

138399

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEDAVİ EDİCİ SAĞLIK HİZMET SUNUMUNDA SSK VE ÖZEL SAĞLIK
SİGORTASININ SAĞLIK HARCAMA GİDERLERİ YÖNÜNDEN
KARŞILAŞTIRILMASI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTASINDA SAĞLIK HİZMET

KULLANIMI

138399

Dr. Ruhsan GEZGİN

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN TASTIK BİREKİZE

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. GAZANFER AKSAKOĞLU

İZMİR

2003

“Tedavi Edici Sağlık Hizmet Sunumunda SSK ve Özel Sağlık Sigortasının Sağlık Harcama Giderleri Yönünden Karşılaştırılması ve Özel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmet Kullanımı” isimli bu tez 23.01.2004 tarihinde tarafımızdan değerlendirilerek başarılı bulunmuştur.


Jüri Başkanı

Prof. Dr. Gazanfer AKSAKOĞLU


Jüri Üyesi

Doç. Dr. Gönül DİNÇ



Jüri Üyesi

Doç. Dr. Semih ŞEMİN



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Ata SOYER



Jüri Üyesi

Yrd. Doç. Dr. Bülent KILIÇ

İÇİNDEKİLER:

Tabloların Listesi:	3
Şekillerin Listesi:	8
Kısaltmalar:	9
ÖZET	10
ABSTRACT	12
Birinci Bölüm	14
GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	14
1 GİRİŞ	15
1.2 TEMEL BİLGİLER	20
1. 2. 1 Sağlık Hizmet Talebi ve Sağlık Harcamaları.....	20
1. 2. 2 Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları.....	22
1. 2. 3 Sağlık Finansman Modelleri.....	31
1. 2. 4 Sağlık Ödeme Modelleri.....	33
1. 2. 5 Sosyal Güvenlik Sistemleri.....	36
1. 2. 6 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve SSK.....	43
1. 2. 7 Türkiye’de Özel Sağlık Sigortaları	48
1. 2. 8 Sigorta sisteminin sağlık hizmeti üzerine etkileri.....	51
İkinci Bölüm	54
AMAÇ	54
2.1 AMAÇLAR	55
Üçüncü Bölüm	56
YÖNTEM	56
3. 1 Araştırmanın Tipi	57
3. 2 Araştırma Evreni.....	58
3. 2. 1 Sigorta Teminat Temelli Sağlık Harcamalarıyla İlgili Yapılan Çalışmaya Ait Evren Seçimi:	58
3. 2. 2 Özel Sağlık Sigortalılarının Sağlık Hizmet Kullanımı İle İlgili Evren Seçimi:.....	61
3. 3 Araştırmada Kullanılan Değişkenler.....	63
3. 3. 1 Sigorta Teminat Temelli Sağlık Harcamalarına Ait Değişkenler:	63
3. 3. 2 Özel sağlık sigortalılarının hizmet kullanımı ile ilgili değişkenler:.....	69
3. 4 Veri Kaynakları	70
3. 4. 1 Sağlık Harcamalarının Ödenme Özellikleri	70
3. 4. 2 Sağlık Sigortalarından Yararlanma Koşulları ve Teminatları	72
3. 4. 3. Sağlık Sigortalarının Poliçe Kısıtlılıkları ve Poliçe Teminat Kapsamı Dışı Giderler	76
3. 4 Analiz Yöntemi:.....	78
3. 5 Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	78
Dördüncü Bölüm	81
BULGULAR	81
4.1 Tedavi Edici Sağlık Hizmet Harcamaları	82

4. 1. 1 Ayakta Tedavi Hizmetleri.....	82
4. 1. 2 Yatarak Tedavi Hizmetleri	86
4.3 Özel Sağlık Sigortalılarının Sağlık Hizmet Kullanımı	89
Beşinci Bölüm	102
TARTIŞMA	102
5. 1 Bulguların Değerlendirilmesi.....	103
5. 1. 1 Tedavi Edici Sağlık Hizmet Harcamalarının Değerlendirmesi	103
5. 1. 2 Sağlık Hizmet Kullanımı İle İlgili Bulguların Değerlendirmesi	106
5.2 SONUÇ ve ÖNERİLER.....	111
KAYNAKLAR	114
EK 1	124
Özel sağlık sigortalıları sağlık hizmet kullanımı anket formu	124
EK 2	131
2001 yılı SSK Tepecik Eğitim Hastanesi İstatistik Yıllığı	131
EK 3	137
2001 yılı Yapı Kredi Sigorta A.Ş. Ege Bölge Müdürlüğü İstatistikleri	137

Tabloların Listesi:

Tablo 1: Değişik ülkelerde kamu sağlık harcamalarının GSMH oranı (%) (1992-1996)

Tablo 2: OECD ülkeleri kişi başına sağlık harcaması (dolar) (1992-1996).

Tablo 3: OECD ülkeleri Sağlık Finansman Kaynakları Yüzde Dağılımı (2000).

Tablo 4: Seçilmiş ülkelerde sağlık harcamaları ve bazı sağlık göstergeleri (1999).

Tablo 5: Türkiye'de kişi başına toplam sağlık ve ilaç harcamaları (1980-1995).

Tablo 6: Sağlık Sektöründe Yer Alan Kuruluşların İşlevlerine Göre Sınıflandırılması

Tablo 7: Sağlık ödeme modellerinin hizmetin çeşitli yönleri üzerindeki uyarıcı etkileri

Tablo 8: Bazı Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Hizmetlerde Çalışan Hekimlerin Temel Ücretlendirme Metotları

Tablo 9: Finansman ve Üretimin Kamu ve Özel Niteliklerine Göre Sağlık Sistemleri.

Tablo 10: Özel ve Sosyal Sağlık Sigortasının İdeolojik ve Ekonomik Önergeleri

Tablo 11: Yıllara göre SSK kapsamındaki nüfus

Tablo 12: SSK' nun sahip olduğu sağlık tesisleri sayısı

Tablo 13: SSK' nun yıllara göre tedavi faaliyetleri

Tablo 14: SSK' nun yıllara göre sağlık tesislerinde yapılan harcamalar ile dışardan alınan hizmet harcamaları ve toplamdaki payı (milyar TL)



Tablo 15: SSK' nun ilaç harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı ve yıllara göre değişim (milyar TL)

Tablo 16: Özel sigorta ve sağlık sigortası şirketlerinin sayısı ile özel sağlık sigortalılarının sayısının yıllara göre dağılımı

Tablo 17 : Sağlık sigortası şirketlerinin prim üretimlerinin yıllara göre dağılımı (1991-2001)

Tablo18: SSK' nun 2001 yılı verilerine göre İzmir ilinde SSK kapsamındaki nüfusun, nüfus gruplarına göre dağılımı ve genel nüfusa oranı

Tablo 19: 2001 yılında Yapı Kredi sigorta A.Ş. İzmir Bölge Müdürlüğü'ne bağlı sigortalı sayıları

Tablo 20: 2001 yılı YKS İzmir Bölge Müdürlüğü sigortalıları ile ankete katılan sigortalıların yaşlara göre dağılımı

Tablo 21: YKS sigortalıların 2001 yılında satın aldıkları poliçe plan ve limitleri

Tablo 22: SSK ve özel sağlık sigortalılarının Ocak ve Temmuz 2001 aylarında doktor muayene sayıları ve muayene başına ödenen ücretler

Tablo 23: SSK ve özel sağlık sigortalılarına Ocak ve Temmuz 2001 aylarında uygulanan tanı yöntemleri sayıları ve tanı yöntemi başına ödenen ücretler

Tablo 24: SSK ve özel sağlık sigortalılarının Ocak ve Temmuz 2001 aylarında reçete sayıları ve reçete başına ödenen ücretler

Tablo 25: SSK'na bağlı sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarının ayakta tedavi hizmetlerinde sigortalı başına sağlık harcamaları

Tablo 26: SSK ve özel sağlık sigortalılarının Ocak ve Temmuz 2001 aylarında yatarak tedavi sayıları, ortalama hastanede kalış süresi ve yatarak tedavi başına ödenen ücretler

Tablo 27: SSK'na bağlı sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarının yatarak tedavi hizmetlerinde sigortalı başına sağlık harcamaları

Tablo 28 : SSK'na bağlı sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarının toplam tedavi hizmetlerinde sigortalı başına sağlık harcamaları

Tablo 29: Ankete katılan özel sağlık sigortalıların yaşlara göre dağılımı

Tablo 30: Özel Sağlık sigortalılarının sağlık sorunu ve koruyucu hekimlik hizmetlerinde ilk başvurdukları kurumlara göre dağılımı

Tablo 31: Sağlık sorunu nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuranların cinsiyete göre dağılımı

Tablo 32: Cinsiyet yönünden dağılımın sağlık sorunu olan ve olmayan gruplar üzerine etkisi

Tablo 33: Sağlık sorunu nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuranların yaşlara göre dağılımı

Tablo 34: Yaşlara göre dağılımın sağlık sorunu olan ve olmayan gruplar üzerine etkisi

Tablo 35: Sağlık sorunu nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuranların sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı

Tablo 36: Sosyal güvencenin sağlık sorunu olan ve olmayan gruplar üzerine etkisi

Tablo 37: Öğrenim durumunun sağlık sorunu olan ve olmayan gruplar üzerine etkisi

Tablo 38: Algılanan gelir düzeyinin sağlık sorunu olan ve olmayan gruplar üzerine etkisi

Tablo 39: Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların cinsiyete göre dağılımı

Tablo 40: Cinsiyet yönünden dağılımın hastaneye yatış önerisi yapılan sigortalılar ve yatış önerisi yapılmayan sigortalılar üzerine etkisi

Tablo 41: Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların yaşlara göre dağılımı

Tablo 42: Yaşlara göre dağılımın hastaneye yatış önerisi yapılan sigortalılar ve yatış önerisi yapılmayan sigortalılar üzerine etkisi

Tablo 43: Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların ikinci bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmalarına göre dağılımı

Tablo 44: İkinci bir sosyal güvencenin hastaneye yatış önerisi yapılan sigortalılar ve yatış önerisi yapılmayan sigortalılar üzerine etkisi

Tablo 45: Öğrenim durumunun hastaneye yatış önerisi yapılan sigortalılar ve yatış önerisi yapılmayan sigortalılar üzerine etkisi

Tablo 46: Algılanan gelir düzeyinin hastaneye yatış önerisi yapılan sigortalılar ve yatış önerisi yapılmayan sigortalılar üzerine etkisi

Şekillerin Listesi:

Şekil 1. 2002 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Dağılımı

Şekil 2. 2001 yılı Türkiye nüfusunun sosyal güvence durumuna göre dağılımı

Şekil 3. Türkiye’de sağlık poliçesi satan özel sağlık sigorta şirketlerinin 2001 yılı pazar payları

Şekil 4. Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının cinsiyete göre dağılımı

Şekil 5. Can sigortalarının özel ve sosyal sigortalarda ana bölümleri

Kısaltmalar:

AB :	Avrupa Birliği
ABD :	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ :	Dünya Sağlık Örgütü
GSMH :	Gayri Safi Milli Hasıla
KİT :	Kamu İktisadi Teşekkülü
KYK :	Kamuya Yararlı Kuruluşlar
ÖSS :	Özel Sağlık Sigortası
SSK :	Sosyal Sigortalar Kurumu
TL :	Türk Lirası
TTB :	Türk Tabipleri Birliği
USD :	Amerikan Doları
YKS :	Yapı Kredi Sigorta A.Ş.

ÖZET

Araştırma başlığı:

Tedavi Edici Sağlık Hizmet Sunumunda SSK ve Özel Sağlık Sigortasının Sağlık Harcamaları Yönünden Karşılaştırılması ve Özel Sağlık Sigortasında Sağlık Hizmet Kullanımı

Araştırmacı İsmi:

Dr. Ruhsan Gezgin

Özetin ana hatları

Giriş: Ülkemizde kamu ve özel sağlık sigortalarının karşılaştırması ile ilgili yapılmış çalışma sayısı çok azdır. Bu araştırmada kamu sağlık sigortası olan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ile özel sağlık sigortalarının, tedavi edici sağlık hizmetlerine ait sağlık harcamaları yönünden karşılaştırılması ve özel sağlık sigortalılarının hizmet kullanımı araştırılması planlanmıştır.

Yöntem: SSK'na bağlı sigortalıların SSK Tepecik Eğitim Hastane' sinde 2001 Ocak ve Temmuz aylarında yapılan tedavi edici sağlık hizmet harcamaları ile özel sağlık sigortalılarının İzmir ilinde aynı dönemdeki sağlık harcamaları karşılaştırılmıştır. Bu çalışma Kasım-Aralık 2002 ile Ocak-Şubat 2003 döneminde yapılmıştır. Seçilen bağımsız değişkenler kamu sağlık sigortalı olmak ve özel sağlık sigortalı olmaktır. Bağımlı değişkenler ise doktor muayene, tanı yöntemleri, reçete, yatarak tedavi sayıları ve kişi başı düşen harcamalardır. Ayrıca özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmet kullanımı ile ilgili Ekim-Kasım 2002 döneminde 352 kişiye bir anket çalışması yapılmıştır. Dört gözlü düzenlerde ki-kare analizleri için EPI INFO 2000 Statcalc programı kullanılmıştır.

Bulgular: Ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinde SSK'na bağlı sigortalılarda kişi başı sağlık harcaması Ocak 2001'de 2,696,625 TL, Temmuz 2001'de 3,002,328 TL dir. Özel sağlık sigortalılarında kişi başı sağlık harcaması Ocak 2001'de 31,476,812

TL , Temmuz 2001'de 26,158,780 TL bulunmuştur. Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının son on beş gün içinde sağlık sorunu olanların yüzdesi %18.2'dir. Ankete katılan özel sağlık sigortalıların yatarak tedavi görmesi önerilenlerin yüzdesi ise %11.1'dir.

Sonuç ve Tartışma: Çalışmanın sonucunda özel sağlık sigortalarında kişi başına düşen sağlık harcaması ve sağlık hizmet kullanımı SSK'na bağlı sigortalı başına düşen sağlık harcamasından daha fazladır. Özel sağlık sigortalı olmanın sağlık hizmet kullanımı ve sağlık harcamalarını artırıcı bir rolü olduğu düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler

Özel Sağlık Sigortası ,SSK, Sağlık harcaması, Sağlık hizmet kullanımı

ABSTRACT

Title of the Study

Comparision of the SSK (Governmental Social Insurance Organization) and Private Health Insurance from the point of the health spendings and the usage of Health Services in "Private Health Insurance".

Name of the Investigator

Dr. Ruhsan Gezgin

Brief Summary

Introduction : It is being informed that the two main problems of the health care systems in the world are 1) the continuous increase of the costs and difficulties in preparing a budget consequently, 2) the organizational inadequacy and malfunction in the health service system. One of the main points which is being planned to be implemented as part of the health reform in our country is the privatisation of the health services. It is proposed that the private health insurance should be supported and put forward , and this way it would be possible to give a more efficient and more effective health service. With this research, it is planned to compare the public health insurance and the private health insurance from the point of health spendings for the curative health care.

Method : Curative health care spendings of SSK (governmental public social health security) registered patients realized during January and July,2001 at SSK Tepecik Egitim Hastanesi (SSK Tepecik Training Hospital) is compared with the spendings of the private health insured patients in the same period in the city of Izmir. This work took place in the periods of November-December 2002 and January-February 2003. The independent variables are medical exam, symptom methods, receipts, the number of hospitalized patients and the spendings per capita. Additionally , in October-November 2002, a survey to a population of 352 people is done about the usage of the health services by private health insured people.The software used for analyses of chi-square is EPI INFO 2000 Statcalc.

Results : The health spendings per capita for out and hospitalized SSK registered patients' curative services are 2,696,625 TL in January,2001 and 3,002,328 TL in July,2001. The same sort of spendings for private health insured patients are 31,476,812 TL in January,2001 and 26,158,780 TL in July,2001. From the population who took part in the survey, the percentage of the private health insured patients who had health problems within the last 15 days is 18.2%. Again 11.1% of the population of the private insured people who took part in the survey is recommended to be hospitalized.

Conclusion and Discussion : As the conclusion of this study , the health expenditure and usage of health services per capita is more in private health insurances compared to the ones in SSK. It is thought that the being private health insured has an active role in increasing the usage of the health services and the health spendings.

Key words:

Private Health Insurance, SSK (Public Social Insurance Organization), Health Spendings, Usage of Health Services



Birinci Bölüm

GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

1 GİRİŞ

Ülke ekonomilerinde devlet ve özel sektörün rolü hakkında çeşitli yönlerden yapılan tartışmaların tarihi oldukça eskidir. Dünyada ekonomik alandaki gelişmelere paralel olarak sağlık sektöründe de sağlık hizmetlerinin nasıl sunulacağı, finansmanın nasıl sağlanacağı, kamu ve özel sektörün bunu hangi oranlarda paylaşacağı, sağlık hizmet sunumunda eşitlikçi, verimli, kaliteli ve hakkaniyetli bir modelin nasıl geliştirileceği ve sağlık bakımında rekabetin nasıl sağlanacağı konusu 1980'li yılların başından itibaren hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde başlayan sağlık reformu çalışmalarının ana konularını oluşturmuştur. Hemen hemen tüm ülkelerde sağlık sistemlerinin iki ana probleminin maliyetlerin giderek artması ve buna bağlı olarak bütçe zorlukları ile sağlık hizmetlerini sunan kurum ve kuruluşlar başta olmak üzere sistemde yaşanan örgütlenme bozuklukları ve yetersizlikleri olduğu ifade edilmektedir. Oysa sağlık hizmet sunumunun kaliteli, eşit ve ulaşılabilir olmaması sağlık harcamalarının artmasından daha öncelikli ele alınması gereken konulardır. Sağlıkta maliyet ile ilgili çalışmalar kalite, hakkaniyet, eşitlik kavramlarının önüne geçmemelidir.

Günümüzde bir çok ülkede sağlık sistemlerini içinde bulunduğu düşünülen çıkmazdan kurtarmak için bir dizi çalışmalar yapılmakta ve olası önlem ve yeniden yapılanmalar üzerinde tartışılmaktadır. Bu reform çalışmalarında temelde hizmetlerin sunumu ve finansmanında özel sektörün rolünü arttıran piyasa ile ilişkili sağlık politikaları geliştirilmiş ve hemen her platformda tartışılmıştır (1,2,3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "Dünya Sağlık Raporu 2000" de bu konuyu ele almış ve özel sektöre destek verilmesi gerekliliğinden bahsetmiştir. Bu öneriler arasında:

- Sağlık politika ve stratejileri, devlet fonları ve uygulamalarını olduğu kadar, özel hizmet sunumunu ve özel fonları da kapsamalıdır.

- Özel sektör sağlık sisteminin performansını iyileştirme de olumlu bir etkiye sahiptir. Ancak bunun sağlanabilmesi için uygun özendirilmenin yapılması ve devletin denetleme görevini yerine getirmesi gereklidir (4).

OECD' nin "Sağlık Hizmetleri Reformu (The Reform of Health Care)" adını taşıyan raporunda, nüfusunun tamamı kamu tarafından yönetilen ve kapsamlı bir sağlık hizmeti sunan yedi ülkede yaptığı bir araştırma ile sağlık sektöründeki sorunları incelenmiş ve bu sorunlara çözüm olarak, sağlık hizmet sunumu ve finansmanın özelleştirilmesi ya da sağlık harcamalarında özel harcama payının artırılmasının gerekliliğini belirtilmiştir. Bu rapora göre, sağlıkta özelleştirme ile hedeflenen en önemli sonuç sürekli artan kamu harcamalarının azaltılmasıdır (5).

Dünyada sağlık sistemlerindeki reform çalışmalarına koşut olarak Türkiye'de de 1980'li yıllardan beri sağlıkta özelleştirme ile ilgili girişimler giderek hız kazanmaktadır. Stratejileri, 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı için yürütülen Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü çerçevesinde belirlenmiştir. Master Plan Etüdünü izleyen yaklaşık onbeş yıllık sürede, sağlık sisteminin bütününe yönelik reformların uygulanabilmesi için, 49.Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti'nden bu yana (halen 59. Hükümete kadar süren), değişik Hükümetler döneminde, değişik versiyonlar biçiminde üretilen yasa tasarıları kamuoyunda tartışılmıştır. Bu süreçte, "Sağlık Reformu" konu başlıkları aşağıda sıralanan ana bileşenlerde yoğunlaşmış bulunmaktadır:

- ❖ Sağlık Finansmanı Reformu ile mevcut sağlık sigorta programları kapsamında olmayan kişilerden başlayarak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması ve sağlık hizmetleri finansmanında SSK, Emekli Sandığı, Bağ-Kur gibi kurumların tek çatı altında toplanması,
- ❖ Aile Hekimliği, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Reformu ile hizmete erişebilirliği ve kaliteyi artıracak bir aile hekimliği sistemi oluşturulması,

- ❖ Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu ile yataklı tedavi kurumlarının özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- ❖ Organizasyon ve Yönetim Reformu ile Sağlık Bakanlığı'nın, kurallar tanımlayarak hizmet sunumunu düzenlemesi, denetlemesi, gözetlemesi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik vermesi şeklinde yeni rolünü üstlenmesi (6).

Reform çalışmaları ile ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda zaman zaman yurtdışından çeşitli kurum ve kuruluşların desteği alınmış, bu kurumların yaptığı çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre reform çalışmaları yönlendirilmiştir. Bununla ilgili örneklerden biri 1996 yılında Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu tarafından T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü için "Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması" araştırmasıdır. Bu çalışma sonucu ileri sürülen önerilerden biri "Genişletilmiş özel sağlık sigortası uygulaması"dır (7).

Ülkemizde son günlerde sosyal güvenlik ve sağlık sistemi ile ilgili öngörülen reform çalışmaları "Sağlıkta Dönüşüm Projesi" adı altında sunulmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile ilgili olarak 59. hükümet programında birtakım açıklamalar bulunmaktadır. Aşağıda yapılması düşünülen değişiklikler ile ilgili 59. Hükümet programında öngörülenler belirtilmektedir:

- Sağlık hizmetinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılacaktır. Sağlık sigortası uzun vadeli sigorta kollarından çıkarılacaktır. Nüfusun tamamını kapsayacak şekilde bir genel sağlık sigortası sistemi kurulacak, prim ödeme gücü bulunmayanların primleri devlet tarafından ödenecektir.
- Sosyal sigorta kuruluşları, uygulanan sigorta programları ile sağlanan haklar ve yükümlülükler açısından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın giderilmesi ve kaynaklarıyla kendisini finanse edebilen bir sosyal sigorta sisteminin

oluşturulabilmesi için;

-Sosyal güvenlik kuruluşlarında , norm ve standart birliği sağlanacak, uluslar arası sözleşmeler ve sosyal güvenliğin temel ilkeleri çerçevesinde bütünleştirilmiş bir sosyal güvenlik ağı kurulacaktır.

-Sosyal sigorta kuruluşlarının idari ve mali etkinliği ile teknolojik alt yapıları güçlendirilecek; bilgi teknolojisinden azami ölçüde yararlanılacak; modern yönetim teknikleri uygulanacak; muhasebe sistemleri, uluslararası muhasebe standartlarına ve birbirlerine uyumlu hale getirilecektir.

-Toplumun tüm kesimleri sosyal güvenlik kapsamına alınacaktır.

-Sosyal güvenlik sisteminin bütçe üzerindeki finansal yükü azaltılacaktır.

-Bütünleştirilmiş bir sosyal hizmet ve yardım ağının oluşturulması için dağınık durumdaki sosyal hizmet faaliyetleri tek çatı altında toplanacaktır (8).

Sağlıkta Dönüşüm programı kapsamında toplumun tamamını sağlık açısından güvence altına alacak bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması düşünülmektedir. Bununla ilgili olarak Çalışma Bakanlığı tarafından Haziran 2003'te "Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanunu Tasarısı Taslağı" yayınlanmıştır. Bu tasarıya göre Türkiye'de bulunan tüm sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanacak ve bu kurumlara bağlı sigortalılar ile sosyal güvencesi olmayan kesiminde katılımı ile tek bir zorunlu sigorta kurumu oluşturulacaktır. GSS kapsamındaki kişilere, Temel Teminat Paketi ile belirlenen sağlık yardım ve hizmetlerinin sunulmasını sağlamak amaçlanmaktadır.

Reform çalışmalarında her konuda özel sektörün payının artırılmasından söz edilse de, sistem zorunlu sigorta üzerine kurulmaktadır. Sistemden kaçışların önlenmesi için çeşitli tedbirler önerilmektedir. Özel sağlık sigortalarının bu proje içindeki yeri ise tamamlayıcı ve kısmen ikame edici yönde olacaktır. Temel Teminat

Paketi ile verilmesi düşünölen hizmetler yeterli olmadığından , bugün olduğu gibi devlet eliyle verilemeyen hizmet için kişiler alternatif arayışı içinde olacaklardır. Bu durumda yine özel sağlık sigortaları bu hizmeti vermek üzere tercih edilecektir. Özel sağlık sigortalarının kar amacı güden kurumlar olarak sağlık harcamalarını kontrol edecekleri, sağlık hizmet sunucusu olan özel sağlık kuruluşlarını bu anlamda zorlayacaklarını düşünmektedirler.

Sağlık bakım sektöründe devletin müdahalesi ya da özel sektörün rolü konusunda literatürde yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Özelleştirmeyi savunanlar tıbbi bakımın sunumuna devlet ne kadar az müdahale ederse sistemin o kadar verimli hale geleceğini ve sağlık harcamalarında maliyetlerin kontrol altına alınacağını savunurken, diğer grup bunun gerçekleşebilmesi için devletin rolünün artırılması gereğini savunmaktadır. Ancak özelleştirmeyi savunanlar bile devletin sağlık hizmetlerinin finansmanında belli ölçülerde belli rolleri üstlenmesi gerektiğini kabul etmektedirler. Sağlıkta özel sektörün güçlendirilmesi gerektiğini savunan Dünya Bankası yetkililerince bile bu gerçek kabul edilmektedir (9,10,11,12,13).

Sağlık reform önerilerinin ana bileşenlerinden biri sağlık harcamalarının kısıtlanmasıdır. Buna yönelik geliştirilen stratejiler içinde de özel sektörün öne çıkarılması, özel sağlık harcamalarının ne durumda olduğunu incelemeyi gerektirmektedir. Sağlık harcamalarını kontrol edecekđi öne sürölen özel sektörün durumunun incelenmesi ve kamu sektörüne göre harcamaların karşılaştırılmasının çok önemli olduğu düşünölmektedir. Bu çalışmanın ana çıkış kaynağı bu noktadır. Sağlık harcamaları, bunun özel ve kamu sektörüne yansıması, kamu ve özel sağlık sigortalarının genel tanımları ile ilgili önemli noktalar aşağıda aktarılmaya çalışılmıştır.

1.2 TEMEL BİLGİLER

1. 2. 1 Sağlık Hizmet Talebi ve Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamalarının artışında önemli nedenlerden biri sağlık hizmetine olan talebin artmasıdır. Sağlık hizmetlerinin ve bu hizmetlere olan talebin temel amacı bir zamanlar sahip olunan (veya bazı durumlarda hiçbir zaman sahip olunmamış olan) sağlık durumuna geri dönebilmek için mevcut sağlık durumunda gelişme sağlamaktır. Her durumda bunun ekonomik bir tabanı bulunmaktadır. Sağlık hizmet talebinin ölçümü zordur. Bu nedenle daha çok yararlanım ölçülebilmektedir. Sağlık hizmetine talep, sağlıklı olmanın, hizmetin fiyatı ve talep edenin geliriyle bağlantılıdır. Sağlık hizmetlerinin değişik tiplerinin gelir düzeyi ile çok kuvvetli bir korelasyonu olduğu ve bu arttıkça sağlık harcamalarının da arttığı konusunda çalışmalar bulunmaktadır. Gelir düzeyi ile hem kişisel gelir düzeyi, hem de ülkenin ekonomik kalkınmışlığı kastedilmektedir. Yüksek gelir iki türlü artışa neden olmaktadır (14) :

1-Sağlık hizmetleri için harcanan paranın miktarında artış.

2-Tüm harcamalar arasında sağlık için yapılan harcamaların oranındaki artış.

Bunun yanı sıra sağlığın ve sağlık hizmetlerinin doğası gereği sağlık hizmetlerinin üretiminde ve sunumunda da bazı nedenlerden dolayı bilinen ekonomik pazar şartları oluşamaz. Sağlık hizmet talebinin özelliklerinin sağlık harcamalarının düzeyine etkileri olduğu gibi bunun dışında sağlık harcamalarını belirleyen faktörler şunlardır:

- Ulusal gelirdeki artış
- Finansman sisteminin yapısı
- Maliyetin bir kısmının hasta tarafından karşılanması
- Hekimlerin ücretlendirme sistemi
- Sağlık hizmetlerindeki fon sistemi

- Teknolojinin gereksiz kullanımı
- Nüfusun yaşlanması

Sağlık harcamalarının yorumlamasında kullanılan göstergelerin incelenmesi yapılan araştırmanın nedenlerinin anlaşılmasına yarar sağlayacaktır. Sağlık harcamaları ulusal veya uluslar arası karşılaştırma yapılırken aşağıdaki göstergelerden yararlanır. Bu göstergelerin yıllık değerleri üzerinden hesaplanır ve yıllar boyunca takip edilmesi önemli bilgiler edinilmesini sağlar:

1. Kamu sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki payı.
2. Kamu sağlık harcamasının toplam kamu harcamaları içindeki payı.
3. Kamu sağlık harcamasının özel sağlık harcamasına oranı.
4. Toplam sağlık harcamasının ulusal gelir içindeki oranı.
5. Kişi başı toplam sağlık harcaması.
6. Kişi başı toplam kamu ve özel sağlık harcaması.
7. Üçüncü, ikinci ve birinci basamak sağlık hizmetleri için ayrılan kamu kaynakları.
8. Kamu sağlık harcamasının yaş gruplarına, cinse, bölgelere, gelir, eğitim gruplarına dağılımı.
9. Özel sağlık harcamasının yaş gruplarına, cinse, bölgelere, gelir, eğitim gruplarına dağılımı.
10. Sağlık harcamasının (özel ve kamu) uygulanan sağlık programlarına (bulaşıcı hastalıklarla savaş, mental sağlık, sağlık eğitimi, aşılama, beslenme) dağılımı.
11. Sağlık harcamasının (özel ve kamu) sağlık kurumlarına (hastane , sağlık merkezi vb.) dağılımı.
12. Sağlık harcamasının (özel ve kamu) kaynak tipine göre (insan gücü, ekipman, ilaç, ulaşım gibi) dağılımı.
13. Sağlık harcamasının kurumlar arasında (bakanlıklar, sosyal güvenlik kurumları gibi) dağılımı.
14. Ücretlerin ve yatırımların sağlık harcaması içindeki oranı.

