluşa destek ise toplanan vergiler aracılığı ile gerçekleşmekte olup NHS yapısı ve teşkilatlanması gibi yönleri ile İngiltere için önemli, küresel sağlık sistemi için ise örnek bir kuruluştur.¹²⁶

¹²³ TATAR, **a.g.m.**, s.110

¹²⁴ DUYUK, **a.g.t.**, s.40

¹²⁵ AKDUR, **a.g.e.**, s.48

¹²⁶ ORAL, **a.g.m.**, s.69

NHS uygulaması ile tüm sağlık harcamaları, tüm vatandaşlar için genel vergilerle karşılanmak suretiyle ücretsiz olarak sağlandığı için oluşan maliyetin karşılanabilmesi adına ülke sağlık sistemine sevk sistemi zorunluluğu getirilmiştir.

İngiltere’de NHS tarafından finanse edilen temel sağlık bakım hizmeti çeşitli şekillerde gerçekleştirilmektedir. Genel tıbbi ihtiyaçlar için ilk temas noktası genellikle serbest olarak çalışan pratisyen hekimlerdir. Birinci basamak sağlık hizmetlerini pratisyen hekimler ve NHS’ye bağlı dış hekimleri, optikçiler ve eczaneler içermektedir. Sevk sistemi ile ilk aşamada birinci dereceden sağlık hizmeti sunucusu olan pratisyen hekimler aracılığı ile sağlanmaktadır. Hastalığın durumuna göre gerekli görülmesi halinde, pratisyen hekimin uygun bulması ile ikinci basamak sağlık hizmeti sunucu olan uzman doktora sevk gerçekleşmektedir. Uzman doktorlar devlete ait hastanelerde maaşlı olarak çalışmakta ayrıca özel sigorta ile finanse edilen hastalar üzerinden de gelir elde etmektedir. Bu aşamada kişinin direkt olarak uzman doktora gitmesi söz konusu olursa, tedavi masrafları kişi tarafından karşılanmakta ve devletin, sağlık hizmetinin sunumuna olan sosyal yardım anlayışı, sistemin devamlılığını sağlayabilmek için ortadan kalkmaktadır. Son olarak üçüncü basamak sağlık hizmetlerini ise araştırma ve özel branşları içeren eğitim hastaneleri oluşturmaktadır.¹²⁷

Bu noktada amaç sevk sistemi uygulaması sayesinde pratisyen hekim aracılığıyla başlayan sağlık sisteminde maliyetleri olabildiğince aza indirmek ve sigortalıların gereksiz sağlık harcamalarının önüne geçilmesini sağlamaktır. Sevk kurgusu, sistem sürdürülebilirliğinin sağlanması ve vergi oranlarının arttırılmaması için sigortalı tarafından karşılanan makul katılım payları ile yönetilmektedir.

Hastaların özel sigortalar veya ceplerinden yapmış oldukları harcamaları şu şekilde sıralayabiliriz;¹²⁸

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinden pratisyen hekimin sevki olmaksızın uzman doktora başvurulması,
- Yatarak tedavilerde kapsamlı otelecilik hizmetlerine yönelik talepler,

¹²⁷ Sean BOYLE, “United Kingdom (England): Health system review” **Health Systems in Transition**, 2011, Vol:13, No:1, 2011, p.23

¹²⁸ BOSTANCI, a.g.t., s.74

- 18 yaş üzeri sigortalıların diş tedavilerinde belirli oranlarda alınan katılımlar,
- Reçete başına ilaç masraflarında belirli oranların aşılması durumu için yapılan harcamalar,
- Emekli bireylerin hastanedeki yatılı tedavilerinde, 8 haftayı aşan süreler için maaşlarından yapılan kesintiler ve
- Gözlük, suni uzuv malzemeleri, ortez ve protezler gibi maliyetler.

Bismarck modelinde uygulandığı gibi sigortalıların belirli bir düzeyin üzerinde gelire sahip olması durumunda kişilerin isteği doğrultusunda NHS'nin kapsamından çıkması uygun bulunmuştur. Ancak bu kişilerin zaten NHS için vergi yöntemi ile prim ödediği düşünüldüğünde, isteğe bağlı uygulanan bu durumun yersiz olduğu kanısına varılabilir. Bu noktada ülke sağlık sisteminde özel sağlık sigortacılığına olan eğilim neticesinde kişilerin büyük çoğunluğunun NHS kapsamından ayrılmayı tercih etmediği görülmektedir.

Devlet dış ve göz teminatları dahil, NHS ile birlikte kişilerin tüm sağlık harcamalarının finansmanında öncülük etmiş olsa dahi kişiler psikiyatri ve uzun süreli sağlık bakımını içeren tedaviler için tamamlayıcı sağlık sigortalarına başvurabilmektedir. Kişi sağlığının korunması ve iyileştirilmesi konusu, Beveridge'e göre hem devletin hem kişinin kendisinin sorumluluğudur. Devlet otoritesi kişiye en uygun düzeyde sağlık hizmeti vermekle yükümlü olduğu gibi kişi dilerse daha geniş sağlık hizmetine erişmekte serbesttir.¹²⁹

İngiltere özel sağlık sigortaları kapsam alanlarına göre tüm tedaviler akut bakımları içermek koşuluyla, kapsamlı, standart ve bütçeye uygun olmak üzere genellikle üç şekilde sınıflandırılmaktadır. Kapsamlı poliçeler fiyatları yüksek olmasına rağmen, psikiyatrik tedavi, diş ve göz tedavileri ile gözlük teminatı, hamilelik ve doğumdan kaynaklanan komplikasyonlar ve özel ambulans hizmeti gibi teminatları bulundurmaktadır. Standart tedaviler temel avantajların ötesinde daha düşük faydalar sağlayan, kapsamlı poliçelere oranla daha ucuz, kapsamlı hastane sayısı ve teminat

¹²⁹ P. MUSGROVE, "Health insurance: the influence of the Beveridge Report", **Bulletin of the World Health Organization**, Vol:78, No:6, 2000, p.846

limitleri daha düşük olan poliçelerdir. Bütçe poliçeler ise, hastane seçimi dar, genellikle yatılı tedavi teminatlarını içeren ve tedavi süreleri kısıtlı olan teminat yapılarına sahiptir.¹³⁰

Kamunun sunduğu hizmetlere karşılık memnuniyet düzeyleri düşük olan bireyler, özel olarak finanse edilen sağlık hizmetlerini ödemeye istekli olduklarından, alternatif sağlık hizmeti olan tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönelerek, kamunun karşılamadığı veya kısmen karşıladığı sağlık hizmetlerine erişimi gerçekleştirebilirler. İngiltere kamu sağlık hizmeti gelişmiş olmasına rağmen, Avrupa ülkeleri içerisinde tamamlayıcı sağlık sigortalarına en çok eğilim gösteren ülkelerdendir.¹³¹

İngiltere’de hastaneler kamuya bağlı olarak hizmet verdiklerinden ve bu hizmetin alt yapısını devlet sağladığından dolayı, kamunun yükünü hafifletmek için 1997 yılından beri özel sektöre tesis inşa etme ve 30 yıl işletme hakkı tanınmaya başlanmıştır. Böylece özel sağlık kuruluşları ve özel sağlık sigorta şirketlerinin etkinliği artırılmaya çalışılmaktadır. Özel sigortanın toplam sağlık harcamalarına katkısı, kamu harcamalarına kıyasla çok düşüktür. OECD rakamlarına göre 2008 yılında İngiltere kamu harcamaları toplamda 103,6 milyar £ veya toplam harcamaların %83’ü civarında iken, özel sigortaların katkısı 3,6 milyar £ veya toplam harcamaların %2,9’unu oluşturmaktaydı.¹³²

OECD istatistiklerine göre İngiltere’nin sağlık harcamalarındaki paylar dikkate alındığında, 2014 yılı itibarıyla NHS hizmetlerinin katkısıyla kamu sağlık harcamaları %90 düzeyindedir. Özel sağlık sigortalarının ve cepten harcamaların oranı ise %10’dur. İngiltere OECD ülkeleri içerisinde kamu sağlık harcamalarında üst sıralarda yer almaktadır.¹³³

Özel sağlık sigortalarına olan ilginin ilerleyen dönemde artış göstermesi olağandır. Ülkenin sağlık yükü vergilerle de olsa ağırlıklı olarak kamu tarafından

¹³⁰ Thomas FOUBISTER et al., **Private Medical Insurance in the United Kingdom**, Copenhagen, World Health Organization, 2006, p.24-25

¹³¹ FOUBISTER et al., **a.g.e.**, p.4

¹³² BOYLE, **a.g.m.**, p.28-89

¹³³ Serpil UZUN, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015), s.17

karşılandığından, hastanın sağlık durumuna dair teşhisin konulmasından sonra, hastanın tedavisini almaya başladığı güne kadar ki olan süreç olarak bekleme sürelerinde artışlar yaşanmaktadır. Bu durumda hastalar, erken tedavi alabilmek için bekleme süresi daha kısa olan özel sağlık sigortaları ile alternatif sağlık güvencesine başvurmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında İngiltere'nin sağlık harcamalarının, GSYİH içerisindeki payı %9,9 ve kişi başı sağlık harcaması ise 4.356\$ olarak belirlenmiştir.¹³⁴

NHS, vergi ile finanse edilen bir halk sağlığı sigortası olan katkı temelli Beveridge Modeli örneği olarak meslek grubundan bağımsız bir sosyal sağlık sigortacılığı sergilemektedir.

2.4.4. Fransa

Fransa, sosyal risklerin zorunlu sigorta yöntemi ile finansmanının karşılanmasını sağlayan ülkelerin başında gelmektedir. İlk olarak hizmet akdi ile belirli bir işverene bağlı çalışan kişiler arasından, ücretleri belirli bir düzeyin altında kalanlar için başta hastalık olmak üzere sakatlık, analık, yaşlılık ve ölüm gibi risklere karşı güvence sağlanmıştır. Primlerin işveren ve işçi tarafından karşılandığı, kamunun müdahalesiyle oluşturulan sosyal sigorta sandıkları ile zorunlu sosyal sigortalar sistemi kurulmuştur.¹³⁵

Fransa'da sosyal güvenlik sistemi üç farklı koldan yürütülmekte olup, bu sistemler; işçilerin kapsam içerisinde olduğu sigorta, tarımda çalışanları kapsama alan sigorta ve serbest çalışanlar için geçerli olan sigorta sistemleridir. 2000 yılından itibaren uygulamaya konan Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun tamamına yakını sosyal sigorta sistemi kapsamına dahil edilmiştir. Genel sağlık sigortası için bireyin kazancının %5,25'i kesilerek, elde edilen prim sisteme aktarılırken, gelir düzeyi düşük kişiler için primsiz destek sağlanmaktadır. Genel sağlık sigortasının kapsamı dahilinde doktor muayene giderleri, ilaç, tetkik giderleri, cerrahi operasyonlar, hastanede yatış, bakım ve tıbbi malzeme giderleri ile suni uzuv masrafları çeşitli oranlarda karşılanmakta olup,

¹³⁴ World Health Organization, **World Health Statistics 2018**, p.66

¹³⁵ GÜZEL ve OKUR, **a.g.e.**, s.22

genel olarak ilk ödeme hasta tarafından yapılmakta daha sonra ise belirlenen oranlar dahilinde hastaya geri ödeme yapılmaktadır.¹³⁶

Fransa’da doktorların neredeyse yarısını aile hekimleri oluşturmakta olup hekim seçimi hastaların tercihlerine bırakılmaktadır. Hizmet başına ödeme yöntemi işletilmekte ve doktora başvuru sayısı belirli bir şarta bağlanmamaktadır. Sevk sistemi zorunluluğu bulunmadığından hastalar, muayene ve tıbbi tetkik işlemleri için kamunun veya özel kuruluşların sunduğu sağlık hizmetlerine doğrudan erişebilmektedir.¹³⁷

Sigortalının erişimini sağladığı sağlık hizmetleri için uygulanan katılım payları, hastanelerde gerçekleştirilen tedavilerde %20, ilaçlarda %65 iken diğer sağlık yardımlarında %35 olmak üzere sağlık yardımının türüne göre değişiklik göstermekle birlikte uzun süreli tedavi giderlerinde, acil durumlarda gerçekleştirilen ağır müdahalelerde, ikamesi olmayan ilaçlarda ve analıkta katılım payı uygulaması bulunmamaktadır. Katılım payları yüksek oranları temsil ettiğinden, bu durumun önüne geçmek ve sigortalının sağlık giderlerini daha kolay karşılamasını sağlamak adına ek destek olarak tamamlayıcı sağlık sigortalarının ön planda olduğu bir sistem yapısı mevcuttur.¹³⁸

Fransa sağlık sistemi Almanya’nın sahip olduğu Bismarck modeli ile paralellik göstermekte olup primli sosyal sigortacılık geleneğine sahiptir. Finansmanı büyük oranda işveren ve işçiler tarafından sağlanan bu sistem sayesinde nüfusun büyük çoğunluğu kapsam altına alınmıştır. Ancak kamunun, sağlık güvencesi kapsamının ve özellikle de katılımının üst düzeyde olduğunu söylemek mümkün değildir.

Teminat altına alınan risk kapsamı geniş olmasına rağmen uygulanan katılım paylarının yüksekliği, koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılanmasında ki yetersizlik gibi nedenler bireyleri tamamlayıcı sağlık sigortasına yöneltmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası ürünü kâr amacı taşımayan sigorta kuruluşları, sandıklar ve özel sigorta şirketleri aracılığı ile kişilere ulaştırılmaktadır. Ülkede tamamlayıcı sağlık sigortalarının

¹³⁶ Baran ÇEÇEM, Yusuf ÜSTÜ ve Mehmet UĞURLU, “Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi”, **Ankara Medical Journal**, Cilt:15, Sayı:3, 2015, s.154

¹³⁷ Paşa GÖKTAŞ, **a.g.m.**, s.6

¹³⁸ Otto KAUFMANN, “Fransa’da Sosyal Güvenlik Genel Sistem”, Tankut CENTEL (çev.), **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, Ocak 1999, s.6

rolü; kamu ile birlikte yapılan ortak ödemeler, kamu tarafından karşılanmayan giderler, ev yardımları ve hastanelere yapılan günlük ödemeler ile sağlanmaktadır.¹³⁹

Fransa’da tüm nüfusu kapsayan bir kamu sağlık sistemi var iken sağlanan teminat eksikliği nedeniyle, işvereninde desteği ile birlikte tamamlayıcı sağlık sigortaları tercih edilmekte olup bu durum diğer ülkelerden farklı olarak, sunulan özel sigortanın kamunun sağladığı sağlık hizmetleri yerine daha seçkin sağlık hizmet sunumuna erişmek amacıyla tercih sebebi olmamaktadır. Kısacası kişiler daha seçkin sağlık hizmeti tercih etmekten öte sağlık hizmetine yapılacak cepten harcamaları azaltma amacını taşımaktadırlar.¹⁴⁰

Fransa’nın sağlık sigortacılığı sektöründe, kâr amacı hedefi olmayan meslek birlikleri mevcuttur. “Mutuelles” denilen bu birlikler, mevcutta kamu sosyal sigortacılığı aracılığı ile geri ödemesi yapılamayan ek yükümlülükler için tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında hizmet vermektedir. Bu kapsama nüfusun %95’i dahil olmuştur.¹⁴¹ Kâr amacı taşımayan mutuailler pazarın yaklaşık %60’ını oluşturmaktadır.¹⁴²

Nüfusun %95’e yakın kısmını kapsamı içerisine alan tamamlayıcı sağlık sigortaları, toplam sağlık harcamalarının %13’ünü karşılamaktadır. Bireysel harcamaların dışında, özel sağlık sigortacılığı sistemi ile bu harcamaların kontrol altına alındığı düşünüldüğünde, kişilerin tasarruflarını arttırdığı buna karşın sağlık hizmetlerine yapılan harcamalarda maliyetlerin arttığı bir durum söz konusudur.¹⁴³ Bununla paralel olarak tamamlayıcı sağlık sigortasına ait harcamalarda kişilerin gelir seviyelerinin etkin olduğu ve gelirle orantılı olarak harcama düzeylerinde artışlar meydana geldiğini görülmektedir.

Genel olarak toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %78’i sosyal programın kapsamında iken kalan %13’lük harcama tamamlayıcı sağlık sigortaları ve %9’luk

¹³⁹ BALKANLI, a.g.t., s.50

¹⁴⁰ Thomas C. BUCHMUELLER and Agnes COUFFINHAL, “Private Health Insurance in France”, **OECD Health Working Papers**, No:12, 2004, p.4

¹⁴¹ UZUN, a.g.t. s.140

¹⁴² BUCHMUELLER and COUFFINHAL, a.g.m., p.17

¹⁴³ Özlem ÖZER ve diğerleri, “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı:42, Mart-Nisan 2014, s.9

harcama ise cepten yapılan ödemeler ile karşılanmaktadır. Bir kişinin sosyal sigorta sistemi tarafından karşılanmayan harcamaları yıllık ortalama 421 Euro'dur.¹⁴⁴

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında Fransa'nın sağlık harcamalarının, GSYİH içerisindeki payı %11,1 ve kişi başı sağlık harcaması ise 4.026\$ olarak belirlenmiştir.¹⁴⁵

Fransa'da tıpkı Almanya gibi Bismarck modelini uygulayan ülkelerden biri olduğundan, GSYİH içerisinde sağlığın payı ve ortalama kişi başı sağlık harcamaları benzerlik göstermektedir. Almanya'ya nispeten Fransa'da ortalama kişi başı sağlık harcamasındaki rakamların daha düşük kalmasındaki temel sebep, Fransa'nın sağlık sigorta fonlarının toplanmasında olduğu gibi devletin daha etkili olmasıdır. Bu durum maliyetlere de yansımaktadır. Devlet fiyatların tespitinde ve kontrolünde daha fazla rol almaktadır. Hizmet başına ödeme yapılan bir sağlık sisteminde, bu denetim mekanizması adil ve süreklilik sağlayacak bir sistem için gerekli bir yöntemdir.

Fransa sağlık sistemi kamu finansmanın yanı sıra ülke nüfusunun %95'i tarafından tercih edilen tamamlayıcı sağlık sigortaları ile de desteklenmektedir. İşleyişi itibarıyla dünyada uygulanan ve rol model teşkil edebilecek bir sağlık finansman modeline Fransa sahiptir. Tamamlayıcı sağlık sigortalarına yüksek oranda katılım gösterilmesinde, sağlık bilinci ile birlikte gelir dağılımının etkili olduğunu söyleyebiliriz. Fransa'nın sahip olduğu sağlık sistemine göre, ilaç kullanımının yanı sıra temel teminat paketleri içerisinde yer alan doktor muayene ve hasta bakım masrafları gibi kalemler yüksek maliyetler içerdiğinden ve kullanım sıklığından dolayı, bu teminatlara uygulanan katılım payları da yüksek olmaktadır. Bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortalarına yönelmesindeki temel sebeplerin başında, yüksek katılım payı oranlarının olumsuz etkisinin azaltılmak istenmesinin yanı sıra, diş ve göz gibi ek olarak alınan teminat paketleri ve yatarak tedavilerde konfor düzeyini yükseltmek için otelcilik hizmetlerinden faydalanılmak istenmesi durumları da etkili olmaktadır.

¹⁴⁴ Michel GRIGNON and Bidean Kambia CHOPIN, **Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France**, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, April 2009, p.8

¹⁴⁵ World Health Organization, **World Health Statistics 2018**, p.62

2.4.5. Hollanda

Hollanda'nın sosyal sağlık sigortası 2006 yılında yapılan düzenlemeler neticesinde, sosyal içerikli özel sağlık sigortası olarak karşımıza çıkmaktadır. 2006 yılı öncesi uzun süreli sağlık sigortaları, özel ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ile kamunun sunduğu sosyal sağlık sigortaları uygulamaları, gerçekleştirilen düzenlemeler sonucunda, kamu sosyal sigortası ile özel sağlık sigortalarını bir çatı altında buluşturulmuştur. Buna göre 3 farklı sigorta yapısı Hollanda'da mevcuttur;¹⁴⁶

- Kamu tarafından kapsamı belirlenen ve tüm nüfus için zorunlu olan özel sosyal sağlık sigortası,
- İlerleyen yaşlarda bakım hizmetlerinin ve sağlık giderlerinin karşılanması için gelir üzerinden alınan katkılar ve devletin katılımı ile finanse edilen uzun süreli bakım sigortası,
- Özel sosyal sağlık sigortası kapsamında yer almayan veya kısmen karşılanan giderleri kapsamına alan tamamlayıcı sağlık sigortası.

Zorunlu özel sosyal sigorta programı, özel sigorta şirketleri tarafından yönetilmekte ve 16 yaş üzerindeki çalışan tüm vatandaşların ücretleri üzerinden alınan prim ve işverenin katılımı ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmeti kullanma ihtiyacı doğabilecek tüm bireylerin, kişisel gelir düzeyleri, ailenin ekonomik düzeyi ve gerçekleştirilecek tedavinin uygulanacağı yere göre maliyetleri paylaşma yükümlülükleri vardır.¹⁴⁷

Özel sosyal sigortanın, sigorta şirketleri tarafından güvence altına alınması gereken yasal kapsamı kamu tarafından belirlenmektedir. Bu kapsama; doktor muayeneleri, hastane erişimi, uzman ve ebeler tarafından sağlanan hizmetler, annelik teminatı, tıbbi cihaz kullanımı, bir yıla kadar ayakta ve yatarak akıl sağlığı hizmeti, 18 yaş altı bireyler için diş bakımı, yetişkinler için uzman diş bakımı ve takma diş tedavisi gibi hizmetler dahil edilmiştir. Ancak koruyucu bakıma yönelik hizmetler bu sigortanın

¹⁴⁶ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**, İstanbul, Haziran 2015, s.53

¹⁴⁷ Ruth ROBERTSON, Sarah GREGORY and Joni JABBAL, **The Social Care and Health Systems of Nine Countries**, London, Commission on the Future of Health and Social Care in England, The King's Fund 2014, <https://www.kingsfund.org.uk/>, (20 Haziran 2018), p.40

kapsamına dahil edilmemiş olup devlet genel vergilendirme yolu ile bu hizmetin finansmanını sağlamaktadır.¹⁴⁸

Sağlık sisteminde Hollanda çoğulcu bir yapı izleyerek, kamunun yönlendirmeleri ve sistem üzerindeki etkisi ile başarılı bir model yakalamıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu kendi adına çalışan hekimler ve kâr amacı taşımayan kuruluşlar aracılığı ile yönetilmektedir.¹⁴⁹

Hollanda sağlık sistemi içerisinde özel sağlık sigortaları, Hollanda vatandaşları ya da Hollanda’da kazanç elde edip gelir vergisine bağlı olan tüm bireyler için zorunlu tutulmuştur. Yalnızca vicdani ret hakkını seçen bireyler ile beraber, sağlık hizmetlerini Savunma Bakanlığı aracılığı ile sağlayan orduya bağlı çalışanlar bu zorunlu sisteme uymakta özgürdür. Turistik veya iş amaçlı gezileri içerse dahi ülkede bulunabilmek için bulunulan süreç içerisinde kişiler sağlık sigortasına sahip olmak mecburiyetindedir.¹⁵⁰

Sevk sisteminin en başarılı şekilde uygulandığı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde %85 gibi yüksek bir oranla kullanımı sağlayan ülke olarak Hollanda, aile hekimliği modelini etkin bir şekilde yönetmektedir. Sigorta şirketlerinin finansmanı oluşturmada sergiledikleri ilkeler ile sevk sisteminin zorunlu tutulması, aksi durumda hastaların sağlık giderlerinde büyük sorumluluk aldığı bir yapı ile yönetilmektedir.¹⁵¹

Hollanda’da aile hekimleri kendilerine başvuran hastaların sorunlarını %95 oranında çözmekte, %5 oranında ise sevk sistemine başvurmakta ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine hastaları yönlendirmektedir. Ülkede yer alan 8.500’den fazla aile hekimi, ortalama 2.300 hastadan sorumlu olup, her hasta yalnızca bir aile hekimine kayıtlı olabilmektedir.¹⁵²

Özel sosyal sağlık poliçeleri yıllık düzenlenmekte olup, bireyler talep etmeleri halinde özel sağlık sigorta şirketlerini değiştirme hakkına sahiptirler. Yaşa ve kişilerin

¹⁴⁸ ROBERTSON, GREGORY and JABBAL, **a.g.m.**, p.39

¹⁴⁹ TATAR ve WERTHEIMER, **a.g.e.**, s.25

¹⁵⁰ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**, s.54

¹⁵¹ BENLİ, **a.g.t.**, s.84

¹⁵² Tuğrul İNCE, “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Edime, 2012), s.149

geçmişten gelen rahatsızlıklarına bağlı bir değerlendirme yapılarak primler belirlenmediğinden dolayı, kişiler isteğe bağlı olarak ihtiyaçları doğrultusunda sigorta şirketi seçmektedirler. Aynı zamanda bu durum, sigorta şirketleri arasındaki rekabeti arttırdığından, poliçe fiyatlarının düşmesi olarak sigortalılara yansımaktadır. Bu rekabet ancak devletin denetiminde gerçekleşmekte ve zorunlu tutulan özel sağlık sigortasının, sigorta şirketleri açısından kötüye kullanıma sebep olabilecek durumlar önlenmektedir.¹⁵³

Tamamlayıcı sağlık sigortaları dışında özel sağlık sigortası olarak benzer nitelikte bir ürün bulunmakta olup bu ürün dış, göz ve estetik gibi teminatları kapsadığından ve bu teminatlar kamu harcamaları ile finanse edilemediğinden, tercih sebebi olabilmektedir. Erken tedavi imkanı sunarak bekleme sürelerini asgari düzeye indirmek konusunda özel sağlık sigortası önem teşkil etmektedir. Özel sosyal sigortacılık anlayışından farklı olarak, isteğe bağlı alınan özel sağlık sigortasında, kişilerin teminat seçimlerinden kaynaklı risk faktörü değişkenlik gösterdiğinden dolayı, sosyal sigortanın sağladığı eşit prim kazanımı bulunmamaktadır.¹⁵⁴

Hollanda'da tamamlayıcı sağlık sigortaları, Fransa örneğinde olduğu gibi kamunun sağlamış olduğu sağlık güvencesinin yetersiz kaldığı durumlarda, kamu tarafından karşılanmayan veya kısmen karşılanan hizmetler için ve diğer ülkelerden farklı olarak, zorunlu özel sigorta anlayışı ile kullanılmaktadır. Hollanda'da özel sosyal sağlık sigortacılığı, işverenlerin ve çalışanların özel sağlık sigortası primlerinin tamamına veya bir kısmına destek olması ile bireylerin ödemiş olduğu vergiler üzerinden yürütülmektedir. Ayrıca hükümet, devletin desteğine ihtiyaç duyan kişilerin ve 18 yaş altı bireylerin primlerini karşılamaktadır.

OECD verilerine göre 2011 yılında hükümet harcamaları ve özel sosyal sigorta ile yapılan sağlık harcamaları, toplam sağlık giderlerinin %85'ini oluştururken, %6

¹⁵³ ROBERTSON, GREGORY and JABBAL, **a.g.m.**, p.41

¹⁵⁴ Birkan TAPAN, "Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği", (**Doktora Tezi**, T.C. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008), s.83

cepten ödemeler, %6 özel sağlık sigortaları ve kalan %3 oranındaki pay ise diğer harcamalar ile oluşmaktadır.¹⁵⁵

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında Hollanda'nın sağlık harcamalarının, GSYİH içerisindeki payı %10,7 ve kişi başı sağlık harcaması ise 4.746\$ olarak belirlenmiştir.¹⁵⁶

2.4.6. Türkiye

Ülkemizde Cumhuriyetin ilanından sonra farklı güvenceler ve uygulamalar ile sağlık hizmeti finansmanı ve sunumu gerçekleştirilirken, mevcut uygulamaların farklılığını gidermek, sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sağlık hizmet sunumunu düzenleyerek daha sistemsel ve sürdürülebilir bir model olarak görülen Genel Sağlık Sigortası'na geçiş için belirli dönemlerde, planlamalar ve çalışmalar gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle GSS sonrası ülkemizdeki sağlık sistemi köklü bir dönüşüm yaşamıştır.

2.4.6.1. Genel Sağlık Sigortası Öncesi

Cumhuriyetin kuruluşundan sonra, ülkemizde kamunun sosyal güvenlik alanındaki uygulamaları ilk olarak 1936 yılında 3008 sayılı İş Kanununun düzenlemesi ile ortaya çıkmıştır. Bu tarihten sonra sosyal güvenlik sisteminin kurgulanması aşamasına geçilmiş ve 1945 yılında İşçi Sigortaları Kurumu kurularak sosyal güvenlik sisteminin temel ilkeleri belirlenmiştir. İlerleyen dönemde, 1964 yılına gelindiğinde çıkarılan Sosyal Sigortalar Kanunu ile adı "Sosyal Sigortalar Kurumu" olarak değiştirilmiştir. 1945 tarihi itibarıyla iş kazaları, meslek hastalığı ve analık kollarında güvence sağlanmaya başlanmıştır. 1949 yılı itibarıyla ise, çıkarılan T.C. Emekli Sandığı Kanunu ile düzensiz haldeki emekli sandıkları birleştirilerek memurlarla birlikte bu kişilere sosyal güvence sağlanmıştır.¹⁵⁷

Sosyal güvenliğin sağlık sistemi ayağına gelen kamu müdahalesi ilk olarak 1921 yılında "Ereğli Havzai Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun" ile çok kısıtlı bir kitleye hitap edecek şekilde gerçekleştirilmiştir. Ancak 1951

¹⁵⁵ OECD (2013), **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, p.165

¹⁵⁶ World Health Organization, **World Health Statistics 2018**, p.62

¹⁵⁷ GÜZEL ve OKUR, **a.g.e.**, s.35-36

yılına gelindiğinde çıkarılan 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” sayesinde sağlık hizmetleri güvencesinin eriştiği nüfus arttırılabildiğiştir.¹⁵⁸

Sosyal güvenlik anlayışının anayasal bir hak olarak kabul edildiği ve sağlık alanında düzenlemelerin yapıldığı ilk anayasa 1961 Anayasası olup 49. maddesinde; “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir.” ifadesi yer alırken, 1982 Anayasasının 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” ifadesi ile sağlık hakkı pekiştirilmiş ve bu hakkın elde edilmesinde devletin etkin rolü üzerinde durulmuştur.¹⁵⁹

Primli sistemin ilk olarak uygulandığı tarih 1964 yılında Sosyal Sigortalar Kanununun yürürlüğe girmesiyle gerçekleşmiş olup, farklı tarihlerde yürürlüğe giren sosyal sigorta branşları bu tarih itibarıyla düzenlenmiş ve içerikleri genişletilerek vatandaşlara hizmet sunmaya başlamıştır. Hizmet akdine bağlı çalışanlar ile memurlar ve herhangi bir sosyal güvenlik sandığına bağlı çalışan kişiler için farklı sosyal sigorta güvenceleri mevcut iken, kendi adına ve hesabına çalışan esnaf, sanatkâr ve tarımsal işler dışında çalışan serbest meslek sahiplerine; malullük, yaşlılık ve ölüm nedeniyle gerçekleşecek kayıplar nedeniyle ancak 1971 yılında Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu, “Bağ-Kur” adı altında bir yapılanma getirilmiştir ve bu kişiler için sosyal sigorta güvencesi sunulmaya başlanmıştır. Hastalık sigortası bu kişilere ancak 1985 yılında yürürlüğe konan kanun ile sağlanmış ve sağlık güvencesi tesis edilmiştir.¹⁶⁰

1983 tarihinde çıkarılan “Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” ile birlikte tarım işçileri de sosyal güvenlik sistemine katılırken, bu

¹⁵⁸ Güçkan YAPAR ve Sibel Özge TUNCEL, **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye için Model Önerisi**, İstanbul, Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması Milli Reasürans A.Ş. Yayınları, 1999, s.147

¹⁵⁹ BOSTANCI, **a.g.t.**, s.33-35

¹⁶⁰ GÜZEL ve OKUR, **a.g.e.**, s.39

kişilere yönelik hastalık sigortası hizmet kapsamı, 1985 yılında başlanarak aşamalı olarak 1988 yılına kadar geliştirilmiştir. Tarımda bağımsız olarak çalışan kişiler ise ancak 1998 yılında sağlık güvencesine kavuşturulmuştur.¹⁶¹

SSK'nın, Emekli Sandığı'nın ve Bağ-Kur'un aldığı primlere karşılık sağladığı teminatlar dikkate alındığında;^{162 163}

- SSK'nın hastalık sigortası için sigortalıdan aldığı prim oranı, prime esas kazancın %11'i olup bu oranın %5'i sigortalı tarafından karşılanırken %6'sı işe işveren desteğidir. SSK'ya bağlı olan sigortalılar ve aileleri, sigortalının işe başladığı ilk günden itibaren hastalık sigortası kapsamı altındayken, sigortalının işten ayrılması durumunda geriye dönük bir yıl içerisinde 120 gün sigortalılığı söz konusu ise, 6 aylık süreci kapsamak üzere, sigortalı ve ailesi hastalık sigortasından faydalanabilmektedir. Hastalık sigortası, doktor muayene, hastanede yatarak ve ayaktan uygulanan tedaviler, diş tedavisi, belirli aralıklarla gözlük teminatı, doğum hizmeti, ilaç ve tıbbi malzeme ile ortez ve protez gibi takımlara ait giderleri kapsarken, ayakta tedaviyi içeren ilaçlara sigortalının %20 oranında katılımı söz konusudur.
- Emekli Sandığı'nın hastalık güvencesi sağlamış olduğu kesim, yalnızca sandığa bağlı emeklileri kapsamaktadır. Kamu sektöründe çalışanlar için hizmet kategorilerine ve aldıkları sorumluluklara göre belirlenen göstergeler üzerinden aylık maaşının katsayısı temel alınarak maaş hesaplamaları yapılır ve bu maaş üzerinden de her ay kesinti uygulanarak, sigortalının çalıştığı kurum tarafından sağlık harcamaları finanse edilir. Hastalık sigortası, doktor muayene, hastanede yatarak ve ayaktan uygulanan tedaviler, diş tedavisi, diş protezleri, belirli aralıklarla gözlük cam ve çerçeve bedelleri, doğum hizmeti, ilaç, tıbbi malzeme, ortez ve protez gibi takımlara ait giderler ile organ nakli ve diyalizi kapsarken, ayakta tedaviyi içeren ilaçlara sigortalının %20 oranında katılımı söz konusudur.

