

T.C.  
KADİR HAS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ İÇİN  
TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI'NIN GEREKLİLİĞİ**

**Doktora Tezi**

Birkan Tapan

**Danışman:**

Prof. Dr. Orhan ŞENER

İstanbul – 2008

T.C.  
KADİR HAS ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**GENEL SAĞLIK SİGORTASI'NIN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ İÇİN  
TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI'NIN GEREKLİLİĞİ**

**Doktora Tezi**  
Birkan Tapan

**Danışman:**  
Prof. Dr. Orhan ŞENER

İstanbul – 2008

## TEŞEKKÜR

Kadir Has Üniversitesi gibi Türkiye'nin yükselen yıldızı olan eğitim kurumunu ülkemize kazandıran, hayırsever, değerli büyüğümüz merhum Sayın Kadir Has'a, tez çalışmalarım süresince bana değerli fikirleriyle yol gösteren ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım ve hocam Sayın Prof. Dr. Orhan Şener'e, yakın zamanda kaybettiğimiz hocam Sayın Prof. Dr. İlhan Uludağ'a, değerli fikirleriyle tezime katkı yapan hocam Sayın Prof. Dr. Haydar Sur'a, tüm hocalarıma, sınıf arkadaşlarıma, maddi manevi katkılarını benden esirgemeyen aileme ve dostlarıma şükranlarımı sunarım.

# İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ŞEKİL LİSTESİ.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	viii
KISALTMALAR.....	ix
<b>GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>

## BÖLÜM 1

### SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIĞIN FİNANSMANI

<b>1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramları</b> .....	<b>4</b>
<b>1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı</b> .....	<b>9</b>
1.2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Amacı.....	10
1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları.....	13
1.2.2.1. Kamusal ve Yarı Kamusal Finansman Kaynakları.....	15
1.2.2.1.1. Genel Vergi Gelirleri (Beveridge Modeli).....	15
1.2.2.1.2. Sosyal Sigorta/Zorunlu Sağlık Sigortası (Bismarck modeli) .....	16
1.2.2.1.3. Özel Amaçlı (Hypothecated/Earmarked) Vergiler .....	17
1.2.2.1.4. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler.....	17
1.2.2.1.5. Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı/Borç kullanımı/İç ve Dış Borç.....	18
1.2.2.2. Özel Finansman Kaynakları.....	19
1.2.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası .....	19
1.2.2.2.2. Kullanıcı Katkıları (user charges) Doğrudan Hane Halkı Harcamaları.....	20
1.2.2.2.3. Dış Yardımlar .....	21
1.2.2.2.4. Toplum Finansmanı .....	22
1.2.2.2.5. İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler .....	22

1.2.2.2.6. Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları/ Yardımları .....	23
1.2.3. Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmetleri Arzı ve Talebi Üzerindeki Etkisi ..	23
1.2.4. Sosyal Sigortanın Genel Ekonomi Üzerine Etkisi .....	24
<b>1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Dünya Uygulamaları .....</b>	<b>24</b>
1.3.1. A.B.D. ....	25
1.3.1.1. Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri.....	26
1.3.1.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması (Blue Cross and Blue Shield) .....	26
1.3.1.3. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları.....	27
1.3.1.4. Kamu Sigortası .....	28
1.3.1.4.1. Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası).....	28
1.3.1.4.2. Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı) ..	28
1.3.2. İNGİLTERE (Beveridge Modeli).....	29
1.3.3. JAPONYA .....	31
1.3.4. KANADA .....	32
1.3.5. İSVEÇ .....	34
1.3.6. ALMANYA (Bismarck Modeli) .....	35
1.3.7. FRANSA.....	36
1.3.8. İTALYA .....	38
1.3.9. İSRAİL.....	38
1.3.10. KORE.....	39
1.3.11. DİĞER ÜLKELER .....	40

## BÖLÜM 2

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYAL SİGORTA TEMELLİ FİNANSMANI VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE BAKIŞ

<b>2.1. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortacılığı.....</b>	<b>43</b>
<b>2.2. Sosyal Güvenlik Sistemleri.....</b>	<b>45</b>
<b>2.3. Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Sistemleri .....</b>	<b>46</b>
2.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK).....	48

2.3.2. Emekli Sandığı (ES) .....	49
2.3.3. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) .....	49
2.3.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları.....	51
<b>2.4. Dünyada Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri .....</b>	<b>52</b>
<b>2.5 Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları.....</b>	<b>53</b>
<b>2.6 Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Sistemine Çözüm Önerileri.....</b>	<b>55</b>

### BÖLÜM 3

#### GENEL SAĞLIK SİGORTASI

<b>3.1. Genel Sağlık Sigortası.....</b>	<b>57</b>
<b>3.2. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar.....</b>	<b>57</b>
<b>3.3. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları.....</b>	<b>58</b>
<b>3.4. Sigortalıların Sistemdeki Yeri .....</b>	<b>59</b>
<b>3.5. Genel Sağlık Sigortası'nın Prim Oranları .....</b>	<b>59</b>
<b>3.6. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Verilecek Hizmetler .....</b>	<b>59</b>
<b>3.7. Genel Sağlık Sigortası'nda Yurtdışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları .....</b>	<b>60</b>
<b>3.8. Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Girmeyen Sağlık Hizmetleri .....</b>	<b>60</b>
<b>3.9. Uygulanan Tedavilerde Sigortalıdan Alınacak Katkı Payları.....</b>	<b>61</b>
<b>3.10. Katılım Payı Alınmayacak Durumlar .....</b>	<b>61</b>
<b>3.11. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri .....</b>	<b>62</b>
<b>3.12. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi.....</b>	<b>62</b>
<b>3.13. Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları .....</b>	<b>63</b>
3.13.1. Genel Sağlık Sigortası Modelinin Avantajları.....	63
3.13.1.1. Genel Avantajlar .....	63
3.13.1.2. Kapsadığı Nüfus Yönünden Avantajları.....	63
3.13.1.3. Finansman Açısından Avantajları.....	65
3.13.1.4. Hizmet Maliyetini Düşürme ve İsrافی Önleme Avantajı.....	65
3.13.1.5. Tek Elden Hizmet Sunumu Avantajı .....	66
3.13.2. GSS Modelinin Dezavantajları .....	67
3.13.2.1. Genel Dezavantajlar.....	67

3.13.2.2. Finansman Bakımından Dezavantajları .....	68
3.13.2.3. Diğer Yönlerden .....	71

## **BÖLÜM 4**

### **TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI'NIN GEREKLİLİĞİ**

4.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tanımı .....	76
4.2. Neden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası .....	78
4.3. Türkiye İçin Önerilen Model .....	80
4.4. Çeşitli Ülkelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları .....	82
4.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Fırsat ve Tehditleri .....	84

## **BÖLÜM 5**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

5.1. Araştırmanın Tipi .....	87
5.2. Araştırmanın Evreni .....	87
5.3. Araştırmanın Örneklemi ve Katılım Oranı .....	87
5.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç-Gereçler .....	88
5.5. Verilerin Toplanması .....	88
5.6. Tezin Yürütülmesinde Yaşanan Güçlükler ve Kısıtlar .....	88
5.7. Veri Girişi ve Analiz .....	88
5.8. Bulgular .....	89

## **BÖLÜM 6**

TARTIŞMA .....	109
----------------	-----

SONUÇ VE ÖNERİLER .....	117
-------------------------	-----

KAYNAKÇA .....	122
----------------	-----

## **EKLER**

ANKET FORMU .....	131
-------------------	-----

## ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1. Konularına Göre Sigorta İşlemleri.....	44
---	----



## TABLO LİSTESİ

<b>Tablo 2.1.</b> Yıllara Göre Sigortalı Sayısı (İstanbul 2001-2005).....	49
<b>Tablo 2.2.</b> 30.06.2001 tarihi itibariyle 1479 sayılı kanuna göre aktif sigortalılar.....	50
<b>Tablo 2.3.</b> 30.06.2001 tarihi itibariyle 2926 sayılı kanuna göre aktif sigortalılar.....	51
<b>Tablo 3.1.</b> Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapsadığı Nüfus .....	64
<b>Tablo 3.2.</b> Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler .....	66
<b>Tablo 3.3.</b> 2005-2008 Yıllarında Florence Nightingale Hastanesi’nde Toplam, Yatan, Ayaktan hasta ve Cerrahi Vaka Sayıları Tablosu .....	74

## KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
GKSS	: Genel Kişisel Sağlık Sigortası
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GVG	: Genel Vergi Gelirleri
HMO	: Health Maintenance Organizations – Sağlığa Destek Organizasyonları
IPA	: Independent Practice Associations – Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu
KSS	: Kişisel Sağlık Sigortası
NHS	: National Health Service
PPO	: Preferred Provider Organizations – Tercihli Hizmet Organizasyonları
SB	: Sağlık Bakanlığı
SKK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSI	: Supplementary Security Income – Tamamlayıcı Güvenlik Gelir
TSS	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

## GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı yaşam hakkı, bireylerin en temel ve en vazgeçilmez haklarından biridir. Bir toplumun sosyal ve iktisadi açıdan ileri gidebilmesi, sağlıklı bireylerden oluşmasına bağlıdır. Bu sebeple ülkeler sundukları sağlık hizmetlerini çok iyi örgütlemeli ve sağlam kaynaklarla finanse etmelidir.

Ülkemizdeki sağlık hizmetleri incelendiğinde örgütleme ve finansman yetersizliği, kalitesiz hizmet sunumu, koruyucu sağlık hizmetlerinin istenen düzeyde olmaması gibi bir dizi sorunu barındırdığı görülmektedir. Bu sorunların giderilebilmesi için Genel Sağlık Sigortası modeli ortaya konulmuştur. Genel Sağlık Sigortası modeli ile başta finansman sorunu olmak üzere mevcut sorunlara çözüm getirebilmesi amaçlanmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası modeli; Türkiye uygulamasına göre, sağlık alanında bugün geldiği nokta itibarıyla, mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden çok, bu hizmetlerin yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç duyulması noktasından hareketle ortaya çıkmıştır. Ancak Genel Sağlık Sigortası modeli sunmuş olduğu Temel Teminat Paketi ile optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasının ana ilkesi; herkesin ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamak için, kamu ile özel sektör arasında haksız rekabet değil, sinerji oluşturabilecek biçimde çağdaş devlet yaklaşımı olmalıdır.

Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında değildir. Bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntemi karşımıza çıkarmaktadır. Bunların ilki; riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılmasıdır. İkincisi ise; riskin paylaşılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara yönelik olarak, Bireysel Emeklilik

Kanunu ülkemizde hayata geçirilmiştir. Aynı uygulamanın sağlık alanında da “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” ile hayata geçirilmesi kaçınılmaz görülmektedir.

Sosyal sigortanın temel ilkesi; kişilere, asgari yaşama koşullarını garanti etmesidir. Azami koşullar ise, “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” yoluyla karşılanmaktadır. Bir diğer deyişle, her ne şekilde olursa olsun, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşur. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. İşte, “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**”, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında hizmet alan kişi, ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde hem kendi ödemek zorunda olduğu meblağı hem de yatarak tedavide mecbur tutulduğu şartların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı sigortası aracılığı ile karşılar. Sistemin üyeleri ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini, hekimini ve hastanesini seçerek alma şansını yakalayacaklardır. Bu durumda kamu hastanesi ve özel hastane ayrımı olmayacağı için hastanelerdeki yığılmalar ve kalitesiz hizmet sunumu önlenecektir.

Tamamlayıcı sigortanın uygulandığı sistemin mevcut sistemden en büyük farkı; mevcut sistemde kişilerin kamu sağlık tesislerinden hizmet almak istemediği durumda kamu sigortasının acil durumlar hariç hiçbir ödeme yükümlülüğü taşımamasıdır. Tamamlayıcı sigortada ise kişilerin hekim ve hastanesini seçme özgürlüğü ilkesini hayata geçirmek için hizmetin, kamu ya da özel sağlık kuruluşundan alındığına bakılmaksızın, fark ücreti özel sağlık sigortası şirketlerince karşılanır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası içeriğinden yoksun bir Genel Sağlık Sigortası modeli, beklentileri karşılayamayacağından sürdürülebilir olmaktan uzak kalacaktır. Özellikle özel hastaneler, cari fiyatları ile devletin ödediği tutar arasındaki yüksek fark nedeniyle sisteme girmek istemeyecekler, dolayısıyla kamu hastanelerindeki yığılmaların ve kalitesiz hizmet sunumunun önüne geçilemeyecektir. Bu durumda başta

finansman sorunu olmak üzere, örgütlenme, kalitesiz hizmet sunumu ve koruyucu sağlık hizmetlerinde istenen düzeyde olunamaması gibi sorunlar giderilemeyecektir.

Bu çalışmamızda, Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeninin gerekliliği araştırılacaktır. Birinci bölümde sağlık kavramı, sağlığın finansmanı ve sağlık finansmanında dünya uygulamaları, ikinci bölümde sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta temelli finansmanı ve sosyal güvenlik sistemine bakış, üçüncü bölümde Genel Sağlık Sigortası, dördüncü bölümde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gerekliliği ve dünya uygulamaları, beşinci bölümde yapılan saha araştırmasının bulguları sunulmuştur. Tartışma ve sonuç bölümlerinde ise bulgular yorumlanmaya çalışılmıştır.

# BÖLÜM 1

## SAĞLIK KAVRAMI VE SAĞLIĞIN FİNANSMANI

### 1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı Kavramları

Sağlık hakkı kişilerin temel insan haklarının başında yer alır. Sağlık olmadan kişilerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri mümkün değildir. Klasik anlatımıyla ifade edilirse; insan, insan olması sebebiyle temel haklara sahiptir. Bu haklar ekonomik, yaşamsal, sosyal, kültürel ve siyasal haklar olarak çeşitli şekilde sınıflandırılabilir. Fakat şüphesiz ki yaşama hakkı bunların en önde gelenidir. Zira bu hak olmadan diğerlerinin olması mümkün değildir. Sağlık hakkı da yaşama hakkı kadar önemlidir; bu hak sağlanmadıkça diğerlerinin gerçekleşme ve kullanılma şansı yoktur. Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşaması, hastalığa sebep olan nedenlerin ortadan kaldırılması, hastalandığında gerekli tüm iyileştirme olanaklarının sağlanması ve ölmesine izin verilmemesi en temel haklardandır. Sağlıklı yaşama hakkı yalnızca temel hak olmakla kalmayıp bireyin gelir getirici üretken faaliyetlerde bulunmasının da temelini oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında amaç, hem sağlık hakkını güvence altına almak hem de bireyin üretimde kullanılmasını sağlamaktır.<sup>1</sup>

Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi, sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki, kısacası insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen ve gelişen bir kavramdır. “Sağlık kavramının bütün boyutlarını kapsayabilecek ve herkesin üzerinde anlaşığı bir tanımlama yapmak birçok güçlükler taşımaktadır. Tıp adamları sağlığın tıbbi tedavi yönüne ağırlık vermek, sağlık sosyoloğu kavrama sosyopsikolojik boyutlar eklemek, özel sağlık sigortacısı tanımın boyutlarını daraltmak, sağlık ekonomisti ise kavrama ekonomik unsurlar eklemek isteyebilecektir.”<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Batirel, Ömer Faruk, **Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası**, MÜİİBFD, cilt 3, sayı 3, 1986, s:171-180.

<sup>2</sup> Bolat, Murat, **Ekonomik ve Sosyal Yönleriyle Sağlık Kavramı**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 1997, s:5.

İnsanlığın yaşadığı uzun deneyimlerden sonra, insanın sağlıklı yaşama hakkının artık tartışmasız bir olgu olduğu kesindir. Öyle ki geride bıraktığımız yüzyılın ortalarına kadar, şimdi bir ilaç veya aşıyla önleyebildiğimiz çiçek, kızıl veya kızamık gibi hastalıklardan milyonlarca insanın hayatını kaybettiği gerçeği henüz hafızalarımızdadır. İnsanın sağlıklı yaşam hakkı artık tartışmasız bir olgudur; fakat bu hakka ne ölçüde ulaşılabilirdiği başlı başına bir tartışma konusudur.

Ülkemizde bireylerin sağlık hakkı anayasayla güvence altına alınmıştır. Anayasamızın bu konudaki emredici hükümlerini içeren maddelerini hatırlatmak gerekirse:

- Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. (Anayasa, Madde 56/1)
- Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. (Anayasa, Madde 56/3)
- Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. (Anayasa, Madde 56/4)
- Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir. (Anayasa, Madde 56/5)
- Devlet, istiklal ve cumhuriyetimizin emanet edildiği gençlerin müsbet ilimin ışığında, Atatürk ilke ve inkılapları doğrultusunda ve Devletin ilkesi ve milletiyle bölünmez bütünlüğünü ortadan kaldırmayı amaç edinen görüşlere karşı yetişme ve gelişmelerini sağlayıcı tedbirler alır. Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır. (Anayasa, Madde 58)
- Devlet, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleriyle, malul ve gazileri korur ve toplumda kendilerine yaraşır bir hayat seviyesi sağlar. Devlet,

sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirleri alır. Yaşlılar, Devletçe korunur. Yaşlılara Devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir. Devlet, korunmaya muhtaç çocukların topluma kazandırılması için her türlü tedbiri alır. Bu amaçlarla gerekli teşkilat ve tesisleri kurar veya kurdurur. (Anayasa, Madde 61)

Sağlık; kısaca, sağlıklı olmama, hasta olmama halini ifade eden bir kavramdır. Günümüzde Dünya Sağlık Örgütü'nün genel kabul görmüş tanımına göre ise sağlık bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Tanımdan anlaşılacağı üzere sağlık sadece bedensel olarak iyi olma değildir, ruhi ve sosyal boyutları da mevcuttur. Dünya Sağlık Örgütü'nce yapılan bu tanımlamadan önceki sağlık tanımları ölüm ve hastalığı bir sağlık göstergesi olarak almışlardır, ancak bu iki husus sonuca ilişkindir. O noktaya gelinceye kadar yaşananların belirlenmesi ve bunlar üzerinde sağlık tanımı yapılması, özellikle sağlığın korunması ve geliştirilmesine yapılan vurgunun artmasıyla birlikte öne çıkan gereksinim olmuştur. Sağlık tanımına ve bu tanımın ölüm, hastalık gibi sonuçlarla ilişkisine ve hastalık tanımlarındaki bu değişikliklere esasen gerçeklik ve bilim arasındaki ilişkinin gelişmesi neden olmaktadır.<sup>3</sup>

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan sağlık tanımına kadar sağlık geleneksel olarak hastalık yokluğu ile tanımlanırken; üç boyutlu tanımı ile ideal bir durum, fiziksel ve mental zindelik, bireysel güç ve yeterlilik, bireysel potansiyelin temeli olarak görülmeye başlanmıştır. Bu kez de tanımın, “tam iyilik hali” gibi pozitif bir yöne vurgu yaparken, tanımlamaya yöneldiği olguyla ilgili olarak yarattığı ciddi belirsizlik ortamı tartışılmaya başlanmıştır. Tam iyilik halinin neyi ifade ettiği ve nasıl ölçülebildiği belli olmadığı gibi, dünyada bu durumun bir örneğinin olup olmadığı da tartışmalıdır. Ayrıca sağlık eğer sürekli gelişen bir olgu ise ve sağlığı geliştirmek hedefi hep söz konusu olacaksa; tam iyilik hali düşüncesi ulaşılmaz, gerçek dışı hatta ütöpik bir kavram olarak kalacaktır.

Yine de Dünya Sağlık Örgütüncü yapılan tanım ve yeni yaklaşımın önemini belirtmek gerekir. Sağlığı daha geniş bir çerçeve içinde ve yaşamdaki sosyoekonomik, politik ilişkilerle birlikte ele alan bu tanım, esasen yeni tür bir yaklaşımın göstergesidir.

---

<sup>3</sup> Belek, İlker, **Sınıf Sağlık Eşitsizlik**, Sorun Yay. Ekim 1998, s:24-26.



Sağlık ile ilgili bir başka tanım ise, “Bir ceninin kendi hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş maddesel örgütlenişinin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilmesi sürecidir” şeklindedir.<sup>4</sup>

Sağlık hakkında bir tanım da 224 Sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanunda yapılmıştır. Esasen Dünya Sağlık Örgütü’nce yapılan tanıma benzer olan bu tanıma göre sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.

Hukukun sağlıkla ilgisi ise iki ayrı perspektifte incelenmelidir. Bireysel perspektifte söz konusu olan, hasta-hekim ilişkileridir. Burada, konu daha çok hekimin tedavisi nedeniyle hastaya karşı sorumluluğu bağlamında yoğunlaşmakta, yanlış teşhis ve tedavi durumunda hekimin sorumluluğu araştırılmakta olup, konu bir yandan Ceza Hukuku ile, diğer yandan ise Borçlar Hukuku ile ilgili bulunmaktadır. Kollektif perspektifte ise konuya toplum sağlığı açısından yaklaşmakta, bir yandan Anayasa Hukuku, diğer yandan ise Sosyal Sigortalar Kurumu ile ilişkiler irdelenmektedir.

Sağlık hakkı ise; kişinin toplumdan ve devletten sağlığının korunması, gerektiğinde tedavi edilip, iyileştirilmesini isteyebilmesi ve toplumun sağladığı imkanlardan faydalanabilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün kuruluş yasasında yer aldığı şekli ile sağlık, “sadece *hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali*” olarak tanımlanmaktadır.<sup>5</sup> Bu tanımında yer alan “sosyal yönden” ve “tam iyilik hali” terimleri uzun tartışmalar sonucunda belirlenmiştir. “Tam iyilik hali” konusu mükemmeli hatta ideali ifade etmektedir ki, gerçekleşmesi çok zordur. “Sosyal yönden” terimi ise sağlığın kapsamını çok genişletmiştir. Örneğin, geçim sıkıntısı nedeniyle ya da iş ortamındaki çatışmalar nedeniyle “tam iyilik hali” gerçekleşemiyorsa, sağlık da

---

<sup>4</sup> Belek, İlker – Onuroğulları, Hamza – Nalçacı, Erhan ve Arduç, Fatma, **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yay., Ocak 1998, s:23-24.

<sup>5</sup> WHO Policy Statement, (Çevrimiçi) [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll? hitsperheading=on&infobase=basicdoc&jump=Constitution&softpage=Document42#JUMPDEST\\_Constitution](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll? hitsperheading=on&infobase=basicdoc&jump=Constitution&softpage=Document42#JUMPDEST_Constitution), 12 Şubat 2006.

gerçekleşmiyor demektir. Burada üzerinde durulması gereken bir diğer önemli nokta da sağlığın olmamasının “hastalık” anlamına gelip gelmediği konusudur. Başka bir deyişle, bu tanıma uygun “sağlık” yok ise, “hastalık” mı söz konusudur? Hemen şunu vurgulamak gerekir ki “sağlık” ve “hastalık” birbirlerinin zıttı olmayıp, sağlıklı olmak, hasta olmamaktan farklı bir kavramdır. Öte yandan, hastalık kavramı da duruma göre farklı anlamlara gelebilen tartışmalı bir kavramdır.<sup>6</sup>

Hekimler açısından “hastalık” kavramı, objektif bir durum olup insan vücudundaki organlar ya da sistemlere ilişkin patolojiyi tanımlar. Hekimlerce konulan hastalık tanısı, başka hekimlerce de gözlemlenebilen, ölçülebilen bazı belirti ve bulgulara dayanan objektif bir durumdur.

Bireyler için “hastalık”, öznel bir durum olup bireyin olağan dışı semptomlarını algılaması ve değerlendirmesi ile ilgilidir. Bu algılama ve değerlendirme süreci bireyden bireye farklılık gösterdiği gibi, birey ile hekim arasında da farklı yorumlanabilmektedir. Yani, kendisini “hasta” hisseden bir kişiye hekim tarafından “sağlam” tanısı konulabileceği gibi, kendisini “sağlam” hisseden bir başka kişiye hekim tarafından ciddi şekilde “hasta” tanısı konulabilir.

Bireyin çevresi için ise “hastalık” kavramı bir tür sosyal roldür. Kendisini hasta hisseden ya da bir hekim tarafından hasta tanısı konulmuş olan bireylerin görünüşleri, tavırları ve günlük yaşantılarındaki değişimleri, çevresi tarafından daha kolay fark edilir ve hastalık durumu ile ilişkilendirilir. Çevresi tarafından hasta olarak bilinen ya da böyle değerlendirilen bireyden beklentiler ile bireyin çevresinden beklentileri hasta olma süreci boyunca farklı bir boyuta ulaşır.

Sağlık hakkı, her insanın doğuştan sahip olduğu bir insanlık hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hakkın, herkes tarafından tam anlamıyla kullanılabilmesi için insanın çevresinin sağlığa uygun ve risklerden arındırılmış bir duruma getirilmesi gerekmektedir. Devletlere düşen görev, sağlık risklerini en aza indirecek koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere, kaybedilen sağlığın en kısa sürede geri kazanılması için en uygun şekilde hizmet verecek sağlık sistemini kurmak, her vatandaşın

---

<sup>6</sup> Hayran, Osman ve Sur, Haydar, **Sağlık İşletmelerinde Yönetim**, İstanbul, SAYED Yayınları, 2005, s:5.

hakkaniyet ilkeleri içinde hizmetlere ulaşıp yararlanmasını sağlamaktır. Ancak, bilim ve teknolojiadaki gelişmeler, sağlık hizmetlerinin emek yoğun ve teknoloji ağırlıklı niteliği ile uzmanlık isteyen pahalı hizmetler olması, günümüzde vatandaşların sağlık hizmetlerinden beklentilerinin gittikçe artmış olması, ortalama ömrün uzaması, sağlık hizmetlerini yoğun olarak kullanan insanların oranında göreceli bir artışın ortaya çıkması gibi nedenlerle ülkelerin sağlık hizmetlerini istenilen düzeyde sunmada büyük güçlükler yaşadığı bilinmektedir.

Dünyada yaşanan gelişmeler, devletlerin sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilmesi ve düzenleme görevini hakkıyla yapması yönündedir. Ülkemizde de devletin aktif olarak sağlık hizmetlerinin sunumundan çıkması ve hizmetin arzu edilen kalitede vatandaşlara ulaştırılması için gereken düzenlemeleri, öncülüğü ve kontrolü yapması gerekmektedir. İstenen iyileştirmenin sağlanabilmesi için özellikle hasta memnuniyeti çalışmalarına öncelik verilmelidir. Modern sağlık yönetimi ile klasik yaklaşım arasındaki en temel fark, klasik yaklaşımın hizmet veren unsurlara odaklanıp bunları iyileştirdiği takdirde sonucu başarılı kabul etmesi; modern yaklaşımın ise hizmeti kullanana odaklanması ve nihai olarak başarıyı hasta memnuniyetinde görmesidir. Bu nedenle hasta memnuniyeti çalışmaları büyük önem kazanmaktadır.

## **1.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinin finansmanına geçmeden önce finansal yönetim ve finansal sistem kavramlarını kısaca açıklamak gerekirse; finansal yönetim hangi varlıklara ne kadar yatırım yapılmalıdır, yatırım için gerekli fonlar hangi kaynaklardan sağlanmalıdır, sorularına cevap arar.<sup>7</sup> Finansal sistem, genellikle gelişmiş olan ekonomilerde belirli kurumların ve pazarların bir arada ve karşılıklı olarak birbirlerini etkileyen temel fonksiyonlarını gerçekleştirmek amacıyla bir araya gelmeleri sonucunda oluşur.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Berk, Niyazi, Finansal Yönetim, Türkmen Kitabevi, İstanbul 2003, s:8.

<sup>8</sup> Uludağ, İlhan ve Arıcan, Erişah, Finansal Hizmetler Ekonomisi, Beta, 2001, s:116.

Günümüzde sağlık hizmetleri, devletlerin öncelikle yerine getirmek zorunda oldukları refah harcamalarının başında gelmektedir. Bilindiği gibi halk sağlığı (public health care), devletin sunmak zorunda olduğu genel sağlık hizmetlerini oluşturur.<sup>9</sup>

Sağlık, ülke GSMH'den aldığı payla çok önemli bir sektör konumundadır. Bugün sağlık bakım sistemlerine ayrılan kaynaklar global üretimin %9'unu oluşturmaktadır.<sup>10</sup> Peki ülke ekonomisinde bu denli önemli bir yere sahip olan sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları nelerdir? Çok çeşitli finansman kaynakları mevcuttur. Her finansman kaynağının da kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Bir ülkede çok iyi işleyen bir finansman yöntemi, bir diğerinde aynı olumlu sonuçları vermeyebilir. Bunda her ülkenin sosyo-ekonomik, kültürel, politik değişkenlerinin etkisi vardır. Burada sağlık hizmetlerinde kullanılan finansman kaynaklarının ortaya konulması ve bu kaynakları çeşitli açılardan değerlendirilmesi son derece önemli ve gereklidir.

### **1.2.1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Amacı**

Sağlık finansman sisteminin yeniden yapılanma sürecinde başlıca iki faktörün rol oynadığı söylenebilir.<sup>11</sup> Bunlar genel sosyo-ekonomik politikalarda 1980'li yılların başından beri yaşanan değişimler ve toplumun daha geniş bir kesimini sağlık güvencesine kavuşturma yönündeki baskılardır. Finansman sisteminde yeniden yapılanmanın temel yapı taşlarından biri kaynağın ne olacağı ile ilgilidir. Kamusal ve özel finansman kaynakları arasındaki denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her kaynağın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı bu süreçte en kritik konular arasında yer almaktadır.

Son 20-30 yıldır sağlık maliyet problemleri ile ilintili olarak veya bu problemlere atıfta bulunarak sağlık bakım finansmanı tartışmaları yapılmaktadır.<sup>12</sup> Son yıllarda çoğu ülkelerdeki sağlık bakım finansmanı ve hizmet sunumu olumsuz

---

<sup>9</sup> Şener, Orhan, Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi, Beta Yayınları, İstanbul, 2006, s:385.

<sup>10</sup> Schieber, George and Moedo Akiko, Health Care Financing and Delivery in Developing Countries, Health Affairs May/June 1999, s:193.

<sup>11</sup> Yalçın, Türkan; Yıldırım, Hasan Hüseyin, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayı, No: 40, 2001.

<sup>12</sup> Tatar, F., Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan, 1996, s:42.

değişimler geçirmektedir. Politik değişimler, nüfusun yaşlanması, bununla birlikte sağlık hizmetlerine gereksinimin artması, yeni tedavi biçimlerinin ve teknolojilerinin yaygınlaşması ve kamuoyu beklentilerinin yükselmesi, kaynaklar üzerindeki baskıyı arttıran faktörlerdir.<sup>13</sup>

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetlerinin yönetiminde en çok şikayet edilen konuların başında yetersiz finansman gelmektedir. Çok çeşitli finansman yöntemleri olmasına rağmen uygulamada bunların kombinasyonları görülmektedir ve etkili bir planlama bunların hepsinin analizini gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinin iyi işlemesi ve bakımın sağlanması için öncelikle gerekli olan şey yeterli finansman kaynaklarıdır. GSMH'den sağlığa giden harcamalar Avrupa'da %3,1 ile %10,7 arasında değişmektedir.<sup>14</sup> Sağlık harcamalarının seviyesi ülkelerin ekonomik statülerine bağlıdır. Dünya Bankası'nın "Health Financing in Developing Countries: An Agenda for Reform" adındaki çalışması yayımladığından bu yana sağlık sektöründe kaynakların artırılması için alternatifler konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılagelmektedir.

Sağlık hizmetinde finansman kaynakları ülkeden ülkeye değişmektedir. Bu kaynaklar vergi ve sigorta temelli olarak ele alınmaktadır. Bu finansman yöntemlerinin hangilerinin finansal açıdan sürdürülebilirliğinin (financial sustainability) ve kapsamlı ulaşımının (universal access) daha iyi sağlanabildiği konusunda oldukça yoğun tartışmalar yapılmaktadır. Ancak bu yöntemlerin bir karmasının kullanılması en iyi seçenek olarak görülmektedir. Öncelikle adil ve etkili bir vergilendirme sistemi ile gelirler artırılmalı daha sonra kaynakların etkili ve verimli kullanılacağı bir sağlık sigorta sistemi oluşturulmalıdır.

Çoğu gelişmekte olan ülke sağlık hizmetleri finansmanının yetersizliği veya kaynak tahsisinin gerek sektör bazında gerekse sağlık sektörünün kendi içinde yaşanan problemleri önemsememektedir. Kaynak ihtiyacı veya kaynak yetersizliği; artan ihtiyaçların, diğer taraftan da artan nüfusun bir sonucu olmaktadır. Son yıllarda sağlık sektöründe yaşanan finansman sıkıntılarını ortadan kaldırmak için, çeşitli kurum ve

---

<sup>13</sup> Banoob, Samir N., Private and Public Financing-Health reform in Eastern and Central Europe, World Health Forum, Vol.15, 1994, s:329.

<sup>14</sup> WHO, Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region, 1999, s:131.

kuruluşlar, sağlık sektörüne ayrılan payların artırılması, sağlıkta önceliklerin dikkate alınarak kaynak tahsislerinin buna göre yapılması, kaynak açığının belirlenmesi çalışmaları, mevcut kaynakların nasıl tahsis edileceğinin belirlenmesi, kaynakların daha etkili ve verimli tahsisi konularında çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır.

*Sağlık sektörü Finansmanı*, gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi, kaynakların tahsisi ve hizmetlerin satın alınma süreci olarak tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi sağlık finansmanı üç alt fonksiyona ayrılarak incelenebilir: Gelir elde etme (revenue collection), fon biriktirme (fund pooling) ve hizmetlerin satın alınması (purchasing).<sup>15</sup>

*Gelir elde etme*, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve doner kuruluşlar) kaynaklarda elde edilen para hareketlerini ifade eder. Fonlar sekiz temel mekanizma ile elde edilebilir: cepten ödemeler, gelir temelli gönüllü sigorta, risk temelli gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, genel vergiler, özel amaçlı vergiler, hükümet dışı kuruluşların bağışları ve doner kuruluşlardan sağlanan transferler. *Fon biriktirme*, çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların bir havuzda biriktirilmesini ifade etmek için kullanılmaktadır. *Satın alma ve tahsisat* ise çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanan gelirlerin, bireysel veya kurumsal hizmet sonuçlarına verdikleri hizmetler karşılığı tahsis edilmesi demektir. Ancak bu tahsisatın toplumun ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde bulundurularak yapılması gerekir.

*Mikro düzeyde finansman* ise, her düzeydeki sağlık işletmelerinde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve pazarlanması için ihtiyaç duyulan fonların saptanması, bu fonların yatırımlara yönlendirilmesi ve oluşan gelir veya karların dağıtımı ile ilgili bir dizi karar ve işlemi içeren bir fonksiyondur.

Bir sağlık bakım sistemi hakkında sorulabilecek temel soru, söz konusu sistemin nasıl finanse edileceğidir. Bu durumda *finansman*; bir ülkenin sağlık sistemini finanse etmesi için gerekli olan fonları elde etme, artırma ve bunları en iyi şekilde kullanma mekanizmalarıdır. Bu mekanizmalar özel veya kamu kaynaklı olabilir. İster makro ister mikro düzeyde olsun sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların,

---

<sup>15</sup> Yalçın, Türkan; Yıldırım, Hasan Hüseyin, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, 2001.

hakkaniyet ölçüleri ile tüm ülke düzeyinde eşit biçimde, etkili, verimli, ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülke sağlık göstergelerini istendik düzeye yükseltecek biçimde kullanılması sağlık hizmetlerinin finansmanının temel amacıdır.

Makro bazda sağlık finansmanının nihai amacı; sağlık statüsünü yükseltmek olmakla beraber fonların harekete geçirilmesi, riske karşı sigorta etme, harcama gücünü zenginden fakire ve sağlıklı olandan hasta olana doğru yeniden dağıtmak, kapsamı genişletmek, kaynakların bulunabilirliğini artırmak da sağlık hizmetlerinin finansmanının amaçları arasındadır.

### **1.2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları**

Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman diliminde başvuru kaynaklarının kombinasyonu; o ülkenin tarihi, kültürü, sosyo-kültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlere bağlı olacaktır.

Çok çeşitli finansman kaynakları -genel vergiler, ithalat ve ihracat vergileri, satış vergileri, piyangolar, sosyal sigortalar, dış yardımlar, kullanıcı katkıları, özel amaçlı vergiler, özel sigortalar- olmasına rağmen bunlar arasında en çok kullanılanları kamu-özel ayrımı çerçevesinde, sistematik olarak aşağıdaki gibi belirtilebilir:<sup>16</sup>

1. *Kamusal ve Yarı Kamusal Finansman Kaynakları*
  - Genel Vergi Gelirleri
  - Sosyal Sigorta
  - Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı
  - Özel amaçlı vergiler
  - Piyango ve bahis gibi gelirler
2. *Özel Finansman Kaynakları*
  - Özel Sağlık Sigortası
  - İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler
  - Gönüllü Kuruluşların ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları
  - Toplum finansmanı

---

<sup>16</sup> Yalçın, Türkan, Yıldırım Hasan Hüseyin, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayı, No:40, 2001.