Sağlık harcamalarının yorumunda önemli iki konu dikkati çekmektedir. Bunlardan biri harcamanın kamu ve özel ayrımı, ikincisi yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik göstergelerdir (14).

1. 2. 2 Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Sağlık harcamaları tüm dünyada 1947’de Gayri Safi Milli Hasıla (GSMH) ’ nın %3’ü iken 1997’de bu oran %7.9 olmuştur (4). Bu dramatik artışın her ülke için değişik nedenleri olsa bile bununla ilgili olarak gelişmekte olan ülkeler ve gelişmiş ülkelerde farklı ortak nedenler vardır. Gelişmiş ülkelerde kişi başı sağlık harcamaları binlerce doları bulurken (Tablo 1), gelişmekte olan ülkelerde bu rakamlar daha düşük düzeydedir. Bugün Amerika Birleşik Devletleri (ABD), İngiltere, Fransa; İsveç, ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde , sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı yaklaşık %10'lara yükselerek, sektör “en çok kaynak tüketen sektör” durumuna gelmiştir. Bazı Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının GSMH içindeki paylarına bakıldığında, OECD ülkelerinde GSMH içinde sağlık harcamalarının payı 1997 yılı itibariyle ortalama %7.9'dur (Tablo 2). Bu ülkeler arasında GSMH içinde sağlığa en fazla pay ayıran ülkeler sırasıyla, ABD, Almanya, Fransa, Kanada, İtalya, Japonya ve İngiltere'dir. Sağlık harcamalarında hızlı artış gösteren İsviçre'nin, 1997 yılı, GSMH' dan sağlığa ayırdığı pay %10 olmuştur. Bu ülkeler içinde GSMH' dan sağlığa en az pay ayıran ülke, tüm yıllar için, %2-4 ile Türkiye olmuştur. Avrupa Birliği (AB) sağlık harcamaları ortalamasıyla karşılaştırıldığında, Türkiye'nin bu ortalamanın çok gerisinde kaldığı görülmektedir (16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

Tablo 1: Değişik ülkelerde kamu sağlık harcamalarının GSMH oranı (%) (24)

ÜLKE	YIL	%
Azərbaycan	2001	0.8
Tajikistan	1998	1.2
Kazakistan	2001	1.6
Kırgızistan	2001	2.3
Özbekistan	2001	2.6
Moldova	2001	2.9
Rusya	2000	2.9
Ukrayna	2001	3.4
Türkmenistan	1996	3.5
Türkiye	2000	4.3
Romanya	1999	4.5
Bulgaristan	1994	4.7
Macaristan	2001	5.7
Litvanya	2001	5.7
Lüksemburg	1999	6.0
Polonya	1999	6.2
Slovakya	2000	6.5
Finlandiya	2000	6.6
İrlanda	2000	6.7
İngiltere	2000	7.3
Çek Cumhuriyeti	2001	7.4
Norveç	2000	7.5
Yugoslavya	2000	7.6
İspanya	2000	7.7
İsveç	1998	7.9
Avusturya	2000	8.0
İtalya	2001	8.0
Hollanda	2000	8.1
Portekiz	2000	8.2
Slovakya	2001	8.2
Danimarka	2001	8.4
Belçika	2000	8.7
İsrail	2001	8.8
İsveç	2000	8.9
Malta	2001	8.9
Yunanistan	2001	9.2
Fransa	2000	9.5
Almanya	2000	10.6
İsviçre	2000	10.7

Sağlık sektörüne GSMH' dan en çok pay ayıran ülkeler, aynı zamanda, kişi başı sağlık harcamalarında da ilk sıraları almaktadır. Kişi başı sağlık harcamaları içinde en az harcamayı yapan ülke, yine bu dönemde, Türkiye olmuştur(Tablo 2). Buna karşın, Türkiye'de kişi başı sağlık harcamaları artış hızı yüksek olup, AB' nde, 1990-1997 döneminde, kişi başı sağlık harcamaları %43 artış gösterirken, Türkiye'de bu artış %51.4 olarak gerçekleşmiştir (20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 28).



Tablo 2: OECD ülkeleri kişi başına sağlık harcaması (dolar) (24)

ÜLKE	YIL	USD
Azerbaycan	2000	26
Tacikistan	1998	12
Kazakistan	2000	112
Kırgızistan	2000	52
Özbekistan	2000	73
Moldova	2000	63
Rusya	2000	243
Ukrayna	2000	160
Türkmenistan	1994	49
Türkiye	2000	297
Romanya	1999	272
Bulgaristan	1994	214
Macaristan	2000	841
Litvanya	2000	426
Lüksemburg	1999	2613
Polonya	1999	557
Finlandiya	2000	1664
İrlanda	2000	1953
İngiltere	2000	1763
Çek Cumhuriyeti	2000	1031
Norveç	2000	2268
İspanya	2000	1556
İsveç	1998	1748
Avusturya	2000	2162
İtalya	2000	2032
Hollanda	2000	2246
Portekiz	2000	1441
Slovakya	2000	690
Danimarka	2000	2420
Belçika	2000	2269
İsrail	2000	1671
İsveç	2000	2608
Malta	2000	1522
Yunanistan	2000	1399
Fransa	2000	2349
Almanya	2000	2748
İsviçre	2000	3222

OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile harcamaların kamu ve özel sektöre göre dağılımında; ülkelerde sağlık harcamaları içinde kamunun payı özel sektörün payından daha yüksektir. OECD verilerine göre , OECD ülkelerinin ortalaması olarak, 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının finansman kaynaklarının ; %70.6'sının kamu kaynaklarından, %7.7'sinin özel sağlık sigortası primlerinden, %2.8'inin diğer fon gelirlerinden, %19.0'ının ise doğrudan cepten ödemelerden geldiği ifade edilmektedir (25, 29) (Tablo 3).

Tablo 3:OECD ülkeleri Sağlık Finansman Kaynakları Yüzde Dağılımı (2000) (29).

Ülke Adı	Kamu Kaynağı (%)	Özel Sağlık Sigortası Kaynağı (%)	Diğer Özel Fon Kaynakları (%)	Cepten Harcamalar (%)	Toplam (%)
Danimarka	82.1	1.6	-	16.3	100.0
Japonya	77.8	0.3	4.8	17.1	100.0
Fransa	76.0	12.8	1.0	10.2	100.0
İrlanda	75.8	7.1	6.1	11.0	100.0
Macaristan	75.7	0.2	3.0	21.1	100.0
Almanya	75.1	12.5	1.8	10.6	100.0
Finlandiya	75.1	2.5	1.8	20.6	100.0
İtalya	73.7	0.9	2.5	22.9	100.0
Kanada	70.8	11.2	1.9	16.1	100.0
İspanya	70.2	3.4	-	26.4	100.0
Avusturya	69.7	7.0	4.7	18.6	100.0
ABD	44.3	34.8	5.6	15.3	100.0
Türkiye	68.0	1.9	-	30.1	100.0

Dünyada sağlık harcamalarının dağılımında, en yüksek payı yatarak tedavi hizmetleri almaktadır. 1997 yılı itibariyle, AB' de toplam sağlık harcamalarının %41.8'i yatarak tedavi hizmetlerine, %32.1'i ayakta tedavi hizmetlerine ve %15.1'i ilaç tüketimine yapılmıştır. OECD ülkeleri ortalamasında ise, toplam sağlık harcamalarının %42.5'ini yatarak tedavi hizmetleri, %30.3'ünü ayakta tedavi hizmetleri ve %15'ini ilaç tüketim harcamaları almıştır (21, 30, 31).

Dünyada, özellikle OECD ülkelerinde sağlık sektöründeki fiyat artışı, genel fiyat artışından daha yüksektir. Bu ülkelerde, 1980-1996 döneminde, genel fiyat artışı %4.4 iken, sağlık hizmetleri fiyat artışı %5.1 olmuştur (21).

Ancak gelişmiş ülkelerde bu kadar yüksek sağlık harcamasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri çok iyi bir sağlık hizmeti sunulduğunu düşündürmemektedir. Gelişmiş ülkelerde beklenen yaşam süresinin uzaması, kronik hastalıklara ve geriatric bakıma daha fazla harcama yapılmasına neden olmaktadır. Kaynakların dağılımı eşit değildir ve tüm nüfus sosyal güvenlik kapsamına alınmamıştır. Sağlık harcamaları her zaman gerçek sağlık gereksinimlerine yönelik olmamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık hizmetinin sunumu, toplumun hizmetten yararlanmasında eşitsizlikler söz konusudur. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri kent kırsal arasında ciddi ayrımlar bulunmaktadır. Sağlık harcamaları hastanelerde yoğunlaşmıştır. Sağlık sunumu ağırlıklı olarak tedavi edici sağlık hizmetine ayrılmakta, koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önem verilmemektedir. Aynı zamanda sağlık hizmet sunucuları daha çok kentlerde yoğunlaşmış, alternatif tıp yöntemleri bu nedenle kırsalda yaygınlaşmak durumunda kalmıştır. Kişi başı sağlık çalışanlarının dağılımı da benzer şekilde kent ve kırsal kesimde farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde sağlığı ayrılan kaynaklar kısıtlıdır. Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları büyük bir bölümü oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti kullanımı, bekleme sürelerinin uzunluğu ve ulaşım harcamalarının fazla olması nedeniyle düşüktür. Toplumun büyük kesimi sosyal güvenlik güvencesi altına girememektedir. Bu nedenle sağlık harcamaları içinde cepten harcamaların oranları giderek artmaktadır. Tüm bunlarla beraber kaynakların verimli ve eşit dağıtılmaması sağlık hizmetinin yetersiz olmasına, sağlık harcamalarının da kontrol edilemez bir biçimde artmasına neden olmaktadır. Tablo 3'de DSÖ tarafından Dünya Sağlık Raporu verilerinden hazırlanmış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere seçilmiş örneklerin bazı sağlık göstergeleri ve sağlık harcamaları yönünden dağılımı gösterilmektedir (2,19,22,26,31).

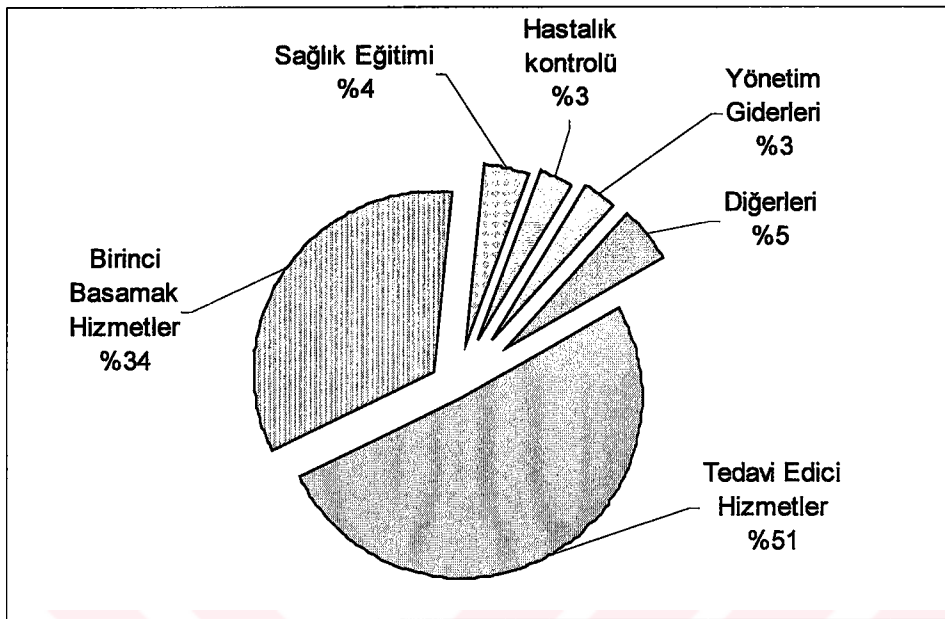
Tablo 4: Seçilmiş ülkelerde sağlık harcamaları ve bazı sağlık göstergeleri (1999) (4)

ÜLKE	Yıllık Büyüme Hızı (%)	Toplam Doğurganlık Hızı (%)	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi		Toplam Sağlık Harcamasının GSMH Oranı %	Kamu Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %	Özel Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %	Cepten Ödenen Harcamaların Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %	Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (Dolar)
			E	K					
Afganistan	4.5	6.7	45.3	47.2	3.2	40.6	59.4	59.4	28
Avustralya	1.1	1.8	76.8	82.2	7.8	72.0	28.0	16.6	1,601
Avusturya	0.7	1.4	74.4	80.4	9.0	67.3	32.7	23.6	1,960
Bangladeş	1.7	3.0	57.5	58.1	4.9	46.0	54.0	54.0	70
Belçika	0.2	1.6	74.1	81.3	8.0	83.2	16.8	16.8	1,738
Brezilya	1.4	2.2	62.1	71.7	6.5	48.7	51.3	45.6	428
Bulgaristan	-0.6	1.2	66.9	74.7	4.8	81.9	18.1	16.9	193
Kanada	1.2	1.6	75.8	81.9	8.6	72.0	28.0	17.0	1836
Çin	1.0	1.8	67.3	71.3	2.7	24.9	75.1	75.1	74
Danimarka	0.3	1.7	72.2	77.6	8.0	84.3	15.7	15.7	1940
Küba	0.5	1.6	72.4	76.2	6.3	87.5	12.5	12.5	109
Finlandiya	0.4	1.7	73.4	80.7	7.6	73.7	26.3	19.3	1,539
Fransa	0.4	1.7	74.9	83.6	9.8	76.9	23.1	20.4	2,125
Almanya	0.4	1.3	73.7	80.1	10.5	77.5	22.5	11.3	2,365
Gana	3.0	5.0	51.8	55.6	3.1	47.0	53.0	53.0	45
Hindistan	1.8	3.0	59.6	61.2	5.2	13.0	87.0	84.6	84
Irak	2.4	5.1	60.4	62.8	4.2	58.9	41.1	41.1	110
İtalya	0.1	1.2	75.4	82.1	9.3	57.1	42.9	41.8	1,824
Japonya	0.3	1.4	77.6	84.3	7.1	80.2	19.9	19.9	1,759
Kenya	2.6	4.2	47.3	48.1	4.6	64.1	35.9	35.9	58
Meksika	1.8	2.7	71.0	77.1	5.6	41.0	59.1	52.9	421
Nijerya	2.5	5.0	46.8	48.2	3.1	28.2	71.8	71.8	35
Pakistan	2.8	4.9	62.6	64.9	4.0	22.9	77.1	77.1	71
İspanya	0.1	1.1	75.3	82.1	8.0	70.6	29.4	20.4	1,211
İngiltere	0.2	1.7	74.7	79.7	5.8	96.9	3.1	3.1	1,193
Zambiya	2.4	5.4	38.0	39.0	5.9	38.2	61.8	42.4	64
Türkiye	1.7	2.4	69.7	69.9	3.9	74.0	26.0	23.3	231

Türkiye'de de sağlık harcamaları konusunda durum dünyadan farklı değildir. Son 20 yıl içinde sağlık harcamaları giderek artmıştır. Türkiye'nin yaklaşık 200 milyar dolar olan ulusal gelirinin %3-4'ü sağlığa gitmektedir. Toplam sağlık harcaması 1980 yılında 2.5 milyar dolarken bu rakam 2000 yılında 9 milyar civarındadır. 1980'de 55 dolar olan kişi başı sağlık harcaması 2000 yılında 135 dolara ulaşmıştır.

1980-1987 yılları arasında toplam sağlık harcaması içinde özel sağlık sektörünün payı ağırlıklıyken, 1988 sonrası kamu toplam sağlık harcaması içindeki payını arttırmıştır. 1988'de %52 olan kamu payı 2000 yılında %80'ni bulmuştur. Ancak kamu sağlık harcamalarının aktarıldığı kaynaklara bakıldığında, özel sektöre aktarılan kaynak 1989 yılında %1.5 iken, 1998 yılında bu rakam %24.3 'ü bulmuştur. Kamu sektöründen özel sektöre kaynak aktarımı, devlet memurları, SSK, Emekli Sandığı , Bağ-Kur sevkleri ve alımları yolu ile gerçekleşmektedir. SSK'nın 1980'de toplam sağlık harcamaları içinde %6.0 olan anlaşmalı kurumlara ödenen para ,1998 'de %27.4'e, 2001 de %32.3'e çıkmıştır. Aynı sürede ilaca harcanan para %13.7 den %44.7'ye çıkmıştır. SSK'da ilaca harcanan toplam paranın 1996 yılında %14.3'ü anlaşmalı eczanelere ödenirken, 2002'de bu oran %21.7'ye yükselmiştir (19, 33, 34, 35, 36, 37).

Toplam sağlık harcamalarının ağırlıklı olarak tedavi edici hizmetlere kaydığı görülmektedir. 1992-1997 yılları arasında, gerçekleştirilen toplam sağlık harcamalarının %63-64'ü ayakta tedavi giderlerine, %25-29'u yatarak yapılan tedavi giderlerine, %1-2'si koruyucu sağlık hizmetlerine ve %6-9'u da diğer giderlere harcanmıştır. Şekil 1'de 2002 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesi incelendiğinde yine ağırlığın tedavi edici hizmetlere ayrıldığı görülmektedir. Ayrıca toplam kamu harcamaları içinde, hastane harcamaları ilk sırayı alırken, yatırım harcamaları ikinci ve ilaç harcamaları üçüncü sırayı almaktadır. Özel sektör harcamaları içinde, ilaç harcamaları ilk sırayı, yatırım harcamaları ikinci ve hastane harcamaları üçüncü sırayı almaktadır (37, 38, 39, 40).



Şekil 1. 2002 Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Dağılımı (39)

Tablo 5: Türkiye’de kişi başına toplam sağlık ve ilaç harcamaları (1980-1995) (19)

Sağlık ve İlaç Harcamaları	1980	1985	1990	1995
Sağlık Harcamaları (Kişi başına-dolar)	60.2	45.4	105.5	102.5
İlaç Harcamaları (Kişi başına-dolar)	8.9	8.8	23.2	27.2
İlaç Harcaması/Sağlık Harcamaları (%)	14.7	19.3	21.8	26.6

Türkiye sağlık alanındaki ilaç ve tıbbi teknoloji ihtiyacını genellikle ithal etmektedir. 1992 yılında tıbbi ithalatı 520 milyon dolarken 2000 yılında bu rakam 1,746 milyon dolara yükselmiştir. Sağlık sektöründe yurtdışına kaynak aktarımı 1992-2000 yılları arasında 3.4 kat artmıştır (34).

Toplam yatırımlar içinde sağlık sektörü yatırımları düşük bir paya sahiptir. Sektörün, sabit sermaye yatırımları içindeki payına bakıldığında; 1990-1998 döneminde, sağlık sektörü sabit sermaye yatırımları toplam yatırımlar içinde ortalama %2.7'lik

artış göstermiş, 1990 yılında toplam yatırımlar içinde %2.8'lik paya sahip olan sektör, 1998 yılında %4.6'lık paya ulaşmıştır (33).

1. 2. 3 Sağlık Finansman Modelleri

Finansman sağlık sisteminin parasal yönünü ifade eder. Sağlık hizmetlerini finanse edebilmek için bir fona gereksinim vardır. Buna göre sağlık sisteminin finansman boyutunun dört ana bileşeni vardır. Bunlar:

1. Parasal kaynakların kimlerden toplanacağı
2. Fonun oluşturulma tekniği
3. Oluşturulan fonu tahsis etmek
4. Tahsisatta hangi ödeme biçimlerinin kullanılacağını saptamak (14).

Teorik olarak sağlık hizmetleri üç ana kaynaktan finanse edilir: Kamu, özel ve karma. Ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin finansman modellerine bakıldığında ise temel yaklaşımın kamu, özel veya çoğunlukla rastlanan her ikisinin belli derecelerde yer aldığı karma modelin var olduğu görülür. Ancak gerçekte bu modelleri birbirinden ayırmak ve ülkenin finansman modelini bu üçlü sınıflamadan birine dahil etmek oldukça güçtür. Hem sağlık hizmetlerinin finansmanında hem de sunumundaki kamu-özel karışımının dereceleri ülkenin sosyal değerleri, verimlilik ve hakkaniyet politikalarına bağlı olarak değişir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), üniversiteler, diğer Bakanlıklar, belediyeler, Kamu İktisadi Teşekkülü (KİT) kamu kurumları olarak, Kızılay, Organ Nakli Vakfı gibi Kamuya Yararlı Kuruluşlar (KYK) olarak ve özel hekim muayenahaneleri, özel poliklinikler, laboratuvarlar, özel hastaneler ve eczaneler ise özel sektörü temsilen sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Buna karşın Maliye, Sağlık ve diğer Bakanlıklar, SSK, Bağ-kur, Emekli Sandığı, KYK, özel sigortalar ve uluslar arası kuruluşlar da sağlık hizmetinin finansmanından sorumludur. Tablo 6'da Türkiye'de sağlık sektöründe yer alan kuruluşların işlevlerine göre sınıflandırması görülmektedir.

Sağlık hizmetinde fon oluşturulduktan sonra belli hizmet alanlarına tahsis edilir. Tahsisat koruyucu/tedavi edici hizmetler, birinci/ikinci/üçüncü basamak sağlık hizmetleri, sağlık merkezleri/hastaneler, personel ücretleri/yatırımlar boyutunda incelenebilir (14, 40, 41).

Tablo 6: Sağlık Sektöründe Yer Alan Kuruluşların İşlevlerine Göre Sınıflandırılması (37)

Politika Oluşturan Kuruluşlar	Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar	Sağlık Hizmetine Finansman Sağlayan Kuruluşlar	İdari Yetkili(Yönetim) olan Kuruluşlar	Sağlık Konusunda Dolaylı İşlevleri Olan Kuruluşlar
Sağlık Bakanlığı	Kamu	Kamu	Sağlık Bakanlığı	Bayındırlık Bakanlığı
Devlet Planlama Teşkilatı	Sağlık Bakanlığı	Maliye Bakanlığı	İl Sağlık Müdürlükleri	Belediyeler
Yüksek Öğretim Kurulu	Sosyal Sigortalar Kurumu	Sağlık Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı	İçişleri Bakanlığı
Anayasa Mahkemesi	Üniversite Hastaneleri	Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı	İl (Vali ve Kaymakamlar)	Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı
Yüksek Planlama Kurulu	Belediyeler	Sosyal Sigortalar Kurumu		Diğerleri
TBMM	Kamu İktisadi Teşebbüsleri	Bağ-Kur		
Sağlık ve Sosyal İşler Komisyonu	Diğer Bakanlıklar	Özel		
TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu	Özel Vakıflar	Vakıflar		
TBMM Genel Kurulu	Yerli-Yabancı Hastaneler	Özel Sigorta Şirketleri		
	Pratisyen ve Uzmanlar	Uluslararası Kuruluşlar (Dünya Bankası, Birleşmiş Milletler vb.)		
	Eczacılar			
	Özel Klinik ve Laboratuvarlar			
	Sosyal Amaçlı Kızılay			
	Türk Aile Planlaması Vakfı			
	İnsan Kaynaklarını Geliştirme Derneği			
	Diğerleri			

1. 2. 4 Sağlık Ödeme Modelleri

Sağlık harcamaları üzerine direk etkisi olması nedeni ile daha anlaşılabilir olabilmek amacıyla ödeme modellerine bir göz atarsak ;

1. Maaş: Maaş esasıyla tam veya yarım gün çalışan hekimler belli bir süre için (genellikle ay) sabit bir ücret alır. Hekime ürettiği hizmetin kantitatif ve/veya kalitatif büyüklüğü ile orantılı olmayan bir ödeme yapılıır. Bu nedenle hekimler daha nitelikli, daha çok sayıda ve standartları daha yüksek hizmet üretmek amacıyla verimli ve daha etkili çalışmak için teşvik edemez. Finansman modeli olarak kamu kaynaklarını benimseyen sağlık hizmeti sistemlerinde hizmeti doğrudan sunan kurumlar (ülkemizdeki Sağlık Bakanlığı ve SSK gibi) genellikle maaşla ödeme yoluyla hekimleri ücretlendirirler.

2. Kişi Başına Ödeme: Kişi başına ödeme sıklıkla bir hekimin belli bir süre için (sıklıkla bir yıl) belli bir nüfus grubuna birinci basamak sağlık hizmeti verdiği hizmet sunumu sistemlerinin (örneğin aile hekimliği) benimsendiği ülkelerde kullanılmaktadır. Hekim, önceden belirlenmiş tüm hizmetleri sunmayı kabul ettiği kişileri kendi listesine kaydeder ve kaydettiği her bir kişi için belli bir zaman dilimi için (sıklıkla aylık) sabit bir ücret alır. Yani kendisine kayıtlı bir kişide gebelik takibi de yapsa apse drenajı da yapsa o kişi için sabit aynı ücreti alır. Şu an gündemde olan sağıkta dönüşüm projesinin aile hekimliği sistemi ile getirmeye çalıştığı ödeme modelidir.

3. Hizmet Başına Ödeme: Hekim kendisine başvuran kişiye verdiği her türlü teşhis, tedavi ve diğer hizmetlerin her biri için ücret alır. Örneğin demir eksikliği anemisi olan bir hastadan hem tanı, hem tedavi hem de kontrole çağırılması durumunda her geliş için daha önceden saptanmış sınırlar içinde olmak üzere ayrı ayrı ücret talep eder. Hasta bu parayı doğrudan cebinden öder ve varsa sosyal güvenlik kurumundan bunu geri alır veya hizmetlerini karşılığı kişi adına onun özel veya kamu sosyal güvenlik kurumu tarafından fatura karşılığı olarak ödenir.

4. Olgu Başına Ödeme: Hekim hastasına koyduğu teşhise göre para alır. Bu yapılan her türlü müdahalenin (teşhis ve tedavi) hepsi için sabit bir ücrettir ve teşhis farklılaştıkça ücrette değişir. Örneğin hekime, pnömoni teşhisine yaptığı bütün müdahaleler için farklı, pnömoninin kalp komplikasyonlarına müdahaleler için farklı bir ödeme yapılır. Hastanelerdeki uygulama örneklerinde (“teşhis kurnazlığı”) görüldüğü gibi hekimlerin gelirlerini artırmak için ücreti daha yüksek olan teşhise yönelmelerini sağlaması vaka başına ödeme modelinin belki de en önemli dezavantajıdır.

5. Günlük Fiyat: Hastane hizmetleri için günlük sabit bir fiyat belirlenir.

6. Sabit Fiyat Ödemesi: Sağlanan belli bir paket hizmet için, anlaşmayla belirlenmiş fiyatın doğrudan ödenmesidir. Yeni yeni ve özellikle hastanecilik hizmetlerinde kullanılmaya başlanmıştır.

7. Genel Bütçeleme: Bütçeden belli bir programın tümü için ayrılan ödenektir. Genellikle hastanecilikte kullanılır. Maliyeti sınırlamak amacını taşır. Hastanelerde gün başına ödeme sisteminin alternatifi olarak geliştirilmiştir (41, 42, 43, 44, 45).

Yukarıda bahsedilen ödeme modelleri ile hizmet çeşitleri arasındaki ilişki ve ödeme mekanizmalarının ayrıntılı özellikleri Tablo’7de verilmiştir.

Tablo 7: Sağlık ödeme modellerinin hizmetin çeşitli yönleri üzerindeki uyarıcı etkileri (42)

Ödeme	Ölçülebilir Hizmet		Hizmetin Yapısal Bileşimi	
	Hasta	Ödeme Yapılabilir	Konsültasyon	Maliyet
	Sayısı	Hizmet Birim Sayısı	Başına İşlem Sayısı	Artırıcı Eklentiler
Hizmet Başı	+	+	+	+
Olgu Başı	0	+	-	+
Günlük Fiyat	+	+	-	+
Sabit Fiyat	+	0	-	0
Kişi Başı	+	0	-	-
Maaş	-	0	-	0
Genel Bütçe	-	0	-	-

+ : Hizmeti sunan, hizmetin yapısal elementlerinin niceliğini maksimize etme eğilimindedir.
- : Hizmeti sunan, hizmetin yapısal elementlerinin niceliğini minimize etme eğilimindedir.
0 : Yukarıda tanımlanan türden bir etki yoktur.