¹⁶¹ BENLİ, a.g.t., s.23

¹⁶² GÜZEL ve OKUR, a.g.e., s.143-399

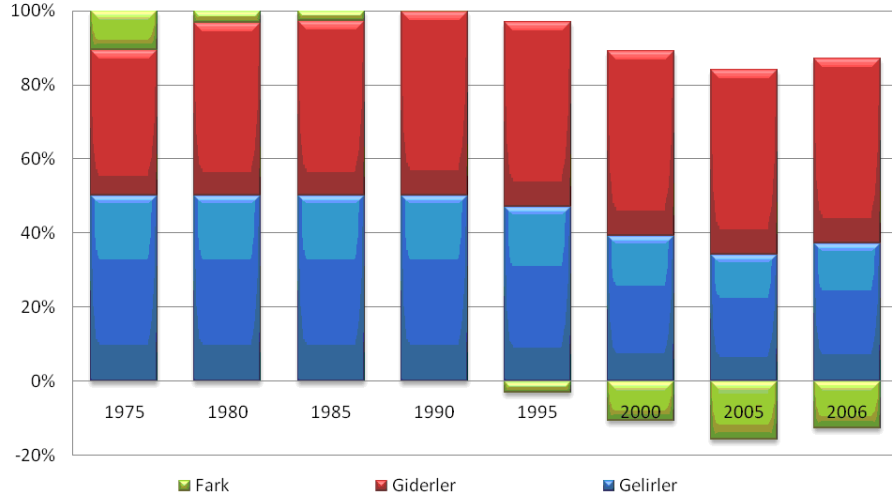
¹⁶³ Faruk Barış MUTLAY, *Sosyal Sigorta Yardımlarına Hak Kazanma Koşulları ve Eşitlik İlkesi*, İstanbul, 1. Baskı, Beta Yayınları, Eylül 2014, s.300

- Bağ-Kur'a kayıtlı sigortalının içinde bulunduğu basamak göstergesinin katsayıyla çarpımı sonucu elde edilen tutar üzerinden toplamda %32 olmak üzere, belirlenen oranın %20'sini emeklilik, %12'sini ise sağlık finansmanı için sigortalıdan tahsil edilen tutar oluşturmaktadır. Emekli aylığı alan kişiler için sağlık primi %10 olarak belirlenmiştir. Sigortalıların hastalık sigortasından faydalanabilmesi için, geriye dönük sekiz 8 ay prim ödemiş olma ve prim borcunun olmaması şartları geçerli kılınmıştır. Bu bağlamda hastalık sigortası kapsamında, doktor muayene, teşhis ve tedavi işlemleri, ayakta yapılan tedavilerde çalışan ve bağımlıları için %20 sigortalı katılımı, kurumdan aylık alan kişiler için ise %10 sigortalı katılımı bulunması koşulu ile ilaç giderleri karşılanırken, diş dolgusu ve cerrahisi dışındaki diş protezleri ile gözlük giderleri, işitme cihazları, ortez ve protez gibi ekipmanlar tamamen kapsam dışı tutulmuştur. Ancak ilerleyen dönemlerde ağız protezleri hariç olmak üzere, diğer protez araç ve gereçlerinin temini sigortalılara sağlanmıştır.

SSK ve Emekli Sandığı prim toplama konusunda Bağ-Kur'a kıyasla daha aktif ve sistemli bir işleyişe sahip olduğundan dolayı, kurumların sağlamış olduğu teminatlarda farklılık söz konusudur. Prim tahsilatı konusunda en iyi işleyen sistem kamu ağırlıklı olduğundan dolayı Emekli Sandığı iken, ilerleyen yıllarda işyerleri üzerindeki denetimler ile SSK'nın topladığı primlerde de artış meydana gelmiş ve sağlık hizmeti finansmanı daha düzenli bir yapıya kavuşmuştur. Buna karşılık Bağ-Kur esnaf ve tarımda çalışan kişileri kapsadığından, her dönemde prim tahsilatı konusunda sorunlar yaşamıştır.

Bahsedilen üç kurumun dışında bulunan, 1992 yılında uygulamaya konan yeşil kart sistemi ile sosyal güvencesi bulunmayan yoksul durumdaki kişilerin sağlık giderlerinin devlet tarafından finanse edilmesi, sosyal devlet ilkesi gereğince uygun bulunmuş ve bu kişilerin sağlık hizmet bakım sorumluluğunu devlet üstlenmiştir. İş Kanunu nezdinde kararlaştırılan asgari ücretin vergi ile sosyal sigortaları içeren primi hariç tutularak, kalan miktar üzerinden hesaplanan aylık geliri bu tutarın 1/3'ünden daha az olan kişiler için yeşil kart uygulaması geçerli kılınmıştır. Yeşil kart sistemi primden

bağımsız olarak gelir düzeyine göre sosyal sağlık güvencesi sağlayan bir yapıyı barındırmaktadır.¹⁶⁴



Şekil 3: SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un Gelir-Gider ve Açıkları 1975-2006

Kaynak: Erdal GÜMÜŞ, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum Sorunlar ve Öneriler”, **Seta Analiz**, Siyaset Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, Sayı:24, Ağustos 2010s.13

Yıllar itibarıyla, ülkemizin sağlık finansman kaynağı olan prim rejiminin temsil ettiği üç kurumda, her geçen yıl kaynaklarının erimesine engel olamamış ve üç kurumun ilk kurulduğu zamanlarda elde ettiği fonların verimliliği azalarak, toplam gelirlerin giderleri karşılama yeterliliğinde düşüşler yaşanmıştır. Sonuç olarak 2000’li yıllara gelindiğinde kurumlar mevcut kaynakları ile giderleri daha fazla karşılayamayacak noktaya gelmiş bu durum sağlık finansmanının sürdürülebilirliği konusunda endişeler yaratmaya başlamıştır.¹⁶⁵

Prim rejimi dışında, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan kaynakları, genel vergiler, özel tüketim vergileri, iç ve dış borçlanma araçları ve fon işletim kazançları gibi çeşitli getiriler oluşturmaktadır.¹⁶⁶ Tek başına prim rejiminin, sistemin tüm giderlerini karşılamak için yeterli olmasını engelleyen durumlar mevcut olup, kaynakların sınırlı olması, prime katkıda bulunan kişi sayısında azalma, primlerin toplanmasında yaşanan aksaklıklar, kurumların bağımsız olmamasından kaynaklı

¹⁶⁴ ÖZCAN, a.g.t., s.148

¹⁶⁵ GÜMÜŞ, a.g.m., s.13

¹⁶⁶ İNCE, a.g.t., s.155

olağan dışı yönetsel faaliyetler, ekonomik daralmalar neticesinde işsizlik oranında yaşanan artışlardan kaynaklı gelir dağılımında adaletsizlikler ve en etkili sebeplerden olan, mevcut fonların enflasyon karşısında iyi yönetilememesinden kaynaklı verimsizlikler, kamuyu farklı gelir kolları ile sağlık sistemlerinin finansmanını sağlamaya zorlamaktadır.¹⁶⁷

Ülkemizin sosyal güvenlik yapısı tüm nüfusu kapsayıcı nitelikte tek bir sistem içerisinde işlemediğinden, hizmet akdine bağlı olarak çalışanlar, devlet memurları, kendi adına ve hesabına çalışanlar, tarımda bağımsız çalışanlar ile tarımda bir başkası adına çalışanlar olmak üzere, beş farklı yapılanma ile bütünlük sağlanamamıştır. Uygulama farklılıkları, toplumun bütünlüğü açısından da sorun yaratır hale gelmiştir. 2002 yılı dikkate alındığında, farklı uygulamalara bağlı olarak sağlık hizmeti alan sigortalıların, %46,3'lük dilimini SSK, %22,3'lük dilimini Bağ-Kur ve %15,4'lük dilimi ise Emekli Sandığına tabi sigortalılar oluşturmaktadır. %16'lık oranı temsil eden kesim ise yeşil kart güvencesi ile sağlık hizmeti alan yoksul kişileri ve hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşları ifade etmektedir.¹⁶⁸

Temel amacı bireysel sağlık risklerinin toplum tarafından karşılanarak, bireye güvence sağlanması olan sosyal güvenlik sistemi, gerek prim toplama yöntemi gerekse sunduğu sağlık güvencesinin kapsamı nedeniyle, toplumsal birlikteliği yakalamaktan uzak kalmıştır. Eşit ve adil olmayan bir sağlık hizmeti yapısı vatandaşlara sunulurken yaşanan finansal zorluklar, sistemlerin giderek çıkmaza girmesine sebep olmuştur. Nitekim 2003 yılı, GSYİH'nin %11 gibi ciddi bir oranını devlet bütçesi tarafından karşılanan finansman açıkları oluştururken, bu durum ülke kaynaklarının sosyal güvenlik alanına aktarılması nedeniyle, giderek borçlanmaların artmasına, yatırımların azalması nedeniyle de işsizlik oranlarında artış yaşanmasına ve sonuç olarak eşitsizlik yaratarak, toplumsal bunalımın tetiklenmesine yol açmıştır.¹⁶⁹

¹⁶⁷ Şenay GÖKBAYRAK, "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü", **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı:25, 2010, s.154, Tuncay TEKSÖZ ve Kerem HELVACIOĞLU, "Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi:2009'da Ne Oldu?", **TEPAV Politika Notu**, Kasım 2009, s.2

¹⁶⁸ ATASEVER, **a.g.e.**, s.46

¹⁶⁹ Ali GÜZEL, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?", **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı:7, 2005, s.71

Eşitlik kavramı, aynı konuma sahip kişilerin sorunlarını çözmek için kullanılan yöntemlerin farklılık göstermemesi olup, hiçbir birey karşılığında alacağı sağlık yardımı için başka bir bireyden farklı şartları sağlamakla yükümlü olmamalı, bu durumun oluşmaması için de yasalar ve uygulayıcı kuruluşlar tarafından gerekli sistemler tasarlanarak çözüm yolu bulunmalıdır.¹⁷⁰

Kişilerin ekonomik gelir düzeyleri, alınan sağlık hizmetinin niteliğinde önem oluşturabileceğinden, kamu tarafından kurulan sistemler ile toplumun her kesimine eşit düzeyde sağlık hizmeti ulaştırılmalı, kişi talep ederse bireysel harcamaları ile sağlık hizmet ağını çeşitlendiriyor olmalıdır. Çoklu sosyal güvenlik sisteminin son dönemleri dikkate alındığında, Bağ-Kur'a bağlı sigortalıların %40'ı, SSK'ya bağlı sigortalıların %17'si, Emekli Sandığı'na bağlı sigortalıların %10'u ve hiçbir sosyal sağlık güvencesine bağlı olmayan sigortalıların ise %30'u özel sağlık hizmeti sağlayıcılarından, sağlık hizmeti talep etmektedir. Özel sağlık hizmetlerine başvuran kişilerin bağlı olduğu kurumlara göre kullanım oranlarının farklılık yaratması, gelir düzeylerinin yanı sıra kurumların sağlık hizmet kapsamındaki farklılıklar nedeniyledir.¹⁷¹

Tüm bu etkenler nedeniyle, başta finansman sorunu olmak üzere, uygulama farklılıkları ve mevcut yapının sürdürülebilirliği endişesi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı için köklü değişikliklerin yapılması gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Sağlıkta dönüşüm programı ile genel sağlık sigortasına geçiş için çalışmalar başlatılmıştır.¹⁷²

2.4.6.2. Genel Sağlık Sigortası ve İşleyiş

2003 yılında başlayarak 10 yıllık süreci içerecek şekilde tasarlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamındaki temel hedef, genel sağlık sigortasına geçerek, sağlık hizmetleri finansmanını etkili kılmak ve sağlık hizmetlerinin verimli ve adil bir şekilde toplumun geneline sunulması sağlamaktır. Bugün dahi dönüşüm devam ederek,

¹⁷⁰ MUTLAY, a.g.e., s.8

¹⁷¹ ALTAY, a.g.m., s.47

¹⁷² Coşkun SARAÇ, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası, Primsiz Ödemeler ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Kanun Tasarılarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme", **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1, 2006, s.326

sevk sisteminin zorunluluğu ve etkinliği gibi uygulamada yer almayan ancak ilerleyen dönemlerde gündeme gelmesi muhtemel dönüşümler sürdürülmektedir.¹⁷³

SDP öncesinde, sağlık hizmetlerini kısmi şekilde kapsayan ulusal bir sağlık hizmet ağının yanı sıra farklı niteliklerde yapılandırılmış, prim sistemi ile yürütülen kurumların sağladığı sosyal sağlık sigortaları hakimdi ancak bu kurumlar dışında, sağlık hizmetlerinin kamu eliyle yapılan giderlerini, Sağlık Bakanlığı, üniversiteler, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu, Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğü, Bakanlıklar, belediyeler oluşturmaktaydı. Kamu dışındaki özel sağlık sigortaları aracılığıyla yönetilen giderler ise oldukça sınırlıydı.¹⁷⁴

20.05.2006 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu" ile birlikte, SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tek bir kuruluş altında toplanan sosyal güvenlik kurumları olmuş ve kanunun sosyal sigorta kısmını bu kurumların birliği oluşturmuştur. Sosyal güvenliğin bir diğer basamağı olan genel sağlık sigortası kısmını ise 01.10.2008 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren 5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" oluşturmuştur. Ancak bu kanun 01.01.2012 tarihi itibarıyla uygulamada yerini almaya başlamıştır. Sağlık hizmetleri, dönüşümün uygulamaya yansıyan kısımlarında aksaklık olmaması ve teminat kapsamı belirleme gibi ölçütler nedeniyle, sosyal güvenlik sisteminden daha geç devreye girmiştir.¹⁷⁵

GSS ile birlikte, sağlık hizmetlerinin uzun vadede, kapsayıcı nitelikte hizmetler ve sürdürülebilir bir model üzerinden yönetilerek, finansmanın prime dayandırılmasıyla sosyal sigorta anlayışının yaygınlaştırılması ve tüm toplumu içermesi hedef alınmıştır. GSS kurgusu itibarıyla, iyi yönetim sağlayabilmenin ve verim alabilmenin finansman akışı ile bağlantılı olduğu bir modeldir.¹⁷⁶

¹⁷³ Arzu KURŞUN ve Cemil BAKICI, **a.g.m.**, s.88

¹⁷⁴ OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, s.20

¹⁷⁵ Namık TAN, **Genel Sağlık Sigortası Uygulamalar ve Sorunlar**, Ankara, Türk Metal Yayınları, Şubat 2015, s.2

¹⁷⁶ ALAN, **a.g.t.**, s.28

GSS modeli ile yönetilen ülkemiz, sağlık hizmetleri finansmanında Bismarck yöntemine göre tasarlanan bir yapılanmayla, dört ana noktadan beslenmektedir. Bunlar;¹⁷⁷

- Çalışan ve işverenlerin prim yöntemi ile sisteme katılımı,
- Vergiler yolu ile toplanan kaynaklardan yapılan aktarımlar,
- Cepten yapılan harcamalar ile
- Özel sağlık sigortaları tarafından karşılanan harcamalardır.

GSS'nin sınırları içine T.C. vatandaşları ile birlikte, sığınmacılar, vatansızlar ve ülkemizde bir yıldan daha uzun süre yaşayan yabancıları da alacak şekilde bir düzenleme yapılması amaçlanmıştır. Bu noktada, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu bağımlıların hastalık ve analık gibi durumları için, ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerini içerecek şekilde, doktor muayeneleri, ilaç masrafları, laboratuvar, görüntüleme, modern teşhis, fizik tedavi, yardımcı tıbbi malzeme, suni uzuv ve işitme cihazı giderleri, organ ve kök hücre nakilleri, diş muayene ve tedavi masrafları ile protez işlemleri, gözlük camı ve çerçevesi, doğum hizmeti, yardımcı üreme yöntemleri için uygulanacak tedavi harcamaları gibi, tüm nüfusa aynı teminatları sunacak, her bireyi adil ve eşit bir sağlık güvencesine kavuşturacak sağlık hizmeti kapsam alanı belirlenmiştir.¹⁷⁸

Temel teminat paketi olarak ifade edilen ve Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile sınırları çizilen sağlık hizmetleri kapsamı, diş teminat paketleri ve yardımcı üreme tedavileri alanlarında belirli kısıtlamalara tabidir. Diğer teminat paketlerinin kapsam alanının da kısıtlamalar veya genişlemeler olabileceği gibi GSS primini ödeyen sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, sunulan teminat paketlerinden faydalanırken, primini ödemeyen sigortalılar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için

¹⁷⁷ Hasan Hüseyin YILDIRIM, *Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu*, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, Kasım 2013, s.57

¹⁷⁸ Zeki KAYNAK, *Sosyal Güvenlik Mevzuatımızda Genel Sağlık Sigortası ve Uygulaması*, Ankara, Adalet Yayınevi, Kasım 2015, s.108

yalnızca acil durumlarda gerçekleştirilecek müdahaleler ve ilgili giderler kapsam içerisine alınmıştır.¹⁷⁹

SGK tarafından karşılanmayacak tedavi giderleri; estetik operasyonları, alternatif tedavi yöntemleri, Sağlık Bakanlığı nezdinde onaylanmamış sağlık uygulamaları, yabancı ülke vatandaşlarının geçmişten gelen rahatsızlıkları ile SUT'ta yer almayan sağlık hizmetleri olarak belirlenmiştir.¹⁸⁰

Ayrıca SUT'ta karşılığı olmasına rağmen, getirilen katılım payı uygulaması ile birlikte sağlık hizmetlerinde maliyet kontrolü sağlanmaya çalışılmaktadır. Özellikle yüksek maliyet içeren ve kullanım sıklığı itibarıyla da en çok ödeme yapılan teminat kalemi ilaçlar olup, Kurumdan aylık ve gelir alan kişiler için %10, diğer sigortalılar için ise %20 olarak ilaç katılım payı uygulaması getirilmiştir. Ancak SUT listelerinde yer alan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar" bu uygulamaya bağlı değildir.¹⁸¹

İlaç hizmetlerinin sunumunda yer alan katılım payı uygulamasının temel nedenleri, ilaç ar-ge faaliyetlerinin içerdiği yüksek maliyetler, ilaç lisans hakkı rekabetleri, ilaçla tedavisi zor olan hastalıkların geliştirilen ilaçlar ile iyileştirilebilir kılınması ve ilaç tedarik yöntemleri ile kur farkından kaynaklı ek maliyetler olarak sıralanmaktadır. Bu nedenle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de ilaç hizmetleri konusu, maliyeti nedeniyle kontrol altında tutulmaya çalışılmakta ve özellikle ayakta tedavi hizmetlerini içeren ilaçlarda ek katılım payı uygulaması sürdürülmektedir.¹⁸²

Katılım payı alınmayacak kişiler ve durumlar kanunda detaylıca belirtilmiş olup başlıca, koruyucu tedavi hizmetlerini içeren sağlık hizmetlerinde, hayati nitelikteki suni uzuvlarda, organ nakillerinde ve iş kazaları ile meslek hastalığı gibi kişiyi uzun

¹⁷⁹ Bilge DOĞAN ŞENTÜRK, "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi", **Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi**, Eskişehir, Mayıs 2017, s.10

¹⁸⁰ KAYNAK, **a.g.e.**, s.109

¹⁸¹ Yafes ÇAKIR, "Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi", **Sayıştay Dergisi**, Sayı:80, s.95

¹⁸² Ali Utku CENGİZ, "Sağlık Geri Ödemesinde Farmakoeconomik Analizlerin Rolü; QALY Yaklaşımı", (**Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi**, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Şubat 2009), s.23

vadede etkileyecek sağlık hizmetlerinin sunumunu gerektiren durumlarda katılım payı uygulaması bulunmamaktadır.¹⁸³

Bu denli kapsama sahip bir sağlık hizmet sunumunun, finansmanını sağlamak ve tüm tedavi giderlerini tek tek belirlemek, hangi giderlerin ne düzeyde karşılanacağını belirtmek için 2007 yılında SGK tarafından çıkarılan ve üzerinde düzeltmeler yapılarak, kapsayıcı alanı ve kapsama oranı değiştirilebilen SUT ile sağlık finansmanı uygulama esasları belirlenmiştir. Sağlık hizmetleri piyasasının düzenlenerek geri ödeme yöntem ve oranlarının belirlenmesi, finansman kaynaklarının kontrolü için gerekli olup bu bağlamda sağlık çalışanları için tam gün yasası, doktor muayene ve ilaç hizmetlerinde katılım payı uygulamaları gibi yöntemler aracılığı ile düzenleme sağlanmaya çalışılmıştır.¹⁸⁴

Ayrıca katılım payı uygulaması dışında geri ödeme yöntemleri ile düzenlemeler sağlanmıştır. Finansmanın denetimi ve idaresi için, aile hekimliği uygulamasına bağlı olarak çalışan, birinci basamak sağlık hizmetlerini oluşturan sağlık görevlileri kişi başına ve performansa dayalı gelir sağlarken, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde görevli sağlık çalışanları maaş esaslı ve performans temelli ölçütler dikkate alınarak gelir elde etmektedir.¹⁸⁵

Sağlık hizmetleri ödeme yöntemlerine göre, kendi içerisinde belli başlı olumlu ve olumsuz sonuçları barındırmaktadır. Bu sonuçlar tabloda gösterilmiştir.¹⁸⁶

¹⁸³ Ali EKİN, “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sayı:100, 2012, s.161

¹⁸⁴ Emine BİLGİLİ ve Eyyup ECEVİT, “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:11, Sayı:2, 2008, s.223

¹⁸⁵ YILDIRIM, **a.g.e.**, s.68

¹⁸⁶ BENLİ, **a.g.t.**, s.16

Tablo 4: Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemlerine Göre Olumlu ve Olumsuz Değerlendirmeler

Ödeme Türü	Olumlu Taraflar	Olumsuz Taraflar
Maaş Ödemesi	Gereksiz sağlık hizmetleri sunumunun engellenmesi, Sağlık görevlilerinin adaletsiz dağılımının önlenmesi, Harcamaların kolay tahmin edilebilir olması	Hizmet kalitesinin düşük olması, Verimliliği teşvik etmemesi, Hizmet sunmaktan kaçınma (daha çok sevk, reçete yazma vb.)
Kişi Başı Ödemesi	Hekimlerin maliyeti düşük tutma konusunda özenli davranması, Hastaları elde tutma çabası, Risk havuzu oluşturularak kötü durumda olanların arada eritilmesi	Daha fazla ve karmaşık hizmet ihtiyacı olan hastaların hizmetten mahrum kalması, Hastaların ihtiyaç duyduklarından daha az hizmet alması, Düşük kalitede hizmet sunumunu teşvik ediyor olması nedeni ile daha fazla sevk işlemi ve reçete yazımını destekliyor olması
Hizmet Başı Ödemesi	Kaliteli hizmet sunumunu teşvik etmesi, Hastaların ihtiyaç duydukları sağlık hizmetini tam olarak alabilmesi, Doktorların daha fazla hizmet vermesini teşvik etmesi	Gereksiz sağlık hizmet sunumu, Harcamaların yükselmesi
Vaka Başı Ödemesi	Maliyetleri kontrol altına almayı kolaylaştırması, Yönetiminin kolay olması	Vakaların daha karışık gösterilmesi, Hekimlerin daha az masraf gerektiren vakaları tercih etmesi

Kaynak: Birsen BENLİ, “Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri ve Teknik Verimlilik”, (Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Haziran 2009), s.16.

GSS'nin finansman tarafı tüm hizmetlerin şekillenmesinde ve hizmetin sunumunda önemli rol oynamaktadır.

GSS'den önce finansman yöntemleri açısından dağınık ve farklı uygulamaları içeren sistemler mevcut iken GSS ile birlikte tüm toplum tek bir sosyal güvenlik sistemine dahil olmuş ve sosyal güvenlik sisteminin güvence sağladığı alanlar, kısa ve uzun vadeli sigorta kolları olarak ayrılmıştır. Kısa vadeli sigorta türleri, iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık, analık gibi güvenceler iken uzun vadeli sigorta kolları ise malullük, yaşlılık ve ölüm güvencelerini oluşturmaktadır. GSS'nin öncelikli hedefi koruyucu sağlık hizmetleri iken bu durumun sağlanamadığı hallerde ise sigortalıya

sağlık güvencesini en iyi şekilde ve en uygun koşullar altında sağlamak olarak belirlenmiştir.¹⁸⁷

Kısa ve uzun vadeli sigorta kollarından her ikisine de bağlı olan sigortalılar için GSS primi %5'ini sigortalı %7,5'ini ise işveren karşılamak üzere toplamda %12,5 iken yalnızca GSS'ye bağlı sigortalılar ve isteğe bağlı sigortalılar nezdinde bu oran, prime esas kazancın %12'sinden oluşmaktadır. İsteğe bağlı sigortalılar için dikkate alınan sigorta primi, %20'si uzun vadeli sigorta kollarına yatırılmak, %12'si ise GSS primine yönlendirilmek üzere, prime esas kazancın %32'sine denktir.¹⁸⁸

Tablo 5: Genel Sağlık Sigortası Kapsamı ve Finansmana Katılım Oranları

Kapsadığı Nüfus	Finansman Kaynak Oranları	Zorunlu veya İsteğe Bağlı Katılım
Özel Sektör Çalışanları	%12,5 (%7,5 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu
Mavi yakalı Kamu Sektörü Çalışanları	%12 (%7 işveren ve %5 çalışan katkısı)	Zorunlu
Serbest Meslek, Esnaf ve Tüccarlar	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Asgari ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu
Tarım İşçileri	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Asgari ücretten daha fazla geliri olanlar için zorunlu
Aktif Memurlar	Genel bütçe/Maaşın %12'si	Zorunlu
Emekli Memurlar	Memuriyet döneminde katkı yapıldığından emeklilikte prim ödenmemektedir.	Zorunlu
Aylık geliri asgari ücretin üçte birinden daha az olan vatandaşlar	Genel bütçe	Gelir testine bağlı
İşsizlik sigortası kapsamında olan işsizler	Genel bütçe	Koşullar sağlandığında
Ülkede ikamet eden yabancılar	Prim için temel olarak belirlenen gelirin %12'si	Gönüllü

Kaynak: Özlem ÖZER, Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri Ve Değerlendirmeleri, (**Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2015), s.62.

Kanunda belirtilen prim ödeme gücü yerinde olmayan, kurum tarafından ölçütleri belirlenerek yapılan gelir testi sonucu, aile içinde kişi başına düşen aylık geliri,

¹⁸⁷ ÜNDEMİR, a.g.t., s.6

¹⁸⁸ Türk Tabipler Birliği Görüşleri, **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara, İkinci Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005, s.32

aylık asgari ücretin üçte birinden daha düşük olan kişiler, Kurumdan aylık alan yoksul ve muhtaç durumdaki 65 yaş üzeri bireyler ile vatansızlar ve sığınmacılar, GSS kapsamına alınmıştır.¹⁸⁹ Ayrıca GSS öncesi devletin vergiler aracılığı ile sisteme sağladığı katkının yerini, SGK tarafından aylık toplanan primlerin %25'i oranında devlet tarafından sağlanan ek destek almıştır.¹⁹⁰

En kısa haliyle, GSS kapsamı altında sayılan sigortalılar; Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar (4a), bağımsız çalışanlar (4b), kamu idarelerinde çalışanlar (4c), isteğe bağlı sigortalananlar ve primleri devlet tarafından karşılanan belirli bir gelir seviyesinin altında kalan kişiler ve bu kişilerin bakmakla yükümlü olduğu kişiler ile vatansızlar, sığınmacılar ve oturma izni almış yabancılar olarak belirtilmiş olup GSS kapsamındaki tüm kişiler 5510 sayılı Kanununun 60. maddesinde tüm detayları ile belirtilmişlerdir.¹⁹¹

Bakmakla yükümlü olunan kişiler, zorunlu veya isteğe bağlı sigortası olmayan eş, çocuk, anne ve babayı ifade etmekte olup, 18 yaşına kadar her çocuk GSS kapsamında iken 18 yaş üzeri çocuklardan, lise ve dengi okullarda öğrenim görenlerin 20 yaşına, yüksek öğrenim görenlerin ise 25 yaşına kadar sigortalılık hakkı mevcuttur.¹⁹²

GSS'ye bağlı olan kişiler için sağlık hizmetinin aksamadan sürdürülebilmesi ancak 4a ve 4c seviyesindeki sigortalılar için son bir yılın içinde geriye dönük 60 gün prim ödemiş olmaları şartı, 4b'ye bağlı sigortalılar için ise 60 günden fazla SGK'ya prim borcunun olmaması koşulu ile sağlanmaktadır.¹⁹³

¹⁸⁹ ÇAKIR, a.g.m., s.93

¹⁹⁰ TUNA, a.g.t., s.24

¹⁹¹ T.C. Resmi Gazete, "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu", Cilt:45, Sayı:26200, 16.06.2006

¹⁹² BOSTANCI, a.g.t., s.199

¹⁹³ TAN, a.g.e., s.16

GSS'ye geçilmesi ile birlikte gerçekleşen değişimler;¹⁹⁴

- Daha önce yalnızca Emekli Sandığına mensup kişiler sevk almaksızın doğrudan Üniversitesi Hastanelerine başvurabiliyor iken bu hak tüm sigortalılara tanınmıştır.
- GSS ile birlikte gelen SUT sayesinde tüm sigortalılar Kurumun anlaşmalı olduğu tüm özel sağlık kuruluşlarından daha uygun maliyetlerle hizmet alma hakkı elde etmişlerdir.
- GSS sayesinde, öncelikle hastalar tarafından sağlanan tıbbi malzemeler hastanelerin bünyesinde ve hastaneler tarafından karşılanacak şekilde düzenlenmiştir.
- Daha önce cepten ödeme yapıp daha sonra harcamalarını kurumundan talep eden Bağ-Kur'a üye sigortalılar için bu ayırım ortadan kalkmıştır.
- Hastaya ait sağlık bilgilerinin kayıtlarını içeren ve sağlık provizyon hizmet sağlayıcı olan MEDULA sistemi ile sağlık giderleri faturalandırma işlemleri ve sağlık kayıt bilgileri sistemleştirilmiştir.

GSS ile eşit ve adil bir sağlık hizmeti finansmanı ve sunumu sağlanmak hedeflenmiş olsa da bu durumun yarattığı maliyet artışları sistemin yükünü giderek arttırmaktadır. Türkiye henüz genç nüfus olmasına rağmen, çalışanların emeklileri finanse etme oranı hızla azalan bir profil çizmektedir. Ayrıca işsizlik sorunları, sağlık teknolojileri ve ilaç sektöründe yaşanan gelişmeler bu duruma eklenince sosyal sağlık sigortacılığı için toplanan prim gelirlerinde yaşanabilecek kayıplar, GSS finansmanını zorlayarak temel teminat paketleri olarak ifade ettiğimiz SUT listelerinde değişkenliklere yol açabilecektir. Ek olarak, toplanan fonların enflasyon karşısında iyi değerlendirilmesi gerektiğinden, kaynakların erimesine izin verilmemelidir. Tüm bu durumlar alternatif finansman modellerine ihtiyaç duyulabileceğinin sinyalini vermektedir. Hızla artan sağlık hizmetleri maliyetlerine karşı ne yazık ki aynı oranda prim geliri elde edilemediğinden, yaratılacak alternatifler arasında kamunun yükünün özel sektörle paylaşımı en etkili olacak seçenektir.