## - Doğru Hane halkı Harcamaları/Kullanıcı Katkıları

Sağlık hizmetleri finansman sistemleri benzer biçimde Kamu Yardımı Sistemi, Sağlık Sigortası Sistemi ve Sosyalleştirme Sistemi olarak da bir sınıflamaya tabi tutulabilir. Kamu yardım sisteminde yeterli mali gücü olmayanlar için sağlık hizmetlerinden yararlanma karşılığında ücret alınmaz. Belirli bir mali gücü olanlar ise sigortalanırlar. Vergi ve sigorta yoluyla finansmanın birleştirilmiş biçimi olarak görülür. Sağlık sistemi sigortası genellikle sanayileşmiş batı ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimi olup, pek çok ülkede de kısmen uygulanan bir finansman biçimidir. Sistemin esası, riskin sigortalılar tarafından paylaşılmasına dayanır. Kişiler, ödeme güçlerine göre sisteme prim ödeyerek katkıda bulunurlar. Ancak sağlık hizmetlerinden, ödenen prime bakılmaksızın ücretsiz veya kısmen ücretli olarak yararlanırlar. Sosyalleştirme sistemi; ulusal sağlık sistemi veya Beveridge modeli olarak da alınır. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamı devlet tarafından vergilerle finanse edilir. İngiltere ve eski doğu bloğu ülkelerinin tercih ettiği bir finansman biçimidir. Türkiye'deki finansman kaynaklarına bakıldığında yapılan bir araştırmaya göre, sağlık hizmetlerinin yaklaşık olarak %43'ünün vergilerden, %25'inin sigorta primlerinden (emekli sandığı dahil) ve %32'sinin ise cepten yapılan ödemelerden karşılandığı görülmektedir.<sup>17</sup>

Ülkeler, sağlık sistemlerini finanse edişlerinde yaygın olarak başvurulan yöntemlere göre üç gruba ayrılabilir: Temel olarak vergilemeye dayananlar; sosyal güvenceye dayananlar ve devlete ait bütçe fonlarının merkezi planlama esasına göre normatif biçiminde dağıtanlar. Birçok ülkede, hizmet temelinde özel sektörün rolünün giderek artması sonucunda hakkaniyet ve kaynak tahsisi konuları daha fazla ön plana çıkmaktadır. Ayrıca, sağlanan bakımın kalitesi konusundaki duyarlılıklar da artmaktadır.<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Tatar, F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan, 1996, s:64.

<sup>18</sup> WHO, The World Health Report 1998, Life in the 21st Century A Vision for All WHO, Genova 1998, s:168.



### **1.2.2.1. Kamusal ve Yarı Kamusal Finansman Kaynakları**

Bir sağlık bakım sistemi içerisinde çok çeşitli finansman yöntemleri olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergilerden (bütçeden) ve primler yoluyla finanse edilmektedir. Kamu finansmanında temel seçim, genel vergiler ve zorunlu sigorta arasında yapılmaktadır. İsviçre, Kanada ve Birleşitmişit Krallıklar (UK) gibi ülkeler genellikle sağlık hizmetlerini genel vergilerden finanse etmektedir. Batı Avrupa lkelerinde ise sağlık hizmetlerinin finansmanı vergi gelirlerinden değil de genel olarak zorunlu sigorta (hastalık fonları) ile finanse edilmektedir.

Beveridge modeli, temel olarak devletin, bütün vatandaşlarına sağlayacağı önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin tamamen vergiyle finanse edilmesi ilkesinden hareket etmektedir. İngiltere’de 1948’de Ulusal Sağlık Sistemi NHS<sup>19</sup>’in kurulmasıyla uygulamaya koyulmuştur.

#### **1.2.2.1.1. Genel Vergi Gelirleri (Beveridge Modeli)**

Genel Vergi Gelirleri (GVG), sağlık hizmetleri finansmanında kolektif sorumluluğun yerine getirilmesi amacıyla yaygınlıkla başvurulan finansman kaynaklarından biridir. Vergiyle finansman durumu ülkeden ülkeye değişmektedir. Sosyalist sistemde, finansman doğal olarak vergiye dayanır. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu kaynağın sistem üzerindeki ağırlığı ve toplumun kolektif sorumluluğu ne lde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olarak; Beveridge ve Bismarckci yaklaşım tercihidir. Örneğin Almanya Bismarckci sosyal sigorta sistemini tercih ederken, İngiltere’de ise Beveridge vergi sistemini tercih edilir.<sup>20</sup>

Beveridge modeli, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini genel vergi gelirlerinden finanse ederek tüm vatandaşlara eşit bir şekilde sunan bir çerçeveye sahiptir.

---

<sup>19</sup> National Health Service.

<sup>20</sup> Tatar F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan, 1996, s:45.

Genel vergi gelirleri, sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan en temel kaynaklardan biridir. Genel vergi gelirlerinin sağlığa tahsisinde çeşitli faktörler etkili olmakla birlikte politik baskılardan oldukça etkilenmektedir. Bu baskılar zaman zaman sağlık hizmetlerinin sunumunda verimliliği ve eşitliği olumsuz yönde etkilemektedir.

#### **1.2.2.1.2. Sosyal Sigorta/Zorunlu Sağlık Sigortası (Bismarck modeli)**

Sigortanın temelinde belirsizlik yatmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman ne kadar para harcanacağı belli olmadığından olası riskleri kolektif bir şekilde karşılamayı amaçlamayan sigortayla finansman biçimi geliştirilmiştir.

Bismarck modeli olarak da anılan sosyal sigorta, temelde prime dayalı olarak sigorta anlayışı ile işçileri kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve malüllüğe (invalidity) karşı korumayı amaçlamaktadır. 1881 yılında Almanya'da başlamıştır.<sup>21</sup> Almanya'da ulusal sağlık sigortasının mimarı olan Bismarck'ın modeli, gelişen dünyada oldukça uygulama alanı bulmuştur. Bu modele göre, sağlık sigortasında üzerinde mutabakata varılan oranlarda, maliyetin bir kısmını çalışan bir kısmını da işveren üstlenmektedir ve devlet düzenleyici (regülasyon) fonksiyonunu üstlenerek ve bazen de fakirlerin primlerine ya da kronik hastalıklar gibi sigorta edilmesi zor kesimlerin primlerine katkıda bulunarak finansmanda destek sağlamaktadır<sup>22</sup>. Dayanışma temelli, primlerin bireylerin gelirleriyle orantılı ve hizmetten yararlanmanın da ihtiyaca göre olduğu sosyal sigorta finansmanı; düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olması, özerk yönetim ve denetime izin vermesi, sigorta katkılarının (hem işçi hem işveren) bordrolara yansıtılması ve benzeri konularda avantajlara; idari karmaşıklığın ve maliyetin yüksekliği (prim toplama, düzenleme, hizmet sunucuları ile sözleşme yapılması gibi), maliyet kontrol problemleri gibi konularda ise dezavantajlara sahiptir.

---

<sup>21</sup> Cichon, Michael and Normand, Charles, Between Beveridge and Bismarck - Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe, World Health Forum, Vol.15, 1994, s:323-324.

<sup>22</sup> Maxwell, Robert J., Financing Health Care: Lesson, From Abroad, British Medical Journal, Vol.296, 21 May 1988, s:1424.

### 1.2.2.1.3. Özel Amaçlı (Hypothecated/Earmarked) Vergiler

Birçok ülkede vergiler, ulusal bir havuzda toplanır ve daha sonra hükümet tarafından değişik alanlara sarf edilir. Bununla beraber bazı hükümetler belli bir vergiyi belli bir amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetini karşılamak üzere alınan vergiler “özel amaçlı (earmarked) vergi” niteliği taşır.

Bu tür tüketim vergilerindeki en büyük problem genellikle toplanmalarında ve dağıtımlarındaki zorluk olarak belirtilmektedir. Bu tür vergiler popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı şekliyle eğer bu vergiler, yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınmıyorsa adaletsiz (regresive) bir özellik taşır ve bu da az gelirli ailelere oransal olarak çok büyük bir yük yükler. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınmıyorsa aslında adil de (progressive) olabilir. Bu gelir, kaynağı belli programlar veya projelerin finansmanında kullanılabilir.

Özel amaçlı vergiler belirli amaçlarla toplanan vergilerdir. Özel amaçlı vergiler genellikle tütün, bira gibi ürünlere ve spor aktivitelerine (loto gibi) yüklenen satış vergileridir. Bu vergiler belirli amaçlarla konulur ve bu amaçlar dışında kullanılmazlar.

### 1.2.2.1.4. Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

Bazı ülkelerde sağlık hizmeti finansmanını sağlamak için piyango ve bahis gelirlerinden yararlanılmaktadır.

Piyango ve bahisten elde edilen gelirler de sağlık hizmeti finansmanında başvurulabilecek yöntemlerden biri olarak belirlenmektedir. Doğrudan bir finansman kaynağı değildir. Nadiren kullanılmaktadır. Adil olmayan bir özelliği olduğu için eşitsizliğe yol açabilir.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Tatar F., Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan 1996, s:47.

### **1.2.2.1.5. Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı/Borç kullanımı/İç ve Dış Borç**

Sağlık hizmetlerinde kullanılan diğer bir finansman kaynağı ise açık finansman ve enflasyonun kullanılmasıdır. Enflasyon çok kısa olarak, genel fiyat seviyesindeki sürekli bir artışı ifade eder. Devlet harcamaları, gelirleri aşarsa bütçe açığı oluşur. Oluşan bütçe açığını en basit kapatma şekli para basmadır.<sup>24</sup>

Açık finansman, borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belli zaman sürecinde, genellikle genel vergi dışı gelirlerden geri ödeme kararıdır. Bu ulusal ve uluslararası nitelik taşıyabilir, kısa vadeli düşük faizli borç, tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki enflasyon oranı (ki bu gerçek borç faiz oranlarını da etkiler) ve genellikle hükümetlerin kredi itibarı konusundaki şüpheleri bu tür finansmanın sağlık hizmetleri finansmanında kullanılmasını zorlaştırmaktadır.

Gerek sağlık hizmetlerinin ve gerekse de diğer hizmetlerin açık finansman ve enflasyonunun kullanılarak finansmanında, özellikle gelişmekte olan ülkeler, bu açığı veya enflasyon düzeyini kontrol altında tutmak için gerekli yönetsel disiplinden yoksundurlar. Bu yoksunluk, beraberinde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu getirebilir. Bundan dolayı dikkat edilmelidir.

Enflasyon sağlık hizmetlerinde finansman aracı alternatiflerden biri olarak kullanılabilir. Hükümetler vergi gelirlerini arttırmak yerine politik olarak para basma yoluna başvurabilirler ki bunun kendisi de enflasyonun önemli kaynaklarından biridir. Özellikle az gelişmiş ülkelerin enflasyonu kontrol altında tutma becerileri göz önünde bulundurulduğunda, enflasyonun gerçek bir finansman kaynağı olmadığı ortaya çıkmaktadır.

---

<sup>24</sup> Sorkin, Alan L., Financing Health Development Projects: Some Macro economic Considerations, Social Science and Medicine, Vol.22, No:3, 1986, s:345-346.

### 1.2.2.2. Özel Finansman Kaynakları

Genel bir kural olarak ülke zenginliği ile özel sektörün finansmandaki rolü arasında ters orantı olduğu söylenebilir. Bunun en önemli istisnası sağlık harcaması içinde yaklaşık olarak %60'lık özel sektör payı ile Amerika Birleşik Devletleri'dir.<sup>25</sup>

Özel finansman kaynakları daha önce belirtildiği gibi; özel sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen sistemler, gönüllü kuruluşların veya hayır kuruluşlarının katkıları, toplum finansmanı ve doğrudan hane halkı harcamalarından oluşmaktadır.

#### 1.2.2.2.1. Özel Sağlık Sigortası

Yoğun sübvansiyon ve hizmetlerin kamu eliyle ücretsiz olarak sunulduğu gelişmiş ülkelerin çoğunda devlet (kamu) sağlık hizmetlerinin finansmanında dominant (baskın) aktör olmasına rağmen özel finansmanda da önemli yer tutmaktadır.

Özel sağlık sigortası, az gelişmiş ülkelere çok, gelişmiş ülkelere ve genellikle sosyal sigortanın National Health Service (NHS) gibi ulusal sistemlerin bulunduğu ülkelerde yaygın bir biçimde başvurulmuş finansman mekanizmasıdır. Ulusal sosyal sigorta veya NHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde, daha özel ilave hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere özel sağlık sigortası şirketleri vardır. Farklı kişisel beklentilere cevap vermek açısından, ülkenin temel finansman yapısını tehdit etmediği sürece, olumlu bir katkıya sahip olabilir. Özel sağlık sigortalarına yalnız başına bir finansman mekanizması olarak başvurulmasını engelleyen en önemli nedenlerin başında “piyasa başarısızlıkları” gelmektedir.

Özel sigortayı, sosyal sigortadan ayıran iki özellikten söz edilebilir: 1) Özel sağlık sigortası sosyal sigortada olduğu gibi emekliliği ve sakatlığı kapsamaz. 2) Özel sigorta primleri sigortada olduğu gibi bir havuzda toplanmış riske göre değil sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığını göz önünde bulundurarak belirlenir, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ya da gruptan gruba farklılık

---

<sup>25</sup> Tatar F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan 1996, s:44.

gösterebilmektedir. Bunun sonucu, primlerin yüksek olması nedeniyle sigorta edilen kişilerin miktarının azalması ve bazı grupların özellikle kronik hastalığı olanların “kötü risk” grubuna girmeleri nedeniyle özel sigorta kapsamı dışına bırakılmaları olabilir.<sup>26</sup>

Kamu sektörü içerisinde yeterince esnekliğin olmaması, NHS’deki bekleme listeleri ve özel sigortanın daha iyi otel hizmetleri (daha iyi yiyecek ve özel oda gibi) sunabilmesi nedeniyle İngiltere’de nüfusun yaklaşık %14-17’si GVG’den yararlanmaya ek olarak gönüllü olarak sigorta yaptırmaktadır. Yapılan bir araştırmada uzun süreli bekleme listeleri ile özel sağlık sigortası yaptırma arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Başka bir ifade ile İngiltere’de uzun süreli bekleme listeleri kişileri özel sigorta yaptırmaya yöneltmektedir.<sup>27</sup>

Özel sigorta uygulamaları sosyal dayanışmayı önemli ölçüde zedeleyebilir. Çünkü özel sigortalar birey ve risk temelli olarak prim alır.

#### **1.2.2.2.2. Kullanıcı Katkıları (user charges) Doğrudan Hane Halkı Harcamaları**

1980’lerden beri kullanıcı katkıları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, sağlıkta bir finansman kaynağı olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Sağlık hizmetlerini ücretsiz olarak halkına sunan devletler, sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkılarını tartışmaya ve kullanmaya başlamışlardır.

“Arka kapıdan özelleştirme” olarak nitelendirilen kullanıcı katkılarının gerçekleri; a) ilave gelir elde edilmesi, b) bu yolla elde edilen gelirin hizmet yaygınlaştırmada veya ikame finans kaynağı olarak kullanılabilmesi ve c) hizmetlerin aşırı ve gereksiz olarak kullanımının engellenmesi olarak ifade edilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde yaşanan problemlerin (tahsisat, verimsizlik ve hakkaniyetsizlik) üstesinden gelmek için gelişmekte olan ülkeler, temelde aşağıdaki

---

<sup>26</sup> Tatar Mehtap, Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler, I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994, s:530.

<sup>27</sup> Besley, T., Hall, J. and Preston, I., The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter? Journal of Public Economics, 72(1999), s:156.

stratejileri benimseyip uygulamalıdır. Bu stratejiler; 1) kullanıcı katkısı sağlamak, 2) özel sektör hizmet sunumları teşvik etmek ve güçlendirmek ve 3) kamu sağlığını desantralize etmek.

Kullanıcı katkıları üç nedenden dolayı sağlık sektöründeki problemleri çözebilir: 1) Kullanıcı katkılarının kullanılması sonucu daha fazla gelir elde edilebilir ve elde edilen bu gelirlerle daha iyi sağlık hizmetleri verilir 2) Kullanıcı katkıları fakirlerin sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini arttırabilir. Elde edilecek yeni gelirlerle devlet sağlık hizmetlerini kırsal kesimlere kadar yayabilir ve böylelikle fakir nüfusun yoğunlukta olduğu kırsal alanlarda hizmetlere ulaşılabilirlik sağlanmış olur. 3) Kullanıcı katkılarının kullanımı kamu hizmetlerinin daha verimli olarak verilmesini sağlar. Tüketiciler sağlık hizmetleri talebinde daha duyarlı olur. Sevk sisteminin daha uygun olarak kullanılmasını sağlar. Gereksiz reçete yazımlarını engelleyebilir.

Alternatif finansman yöntemlerinden birisi olan ve ilave gelir elde etme aracı olan kullanıcı katkıları, son yıllarda çok kullanılmaktadır. Kullanıcı katkıları taraftarlarına göre, bu yöntem gereksiz kullanımları önleyeceği ve hastaları taleplerinde daha duyarlı ve maliyet bilinçli hale getireceği için faydalı olacaktır. Ancak karşı olanlara göre ise; bunun tam tersine, özellikle fakir kesim tarafından gerekli olan sağlık hizmetlerinin kullanımını engelleyeceği, finansman yükünü bu kesimin üzerine yıkacağı ve finansal maliyetleri arttıracığı için zararlıdır, dezavantajlıdır.

Ancak kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için, kişinin gelirine göre kullanıcı katkılarının alınması ve zenginlerden daha çok, fakirlerden ise daha az veya hiç katkı alınmaması şeklindeki politika stratejileri tartışılmaktadır.

#### **1.2.2.2.3. Dış Yardımlar**

Çoğu gelişmekte olan, fakir ülkelerde kamu finansmanına alternatif olarak dış yatırımlar gündeme gelmektedir (örneğin, Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, UNICEF gibi).

Dış yardımlar sağlık hizmetleri finansmanında ağırlıklı bir yer almamakla birlikte özellikle kriz dönemlerinde başvurulan bir finansman yöntemidir. Dış yardımların amacına ulaşabilmesi için, söz konusu yardımları koordine edecek ve yönlerecek bir aktörü ve düzenlemeleri gerekli kılmaktadır. Dış yardımlar oldukça politik bir konudur. Ancak eğer gereği gibi ele alınıp değerlendirilirse sağlık sektörü için yararlı bir finansman kaynağı olabilir.

#### **1.2.2.2.4. Toplum Finansmanı**

Sağlık hizmetlerinde bir finansman kaynağı olarak belirtilen toplum finansmanı; insanların malzeme, işgücü gibi yönlerden katkıda bulunması ile yapılan finansmandır. Toplum katılımının en iyi tarafı, toplumun kendi potansiyellerinin farkına varmalarını sağlamasıdır. Bireyler, aileler veya toplum grupları tarafından sağlık maliyetlerinin bir kısmına nakit (in cash), işgücü (labour) veya malzeme (in kind) olarak yapılan katkılar, toplum finansmanı olarak ele alınmaktadır. Bireysel olarak normal piyasada tıbbi mal ve hizmetlerin satın alınması, toplum finansmanı olarak ele alınmaz. Bunun için kolektif çaba olması gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin bir bölümünü karşılamak için, bireyler ya da gruplar tarafından yapılan katkılar olarak tanımlanan toplum finansmanı; vergiler, sosyal sigorta primleri ya da hane halkı harcamaları ile karıştırılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde toplum finansmanı uygulaması ağırlıklı olarak sağlık projelerine para, malzeme, veya işgücü sağlanması şeklinde gerçekleşmektedir.

#### **1.2.2.2.5. İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler**

Çalışanlarının sağlıkları ile ilgili olarak tüm harcamaların işverenler tarafından yapıldığı durum ifade edilmektedir. Pek rastlanılan bir uygulama değildir.

İşverenlerin çeşitli yollarla çalışanlarının sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse etmeleridir. Bu yöntemin pek yaygın olmadığı ve hiçbir ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı bir yerinin bulunmadığı belirtilmektedir.



#### **1.2.2.2.6. Gönüllü Kuruluşların ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları/Yardımları**

İşletmelerin, zengin birey ve ailelerin ve dinsel örgütlerin gönüllü yardımlarıdır. önemli rolünü yitirmeye başlayan bu finansman kaynağının geçmişte, özellikle dünyanın belli kesimlerinde (Afrika gibi), yol açtığı dolaylı sorunlar vardır. Bunlar; 1) Yardım yapan kuruluş veya şahısların öncelikleri, yardımı alanın önceliklerinden çok farklı olabilir. 2) Bu tür katkılar başka finans kaynaklarının azalmasına veya onların yerini almaya da yol açabilir.<sup>28</sup>

#### **1.2.3. Sağlık Sigortasının Sağlık Hizmeti Arzı ve Talebi Üzerindeki Etkisi**

Sağlık sigortası, hastanın, sağlık hizmetiyle karşılaştığı noktada sifıra yakın bir fiyata hizmet alımını sağlamaktadır. Hizmet talep eden kişinin satın alma noktasında ödediği ücretin düşük olması, satın alma kararını önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Sigortanın talep veya arz üzerindeki etkisi ‘ahlaki tehlike(moral hazard)’ olarak da adlandırılır. Ahlaki tehlike üç şekilde gerçekleşebilir. Bunlardan ikisi talep yani hasta üzerinde; biri ise arz yani doktor üzerinde etkili olur. Talep açısından sigorta bireyin davranışını iki şekilde etkileyebilir: Bunlardan birincisi, sigorta yapıldıktan sonra sigortalanan olayın ortaya çıkma olasılığının artmasıdır. Bireyin sigortalandıktan sonra özellikle koruyucu hekimliğe ilişkin bazı uygulamalardan vazgeçmesi ya da sigara içme, tehlikeli sporlar yapma gibi bazı faaliyetlere girmesi mümkündür. Ahlaki tehlikenin sigorta üzerindeki ikinci etkisi; sigortanın fiyat düşürücü etkisinden kaynaklanmaktadır. Bireyin, sigortalı olmadığı durumlarda talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini, sigortalandıktan sonra düşük fiyat etkisiyle talep etmesi olasıdır. Sigortanın sağlık hizmetleri arzı üzerine olan etkisi ise; sağlık hizmetlerinden arzın talep yaratmasıdır; yani hekime, hizmetin karşılığını ödeme şekli, hizmet başına ödeme (fee for service) olursa hekim gereksiz talep yaratabilmesi noktasında ortaya çıkmaktadır. Buna izin vermemek adına satın alınacak sağlık hizmetleri mümkün olduğunca standartlaştırılmalıdır.

---

<sup>28</sup> Tatar F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan 1996, s:48.

#### **1.2.4. Sosyal Sigortanın Genel Ekonomi Üzerine Etkisi**

Sağlık sigortasının genel ekonomi üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Bilindiği gibi sigorta primleri işçi veya işverenden, işçinin aldığı ücret baz alınarak belirlenmekte ve kesilmektedir. Yapılan analizler bu primin tamamının (işveren payı dahil) gerçekte işçinin omuzlarına yüklendiğini göstermektedir. Bunun nedeni, işverenlerin primin kendi payına düşen payını tüketicilere (ürettikleri malın fiyatını artırarak) ve/veya işçilere (ücretleri düşük tutarak) yükleme olasılıklarının olduğunu göstermektedir. Bu nedenle uzun vadede çalışanların hem direkt ödemeler (ücretlerindeki kesinti) hem de dolaylı ödemeler ile (mal ve hizmetlerin artan fiyatı) yoluyla tüm sistemi finanse ettiği görülmektedir. Bu noktanın göz ardı edilmemesi, devletin etkin bir denetim ve gözetim mekanizması oluşturması gereklidir.

Sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık sigortasına bakıldığında en büyük eleştiri, özellikle gelişmekte olan ülkelerde, örgütlü sektörlerde çalışan nüfusun genel nüfusa oranla çok düşük olması nedeniyle bu ülkelerde ancak belirli bir azınlığın bu sistemden yararlanabilmesinden kaynaklanmaktadır. Özellikle, gelişmekte olan ülkelerin vergi yapısının regresif özelliği göz önünde bulundurulduğunda, sosyal sigorta kurumlarına devlet tarafından sağlanan sübvansiyon da fakirden zengine doğru net bir kaynak transferine neden olmaktadır. Ayrıca, işverenlerin sigorta maliyetlerini mallarına yansıtmaları durumunda sigorta kapsamında olmayan ve bu malları kullanan kesim ikinci bir defa haksızlığa uğramaktadır. Sosyal sigortaların sağlık sektörü için önemli bir olumsuzluğu; duplikasyon ve koordinasyonsuzluktur. Bu da kapasite kullanım oranını etkiler: Örneğin sağlık sistemimizde, SSK ve Sağlık Bakanlığı örneklerinde olduğu gibi. Diğerleri ise; sosyal güvenlik kurumlarının politik olarak güçlü olmasıdır: Örneğin Türk sağlık reformlarında finansman reformunda SSK ve Sendikaların göstermiş olduğu tepkiler gibi. Sağlık sigortasındaki temel risk, nüfusun yeterince kapsanmaması ve fiyat ve hacim (volume) artışlarının neden olacağı maliyet artışlarıdır.

#### **1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansmanında Dünya Uygulamaları**

Yukarıda sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri incelenmiştir. Bu bölümde ise başta sağlık hizmetlerine en çok harcamayı (toplam ve kişi başına) yapan ABD ve

gelişmiş ülkeler olmak üzere çeşitli ülkelerin sağlık hizmetlerini nasıl finanse ettikleri üzerinde durulacaktır. Bu çalışma yapılırken dünyadaki bütün ülkeler incelenmemektedir. Çünkü, ülkelerin önemli bir bölümünde oranlar farklı olmasına rağmen finansman yöntemleri aynıdır. Eski sosyalist devletler (eski Sovyetler Birliği gibi) ve Çin gibi ülkelerde finansman yöntemleri çoğunlukla kamu finansman kaynaklıdır. Günümüzde başta Çin olmak üzere diğer sosyalist ülkelerde tüketici katkıları ve özel sigortaların gelişmesi yönünde adımlar atılmaktadır. Çin'in bu konudaki reformları ve finansman yöntemini kullanmasına rağmen, sağlık sistemi içinde hizmet veren kurumlar farklılık gösterebilmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri incelenirken ağırlıklı olarak gelişmiş olan ülkeler incelenecektir. Bu arada İsrail, Kore ve Türkiye örnekleri de konunun anlaşılmasına yardımcı olacaktır.

### 1.3.1. A.B.D.

ABD'de Sağlık hizmetlerinin finansmanını gerçekleştiren gruplar dört bölümde incelenebilir. Sağlık hizmetleri finansmanında merkezi hükümet ve eyaletlere ait gelirlerin kullanılmasının yanında, Tıbbi Bakım (Medicare) ve Tıbbi Yardım (Medicaid) için yapılan genel yardımlar ve merkezi idare ile eyaletlerin bazı hastaneleri finanse etmeleri<sup>29</sup>, özel sigortaların sağladıkları finansman ve cepten ödemeler finansman kaynaklarını oluşturmaktadır.<sup>30</sup> Gerçekte, ABD'de kamu ve özel kesimin katkılarının birleştiği ve bunun çalışanlardan alınan primlerle desteklendiği karma bir finansman sistemi mevcuttur.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı anlatılırken belirtilmiş olan doğrudan - cepten ödemelerin- finansmanın yanında ele alınabilecek bu dört grup finansman örgütlenmesi şöyle sıralanabilir.

---

<sup>29</sup> Lewitt, Ruth – Walland, Andrew and Appleby, John, The Reorganized National Health Service, (6th edition), Chapman and Hall UK, 1996, s:279.

<sup>30</sup> Doorslaer, E. Van – Wagstaff, A. and Rutten F. (eds), Equity in the Finance and Delivery of health Care: an International Perspective, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993, s:18.

### **1.3.1.1. Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri**

Özel sigorta şirketlerinin önemli bir bölümünü, kar amaçlı özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Bu sigortadan çoğunlukla bir işverene bağlı çalışanlar yararlanmakta ve çalışanlar prim ödemek yoluyla finansmana katılmaktadırlar. Uygulama çoğu kez işyerlerine yönelik grup sigortalarının yapılması şeklinde gerçekleşir. Ancak piyasadaki büyük şirketler bu yönteme, küçük sigorta kurumları ise daha çok bireylere yönelik sigortaya ağırlık vermektedirler. Grup sigortalarının avantajlı yönü, bütün grup üyelerini eşit olarak ele almasıdır. Günümüzde bazı şirketlerin bunu uygulama dışına çıkardıkları görülse de hastalık riski ne olursa olsun grup üyelerinin aynı şartlarda -prim ve yararlanma- ele alınması daha ağırlıktadır. Bireysel sigortalar ise, hastaya masrafları için daha düşük ödeme yaptıkları için daha az tercih edilmektedir. Büyük şirketlerde devamlı ve yüksek ücretle istihdam edilenler geniş kapsamlı sigortadan yararlanırken, küçük şirketlerde, devamsız ve düşük ücretle çalışanların sigortaları daha dar kapsamlı olmaktadır.

Özel sigortaların ödemelerle ilgili birtakım özel uygulamaları bulunabilir. Sözgelimi sigortaların bir yıl içinde yaptıkları harcamaların bir bölümünü sigortalıların karşılama istenebilir. Buna en iyi örnek kesinti uygulamasıdır. Burada yapılan ilk 200 dolarlık harcamayı hastanın kendisi finanse etmesi gerekirken, bundan sonraki harcamalar sigorta tarafından karşılanmaktadır.<sup>31</sup>

### **1.3.1.2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan Uygulaması (Blue Cross and Blue Shield)**

ABD’de modern sağlık sigortalarının tarihi gelişiminde önemli bir yeri olan ve Dallas Texas’da 1929 yılında bir grup okul öğretmeni tarafından kurulan Baylor Hastanesi ile önceden belirlenen aylık masraflara karşılık oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan ve daha sonra Blue Cross adını alan finansman örgütlenmesidir.<sup>32</sup> Daha

---

<sup>31</sup> Raffel, M.W. and M.W. Raffel, The US Health System: Orgins and Functions, Third Edition, Delmar Publishers, New York, USA, s:218 (aynı zamanda eserin bu sayfasında özel sigorta kurumlarının yaptığı harcamalar ve topladıkları primler görülebilir).

<sup>32</sup> Source Book of Health Insurance, Data 1994, Health Association of America, Washington DC No: 20036-3998, 1994.

sonra bunu doktorlar tarafından başlatılmış olan Blue Shield planı izlemiştir. Günümüzde ise kar amacıyla çalışmayan sigorta şirketleri bu grupta ele alınmaktadır. Diğer özel sigorta şirketlerinden farkları, birbiriyle rekabet etmeden çalışmalarındır.

Günümüzde Blue Cross, hastane masraflarını; Blue Shield ise doktor harcamalarını sigorta etmektedir. Ancak uygulamada doktor ücretlerinin yüksek olması Blue Shield'i mali açıdan zor durumda bırakmaktadır. Her iki grup mavi, her eyalette faaliyette göstermektedir ve 73 ayrı sigorta planları vardır. İsteyen, grup poliçe yapabildiği gibi bireysel poliçe de yapabilir. Bu tür bir sigortanın tedaviyi kendi hastanelerinde yapma imkanı bulunduğu gibi, diğer hastanelerle anlaşarak da bunu yerine getirebilir. Bu durum da hizmetin maliyetini ucuzlatmaktadır.<sup>33</sup>

### **1.3.1.3. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları**

Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organizations, HMO), Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preferred Provider Organizations, PPO), Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu (Independent Practice Associations, IPA) gibi organizasyonların yaptıkları sigorta, bu grupta ele alınabilir.<sup>34</sup> Bu sigortalar da, kar amacı gütmeyen sağlık sigortaları kapsamındadır. Topladıkları primlerle çalışırlar. Bağımsız sigorta şirketlerinin yanında, maviler ve diğer kar amaçlı sağlık sigorta şirketleri bu organizasyonların talepte bulunmaları halinde gerekli finansmanı sağlayabilirler.

HMO çoğunlukla hizmet başına ödeme yerine, kişi başına ödeme sistemine dayanmaktadır. HMO'dan yararlanmak isteğe bağlıdır ve bundan yararlanmak isteyenler belirli aylık bir prim ödemek zorundadır. Bu primleri HMO alabildiği gibi, özel sigortalıların hastalarına da hizmet verebilir. PPO'da ise hastaların iki seçeneği vardır. PPO'ya dahil doktordan hizmet alındığında para, PPO tarafından karşılanırken başka bir doktor tercih edildiğinde ise ücretin belli bir bölümü (% 10-20 gibi) hasta tarafından karşılanmak zorundadır. IPA ise hastaları bu konuda serbest bırakmaktadır.

---

<sup>33</sup> Atak, Filiz, "ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları", Hazine Dergisi, Temmuz 1996, Sayı 3, s:3.

<sup>34</sup> Edgman, Michael R. – Moomaw, Ronald L. and Olson, Kent W., Economics and Contemporary Issues, The Dryden Pres, Orlando USA, 1996, s:151.

#### **1.3.1.4. Kamu Sigortası**

Günümüzde ABD’de kamu sigortası kapsamında uygulanan sigorta türleri aşağıdaki şekilde incelenmektedir.

##### **1.3.1.4.1. Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası)**

1965 yılında kabul edilen, The Medicare Act sosyal güvenlik sistemi içinde bütün yaşlılara getirilen sağlık sigortasıdır. Harcamaları Sosyal Güvenlik İdaresi’nin finansmanı ile karşılanır. ABD’de 65 yaşının üstündeki herkes ve malüller gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın bu program kapsamına alınır. Günümüzde bu sigorta belirtilen yaş grubunun üzerindeki bireylerin faturalarının önemli bir bölümünü ödemektedir. Yaşlıların hastane faturalarının yine önemli bir bölümü karşılanır ve bu sosyal sigortalar vergisinden ayrılan payla finanse edilir. Geri kalan harcamalar ise federal fonlardan ve Medicare programından yararlananlardan kesilen primlerden karşılanır.<sup>35</sup>

Medicare iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Medicare’nin birinci ödeme planında hastane masrafları karşılanırken, ikinci ödeme planında doktor ve hemşirelik bakımları, ayakta tedavi ve laboratuvar giderleri karşılanır. Bu sigortanın en büyük eksikliği masrafların tamamını karşılamamasıdır ve bu karşılama oranının her geçen gün düşmesi, bu sigortanın önemli bir problem kaynağı olmaktadır. Çoğu ilaçlar, gözlük, işitme cihazları, diş tedavileri gibi pahalı hizmetler Medicare tarafından verilmez. Bu da ikinci bir sigortaya olan ihtiyacı artırır.

##### **1.3.1.4.2. Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı)**

Medicare bir sigorta programı olduğu halde, aynı kanunla yürürlüğe konan Medicaid federe devlet yardım programlarını destekleyen bir programdır. Finansmanı ise merkezi ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle yapılır. Her eyalet kendisinin belirlemiş olduğu çerçevede içinde, bir sağlık yardım programına sahiptir. Medicaid

---

<sup>35</sup> Reinhardt, Uwe E., “The Health System of the United States: Lessons for other countries” (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (The World Bank Washington, 1996, s:124.

Sosyal Sigorta Kanunu'nun 19.maddesi ile düzenlenmiştir. Medicaid yardımımdan sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri (supplementary security income, SSI) programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır. SSI yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır.

Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır. Toplumun yaklaşık % 10'u bu uygulamanın kapsamı içindedir. Medicaid ödemeleri de Medicare'de olduğu gibi kısıtlama ve kesintilerle doludur. Bu da hastaların alacakları hizmet yelpazesini daraltmaktadır.

Günümüzde, ABD'de yapılan toplam sağlık harcamalarının % 31.8'i kâr amaçlı özel sigortalardan, % 41'i kamu sigortaları tarafından, % 23.6'sı tüketici-hasta ödentilerinden, geri kalan % 3.6'sı da çeşitli finansman kurumları (hayır kurumları ve dernekler) tarafından finanse edilmektedir.<sup>36</sup> Günümüzde ABD'de, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde karşılaşılan problemlerin çözümü ve bu alandaki yükün hafifletilmesi hükümetlerin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır.

### **1.3.2. İNGİLTERE (BEVERIDGE MODELİ)**

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde temeli 1911'e dayanan ve (1946 yılında Kanunu çıkartılan) 5 Temmuz 1948'de uygulamaya konulan Ulusal Sağlık Hizmeti'nin (National Health Service, NHS) rolü büyüktür. NHS ilk kurulduğunda sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, ihtiyacın olduğu her zaman ve yerde, hiçbir kriter aranmaksızın herkese sunulması amaçlanmaktaydı. Bugün sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde merkezi hükümetin topladığı genel vergiler temel kaynağı oluştururken, genel sigorta fonları da NHS'nin finansmanında kullanılmaktadır. Bunun yanında, bazı hizmetler için, dış ve gözlük harcamalarında olduğu gibi, cepten ödemelerle doğrudan hasta tarafından finanse edilmektedir.<sup>37</sup>

---

<sup>36</sup> Raffel, M.W. and Raffel, M.W., The US Health System: Origins and Functions, Third Edition, Delmar Publishers, New York USA, s:210.

<sup>37</sup> Lewitt, Ruth - Wall, Andrew and Appleby, John, The Reorganized National Health Service, (6th edition), Chapman and Hall UK, 1996, s:279. Aynı zamanda, Van Doorslaer, E.; Wagstaff, A.F. Rutten (Eds), Equip in the Finance and Delivery of health Care: an International Perspective, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993, s:279.

Günümüzde NHS halen yürürlüktedir ve İngiltere’de herhangi bir sağlık kurumundan hiçbir ücret ödemeksizin yararlanmak mümkündür. En ünlü hastanelerde yapılan tetkikler ve işlemler için herhangi bir ücret istenmemektedir. Yapılan tüm harcamalar genel bütçeden, yani toplanan vergilerle sağlanmaktadır. Genel sigorta kurmak ve prim toplamak yoluyla toplum ve bireyler ikinci defa vergilendirilmezler. Bu yüzden bu sistemin sosyal yönelimli bir sistem olduğu da belirtilmektedir. Genel Pratisyen (GP) ya da hastanenin belirlediği her tür operasyon ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir. Tetkik, ameliyat, protez, evde bakım gibi her türlü işlem bu kapsamdadır. Ancak, ilaçta farklı bir uygulama vardır: gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişilerin ağırlıklı olarak ilaç maliyetine katlanmaları gerekir.