Tablo 8: Bazı Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Hizmetlerde Çalışan Hekimlerin Temel Ücretlendirme Metodları

Ülkeler	Ödeme Modeli
Almanya	Hizmet Başı + Maaş (eski Doğu Almanya bölümünde)
Avusturya	Kişi Başı + Hizmet Başı
Belçika	Hizmet Başı
Danimarka	Kişi Başı + Hizmet Başı
Finlandiya	Maaş
Fransa	Hizmet Başı + Maaş (2,000 sağlık merkezinde)
Hollanda	Kişi Başı + Hizmet Başı (Özel sigortası olan kişiler için)
İngiltere	Kişi Başı + Sabit Ödemeler + Bazı koruyucu hizmetler için Hizmet Başı
İrlanda	Kişi Başı
İspanya	Hekimlerin % 60'ına Maaş + Kişi Başı % 40'ına sadece Kişi Başı
İsveç	Maaş
İtalya	Kişi Başı
Lüksemburg	Hizmet Başı
Norveç	Maaş + Hizmet Başı (Özel çalışan hekimlere)
Portekiz	Maaş
Türkiye	Maaş
Yunanistan	Maaş

1. 2. 5 Sosyal Güvenlik Sistemleri

Sosyal refah devleti anlayışının en önemli göstergelerinden birini oluşturan sosyal güvenlik, zamandan ve mekandan bağımsız olarak, her toplumda bütün insanlar için temel ve vazgeçilmez insan haklarından biri olup, insanların istekleri ve iradeleri dışında meydana gelen tehlikelerin zararlarından korunma garantisini ifade eder. Sahip olduğu önem nedeniyle, sosyal güvenlik hakkı, özellikle II. Dünya Savaşı sonrası dönemde, başta İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi olmak üzere uluslararası belgelerde ve ülke anayasalarında düzenlenerek garanti altına alınmış, bu hakkın sağlanması da devletin asli görevlerinden biri olarak tarif edilmiştir.

İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde gelişmiş ülkelerde çok parlak bir gelişme gösteren sosyal güvenlik sistemleri, 1970'li yılların ikinci yarısından itibaren kapsamlı bir reform ve yeniden yapılanma ihtiyacı ile karşılaşmıştır. Bu ihtiyacı doğuran gelişmeleri iki başlık altında toplamak mümkündür. Bunlardan ilki, sosyal güvenlik sistemlerinin karşılaşmış olduğu çok boyutlu ve ciddi finansman krizidir. Sosyal güvenlik sistemlerinde yeniden yapılanma ihtiyacını doğuran ikinci önemli gelişme ise sanayi toplumundan hizmet ve bilgi toplumuna geçiş dolayısıyla ekonomik ve sosyal yapıdaki değişimler ve sanayi toplumu için oluşturulan sosyal güvenlik sistemlerinin bu yeni yapının ihtiyaçlarına cevap vermede yetersiz kalmasıdır. Dünyada sosyal güvenlik sistemlerinin önemli bir mali kriz içinde bulunduğu ve bu nedenle gerek gelişmiş , gerekse gelişmekte olan ülkelerin köklü bir reform süreci yaşamakta oldukları gözlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde, uzayan insan ömrü ve azalan doğum oranı, ekonomik büyümenin yavaşlaması, kronik hale gelen işsizlik ve sağlanan yardımların yüksek oluşu nedeniyle sosyal güvenlik harcamaları için ülkelerin milli gelirlerinden ayırdıkları paylar giderek artmıştır. Avrupa Birliği (AB) ülkeleri, ekonomik istikrarın ve sürdürülebilir büyümenin temini için Maastricht Anlaşması'nın öngördüğü ağır yükümlülükleri, sosyal güvenlik harcamalarında kısıntıya gitmeden yerine getiremeyeceklerini öngörmüşlerdir. Zira AB ülkeleri, ekonomik ve parasal birliğin gerçekleştirilebilmesi için bütçe açıklarını ve enflasyonu belli bir düzeyde tutmak zorunda kalmışlardır. Artık cömert sosyal güvenlik sistemlerinin devamının mümkün olmadığına kanaat getiren gelişmiş

lkeler, yeni politikalar geliştirmekte ve sürdürdükleri reform çalışmaları dahilinde harcamaların kısılmasına ve gelirlerinin artırılmasına yönelik düzenlemeler yapmaktadırlar.

Yüksek enflasyon nedeniyle bütçe açıklarının sıkı kontrolünün gerekli olduğu gelişmekte olan ülkelerle geçiş ekonomilerine sahip ülkelerde, söz konusu harcamaların azaltılması daha da önem kazanmaktadır. Üstelik bu ülkelerde vergiler ve sosyal güvenlik primleri de tam olarak toplanamamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde sosyal güvenlik sistemlerinin temel sorunu, yüksek enflasyon ve kaynakların sınırlı olması nedeniyle koruma ve yardım düzeyinin yetersiz kalmasıdır. Orta ve Doğu Avrupa lkelerinde de piyasa ekonomisine geçiş süreci sosyal güvenlik sistemlerini önemli ölçüde etkilemiştir. Yardıma muhtaç olanların sayısının hızla yükselmesi, artan işsizlik oranı, sağlanan yardımların yüksek enflasyon nedeniyle ihtiyaçlara cevap verememesi gibi sorunlar mevcuttur.

Sosyal güvenlik sistemlerinin reformu dahilinde ortaya çıkan eğilimlerden birisi, hkmetlerin bu alandaki yükümlülüklerini bireylere ve özel sektöre aktararak finansman krizini aşmaya çalışmalarıdır. Buna göre sosyal güvenlik, toplumda mümkün olduğunca daha çok kişiye minimum bir gelirin sağlanması ile yükümlü tutulmakta, bunun üzerinde bir imkan sağlanması özel programlarla / sigortalarla bireylere bırakılmaktadır. Kamu ve özel sektörün bir arada toplumun sosyal yönden korunmasını sağlamaları gerektiği düşünülmektedir. Yaşlılık ve hastalık sigorta kolları baş ta olmak üzere, hemen hemen tüm sigorta kollarında özel programlara ağırlık verilmekte ve bunlar teşvik edilmektedir. Sosyal devlet anlayışına ne kadar uygun olduğu tartışılır bu yaklaşımlar devletlerin sırf harcamalara katlanamaması gerekçesiyle yükü bireylerin üzerine yıkmaları sonucuna yol açmaktadır (48).

Sosyal güvenlik sistemleri gelecekteki çeşitli sosyal, ekonomik ve sağlıkla ilgili risklere karşı bireyleri finansal bakımdan güvence altına alan sistemlerdir. Oluşturulan fonlarla risk havuzu meydana gelmekte, toplumsal düzeyde riskin paylaşımı sağlanmaktadır. Konumuz sağlık sigortaları olduğu için özellikle bu konu ile ilgili kavramlara yer verilecektir. Sağlık sigortası, birey veya grubun taşıdığı

sağlık hizmetlerinin yüksek maliyetleri karşılayamama riskini topluma ve diğer sigortalılara yayan bir uygulamadır. Tarihi çok eskilere dayanmasına rağmen bugün anlaşıldığı şekliyle ilk sigorta uygulamaları, 19. yüzyılın başında Avrupa'da sanayileşme döneminde başlamıştır. İlk zorunlu sağlık sigortası planı, 1883 yılında Almanya'da uygulanmaya başlamış ve daha sonra birçok Avrupa ülkesi bu örneği izlemiştir (46).

Sağlık sigortasının gerekli olmasının en temel özelliği belirsizlik yani risktir. Risk tahmin edilemeyen (yangın, trafik kazası vb.) ve tahmin edilebilen (ölüm, yaşlılık, hastalık vb.) risk olmak üzere ikiye ayrılır. Hastalık ve ölüm ne zaman, nerede ve nasıl karşılaşılabileceği bilinmeyen risklerdir. Hastalık riski ile ne zaman karşılaşılabileceğinin bilinmemesi ve hastalık riski ile karşılaşıldığında yüksek maliyetler ile yüz yüze gelmesi kişileri, kendilerini güvence altına alma ihtiyacı ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Sağlık sigortaları programları bireyin tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerini yani tıbbi bakımlarını güvence altına almaktadır. Bu hizmetlerin sunumunda iki ana organizasyon modeli bulunmaktadır. Bunlar:

İndirekt Sistem :Gelişmiş ülkelerde yaygın olan bu modelde, kişi sağlık hizmetini hizmet sunuculardan bedeli karşılığı satın alır ve parasını sağlık sigortası daha sonra kişiye öder. Bu sistemin diğer bir uygulaması da özel hastaneler ağı anlaşmaları yapılıdır. Sosyal sigorta kurumu, bu ağı kullanarak verdikleri hizmet üzerinden kurumlara yaptığı anlaşmalara göre ödeme yapar. Özel sağlık sigortaları bu sisteme uygun çalışan kurumlardır.

Direkt Sistem: Bu sistemde sosyal güvenlik kurumu hizmeti sadece finanse etmez, aynı zamanda hizmeti üretir, denetler ve hizmeti sunan kurumlarında sahibidir. Bunun en iyi örneği Türkiye'deki SSK olup, benzeri Latin Amerika ülkelerinde bulunmaktadır (14, 47).

Tablo 9: Finansman ve Üretimin Kamu ve Özel Niteliklerine Göre Sağlık Sistemleri (49) .

ÜRETİM	FİNANSMAN	
	KAMU	ÖZEL
KAMU	a)Hükümet sunum ve finansmanı:Direkt İngiltere örneği, Almanya'daki kamu sigortaları b)Bir kamu sigorta kurumunun , üretici bir kamu kurumundan hizmet satın aldığı durumlar:İndirekt	Özel hizmet üreticileri ile anlaşma,özel sektörden hizmet satın alma
ÖZEL	a)Doğrudan kullanıcı ödentisi b)Kamu hastanelerinde özel yatak organizasyonları c)Kamu sigortasının özel hizmet satın aldığı durumlar d)Cepten ödemelerle kamu hizmetinden yararlanma	a)Özel sigorta ile özel sektör hizmet sunumu b)ABD'deki sağlık bakım organizasyonları c) Cepten ödemelerle özel sektörden yararlanma

Temelde bireyleri veya grupları beklenmeyen durumlara karşı koruma ve bu riskleri sigorta kurumuna transfer etme esasına dayanan sigorta, uygulamada sosyal sigorta ve özel sigorta olmak üzere iki şekilde görülmektedir.

Finansmanı kamu kaynaklı sosyal sigortaların sigorta fonları, temel olarak hem işverenin hem de çalışanın ortaklaşa ödediği sigorta primleridir. Sigorta kuruluşu ya doğrudan üyelerine sağlık hizmeti sunar (SSK'da olduğu gibi) veya diğer hizmet sunucularından belli şartlarla üyeleri için hizmet satın alır (SSK'da diyaliz, bilgisayarlı tomografi vb. bu şekilde dışarıdan satın alınmaktadır). Sosyal bir amacı olduğu için bu sigortalarda çok kazanan daha fazla öder, ancak tüm üyeler riskleri paylaşır. Özellikle düşük gelirli ve daha fazla sağlık hizmetine gereksinimi olanların korunması bakımından hakkaniyete daha saygılıdır. Ancak işverenler primleri düşük

tutmak için çalışanların ücretlerini düşük tutabilir, daha sağlıklı kişileri istihdam etmek isteyebilir. Sonuç olarak çalışanlar bir şekilde ödenen primler için daha fazla sıkıntıya katlanmaktadır (49, 50, 51, 52).

Özel sağlık sigortaları ise daha çok gelişmiş ülkelerde rağbet gören, ulusal sağlık sigortası veya İngiltere’de bulunan NHS gibi, ulusal düzeyde kapsayıcı sağlık sistemlerinin bulunmadığı ülkelerde yaygın olarak kullanılan bir kaynaktır (Ör: ABD). Sosyal sigortadan farkı, kişilerin ödemesi gereken primlerin havuz mantığı ile değil, sağlık yönünden kişisel riskleri ve hastalanma olasılıkları dikkate alınarak hesaplanmasıdır. Özel sigortalar gereksinim duyduğu hizmeti diğer kişi ya da kuruluşlardan satın alır. Özel sigortacılığın genel olarak hakkaniyet ölçüsünde hizmete ulaşımı sağlamadığı kabul edilmektedir. Özel sigortada anlaşma, sigortalı ve sigorta şirketi tarafından belirlenen esaslara göre sigorta poliçesi ile yapılmaktadır. Sigorta poliçesi, sigortanın türü, belirli durumlarda sigortalıya yapılacak ödemeler, sigortalının ödeyeceği prim miktarı ve poliçenin başlangıç ve bitiş tarihlerini içerir. Türkiye’de özel sağlık poliçeleri, sigorta şirketlerinin belirlediği ödeme şekli, sigorta poliçesinin iptali durumunda hakkedilen prim oranları, sigortanın teminat kapsamı, sigortanın ödemediği sağlık giderleri, ödeme için gerekli evrakları, yenileme koşullarını açıklayan “poliçe özel şartları” kitapçığı ile birlikte satılmaktadır. Sağlık sigorta poliçeleri genellikle bir yıl için düzenlenir. Özel sağlık sigortaları kişilerin kendileri ve aileleri için yaptırdıkları bireysel, aynı iş yerinde çalışanlar için düzenlenen kurumsal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sigorta prim miktarları yaş, cinsiyet, sağlık statüsü vb özellikleri değerlendirilerek belirlenir. Literatürde risk oranlaması olarak ifade edilen bu uygulama, düşük risk grubundaki kişilerin düşük prim, yüksek risk grubunda bulunan kişilerin yüksek prim ödenmesi esasına dayanır. Risk oranlaması yaşlılar, kronik hastalığı olan kişiler için bir dezavantaj olmakta ve bu nedenle ya çok yüksek prim ödemek yada “sigortalanamaz” olarak adlandırılarak sağlık sigortası kapsamına alınmama durumu oluşmaktadır. Risk oranlaması yöntemi ile sigorta şirketinin sigortalıları risk sınıflarına ayırması ve böylece üstleneceği riski seçmesine sigorta sektöründe “kaymak sıyırma” adı verilmektedir (52, 53, 54, 55, 56, 57).

Özel sigortalar ile sosyal sigortalar arasındaki farklar Tablo10 'da özetlenmiştir. Ancak belirtilmesi gereken en temel ayrım özel sigortanın isteğe bağlı, sosyal sigortanın ise zorunlu olmasıdır.



Tablo 10: Özel ve Sosyal Sağlık Sigortasının İdeolojik ve Ekonomik Önergeleri (57)

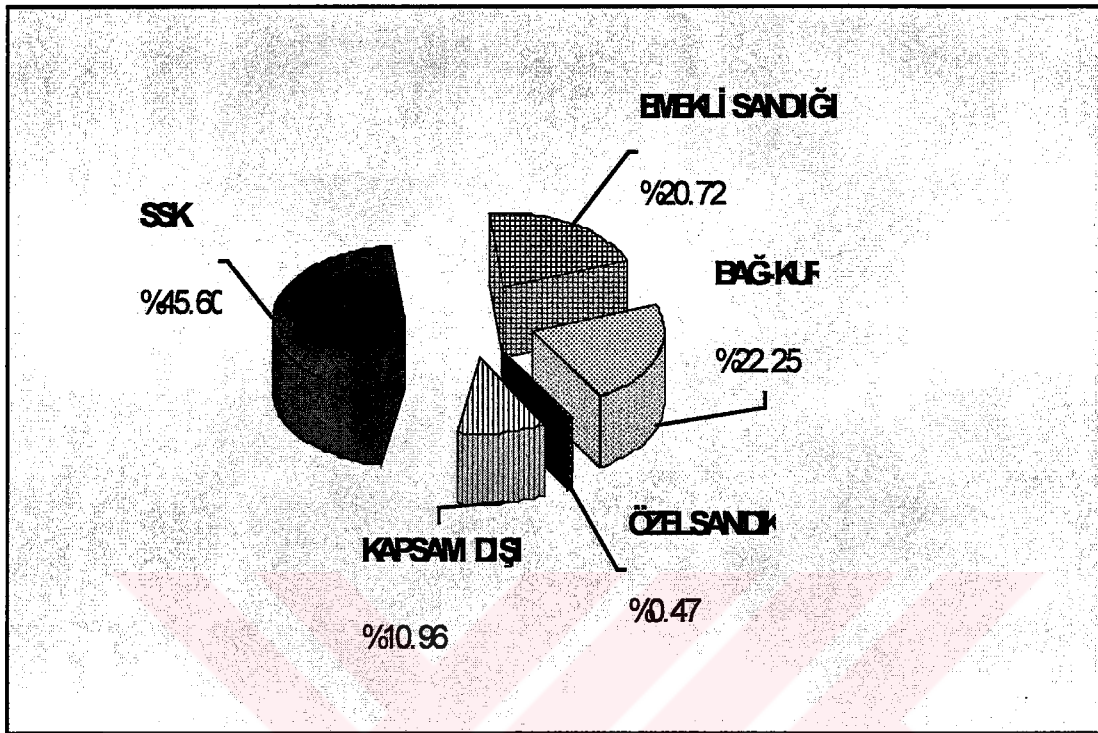
Konu	Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Sağlık Sigortası
Kişisel Sorumluluk	Birey, sağlık risklerini ve sigortanın ne işe yarayacağını değerlendirmek için gerekli bilgilere sahiptir.	Ortalama yurttaş, çoğunluğu oluşturan yurttaş grubunu temsil eder. Grup güçlendikçe, ortak riski değerlendirmesi için gerekli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

1. 2. 6 Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi ve SSK

Türkiye’de sosyal güvenliğin sağlanması amacıyla kamuya bağlı olarak hizmet veren üç kurum mevcuttur. Bunlar Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’ dur. Devlet bu kurumların finansmanına direkt olarak katılmamakta, ancak bu kurumları sübvansede etmekte, bu kurumların işleyişini kontrolü altında tutmakta ve yönlendirmektedir. Türkiye, kurumsal sosyal güvenlik sistemini, İkinci Dünya Savaşı sonrası dönemde primli rejimler olarak da adlandırılan sosyal sigorta kurumlarını esas alarak oluşturmuştur. Nitekim 1945 yılında SSK, 1949 yılında T.C. Emekli Sandığı ve 1971 yılında Bağ-Kur’ un oluşturulması ile Türk sosyal güvenlik sisteminin bugünkü çatısı oluşturulmuş ve sistemin kurumsal gelişmesi büyük ölçüde tamamlanmıştır. Takip eden yıllarda çıkarılan 2925 ve 2926 sayılı kanunlar ile sosyal güvenlik kapsamına alınan nüfus kesimi önemli ölçüde genişletilmiştir. Kurumsal yapı, kapsam ve mevzuat bakımından önemli gelişmeler sağlayan Türk sosyal güvenlik sistemi, 1990’lı yılların başından itibaren problemlerle karşılaşmaya başlamış ve sistemin temel fonksiyonlarını yerine getirmesini güçleştiren ciddi bir finansman krizi içine düşmüştür (48).

1990’lı yılların ikinci yarısından itibaren yoğun olarak gündeme gelen ve bütün sosyal taraflarca dile getirilen Türk sosyal güvenlik sisteminde reform ve yeniden yapılanma arayışlarının gerisinde, bir yandan sosyal güvenlik kurumlarını sağlıklı bir işleyiş yapısına kavuşturmak, diğer yandan da ekonomik ve sosyal yapıdaki değişmelere en uygun şekilde cevap verecek sosyal güvenlik sistemini oluşturma gerekçeleri olduğu söylenmektedir (48).

1946 yılında kurulan SSK , 2001 yılında nüfusun %45.6’sını (58) güvence altına alarak Türkiye’nin en büyük sosyal sigorta kurumu olma özelliğini taşımaktadır. Şekil 2’de diğer sosyal güvenlik kurumlarının oranları görülmektedir. Tablo 11’de yıllara göre SSK kapsamındaki sigortalı sayıları belirtilmiştir (59).



Şekil 2: 2001 yılı Türkiye nüfusunun sosyal güvence durumuna göre dağılımı

Tablo 11: Yıllara göre SSK kapsamındaki nüfus (59)

	1999	2000	2001	2002
Sigortalı	6,355,639	6,565,167	6,136,107	6,563,187
Zorunlu Sigortalı	5,005,403	5,254,125	4,886,881	5,223,283
Çıraklar	229,816	253,301	191,187	215,259
İsteğe Bağlı	901,265	843,957	888,675	942,024
Topluluk	25,329	29,109	27,058	33,458
Tarım	193,826	184,675	142,306	149,163
Emekli Sayısı	3,148,826	3,339,327	3,560,638	3,747,573
Aile Bireyleri	21,469,875	22,541,181	21,592,466	22,993,730
Kapsamdaki Toplam Nüfus	30,974,340	32,445,675	31,289,211	33,304,490

Sosyal Sigortalar Kurumu, 16.7.1945 tarihli 4792 sayılı yasa ile Genel Müdürlük statüsünde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı bir kurum olarak görev yapmaktadır. 4.Ekim.2000 tarihli Resmi Gazete' de yayımlanarak yürürlüğe giren 616 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Başbakanlık statüsünde, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın bağlı kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu' nun ilgili kuruluşu olmuştur.

Kurum; 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu'na tabi olan sigortalıların, bu kanunlarda yer alan hükümler çerçevesinde sosyal güvenliklerini sağlamak ve kanunlarla verilen görevleri yerine getirmek üzere kamu tüzel kişiliğini haiz, idari ve mali özerkliğe sahip, özel hukuk hükümlerine tabi olarak kurulmuştur.

Kurumun denetimi Türkiye Büyük Millet Meclisi ve Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu'nca yapılmaktadır (60).

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre sigortalı, emekli ve aile fertlerine sağlanan sosyal sigorta yardımları İş Kazaları ile Meslek Hastalıkları Sigortası, Hastalık Sigortası, Analık Sigortası ile Malullük, Yaşlılık, Ölüm Sigortaları olmak üzere yedi sigorta kolunda hizmet vermektedir.

Kurum sağlık hizmetini kendi kurum tesislerinde üretmekte ve sunumunu yapmaktadır. Kuruma ait tesislerin detaylı dökümü Tablo7'de verilmiştir. SSK sağlık istasyonu ve dispanserlerinde tüm poliklinik hizmetlerinin üçte biri verilirken, hizmet ve eğitim hastanelerinde tüm poliklinik hizmetlerinin üçte ikisi verilmektedir (60).

Tablo 12: SSK' nun sahip olduğu sağlık tesisleri sayısı (59)

Hastane Sayısı (3 Hastane Dispanser hizmeti vermektedir.)	145
Yatak Sayısı	33,799
Dispanser Sayısı	210
Sağlık İstasyonu Sayısı	211
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	3
Dispanser ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	7
Dispanser ve Hemodiyaliz Merkezi	2
TOPLAM TESİS SAYISI	578

SSK' nun Hastalık Sigortası kapsamında kişilere verdiği sağlık yardımlarına ait detaylı bilgi Tablo 13'de verilmiştir. Kurum tedavi edici sağlık hizmetlerine koruyucu sağlık hizmetlerinden çok daha fazla önem vermektedir. Kurum harcamalarının büyük çoğunluğu tedavi edici hizmetlere aittir.

Tablo 13: SSK' nun yıllara göre tedavi faaliyetleri (59)

	1999	2000	2001	2002
POLİKLİNİK SAYISI	49,609,754	51,114,155	58,874,712	65,983,747
YATAN HASTA SAYISI	1,176,640	1,222,366	1,373,097	1,444,189
YATAK- GÜN SAYISI	6,975,853	6,863,798	7,918,170	8,103,826
AMELİYAT SAYISI	352,602	409,174	521,433	567,082
DOĞUM SAYISI	218,544	213,727	232,176	209,622
REÇETE SAYISI	34,365,552	34,479,848	40,784,832	45,752,762
İLAÇ KUTU SAYISI	152,342,698	150,524,728	170,834,104	192,667,574
TABELA SAYISI	4,958,004	4,820,519	5,463,568	6,046,453
İLAÇ ÇEŞİDİ SAYISI	31,085,125	31,261,137	42,896,256	51,498,202

Kurum tesislerinde sağlanamayan veya yeterince karşılanamayan tetkik ve tedaviler, 506 sayılı kanununun 123. maddesi uyarınca kurum dışından hizmet satın almak yoluyla sağlanır. Tablo 14'de kurumun sağlık tesislerinde yapılan harcamalar ile dışarıdan satın alınan hizmetlere ait karşılaştırmalar görülmektedir.

Tablo 14: SSK' nun yıllara göre sağlık tesislerinde yapılan harcamalar ile dışardan alınan hizmet harcamaları ve toplamdaki payı (milyar TL) (59)

	KURUMUN SAĞLIK TESİSLERİ GİDERLERİ	KURUM SAĞLIK TESİSLERİ GİDERLERİNİN TOPLAM İÇİNDEKİ ORANI(%)	ARTIŞ ORANI %	DIŞARIDAN SATIN ALINAN HİZMET	DIŞARIDAN SATIN ALINAN HİZMETİN TOPLAM İÇİNDEKİ ORANI(%)	ARTIŞ ORANI %	TOPLAM
YILLAR							
1995	34,746	77.6		10,007	22.4		44,754
1996	66,029	75.1	90.0	21,907	24.9	118.9	87,937
1997	146,513	73.5	121.9	52,716	26.5	140.6	199,230
1998	295,013	72.6	101.4	111,167	27.4	110.9	406,180
1999	525,626	70.2	78.2	223,073	29.8	100.7	748,699
2000	872,956	68.2	66.1	407,232	31.8	82.6	1,280,188
2001	1.527,662	67.7	75.0	730,294	32.3	79.3	2,257,957
2002	2.574,000	71.0	68.5	1,050,000	29.0	43.8	3,624,000

Kurum İlaç ve Tıbbi Malzeme Sanayii Müessesesi ile bazı ilaç ve tıbbi malzemeyi kendisi üretmektedir. Bunun dışında kurum sağlık tesislerinde bulunan eczanelerde olmayan ilaçların temini amacıyla serbest eczanelerle de anlaşma yapmıştır. 2001 yılında SSK' nun sağlık harcamalarının %44'ü ilaç giderlerine ödenmiştir (59).

Tablo 15: SSK' nun ilaç harcamalarının toplam sağlık harcaması içindeki oranı ve yıllara göre değişim (milyar TL) (59)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	İlaç Harcaması	İlaç Harcaması Artış Oranı (%)	Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)	Kurum Eczaneleri	Anlaşmalı Eczaneler	Anlaşmalı Eczaneler/Toplam Eczaneler/Toplam İlaç Harcaması
1995	44,754	17,141	-	38.3			
1996	87,937	32,033	86.9	36.4	27,439	4,594	14.3
1997	199,230	71,224	122.3	35.7	60,064	11,160	15.7
1998	406,180	165,584	132.5	40.8	138,100	27,484	16.6
1999	748,699	304,017	83.6	40.6	247,198	56,818	18.7
2000	1.280,189	572,409	88.3	44.7	445,379	127,030	22.2
2001	2.257,957	992,615	73.4	44.0	770,999	221,616	22.3
2002	3.624,000	1,725,000	73.8	47.6	1,350,000	375,000	21.7

1. 2. 7 Türkiye'de Özel Sağlık Sigortaları

Sigorta kavramı dünyada her ülkede aynı anlamı ifade ediyorsa da uygulamada bazı farklılıklar bulunmaktadır. Ülkelerin sosyal sigortalarda olduğu gibi özel sigortalarda da önemli ölçüde farklılıkları söz konusudur. Bu farklılıkların başlıca nedenleri:

- Her ülkenin ekonomisinde sigortaya verilen önem farklıdır.
- Hükümetlerin vergi politikaları, finansal düzenlemeleri, sosyal politikaları ve diğer finansal kurumlara ilişkin düzenlemeleri farklıdır.
- Pazarlarda fiyat mekanizmalarının yapısal farklılığı söz konusudur.
- Ülkedeki doğal ve sosyal yapı ile oluşan güvenlik bilinci farklıdır (61).

Ülkemizde sigorta şirketleri, Türk Ticaret Kanunu hükümlerine ve işletmecilik esaslarına göre kurulurlar. Sigorta şirketlerinin kuruluşu ile ilgili temel kanun niteliğini taşıyan Türk Ticaret Kanunu dışında Sigorta Murakebe Kanunu da büyük

önem taşımaktadır. Bu kanunda 1987 yılında yapılan bazı düzenlemeler ile Türk özel sigortacılık sistemi ciddi bir ivme kazanmıştır. Bu kanunların dışında özel sigortacılık mevzuatı ile ilgili önemli bir yönetmelikte “Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esaslarına Dair Yönetmelik” tir (62). Sigorta şirketleri Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı tarafından verilen ruhsatname ile çalışabilirler. Türkiye’de sigorta ve reasürans şirketleri kuruluş, faaliyet ve tasfiye sırasında sürekli denetlenmektedir. Denetim yetkisi temelde Sigorta Denetleme Kuruluna aittir. Bunun dışında Sigorta Murakebe Kanunu madde 36’ya göre Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği’nin de iç denetim yetkisi bulunmaktadır.

1990 yılında ilk kez başlayan özel sağlık sigortacılığı branşında büyük ilerleme kaydedilmiştir. Bu tarihten önce yapılan sağlık sigortası uygulamaları sadece kaza sigortalarında kaza sonucu tıbbi harcamaların karşılığında tazminat ödenmesi şeklindeydi. 2003 yılında ülkemizde 38 sigorta şirketi, hayat ve sağlık branşlarında faaliyet göstermektedir. Bu şirketlerin 22’si sadece hayat, hastalık ve ferdi kaza branşlarında faaliyet gösterirken 16 şirket hayat dışı branşlarda da faaliyet göstermektedir. Yıllara göre özel sigorta şirket sayıları ve özel sağlık sigortalı kişi sayıları Tablo 16’da gösterilmektedir.1990 yılında özel sağlık sigorta şirketlerinin ürettiği prim 5 milyon Amerikan Doları (USD) iken, 2000 yılında bu rakam 300 milyon USD olmuştur. Özel sağlık sigortacılığını toplam prim üretiminde, USD bazında;1997 yılından 2000 yılına kadar artış görülürken, ekonomide yaşanan sorunlara paralel olarak 2001 yılında bir önceki yıla göre %34.7’lik bir azalma yaşanmış, bu durum sağlık sigortası prim üretimlerine de yansımıştır (Tablo 17). Özel sağlık sigortasına sahip kişilerin 1990 yılından 1998 yılına kadar olan sekiz yılda kişi başı sağlık harcamalarının 200 USD’ den 800 USD’ ye çıktığı tahmin edilmektedir (29, 39, 63).