¹⁹⁴ BAŞOL ve İŞİK, a.g.m., s.7-8

Kamunun daha fazla katılım payı ile sigortalılara sorumluluk vermesi, cepten yapılacak harcamalar nedeniyle, kişisel refah düzeylerinde yaşanacak düşüşleri hızlandıracak ve bu durum toplumsal sorunlara yol açacaktır. Cepten yapılan harcamaların hane halkları üzerindeki etkisini kırmak ve bu harcamaları en alt düzeye indirmek için, sigortalıların üzerindeki bireysel risklerin dağıtılması gerekmektedir.¹⁹⁵

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan yolculukta, Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilmesi ile birlikte Sosyal Güvenlik Kurumu'nun 2013 yılı sağlık harcamaları 2002 yılına kıyasla 5,2 kat artmıştır. Bu durumun oluşmasında SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ve SGK'nın özel hastaneler ile yapmış olduğu işbirlikleri neticesinde, özel sağlık kurumlarına erişimin kolaylaşması ile beraber GSS'nin neredeyse nüfusun tamamını kapsadığı gerçeği bu oluşumları meydana getirmektedir.¹⁹⁶

Sağlık hizmetlerinde kamunun yükünün özel sektörle paylaşılması, hizmet erişilebilirliği ve hizmet kalitesini arttırırken, eşitliği ve hakkaniyeti sağlayarak, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürücü çalışmalar yapmak gerekeceğinden, tüm bu dengenin sağlanması için özel sektör paylaşımının maliyetleri arttırıcı etkisini gidermek, bu etkiyi en aza indirerek finansman tarafını güçlü tutmak temel amaç olmalıdır. Bu nedenle gelirin yeniden dağılımını sağlayarak, sağlık hakkının gereği olarak tüm bireylere eşit düzeyde hizmeti sunabilmek için en uygun modeller bir arada değerlendirilmelidir. Giderek artan özel hastane ağına karşı, güçlü ve uzun süreli hizmet sağlayıcı, sürdürülebilir özel sağlık sigorta sistemleri devreye sokularak, sağlık hizmet güvencesi kurulmalıdır.

¹⁹⁵ Songül ÇINAROĞLU, "Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım", **İşletme Araştırmaları Dergisi**, Cilt:10, Sayı:1, 2008, s.879

¹⁹⁶ ATASEVER, **a.g.e.**, s.90

III. BÖLÜM

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI VE TÜRKİYE İÇİN BU MODELE OLAN GEREKSİNİM

3.1. Özel Sağlık Sigortalarına Olan Eğilimin Nedenleri

Dünya ülkelerinin çoğunda maliyet artışlarından kaynaklı olarak, sağlık sistemleri finansman sorunu yaşamakta olup bu durum düşük nitelikte sağlık hizmet sunumunun bireylere ulaştırılmasına neden olan sorunları beraberinde getirmektedir. Kısıtlı kaynakların mevcut ve gelecekteki durumlar gözetilerek, etkin maliyet yönetimi ile kullanılıyor olması, sistemleri ayakta tutmak için gerekli yöntemlerin başında gelmektedir. Ülkelerin sağlığa ayırmış oldukları payın GSYİH içerisindeki etkisi günden güne artış gösterdiğinden, hükümetler, özel sektör ile maliyet paylaşımı konusuna daha sıcak bakarak, bu payı oluşturan değerler içerisinde kamu harcamalarının katkısını azaltma hedefi ile sağlık finansmanı politikalarında çeşitlilik yaratma isteği taşımaktadırlar.¹⁹⁷

Dünyada toplam sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı, 2000 yılında %9 seviyesinde iken 2014 yılına gelindiğinde bu oran %9,9'a ulaşmış olup en yüksek oran ise 2009 yılında %10,4 olarak gerçekleşmiştir. OECD ülkeleri içerisinde ise 2015 yılı itibarıyla toplam sağlığa ayrılan pay ortalamada %9 olarak ölçülmüştür. Sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki en yüksek oranı %16,4 ile ABD tarafından temsil edilirken, en düşük sağlık harcama oranına sahip ülke %5,1 ile Türkiye olarak belirlenmiştir.¹⁹⁸ Bu oranların oluşmasına sağlık finansman yöntemlerinden, nüfus yapılarına, kültür ve inanışlara kadar birçok değişken katkıda bulunsa da genel olarak

¹⁹⁷ Emine KILAVUZ, "Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri", **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:29, 2010/2, s.186

¹⁹⁸ Serdar ÖZTÜRK ve Okyay UÇAN, "Türkiye'de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi", **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:22, Sayı:1, 2017, s.146

sağlık harcamalarında ekonomik gelişmişliğin ölçülen oranlara yansıdığını söyleyebiliriz.

Sağlık göstergelerini oluşturan iki ana ölçüm türü vardır. İlk sağlık durumu göstergesi, yaşam beklentisi, bebek ölüm oranı, sakatlık ve kronik hastalıklar gibi nüfus sağlığının farklı yönlerini ölçerken, ikinci gösterge ise bireylerin gelir düzeyi, çevre faktörleri ve sağlık hizmetlerine erişim olanakları gibi ölçümleri dikkate alan sağlık düzeyini belirleyici etmenlerdir. Tüm göstergeler sağlık hizmeti maliyetinin oluşumunda birer etkidir.¹⁹⁹

Sağlık göstergelerinin iyileştirilmesi, sağlığa yapılan yatırımın kamu ve özel sektör işbirliği ile yürütülerek, ekonomik büyümenin hızlanması açısından önem teşkil etmektedir. Sağlık sistemlerinde yaşanan aksaklıkların sermayenin verimliliğini düşürdüğü, diğer yönden düzenli işleyen sağlık sistemlerinde ise ekonomik büyümenin olumlu etkilendiği ve sermayenin üretken bir şekilde değerlendirildiği görülmektedir.²⁰⁰ Bu durum ülkelerin sağlık harcamaları ve gelişmişlik düzeyleri ile ilişkili olarak ekonomik verilere yansımaktadır.²⁰¹

Beşeri sermayeye yapılan yatırım dolaylı yoldan ekonomik büyümeyi etkilerken, ekonomik büyüme ise kişi başı milli gelirden yaşanan artış sayesinde daha iyi beslenme gibi hayat kalitesine yansıyan iyileşmelere ve sağlık teknolojilerine yapılan yatırımlar ile tıp biliminin gelişmesine, insan ömrünün uzamasına katkı sağlamaktadır.²⁰²

Sağlık hizmetlerinin ülke ekonomisi içerisindeki payı, sağlık politikalarının oluşturulmasında belirleyici rol oynadığından ve bu payın giderek artış göstermesinden kaynaklı olarak, sağlık hizmetleri kalitesini düşürmeden alternatif finansman arayışları içerisine girilmiş ve kamunun yükünün hafifletilmesi konularında çalışmalar yapılmaya

¹⁹⁹ First National Center, **Understanding Health Indicators**, Ottawa, National Aboriginal Health Organization, 2007, p.2

²⁰⁰ BAŞOL ve IŞIK, **a.g.m.**, s.9

²⁰¹ Selim BAŞAR, Serkan KÜNÜ ve Gürkan BOZMA, "Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", **Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:10, Ekim 2016, s.193

²⁰² Pınar HAYALOĞLU ve Hasan Çebi BAL, "Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi", **İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi**, Cilt:3, Sayı:2, 2015, s.36-42

başlanmıştır. Bu çalışmaların finansman paydaşı olarak özel sağlık sigortaları aracılığı ile sistemin sürekliliğinin desteklenmesi anlayışı yerini almıştır.²⁰³

Ülkemizde de kişileri sağlık harcamalarının katastrofik riskinden arındırmak ve cepten yapılan harcamaları azalmak amacıyla, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ilkesi gözetilerek uygulamaya konan genel sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin kamu tarafından finanse edilen kısmı yürütülmektedir. Ancak bu hizmetin maliyetleri nedeniyle sürdürülebilirliği konusunda tek başına yetersiz kalabileceği, bu nedenle de maliyet paylaşımı konuları ön plana çıkmaktadır.²⁰⁴ Kamu harcamalarının ağırlık noktasının, gelir düzeyi düşük gruplar olması gerekliliği, kamu harcamalarında gerçekleşecek azalmaların en çok bu kesimi etkileyeceğinden ileri gelmektedir. Özel sektör ile maliyet paylaşımı konusunda gelir düzeyi düşük grupların hassasiyeti göz önüne alınarak, ihtiyaçlar doğrultusunda ilerleme sağlamak mümkündür.²⁰⁵

Nitekim devletler sosyal sağlık anlayışları çerçevesinde, koruyucu sağlık hizmetlerini vatandaşlarına sunmaktadır ancak koruyucu sağlık hizmetleri, hastalık riskinin gerçekleşme olasılığını düşürürken bu riski tamamen ortadan kaldıramamaktadır. Özel sağlık sigortaları sağladığı ek fırsatlar ile sosyal sağlık sigortalarını tamamlayan ve eksik veya verimsiz kısımlara destek veren yönleri ile katkıda bulunmaktadır.²⁰⁶

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kapsam alanının genişliği, kalite düzeyi, erişiminin kolaylığı gibi etmenler, vatandaşlar için elde edilmesi gereken temel hak olarak belirlenmektedir.²⁰⁷ Bu haklar kamu aracılığı ile belirli bir düzeye kadar sağlandığından, sosyal sağlık alanına ek olarak, destek amaçlı özelleştirmelere başvurulması, finansal baskıların bir sonucudur. Özelleştirmelerin sosyal devlet anlayışı

²⁰³ Mustafa Erkut ÖNDER, Ersan ERSOY ve Korhan KARACAOĞLU, “Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, *Uluslararası İş Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi*, Yıl:1, Sayı:1, Ocak 2016, s.24

²⁰⁴ Ahmet Burçin YERELİ, Altuğ Murat KÖKTAŞ ve Işıl Şirin SELÇUK, “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler”, *Sosyoekonomi Dergisi*, Cilt:22, Sayı:22, 2014, s.284-285

²⁰⁵ Dilek MEMİŞOĞLU ve Ayşe DURGUN, “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:13, 2011, s.90-92

²⁰⁶ Ali İhsan KARACAN, *Sigorta ve Sigorta Şirketleri*, İstanbul, Birinci Basım, Bağlam Yayınları, Ocak 1994, s.182

²⁰⁷ AYDEMİR, a.g.m., s.417

ile çelişmesinden dolayı oluşan kaygılar, sosyal devletin denetim mekanizması olarak sistem içerisinde daha etkili olmasını gerekli kılmaktadır.²⁰⁸

Özelleşme kâr amaçlı işletmeler olan sigorta şirketleri ve özel hastane kurumlarının sağlık sistemlerinde hizmet kalitesini öne çıkararak, rekabet anlayışı içerisinde yer almasına ve hizmet çeşitliliği yaratılmasına sebep olmaktadır.²⁰⁹ Sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri ile işbirliği yaparak, sağlık hizmetlerinde maliyetleri düşürmeyi ve etkili bir hizmet sunumu gerçekleştirmeyi hedeflemektedirler.²¹⁰

OECD ülkeleri sunmuş oldukları sağlık hizmetlerini kamu ve özel harcamaların karışımı şeklinde finanse etmektedir. Vergi veya prim yolu ile elde edilen gelirler sosyal sağlık sigortası giderlerinde kullanılmakta olup bazı teminat kalemlerinde sosyal sigortayı tamamlamak veya ek teminatlar almak amacıyla özel sağlık programlarına başvurulmaktadır. Birçok OECD ülkesinde kamu ve özel sigortalar nedeniyle cepten yapılan harcamalar düşük düzeydedir. Türkiye’de sosyal sigorta tarafından sağlık hizmetlerinin tüm nüfusu kapsayacak şekilde düzenlenmesi ve özel sağlık sigortalarının artış göstermesi ile birlikte cepten yapılan harcamalar önemli ölçüde azalmıştır.²¹¹

Ancak yine de düzeyi düşük dahi olsa, ev halkının cepten yaptığı harcamalar ile sağlık giderlerine katılım göstermesi, maliyet paylaşımı açısından tüm ülkelerde uygulama alanı bulmaktadır. Bu durumun temel hedefi, sigortalıdan alınan katılım payı ile kaynak yaratmaktan öte sağlık hizmetlerinde verimliliği arttırmak olarak gösterilmektedir.²¹²

Bütçe açıkları nedeniyle, hükümetlerin dış kaynak kullanımları sonucu oluşan borçlanmalar sağlık sistemlerini çıkmaza sokacak seviyeye getirdiğinden, özel sağlık

²⁰⁸ Yıldırım Beyazıt ÖNAL, **Sosyal Güvenlik Bağlamında Özel Emeklilik Fonları, Avrupa Birliği Ülkeleri Diğer Ülke Uygulamaları ve Türkiye İçin Bir Özel Emeklilik Fonu Model Önerisi**, Milli Reasürans A.Ş. Yayınları, Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması, 1999, s.59

²⁰⁹ KARACA, **a.g.t.**, s.12

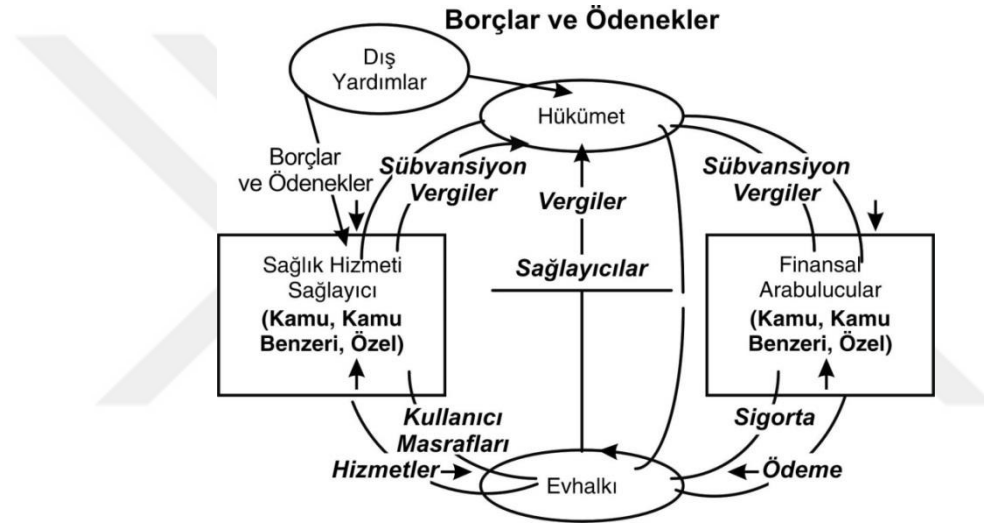
²¹⁰ Mehmet BARCA, Erdal AKDEVE ve İklim GEDİK BALAY, “Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri”, **İşletme Araştırmaları Dergisi**, Cilt:5, Sayı:3, 2013, s.70

²¹¹ OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, p.164

²¹² Kevser Sezer KORUCU ve Aygen OKSAY, “Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:32, Yıl:2018/3, s.266

sigortalarının, alternatif arayışlar içerisinde çözümün kaynağı olarak görülmesi ve kamu harcamalarının asgari düzeye çekilmesi noktasında önemi artmaktadır. Ayrıca kamunun eşitlik ilkesi gereği, gelirle bağlantılı olarak adil bir düzende, mevcut kaynakların ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılabilmesi ve özel sektör ile birlikte kaynak çeşitliliği yaratılması önem teşkil etmektedir.²¹³

Kaynak çeşitliliği ile kamu ve özel finansman sağlayıcılarının elde ettikleri gelir ve sağlık giderleri için kullandıkları varlıkları, ne yönde işlettiği ve bu durumun ev halkına yansımaları aşağıdaki şekilde detaylandırılmıştır.²¹⁴



Şekil 4: Sağlık Sektöründe Detaylı Bir Finansal Akış Modeli

Kaynak: Elif DİKMETAŞ, “Türkiye’nin Mali Politikalarının Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, T.C. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Verimlilik Dergisi, Sayı:4, 2004, s.52-53.

Kamu etkisinin kısılarak maliyetlerin paylaşılması, üç şekilde gerçekleştirilebilir.²¹⁵

- Birincisi, sağlık hizmet alt yapısının kamu tarafından üstlenilmesi yerine, kamunun özel sağlık kuruluşlarından hizmet alması ki bu durum her ne kadar paylaşım sağlasa da maliyetlerde artışa sebep olabileceğinden, sağlık

²¹³ ENER ve YELKİKALAN, a.g.m., s.102

²¹⁴ Elif DİKMETAŞ, “Türkiye’nin Mali Politikalarının Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, T.C. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Verimlilik Dergisi, Sayı:4, 2004, s.52-53

²¹⁵ KOÇAK, a.g.m., s.79

kuruluşlarına yapılacak ödemeler için üst limitler ile sınırlandırmalar getirilmektedir.

- İkincisi, kamunun vergi indirimi ve teşvik gibi destekler ile özel sağlık sigorta şirketlerine ve özel sağlık kuruluşlarına yatırım yapması konusunda kolaylık sağlaması.
- Üçüncüsü ise, her iki uygulamanın birlikte yönetilmesidir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumunun özelleştirilmesi konuları, aktüeryal denge, toplanan fonların değerlendirilme aşamaları ve üstlenilen risklerin dağılımı gibi özellikler dikkate alınarak biçimlendirilmelidir. Aksi halde gerçekleştirilecek reformlar kamunun üzerine ek yük olarak yansiyabilir.²¹⁶

Özel sağlık sigortaları kişilerin barındırdığı risk derecelerine göre primlerin belirlendiği bir yapıda işlerlik gösterdiğinden, bireyin elde ettiği çıkar ile primler arasında dengeli bir bağıntı bulunmaktadır. Sosyal sigortalar gelirin yeniden dağıtılarak ihtiyaç sahibine sağlık hizmetinin sunumunu sağlarken, özel sigortaların işleyişi kişinin çıkarı ile ilişkili olduğundan, bu ayrımın gözetilerek sosyal sigorta politikalarını destekleyecek uygulamalar belirlenmeli ve özel sigortacılığın esasları dikkate alınmalıdır.²¹⁷

Özel sağlık sigortalarının, sosyal sigortalardan belirli ölçütler dikkate alınarak ortaya konan farkları, aşağıdaki tabloda belirtilmiş olup özel sağlık sigortalarının, sosyal sigortalara destek ve tamamlama amacı ile hizmet etme yöntemleri bu ölçütler dikkate alınarak belirlenebilir.²¹⁸

²¹⁶ BALCI İZGİ, a.g.m., s.92-94

²¹⁷ STIGLITZ, a.g.e., s.398

²¹⁸ Orhan TUNÇ ve Mithat KIYAK, "Private Health Insurance in Europe and Turkey", **Journal of Economics Finance and Accounting**, Volume:2, Issue:3, Year:2015, p.412

Tablo 6: Özel ve Sosyal Sigorta Arasındaki Farklılıklar

Kriter	Sosyal Sigorta	Özel Sağlık Sigortası
Menfaatler	Genel Menfaatler	Özel Menfaatler
Zorunluluk	Mecburi	İhtiyarı
Kapsam	Belirli özelliklere sahip kimselere açık	Herkese açık
İlişki, Örgütlenme	Kanunla	Sözleşme ile
ÖDEME, PRİM	Sigortalının gelirine ve mesleğine göre değişmekte	Ünitenin tehlike derecesine göre değişmekte
Garanti	Devlet garantisi söz konusu	Reasürans şirketine ihtiyaç bulunmakta
Gaye	Kamu hizmeti	Kâr
Zararın tazmini	Kanunla tespit edilmekte	Ödenen primlerle sınırlı
Ortaya çıkışı	Amaçların sosyal politikaya olarak saptandığı bir düzen	Piyasa ekonomisinin hakim olduğu bir düzen ve sistemde

Kaynak: Orhan TUNÇ ve Mithat KIYAK, “Private Health Insurance in Europe and Turkey”, **Journal of Economics Finance and Accounting**, Volume:2, Issue:3, 2015, p.412.

Türkiye birçok ülkeden farklı olarak, kamu sigortasına sahip kişilerin özel sağlık sunucularında hizmet alması nedeniyle, hizmet sunuculara ödeme yapmayı ve kamu hastanelerindeki destek hizmetleri için ihaleler düzenleyerek özel sektörü sağlık sistemine dahil etmeyi kamu ve özel sektör işbirliği için hedef haline getirmiştir. Özel sektörün katkısı finansmanın sürdürülebilirliği, hizmet kalitesinin yükseltilmesi, hizmete ulaşım ve sağlanan fayda alanlarında büyük öneme sahiptir.²¹⁹ Kamu ile özel sigorta arasındaki ayırım gün geçtikçe kalkmakta ve sınırlar kaybolmaktadır. Kamu artık sağlık sigortacılığında özel sektör gibi hesaplar yaparak sistemi kontrol altında tutmaya çalışmaktadır.²²⁰

Kâr elde etmek amacı ile faaliyet gösteren özel sağlık sigorta sistemi, her ülkede farklı ifadeler ve farklı içeriklere sahip olabilmektedir. Ancak Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sınıflandırmaya göre özel sağlık sigortalarını, baskın, zorunlu, ikame edici, tamamlayıcı ve destekleyici olarak ayırmak mümkündür.²²¹

²¹⁹ OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, s.112

²²⁰ Ahmet GENÇ, “Sigorta Sektöründeki Risklere İlişkin Bir Kamu Yaklaşımı”, **2. Uluslararası Sigorta Sempozyumu Risk ve Sigorta Bilinci ve Eğitimi**, İstanbul, TSEV Yayınları, No:27, 2007, s.61

²²¹ UĞURLUOĞLU ve ÖZGEN a.g.m., s.11

Ülkemizde, baskın olarak nitelendirilen zorunlu özel sağlık sigortaları ve sosyal sağlık sigorta sisteminin yerini alacak ikame edici özel sağlık sigortaları uygulanmamaktadır. Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları özel sağlık sigortaları altında incelenebileceği gibi ülkemizdeki uygulamalar özel sağlık sigortalarını ve tamamlayıcı sağlık sigortalarını ayrı sınıflarda değerlendirmemizi gerektirmektedir.

3.2. Özel Sağlık Sigortaları

Özel sağlık sigortaları, sigorta şirketi tarafından verilen güvence süresi içerisinde, sağlanacak teminatlar çerçevesinde, sigortacının bilgisi dahilinde olan ve istisna uygulanmayan durumlar hariç olmak üzere, sigortalının geçmişten gelen hastalıklarının kapsam dışı olması koşuluyla, poliçede yazılı limitler doğrultusunda, sigortalıya yapılabilecek günlük ödemeler ve/veya sigortalının tedavisi için sağlık kuruluşlarına yapılacak ödemeleri konu edinmektedir.²²²

Özel sağlık sigortaları ülkemizde hayat ve hayat dışı sigorta kollarının altında yer almakta olup, hastalık, sağlık ve seyahat sağlık sigortaları olarak varlığını sürdürmektedir. Çoğu Avrupa ülkesinde uygulanan 1 yıldan uzun veya ömür boyu teminat sunan uzun süreli sağlık sigortaları ülkemizde henüz uygulama alanı bulamamış olup sağlık sigortaları ise özel ve tamamlayıcı sağlık sigortaları olarak faaliyet göstermektedir. Özel sağlık sigortalarının nitelikleri aşağıdaki gibi sıralanmaktadır;²²³

- Sözleşme temeline dayandığından dolayı, poliçenin şartları tarafların karşılıklı anlaşmalarına göre belirlenmektedir.
- Riski kabul etme isteği sigortacının, riski devretme isteği ise sigortalının karar verme yetkisindedir.
- Prim sigortalının sahip olduğu risk derecelerine göre belirlenir.
- Sigorta şirketinin önceliği sözleşmeden maddi kazanç elde etmek olup, sigortalının menfaati gözetlenmektedir.
- Genel olarak sözleşme bir süreye bağlanmıştır.

²²² Ayşegül BÖLÜKBAŞI ve Baturalp PAMUKÇU, **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, İstanbul, 2.Baskı, Türkmen Kitabevi, 2010, s.31

²²³ Emine ORHANER, **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Ankara, 1.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ekim 2018, s.121

Her ne kadar sağlık sigorta s3zleşmesi, sigortalının çıkarına hitap ederek, sigorta ettiren ve sigorta şirketi arasında d3zenlenmiş olsa da sigorta şirketleri sağlık sigorta sisteminde, kamunun sosyal g3venlik sistemi, kamunun d3zenleyici ve denetleyici kurumları ve 3zel sağlık hizmeti sunucuları ile de s3rekli etkileşim halindedir. Bu durumun oluşması, 3zel sağlık sigorta piyasasının aşağıda belirtilen durumlar ile m3cadele etmek durumunda kalmasından kaynaklanmaktadır;²²⁴

- Sağlık hizmet sunucuları ile sağlık sigorta şirketleri arasında yapılan anlaşmalı fiyatlar 3zerinden gerçekleştirilen artışlar, poliçe primlerine yansımakta ve bu durum pazar kapasitesinin daralmasına sebep olmaktadır.
- Sigortalıların mevcut verilerini gizlemesi nedeniyle sigorta şirketlerinin eksik veya hatalı bilgiler ile fiyatlama yapması, poliçeyi daha çok ihtiyaç sahibi olan bireylerin alması nedeniyle tazminatlarda yaşanan artışların, sigorta şirketinin almış olduğu primlerin çok 3zerinde gerçekleşmesine sebep olmaktadır.
- GSS'nin kapsadığı n3fus ve teminatların genişliği 3zel sağlık sigortalarına olan talebin d3ř3k olmasına yol açmaktadır.
- 3zel sağlık sigortalarına karşı 3n yargılı yaklaşımlar ve 3SS poliçesine sahip kişilerde poliçeye karşı istikrarsızlık oluşması.
- 3zel sağlık poliçesi olan kişilere karşı, 3zel sağlık kurumlarının gereksiz hizmet sunumu yaratması, poliçenin k3t3ye kullanımına sebep olmaktadır.
- 3SS poliçesine sahip olmak isteyen kişilerin, mevcut hastalıklarının kapsam dışı tutulması, hastalıkla ilgili limit veya ek prim uygulanması gibi nedenlerin sigortalı nezdinde caydırıcı etkisi.

Sigorta şirketleri, sigortalıların tazminatlarını uygun fiyatlarla karşılamak amacıyla, 3zel sağlık hizmet sunucuları ile anlaşmalar yapmakta olup sigortalının bilgi saklamasının 3n3ne geçebilmek için sağlık hizmet sağlayıcıları 3zerinden de sigortalıya ait bilgi ve belgelere ulaşarak poliçenin k3t3ye kullanımını engellemek eğilimindedirler.

²²⁴ ORHANER, a.g.e., s.215-216

Bu nedenle sigorta şirketleri ile sağlık hizmet sunucuları arasında da güvene dayalı bir ilişkinin kurulmuş olması özel sağlık sektörü için büyük önem taşımaktadır.²²⁵

Sigorta şirketi ve sigortalının birbirlerine karşı olan sorumlulukları, 23 Ekim 2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği Madde 5’e göre; Sigorta şirketinin sigortalının yazılı onayını almasına istinaden, sigortalının tedavisini gerçekleştiren kurumlardan, SBGM’den, SGK’dan ve Sağlık Bakanlığından mevzuata uygun şekilde bilgi talep etme hakkı vardır. Sigorta şirketi masrafları karşılamak üzere sigortalının sağlık durumunu hakkında detaylı bilgiye ulaşmak için uzman hekim görüşü isteyebilir. Sigortalı ve sigorta ettiren kendisine sorulan sorulara eksiksiz bir şekilde cevap vermek zorundadır. Sigorta şirketinin sözleşmeyi yapmaması veya daha ağır şartlarda sözleşmeyi düzenleyecek olmasını gerektirecek durumların sigortalı veya sigorta ettiren tarafından bildirilmesi gerekmektedir. Ayrıca sigorta şirketi de sözleşmenin koşul ve şartlarını, teminat kapsamında olan ve kapsam dışı olan tüm durumları, sigorta ettirene bildirmekle yükümlüdür.²²⁶

Genel olarak sigortalının beyanı yeterli olmakla birlikte özel durumlar için sigorta şirketinin detay talep etmesinin altında yatan sebepler, hastalığa ait kesin tanı, sigortalının tedaviyi ne zaman ve ne kadarlık bir süreçte aldığı, tedavinin ne aşamada olduğu ve sigortalının mevcut durumu gibi etmenlerin, sigortanın şartlarını ne yönde etkileyeceği ile ilgilidir. Sigorta şirketi sigortalının durumuna bakarak, ilgili hastalıklara ait giderleri kapsam dışı tutabileceği gibi, hastalıkla ilgili belirli bir limite kadar tazminat ödemesi gerçekleştirebilir veya sigortalının ilgili giderlerini belirli bir ek prim karşılığında tamamen teminat kapsamı içerisine alabilir. İlgili değerlendirmeler ve kesin uygulanacak poliçe şartı için bu verilerin sigorta şirket tarafından biliniyor olması gerekmektedir. Sigortacı birinci derecede riskli gördüğü hastalıkların listesini

²²⁵ Erdoğan SERGİCİ, **Sigorta ve Pazarlama / Makaleler**, Can Matbaa, Ocak 2001, s.105

²²⁶ **T.C. Resmi Gazete**, “Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği”, 23 Ekim 2013, Sayı:28800

paylaşarak, kendisine bildirilmeyen bu hastalıklardan herhangi birinin sigortalıda mevcut bulunması durumunda, ilgili giderleri tamamen kapsam dışı bırakabilir.²²⁷

3.2.1. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Gelişimi

1982 yılına kadar kaza teminatına ek bir teminat olarak sunulurken bu tarihten sonra hayat sigortaları branşı altında yer alan hastalık sigortaları, 1990 yılına gelindiğinde ayrı bir branş olarak değerlendirilmiş ve sağlık sigortaları adı altında ülkemizde uygulanmaya başlanmıştır.²²⁸

Türk Ticaret Kanununun Sigortanın Yaptırılması başlıklı 1511. maddesinde hastalık ve sağlık sigortaları konusunda düzenlemeler getirilmiş olup buna göre hastalık sigortaları, karşılığında maddi bir kazanç elde edilen meblağ sigortaları olarak tanımlanırken, sağlık sigortaları ise tazminat sigortası olarak değerlendirilmiştir. Sağlık sigortasında kişinin hastalık sonucu tedavi masraflarını gidermeye yönelik teminatlar söz konusu olup bu durumda kişisel mal varlığında bir azalma olmadan gerçekleştirilecek kayıplar teminat altına alınmış olacaktır. Yürürlükte bulunan Sağlık Sigortası Genel Şartları ile teminat kapsamı içerisindeki durumlar, teminat kapsamında yer almayan durumlar ve ek sözleşmeler ile teminat kapsamı içerisine alınacak durumlar ayrıca belirtilmiştir.²²⁹ Genel şartlarda değişiklik yapılmaksızın, sigorta şirketleri rekabet ve uygulama alanlarına göre sağlık sigortası poliçe özel şartlarında diledikleri gibi değişiklik yapma hakkına sahiptirler.