NHS’nin sağlık hizmetlerini ücretsiz sağlaması İngiltere’nin sağlık hizmetlerini yerine getirirken zorlanmasına neden olmaktadır. 1979’da başlayan özelleştirme çalışmaları<sup>38</sup> özel sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve halkı bunlara yöneltmeyi amaçlamışsa da, bugün bunların oranı toplum içinde ancak %8-10 gibi bir rakama yükseltilebilmiştir.

Özel sigorta hizmetlerinden yararlanmak için prim ödeyenler NHS’den dışlanmamaktadırlar. Kişiler tercihleri doğrultusunda, prim ödedikleri özel doktor ve hastanelerden, ya da ödemiş oldukları gelir vergisiyle doğal üyesi sayıldıkları NHS’den yararlanabilmektedirler.

Bugün İngiltere’de sağlık hizmetleri tümüyle genel vergilerden finanse edilmektedir. Toplam harcamaların yaklaşık % 10’u özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. 1991 yılında başlayan reform hareketi ile rekabetin ve etkinliğin artırılması hedeflenmiştir.<sup>39</sup> Ancak yine de NHS’nin temel kaynağı vergilerdir ve toplam sağlık harcamalarının % 92’si kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Merkezi hükümetin payı ise ortalama olarak % 85 düzeyindedir. Ancak devletin dolayısıyla kamunun rolünün ne olması gerektiği ve kaynakların etkin kullanımı

---

<sup>38</sup> Abel-Smith, Brian, “Assessing the Experience of Health Financing in the United Kingdom” (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing, The World Bank Washington, 1996, s:159.

<sup>39</sup> Belek, İlker, Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994, s:108.



açısından tartışmalar devam etmektedir.<sup>40</sup> Halkın bu alandaki beklentileri ve sistemin aksayan yönleri karar vericiler için önemli bir problem teşkil etmektedir.

### 1.3.3. JAPONYA

Asya kıtasında sağlık sigortası yasası yürürlüğe ilk 1922 yılında Japonya'da girmiştir. Başlangıçta belirli grupları kapsayan sağlık sigortası 1961 yılından itibaren tüm toplumu kapsamaya başlamıştır. Bunun içinde büyük küçük ayrımı olmaksızın her yönetim birimi kendi bölgelerine sağlık hizmeti sunmak ve bunun içinde özel bir vergi toplamakla yükümlü kılınmıştır. Toplanan bu vergilerden kalan bir kar olursa bu da hazineye bırakılmıştır.

Bütün dünyada olduğu gibi Japonya'da da sağlık hizmetlerinin maliyetleri hızla yükselmekte bu durum kaynak arayışlarını beraberinde getirmektedir. Bugün, Japonya'da ayaktan tedavi hizmetlerinin yaklaşık % 90 yatarak tedavi hizmetlerinin ise % 87'si kamu fonları dolayısıyla genel bütçe vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Sigorta zorunludur, sigorta primleri gelirlere göre farklılık gösterir dolayısıyla sistem aktüaryel<sup>41</sup> bir prim sisteminden daha çok bir vergi niteliğindedir.<sup>42</sup> Sigorta, zorunlu ve isteğe bağlı olarak iki grupta ele alınmaktadır. Zorunlu olan sağlık sigortası, sağlık masraflarının % 70 ile % 100'ünü karşılamaktadır. Ödeme sistemi üçüncü parti ödeyiciler tarafından gerçekleştirildiği için hasta ile sağlık üretiminin birimi ve kurumu-kişisi arasında doğrudan parasal bir ilişki bulunmamaktadır. Sigorta şemaları önceden düzenlenmekte dolayısıyla kişiler istedikleri sigortayı seçememektedirler. Çeşitli sigortaların hizmet kapsamı ise aynıdır. Bu sigorta kuruluşları kar amaçlı değildirler. Sağlık hizmetlerinin maliyeti büyük ölçüde kamu sigortasınca karşılanır. Hastalanan kişiler ek sigorta payı ödedikleri için, sağlıklı ve hasta olanlar arasında adalet sağlanmaya çalışılır. Sigortalar devlet tarafından yönetilir ve ortaya çıkan yönetim harcamaları devlet tarafından karşılanır. Sigorta sistemi; İşçi Sağlık Sigortası, serbest

---

<sup>40</sup> Abel-Smith, Brian, "Assessing the Experience of Health Financing in the United Kingdom", An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996, s:158-162.

<sup>41</sup> Aktüaryel prim sistemi, diğer şartlar farklı olsa bile (gelir düzeyi gibi) herkesin eşit oranda prim ödediği bir sistemi ifade eder.

<sup>42</sup> Tanaka, S., "Japan in": Advances in Health Economics and Health Services Research. Supplement I, Comparative Health Systems, JAI Pres Inc., 1990, s:169-170.

çalışanlar ve emeklileri kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası ve Sağlık ve Tıbbi Bakım Sigortası olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır.<sup>43</sup>

Japonya’da bugün sağlık hizmetlerinin maliyetinin %30’u maliye bakanlığınca, %3’ü yerel yönetimlerce, % 24’ü işverenlerce, % 31’i sigortalarca karşılanmakta geri kalan % 12 ise doğrudan hastalardan alınmaktadır.<sup>44</sup>

Japonya’da ayrıca sağlık hizmetlerini aldıkları kişi ya da kuruma yaptıkları hediyeler ve bağışlarla önemli bir yer tutmaktadır. Ancak bunların kesin tutarının belirlenmesi ise çok güçtür.

#### **1.3.4. KANADA**

Sigorta uygulaması Kanada’da 1945-46 döneminde Saskatchewan eyaletinde hastane sigortacılığı olarak başlamış, benzer program British Columbia ve daha sonra 1957 yılında Newfoundland ve Alberta eyaletinde uygulanmıştır.<sup>45</sup> Bu uygulamalardan sonra 1956 yılında federal hükümet Hastane sigortası ve Teşhis (tanı) Hizmetler Yasası’nı (Hospital Insurance and Diagnostic services Act) çıkarmıştır. 1966’da yine Saskatchewan eksenli bir tıbbi bakım sigorta planı yapılarak yasallaştırılmıştır. 1966’da ise bütün bireyleri kapsayacak şekilde ulusal sağlık sigortasının temelleri Ulusal Sağlık Bakım Sigortası Programı ile atılmıştır. Ancak bu bazı eyaletler tarafından, Ontario ve Quebec gibi, kabul edilmemiştir. 1977 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanını düzenleyen program yapılmıştır. Son olarak 1984 yılında çıkarılan Kanada Sağlık Yasasının kabul edilmesiyle sistem son şeklini almıştır.

Kanada’da sağlık hizmetleri kamu kesiminin yönetimindedir. Kanada’da sağlık hizmetinin finansmanı ve yönetimi eyaletler düzeyinde organize edilmiştir. Kanada on eyaletten oluşmaktadır ve her eyalet kendi finansman kanallarını oluşturur ve ayrıca

---

<sup>43</sup> Tsuda, T. Hideyasu and Froom, A., “Primary Health Care in Japan and the United States” in: Social Science and Medicine, Volume 38, No:4, February 1994, s:489-94.

<sup>44</sup> Ikegami, Naoki, and Hasegawa, Toshihiko, “The Japanese Health Care System: A Stepwise to Universal coverage” (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, The World Bank Washington, 1996, s:46.

<sup>45</sup> Evans, Robert G. end Maureen M. Law, “The Canadian Health Care System: Where Are we and How Did We Get Here”, An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996, s:83.

federal hükümetten de destek alır. Bu eyaletler kişileri, özel kurumları vergilendirme, bütçelerini gerekli gördükleri gibi harcama ve sağlık programlarını yapma / yönlendirme / yürütme konusunda çok geniş özerkliğe sahiptir. Ülke genelinde var olan ve tek elden ödenen (single payer sistem) sağlık sigortası, sağlık hizmeti tüketicileri tarafından ödenmektedir. Bu sigorta yaş, sağlık ve gelir durumu gözetilmeksizin tüm bireyleri kapsamaktadır. Tıbbi açıdan gerekli tüm hastane ve doktor hizmetleri bu kapsam içindedir. Federal hükümet, eyaletlerin sağlık planlarına toplam kamu sağlık harcamalarının % 50'si oranında katkıda bulunur. Ancak bu katkı için federal hükümet eyaletlerden birtakım kurallara uymalarını ister ve eyaletin sağlık planları buna uymak zorundadır. Mali destek alabilme koşulları ise, aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır,

- Tüm bireylerin kapsama alınması,
- Tüm zorunlu tıbbi hizmetleri kapsamaması,
- Sigortalı hizmetlerin, ek bir ödeme olmaksızın, herkese eşit biçimde ulaştırılması,
- İş veya mekanın değişmesi durumunda etkilenmemesi ve eyaletler arasında uyumluluk yasaları,
- Kâr amacı taşımayan bir yönetime sahip olmasının gereği gibi maddelerdir.

Eyaletler, federal kurallar çerçevesinde, sağlığa ne kadar harcama yapacakları, sigortaların kapsamının ne olacağı ve eyalet payının nasıl finanse edileceğine karar verirler. Doktor ve hastanelerin tüm ödemeleri eyalet sağlık bakanlığı tarafından yapılır. Tüketiciden alınan primler, vergiler federal hükümet ve eyaletlerin yönetimlerinde toplanmaktadır. Federal devlet, eyalet planlarını onayladıktan sonra federal devlet kaynakları ve eyalet kaynakları eyalet sağlık bakanlığının elinde birleştirilip harcamalar tek elden yapılmaktadır.<sup>46</sup>

Herhangi bir eyalette oturan tüm Kanada vatandaşları sağlık planına katılmakla yükümlüdür. Bireyler ya doğrudan ya da işverenden alınan vergilerle finansmana katılmaktadırlar. Prim ödeme gücü olmayan bireyler ve aileler, tam ya da kısmi yardım

---

<sup>46</sup> Ergör, Alp, "Kanada Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Vakfı Yayını, Özel Sayı, Kasım 1994 - Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65, s:39.

olarak sigorta kapsamına girerler. 65 yaşın üstündeki bireyler ise karşılıksız olarak sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Sağlık hizmetleri; primler (bazı eyaletlerde), genel vergiler (tüm eyaletlerde), işverenlerden alınan vergiler (Manitoba ve Quebec eyaletlerinde), doktorlar için yapılan ekstra ödemeler (British Columbia ve Quebec dışındaki eyaletlerin tamamında), günlük hizmetler için alınan tüketici ödentileri (bazı eyaletlerde) şeklinde finanse edilmektedir.

### 1.3.5. İSVEÇ

Sağlık hizmetlerini finanse etme yöntemi İngiltere'ye oldukça benzeyen İsveç'te tek farklılık, finansmanın merkezi idarenin genel bütçe vergi gelirleri ile değil de, bölge düzeyinde toplanan vergilerden gelmesidir. İsveç'te toplam 26 bölge bulunmaktadır. Bunun yanında hastalara verilen ayakta tedavi edici hizmetler için düşük bir düzeyde de olsa hasta katkısı istenmektedir.<sup>47</sup>

Tarihsel gelişimde bölge konsülleri; yataklı tedavi, merkezi hükümet; mental bakım ve kırsal bölgedeki ayaktan tedavi edici hizmetleri; özel doktorlar ve sigorta kurumları ise kentlerdeki tedavi hizmetlerini yerine getirmişlerdir. Günümüzde bu hizmetlerdeki tek değişik unsur, mental bakım hizmetlerinin bölge konsüllerine bırakılmasıdır.

İskandinav ülkeleri için tipik bir örnek olarak ele alınabilecek İsveç'te hastane ve sağlık hizmeti tamamıyla kamu kesimince finanse edilmektedir. Finansman genel vergilerden karşılanırken, hizmet arzı ise, hükümet organlarınca yapılmaktadır.

İsveç'te sağlık harcamaları aşağıda belirtilen kaynaklardan finanse edilmektedir;

- Kişisel gelirler üzerinden alınan yerel vergiler
- Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi, dolayısıyla merkezi hükümetin katkısı
- Devletin hastaneler ve eğitim-araştırma için yaptığı katkılar
- Tüketici ödentileri-katkıları

---

<sup>47</sup> Doorslaer, E. Van - Wagstaff, A. and Rutten, F., 1993, a.g.e., s:279.

Uygulamada ise merkezi ve yerel vergiler sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde temel kaynağı oluştururken, bu gelirler toplam harcamaların dörtte üçünü finanse etmektedir. % 18’lik bir bölüm sosyal sigorta programları çerçevesinde işadamlarından alınan primlerden, geri kalan % 8-9’luk bir kısım ise cepten ödemelerle karşılanmaktadır.<sup>48</sup>

### 1.3.6. ALMANYA (BİSMARCK MODELİ)

1883 yılında hastalık sigortası uygulaması ile diğer ülkelere göre bu alandaki uygulamalara erken başlayan Almanya’da sağlık hizmetleri finanse edilirken, hastalık fonu şeklinde fonlar kurulmuş, ilk dönemlerde işçiler ve belirli işlere uygulanmış ve bazı tip hizmetlerle sınırlı tutulmuştur. Başlangıçta hastalık fonu şeklinde olan uygulamaların, sonraları daha fazla nüfusu içine alan sigortaların yaygınlaşması yüzünden, sayıları giderek azalmıştır. 1883-1889 yılları arasında Hastalık, Kaza, Yaşlılık ve Sakatlık Sigorta Yasaları çıkarılmıştır. Bu yasalar 1911 yılında birleştirilmiştir.

Almanya’da sağlık finansmanı açısından tamamen karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içerisinde hastalık sigorta fonları (hastalık kasası da denir) tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar, denizcilerin fonları, madencilerin fonu, zanaatkarlar fonu gibi birtakım fonlar vardır. Bu fonların yaklaşık % 25’lik bir kısmı yerel hastalık fonlarıdır ve bunlar zorunlu sigortalıların yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Endüstriyel fonlar ise tüm fonların % 62’sini oluşturmakta ve nüfusun yaklaşık % 10’luk bir dilimini kapsamaktadır. Bugün Almanya’da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır.<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Gray, Alastair, “International patterns of health care, 1960 to 1990s”, *Caring for Health: History and Diversity* (edited by Charles Webster), Open University Press, Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995, s:183.

<sup>49</sup> Reinhardt, Uwe E., “Germany’s Health Care and Health Insurance System”, *An International Assessment of health Care Financing, Lessons for Developing Countries* (edited by David W. Dunlop and M. Martins), The World Bank, Washington, 1996, s:168-169; A. Saltık, M.S. Erdoğan, “Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sosyal Güvenlik Sistemi”, *Toplum ve Hekim*, 11, 1996.

Hastaların doktor ücretlerini, Ulusal Doktorlar Birliği ve yukarıda verilen hastalık fonları arasındaki görüşme belirler. Hastalık fonları ücret belirleme görüşmelerini yapma hakkına sahipken, hükümet, çıkardığı yasalarla bu tür sigorta hizmetlerinin genel çerçevesini belirlemektedir. Ödemeler bu iki organizasyon tarafından karşılanır. Hastanelerin finansmanı ise, değişik şekillerde olmaktadır. Hastanelerin her türlü altyapı ve yatırım harcamaları merkezi hükümetin gelirleri ile finanse edilirken, cari ve diğer harcamalar hastalık fonları ve hastaneler arasındaki görüşmelerle belirlenir.

Almanya’da sağlık sistemi dışında sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde daha küçük çapta organizasyonlar da vardır. Bunlar yerel düzeyde sunulan ve yine finansmanı yerel kaynaklarla yapılan hizmetler, diğeri ise, büyük işletmelerde işveren tarafından organize edilen, işverenin finanse ettiği ve doktora dayalı tıbbi bakım hizmetleridir.<sup>50</sup>

Hastalık fonlarına giden fonların yarısını sigortalılar, geri kalanını da işverenler prim şeklinde ödemektedirler. Günümüzde Almanya’da genel vergilerle finanse edilen sağlık hizmetleri % 15’ler düzeyinde, hastalık fonlarının finansman oranı % 65’lerde, özel sigortaların payı % 70’lerde ve geri kalan tutar da doğrudan cepten ödemelerle finanse edilmektedir. Bu model bugün Avusturya, Hollanda, İsviçre, Lüksemburg gibi ülkelerde farklı şekillerde uygulanmaktadır.<sup>51</sup>

### **1.3.7. FRANSA**

Fransa 1930’da zorunlu sağlık sigortası uygulamasını başlatan bir ülkedir. Bu yapılanma, 1945 yılında Sosyal Sigorta Kurumu’na verilmiştir. Bu kurumun yönetiminde işçi temsilcileri, işverenler ve hükümet temsilcileri yer alırlar.

Nüfusun yaklaşık % 98’ini kapsayan zorunlu sağlık sigortası uygulaması üç tür programdan oluşmaktadır. Genel fon en büyüğü olmak üzere, diğer ikisi tarım sektörü ve kendi işinde çalışanlar içindir. Genel fon nüfusun önemli bir bölümünü kapsar ve

---

<sup>50</sup> Belek, 1994, a.g.e., s:113.

<sup>51</sup> Gray, 1995, a.g.e., s:183.

ailelerin ve çalışanların tıbbi masraflarını karşılar. Bu fonun finansmanı çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından karşılanır.

Fransa'da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde merkezi hükümet genel bütçe vergi gelirlerinin yanında, ulaşım araçlarının sigorta tutarları üzerinden belli bir pay alınarak sosyal sigorta programının açıklarını finanse etmektedir.<sup>52</sup>

Günümüzde Fransa'da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde, ilk olarak devletin finansmana katılması, sosyal sigorta aracılığı ile yapılan finansman (işçi ve işveren primleri) ve son olarak doğrudan cepten ödemeler gelmektedir. Bugün Fransa'da Sosyal Sigorta Kurumu en büyük finansör durumundadır. Uygulamada sigorta sistemi hizmetin kullanılması anında yapılan ödemelere dayanır. Sigorta sistemi daha sonra geri ödemeyi yapar. İlaç ve temel sağlık hizmetleri nedeniyle ortaya çıkan doktor ve hastane bakım harcamalarının ilk dönemlerinde tüketici katkıları yüksek orandadır (% 40-70 gibi). Daha sonra süre ilerledikçe bu katkı oranları azalmaktadır. Ayakta verilen tıbbi bakım hizmetlerinde ise sigortanın anlaşmalı olduğu doktor ve kurumlar bu hizmeti yerine getirmektedirler. Bu konuda iki uygulama vardır. Birincisinde öncelikle hastalar ödemeyi doğrudan cepten yaparlar ve bunu sigortadan geri alırlar. İkinci uygulamada doktor ücretini kendisi belirler hasta bu doktora gittiğinde sigortanın belirlemiş olduğu tutardan fazla olan kısmını kendisi cepten karşılar. Genel Pratisyenlerde (kısaca, GP) verilen hizmetler için tüketici katkı oranı masrafların % 25'i düzeyindedir. İlaçta tüketici katkı oranı % 30 dolaylarındadır.

Sağlık finansman kaynaklarına göre bakıldığında ise merkezi hükümetin genel vergilerle yaptığı finansmanın oranı % 8, zorunlu sosyal sigortanın baskın olduğu ve oranın % 66'lar düzeyinde olduğu görülmektedir. Özel sigortanın payının % 5-6 dolaylarında gerçekleştiği, geri kalan miktarının ise cepten ödemeler ve hayır kurumları ile dernekler (% 1) tarafından karşılanmaktadır.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Van Doorslaer, Wagstaff and Rutten, 1993, a.g.e., s:279.

<sup>53</sup> Gray, 1995, a.g.e., s:183.

### 1.3.8. İTALYA

İtalya’da sağlık sigortası uygulaması 1928 yılında başlamıştır. 1939 ve 1942 döneminde çalışanların ve işverenlerin de finansmana katkısını sağlayan sigorta fonuna dönüşmüştür. Bu alandaki değişik çalışmalar 1978 yılında ulusal sağlık sisteminin kurulması ile son şeklini almıştır.<sup>54</sup>

İtalya’da sağlık sisteminin finansman kaynakları işverenlerden alınan primler, çalışanlardan alınan primler, genel bütçeden yapılan finansman ve tüketici ödentilerinden oluşmaktadır. Genel bütçe vergi gelirlerinden sağlanan gelirler Ulusal Sağlık Hizmetlerinin (NHS) finansmanında ve açıklarının kapatılmasında kullanılmaktadır. Zorunlu sosyal sigortaya hem işçiler hem de işverenler prim ödemektedirler. Kişilerin ayrıca özel bir sigortaları yoksa ilaçlara katkı payı ödemektedirler. Bu katkıdan sakat insanlar muaf tutulmaktadır.

İtalya’da sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde günümüzde zorunlu sosyal sigortanın payı en yüksek iken, bunu genel vergi gelirleri ile finansman, özel sigorta ve doğrudan ödemeler izlemektedir.<sup>55</sup>

### 1.3.9. İSRAİL

İsrail’de sağlık hizmetlerinin finansmanının tarihsel gelişiminde, 1918’den başlayıp 1948’lere kadar devam eden İngiliz hakimiyetinin önemli etkisi vardır. İsrail’de bu dönemde sigortaların temeli atıldığı gibi tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin yapılmasında önemli ilerlemeler sağlanmıştır.

Bir Ortadoğu ülkesi olmasına karşın sağlık hizmetleri ve başarısı açısından batılı ülkelerin seviyesine ulaşmıştır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı konusunda iki tür sınıflama söz konusudur. Birincisi, kişilerin cebinden herhangi bir harcama yapmadıkları, hükümetin ve kar amacı gütmeyen kuruluşların sundukları sağlık

---

<sup>54</sup> Fausto, D., “Italy” (edited by R.M. Schaeffler and L.F. Rossitier), *Advances in Health Economics and Health Services Research, Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis*, L.F. JAI Pres Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990, s:213.

<sup>55</sup> Gray, 1995, a.g.e., s:183.



hizmetlerinin (% 75 oranında) önemli bir yer tuttuğu uygulama, diğeri ise kişilerin bedelini ödeyerek, ticari sağlık kuruluşlarından satın aldıkları sağlık hizmetleri (% 25 oranında) olarak sınıflandırılmaktadır.

İsrail’de devlet veya kar amacı olmayan kuruluşlar birçok durumda sağlık hizmetlerini ücretsiz veya indirimli fiyatlarla tüketicilere sunarlar. Devlet her iki finansman grubuna da önemli ölçüde karşılıksız destek ve sübvansiyonlar sağlamaktadır.

İsrail’de sağlık hizmetleri anlayışı bütün bireyleri sağlık sigortası kapsamına almayı hedeflemektedir. Nüfusun, % 95’i bir sigorta kapsamındadır. İsrail’de tüm koruyucu sağlık hizmetleri, ana ve çocuk sağlığı hizmetleri tamamen ücretsizdir.

Günümüzde merkezi ve yerel yönetimlerin sağlık hizmetleri finansmanındaki doğrudan payı % 22 iken, yine devletin ve kar amaçlı olmayan organizasyonların dolaylı olarak destekledikleri hastalık fonlarının oranı % 43’tür. Ücretsiz sağlık hizmeti veren kurumların payı ise % 13’tür. Bu şekilde ücretsiz hizmet veren kurumların ağırlığı gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında yüksek bir oran olduğu görülmektedir.

### **1.3.10. KORE**

Kore’de 1970’li yılların ortalarında sağlık sisteminde eşitlik ve etkinliği artırma amacıyla zorunlu sağlık sigortası uygulamaya konulmuştur. Ancak kapsamlı olarak 1977 Haziran’ında ilk kez bir sigorta uygulamasına başlanmıştır.<sup>56</sup> Geçmiş dönemlerde diğer ülkelerdeki uygulamalara benzer şekilde sağlık hizmetleri, büyük ölçüde tüketicilerin doğrudan cepten ödemeleri ile finanse edilmekteydi.<sup>57</sup>

Günümüzde, Kore hükümetinin amacı, ülkedeki bütün bireyleri bir sigorta kapsamına alabilmektir. Bugün nüfusun % 90’ı bir sigorta programına kayıtlı iken, geri

---

<sup>56</sup> Griffiths, Adrian and Mills, Michael, “Health Sector Financing and Expenditure Survey” (edited by Kenneth Lee and Anne Mills), Health Economics of Health in Developing Countries, Oxford University Press Oxford, 1980, s:25.

<sup>57</sup> Yang, Bong-min, “Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea” (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, the World Bank Washington, 1996, s:65.

kalan % 10'luk yoksulluk sınırının altındaki kesimlerde kamu yardımları programları altında katkılar yapmaktadır. Sigortalı olan birey prim ödemek zorundadır. Sigorta iki grubu kapsar. Birinci grup, şirketlerde çalışanlar ve memurlardan oluşur. Bu uygulamada prim, nominal ücretlerin belli bir oranıdır. Eski çalışanların ödediği prim oranı (% 3.6) ise, yeni çalışanların ödediği prim oranına (% 4.6) göre daha düşüktür. Diğer grup kırsal ve şehirsal programlar başlığı altında ele alınmaktadır. Bu bölgelerde yaşayan bireyler ve aileler aylık olarak kazandıkları ve varlıklarından dolayı sahip oldukları sosyal sınıf için belirlenen oran üzerinden bir prim öderler.

Kore'de 313 tane bağımsız, kâr amaçlı olmayan organizasyon ve bölgesel sigorta grubu vardır. Her bir sigorta grubu kendi yönetim yapısını kurmakta, üyelerinin sağlık hizmetlerinin finansmanını yüklenmektedir. Ancak bu gruplar merkezi idarenin koymuş olduğu kurallar ve çerçeve yüzünden yönetimde tam olarak söz sahibi değildirler. Bu gruplar arasında rekabet ise yok denecek düzeydedir.

Bugün Kore'de sağlık hizmetlerinin finansmanı merkezi idarenin genel bütçe vergi gelirleri ile yaptığı finansman ile birlikte, işçiler ve işverenlerden kesilen primlerden sağlanmaktadır. Bunun yanında, doğrudan cepten ödemeler de diğer bir finansman türüdür. Uygulamada sigortalı olanların bütün masraflarını ise zorunlu sağlık sigortası finanse etmemektedir. Örneğin, sağlık hizmeti tüketicileri klinik hizmetlerinde % 30'luk bir katkı yapmak zorundadırlar.

### 1.3.11. DİĞER ÜLKELER

Dünyadaki diğer başlıca ülkeler, Portekiz, Hollanda, Danimarka, İrlanda, İskoçya, Avustralya, Avusturya, Norveç, Singapur, Meksika vb. finansman yöntemi büyük ölçüde yukarıda verilen sınıflandırma biçimine uygundur.<sup>58</sup> Eski sosyalist devletler (*yıkılan Sovyetler Birliği ve bu birliğe üye olan ülkeler gibi*) ve Çin'de tamamıyla devlet tarafından yapılan finansman yeni reformlarla birlikte, -oranları ve çapları küçük de olsa tüketici katkıları ve özel sigorta şeklinde- gelişmeler başlamış ve bu bağlamda diğer finansman tiplerinin de gelişme trendine girdiği söylenebilir.

---

<sup>58</sup> Isabel, Susana, and Casas, Curto de, "Health Care in Latin America" (edited by David R. Phillips and Yola Verhasselt), Health and Development, Routledge, London and New York, 1994, s:240.

Finansman sistemleri açısından yukarıda anlatılan mekanizmalardan çok farklı olmayan diğer ülkeler ise aşağıda kısaca değerlendirilim:

*İspanya*'da 1986 yılında yeni bir sağlık sistemi reformu yapılmıştır. Bu ülkede toplam milli gelirin % 6.3'ü sağlık harcamalarına yöneliktir. Üç alt sisteme sahip olan *INSALUD* sisteminden söz edilebilir. Yani genel sağlık sigortası, halk sağlığı hizmetleri ve özel hastaneler, klinikleri içeren poliklinikler. Sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde *INSALUD* yanında, sosyal güvenlik gelirlerinin % 70-75 kadarı işverenden, % 20-25'lik oranı da işçi tarafından karşılanmaktadır. Kamu kesiminin 1975'ten itibaren katkısı % 8'in altına düşmemiştir ve şu anda bu oran % 20'lerin üstündedir. İspanya'da tüketici ödentileri (diş hizmetlerinde özellikle yüksek), sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı ödemeler ve devletin yaptığı katkılar şeklinde bir finansman mekanizması vardır.<sup>59</sup>

*İsviçre*'de sağlık hizmetleri üç yolla finanse edilmektedir. İlki bireylerin yaptığı ödemelerdir. Toplam ödemelerin yaklaşık % 30'una karşılık gelmektedir. Bunun önemli bir bölümü diş hekimlerine yapılan ödemelerdir. Hastanelere yapılan ödemeler sigortacılar tarafından geri ödenmektedir. İkinci yöntemde kişilerin ödedikleri primler yoluyla finansmandır. Bu iki yöntem uygulanmakta kalan tutar da devlet tarafından finanse edilmektedir.

Arjantin'de milli gelirin yaklaşık % 8 ve 9'luk bir kısmı sağlık hizmetlerine ayrılmaktadır. Bunun % 25'ini kamu kesimi, % 40'ını sosyal güvenlik sektörü geri kalan tutarı da özel sektör kullanmaktadır. Kamu kesimi çok sayıda hastaya sağlık hizmeti sunmaktadır ve bunlar bütçeden vergilerle karşılanmaktadır. Sosyal güvenlik kurumları üyelerine sundukları sağlık hizmeti için ulusal sosyal güvenlik enstitüsü tarafından belirlenen harcamaları ve doktor ücretlerini ödemektedirler. Özel sektör, sosyal güvenlik kapsamındaki hastalar ve gönüllü sigorta yaptırmış olanlar için sağlık hizmeti sunmaktadır. Emekliler ulusal enstitüsü ise 65 yaşın üstünde olan vatandaşlar

---

<sup>59</sup> Saturno, P.J., Spain: In: The International Handbook of Health Care Systems (edited by R.B. Saltman), Greenwood Stres, New York, 1988, s:267-284.

için sağlık hizmetleri sunmaktadır.<sup>60</sup> Dolayısıyla görüldüğü gibi Arjantin’de de devlet katkısı, sosyal güvenlik kurumları (alınan pirimlerle) ve tüketici katkıları biçiminde finanse edilmektedir.

Yukarıda sağlık hizmetlerinin finansman modelleri ve bazı ülkelerin sağlık hizmetlerini nasıl finanse ettikleri anlatılmıştır. Ülkemizde yürürlüğe 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe konulan ve çalışmanın 3. bölümünde detaylı şekilde anlatılacak olan Genel Sağlık Sigortası sistemi, sosyal sigorta temelli bir finansman modelidir. Dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası açıklanmadan önce, sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik temelli finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası öncesi Türkiye’nin sosyal güvenlik sistemi incelenecektir.

---

<sup>60</sup> Santas, A.A. and Argentina, A. Sonis: in: The International Handbook of Health Care Systems (edited by R.B. Saltman), Greenwood Stres, New York, 1988, s:7-17.

## BÖLÜM 2

### SAĞLIK HİZMETLERİNİN SOSYAL SİGORTA TEMELLİ FİNANSMANI VE SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE BAKIŞ

#### 2.1. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortacılığı

Sigorta ya da güvenlik; bugünden geleceğe yönelik önlemler almaktır. Bugünkü modern sigorta anlayışının gelişmesine, sıkıntıda olan insanlara yardım etmenin toplum olarak yaşamanın bir sonucu ve insanlık onuruna yaraşan bir sosyal yükümlülük olduğunun kabul edilmesi yol açmıştır.<sup>61</sup>

İnsan hayatını tehdit eden konular zaman içerisinde artış göstermektedir. İşte, birey ve üyesi olduğu toplum için çeşitli zararlar doğurabilecek bu tür tehlikelere karşı önlem alma ihtiyacı, aynı türde risklere maruz kalan çok sayıda kişinin bir araya gelerek belli bir katılım ile riski bölüşmeleri fikrini ortaya çıkarmıştır. Başka bir deyişle, benzer olayların sayısı çoğaldığı oranda bunlara isabet edecek tehlike ihtimali oransal olarak azalacağından, riskin gerçekleşmesi durumunda bireylerin uğrayacakları zarar da hafiflemiş olacaktır. Bu amaçla kurulan sistem, sigorta olarak anılmaktadır. Bir başka deyişle sigorta; sigortacının belli bir prim karşılığında diğer bir kimsenin (sigortalının) para ile ölçülebilen bir menfaatini zarara uğratan bir tehlikenin (rizikonun) gerçekleşmesi halinde tazminat ödemesini kabul etmesidir.

Türk Ticaret Kanunu'nun 1263. maddesi sigortayı şöyle tanımlamaktadır: "Sigorta öyle bir akittir ki, bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir menfaatini, halele uğratan bir tehlikenin (bir rizikonun), meydana gelmesi halinde, tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebi ile veya hayatlarında meydana gelen belli bir takım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır".

---

<sup>61</sup> Kaya, Mehmet, Bankacılık ve Sigortacılık, Murat Açık Öğretim Yayınları, Ankara 1999, s:15-16.

## Konularına Göre Sigorta İşlemleri



**Şekil 2.1.** Konularına göre sigorta işlemleri.

Sağlık Sigortası bu adın çağrıştırdığı gibi sağlığı güvence altına alan düzenlerle ilgili değil, hastalık olgusu ile ilgilidir. Sağlık Sigortası, hastalık denilen duruma çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacı taşıyan bir sigorta türüdür. Kısaca Sağlık Sigortası: Sağlık sorunları ile ilgili tetkik ve tedavi giderlerini karşılayan sigorta türüdür. Tüm sağlık giderlerini limitler halinde sigorta kapsamına alır. Amacı, gelecekte karşılaşılabilecek sağlık sorunlarının mali yıkıma dönüşmesini önlemektir.<sup>62</sup>

Sağlık sigortası ayrı olarak veya hayat sigortalarına eklenmek suretiyle yapılan bir sigorta çeşididir. Sağlık sigortalarının konusu esas itibarıyla kazadan ileri gelmeyen bütün hastalıkların tedavileri için yapılan masrafların ödenmesi olmakla beraber kaza sonucu meydana gelen yaralanma vs. tedavisi için yapılan masrafların ödenmesini de içerir.<sup>63</sup>

Hastalık sigortası genel şartlarında teminat genel kapsamı sigortalıların sigorta süresi içerisinde hastalanmaları ve / veya bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için masrafları, genel şartlarla, varsa özel şartlar çerçevesinde, yine poliçede yazılı meblağlara kadar temin edeceği biçiminde açıklanmış bulunmaktadır.<sup>64</sup>

<sup>62</sup> [http://www.ekolsigorta.com.tr/saglik\\_index.htm](http://www.ekolsigorta.com.tr/saglik_index.htm)

<sup>63</sup> Güven Orhan, Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, İstanbul 1995, s.94.

<sup>64</sup> Ulaş, Işıl, Uygulamalı Can Sigortası Hukuku Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları, Ankara 1997.

## 2.2. Sosyal Güvenlik Sistemleri

Sosyal güvenlik kavramı, bireylerin karşılaşılabilecekleri ve yaşamları için tehlikeli olabilecek olaylara karşı bir güvence arayışından doğmuştur. Bu güvenceyi vermesi beklenen ilk ve en önemli kurum devlettir.<sup>65</sup>

Sosyal güvenlik, temel olarak kişilerin istek ve iradeleri dışında meydana gelen ve onların malvarlığında, gelirlerinde ve çalışma gücünde kayıplara yol açarak kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin yaşamlarının devamını güçleştiren ya da imkânsız hale getiren tehlikelerin zararlarını telafi ve tanzim etmeye yönelik önlemlerden oluşur. Ayrıca sosyal güvenlik, toplum üyelerinin çalışmak isteyenlerine iş bulmak, çalışmayanlarına bakmak, sağlık ve bakım hizmetlerini belirli bir seviyesini bedelsiz olarak sunmaktır.<sup>66</sup>

Sosyal güvenlik konusunda belirlenen politika ve sistemlerin ulusal ve uluslar arası gelişmesinde Birleşmiş Milletler tarafından 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi”nin önemli bir payı vardır. Bildirinin 25. Maddesi sosyal güvenlik kavramının anlam ve işlevlerini açıklığa kavuşturmuştur. Buna göre, “Her kişinin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dâhil olmak üzere sağlık ve refahını temin edecek bir yaşam düzeyine ve işsizlik hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarında iradesi dışında yoksulluk yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır. Bütün çocuklar, her türlü sosyal yardımlardan yararlanmak hakkına sahiptir”.<sup>67</sup>

Sosyal güvenlik sisteminde bulunması gereken özelliklerin kısa açıklaması aşağıda yer almaktadır.<sup>68</sup>

---

<sup>65</sup> Yiğit, Filiz, Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007, s:7..

<sup>66</sup> TÜSİAD, Türk Sanayici ve İşadamları Derneği Dergisi: Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, TÜSİAD Yayınları, İstanbul, Ekim 1997, s:97-10/217.

<sup>67</sup> <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/trk.htm>.

<sup>68</sup> Şakar, Müjdat, Sosyal Sigortalar Uygulaması-3.Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 1998, s:20.

- Sosyal güvenlik, bir sistemdir: Her yönden yaygın ve kapsamı genişleyen bir sistem olarak gelişmektedir. Bireyleri, sosyal risklerin zararlarından korumayı amaçlayan sosyal güvenlik tedbirlerinin, belirli uyum ve düzen içinde uygulanabilmesi için etkin ve eşgüdümlü bir şekilde çalışacak bir örgüte gerek duyulması, sosyal güvenliğin bir sistem olarak incelenmesini gerektirir.
- Sosyal güvenlik sistemi, hiçbir ayırım yapmadan tüm toplumu kapsar: Bu özellik, İnsan Hakları Everensel Bildirgesi'ndeki, her insanın toplumun bir bireyi olarak, sosyal güvenlik hakkına sahip olduğuna dair ilkeye uygun düşmektedir.
- Sosyal güvenlik, toplumdaki bireyler için bir hak, devlet için ise bir görevdir: Sosyal güvenlik devletin en temel görevlerinden biridir.
- Sosyal güvenlik asgari bir geçinme düzeyi sağlamalıdır: Sosyal güvenlik sistemi, sosyal sigortalar aracılığı ile bir asgari geçinme seviyesi sağlamayı garanti eder.
- Sosyal güvenlik sistemine yapılan katkı, yani prim ödemeleri tek oranlıdır: Primlerin tek oranlı olması, sigortadan sağlanan faydaların kapsamının ve seviyesinin belirli bir sınırdan kalmasına neden olmaktadır. Gelir düzeyine göre kademelendirilmiş sigorta primleri ve sigorta faydaları, zorunlu sosyal güvenlik sistemi dışında; gönüllü sigorta sistemleri içinde kalmalıdır.
- Sosyal güvenlik sistemine katılmak zorunludur.
- Sosyal güvenlik sistemi, katılanların ödediği primlerle finanse edilir.
- Sosyal güvenlik sistemine yapılan katkı ve prim ödemeleri, sistemden yararlanmayı otomatik hale getirir.