Tablo 16: Özel sigorta ve sağlık sigortası şirketlerinin sayısı ile özel sağlık sigortalılarının sayısının yıllara göre dağılımı (1997-2002) (29).

Yıllar	Özel Sigorta Şirketi Sayısı	Özel sağlık Sigortası Satan Şirket Sayısı	Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı
1997	60	40	527,991
1998	65	41	599,703
1999	63	40	743,399
2000	63	40	690,363
2001	61	40	655,703
2002	48	34	697,505

Tablo 17 : Sağlık sigortası şirketlerinin prim üretimlerinin yıllara göre dağılımı (1991-2001) (29).

Yıllar	Sağlık Sigortası Satan Şirketlerin Topladığı Prim (USD)	Toplam Sigorta Primi İçinde Sağlık Sigortası Prim Oranı (%)
1991	12,000,000	1.2
1992	20,647,239	1.7
1993	30,529,054	2.0
1994	34,804,273	2.9
1995	60,527,159	4.8
1996	98,674,190	6.5
1997	118,317,792	8.5
1998	179,800,413	10.1
1999	199,686,335	10.9
2000	281,132,658	10.5
2001	256,976,850	10.8
2002	250,256,321	11.4

1. 2. 8 Sigorta sisteminin sağlık hizmeti üzerine etkileri

Sigorta uygulamalarının sağlık hizmet kullanımına çeşitli şekillerde etkileri vardır. Sağlık sigortası , hastanın sağlık hizmeti ile karşılaştığı noktada sağlık hizmetinin maliyetini düşürmekte, bu da sağlık hizmetleri talebini arttırıcı yönde bir etki yaratmaktadır. Sigorta , literatürde “ahlaki tehlike” şeklinde tanımlanan ve sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerinde değişme yaratan eğilimlere neden olmaktadır. Ancak dikkat edilmesi gereken konu bu eğilimin özel veya kamu sigortalı olmakla değil sigortalı olmakla ilişkisi olduğudur. Kişiler sigorta sisteminin içine girdiklerinde doğal bir sonuç olarak sağlık hizmeti kullanımını artmaktadır. Bunu kişilerin sorumluluğu olarak algılamaktan çok sigortanın bir dezavantajı olarak düşünmek gerekir. Sonuçta ahlaki tehlikenin talep üzerindeki etkisi iki şekilde olmaktadır :

1. Sağlık sigortası sahibi olan bireyde sağlığın bozulmasına neden olacak etkenleri önemsememe veya önleyici sağlık hizmetlerini kullanmama gibi davranış değişiklikleri,
2. Sigortanın sağlık hizmetlerinin fiyatını (kişinin ödeyeceği) düşürmesinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda kişi sigortasızken talep etmeyeceği sağlık hizmetini sigortalandıktan sonra talep etme eğilimine girecektir (64).

Ahlaki tehlikenin sağlık hizmet sunumuna da etkileri vardır. Hastası sigortalı olan hekimin davranışı bu durumdan etkilenebilmektedir;

- Hekim sigortalı olan hastasına pahalı ve karmaşık tedavi uygulama eğilimine girebilmektedir,
- Eğer hekim hizmet başı ücret alıyorsa bu hekimin talep yaratmasına neden olmakta ve hastaya gereksiz ve yüksek maliyetli tedavi uygulaması sonucunu doğurabilmektedir (65).

1980 yılında Link, Long ve Settle'in yaptıkları araştırmanın sonuçları sigortalı olmanın hastane hizmetleri kullanımını %33 oranında arttırdığını göstermiştir. 1988'de Taylor, Short ve Horgan'ın yaptıkları çalışmada grup sağlık sigortası sahibi olanların hastane harcamaları %30 artarken, sigortasız olan bireylerin sağlık harcamalarında önemli bir artış olmadığı, yine grup sağlık sigortası sahibi olan bireylerin hekim harcamaları %40 artarken sigortasızlarda önemli bir değişiklik kaydedilmediği görülmüştür. Literatürde yer alan çalışmalara göre sigortasızların %48 olan hekime başvuru oranları sigortalanmaya bağlı olarak %75'e çıkmaktadır (66).

ABD'de sigorta sistemi üzerine yapılan bir çalışmada Medicaid kapsamındaki bireyler ile sigortasız bireylerin özel sağlık sigortası kapsamına girmeleri sonucunda sağlık hizmetleri kullanımında ne gibi bir değişiklik olacağı incelenmiştir. Özel sağlık sigortası kapsamına giren sigortasız bireylerin sağlık hizmeti kullanımlarında önemli ölçüde artış kaydedilirken, Medicaid kapsamında olup sonradan özel sigorta kapsamına alınan bireylerin sağlık hizmetleri kullanımında düşüş gözlenmiştir. Örneğin; özel sağlık sigortası kapsamına alınan sigortasız bireylerin ayakta tedavi hizmetlerini kullanım oranı %43'ten %69'a, yataklı tedavi hizmeti kullanım oranları %56'dan %108'e yükselmiştir. Bu sonuçlar maliyet paylaşımının temelde sağlık hizmeti kullanımı üzerinde belirleyici rol oynadığını, bireyin cebinden ödediği miktar arttıkça sağlık hizmeti kullanımında daha dikkatli davrandığını göstermektedir (51, 53).

Literatürde yapılan çalışmalarda sigortalı olmanın, ciddiye arz etmeyen hastalıklar veya lüks sayılabilecek sağlık hizmetlerine talebi arttırdığı görülmüştür (51).

Sigorta şirketleri, oluşabilecek "ahlaki tehlike" eğilimini önlemek ve sigortalılarda maliyet bilinci uyandırmak amacıyla maliyet paylaşımı esasına dayanan ve katkı payı, "deductibles", "sabit sigortalılık" olarak adlandırılan başlıca üç tip uygulama geliştirmişlerdir. Katkı payı, bireyin aldığı her birim hizmetin ödenmesine belli bir oranda katılımı olarak ifade edilmektedir. Katkı payı uygulamasının amacı sigortalıların ödeyecekleri prim miktarını az tutarak yapacakları katkının bir kısmını

da hizmet kullanımı sırasında almaktır. Deductibles, bireyin sağlık hizmetlerini kullandığında daha önceden belirlenmiş ilk bir yada birkaç birimin pazar fiyatını ödeyerek geri kalanını ücretsiz olarak almasıdır. Bu uygulamada sigortalının kullandığı parasal olarak küçük olan hizmetlerin elimine edilmesi yolu ile parasal olarak küçük miktarda olan hizmetlere yapılacak ödeme sürecinin doğuracağı yüksek yönetsel maliyetlerin önlenmesine çalışılmaktadır. Sabit sigortalılık, bireyin sadece belirli bir miktar için sigortalıldığı ve bunun üzerindeki maliyetleri kendisi karşılamak durumunda olduğu uygulamadır (51, 53, 65, 66).

Diğer hizmetlerden farklı olarak hizmeti sağlayanlar (hekimler) hastalara göre, yalnızca tüketimin ne şekilde olacağını önermek bakımından değil, aynı zamanda bu tüketimden sağlanan net yararlarının neler olacağını anlamak bakımından da çok daha avantajlı durumdadır, bu konularda hastasına yol gösteren rolü hekimler almış olmaktadır (64).

Verilen hizmet kalemlerini baz alarak ücretlendirmek; hekimleri ortaya koydukları iş kadar ücretlendirmek demektir. Geleneksel uygulamalarda, hastaların hangi hizmeti, ne şekilde, ne zaman ve ne kadar kullanacağı kararlarında hekim önerilerinin çok büyük etkisi vardır. Bu durum, sağlık hizmeti maliyetlerini; sağlığa hiçbir olumlu etkisi olmayacak veya çok az etkisi olacak şekilde arttırmaktadır. Hekimlerin talep üstüne bu “önerme” veya “kurcalayarak harekete geçirme” güçleri “sunucunun kabarttığı talep” olarak bilinmektedir. Hekimlerin verdikleri hizmet karşılığında ücretlendirilmeleri halinde sunucunun talebi niçin kabarttığı kolayca anlaşılabilir. Sağlık sigortacılığında bu sorun olumsuz bir döngüye girmektedir. Sunucular yani hekimler talebi körüklemeye devam ederler çünkü ücret hastadan değil üçüncü taraf olan sigortacıdan alınmaktadır. Bunun kaçınılmaz sonucunda maliyetler artacağından sigortacı da primleri yükseltmekte ve artışları yine hasta karşılamaktadır (64, 65).



İkinci Bölüm

AMAÇ

2.1 AMAÇLAR

Bu araştırmada; sağlık hizmet sunumunda kamu tarafından primi toplanan ve hizmet sunumu sağlanan kamu sağlık sigortası olan SSK ile finansmanı ve sağlık hizmet sunumu özel sektör tarafından karşılanan özel sağlık sigortalarının sağlık harcamaları, hizmet kullanımı ve sigorta uygulamalarının sağlık harcamaları üzerine etkilerinin araştırılması planlanmaktadır.

Bu çalışmanın amaçları birkaç ana başlıkta şöyle sıralanabilir:

- ❖ Sağlık hizmet sunumunda SSK ve özel sağlık sigortalarının sağlık harcama giderleri yönünden karşılaştırılması,
- ❖ Sağlık hizmet sunumunda özel sağlık sigortalarının hizmet kullanım durumunun saptanması,
- ❖ Özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmet kullanımını etkileyen etkenler.



Üçüncü Bölüm

YÖNTEM

3. 1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel ve analitik bir çalışmadır. Sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilebilmesi için, sağlığın doğrudan ya da dolaylı olarak etkilendiği ekonomik, toplumsal ve bireysel verilerin göz önünde bulundurulması gereklidir. Bu araştırmada ekonomik göstergelerden sağlık harcamaları ile ilgili olanları yeğlenmiştir (40).

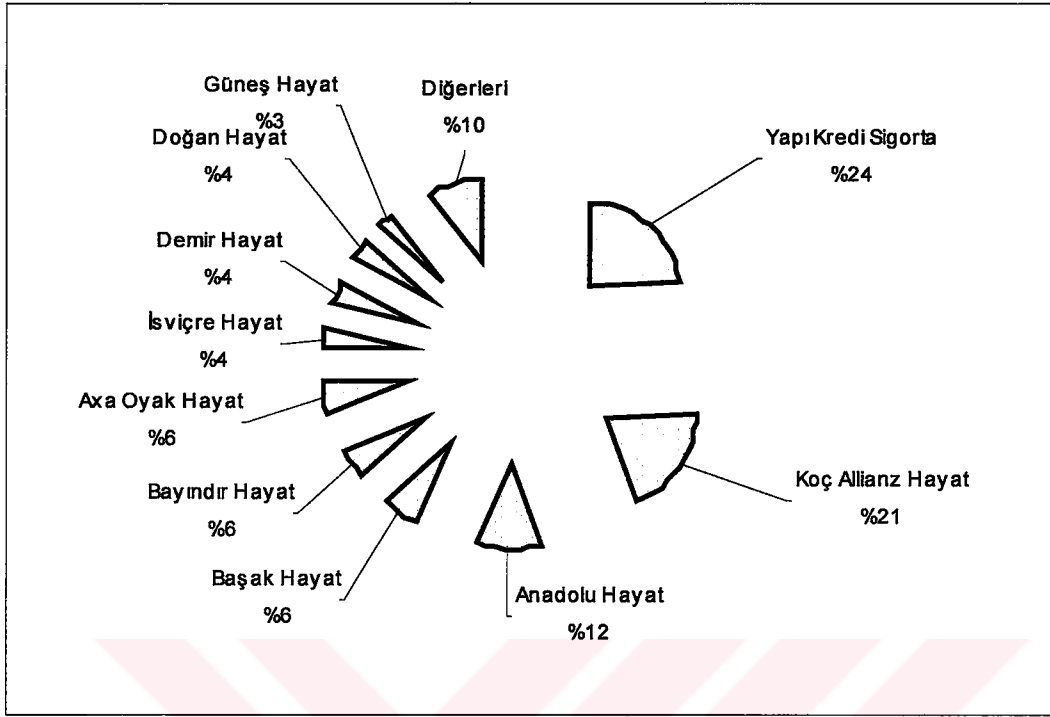
Bir bölüm çıkarıldı.

Araştırma iki ayrı bölümde yapılmıştır. İlk bölümde maliyetler hesaplanarak SSK'na bağlı sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarını temsil eden grup arasında sağlık harcamaları yönünden karşılaştırılmıştır. Daha sonra özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmet kullanımı ile yapılmış çalışmaların azlığı göz önünde bulundurularak araştırma kapsamındaki özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmet kullanımı değerlendirilmiştir. Bu çalışmadan çıkan sonuçlar SSK'na bağlı sigortalılara benzer şekilde yapılmış çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Bu nedenle anlatım kolaylığı olması açısından her bölüme ait evren seçimi ve değişkenler ayrı tanımlanmıştır.

3. 2 Araştırma Evreni

3. 2. 1 Sigorta Teminat Temelli Sağlık Harcamalarıyla İlgili Yapılan Çalışmaya Ait Evren Seçimi:

Araştırma evreni olarak İzmir ilindeki mevcut kamu sağlık sigorta hizmeti sunan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)' na bağlı aktif olarak çalışan sigortalılar, ana-baba, eş ve çocukları (2,052,693 kişi) (aktif çalışan, eş ve çocuklar alınarak her iki grupta yaş ve cinsiyet yönünden eşit bir dağılım sağlanması amaçlanmıştır) ile araştırmacının çalıştığı özel sağlık sigorta hizmeti sunan Yapı Kredi Sigorta A.Ş.'nin İzmir ilinde yaşayan tüm bireysel özel sağlık sigortalıları (6,519 kişi) alınmıştır (58). Yapı Kredi Sigorta A.Ş.' nin özel sağlık sigortalarına evren olarak seçilme nedenlerinin başında araştırmacının kurum çalışanı olması gelmektedir. Özel sağlık sigorta şirketlerinin ticari niteliği nedeni ile sigortalı sayıları ve sağlık harcamaları konusunda bilgi vermesinin güç olacağı düşünülmüştür. Araştırmacının çalıştığı özel sigorta şirketinden özellikle sağlık harcamaları ile ilgili verilere ulaşılmasının daha kolay olacağı planlanmıştır. Yapı Kredi Sigorta özel sağlık sigorta şirketleri içinde en fazla pazar payına (%24) ve sigortalıya sahip sigorta şirkettir (Şekil 3) (63). Aynı zamanda uzun süredir sağlık sigortacılığı deneyimi ile maliyet kontrolü ve sigortaya kabul konularında oldukça ilerleme sağlamıştır. Böylelikle alınacak örnek grubunun daha uygun temsil gücüne sahip olacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda özel sağlık sigortalılarına ait demografik veriler ile ilgili yapılmış araştırmalar çok azdır. Araştırmacı bu çalışma öncesi 2000 ve 2001 yıllarına ait Yapı Kredi Sigorta A.Ş. İzmir Bölge Müdürlüğü'ne bağlı sigortalılar ile ilgili demografik araştırmalar yapmıştır. Yine bu dönemlere ait hastaneye yatış nedenleri ve sağlık harcamaları ile ilgili araştırmalar da bu çalışma öncesi kullanılmak üzere hazırlanmıştır (Ek 3).



Şekil 3: Türkiye’de sağlık poliçesi satan özel sağlık sigorta şirketlerinin 2001 yılı pazar payları (63)

Tablo 18: SSK’ nun 2001 yılı verilerine göre İzmir ilinde SSK kapsamındaki nüfusun, nüfus gruplarına göre dağılımı ve genel nüfusa oranı (58)

2001 yılı nüfusu	2001 yılı sigortalı sayısı	2001 yılı isteğe bağlı sig. sayısı	Aylık gelir alanların sayısı	Eş-çocuk-ana-baba sayısı	Toplam sigortalı nüfus	Sigortalı nüfus/ Genel nüfus oranı%
3,436,500	369,393	100,813	300,891	1,683,300	2,474,550	72

Tablo 19: 2001 yılında Yapı Kredi sigorta A.Ş. İzmir Bölge Müdürlüğü'ne bağlı sigortalı sayıları

KURUMSAL SİGORTALI SAYISI	5,940
BİREYSEL SİGORTALI SAYISI	8,478
TOPLAM	14,418

(Bu sigortalılar arasında evren olarak alınan grup, İzmir ilinde yaşayan bireysel sağlık sigortalı sayısı 6,519'dur. Tablo 19'da belirtilen bireysel sigortalı sayısı Ege Bölge Müdürlüğü'ne bağlı toplam sigortalıları göstermektedir.)

Bu evren içinden tüm SSK'na bağlı aktif olarak çalışan sigortalılar, ana-baba, eş ve çocukları (2,052,693 kişi) için, sağlık hizmet sunumuna ait verilerin toplanma güçlüğü (SSK istatistiklerine göre 2001 yılında İzmir ili kurum sağlık tesislerinde muayene olan sigortalı sayısı 1,696,808 kişi, muayene sayısı 2,074,477) göz önüne alınarak SSK'ya ait sağlık harcamalarının 2/3 'nün hastanelerde toplandığı düşüncesi ile SSK Tepecik Eğitim Hastanesi'nde Ocak 2001 ile Temmuz 2001 dönemlerine ait poliklinik ve yatış kayıtları değerlendirilmiştir (67). SSK Tepecik Eğitim Hastanesi'nin seçilme nedeni İzmir ilinde en çok hasta yatağına sahip sağlık kuruluşu olmasıdır (200 yataklı Çocuk Kliniği dahil 1,031 yatak). Aynı zamanda 2001 yılında İzmir ilinde SSK'larında yapılan toplam muayenenin %49 bu kurumda gerçekleşmiştir (58). SSK'na ait veriler Kasım-Aralık 2002 ile 2003 yılı Ocak-Şubat aylarında toplanmıştır SSK'na ait yıllık istatistiklerin sağlanması amacı ile anlaşmalı tüm kurumlardan gelen veriler SSK Sağlık İşleri İl Müdürlüklerinde toplanmaktadır. Öncelikle İl Müdürlüğü'ne gidilmiş ve SSK' nun istatistik işlemlerinin kurum sağlık tesisleri bazında nasıl yapıldığı araştırılmıştır. SSK tepecik Eğitim Hastanesi'nde Sigorta Bölümü tüm poliklinik ve yatarak tedavi işlemleri için kayıtları toplamaktadır. Yıl sonunda kuruma ait yıllık istatistik oluşturulmaktadır. Araştırmada kullanılan işlem sayıları bu kayıtlardan yararlanılarak toplanmıştır. Sağlık harcama rakamları ise SSK' nun sağlık hizmetini ücretsiz sunması, her sigortalının başvurusu sonrası yapılan işlemlerin faturalandırılmaması nedeniyle çok güç olmuştur. Ancak araştırmacının bu rakamları hesaplama yöntemleri konu ile ilgili değişkenlerin aktarıldığı bölümde ayrıntıları ile verilmiştir. Ayrıca Bilgi İşlem Birimi, Eczane,

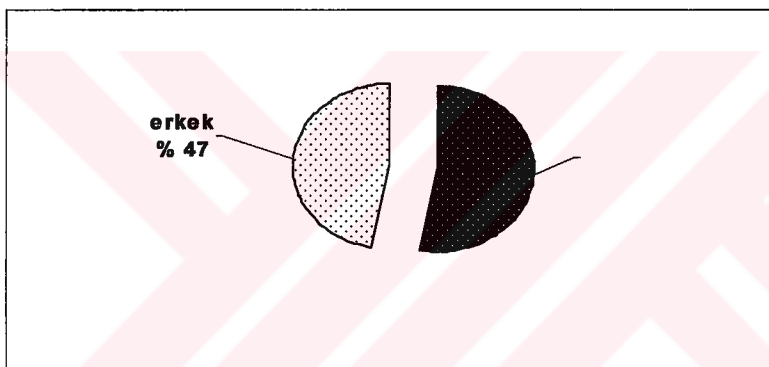
Radyoloji, Laboratuvar, İstatistik Bölümleri'nden çalışma için veri toplanması aşamasında kaynak bulmak amacıyla yararlanılmıştır. Yapı Kredi Sigorta A.Ş.' nin İzmir Bölge Müdürlüğü'ne aynı dönemde başvuran İzmir ilinde yaşayan bireysel sağlık sigortalılarına ait kayıtlar Nisan-Mayıs 2002 döneminde değerlendirilmiştir. Burada faturalar iki kaynaktan gelmektedir. Birincisi sigortalıların anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yaptığı harcamalara ait faturalardır. Bunlar aylık olarak toplanıp kontrol ve ödeme işlemi için sigorta şirketine gönderilir. İkincisi sigortalıların anlaşmalı sağlık kuruluşu dışında yaptıkları sağlık harcamalarına ait faturalardır. Sigortalılar tarafından kontrol ve ödenmesi amacıyla teslim edilir. Araştırma verileri bu iki kaynaktan gelen faturaların tamamı incelenerek yapılmıştır.

3. 2. 2 Özel Sağlık Sigortalılarının Sağlık Hizmet Kullanımı İle İlgili Evren Seçimi:

2001 yılında Yapı Kredi Sigorta A.Ş. İzmir Bölge Müdürlüğü tarafından sigortalanmış ve İzmir ilinde yaşayan tüm bireysel sağlık sigortalı sayısı 6,519 dur. Örnek büyüklüğü EPI INFO 2000 Staltac programı ile %95 güven aralığında, değişkenin prevalansı 0.5 (bilinmediği için) olarak alınmış ve tolere edilebilecek hata genişliği 0.05 olarak alınarak 363 kişi tespit edilmiştir. Bu sigortalıların içinden rasgele sayılar tablosu ile seçilmiş 352 kişiye hazırlanan sağlık hizmet kullanımı ile ilgili anket formu uygulanmıştır. Bu anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Anket ile ilgili çalışma Ekim-Kasım 2002 de gerçekleştirilmiştir. Anket çalışması sırasında seçilen sigortalılar 18 yaşından küçük olduğu durumlarda anne veya baba ile görüşme yapılmıştır. Özel sağlık sigortalarında 18 yaşından küçük kişiler tek başına poliçe açtıramadığı için mutlaka bir ebeveyn ile birlikte poliçede bulunmaktadır. Ayrıca anket formunda bulunan sorularda "siz veya ailenizden biri" şeklinde sorular bulunduğu için belirlenen sigortalıların tüm ailelerinin özel sağlık sigortalı olması amacıyla aile olarak poliçe açtıran sigortalılar seçilmiştir. Böylece özel sağlık sigortalı olmayan aile bireyinin kullanım sorularına olumsuz etkisi engellenmeye çalışılmıştır. Anket çalışması aşamasında 11 kişi (%3)

çalışma dışı bırakılmıştır. Bunun nedeni kişilere ulaşılamamasıdır. Anket ulaşma oranı %97'dir.

YKS İzmir Bölge Müdürlüğüne bağlı özel sağlık sigortalılarına uygulanan sağlık hizmet kullanımına ait ankete 352 sigortalı katılmıştır. Bu sigortalıların 187 (%53)'si kadın, 165 (%47)'i erkektir. 2001 yılı YYS İzmir Bölge Müdürlüğüne bağlı özel sağlık sigortalılarının demografik verileri ile ilgili yapılan çalışmada da kadın sigortalılar %48, erkek sigortalılar %52 olarak bulunmuştur. Ankete katılanların cinsiyet dağılımı ile YYS bağlı sigortalıların cinsiyete göre dağılımı arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Yates Düzeltmeli Ki-kare=0.32 p=0.57) (Şekil 4).



Şekil 4. Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının cinsiyete göre dağılımı

Anket çalışmasına katılan sigortalıların yaşlara göre dağılımı, 2001 yılı için yapılan demografi çalışmasında bulunan dağılım arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. Konu ile ilgili veriler Tablo 20'de gösterilmektedir. 20 yaş altı sigortalı grubundaki belirgin farklılık çalışmaya alınan kişilerin 18 yaşının üzerinde olmasından kaynaklanmaktadır. Yaş ve cinsiyet yönünden seçilen örneğin evreni iyi temsil ettiği düşünülmektedir.

Tablo 20: 2001 yılı YKS İzmir Bölge Müdürlüğü sigortalıları ile ankete katılan sigortalıların yaşlara göre dağılımı

YAŞ	ÖZEL SAĞLIK SİGORTALILARI ANKETE KATILANLAR %	ÖZEL SAĞLIK SİGORTALILARI GENEL %
- 20	2.8	14.8
21-25	12.8	15.1
26-30	13.9	14.7
31-35	16.8	13.2
36-40	20.7	12.0
41-45	11.4	10.5
46-50	7.4	7.4
51-55	8.0	4.3
56-60	6.3	7.8

Ki-kare= 12.78, p=0.1194, SD=8

3. 3 Araştırmada Kullanılan Değişkenler

3. 3. 1 Sigorta Teminat Temelli Sağlık Harcamalarına Ait

Değişkenler:

Sağlık hizmetleri klasik olarak koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak üçe ayrılmaktadır. Özel sağlık sigorta uygulamalarında koruyucu sağlık hizmeti ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sunulan poliçelerde yer almamaktadır. Aşılama, sık kullanılan doğum kontrol yöntemleri, isteğe bağlı küretaj vb. koruyucu hizmetler ve aile planlaması uygulamaları genel olarak özel sağlık poliçe ürünlerinde teminat dışı tutulmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada tedavi edici sağlık hizmet sunumu yönünden karşılaştırma yapılmış ve değişkenler de buna göre seçilmiştir.

BAĞIMSIZ DEĞİŞKEN:

*Kişinin kamu/özel sigortalı olması

BAĞIMLI DEĞİŞKENLER:

Araştırmada iki ayrı sağlık sigorta hizmeti karşılaştırıldığı için her ikisinde de benzer özellikler içeren sigorta teminatları temel alınarak bağımlı değişkenler seçilmeye çalışılmıştır.

Ocak ve Temmuz 2001 döneminde SSK Tepecik Eğitim Hastanesi'ne (Çocuk Hastanesi dahil) başvuran ve Yapı Kredi Sigorta İzmir Bölge Müdürlüğü tarafından sağlık harcamaları ödenen sigortalılara ait bağımlı değişkenler;

1. Ayakta Tedavi Hizmetleri:

- ❖ Reçete başı sağlık harcaması
- ❖ Doktor muayene başı sağlık harcaması
- ❖ Tanı yöntemleri başı sağlık harcaması

2. Yatarak Tedavi Hizmetleri

- ❖ Kişi başı yatış sayısı
- ❖ Yatarak tedavi başı sağlık harcaması
- ❖ Ortalama yatış süresi

3. Toplam Sağlık Harcaması

- ❖ Kişi başı toplam sağlık harcaması

SSK'na ait doktor muayene sayıları, poliklinik muayene sayılarından yararlanılarak hesaplanmıştır. Muayene edilen kişi sayısı değil, poliklinik sayıları değerlendirmeye alınmıştır. Burada acil servis muayeneleri ve tüm mevcut branşlarda yapılan doktor muayeneleri sayıya dahil edilmiştir. Aynı zamanda SSK Tepecik Çocuk

Hastanesi'nde yapılan muayenelerde bu sayıların içinde yer almaktadır (detaylı bilgiler Ek 2 verilmiştir). Sağlık harcama bedelleri hastanenin eczane bölümünün günlük olarak hazırladığı ve "Kullanıcı İcmal Dökümü" adlı evraktan temin edilmiştir. Bu envanter daha sonra aylık olarak hazırlanıp bilgi işleme gönderilmektedir. Bu icmalde reçete sayısı, reçete bedelleri yerine %10, %20 sigortalı katılım payları ile muayene bedeli rakamları yazmaktadır. Daha önce elde edilen poliklinik sayıları ile bu evrakta yazılı muayene rakamları kullanılmak üzere derlenmiştir. Özel sağlık sigortalarının verilerini de her bir doktor muayenesine ait fatura ayrı hesaplayarak oluşturulmuştur. Fatura bedeli sigorta şirketinin ödediği rakam üzerinden değil, tamamı hesaplanmıştır. Böylelikle özel sağlık sigortalısının bu harcamaya ödediği gerçek bedel hesaplanmaya çalışılmıştır.

Reçete bedelleri ayakta tedavi için yazılan reçete sayıları ve toplam bedelleri için hesaplanmıştır. Sağlık harcama bedelleri hastanenin eczane bölümünün günlük olarak hazırladığı ve "Kullanıcı İcmal Dökümü" adlı evraktan temin edilmiştir. Bu envanter daha sonra aylık olarak hazırlanıp bilgi işleme gönderilmektedir. Bu icmalde reçete sayısı, reçete bedelleri yerine %10, %20 sigortalı katılım payları ile muayene sayısı ve muayene bedeli rakamları yazmaktadır. Burada belirtilen % ler üzerinden %90 ve %80 rakamlar hesaplanarak toplanmış ve ilgili ayın reçete bedel toplamı olarak hesaplanmıştır. Hastanenin 4 eczanesi (Çocuk hastanesi dahil) mevcuttur. Veriler tüm bu eczanelerden toplanan verilerin birleştirilmesi ile elde edilmiştir. Ancak bu konuda dikkat edilmesi gereken nokta bu eczanelerden dışarıdan (kurum dispanserleri, sağlık merkezleri, diğer kurum hastaneleri) yazılan reçetelerinde verildiğidir. Bunların oranı hakkında kurum yetkilileri ile yapılan görüşmelerde net bir sayı alınamamıştır. Konu ile ilgili ikinci bir kısıtlılıkta reçete bedeline katılımı olmayan sigortalılara ait harcamaların bu envanterde görünmüyor olmasıydı. Ancak özel sağlık sigortalılarında da benzer şekilde önemli hastalıklarla ilgili ilaçlar (kemoterapi ilaçları, dializ için kullanılan ilaçlar vb) hastane hizmetleri teminatından ödendiği için, bunların yatarak kullanılmasa dahi araştırmada yatarak tedavi harcaması olarak değerlendirmesine neden olmuştur. Bu nedenle bahsedilen rakamların olmamasının, reçete bedellerinin her iki grupta daha sağlıklı karşılaştırılmasına olanak sağladığı düşünülmektedir. Kurumun 2001 yılı için

eczanelerinde sarf ettiği toplam ilaç bedeli rakamı 29,811,487,902,400 TL' dir. Yatan hasta tabelasında yazan ilaçlar, reçeteler ve harcamalar dahil edilmemiştir. Özel sağlık sigortalarında ayakta tedavi için yazılan reçeteler hesaplamaaya dahil edilmiştir. Yatan hastaların kullandığı ilaçlar ve reçeteler ile hastane hizmetleri teminatı kapsamındaki ilaçlar yatarak tedavi harcamalarına dahil edilmiştir. Hem SSK'na bağlı sigortalıların, hem de poliçe teminat yüzdesine göre özel sağlık sigortalılarının reçete bedeline katılımları söz konusudur. Bu bedeller her iki grupta da harcamaların dışında tutulmuştur.