İlk uygulama alanı olarak 1938 yılında Anadolu Sigorta A.Ş. tarafından riskli görevlerde bulunan işçiler için hastalık sigortası türevi bir teminat ile faaliyete başlayan özel sağlık sigortaları, Başak Sigorta A.Ş. tarafından sunulan gündelik tazminat teminatı ile grup sağlık sigortaları üzerinden devam ettirilmiştir. Şark Sigorta A.Ş.’nin yatarak ve ayakta sağlık hizmet güvencesi sunmaya başlaması ise günümüz sağlık sigortacılığı teminatları ile sağlık hizmet sektöründe uygulamaya konulmuştur. İlerleyen yıllarda

²²⁷ Burçak GİRAY, “Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul, 2010), s.87

²²⁸ T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, **Pazarlama ve Perakende, Sağlık Sigortası**, Ankara, 2011, s.3
http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf (25.12.2018)

²²⁹ Ferudun KAYA ve diğerleri, **Sigortacılık**, İstanbul, 4. Baskı, Beta Yayınları, Haziran 2014, s.290-291

bireysel sağlık sigortacılığına ağırlık veren Halk Sigorta A.Ş. ile grup sağlık sigortalarına ağırlık veren Genel Sigorta A.Ş., OYAK Sigorta A.Ş. ve beraberinde 1992 yılında kurulan Bayındır Sigorta A.Ş. gibi sigorta Şirketleri, bugün dahi farklı isimler ile özel sağlık sigortacılığı faaliyetine önemli katkılar sunarak ÷lkemiz sağlık sektöründe çalışmalarına devam etmektedirler.²³⁰

÷lkemizde özel sağlık sigortacılığı işveren destekli grup poliçeleri ile 1983 yılında uygulanmaya başlanmış olup bireysel olarak ancak 1988 yılından itibaren kişilere isteğe bağlı olarak sunulmuştur. Sağlık sigortaları branşı olarak faaliyet gösterilmeye başlandığı 1990 yılından sonra ise sayıları artan özel sağlık sigorta Şirketlerinin, piyasaya girişı ile poliçe teminat yapıları ve kapsamaları belirlenmeye başlanmıştır.²³¹

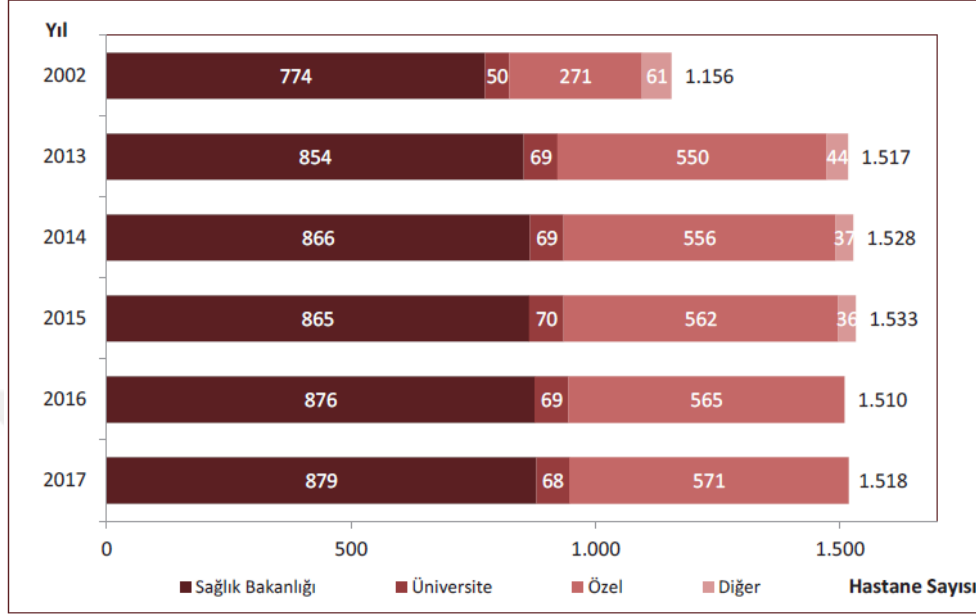
Ağırlıklı olarak özel sermaye sahiplerinin işletmelerinde çalışanları için özel sağlık sigortası yaptırmaya başlaması beraberinde yerli Şirketlerinde özel sağlık sigortasına olan eğilimini arttırmış ve bu durum grup poliçelerinin sayısında yaşanan artışlarla, özel hastane ağının gelişmesine katkıda bulunmuştur.

Özel hastanelerin artışı kamu hastanelerinin yükünü hafifletiyor olsa da maliyetleri nedeniyle özel hastaneler cepten yapılan harcamaların miktarını arttırmaktadır. İşveren desteği ile grup poliçesine sahip olan sigortalılarda özel hastanenin getirmiş olduğu maliyet endişesi oluşmazken, özel hastaneye kişisel başvurularda bireyler ciddi gelir kayıpları ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu gibi nedenlerle ferdi poliçe sayılarında yaşanan artışlarla birlikte özel hastaneler ile sigorta Şirketleri arasındaki etkileşim kuvvetlenmiş bu durum özel hastane sayılarına yansımıştır.

²³⁰ Bilal PİŞKİN, “Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnterdisipliner Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Edirne, 2017), s.57

²³¹ ORHANER, a.g.e., s.175

Yıllar itibarıyla özel ve kamu hastane sayıları aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.²³²



Şekil 5: Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Sayıları

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, s.113.

3.2.2. Özel Sağlık Sigortaları Teminat Yapısı

Teminat yapıları açısından değerlendirildiğinde, özel sağlık sigortaları iki ana teminat altında toplanan sağlık hizmetleri ile şekillendirilmektedir. Ana teminatlar yatarak ve ayakta tedaviyi içeren sağlık hizmetleri olup bu kolların altındaki başlıca teminatları ve ek teminat olarak nitelendirilen ve kullanıma daha açık olan teminatları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;²³³

Yatarak tedaviler; Ameliyat, Doktor Ücreti, Hastane Tedavi, Suni Uzun, Kemoterapi-Radyoterapi-Diyaliz, Küçük Müdahale, Oda-Yemek-Refakatçi, Yoğun Bakım, Kara ve Hava Ambulansı, Rehabilitasyon ve Ameliyat Sonrası Fizik Tedavi, Kaza Sonucu Dış Tedavi, Evde Bakım Hizmeti, Ameliyat Tazminat Teminatı gibi teminatlardır.

²³² T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, Ankara, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018, s.113

²³³ KAYA ve diğerleri, a.g.e., s.303

Ayakta tedaviler; Doktor Muayene, İlaç, Görüntüleme, Laboratuvar, Modern Teşhis, Fizik Tedavi, Yardımcı Tıbbi Malzeme gibi teminatlardır.

Ek teminatlar; Annelik Teminatı (Doğum Eylemi ve Rutin Kontroller), Diş Tedavi, Gözlük ve Lens Teminatı, Psikiyatri, Diyetisyen, İşitme Cihazı, Yurt Dışı Yatarak ve Ayakta Tedavi teminatı gibi teminatlardır.

Sigorta şirketleri sağlık hizmet sunucuları ile aralarında geçerli olan anlaşmalar doğrultusunda yukarıda bahsedilen teminatlar üzerinde kısıtlama, ek katılım payı, limit veya istisna uygulayabilirler. Tüm teminatlar, limitleri ve geçerli olduğu anlaşmalı sağlık kuruluş ağları gibi etmenlerden dolayı, prim seviyesini doğrudan etkilediğinden değişkenlik gösterebilmektedir.

Genel sigortacılık ilkeleri rizikonun gerçekleşmesini sigortalının iradesi dışında olmasına bağlarken, sağlık sigortalarında kişi isteği doğrultusunda poliçede yer alan teminatları kullanma eğiliminde olabilir. Sigortalının kendini hasta hissetmesine sebep olan bir durum, kişinin doktora başvurması için yeterli olabileceği gibi, sigortalı diş, göz ve doğum teminatı gibi ek teminatları özellikle kullanma isteği ile alabilir. Bu nedenle poliçenin kullanım sıklığını azaltmak amacı ile sigorta şirketleri, sigortalıların tazminata katılımını sağlayarak gereksiz kullanımın önüne geçmek isterler. Gereksiz kullanımı önlemenin yolları ise, özellikle ayakta tedavi ve ek teminatlar için, sigortalının tazminat ödemesine belirli bir oranda katılımını sağlamak ve/veya belirli bir tutardan sonra sigorta şirketinin tazminata katılımını sağlamaktır. Bir diğer yöntem ise sigorta şirketinin daha uygun maliyetteki hastanelere sigortalıları yönlendirmek için teşvik amaçlı daha düşük katılım payı uygulaması gibi alternatif çözümleri içermektedir.²³⁴

Sigorta şirketi tarafından getirilen önerilerin, sigortalıyı memnun etmesi öncelikli konu olup sigortalı ödemiş olduğu primlere karşılık ihtiyaç halinde en uygun koşullarda sağlık hizmetinin kendisine sunulmasını isteyebilir. Poliçe kapsamında olduğu sürece hizmet alınmak istenen sağlık kurumunun seçimi sigortalıya bağlı olduğundan, sağlık hizmet kalitesi dışında kalan ve sigorta şirketi tarafından sağlanacak hizmetler, örneğin; hastanede sigorta şirketi temsilcisi tarafından sigortalının

²³⁴ ÖZGÜÇ, "Sağlık Sigortaları", s.5

karşılanması, anlaşmalı sağlık kuruluşunda sigortalının tedavi sonucu hızlı şekilde provizyon onayı alması veya anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleştirilen tedaviler sonucu sigortalının cepten yaptığı harcamanın sigorta şirketi tarafından kısa bir süre içerisinde karşılanması gibi etkenler, sigortalının sigorta şirketine olan bağlılığını arttırmakta ve özel sağlık sigortalarına olan talepte sürekliliği sağlamaktadır.

Aşağıdaki şekilde, en alttan en üste doğru özel sağlık sigortalarından memnun kalınma düzeyini arttıran aşamalar belirtilmiştir.²³⁵



Şekil 6: Özel Sağlık Sigortasında Müşteri Memnuniyetini Arttıran Temel Faktörler

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, s.32,

3.2.3. Grup ve Ferdi Poliçeler

Sağlık sigortaları grup ve bireysel poliçeler olarak düzenlenebilmektedir. Bireysel poliçeler, kişinin kendi çıkarları ve/veya bir başka kişinin çıkarı için düzenlenebilmektedir. Bireysel poliçeler, talebe istinaden eş ve istisna yok ise 24 yaşa kadar çocuklarında dahil olması ile aile poliçeleri şeklini alabilir. Grup poliçeleri yaş, riskli hastalık durumu gibi belirli ölçütler dikkate alınarak en az 10 kişinin poliçe başlangıç tarihi itibarıyla poliçede yer alması koşulu ile ferdi katılımlı grup, isteğe bağlı

²³⁵ Türkiye Sigorta Birliği, Uzun Süreli Sağlık Sigortası Ülke İncelemesi Raporu, 2015, s.32

grup ve zorunlu grup poliçeleri olarak üç şekilde düzenlenebilmektedir.²³⁶ Ferdi katılımlı grup poliçelerinde her sigortalı primini kendisi öderken, gönüllü katılım esasına dayanan isteğe bağlı grup poliçeleri ve zorunlu grup poliçelerinde ise sigorta ettiren tarafından primler ödenmektedir.

Sigortacı sözleşmenin düzenlenmesinden önce, başvuru formu aracılığı ile sigortaya kabul için gerekli soruların cevabını sigortalıdan istemektedir. Bu durum ağırlıklı olarak bireysel poliçelerde uygulanırken, grup poliçelerinde ise grubun prim büyüklüğü, kişi sayısı ve poliçenin ilk başlangıç tarihi gibi ölçütler dikkate alınarak esneklik sağlanabilmektedir. Bireysel poliçelerde önlem derecesinin yüksek olmasının sebebi, daha önce bahsetmiş olduğumuz anti seleksiyon (ters seçim) riskinden kaynaklanmaktadır. Grup sigortalarında ise zorunluluk şartı uygulanarak bu olumsuz etki giderilebilir. Çünkü sigortalı sayısının çokluğu riskin frekansını düşürecektir.

Özel sağlık sigortası grup poliçelerinde, daha önceden tanımlanmış belirli hastalıklar üzerinden tüm sigortalılar için istisna tanımlamaları yapılabilmektedir. Bildirilmesi halinde risk değerlendirmesi yapılarak sigortalı standart risk grubuna alınıp herhangi bir farklılaştırma yapılmayacağı gibi gruplar özelinde yapılan değerlendirme farklılık göstermekle birlikte riskli görülen kişiye muafiyet, limit, ek prim ve/veya ek özel şartlar uygulanabilir. Sigorta şirketine riskli hastalık bildirilmemesi durumunda ise gruptaki bir sigortalının daha önceden tanımlanan ve gruba bildirilen 1. dereceden riskli hastalık olarak görülen hastalığının var olması durumunda, bu hastalıkla ilgili giderler teminat dışı bırakılmaktadır.

İlgili hastalıklar sigorta şirketlerince değişiklik göstermekle birlikte genel uygulamalar doğrultusunda aşağıdaki gibi sıralanmıştır;²³⁷

- ✓ Kalp ve damar hastalıkları
- ✓ Kanser
- ✓ Metabolik ve endokrin hastalıklar

²³⁶ Cüneyt SÜZEL, “Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliği Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi”, **Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi**, Cilt:24, Sayı:2, Aralık 2018, s.943-944

²³⁷ GİRAY, a.g.t., s.91

- ✓ Böbrek, karaciğer ve akciğer hastalıklarından bazıları
- ✓ Organ yetmezlikleri ve organ nakilleri
- ✓ İmmün sistem hastalıkları ve diğer kronik hastalıklar

Türkiye’de faaliyet gösteren sigorta şirketlerinin sunmuş oldukları teminat yapıları ve anlaşmalı oldukları hastane grupları yakınlık gösterse de sigorta şirketinin operasyon kısmında yer alan hizmet sağlayıcı bölümlerinin, müşteriye dokunabildiği noktada şirketler birbirinden ayrılmaktadır. Şirketlerin portföyü, finansal gücü ve rekabet düzeyi de müşteriye etkileyen diğer etmenlerdir.²³⁸

Ülkemizde 2018 yılı sonu itibarıyla, hayat ve hayat dışı şirketlerin sağlık branşında özel sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortalarına sahip grup ve ferdi sigortalı sayıları aşağıdaki gibidir.

Tablo 7: Özel Sağlık Sigortası Grup ve Ferdi Sigortalı Sayısı (2018)

Sağlık Branşı	Özel Sağlık Sigortası (Sigortalı Sayısı-Ferdi)	Özel Sağlık Sigortası (Sigortalı Sayısı-Grup)
Toplam (Hayat Dışı Şirketler)	904.067	778.074
Toplam (Hayat ve Emeklilik Şirketleri)	98.416	443.201
Toplam (Hayat Dışı Şirketler + Hayat ve Emeklilik Şirketleri)	1.002.483	1.221.275

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği İstatistikleri.

Tablo 8: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Grup ve Ferdi Sigortalı Sayısı (2018)

Sağlık Branşı	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (Sigortalı Sayısı-Ferdi)	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (Sigortalı Sayısı-Grup)
Toplam (Hayat Dışı Şirketler)	355.777	531.602
Toplam (Hayat ve Emeklilik Şirketleri)	6.936	25.758
Toplam (Hayat Dışı Şirketler + Hayat ve Emeklilik Şirketleri)	362.713	557.360

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği İstatistikleri.

Türkiye’de GSS kapsamı oldukça geniş olmasına rağmen, ekonomik gelir düzeyi yüksek olan kesimin daha hızlı, erişilebilir ve kaliteli sağlık hizmeti alma

²³⁸ Ali CİVAN, **Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi**, İstanbul, Umut Matbaacılık, Haziran 2010, s.99

isteğiyle, bireysel sağlık sigortaları ön plana çıkarırken, grup sağlık sigortaları kısmında ise işveren destekli poliçelerin etkisi bulunmaktadır. Son yıllarda tamamlayıcı sağlık sigortasına olan eğilim ile birlikte sigortalı sayılarında da artışlar meydana gelmiştir.

3.2.4. Özel Sağlık Sigortalarında Fiyatlama

Ülkemizde ve birçok dünya ülkesinde sağlık harcamalarının genel enflasyon rakamlarının üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durumun oluşmasına sebep olan faktörleri; beslenme, çevresel ve psikolojik etmenler nedeniyle ortaya yeni hastalıklar, tıbbi teknolojik gelişmeler nedeniyle tıbbi malzeme ve cihaz fiyatlarında yaşanan artışlar, insanların sağlığı konusunda daha duyarlı ve dikkatli davranmaları, ilaç ar-ge çalışmalarının yüksek maliyeti olarak sıralamak mümkündür. Ek olarak, sağlık teknolojilerinin sınırlı ülkeler tarafından sağlanması nedeniyle tüketici ülkelerin süreklilik gösteren dışa bağımlılıkları da sağlık enflasyonunun genel enflasyon rakamları üzerinde olmasına sebep olmaktadır.

Prim hesabında başta medikal enflasyonda yaşanan gelişmeler olmak üzere, talep edilen teminat yapılarının, mevcut sağlık durumunun, özellikle bireysel poliçelerde yaş ve cinsiyet gibi etmenlerin her birinin etkisi bulunmaktadır. Bireysel poliçelerin prim hesabı ölçütleri ile grup poliçelerinde dikkate alınan ölçütler farklılık göstermekle birlikte grup poliçelerinde tazminat riski düşük sigortalılardan alınacak prim, riski yüksek sigortalıların tazminat etkisini giderirken, bireysel poliçelerde daha çok yaş ve cinsiyet gibi kişisel detaylar dikkate alınmaktadır.²³⁹ Ayrıca bireysel olarak poliçe alan bir kişinin mevcut hastalığı için istisna, muafiyet, limit ve/veya ek prim gibi şartlar uygulanırken, kişi grup poliçesinde yer alsaydı, grubun kişi sayısı, prim büyüklüğü, yıllar itibarıyla tazminat/prim oranları gibi birçok değişken dikkate alınarak, kişi standart risk grubunda değerlendirilebilirdi. Grup poliçelerinin özel şartlar konusunda da getirisinin daha yüksek olduğunu söylemek mümkündür.

Sağlık sigortalarının sunulmaya başladığı ilk yıllarda, hayat sigortalarındaki “Mortalite” (ölüm) tablolarına benzer nitelikte, kişilerin çeşitli meslek gruplarına ve yaş gruplarına göre uzun yıllar dikkate alınarak, yakalandıkları hastalıklar üzerinden elde

²³⁹ Atilla OKSAY, “Avrupa Birliğinde Özel Sağlık Sigortaları”, **Birlik'ten Dergisi**, T.S.B. Yayınları, Sayı:30, Ekim-Aralık 2012, s.11

edilen istatistiki bilgiler ile “Morbidite” tabloları oluşturulmuş ve prim hesabında kullanılmıştır. Günümüzde bu tablolar işlerliğini kaybetmiştir.²⁴⁰

Sigortacılık faaliyetinde bulunan şirketler üstlenmiş oldukları riskler aracılığı ile kazanç sağlayabilmek için önlemler ve yöntemler geliştirip, riskin yönetimini sağlamaktadırlar. Bu yöntemler farklı düzeyde ve içerikteki risk sınıflarını kapsayıcı bir özellik göstermek zorundadır. Uygulanacak risk politikasının belirlenmesinde, sigorta şirketinin prim politikası önemli bir yere sahiptir. Primin belirlenmesinde ise, şirketin portföyü üzerinden değerlendirdiği, hasar gerçekleşme olasılığı ile toplam primler arasındaki ilişki önem arz etmektedir.²⁴¹

Sigorta piyasasında rekabet eden şirketler kazanç elde etmek amacındadırlar. Kâr anlayışı operasyonel faaliyetleri gerçekleştirirken, risklerin değerlendirilmesi ile oluşturulan toplam portföy içerisinde talep edilmesi gereken prim tutarının hesaplanmasında önemli bir faktördür.²⁴²

Sigorta şirketleri primi belirlerken uygun derecede kârlılık hedefi ile ilerlemek isterler. Yalnızca sigortacılık faaliyetlerinden elde edilen kârlılık için gerekli olan ölçütler dikkate alındığında, bu durumun gerçekleşebilmesi için ödenen tazminat, gerçekleşmesi muhtemel tazminat, poliçe için ödenecek komisyon, idari yönetim giderleri ve primde olumsuz yönde yaşanabilecek sapmalar için güvenlik marjı da denilen emniyet payının üzerinde bir primin sigorta sözleşmesi için alınması gerekmektedir.²⁴³

Kahya’ya göre risk primi; “Eldeki istatistiklere göre olası hasar miktarı ve poliçe ile güvence altına alınan hasar maliyet masraflarını karşılamak üzere matematiksel ve istatistiksel hesaplamalar sonucu bulunmakta olup hasarın aynı riske

²⁴⁰ ÖZGÜÇ, “Sağlık Sigortaları”, s.2

²⁴¹ BÖLÜKBAŞI ve PAMUKÇU a.g.e., s.96

²⁴² Shaun WANG, “Premium Calculation by Transforming the Layer Premium Density”, **The Journal of the International Actuarial Association**, Vol:26, No:1, May 1996, s.90

²⁴³ KAYA ve diğerleri, a.g.e., s.106

maruz kişiler arasında dağıtılarak telafi edilebilmesi için kişilerin riskleri doğrultusunda paylarına düşen prim miktarını” ifade etmektedir.²⁴⁴

Net risk primi aşağıdaki aşamalar ile hesaplanmaktadır;²⁴⁵

$$\text{Ortalama Tazminat Tutarı} = \frac{\text{Gerçekleşen Tazminat Tutarı}}{\text{Gerçekleşen Tazminat Adedi}}$$

$$\text{Tazminat Frekansı} = \frac{\text{Gerçekleşen Tazminat Adedi}}{\text{Riske Maruz Kişi Sayısı}}$$

$$\text{Net Risk Primi} = \text{Ortalama Tazminat} \times \text{Tazminat Frekansı}$$

Homojen dağılım gösteren sigorta portföyünde kişi başı ortalama hasarın tespit edilebilmesi için yeterli çoklukta sigorta sözleşmesinin bulunması, hesaplamaya konu dönemin tazminat ödemelerinin ve sigortalı sayılarının aynı vadeleri içermesi ve bekleme süresi gibi şirkete ek kazanç getiren değerlerin hesaplamada dikkate alınmaması gerekir.

Özel sağlık sigortacılığının desteklenmesi ve nüfusun tabanına yayılabilmesi amacıyla, Banka ve Sigorta Muamele Vergisi 2001 yılında çıkarılan kanun ile uygulamadan kaldırılmıştır. Bu durumun primlere yansımalarını %5 indirim olarak ifade edersek, özel sağlık sigortacılığında bireysel ve grup poliçeleri için kazanım yaratmak amacıyla gerekli bir destek sağlandığını söyleyebiliriz.²⁴⁶ Bu nedenle brüt prim üzerine yapılan BSMV yüklemesi ile tarife primine ulaşılrken, sağlık sigortalarında brüt prim ile tarife primi eşit olmaktadır.

Berk’e göre “Risk primi, prim politikasına dayalı bir güvenlik marjı olmayıp, tersine risk taşımanın bedelidir.” Risk yönetilirken öncelikli hedef sigortalılık dönemine ait kayıpların karşılanması iken uzun dönemde işletmenin varlığını karlılıkla devam ettirmesidir. Bunun için ise, yalnızca riske konu tutar için prim

²⁴⁴ Mehmet KAHYA, “Sigorta İşletmelerinde Fiyatlandırma”, **Risk Yönetimi ve Sigortacılık**, Erdem KIRKBEŞOĞLU (drl.), Ankara, Gazi Kitabevi, 2.Baskı, 2015, s.184

²⁴⁵ Orhun Emre ÇELİK, “Aktüerya ve Sağlık Sigortacılığı”, Ankara, **Hacettepe Üniversitesi Ders Notu**, Nisan 2010, s.16

²⁴⁶ İSTANBULLUOĞLU, GÜLEÇ ve OĞUR, **a.g.m.**, s.94

alınamayacağından, işletmenin genel yönetim giderleri ve araçlara ödenen komisyonların da sigorta primi içerisinde yer alması gerekmektedir.²⁴⁷

Sigorta şirketi faaliyetlerine devam edebilmek ve kâr elde edebilmek için net risk primi üzerine yapacağı yüklemeler ile brüt prime ulaşmaktadır. Şirketlerin fiyatlama ve rekabet politikalarına göre bazı farklılıklar göstermekle birlikte, brüt primin hesaplaması aşağıdaki gibidir;²⁴⁸

$$\text{Brüt Prim} = \frac{(\text{Net Risk Primi} \times (1 + \text{Medikal Enflasyon}))}{1 - \text{Komisyon-İdari Şarjman-Emniyet Payı}}$$

Primin seviyesini etkileyen faktörler ise kişinin mevcut hastalık durumuna göre poliçe döneminde uygulanacak özel şartlar doğrultusunda şekillenmektedir. Kişiyen hastalığı ile ilgili istisna, limit, ek prim, ek katılım payı uygulaması ve/veya belirli bir tutara kadar muafiyet uygulaması gibi çeşitli seçeneklerle primin bazı değiştirilebilir.

Sigorta şirketleri, ekonomide riskin etkilerini düşüren önemli bir göreve sahip olmakla birlikte kişilerin güvence sağladığı yatırım kuruluşları olarak da dikkat çekmektedir. Bu nedenle fiyatlamada yaşanabilecek aksaklıklar beraberinde ekonomik kayıpları getirecektir.²⁴⁹ Şirketler adil ve sürdürülebilir fiyatlama politikaları ile kazanç sağlamak durumunda iken pazarda yaşanan rekabet, fiyatlara doğrudan yansımaktadır. Müşteriler artık daha bilinçli olarak, kullanacakları sağlık hizmetlerine yönelmektedirler. Sigorta şirketleri bu talebi karşılayabilmek için fiyat seviyesinin yanında ürün çeşitliliği ile pazarda kendi ürünleri arasında bile rekabet edebilecek pozisyonlar almak zorundadır. Müşterilere alternatif çözüm önerilerinin getirilmesi, sunulan hizmetin fiyatı ve hizmetin çeşitliliği ile kalite düzeyinin ihtiyaç karşılayıcı potansiyelde olması şarttır.

Ülkemizde sağlık sigortalarının finansman çeşitleri iki temel yöntemle yürütülmekte olup bunlardan ilki kamunun sunduğu ve neredeyse nüfusun tamamını kapsayan GSS iken ikincisi özel sektörün üstlenmiş olduğu ve yalnızca nüfusun %4'lük

²⁴⁷ BERK, Sigortacılıkta Risk Yönetimi, s.41

²⁴⁸ KAHYA, a.g.e., s.199

²⁴⁹ KAYA ve diğerleri, a.g.e., s.591

kesimi kapsayan ve toplam sağlık harcamalarında düşük bir paya sahip olan özel sağlık sigortalarıdır. Türkiye’de ikame edici özel sağlık sigortalarına ait ürün bulunmamakta olup özel sektör ancak özel sağlık sigortaları ve tamamlayıcı sağlık sigortaları ile topluma sağlık hizmet güvencesi sunmaktadır.²⁵⁰

Karma ekonomi politikaları uygulanan ülkemizde, özel sektör sağlık hizmet sunumunda giderek yerini almaya başlamıştır. Kamunun sağlık hizmetleri sunumundaki ağırlığı nedeniyle sağlık hizmetlerinin arzında yaşanan fiyatların etkisi düşük düzeyde olup özel sektör ise sağlık hizmetleri arzında fiyatlara arttırıcı düzeyde etki etmektedir. SGK ile anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında bu etki daha düşük iken SGK anlaşmasız hastanelerin fiyat seviyeleri daha yüksek olmaktadır. Sonuç olarak sağlık ikamesi olmayan bir değer olduğundan, özel sağlık sigortacılığında ve özel sağlık kuruluşlarının sayısında giderek yaşanan artışlar, kamuya ek sağlık hizmeti finansmanının gerekliliğini ülkemizde hissettirmeye başlamıştır.²⁵¹

3.2.4.1. Özel Sağlık Sigortalarında ÖBYG ve Gereksinimi

Sigortalı memnuniyetini etkileyen ve sigortalıların üzerinde önemle durduğu konulardan biri de sigorta şirketinin uzun süreli güvenceye yönelik teminat sağladığı Ömür Boyu Yenileme Garantisi’dir.

Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği 7. madde esaslarına göre;

ÖBYG, özel sağlık sigorta şirketi tarafından, sigortalının düzenlenecek sözleşmeye konu teminat yapısı geçerli olmak üzere, poliçenin ömür boyu yenilenmesinin üstlenilmesi olarak gerçekleştirilir. ÖBYG’ye konu özel şartlar ve plan yapısı ilk sözleşmede detaylıca belirtilir. Buna göre belirlenen şartlar yenileme dönemlerinde sigortalının aleyhine değiştirilemez. Sigorta şirketi, özel şartlarında belirtmiş olduğu değerlendirme koşullarına uygun olarak ÖBYG hakkını sigortalıya verir. Şirket bu hakkı vermeden önce sigortalının geçmişten gelen rahatsızlıkları ile ilgili risk değerlendirmesi yaparak, sigortalının ilgili rahatsızlığı için, ek prim, istisna,

²⁵⁰ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**, s.70

²⁵¹ ORHANER, a.g.e., s.54-55

limit ve/veya ek katılım payı gibi uygulamalar getirebilir. Ancak sigortalıya ÖBYG hakkı tanındıktan sonraki poliçe yenileme dönemlerinde, sigorta şirketi; sigortalının elde etmiş olduğu haklarına ters düşecek şekilde, ortaya çıkmış yeni hastalıklar için, sigorta teknik esaslarında ve özel şartlarında herhangi bir değişiklik yapamaz. Teknik esaslar ve özel şartlar; mevcut teminat yapısında daraltma, teminat limitini düşürme, katılım payını arttırma, tazminat/prim oranına bağlı olarak ek prim uygulaması, sağlık hizmet kuruluşu kısıtlaması gibi kazanılmış haklarda meydana gelebilecek herhangi bir değişikliği ifade etmektedir. Sigortalının plan değişikliği talep etmesi ve sigorta şirketinin kabulü halinde, özel şartlarda belirtilen koşullar çerçevesinde plan değişikliği gerçekleştirilebilir. ÖBYG hakkı bulunan sigortalının grup poliçesinden bireysel poliçeye geçmesi durumunda ise, özel şartlarda belirtilen süre içerisinde, şirketin sigortalının mevcut planına en yakın bireysel poliçe planına sigortalıyı aktarımı söz konusu olabilir. Sigortalının şirket değişikliği talep etmesi halinde ve geçmek istediği sigorta şirketinin kabulü durumunda, geçişe ilişkin bilgilendirmeler ve özel şartlar belirtilerek poliçe aktarımı gerçekleştirilebilir.²⁵²

2014 tarihinde yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği Uygulama Esaslarına İlişkin Genelge'nin 5.maddesine göre; “Yenileme garantisi verilir verilmediği ve yenileme garantisi veriliyor ise kapsamı bilgilendirme formunda, poliçelerde ve özel şartlarda açıklanır. Yenileme garantisi veriliyor ise poliçelerde, Yönetmelik kapsamında Ömür Boyu Yenileme Garantisi (ÖBYG) verilir verilmediğine ilişkin açıklayıcı bir ibarenin kullanılması yeterli olup verilen taahhüdün ayrıntıları için özel şartların ilgili maddelerine atıf yapılabilir.”²⁵³ Bu ifade ile sigorta şirketi vermiş olduğu yenileme garantisi hakkının, yönetmelikte belirtilen ÖBYG hakkını kastedip kastedmediğini özel şartlarında açıkça belirtmekle yükümlüdür.

Özel sağlık sigortalarının sürdürülebilirliği açısından ÖBYG hakkının sigortalılara verilmesi ve sigortalılar açısından da bu hakkın elde ediliyor olması büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde henüz uzun süreli sağlık sigortaları uygulanmadığından ve de 1 yıllık özel sağlık sigortalarının mevcut şartlarının yenileme dönemlerinde değiştirilmeye çok açık olması sebebi ile sigortalıları mağdur etmeden ÖBYG

²⁵² T.C. Resmi Gazete, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 23 Ekim 2013, Sayı: 28800

²⁵³ Hazine Müsteşarlığı, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği Uygulama Esaslarına İlişkin Genelge, 08.04.2014

işleyişinin yönetmelikte belirtildiği koşullar altında, sigortalılara sunuluyor olması gerekmektedir. Sağlık sigorta şirketleri rezerv ayırarak, ÖBYG koşullarının uygunluğu ve bu teminatın devamlılığı için çalışmalar yapmalıdır.

3.2.4.2. Türk Tabipler Birliği Tarifesi ve İşleyişi

Türk Tabipler Birliği kanununa göre: “...resmi veya özel görev yapan tabiplerin katıldığı Türk Tabipler Birliği; tabipler arasında mesleki deontolojiyi ve dayanışmayı korumak, tabipliğin kamu ve kişi yararına uygulanıp geliştirilmesini sağlamak ve meslek mensuplarının hak ve yararlarını korumak amacıyla kurulmuş kamu kurumu niteliğinde mesleki bir kuruluştur”. Anayasal bir meslek kuruluşu olan birliğin amacı, halkın sağlığının korunması ve sağlık hizmetlerinde geliştirmelerin sağlanması için doktorların görev ve sorumluluklarını özverili bir şekilde yerine getirmelerini sağlamak ve doktorların haklarını koruyarak sorunlarını çözmek niyetiyle kamu kurumlarından gerekli destekleri almak olarak belirtilmiştir.²⁵⁴

Türk Tabipler Birliği, sivil toplum örgütü olmakla birlikte doktorların kişisel muayenehanelerinde ve özel sağlık hizmet sunucularında gerçekleştirdikleri muayene, tanı ve teşhis işlemleri, ameliyat ve doğum gibi sunmuş oldukları tüm hizmetler için alt ve üst sınır çizmek koşulu ile belirli bir tarife düzenlemeye yetkili olan kuruluştur.²⁵⁵

Tablo 9: Tüketici Fiyat Endeks Rakamları Bir Önceki Yılın Aralık Ayına Göre Değişim (%)

YIL	2014	2015	2016	2017	2018
ARALIK	8,17%	8,81%	8,53%	11,92%	20,30%

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu.