### **2.3. Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Sistemleri**

Birçok ülkenin sosyal güvenlik sağlamak için kurdukları sistemler farklılık göstermektedirler. Çünkü bu sistem, o ülkenin geleneksel yöntemlerinin yanı sıra, toplumun gelir dağılımına demografik yapısına toplumsal mücadele seviyesine, sağlık



davranış seviyesine bağlı olarak şekillenmektedir. Bu nedenle sistemlerinde ulusal kimliklerinin olduğundan söz edilebilir. Türkiye Cumhuriyeti de, Osmanlı İmparatorluğu'ndan devraldığı ekonomik, sosyal ve kültürel etkileri sosyal güvenlik sistemi içerisinde yansıtmaktadır.<sup>69</sup>

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 60. maddesinde belirtilen sosyal güvenliğin gerçekleşmesi için Türk sosyal güvenlik sistemi bünyesinde genel olarak iki farklı program oluşturulmuştur. Bunları primli sistem ve primsiz sistem olarak ikiye ayırabiliriz.<sup>70</sup>

*Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi;* kimsesiz, muhtaç, yaşlılar, malul, dul, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara karşılıksız olarak yapılan ve genel bütçe, belediyeler, çeşitli vakıf ve gönüllü kuruluşlar tarafından finanse edilen sosyal yardım ve hizmetleridir. 2022 sayılı 65 Yaş kanunu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart uygulaması primsiz sistem içerisinde yer alan kuruluşlardan bazılarıdır. Ancak bu tür harcamalar Gayri Safi Milli Hâsıla içindeki %0,1 ile sınırlıdır. Bu nedenle sağlanan yardım ve hizmetler yetersizdir.

*Primli Sosyal Güvenlik Sistemi ise;* kâğıt üzerinde sosyal sigorta esaslarına göre düzenlenmiş primli sistemdir. Primli sistem, esas olarak sigorta edilen kişinin kendi katkısı ile finanse edilir ve katkı oranında fayda sağlama ilkesine dayanır. Sosyal sigorta sistemi üç temel kurum tarafından yürütülmektedir. Bu kurumlar Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) ve Emekli Sandığı (ES)'dir. SSK, özel sektörde çalışan işçiler, kamu işçileri, tarım işçileri ve isteğe bağlı sigortalılara hizmet vermektedir. Bağ-Kur, esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar ile çiftçiler ve isteğe bağlı sigortalıları (ev hanımı ve muhtarlar), ES ise devlet memurlarını kapsamaktadır. Yaklaşık 62 milyon sigortalı nüfusumuzun %49,92'si SSK'lı, %15,07'si ES'li, %22,46'sı BAĞ-Kur'lu

---

<sup>69</sup> Yiğit, Filiz, Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007, s:9.

<sup>70</sup> TÜSİAD, Türk Sanayi ve İşadamları Derneği Dergisi: Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, TÜSİAD Yayınları, İstanbul, Ekim 1997, s:97-10/217.

%0,42'si özel sandıklara mensuptur ve %12,13'lük bir nüfus dilimi ise sosyal güvenlik kapsamında değildir.

Bu üç kurumun yanı sıra mesleki sosyal güvenlik kurumları olarak sınıflandırabilecek çeşitli sandıklar ve kişilerin gönüllü katılımlarına dayalı özel hayat sigortaları da faaliyetlerini yürütmektedir. Ancak bu kuruluşların sistem içerisindeki payları oldukça düşüktür. Aşağıda Genel Sağlık Sigortası öncesi, Türk sosyal güvenlik sisteminin büyük bölümünü oluşturan bu üç ana kurum genel hatlarıyla anlatılacaktır.<sup>71</sup>

### **2.3.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)**

1936 tarihli 3008 sayılı İş Kanunu ile Sosyal Sigortaların ilk temeli atılmıştır. Bu yasa ile sosyal güvenliğin bugün de geçerli olan bazı ilkeleri konulmuş ve sosyal sigortaların kuruluş ve gelişimi bu esaslara göre yönlendirilmiştir. Sosyal sigortalar uygulamaları ilk olarak 1946 yılında iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortaları ile başlamıştır. Daha sonra 1950 yılında ihtiyarlık sigortası, 1951 yılında hastalık sigortası takip etmiş ve 1965 yılında ise 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile bütün hale gelmiştir.

Ülke nüfusunun yaklaşık % 61,6'sına hizmet veren Sosyal Sigortalar Kurumu(SSK), Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olarak, özel hukuk hükümlerine bağlıdır. Mali ve idari bakımdan özerk, tüzel kişilikte bir devlet kurumudur ve Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurumu'nun denetimine tabidir. SSK tarafından hastalık sigortası giderlerini karşılamak için sigortalıların maaşlarının %5'i sigortalılardan, %6'sı ise işverenden olmak üzere maaş üzerinden toplam %11 oranında prim almaktadır.<sup>72</sup>

---

<sup>71</sup> Yiğit Filiz, Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007, s:9.

<sup>72</sup> Hayran, Osman; Sur, Haydar, Sağlık Hizmetleri El Kitabı, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, Haziran 1998, s:275.

**Tablo 2.1. Yıllara Göre Sigortalı sayısı (İstanbul 2001-2005)**

YILLAR	2001	2002	2003	2004	2005
TOPLAM(Kişi)	6.136.107	6.563187	6.750.460	7.059.824	6.856.884

Kaynak: Sayıştay Dergisi, Sayı:56, s:93.

Tabloya göre yıllara göre sigortalı sayısı artış gösterirken, 2005 yılında sayı, 2004 yılının gerisinde kalmıştır ( 2005 verisi Ocak ayına aittir. )

### **2.3.2.Emekli Sandığı (ES)**

Emekli Sandığı'nın sağlık yardımından, 657 sayılı Devlet Memurları, 18.03.1983'de bazı maddeleri değiştirilmiş olan, "Devler memurlarının Tedavi Yardım ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği"ne göre yararlanır. T.C. Emekli Sandığı 1949 yılında kamu görevlilerinin sosyal güvenliğinin sağlanması amacı ile kurulmuştur. Sandık Maliye ve Gümrük Bakanlığı'na bağlıdır. Finansman kaynakları; 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu'nun 14. Maddesinde sayılmıştır. En önemli gelir kaynağı primlerdir. İştirakçilerin maaşlarından kesilen kesenekler ve kurum karşılıkları yanında, sandık gelirlerinin işletilmesinde elde edilecek her çeşit kar ve bağışlar ise diğer gelir kaynağını oluşturmaktadır. Sandığın nakit durumu gerekli ödeme ve harcamaları karşılayamaz ise; 5434 sayılı kanuna 08.07.1971 tarih ve 1425 sayılı kanun ile eklenen geçici 14. Maddesinde, sandığın talebi ile Maliye Bakanlığı bütçesinin sosyal transferler bölümüne bu konu için konulacak ödenekten sandığa ödemedede bulunabileceği belirtilmişti. Aktif çalışan memurlara hastalık sigortası vermediği için, memurlardan kesilen herhangi bir prim geliri yoktur.

### **2.3.3. Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)**

30.12.1988 tarih ve 20235 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 1479 sayılı kanun kapsamına alınan Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanuna tabi sigortalılardan (Bağ-Kur). Bağ-Kur'da hastalık sigortası için sigortalılardan %12 oranında prim alınmaktadır.

Bağ-Kur belirli bir prim karşılığında devlet eliyle esnaf, sanatkârlar ve bağımsız çalışan vatandaşların sosyal güvenliğini sağlamak üzere 1479 sayılı kanunla kurulmuş bir sosyal güvenlik kuruluşudur. 2 Eylül 1971’de 1479 sayılı kanunla sosyal güvenlik hükümlerini uygulamak ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı olmak üzere, “Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu” kurulmuştur. Bu kurumu Yüksek Denetleme Kurulu denetler.

1479 sayılı kanunla esnaf ve sanatkârlar ve diğer bağımsız çalışanlar Bağ-Kur sayesinde sosyal güvenlik şemsiyesi altına alınmış ve tüm yurttan 01.10.1972 tarihinden itibaren uygulamaya başlamıştır.

Sağlık hizmeti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Mahalli İdareler, Üniversiteler, Kamu İktisadi Teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alınmak suretiyle yürütülür. Sağlık hizmetinin hangi sağlık kuruluşlarından satın alınacağına Bakanlar Kurulu yetkilidir.<sup>73</sup>

**Tablo 2.2.** 30.06.2001 tarihi itibarıyla 1479 sayılı kanuna göre aktif sigortalılar

<b>1479 Sayılı Kanuna Tabii Olanlar</b>	<b>Sigortalı Sayısı</b>
Zorunlu	2.192.775
İsteğe Bağlı Sigortalı Olanlar	197.698
Köy ve Mahalle Muhtarları	27.122
<b>TOPLAM</b>	<b>2.417.595</b>

Kaynak: Kırış Ergüler, G., M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul’daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının anlaşmalı Kurumlarından Beklentileri, Danışman Yrd. Doç. Dr. Dilşat Cebeci, İstanbul 2001.

Yukarıdaki tabloda 30.06.2001 tarihi itibarıyla 2.417.595 kişinin, 1479 sayılı kanuna göre aktif sigorta üyesi olduğunu görmekteyiz. Bu sayı toplam nüfusun % 3.6’sına denk gelmektedir. (2001 nüfusu Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ortalama 67.000.000 olarak kabul edilmiştir)

<sup>73</sup> [www.antimai.org/ys/ysbagkur.htm-101k](http://www.antimai.org/ys/ysbagkur.htm-101k).

**Tablo 2.3.** 30.06.2001 tarihi itibariyle 2926 sayılı kanuna göre aktif sigortalılar

<b>2926 Sayılı Kanuna Tabii Olanlar</b>	<b>Sigortalı Sayısı</b>
<b>Zorunlu</b>	882.245
İsteğe Bağlı Sigortalı Olanlar	10.829
<b>TOPLAM</b>	<b>893.074</b>

Kaynak: Kır ç Ergüler, G., M. . Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul'daki  zel Sağlık Sigortası Kurumlarının Anlaşmalı Kurumlarından Beklentileri, Danışman Yrd. Doç. Dr. Dilşat Cebeci, İstanbul 2001.

Yukarıdaki tabloda 30.06.2001 tarihi itibariyle 893.074 kişinin, 2926 sayılı kanuna göre aktif sigorta  yesi olduğunu görmekteyiz. Bu sayı toplam nüfusun % 1.3' ne denk gelmektedir (2001 nüfusu Devlet İstatistik Enstitüsü verilerine göre ortalama 67.000.000 olarak kabul edilmiştir) .

#### **2.3.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları**

Ülkemizdeki sosyal güvenlik sistemi içerisinde, devlet bütçesinden finanse edilen güvenlik harcamaları da bulunmaktadır. Ayrıca yerel yönetimler ve gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanan kaynaklar da vardır. Kamu sosyal güvenlik harcamaları sosyal sigortaların eksikliklerini gidermek için geliştirilmiştir. Sosyal güvenlik hizmetinden faydalanan kimsenin herhangi bir katkısının bulunmadığı bu hizmetlere primsiz uygulamalar denmektedir. Ülkemizde bu hizmetler Sosyal Yardımlar ve Sosyal Hizmetler olarak iki ana bölüme ayrılmıştır.<sup>74</sup>

Sosyal yardımlar, sosyal sigortalar tarafından kapsamayan veya kapsam d hili olduğu halde korunmayan kimseleri, mali katkıları ile korumayı amaçlamaktadır.

<sup>74</sup> TÜSİAD, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği Dergisi: Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, TÜSİAD Yayınları, İstanbul, Ekim 1997, s:97-10/217.

Doğrudan devlet bütçesiyle yapılan bu yardımlar, yoksullara, kimsesiz muhtaç yaşlılara, görev malullerine ve muhtaç çocuklara koruma sağlamaktadır.<sup>75</sup>

Sosyal hizmetler bireylerin içinde buldukları olumsuz koşullara karşı, mümkün olan asgari yaşam seviyesine kavuşabilmeleri için zorunlu olan sosyal etkenleri harekete geçirmeye yönelik çalışmalardır. Ülkemizdeki Sosyal Hizmet Kurumları şunlardır: Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Yeşil Kart Uygulaması ve Gönüllü Kuruluşlar.<sup>76</sup>

#### **2.4. Dünyada Uygulanmakta Olan Sosyal Güvenlik Sistemleri**

Dünyanın hemen her ülkesinde sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin iyileştirilmesi önemli bir sorundur. Tüm toplumun bu hizmetlerden yararlanabilmesi için her ülke kendi koşullarına göre bu önemli sorunu çözmek adına değişik sistemler ve yöntemler uygulamakta ve mevcut sistemlerini daha etkin uygulanabilir hale getirmek için çeşitli çözüm arayışlarına yönelmektedir. Bu konuda dünyanın her yanında geçerli olabilecek bir sistem uygulamasının hemen hemen imkânsız olduğu da bilinen bir gerçektir. Uygulanan farklı sistemlerde, bu sistemlerin iyi işlediğinin ölçütü; uygulanan ülkede “sağlık hizmetlerine ulaşma kolaylığı, ulaşmada bekleme süresi, ulaşmada fırsat eşitliği, hizmette ileri teknoloji kullanımı ve hizmetlerin kesintisiz olarak sunulmuş olması”dır.

Sosyal güvenlik sistemi içinde önemli bir yer teşkil eden sağlık harcamalarının karşılanması, yukarıda bahsedilen çerçeve dâhilinde değişik ülkeler değişik sistem ve politikalar doğrultusunda yerine getirilmeye çalışılmaktadır.

Zaman içinde sağlık sigortasının gelişimine baktığımızda 1883'te Almanya'da çıkarılan yasa gereği tüm çalışanlar, sosyal güvenlik kurumunun merkezi olarak sağlık sigortası kapsamına alınmıştır. 1885'te İngiltere'de özel sigorta şirketi tarafından hastane günlük yatak ücreti teminatı verilmiş, daha sonra 1910'da bu teminata ilave olarak hastane ücretlerinin belli bir yüzdesinin (%50... %100) ödenmesi öngörülmüş, 1930'da bu durum genişletilerek hastane dışında yapılan tedavileri de kapsamıştır.

<sup>75</sup> Yiğit, Filiz, Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde, Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2007, s:12..

<sup>76</sup> Şakar, Müjdat, Sosyal Sigortalar Uygulaması-3. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 1998, s:20.

Geniş kapsamlı teminat ilk olarak ABD’de 1949’da verilmiştir. Günümüzde ülkemizin de içinde bulunduğu birçok ülkede her türlü sağlık sigortası teminatı verilmektedir.

Gerek sağlık hizmetlerinin sunulması gerekse finansmanı açılarından bakıldığında uygulanan sistemleri üç ana grup içinde değerlendirmek mümkündür. Bunlardan birincisi İngiltere, İsveç, Kanada gibi ülkelerin başı çektiği devlet finansmanının çok etkili olduğu ulusal sağlık sigortası modeli, ikincisi ABD ve İsviçre’nin başı çektiği serbest pazar ekonomi modelinin uygulandığı alıcının satın alma gücüne dayanan ve bireyin tercihine bırakıldığı ve finansmanda devletin kısır kaldığı model, üçüncü bir grupta ülkemizde içinde yer aldığı Almanya, Fransa ve Belçika gibi ülkelerde de uygulanan çalışanların gelirlerinden kesilen primlerle ve işveren katılımlarıyla finanse edilen ve özel sağlık sigortasının tamamlayıcı bir rolü üstlendiği zorunlu sağlık sigortası modelidir. Bir ülkenin özel sağlık sigortası sektörünün gelişimini, o ülkenin devlet sağlık sisteminin, kalitesi ve ulaşılabilirliği belirlemektedir.

## **2.5 Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları**

Türk Sosyal Güvenlik sisteminde var olan sorunlar, birçok açıdan diğer gelişmekte olan ülkelerin sorunlarıyla benzerlik göstermektedir. Sosyal güvenlik alanında taraf olan bütün kuruluşların değerlendirilmeleri, özellikle 1960’lı yılların ikinci yarısından itibaren politik kaygılarla yapılan yasal ve idari düzenlemeler nedeni ile sistemin sorunlarının giderek büyüdüğü yönündedir. SSK’nın kurulduğu 1945 yılından bu yana sosyal güvenlik ile ilgili yasalar sık sık değiştirilmiştir.

Günümüzde sosyal güvenlik sistemleri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilememiş; birçok sivil toplum kuruluşunun yanı sıra, Hazine Devlet Planlama Teşkilatı gibi devletin resmi kurumları tarafından yapılan değerlendirmelerin sonuçları da yapılan idari ve yasal düzenlemelerde ifadesini bulamamıştır.

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin kriz içinde bulunduğu ve finansman darboğazı yaşadığı, toplumun bütün kesimlerince ileri sürülmektedir. Sistem mevcut haliyle, sistemden yararlananları tatmin etmeyen ve Hazine katkısı olmaksızın ayakta kalamayacak bir yapı sergilemeye başlamıştır. Şüphesiz sosyal güvenlik sistemimizin

aktüeryal dengesinin bozulmasına ve finansman krizine girmesine neden olan ve zaman içinde ortaya çıkan pek çok faktör sayılabilir.<sup>77</sup>

*Örgütlenme ve Yönetimle İlgili Sorunlar:* Sosyal güvenlik sistemi içinde faaliyette bulunan kurumlar farklı bakanlıklara bağlı olarak çalışmakta, bu durum kurumlar arasında norm ve standart birliği ve eşgüdüm sağlanmasını engellemektedir. Kurumların pratikte özerk bir yapıya sahip olmaları, ağır işleyen bürokratik bir yapıya yol açmakta, hizmetlerin hızlı ve etkin bir tarzdan verilmesini önlemektedir. Özerkliğin olmayışı personel rejimiyle ilgili sorunları da beraberinde getirmekte, yeterli sayıda uzman personel alımına ve bunun gerektirdiği ücret ayarlamalarının yapılmasına da var olan yapı imkân vermemektedir. Söz konusu kurumların personel eksikliğinin yanı sıra bilgisayar donanımı açısından da eksiklikleri mevcuttur. Bütün bu faktörler, denetim faaliyetlerinin yetersiz olması ile gerek sigortalı gerek prim kaçaklarının önlenememesiyle sonuçlanmaktadır.

*Sistemin Sigortacılık İlkelerine Uygun Olarak İşletilmemesi ile İlgili Sorunlar:* Sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan sosyal sigorta hizmetlerinin temeli primli sisteme dayanmaktadır. Bu ise, her yardımın belirli bir prim karşılığında yapılması gerektiği anlamına gelmektedir. Vergilerle karşılanması gereken bir yardım türü olan sosyal yardım zammı uygulaması, 1997 yılında yapılan düzenlemeyle SSK'nın hizmetleri arasına dâhil edilmiştir. 1987 yılında SSK'nın toplam aylık ödemelerinin %39'unu oluşturan sosyal yardım zammı ödemeleri, 1995 yılında %63'e yükselmiştir. Bu uygulamanın olumsuz bir başka yönü ise, sosyal yardım karşılıklarını sadece kamu kuruluşlarından toplaması ile ilgilidir. Bu uygulama, özel sektörle aynı koşullarda faaliyet gösteren KİT'ler açısından haksız rekabete yol açmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvenlik sistemi üzerine yapılan tartışmalar en çok emeklilik yaşı üzerine odaklanmaktadır. Emeklilik yaşının belirlenmesinde ortalama hayatta kalma süresinin bilinmesi önemlidir. DPT'nin hesaplamalarına göre, Türkiye'de ortalama hayatta kalma süresi 67 yıldır. Böylece kadınların 50, erkeklerin 55 yaşında emekli olmaları durumunda, kadınlara 17 yıl erkeklere 12 yıl emekli aylığı ödemesi söz

---

<sup>77</sup> <http://64.233.183.104/search?q=cache:5azwf72OTcs:>



konusudur. Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında bu sürecin uluslararası standartlardan çok farklı olmadığı görülür. Emeklilik ile ilgili yaş sınırının olmayışı, sosyal güvenlik sistemlerindeki genel eğilimlere göre kabul edilir değildir. Ayrıca, yaşlıların toplam nüfus içerisindeki payının giderek artacağı gerçeği göz önünde bulundurulduğunda, bu tür bir uygulamanın sosyal sigorta kurumlarının uzun dönemli dengelerini olumsuz yönde etkilemeye devam edeceği açıktır.

*Finansman ile İlgili Sorunlar:* Türkiye’de sosyal sigorta kurumları uzun yıllardan beri giderek büyüyen oranlarda açık vermektedir ve bu durum temel olarak ilgili kurumların idari ve mali açıdan özerk olmayışlarıyla yakından ilgilidir. Sosyal sigorta kurumlarının kaynaklarının yasalarla belirtilen alanlar dışında ve negatif reel getiri sağlayacak şekilde kullanılmasının dışında, finansmanla ilgili sorunlarının nedenleri şunlardır; OECD standartlarına göre Türkiye’de prim oranlarının oldukça yüksek olmasına karşın sistem açık vermektedir. SSK özelinde işçiler %14, işverenler %19,5-27 arasında sigorta primi ödemektedir. Prim oranlarının yüksek olmasına rağmen prime esas kazançlar oldukça düşük seviyelerdedir. Yeterli denetimin olmayışı nedeniyle sigortalıların çalışma gün sayısının veya prime esas kazançlarının eksik bildirilmesi de prim gelirlerinin düzeyini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, prim tahsilatıyla ilgili de önemli sorunlar yaşanmaktadır.

## **2.6 Türkiye’deki Sosyal Güvenlik Sistemine Çözüm Önerileri**

Devletin, sosyal güvenlik sistemlerinde aktif olarak rol alması gerekmektedir. Var olan sistemin tamamen ortadan kaldırılması yerine, yeniden yapılandırılması önerisi üzerinde durulmalıdır. Sistem içerisinde devletin rolü yeniden tanımlanmalı, devletin garantör ve denetleyici görevleri belirginleştirilmelidir. Ayrıca bireysel girişimlere ve özel sektöre daha fazla ağırlık verilmelidir. Genel olarak uygulanabilecek çözüm önerilerimiz şunlardır:<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması Proje Raporu, Ocak 2003, s:11.

- Bütün sosyal sigorta kurumları çağdaş sigortacılık ilkelerine uygun faaliyetlerde bulunmalı ve kurumların, uzun dönemli aktüaryel dengeleri sağlanmalıdır.
- Prim ödeme tavanları, asgari ücretin beş katına yükseltilmelidir.
- Sosyal yardım zammı gibi herhangi bir prime dayanmayan ödemeler kaldırılmalıdır.
- Sosyal güvenlik sistemi şeffaf, verimli ve etkin çalışmalıdır.
- Sistemde kaçakları ve kayıt dışı istihdamı önleyecek tedbirler alınmalıdır.
- Devlet, sosyal güvenlik sisteminde belirli bir katkıda bulunmalıdır.
- Sağlık ve emeklilik sigortalarının finansmanı birbirinden ayrılmalıdır.
- Sosyal güvenlik kuruluşlarının tam anlamıyla özerk bir mali ve idari yapıya kavuşmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır.
- İşsizlik ve aile ödenekleri etkin hale getirilmeli ve kapsamlı bir iş güvenliği yasası çıkarılmalıdır.
- Kurumların bilgisayar donanımları yenilenmeli, sosyal güvenlik ile ilgili bilgileri içeren manyetik kart uygulamasına geçilmelidir.
- Özel emeklilik programının devlet denetimi altında gerçekleştirilmesi teşvik edilmelidir.
- Her üç sosyal güvenlik kurumuna mensup sigortalı ve emeklilere uygulanacak fayda ve katkı arasında, norm ve standart birliği sağlanmalıdır. Ayrıca, fayda ve katkı arasında ki denge yeniden sağlanmalıdır.

Belirtilen bu öneriler ve yapılması gereken düzenlemelerin dışında sistemin amacına uygun olarak doğru ve etkin çalışabilmesi için, köklü ve büyük bir değişiklik yapılmalıdır. Türkiye’de uygulanabilinecek temel değişiklik, tüm sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanmasıdır. Tek çatı uygulamasının Genel Sağlık Sigortası ile sağlanması hedeflenmektedir.

## **BÖLÜM 3**

### **GENEL SAĞLIK SİGORTASI**

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Kanun no:5489 ile 19.04.2006'da TBMM tarafından kabul edildi. Anayasa Mahkemesi 15 Aralık 2006 tarihinde yasanın “kamu çalışanlarına ilişkin bölümlerinin ayrı bir düzenlemede ele alınması” gerekçesi ile iptal etmesi nedeni ile hükümet, 1 Ocak 2007'den itibaren uygulanması öngörülen yasanın yürürlük tarihini 1 Temmuz 2007'ye ertelemiştir. Daha sonra yeni bir erteleme ile yasanın yürürlük tarihi 01.01.2008 olarak belirlenmiştir.

#### **3.1. Genel Sağlık Sigortası**

Genel sağlık sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın zorunlu olarak, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı yapılır. Genel sağlık sigortasından toplumun bütün fertleri faydalanır. Sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesi vardır.

Genel sağlık sigortası, yüksek gelirli olanların düşük gelirli olanları, sağlıklı kişilerin hastaları, bekarların aile sahibi olanları finanse ettiği, risk paylaşımı olan bir sistemdir.

#### **3.2. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olanlar:**

Türkiye'de yerleşik kişilerden sigortalı sayılanlarla isteğe bağlı sigortalı olanlar; sigortalı sayılmayanlardan:

- Yeşil kart sahipleri
- Vatansızlar ve sığınmacılar
- 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkında kanun hükmüne göre aylık alanlar
- İstiklal madalyası sahipleri ve şeref aylığı alanlar
- Vatani hizmet tertibi aylıklarının bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,

- Nakdi tazminat ve aylık bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- Sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile terörle mücadele kanunu kapsamında aylık alanlar,
- Yerleşim yeri Türkiye olmayan Türk vatandaşları ile oturma izni almış; ancak sigortalı sayılmayan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye’de bir yıldan fazla süreyle yerleşen kimseler,
- İşsizlik sigortası kanunu gereğince işsizlik ödeneğinden yararlanan kişiler,
- Sistemden gelir ve aylık alan kişiler yararlanır.

Yukarıda belirtilenlerin dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler de genel sağlık sigortalısı sayılır.

### **3.3. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları:**

- Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sigortaya başvuru tarihinden önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olmalıdır,
- Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetine başvurduğu tarihte uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması şarttır.
- Acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport ve kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur.

### **3.4. Sigortalıların Sistemdeki Yeri:**

- Mevcut sigortalılar ile sisteme yeni katılacak sigortalıların tescilinde kişilerin T.C kimlik numaraları, sosyal güvenlik numarası olarak esas alınacaktır.
- Vergi mükellefi olan sigortalıların vergi numaraları da sosyal güvenlik numaraları ile birlikte kayıt altına alınacak ve işlemlerde birlikte kullanılacaktır.

### **3.5. Genel Sağlık Sigortası'nın Prim Oranları**

- Prim esas kazancın % 12.5'i dir. Bu primin %5'lik kısmı sigortalı, %7.5'lik kısmı ise işveren tarafından ödenir.
- İsteğe bağlı sigortalıların genel sağlık sigortası primi oranı, prime esas kazancın % 12'sidir.
- 18 yaşını doldurmamış olanların genel sağlık sigortası primi devlet tarafından ödenir.

### **3.6. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Verilecek Hizmetler:**

- Kişilerin sağlık durumuna bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak tedavileri,
- Analık (Gebelik ve doğum) sebebiyle ayakta veya yatarak tedavileri,
- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak ağız ve diş muayeneleri ve tedavileri,
- Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise eşinin tüp bebek tedavisi,

- Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

### **3.7. Genel Sağlık Sigortası'nda Yurtdışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları:**

- Sigortalı sayılanlardan işveren tarafından geçici olarak yurt dışında görevlendirilen çalışanların acil halde olanları,
- Sigortalı sayılanlardan işveren tarafından sürekli olarak yurt dışında görevlendirilen çalışanlar ve onların yurt dışında bakmakla yükümlü olduğu kişiler.
- Yukarıdaki iki maddenin yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir.
- Yurt içinde sağlanamayan ve Sağlık Bakanlığı'nın uygun görüşü üzerine kurumca yurt dışında sağlanması mümkün görülen sağlık hizmetlerinin bedeliyle, yurt dışına sevk edilen kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Ancak bu tutar, varsa, kurumun yurt dışına sevke konu tedaviye ilişkin sözleşmeli olduğu sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez.

### **3.8. Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Girmeyen Sağlık Hizmetleri**

- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara ve konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya

çıkan durumlarda verilecek sağlık hizmetleri dışında, estetik amaçla yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodonti diş tedavileri.

- Sağlık Bakanlığı'nca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığı'nca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri bu kapsamın dışındadır.

### **3.9. Uygulanan Tedavilerde Sigortalıdan Alınacak Katkı Payları**

- Ayakta tedavide, hekim ve diş muayenesinde hastadan 2 YTL alınır.
- Ortez, Protez, iyileştirme araç ve gereçleri, ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan tutarın % 10-20'si oranında katılım payı alınır.
- Katılım payı tutarı ve oranları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sevk zincirine uymadan, diğer basamaktaki sağlık hizmeti sunucularına doğrudan müracaatları halinde % 50 oranında arttırılır.
- Katılım payı tutarı, sağlık hizmetini alındığı tarihteki asgari ücretin % 75'ini geçemez.

### **3.10. Katılım Payı Alınmayacak Durumlar:**

- İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda verilen sağlık hizmetleri,
- Doğal afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati öneme haiz sağlık hizmetleri (ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri) ile organ nakli,
- Kontrol muayeneleri,

- Nakdi tazminat ve aylık bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerin tedavileri,
- Sosyal hizmetler ve çocuk esirgeme kurumu kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerin tedavileri,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile terörle mücadele kanunu kapsamında aylık alanların tedavileri,
- Vatani hizmet tertibi aylıklarının bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişilerin tedavileri katılım payı alınmayacak durumlardır.

### **3.11. Hizmet Basamakları ve Sevk Zinciri:**

- Sağlık hizmeti sunucuları birinci, ikinci ve üçüncü basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından sınıflandırılır.
- Birinci basamak sağlık kurumları; aile hekimleri, sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri; ikinci basamak sağlık kurumları, hastaneler; üçüncü basamak sağlık kurumları ise üniversite ve branş hastaneleridir.
- Sigortalı sevk zincirine uymadan ikinci basamak anlaşmalı sağlık kurumun giderse GSS tutarın % 70'ini öder. Anlaşmasız kuruma gidilmesi durumunda GSS'nin ödediği %70'in yarısı sigortalıya ödenir.

### **3.12. Sağlık Hizmetlerinin Sağlanması ve Sağlık Giderlerinin Ödenmesi**

- Kanuna göre sağlık hizmetleri, kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve onun bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesiyle sağlanır.



- Sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucuları, acil hallerde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden veya kurumdan herhangi bir fark talep edemez.
- Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden sözleşmeli olduğu sağlık hizmetleri için otelcilik hizmetleri ile öğretim üyesi tarafından sağlanan sağlık hizmetleri dışında, herhangi bir fark talep edemez.

### **3.13. Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları**

#### **3.13.1. Genel Sağlık Sigortası Modelinin Avantajları**

##### **3.13.1.1. Genel Avantajlar:**

GSS modeli gelişmekte olan ülkelerde kısa sürede sağlık altyapısını ve teknolojisini geliştirmek, daha sonra ulusal sağlık sistemine geçmek açısından düşünüldüğünde politik avantajı olan bir yöntem olabilir.<sup>79</sup> Yine koruyucu sağlık hizmetlerinde işverenin görevini arttırabilir; çalışanların sigorta primlerinin ve sağlık harcamalarının tamamının veya bir kısmının işveren tarafından verilmesi durumunda, işvereni koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermeye zorlaması açısından avantajlı olabilir.<sup>80</sup> GSS sistemi için toplanacak primler, ayrı bir yerde birikir ve yalnızca sağlık hizmetlerine harcanır. Sigorta sistemi ile vatandaşın prim toplamak aslında bir tür vergi toplamaktır; ancak toplananlar yalnızca sağlık için harcandığından ve diğer sektörlerin bu vergiden pay alması engellenecektir.<sup>81</sup>

##### **3.13.1.2. Kapsadığı Nüfus Yönünden Avantajları:**

Ülkemizde mevcut sosyal sağlık sigortaları dışında kalan kişi sayısı oldukça fazladır. Bu kişilerin büyük kısmı sağlık hizmetlerine ulaşma bakımından büyük güçlükler yaşamaktadır. Sağlık hizmetine ulaşamayanları kırsal alanda yaşayan çiftçiler

<sup>79</sup> Hayran, Osman, "Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?", Toplum ve Hekim, Mart 1992, 28.

<sup>80</sup> Dayanıklı, Bayram Fırat, "Sağlık Politikaları, Sağlıkta Finansman ve Bütçeler", Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001; Hayran, 31.

<sup>81</sup> Babaoğlu, Ömür, "GSS Uygulamalarında Avrupa Örnekleri", Sigorta Dergisi, sayı 65-66, 1992, 18-26; Mehmet Ünal, "Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?", Toplum ve Hekim, Mart 1992, 32.

ve köylüler, işsizler, herhangi bir işte çalıştıkları halde sigortasız olan kesimler oluşturmaktadır. İnsanlarımız, bu hizmete maddi ve coğrafi sebeplerle ulaşamamaktadır (Bkz. Tablo 3.1). Sağlık hizmetlerinden faydalanamayan insan sayısı ülkemiz için azımsanmayacak kadar fazladır.<sup>82</sup> Oysa insanların sağlıklı olarak hayat sürmeleri, gerektiğinde sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşip ondan faydalanabilmeleri en doğal haklarıdır. Bu konu aynı zamanda, bir medeniyet ve gelişmişlik göstergesidir.

**Tablo 3.1.** Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kapsadığı Nüfus-2002

Kurumun Adı	Kapsadığı Nüfus	Kapsadığı Nüfus / Toplam Nüfus
Sosyal Sigortalar Kurumu	31.289.211	45.6
Bağkur	15.264.610	22.3
Emekli Sandığı	14.214.271	20.0
Özel Sağlık Sigortası	697.505	0.9
Özel Sandıklar	322.688	0.5
Kapsam Dışı	7.550.545	10.9
Toplam	68.641.325	100.0

Kaynak – TSS Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul, s:13

Yukarıdaki tabloya göre nüfusun %45.6’sı SSK’lı olup, pastanın en büyük dilimini oluşturmaktadırlar. Bağkur’lu nüfusun oranı %22, Emekli Sandığı üyesi nüfusun oranı ise %20’dir. Tabloda diğer dikkat çeken özellikler, kapsam dışı nüfusun %10.9 gibi yüksek bir yüzdeye sahip olması ve özel sigortaların %0.9 oranıyla oldukça düşük bir yüzdeye sahip olmasıdır.

Bağ-Kur uygulamasına dahil olmalarına rağmen, bu kurumun sağlık sigortalarından yararlanamayan kişi sayısı oldukça fazladır. Bunun sebebi sağlık sigortası primi ödenmemesi ve sağlık hizmetlerinden yararlanma konusundaki

<sup>82</sup> Üçışık, H.Fehim, Sosyal Güvenlik ile İlgili Görüş Açıklaması, Ülke Sorunları ve Çözüm Önerileri, Ötüken Yayınları, İstanbul 2000, 12; Okur, Sağlık Hakkı, 181; Hayran, 31; Babaoğlu, 19.

kısıtlamalardır. Prim ödemeyenler, GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerinden de yararlanamazlar.

Ülkemiz sağlık sisteminin en büyük eksikliklerinden olan tüm nüfusun hizmetten yararlanamaması, kurulacak olan GSS sistemi ile aşılabilecektir. Bu sayede devlet tüm vatandaşlarına hizmet ulaştırabilecek ve kimse sağlık sigortası kapsamı dışında kalmayacaktır.<sup>83</sup>

Sağlık hizmetinin tüm nüfusa ulaşması sosyal devletin bir gereğidir. Aynı zamanda en başta gelen insan haklarından olan sağlık hakkının sağlanması bu şekilde mümkün olacaktır.

GSS taslaklarının gerekçelerinde ve yapılan çalışmalarda üzerinde en fazla durulan nokta, hizmetin tüm nüfusu kapsayacağıdır. Bu husus kamuoyuna da çalışmaların esas yönü olarak tanıtılmıştır.

### **3.13.1.3. Finansman Açısından Avantajları:**

GSS modeli devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesini amaçlamaktadır. Devletin hizmet sunumundan ve finansmandan çekilmesi durumunda Devlet bütçesinden sağlığa daha az pay ayrılabilceği ileri sürülmüştür. Sağlık finansının bütçe dışına çekilmesi, iktidarlar açısından önem taşıyan savunma, eğitim, sanayi, tarım gibi alanlarla rekabete girmesi gibi politik bir avantajı vardır.<sup>84</sup>

### **3.13.1.4. Hizmet Maliyetini Düşürme ve İsrafi Önleme Avantajı:**

Kişilerin sağlık hizmeti için ödedikleri primler, gereksiz harcamaları önleyecektir.