Tanı yöntemleri istek yapılan tetkikler için ayrı ayrı hesaplanmış, kurumun kendi istatistikleri için kullandığı şekliyle sayılar belirlenmiştir. Bu sayıların toplanmasında T.C. Sağlık Bakanlığı Form No:057 kullanılmaktadır. Her radyoloji ve laboratuvar işlemine ait sayılar bu form ile aylık toplanıp, daha sonra Sigorta Servisi tarafından derlenmektedir (Çocuk Hastanesi dahil). Ancak diğer tüm konularda olduğu gibi harcama ile ilgili bir hesaplama yapılmamıştır. Harcama rakamları hastane laboratuvar ve radyoloji birimlerinin kayıt tuttukları defterlerden toplanan sayılar yıl sonunda hastaneye ait faaliyet raporunda belirtilmektedir. Bu faaliyet raporu araştırmacı tarafından incelenerek laboratuvar ve radyoloji ile ilgili sayılar her bir tetkik için ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Ancak rapor gizlilik derecesi olduğu için temin edilememiş, veriler raporun içinden alınmıştır. Buradan elde edilen detaylı sayılar Bütçe Uygulama Talimatı'nda (BUT) (69) belirlenen değerleri ile çarpılması sonucu toplam harcama bedelleri bulunmuştur. Bu hesaplama yapılırken özellikle Biokimya Uzmanı olan bir hekimden yardım alınmıştır.

Sayıların toplanması sırasında Bilgisayarlı Tomografi' nin hastane içinde olmayıp, vakıf aracılığıyla başka bir kurumdan satın alındığı anlaşılmıştır. Bu nedenle tomografi sayıları İzmir SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden temin edilmiştir. Aynı şekilde Manyetik Rezonans (MR) (açık ve kapalı sistem), kemik dansitometrisi, periferik angiografi ile ilgili işlemler hastanede hiç yapılmayıp anlaşmalı kurumlardan satın alındığı için, sayıları ve bunlar için ödenen rakamlar İzmir SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden temin edilmiş ve çalışmaya dahil edilmiştir. Bunun dışında bronkoskopi, ince iğne aspirasyon biopsisi, karaciğer biopsisi gibi tanı amaçlı

girişimler özel sağlık sigortalarında teşhis yöntemleri teminatından değerlendirildiği için SSK Tepecik Hastane' sinde yapılan bu tür işlemlerde bu sayılara dahil edilmiştir. Psikiyatrik testler (zeka testleri, kişilik testleri vb.) özel sağlık sigortalarında ödenmediği için, her iki grupta da çalışma kapsamı dışında tutulmuştur.

Tanı yöntemleri konusunda tek kısıtlılık ay bazında döküme ulaşamadığı için yıllık sayıların aylık ortalaması alınarak çalışmaya dahil edilmiştir. Özel sağlık sigortalarında da bu başlıklar altında yapılmış harcamalar çalışmaya dahil edilmiştir.

Yatarak tedavi hizmetleri ile ilgili olarak büyükler ve çocuklar için olan toplam yatışlar değerlendirmeye alınmıştır. Ortalama Hasta kalış süresi aşağıda belirtilen formül uygulanarak hesaplanmıştır.

$$\text{Ortalama Hasta Kalış Gün Sayısı} = \frac{\text{Taburcu olan ve ölenlerin yatak gün sayısı}}{\text{Taburcu edilen ve ölenlerin sayısı}}$$

SSK Tepecik Eğitim Hastanesi İstatistik Yıllığı'ndan 2001 Ocak ve Temmuz aylarına ait medikal yatış sayıları, yatılan gün sayıları, büyük, orta, küçük ameliyat sayıları ayrı ayrı hesaplanmıştır. Daha sonra yatılan gün sayısı için ortalama bir birim maliyet hesaplanıp yatılan gün sayısı ile çarpılmıştır.

$$\text{Toplam yatış gün sayısı için harcama tutarı} = \text{Yatılan gün sayısı} \times \text{ortalama yatılan gün birim maliyeti}$$

Araştırmacı SSK'da özellikle birim maliyetlerle ilgili herhangi bir fiyatlandırma olmadığı için en çok ortalama yatılan gün birim maliyetinin hesaplanmasında zorluk çekmiştir. Ortalama yatılan gün birim maliyetini hesaplamak için, SSK' nun Sigorta Servisi'nde değerlendirmesi yapılan, 2001 Ocak ve Temmuz aylarında Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri'nden satın aldığı hizmetlere ait yatarak tedavi ile ilgili faturaların içinden değişik yatış nedenlerine ait faturalar seçilmiştir. Her klinik

branştan (SSK' nun istatistiklerinde belirtilen ve yatış sayıları hesaplanan klinik bilim dalları) yatarak tedavinin yanı sıra yoğun bakım tedavileri, prematur bakım, kemoterapi, radyoterapi ve dializ faturaları incelenerek, faturalardaki her harcamanın karşılığı toplanarak, toplam hastanede kalış süresine bölünmüş ve ortalama yatılan gün birim maliyeti bulunmuştur. Bu rakam 182,326,162 TL' dir. Bu hesaplama yöntemi ile aslında karşılaştırılan iki grup arasında özellikle yatış maliyetleri açısından çok sağlıklı veri elde edilmediği düşünülmektedir. Ancak SSK'da hiçbir hasta için bir maliyet hesaplaması yapılmadığı için, sadece tedavi hizmetleri için harcanan rakamlar tespit edilememektedir. Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri'nden satın alınan hizmetlerin seçilme nedeni 2002 Çalışma Raporu'nda (60) belirtildiği şekliyle dışarıdan alınan hizmet, toplam sağlık harcamasının %32.3'ünü içermektedir. Bu harcamalar içinde BUT' na göre yapılan sevklerin %91.1, ödenen para olarak %69.7'si bahsi geçen kurumlara yapılmaktadır.

Büyük, orta, küçük ameliyat sayıları, BUT'da belirlenen bedel ile çarpılarak operasyonlar için ek harcama olarak tespit edilmiştir. Ameliyat için yatan sigortalıların yatak gün sayısı, toplam yatak gün sayısının içinde olduğundan için ayrıca yatış işlemleri ile ilgili bir harcama belirlenmemiştir. Bu rakamlar toplanarak aylık yatarak tedavi harcamaları bulunmuştur.

2001 yılında BUT' da belirlenmiş organ nakli, özelliği olan ameliyat, büyük, orta, küçük ameliyatlara için rayiç bedeller şöyledir:

Organ Nakli: 360,000,000 TL

Özelliği olan Ameliyat: 225,000,000 TL

Büyük Ameliyat: 140,000,000 TL

Orta Ameliyat: 75,000,000 TL

Küçük Ameliyat: 36,000,000 TL

Doğum ile ilgili olarak başlangıçta doğum şekli sezaryen ve normal doğum olarak ayrılmak istenmiştir. Ancak özel sağlık sigortalarında normal doğum sayısının her iki ayda da 1 olması ve toplam doğum sayısının her iki ayda da çok az olması

nedeniyle doğum ile ilgili veriler çalışma dışında bırakılmıştır. Bu arada özel sağlık sigortalıların toplam doğumlarının sadece %10'unun normal doğum olması dikkat çekicidir.

3. 3. 2 Özel sağlık sigortalılarının hizmet kullanımı ile ilgili değişkenler:

Bu bölümde kullanılan bağımsız değişkenler:

- ❖ Yaş
- ❖ Cinsiyet
- ❖ Sigortalılık yılı
- ❖ Eğitim durumu
- ❖ Başka bir sosyal güvence durumu
- ❖ Algılanan gelir düzeyi
- ❖ Özel sağlık sigorta yaptırma nedeni
- ❖ Özel sağlık sigortası ile ilgili bilgi durumu

Sağlık hizmet kullanımı ile ilgili değişkenler:

- ❖ Sağlık poliçesinin kullanımı
- ❖ Son 15 günde hane halkından birinin sağlık kurumuna başvurması gerekip gerekmediği ve sonucu
- ❖ Son 1 yılda hane halkından birinin hastanede yatmasının önerilip önerilmediği ve sonucu

Bağımlı değişkenler:

- ❖ Sağlıkla ilgili sorunda ilk tercih edilen kurum
- ❖ Koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili ilk tercih edilen kurum
- ❖ Aldığı hizmet yönünden bilgilendirilme durumu
- ❖ Aldığı hizmetin kalitesi ile ilgili görüşü

- ❖ Aldığı hizmetin maliyetine katılımı olup olmadığı
- ❖ Aldığı hizmetin maliyeti ile ilgili bilgisi olup olmadığı

3. 4 Veri Kaynakları

3. 4. 1 Sağlık Harcamalarının Ödenme Özellikleri

SSK ve özel sağlık sigortaları sağlık hizmet harcamalarını öderken farklı fiyatlandırma esaslarına dayalı hesaplama yöntemleri kullanmaktadır. Yapılan çalışmada sağlık harcamalarının karşılaştırılacağı göz önünde bulundurularak her iki grup için toplanan verilerin kaynaklarının tanımlanmasının sonuçları değerlendirmede önemli olacağı düşünülmüştür.

3. 4.1.1 SSK'na Ait Fiyatlandırma

SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur' dan farklı bir yöntem kullanarak sağlık hizmeti sunucusu ve alıcısı rolünü birlikte üstlenmektedir. SSK gereksinim duyduğu sağlık hizmetini sunmak için 1950 yılından beri yataklı ve yataksız sağlık kuruluşlarını işletmektedir. SSK Döner Sermaye Saymanlığı tarafından SSK ait sağlık kuruluşlarında yapılan bütün işlemlerin faturalandırılmasında SSK tarafından belirlenen ve uygulanan fiyatlandırma esastır. Ancak sağlık hizmet sunumunda yaşanan sıkıntılar ve yetersiz hizmet sunumu nedeni ile talep ettiği sağlık hizmetini değişik sözleşme yöntemleri Sağlık Bakanlığı kurumlarından, üniversite hastanelerinden, işyeri hekimlerinden, yurtdışı sağlık kurumlarından, özel sağlık hizmeti sunucularından, diğer kamu kuruluşlarından protokoller ve sözleşmelerle satın almaktadır (68).

Fiyatlandırma Maliye Bakanlığı tarafından her yıl yenilenecek Resmi Gazete' de yayınlanan BUT' da belirlenen muayene, tanı ve tedavi ücretleri üzerinden yapılmıştır. Araştırmada 2001 Ocak ve Temmuz aylarına ait sağlık harcamaları değerlendirileceği için 2001 yılı BUT' da belirlenen ücretler temel alınmıştır. İlaç ücretlerinde uygulanan liste ise SSK Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı' dır.

Bu araştırmada toplanan veriler SSK da yapılan işlemleri kapsamaktadır. Doktor muayene sayıları ve ödenen ücretler kurum doktorları tarafından yapılan muayenelere aittir. Kurum dışında anlaşmalı kurumlarda yapılan tüm muayeneler araştırma dışında tutulmuştur. İlaçlar kurum eczanelerinden alınan reçeteleri kapsamaktadır. Tanı amaçlı işlemlerde kurumda yapılan işlemler olup, kurum dışına yapılan sevkler, kurumun anlaşmalı olduğu kurumlarda yapılan işlemleri içermemektedir. Yatarak tedaviler için ödenen rakamlar SSK Tepecik Eğitim Hastanesi' n de (ocuk Hastanesi dahil) yapılan işlemlere aittir.

3. 4. 1. 2 Özel Sağlık Sigortası'na Ait Fiyatlandırma

Özel sağlık sigortalılarının tüm sağlık harcamaları Türk Tabipler Birliği (TTB) Asgari cret Tarifesi ile sınırlandırılmıştır (70).

YKS sağlık sigortalılarına ait sağlık harcamaları sigorta şirketinin kendi çalışanları tarafından değerlendirilerek ödeme yapılmaktadır. Özel sağlık sigortasında uygulanan ödeme modeli hizmet başına ödemedir. Harcamalar ya anlaşmalı kurumlardan yada sigortalının anlaşmalı kurum dışında yaptığı harcamalara ait aldığı faturaların Bölge Müdürlüğüne teslimi sonrası değerlendirilerek ödenmektedir.

Anlaşmalı sağlık kuruluşu ile sağlık harcamalarında ödemeleri hizmeti alan kişinin değil, bir üçüncü kurumun üstlenmesi durumunda ortaya çıkan anlaşma modeli anlatılmaktadır. "Anlaşmalı Sağlık Kuruluşu " modelinde anlaşma hastane ile riski üstlenen sigorta şirketi arasında yapılır. YKS İzmir ilinde toplam 58 özel hastane, özel ayakta tedavi merkezi, özel laboratuvar, özel görüntüleme merkezi eczane ile anlaşmalı kuruluş olarak çalışmaktadır. Bu kurumlarla yapılan sözleşme gereği yapılan işlemlerde doktor muayene creti hariç her işlemdede TTB Asgari cret Tarifesi üzerinden %10 ile %50 arasında değişen oranlarda indirimler mevcuttur. Doktor muayene ve işlemlerinde TTB Asgari cret Tarifesi'nde belirtilen birimlendirme üzerinden işlem yapılmaktadır.

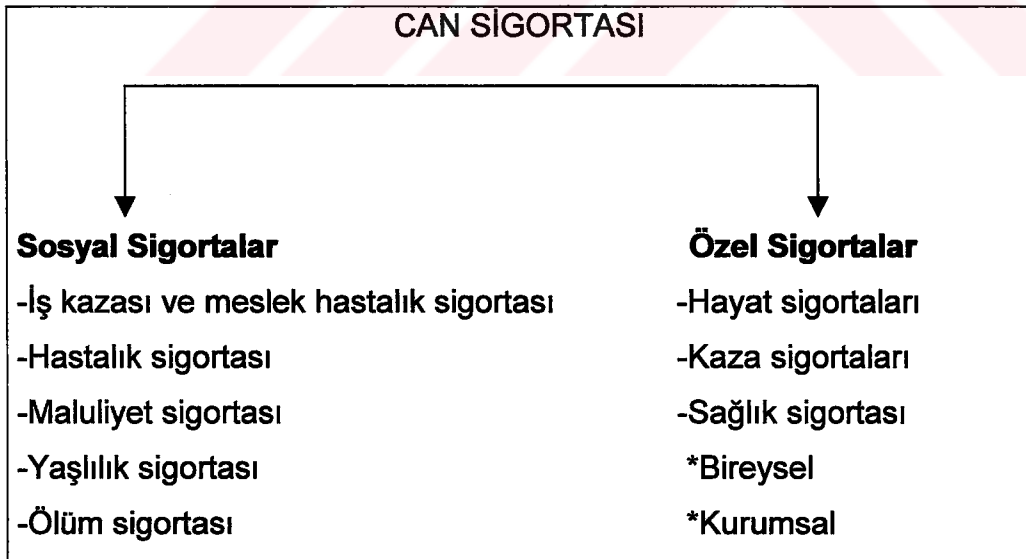
Anlaşmalı kurum dışı tüm sağlık harcamaları TTB Asgari cret Tarifesi'nde belirtilen birimler üzerinden poliçe teminat yüzdesi üzerinden ödenir.

Doktor tarafından yapılan bütün tedavi ve tanı amaçlı işlemlerde (ameliyat ücretleri de dahil) anlaşmalı kurum kadrolu doktoru değilse ve anlaşmalı kurumda işlem yapıldıysa TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde belirtilen birimlerin 2 katına kadar ödeme yapılmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı zaman dilimine ait olarak TTB tarafından açıklanan 1 Ocak-30 Haziran 2001 ile 1 Temmuz -30 Aralık 2001 tarihleri arasında uygulanacak katsayı listesinde belirtilen A ve B katsayı rakamları esas alınarak yapılan sağlık harcama ödemeleri incelenmiştir.

3. 4. 2 Sağlık Sigortalarından Yararlanma Koşulları ve Teminatları

Sağlık sigortası planları ve yararlanma koşulları kamu ve özel sigortalarda temel olarak can sigortaları adı altında yer alır. Can sigortalarının ana bölümleri Şekil 5 'de gösterilmektedir. Bu çalışmada hastalık sigortaları ve bunlarla ilgili teminatlar konu olduğu için sosyal sigorta ve özel sigortalarda uygulamalar aktarılacaktır.



Şekil 5. Can sigortalarının özel ve sosyal sigortalarda ana bölümleri

3. 4. 2. 1 SSK'na Ait Sağlık Sigorta Yararlanma Koşulları ve Teminatları

506 Sayılı Sosyal Sigorta Kanununun 2. ve 6. maddelerine göre bir hizmet akdine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılanlar, işe alımlarıyla sigortalı olmakta ve sigortalının hak ve yükümleri işe alındıkları tarihten itibaren başlamaktadır.

Ayrıca 120 günlük prim ödeme süresini dolduran sigortalının eş ve çocukları ile bakmakla yükümlü oldukları anne ve babaları, yurtdışı hariç, SSK'nın verdiği her türlü sağlık hizmetinden yararlanabilmektedir.

SSK'na ait sağlık sigortasında ilk olarak sigortalıların doktora muayene ettirilmesi ve hastalığı süresince tedavisinin sağlanması gelir. Bu konu Sosyal Sigortalar Kanunu Madde 33'de; sigortalının hekime muayene ettirilmesi, hekimin lüzum görmesi halinde teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanması biçiminde düzenlenmiştir. Eğer sağlık durumu gerekli kılıyorsa, sigortalı teşhis ve tedavi için bir sağlık kurumuna yatırılır (Sosyal Sigortalar Kanunu Madde 33/B). Sigortalının tedavisi Sosyal Sigortalar Kanunu 117. ve 118. maddeleri uyarınca , ilke olarak, kurum hekimleri ve sağlık tesislerinde yapılır.

Kurum ilaçlarını ya kendi eczanelerinden, ya da sözleşme yaptıkları eczanelerden sağlar (Sosyal Sigortalar Kanunu Madde 123). Sigortalının tedavisi bir sağlık kurumuna yatırılmadan yapılıyorsa, Sosyal Sigortalar Kanunu madde 33/c uyarınca ilaç bedellerinin %20'si sigortalı tarafından karşılanır. Ancak sigortalıların sağlık kurulu raporu ile belirlenen ve uzun süreli tedavi gerektiren, tüberküloz, kronik böbrek hastalıkları, kanser ve organ transplantasyonu gibi durumlarda , ayakta yapılan tedaviler sırasında verilmesine gerek görülen ilaçlardan hayati öneme haiz olduğu, hekim ve eczacılardan oluşan bir komisyonca (Sosyal Sigortalar Kanunu Madde 123) saptanacak olanların bedelinden katılım payı alınmaz (506 Sayılı Kanun 2564 Sayılı Kanunla eklenen ek madde 25).

4. 4. 2 Özel Sağlık Sigortası'na ait sigorta yararlanma koşulları ve teminatları

Özel sağlık hizmeti veren sigorta şirketlerinin hastalık sigortası, genel şartları ve buna ilişkin uygulama esasları Bakanlar kurulunun 12.01.1990 tarih ve 90/55 Sayılı kararı ile ayrı bir branş olarak kurulmuş ve Bakanlık makamınının 10.10.1990 tarih ve 46306 Sayılı onayı ile uygun görülmüştür (61).

Sigortaya kabul edilme yaşı 18-60 arasındır. 18 yaşından küçük çocuklar anne veya babaları ile birlikte poliçeye dahil edilir. Bireysel sağlık poliçeleri fert ve aile poliçesi olarak ayrılmaktadır.

Tablo 21: YKS sigortalıların 2001 yılında satın aldıkları poliçe plan ve limitleri (71)

TEMİNAT ADI	SAYI	TEMİNAT LİMITLERİ TL	TEMİNAT KATILIM %
Doktor muayene teminatı	6-20 kez	20-60 milyon arası Paket olarak 3 milyar	80 100
İlaç teminatı		300-500 milyon arası Paket olarak 3 milyar	
Teşhis Yöntemleri Teminatı		500-750 milyon arası Paket olarak 3 milyar	
Hastane Hizmetleri Teminatı	Sınırsız	Sınırsız	80 100
Aile Planlaması Teminatı	-	750 milyon 2 milyar 3 milyar	80 100

YKS tarafından satışa sunulan sağlık poliçelerinde sadece yatarak sağaltım hizmetleri seçeneği sunan poliçeler ile ayakta tedavi teminatlarını parçalı veya paket olarak sunan planlar bulunmaktadır. Bunun yanı sıra çalışmaya dahil edilen sigortalıların 2001 yılında satın aldıkları teminatlar ve bunların limitleri ile, seçebilecekleri katılım yüzdeleri Tablo 21' de gösterilmiştir.

Hastane Hizmetleri Teminatı: Temel teminat olup,tüm planlarda alınması zorunludur. Bu teminat , tıbben gerekli olması ve doktorun yatış nedenini ayrıntılı raporunda belirtmesi şartıyla, hastanede yatarak gerçekleşen yatarak tedavileri, ameliyatları ve küçük müdahaleleri kapsar.

Bu teminat kapsamında, yurt içinde hastanede yatıldığı süre boyunca yapılan yatak-yemek, refakatçi, doktor vizitesi, ilaç, teşhis yöntemleri giderleri, ameliyat ile ilgili giderler, yoğun bakım ve sarf edilen malzeme giderleri karşılanır.

Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi, koroner anjiyografi, diyaliz ve böbrek taşı kırma (ESWL) giderleri bu teminat kapsamında sigortanın ikinci yılından itibaren karşılanır.

Doktor muayene teminatında, doktor vizite ücretleri teminat limit ve yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

İlaç teminatında, doktor reçetesinde belirtilen ilaç ve koruyucu aşılarda teminat limiti ve yüzdesi doğrultusunda ödenir.

Teşhis yöntemleri teminatında, doktorun gerekli gördüğü tahlil, röntgen, ultrasonografi, tomografi, MR, sintigrafi, endoskopi gibi teşhis yöntemleri teminat limiti ve yüzdesi doğrultusunda ödenir. Teşhis amaçlı yatışlar yatarak olduklarına bakılmaksızın bu teminattan karşılanır.

Aile planlaması teminatı, doğum, sezaryen, gebelik öncesi ve sırasında gerçekleşen takip ve tetkikler, gebelik dönemindeki periyodik doktor muayeneleri,gebeliğin neden olduğu her türlü komplikasyonlar, lohusalıkla ilgili giderler, doğum ve sezaryene ait her türlü komplikasyonları teminat limit ve yüzdesi ile karşılanır (71).

3. 4. 3. Sağlık Sigortalarının Poliçe Kısıtlılıkları ve Poliçe Teminat Kapsamı Dışı Giderler

Bu bölümde sosyal sigortalar ve özel sigortalarda karşılanmayan harcamalardan çalışmayı ilgilendireceği düşünülen kısıtlamalar belirtilmiştir.

3. 4. 3. 1 SSK'na Ait Poliçe Kısıtlılıkları ve Poliçe Teminat Kapsamı Dışı Giderler

Sigortalının sağlık sigortasından yararlanabilmek için hastalandığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemesi gerekmektedir.

Hastalanan sigortalı, eş, çocuk, ana ve babaların tedavileri, kurumca tedavi altına alındıkları tarihten başlayarak altı ayı geçemez. Ancak, tedaviye devam edilirse, malûllük halinin önlenebileceği veya azaltılabileceği sağlık kurulu raporu ile tespit edilirse, bu süre hastanın sağlık durumunun gerektirdiği sürece devam eder.

İlaç ödemelerinde ayakta tedaviler için reçete başına 5 günlük tedavi ve 4 adet ilaçtan fazlası karşılanmamaktadır. Antibiyotiklerin bir kısmı kültür antibiogram sonucu olmadan verilmemektedir. Multivitamin preparatları ödenmemektedir. Koruyucu aşılardan grip aşısı,hepatit aşıları vb ödenmemektedir.

3. 4. 3. 2 Özel Sağlık Sigortası'na ait poliçe kısıtlılıkları ve poliçe teminat kapsamı dışı giderler

Özel sağlık sigortalarında teminat kapsamı dışındaki durumlar poliçe özel ve genel şartlarda açık olarak belirtilmiştir. Bu durumlar içinde çalışmayı ilgilendirdiği düşünülenler aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir.

- Ruh ve akıl hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderleri ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı

komplasyonlar ile psikiyatrik nedenli yatışlar, geriatrik ve psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb.) ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri.

- Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar.
- Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler, telenjektazi, cilt hemangiomlarına yönelik girişimler.
- Obezite, anoreksia, aşırı zayıflık, şaşılık, göz tembelliği, refraksiyon kusurlarına yönelik tedaviler, yüzeysel varis tedavisi, ses ve konuşma terapileri.
- AIDS ve buna bağlı tüm hastalıkların tedavisi, zührevi hastalıklar.
- Aile planlaması yöntemleri (hap,kondom vb.)
- Doğuştan gelen hastalıklar, kongenital ve genetik hastalıklar.
- İnfertilite ile ilgili tüm giderler.
- Alerji aşıları, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili rutin dışı aşı ve ilaçlar.
- Sünnet giderleri (Fimozis dahil).
- Demans, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları ile ilgili medikal yatışlar.
- Tehlikeli sporlar esnasında meydana gelen yaralanmalar.
- Varikosel, skolyoz ve septum deviasyonu ile ilgili operasyonlar.
- Özellikle ilk yıl poliçesi olan sigortalıların kaza ve acil durumlar dışında bir çok medikal ve cerrahi yatışları ile ilgili giderler ödenmemektedir.

3. 4 Analiz Yöntemi:

Araştırmanın sağlık harcamalarına ait verilerinin toplanmasında çeteleme yöntemi kullanılmıştır. Sağlık hizmet kullanımı anket formunun verileri SPSS versiyon 8.0 kullanılarak kodlanmış ve tablolar oluşturulmuştur. Dört gözlü düzenlerde ki-kare ve çok gözlü düzenlerde ki-kare analizleri için EPI INFO 2000 Statcalc programı kullanılmıştır. Dört gözlü düzenlerde ki-kare, Yates Düzeltmeli ki-kare testi olarak analiz edilmiştir. Dört gözlü düzenlerde ki-kare ve çok gözlü düzenlerde ki-kare analizlerinin seçilme nedeni, sayımla belirlenen verinin gruplanmış olarak karşılaştırılmasında en sık ve en güvenilir olarak kullanılan analiz yöntemi olmasıdır. Yates Düzeltmesi ise, tablolarda toplam olgu sayısının az olduğu ve analize olumsuz etkisi olacağı düşünülen durumlarda uygulanmıştır. Genel olarak dört gözlü tablolarda $n > 40$ ise ve aynı zamanda beklenen değerlerden biri beşin altında ise Yates düzeltmesinin kullanılması önerilir. Ancak 2x2 tablolarda olası hata riskini en aza indirmek için her zaman Yates düzeltmesinin kullanılmasının doğru olduğu belirtilmiştir (72).

3. 5 Araştırmanın Kısıtlılıkları

- Bu araştırmada karşılaşılan en önemli sorunlardan biri SSK'ndan veri toplamada yaşanmıştır. Çok fazla veri, çok düzensiz, çok farklı kurum ve servislerde bulunmaktadır. Kurumun bir fiyatlandırma politikası yoktur. Kurum sağlık tesislerinde sunulan tüm hizmetler ücretsiz olup, sadece reçete bedellerine katılım söz konusudur. Araştırmada elde edilen veriler bu nedenle BUT ile hesaplanarak sağlık harcamaları belirlenmeye çalışılmıştır. Bunun sağlık harcamalarını olduğundan daha yüksek gösterdiği düşünülmektedir. Ancak çok fazla sağlık hizmeti çeşidi bir arada değerlendirildiği için birim maliyetlerinin hesaplanması çok zor olacaktır. Kurum bir yandan ilaç ve tıbbi malzeme gibi kalemleri kendi üretmekte, bir yandan ihale yoluyla küpür bedelinden daha ucuza almakta, bir yandan da anlaşmalı eczanelerden küpür bedeli üzerinden %5 iskonto ile almaktadır. Kurumda sunulan hizmetlerle ilgili otomasyona geçilmemiş olması, çok fazla sayıda yapılan işlemlerin takibini, raporlama ve

istatistik yapılmasını engellemektedir. İstatistik için toplanan verilerin çoğu elle çeteleme yapılarak toplanmakta, bununla ilgili veri formları bulunmamaktadır. Birbirini tamamlayan işler arasında koordinasyon yoktur ve farklı departmanlar aynı işi farklı yöntemlerle yapmakta, toplanan bilgi tek elden derlenememektedir. Teknolojik destek çok az düzeydedir.

- Bu araştırmanın bir diğer önemli kısıtlılığı, özel sağlık sigortaları ile ilgili veri sağlamada yaşanan sıkıntı nedeni ile tek bir sigorta şirketinin verileri kullanılarak yapılmasıdır. Bu sigorta şirketi araştırmacının çalıştığı sigorta şirketi olmuştur. Ayrıca özel sağlık sigortalarında demografik verilerin bulunmaması, kişi başı sağlık harcaması, toplam harcamanın ayakta ve yatarak tedavilere göre ayrılmamış olması bu konuda bir ön çalışmayı gerekli kılmıştır. Özel sigorta şirketleri bu konuda gerekli verilerin olmaması yanı sıra, bilgilere ulaşmak için izin istendiğinde kabul etmemişlerdir. Araştırmacı çalıştığı özel sigorta şirketinde bu verilere ulaşmak için öncelikle sigortalılar ile ilgili demografik bir çalışma yapmıştır. Araştırmada İzmir ilinde yaşayan sigortalı sayısı bu sayede tespit edilebilmiştir. Ayrıca 2001 yılına ait yatarak tedaviler ile ilgili bir inceleme yapılarak yatış nedenleri incelenmiştir. Araştırma ile ilgili şirket üst düzey yöneticilerinden özel izin alınmıştır.
- Bir diğer kısıtlılık SSK bağlı sigortalılar ile ilgili demografik verilerin yetersizliği nedeniyle evrenin tanımlanması ve örnek grup seçiminin yeterli olmamasıdır. Özellikle sağlık hizmet kullanımı ile ilgili bir anket çalışması da SSK bağlı sigortalılara yapılmak istenmiş, ancak yukarıdaki nedenlerle yapılamamıştır. Aynı zamanda her iki grubun sağlık harcamaları karşılaştırılırken cinsiyet, yaş gibi temel dağılımların bilinmemesi karşılaştırma ve yorum yaparken şüpheye neden olmuştur.
- Yapılan araştırmada SSK tedavi edici sağlık hizmet harcamalarında, kurumun hizmeti anlaşmalı sağlık kuruluşlarından alması, bu hizmetlerle ilgili kurum tesislerinde hizmet verilememesi, veri toplanmasını zorlaştırdığı gibi kurum sağlık harcamalarının yüksek çıkmasına da neden olduğu düşünülmektedir.

Ancak değerlendirme sırasında BUT kullanılarak yapılan hesaplamalarla kamu harcaması olarak değerlendirilen SSK 'nun harcamalarının en asgaride tutulması amaçlanmıştır. Yatarak tedavi harcamaları ile ilgili yapılan çalışmada elde edilen veriler bu nedenle araştırmacı tarafından yeterli bulunmamaktadır.

- Sağlık harcamalarının sadece tedavi edici hizmetler yönünden ele alınması araştırmanın bir diğer kısıtlılığı olarak düşünülmektedir.
- Doğum ile ilgili toplanan veriler özel sağlık sigortalıları için çok az sayıda olması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır.





Dördüncü Bölüm

BULGULAR

4.1 Tedavi Edici Sağlık Hizmet Harcamaları

2001 yılında İzmir ilinde bulunan SSK 'na bağlı aktif sigortalı, eş ve çocuk sayısı 2,052,693 kişidir. İzmir İli SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Sigorta Bölümü (Çocuk Hastanesi ayakta ve yatarak tedavi sayıları dahil) Ocak ve Temmuz 2001 aylarına ait ayaktan ve yatarak tedavilerin kayıtlarından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler aşağıda sunulmaktadır.

2001 yılında İzmir ilinde YKS bağlı özel sağlık sigortasına sahip kişi sayısı 6,519 dur. Bu sigortalıların Ocak ve Temmuz 2001 aylarına ait Ege Bölge Müdürlüğü'nden ödenen ayaktan ve yatarak tedavilerinin kayıtlarından yararlanılmıştır. Elde edilen veriler aşağıda sunulmaktadır.

4. 1. 1 Ayakta Tedavi Hizmetleri

4. 1. 1. 1 Doktor muayene sayıları ve doktor muayene başına ödenen ücretler

İzmir İli SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü ve SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Sigorta Bölümü kayıtlarından edinilen verilere göre; 2001 Ocak-Temmuz aylarında SSK'na bağlı sigortalıların toplam doktor muayene sayısı 183,337'dir. Doktor muayenelerine ödenen toplam rakam 504,176,750,000TL dir. Aylara göre dağılım ve ortalama ödenen ücretler Tablo 22'de belirtilmiştir.

YKS Ege Bölge Müdürlüğü'nde kayıtlarından elde edilen bilgilere göre 2001 Ocak ve 2001 Temmuz aylarında özel sağlık sigortalılarının toplam doktor muayene sayısı 2,071'dir. Doktor muayenesi için ödenen toplam fatura rakamı 63,910,000,000 TL dir. Aylara göre dağılım ve ortalama ödenen ücretler Tablo 22' de belirtilmiştir.

Tablo 22 : SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ve özel sağlık sigortalılarının Ocak ve Temmuz 2001 aylarında doktor muayene sayıları ve muayene başına ödenen ücretler

	SİGORTALI SAYISI	OCAK 2001		TEMMUZ 2001	
		DR MUAYENE SAYISI	MUAYENE BAŞINA ORTALAMA ÖDENEN ÜCRET	DR MUAYENE SAYISI	MUAYENE BAŞINA ORTALAMA ÖDENEN ÜCRET
SSK	2,052,693	100,635	2,750,000	82,702	2,750,000
ÖSS	6,519	868	29,855,991	1,203	31,583,541

2001 Ocak ayında özel sağlık sigortalı bir kişiye, SSK'na bağlı bir sigortalıdan 10.9 kat fazla doktor muayene ücreti ödenmiştir. Aynı şekilde 2001 Temmuz ayında da 11.5 kat fazla ödeme yapılmıştır.

4. 1. 1. 2 Tanı yöntemleri sayıları ve tanı yöntemi başına ödenen ücretler

İzmir İli SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü ve SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Sigorta Bölümü kayıtlarından edinilen verilere göre; SSK'na bağlı sigortalılara 2001 Ocak ve Temmuz aylarında toplam 351,531 adet tanı yöntemi uygulanmıştır. Bunun için ödenen ücret toplamı 2,035,892,563,647 TL dir. Aynı dönemde özel sağlık sigortalılarına uygulanan tanı yöntemi sayısı toplamda 3,872 olup, ödenen toplam fatura bedeli 105,588,085,086 TL dir. Aylara göre dağılım ve ortalama ödenen ücretler Tablo 23'de belirtilmiştir.

Tablo 23: SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ve özel sağlık sigortalılarına Ocak ve Temmuz 2001 aylarında uygulanan tanı yöntemleri sayıları ve tanı yöntemi başına ödenen ücretler

	OCAK 2001		TEMMUZ 2001	
	TANI YÖNTEMİ SAYISI	TANI YÖNTEMİ BAŞINA ORTALAMA ÖDENEN ÜCRET	TANI YÖNTEMİ SAYISI	TANI YÖNTEMİ BAŞINA ORTALAMA ÖDENEN ÜCRET
SSK	176,962	5,801,542	174,850	5,789,718
ÖSS	1,770	25,921,469	2,102	28,404,893

2001 Ocak ayında özel sağlık sigortalı bir kişiye, SSK'na bağlı bir sigortalıdan tanı yöntemi ücreti olarak 4.5 kat daha fazla ödeme yapılmıştır. 2001 Temmuz ayında ise bu 4.9 kattır.

SSK'na bağlı sigortalılarda 2001 Ocak ayında doktor muayene başına istenen tetkik sayısı 1.8 iken, bu sayı 2001 Temmuz ayında da 2.1 dir. Özel sağlık sigortalıların da ise, 2001 Ocak ayında doktor muayene başına düşen tetkik sayısı 2.0 olup, 2001 Temmuz ayında bu sayı 1.7 dir.

4. 1. 1. 3 Reçete sayıları ve reçete başına ödenen ücretler

Izmir İli SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü ve SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Sigorta Bölümü kayıtlarından edinilen verilere göre; 2001 Ocak ve Temmuz aylarında SSK'na bağlı sigortalılara toplam 152,171 adet reçete yazılmış ve reçetelere

3,327,274,935,783 TL ödeme yapılmıştır. Aynı dönemlerde özel sağlık sigortalılarına 2,594 adet reçete yazılmış olup, bunun için ödenen bedel 67,495,053,210 TL' dir. Aylara göre dağılım ve ortalama ödenen ücretler Tablo 24 de belirtilmiştir.

Tablo 24: SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ve özel sağlık sigortalılarının Ocak ve Temmuz 2001 aylarında reçete sayıları ve reçete başına ödenen ücretler

	SİGORTALI SAYISI	OCAK 2001		TEMMUZ 2001	
		REÇETE SAYISI	REÇETE BAŞINA ORTALAMA ÖDENEN ÜCRET	REÇETE SAYISI	REÇETE BAŞINA ORTALAMA ÖDENEN ÜCRET
SSK	2,052,693	81,050	19,536,414	75,121	24,519,461
ÖSS	6,519	1,570	25,221,053	1,024	27,244,141

2001 Ocak ayında özel sağlık sigortalı bir kişiye, SSK'na bağlı bir sigortalıdan reçete başına bedel olarak 1.3 kat daha fazla ödeme yapılmıştır. 2001 Temmuz ayında ise bu 1.1 kattır.

Bir bölüm çıkarıldı.

Ayakta tedavi hizmetleri ile ilgili SSK'na bağlı sigortalılara doktor muayene, tanı yöntemleri ve reçete bedeli olarak ödenen toplam rakam 2001 Ocak ayı için 2,368,104,210,494 TL'dir. Bu rakam 2001 Temmuz ayı için toplam 2,451,479,580,191 TL'dir. Sigortalı başına düşen harcama Tablo 25'de gösterilmiştir.

Ayakta tedavi hizmetleri ile ilgili özel sağlık sigortalılara doktor muayene, tanı yöntemleri ve reçete bedeli olarak ödenen toplam rakam 2001 Ocak ayı için 111,393,053,528 TL' dir. Bu rakam 2001 Temmuz ayı için toplam 125,600,085,293 TL' dir. SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalı başına düşen harcama Tablo 25'de gösterilmiştir.

Tablo 25: SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarının ayakta tedavi hizmetlerinde sigortalı başına sağlık harcamaları

	OCAK 2001	TEMMUZ 2001
	AYAKTA TEDAVİ HİZMETLERİ SİGORTALI BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMASI TL	AYAKTA TEDAVİ HİZMETLERİ SİGORTALI BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMASI TL
SSK	1,153,657	1,194,275
ÖSS	17,087,445	19,266,772

4. 1. 2 Yatarak Tedavi Hizmetleri

İzmir İli SSK Sağlık İşleri Müdürlüğü ve SSK Tepecik Eğitim Hastanesi Sigorta Bölümü kayıtlarından edinilen verilere göre; 2001 Ocak-Temmuz aylarında SSK 'na bağlı sigortalıların toplam yatarak tedavi sayısı 12,295, bunun için ödenen toplam bedel 6,878,619,113,774TL' dir. Aylara göre dağılım Tablo 26 da belirtilmektedir.

2001 Ocak-Temmuz aylarında özel sağlık sigortalılarının toplam yatarak tedavi sayısı 100, bunun için ödenen toplam bedel 115,495,000,000 TL' dir. Aylara göre dağılım Tablo 26' da belirtilmektedir.

Tablo 26: SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ve özel sağlık sigortalılarının Ocak ve Temmuz 2001 aylarında yatarak tedavi sayıları, ortalama hastanede kalış süresi ve yatarak tedavi başına ödenen ücretler

	OCAK 2001			TEMMUZ 2001		
	Hastanede Yatarak Tedavi Sayısı	Yatarak Tedavi Başına Ortalama Ödenen Ücret	Ortalama Hasta Kalış Gün Süresi	Hastanede Yatarak Tedavi Sayısı	Yatarak Tedavi Başına Ortalama Ödenen Ücret	Ortalama Hasta Kalış Gün Süresi
SSK	7,036	539,334,055	4.7	5,259	586,397,548	3.9
ÖSS	69	1,212,333,000	2.6	31	1,027,225,806	2.1

2001 Ocak ayında özel sağlık sigortalı bir kişiye, SSK'na bağlı bir sigortalıdan yatarak tedavi başına bedel olarak 2.2 kat daha fazla ödeme yapılmıştır. 2001 Temmuz ayında ise bu 1.7 kattır.

2001 Ocak ayında SSK bağlı sigortalıların ortalama hastanede kalış süresi özel sağlık sigortalılardan fazla olmasına rağmen, yatarak tedavi başına ödenen ücret çok daha azdır. 2001 Temmuz ayında da benzer bir durum söz konusudur.

Yatarak tedavi hizmetleri ile ilgili SSK bağlı sigortalılara ödenen toplam rakam 2001 Ocak ayı için 3,794,754,409,706 TL' dir. Bu rakam 2001 Temmuz ayı için toplam 3,083,864,704,068 TL' dir. SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalı başına düşen harcama Tablo 27'de gösterilmiştir.

Yatarak tedavi hizmetleri ile ilgili özel sağlık sigortalılara ödenen toplam rakam 2001 Ocak ayı için 83,650,977,000 TL' dir. Bu rakam 2001 Temmuz ayı için toplam 31,843,999,986 TL' dir. Sigortalı başına düşen harcama Tablo 27 'de gösterilmiştir.

Tablo 27: SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarının yatarak tedavi hizmetlerinde sigortalı başına sağlık harcamaları

	OCAK 2001	TEMMUZ 2001
	YATARAK TEDAVİ HİZMETLERİ SİGORTALI BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMASI TL	YATARAK TEDAVİ HİZMETLERİ SİGORTALI BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMASI TL
SSK	1,848,671	1,502,351
ÖSS	12,831,873	4,884,798

Yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri ile ilgili SSK'na bağlı sigortalılara ödenen toplam rakam 2001 Ocak ayı için 6,162,858,620,200 TL' dir. Bu rakam 2001 Temmuz ayı için toplam 5,535,344,284,259 TL' dir. Sigortalı başına düşen harcama Tablo 28' de gösterilmiştir.

Yatarak ve ayakta tedavi hizmetleri ile ilgili özel sağlık sigortalılara ödenen toplam rakam 2001 Ocak ayı için 205,196,030,528 TL' dir. Bu rakam 2001 Temmuz ayı için toplam 170,529,085,279 TL' dir. Sigortalı başına düşen harcama Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28 : SSK Tepecik Hastanesi'ne başvuran sigortalılar ile özel sağlık sigortalılarının toplam tedavi hizmetlerinde sigortalı başına sağlık harcamaları

	OCAK 2001	TEMMUZ 2001
	TOPLAM TEDAVİ HİZMETLERİ SİGORTALI BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMASI TL	TOPLAM TEDAVİ HİZMETLERİ SİGORTALI BAŞINA DÜŞEN SAĞLIK HARCAMASI TL
SSK	2,696,625	3,002,328
ÖSS	31,476,612	26,158,780

4.3 Özel Sağlık Sigortalılarının Sağlık Hizmet Kullanımı

YKS İzmir Bölge Müdürlüğüne bağlı özel sağlık sigortalılarına uygulanan sağlık hizmet kullanımına ait ankete 352 sigortalı katılmıştır. Bu sigortalıların 187 (%53)'si kadın, 165 (%47)'si erkektir.

Anket çalışmasına katılan sigortalıların yaşlara göre dağılımı ile ilgili veriler Tablo 29'da gösterilmektedir.

Tablo 29: Ankete katılan özel sağlık sigortalıların yaşlara göre dağılımı

YAŞ	SAYI	%
20 yaş ve altı	10	2.8
21-25	45	12.8
26-30	49	13.9
31-35	59	16.8
36-40	73	20.7
41-45	40	11.4
46-50	26	7.4
51-55	28	8.0
56-60	22	6.3
TOPLAM	352	100.0

Ankete katılan sigortalıların öğrenim durumlarına bakıldığında; 11 kişi (%3.1) ilköğretim, 53 kişi (%15.1) ortaöğretim, 273 kişi (%77.6) yükseköğretim, 15 kişi (%4.3) lisansüstü öğrenim almıştır.

Ankete katılan özel sağlık sigortalılardan %62.8'i başka bir sosyal güvenceye sahiptir. Sosyal güvencesi olanların sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı incelendiğinde en fazla (%58.8) SSK'na bağlı oldukları görülmüştür. Kişilerin özel sağlık sigortasını neden yaptıkları sorusuna en sık alınan yanıt ise; bağlı oldukları sosyal güvencenin yetersiz olması ve bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumuna güvenmedikleridir (%61.5).

Sağlık hizmet kullanımına etkisinin önemli olduğu düşünülerek ankette sorgulanan bir diğer tanımlayıcı değişken algılanan gelir düzeyidir. Kişilere hangi gelir düzeyinde oldukları sorulmuş ve 148 kişi (%42.0) iyi düzeyde olduğunu söylerken, 123 kişi (%34.9) gelir düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. 71 kişi (%20.2) çok iyi gelir düzeyine sahip olduğunu belirtirken, 10 kişi (%2.8) kötü gelir düzeyine sahip olduğunu düşünmektedir.

Toplumda özel sağlık sigortası çok yaygın olarak bilinmediği için, kişilerin satın aldıkları poliçe ile ilgili yeterli bilgileri olmayabileceği ve bununda sağlık hizmet kullanımını olumsuz etkileyebileceği düşünülerek, satın aldıkları poliçe ile ilgili bilgi alıp almadıkları araştırılmıştır. Kişilerin %39.5 kesinlikle tüm ayrıntıların anlatıldığını söylerken, sadece %6.3'ü hiç bilgi almadan poliçe satın aldıklarını söylemişlerdir.

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının poliçe kullanımları sorulduğunda %25.6'sı poliçelerinden yararlandıklarını belirtmişlerdir. Poliçelerini kullanmayanlara nedeni sorulduğunda, özellikle büyük riskler ve önemli sağlık sorunlarında kullanmak üzere özel sağlık poliçesi yaptırdıklarını söylemişlerdir (%53.8'i).

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının bir sağlık sorunu olduğunda ilk başvurdukları kurumlara göre dağılım Tablo 30'da belirtilmiştir. Yine koruyucu sağlık hizmetleri ile ilgili ilk tercih ettikleri kurumun dağılımı incelendiğinde sağlık sorununda olduğu gibi özel sağlık kuruluşlarının tercih edildiği görülmüştür.

Tablo 30: Özel Sağlık sigortalılarının ilk başvurdukları kurumların sağlık sorunu ve koruyucu hekimlik hizmetlerine göre dağılımı.

KURUM	SAĞLIK SORUNU %	KORUYUCU HEKİMLİK %
KAMU KURUMLARI	4.8	1.7
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	6.0	0.3
ÖZEL SAĞLIK KURUŞLARI	89.2	98.0

Son 15 gün içinde sigortalı veya ailesinden birinin sağlık sorunu olup olmadığı sorulduğunda ankete katılanların %18.2'si evet yanıtını vermiştir. Sağlık sorunu olan kişilerin %3.1'i bununla ilgili bir sağlık kuruluşuna başvurmadığını bildirmiştir.

Başvuruda bulunmama nedeni olarak sağlık sorununu önemsemediklerini veya kendileri çözüm bulduklarını söylemişlerdir.

Tablo 31: Sağlık sorunu nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuranların cinsiyete göre dağılımı

CİNSİYET	SAYI	%
KADIN	30	48.4
ERKEK	32	51.6
TOPLAM	62	100.0

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının sağlık sorunu olan ve başvuranların cinsiyet yönünden dağılımı ile sağlık sorunu olmayanların cinsiyet yönünden dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 32).

Tablo 32: Cinsiyet yönünden dağılımın sağlık sorunu olan ve başvuranlar ile sağlık sorunu olmayan gruplar üzerine etkisi

CİNSİYET	SAĞLIK SORUNU OLANLAR		SAĞLIK SORUNU OLMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KADIN	30	16.0	157	84.0	187	100.0
ERKEK	32	19.4	133	80.6	165	100.0
TOPLAM	62	17.6	290	82.4	352	100.0

Yates Düzeltmeli Ki-kare=0.47, p=0.4943

Tablo 33: Sağlık sorunu nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuranların yaşlara göre Dağılımı

YAŞ	SAYI	%
25 yaş ve altı	10	16.1
26-30	9	14.5
31-35	7	12.3
36-40	10	16.1
41-45	8	12.9
46-50	5	8.1
51-55	8	12.9
56-60	5	8.1
TOPLAM	62	100.0

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının sağlık sorunu olan ve başvuranların yaşlara göre dağılımı ile sağlık sorunu olmayanların yaşlara göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 34).

Tablo 34: Yaşlara göre dağılımın sağlık sorunu olan ve başvuranlar ile sağlık sorunu olmayan gruplar üzerine etkisi

YAŞ	SAĞLIK SORUNU OLANLAR		SAĞLIK SORUNU OLMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
30 yaş ve altı	19	18.3	85	81.7	104	100.0
31-40	17	13.6	115	86.4	132	100.0
41-50	13	19.7	53	80.3	66	100.0
51-60	13	26.0	37	74.0	50	100.0
TOPLAM	62	17.6	290	82.4	352	100.0

Ki-kare=4.69, p=0.1958, SD=3

Sağlık sorunu olup bir sağlık kuruluşuna başvuran özel sağlık sigortalılarının ilk başvuru için seçtiği kurum özel sağlık kuruluşudur (%90.3). Sağlık sorunu olan sigortalıların %67.2'sinin özel sağlık sigortası dışında sosyal güvencesi bulunmaktadır (Bu kişilerin sosyal güvencelerine göre dağılımları Tablo 35'de gösterilmiştir). Sağlık sorunu olup bir sağlık kuruluşuna başvurmamayanların tamamının ikinci bir sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 35: Sağlık sorunu nedeni ile sağlık kuruluşuna başvuranların sosyal güvenlik kurumlarına göre dağılımı

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	SAYI	%
SSK	27	62.8
Bağ-Kur	10	23.3
Emekli Sandığı	4	9.3
Diğer	2	4.6
TOPLAM	43	100.0

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarından sağlık sorunu olan ve başvuranların sosyal güvencesi olması ile sağlık sorunu olmayanların sosyal güvencesi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 36).

Tablo 36: Sosyal güvencenin sağlık sorunu olan ve başvuranlar ile sağlık sorunu olmayan gruplar üzerine etkisi

SOSYAL GÜVENCE	SAĞLIK SORUNU OLANLAR		SAĞLIK SORUNU OLMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SOSYAL GÜVENCE VAR	43	19.5	178	80.5	221	100.0
SOSYAL GÜVENCE YOK	19	14.5	112	85.5	131	100.0
TOPLAM	62	17.6	290	82.4	352	100.0

Yates Düzeltmeli Ki-kare=1.07, p=0.3009

Ankete katılan ve son 15 gün içinde kendisinin veya ailesinden birinin sağlık sorunu olduğunu söyleyen sigortalıların öğrenim durumuna bakıldığında %76.6 'sının yükseköğrenim gördüğü belirlenmiştir. Öğrenim durumu yönünden sağlık sorunu olan ve başvuran ile sağlık sorunu olmayan özel sağlık sigortalıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 37).

Tablo 37: Öğrenim durumunun sağlık sorunu olan ve başvuranlar ile sağlık sorunu olmayan gruplar üzerine etkisi

ÖĞRENİM DURUMU	SAĞLIK SORUNU OLANLAR		SAĞLIK SORUNU OLMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İLK-ORTA-LİSE ÖĞRENİMİ	14	21.9	50	78.1	64	100.0
YÜKSEKOKUL-LİSANSÜSTÜ ÖĞRENİM	48	16.6	240	83.4	288	100.0
TOPLAM	62	17.6	290	82.4	352	100.0

Yates Düzeltmeli Ki-kare=0.65, p=0.4190

Ankete katılan ve son 15 gün içinde kendisinin veya ailesinden birinin sağlık sorunu olduğunu söyleyen sigortalıların %39.0'u gelir düzeyini iyi olarak belirtmiştir. Sağlık sorunu olan ve sağlık kuruluşuna başvuran sigortalıların gelir düzeyleri ile sağlık sorunu olmadığını söyleyen ve sağlık kuruluşuna başvurmayan sağlık sigortalılarının gelir düzeylerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 38).

Tablo 38: Algılanan gelir düzeyinin sağlık sorunu olan ve başvuranlar ile sağlık sorunu olmayan gruplar üzerine etkisi

ALGILANAN GELİR DÜZEYİ	SAĞLIK SORUNU OLANLAR		SAĞLIK SORUNU OLMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ÇOK İYİ	18	25.3	53	74.7	71	100.0
İYİ	24	16.2	124	83.8	148	100.0
ORTA-KÖTÜ	20	15.0	113	85.0	133	100.0
TOPLAM	62	17.6	290	82.4	352	100.0

Ki-kare=3.74, p=0.1543, SD=2

Sağlık sorunu ile başvuruda buldukları kurumdan aldıkları hizmeti %67.7'si iyi bulurken, %11.2'si kötü ve çok kötü (sayı az olduğu için birleştirilerek değerlendirilmiştir) olarak tanımlamıştır. Buna rağmen kişilere sağlık sorunları ile ilgili bilgi verilirken verilmeyen sorulduğunda %62.9'u bazı önemli noktaların aktarıldığını, %25.8'i ise sadece sorularının yanıtlandığını bildirmişlerdir. Sağlık sorunu ile ilgili tüm ayrıntıların aktarıldığını düşünenlerin oranı ise %8.1'dir.

Sağlık sorunu olup bir kuruma başvuran özel sağlık sigortalılarının %85.5'i aldıkları hizmetin maliyetini bilirken, %14.5 aldıkları hizmetin maliyetini hiç bilmediklerini söylemişlerdir. Bu kişilerin %57.8'i aldıkları poliçenin özelliği olarak hizmete katılımları söz konusudur. %42.2 'sinin ise hizmete katılımları olmayıp, tüm harcamaları sigorta tarafından karşılanmaktadır. Aldıkları hizmetin maliyetini bilmeyenlerin tamamını hizmete katılımı olmayan sigortalılar oluşturmaktadır.

Son bir yıl içinde sigortalı ya da ailesinden birinin hastaneye yatması önerilip önerilmediği sorulduğunda ankete katılanlardan %11.1' i evet yanıtı vermiştir. Hastaneye yatması önerilen kişilerden sadece %7.7'si hastaneye yatmamıştır. Hastaneye yatmama nedenleri sorulduğunda ise, sigortalıların %66,6'sı (2 kişi)

konulan tanıya veya doktora güvenmediklerini ifade etmişlerdir. Bu nedenle başka doktora başvurmuşlar ve ayaktan sağaltım görmüşlerdir. Sağlık poliçesi katılımlı olduğu için hastaneye yatmadığını söyleyen 1 kişidir (%33.4) .

Tablo 39: Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların cinsiyete göre dağılımı

CİNSİYET	SAYI	%
KADIN	22	61.1
ERKEK	14	38.9
TOPLAM	36	100.0

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarından, son bir yıl içinde hastaneye yatanların cinsiyet yönünden dağılımı ile hastaneye yatmayanların cinsiyet yönünden dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 40).

Tablo 40: Cinsiyet yönünden dağılımın hastaneye yatan ve yatmayan sigortalılar üzerine etkisi

CİNSİYET	HASTANEYE YATANLAR		HASTANEYE YATMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
KADIN	22	11.8	165	88.2	187	100.0
ERKEK	14	8.5	151	81.5	165	100.0
TOPLAM	36	10.2	316	89.8	352	100.0

Yates Düzeltmeli Ki-kare=0.70, p=0.4024

Son bir yıl içinde hastaneye yatarak tedavi görmesi önerilerek hastanede tedavi gören sigortalıların yaşlara göre dağılımı Tablo 41'de görülmektedir.

Tablo 41: Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların yaşlara göre dağılımı

YAŞ	SAYI	%
25 yaş ve altı	8	22.2
26-30	3	8.3
31-35	5	13.8
36-40	9	25.0
41-45	5	13.8
46-50	2	5.5
51-55	4	11.1
56-60	0	0.0
TOPLAM	36	100.0

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarından, son bir yıl içinde hastaneye yatanların yaş gruplarına göre dağılımı ile hastaneye yatmayanların yaş gruplarına göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 42).

Tablo 42: Yaşlara göre dağılımın hastaneye yatan ve yatmayan sigortalılar üzerine etkisi

YAŞ	HASTANEYE YATAN		HASTANEYE YATMAYAN		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
30 yaş ve altı	11	10.6	93	89.4	104	100.0
31-40	14	10.6	118	89.4	132	100.0
41-50	7	10.6	59	89.4	66	100.0
51-60	4	8.0	46	91.0	50	100.0
TOPLAM	36	10.2	316	89.8	352	100.0

Ki-kare=0.31, p=0.9571, SD=3

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarından, son bir yıl içinde hastaneye yatması önerilenlerin %43.6'sı aynı zamanda SSK'na bağlı sigortalı olup, %71.8 'inin ikinci bir sosyal güvencesi vardır.

Tablo 43: Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların ikinci bir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmalarına göre dağılımı

SOSYAL GÜVENLİK KURUMU	SAYI	%
SSK	17	60.7
Bağ-Kur	8	28.6
Emekli Sandığı	2	7.1
Diğer	1	3.6
TOPLAM	28	100.0

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarından hastaneye yatarak tedavi görenlerin sosyal güvencesi olması ile hastaneye yatarak tedavi görmeyenlerin sosyal güvencesi olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (Tablo 44).

Tablo 44: İkinci bir sosyal güvencenin hastaneye yatan ve yatmayan sigortalılar üzerine etkisi

SOSYAL GÜVENCE DURUMU	HASTANEYE YATANLAR		HASTANEYE YATMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
SOSYAL GÜVENCE VAR	28	12.7	193	87.3	221	100.0
SOSYAL GÜVENCE YOK	8	6.1	123	93.9	131	100.0
TOPLAM	36	10.2	316	89.8	352	100.0

Yates Düzeltmeli Ki-kare=3.18, p=0.0746

Ankete katılan ve son bir yıl içinde kendisinin veya ailesinden birisine hastanede yatarak tedavi önerildiğini söyleyen sigortalıların öğrenim durumuna bakıldığında %74.4 'ünün yükseköğrenim gördüğü belirlenmiştir. Öğrenim durumu yönünden yatarak tedavi gören ve görmeyen özel sağlık sigortalıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 45).

Tablo 45: Öğrenim durumunun hastaneye yatan ve yatmayan sigortalılar üzerine etkisi

ÖĞRENİM DURUMU	HASTANEYE YATANLAR		HASTANEYE YATMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
İLK-ORTA-LİSE ÖĞRENİMİ	9	14.1	55	85.9	64	100.0
YÜKSEKOKULLİSANSÜSTÜ ÖĞRENİM	27	9.4	261	90.6	288	100.0
TOPLAM	36	10.2	316	89.8	352	100.0

Yates Düzeltmeli Ki-kare =0.798, p=0.3727

Ankete katılan ve son bir yıl içinde kendisinin veya ailesinden birisine hastanede yatarak tedavi önerildiğini söyleyen sigortalıların %46.2'si gelir düzeyini iyi olarak belirtmiştir. Yatarak tedavi gören ve görmeyen özel sağlık sigortalıları arasında gelir düzeylerinin dağılımı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (Tablo 46).

Tablo 46: Algılanan gelir düzeyinin hastaneye yatan ve yatmayan sigortalılar üzerine etkisi

ALGILANAN GELİR DÜZEYİ	HASTANEYE YATANLAR		HASTANEYE YATMAYANLAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
ÇOK İYİ	6	8.5	65	91.5	71	100.0
İYİ	16	10.8	132	89.2	148	100.0
ORTA-KÖTÜ	14	10.5	119	89.5	133	100.0
TOPLAM	36	10.2	316	89.8	352	100.0

Ki-kare=0.31, p=0.8555, SD=2

Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların %91.6'sı ilk tercih ettikleri kurum olarak özel sağlık kuruluşlarını belirtmişlerdir. Hastaneye yatarak tedavi gören

sigortalıların %50'si aldıkları hizmeti iyi bulduğunu söylerken, %22.2 kötü veya çok kötü olarak değerlendirmişlerdir.

Hastaneye yatarak tedavi gören sigortalılara sağlık sorunları ile ilgili bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri sorulduğunda, %47.2'si bazı önemli konuların açıklandığını söylerken, %33.3'ü sadece sorularının yanıtlandığını söylemiştir.

Yatarak tedavi gören sigortalıların %80.6'sı aldıkları hizmetin maliyetini bilirken, %19.4'ü hizmetin maliyetini bilmediklerini söylemişlerdir. Hizmetin maliyetini bilmeyen sigortalıların tamamının poliçelerinin maliyete katılımlı poliçe olmadığı belirlenmiştir.





Beşinci Bölüm

TARTIŞMA

5. 1 Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde değerlendirilecektir. Öncelikle sağlık harcamaları ile ilgili elde edilen bulgular değerlendirilecektir. Daha sonra özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili bulgular tartışılacaktır.

5. 1. 1 Tedavi Edici Sağlık Hizmet Harcamalarının Değerlendirmesi

Özel sağlık sigortalıları ile SSK'na bağlı sigortalıların doktor muayene sayılarına bakıldığında 2001 Ocak ayında 7.5 özel sigortalıdan biri doktora başvururken, 2001 Temmuz' da 5.4 kişiden biri doktora başvurmuştur. 2001 Ocak ayında SSK'na bağlı sigortalılardan 20.4 kişiden biri doktora başvururken, 2001 Temmuz' da 24.8 kişiden biri doktora başvurmuştur. Özel sağlık sigortalılarının doktora başvuru sıklığı SSK'na bağlı sigortalılardan çok fazladır. Bunun nedeni olarak özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmetine çok kolay ulaşabiliyor olması gösterilebilir. Yine özel sağlık sigortalarında hizmet başı ödeme sistemi olması nedeni ile yapılan her bir işlem için doktor muayene faturası kesilmesi doktor muayene sayısını arttırdığı düşünülmektedir. Örneğin; özel sağlık sigortalarında aynı hastalıkla ilgili bile olsa doktor kontrolleri ayrı olarak muayene ücreti alınmakta ve faturalandırmaktadır. Bir başka örnek olarak çocukların rutin aşılarının yapılması için doktora başvurulduğunda aşılama bedeli ile beraber muayene ücreti de alınmaktadır.

Özel sağlık sigortalıları ile SSK'na bağlı sigortalıların doktor muayene başına ödenen rakamlara bakıldığında, her iki ayda da özel sağlık sigortalılarının harcamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunda en önemli etken faturaların farklı yöntemlerle fiyatlandırılmasından kaynaklanmaktadır. Özel sağlık sigortalarında TTB Asgari Ücret Tarifesi kullanılırken, SSK'da bir ücret alınmamaktadır. Araştırmada belirlenen harcama fiyatı BUT baz alınarak hesaplanmıştır. Kamu sağlık sigortası olması nedeni ile bu tercih yapılmıştır. Bir diğer neden her iki kurumda sağlık ödeme modellerinin farklı olmasıdır. Özel

sigortalar hizmet başına ödeme yaparken, SSK'da doktor ücretleri maaş ile ödenmektedir.

Özel sağlık sigortalıları ile SSK'na bağlı sigortalıların tanı yöntemleri sayılarına ve bununla ilgili harcamalara bakıldığında doktor muayene başına istenen tetkik sayısı hemen hemen aynı olmasına rağmen, özel sağlık sigortalı bir kişiye, SSK'na bağlı sigortalı kişiden yaklaşık 4.5 kat daha fazla para ödenmiştir. Burada da fiyatlandırma neden olarak gösterilmekle beraber, ileri teknoloji gerektiren ve daha pahalı tetkiklerin özel sağlık sigortalılarında sık kullanıldığı gözlenmiştir. SSK'na bağlı sigortalıları için, SSK Tepecik Eğitim Hastanesi'nden anlaşmalı kurumda yapılmak üzere ayda 638 MR sevki yapılırken, özel sağlık sigortalıları için aylık 156 adet MR ödemesi yapılmaktadır. Muayene olan 157.7 SSK'na bağlı sigortalıdan biri için MR istenirken, muayene olan 41.8 özel sağlık sigortalısından birine MR istenmiştir. Ayrıca sağlık sorunu olmadan genel kontrol amaçlı yapılan tetkiklerde özel sağlık sigortalılarında oldukça sık görülmekte ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır.

Özel sağlık sigortalıları ile SSK'na bağlı sigortalıların reçete sayılarına ve bununla ilgili harcamalara bakıldığında, özel sağlık sigortalılarının reçete başına ödediği rakamların daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak dikkat çeken nokta her iki grupta doktor muayene ücretleri ve tanı yöntemleri için daha belirgin farklılık varken, ilaç ödemelerinde bu farkın az olmasıdır. Bunun nedeninin özel sağlık sigortalarında ilaç teminatının rakamsal olarak en düşük verilen teminat olması ve teminatı arttırdıkça poliçe primine çok fazla yansımaları olduğu düşünülmektedir. Bu özel sağlık poliçesi alırken ilaç teminatının az tercih edilmesine neden olmaktadır. Ayrıca bir çok ilaç poliçe kapsamı dışında tutulmaktadır. Özellikle psikiyatrik tüm ilaçların kapsam dışı olması, alerji aşularının vb. ödenmemesinin, özel sağlık sigortalarının ilaç harcamalarının azalmasına katkısı olduğu düşünülmektedir.

Özel sağlık sigortalıları ile SSK'na bağlı sigortalıların yatarak tedavi sayılarına ve bununla ilgili harcamalara bakıldığında, 2001 Ocak ayında 94.4 özel sigortalıdan biri yatarak tedavi görürken, 2001 Temmuz' da 210.2 kişiden biri yatarak tedavi

görmüştür. 2001 Ocak ayında SSK'na bağlı sigortalılardan 527.8 kişiden biri yatarak tedavi görürken, 2001 Temmuz' da 714.1 kişiden biri yatarak tedavi görmüştür. Özel sağlık sigortalıları yatarak tedavi hizmetini daha çok kullanırken, yatarak tedavi başına ödenen ücrette SSK'na bağlı sigortalılara ödenen ücretten fazladır. Bu noktada yatarak tedavi nedenlerinin incelenmesi harcamaların arasındaki farkı anlamayı kolaylaştıracaktır. Özel sağlık sigortalılarının 2001 yılı yatarak tedavi nedenleri incelendiğinde tüm yatışların %13.1'nin nedeninin Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, akut farenjit, akut tonsillit , akut sinüzit olduğu görülmüştür. Eğer bu nedenler kanser, koroner kalp hastalığı, hemodiyaliz gibi uzun süreli, yüksek maliyetli tedaviler olsaydı harcamaların yüksek olmasının nedenleri daha net anlaşılabilirdi diye düşünülmektedir.

Özel sağlık sigortalıları ile SSK'na bağlı sigortalıların ayakta tedavi giderleri ile ilgili sigortalı başına düşen harcamalara bakıldığında, özel sağlık sigortalıların harcamalarının, SSK'na bağlı sigortalılardan yaklaşık 14.1 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Bu farklılığın temel nedeninin, özel sağlık sigortalılarının hizmete kolay ulaşması, hizmeti almak için beklemenin gerekmemesi gibi nedenlerle sağlık hizmet kullanımının fazla olması ve SSK 'nun hizmeti kendi sunması nedeniyle maliyetlerinin düşük olmasıdır. Aynı nedenler toplam tedavi hizmetlerinde sigortalı başına düşen sağlık harcamalarında da geçerlidir. Ayrıca önemli bir noktada özel sağlık sigortalarında sağlık harcamalarının illere göre de farklılık göstermesidir. Araştırmanın İzmir ilinde yapılması bulunan harcama miktarlarını azaltıcı bir etki göstermiştir. Benzer bir çalışma İstanbul ya da Ankara'da yapıldığında çok daha yüksek harcama bedelleri bulunacaktır. Özel sigorta şirketleri sırf bu nedenle farklı illerde farklı prim fiyatları uygulamaktadır.

1998 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı "Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı " araştırmasında SSK'da aktif sigortalıların kişi başı sağlık harcamasını 73,469,189 TL, sigortalı başına sağlık harcamasını 13,244,494 TL olarak belirtmiştir (38). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı "Genel Sağlık Sigortası" ile ilgili hazırlanan yasa tasarısı taslağında 2001 yılı için SSK'na bağlı sigortalıların kişi başı sağlık harcamasını 96,390,000 TL (76,5 USD, 1 USD= 1,260,000 TL almışlardır)

olarak açıklamıştır (73). Bu çalışmalarda da belirtildiği üzere kamu sağlık harcamalarında kişi başı sağlık harcaması en düşük olan sosyal güvenlik kurumu SSK' dur. Aynı çalışmada 2001 yılı için Bağ-Kur' lular için 143,640,000 TL, Emekli Sandığı mensupları için 481,320,000 TL, Bakanlıklar için 209,160,000 TL, ağırlıklı ortalama ise 146,160,000 TL' dir. 1992 yılında yapılan "Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı" araştırmasında toplam sağlık hizmet ödemelerinde özel sektörde ortalama 1,795,000 TL bulunurken, kamu sektöründe bu rakam 293,000 TL olarak bulunmuştur. Doktor ücreti ödemelerinde özel sektörde ortalama rakam 379,000TL iken, kamu sektöründe bu rakam 198,000 TL' dir (74). Bu çalışmalarda bulunan sonuçlar araştırmada elde edilen bulguları desteklemektedir.

5. 1. 2 Sağlık Hizmet Kullanımı İle İlgili Bulguların Değerlendirmesi

Ankete katılan sigortalıların en yoğun bulunduğu yaş grubu 36-40 yaş grubudur. Yaş grubu olarak genç ve orta yaşta kişilerin ankete katılıyor olmasının kullanım oranlarına olumsuz etkisi olacağı düşünülmüştür. Ancak 51 yaş ve üzeri sigortalıların oranlarına bakıldığında yaş yönünden olumsuzluğun ortadan kalktığı düşünülmüştür. Ankete katılan sigortalıların çoğu yükseköğrenim görmüştür. 1998 yılında "Özel sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin" adlı çalışmada yüksekokul ve üzeri eğitim gören sigortalıların oranı %48.0'dır. "Özel Sağlık Sigortalıları Tüketici Profili Üzerine" yapılan bir başka çalışmada yüksekokul mezunu sigortalı oranı %51.4'tür. Bu sonuçlar özel sağlık sigortasını daha çok yüksek öğrenim görmüş kişiler tarafından tercih edildiğini düşündürmektedir (66).

Sigortalıların genelde ikinci bir sosyal güvenceye sahip olması dikkat çekicidir. Bu ikinci sosyal güvenlik kurumu çoğunlukla SSK' dur. Kişiler sosyal güvenceleri olmasına rağmen yetersiz hizmet aldıkları, sosyal güvenlik kurumuna güvenmedikleri gerekçesiyle özel sağlık sigortasını yaptırdıklarını söylemişlerdir. "Özel sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin" adlı çalışmada da çalışmaya katılanların %94.8'nin ikinci bir sosyal güvencesi olup, bu sosyal güvenlik kuruluşları içinde çoğunluğun (%59.8) SSK

olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmada özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri içinde en önemlisinin bağlı olunan sosyal güvenlik kurumunun hizmetinin kalitesini beğenmemek ve kuruma güvenmemek olduğu sonucuna varılmıştır. SSK'na bağlı kişilerde bu nedenler anlamlı olarak diğerlerinden farklı bulunmuştur (66).

Ankete katılanların çoğu iyi gelir düzeyine sahiptir. "Özel Sağlık Sigortaları Tüketici Profili Üzerine" yapılan bir çalışmada iyi gelir düzeyine sahip sigortalı oranı %43.9 bulunmuştur (75).

Ankete katılan özel sağlık sigortalıların yaklaşık dörtte biri poliçelerini kullandıklarını söylemiştir. "Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin" adlı çalışmada son bir yıl içinde 4-6 kez hizmet alanların yüzdesi %41.7, hiç hizmet almamış olanların yüzdesi %9.1 çıkmıştır. Bu araştırmada sağlık poliçe kullanımının daha az olma nedeni çalışmanın sahada yapılmış olmasıdır. Diğer çalışmanın hastaneye başvurular üzerinde yapılmış olması, kronik hastalığı olan kişilerin çalışmaya katılma olasılığını arttırmaktadır. "Özel Sağlık Sigortaları Tüketici Profili Üzerine" yapılan çalışmada sağlık poliçesi kullananların yüzdesi %46.7'dir. Ankete katılan özel sağlık sigortalıların sağlık sorunları olduğunda ilk tercih ettikleri ve koruyucu sağlık hizmetleri için ilk tercih ettikleri kurum sorulduğunda büyük çoğunluk özel sağlık kurumlarını tercih ettiklerini söylemişlerdir. "Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin" adlı çalışmada da kişiler özel sağlık kuruluşların sunduğu hizmetin kamu hastanelerinden daha yeterli olduğu sorusuna %90.8'i kesinlikle katılıyorum yanıtını vermiştir. Bu araştırmada da kişilerin özel sağlık kurumlarını tercih etme nedenlerinin, kamu hastane ve sağlık kurumlarının yeterli hizmet vermediğine inanmaları olduğu düşünülmektedir. Kişilerin özel sağlık sigortası yaptırırken poliçeyi kullanma konusunda gerekli bilgileri aldığı ve bunun poliçeyi kullanma üzerine olumsuz etkisi olmadığı sonucuna varılmıştır.

Ankete katılan sigortalıların son on beş gün içinde sağlık sorunu olup olmadığı sorusuna %18.2'si olumlu yanıtlamıştır. Bunların içinde sadece %3.1 'i bu sorun nedeni ile sağlık kurumuna başvurmamıştır. Bu kişilerin başvurmama nedeni sorunu

önemsememeleri veya kendileri çözüm bulmalarıdır. 1992 yılında yapılan "Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı" araştırmasında bir yılda kişi başı doktora başvurma oranı 2.44'tür. Bu oran SSK'na bağlı sigortalılarda 3.59, özel sağlık sigortalılarında 3.32'dir. Sağlık Bakanlığı'nın 1999 yılında "Sağlık Hizmet Kullanıcıları Memnuniyet Araştırması"nın da en son hastalık veya rahatsızlık geçirenlerin %90.4'ü bu rahatsızlık veya hastalıkla ilgili bir sağlık kuruluşuna başvurmuş, %9.6'sı başvurmamıştır (76). Sağlık kuruluşuna başvurmamayanların %28.8'i kendi kendilerine tedavi uygulamış, %26.2'si eski ilaçlarını kullanmış, %18.8'i sorunu önemsememiş ve %24.0'ı ödeme güçlüğü nedeni ile başvurmadığını söylemiştir. 2001 yılında "Geçici Yerleşim Alanlarında Yaşayanların Sağlık Hizmetlerini Kullanımı" ile ilgili yapılan bir araştırmada son on beş gün içinde sağlık sorunu nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurusu gerekenlerin yüzdesi %47.2'dir (77). Son on beş gün içinde sağlık sorunu olanların %71.5 sağlık kuruluşuna başvurmuş, %28.5'i başvurmamıştır. Sağlık kuruluşuna başvurmamayanların %19.7'si istemediğini, %58.1'i ise maddi yetersizlik nedeni ile başvurmadığını söylemiştir. Özel sağlık sigortalılarında son on beş gün içinde sağlık sorunu olanların yüzdesi düşük olmakla beraber sağlık kurumuna başvurma yüzdesi çok yüksektir. Özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmetine ulaşma konusunda sorun yaşamamaları ve gelir düzeylerinin yüksek olması nedeniyle ödeme konusunda sorun yaşamamaları sağlık hizmet kullanımını arttırmaktadır.

Ankete katılan ve sağlık sorunu olanlarla, olmayan kişiler arasında cinsiyet, yaş, öğrenim düzeyi ve gelir durumu yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Aynı şekilde ankete katılan ve hastaneye yatması önerilenlerle, önerilmeyen kişiler arasında cinsiyet , yaş, öğrenim düzeyi ve gelir durumu yönünden anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Oysa yapılan bir çok araştırmada bu etkenlerin sağlık hizmet kullanımını artırıcı yönde etkileri vardır. "Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı" araştırmasında kadınlar erkeklerden , yaşlılar gençlerden daha çok hastane yatarak tedavi görmüşlerdir. Yine bu araştırmanın sonuçlarına göre gelir durumu yüksek olanlar ve yüksek öğrenim görenler sağlık sorunu nedeni ile daha çok hekime başvurmaktadır.

Ankete katılan ve sağlık sorunu olan ve hastaneye yatarak tedavi gören özel sağlık sigortalıların ilk başvuru için tercih ettikleri kurum genellikle özel sağlık kuruluşudur. "Sağlık Hizmet Kullanıcıları Memnuniyet Araştırması"nın da sağlık sorunu olup sağlık kuruluşuna başvuranların %87.0'ı kamu kuruluşlarına başvururken, %13' özel sağlık kuruluşları ve hekimleri tercih etmişlerdir "Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı" araştırmasında özel sağlık sigortalılarının %33.3 özel sağlık kuruluşlarını seerirken, %50'si devlet hastanelerini tercih etmiştir. Türkiye genelinde ise kişilerin yatarak tedavi gördükleri kurumların yüzdesi devlet hastaneleri için %49.4, özel sağlık kuruluşları için %5.9, SSK hastaneleri ise %25.6'dır. Yapılan araştırmanın İzmir ilinde olması ve özel sağlık kuruluşu sayısının yeterli olmasının tercih edilen kurumun büyük çoğunluğunun özel sağlık kurumu olmasını etkilediği düşünülmektedir.

Ankete katılan özel sağlık sigortalılarının son bir yıl içinde hastaneye yatarak tedavi görmesi önerilenlerin yüzdesi %11.1'dir. Hastaneye yatması önerildiği halde hastaneye yatmayan kişilerin yüzdesi %7.7'dir. Bu kişilerin hastaneye yatmama nedenleri olarak hekimin tanısına güvenmemeleri oldukça dikkat çekicidir. "Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı" araştırmasında SSK bağlı kişilerin hastaneye yatış yüzdesi %5.9 iken, özel sağlık sigortalarında bu yüzde %2.7'dir.

Hastaneye yatarak tedavi gören özel sağlık sigortalılarının %19.4' aldıkları hizmetin maliyetini bilmemektedir. Bu durum oldukça dikkat çekici olup, kişilerin tamamının poliçelerinin katılımsız poliçe olması ile açıklanabilir. Ancak bu durumun sağlık harcamalarını arttırıcı yönde bir etkisi olduğu tartışılmazdır. Nitekim kişilerin faturalarını incelememeleri nedeni ile bazı yapılmayan tetkik , tedavilerin yapılmış gibi faturaya yazılması ya da kullanılmayan ilaçların faturalandırılması söz konusu olabilmektedir. Ayrıca harcama miktarlarını bile bilmedikleri sağlık hizmetleri ile ilgili talepte artmaktadır.

Günümüzde tüm dünyada sağlık hizmetlerinde reform çalışmaları yapılırken, reform önerilerinin temel noktalarından biri de sağlık harcamaları içinde özel sağlık sektörünün ve özel sağlık sigortalılarının payını arttırmaktır. Bu sayede piyasa

ekonomisi koşulları oluşacağı ve serbest rekabet ile hizmet kalitesinin artıp sağlık maliyetlerinin azalacağı düşünülmektedir. Ancak özel sağlık sigortalarının harcamaları ve sağlık hizmet kullanımları ile ilgili araştırmalar çok azdır. Özel sağlık sigortası şu an yükseköğrenim gören, iyi gelir düzeyine sahip, 30-45 yaşında kişilerin tercih ettiği bir sosyal güvenlik modelidir. Çoğunun ikinci bir kamu sosyal güvencesi vardır. Ancak bu kurumlardan aldıkları sağlık hizmetini yetersiz bulmakta ve sosyal güvenlik kurumuna güvenmemektedirler. Sağlık hizmet kullanımları kamu sosyal güvenlik kurumuna mensup kişilerle hemen hemen aynı olmasına rağmen kişi başına düşen harcamalar çok daha yüksektir. Sigortacılığın sağlık hizmet sunumu üzerine olan olumsuz etkilerinin yansıması nedeni ile harcamaların özellikle arttığı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti kullanımı sırasında bekleme sürelerinin az olması, hizmete ulaşma konusunda sorun yaşamamaları kişi başı sağlık harcamalarının artmasına etki etmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri konusunda özel sağlık sigortalarının çok az hizmet vermesi bu konuda özel sağlık sigortalılarının daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerini kullanmasına neden olmaktadır. Özel sağlık sigortalılarının tedavi edici sağlık hizmetini kullanmalarında gerçek sağlık gereksinimlerinin ne kadar etkili olduğu tartışılır bir konudur. Çoğunlukla hizmeti satın alırken özel sigortalı olmanın, sağlık hizmet sunucularında talebi kabarttığı düşünülmektedir. Tanı koymak için daha fazla ve daha pahalı tanı yöntemleri kullanılmaktadır. Ödeme modeli olarak hizmet başı ödeme yapılması sağlık harcamalarının yüksek olmasının önemli nedenlerinden biridir. Hastaneye yatış endikasyonlarında tıbbi endikasyonların yanı sıra sosyal endikasyonlar da önem taşımaktadır. Özel sağlık sigortalılarının aldıkları hizmetten memnuniyetsizliklerinin bir nedeni doktora başvurduklarında çok fazla sayıda tetkik istenmesidir. Özel sağlık sigortalı olmanın sağlık hizmet kullanımını ve kişi başı sağlık harcamalarını arttırıcı bir etkisi olmaktadır.

SSK ise toplumda en çok tanınan, en fazla sigortalı sayısına sahip kurumdur. Sağlık hizmetini hem finanse eden, hem üreten hem de sunan bir kurum kimliği vardır. Bu dünyada örneği çok az görülen bir modeldir. Yapılan araştırmalarda kişi başı sağlık harcaması en düşük olan sosyal güvenlik kurumudur. Ama bünyesinde bulunmayan hizmeti anlaşmalı kurumlardan satın almaya başladıktan sonra sağlık

harcamalarında belirgin bir artış görülmüştür. Sağlık hizmet kullanıcıları tarafından en çok tanınan kurumdur. Bu kişiler sağlık sorunu olduğunda ilk tercih edilen kurumlar arasında SSK' nu göstermektedir. Ancak sağlık hizmetini sunduğu kişilerde algılanan hizmet kalitesi ve yeterliliği yönünden bir memnuniyetsizlik vardır. Bunun nedenlerinin sağlık hizmetinin kalitesini oluşturan bileşenlerden kaynaklanıp kaynaklanmadığı bilinmemektedir. SSK sağlık hizmetlerinde teşhislerde doğruluk oranı, operasyonlarda iyileşme oranı, teşhis koymada hızlilik gibi konularda hizmetin nasıl olduğu ile ilgili araştırmalar yetersizdir. Bilinen hizmete ulaşma ve bekleme süreleri konusunda sağlık hizmeti alanların ciddi bir sıkıntı yaşadığıdır. Kişi başı sağlık harcamalarının SSK'da özellikle özel sağlık sigortalarına göre az olmasının bir nedeni ödeme modelidir. Doktor ücretlerinin maaş yöntemi ile ödenmesi ciddi bir maliyet kontrolüne neden olmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık harcamalarının neredeyse yarısını kapsayan ilaç ve tıbbi malzeme fiyatlarında ise hem kendi üretmesi, hem dışardan toplu alımlarda önemli indirimler yaptırması maliyetleri azaltıcı bir etki yapmaktadır. Bütün bunlara karşılık SSK sunduğu hizmetlerle ilgili birim maliyetleri hesaplamamakta ve bu konuda tedavi edici sağlık hizmetlerinde giderlerini tam bilememektedir. Toplam giderler üzerinden sağlık harcamaları hesaplanmaktadır. Sunulan hizmet ile ilgili ayrıntılı bir dökümantasyon bulunmamaktadır. Bilgiler değişik departmanlarda dağınık olarak bulunmakta, bürokrasi ve çok başlılık nedeni ile sağlıklı bir derleme olanağı olmamaktadır.

5.2 SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmanın sonucunda özel sağlık sigortalarında kişi başına düşen sağlık harcaması, SSK'na bağlı sigortalı başına düşen sağlık harcamasından daha fazladır. Aynı şekilde özel sağlık sigortalılarının sağlık hizmet kullanımı SSK'na bağlı sigortalılardan çok daha fazladır. Özel sağlık sigortalarının sağlık hizmet kullanımı ve sağlık harcamalarını arttırıcı bir rolü olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmet sunumunda özel sağlık sigortalarının öne çıkarılmasının düşünülenin aksine sağlık harcamalarını olumsuz etkileyeceği kanısına varılmıştır.

Bu araştırma sonuçlarından yola çıkarak şunlar önerilmektedir:

1. Özel sağlık sigortaları sağlık harcamaları, sağlık hizmet kullanımı ve bunlarla ilgili nedenleri inceleyen geniş kapsamlı araştırmalar yapılmalıdır. Bu araştırma sonuçlarına göre ülke genelinde uygulanması düşünülen sağlık hizmet modeli içinde özel sektörün yerine karar verilmelidir.
2. SSK ile ilgili otomasyon, veri toplama ve raporlama konularında tek elden ve sağlıklı bir bilgi işlem ağının oluşturulması gerekmektedir.
3. SSK için sağlık hizmet birim maliyetleri hesaplanmalı ve yapılan işlemler için harcamalar hesaplanmalıdır.
4. Sigortacılığın sağlık hizmet kullanımı üzerine olan olumsuz etkileri incelenmeli, "Genel Sağlık Sigortası" uygulaması planlamalarında bunlar gözardı edilmemelidir.



KAYNAKLAR



1. Tatar F. Tatar M. Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının ideolojik Boyutları. Toplum ve Hekim Dergisi 1996; 11: 72: 32-41.
2. Keller C. Heller PS. Social Sector Reform in Transition Countries. Finance & Development. 2001; 38: 3.
3. International Monetary Fund. Review of Social Issues and Policies in IMF-Supported Programs. 1999; 17-30.
4. World Health Organization. The World Health Report 2000:Health systems: improving performans; WA540.1; 2000
5. OECD. The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries. Paris: Health Policy Studies No:2; 1992.
6. Sağlıkta Strateji. Sağlık Reformları ve Kişisel Sağlık Sigortası. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı: giriş sayfası; Haziran 1998.
7. Sağlık Sigortası Komisyonu-Avustralya. Nihai Sağlık Finansmanı Raporu, Politika Seçenekleri Çalışması. Ankara: Türkiye Bölüm:1 Politika; Ağustos 1995.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlıkta Dönüşüm. Ankara; Haziran 2003
9. The World Bank. World Development Report 1993. Investing in health. OUP: New York; 1993:108-132.
10. Bond MT, Heshizer BP;et al. Medical saving accounts:A health insurance option for the public sector?. Public Personel Management 1997; 26:4:535- 542.

11. Musgrove P. Public and Private Roles in Health. Washington (DC): The World Bank Discussion Paper No:339; August 1996; 14-8.
12. Preker A.S. Harding A. The economics of public and private roles in health care: Insights from institutional economics and organizational theory. The World Bank; 21875; June 2000.
13. Rodwin GV. Inequalities in Private and Public health Systems: The United States, France, Canada and Great Britain. New York University: Wagner School of Public Service; 1993.
14. Belek İ. Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası. İstanbul: Sorun Yayınları; 4. Baskı; 2001.
15. Kurtulmuş S. Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. İstanbul: Değişim Dinamikleri Yayınları; 1998.
16. Carr J. Ariste R. Health Human Resources: Cost Driver of the Canadian Health Care System. Applied Research and Analysis Directorate Health Canada; 2000.
17. Cutler DM. Making sense of the medical system. USA; NBER Reporter; 1997.
18. Devarajan S. Hammer JS. Risk Reduction and public spending. Policy Research Working Paper. The World Bank; WPS 1869; January 1998.
19. Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000. Ankara: TTB Yayın No:001/2000; Şubat 2000.
20. Gillett J. et al. Capitation and Primary care in Canada: Financial Incentives and The Evolution of Health Service Organizations. International Journal of Health Services 2001; 31: 3: 583-603.

21. OECD. Health Data 1999. A Comparative Analysis of 29 countries. Paris 1999; URL:<http://www1.oecd.org/media/publish/pb99-13a.htm>.
22. Gupta S.et al. Dept Relief and Public Health Spending in Heavily Indebted Poor Countries. Finance &Development 2001; 38: 3.
23. Imai Y. Jacobzone S. The changing health system in France. OECD Economics Department Working Papers No.269; 2000.
24. World Health Organization. Atlas of health in Europe:2003.
25. Hammer J S. Prices and protocols in public health care. Population, Health, and Nutrition Department. The World Bank; WPS 1131; 1993.
26. Koen V. Public Expenditure Reform: The health care sector in the United Kingdom. OECD Economics Department Working Papers No.256; 2000.
27. Mills A. Gilson L. Health Economics For Developing Countries: A Survival Kit. EPC Publication No: 17; London; 1988.
28. McCarthy R. Taming wild drug cost. Business and Health Sep 2001; 19: 8: 36-40.
29. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası: İstanbul; Aralık 2003.
30. Tieman J. More money, less available. Modern Healthcare Sept 2001; 31: 37: 10-11.
31. Wechsler J, Rising drug costs boost healthcare costs. Managed Healthcare Executive Jun 2001; 11: 6: 7-10.

32. Rosenau PV. Managing Medical Technology: Lessons for The United States from Quebec and France". International Journal of Health Services 2000; 30: 3: 617-639.
33. Devlet Planlama Teşkilatı. Yıllık Programları 1990-1998. URL:<http://www.dpt.gov.tr>
34. Soyer A. Sağlık Hizmetlerinin Parasal Yapısı ve Sağlıkta Yolsuzluk Tartışmaları. Tıp Dünyası;107: 15 Haziran 2003.
35. SSK Bülteni. SSK 45. Genel Kurulundan. Sayı:77; 2000.
36. Yıldırım S. Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi Uzmanlık Tezi. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayın No:2350; 1994
37. Tokat M. Türkiye’de Sağlık harcamaları ve Finansmanı 1998. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; 2001; URL:[http:// www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
38. T.C. Sosyal Sigortalar Kurumu. 2000 İstatistik Yıllığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara;2003 ; URL:[http:// www.ssk.gov.tr/istatistikler](http://www.ssk.gov.tr/istatistikler).
39. Savaş B. Karahan Ö. Health care systems in transition: Turkey. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems 2002; 4:39-54.
40. Doğan M. Primli Sosyal Güvenlik Sisteminde (SSK, Bağ-Kur, TCES) Sağlık Yardımları ve Güncel Sorunlar Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:87062; 1997.
41. Tokat M. Sağlık Ekonomisi. İş İdaresi No:266: Anadolu Ün. Yayın No:793; Temmuz 1994.

42. Belek İ. Sağlık Sistemleri Hangi Dinamiklerle Gelişiyor ve Nasıl Gruplanıyor?. Toplum ve Hekim Dergisi 1995; 9:64-65:14-25.
43. Belek İ. Nasıl Bir Sağlık Sistemi?III Sigorta Değil Genel Vergi. Toplum ve Hekim Dergisi 2000;15:2:92-108.
44. Çelik H. Sağlık Sigortasında Ödeme Sistemleri ve SSK Uygulaması Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:92265; 1999.
45. Engiz O. Türkiye'de Sağlık Finansman Sorunu ve Çözüm Arayışları.Toplum ve Hekim Dergisi 2000; 11:72: 22-31.
46. Aydın U. Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:51388; 1996.
47. Kılıç B. Aksakoğlu G. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar. Toplum ve Hekim Dergisi; Kasım 1994-1Şubat 1995; 9: 64-65: 4-13.
48. T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı: Ankara; 2001.
49. Belek İ. Sağlık Hizmetlerinde Özelleştirme Ne İçin? Kim Adına?.Toplum ve Hekim Dergisi 1994; 9:62:82-93.
50. Özer B.N. Ticari Sigortalar ile Sosyal Sigortaların Karşılaştırması (Özellikle Sağlık Sigortası Açısından) Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:27382; 1994.

51. Adams KE. et al. Payment levels, resource use , and insurance risk of Medicaid versus private insured in three states. USA: Journal of Health Care Finance 2001; 28:1:72-91.
52. Rodwin GV. Health Insurance and Health Policy, American and Japanese style: Lessons of Comparative Experience. New York University: Wagner School of Public Service; 1993.
53. Bogetic Z, Heffley D. Reforming Health Care. A case for stay-well health insurance. Europe and Central Asia Country Department I The World Bank; WPS 1181; 1993.
54. Kellie B. Private vs. publice. Health Insurance Association Australia; Modern Healthcare 1997; 27: 44: 110-111.
55. Lal D. Labor market insurance and social safety nets. Human Resources Development and Operations Policy Working Papers; 13651; October 1994: 5-10.
56. Ron A. Carrin G. The development of National health Insurance. Vietnam: International Social Security Review 1998; 51: 3: 89-104.
57. Ron A. et al. Reforming health insurance .A question of principles. International Social Security Review 2000; 51: 3: 89-104.
58. T.C. Sosyal Sigortalar Kurumu. 2001 İstatistik Yıllığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara;2003 ; [URL:http:// www.ssk.gov.tr/istatistikler](http://www.ssk.gov.tr/istatistikler).
59. T.C. Sosyal Sigortalar Kurumu. 2002 İstatistik Yıllığı. Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Ankara;2003 ; [URL:http:// www.ssk.gov.tr/istatistikler](http://www.ssk.gov.tr/istatistikler).

60. T.C. Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlığı. Çalışma Raporu 2002. Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı: 654; 2003.
61. Taşbaşı İ. Sosyal Güvenlik Yönünden Özel Sigortalar Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:36628; 1995.
62. T.C. Resmi Gazete. Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esaslarına Dair Yönetmelik. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü: 19885; 21. Haziran. 1988.
63. Türkiye Sigortacılar ve Reasürans Şirketleri Birliği. Sağlık Sigortaları. URL:<http://www.tsrsg.org.tr/private/trk/sayi14/mevzuat.htm>.
64. Bickerdyke I. et al. Supplier-Induced Demand for Medical Services.Productivity Commission Staff Working Paper: Canberra;2002: 5-43.
65. Richardson J. Peacock S. Supplier Induced Demand Reconsidered. Centre for Health Program Evaluation; Working Paper 81;1999:3-22.
66. Tiryaki D. Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenleri ve Özel Sağlık Sigortasından Duyulan Tatmin Düzeyi Bilim Uzmanlığı Tezi . İstanbul: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No: 69742; 1998.
67. Bilgili Ö. Türkiye'de SSK Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Yüksek Lisans Tezi. Ankara: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:63056;1997.
68. Yeşilirmak H, Sosyal Sigortalar Kurumu Hastanelerinin Özelleştirilmesi Yüksek Lisans Tezi. Isparta: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:73298; 1998.

69. T.C. Resmi Gazete. 2001 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü: 24350; 22 Mart 2001.
70. Türk Tabipleri Birliği. Asgari Ücret Tarifesi. Ankara 1999.
71. Yapı Kredi Sigorta A.Ş. Can Sağlığı Poliçe Özel Şartları. İstanbul 2001.
72. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. İzmir: Dokuz Eylül Ün. Yayın Komisyonu; 2001.
73. T.C. Sosyal Güvenlik ve Çalışma Bakanlığı. Sosyal güvenliğin tek çatı altında toplanma ve Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması. Ankara; 2003; [URL:http:// www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm](http://www.calisma.gov.tr/projeler/tekcati.htm).
74. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Sağlık Hizmet Kullanımı. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü; Ankara; 1992.
75. Karakaş A. Özel Sağlık Sigortaları Tüketici Profili Üzerine Bir Araştırma Doktora Tezi. İstanbul: T.C. Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi. Tez No:94165; 2000.
76. Sağlıkta Strateji. Sağlık Hizmetleri Kullanıcıları Memnuniyet Araştırması. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı; 1999; [URL:http:// www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
77. Türk Tabipleri Birliği. Geçici Yerleşim Alanlarında Yaşayanların Sağlık Hizmetlerini Kullanımının Değerlendirilmesi; Ağustos 2001.
78. Aksakoğlu G. Sağlık Ekonomisi Araştırmaları. Toplum ve Hekim Dergisi 1994; 9: 62: 110-114.

79. **Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Analizi.:Program Yöneticileri için Eğitim El Kitabı. Cenevre: DSÖ: Ed. Creese A.& Parker D.: Çev Tatar Tatar F.; 1994.**
80. **Fidan D. Sağlık Sisteminde Akılcı Kaynak Aktarımı İçin Hastalık Yükü Kavramı ve DALY Ölçütü Doktora Tezi. İzmir: Dokuz Eylül Üniv.; 2000.**





EK 1

Özel sağlık sigortalıları sağlık hizmet kullanımını anket formu

ÖZEL SAĞLIK SİGORTALILARI
SAĞLIK HİZMET KULLANIMI ANKET FORMU:

ADI SOYADI:

POLİÇE NO:

CİNSİYET:

1- Kadın

2- Erkek

DOĞUM TARİHİ (YIL) :

ÖĞRENİM DURUMU:

1- Okuma-yazma bilmiyor

2- İlköğretim

3- Ortaöğretim

4- Yükseköğretim

5- Lisansüstü

Soru 1-Başka bir sosyal güvenceniz var mı? Varsa hangi kurum olduğunu belirtmişsiniz.

1- Evet

2- Hayır

Soru 2- Sizce gelir düzeyiniz nasıl tanımlanabilir ?

- 1- Çok iyi
- 2- İyi
- 3- Orta
- 4- Kötü
- 5- Çok kötü

Soru 3-Özel sağlık poliçesi yaptıрма nedeniniz nedir ?

.....

.....

.....

Soru 4-Sizce poliçe açılırken sigorta ile ilgili tüm bilgiler verildi mi?

- 1- Kesinlikle tüm ayrıntılar açıklandı.
- 2- Bazı önemli konular aktarıldı.
- 3- Sadece sorularım yanıtlandı.
- 4- Hiçbir bilgi verilmedi.

Soru 5-Sağlık poliçenizi hiç kullandınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

.....

.....

.

(Kullanmama nedeninizi açıklar mısınız)

Soru 6- Son 15 gün içinde siz veya ailenizden birinin sağlıkla ilgili bir rahatsızlığı oldu mu ?

1- Evet

2- Hayır

Soru 7-Bu rahatsızlık ile ilgili bir sağlık kuruluşuna başvurduunuz mu?

1- Evet

2- Hayır

Yanıtınız Hayır ise nedenini açıklar mısınız ?

.....

.....

.....

Soru 8-Son bir yıl içinde size veya ailenizden birine hastaneye yatması önerildi mi?

1- Evet

2- Hayır

Soru 9- Son bir yıl içinde size veya ailenizden birine hastaneye yatması önerildiğinde yatış gerçekleşti mi?

1- Evet

2- Hayır

Yanıtınız Hayır ise nedenini açıklar mısınız ?

.....

.....

.....

Soru 10- Sağlıkla ilgili bir sorunuz olduğunda ilk hangi kurumu tercih ediyorsunuz?

- 1- Sağlık Ocağı
- 2- Kamu Hastaneleri
- 3- Üniversite Hastaneleri
- 4- Özel sağlık kuruluşları

Soru 11-Aşılama,gebelik takibi,bebek izlemi gibi konularda ilk hangi kurumu tercih ediyorsunuz ?

- 1- Sağlık Ocağı
- 2- Kamu Hastaneleri
- 3- Üniversite Hastaneleri
- 4- Özel sağlık kuruluşları

Bir sağlık sorunu ile ilgili sağlık kuruluşuna başvurduysanız !

Soru 12-Sağlık kurumundan aldığınız hizmetin kalitesini nasıl buldunuz?

- 1- Çok iyiydi.
- 2- İyiydi.
- 3- Kötüydü.
- 4- Çok kötüydü.

Soru 13-Sağlık sorununuz ile ilgili bilgi verildi mi?

- 1- Kesinlikle tüm ayrıntılar açıklandı.
- 2- Bazı önemli konular aktarıldı.
- 3- Sadece sorularım yanıtlandı.
- 4- Hiçbir bilgi verilmedi.

Soru 14-Aldığınız hizmetin maliyetini biliyor musunuz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Yanıtınız Hayır ise nedenini açıklar mısınız ?

.....

.....

.....

Soru 15-Sağlık poliçenizle hizmet satın aldığınızda ücrete katılımınız mevcut mu?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Bir sağlık sorunu ile ilgili hastaneye yattıysanız !!!

Soru 16-Hastaneden aldığınız hizmetin genel kalitesini nasıl buldunuz ?

- 1- Çok iyiydi.
- 2- İyiydi.
- 3- Kötüydü.
- 4- Çok kötüydü.

Soru 17-Yapılacak operasyon veya yatış nedeniniz ile ilgili bilgi verildi mi?

- 1- Kesinlikle tüm ayrıntılar açıklandı.
- 2- Bazı önemli konular aktarıldı.
- 3- Sadece sorularım yanıtlandı.
- 4- Hiçbir bilgi verilmedi.

Soru 18-Aldığınız hizmetin maliyetini biliyor musunuz?

1- Evet

2- Hayır

Yanıtınız Hayır ise nedenini açıklar mısınız ?

.....

.....

.....

*Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.



EK 2

2001 yılı SSK Tepecik Eğitim Hastanesi İstatistik Yılığı

Tablo Ek 2.1: SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 2001 yılı poliklinik sayıları

KLİNİKLER		POLİKLİNİK SAYISI	AYLIK ORTALAMA POLİKLİNİK SAYISI	GÜNLÜK ORTALAMA POLİKLİNİK SAYISI
BÜYÜK KLİNİKLERİ	ACIL SERVİS	160.574	13.381	440
	ALLERJİ	3.426	286	14
	BEYİN CERRAHI	20.415	1.701	82
	CERRAHI 1	19.082	1.590	76
	CERRAHI 2	19.540	1.628	78
	CERRAHI 3	19.634	1.636	79
	ÇENE CERRAHI	1.526	127	6
	DAHİLİYE 1	38.085	3.174	152
	DAHİLİYE 2	37.883	3.157	152
	DAHİLİYE 3	37.306	3.109	149
	DERMATOLOJİ	26.216	2.185	105
	DIYALİZ	12.892	1.074	52
	FFA	6.270	523	32
	FİZİK TEDAVİ	21.456	1.788	86
	GASTROENTEROLOJİ	34.811	2.901	139
	GÖĞÜS	23.387	1.949	94
	G.K.D.C.	10.706	892	43
	GÖZ	51.750	4.313	207
	HEMATOLOJİ	2.845	259	19
	İNTANIYE	8.573	714	34
	KARDİYOLOJİ	21.146	1.762	85
	K.B.B.	28.674	2.390	115
	NÖROLOJİ	38.368	3.197	153
	ORTOPEDİ	42.981	3.581	172
PLASTİK CERRAHI	4.510	376	48	
PSIKİYATRİ	17.090	1.424	68	
UROLOJİ	33.263	2.772	133	
BÜYÜK KLİNİKLERİ TOPLAMI		742.409	61.889	2.813
ÇOCUK KLİNİKLERİ	ACIL	100.509	8.376	275
	ALLERJİ	2.581	258	27
	CERRAHI	14.668	1.222	59
	DAHİLİYE	92.298	7.692	369
	ENDOKRİNOLOJİ	2.617	262	28
	GÖZ	11.957	996	48
	HEMATOLOJİ	811	74	19
	KARDİYOLOJİ	2.555	232	27
	K.B.B.	20.823	1.735	83
	NEFROLOJİ	2.589	259	28
	NÖROLOJİ	3.453	345	37
	ONKOLOJİ	4.249	354	17
	ORTOPEDİ	23.231	1.936	93
	ROMATOLOJİ	530	53	6
YENİ DOĞAN	639	58	15	
ÇOCUK KLİNİKLERİ TOPLAMI		283.510	23.852	1.131
HASTANE TOPLAMI		1.025.919	85.741	3.944

Tablo Ek 2.2: SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 2001 yılı servis istatistikleri

KLİNİKLER	TABURCU OLAN VE	YATILAN	ORTALAMA KALIS	YATAK	
	ÖLEN HASTA SAYISI	GÜN SAYISI	GÜN SAYISI	İŞGALORANI %	
BÜYÜK SERVİSLERİ	BEYİN CERRAHI	844	8.659	10	70
	CERRAHI 1	1.728	9.001	5	68
	CERRAHI 2	1.843	11.378	6	78
	CERRAHI 3	1.822	8.941	5	63
	ÇENE CERRAHI	49	211	4	
	DAHİLİYE 1	2.092	8.473	4	61
	DAHİLİYE 2	2.448	8.877	4	59
	DAHİLİYE 3	1.757	8.320	5	57
	DERMATOLOJİ	117	862	7	39
	FİZİK TEDAVİ	627	6.736	11	71
	GASTROENTEROLOJİ	2.103	8.681	4	82
	GÖĞÜS	1.187	7.756	7	62
	G.K.D.C.	476	3.209	7	73
	GÖZ	4.024	9.023	2	73
	İNTANİYE	627	4.112	7	38
	K.B.B.	2.953	7.532	3	93
	KORONER	1.155	3.020	3	49
	NÖROLOJİ	1.907	10.347	5	79
	ORGAN NAKLI	125	1.630	13	45
	ORTOPEDİ 1	645	5.084	8	70
	ORTOPEDİ 2	655	4.716	7	65
PLASTİK CERRAHI	111	526	5		
PSIKİYATRİ	107	1.881	18	64	
ÜROLOJİ	1.565	8.144	5	59	
BÜYÜK SERVİSLERİ TOPLAM	30.967	147.119	5	63	
ÇOCUK SERVİSLERİ	BEYİN CERRAHI	212	1.213	6	47
	CERRAHI	3.303	12.103	4	69
	DAHİLİYE 1	2.508	7.718	3	71
	DAHİLİYE 2	2.651	8.804	3	80
	GÖZ	204	1.022	5	93
	HEMATOLOJİ	2.478	3.051	1	38
	İNTANİYE	725	3.940	5	45
	KEMİK İLİĞİ	32	452	14	31
	K.B.B.	823	4.014	5	
	ONKOLOJİ	547	3.163	6	48
	ORTOPEDİ 1	520	2.647	5	40
	ORTOPEDİ 2	419	2.198	5	33
	PREMATÜRE	567	3.029	5	55
	SÜT ÇOCUK	3.472	16.019	5	88
YENİ DOĞAN	2.255	7.229	3	102	
ÇOCUK SERVİSLERİ TOPLAM	20.716	76.602	4	69	
HASTANE TOPLAM	51.683	223.721	4	65	

Tablo Ek 2. 3: SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 2001 yılı yatak ve yatan hasta sayıları

KLİNİKLER		YATAK SAYISI	YATAN HASTA SAYISI
BÜYÜK SERVİSLERİ	BEYİN CERRAHI	34	848
	CERRAHI 1	36	1.621
	CERRAHI 2	40	1.953
	CERRAHI 3	39	1.819
	ÇENE CERRAHI	K.B.B. Servisi içinde	54
	DAHİLİYE 1	38	2.060
	DAHİLİYE 2	41	2.393
	DAHİLİYE 3	40	1.721
	DERMATOLOJİ	6	117
	FİZİK TEDAVİ	26	650
	GASTROENTEROLOJİ	29	2.092
	GÖĞÜS	34	1.245
	G.K.D.C.	12	475
	GÖZ	34	4.283
	İNTANİYE	30	610
	K.B.B.	34	2.834
	KORONER	17	1.123
	NÖROLOJİ	36	1.835
	ORGAN NAKLI	10	188
	ORTOPEDİ 1	20	643
	ORTOPEDİ 2	20	645
	PLASTİK CERRAHI	Cerrahi servisleri içinde	117
	PSİKİYATRİ	8	119
ÜROLOJİ	38	1.568	
BÜYÜK SERVİSLERİ TOPLAM		622	31.013
ÇOCUK SERVİSLERİ	BEYİN CERRAHI	7	214
	CERRAHI	48	3.356
	DAHİLİYE 1	30	2.596
	DAHİLİYE 2	30	2.688
	GÖZ	3	278
	HEMATOLOJİ	22	2.557
	İNTANİYE	24	783
	KEMİK İLİĞİ	4	34
	K.B.B.	K.B.B. Servisi içinde	822
	ONKOLOJİ	18	552
	ORTOPEDİ 1	18	516
	ORTOPEDİ 2	18	403
	PREMATÜRE	15	517
	SÜT ÇOCUK	47	3.593
YENİ DOĞAN	22	2.272	
ÇOCUK SERVİSLERİ TOPLAM		306	21.181
POSTOF	10		
İNTENSİF	9		
YANIK	2		
TOPLAM		949	52.194

Tablo Ek 2.4: SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 2001 yılı ameliyat sayıları

BÜYÜK KLİNİKLERİ						
KLİNİKLER	BÜYÜK	ORTA	KÜÇÜK	ÖZELLİĞİ		
				OLAN	ORGAN NAKLİ	
BÜYÜK KLİNİKLERİ	BEYİN CERRAHI	558				
	CERRAHI 1	868	421	153		
	CERRAHI 2	745	737	253		
	CERRAHI 3	998	700	336		
	ÇENE CERRAHI	157	190	187		
	GK.D.C.	189	166	82		
	GÖZ	3591	94	372		
	K.B.B.	2111	647	571	13	
	ORGAN NAKLİ	9				52
	ORTOPEDI 1	344	253	412		
	ORTOPEDI 2	220	333	426		
	PLASTİK CERRAHI	165	107	278	3	
	ÜROLOJİ	761	525	11		
BÜYÜK KLİNİKLERİ TOPLAM	10716	4173	3081	16	52	
ÇOCUK KLİNİKLERİ						
ÇOCUK KLİNİKLERİ	BEYİN CERRAHI	82	1		1	
	CERRAHI	1151	543	361	145	
	GÖZ	162	27	227		
	K.B.B.	587	153	240		
	ORTOPEDI 1	166	129	101	26	
	ORTOPEDI 2	129	146	138	25	
ÇOCUK KLİNİKLERİ TOPLAM	2277	999	1067	197		
HASTANE TOPLAMI	12993	5172	4148	213	52	

Tablo Ek 2. 5: SSK Tepecik Eğitim Hastanesi 2001 yılı reçete sayıları

	YATAN HASTA		AYAKTAN HASTA	
	Tabela veya reçete sayısı	İlaç sayısı	Tabela veya reçete sayısı	İlaç sayısı
1997	169,496	3,127,262	592,761	2,592,450
1998	214,782	3,961,511	760,046	3,098,243
1999	205,329	3,466,449	722,983	3,135,110
2000	207,576	3,051,740	739,310	3,199,747
2001	223,870	3,508,681	822,012	3,363,900



EK 3

2001 yılı Yapı Kredi Sigorta A.Ş. **Ege Bölge Müdürlüğü** **İstatistikleri**

Tablo Ek 3.1: Yapı Kredi Sigorta A.Ş. illere göre Ege Bölge sigortalı sayılarının dağılımı (1999-2001)

İL	YIL					
	1999		2000		2001	
	KİŞİ SAYISI	%	KİŞİ SAYISI	%	KİŞİ SAYISI	%
İzmir	4.702	78,77	7.681	78,25	6.519	76,9
Muğla	413	6,92	782	7,97	828	9,8
Aydın	244	4,09	419	4,27	409	4,8
İstanbul	203	3,4	247	2,52	158	1,9
Antalya	84	1,41	46	0,47	11	0,1
Balıkesir	26	0,44	35	0,36	22	0,3
Denizli	147	2,46	379	3,86	278	3,3
Manisa	64	1,07	108	1,1	99	1,2
Ankara	20	0,34	11	0,11	9	0,1
Uşak	41	0,69	78	0,79	106	1,3
Bursa	5	0,08	8	0,08	10	0,1
Çanakkale	2	0,03	9	0,09		0
Eskişehir	8	0,13	7	0,07	7	0,1
Ordu	1	0,02	0	0		0
Edirne	2	0,03	0	0	2	0
Hatay	0	0	0	0	4	0
Konya	0	0	0	0	6	0,1
Isparta	4	0,07	1	0,01	1	0
Sakarya	0	0	0	0	1	0
Afyon	0	0	0	0	5	0,1
Yozgat	0	0	0	0	1	0
Zonguldak	0	0	2	0,02	2	0
TOPLAM	5.969	100	9.816	100	8.478	100

Tablo Ek 3.2: Yapı Kredi Sigorta A.Ş. Ege Bölge Müdürlüğü yıllar içinde yaş ve cinsiyete göre sigortalı dağılımı (1999-2001)

	YIL						
	1999		2000		2001		
	Kişi Sayısı	%	Kişi Sayısı	%	Kişi Sayısı	%	
CİNSİYET	Kadın	2810	47,10	4674	47,60	3991	57,30
	Erkek	3159	52,90	5142	52,40	4487	45,70
	Toplam	5969	100.0	9816	100.0	8478	100.0
YAŞ	0-5	510	8,50	675	6,90	439	5,18
	6-10	409	6,80	660	6,70	421	4,97
	11-15	391	6,50	623	6,30	553	6,52
	16-20	329	5,50	554	5,60	471	5,56
	21-25	394	6,60	629	6,40	505	5,96
	26-30	850	14,20	1192	12,10	965	11,38
	31-35	940	15,70	1527	15,60	1438	16,96
	36-40	797	13,40	1358	13,80	1224	14,44
	41-45	623	10,40	1085	11,10	962	11,35
	46-50	371	6,20	712	7,30	641	7,56
	51-55	226	3,80	439	4,50	426	5,02
	56-60	99	1,70	265	2,70	278	3,28
	61 ve üstü	30	0,50	97	1,00	155	1,83
	Toplam	5969	100.0	9816	100.0	8478	100.0

Tablo Ek 3.3: Yapı Kredi Sigorta A.Ş. Ege Bölge Müdürlüğü yıllar içinde aylara göre hastaneye yatarak tedavi sayıları (kurumsal ve bireysel sigortalı)

	YIL					
	1999		2000		2001	
	YATIŞ SAYISI	%	YATIŞ SAYISI	%	YATIŞ SAYISI	%
OCAK	30	5,24	44	6,58	62	6,68
ŞUBAT	40	6,99	59	8,82	78	8,41
MART	51	8,92	42	6,28	67	7,22
NİSAN	58	10,14	43	6,43	72	7,76
MAYIS	49	8,57	60	8,97	71	7,65
HAZİRAN	52	9,09	49	7,32	76	8,19
TEMMUZ	55	9,62	43	6,43	97	10,45
AĞUSTOS	54	9,44	69	10,31	73	7,87
EYLÜL	53	9,27	77	11,51	69	7,44
EKİM	55	9,62	76	11,36	104	11,21
KASIM	37	6,47	62	9,27	89	9,59
ARALIK	38	6,64	45	6,73	70	7,54
TOPLAM	572	100.00	669	100.00	928	100.00

Tablo Ek 3.4: Yapı Kredi Sigorta Ege Bölge Müdürlüğü yıllar içinde hastaneye yatarak tedavi gördükleri branşlara göre tedavi sayıları (kurumsal ve bireysel sigortalı)
(1999-2001)

	YIL					
	1999		2000		2001	
	Yatış Sayısı	%	Yatış Sayısı	%	Yatış Sayısı	%
Genel Cerrahi	105	18,36	135	20,18	182	19,61
Dahiliye	140	24,48	117	17,49	159	17,13
KBB	72	12,59	114	17,04	107	11,53
Doğum	75	13,11	105	15,7	124	13,36
Kadın Hastalıkları	39	6,82	58	8,67	74	7,97
Ortopedi	33	5,77	31	4,63	60	6,47
Kardiyoloji	21	3,67	25	3,74	52	5,6
Üroloji	33	5,77	29	4,33	43	4,63
Trafik Kazası	12	2,1	16	2,39	11	1,19
Beyin Cerrahi	16	2,8	8	1,2	16	1,72
Nöroloji	10	2,4	10	1,49	11	1,19
Pediyatri	11	1,92	11	1,64	27	2,91
Göz	5	0,87	10	1,49	21	2,26
Fizik Tedavi					39	4,2
Adli Vaka					2	0,22
TOPLAM	572	100.00	669	100.00	928	100.00

Tablo Ek 3.5: Yapı Kredi Sigorta A.Ş. Ege Bölge Müdürlüğü yıllar içinde hastaneye yatarak tedavi gören sigortalıların yaş ve cinsiyete göre dağılımı (1999-2001)

	YIL						
	1999		2000		2001		
	Kişi Sayısı	%	Kişi Sayısı	%	Kişi Sayısı	%	
CİNSİYET	Kadın	291	50,87	375	56,05	473	50,97
	Erkek	281	49,13	294	43,95	455	49,03
	Toplam	572	100,00	669	100,00	928	100,00
YAŞ	0-5	60	10,5	49	7,3	100	10,8
	6-10	22	3,8	33	4,9	44	4,7
	11-15	23	4,0	21	3,1	19	2,0
	16-20	21	3,7	24	3,6	36	3,9
	21-25	29	5,1	39	5,8	63	6,8
	26-30	104	18,2	119	17,8	130	14,0
	31-35	90	15,7	105	15,7	151	16,3
	36-40	65	11,4	96	14,3	108	11,6
	41-45	57	10,0	68	10,2	103	11,1
	46-50	37	6,5	57	8,5	82	8,8
	51-55	28	4,9	25	3,7	32	3,4
	56-60	21	3,7	20	3,0	39	4,2
	61 ve üstü	15	2,6	13	1,9	21	2,3
		Toplam	572	100,0	669	100,0	928