²⁵⁴ BOSTANCI, a.g.t., s.38

²⁵⁵ İNCE, a.g.t., s.127

Tablo 10: Şehir ve Yıllara Göre TTB Katsayıları ve Artış Oranları (%)

İl	2017 Katsayı	2018 Katsayı	2019 Katsayı	2018 Yılı Artış Oranı	2019 Yılı Artış Oranı
İstanbul	5,75	6,49	8,03	12,87%	23,73%
Ankara	5,75	6,49	8,03	12,87%	23,73%
İzmir	5,75	6,49	8,03	12,87%	23,73%
Adana	5,52	6,23	7,71	12,86%	23,76%
Edirne	5,52	6,23	7,71	12,86%	23,76%
Balıkesir	5,28	5,96	7,37	12,88%	23,66%
Samsun	5,28	5,96	7,37	12,88%	23,66%
Amasya	5,04	5,69	7,04	12,90%	23,73%
Sivas	5,04	5,69	7,04	12,90%	23,73%
Erzurum	4,82	5,44	6,73	12,86%	23,71%
Sinop	4,82	5,44	6,73	12,86%	23,71%
Iğdır	4,58	5,17	6,4	12,88%	23,79%
Van	4,58	5,17	6,4	12,88%	23,79%

Kaynak: TTB Özel Hekimlik Uygulamaları 2019 Yılı Katsayıları.

Yukarıdaki tablolarda yıllar itibarıyla gerçekleşen TÜFE oranlarına karşılık TTB katsayı artışları paylaşılmıştır. Ülkemizde, 2017 Aralık ayında bir önceki yıla göre TÜFE oranı 11,92% olarak ölçülmesine karşın 2018 yılı için TTB katsayı artış oranı üç büyük il dikkate alındığında 12,87% olarak gerçekleşmiştir. 2018 yılı Aralık ayı dikkate alındığında ise TÜFE oranı 20,30% iken TTB katsayısı artış oranı yine üç büyük il dikkate alındığında 23,73% olarak belirlenmiştir. Sağlık enflasyonu her dönemde TÜFE oranının üzerinde gerçekleşmekte olup bu durumun oluşmasında, tıbbi malzeme ve tıbbi teknolojik cihazların yanı sıra sarf malzeme fiyatlarında yaşanan artışlar ile döviz kurlarının TL'ye olumsuz yansımaları etkili olmaktadır.

TTB katsayılarının özel sağlık sigorta primlerinde yaşattığı artışlar SUT fiyatları sabit kalsa dahi dolaylı olarak TSS poliçelerinin fiyatlarını etkilemektedir. Tıbbi ve sarf malzeme fiyatlarında yaşanan artışlar SGK anlaşmalı sağlık kuruluşlarının da maliyet sorunu olduğundan dolayı, bu maliyetin olumsuz etkisi ancak SUT fiyatlarında yaşanacak artışların tamamlayıcı sağlık sigortaları üzerinden özel sektöre finanse edilmesi sayesinde giderilebilecektir.

3.3. İkame Edici Sağlık Sigortaları

İkame edici sağlık sigortaları, en az kamu sağlık güvencesinin sunmuş olduğu temel teminat paketlerini içeren veya bu pakete ek olarak sağlık hizmetleri sunan özel sağlık sigortası türüdür. Kamu sosyal sağlık sigortalarının farklı bir seçeneği olan ikame edici sigortalar, belirli şartlar taşıyıp belirli nedenlerle kamu sigorta programlarından ayrılan kişilerin kullanmakta olduğu sağlık hizmet güvenceleridir.²⁵⁶

Ağırlıklı olarak Almanya ve Hollanda gibi ülkelerde uygulama alanı bulan ikame edici sigortaların seçilebilmesinde gelir düzeyi önem oluşturmaktadır. Almanya'da aylık gelir düzeyi belirli bir seviyenin üzerinde olan kişiler isteğe bağlı olarak zorunlu sosyal sigortadan çıkıp ikame edici sigortaları tercih edebilirken, Hollanda'da gelir düzeyi yüksek kişiler doğrudan bu sigortanın kapsamına dahil edilmektedir. Gelir tercih sebebi olarak görüldüğü gibi sağlık hizmet sunumuna hızlı erişim ve sağlık hizmet sunucusunun çeşitliliği gibi nedenlerde ikame edici sigortaların seçiminde isteğe bağlı etkenlerdir.²⁵⁷

Kişiler bu sigortaya dahil olduklarında prim ödediklerinden dolayı, kamu sosyal güvencesi için prim ödemekten muaf tutulmayı beklemektedirler. Ancak kamunun sunduğu sigortada belirli koşullar altındaki aile bireyleri de sağlık güvencesine dahil edilirken, ikame edici sigortalar bireysel olarak alınmaktadır. Ülkemizde ise kamu sağlık programı güvencesi tüm nüfusu kapsadığından ve zorunlu tutulduğundan dolayı ikame edici sigortalar uygulama alanı bulamamaktadır.²⁵⁸

3.4. Destekleyici Sağlık Sigortaları

Destekleyici sağlık sigortaları, kamunun temel teminat paketleri içerisinde yer almayan veya yer alsa dahi bireylerin daha hızlı ve daha rahat bir şekilde hizmet almasını kolaylaştıran sağlık hizmetlerinin sunumunda rol alan bir sağlık sigortası

²⁵⁶ Hilmi ÇOBAN, a.g.t., s.128

²⁵⁷ ÖZER ve diğerleri, a.g.m., s.2

²⁵⁸ Türkiye Sigorta Birliği, Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu, s.5

türüdür. Bekleme sürelerini kısaltması nedeniyle tercih sebebi olmaktadır. Yunanistan, İtalya ve İspanya gibi Avrupa ülkelerinde kullanılmaktadır.²⁵⁹

Büyük oranda kamunun sunduğu hizmetleri içerse bile erişim kapasitesi açısından daha işlevseldir. Kamunun tamamen veya kısmen karşıladığı hizmetlerde, bireyler isteğe bağlı doktor seçimi, öğretim üyesi farkının karşılanması, yatılı tedavilerde kullanılan oda niteliği gibi otelcilik hizmetleri veya kamunun karşılamadığı diş ve göz teminatları gibi sağlık hizmetlerinin giderlerini destekleyici sağlık sigortaları aracılığı ile karşılamaktadırlar. Ayrıca ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte sigortalı üzerinde kalan katılım paylarının da destekleyici sağlık sigortalarından karşılanması mümkündür.²⁶⁰

Destekleyici sağlık sigortası, kamunun sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin kapasitesi ve niteliğine göre ek seçenek olarak iyi bir hizmet ağı sağlamaktadır. Özellikle acil bakım gerektirmeyen, diş tedavisi, saç ve cilt bakımı, estetik giderler ile daha çok otelcilik hizmetleri gibi durumlarda sigortalının beklentileri doğrultusunda seçim yapma şansı tanınması nedeniyle destekleyici sağlık sigortalarına talep düzeyi belirlenmektedir.²⁶¹

Bu sigortanın seçimi genel olarak sigortalının yaklaşımı ile ilgili olup kamunun karşıladığı teminatlara rağmen destekleyici sağlık sigortasına yönelimin sebebi bireyin sağlık hizmetinde rahatlığa olan düşkünlüğü olabileceği gibi yönelim olmamasının sebebi de gereksiz hizmet ve maliyet yaratılması düşüncesidir. Sonuç olarak özel sağlık sigortaları bireylerin tercihinde olup destekleyici sağlık sigortaları da ağırlıklı olarak kamunun karşılamadığı hizmetlere yönelik seçim sebebi olmaktadır. Özel hastanelerde gerçekleştirilen giderlerin, kamunun kısmen karşıladığı durumları için ülkemizde tamamlayıcı sağlık sigortaları olarak uygulanmaktadır.

²⁵⁹ UZUN, a.g.t. s.122

²⁶⁰ ÖNDER, ERSOY ve KARACAOĞLU, a.g.m., s.27

²⁶¹ Ferhat SAYIM, "Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler", *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, Yıl:2015, Sayı:15-1, s.85

3.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları

Birçok ülkede uygulanan, birincil sigorta olan kamu sağlık sigortalarının kapsamında olmayan veya kamu tarafından kısmen karşılanan giderler için maliyetleri azaltan ikincil sigorta programlarından olan tamamlayıcı sağlık sigortalarının varlığı bireylere sağlık güvencesi sağlamaktadır.²⁶²

Ülkemizde tamamlayıcı sağlık sigortalarına ilişkin ilk düzenleme, SGK tarafından 28.06.2012 tarihinde yayımlanan 2012/25 sayılı Genelge ile ortaya çıkmış olup bu düzenleme sayesinde, sigortalıların özel hastanelerde SGK'nın ödemiş olduğu tutarların üzerinde karşılaştıkları ek maliyetleri cepten ödemek yerine sigorta şirketlerine devredebilmelerinin önü açılmıştır. Sigortalının hizmet aldığı sağlık kuruluşunun, SGK ve sigortalının poliçesini almış olduğu sigorta şirketi ile anlaşmasının bulunması durumunda, SGK'nın karşılamış olduğu tutarın üzerinde kalan tutarlar, poliçede belirtilen limitlere kadar anlaşmalı sağlık kuruluşuna ödenebilecek düzeye gelmiştir.²⁶³

SGK'nın yayımlamış olduğu genelgeden sonra 23.10.2013 tarihinde yayımlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği ile "Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası" uygulamalarına ilişkin detaylar belirlenmiştir. Özel sağlık kuruluşlarının artan faaliyetleri nedeniyle sağlık hizmeti alımında oluşacak yeni katılım bedelleri için sağlık finansmanına alternatif getiren bu yönetmelik ile sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık hizmet sunumu yeni bir boyut kazanmıştır.²⁶⁴

Yönetmelik kapsamında tamamlayıcı sağlık sigortalarına ait ürünler üzerinden düzenlenen sözleşmelerin, teminat kapsamı içerisinde olmak şartıyla,²⁶⁵

- Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanan giderlerine ek olarak çıkan tazminat giderleri ve

²⁶² ELLIS, CHEN and LUSCOMBE, **a.g.e.**, p.11

²⁶³ ÖZER, **a.g.t.**, s.63

²⁶⁴ Kayıhan PALA, "Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı ve Türkiye Deneyimi", **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, Cilt:12, Sayı:3, 2014, s.201-206

²⁶⁵ **T.C. Resmi Gazete**, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, 23 Ekim 2013, Sayı:28800

- Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye'deki giderleri sigorta şirketi tarafından karşılanabileceği gibi

Şirketin, sigortalının bakıma muhtaçlığının söz konusu olduğu durumlar ve yurtdışı tedavi giderleri ile tercümanlık ve başkaca giderleri için ek olarak teminat verebileceği yönetmelikle belirlenmiştir.

TSS kapsamının, kamu sağlık sigortasınca belirlenen temel teminat paketi üzerindeki giderler olmak üzere, doktor muayene ücretleri, teşhis ve tedavi giderleri, oda farkı ücretleri ve genel sağlık sigortalısının fark ücreti alınan sağlık hizmetleri için üzerinde kalan tutarlarını karşıladığı belirtilmiştir.²⁶⁶

Sigortalının üzerinde kalan zorunlu katılım payı TSS poliçesine teminat konusu yapılamamaktadır. Sigortalılarında tazminata katılımını sağlamak, maliyet paylaşımı ve farkındalık yaratarak bireyleri bilinçli olmaya teşvik etmek amacıyla sigortalıdan alınan katılım payları hem GSS hem TSS kullanımını konusunda önem oluşturmaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortaları çoğu ülkede genel olarak kamunun karşılamadığı diş ve göz gibi ek sağlık hizmetlerini tamamlarken, ülkemizde ise kamunun bir kısmına destek olduğu sağlık hizmetlerinin kamu tarafından karşılanmayan kısımlarını teminat altına almak amacıyla işlevini yürütmektedir. Kamu çoğu sağlık hizmetinde SUT eklerinde belirtilen oranlarda katılım sağladığından, tamamlayıcı poliçeler sağlık hizmetini tamamlamaktan öte sağlık hizmetinin sigortalı üzerindeki ek maliyetini tamamlamaktadır.²⁶⁷

Tamamlayıcı sağlık sigortası özel sağlık sigortası olarak değerlendirilse bile genel sağlık sigortası ile olan bağlantısı nedeniyle, kamunun finansmanına katkıda bulunduğu veya bulunmadığı sağlık hizmetleri ile birlikte yorumlanan ve yönetilen özel sağlık sigortası kolu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkelerin finansman yöntemi ve en temel sağlık hizmet içeriğinden en geniş içeriğe kadar kapsayıcılığı ne olursa olsun, kamu sosyal sağlık sistemleri aracılığı ile sunmuş olduğu sağlık hizmetleri, kişinin beklediği ve en iyiyi talep ettiği sağlık hizmet

²⁶⁶ ORHANER, a.g.e., s.195

²⁶⁷ ÖNDER, ERSOY ve KARACAOĞLU, a.g.m., s.28

koşullarının altında kalmaktadır. Bu durumda kişi sunulan ve beklenen hizmet (kalite, erişilebilirlik, kapsam, hizmet seçeneği ve diğer birçok kişisel talep) arasındaki farkı cebinden karşılamak durumunda kalmaktadır. Ancak bireyin kamu güvencesine ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olması durumunda, beklenen hizmet düzeyinde iyileşmeler yaşayacağı ve cepten yapılan yüksek harcama potansiyelini elimine edeceği bir seçenek olarak TSS poliçeleri karşımıza çıkmaktadır.

Türkiye’de GSS ile yaşanan değişim tüm nüfusu kapsayacak sosyal sağlık güvencesini içermekle birlikte özel sağlık hizmetlerine katılım göstermesiyle de hizmet talebine yönelik maliyet artışlarını beraberinde getirmiştir. Yeniden yapılanma ile birlikte GSS ile bağlantılı olan TSS bireylerin özel sağlık hizmeti isteğine karşı oluşan ek maliyet yükünü karşılama hedefi taşımaktadır. Böylece kamu ve özel sektör arasında hem sağlık hizmetlerinin finansmanı hem de sağlık hizmet sunumu ile bir bağ oluşmuştur.²⁶⁸

Tamamlayıcı sağlık sigortası sayesinde özel sağlık sunucularında hizmet alan kişiler, SGK’nın ödemiş olduğu tutarları kuruma, oluşan fark ücretini ise sigorta şirketine devredebilmektedir. Sigorta şirketi ile sağlık kuruluşu arasında yapılan anlaşma çerçevesinde, kurumun ödemiş olduğu tutarın üzerindeki ücret, anlaşma seviyesine göre SUT fiyatları üzerinden karşılanmaktadır. Böylece sigortalı ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinde hizmet şartlarını iyileştirirken, cepten yapılan ödemelerinde önüne geçmektedir.²⁶⁹

TSS poliçesinde özel sağlık sigortalarında olduğu gibi sigortalının daha önce tanısını almış olduğu veya tedavi gördüğü geçmişten gelen hastalıklar kapsam dışı olacak şekilde teminat verilmekte ve genelde risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Sektör ağırlıklı olarak yatarak tedavilerde 3 ay ayakta tedavilerde ise 30 gün bekleme süresi uygulamaktadır. Tazminat sürecinde ise şirketler gelen tazminatları değerlendirirken, öncelikle SGK kullanımının zorunluluğunu belirtip yalnızca fark ücretini özel sağlık kuruluşu ile olan anlaşmaları çerçevesinde karşılarlar. Sağlık kuruluşları faturalandırma

²⁶⁸ Gülay İNCE, “Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Ankara, 2014), s.45

²⁶⁹ ÖZER ve diğerleri, a.g.m., s.10

işini öncelikle SGK'ya yaparak, ikinci bir faturayı fark tutarı olarak şirkete yansıtmaktadır. GSS ve TSS'nin bir arada kullanımını faturalandırma aşamasında hatalara açık olması ve sağlık kurumlarının çifte faturalama olarak ifade edilen, hem kuruma hem şirkete faturayı yansıtabiliyor olması nedeniyle, tazminat süreçleri MEDULA sistemi üzerinden provizyon verilerek takip edilebilir duruma getirilmiştir.²⁷⁰

Ülkemiz için geri ödeme kapsamında yer almayacak sağlık hizmetlerinin elde edilmesi aşamasında tamamlayıcı sağlık sigortalarının desteklenmesi gerekliliği 10.Kalkınma Planı'nda da ayrıca belirtilmiştir. Tasarruf düzeyinin artırılarak sağlık finansmanının çeşitlendirilmesi için tamamlayıcı sağlık sigortasının destekleyici bir araç olduğu bu plan kapsamında benimsenmiştir.²⁷¹

Özel sağlık sigortasına sahip bireyler, mevcut sağlık güvencesinden dolayı, hastanelere erişimde kolaylık yaşadığından ve maliyetlerden çekinmediğinden, belirli zaman dilimlerinde gerçekleştirdiği kontroller ile erken teşhis konusunda daha şanslılardır. Ayrıca kişilere önerilen tedavilerin maliyetleri yüksek olsa dahi bireyi sarsmadığından dolayı, tedavi süreçlerini hızlandırıcı etkileri bulunmaktadır. Sağlık sigortasına sahip kişiler sağlık konusunda daha hızlı ve kesin sonuçlar elde edebilmektedir. Kamu programlarının desteği ile kişiler özel sağlık kuruluşlarında da hizmet alabilmektedir.²⁷² Sigortalı açısından maliyetlerin kamu ve özel sektör gibi çeşitli yollarla paylaşılması, cepten yapılan harcamaları azaltırken daha iyi sağlık hizmeti alımında bireye kolaylık sağlamaktadır. Bu noktada TSS devreye girmekte ve daha uygun şartlar altında maliyet paylaşımı sağlamaktadır.

3.5.1. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve İşleyişi

SGK'nın kuruluşu beraberinde devletin sağlık hizmetlerine ne düzeyde katılacağı sorusunu getirmiş ve bu soruya karşılık 2004 yılında Geri Ödeme Komisyonu adı altında bir kurul oluşturulmuştur. Komisyon üyeleri olarak; SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Merkez Bankası, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine

²⁷⁰ Ece ORHAN, "Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları", (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015), s.18

²⁷¹ T.C. Kalkınma Bakanlığı, **Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018**, Ankara, 2013, s.48

²⁷² ELLIS, CHEN and LUSCOMBE, a.g.e., p.2

Müsteşarlığı'nı temsil eden kişiler belirlenmiştir. Kurul, SGK'nın geri ödemede bulunduğu ilaç ve sağlık hizmetleri fiyatlarının belirlenmesinde ayrıca SGK'nın temel teminat paketi olarak belirlediği geri ödemesi yapılacak hizmetlerin içeriğinde yapılacak değişikliklerin belirlenmesinde görev ve sorumluluk üstlenmektedir. Bu kurula bağlı alt kurul olarak ise Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu bulunmakta olup alt kurul mevcut fonları yönetmek için geri ödeme düzeylerini belirlemede teknik ve stratejik çalışmalarda bulunmaktadır.²⁷³

Geri ödeme yöntemi, sağlık hizmet sunucularına sağlamış oldukları hizmetler karşılığında sağlık giderlerini finanse eden kurum tarafından hangi çerçevede ödeme yapılacağını gösteren sistemdir. Bu sistemin asıl amacı, sağlık hizmet sunucusunun hizmet kalitesini ve sürdürülebilirliğini sağlayarak maliyetlerini yönetmesi ve devamlılık göstermesidir. SUT doğrultusunda çeşitli yöntemler ile geri ödemeler sağlanmaktadır. SGK tarafından 2007 yılında yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği belirli dönemlerde komisyon çalışmaları neticesinde kapsam ve içeriği değişkenlik göstermek üzere yeniden düzenlenmektedir. SGK nezdinde geri ödeme sistemine dahil edilmiş tüm sağlık hizmetleri ve bu hizmetlere ait fiyatlar SUT listelerinde yer almaktadır. Sağlık hizmet sunucuları SGK tarafından sınıflandırılmış olup hizmet sunuculara sağlık hizmetinin acil olma durumu, hizmetin türü ve hizmet sunucusunun bulunduğu hastane sınıfı gözetilerek geri ödeme yapılmaktadır. SUT kapsamında, Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve özel hastanelere yapılacak ödemelerin, hizmet başına, paket ve iki modelin bir arada kullanıldığı ödeme yöntemleri olmak üzere farklı uygulamaları bulunmaktadır.²⁷⁴ Sağlık hizmet sunucularının sundukları hizmet niteliği nedeniyle farklı maliyetleri bulunmakta olup geri ödeme yöntemlerinin maliyet değişkeni dikkate alınarak işletilmesi, sağlık hizmetleri sunucusu tarafından sürdürülebilirliği sağlarken, tamamlayıcı sağlık sigortalarının gelişimi açısından da gerekli görülmektedir.

SGK'nın kurulması ile birlikte global bütçe yöntemi aracılığıyla sağlık giderleri finansmanının sağlanmasının önü açılmıştır. Global bütçe; gelecek bir yıllık

²⁷³ OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, s.45

²⁷⁴ Özer ARIK ve Yusuf Yalçın İLERİ, "Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe", **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt:5, Sayı:4, 2016, s.79-90

dönem içerisinde sunulacak sağlık hizmetleri için ayrılan karşılığı yani, yıllık olarak harcanması gereken üst limiti belirlemektedir. Global bütçe yöntemi ile sağlık giderleri, limit getirilerek denetim altına alınmaya çalışılmıştır.²⁷⁵

SGK tarafından çıkarılan SUT ekleri ile sağlık hizmetlerinde paket fiyatlar, hastalıkları sınıflandıran ICD 10 kodlama sistemi ve uygulama yöntemleri ile oluşturulmuş ve kamu sağlık kuruluşlarının yanında özel sağlık hizmetleri giderleri de SGK tarafından aynı fiyatlar üzerinden karşılanmaya başlanmıştır. Global bütçeye geçişle birlikte ileriye yönelik ödeme sistemi kurulmuş olup SUT listeleri ile belirlenen fiyatlar üzerinden uygulamaya konulmuştur.²⁷⁶

Geri Ödeme Komisyonu'nun, ilaçların karşılanma yöntemlerine yönelik kararlarının belirlenmesinde etkili olan bir diğer alt kurul Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu olup Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu ile birlikte SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ait karşılanacak tutarları, aşağıda belirtilen ölçütleri baz alarak, hizmet başına, paket veya her ikisi birden uygulanmak üzere gruplayarak belirlemektedirler;²⁷⁷

- Sağlık hizmetinin sunulduğu il ve sağlık hizmet sunucunun bulunduğu basamak
- Devletin dolaylı ve dolaysız sağlamış olduğu ek destekler
- Sunulacak sağlık hizmetinin maliyetine göre sağlamış olduğu etkililik
- GSS bütçesi
- Sunulacak sağlık hizmetinin niteliği göre acil olma ve gereklilik durumu

Sağlık hizmet sunucusu ve özel sağlık sigortası şirketi arasında yapılacak anlaşmalar sonucunda, sağlık hizmeti giderlerine ait sigorta şirketi tarafından karşılanacak tazminatlar farklılık gösterebilmektedir. Aksine sözleşme bulunmadığı durumlarda, SUT eklerinde belirtilen ve devletin karşıladığı sağlık hizmet giderlerine ilişkin kısımlar kuruma, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında karşılanan kısımlar

²⁷⁵ ATASEVER, a.g.e., s.111

²⁷⁶ Seher Nur SÜLKÜ, "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri", **Maliye Dergisi**, Sayı:160, Ocak-Haziran 2011, s.246

²⁷⁷ ORHANER, a.g.e., s.168

sigorta şirketine ve sigortalının üzerinde kalan zorunlu katılım payı ile kurum ve sigorta şirketi tarafından karşılanmayan ek giderler ise sigortalıya ait olmaktadır.²⁷⁸

Sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmeye yönelik uygulanan yöntemler arasında, sunulan teminat paketlerinin daraltılması ve kullanıcı katkılarının devreye sokulması talep düzeyini düşürürken, arz düzeyini ise hastane personel sayısı ve yatak sayısını azaltmak, global bütçe yöntemi ile sağlık hizmet harcamalarını sınırlandırmak gibi etmenler düşürmektedir. Katılım payı ile cepten yapılan harcamaların arttırılarak kamunun yükünün hafifletilmeye çalışılması maliyet paylaşımında etkili bir yöntem olmaktadır.²⁷⁹

SUT içeriğinde belirtildiği üzere, birinci basamak sağlık hizmetlerinden ayakta yapılan tedavilerde ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı uygulaması bulunmamakta iken;²⁸⁰

- ✓ İkinci basamak resmi sağlık kuruluşlarında 6 TL,
- ✓ Üniversiteler ile birlikte kullanılan Sağlık Bakanlığı'na bağlı eğitim ve araştırma hastanelerinde 7 TL,
- ✓ Üniversite hastanelerine bağlı olarak çalışan üçüncü basamak sağlık hizmet kuruluşlarında 8 TL ve
- ✓ Özel sağlık hizmet sunucularında ise 15 TL sigortalıdan katılım payı alınmaktadır.

Ayakta tedavi için sağlanan ilaç hizmetlerinde, vücut dışı protez ve ortezlerde ve yatılı tedavilerde işletilecek katılım payı uygulaması şöyledir;²⁸¹

- Ayakta tedavi için kullanılan ilaç teminatında uygulanacak katılım payı, aile hekimleri tarafından yazılacak olan ilaçlarda dahil olmak üzere üç kutuya kadar olan reçetelerde 3 TL, üç kutuya ek olan her bir kutuda ise 1 TL olmak üzere kurum tarafından ücretlendirilmiştir. Kurumdan gelir ve aylık

²⁷⁸ Ece ORHAN, “Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015), s.14-15

²⁷⁹ DOĞAN ŞENTÜRK, a.g.m., s.2

²⁸⁰ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 28.12.2018 SUT Değişiklik Tebliği, 02.01.2019, s.11

²⁸¹ KAYNAK, a.g.e., s.161-162

alanlar ile bu kişilerin bağımlıları için yapılan harcamalar, kişilerin gelirlerinden kesilmekte iken diğer sigortalılardan kurumla anlaşmalı eczaneler aracılığı ile katılım payı alınmaktadır.

- Protez ve ortezlerde ekipmanın alındığı tarihteki aylık brüt asgari ücretin %75'inden fazla olmamak üzere kurumdan gelir ve aylık alanlardan ve bu kişilerin bağımlılarından %10, diğer sigortalılardan ise %20 oranında katılım payı alınmaktadır.
- Yatarak tedaviler üzerinden alınacak katılım payı ise belirlenmiş hastalık grupları için kurum tarafından finansmanı sağlanan tazminatların %1'i oranında sigortalıdan geri alınabilecektir. Kurumun yetkisinde bulunmak şartı ile katılım payı oranı %0,5 olarak belirlenebilecek ve üst limit olarak, bir yıllık asgari ücret tutarını ve her bir yatılı tedavide ise asgari ücretin 1/4'ünü geçemeyecektir.

Acil durumlar başta olmak üzere hangi durumlarda ve kimler için katılım payı alınmayacağı SUT listelerinde ayrıca bildirilmektedir.

Katılım payı uygulamasına ek olarak, ilave ücret sigortalının özel sağlık hizmet sunucusunu talep etmesi durumunda ortaya çıkan giderleri ifade etmektedir. SGK ile vakıf üniversiteleri ve özel sağlık hizmet sağlayıcılarının anlaşması durumunda, genel sağlık sigortalısı ve bağımlılarının bu kurumlardan hizmet alımı mümkün kılınmıştır. İlk olarak 2008 yılında uygulamaya konan, sağlık hizmet sunucularının alabileceği ilave tutar en çok %30 olarak belirlenmişken, bu oran 2010 yılında %70'e, 2012 yılında %90'a çıkarılmıştır. Ancak SUT fiyatlarının artmaması buna karşılık hastane maliyetlerinde yaşanan yüksek giderler nedeniyle, bu oran 2013 yılında %200'e yükseltilmiş olup günümüzde de geçerliliğini korumaktadır.²⁸²

Yükseköğretim kurumlarına ait üniversite hastanelerinde mesai saatleri dışında gerçekleştirilen tedavilerde asgari ücretin iki katını geçmemek koşulu ile öğretim görevlisi tarafından yapılan muayeneler için kurum tarafından belirlenen sağlık hizmet bedelinin en fazla iki katı, diğer tedaviler için ise en fazla bir katını geçmemek üzere

²⁸² TAN, a.g.e., s.20

sigortalıdan katılım payı alınmaktadır.²⁸³ Bu durum kamu sağlık kuruluşlarının da mesai saatleri dışında özel sağlık hizmet kuruluşu gibi işleyerek, ek katılım almasına sebep olmaktadır.

Yatılı tedavilerde sağlanan standart tarifeli iki yataklı odalar için sunulan otelcilik hizmetlerinde en fazla 1,5 kata kadar, tek yataklı odalar için sunulan hizmetlerde ise en fazla 3 kata kadar ilave fark tutarı sigortalıdan talep edilmektedir.²⁸⁴

Cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının %15-%20'den fazla olması durumunda toplumun ekonomik olarak sıkıntı çekeceği ve yoksullaşacağı belirtilmektedir.²⁸⁵ SUT fiyatları ile yönetilen sağlık sistemimizde, sağlık hizmet sunucularının ilave katılım payları alması cepten yapılan harcamaları arttırmakta olup bu harcamaların etkisini azaltmak için TSS'nin uygulama alanını ve erişim sağladığı kitleyi genişletmek gerekmektedir.

Türkiye'de özel sağlık sigortalarının prim artışlarında Türk Tabipler Birliği katsayısı etkili iken tamamlayıcı sağlık sigortalarının primlerinde için ise Sağlık Uygulama Tebliği eklerinde belirtilen katsayılar etkili olmaktadır. TTB katsayıları başta enflasyon oranı olmak üzere, doktor ücreti artışları, tıbbi ve sarf malzeme artışları ve teknolojik sağlık cihazlarının fiyatları dikkate alınarak her yıl yeniden düzenlenirken, SUT fiyatları yıllara göre sabit bir şekilde ilerlemektedir.