---

<sup>83</sup> Akgül, Aziz, "Sağlık Hizmetlerini Kademelendirilmiş Bir Biçimde Yapılandıran GSS Modeli", Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001; Hayran, 32; Özdemir, Sağlık Reformları, 526; Üçışık, 52.

<sup>84</sup> Hatun, Şükrü, "Türkiye'de Sağlık sektörünün Finansman Sorunları-Mehmet tokat'la Söyleşi", Sağlık ve Toplum, Mayıs-Haziran 1990, sayı 3, 27; Oğuz, Engin, "Türkiye'de Sağlık Finansmanı Sorunu ve Çözüm Arayışları", Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 1996, sayı 72, 16; Mehmet Tokat, "Türkiye Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanmasının Ekonomik Boyutu", Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001, 1458.

Sigortacılık, geriatric yaş grupları için daha fazla sağlık harcaması gerektiğinden özellikle Türkiye gibi nüfusun genç olduğu ülkelerde harcamalar açısından daha avantajlı olacaktır.<sup>85</sup>

### 3.13.1.5. Tek Elden Hizmet Sunumu Avantajı:

Sağlık hizmeti ülkemizde birden fazla kurum tarafından ve farklı standartlarda sunulmaktadır. Bu, yararlananlar açısından farklı uygulamalar doğmasına yol açmakta ve sağlık hizmetlerinde kargaşaya sebep olmaktadır.

GSS modeli ile tüm kurum ve uygulamalar tek elde ve aynı standartta toplanabilecek ve hizmet farklılıkları ortadan kaldırılacaktır.<sup>86</sup>

GSS konusunda hazırlanan taslakların çoğunda, mevcut kurumların birleştirilerek yeni kurulacak bir kurum vasıtasıyla, uygulamaların ve hizmet sunumunun standartlaştırılması hususu yer almıştır.

**Tablo 3.2. Sağlık Göstergelerinde Gelişmeler.**

	1995	2000	2005
Yatak Başına Düşen Nüfus	150.565	170.000	200.000
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	402	384	351
Sağlık Ocağı Sayısı	58	60	75
Hekim Sayısı	4.927	5.700	6.300
Hekim Başına Düşen Nüfus	69.349	80.900	89.000
Diş Hekimi Sayısı	872	807	789
Diş Hekimi Başına Düşen Nüfus	11.717	14.200	16.000
Hemşire Sayısı	5.163	4.599	4.389
Hemşire Başına Düşen Nüfus	64.243	71.000	77.100
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	68,0	69,1	70,3

Kaynak: Serin İ., **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Kazancı Yayınları, İstanbul, Ekim 2004, s:182.

<sup>85</sup> Hayran, 33; Babaoğlu, 22.

<sup>86</sup> Üçışık, H.Fehim, “Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kurulması”, Argumentum, Ağustos 1990, sayı 1, 1-3; Savaş, Serdar, “Sağlık Hizmetleri Finansman Grubu Çalışma Raporu”, Toplum ve Hekim, Mayıs 1992, 11-13, yazar Milli Savunma Bakanlığının da GSS’ye dahil edilmesi gerektiğini ifade etmektedir; Akgül, 1472; Ünal, 28.

Yukarıdaki tablo bize sağlık göstergeleri hakkında bilgi vermektedir. Buna göre, yatak başına düşen nüfusun artmakta olduğunu görmekteyiz. Bu durum bize nüfusun, yeni eklenen yatak sayısından daha hızlı artmakta olduğunu göstermektedir. Yatak kullanım oranı ise düşüş göstermektedir. Aynı şekilde sağlık ocağı ve hekim sayısı da artış göstermektedir. Ancak hekim başına düşen nüfus ta aynı şekilde artış eğilimindedir. Hemşire başına düşen nüfus yıldan yıla artış gösterirken, hemşire sayısının azalmakta oluşu dikkat çekicidir. Aynı durumu diş hekimi başına düşen nüfus ve diş hekimi ilişkisinde de görmekteyiz. Önemli bir sağlık göstergesi olarak kabul edilen bebek ölüm hızı da artış göstermektedir. Sağlık göstergeleri gidişatı yukarıdaki tablo itibariyle olumlu gözükmemektedir.

### **3.13.2. GSS Modelinin Dezavantajları**

#### **3.13.2.1. Genel Dezavantajlar:**

Sağlık güvencesi sağlamanın ve tüm fertleri bu güvence altına almanın tek yolu mutlaka sağlık sigortası kurmak değildir. Sigorta, sağlık güvencesi sağlamanın yalnızca bir yoludur. “Sağlık güvenliği sağlanması” kavramı ile “sağlık sigortası sistemi” kavramının sinonim iki kavram gibi ele alınması ve güvenlik denildiğinde sigortadan başka bir yol yokmuş gibi, reform çalışmalarında sigortanın tartışılması ve alternatifsiz olarak takdim edilmesi hatalı bir tutumdur.<sup>87</sup>

Sağlık hizmetleri talep sistemlerinde bulunması gereken ilkeler dikkate alındığında, en güçlü mali kaynağa sahip sağlık hizmetleri taleplerinin ve talep finansmanları sisteminin bütçe esaslı olanlar olduğu görülmektedir.

Türkiye'nin planlı döneme geçtiği 30 yılı aşkın sürede çıkarılan 8 adet beş yıllık planın hepsinde genel sağlık güvenliği ve sigortasının kurulması hedefinden söz edilmiştir. Sigorta kavramı genellikle şahısların hizmet karşılığında prim ödemelerine dayanan sistemin adıdır ve daha geniş kavram olan “güvenlik” uygulamasının özel bir finansman tipidir. Kalkınma planlarının ifadelerinde, hedefin “primli” yani sigortacılık

---

<sup>87</sup> Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Komisyonu, Sağlık Hizmetlerinde finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, Mayıs 1991, 1 vd; Alpdoğan, Önder, “Genel Sağlık Sigortası”, Toplum ve Hekim, Mart 1992, 8; Sargutan, 39.

esaslı bir finansman yapısı olduğu anlaşılmaktadır. Primli sağlık sigortası genel sisteminin 30 yıldır kurulamamış olması, ülke gerçeklerine uymamasının bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Sağlık sektörü talep sistemleri ve talep finansman sistemleri yalnızca primli sigortacılık şekliyle sınırlandırılmaz. Bu düşünce yanlışlıklara yol açabilir. Öte yandan, halen prim esasıyla çalışan SSK ve Bağ-Kur uygulamalarının yanlışlığı ve olumsuz sonuçları ortadadır. Prim yoluyla yeni, sağlam ve sürekli gelir sağlanmadığı, mevcut uygulamaların sonuçlarının analizinden anlaşılmaktadır.<sup>88</sup>

### **3.13.2.2. Finansman Bakımından Dezavantajları:**

GSS, sağlık sistemi için bir finansman modelidir. Bu sistem ve hazırlanan tasarılar, sağlık sistemimizde bir finans kaynağı yaratmayı amaçlamaktadır. Oysa ülkemizde sağlık alanındaki temel sorun finansman sorununun yanında örgütlenme sorunudur. Sağlık hizmetleri “serbest piyasa” kurallarının ötesinde adeta “başıboş piyasa” kurallarına terk edilmiş durumdadır.<sup>89</sup>

GSS kurumu kurulması yoluyla yeni ve sağlam bir mali kaynak yaratılıp yaratılmayacağı konusu geniş tartışmalara yol açmış ve sonuçta büyük tereddütler oluşmuştur.

Ülkemizde sağlık güvencesi olmayan nüfusun prim ödeyebilecek durumda olan büyük bölümü kırsal kesimdedir. Kırsal alandan prim toplamaksa zor ve masraflı olacaktır. Bu alanda vergi toplama işi dahi aksamaktadır. Kişilerden GSS için stopaj yolu düşünülmekte olup, gelir vergisi kaçırmaya kadar uzanabilecek mahsurların hepsi GSS primi toplamak için geçerlidir.<sup>90</sup>

Prime dayalı olarak kurulacak GSS; bütçe üzerindeki baskıyı iddia edildiği gibi çok büyük ölçüde azaltmayacak, belki de bugünkünden çok daha fazla bir yükü bütçeye yükleyebilecektir. Bütçeye sürekli bir prim akışı olacaktır. Sağlık Bakanlığı Reform

---

<sup>88</sup> Yazıcı, H.Avni, “Sağ-Kur Yasası, İşçiler ve Sağlık Sorunları”, Türk-İş, Aralık 1990, 4 vd; Sargutan, 40; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 28; Kılıç, Kişisel, 22.

<sup>89</sup> Sargutan, 41; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 28.

<sup>90</sup> Sargutan, 42; TTB Merkez Konseyi Komisyonu, 6; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 30.

Koordinatörlüğünün hesapları ve DPT'nin hesaplamaları, bütçenin büyük bir yük altına gireceğini göstermektedir.<sup>91</sup>

GSS'nın uygulanabilmesi için Türkiye yapmış olduğu harcamaları, bir başlangıç olarak GSMH'nin %6-7 oranına yükseltmek zorundadır, aksi halde herkese sağlık hizmeti sunmak olanaksız görünmektedir.

Halen bir sosyal güvenlik kurumuna dahil olmayan sigortasızlar için öngörülen primin nasıl toplanacağı ve ne kadar katkı sağlanacağı belirsizdir.

Kamu memurları ve emeklilerin GSS kapsamına alınmasıyla toplanacak primin yeni bir vergileme teşkil edip etmediği belirsizdir. Emeklilerin gelir düzeyi dikkate alındığında, bu kesimden prim toplamının zorluğu daha net görülecektir.<sup>92</sup>

Aile hekimleri için öngörülen ödemeler, finansman konusundaki diğer bir zorluktur.<sup>93</sup>

GSS konusunda devlete yük teşkil edecek hususlar taslaklarda şu şekilde yer almıştır:

- GSS'nın kuruluş masrafları için bütçeden ödenek ayrılması, işletilmesi sırasında ortaya çıkacak olası finansal sıkıntıların bütçe yardımlarıyla aşılmaya çalışılması, prim gelirlerinin %10'luk bölümünün ve ek kaynakların yönetim gideri için harcanacak olması devlet bütçesine büyük bir yük getirecektir.
- Reform çalışmalarında, şu anda sağlık güvenliği için prim ödemeyen devlet memurlarından bu amaçla % 10-11 oranında prim kesileceği

---

<sup>91</sup> Taylan, Bahattin, "Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Aktüeryal Teknikler", DEÜİİBFD, Ocak, 1992; Şeref, Besim, "Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet ve Kavramı-Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye", Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001; Sargutan, 43; Belek/Onuroğulları/Nalçacı/Ardıç, 65.

<sup>92</sup> Aktan, Coşkun Can, "Sağlık Reformu ve Zorunlu Özel Sağlık Sigortası Modeli Önerisi", Yeni Dünya, Sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001; Sargutan, 46.

<sup>93</sup> Yarış, Ersin, Genel Sağlık Sigortası İçin Aile Hekimliği Uygulaması Mutlak mıdır?, Toplum ve Hekim, Mayıs 1992, 32; Mestçioğlu, Özlem/Gençel, Hande/Kurucu, Nilgün/Baripoğlu, Özcan, "Aile Hekimliği Çözüm mü?", Sağlık ve Toplum, Mayıs-Haziran 1990, sayı 3, 14; Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği TTB tezleri, Mart 1997, 3; Sur/Atlı, 972.

belirtilmiştir. Muhtemelen bu prim memurlardan doğrudan doğruya kesilmeye başlanmayacaktır; maaşlar prim miktarı kadar arttırıldıktan sonra bu artış prim olarak kesilecektir.<sup>94</sup>

- GSS hesaplamaları yapılırken bilinmesi gereken kriterlerden biri de, fertlerin sağlık hizmetlerine bir yıl içinde ortalama başvuru sayısıdır.<sup>95</sup> Sigorta kapsamı yaygınlaştıkça, hizmet kapsamı genişledikçe yeterli sağlık hizmeti sağlandıkça sağlık hizmetleri talebi ve başvuru sayısı normalin üzerinde artmaktadır. Bu durumda sunulan hizmet paketi, kaçınılmaz olarak daraltılacak ve ek prim gündeme getirilecektir. Dünyanın çok zengin olanları da dahil olmak üzere, genel sağlık sigortası uygulayan ülkelerde, sağlık hizmetleri belirlenen bir “sağlık hizmet paketi” kapsamında verilmektedir. Bu paket çeşitli kapsamlar içerebilir, fakat gelir-gider dengesi mecburiyeti dolayısıyla daima sınırlı olmak zorundadır. Bu sınırı aşan hizmetler sigorta kapsamında verilmemekte ve ücreti ödenmemektedir. Bu sağlık hizmet paketinin “kapsam sınırı” zaman içinde sürekli olarak daraltılmıştır. Bu da sağlık sigortalığının önemli bir sorunudur.<sup>96</sup> Bunlara ek olarak sigorta ve özelleştirmenin yaratacağı büyük maliyet artışları da ikinci bir engeldir. Belirtilen sebeplerle, eğer gerçekleştirilse çalışmaları yapılan GSS’nin sağlık hizmet paketinin de, dünyadaki örnekleri gibi mutlaka ve süratle dar bir kapsama çekileceği kolayca görülebilir. Sağlık sigortası hizmet paketinde kısıtlamalar uygulamaya koyulduğu zaman “Ek Prim” konusu gündeme gelmektedir. Ödeme gücü olanlar ekstra prim ödeyerek daha kapsamlı paketler satın almaktadır. Buna imkan verilmediğinde özel sigortacılık yoluyla ek hizmet veya ekstra ödeme imkanları aranmaya başlanmakta; ancak böyle bir ödemeye gücü olmayanlar için eksik hizmet ve sıkıntı söz konusu olmaktadır.<sup>97</sup>

---

<sup>94</sup> Sargutan, 46.

<sup>95</sup> TTB Merkez Konseyi Komisyonu, 8; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 30; Sargutan, 48.

<sup>96</sup> Belek/Onuroğulları/Nalçacı/Ardıç, 67; Sargutan, 50; Alpdoğan, 35.

<sup>97</sup> Sargutan, 51; Ünal, 37.



### 3.13.2.3. Diğer Yönlerden

Sigorta sistemi lehine söylenen önemli bir üstünlük iddiası, “Sağlık Sigortası prim gelirlerinin ayrı toplanması sebebiyle tam olarak belli bulunduğu ve bunların başka amaçlar için kullanılamayacağı, böylece bu gelirlere dayanılarak daha sağlıklı planlama, bütçeleme, harcama yapılabileceği” şeklindedir; ancak sayılan bu hususlar bir sistem tercihini tek başına belirleyecek önemde ve özellikte yeterli unsurlar olamayabilir. Bu üstünlük iddialarından hiçbiri, bir başka sistemde temin edilemeyecek unsurlar değildir.<sup>98</sup>

Öte yandan SSK ve Bağ-Kur örneklerinde sadece hizmet vermek için kurulmuş müesseseler, devletin yapılarına müdahalesi ile bozulmuş, bu kurumların prim gelirleri başka amaçlarla harcanarak iflasın eşiğine getirilmişlerdir. Benzer şekilde bütün özel sigorta şirketleri de prim gelirlerini kapitalizasyon adıyla başka yatırım alanlarında kullanmaktadır.

Sağlık Bakanlığı’na teklif edilen sistem, aslında sağlık sigortası değil hastalık sigortasıdır; ancak koruyucu sağlık hizmetlerini de kapsamına aldığı takdirde “sağlık sigortası” vasfı kazanabilir. Bu yolla pahalı olan tedavi hizmetlerinden tasarruf sağlanıp, çok az para ile “sağlıklı olma hali” korunur, insanlar, sistem ve toplum kazançlı çıkar.<sup>99</sup>

Ülke sathında herkese ve eşit şekilde sağlık hizmeti verilebilmesi için, özellikle hekim ve hasta yatağı sayısının ülke genelinde dengesiz dağılımı, GSS kurulması fikrinin gerçekleşme olasılığını zayıflatmakta ve bunun fazla iyimser bir görüş olduğunu ortaya koymaktadır.<sup>100</sup>

GSS herkese aynı kalitede sağlık hizmeti vermek gibi bir ilkeyle yola çıkmamaktadır. GSS “herkese sağlık hizmeti” götüreceğini iddia etmektedir. Bu durumda sağlık hizmetlerinde varolan kalite uçurumunun ne olacağı sorusu cevapsız kalmaktadır.<sup>101</sup>

<sup>98</sup> Belek/Onuroğulları/Nalçacı/Ardıç, 67; Sargutan, 52.

<sup>99</sup> TTB Merkez Konseyi Komisyonu, 12; Sargutan 53; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 30.

<sup>100</sup> TTB Merkez Konseyi Komisyonu, 13; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 31.

<sup>101</sup> Sargutan, 54; Belek/Onuroğulları/Nalçacı/Ardıç, 67.

GSS kurumu genel havuzdan değil de genel havuzdan pek bağımsız olmayan ve insanların ödedikleri sağlık sigortası primleriyle oluşturulacak özel havuzdan hizmetin bedelini ödeyecektir. Sonuç aynı yere varacak ve bedel yine insanlardan toplanan vergi ya da primlerin devletin sol değil sağ cebinde toplanıp oradan “sigorta şirketleri aracılığı” ile hizmeti verecek birimlere ulaştırılmasıyla ödenecektir. Burada asıl hedeflenenin sigorta şirketlerine “komisyonculuk” sayesinde bir miktar sermaye aktarımı sağlamak olduğu açıkça görülmektedir.<sup>102</sup>

Tasarılarda, döner sermaye uygulamasına devam edeceği görülmektedir. Halktan hem sağlık hizmetlerini finanse etmek için vergi toplanacak, hem GSS kapsamında hizmeti sunmak için prim alınacak (Ek paketler için ek primin gündeme gelmesi söz konusu olabilir.) hem de sağlık kurumlarında aynı hizmet için döner sermaye kapsamında ücret kesilecektir.

Aile Hekimliği uygulaması hakkında da bir çok soru işareti vardır.<sup>103</sup> Aile Hekimliği uygulamasının özel bir işbölümü ve disiplinle yürütülebilicek birinci basamak sağlık hizmetleri için yeterli olup olmayacağı şüphelidir. Yine koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli görevler verilecek aile hekimi bu hizmetin sağlanmasında yeterli olamayacaktır. Aile hekiminin sevk zincirindeki rolü ve yeri de belli değildir. Bütün bunların ötesinde, önemli bir gerçek ülkemizde aile hekimliği yapabilecek doktorların çok az olduğudur. GSS modelinin en alt kademesini oluşturacak aile hekimi yok denecek halde iken bu sistemin uygulanması çok zor olacaktır. Bir an için yeterli sayıda aile hekimi olduğu varsayılrsa dahi, bu kişilerin hizmet için gerekli olan yüksek maliyetli donanımı temin etmeleri güçtür.

Tasarılarda aile hekimliği uygulamasının kentsel kesim için düşünüldüğü, kırsal kesimlerde ise sağlık ocağı yapısının sürdürüleceği anlaşılmaktadır. Böyle bir ayrımın bilimsel bir yanı yoktur ve ikili bir uygulamaya sebep olacaktır.<sup>104</sup>

---

<sup>102</sup> Sargutan, 57.

<sup>103</sup> TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Özelleştirme, 21; Yarış, 39; Mestçioğlu/Gençel/Kurucu/Baripoğlu, 42.

<sup>104</sup> TTB Merkez Konseyi Komisyonu, 15; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 32.

GSS kurumunun satın alacağı sağlık hizmetlerinin idari, mali ve tıbbi denetimini yapacak mekanizmanın altyapısı ve uygulama esaslarına dair bir düzenleme mevcut değildir.<sup>105</sup> GSS kurumunun satın alacağı sağlık hizmetlerine karşılık yapacağı ödemelere esas olacak maliyet ve fiyat denetimi mekanizması, en az primlerin hesabı ve tahsili ve hizmetlerin denetimi kadar önemlidir. Aksi takdirde hastanelerin fiyatı bilinemez, hastaneler de sistemi gerçek dışı fiyatları ödemeye zorlar.<sup>106</sup>

Sadece sağlık primine dayalı sistemlerin, finansman sıkıntısına düşeceğine dair iddialar vardır. Ülkemizde mevcut sosyal sigorta kuruluşları sağlık dahil birkaç risk alanında birden faaliyet göstermektedir. Böylece hem yönetim giderleri azalmakta hem de prim aksamalarında ve finans darboğazlarında ortaya çıkan nakit akışı tıkanmaları önlenmektedir.<sup>107</sup> GSS Kurumu ise tek bir risk alanında hizmet vermek üzere planlanmaktadır. 1968 yılında Başbakanlıkça oluşturulan Bakanlıklararası komisyon çalışmaları sonucunda hazırladığı raporda, prime dayalı ve sadece sağlık alanında hizmet verecek bir “sigorta” sisteminin finansmanına imkan olmadığını, bu sebeple yaşlılık vb. risklerle birlikte uygulanması gerektiğini, sadece sağlık sigortası kurulmasının ülke şartları sebebiyle uygun bulunmadığını bildirmiştir.<sup>108</sup> Hazırlanan onca tasarı, harcanan emek ve zamana rağmen ülkemizde GSS modelinin kurulamaması bu gerçeği bir kez daha doğrular gibidir.

Genel Sağlık Sigortası ile devlet, üyelerinin asgari yaşamlarını devam ettirebilecekleri sağlık hizmetleri alabilmelerini finanse edebilecektir; çünkü ülkemizin sağlık hizmetlerine yeterli kaynak ayıramadığı ortadadır. Mevcut yasa ile özel hastaneler, Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmaları halinde, hastalarından masraflarının %30’u kadar fark talep edebilecektir.

Bu durumda fark ücreti özel hastaneleri tatmin etmeyecek ve özel hastaneler sisteme girmek istemeyeceklerdir. A grubu özel hastanelerin Sosyal Güvenlik Kurumu ile sözleşmelerini feshettiklerini basından takip etmekteyiz. Aşağıdaki tabloda

---

<sup>105</sup> Alpdoğan, 35; Sargutan, 58.

<sup>106</sup> TTB Merkez Konseyi Komisyonu, 17; TTB Merkez Konseyi, Sağlıkta Gündem, 32; Ünal, 38; Sargutan, 60.

<sup>107</sup> Sargutan, 60.

<sup>108</sup> Sargutan, 61.

İstanbul'da A grubu özel bir hastane olan Florence Nightingale Hastanesi'nin 2005-2008 yılları arasında, aylara göre; toplam, yatan, ayakta hasta ve cerrahi vaka sayıları tablolar halinde verilmiştir. Florence Nightingale Hastanesi, 1 Eylül 2008 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu ile anlaşmasını bitirmiştir. Tablo aşağıdaki gibidir:

**Tablo 3.3.** 2005-2008 Yıllarında Florence Nightingale Hastanesi'nde Toplam, Yatan, Ayaktan hasta ve Cerrahi Vaka Sayıları Tablosu.

OCAK	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	5394	1010	4384	276
2006	6529	1121	5408	353
2007	8030	917	7113	372
2008	9614	962	8649	478

SUBAT	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	6185	1083	5102	322
2006	8499	1330	7169	399
2007	8280	887	7393	446
2008	9704	962	8742	461

MART	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	7229	1167	6062	401
2006	10353	1602	8755	468
2007	9037	949	8088	478
2008	10317	979	9338	486

NİSAN	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	7354	1149	6205	394
2006	9244	1372	7872	428
2007	8253	926	7327	452
2008	11036	918	10.118	468

MAYIS	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	6772	1128	5644	375
2006	9043	1258	7785	465
2007	8397	1014	7393	438
2008	9057	939	8118	452

HAZİRAN	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	7173	1202	5971	377
2006	8530	1172	7358	461
2007	7024	785	6239	358
2008	9074	845	8229	446

TEMMUZ	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	6527	1054	5473	359
2006	6797	985	5812	367
2007	6314	589	5725	340
2008	7276	804	6472	404

AĞUSTOS	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	6827	1002	5825	376
2006	6595	806	5786	399
2007	6036	529	5507	363
2008	6052	761	5291	348

EYLÜL	TOPLAM HASTA SAYISI	YATAN HASTA SAYISI	AYAKTAN HASTA SAYISI	CERRAHİ VAKA SAYISI
2005	6208	877	5331	307
2006	5849	611	5238	262
2007	5375	529	4846	238
2008	4486	413	4073	179

Kaynak: Florence Nightingale Hastanesi Otomasyon Sistemi 23 Eylül 2008.

Görüldüğü gibi Eylül 2008’de, anlaşmanın iptalinin üzerinden yalnızca bir ay geçmiş olmasına rağmen hasta ve cerrahi vaka sayılarının oldukça büyük oranda düşüş gösterdiği görülmektedir. Bu durum, özel hastanelerin sistem dışında kalmalarına ve dolayısıyla GSS üyelerinin, sadece kamu hastanelerinden hizmet alabilmesi sonucunu doğuracaktır. Dolayısıyla GSS üyelerinin hekim ve hastanesini özgürce seçebilmesi hedefi gerçekleşmemiş olacaktır. Ayrıca özel hastanelerin ileri teknoloji ve yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerinden GSS üyeleri faydalanamayacaktır. GSS üyeleri özel hastanelerin talep ettikleri fark ücretini cepten ödemelerle karşılamakta zorlanacakları için kamu hastanelerine başvurmak zorunda kalacaklardır. Bu durum kamu hastanelerinde yığılmalara sebep olacaktır. Ayrıca yoğunluk ve aşırı talebin kapasitenin çok üstüne çıkması halinde tıbbi hatalarda da artış olması olasıdır. Bu noktada, Genel Sağlık Sigortalılar, dünya örneklerinde olduğu gibi, özel sağlık sigortalarından Tamamlayıcı Sağlık Sigortası satın almaları en uygun çözüm olarak karşımıza çıkmaktadır. Üyelerin karşılamak zorunda oldukları fark ücreti, cepten ödemelerle değil, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yoluyla karşılanacaktır. Dolayısıyla özel ve kamu hastanesi ayrımı ortadan kalkacaktır. 4.Bölümde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kavramı ve GSS’ye katabileceği faydalar açıklanacaktır.

## BÖLÜM 4

### TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI'NIN GEREKLİLİĞİ

#### 4.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tanımı

Sosyal sigortacılık ile özel sigortacılık arasında, temel insan hakları içerisinde en önemli hakların başında yer alan sağlık hakkının hayata geçirilmesi konusunda yöntem açısından ciddi farklılıklar yoktur .

Genel Sağlık Sigortası hayata geçirildiğinde kimlerin ve hangi sağlık yardımlarının kapsanacağı, bunların hangi koşullarda sunulacağı ve finansmanın hangi şekilde sağlanacağı önemlidir. Bu bölümde, öncelikle genel sağlık sigortası tarafından uygulanması beklenen temel teminat paketi ile ilgili öneri ortaya konulmuş, bu paketin daha sonra “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” uygulamasına baz olması dikkate alınmıştır.

Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında değildir. Bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yönetimi karşımıza çıkarmaktadır. Birincisi, riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılmasıdır. İkincisi ise, riskin paylaşılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara yönelik olarak, Bireysel Emeklilik Kanunu ülkemizde hayata geçirilmiş bulunmaktadır. Aynı uygulamanın sağlık alanında da “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” ile hayata geçirilmesi kaçınılmaz olarak görülmektedir.<sup>109</sup>

Kişilerin sağlık giderlerine katılımı, temelden Genel Sağlık Sigortası'nın sağlıklı ve sürdürülebilir bir finansman yapısı içerisinde çalışmasında hayati öneme sahiptir. Aslında, sağlık giderlerine, hemen hemen tüm dünya ülkelerinde şahısların katılımı bulunmaktadır. Bu katılım, sosyal güvencenin hiç kapsam altına almadığı harcamalarda olabildiği gibi, kapsam altında olan sağlık giderlerinde de olabilmektedir.

---

<sup>109</sup> Çelik, Hüseyin; Eren, Bülent; İzbudak, Dilek; Köylüoğlu, Cem; Özsarı, Haluk; Şimşek, Nevin, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, 5 Aralık 2003, İstanbul, s:7.

Temel Teminat Paketi'nin kapsamı ne şekilde belirlenirse belirlensin, kamu finansmanına dayalı sistemlerde, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşması doğaldır. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. Kişi, bu farkı doğrudan finansman yönetimiyle risk gerçekleştiğinde cepten ödeme şeklinde karşılayabileceği gibi, bu riski Genel Sağlık Sigortası'nın diğer üyeleriyle paylaşarak, sigortacılık yöntemiyle de karşılayabilecektir. İşte, “ Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür.

Böylece, hizmet alan kişi, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu meblağı, gerekse yatarak tedavide mecbur tutulduğu şartların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı, sigortası aracılığıyla ve riskini diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına kavuşmuş olacaktır.<sup>110</sup>

Örneğin, uygulamada, sosyal güvence kapsamındaki bir kişi ameliyat olmak için bir sağlık kuruluşuna başvurduğu anda, sigortalı, sosyal güvence numarasını vererek hizmetten yararlanır. Tüm sosyal güvence kapsamındaki kişilerin alabileceği hizmet Temel Teminat Paketi'nde tanımlı olduğu için, sigortalı tarafından talep edilen bu paket dışında kalan ve ekstra olarak tanımlanabilecek giderler, sigortanın teminat kapsamı ve limitleri doğrultusunda, özel sağlık sigortasına fatura edilir. Özel sağlık sigortası bu durumda, Temel Teminat Paketi dışında kalan sağlık giderlerini ödemekle yükümlüdür.

Aynı şekilde, ayakta tedavi kapsamındaki sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı sosyal güvence tarafından belli teminat yüzdeleri ve belli yıllık limitler ile verilmektedir. Özel sağlık sigortaları ile bu teminat yüzdelerini tamamlamak ve yıllık limitleri arttırmak mümkün olmaktadır. Bunun da en sağlıklı ve dünya genelinde kabul görmüş yöntemi “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” modelidir. Bu bağlamda, modelin dünya uygulamalarına kısaca değinmekte, yarar görülmüştür.<sup>111</sup>

---

<sup>110</sup> Özşarı, Haluk, Sağlıkta da Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, Ankara, Temmuz-Ağustos, 2001.

<sup>111</sup> Çelik ve ark., a.g.e.

## 4.2. Neden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

4.2.1. Genel Sağlık Sigortası sisteminin, Anayasamızın 56. maddesi hükmüne rağmen, ülkemizde bugüne kadar kurulamamasının önündeki en büyük engel, finansal argümanlar olmuştur. Halen yürütülen çalışmalarda da en çok tereddüte kalınan ve tartışmaya konu olan husus da bu argümana dayanmaktadır. Nüfusun tümünü kapsayan, insan onuruna yaraşır nitelikte bir sağlık hizmeti sistemi kurmak için, gereken finansmanın boyutu ve ülkemizin kaynaklarının sınırlılıkları, konu üzerindeki her türlü hassasiyeti haklı çıkaracak düzeydedir.

4.2.2. Bu nedenle Genel Sağlık Sigortası'nın uygulamada karşılaşılabileceği risklere yönelik önlemlerin başlangıçta öngörülmesi gerekmektedir. Genel Sağlık Sigortası, bu riski; kapsamını, hizmet fiyatlarını ve katkı paylarını belirlerken paylaşmak durumundadır.

4.2.3. Genel Sağlık Sigortası'nın üzerindeki harcama baskısını dengelemek ve kontrol etmek için bazı araçlara gereksinim duyulmaktadır. Bunlar;<sup>112</sup>

- a. Prim gelirlerinin arttırılması,
- b. Genel Sağlık Sigortası kapsamının daraltılması,
- c. Fiyat tarifesinin düşürülmesi,
- d. Koruyucu sağlık hizmetlerinde başarılı olması,
- e. Provizyon sisteminin etkin şekilde kullanılması ve
- f. Kişilerin beklentilerinin “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” ile dengelenmesi olarak sıralanabilir.

4.2.4. Prim gelirlerinin arttırılması ve Genel Sağlık Sigortasının kapsamının daraltılması, uygulanması en zor seçeneklerdir.

4.2.5. Fiyat tarifesi ile oynamak suretiyle toplam harcamalar kontrol edilebilir. Ancak sağlık hizmeti maliyetlerinin yapısı buna sınır getirmektedir.

---

<sup>112</sup> Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul, 5 Aralık 2003, s:36.



- 4.2.6. Koruyucu sağlık hizmetinde sağlanacak başarı, sağlıktan kazançlı çıkma anlamına gelmektedir, ancak çağımızın getirdiği yaşam koşulları ve yaşlanma, bu aracın da kullanım esnekliğini azaltmaktadır.
- 4.2.7. Provizyon sistemi, gerek sosyal ve gerekse özel sigortacılığın maliyetlerini kontrolde, vazgeçilmez ve etkin bir araçtır. Ancak uygulamada sınırlı bir etkisi vardır.
- 4.2.8. **“Tamamlayıcı sağlık sigortası”** ise, Genel Sağlık Sigortası'nın üzerindeki harcama baskısını dengeleme ve kontrol etmede yukarıdaki tüm araçların uygulama esnekliğini arttıran ve sistemin bir anlamda sigortası konumunda bulunan bir yapıya sahiptir.
- 4.2.9. Özel sigortacılığın geliştirilebilmesi ve ekonomiye yaratacağı katma değerin arttırılarak milli gelir seviyesinin yükseltilebilmesi ve ihtiyaç duyanlar içinde Özel sağlık sigortalarının yanı sıra Tamamlayıcı Sağlık Sigortalarında belli bir düzenlemeye tabi olarak sunulması yoluyla toplumsal gereksinimler de karşılanmış olacaktır.
- 4.2.10. Sağlık sigortaları 1992 yılında ayrı bir branş olduktan sonra tüm sektör içinde 2004 sonu itibariyle %10'luk bir prim üretim seviyesine ulaşarak (650.870.000 YTL) 800 bin civarında sigortalıya hizmet vermektedir.<sup>113</sup> Ülkemizde Özel sağlık sigorta poliçesi satın alma potansiyeli olan 3 milyon kişi Dünya Bankasınca yapılan bir araştırmayla belirlenmiştir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları bu potansiyel nüfusun Özel sağlık sigortalarına çekilmesi için iyi bir fırsat olacaktır.
- 4.2.11. Potansiyel erişilebilir 3 milyon kişiye ulaşılabildiği takdirde matematiksel olarak doğru orantı ile hesaplandığında ulaşılabilecek prim üretimi şu anki prim üretiminin 4 katı olacaktır. Böylece hem toplam sigorta sektörü prim üretimi artmış hem de milli gelire yaratılan katma değer yükseltilmiş olacaktır.
- 4.2.12. Ülkemizde Toplam Sağlık Harcamalarının üçte biri zaten cepten ödemeler şeklinde gerçekteşmektedir. 3-4 milyar dolar olarak hesaplanan

---

<sup>113</sup> Atak, A. Filiz, Genç Sigortacılar Derneği, sunum  
([www.gesid.org.tr/wswfiles/documentation/document\\_185\\_0/F.Atak%201.ppt\\_](http://www.gesid.org.tr/wswfiles/documentation/document_185_0/F.Atak%201.ppt_))

bu bölüm, aynı zamanda büyük oranda kayıt dışındadır. Özel Sağlık Sigortaları ise 300-400 milyon dolarlık finansman sağlarken, her kuruluş sisteme dahil edilecektir.<sup>114</sup>

4.2.13. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile üyeler sağlık hizmeti alırlarken, özellikle Özel hastanelerde, Genel Sağlık Sigortası'nın karşılamadığı fark ücretini cepten ödemek zorunda kalmayacaklardır. Özel Sigorta şirketleri üyelerin üzerindeki riski paylaşacaklar ve topladıkları primlerle ekonomiye kaynak yaratacaklardır.

### 4.3. Türkiye İçin Önerilen Model

Genel Sağlık Sigortası Sistemi bir bütündür ve diğer argümanlardan bağımsız olarak önerilerde bulunulması mümkün değildir. Öncelikle ülkemizde gerçekleştirilmesi beklenen Genel Sağlık Sigortası Sistemi, aşağıdaki bileşenleri mutlaka içermelidir. Aksi takdirde, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”na mucizevi bir rol verilmiş olur ki, bunun gerçekçi bir öneri olmayacağı açıktır.<sup>115</sup>

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, şu temel ilkeler çerçevesinde oluşturulmalıdır:

- Genel Sağlık Sigortası tüm nüfusu kapsmalıdır. Genel Sağlık Sigortası öncesi kapsam dışındaki nüfusun oranı %12.13'tür.
- Sigortacılık prensipleriyle çalışmalıdır. Sunulacak sağlık hizmetlerinin karşılığında pirim toplama mekanizması etkin çalışmalıdır.
- Sunum ve finansman ayrılmalıdır.
- Sübvansiyon hastaneye değil, kişiye yapılmalıdır.
- Tedavi edici değil, koruyucu hizmetlere öncelik verilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinde başarı artıkça, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yüksek maliyetlerine katlanılmak zorunda kalınmayacaktır.
- Aile hekimliği sistemine geçilmelidir.
- Sevk sistemi mutlaka kurulmalıdır.

<sup>114</sup> [www.gesid.org.tr/wswFiles/documentation/document\\_188\\_0/0.sengun%201.ppt\\_](http://www.gesid.org.tr/wswFiles/documentation/document_188_0/0.sengun%201.ppt_)

<sup>115</sup> Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler, Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, Aralık 1998, s:115-132.

- Temel Teminat Paketi hassasiyetle belirlenmelidir.
- Kapsamdaki tüm hizmetlerin Genel Sağlık Sigortası fiyatları, maliyet analizleri yapılarak gerçekçi bir şekilde belirlenmelidir.
- Kişilere hastanesini ve hekimini seçme özgürlüğü sağlanmalıdır.
- Provizyon sistemi uygulanmalıdır.
- Kamu ve özel sağlık hizmeti sunucuları eşit rekabet koşullarında işletmecilik kurallarına göre hizmet sunmalıdır.
- Özel hastaneler de sisteme dahil edilmeli, bu sayede kapasite kullanımı arttırılmalıdır.
- Klinik Bakım Haritaları şeklinde standart tanı ve tedavi protokolleri hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

*Türkiye İçin Önerilen Modelde;* Vatandaşımızın tamamını kapsayacak Genel Sağlık Sigortası'na geçildiğinde uygulanmak üzere, Genel Sağlık Sigortası tarafından güvence altına alınan ve belirlenen ve fiyat standartlarına uyan kamu ve / veya özel her türlü sağlık kurum ve kuruluşunda geçerli olan bir Temel Teminat Paketi tanımlaması, isteyen vatandaşlarımız için özel sağlık sigortası şirketleri tarafından yapılacak Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri ve bunlara yapılacak ödeme sistemlerinin düzenlenmesi ile değişik sağlık sigorta kurumlarına mükerrer prim ödeme döneminin kapatılması yer almaktadır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Genel Sağlık Sigortası sistemine sağlayabileceği faydaları;

- Genel Sağlık Sigortası'nın mali riskini paylaşma,
- Ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından çift kademeli kontrol,
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıların azalması,
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırlarının genişlemesi,
- Genel Sağlık Sigortası'nda oluşabilecek aşırı taleplerin bu sisteme kanalize edilebilmesi,

- Provizyon sisteminin, Genel Sağlık Sigortası tarafından ek yatırım yapılmadan paylaşılabilmesi,
- Kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlama,
- Özel sağlık sigortalarının, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ve ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşması,
- Kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünlerle ve daha ekonomik fiyatlara yönelerek işverenlerin, çalışan memnuniyeti ile bağlılığı artırabilmesi, olarak sıralayabiliriz.

#### **4.4. Çeşitli Ülkelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Nüfusun ve hayat beklentisinin artması, gelişen tıp teknolojisi ve tıbbi bakım maliyetlerinin artışı, devletlerin üzerindeki mali yükü özel sağlık sigortaları ile paylaşmalarını gerektirmiştir. Avrupa Birliği'nde hemen hemen her ülkede, özel sektörün sağlık konusunda daha fazla role sahip olmasını sağlayıcı uygulamalar yürütülmekte ve yeni reform tedbirleri alınmaktadır. Bazı ülkelerde ise, devlet sigortasının yerini almakta ve halkın bir kısmının ilk tedavi teminatlarını üstlenmektedir.

“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” uygulanan ülkelerin başında Amerika Birleşik Devletleri, Almanya ve Hollanda gelmektedir. Avrupa'daki Özel Sağlık Sigortalarının çoğu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsanmayan) hizmetleri kapsar. Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan Dünya Sağlık Raporu 2000'de, sağlık fonlarını cepten ödemelerde, sağlık riskine değil de gelire bağlı olan (vergilendirmeye ya da sigortaya dayanan) ön ödeme şekillerine kaydırılması için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası iyi bir örnek olarak gösterilmektedir.

Kamu sağlık sistemlerinin, özel sağlık sigortalarıyla ilişkilerinin incelendiği bazı ülke örnekleri uygulamaları şöyle özetlenebilir:

Almanya: Avrupa'da kişi başına en yüksek sağlık harcaması 3089 Usd ile Almanya'dadır. Tüm sağlık harcamalarının %78,4'ü devlet tarafından yapılmaktadır.

Almanya’da Devlet Sağlık Sistemi (GKV) yüksek maliyetlere rağmen kaliteli hizmet sunmaktadır. Aylık geliri belli bir düzeyin üzerinde olanlar devlet sağlık sistemini veya özel sağlık sigorta sistemini seçme hakkına sahiptirler. Bunların yanında devlet memurları ve serbest çalışanlar da devlet sağlık sistemine katılmak zorunda değildir. Tüm toplumun %99,9’u herhangi bir sağlık sistemine dahildir. Nüfusun yaklaşık %9’unun tüm tıbbi giderlerin teminat altına alındığı özel sağlık sigortası teminatı, %8’inin de daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılamak üzere Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bulunmaktadır.

Fransa: Fransa’da kişi başına yıllık sağlık harcaması 2616 Usd’dir. Fransız Devlet Sağlık Sistemi (CS) nüfusun %99’unu kapsamaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %80’i bu sistem tarafından karşılanmakta, geri kalan kısmı da kişilerin kendi ödemeleri ve özel sağlık sigortaları tarafından ödenmektedir. Devletin sağlık fonları tarafından ödenmeyen teminatları içeren özel sağlık sigortası sektörü önemli bir yer tutmaktadır. Tüm teminatları ile özel sağlık sigortası alanların oranı ise %14’tür.

Hollanda: Hollanda’da kişi başına yıllık sağlık harcaması 2232 usd ile ilk sıralardadır. Tüm sağlık harcamalarının %77’si devlet (Zfw) tarafından karşılanmaktadır. Hollanda’da nüfusun %31’i özel sağlık sigortası sahibidir. Zfw hastalık fonları tarafından kapsanmayanlar ile serbest çalışanlar, özel sağlık sigortası kapsamındadır. Ayrıca nüfusun diğer kalanı için de dış bakımı gibi teminatlar veren Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçeleri bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanına yönelik reformlar devlet sektörü, hastalık fonları ve özel sağlık sigortalarının işbirliği içerisinde çalışmasına olanak sağlamaktadır. Bu işbirliği ile işverenlere, çalışanları için sosyal ve özel teminatların birleştirildiği paketler oluşturabilme şansı doğmuştur. Bu durum ayrıca kaynakların daha iyi kullanımı da sağlamış, sigorta şirketleri de hastalık fonlarının portföyünü kullanma fırsatını elde etmişlerdir.<sup>116</sup>

ABD: Kişi başına yıllık sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülkedir. Sosyal güvenlik sistemleri eyaletlere göre değişmekle birlikte devletin verdiği sağlık

---

<sup>116</sup> Murray, C.J.L. and Lopez, A.D., Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020, The Global Burden of Disease Study, 2003, s:35.

güvencesinin kapsamı dar ve nicelik yönünden yetersizdir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları bir ihtiyaç konumundadır. Nüfusun %74'ü devlet sigortasına, tamamlayıcı veya her şeyi kapsayan özel sağlık sigortasına sahiptirler.<sup>117</sup>

#### 4.5. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Fırsat ve Tehditleri

Türkiye'de "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" sayesinde beklenen avantajlar şunlar olabilecektir;<sup>118</sup>

- Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve tüm vatandaşların temel teminat paketinin güvencesine sahip olması, devlet için bir mali risk oluşturacaktır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile bu riskin bir bölümü özel sektör ile paylaşılacaktır.
- Temel Teminat Paketinin kapsamının çok geniş tutulmaması, genel sağlık sigortasından oluşabilecek aşırı taleplerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na kanalize olmasını getirecektir.
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskılar azalacaktır.
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırları genişleyecektir.
- Ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından çift kademeli kontrol sağlanacaktır.
- Genel Sağlık Sigortası'nın provizyon süreci ve diğer harcama kontrol sistemlerinde, ek yatırım yapmadan özel sağlık sigortası sistemlerinin deneyimlerinin paylaşımı söz konusu olabilecektir.
- Hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlayacaktır.

---

<sup>117</sup> Scutchfield, D. and Williams, S.J., The American health care system: structure and function, in: maxcy-rosenau-last, public health and preventive medicine, roberth b. Wallace (Ed), p:1115-1129, appleton and lange, stamford, Connecticut, 1998.

<sup>118</sup> Çelik, H., Eren, B., İzbudak, D., Köylüoğlu, C., Özsarı, H., Şimşek, N.: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, İstanbul 2003, s:47.

- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın devreye girmesi ile kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünler ve daha ekonomik fiyatlar daha geniş bir çalışan kitlesine ulaşılacaktır. Sonucunda, daha büyük bir kesimde çalışan memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının artması sağlanarak çalışma hayatına olumlu etki yaratacaktır.
- Provizyon Sistemi, Genel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası tarafından paylaşılabilir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile beklenen bu fırsat ve sağlanacak bu yararlar rağmen, ülkemizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı bekleyen bazı tehditler de bulunmaktadır.

- “Sosyal Devlet” kavramının temel teminat paketi dışında, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası içine de taşınmak istenmesi,
- Temel Teminat Paketi üzerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlanarak Genel Sağlık Sigortası içinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hizmetinin verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulması,
- Özel sigorta şirketlerinin başlangıçta yaşayabilecekleri fiyatlandırma sorununu çözmeden, çok değişkenli, çok alternatifli planlara yönelerek hata paylarını yükseltmeleri,
- Özel Sağlık Sigortası şirketlerinin, Temel Teminat Paketi'nin üzerine kendi pazarlama stratejilerine göre alternatif poliçeler hazırlarken bazılarının konservatif bazılarının ise çok geniş kapsamlı ürünlere yönelmeleri ile ortaya çıkabilecek rekabetin kamu otoritesi (hazine) tarafından denetim mekanizmalarıyla desteklenmemesi.

Sonuç olarak, “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, ülkemizde yıllardır tartışılmakta olan ve 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girecek olan Genel Sağlık Sigortası'na katkı sağlayacak, kamu özel sektör ayrımı yapılmaksızın dünya deneyimleri göz önüne alınarak ortaya konulan destekleyici unsurları ile ülkemiz insanların sağlık statüsüne de katkıda bulunabilecek önemli bir araç olacaktır.

Tez çalışmasının 5. bölümünde “Sağlık Sigortacılarına” uygulanan anket ile Genel Sağlık Sigortası’nın yeterliliği ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın gerekliliği yönündeki görüşleri analiz edilecektir.



## **BÖLÜM 5**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma, Türkiye'nin sağlık hizmetlerini finansman modeli olan genel sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilirliği için tamamlayıcı sağlık sigortasının gerekliliğini ortaya koymayı amaçlayan, nedensellik yönünden tanıtıcı; amacı yönünden destekleyici, uygulamalı bir süreç araştırmasıdır.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'ne kayıtlı sağlık sigortası şirketlerinin "Genel Sağlık Sigortası" sisteminin sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın gerekliliği konusundaki görüşlerin saptanması amacıyla her bir sigorta şirketine bir adet anket gönderilerek çalışmaya katılımları istenmiştir.

#### **5.2. Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evreni Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'ne üye sağlık sigorta şirketleri olarak belirlenmiştir. Birliğe kayıtlı şirketler telefon ile aranarak sağlık sigortası hizmeti verip vermedikleri sorulmuş ve 30 şirketin sağlık sigortası hizmeti sundukları tespit edilmiştir.

#### **5.3. Araştırmanın Örnekleme ve Katılım Oranı**

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'ne kayıtlı olduğu tespit edilen 30 sigorta şirketinin hepsine anket gönderilerek çalışmaya katılımı istendi. 15 şirketten geri dönüş olmuştur. Bu şirketler; Başak Groupama Sigorta, Ticaret Sigorta, Axa Oyak Sigorta, Koç Allianz Sigorta, Yapı Kredi Sigorta, New Life Yaşam Sigorta, Güven Hayat Sigorta, Demir Hayat Sigorta, Acıbadem Sigorta, Ray Sigorta, Generoli Sigorta, Ankara Sigorta, Anadolu Sigorta, Eureka Sigorta, Ak Sigorta şirketlerinden geri dönüş yapılmıştır. Katılım oranı %50'dir.

#### **5.4. Veri Toplamada Kullanılan Araç-Gereçler**

Araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu kullanılmıştır.

Anket soruları oluşturulurken Genel Sağlık Sigortası sisteminin avantaj ve dezavantajları incelenmiştir. İnceleme sonunda Genel Sağlık Sigortası sisteminin dezavantajları ve olası riskleri ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın sisteme sağlayabileceği avantajlar saptanmış ve bu sayede oluşturulan ifadeler yoluyla Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın gerekliliği yönündeki görüşlerin saptanması amaçlanmıştır.

Anket genel olarak iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcının cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, şirketteki pozisyonu; ikinci bölümde GSS nin sürdürülebilirliği için TSS nin gerekliliği konusundaki görüşler değerlendirilmiştir.

#### **5.5 Verilerin Toplanması**

Veriler 01.07.2008-31.08.2008 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır.

#### **5.6. Tezin Yürütülmesinde Yaşanan Güçlükler ve Kısıtlar**

Sağlık sigorta şirketlerinin yoğun çalışma temposu ve çalışmanın yaz dönemine rastlaması sebebiyle personelin yıllık izinlerini kullanmaları sebebiyle görev yerinde olmamaları araştırmanın bir güçlüğü olarak değerlendirilebilir. Bir diğer nokta ise sistemin henüz yasalaşmaması ve yürürlükte olmaması sebebiyle sayısal verilerden yararlanamaması, görüş ve beklentilerin ölçülebilmesi araştırmanın bir kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir.

#### **5.7. Veri Girişi ve Analiz**

Katılımcıların görüşleri excell tabloları yardımıyla analiz edilmiştir.

## 5.8. Bulgular

Genel sağlık sigortası'nın sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın gerekliliği ile ilgili görüşlerin saptanması amacını taşıyan bu anket çalışmasında çıkarılan sonuçlar aşağıda açıklanmış, çeşitli tablo ve grafiklerle desteklenmiştir.

Ankette kullanılan kısaltmaları şunlar oluşturmuştur;

GSS: Genel Sağlık Sigortası

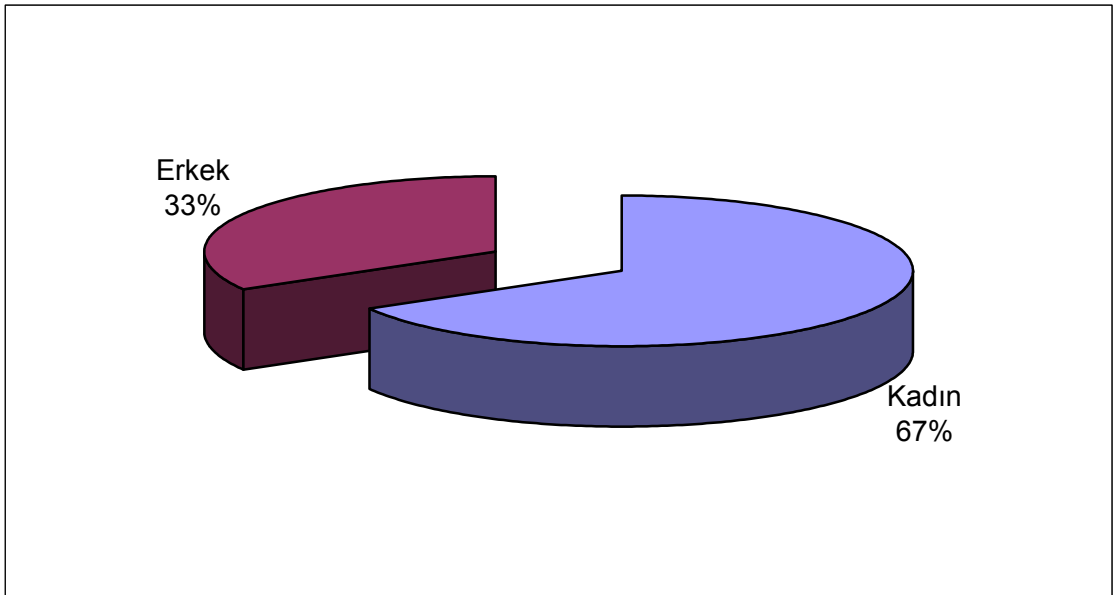
TSS: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Anket kapsamında geri dönüş yapan 15 Özel Sağlık Sigortası şirketinden aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

### *Ankete katılanların cinsiyeti*

Cinsiyeti	Kişi Sayısı	Yüzdesi
Kadın	10	%67
Erkek	5	%33

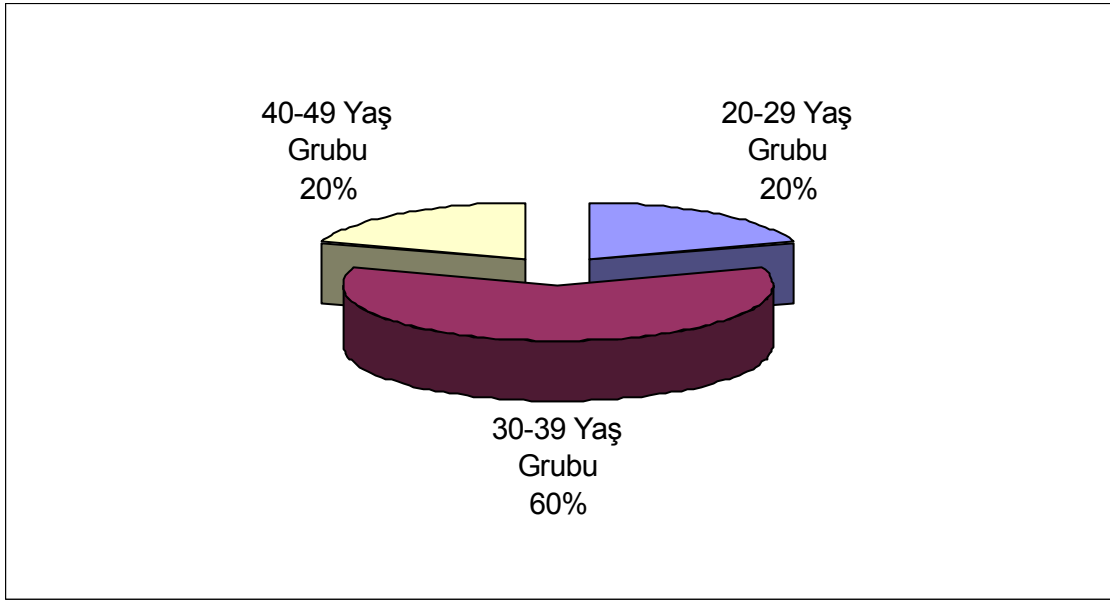
Anketi cevaplayanların %67'si kadın ve %33'ü erkek olmuştur.



### *Yaş durumu*

Yaş aralığı	20↓	20-29	30-39	40-49	50-59	59↑
Kişi sayısı	0	3	9	3	0	0
Yüzde	%0	%20	%60	%20	%0	%0

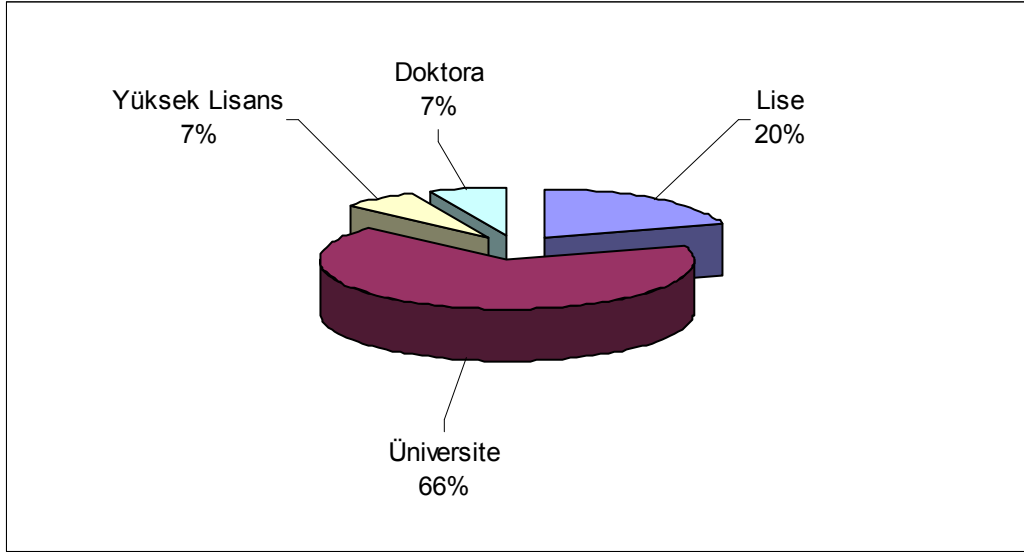
Ankete katılanların %60 oranında 30-39 yaş grubundan, %20 oranında 20-29 ve yine %20 oranında 40-49 yaş grubundan oldukları saptanmıştır.



### *Eğitim Durumu*

Eğitim durumu	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yüksek Lisans	Doktora
Kişi sayısı	0	0	3	10	1	1
Yüzde	%0	%0	%20	%66	%7	%7

Ankete katılanların %80'inin bir üniversiteyi bitirmişken, %20'sinin lise mezunu olduğu saptanmıştır. Bir üniversiteyi bitirmişler arasında bir yüksek lisans ve bir de doktora yapmış kişi bulunmaktadır. Yüksek lisans yapanların oranı %7, aynı şekilde doktorasını yapanların oranı da %7'dir.



### *Şirketteki Pozisyonu*

Pozisyonu	Kişi sayısı
Sağlık Sigortaları Direktörü	1
Pazar Geliştirme Müdürü	1
Servis Yetkili Yardımcısı	1
İş Geliştirme Yönetmeni	1
Teknik Koordinatör, Aktüer	1
Pazarlama İletişim Uzmanı	1
Anlaşmalı Kurumlar Uzmanı	1
Uzman	8

Ankete katılanların yarısına yakını (8 kişi) şirketlerinde uzman pozisyonunda görev yapmaktadır. Diğer pozisyonlar; Sağlık Sigortaları Direktörü, Pazar Geliştirme Müdürü, Servis Yetkili Yardımcısı, İş Geliştirme Yönetmeni, Teknik Koordinatör-Aktüer, Pazarlama İletişim Uzmanı ve Anlaşmalı Kurumlar Uzmanı'dır.

*GSS sistemi için olası 5 riskin önem derecesinin ankete katılanlar tarafından algılanışı*

Seçenekler		GSS Teminat Kapsamının Çok Geniş Tutulması	GSS Hizmet Fiyatlandırma Politikası	GSS Üyelerinden Alınacak Katkı Payı Oranı	Ülkemizin Mevcut Kaynak Durumu	GSS'in İçermesi Gereken Finansmanın Boyutu
Katılımcıların puanlamaları	1.	5	3	1	2	4
	2.	3	5	4	1	2
	3.	4	1	2	3	5
	4.	5	2	1	3	4
	5.	2	3	4	1	5
	6.	3	1	4	5	2
	7.	4	1	2	5	3
	8.	3	5	4	1	2
	9.	5	1	2	3	4
	10.	1	2	4	5	3
	11.	1	2	4	5	3
	12.	3	5	2	1	4
	13.	5	3	4	2	1
	14.	3	2	4	5	1
	15.	3	4	5	1	2
<b>Toplam</b>		50	40	47	43	45
<b>Toplamda yüzde</b>		%22	%18	%21	%19	%20
<b>En yüksek puan verenlerin sayısı</b>		4	3	1	5	2
<b>En yüksek puan verenlerin yüzdesi</b>		%26.66	%20	%6.66	%33.33	%13.33

GSS sistemi için olası beş riskin önem derecesinin ankete katılanlar tarafından algılanışı birbirine yakın değerler vermiştir. GSS teminat kapsamının çok geniş tutulması riski toplamda %22 ile en yüksek değere sahip olmuş, bunu sırasıyla GSS üyelerinden alınacak katkı payı oranı riski %21, GSS'in içermesi gereken finansmanın boyutu riski % 20, ülkemizin mevcut kaynak durumu riski %19 ve GSS hizmet fiyatlandırma politikası riski %18 olarak izlemiştir.

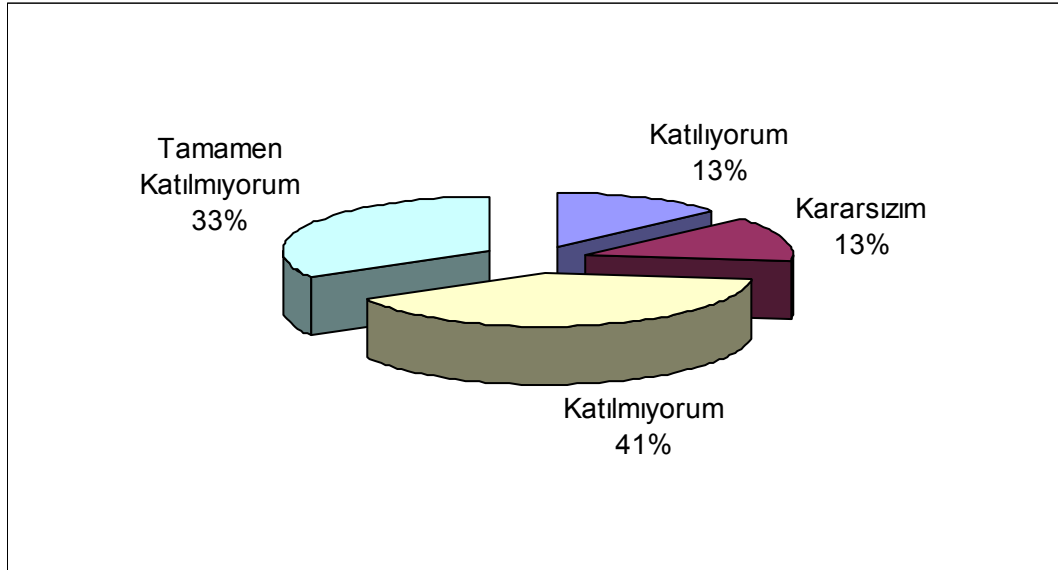
Ankete katılanlardan dört kişi GSS teminat kapsamının çok geniş tutulmasına en yüksek puanı vermiş, oranı %26.66 olmuştur. Ankete katılanlardan üç kişi GSS hizmet fiyatlandırma politikasına en yüksek puanı vermiş, oranı %20 olmuştur. Ankete

katılanlardan bir kişi GSS üyelerinden alınacak katkı payı oranına en yüksek puanı vermiş, oranı %6.66 olmuştur. Ankete katılanlardan beş kişi ülkemizin mevcut kaynak durumuna en yüksek puanı vermiş, oranı %33.33 olmuştur. Ankete katılanlardan iki kişi GSS'in içermesi gereken finansmanın boyutuna en yüksek puanı vermiş, oranı %13.33 olmuştur.

***GSS mevcut haliyle Türkiye'nin Sağlık Hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	0	2	2	6	5
Yüzde	%0	%13	%13	%41	%33

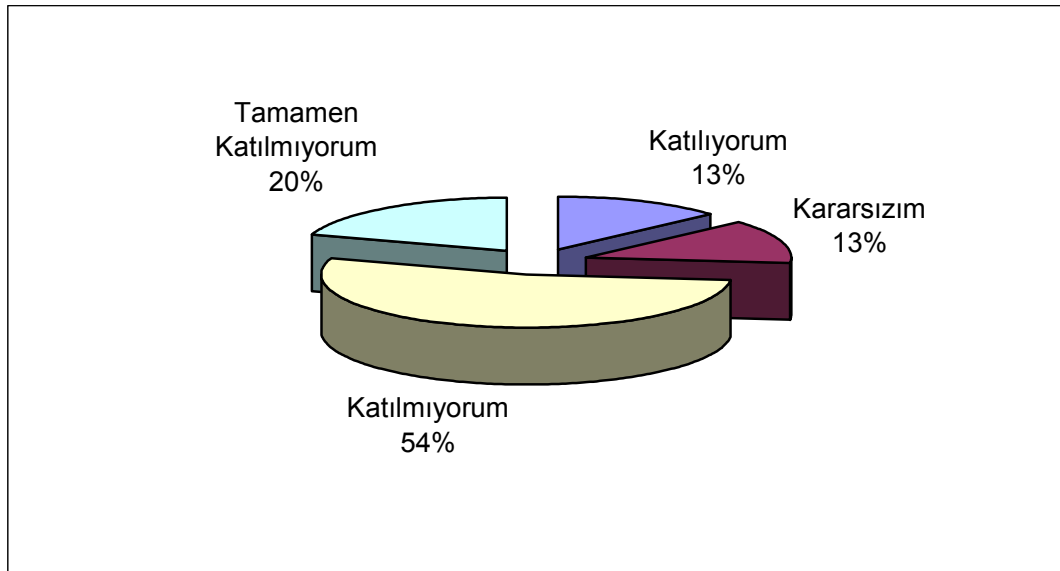
Anket sonucunda GSS mevcut haliyle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir diyenler %13'lük bir oranı teşkil etmiştir. Buna katılmadıklarını söyleyenlerin oranı %41 ile en büyük oranı oluşturmuş, tamamen katılmayanlar ise %33'lük bir oranı teşkil etmiştir. Katılımcıların %13'ü ise bu konuda kararsız olduklarını beyan etmişlerdir. %74'lük kesim Genel Sağlık Sigortası'nın mevcut haliyle Türkiye'nin finansman sorununu çözemeyeceğini düşünmektedir. %74'lük kısım GSS nin mevcut haliyle Türkiye'nin finansman sorununu çözemeyeceğini düşünmektedir.



***GSS tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	0	2	2	8	3
Yüzde	%0	%13	%13	%54	%20

Anket sonucunda GSS tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir diyenler %13'lük dilimi oluşturmuştur. Bu ifadeye büyük oranda (%54) Katılmıyorum yanıtı verilmiştir. Tamamen Katılmayanların oranı da % 20 çıkmıştır. Öte yanda katılımcıların %13'ü bu ifade karşısında kararsız kalmıştır.



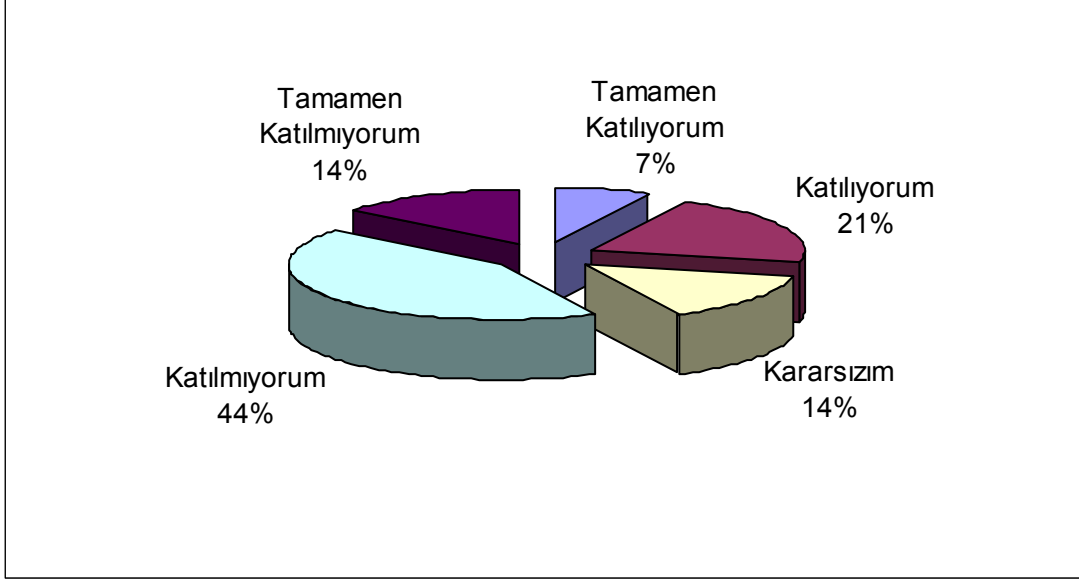
***GSS'in sunduğu Temel Teminat Paketi'nin kapsamı yeterlidir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	1	3	2	6	2
Yüzde	%7	%21	%14	%44	%14

Anket sonuçlarına göre GSS'in sunduğu temel teminat paketi'nin kapsamının tamamen yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %7, yeterli olduğunu düşünenlerin oranı da %21'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğu bu düşünceye katılmadıklarını ifade etmiştir.



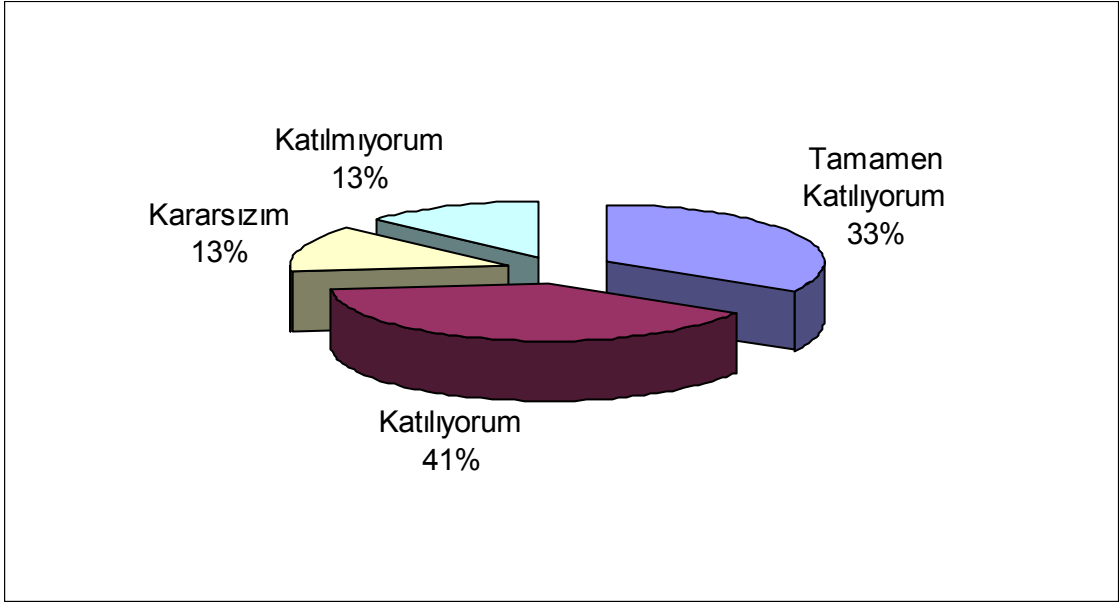
“Katılmıyorum.” diyenlerin oranı %44’le en yüksek oranı oluşturmuş, tamamen katılmayanlar da %14 oranına ulaşmıştır. Kararsızların oranıysa %14’tür.



*Özel hastaneler cari fiyatları ile temel teminat paketi arasındaki fark sebebiyle sisteme girmek istemeyeceklerdir ifadesine katılım düzeyi*

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	5	6	2	2	0
Yüzde	%33	%41	%13	%13	%0

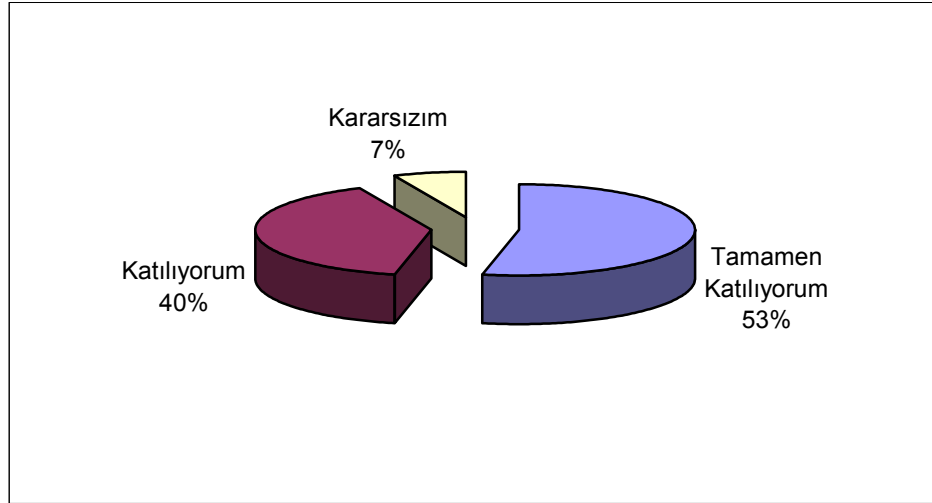
Anket sonucunda özel hastanelerin cari fiyatları ile temel teminat paketi arasındaki fark sebebiyle sisteme girmek istemeyeceklerini düşünenler ağırlıkta olmuştur. En yüksek oranı %41 ile buna katılanlar oluştururken, tamamen katılıyorum diyenlerin oranı da %33 olarak belirlenmiştir. Katılmıyorum, diyenlerin oranıysa sadece %13’tür. Kararsızlar da aynı orandadır.



*GSS, sürdürülebilir olması için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeni ile birlikte sunulmalıdır ifadesine katılım düzeyi*

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	8	6	1	0	0
Yüzde	%53	%40	%7	%0	%0

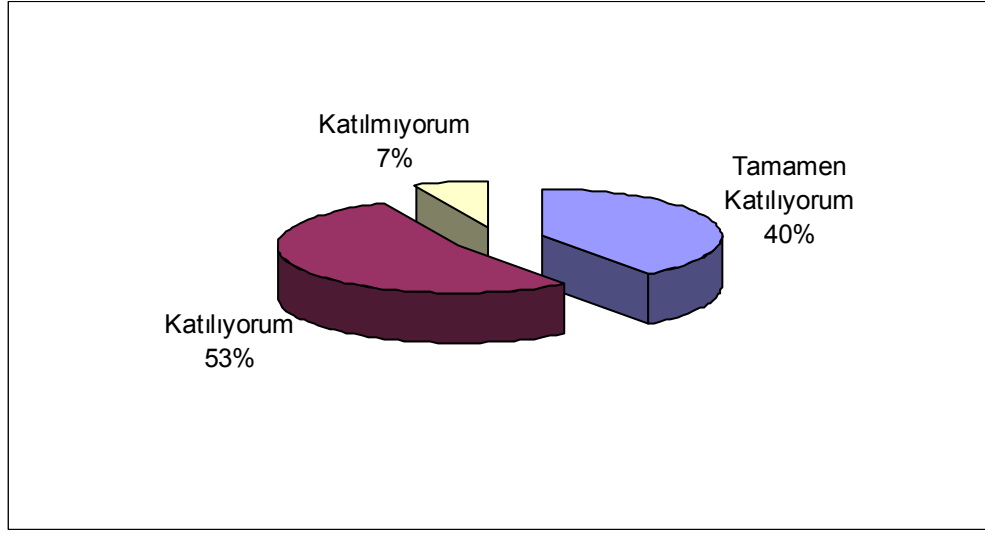
Anket sonucunda GSS'nin sürdürülebilir olması için tamamlayıcı sağlık sigortası bileşeni ile birlikte sunulması gerektiğini düşünenlerin ağırlıkta olduğu görülmüştür. Katılımcıların %53'ü bu ifadeye tamamen katıldıklarını beyan etmişlerdir. %40 katılımcı da ifadeye kısmen katıldıklarını beyan etmişlerdir. Katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum şeklinde beyanlar olmamış, sadece bir kişi bu ifade karşısında kararsız kalmış, bunun oranı da %7 olmuştur.