Ülkemizde sağlık hizmet sunucuları, SUT fiyatlarının maliyet endeksli işlememesinden kaynaklı olarak sunmuş oldukları hizmetlerin bazılarında maliyetlerinin altında varlıklarını devam ettirmektedirler. Bu durum sağlık hizmet sunucularının sürekliliğini tehdit etmekte olup SUT fiyatlarının TTB katsayı artışlarında olduğu gibi yıllar itibarıyla düzenlenmesini gerektirmektedir. Ancak SUT fiyatlarında yaşanan artışlar kamunun harcamalarını ve sigortalı üzerinde kalan fark tutarlarını arttıracaktır. SGK ile anlaşmalı sağlık kuruluşları uzun yıllar maliyet artışları karşısında direnemeyecekleri için SUT fiyatlarında gerçekleştirilecek düzenlemeler sonrası TSS ön plana çıkacaktır. TSS primlerinin doğru şekilde belirlenebilmesi içinde SUT

²⁸³ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 28.12.2018 SUT Değişiklik Tebliği, 02.01.2019, s.14

²⁸⁴ UZUN, **a.g.t.**, s.106

²⁸⁵ AYDEMİR, **a.g.m.**, s.419

birimlerinde yaşanacak artışların, TTB’de olduğu gibi belirli parametreler dikkate alınarak belirlenmesi gerekecektir.²⁸⁶

3.5.2. SGK ve Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Ortak Tazminat Yönetim Sistemi: MEDULA

MEDULA, kamu ve özel sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanan hizmetlere karşılık sağlık kuruluşuna ödeme yapılması için ilgili kayıtların tutulduğu elektronik sistemdir. Aynı zamanda sigortalıların sağlık verilerinin depolandığı bu sistem, sigortalının ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ile özel sağlık kuruluşlarından almış olduğu sağlık hizmetinin, SGK tarafından uygun görülerek provizyon onayının verildiği bir bilişim ortamıdır. SGK tarafından provizyon onayının verilmesi sonucunda sağlık hizmet sunucusu tarafından gerçekleştirilen tüm işlemler, oluşturulan provizyon numarası ile takip edilmektedir. Hizmet sağlayıcı sağlık kuruluşu, işlemin gerçekleştirildiği ayı takip eden ayın 15. gününe kadar oluşturulan faturaları MEDULA aracılığı ile SGK’ya bildirir. Sigortalıdan alınacak katılım payı ise sigortalının çalışan olması durumunda eczaneler tarafından, emekli olması durumunda ise maaşından yapılan kesinti ile sağlanır.²⁸⁷

SUT, SGK ile anlaşması bulunan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının gerçekleştirmiş olduğu sağlık hizmetleri için MEDULA’nın kullanmasını ve taleplerin bu sistem üzerinden iletilmesini zorunlu kılmıştır. GSS’nin işlerliği için gerekli olan, kamu ve özel sağlık hizmet sunucularına yapılacak ödemeler, bu sistem ile takip ve kontrol edilebilir bir nitelik kazanmıştır.²⁸⁸

Dört ana web servis aracılığı ile MEDULA sistemi varlığını sürdürmektedir. Bu durumu gerekli kılan aşamalar aşağıda belirtilmiştir;²⁸⁹

- ✓ Hak sahipliği
- ✓ Sevk, reçete ve tetkik talebi

²⁸⁶ Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**, s.84

²⁸⁷ ÇAKIR, a.g.m., s.96

²⁸⁸ OECD ve Dünya Bankası, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, s.39

²⁸⁹ ORHANER, a.g.e., s.169

- ✓ Ödeme sorgulama
- ✓ Faturalama

Bu aşamalar, provizyon işlemleri sırasında T.C. kimlik numarası ile yapılan sorgu üzerinden ilk olarak hastanın GSS'ye bağlı sigortalılığını sorgulanmakta daha sonra provizyon alınması sonrası sağlık hizmet giderinin SGK'ya fatura edilmesi ile devam etmektedir. SGK onayı için sigortalının acil durumlar dışında prim ödeme gün sayısı koşulu veya kuruma prim borcunun olmaması gerekmektedir. Bu sürecin takibi için MEDULA-Hastane, MEDULA-Eczane ve MEDULA-Optik web servisleri kullanılmaktadır.²⁹⁰

T.C. kimlik numarası ile sisteme giriş yapılmadan SGK'ya hiçbir hizmet faturalandırılmamakta olup sigortalının başvurduğu tarihten 10 gün sonrasına kadar tekrardan sigortalı tarafından sağlık hizmet sunucusuna başvuru yapılmadığı durumda, fatura SGK'ya MEDULA aracılığı ile iletilmektedir.²⁹¹

GSS neredeyse tüm nüfusu kapsamı altına aldığından dolayı, kamu ve özel fark etmeden sağlık kuruluşlarına yapılan başvurular için GSS kullanılması sonucunda MEDULA ortamına kişinin sağlık verileri işlenmektedir. Sigortalı ve vaka sayısının çokluğu nedeniyle, hastalıklara göre maliyet verilerinin oluşması kapsamlı analizler için büyük veriler ile çalışmayı kolaylaştırmaktadır.²⁹² Elde edilen veriler üzerinde yapılacak çalışmalar GSS'nin yükünün hafifletilip, TSS aracılığı ile maliyet paylaşımı için sigorta sektörüne ışık tutabilecek potansiyelindedir.

MEDULA, tamamlayıcı sağlık sigortalarının SGK ile birlikte provizyon verilmesi konusunda önemli bir hizmet ağı olarak çalışan bir sistemdir. SGK'nın karşılamış olduğu tutarların üzerinde kalan ek sağlık giderleri için TSS poliçesi devreye gireceğinden, sigorta şirketlerinin kendi sistemleri ile MEDULA sisteminin bütünleşmiş bir yapıda yönetilmesi, sağlık kuruluşları, sigorta şirketleri ve SGK açısından önem oluşturmaktadır.

²⁹⁰ TAN, a.g.e., s.18

²⁹¹ Bayram GÖKTAŞ ve diğerleri, "Türkiye'de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma", **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt:6, Sayı:1, 2017, s.131

²⁹² CENGİZ, a.g.t., s.112

Aşağıdaki tabloda MEDULA sistemi üzerinden, kamu ve özel sağlık hizmet araçlarına yapılan başvuru sayıları belirtilmiştir.

Tablo 11: MEDULA Hastane Müracaat Sayısı (Bin Adet)

Sağlık Tesisinin Türü	Müracaat Sayısı (Bin Adet)	
	2016 (12 ay)	2017 (İlk 9 ay)
Devlet 2. Basamak Sağlık Tesisleri	270.402	209.568
Devlet 3. Basamak Sağlık Tesisleri	96.640	83.697
Özel 2. Basamak Sağlık Tesisleri Toplamı	83.995	60.553
Özel Tıp Merkezleri	17.549	10.911
Özel Dal Merkezleri*	3.155	1.754
Özel Hastaneler**	63.291	47.888
Üniversite Sağlık Tesisleri	41.451	32.813
Genel Toplam	492.488	386.631

* Özel diyaliz Merkezi, Özel Fizik Tedavi, Rehabilitasyon Merkezi, Özel Hiperbarik Oksijen Tedavisi Merkezi ve Özel Tüp Bebek Merkezi dâhildir.

** Özel Dal Hastaneleri dâhildir.

Kaynak: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, **2017 Faaliyet Raporu**, s.48.

3.5.3. Sağlık Hizmet Sunucuları Açısından Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Ülkemizde özel sağlık kuruluşlarına yönelik ilk tanımlamalar 1933 yılında çıkarılan Hususi Hastaneler Kanunu ile resmileştirilmiştir. Kanuna göre; “Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini buluncaya kadar sıhhi şartlar içinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları "hususi hastaneler" den sayılır”. Aynı kanunda acil durumlar nedeniyle özel sağlık kuruluşlarına getirilen yoksul kişilerin tedavilerinin yapılması ve bu giderlerinde ilgili belediye tarafından karşılanması ön görülmüştür.²⁹³ Özel sağlık hizmet kuruluşu dahi olsa sosyal devlet anlayışı gereğince vatandaşın sağlık giderlerinin karşılanması uygun bulunmuştur.

2002 yılında çıkarılan özel hastaneler yönetmeliğine göre ise özel sağlık kuruluşları; “Yönetmelikte asgari olarak öngörülen bina, hizmet ve personel standartlarını haiz olmak kaydıyla, yirmi dört saat süreyle sürekli ve düzenli olarak, bir

²⁹³ T.C. Resmi Gazete, Hususi Hastaneler Kanunu, 5 Haziran 1933, Cilt:14, Sayı:2419

veya birden fazla uzmanlık dalında hastalara ayakta ve yatırarak muayene, teşhis ve tedavi hizmeti verir.” şeklinde tanımlanmıştır.²⁹⁴

Özel hastaneler, başta hizmet sundukları sağlık branşları olmak üzere, doktor sayıları, yatak sayıları, teknolojik olarak donanım düzeyleri ve hizmet ölçeklerine göre genel ve özel dal hastaneleri olarak sınıflandırılmaktadır. Genel hastaneler A,B ve C sınıfı olarak üçe ayrılmakta olup hizmet sunulan bina, yatak ve personel sayısı, uzmanlık dalları, acil ve yoğun bakım üniteleri ve laboratuvar kapasitelerine göre gruplandırılmaktadır. Özel dal hastaneleri ise belirli bir hastalık sınıfı ve kitle üzerinde çalışmalar yaparak uzmanlık gerektiren tedavileri yöneten özel hastane kategorisindedir. Özel hastanelerin sınıflandırılmasındaki ölçütlere göre maliyet ve gelirleri farklılık gösterse de SGK ile anlaşmalı olsun olmasın özel sağlık kuruluşlarının başta maliyet olmak üzere bazı sorunları bulunmaktadır. Bu sorunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;²⁹⁵

- Hastanenin faaliyete geçme aşamasındaki bürokratik işlemler
- Sağlık personeli ve uzman doktor sağlamadaki zorluklar
- Sağlık hizmetlerinin tedarik zincirinde yaşanan aksaklıklar
- Tıbbi malzeme ve cihazların yüksek maliyetleri
- Pazarlama yetersizlikleri
- Hastaların mevsimsel değişiklikler nedeniyle düzenli potansiyel görünmemesi
- Kamunun geri ödeme tutarları, uyguladığı kesintiler ve geri ödeme süresinin uzunluğu gibi etkenler.

Özel hastaneler, kamu hastanelerinden farklı olarak daha çok maliyetle başa çıkmak durumdadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin maliyetlerine de doğrudan yansımaktadır. Ancak hastalar, özellikle bekleme süresi ve kişisel sağlık hizmeti gibi nedenler ile maliyetlere katlanarak sağlık hizmet kalitesini yükseltme eğilimindedirler. Özel sağlık kuruluşuna olan eğilimi belirleyen en etkili ölçüt ise özel sağlık sigortasının

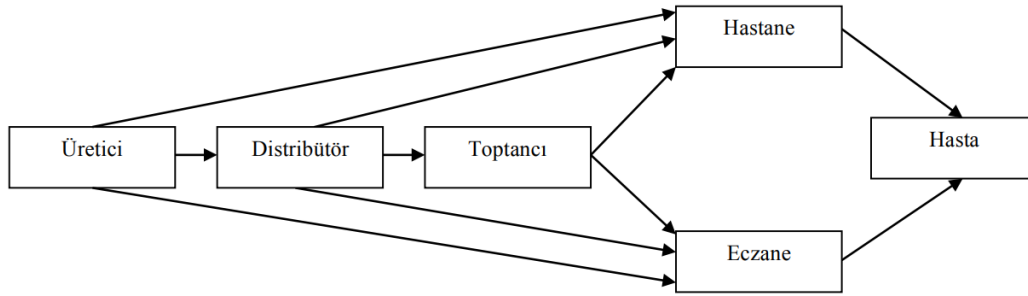
²⁹⁴ T.C. Resmi Gazete, Özel Hastaneler Yönetmeliği, 27 Mart 2002, Sayı:24708

²⁹⁵ Aslıhan BÜYÜKSAVAŞ, “Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Isparta, 2010), s.6-113

varlığıdır. Gelir düzeyi yüksek olan kişiler ile özel sağlık sigortasına sahip kişilerin, özel hastane seçiminde maliyet endişesinden arındığı ve daha seçici davrandığı görülmektedir.²⁹⁶

Ülkemizde faaliyette bulunan özel sağlık kuruluşlarının, giderek artan rekabet düzeyine karşı dirençli bir şekilde devamlılık gösterebilmeleri için finansal yapılarını denetim altında tutarak, maliyetlerini yönetmek ve müşterilerinin sağlıklarını kontrol etmelerinde kişilere sağlık danışmanlığı yaparak yol göstermeleri önemli faktörler olarak kabul edilmektedir.²⁹⁷

Sağlık hizmetlerinde tedarik zinciri uygulamasının yalın bir şekilde yönetilmesi, tıbbi ve sarf malzemelerin en uygun düzeyde stoklanması ve tıbbi cihazların en uygun maliyetler ile elde edilmesini sağlamaktadır. Tedarik aşamaları, maliyet, etkinlik ve kalite açısından sistemli bir şekilde yönetilerek, gereksiz ve ek yük getiren tüm basamaklar sistem dışına çıkartılmalıdır. Sağlık hizmet sunucuları doğrudan ve dolaylı yollarla gerekli tüm kıymetleri, sistemli işleyen bir tedarik zinciri ile sağlayabilirler. Sağlık hizmet sektöründe tedarik zincir yapısı aşağıdaki şekilde gösterilmiştir.²⁹⁸



Şekil 7: Sağlık Hizmetlerinde Tedarik Zinciri Yapısı

Kaynak: Okan ÖZKAN, Gamze BAYIN ve Gözde YEŞİLAYDIN, “Sağlık Sektöründe Yalın Tedarik Zinciri Yönetimi”, *Online Academic Journal of Information Technology*, Cilt:6, Sayı:18, 2015, s.85.

²⁹⁶ Songül ÇINAROĞLU ve Bayram ŞAHİN, “Özel ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması”, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, Cilt:9, Sayı:18, 2013, s.285

²⁹⁷ Nermin ÖZGÜLBAŞ ve diğerleri, “Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi”, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, Sayı:40, 2008, s.122

²⁹⁸ Okan ÖZKAN, Gamze BAYIN ve Gözde YEŞİLAYDIN, “Sağlık Sektöründe Yalın Tedarik Zinciri Yönetimi”, *Online Academic Journal of Information Technology*, Cilt:6, Sayı:18, 2015, s.82-85

İyi bir tedarik zinciri ile maliyetler düşürülecektir. Maliyetlerin düşürülmesi sağlık hizmet fiyatlarının belirlenmesinde büyük öneme sahiptir. Çünkü sağlık hizmetleri genel olarak tek bir hizmetten öte, hizmetler paketi olarak ön plana çıkmaktadır.²⁹⁹

Sağlık hizmetleri piyasası büyüyen bir endüstri olması nedeniyle sunulan hizmetlerin maliyeti karşısında verimliliği de dikkate alınmaktadır. Sağlık kuruluşunun başarısını ve devamlılığını etkileyen verimlilik, dört aşamanın iyileştirilmesi ile sağlanmaktadır. Bu aşamalar, klinik çıktıların etkinliğinin artırılması, maliyetleri düşürmek açısından atıkların azaltılması, hastalara en düşük düzeyde bekleme süresi verilmesi ve hasta beklentilerinin iyileştirilmesi olarak sıralanmaktadır.³⁰⁰

Özel sağlık kuruluşlarının sabit maliyetleri bulunmasına karşın, SGK ile anlaşmalı olan bir kuruluş, ancak SGK'nın belirlemiş olduğu geri ödeme tutarlarını ve ilave fark tutarlarını kazanç olarak elde edebilmektedir. SGK tek taraflı olarak fiyat belirleyici olduğundan, özel sağlık kuruluşları kâr elde edebilmek için maliyetlerini olabildiğince kısma yoluna gitmektedirler. Bunun için en uygun tasarruf yöntemi sabit olmayan giderlerin başında gelen doktor ücretleridir. Bu nedenle doktorlar ve diğer sağlık personellerinden en yüksek verimin en düşük giderlerle alınması, sağlık kuruluşlarının maliyet politikalarında temel oluşturmaktadır.³⁰¹ SUT fiyatları özel sağlık kuruluşlarının maliyetlerini karşılamada yetersiz kalmakta olup hastanelerin finansal sorunlar yaşamasına neden olmaktadır.

Özel sağlık kuruluşlarının yanı sıra SUT fiyat baskısı nedeniyle finansal sorun yaşayan bir diğer önemli kuruluş ise üniversite hastaneleridir. Üniversite hastanelerine erişim sağlayan sigortalıların %95'i genel sağlık sigortalısıdır ve sağlık sunumuna yönelik giderlerde artış yaşanmasına karşın SUT fiyatlarının artmaması nedeniyle genel sağlık sigortalısının sağlık giderleri için üniversite hastanelerine yapılan ödemeler yıllar itibarıyla yetersiz kalmaktadır. Aşağıdaki tabloda bu durum yansımaları yıllar bazında

²⁹⁹ ERDEM, a.g.t., s.99

³⁰⁰ Şevki ÖZGENER ve Fatma KÜÇÜK, "Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama", *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:19, 2008, s.347

³⁰¹ Ayşegül ARDIÇ ve Cafer KÖŞKEROĞLU, "Sağlık Hizmetlerinde Finansal Değerlendirme Özel Hastane Uygulaması", *International Anatolia Academic Online Journal Social Science*, Cilt:2, Sayı:1, s.41-73

aktarılmış olup bütçe desteği sağlanmadan üniversite hastanelerinin kendi gelirleri ile finansman yönetimi uzun vadede zor görünmektedir.³⁰²

Tablo 12: Üniversite Hastanelerinin Finansal Yapısı (2007-2015) (Milyon TL)

Milyon TL	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Gelirler	2.725	3.530	3.943	4.742	4.911	3.842	5.194	5.917	6.358
Giderler	2.964	3.634	4.126	4.666	4.779	5.184	5.644	6.477	6.830
Gelir-Gider Farkı	-239	-104	-182	77	132	-342	-450	-560	-472
Gelir/Gider	0.92	0.97	0.96	1.02	1.03	0.93	0.92	0.91	0.93
Nakit	129	199	184	261	376	208	189	179	192
Borçlar	860	1.022	1.392	1.593	1.547	2.074	2.721	3.258	4.049
Alacaklar	1.153	1.029	1.111	1.180	1.170	1.365	1.352	2.754	1.116
Stok	135	271	351	367	433	440	530	560	953
Borç/Gelir Oranı	%32	%29	%35	%34	%32	%42	%52	%55	%63

Kaynak: İzzet AYDEMİR, “Türkiye’de Üniversite Hastanelerinin Finansal Sorunlarına Yönelik Politika Analizinin “Çoklu Akış Modeli” Yöntemiyle Değerlendirilmesi”, **Journal of Strategic Research in Social Science**, Cilt:4, Sayı:3, 2018, s.8.

Sağlık hizmet sunucuları, cari fiyatları yerine anlaşma sağlama durumunda SGK’nın belirlediği SUT fiyatları üzerinden işlem yaptığından, TSS poliçeleri ilave fark tutarlarını belirlenen oranlar üzerinden karşılamaktadır. Bu nedenle TSS poliçe primleri de özel sağlık sigortalarına kıyasla daha düşük ve uygun seviyelerdedir.³⁰³ GSS’nin yanı sıra TSS’nin kullanılması, özel sağlık kuruluşları ve üniversite hastanelerinin finansal sorunlarına çözüm bulunmasında başlıca yöntem olarak ortaya çıkmaktadır. TSS hem GSS finansmanına katkıda bulunmakta hem de özel sağlık kuruluşlarının maliyetlerini karşılamada en büyük alternatif olarak ön plana çıkmaktadır.³⁰⁴

TSS aracılığı ile SUT fiyatları üzerinden özel sağlık kuruluşlarına yapılan ödemeler, sağlık kuruluşlarının aynı hizmet kalitesi ve maliyetle hizmet sunmamasına karşın elde ettikleri gelirleri eşit kılmaktadır. Ancak günümüzde hastalar sağlıkları konusunda daha duyarlı ve araştırmacı yaklaşımlar sergilemektedir. Bu durum özel

³⁰² İzzet AYDEMİR, “Türkiye’de Üniversite Hastanelerinin Finansal Sorunlarına Yönelik Politika Analizinin “Çoklu Akış Modeli” Yöntemiyle Değerlendirilmesi”, **Journal of Strategic Research in Social Science**, Cilt:4, Sayı:3, 2018, s.8

³⁰³ GİRAY, a.g.t., s.117

³⁰⁴ AYDEMİR, a.g.m., s.13

sağlık kuruluşlarının daha rekabetçi ve pazarlamacı bir anlayış takınmalarına sebep olmuştur.

Yapılan çalışmalar, sağlık kuruluşunun seçiminde yaş, gelir durumu, eğitim düzeyi ve sağlık kuruluşuna uzaklık gibi bireysel özelliklerin yanında sağlık giderlerini karşılayacak ödeme yöntemlerinin de etkili olduğunu göstermektedir. Kişinin tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olması durumunda, sağlık giderlerinde oluşacak ek masraflar için kişiye güvence sağlanırken, aynı zamanda özel sağlık hizmeti almak kişinin sağlık hizmetine olan erişim ve konforunda kolaylık yaratmaktadır. Dolayısıyla hasta özel sağlık poliçesine sahip olmanın verdiği fırsatları kullanırken, sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu hastanelerin seçiminde de daha ihtiyatlı davranmaktadır.³⁰⁵

Sağlık kuruluşları ise sürekliliklerini korumak için farklı beklentileri olan ve özel olarak kişisel hizmet almak isteyen bireylerin beklentilerine cevap vermek amacıyla farklı stratejiler belirlemek durumundadırlar.³⁰⁶ Sağlık hizmet kuruluşları bir yandan hastalara karşı strateji belirlerken diğer taraftan iletişim içerisinde bulunduğu ve sağlık hizmetlerinin üretim ve sunum sürecinde yer alan sigorta şirketleri ile iş birliği yaparak sigortalı çekmeye çalışmaktadırlar.³⁰⁷

Ülkemizde özel sağlık kuruluşları genellikle özel sağlık sigortalarına sahip sigortalılara hizmet sağlamakta olup özel sigortaya olan talebin düşüklüğü nedeniyle de sağlık kuruluşlarının hedef kitlesi kısıtlı kalmaktadır. Mevcut durumda özel sağlık kuruluşları ancak hizmet kalitelerini arttırarak tercih sebebi olabilmektedir.³⁰⁸

Kalite düzeyinin arttırılabilmesi için sağlık kuruluşlarının yenilikçi yaklaşımlara öncelik veren teknolojik gelişmelerle uyumlu bir altyapı sağlaması gerekmektedir. Sağlık alanında yaşanan gelişmelerin hastanede kalma oranlarını

³⁰⁵ Erkan ÖZDEMİR, Serkan KILIÇ ve Z. Berna AYDIN, “Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması”, **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:29, Sayı:1, 2010, s.7

³⁰⁶ Ceyhan Çağlar KILINÇ, “Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Üzerine Bir Araştırma”, **Review of Social Economic & Business Studies**, Cilt:9, Sayı:10, 2005, s.312

³⁰⁷ Nevzat DEVEBAKAN, “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1, 2006, s.121

³⁰⁸ Mehmet İsmail YAĞCI ve Teoman DUMAN, “Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:2, 2006, s.233

azaltacağı ve yatış sonrası evde bakım gibi hizmetlerin ilerleyen dönemde ön plana çıkacağı düşünülmektedir.³⁰⁹ Sağlık kuruluşlarının ve sigorta şirketlerinin kendilerini yenilikçi yaklaşımlara hazırlamaları gerekmektedir. Gereksiz maliyet yaratan atıl nitelikteki ekipmanlar yerine ihtiyaçlar doğrultusunda hizmet tedariki sağlanarak, tasarrufların geleceğin tasarlanması adına kullanılması özel sağlık kuruluşları için gereklidir.³¹⁰

Tamamlayıcı sağlık sigortaları, özel sağlık hizmet sunucuları için güvenli bir finansman kaynağıdır. Genel sağlık sigortası sistemi, SUT'un sabit fiyatları ile uzun vadede özel sağlık kuruluşlarının maliyetleri nedeniyle sorun yaratacağından, SGK anlaşmalı sağlık kuruluşu sayılarındaki yaşanması muhtemel azalmalar için alternatif finansman kaynağı olan tamamlayıcı sağlık sigortalarının ilerleyen dönemde ön plana çıkması beklenmektedir. SGK anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarının sürdürülebilirliği için TSS'nin varlığı güvence oluşturmaktadır.

3.5.4. Sigorta Şirketleri Açısından Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Sigortacılık faaliyetlerinin devamlılığı kamu sektörüne güvence oluşturmaktadır. Bu nedenle sigorta anlayışının gelişmesi ve toplumun temeline yayılması, tasarruf ve riskin paylaşımı konusunda kamuya destek olmaktadır.³¹¹ Nitekim ülkemizde tamamlayıcı sağlık sigortaları, genel sağlık sigortası ile birlikte yönetilerek, özel sağlık kuruluşlarında hizmet alımına katkı sağlamaktadır.

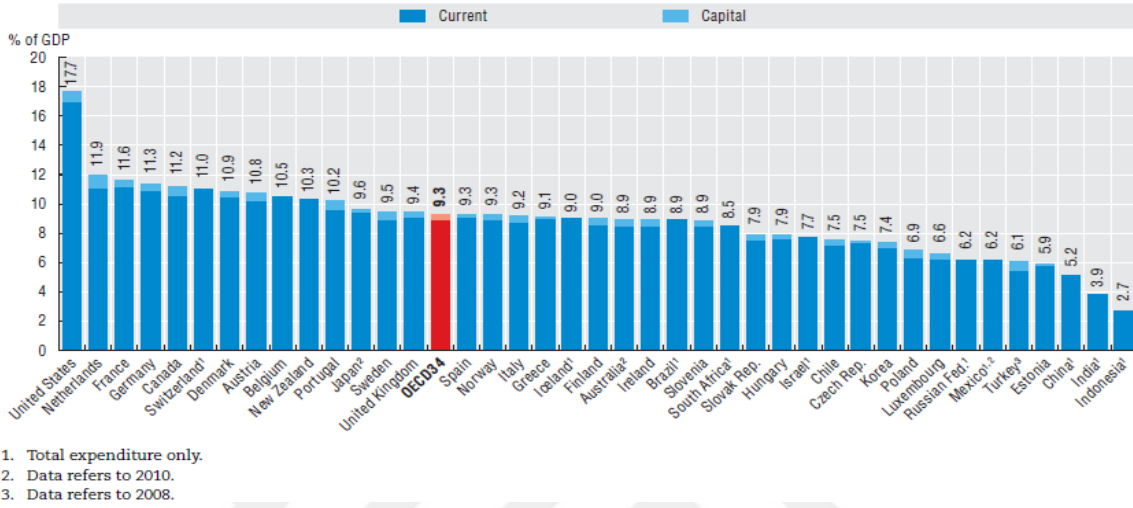
Kişisel gelirlere yaşanan artışlar bireylerin sağlık harcamalarında yükselmelere sebep olduğundan, bireyler artan harcamaları cepten yönetmek yerine, özel sağlık sigortaları aracılığı ile hizmet alımını tercih etmektedirler. Toplumun zenginleşmesi kamunun sağlık hizmetlerine ayırdığı payın artmasına neden olmakta, bu durum vatandaşların sağlık koşullarının iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır.

³⁰⁹ ŞENGÜN, a.g.m., s.195

³¹⁰ BİLGİLİ ve ECEVİT, a.g.m., s.216

³¹¹ YANIK, *Sigorta İşletmelerinde Mali Yeterlilik Analizi*, s.158

Aşağıdaki şekilde OECD ülkelerinin gerçekleştirmiş oldukları sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payları gösterilmiş olup Türkiye 2008 yılı verileri dikkate alındığında %6,1'lik pay ile en düşük düzeyde sağlık harcamasına sahip ülkeler arasında yer almaktadır.³¹²



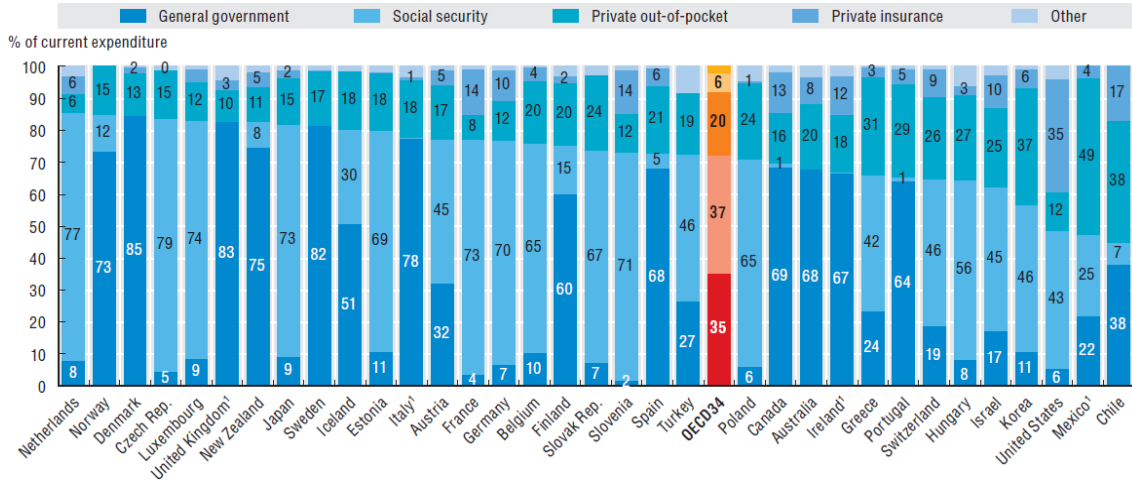
Şekil 8: Sağlık Harcamalarının GSYİH İçerisindeki Payı 2011 (veya en yakın yıl)

Kaynak: OECD, Health at a Glance 2013, p.157.

Toplam sağlık harcamalarının ülkeler bazında finansman türüne göre dağılımı ise aşağıdaki şekilde gösterilmiş olup Türkiye’de 2008 yılı verilerine göre kamunun sağlık harcamalarındaki payı %73 iken özel sağlık sigortaları, cepten yapılan harcamalar ve diğer harcamalar ise toplam sağlık harcamalarının %27’sini oluşturmaktadır.³¹³

³¹² OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, p.157

³¹³ OECD (2013), Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, p.165



Şekil 9: Finansman Türüne Göre Sağlık Harcaması 2011 (veya en yakın yıl)

Kaynak: OECD, *Health at a Glance 2013*, p.165.

Sağlık harcamalarının ekonomik boyutları incelendiğinde, enflasyonun sağlık harcama düzeyine ciddi oranda etkisinin olduğu görülmektedir. Enflasyon oranının yüksekliği, bireylerin acil olmayan durumlar dışında sağlık kuruluşlarına yönelme ihtimalini azaltmaktadır. Sağlık harcamalarının GSYİH içerisinde aldığı payın çok düşük olması talep edilen bir durum olmadığı gibi bu oranın çok yüksek olması da ülke kaynaklarının sağlık harcamaları için kullanıldığının göstergesidir. Dönemsel olarak sağlık harcamalarında gerçekleşen artışların, ekonomik büyümeden yüksek olması sorunlara yol açacağından, sağlık harcamaları denetim altında tutulması gereken bir alan olarak ön plana çıkmaktadır.³¹⁴

Enflasyonun yanı sıra sağlık hizmet sektörünü etkileyen bir diğer unsur döviz kurlarının hareketliliğidir. Bu hareketliliğin, uluslararası piyasalar, ülke ekonomileri, yerel ve küresel finansal sistemler ve bu etkenler dışındaki tüm finansal, ekonomik ve mali değişimler ile bağlantılı gelişmelerden kaynaklandığı savunulmaktadır. Döviz kurlarının etkisi özellikle tıbbi ve sarf malzemeler ile tıbbi cihazlarda yaşanmaktadır.³¹⁵ Sağlık kuruluşlarının tedarik ettiği bu girdiler, sağlık sunum maliyetlerine yansımakta

³¹⁴ Meryem TURGUT, İsmail AĞIRBAŞ ve Ece ALDOĞAN UĞURLUOĞLU, “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Enflasyon Arasındaki İlişki”, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Yıl:5, Sayı:50, Temmuz 2017, s.293

³¹⁵ Ferhan BENLİ, Gökşen TOPUZ ve Emre CEVİZ, “Kamu Özel Ortaklığı ile Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi ve Riske Maruz Değer (VAR) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümlemesi”, *Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Sayı:28, Ekim 2014, s.213

ve dolaylı olarak özel sağlık sigorta sektörünün fiyat politikalarını etkilemektedir.

Sağlık harcamalarının düzeyini, ekonomik etkenler dışında belirleyen diğer parametreleri, tıbbi harcamaları içeren; sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, nitelikli sağlık personel maliyetlerindeki artışlar ile bakım ve tedavi giderleri olarak sıralanmakta iken tıbbi olmayan harcamaları; demografik yapılar ve kentleşme faaliyetleri olarak sıralamaktayız.³¹⁶

Ülkemizde doğumdan itibaren beklenen yaşam süresi 2017 yılı verilerine göre kadınlarda 80,8 ve erkeklerde 75,3 iken ortalamada ise 78 olarak belirlenmiştir.³¹⁷ Diğer taraftan yaşlanan ve emekli olan nüfusun sağlık bakım ihtiyaçları artmakta olup ülkemizde 2017 yılı itibarıyla SGK'ya bağlı aktif sigortalıların, pasif sigortalılara oranı 1,95 olarak ölçülmüştür.³¹⁸ Yaklaşık iki sigortalı çalışarak bir sigortalıya bakmaktadır. GSS'nin finansmanı için çalışan kişi sayısının çokluğu önemli bir etkidir. Ancak bu oranın düşüklüğü nedeniyle alternatif arayışlardan olan TSS'nin alacağı aktif rol giderek artmaktadır.

TSS'nin rolünün yükselmesi için ise özel sağlık kuruluşlarının, SGK ile yapmış oldukları anlaşmalarda olduğu gibi sigorta şirketleri ile de tarifeler oluşturularak, fiyat anlaşmalarının yapılması konusundaki yaklaşımları önemlidir. Özel sağlık sigortaları TTB fiyat tarifesi üzerinden işlem görürken, tamamlayıcı sağlık sigortalarında SUT fiyat tarifesi üzerinden anlaşmalar sağlanmakta ve tazminat ödemeleri gerçekleştirilmektedir. Sağlık sisteminde finansman alternatifi yaratılarak, özel sağlık kuruluşlarının maliyetlerinin karşılanması ve sağlık sigorta sektörünün büyümesi için, sağlık kuruluşları ile sigorta şirketleri arasında sağlanacak anlaşmalar önem kazanmaktadır.³¹⁹ Sigorta şirketlerinin başta portföy gücü olmak üzere sağlık kuruluşları ile fiyat anlaşma düzeyinin belirlenmesini etkileyen kriterler, hayat ve hayat

³¹⁶ Serap TAŞKAYA ve Mustafa DEMİRKIRAN, "Enflasyon Gelir ve Sağlık Harcaması Arasındaki Nedensellik İlişkisi", **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt:15, Sayı:2, 2016 s.129

³¹⁷ T.C. Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017**, s.21

³¹⁸ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, **2017 Faaliyet Raporu**, Ankara, 2018, s.42

³¹⁹ CİVAN, a.g.e., s.54

dışı grubun altında ortak branş olan sağlık sigortasının prim seviyelerini de çeşitlendirmektedir.³²⁰

Sigorta şirketleri sağlık kuruluşları ile yaptıkları fiyat anlaşmaları doğrultusunda prim seviyelerini belirlemektedirler. Şirketlerin elde ettikleri primlerin, komisyon ve idari giderler dışarıda bırakıldığında, ödemiş oldukları tazminatları karşılama, sigorta faaliyetinin sürdürülebilirliği için önemli bir etkidir. Sigortacılık faaliyetinden elde edilen teknik kârlılığın ölçülmesi için kullanılan oran, bileşik rasyo olarak belirlenmiştir. Operasyon rasyosu olarak da ifade edilebilen bu oran, “1 liralık prim geliri için kaç liralık gider yapıldığını” gösteren bir nitelik taşımaktadır. Bu orana ulaşırken kârlılık yakalamak için teknik gelir aşamasında fiyatlama politikaları, teknik gider aşamasında ise tazminat maliyetlerinin düşürülmesi konuları önem kazanmaktadır. Bileşik rasyoya ulaşmak için başta tazminat/prim oranının elde edilmesi gerekmektedir. Buna göre T/P oranı ve bileşik rasyo aşağıda belirtilen aşamalar ile bulunmaktadır.³²¹

$$\text{Net T/P Oranı} = \frac{\text{Ödenen Tazminatlar} + \text{IBNR} - \text{Devreden IBNR}}{\text{Net Prim}(\text{Prim-Komisyon}) + \text{Devreden Net KPK} - \text{Net KPK}}$$

$$\text{Net Masraf Oranı} = \frac{\text{Personel Giderleri} + \text{Yönetim Giderleri}}{\text{Net Prim}(\text{Prim-Komisyon}) + \text{Devreden Net KPK} - \text{Net KPK}}$$

$$\text{Net Bileşik Oran} = \text{Net T/P Oranı} + \text{Net Masraf Oranı}$$

Hastalık/Sağlık dalında sigorta şirketlerinin son yıllar T/P oranları aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 13: Hastalık/Sağlık Branşı Yıllar İtibarıyla T/P Oranları (2012-2017)

Yıl	2012	2013	2014	2015	2016	2017
T/P	72,40%	74,80%	76,70%	75,90%	77,80%	76,00%

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, **2017 Sektör Raporu**, s.79.

Sağlık sigorta sektörünün yıllar itibarıyla prim üretimi, primlerin bir önceki yıla kıyasla artış oranı ve toplam sigorta sektöründeki payı aşağıdaki tabloda belirtilmiştir

³²⁰ SÜZEL, a.g.m., s.939

³²¹ Metin SARIASLAN, “Tahsilat ve Teknik Kârlılığı Ölçen Rasyolar”, **Milli RE A.Ş. Yayınları, Reasürör Dergisi**, Sayı:64, Nisan 2007, s.13-17

olup bu veriler enflasyon oranları ile birlikte değerlendirildiğinde, sağlık sigorta sektörünün her yıl enflasyon oranlarının üzerinde büyüdüğü göstermektedir.³²² Daha önce paylaşmış olduğumuz enflasyon oranlarının 2014 yılında 8,17%, 2015 yılında 8,81%, 2016 yılında 8,53% ve 2017 yılında 11,92% olarak gerçekleştiğini düşünürsek, sağlık sigorta sektöründeki prim artışlarının, T/P oranları ile ilişkisini de gözettiğimiz durumda, enflasyonun üzerinde seyrettiğini görmekteyiz.

Tablo 14: Yıllara Göre Hastalık/Sağlık Branşı Prim Üretimi, Değişimler ve Yüzde Payları (Milyon TL)

Yıl	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Prim Üretimi	2.227,20	2.472,40	2.929,60	3.435,80	4.226,40	5.024,70
Bir Önceki Yıla Göre Değişim (%)	11,43%	11,01%	18,49%	17,28%	23,00%	18,89%
Toplam İçindeki Payı (%)	11,23%	10,20%	11,27%	11,15%	10,44%	10,79%

Kaynak: Türkiye Sigorta Birliği, **2017 Sektör Raporu**, s.22-23.

Türkiye Sigorta Birliği tarafından açıklanan verilere göre 2017 yılı sonu toplam sigorta prim üretimi 46,6 milyar TL olarak gerçekleşmiş olup 2016 yılına göre %15 civarında bir artış yaşanmıştır.³²³ Toplam üretilen prim içerisindeki %85'lik pay hayat dışı şirketlere aitken %15'lik pay hayat/emeklilik branşından sağlanmıştır. Geçmiş yıla kıyasla hayat dışı sigorta sektörü %11,6 büyürken, hayat/emeklilik kısmı ise %34 oranında büyümüştür. Dünya ülkeleri ile kıyaslandığında, sigorta sektörü ülkemizde henüz yeterli düzeyde büyümemiştir. Sigorta sektörü adına 2017 yılı verileri dikkate alındığında, dünyada kişi başı prim üretimi, ortalama 650 ABD Doları iken ülkemizde yalnızca 149 ABD Doları olarak kişi başı prim üretimi sağlanmıştır. Direkt primin payı, GSYİH oranlarına göre bakıldığında ise dünyada ortalama %6,13 civarında iken Türkiye'de %1,42 olarak gerçekleşmiştir.³²⁴

Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerine olan talep son yıllardaki artışını sürdürmüş olup bu artışta özel sağlık sigortalarından tamamlayıcı sağlık sigortalarına geçişin azda olsa etki yarattığını söylemek mümkündür. 2016 yılı özel sağlık sigortasına

³²² Türkiye Sigorta Birliği, **2017 Sektör Raporu**, İstanbul, 2018, s.22-23

³²³ Milli Reasürans A.Ş., **89. Yıl Faaliyet Raporu 2017**, İstanbul, 2018, s.48

³²⁴ T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu, **Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2017**, Ankara, 2018, s.11-24

sahip, bireysel ve grup poliçeleri dahil olmak üzere toplam kişi sayısı 2.273.215 iken 2017 yılı sonunda bu rakam 2.026.458'e düşmesine rağmen 2016 yılı tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip, grup ve ferdi poliçeler dahil toplam sigortalı sayısı 404.975 iken 2017 yılında 676.124 kişiye yükselmiştir. Toplam sağlık sigortası prim üretiminin yaklaşık %82'si özel sağlık sigortalarına aitken %10'u tamamlayıcı sağlık sigortalarına %8'lik dilim ise seyahat sağlık ve yabancı uyruklular için özel sağlık sigortası gibi diğer dallara aittir. Özel sağlık sigortası primlerinde %11,82 oranında büyüme yaşanırken tamamlayıcı sağlık sigortası primleri ise 2017 yılı sonunda %139,35 gibi ciddi bir oranda büyüme sağlamıştır.³²⁵

Özel sağlık sigortacılığının geliştirilmesi için mevzuat değişiklikleri gündemde olup özel sağlık sigortasına sahip kişi sayısının artırılması hedefler arasında yer almaktadır. 2016 yılında seyahat sağlık ve yabancı uyruklular için düzenlenen poliçelerde dahil olmak üzere toplam 4,4 milyon olan sigortalı sayısı 2017 yılında 5,4 milyon olarak gerçekleşmiştir. Özel sağlık sigortalı sayılarını arttırarak, sağlık finansmanının özel sektör ile paylaşımı konusu, finansmanda istikrar için gerekli görülmektedir.³²⁶

GSS'ye geçiş aşamaları ve geçiş sonrası yıllar dikkate alınarak, sağlık harcamalarında kamu ve özel sektörün katılımı, GSYİH içerisinde sağlık harcamalarının payı ve ABD Doları cinsinden sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi gelişmiştir.

³²⁵ Türkiye Sigorta Birliği, **2017 Sektör Raporu**, s.27

³²⁶ T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, **2017 Yılı Faaliyet Raporu**, Ankara 2018, s.58

Tablo 15: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Etkisi ve Kişi Başı Sağlık Harcamaları (Milyon TL)

Yıl	Toplam Sağlık Harcaması TL (Cari+ Yatırım)	Kamu Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	Özel Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH'ye Oranı (%)	Kişi Başı Yıllık Kamu Sağlık Harcaması USD	Kişi Başı Yıllık Özel Sağlık Harcaması USD	Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması USD
2002	18.774	3,70%	1,50%	5,20%	132 \$	55 \$	37 \$
2005	35.359	3,60%	1,70%	5,20%	260 \$	123 \$	87 \$
2008	57.740	4,20%	1,60%	5,80%	463 \$	171 \$	110 \$
2010	61.678	4,20%	1,10%	5,40%	441 \$	120 \$	92 \$
2015	104.568	3,50%	1,00%	4,50%	387 \$	106 \$	82 \$
2016	119.756	3,60%	1,00%	4,60%	392 \$	107 \$	82 \$
2017	140.647	3,50%	1,00%	4,50%	375 \$	105 \$	82 \$

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017, s.245-252.

3.5.5. Sağlık Finansmanına Katkıları Açısından Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları ve Sistem Üzerinde Yarattığı Kaygılar

GSS sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sağlık hizmet sunumunu birbirinden ayırmak amacı ile oluşturulan bir sistem olup bu sistem öncesinde devlet, düşük maliyette hizmet sunmak için hastaneler ve ilaç fabrikaları kurarken, sistem sonrası kamunun sağlık hizmet sunumu azaltılmış ancak hizmet sunuculara finansman katkısı sağlanarak, sağlık sunucuların çeşitliliği artırılmıştır. Bu durum finansman yükünü ağırlıklı olarak devletin üzerinde bırakmıştır. GSS'nin kapsayıcılığı nedeniyle, sağlık hizmet sunumunun eriştiği toplum, maliyetlerin artışına yol açmakta olup sağlık harcamalarında yaşanan artışlar için en uygun alternatif olarak TSS üzerinde durulmaya başlanmıştır.³²⁷ Sağlık hizmet sunumu kalitesinin sürdürülebilirliği için kamunun sağladığı finansmana desteğin gerekli olduğu görülmekte olup TSS aracılığı ile sağlanacak destek nedeniyle ortaya çıkacak katkı ve oluşacak kaygılar çeşitlenmektedir.

³²⁷ KORUCU ve OKSAY, a.g.m., s.303

TSS'nin sağlık hizmet finansmanı üzerinde oluşturacağı katkılar,³²⁸

- GSS'nin kapsayıcılığı sonrası ortaya çıkan, ilave tutarlar için finansman sağlaması nedeniyle kamu ve özel sektörün iş birliği içerisinde sağlık hizmet finansmanını yürütmesine yardımcı olur,
- Kamu ve özel sektör sağlık risklerini birlikte karşılayıp sağlık finansmanı ve sağlık hizmet sunumu için kaynak yaratarak bilgi paylaşımı sağlar,
- GSS üzerindeki sağlık maliyeti baskılarının azaltılmasına ve kamu sağlık kuruluşlarına olan hizmet talebinin azaltılmasına yardımcı olur,
- Kamu ve özel sektörün sağlık hizmetleri için ortak demeler yapmasının bir sonucu olarak, verilen provizyonlar nedeniyle çift aşamalı kontrol sağlanmasına ve kötüye kullanımın önüne geçilmesine katkı sağlar,
- Sigortalıların, cepten karşılamış olduğu sağlık hizmetlerine yönelik harcamaları en alt düzeye çekmelerini sağlar,
- Sigortalıların hastane ve doktor seçiminde alternatif yaratarak sağlık hizmet sunucularını çeşitlendirir,
- Artan sağlık hizmetleri maliyetlerini karşılayarak, sağlık hizmet kalitesinin korunmasına yardımcı olur, böylece artan maliyetler sigortalıya asgari düzeyde yansımış olur,
- Özelikle yaşlanan nüfus profili için sağlık hizmet kalitesinin ve hızlı erişimin sağlanması konusunda destekçi olur,
- Sağlık hizmet sunucularının, sigorta şirketleri ile anlaşmalar yaparak portföy artışı ile maliyet baskısının yarattığı etki giderilir,
- Sağlık ve sigorta sektörünün gelişimi ve istihdam yaratılması konusunda her iki sektöre g verir,
- Kayıt dışı sağlık harcamalarının azaltılmasında ve vergilendirme konusunda yaşanan kaçakların giderilmesinde destek sağlar,

³²⁸ Hacer ZENGİN, “zel Sağlık Sigortalarının zel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015), s.43, TAPAN, a.g.t., s.81-82, Türkiye Sigorta Birliği, **Tamamlayıcı zel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından rneklerin İncelenmesi ve Türkiye için neriler Raporu**, s.80-81, UZUN, a.g.t., s.154-155, Türkiye Sigorta Birliği, **Türkiye İçin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Modeli**, 16.05.2014, https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS_Rapor_16.05.14.docx, (22.04.2019), s.12-13, GİRAY, a.g.t., s.119-120

- TSS poliçelerinin prim tutarlarının düşük olması nedeniyle, sağlık sigortalarının tabana yayılmasını ve bunun sonucu olarak sigorta bilincinin gelişmesini, sigortalı sayılarının artmasını, prim tutarlarının ve tazminat ödemelerinin daha dengeli kurulmasını sağlar,
- Artan sigortalı sayısı ile primlerin daha adil olmasını ve sağlık sigortalarında ürün çeşitliliğinin oluşmasını sağlar,
- Özellikle grup poliçelerinde, işverene vergi avantajı sağlarken çalışan için ise memnuniyet düzeylerinin artmasında ve aidiyet duygularının kurulmasında önem oluşturur.

Sağlık ve sigorta sektörünün gelişimine katkıda bulunurken, sosyal sağlık sigortalarının sürdürülebilirliği konusunda da destek sağlayan TSS'nin, sağlık hizmet finansmanına ve sunumuna sağladığı katkıların yanı sıra özellikle kamu ve toplum nezdinde yarattığı kaygılar ve uzun vadede oluşturabileceği olumsuzluklarda mevcuttur.

TSS'nin sağlık hizmet finansmanı üzerinde oluşturacağı kaygıları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;³²⁹

- Sosyal sağlık sigortalarına ek olarak alınan TSS'nin, bireyin ekonomik gelir düzeyi ile olan bağlantısı nedeniyle sosyal devlet anlayışının zayıflayacağı endişesini oluşturması,
- SUT ile belirlenen temel teminat paketi içeriğinin, ilerleyen dönemde daraltılarak GSS'nin karşılamış olduğu giderlerin kısılması ve ağırlıklı olarak TSS ile sağlık finansmanın sağlanmasının yaratacağı olumsuz izlenim,
- Kamunun ilerleyen dönemde TSS'ye yönlendirmek amacı ile katılım paylarında gerçekleştirmesi muhtemel artışların, TSS poliçesi bulunmayan gelir düzeyi düşük gruplar üzerinde yaratacağı etki,
- Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı tarafında gerçekleştirilen mevzuat değişikliklerinin sıklığı nedeniyle sigorta şirketlerinde yaşanan belirsizliklerin TSS'ye olan etkileri,

³²⁹ TAPAN, a.g.t., s.84-85, UZUN, a.g.t., s.156, Türkiye Sigorta Birliği, **Türkiye İçin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Modeli**, s.13-14, GİRAY, a.g.t., s.121

- SUT listelerinde yaşanan değişikliklerin sigorta şirketleri ve sağlık hizmet sunucuları açısından oluşturduğu kısa sureli belirsizlik nedeniyle maliyet ve fiyatlama üzerindeki etkileri,
- TSS poliçelerinin henüz yeterli sigortalı sayısına ulaşmaması nedeniyle yaşanan veri kısıtlılığı,
- Veri kısıtlılığının ve TSS poliçelerinde hızlı ürün çıkarılmasına yönelik alınan aksiyonların eksik ve hatalı fiyatlamalara neden olması,
- SUT listelerine göre gerçekleştirilen ödemelerin, zorunlu katılım payları hariç sigortalı üzerinde kalan tutarlarının, sigorta şirketleri ve sağlık kuruluşlarının kendi içerisindeki rekabet anlayışları nedeniyle kamu tarafından denetim altında tutulması gerekliliği,
- Sigorta şirketlerinde TSS poliçesi nedeniyle ek operasyonel maliyetlerin oluşması, yaşanması muhtemel olumsuzluklardır.

Kamunun zel sektör ile işbirliğine giderek, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumu konusunda sigorta şirketleri ve sağlık hizmet sunucuları ile birlikte hareket etmesi gerekliliği doğmuştur. TSS bu birliktelik için değerli bir araç olmakla birlikte bahsedilen olumlu ve olumsuz birçok etkeni beraberinde getirmektedir.

IV. BÖLÜM

DEĞERLENDİRME ve SONUÇ

Kaynakların doğru kullanımı için sağlık ekonomisi önemlidir. Sağlık sistemlerinin fonksiyonel bir şekilde yönetilebilmesi için ise sağlık ekonomilerinin gelişmiş düzeyde olması şarttır. Sağlık sistemlerinin yeterliliği, sistemin finansman sorunu yaşamadan sürdürülebilir sağlık göstergelerine sahip olması ile ilişkilidir.

Sağlık sistemine taraf olan herkesin, sağlığın finansman aşamasından sunum aşamasına kadar olan süreçte belirli sorumlulukları bulunmaktadır. Taraflar sistemin en uygun koşullar altında işlerliği ve devamlılığı konusunda faaliyetlerde bulunmaktadır.

Sağlık hizmetleri arz ve talebinde rol alan taraflar kısıtlı kaynaklar ile ikamesi olmayan sağlık ihtiyacını karşılamak durumundadır. Sağlık hizmet sunumunda artan maliyetler, kaynak kullanımda verimli olmayı ve tüm tarafların bilinçli davranmasını gerektirmektedir.

Sigorta sistemi kaynak yaratmada belirleyici bir finansman aracıdır. Devletler vatandaşlarının hastalık durumunda sağlıklarına kavuşturulmasında ve sağlıklı durumlarının korunmasında sorumlu bir yaklaşım sergilemek durumundadırlar. Sosyal güvenlik sistemleri de bu durumun sağlanması amacı ile kurgulanmakta ve yönetilmektedir. Sağlık alanında varlık gösteren sosyal sigortalar, bireyin sağlığının korunmasında, iyileştirilmesinde ve kişinin topluma katılımında sorumluluk göstermekte olup kamu bu durumun sağlanabilmesi için ortaya çıkan maliyetlere tek başına katlanmak durumunda kalmaktadır. Oysaki dünyada hiçbir sağlık sistemi başta kaynakların sınırsız olmaması gibi etkenlerden dolayı mükemmel ve sürdürülebilir bir yapıya sahip değildir.

Bu noktada sağlık sistemlerinin değişime ve yeniliğe açık olması, finansal baskıların hafifletilmesi için alternatif sağlık finansman yöntemlerine yönelimlerin olması, sosyal devlet anlayışında zayıflama yaşatılmadan gerekli görülmektedir.

Sigorta sistemlerinin varlığı, sağlık hizmetlerinin sunumu için bir güvence oluşturmakta olup bu güvencenin bireylere sunuluyor olması, kişilerin ve yakınlarının hayatlarında kaygı oluşmasının önüne geçmektedir. Çünkü hastalık riski her durumda kişiye ulaşma potansiyeline sahiptir ve kişiler bu riske karşılık güvence altında olmak isterler. Korunma isteği bireylerin kendi yaşamlarında kaygı duymadan, hayatlarının sürdürülebilirliği açısından gereklidir. Kişiler, sağlık risklerinin ortaya çıkardığı finansal kayıpların boyutları nedeniyle kendileri tarafından bu riskin karşılanmasını istemezler. Sağlık hizmetleri maliyetleri nedeniyle sigorta güvencesi altında olmayı gerektirmektedir.

Sigorta arz ve talebinin oluşmasında, sağlık hizmetlerinin yarattığı arz ve talebin de etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmet sunumu sağlık sigortacılığından bağımsız düşünülememektedir. Ancak sigorta faaliyetleri farklı içeriklere sahip olmakla birlikte kamu tarafından sunulabildiği gibi özel sektör aracılığı ile de yürütülebilmektedir. Ancak özel sağlık sigortalarında sigortaya taraf olanların, sigortanın temel prensipleri doğrultusunda yaklaşım sergilemesi önemlidir. Özel sağlık sigortacılığı bu özellikleri ile kamu sosyal sağlık sigortalarından farklılık göstermektedir.

Farklı finansman yöntemleri ile sağlık finansmanı sağlanmakta olup dünyada kamu sosyal güvenliğine bağlı olarak çalışan sosyal sağlık sigortalarını başlıca Bismarck ve Beveridge olarak ayırmak mümkündür. İster prim sistemi ister vergi sistemi ile finansman sağlansın, sosyal sağlık sigortacılığı toplumsal bir yaklaşım sergileyerek herkese eşit düzeyde sistemsal bir yönetim biçimine sahip olmak zorundadır. Tüm kamu sağlık sistemlerinin amacı, sürdürülebilir bir yapıda vatandaşlarının sağlıklarının korunması için kaynak yaratmak ve bu kaynakları en uygun koşulları sağlayacak şekilde kullanmaktır.

Ülkeler sağlık harcamalarına yönelik maliyet kontrolü sağlayarak finansman üzerindeki baskının azaltılması için çaba göstermektedirler. Sunulan sağlık hizmetlerinin verimli olması devletlerin öncelikleri arasında yer almaktadır. Uygulanan sosyal sağlık programlarının gelir ve gider dengesini kurarak bütçe açığı vermeden etkili bir hizmet sunumuna kaynak sağlaması, devletlerin sosyal sağlık sigortacılığı

konusunda üzerinde durduğu bir konudur. Uzun vadede sistemlerin devamlılığı için bütçe açıklarının verilmemesi veya genel bütçeden yapılan aktarımların en alt düzeyde olması gerekmektedir. Bu durumun yönetilmesi içinde farklı ülkeler farklı finansman yöntemleri ile sistemlerini yürütmektedirler.

ABD sağlık hizmetlerinin finansmanı için ağırlıklı olarak özel sağlık sigortalarını kullanırken, kamu güvencesi yalnızca yaşlılar, engelliler ve yoksullar için teminat sağlamaktadır. ABD’de kamu sağlık harcamaları düşük olmasına rağmen GSYİH içerisinde sağlığın payı oldukça yüksektir. Özel sektör tarafından sağlanan sağlık finansmanı ve hizmet sunumunun bu oranı arttırmada önemli bir etken olduğu görülmektedir.

Almanya’da uygulanan Bismarck modeli ise kamu sosyal sağlık sigortası anlayışının temelini oluşturmaktadır. Primli rejim sistemine dayanan bu model, çalışan ve işverenlerin sağladığı destekler ile çalışan maaşları üzerinden yapılan kesintiler aracılığıyla yönetilmektedir. Zorunlu kamu sağlık programından ancak belirli bir gelir düzeyinin üzerinde olan kişilerin çıkışına izin verilmekte olup kişiler dilerse özel sağlık sigortalarının yanı sıra kamu sigortalarında kalmayı da tercih edebilmektedirler. Kamunun ağırlıklı olarak sağlık sigortalarını yönetiyor olması ve kapsayıcılığı nedeniyle özel sağlık sigortalarının payı toplam sağlık harcamaları içerisinde düşük düzeydedir.

İngiltere’de uygulanan Beveridge sistemi ise vergi gelirleri üzerinden sağlık hizmetlerine yönelik finansman sağlamak üzerine kurgulanmıştır. Ulusal sağlık hizmetlerinin kapsamı İngiltere’de oldukça geniş olup kişiler diş ve göz tedavilerini içeren hizmetler için tamamlayıcı sağlık sigortalarına başvurumaktadırlar. Meslek gruplarından bağımsız olarak vergiler üzerinden yönetilen sistem tüm ulusu kapsamaması nedeniyle oldukça işlevseldir.

Fransa’da sosyal güvenlik sisteminin sağlamış olduğu genel sağlık sigortası ile nüfusun tamamına yakını kapsam altına alınmıştır. İşveren ve çalışan katkılı primler ile sağlık finansmanının sağlandığı Fransa’da tamamlayıcı sağlık sigortaları, kamu sağlık programının düşük oranlarda sağlık tazminatlarına katılımı ve kapsamının darlığı gibi

nedenler ile büyük oranda tercih sebebi olmaktadır. Bismarck tarzı sosyal güvenlik sisteminin geçerli olduğu Fransa'da sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki payı devletin sistemi sıkı şekilde kontrol altında tutmasından kaynaklı olarak nispeten diğer Avrupa ülkelerine göre daha düşüktür.

Hollanda'da ise özel sağlık sigortaları kamunun belirlediği temel teminat paketleri geçerli olmak üzere zorunlu tutulmuştur. Ayrıca zorunlu özel sağlık sigortasının kapsamında olmayan tedaviler nedeniyle isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortalarına talep yüksektir.

Özel sağlık sigortaları neredeyse tüm Avrupa ülkelerinde uzun süreli sağlık sigortaları olarak uygulanabilmekte olup ülkemizde başta enflasyon oranlarının yüksekliği olmak üzere henüz bazı sebeplerden dolayı uygulama alanı bulamamıştır.

Türkiye'de uygulanan kamu sağlık sigortalarını ise GSS öncesi ve sonrası dönem olarak ayırmak mümkündür.

Sosyal güvenlik sisteminin, GSS öncesi dağınık bir şekilde olması nedeniyle sağlık finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sunumu konularında farklı uygulamalar söz konusuydu. SKK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı olmak üzere, ülkemizde uygulanan sosyal sağlık sigortası eşit ve hakkaniyetli bir sunum sağlamamakta ve hizmet sunumu konusunda ayırım yaratmaktaydı. Uygulamaya konan GSS ile birlikte tüm vatandaşlar tek bir sistem içerisinde dâhil edilmiş ve nüfusun tümü Bismarck modelinde olduğu gibi işveren, çalışan ve devletin katılımı ile yönetilen primli sistem sayesinde sosyal sağlık sigortasının kapsamı altına almıştır.

GSS ile beraber kamunun temel teminat paketi olarak belirlediği SUT listelerinde belirtilen teminatlar ve özel sağlık kuruluşlarında bu teminatların karşılanma paylarını içeren sınırlar detaylıca çizilmiştir. Buna göre kamu artık genel sağlık sigortalısının özel sağlık kuruluşlarında alacağı hizmetler için belirlediği limitler doğrultusunda katılım göstermeye başlamıştır. Bu sayede sağlık provizyonu hizmet aracısı olan MEDULA ile SGK'dan onay alınarak tazminatlar karşılanmaya başlanmıştır. Ancak provizyon onayı alınabilmesi için gerçekleşen tazminatın devlet tarafından karşılanıyor olması ön şarttır. Buna göre devletin katılımı oranında özel

sağlık kuruluşlarına ödemeler yapılmaktadır. Ülkemizde özellikle GSS sistemine geçiş ile beraber özel sağlık sigortalarının da önemi artmaya başlamıştır.

Kamu harcamalarının özellikle gelir düzeyi düşük gruplar üzerindeki etkisi önemli olup gelir düzeyi yüksek gruplar özel sağlık sigortalarına daha kolay yönelmektedir. Buna rağmen kamunun her kesimi eşit düzeyde desteklemesi ve de SGK ile anlaşmalı özel sağlık hizmet sunucularına yapılan başvurular sonucu oluşan tazminatlara belirli oranlarda katılım göstermesi, sigortalıların sağlık hizmet alımında isteğe bağlı doktor ve hastane seçim şansını arttırmaktadır.

OECD ülkelerinde özel ve kamu karışımı sağlık sigortaları, kamunun özel sağlık sigortalarına teşviki ve sigortalıların gelir düzeyinin yüksekliği nedeniyle geniş bir uygulama alanı bulmaktadır. Özel ve kamu sigortaları arasında, başta hizmet etme amaçları farklılık göstermesine karşın özel sigortalar maliyet paylaşımı nedeniyle günümüzde kamu tarafından desteklenen bir pozisyon almıştır.

Farklı niteliğe ve kapsayıcılığa sahip özel sağlık sigortaları içerisinde ülkemizde kamu sağlık sigortası olan GSS ile entegre şekilde işleyiş gösteren TSS, 2012 yılında SGK tarafından yayımlanan genelge ile uygulanmaya başlanmıştır. Genel sağlık sigortalıları, özel sağlık hizmet sunucularında aldıkları hizmetler karşılığında, kamunun karşıladığı giderlerin üzerinde kalan giderleri, zorunlu katılım payları hariç olmak üzere, özel sağlık sigorta şirketlerine devredebilecekleri TSS poliçelerine sahip olma hakkını elde etmiş ve böylece sigortalıların cepten yaptığı harcamaların önüne geçilmiştir.

Türkiye’de uygulanan tamamlayıcı sağlık sigortaları, SUT listelerinde belirtilen hizmetler ve birimler ile kamunun katılım gösterdiği tedavilerin, kamu tarafından karşılanmayan kısımlarını ifade ettiğinden, kamu tarafından karşılanmayan hiçbir gider TSS poliçesine konu edilememektedir. Ayrıca sigortalının üzerinde kalan zorunlu katılım payları da özel sigorta şirketlerine TSS poliçeleri aracılığı ile devredilememektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, hem özel sağlık hizmet sunucuları hem de özel sağlık sigorta şirketleri nezdinde değerlendirilmesi gereken bir konu olarak varlık

göstermektedir. Nitekim SGK anlaşmalı özel sağlık kuruluşları farklı maliyetlere ve hizmet sunumuna sahip olmasına karşın SGK tarafından eşit düzeyde değerlendirilmekte ve geri ödemeler uygulanan işlem değerince tekdüze edilmiş bir karşılık ile yönetilmektedir. SGK tek taraflı fiyat belirleyici güç olduğundan ve SUT fiyatlarında uzun yıllar düzenleme yapılmadığından, sağlık hizmet sunucuları maliyet sorunları ile karşı karşıya kalmaktadır. Maliyetlerin sağlık kuruluşları üzerindeki etkisinin kırılması, sağlık hizmet sunucusuna başvuru yapan sigortalı sayısında yaşanacak artışla mümkün olacağından ve TSS poliçeleri bu konuda en büyük etken olduğundan, SGK anlaşmalı sağlık kuruluşları açısından değerli bir fırsattır. TSS poliçelerinin, SGK anlaşmalı sağlık kuruluşlarının faaliyetlerini devam ettirmesi ve maliyet avantajı yaratması nedeniyle verimliliği söz konusudur.

Diğer yandan sistemin finansman kaynağı olan özel sağlık sigorta şirketleri, TSS poliçelerine başta fiyatlama politikalarındaki belirsizlik olmak üzere 2012 yılından beri temkinli davranırken, son yıllarda TSS'ye olan ihtiyacın görülmesi ile birlikte yönelim artmıştır. Sağlık enflasyonunun genel enflasyon üzerinde seyretmesi ve döviz kurlarında yaşanan olumsuz yöndeki dalgalanmalar, özel sağlık sigortası primlerine de doğrudan yansımaktadır. Buna karşın SUT tarifelerinin belirli düzeyde tutulması ve sigorta şirketlerinin SUT katları olarak SGK anlaşmalı hastaneler ile geri ödeme anlaşmaları yapması, sigorta şirketlerinin karşılaştıkları tazminat belirsizliklerinin önüne geçmektedir. Ancak kapsamlı olarak anlaşmalı sağlık kuruluş ağı ve hizmet kalitesi üst düzey olan sağlık kuruluşları ile yönetilen özel sağlık sigortası poliçelerinden, tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesine kaymaların yaşanması pekte onaylanan bir durum olarak görülmemektedir. Çünkü ülkemizde özel sağlık sigortalı sayısı, ağırlıklı olarak ferdi poliçe sahiplerinin gelir düzeylerinin yüksek olması, grup poliçesine sahip kişilerin ise çalıştıkları kurumsal firmaların gelir gücünün yüksek olması ile bağlantılı olduğundan, bu sayının TSS poliçelerine yönelmeksizin arttırılması gerekmektedir.

Bunun yanı sıra TSS poliçeleri ile özel sağlık sigortalarının tabana yayılması ve TSS'nin kamunun finansman destekçisi olarak teşvik edilmesi gereken bir alan olduğu görülmektedir. TSS'nin ülkemizde henüz çok yeni uygulama alanı bulunduğu ve

henüz sigorta şirketleri ile sağlık hizmet sunucuları tarafından denendiği ve tecrübe edildiği düşünülürse, ilerleyen dönemde kamu tarafından sağlanması muhtemel destek ile genel sağlık sigortasının yarattığı eşitlikçi yaklaşıma zarar vermeden, ülkemiz sağlık sigortacılığına büyük oranda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Şu aşamada GSS ile entegre bir TSS'nin sağlık hizmet sunumuna finansal katkı yarattığı ve ilerleyen yıllarda SGK'nın sosyal güvenlik alanındaki finansal baskıların hafifletilmesi için bireysel emeklilik sisteminin teşviki gibi sosyal sağlık sigortacılığında da benzer bir modelin işletileceği ön görülmektedir. Bu nedenle tamamlayıcı sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları ile beraber büyümeli ve tabana yayılan bir sistem ile kurgulanarak, GSS'nin finansman yükünü hafifletirken, hastanelerin maliyetlerine kaynak olmalı, sağlık sigorta sektörünün gelişimine katkıda bulunmalı ve sigortalıların cepten harcamalarını azaltarak özel sağlık hizmet sunucularından da faydalanabilmelerini sağlamalıdır. Tüm bu niteliklerin verimli bir şekilde işletilmesinin yanı sıra, TSS primlerini karşılayacak olan vatandaşların üzerinde ek finansal yükün yeni bir sistem ile getirilmiyor olması şarttır. Bu neden, GSS ve TSS'nin sağlık hizmet maliyetlerinin paylaşımının yanında, prim finansmanı sürecinde de entegre bir model ile işletiliyor olmasını gerektirmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı için elde edilen gelirlerin, sağlık hizmet sunumu sonucu oluşan maliyetleri karşılama düzeylerinin yeterli olması, tazminat/prim oranının dengeli ve sürdürülebilir bir yapıya sahip olması için gereklidir. Genel sağlık sigortasının toplumun tüm kesimlerine hitap etmesi, maliyet artışlarını da beraberinde getirmektedir. Bu durum, kamu sağlık finansman destekçisi olarak, tamamlayıcı sağlık sigortalarının sağlık sisteminde alacağı pozisyonun kamu destekli yönetilmesini gerektirmektedir. Bu noktada sevk sistemi kurgusunun aktif bir şekilde ülkemizde işletiliyor olması ön koşul olup beraberinde üniversite hastanelerinde de tamamlayıcı sağlık sigortasının kullanım alanı açılacak ve finansman katkısı ile üniversite hastanelerinin maliyet yükünü hafifletecektir.

TSS'nin ülkemizde uygulama alanını genişletmek için başta TSS'yi tanıtıcı aksiyonlar alınmalı, alternatif TSS ürünleri yaratılmalı, GSS ile gelen ancak henüz uygulama alanı bulamayan sevk sistemi devreye konarak aile hekimliği sistemi

geliştirilmeli, MEDULA sistemi ile özel sağlık sigorta şirketlerinin provizyon sistemleri entegre halde veri paylaşımı sağlayacak şekilde sistem alt yapısı daha da geliştirilmeli, tüm sağlık kuruluşları için anlaşma düzeyleri farklılık gösterse dahi geri ödeme yöntemleri geliştirilmeli ve kamu tarafından TSS desteklenmelidir. Tüm bunlar TSS'nin işlevselliğini arttırıcı ve fayda sağlayıcı fonksiyonlar olarak baş göstermektedir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası; çok yönlü etkileri ile üniversite hastaneleri, özel sağlık kuruluşları, özel sağlık sigorta şirketleri ve genel sağlık sigortası için önemli bir kaynaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarına, sağlık ekosisteminde yaratacağı değer nedeniyle, başta finansman sağlayıcı sigorta şirketleri ve hizmet sunucu sağlık kuruluşları olmak üzere ülkemiz sağlık sektörünün geleceği için ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKÇA

- ACINAN, Hilmi. **Sigortaya Giriş**, İstanbul, Can Matbaa, 1998.
- AKDUR, Recep. **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliği Uyumu**, İkinci Baskı, Ankara, Ankara Üniversitesi Basım Evi, 2006.
- ALAN, Makbule. "Özel Sağlık Sigortası'nın Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı", (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İstanbul, Haziran 2009)
- Almanya Nüfus Verileri. <http://nufus.mobi/dunya/nufus/almanya>, (4 Ağustos 2018)
- ALTAY, Asuman. "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", **Sayıştay Dergisi**, Sayı:64, 2007.
- ARDIÇ, Ayşegül ve Cafer KÖŞKEROĞLU. "Sağlık Hizmetlerinde Finansal Değerlendirme Özel Hastane Uygulaması", **International Anatolia Academic Online Journal Social Science**, Cilt:2, Sayı:1.
- ARIK, Özer ve Yusuf Yalçın İLERİ. "Sağlıkta Geri Ödeme Sistemleri ve Global Bütçe", **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt:5, Sayı:4, 2016.
- ATASEVER, Mehmet. **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi**, Ankara, Yayın No: 983, 2014.
- AYDEMİR, İzzet. "Sağlık Sistemi Finansman Hedefleri ve Politika Enstrümanları", **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı:62, 2017.
- AYDEMİR, İzzet. "Türkiye'de Üniversite Hastanelerinin Finansal Sorunlarına Yönelik Politika Analizinin "Çoklu Akış Modeli" Yöntemiyle Değerlendirilmesi", **Journal of Strategic Research in Social Science**, Cilt:4, Sayı:3, 2018.

- BALCI İZGİ, Berna. “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Son Gelişmeler”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı: 16, Ocak, 2008.
- BALKANLI, Meltem. “Özel Sağlık Sigortası Türkiye ve Dünya Uygulamaları”, (Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sigortacılık ve Risk Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2017)
- BARCA, Mehmet, Erdal AKDEVE ve İklim GEDİK BALAY. “Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri”, **İşletme Araştırmaları Dergisi**, Cilt:5, Sayı:3, 2013.
- BAŞAR, Selim, Serkan KÜNÜ ve Gürkan BOZMA. “Eğitim ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”, **Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:10, Ekim 2016.
- BAŞOL, Emel ve Abdulkadir IŞIK. “Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler”, **International Anatolia Academic Online Journal, Social Science**, Cilt:2, Sayı:2, 2015.
- BENLİ, Birsen. “Sağlıkta Geri Ödeme Yöntemleri ve Teknik Verimlilik”, (Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Haziran 2009)
- BENLİ, Ferhan, Gökşen TOPUZ ve Emre CEVİZ. “Kamu Özel Ortaklığı ile Yapılan Entegre Sağlık Kampüsü Projelerinin Mali Analizi ve Riske Maruz Değer (VAR) Metodolojisi Altında Kur Riski Ölçümlemesi”, **Selçuk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, Sayı:28, Ekim 2014.
- BERK, Niyazi. **Sigorta Şirketlerinde Mali Yeterlilik ve Risk Yönetimi, Türkiye’de ve A.B.’de Yeni Düzenlemeler (Solvency II Projesi)**, İstanbul, TSRŞB Sigorta İnceleme ve Araştırma Yayınları 2, Aralık 2005.
- BERK, Niyazi. **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, İstanbul, Emek Sigorta Yayınları, 1992.

- BİLGİLİ, Emine ve Eyyup ECEVİT. “Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:11, Sayı:2, 2008.
- BİRDAL, Utku. “Hayat Grubu Sigortaları Genel İşleyişi ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, **Türk Sigorta Enstitüsü Vakfı Ders Notu**, 2018.
- BOSTANCI, Yalçın. “Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”, (**Doktora Tezi**, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Konya, 2007)
- BOYLE, Sean. “United Kingdom (England): Health system review” **Health Systems in Transition**, 2011, Vol:13, No:1, 2011.
- BOZ, Canser ve Emrah ÖNDER. “OECD Ülkelerinin Sağlık Sistemi Performanslarının Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvence Dergisi**, Sayı:11, Yıl:6.
- BÖLÜKBAŞI, Ayşegül ve Baturalp PAMUKÇU. **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**, İstanbul, 2.Baskı, Türkmen Kitabevi, 2010.
- BUCHMUELLER, C. Thomas and Agnes COUFFİNHAL. “Private Health Insurance in France”, **OECD Health Working Papers**, No:12, 2004.
- BULUT, Mehmet. “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Sosyal Yardım Yaklaşımı ve Türkiye’de Durum”, **Yardım ve Dayanışma Dergisi**, Cilt:2, Sayı:3, 2011.
- BÜYÜKSAVAŞ, Aslıhan. “Kamu Hizmeti Sunan Özel Hastanelerin Sorunları ve Çözüm Önerileri: Isparta ve Antalya Örneği”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Isparta, 2010)
- CENGİZ, Ali Utku. “Sağlık Geri Ödemesinde Farmakoeconomik Analizlerin Rolü; QALY Yaklaşımı”, (**Sosyal Güvenlik Uzmanlığı Tezi**, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Şubat 2009)

- ÇIVAN, Ali. **Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı Sistemi**, İstanbul, Umut Matbaacılık, Haziran 2010.
- ÇAKIR, Yafes. “Sağlık Hizmetlerinde Katılım Payı Uygulaması ve Bu Uygulamanın Sosyal Devlet İlkesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı Bakımından İncelenmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:80.
- ÇALIŞKAN, Zafer. “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, **Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt:26, Sayı:2, 2008.
- ÇEÇEM, Baran, Yusuf ÜSTÜ ve Mehmet UĞURLU. “Fransa’da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi”, **Ankara Medical Journal**, Cilt:15, Sayı:3, 2015.
- ÇELEBİ, A. Kemal ve Serkan CURA. “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz”, **Maliye Dergisi**, Sayı 164, Ocak-Haziran 2013.
- ÇELİK, Orhun Emre. “Aktüerya ve Sağlık Sigortacılığı”, Ankara, **Hacettepe Üniversitesi Ders Notu**, Nisan 2010.
- ÇELİKAY, Ferdi ve Erdal GÜMÜŞ. “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, **Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt:11, Sayı:1, Haziran 2010.
- ÇINAROĞLU, Songül ve Bayram ŞAHİN. “Özel ve Kamu Hastanelerinin Algılanan Kurumsal İtibar ve İmaj Açısından Karşılaştırılması”, **Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi**, Cilt:9, Sayı:18, 2013.
- ÇINAROĞLU, Songül. “Cepten Sağlık Harcamalarının Finansmanında Eşitsizlik ve Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Ekonometrik Yaklaşım”, **İşletme Araştırmaları Dergisi**, Cilt:10, Sayı:1, 2008.

- ÇİFTÇİ, Hakkı. “Türk Sigorta Sektörü’nün Sorunları; DEA Analizi İle Türk Sigorta Şirketleri’nin Etkinlik Düzeylerinin Belirlenmesi”, **Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, 2004.
- ÇOBAN, Hilmi. “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması”, (**Doktora Tezi**, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İzmir, 2009)
- ÇOBAN, Sevinç. “Küreselleşme Sürecinde Gelişmekte Olan Ekonomilerde Sağlık Harcamaları Finansmanı”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Finansal Ekonomi Anabilim Dalı, İzmir, 2015)
- DAVUTOĞLU, Ayten. “Refah Devletinin Kurucu Belgelerinde Kadının Adı Yok: Beveridge Raporu’nun Cinsiyetçi Karakteri”, **VIII. Sosyal İnsan Hakları Uluslararası Sempozyumu**, Kocaeli, Aralık 2016, Cilt:1.
- DENAVAS-WALT, Carmen, Bernadette D. PROCTOR and Jessica C. SMITH. “Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2012”, **Current Population Reports**, Washington, U.S. Government Printing Office, September 2013.
- DEVEBAKAN, Nevzat. “Sağlık İşletmelerinde Teknik ve Algılanan Kalite”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1, 2006.
- Differences between Medicare and Medicaid. <https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-coverage-overview/differences-between-medicare-and-medicaid>, (28 Temmuz 2018)
- DİKMETAŞ, Elif. “Türkiye’nin Mali Politikalarının Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, **T.C. Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Verimlilik Dergisi**, Sayı:4, 2004.
- DOĞAN ŞENTÜRK, Bilge. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Özelleştirilmesi: Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, **Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi**, Eskişehir, Mayıs 2017.

- DUYUK, Gürkan. “Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ, 2015)
- EKİN, Ali. “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları”, **Türkiye Barolar Birliği Dergisi**, Sayı:100, 2012.
- ELLIS, P. Randall, Tianxu CHEN, and Calvin E. LUSCOMBE. **Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries**, Boston, Elsevier Press, 2014.
- ENER, Meliha ve Nazan YELKİKALAN. “Gelişmekte Olan Ülkelerin Sağlık Sistemlerinin Yeniden Yapılanması ve Finansmanı: Türkiye Deneyimi”, **Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:6, Sayı:2, 2003.
- ERDEM, Şeniz. “Sağlık Hizmetleri Pazarlaması: Hastaların Sunulan Hizmetlerin Kalitesini Algılamaları Üzerine Bir Uygulama”, (Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne, Temmuz, 2007)
- ERDOĞAN, İlhan. **İsteğe Bağlı Sigorta Hizmetine Karşı Tutum**, İstanbul, Beta Yayınevi, 1993.
- First National Center. **Understanding Health Indicators**, Ottawa, National Aboriginal Health Organization, 2007.
- FİŞEK, Nusret. “Sağlık Hizmetleri ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları”, **Modern Yönetim Semineri**, Türk-İş Yayınları, No:144, 1982, http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#top, (24.06.2018)
- FOUBISTER, Thomas et al. **Private Medical Insurance in the United Kingdom**, Copenhagen, World Health Organization, 2006.

- GENÇ, Ahmet. “Sigorta Sektöründeki Risklere İlişkin Bir Kamu Yaklaşımı”, **2. Uluslararası Sigorta Sempozyumu Risk ve Sigorta Bilinci ve Eğitimi**, İstanbul, TSEV Yayınları, No:27, 2007.
- GİRAY, Burçak. “Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul, 2010)
- GÖK, Senar. “Sağlık Harcamalarının Türkiye ve Avrupa Birliği Uygulamaları Açısından Değerlendirilmesi”, (**Yüksek Lisans Tezi**, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, İzmir, 2012)
- GÖKBAYRAK, Şenay. “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı:25, 2010.
- GÖKTAŞ, Bayram ve diğerleri. “Türkiye’de Sağlık Bilgi Sistemleri Üzerine Bir Araştırma”, **Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt:6, Sayı:1, 2017.
- GÖKTAŞ, Paşa. “Almanya ve Fransa Sağlık Sistemlerinden Yararlanılarak Sağlık Alanında Türkiye’de Nasıl Bir Yol İzlenmelidir?”, <https://www.saglikaktuel.com/yazi/almanya-ve-fransa-saglik-sistemlerinden-nasil-yararlanilabilir-6966.htm>, (3 Eylül 2018)
- GRIGNON, Michel and Bideau Kambia CHOPIN. **Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France**, Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, April 2009.
- GUPTA, P.K. **Essentials of Insurance and Risk Management**, First Edition, New Delhi, Himalaya Publishing House, 2016.
- GÜMÜŞ, Erdal. “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum Sorunlar ve Öneriler”, **Seta Analiz**, Siyaset Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı, Sayı:24, Ağustos 2010.

GÜZEL, Ali ve Ali Rıza OKUR. **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 4. Bası, İstanbul, Beta Yayınları, Ekim 1994.

GÜZEL, Ali. “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, Sayı:7, 2005.

HAYALOĞLU, Pınar ve Hasan Çebi BAL. “Üst Orta Gelirli Ülkelerde Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi”, **İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi**, Cilt:3, Sayı:2, 2015.

Hazine Müsteşarlığı. **Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği Uygulama Esaslarına İlişkin Genelge**, 08.04.2014.

İNCE, Gülay. “Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Ankara, 2014)

İNCE, Tuğrul. “Türkiye’de Sağlık Sisteminin Analizi ve Sağlık Reformuna Dair Çalışmalar”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Edirne, 2012)

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi. https://www.unicef.org/turkey/udhr/_gi17.html, (12 Ocak 2019)

İSTANBULLUOĞLU, Hakan, Mahir GÜLEÇ ve Recai OĞUR. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri”, **Dirim Tıp Gazetesi**, Sayı:85, 2010.

KAHYA, Mehmet. “Sigorta İşletmelerinde Fiyatlandırma”, **Risk Yönetimi ve Sigortacılık**, Erdem KIRKBEŞOĞLU (drl.), Ankara, Gazi Kitabevi, 2.Baskı, 2015.

- KARACA, Ayşe. “Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dış Kaynak Kullanımı ve Sağlık İşletmelerinde Dış Kaynak Kullanımına Yönelik Bir Uygulama”, (**Yüksek Lisans Tezi**, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Denizli 2006)
- KARACAN, Ali İhsan. **Sigorta ve Sigorta Şirketleri**, İstanbul, Birinci Basım, Bağlam Yayınları, Ocak 1994.
- KAUFMANN, Otto. “Fransa’da Sosyal Güvenlik Genel Sistem”, Tankut CENTEL (çev.), **Çimento İşveren Dergisi**, Cilt:13, Sayı:1, Ocak 1999.
- KAYA, Ferudun ve diğerleri. **Sigortacılık**, İstanbul, 4. Baskı, Beta Yayınları, Haziran 2014.
- KAYA, Neval. “Sağlık Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Finansmanına ve Sunumuna Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Ankara, 2008)
- KAYMAZ, Volkan. “OECD Ülkelerinde Sosyal Harcamaların Belirleyicileri”, **Gazi İktisat ve İşletme Dergisi**, Cilt:4, No:2, 2018.
- KAYNAK, Zeki. **Sosyal Güvenlik Mevzuatımızda Genel Sağlık Sigortası ve Uygulaması**, Ankara, Adalet Yayınevi, Kasım 2015.
- KESKİN, Sabiha. “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Kamu-Özel Ortaklığı Modeli (Aydın Örneği)”, (**Yüksek Lisans Tezi**, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Aydın, 2011)
- KILAVUZ, Emine. “Sağlık Harcamalarındaki Artış ve Temel Bakım Hizmetleri”, **Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:29, 2010/2.
- KILINÇ, Ceyhan Çağlar. “Sağlık Sektöründe Faaliyette Bulunan Hastane İşletmelerinde Müşteri İlişkileri Yönetimi Üzerine Bir Araştırma”, **Review of Social Economic & Business Studies**, Cilt:9, Sayı:10, 2005.

KOÇAK, Orhan. “Refah Devleti Işığında Sağlık Hizmetleri ve Türkiye’de Sağlık Sektöründeki Gelişmeler”, **İşGüç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt 13, Sayı 4, Ekim, 2011.

KORUCU, Kevser Sezer ve Aygen OKSAY. “Sağlık Hizmetlerinde Cepten Ödemelerin Bir Çeşidi: Katkı Payları”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:32, Yıl:2018/3.

KURŞUN, Arzu ve Cemil BAKICI. “Türkiye ve Sosyal Refah Devletlerindeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İnsan Hakları Yıllığı**, Cilt:32, 2014.

KUŞCU, Sinan. **Sigorta Talep Teorisi ve Türkiye Uygulaması**, Erzurum, Atatürk Üniversitesi Yayınevi, 1996.

KUTZIN, Joseph et al. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan, **Bulletin of the World Health Organization**, Volume:87, Number:7, 5 May 2009.

KÜÇÜKŞAHİN, Ahmet, Cahit ŞAFAK ve Çağdaş DEDEOĞLU. “Güvenlik Bağlamında Risk ve Risk Yönetimi”, **Güvenlik Stratejileri Dergisi**, Cilt:5, Sayı:10, 2009.

LOUBERGE, Henri. “Developments in Risk and Insurance Economics: The Past 40 Years”, Georges DIONNE (Ed.), **Handbook of Insurance** (1-40), Second Edition, Canada, Springer, 2013.

Medicare and Medicaid. <https://www.inc.com/encyclopedia/medicare-and-medicaid.html>, (28 Temmuz 2018)

MEMİŞOĞLU, Dilek ve Ayşe DURGUN. “2008 Ekonomik Krizi ve Türkiye’de Sağlık Sektörü Üzerine Etkileri”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:13, 2011.

Milli Reasürans A.Ş. **89.Yıl Faaliyet Raporu 2017**, İstanbul, 2018.

MUSGROVE, P. "Health insurance: the influence of the Beveridge Report", **Bulletin of the World Health Organization**, Vol:78, No:6, 2000.

MUTLAY, Faruk Barış. **Sosyal Sigorta Yardımlarına Hak Kazanma Koşulları ve Eşitlik İlkesi**, İstanbul, 1. Baskı, Beta Yayınları, Eylül 2014.

OECD Sağlık İstatistikleri 2015, https://www.turksagliksen.org.tr/oezd-saglik-istatistikleri-2015-yayinlandi_746.html, (29 Temmuz 2018)

OECD ve Dünya Bankası. **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, OECD Publishing, 2008.

OECD. **Health at a Glance 2013: OECD Indicators**, OECD Publishing, 2013.

OKSAY, Atilla. "Avrupa Birliğinde Özel Sağlık Sigortaları", **Birlik'ten Dergisi**, T.S.B. Yayınları, Sayı:30, Ekim-Aralık 2012.

ORAL, A. İlhan. "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt:2, Sayı:2, 2002.

ORHAN, Ece. "Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları", (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015)

ORHANER, Emine. **Türkiye'de Sağlık Sigortası**, Ankara, 1.Baskı, Siyasal Kitabevi, Ekim 2018.

ÖNAL, Yıldırım Beyazıt. **Sosyal Güvenlik Bağlamında Özel Emeklilik Fonları, Avrupa Birliği Ülkeleri Diğer Ülke Uygulamaları ve Türkiye İçin Bir Özel Emeklilik Fonu Model Önerisi**, Milli Reasürans A.Ş. Yayınları, Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması, 1999.

- ÖNDER, Mustafa Erkut, Ersan ERSOY ve Korhan KARACAOĞLU. “Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma”, **Uluslararası İş Ekonomi ve Yönetim Perspektifleri Dergisi**, Yıl:1, Sayı:1, Ocak 2016.
- ÖZCAN, Güngör. “Türkiye’de Kamu Harcamalarının Sosyal Refah Devleti Anlayışı Açısından Değerlendirilmesi”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı Maliye Programı, İzmir, 2009)
- ÖZDEMİR, Erkan, Serkan KILIÇ ve Z. Berna AYDIN. “Sosyal Güvenlik Reformu Sonrası Tüketici Olarak Hastaların Hastane Seçimi: Pazarlama Açısından Bir Alan Araştırması”, **Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:29, Sayı:1, 2010.
- ÖZER, Özlem ve diğerleri. “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, **Akademik Bakış Dergisi**, Sayı:42, Mart-Nisan 2014.
- ÖZER, Özlem ve Fatih ŞANTAŞ. “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı”, **Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, Cilt:3, Sayı:2, Nisan 2012.
- ÖZER, Özlem. “Türkiye Sağlık Sisteminde Finansal Sürdürülebilirlik: Paydaş Görüşleri ve Değerlendirmeleri” (**Doktora Tezi**, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları Yönetimi Anabilim Dalı, Ankara, 2015)
- ÖZGENER, Şevki ve Fatma KÜÇÜK. “Hastanelerde Modern Yönetim Felsefesinin Verimliliğe Etkisi: Gevher Nesibe Hastanesinde Bir Uygulama”, **Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Sayı:19, 2008.
- ÖZGÜÇ, Feral. Sağlık Sigortaları, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı Ders Notu, 2017.

- ÖZGÜLBAŞ, Nermin ve diğerleri. “Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi”, **Muhasebe ve Finansman Dergisi**, Sayı:40, 2008.
- ÖZKAN, Okan, Gamze BAYIN ve Gözde YEŞİLAYDIN. “Sağlık Sektöründe Yalın Tedarik Zinciri Yönetimi”, **Online Academic Journal of Information Technology**, Cilt:6, Sayı:18, 2015.
- ÖZSARI, Haluk. “Sürdürülebilirlik, Güçler Ayrılığı ve Üniversite Hastaneleri”, **İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt:76, Sayı:1, 2013.
- ÖZTÜRK, Serdar ve Okyay UÇAN. “Türkiye’de Sağlık Harcamalarında Artış Nedenleri: Sağlık Harcamalarında Artış-Büyüme İlişkisi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:22, Sayı:1, 2017.
- ÖZÜDOĞRU, Haşim ve Çiğdem ÇETİN. “Türkiye’de Sigortacılıkta Güncel Sorunlar”, **Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi**, Cilt:52, Sayı:2, 2017.
- PALA, Kayıhan. “Sağlık Hizmetlerinde Toplum Katılımı ve Türkiye Deneyimi”, **Türkiye Halk Sağlığı Dergisi**, Cilt:12, Sayı:3, 2014.
- PİŞKİN, Bilal. “Sağlık Sistemleri İçerisinde Özel Sağlık Sigorta Şirketleri ve Türkiye”, (Yüksek Lisans Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İnterdisipliner Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, Edirne, 2017)
- REINHARD, Busse and Blümel MIRIAM. “Germany: Health System Review”, **Health Systems in Transition**, 2014, Vol:16, No:2, 2014.
- ROBERTSON, Ruth, Sarah GREGORY and Joni JABBAL. **The Social Care and Health Systems of Nine Countries**, London, Commission on the Future of Health and Social Care in England, The King’s Fund 2014, <https://www.kingsfund.org.uk/>, (20 Haziran 2018)

- SARAÇ, Coşkun. “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası, Primsiz Ödemeler ve Sosyal Güvenlik Kurumu, Kanun Tasarılarına İlişkin Genel Bir Değerlendirme”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:8, Sayı:1, 2006
- SARIASLAN, Metin. “Tahsilat ve Teknik Kârlılığı Ölçen Rasyolar”, **Milli RE A.Ş. Yayınları, Reasürör Dergisi**, Sayı:64, Nisan 2007.
- SAYIM, Ferhat. “Sağlık Hizmetleri Talebini Etkileyen Faktörler”, **Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler**, Yıl:2015, Sayı:15-1.
- SERGİCİ, Erdoğan. **Sigorta ve Pazarlama / Makaleler**, Can Matbaa, Ocak 2001.
- Social Security and Medicare Boards of Trustees. **Status of the Social Security and Medicare Programs A Summary of the 2017 Annual Reports**, 2017.
- SONĞUR, Cuma. “Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:6, Sayı:1, Mart 2016.
- STIGLITZ, E. Joseph. **Economics of the Public Sector**, Ömer Faruk BATIREL (çev.), Princeton University New York, W.N. Norton Comp., 2nd ed., 1988.
- SÜLKÜ, Seher Nur. “Performansa Dayalı Ek Ödeme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği Üzerine Etkileri”, **Maliye Dergisi**, Sayı:160, Ocak-Haziran 2011.
- SÜZEL, Cüneyt. “Özel Sağlık Sigortası Sözleşmesinin Niteliği Tarafları ve Ömür Boyu Yenileme Garantisi”, **Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi**, Cilt:24, Sayı:2, Aralık 2018.
- ŞENGÜN, Haluk. “Sağlık Hizmetleri Sunumunda İnovasyon”, **Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Haseki Tıp Bülteni**, Galenos Yayın Evi, 2016.
- T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. **2017 Yılı Faaliyet Raporu**, Ankara 2018.

- T.C. Hazine ve Maliye Bakanlığı Sigorta Denetleme Kurulu. **Sigortacılık ve Bireysel Emeklilik Faaliyetleri Hakkında Rapor 2017**, Ankara, 2018.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı. **Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018**, Ankara, 2013.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. **Pazarlama ve Perakende, Sağlık Sigortası**, Ankara, 2011, s.3, http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Sigortas%C4%B1.pdf (25.12.2018)
- T.C. Resmi Gazete.** “Hususi Hastaneler Kanunu”, 5 Haziran 1933, Cilt:14, Sayı:2419.
- T.C. Resmi Gazete.** “Özel Hastaneler Yönetmeliği”, 27 Mart 2002, Sayı:24708.
- T.C. Resmi Gazete.** “Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği”, 23 Ekim 2013, Sayı:28800.
- T.C. Resmi Gazete.** “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”, Cilt:45, Sayı:26200, 16.06.2006.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 201**”, Ankara, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2018.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. **2017 Faaliyet Raporu**, Ankara, 2018.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. **28.12.2018 SUT Değişiklik Tebliği**, 02.01.2019.
- TAPAN, Birkan. “Genel Sağlık Sigortası’nın Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Gerekliliği”, (**Doktora Tezi**, T.C. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2008)
- TAŞKAYA, Serap ve Mustafa DEMİRKIRAN. “Enflasyon Gelir ve Sağlık Harcaması Arasındaki Nedensellik İlişkisi”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, Cilt:15, Sayı:2, 2016.
- TATAR, Mehtap ve Albert I. WERTHEIMER. **Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi İlaç Geri Ödeme Kararları için Bir Model Önerisi**, Ankara, MN Medikal & Nobel Yayınevi, 2010.

- TATAR, Mehtap. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Cilt:1, Sayı:1, Haziran 2011.
- TEKSÖZ, Tuncay ve Kerem HELVACIOĞLU. “Genel Sağlık Sigortası’nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009’da Ne Oldu?”, **TEPAV Politika Notu**, Kasım 2009.
- TUNA, Gökhan. “Genel Sağlık Sigortası Primini Basamaklandırmanın Aktüeryal Denge Üzerine Etkisi”, (**Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi**, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Haziran, 2009)
- TUNÇ, Orhan ve Mithat KIYAK. “Private Health Insurance in Europe and Turkey”, **Journal of Economics Finance and Accounting**, Volume:2, Issue:3, 2015.
- TURGUT, Meryem, İsmail AĞIRBAŞ ve Ece ALDOĞAN UĞURLUOĞLU. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Enflasyon Arasındaki İlişki”, **Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi**, Yıl:5, Sayı:50, Temmuz 2017.
- Türk Tabipler Birliği Görüşleri. **Genel Sağlık Sigortası**, Ankara, İkinci Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, 2005.
- Türkiye Sigorta Birliği. **2017 Sektör Raporu**, İstanbul, 2018.
- Türkiye Sigorta Birliği. **Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu**, İstanbul, Haziran 2015.
- Türkiye Sigorta Birliği. **Türkiye İçin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Modeli**, 16.05.2014, https://www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS_Rapor_16.05.14.docx, (22.04.2019)
- Türkiye Sigorta Birliği. **Uzun Süreli Sağlık Sigortası Ülke İncelemesi Raporu**, 2015.

- UÇAN, Okyay ve Seda ATAY. “Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Büyüme Arasındaki İlişki Üzerine Bir İnceleme”, **Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:9, Sayı:3, 2016.
- UĞURLUOĞLU, Ece ve Hacer ÖZGEN. “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:11, Sayı:2, 2008.
- URALCAN, G. Şebnem. **Temel Sigorta Bilgileri ve Sigorta Sektörünün Yapısal Analizi**, 3.Baskı, İstanbul, Hiperlink Yayınları, Mart 2011.
- US Health Care Inflation Rate. https://ycharts.com/indicators/us_health_care_inflation_rate, (29 Temmuz 2018)
- UZUN, Serpil. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015)
- ÜNDEMİR, Yasemin Göknur. “Sosyal Güvenliğin Önemli Değişkenlerinin Zaman Serileri Analizi ile Öngörüsü”, (**Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi**, Sosyal Güvenlik Kurum Başkanlığı, Kasım 2009)
- WANG, Shaun. “Premium Calculation by Transforming the Layer Premium Density”, **The Journal of the International Actuarial Association**, Vol:26, No:1, May 1996.
- World Health Organization. **World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs**, Sustainable Development Goals, Luxembourg.
- YAĞCI, Mehmet İsmail ve Teoman DUMAN. “Hizmet Kalitesi-Müşteri Memnuniyeti İlişkisinin Hastane Türlerine Göre Karşılaştırılması: Devlet, Özel ve Üniversite Hastaneleri Uygulaması”, **Doğuş Üniversitesi Dergisi**, Cilt:7, Sayı:2, 2006.
- YAMAN, Kemal. “Alman Özel Sağlık Sigorta Sektöründe Değişen Dış Etkenleri Önleyici Mekanizmalar”, **İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi**, Cilt:43, Sayı:1.

- YANIK, Serhat. **Sigorta İşletmelerinde Mali Yeterlilik Analizi**, İstanbul, Bayındır Hayat Yayınları, Aralık 2001.
- YANIK, Serhat. **Sigorta ve Ekonomi Ders Notları**, İstanbul, Aralık 2001.
- YAPAR, Güçkan ve Sibel Özge TUNCEL. **Özel Sağlık Sigortalarında Avrupa Birliği Uygulamaları ve Türkiye için Model Önerisi**, İstanbul, Sigortacılık Sektörü Bilimsel Çalışma Yarışması Milli Reasürans A.Ş. Yayınları, 1999.
- YERELİ, Ahmet Burçin, Altuğ Murat KÖKTAŞ ve Işıl Şirin SELÇUK. “Türkiye’de Katastrofik Sağlık Harcamalarını Etkileyen Faktörler”, **Sosyoekonomi Dergisi**, Cilt:22, Sayı:22, 2014.
- YILDIRIM, Hasan Hüseyin. **Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Ankara, Sağlık-Sen Yayınları, Kasım 2013.
- ZENGİN, Hacer. “Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları”, (**Yüksek Lisans Tezi**, T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul, 2015)