***Özel sektör ile işbirliği olmadan GSS'in sürdürülebilir bir sistem olması mümkün değildir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	6	8	0	1	0
Yüzde	%40	%53	%0	%7	%0

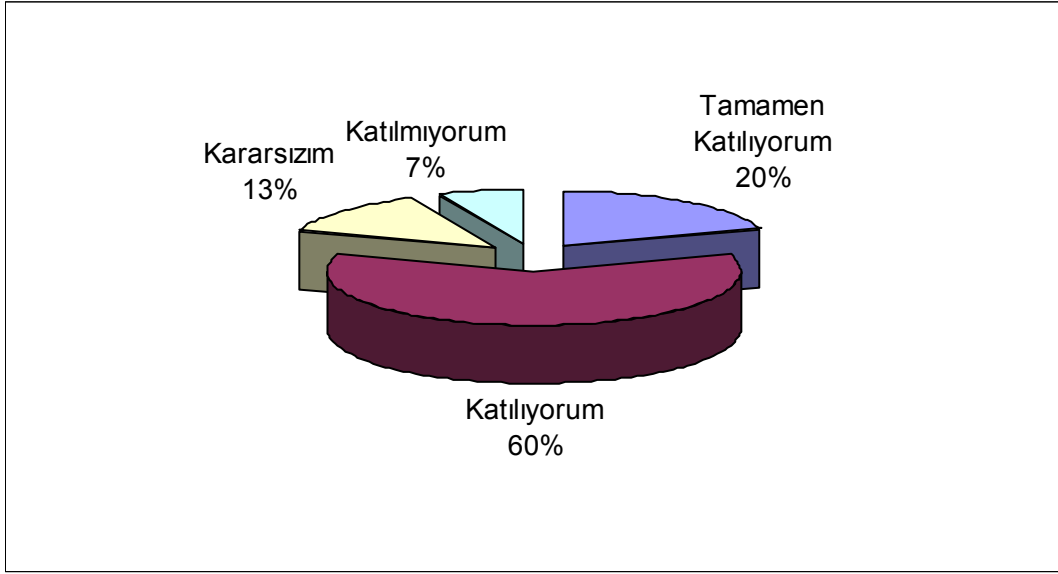
Anket sonucunda özel sektör (özel hastane, özel sigorta şirketleri) ile işbirliği olmadan GSS'in sürdürülebilir bir sistem olmasının mümkün olmayacağını düşünenlerin ağırlıkta olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ifadeye katılmadıklarını beyan edenler, %53 ile en yüksek orana sahip olmuştur. İkinci sırada %40 oranlarıyla tamamen katılmadıklarını beyan edenler yer almıştır. Bu ifadeye katılmadıklarını düşünenlerin oranı %7'nin altındadır. Tamamen katılmadıklarını ifade eden ya da kararsız olduğunu düşünen bir kesim saptanmamıştır.



***TSS bileşenli bir GSS toplumun optimum sağlık şartlarını karşılar ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	3	9	2	1	0
Yüzde	%20	%60	%13	%7	%0

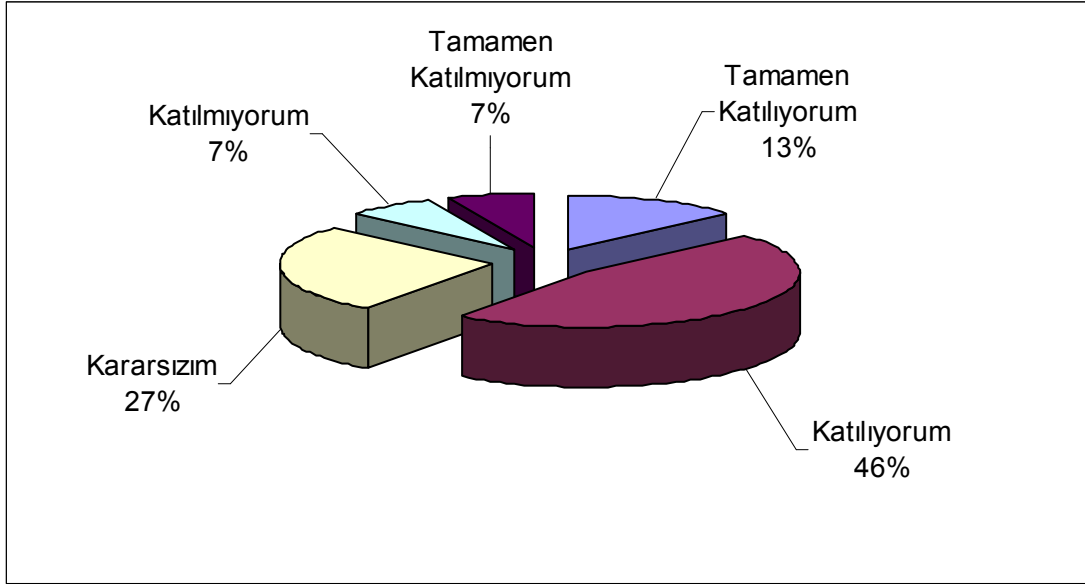
Anket sonuçlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğu TSS bileşenli bir GSS'in toplumun optimum sağlık şartlarını karşılayacağını düşünmektedir. Bu ifadeye katıldıklarını beyan edenlerin oranının %60 ve tamamen katıldıklarını beyan edenlerin de %20 çıkmış olması, bu konuda önemli bir görüş birliği olduğunu göstermektedir. Sadece %7 oranında katılımcı buna katılmadıklarını beyan etmişlerdir. Tamamen katılmadıklarını beyan edenler olmamış, kararsızlar ise %13'lük bir oranda kalmıştır.



***TSS, prim gelirlerinin arttırılması konusunda GSS'ye katkı sağlayacaktır ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	2	7	4	1	1
Yüzde	%13	%46	%27	%7	%7

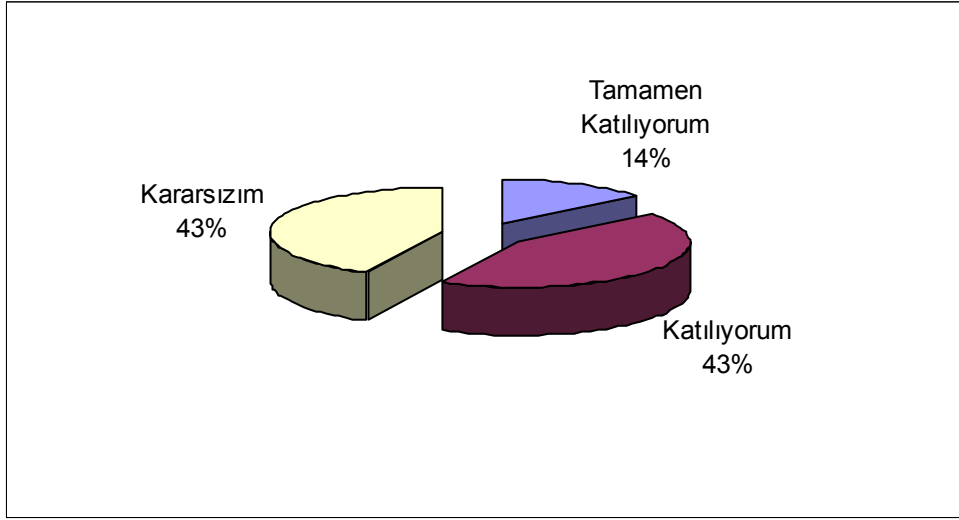
TSS'nin prim gelirlerinin arttırılması konusunda GSS'ye katkı sağlayacağını düşünenlerde de benzer sonuçlar alınmıştır. Bu ifadeye katıldıklarını beyan edenlerin oranı %46 gibi yüksek bir orana ulaşmıştır. Tamamen katılıyorum, diyenlerin de %13'lük bir oranı oluşturduğu göz önüne alındığında, bu konuda da bir uzlaşma olduğu söylenebilir. Katılmıyorum (%7) ve tamamen katılmıyorum (%7) diyenlerin oranlarının düşük ve eşit çıkması da bunu göstermektedir. Ancak burada dikkat çekici husus, kararsızların oranının yüksek çıkmış olmasıdır. Kararsızlar %27 gibi yüksek bir orana tekabül etmiştir. Bu konu hakkında malumatı olmayanların çok olduğunu ortaya koymaktadır.



***TSS, GSS'nin Temel Teminat Paketini kapsam olarak rahatlatacaktır ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	2	6	6	0	0
Yüzde	%14	%43	%43	%0	%0

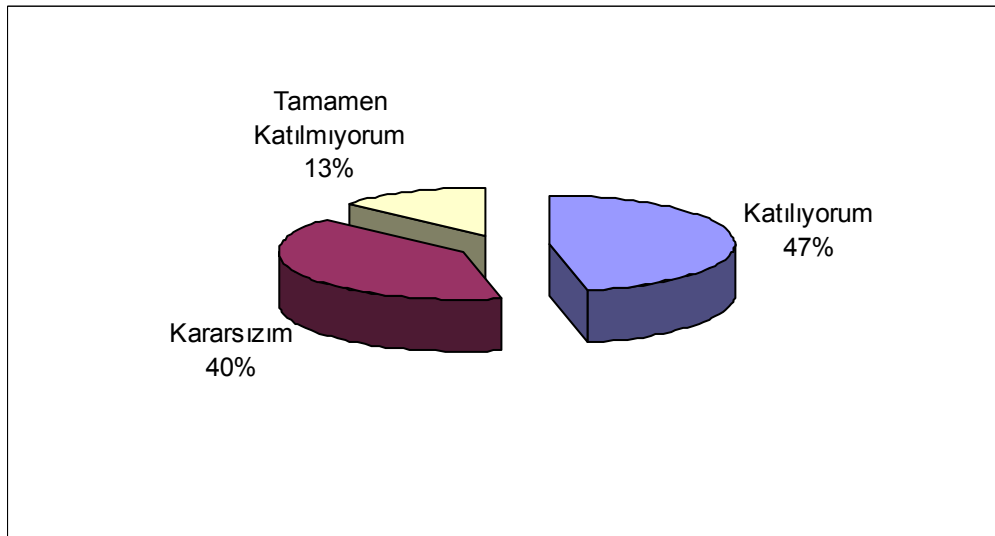
Anket sonuçlarına göre katılımcılar ya TSS'nin GSS'nin temel teminat paketini kapsam olarak rahatlatacağını düşünmektedirler yada bu konuda malumatları bulunmamaktadır. Bu ifade karşısında katılımcıların %43'nün kararsız kalması bunu açıklamaktadır. Kararsızların oranı, buna katıldıklarını beyan edenlerin oranı ile aynıdır. İfadeye tamamen katıldıklarını beyan edenlerin oranı %14'tür. Katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum diyenler olmamıştır.



*TSS, GSS'in fiyat tarifesini düşürerek, devleti finansman açısından rahatlatacaktır ifadesine katılım düzeyi*

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	0	7	6	0	2
Yüzde	%0	%47	%40	%0	%13

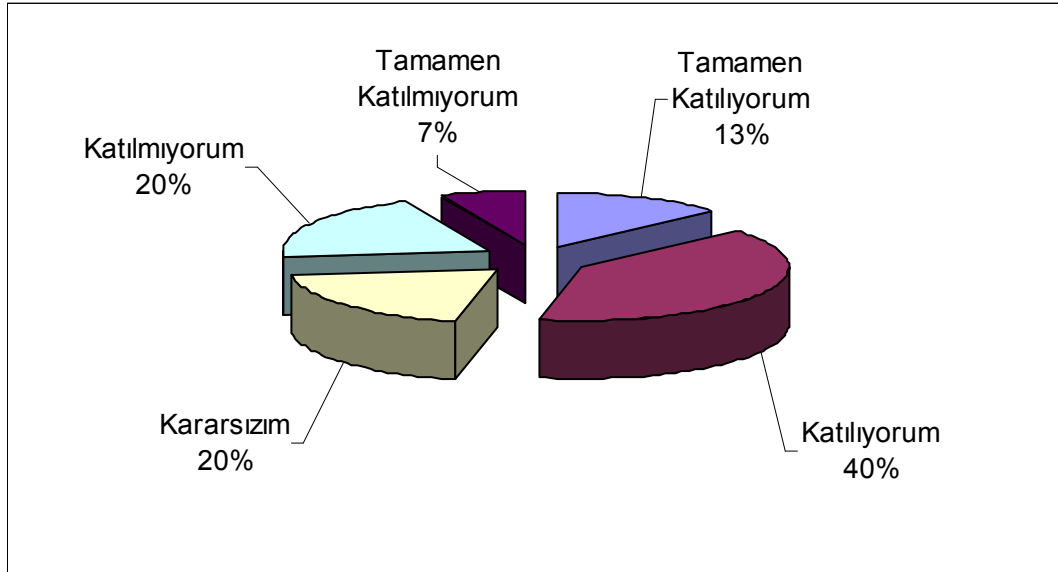
Anket sonuçlarına göre kararsızların çok olduğu bir başka konu da TSS'nin GSS'in fiyat tarifesini düşürerek, devleti finansman açısından rahatlatacağı konusudur. Bu ifade karşısında kararsız kalanların oranı %40'ı bulmuştur. Katılımcılar genelde ifadeye katılmışlardır (%47). İfadeye katılmadıklarını beyan edenler olmamış; ancak tamamen katılmadıklarını ifade edenler olmuştur. Bu oran, %13'tür.



***TSS, Devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacak ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	2	6	3	3	1
Yüzde	%13	%40	%20	%20	%7

Anket sonuçlarına göre TSS'nin devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacağı ve koruyacağı ve de koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracığını düşünenlerin oranı, bunun aksini düşünenlerin oranından daha fazladır. Bu ifadeye katılanların oranı; (Katılıyorum diyenler (%40) ve tamamen katılıyorum diyenler (%13)) toplandığında %53'lük bir sonuca varılmaktadır. İfadeye katılmadıklarını beyan edenler %20'lik dilimi oluştururken, ifadeye tamamen katılmadıklarını beyan edenler sadece %7'lik bir orana sahiptir. Bununla birlikte ifade karşısında kararsız kalanlarının oranının hiç de az olmadığı (%20) belirlenmiştir.

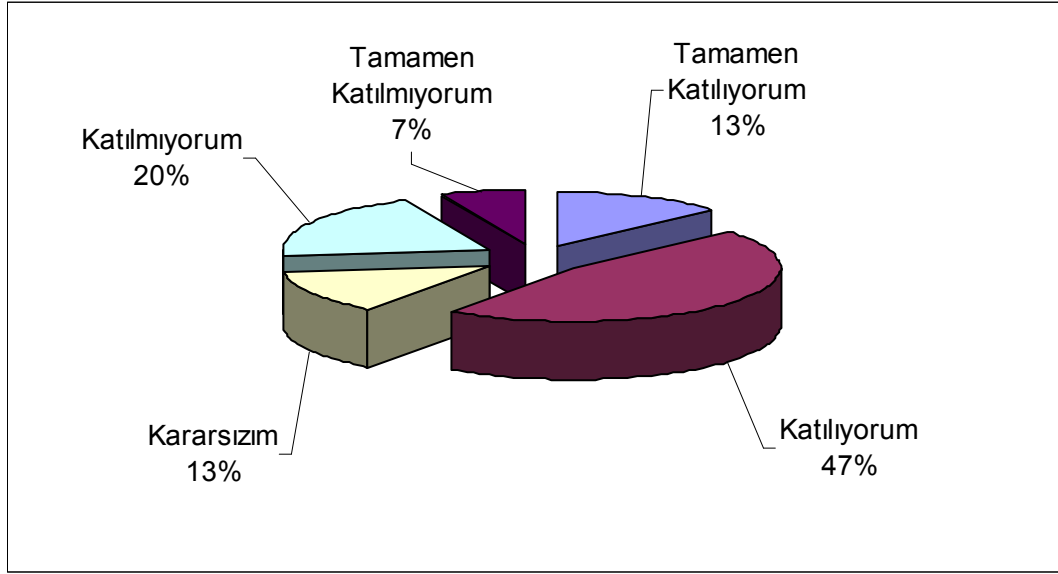


***TSS, GSS'in mali riskini paylaşacaktır ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	2	7	2	3	1
Yüzde	%13	%47	%13	%20	%7



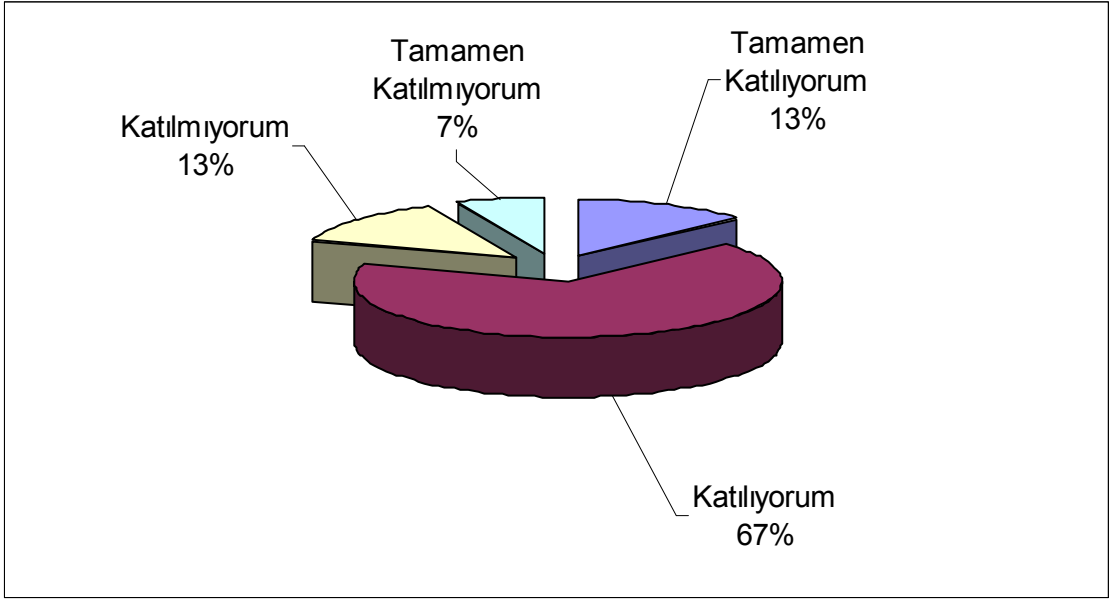
Anket sonuçlarına göre katılımcıların çoğu TSS'nin GSS'in mali riskini paylaşacağını düşünmektedir. Böyle düşünenlerin oranı katılıyorum diyenler (%47) ve tamamen katılıyorum (%13) diyenlerle %60'a ulaşmaktadır. İfadeye katılmadıklarını beyan edenler %20 ve tamamen katılmadıklarını ifade edenler de %7 oranındadır. Kararsızların oranı ise %13'tür.



*TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır ifadesine katılım düzeyi*

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	2	10	0	2	1
Yüzde	%13	%67	%0	%13	%7

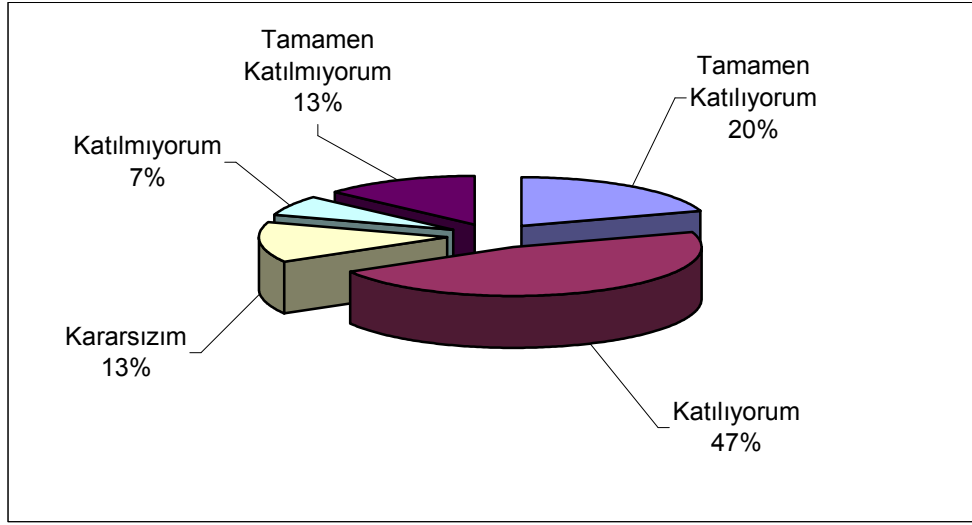
Bu ifadeye katılımcıların çoğunluğu katıldıklarını belirtmiştir. Bu %67'lik bir orana karşılık gelmektedir. Tamamen katılıyorum diyenlerin (%13) oranı da buna eklendiğinde, bu konuda ne kadar geniş bir uzlaşımın var olduğu ortaya çıkmaktadır. İfadeye katılmadıklarını beyan edenlerin oranı %13 olarak tespit edilmiş, ifadeye tamamen katılmadıklarını beyan edenler ise sadece %7'lik bir orana sahip olmuştur. Bu konuda hiç kimsenin kararsız kalmamış olması ise dikkat çekicidir. Bu da katılımcıların tümünün konu hakkında bilgi sahibi olduğunun göstergesidir.



***TSS ile sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki fiyat yönünde oluşan baskılar azalacaktır ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	3	7	2	1	2
Yüzde	%20	%47	%13	%7	%13

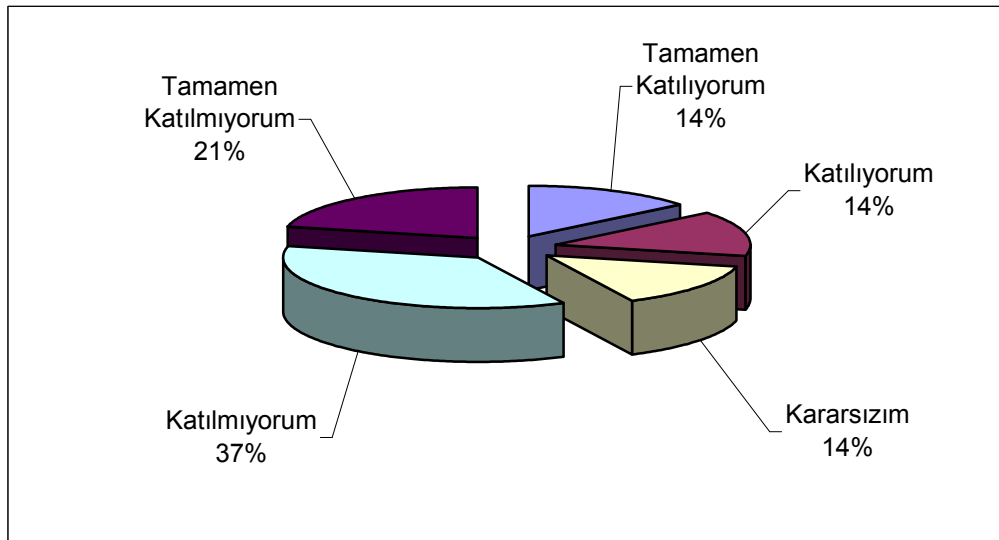
Anket sonuçlarına göre katılımcıların çoğunluğu TSS ile sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki fiyat yönünde oluşan baskıların azalacağına katılmaktadır. Bu ifadeye %47 oranında katılımcı katılıyorum yanıtını verirken, tamamen katıldıklarını beyan edenlerin oranı da %20'ye ulaşmıştır. Katılmıyorum (%7) ve tamamen katılmıyorum (%13) diyenlerin oranı %20'de kalmıştır. Kararsızlar ise %13'lük dilimi oluşturmuştur.



***TSS'in uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	2	2	2	5	3
Yüzde	%14	%14	%14	%37	%21

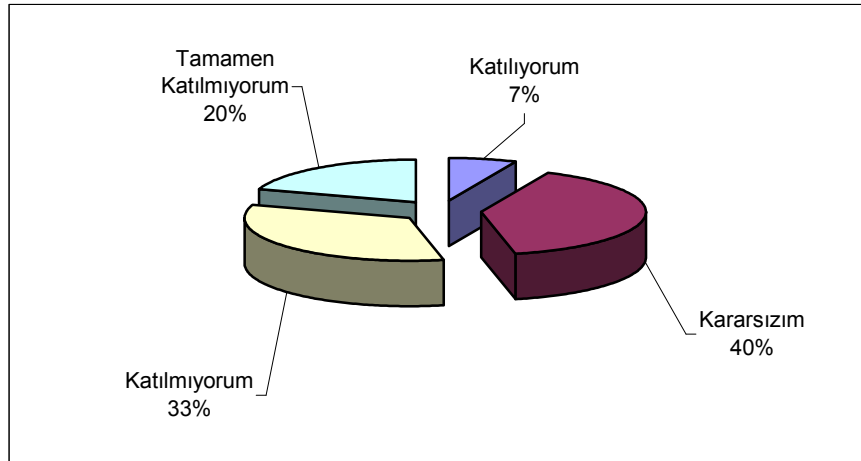
TSS'in uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir, ifadesi hakkında katılımcıların büyük çoğunluğu olumsuz düşünmektedir. Olumsuz yanıt verenlerin oranı katılmıyorum (%37) ve tamamen katılmıyorum (%21) diyenlerin toplamı %58'dir. İfadeye olumlu yanıt verenlerin oranı ise tamamen katılıyorum (%14) ve katılıyorum (%14) diyenlerin toplamıyla %28'e ulaşmıştır. Katılımcıların %14'ü bu konuda kararsız kalmıştır.



***TSS bileşenli GSS, “Sosyal Devlet” anlayışına uymamaktadır ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	0	1	6	5	3
Yüzde	%0	%7	%40	%33	%20

Anket sonuçlarına göre TSS bileşenli GSS, “Sosyal Devlet” anlayışına uymamaktadır ifadesine katılımcıların büyük çoğunluğu ya katılmamışlardır ya da kararsız kalmışlardır. Bu ifade karşısında kararsız kalanların oranı %40 ile oldukça yüksek çıkmıştır. İfadeye katılmıyorum diyenlerin oranı %33, tamamen katılmıyorum diyenlerin ise %20 olarak belirlenmiş, katılıyorum diyenler sadece %7’yken, tamamen katılıyorum diyene rastlanmamıştır.

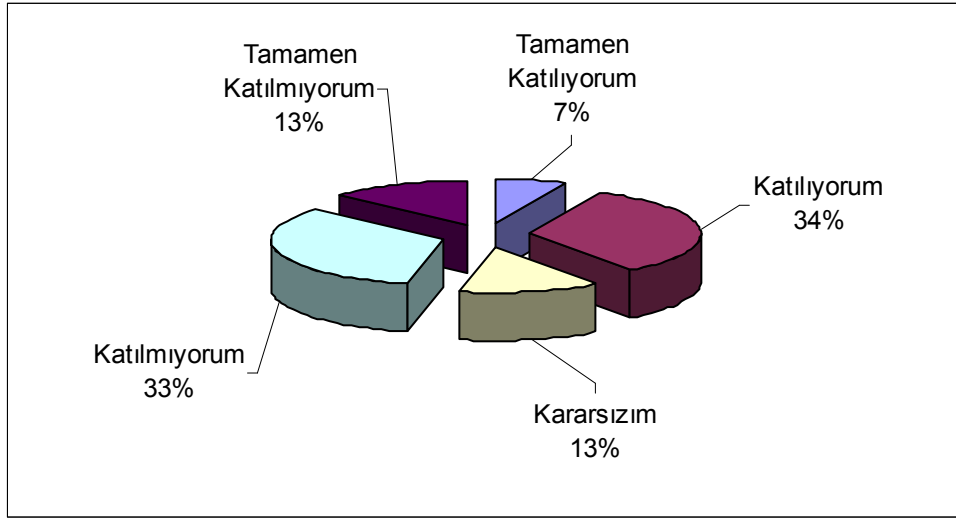


***Özel Sigorta Şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	1	5	2	5	2
Yüzde	%7	%34	%13	%33	%13

Anket sonuçlarına göre özel sigorta şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir şeklinde düşünen katılımcılar ile düşünmeyenler birbirine yakın değerlerde olmuştur. İfadeye katılmayanların oranı katılanlardan sadece %5 fazla çıkmıştır. İfadeye katılanların oranı katılıyorum diyenlerin (%34) ve tamamen katılıyorum diyenlerin (%7)

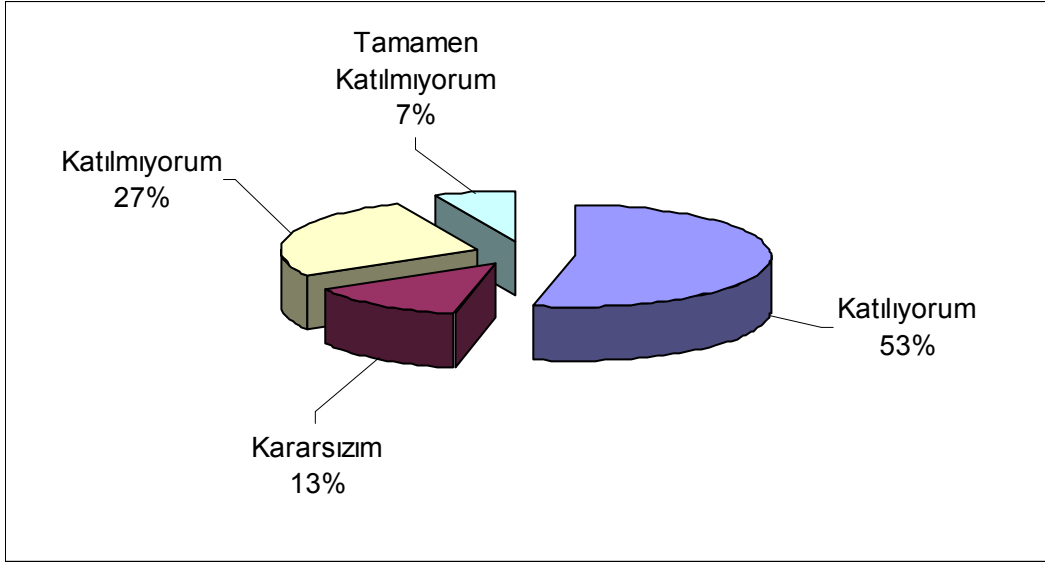
toplamı olan %41 oranında çıkarken, ifadeye katılmayanların oranı katılmıyorum (%33) ve tamamen katılmıyorum (%13) diyenlerin toplamı %46'dır.



***Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşenli GSS, sağlık hizmetlerinin finansman problemini çözecektir ifadesine katılım düzeyi***

Seçenekler	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
Kişi sayısı	0	8	2	4	1
Yüzde	%0	%53	%13	%27	%7

Anket sonuçlarına göre tamamlayıcı sağlık sigortası bileşenli GSS'nin sağlık hizmetlerinin finansman problemini çözeceğine katılanların oranı %53, katılmayanların oranı %27 ve tamamen katılmayanların oranı da %7 olarak belirlenmiştir. Bu konuda kararsızım diyenlerin oranı ise %13'tür.



## BÖLÜM 6

### TARTIŞMA

Ülkemizin sağlık sistemi incelendiğinde karşımıza bir dizi sorun çıkmaktadır. Bu sorunlar başta finansman sorunu olmak üzere; örgütlenme, sevk sistemi, koruyucu sağlık hizmetlerine gereken önemin verilmemesi, aşırı talep yüzünden mevcut kaynaklarla ihtiyaca cevap verilememesi olarak sayılabilir. Genel Sağlık Sigortası sistemi, sözü edilen sorunları giderebilmek için ortaya konmuştur. Sistem birçok açıdan sorunlara çare olabilir. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı kapsamında dağınık yapıda sunulan tedavi hizmetleri ve giderleri, bunun yanı sıra toplumda halen sağlık güvencesi kapsamında olmayan kitleler, Genel Sağlık Sigortası ile tek çatı altına toplanacaktır. Bu durum tek elden finansman, etkin hizmet dağılımı, etkin kaynak kullanımı ve dengeli hasar/prim oranı sağlayacaktır. Ancak sorunlara çözüm olması beklenen Genel Sağlık Sigortası modeli tüm yönleri ile ele alınmaz ve sağlık sistemi iyi analiz edilmez ise beklentilerin çok ötesinde kalmaya mahkum olacaktır.

Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, zorunlu olarak, ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerini kapsayacak şekilde düşünülmüş bir sosyal sağlık sigortası sistemidir. Bu sistem ile vatandaşların, Temel Teminat Paketi kapsamında, istediği hekim ve hastaneyi seçerek hizmet alması planlanmaktadır. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, devletin kaynaklarının sınırsız olmadığı ve Temel Teminat Paketi ile ancak asgari yaşam seviyesinin devam ettirilebileceği hizmetlerin finanse edilebileceğidir. Ayrıca mevcut yasa ile sapma gösterecek bir diğer hedef ise, üyelerin hekim ve hastanesini seçebilmesidir. Özel hastanelerin ( özellikle A grubu özel hastaneler ), kullandıkları ileri teknoloji ve sundukları kaliteli sağlık ve otelcilik hizmetleri sebebiyle hizmet bedelleri temel teminat paketinin çok üzerindedir. Mevcut yasa ile özel hastanelerin hastadan %30 fazlası kadar fark alabilmesine izin verilmektedir. Bu sebeple sağlık sisteminin %30 'una yakını temsil eden özel hastaneler, sisteme girmek istemeyeceklerdir. Yaklaşık 40 özel hastanenin Sosyal Güvenlik Kurumu ile yeniden anlaşamadığını basından takip etmekteyiz. Söz konusu durum hem Genel Sağlık Sigortası'nın hedeflerinden sapmasına sebep olacak hem de özel sektörü sistem dışında bırakacak

olması sebebiyle önemli bir kaynak kaybına sebep olacaktır. Üyeler, GSS anlaşmalı olmayan özel hastanelere başvurduklarında veya anlaşmalı olsa bile, Temel Teminat Paketi'nin kapsam dışında bıraktığı hizmet bedellerini cepten finanse edeceklerdir. Dolayısıyla bir süre sonra Genel Sağlık Sigortası sistemi de sürdürülebilir olamayacak, sorunlara istenen çözümleri getirememiş olacaktır.

Bu tez çalışmasında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de devlet sigortasına ek olarak özel sağlık sigortası şirketlerince yapılan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın gerekliliği vurgulanmaktadır. Temel Teminat Paketi kapsamı dışında kalan harcamalar ya üyelerce cepten finanse edilecek ya da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası vasıtası ile riskini özel sağlık sigorta şirketlerine devredecektir. Önceki bölümlerde konu ile ilgili dünya uygulamaları açıklanmış, birçok gelişmiş ülkede sistemin etkin biçimde işlediği açıklanmıştır.

Çalışmamızda ayrıca Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketler Birliği'ne üye, sağlık sigorta şirketlerine anket uygulanarak, Genel Sağlık Sigortası'nın sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın gerekliliği konusundaki görüş ve beklentileri saptanmaya çalışılmıştır. Anket sonucunda aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Ankete katılanların yarısına yakını (8 kişi) şirketlerinde uzman pozisyonunda görev yapmaktadır. Diğer pozisyonlar; Sağlık Sigortaları Direktörü, Pazar Geliştirme Müdürü, Servis Yetkili Yardımcısı, İş Geliştirme Yönetmeni, Teknik Koordinatör-Aktüer, Pazarlama İletişim Uzmanı ve Anlaşmalı Kurumlar Uzmanı'dır.

GSS sistemi için olası 5 riskin önem derecesinin sıralanması yönündeki ifadeye verilen cevaplarda sonuçlar birbirine yakın değerler vermiştir. GSS teminat kapsamının çok geniş tutulması riski toplamda %22 ile en yüksek değere sahip olmuş, bunu sırasıyla GSS üyelerinden alınacak katkı payı oranı riski %21, GSS'in içermesi gereken finansmanın boyutu riski % 20, ülkemizin mevcut kaynak durumu riski %19 ve GSS hizmet fiyatlandırma politikası riski %18 olarak izlemiştir.



Anket sonucunda GSS mevcut haliyle Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir diyenler %13'lük bir oranı teşkil etmiştir. Buna katılmadıklarını söyleyenlerin oranı %41 ile en büyük oranı oluşturmuş, tamamen katılmayanlar ise %33'lük bir oranı teşkil etmiştir. Katılımcıların %13'ü ise bu konuda kararsız olduklarını beyan etmişlerdir. %74'lük kesim Genel Sağlık Sigortası'nın mevcut haliyle Türkiye'nin finansman sorununu çözemeyeceğini düşünmektedir. %74'lük kısım GSS nin mevcut haliyle Türkiye'nin finansman sorununu çözemeyeceğini düşünmektedir.

Anket sonucunda GSS tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir diyenler %13'lük dilimi oluşturmuştur. Bu ifadeye büyük oranda (%54) Katılmıyorum yanıtı verilmiştir. Tamamen Katılmayanların oranı da % 20 çıkmıştır. Öte yanda katılımcıların %13'ü bu ifade karşısında kararsız kalmıştır.

Anket sonuçlarına göre GSS'in sunduğu temel teminat paketi'nin kapsamının tamamen yeterli olduğunu düşünenlerin oranı %7, yeterli olduğunu düşünenlerin oranı da %21'dir. Katılımcıların büyük çoğunluğu bu düşünceye katılmadıklarını ifade etmiştir. "Katılmıyorum." diyenlerin oranı %44'le en yüksek oranı oluşturmuş, tamamen katılmayanlar da %14 oranına ulaşmıştır. Kararsızların oranıysa %14'tür.

Anket sonucunda özel hastanelerin cari fiyatları ile temel teminat paketi arasındaki fark sebebiyle sisteme girmek istemeyeceklerini düşünenler ağırlıkta olmuştur. En yüksek oranı %41 ile buna katılanlar oluştururken, tamamen katılıyorum diyenlerin oranı da %33 olarak belirlenmiştir. Katılmıyorum, diyenlerin oranıysa sadece %13'tür. Kararsızlar da aynı orandadır.

Anket sonucunda GSS'nin sürdürülebilir olması için tamamlayıcı sağlık sigortası bileşeni ile birlikte sunulması gerektiğini düşünenlerin ağırlıkta olduğu görülmüştür. Katılımcıların %53'ü bu ifadeye tamamen katıldıklarını beyan etmişlerdir. %40 katılımcı da ifadeye kısmen katıldıklarını beyan etmişlerdir. Katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum şeklinde beyanlar olmamış, sadece bir kişi bu ifade karşısında kararsız kalmış, bunun oranı da %7 olmuştur.

Anket sonucunda özel sektör (özel hastaneler, özel sağlık sigorta şirketleri) ile işbirliği olmadan GSS'in sürdürülebilir bir sistem olmasının mümkün olmayacağını düşünenlerin ağırlıkta olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ifadeye katılmadıklarını beyan edenler, %53 ile en yüksek orana sahip olmuştur. İkinci sırada %40 oranlarıyla tamamen katılmadıklarını beyan edenler yer almıştır. Bu ifadeye katılmadıklarını düşünenlerin oranı %7'nin altındadır. Tamamen katılmadıklarını ifade eden ya da kararsız olduğunu düşünen bir kesim saptanmamıştır.

Anket sonuçlarına göre katılımcıların büyük çoğunluğu TSS bileşenli bir GSS'in toplumun optimum sağlık şartlarını karşılayacağını düşünmektedir. Bu ifadeye katıldıklarını beyan edenlerin oranının %60 ve tamamen katıldıklarını beyan edenlerin de %20 çıkmış olması, bu konuda önemli bir görüş birliği olduğunu göstermektedir. Sadece %7 oranında katılımcı buna katılmadıklarını beyan etmişlerdir. Tamamen katılmadıklarını beyan edenler olmamış, kararsızlar ise %13'lük bir oranda kalmıştır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın prim gelirlerinin artırılması konusunda GSS'ye katkı sağlayacağını düşünenlerde de benzer sonuçlar alınmıştır. Bu ifadeye katıldıklarını beyan edenlerin oranı %46 gibi yüksek bir orana ulaşmıştır. Tamamen katılıyorum, diyenlerin de %13'lük bir oranı oluşturduğu göz önüne alındığında, bu konuda da bir uzlaşma olduğu söylenebilir. Katılmıyorum (%7) ve tamamen katılmıyorum (%7) diyenlerin oranlarının düşük ve eşit çıkması da bunu göstermektedir. Ancak burada dikkat çekici husus, kararsızların oranının yüksek çıkmış olmasıdır. Kararsızlar %27 gibi yüksek bir orana tekabül etmiştir. Bu konu hakkında malumatı olmayanların çok olduğunu ortaya koymaktadır.

Anket sonuçlarına göre katılımcılar ya TSS'nin GSS'nin temel teminat paketini kapsam olarak rahatlatacağını düşünmektedirler ya da bu konuda fikirleri bulunmamaktadır. Bu ifade karşısında katılımcıların %43'nün kararsız kalması bunu açıklamaktadır. Kararsızların oranı, buna katıldıklarını beyan edenlerin oranı ile aynıdır. İfadeye tamamen katıldıklarını beyan edenlerin oranı %14'tür. Katılmıyorum ve tamamen katılmıyorum diyenler olmamıştır.

Anket sonuçlarına göre kararsızların çok olduğu bir başka konu da TSS'nin GSS'in fiyat tarifesini düşürerek, devleti finansman açısından rahatlatacağı konusudur. Bu ifade karşısında kararsız kalanların oranı %40'ı bulmuştur. Katılımcılar genelde ifadeye katılmışlardır (%47). İfadeye katılmadıklarını beyan edenler olmamış; ancak tamamen katılmadıklarını ifade edenler olmuştur. Bu oran, %13'tür.

Anket sonuçlarına göre TSS'nin devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacağı ve koruyacağı ve de koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaklarını düşünenlerin oranı, bunun aksini düşünenlerin oranından daha fazladır. Bu ifadeye katılanların oranı; (Katılıyorum diyenler (%40) ve tamamen katılıyorum diyenler (%13)) toplandığında %53'lük bir sonuca varılmaktadır. İfadeye katılmadıklarını beyan edenler %20'lik dilimi oluştururken, ifadeye tamamen katılmadıklarını beyan edenler sadece %7'lik bir orana sahiptir. Bununla birlikte ifade karşısında kararsız kalanlarının oranının hiç de az olmadığı (%20) belirlenmiştir.

Anket sonuçlarına göre katılımcıların çoğu TSS'nin GSS'in mali riskini paylaşacağını düşünmektedir. Böyle düşünenlerin oranı katılıyorum diyenler (%47) ve tamamen katılıyorum (%13) diyenlerle %60'a ulaşmaktadır. İfadeye katılmadıklarını beyan edenler %20 ve tamamen katılmadıklarını ifade edenler de %7 oranındadır. Kararsızların oranı ise %13'tür.

“TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır” ifadesine katılımcıların çoğunluğu katıldıklarını belirtmiştir. Bu %67'lik bir orana karşılık gelmektedir. Tamamen katılıyorum diyenlerin (%13) oranı da buna eklendiğinde, bu konuda ne kadar geniş bir uzlaşımın var olduğu ortaya çıkmaktadır. İfadeye katılmadıklarını beyan edenlerin oranı %13 olarak tespit edilmiş, ifadeye tamamen katılmadıklarını beyan edenler ise sadece %7'lik bir orana sahip olmuştur. Bu konuda hiç kimsenin kararsız kalmamış olması ise dikkat çekicidir. Bu da katılımcıların tümünün konu hakkında bilgi sahibi olduğunun göstergesidir.

Anket sonuçlarına göre katılımcıların çoğunluğu TSS ile sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki fiyat yönünde oluşan baskıların azalacağına katılmaktadır. Bu ifadeye %47 oranında katılımcı katılıyorum yanıtını verirken, tamamen katıldıklarını beyan edenlerin oranı da %20'ye ulaşmıştır. Katılmıyorum (%7) ve tamamen katılmıyorum (%13) diyenlerin oranı %20'de kalmıştır. Kararsızlar ise %13'lük dilimi oluşturmuştur.

TSS'in uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir, ifadesi hakkında katılımcıların büyük çoğunluğu olumsuz düşünmektedir. Olumsuz yanıt verenlerin oranı katılmıyorum (%37) ve tamamen katılmıyorum (%21) diyenlerin toplamı %58'dir. İfadeye olumlu yanıt verenlerin oranı ise tamamen katılıyorum (%14) ve katılıyorum (%14) diyenlerin toplamıyla %28'e ulaşmıştır. Katılımcıların %14'ü bu konuda kararsız kalmıştır.

Anket sonuçlarına göre TSS bileşenli GSS, "Sosyal Devlet" anlayışına uymamaktadır ifadesine katılımcıların büyük çoğunluğu ya katılmamışlardır ya da kararsız kalmışlardır. Bu ifade karşısında kararsız kalanların oranı %40 ile oldukça yüksek çıkmıştır. İfadeye katılmıyorum diyenlerin oranı %33, tamamen katılmıyorum diyenlerin ise %20 olarak belirlenmiş, katılıyorum diyenler sadece %7'yken, tamamen katılıyorum diyene rastlanmamıştır.

Anket sonuçlarına göre özel sigorta şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir şeklinde düşünen katılımcılar ile düşünmeyenler birbirine yakın değerlerde olmuştur. İfadeye katılmayanların oranı katılanlardan sadece %5 fazla çıkmıştır. İfadeye katılanların oranı katılıyorum diyenlerin (%34) ve tamamen katılıyorum diyenlerin (%7) toplamı olan %41 oranında çıkarken, ifadeye katılmayanların oranı katılmıyorum (%33) ve tamamen katılmıyorum (%13) diyenlerin toplamı %46'dır.

Anket sonuçlarına göre tamamlayıcı sağlık sigortası bileşenli GSS'nin sağlık hizmetlerinin finansman problemini çözeceğine katılanların oranı %53, katılmayanların oranı %27 ve tamamen katılmayanların oranı da %7 olarak belirlenmiştir. Bu konuda kararsızım diyenlerin oranı ise %13'tür.

Ankete verilen cevaplar göstermektedir ki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın gerekliliği, sağlık sigortacılarının önemli bir bölümü tarafından kabul edilmektedir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşenli Genel Sağlık Sigortası, beklentileri karşılayacaktır. Temel Teminat Paketi'nin kapsamı ne şekilde belirlenirse belirlensin, kamu finansmanına dayalı sistemlerde, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşması doğaldır. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. Kişi, bu farkı doğrudan finansman yönetimiyle risk gerçekleştiğinde cepten ödeme şeklinde karşılayabileceği gibi, bu riski Genel Sağlık Sigortası'nın diğer üyeleriyle paylaşarak, sigortacılık yönetimiyle de karşılayabilecektir. İşte, “ Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alacaktır

Türkiye İçin Önerilen Modelde; Vatandaşımızın tamamını kapsayacak Genel Sağlık Sigortası'na geçildiğinde uygulanmak üzere, Genel Sağlık Sigortası tarafından güvence altına alınan ve belirlenen ve fiyat standartlarına uyan kamu ve / veya özel her türlü sağlık kurum ve kuruluşunda geçerli olan bir Temel Teminat Paketi tanımlaması, isteyen vatandaşlarımız için özel sağlık sigortası şirketleri tarafından yapılacak Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri ve bunlara yapılacak ödeme sistemlerinin düzenlenmesi ile değişik sağlık sigorta kurumlarına mükerrer prim ödeme dönemin kapatılması yer almaktadır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı ülkemizde bekleyen fırsatlar;

- Genel Sağlık Sigortası'nın mali riskini paylaşma,
- Ödemelerin tümü, provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından çift kademeli kontrol,
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıların azalması,
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırlarının genişlemesi,
- Genel Sağlık Sigortası'ndan oluşabilecek aşırı taleplerin bu sisteme kanalize edilebilmesi,

- Provizyon sisteminin, Genel Sağlık Sigortası tarafından ek yatırım yapılmadan paylaşılabilmesi,
- Kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlama,
- Özel sağlık sigortalarının, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşması,
- Kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünlerle ve daha ekonomik fiyatlara yönelerek işverenlerin çalışan memnuniyeti ile bağlılığı artırabilmesi, olarak sıralayabiliriz.

. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” uygulanan ülkeler başında Amerika Birleşik Devletleri, Almanya ve Hollanda gelmektedir. Avrupa’daki Özel Sağlık Sigortalarının çoğu Tamamlayıcı Sağlık Sigortası şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsamayan) hizmetleri kapsar. Bu konudaki dünya uygulamaları da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın gerekliliğini desteklemektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile özel sektör, kamunun mali riskini paylaşmış olacaktır. Sistemde oluşacak aşırı talep Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’na kanalize olacaktır. Sağlık hizmetleri üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskı azalacaktır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile sigortalılar özel hastanelerden de hizmet alabilecek, kapasite kullanımını artacak ve dolayısıyla maliyet avantajı sağlayacaktır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın “Sosyal Devlet” anlayışını zedeleyebileceği, halka fazladan bir mali yük getirebileceği, Temel Teminat Paketi’nin kapsamı düşük tutularak özel sigortalara aşırı yük yükleyeceği endişeleri kamuoyunda tartışılmaktadır; fakat dünya örnekleriyle karşılaştırıldığında, uygun yasal düzenlemelerin yapılabilmesi halinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamaları toplumun istenen düzeyde ve yeterli miktarda sağlık hizmeti alabilmesini sağlayacaktır. Ülkemiz sağlık sistemindeki hedeflenen yeniden yapılandırma, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeli Genel Sağlık Sigortası sistemi gerçekleştirilebilecektir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkemiz kaynakları kamu ve özel ayrımı yapmadan, öngörülebilir, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla yönetilmelidir. Aslında bu ilkeler, sadece sağlık hizmetleri için söylenemez; ama sağlık gibi yoğun bir emek ve teknoloji gerektirdiği için arzın pahalı olduğu bilinen; talebin tüketici tarafından belirlenmediği, ikamesinin olmadığı toplumsal hizmet alanında bir düzenleme yapılırken; bu temel özellikleri hatta sistemin kısıtlamalarını hiç unutmamak gerekir.

Yıllar geçtikçe; hizmete olan talep artacak ve değişecektir; buna karşın hizmetin maliyeti yükselecektir. Önemli olan bu arz ve talep arasında ülkemiz kaynaklarını en verimli kullanabilecek bir model bulmaktır. Bunun için de kamu ve özel sektörden birinin eksikliğini diğerinin artışı ile birlikte değerlendirerek, ülke adına ortak faydaya; yani sinerjiye dönüştüren bir tasarım gerekir. Böylelikle sürdürülebilir, öngörülmeven maliyetlerle karşılaşma riskini en aza indirgeyecek bir biçimde, denetlenebilir ve kaliteden ödün vermeyen bir model kurulabilir.

1987 yılında uygulamaya konulan Sağlık Hizmetleri Temel Yasası uyarınca Sağlık Bakanlığı'nın tedavi kuruluşlarının hizmetleri paralı hale getirilmiştir. Ancak bu uygulama son derece olumsuz sonuçlar vermiştir. Gerçekten “Genel Sağlık Sigortası” uygulamaya konulmadan önce böyle bir finansman modeline dayanılması sebebiyle, düşük gelir grubunda yer alan insanlar sağlık hizmetlerinden dışlanmışlardır. Bu nedenle “Genel Sağlık Sigortası” uygulaması ülkemiz için bir zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır.

Vatandaşlarımızın tamamını kapsayacak Genel Sağlık Sigortası'na geçildiğinde uygulanmak üzere, “Genel Sağlık Sigortası” tarafından güvence altına alınan ve belirlenen hizmet ve fiyat standartlarına uyan kamu/özel ayrımı yapılmaksızın her türlü sağlık kurum ve kuruluşunda geçerli olan bir Temel Teminat Paketi ile, bu sigorta kapsamında sunulacak, önerilen “Temel Teminat Paketi” ile ilişkilendirilmiş, isteyen vatandaşlarımız için özel sağlık sigortası şirketleri tarafından yapılacak **“Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”** ürünleri ve bunlara yapılacak ödeme sistemlerinin düzenlenmesi, bileşenlerinden oluşmalıdır.

Kişilerin sağlık giderlerine katılımı, temelde Genel Sağlık Sigortası'nın sağlıklı ve sürdürülebilir bir finansman yapısı içerisinde çalışması adına hayati öneme sahiptir. Aslında, sağlık giderlerine, hemen hemen tüm dünya ülkelerinde şahısların katılımı bulunmaktadır. Bu katılım, sosyal güvencenin hiç kapsam altına almadığı harcamalarda olabildiği gibi, kapsam altında olan sağlık giderlerinde de olabilmektedir.

Temel Teminat Paketi'nin kapsamı ne şekilde belirlenirse belirlensin, kamu finansmanına dayalı sistemlerde, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşması doğaldır. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. Kişi, bu farkı doğrudan finansman yönetimiyle risk gerçekleştiğinde cepten ödeme şeklinde karşılayabileceği gibi, bu riski Genel Sağlık Sigortası'nın diğer üyeleriyle paylaşarak, sigortacılık yönetimiyle de karşılayabilecektir. İşte, “ Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, gerek teminat kapsamı ve gerekse teminat yüzdeleri açısından çeşitli paketler ile üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür.

Genel Sağlık Sigortası'nın üzerindeki harcama baskısını dengelemek ve kontrol etmek için bazı araçlara gereksinimi bulunmaktadır. Bunlar:

- a. Prim gelirlerinin arttırılması,
- b. Genel Sağlık Sigortası kapsamının daraltılması,
- c. Fiyat tarifesinin düşürülmesi,
- d. Koruyucu sağlık hizmetlerinde başarılı olması,
- e. Provizyon sisteminin etkin şekilde kullanılması ve
- f. Kişilerin beklentilerinin “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” ile dengelenmesi olarak sıralanabilir.



Türkiye’de “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” sayesinde beklenen avantajlar şunlar olabilecektir:

- Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması ve tüm vatandaşların temel teminat paketinin güvencesine sahip olması, devlet için bir mali risk oluşturacaktır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile bu riskin bir bölümü özel sektör ile paylaşılacaktır.
- Temel Teminat Paketinin kapsamının çok geniş tutulması, genel sağlık sigortasından oluşabilecek aşırı taleplerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’na kanalize olmasını getirecektir.
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskılar azalacaktır.
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırları genişleyecektir.
- Ödemelerin tümü, provizyon süresine dayalı olarak yapılacağından çift kademeli kontrol sağlanacaktır.
- Genel Sağlık Sigortası’nın provizyon süreci ve diğer harcama kontrol sistemlerinde, ek yatırım yapmadan özel sağlık sigortası sistemlerinin deneyimlerinin paylaşımı söz konusu olabilecektir.
- Hizmet sunucu kurumlarda kapasite kullanımını arttırarak, maliyet avantajı sağlayacaktır.
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın devreye girmesi ile kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünler ve daha ekonomik fiyatlar daha geniş bir çalışan kitlesine ulaşılacaktır. Sonucunda, daha büyük bir kesimde çalışan memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının artması sağlanarak çalışma hayatına olumlu etki yaratacaktır.
- Provizyon Sistemi, Genel Sağlık Sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası tarafından paylaşılabilir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile beklenen bu fırsat ve sağlanacak bu yararlarla rağmen, ülkemizde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı bekleyen bazı tehditler de bulunmaktadır.

- “Sosyal Devlet” kavramının temel teminat paketi dışında, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası içine de taşınmak istenmesi,
- Temel Teminat Paketi üzerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlanarak Genel Sağlık Sigortası içinde Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hizmetinin verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulması,
- Özel sigorta şirketlerinin başlangıçta yaşayabilecekleri fiyatlandırma sorununu çözmeden, çok değişkenli, çok alternatifli planlara yönelerek hata paylarını yükseltmeleri,
- Özel Sağlık Sigortası şirketlerinin, Temel Teminat Paketi'nin üzerine kendi pazarlama stratejilerine göre alternatif poliçeler hazırlarken bazılarının konservatif bazılarının ise çok geniş kapsamlı ürünlere yönelmeleri ile ortaya çıkabilecek rekabetin kamu otoritesi (hazine) tarafından denetim mekanizmalarıyla desteklenmemesi.

Bu modelin fırsat ve tehditleri dikkate alınarak uygulanması ile; hizmetin kalite ve seçimi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıların azalabileceği, provizyon sürecine dayalı olarak tüm ödemelerin kontrol edilebileceği, kapasite kullanımının arttırılarak maliyet avantajı sağlanacağı “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” nın, Genel Sağlık Sigortası uygulamasında kullanılabilir en etkili destek olacağı düşünülmektedir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeninden yoksun bir Genel Sağlık Sigortası sistemi, sürdürülebilir olmaktan uzaktır. Devlet, optimal sağlık beklentilerini karşılayamayacaktır. Özel hastaneler maliyetlerini kurtaracak oranda fark ücreti alamayacakları için sisteme girmek istemeyeceklerdir. Bu durum, kamu hastanelerinde yığılmalara sebep olacak ve özel hastanelerin kaynaklarının atıl kalmasına sebep olacaktır. Üyeler GSS ile anlaşması olmayan sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almaları durumunda fark ücretini ceplerinden finanse edeceklerdir. Bu durumda sistem sürdürülemez ve sorunlara çözüm getiremeyecektir. Oysa daha esnek fark ücreti

alabilmeleri halinde, GSS'nin hedeflediği, üyelerin kamu veya özel ayırımı yapmaksızın, dilediği hekim ve hastaneyi seçerek hizmet alabilecektir. Aradaki farkı finanse edecek sistem Tamamlayıcı Sağlık Sigortası olacaktır. Dünya örneklerinde de incelediğimiz gibi, devletin özel sektör ile işbirliği yaparak Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı sisteme dahil etmesiyle kaynaklar daha etkin kullanılmış olacak, maliyetler minimize edilecek ve ekonomide katma değer yaratılarak milli gelire olumlu yansımalarda bulunacaktır. Sağlık harcamaları çok büyük ölçüde kayıt altına alınmış olacaktır.

Bu tez çalışmasında, Genel Sağlık Sigortası sisteminin sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeninin gerekli olduğu ifade edilmektedir.

## KAYNAKÇA

Abel-Smith, Brian, “Assessing the Experience of Health Financing in the United Kingdom” (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing, The World Bank Washington, 1996.

Akgül, Aziz, “Sağlık Hizmetlerini Kademelendirilmiş Bir Biçimde Yapılandıran GSS Modeli”, Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001.

Aktan, Coşkun Can, “Sağlık Reformu ve Zorunlu Özel Sağlık Sigortası Modeli Önerisi”, Yeni Dünya, Sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001.

Atak, Filiz, “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları”, Hazine Dergisi, Temmuz 1996, Sayı 3.

Babaoğlu, Ömür, “GSS Uygulamalarında Avrupa Örnekleri”, Sigorta Dergisi, sayı 65-66, 1992.

Banoob, Samir N., Private and Public Financing-Health reform in Eastern and Central Europe, World Health Forum, Vol.15, 1994.

Batirel, Ömer Faruk, **Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası**, MÜİİBFD, cilt 3, sayı 3, 1986.

Belek, İlker - Onuroğulları, Hamza - Nalçacı, Erhan ve Ardıç, Fatma, **Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi**, Sorun Yay., Ocak 1998.

Belek, İlker, **Sınıf Sağlık Eşitsizlik**, Sorun Yay. Ekim 1998.

Belek, İlker, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, Sorun Yayınları, İstanbul, 1994.

Berk, Niyazi, **Finansal Yönetim**, Türkmen Kitabevi, İstanbul 2003.

Besim, Şeref, “Sağlık Ekonomisi-Sağlık Hizmetleri Sunumunda Maliyet ve Kavramı-Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Türkiye”, Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001.

Besley, T., Hall, J. and Preston, I., The Demand for Private Health Insurance: Do Waiting Lists Matter? Journal of Public Economics, 72(1999).

Bolat, Murat, **Ekonomik ve Sosyal Yönleriyle Sağlık Kavramı**, İ.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 1997.

Cichon, Michael and Normand, Charles, Between Beveridge and Bismarck - Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe, World Health Forum, Vol.15, 1994.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenliğin Tek Çatı Altında Toplanması ve Genel Sağlık Sigortasının Oluşturulması Proje Raporu, Ocak 2003.

Çelik, Hüseyin; Eren, Bülent; İzbudak, Dilek; Köylüoğlu, Cem; Özsarı, Haluk; Şimşek, Nevin; Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Hastane Hospital News Dergisi, Yıl:5 Sayı:28, Mayıs-Haziran, 2004.

Çelikoğlu, İlyas; Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması, Uzmanlık Tezi, DPT Yayınları: Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü, Ankara, Eylül 1994.

Dayanıklı, Bayram Fırat, “Sağlık Politikaları, Sağlıkta Finansman ve Bütçeler”, Yeni Dünya, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001.

Doorslaer, E. Van - Wagstaff, A. and Rutten F. (eds), **Equity in the Finance and Delivery of health Care: an International Perspective**, Oxford Medical Publications, Oxford UK, 1993.

Edgman, Michael R. - Moomaw, Ronald L. and Olson, Kent W., **Economics and Contemporary Issues**, The Dryden Pres, Orlando USA, 1996.

Ergör, Alp, “Kanada Sağlık Sistemi”, Toplum ve Hekim Dergisi, TTB Vakfı Yayını, Özel Sayı, Kasım 1994 - Şubat 1995, Cilt 9, Sayı 64-65.

Evans, Robert G. and Maureen M. Law, “The Canadian Health Care System: Where Are we and How Did We Get Here”, An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), The World Bank Washington, 1996.

Fausto, D., “Italy” (edited by R.M. Schaeffler and L.F. Rossitier), Advances in Health Economics and Health Services Research, Comparative Health Systems: The Future of National Health Care Systems and Economic Analysis, L.F. JAI Pres Inc., Connecticut, Supplement 1, 1990.

Gray, Alastair, “International patterns of health care, 1960 to 1990s”, Caring for Health: History and Diversity (edited by Charles Webster), Open University Pres, Health and Disease Series, Book 6., Milton Keynes UK, 1995.

Griffiths, Adrian and Mills, Michael, “Health Sector Financing and Expenditure Survey” (edited by Kenneth Lee and Anne Mills), Health Economics of Health in Developing Countries, Oxford University Pres Oxford, 1980.

Güven, Orhan, Açıklamalı Sigorta ve Reasürans Terimleri Sözlüğü, İstanbul 1995.

Hatun, Şükrü, “Türkiye’de Sağlık sektörünün Finansman Sorunları-Mehmet Tokat’la Söyleşi”, Sağlık ve Toplum, Mayıs-Haziran 1990, sayı 3, 27.

Hayran, Osman; Sur, Haydar, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, 1. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, Haziran 1998.

Hayran, Osman ve Sur, Haydar, **Sağlık İşletmelerinde Yönetim**, İstanbul, SAYED Yayınları, 2005.

Hayran, Osman, “Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?”, *Toplum ve Hekim*, Mart 1992, 28.

Ikegami, Naoki, and Hasegawa, Toshihiko, “The Japanese Health Care System: A Stepwise to Universal coverage” (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), *An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries*, The World Bank Waslington, 1996.

Isabel, Susana, and Cassas, Curto de, “Health Care in Latin America” (edited by David R. Phillips and Yola Verhasselt), *Health and Development*, Routledge, London and New York, 1994.

Kaya, Mehmet, *Bankacılık ve Sigortacılık*, Murat Açık Öğretim Yayınları, Ankara 1999.

Keskin, U., M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, *Sağlık Sigortaları ve Türkiye’deki Gelişimi*, İstanbul, 2003.

Kıraç Ergüler, G., M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yöneticiliği Anabilim Dalı, İstanbul’daki Özel Sağlık Sigortası Kurumlarının Anlaşılabilir Kurumlarından Beklentileri, Danışman Yrd. Doç. Dr. Dilşat Cebeci, İstanbul 2001.

Lewitt, Ruth - Wall, Andrew and Appleby, John, **The Reorganized National Health Service**, (6th edition), Chapman and Hall UK, 1996.

Maxwell, Robert J., *Financing Health Care: Lesson, From Abroad*, *British Medical Journal*, Vol.296, 21 May 1988.

Mehmet Tokat, “Türkiye Sağlık Sektörünün Yeniden Yapılanmasının Ekonomik Boyutu”, *Yeni Dünya*, sayı 40, Temmuz-Ağustos 2001, 1458.

Mehmet Ünal, “Genel Sağlık Sigortası Çözüm Olabilir mi?”, Toplum ve Hekim, Mart 1992, 32.

Mestçioğlu, Özlem/Gençel, Hande/Kurucu, Nilgün/Baripoğlu, Özcan, “Aile Hekimliği Çözüm mü?”, Sağlık ve Toplum, Mayıs-Haziran 1990, sayı 3, 14.

Murray, C.J.L., Lopez, A.D., Alternative Projections of Mortality and Disability by Cause 1990-2020, The Global Burden of Disease Study, 2003.

Oğuz, Engin, “Türkiye’de Sağlık Finansmanı Sorunu ve Çözüm Arayışları”, Toplum ve Hekim, Mart-Nisan 1996, sayı 72, 16.

Özsarı, Haluk, Sağlıkta da Yeniden Yapılanma, Yeni Türkiye Dergisi, Sağlık Özel Sayısı-II, Yeni Türkiye Medya Hizmetleri Yayını, Ankara, Temmuz-Ağustos, 2001.

Raffel, M.W. and M.W. Raffel, **The US Health System: Orgins and Functions**, Third Edition, Delmar Publishers, New York, USA.

Reinhardt, Uwe E., “Germany’s Health Care and Health Insurance System”, An International Assessment of health Care Financing, Lessons for Developing Countries (edited by david W. Dunlop and M. Martins), The World Bank, Washington, 1996.

Reinhardt, Uwe E., “The Health System of the United States: Lessons for ther countries” (edited by David W. Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing untries (The World Bank Washington, 1996.

Santas, A.A. and Argentina, A. Sonis: in: The International Handbook of Health Care Systems (edited by R.B. Saltman), Greenwood Stres, New York, 1988, s:7-17.

Saturno, P.J., Spain: in: The International Handbook of Health Care Systems (edited by R.B. Saltman), Greenwood Stres, New York, 1988, s:267-284.



Savaş, Serdar, “Sağlık Hizmetleri Finansman Grubu Çalışma Raporu”, Toplum ve Hekim, Mayıs 1992, 11-13.

Schieber, George and Moedo Akiko, Health Care Financing and Delivery in Developing Countries, Health Affairs May/June 1999, s:193.

Scutchfield, D. and Williams, S.J., The American health care system: structure and function, in: maxcy-rosenau-last, public health and preventive medicine, Roberth B. Wallace (Ed), p:1115-1129, appleton and lange, stamford, Connecticut, 1998.

Soğancı, Mehmet, TMMOB Yönetim Kurulu Başkanı, 02.02.2005. Basın Duyurusu.

Sorkin, Alan L., Financing Health Development Projects: Some Macro economic Considerations, Social Science and Medicine, Vol.22, No:3, 1986, s:345-346.

Source Book of Health Insurance, Data 1994, Health Association of America, Washington DC No: 20036-3998, 1994.

Şakar, Müjdat, Sosyal Sigortalar Uygulaması-3. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul 1998.

Şener, Orhan, Teori ve Uygulamada Kamu Ekonomisi, Beta Yayınları, İstanbul 2006.

Tanaka, S., “Japan in”: Advances in Health Economics and Health Services Research. Supplement I, Comparative Health Systems, JA1 Pres Inc., 1990, s:169-170.

Tatar F., Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları, Toplum ve Hekim, Cilt 11, Sayı 72, Mart-Nisan, 1996.

Tatar Mehtap, Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler, I.Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 4-7 Mayıs 1994.

Taylan, Bahattin, “Genel Sağlık Sigortasına İlişkin Aktüeryal Teknikler”, DEÜİİBFD, Ocak, 1992.

Tsuda, T. Hıdeyasu and Froom, A., “Primary Health Care in Japan and the United States” in: Social Science and Medicine, Volume 38, No:4, February 1994, s:489-94.

Ulaş, I., Uygulamalı Can Sigortası Hukuku Hayat ve Kişisel Kaza Sigortaları, Ankara 1997.

Uludağ, İlhan ve Arıcan, Erişah, Finansal Hizmetler Ekonomisi, Beta, 2001.

Ustabay, Y., Özel Sağlık Sigortacılığı ve İnternette Pazarlama, İstanbul 2002.

Üçışık, H.Fehim, “Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kurulması”, Argumentum, Ağustos 1990, sayı 1, 1-3.

Üçışık, H.Fehim, **Sosyal Güvenlik ile İlgili Görüş Açıklaması, Ülke Sorunları ve Çözüm Önerileri**, Ötüken Yayınları, İstanbul 2000.

Yalçın, Türkan, Yıldırım Hasan Hüseyin, Yeni Türkiye Dergisi Sağlık Özel Sayı, No: 40, 2001.

Yang, Bong-min, “Issues in Health Care Delivery: The Case of Korea” (edited by David W.Dunlop and Jo. M. Martins), An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries, the World Bank Washington, 1996.

Yarış, Ersin, Genel Sağlık Sigortası İçin Aile Hekimliği Uygulaması Mutlak mıdır?, Toplum ve Hekim, Mayıs 1992, 32.

Yazıcı, H.Avni, “Sağ-Kur Yasası, İşçiler ve Sağlık Sorunları”, Türk-İş, Aralık 1990.

Yiğit, F., Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Hizmeti Finansmanına Yönelik Trendler, Avrupa Sağlık Reformu Mevcut Stratejilerin Analizi, Türkiye

Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Yayını, Ankara, Aralık 1998.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul, 5 Aralık 2003.

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi Komisyonu, Sağlık Hizmetlerinde finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı, Mayıs 1991.

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, Sağlıkta Özelleştirme ve Aile Hekimliği TTB tezleri, Mart 1997, 3.

TÜSİAD, Türk Sanayi ve İşadamları Derneği Dergisi: Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, TÜSİAD Yayınları, İstanbul, Ekim 1997.

WHO, Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region, 1999.

WHO, The World Health Report 1998, Life in the 21st Century A Vision for All WHO, Genova 1998.

Atak, A. Filiz, Genç Sigortacılar Derneği, sunum

([www.gesid.org.tr/wswfiles/documentation/document\\_185\\_0/F.Atak%201.ppt\\_](http://www.gesid.org.tr/wswfiles/documentation/document_185_0/F.Atak%201.ppt_))

GSS Kanun Tasarı Taslağı Genel Gereçesi (Çevrimiçi)

<http://www2.tbmm.gov.tr/d22/1/1-1206.pdf>

WHO Policy Statement, (Çevrimiçi) [http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?hitsperheading=](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=)

[on&infobase=basicdoc&jump=Constitution&softpage=Document42#JUMPDEST\\_Constitution](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&jump=Constitution&softpage=Document42#JUMPDEST_Constitution), 12 Şubat 2006.

<http://64.233.183.104/search?q=cache:5azwf72OTcs:>

[http://www.ekolsigorta.com.tr/saglik\\_index.htm](http://www.ekolsigorta.com.tr/saglik_index.htm)

<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/trk.htm>.

[www.antimai.org/ys/ysbagkur.htm-101k](http://www.antimai.org/ys/ysbagkur.htm-101k).

[www.gesid.org.tr/wswFiles/documentation/document\\_188\\_0/0.sengun%201.ppt\\_](http://www.gesid.org.tr/wswFiles/documentation/document_188_0/0.sengun%201.ppt_)

## EKLER

### ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket Kadir Has Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Finans ve Bankacılık doktora programında Prof. Dr. Orhan ŞENER yönetiminde yapılan tez çalışmasında kullanılacaktır. Anketin amacı, **“Genel Sağlık Sigortası’nın Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın Gerekliliği ile İlgili Görüşlerin Saptanması”**dır.

Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Lütfen soruları doğru okuduktan sonra kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Araştırmaya sağlayacağınız katkı için teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

Birkan TAPAN  
[birkan\\_tapan@yahoo.com.tr](mailto:birkan_tapan@yahoo.com.tr)

## ANKET FORMU

A- Aşağıda yer alan kişisel bilgilerden size uygun olanını ( X ) işaretleyiniz.

1. Cinsiyetiniz:

- Kadın  
 Erkek

2. Yaşınız:

- 20'nin altında  
 20-29  
 30-39  
 40-49  
 50-59  
 59'un üstü

3. Eğitim Durumunuz:

- İlkokul  
 Ortaokul  
 Lise  
 Üniversite  
 Yüksek Lisans  
 Doktora

4. Şirketteki Göreviniz.....

B- Lütfen aşağıdaki GSS sistemi için olası 5 riski önem sırasına göre "1" en önemliyi, "5" en önemsizi temsil edecek şekilde sıralayınız.

- .....GSS Teminat Kapsamının Çok Geniş Tutulması  
.....GSS Hizmet Fiyatlandırma Politikası  
.....GSS Üyelerinden Alınacak Katkı Payı Oranı  
.....Ülkemizin Mevcut Kaynak Durumu  
.....GSS 'in İçermesi Gereken Finansmanın Boyutu

C- Aşağıda yer alan ifadelerde Genel Sağlık Sigortası GSS, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası TSS olarak kısaltılmıştır. Lütfen ifadelere ne derece katıldığınızı belirten cevabı yandaki seçeneklerden birini tıklayarak belirtiniz.

İFADELER	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Tamamen Katılmıyorum
GSS, mevcut haliyle Türkiye'nin Sağlık Hizmetlerinin finansman sorununu çözebilir.					
GSS, tek başına topluma eşit ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaya yeterlidir.					
GSS 'in sunduğu Temel Teminat Paketi'nin kapsamı Yeterlidir.					
Özel hastaneler cari fiyatları ile temel teminat paketi arasındaki fark sebebiyle sisteme girmek istemeyeceklerdir.					
GSS, sürdürülebilir olması için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşeni ile birlikte sunulmalıdır.					
Özel sektör (özel sigorta, özel hastane) ile işbirliği olmayan GSS 'in Sürdürülebilir bir sistem olması mümkün değildir.					
TSS bileşenli bir GSS toplumun optimum sağlık şartları karşılacaktır.					
TSS, pirim gelirlerinin artırılması konusunda GSS 'ye katkı sağlayacaktır.					
TSS, GSS 'nin Temel Teminat Paketini kapsam olarak rahatlatacaktır.					
TSS, GSS 'in fiyat tarifesini düşürerek, devleti finansman açısından rahatlatacaktır.					
TSS, Devletin tedavi harcamalarının yükünü azaltacak koruyucu sağlık hizmetlerinin etkinliğini arttıracaktır.					
TSS, GSS 'in mali riskini paylaşacaktır.					
TSS bileşenli GSS sisteminde kamu ve özel sektör arasında çift kademeli bir denetim mekanizması oluşacaktır.					
TSS ile sağlık hizmeti kalitesi üzerindeki fiyat yönünde oluşan baskıları azalacaktır.					
TSS 'in uygulanabilirliği için yasal altyapı yeterlidir.					
TSS bileşenli GSS, "Sosyal Devlet" anlayışına uymamaktadır.					
Özel Sigorta Şirketleri TSS konusunda yeterli deneyime sahip değildir.					
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası bileşenli GSS, sağlık hizmetlerinin finansman problemini çözecektir.					

Görüş ve Önerileriniz:

ANKETE KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİM.