

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Serpil UZUN

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN

İSTANBUL, 2015

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

Serpil UZUN

122009495

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN

İSTANBUL, 2015

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Serpil Uzun Öğrenci No : 122009495
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 05.06.2015
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen Tez Savunma Saati : 14.30

Tez Konusu : *Tamamlayıcı Sağlık Sigortası*

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUyla karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Cem Dikmen		Kabul
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal		Kabul
Yrd. Doç. Dr. Yıldırım Gülhan		

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)
Yrd. Doç. Dr. Onur Yarar		Kabul

ÖZET

Çağımızın sosyal güvenlik sistemlerinin tüm bireyleri kapsamı, bütün ülkelerin temel hedefleri arasında yer almaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artırılması hemen her ülkede ciddi bir finansal sorunu da beraberinde getirmektedir. Türkiye’de sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliği konusunda kamuya yardımcı olması amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 2012 yılında çıkarılan bir genelge ile “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” uygulamasına başvurulmuştur. Bu çalışmada; Genel Sağlık Sigortasına sahip kişilerin, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumlarının saptanması, mevcut uygulamaların değerlendirilmesi ve kişilerin uygulamayı tercih etme ya da etmeme yönündeki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, Mayıs 2014 ile Kasım 2014 tarihleri arasında, Bursa ilindeki kamu ve özel hastanelere başvuran 18-60 yaş arası Genel Sağlık Sigortasına sahip kişileri kapsamaktadır. Basit rastgele yöntem ile seçilen 753 kişi örnekleme oluşturmaktadır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile anketin uygulandığı bu kişilere; demografik özellikleri yanında, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeye ve mevcut uygulamayı değerlendirmeye yönelik 32 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket verileri SPSS 21.0 yazılımı ile elektronik ortama aktarılmış ve analiz edilmiştir. İstatistiksel analiz yöntemi olarak Ki-kare testi kullanılmıştır.

Katılımcıların %25,6’sının Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’ndan haberdar olduğu, %74,4’ünün ise haberdar olmadığı tespit edilmiştir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’ndan haberdar oldukları halde; %54’ünün uygulama hakkında az veya çok az bilgisinin olduğu, %46’sının ise uygulama hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların uygulamayı tercih edip etmeme yönündeki görüşleri değerlendirildiğinde ise; %32,8’i uygulamayı tercih edebileceğini, %44,9’u tercih etmeyeceğini belirtirken %22,3’ü ise herhangi bir görüş belirtmemiştir. Türkiye’de yaygın olarak uygulanabilir bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortası modelinin geliştirilmesi için Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına ilişkin düzenleme yapma yetkisi bulunan Hazine Müsteşarlığının, SGK, özel sigorta ve sağlık sektörü temsilcileriyle birlikte istişare ederek daha fazla bilgilendirici faaliyetlere ve tüm tarafların özverisiyle oluşturulacak bir modele gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri ve sigorta, Tamamlayıcı sağlık sigortası

ABSTRACT

COMPLEMANTRY HEALTH INSURANCE SYSTEM

The inclusion of all individuals in any society into social security systems is among the main goals of all countries. Increasing the quality and amount of health service that is provided within the social security system also brings some financial problems in every country. In Turkey, the system of “Complementary health Insurance” was initiated by a regulation that was implemented by Social Security Institution in 2012, in order to help the financial sustainability of health expenses in the country. Our main objectives in this study is to determine whether those with a general health insurance are aware of the “Complementary health insurance”, to evaluate current practices and to find out the opinions of people as to whether they prefer to use it or not.

The study includes people aged 18-60 with a general health insurance, who applied to both state and private hospitals in the province of Bursa between May 2014 and November 2014. Sampling consists of 753 people that were chosen randomly. A questionnaire was applied to these people with personal interviews. The questionnaire is made up of 32 questions and aims to measure their level of knowledge as regards the health insurance, to evaluate the current practice as well as to determine their demographic status.

It has been found that %25.6 of the participants were aware of the “Complementary Health Insurance” whereas %74.4 of them were not. Although they were aware of the “Complementary Health Insurance”, only 54% of the participants had some knowledge about the system but %46 of them had no knowledge about this practice. When we evaluated the opinions of the participants as to whether they prefer this practice or not, %32.8 of the participants said that they would prefer this practice, %44.9 of them pointed out that they would not use it and 22.3% of them did not express any opinion about it. In Turkey, it is necessary that Secretariat of Treasury, which has the authority to implement regulations about “Complementary Health Insurance” in order to develop a commonly practicable “Complementary Health Insurance”, should consult with SGK, Private Insurance and health sector, carry out more informative activities and develop a new model that will meet the requirements.

Key words: Health services and insurance, Complementary health insurance

ÖNSÖZ

2004 yılında kamu sağlık alanında göreve başladım. Meslekte tamamladığım bu 10 yılda “Sağlıkta Dönüşüm” başlığı adı altında yapılan birçok reforma ve gelişmelere şahit oldum. “Sağlıkta Dönüşüm”ün son halkaları arasında yer alan kamu özel ortaklığı ve buna bağlı olarak uygulamaya konulan “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” ile de akademik bir çalışma yapma fırsatı buldum.

Geçen 10 yılda, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli yöneticilerime, bu çalışma süresince, kaynakça konusunda desteğini esirgemeyen Sayın Dr. Haluk ÖZSARI’ya, deneyimlerinden yararlandığım değerli büyüğüm Sayın Dr. Hüseyin DEMİREL’e, öğütleriyle her zaman bana yol gösteren kıymetli yöneticilerim Op. Dr. Salih Zeki İPEKOĞLU ve Uz. Dr. Şahin KILIÇLI’ya, bu çalışmayı hazırlamamda yardımlarını esirgemeyen Sayın Yrd. Doç. Dr. Erdinç ÜNAL’a, sayesinde akademik bir platformda sunum yapma fırsatı bulduğum değerli tez danışmanım, hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Cem DİKMEN’e,

Akademik çalışmamın başından sonuna kadar geçen bu sürede desteklerini esirgemeyen aileme ve değerli dostlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Serpil UZUN

BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

.../.../2015

Serpil UZUN



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ.....	vi
BEYAN	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO LİSTESİ	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xvi
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ	xix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Sağlık Sisteminin Kavramı ve Sınıflandırılması	4
2.1.1. Sağlık Sistemi Kavramı	4
2.1.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması	5
2.1.2.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri: ABD	7
2.1.2.2. Kapsayıcı Tıp Sağlık Hizmetleri: İngiltere	16
2.1.2.3. Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri: Almanya	19
2.1.2.4. Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri: Küba	23
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri	27
2.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi	30
2.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemi	31
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi	33
2.3.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları	33
2.3.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları	33
2.3.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları	35
2.3.4. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikalar	37

2.3.5. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları.....	38
2.3.6. 2003-2011 Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	41
2.3.7. 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı	44
2.3.8. Türkiye Sağlık Finansman İstatistikleri.....	53
2.4. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'deki Tarihsel Gelişimi	62
2.4.1. Primli Sosyal Güvenlik Sistemi	72
2.4.2. Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi	73
2.5. Genel Sağlık Sigortası	75
2.5.1. 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortasının Amacı ve Kapsamı.....	75
2.5.2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları.....	81
2.5.2.1. Prim Ödeme ve Prim Borcu Olmama Koşulu.....	82
2.5.2.2. Kimlik Bildirimi Koşulu	83
2.5.2.3. Katılım Payı Ödemesi Koşulu.....	84
2.5.2.3.1. Katılım Payı Tahsili	85
2.5.2.3.2. Katılım Payı İadesi.....	85
2.5.2.3.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller	86
2.5.2.4. Sevk Zincirine Uyulması Koşulu	88
2.6. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları	89
2.6.1. Prim Oranları	90
2.6.2. Prim Ödeme Yükümlüleri.....	92
2.6.3. Primlerin Ödenmesi.....	93
2.7. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Verilecek Hizmetler	95
2.8. Yurt Dışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları	98
2.9. Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Girmeyen Hizmetler	100
2.10. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)	101
2.11. İlave Ücret Ödenmesi	104
2.11.1. İlave Ücret Alınmayacak Kişiler	105

2.11.2. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri	105
2.11.3. Otelcilik Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulaması	106
2.11.4. İstisnai Sağlık Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulaması	107
2.12. Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları	107
2.13. Özel Sağlık Sigortacılığı	111
2.14. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortasının Gelişimi ve Bugünkü Durumu	113
2.15. Özel Sağlık Sigortası Türleri	122
2.15.1. İkame Edici Sigorta	122
2.15.2. Destekleyici Sağlık Sigortası.....	126
2.15.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	123
2.16. Özel Sağlık Sigortasında Temel Teminat Kapsamları.....	127
2.16.1. Yatarak Tedavi Teminatı.....	128
2.16.2. Ayakta Tedavi Teminatı	130
2.16.3. İlave Teminatlar	131
2.17. Özel Sigorta ve Sosyal Sigorta Karşılaştırması	132
2.18. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası.....	134
2.18.1. Tamamlayıcı ve Destek Sigortası Kavramı	134
2.18.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı	134
2.18.3. TSS’nin Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamaları.....	138
2.18.4. TSS Türkiye Uygulaması ve Gelişimi.....	143
2.18.5. TSS ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması	151
2.18.6. TSS’ye İlişkin İstatistik Veriler	150
2.18.7. TSS Prim Hesabı ve Prim Ödemeleri.....	153
2.18.8. TSS Uygulamasının Avantajları ve Dezavantajları	154
3. GEREÇ VE YÖNTEM	157
4. BULGULAR.....	160
4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Ait Bulgular.....	161
4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular	170

5. TARTIŞMA	184
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	193
KAYNAKÇA.....	197
EKLER.....	209
Ek 1 Anket Formu	209
Ek 2 Etik Kurul Kararı.....	215
Ek 3 Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Araştırma İzni.....	216
Ek 4 Özgeçmiş	217



TABLolar LİSTESİ

SAYFA NO

Tablo 1. Sağlık Sistemi Tipleri Ve Ayırt Edici Temel Özellikleri	6
Tablo 2. Ülkelerin Yaşam Göstergeleri (1995-2011).....	26
Tablo 3. Sağlık Sistemlerinin Finansman Modelleri	2
Tablo 4. Sağlıkta Dönüşüm Programı	43
Tablo 5. Genel Demografik Göstergeler.....	53
Tablo 6. Türlerine Ve Sektörüne Göre Yoğun Bakım Yatak Sayısı 2013	54
Tablo 7. Yıllara Ve Kurumlara Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı.....	54
Tablo 8. Sosyal Güvenlik Reformu	72
Tablo 9. Genel Sağlık Sigortası Prim Planları Tablosu	91
Tablo 10. Özel Sağlık Sigortası 2000-2013 Yılı Verileri	115
Tablo 11. TSRŞB Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin Pazar Payı.....	116
Tablo 12. Yıllara Ve Sektöre Göre Hasta Müracaat Sayısı.....	119
Tablo 13. Yıllara Ve Sektöre Göre Yatan Hasta Sayısı	120
Tablo 14. Türkiye’de Sağlık Harcamaları 2008-2012.....	120
Tablo 15. 2004-2012 Kamu Sağlık Harcamaları	121
Tablo 16. Ülkelere Göre Özel Sağlık Sigorta Modelleri.....	124
Tablo 17. Türkiye'nin Önde Gelen Özel Sağlık Grupları Ve Hastaneleri..	126
Tablo 18. Özel Sağlık Sigortası Teminat Kapsamları	128
Tablo 19. Özel Ve Sosyal Sigortaların Karşılaştırması	132
Tablo 20. TSS ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması	148
Tablo 21. 01.01.2014-30.11.2014 Sağlık Sigortası Alt Teminat Adetleri (TSRŞB)	150
Tablo 22. Sağlık Sigortası Büyüme Oranları, Türkiye	151
Tablo 23. TSS Satış Primleri 01.04.2013 (Mapfre Sigorta).....	152

Tablo 24. Araştırmaya Ait Güvenilirlik Katsayıları	158
Tablo 25. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı	160
Tablo 26. Katılımcıların Yaş Dağılımı	160
Tablo 27. Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımı.....	161
Tablo 28. Katılımcıların Çocuk Sayısı Dağılımı.....	162
Tablo 29. Katılımcıların Gelir Durumu Dağılımı	162
Tablo 30. Katılımcıların Medeni Durum Dağılımı.....	163
Tablo 31. Katılımcıların Özel Hastanelerden Hizmet Alma Dağılımları ...	163
Tablo 32. Katılımcıların Özel Hastanelerden Yıllık Hizmet Alma Sayısı Dağılımları	164
Tablo 33. Katılımcıların Özel Sağlık Sigortasına Sahip Olma Durumları..	164
Tablo 34. Özel Hastaneyi Tercih Etme Sebepleri Dağılımları	165
Tablo 35. Katılımcıların TSS'den Haberdar Olma Dağılımları.....	166
Tablo 36. Katılımcıların TSS Hakkındaki Bilgi Durumu Dağılımı.....	166
Tablo 37. Katılımcıların TSS'den Haberdar Olma Kanalları.....	167
Tablo 38. Katılımcıların TSS'yi Tercih Etme Durumu.....	168
Tablo 39. Katılımcıların TSS Uygulamalarının Değerlendirilmesine Yönelik Görüş Dağılımları.....	169
Tablo 40. Katılımcıların Gelir Durumu İle TSS'yi Tercih Etme Durumu Arasındaki İlişki	172
Tablo 41. Katılımcıların Yaş ile TSS uygulamasını tercih etme durumu arasındaki ilişki.....	174
Tablo 42. Katılımcıların Çocuk Sayısı ile TSS uygulamasını tercih etme durumu arasındaki ilişki	175
Tablo 43. Katılımcıların Eğitim Durumu İle TSS'yi Duyma Durumu Arasındaki İlişki.....	177

Tablo 44. Katılımcıların Eğitim Durumu İle TSS Hakkındaki Bilgi Durumu ilişkisi.....	178
Tablo 45. Katılımcıların Eğitim Durumu İle TSS'yi Tercih Etme Durumları İlişkisi	179
Tablo 46. Katılımcıların Özel Hastanelerden Hizmet Alma Durumu İle Uygulamayı Tercih Etme Durumu Arasındaki İlişki.....	180
Tablo 47. Katılımcıların Gelir Durumu İle İlaç Ve Aşı Giderlerinin Poliçe Kapsamı Dışında Olmasını Değerlendirme Arasındaki İlişki	181
Tablo 48. Katılımcıların Gelir Durumu İle Kronik Hastalıkların Teminat Kapsamı Dışında Olmasını Değerlendirme Arasındaki İlişki	182
Tablo 49. Katılımcıların Gelir Durumu İle Anlaşmasız Kurumlarda Yapılacak Tedavi Giderlerinin Teminat Kapsamı Dışında Olmasını Değerlendirme Arasındaki İlişki	183
Tablo 50. Katılımcıların Gelir Durumu İle Doğum Teminatı Kapsamını Değerlendirme Arasındaki İlişki	184

ŞEKİLLER LİSTESİ

SAYFA NO

Şekil 1. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı.....	48
Şekil 2. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 1	49
Şekil 3. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 2	49
Şekil 4. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı 4	49
Şekil 5. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Teşkilat Şeması	51
Şekil 6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Taşra Teşkilatı Şeması	52
Şekil 7. Yıllara ve Sektöre Göre Nitelikli Yatak Sayısı	53
Şekil 8. Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler	55
Şekil 9. Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısının Uluslararası Karşılaştırması, 2012	55
Şekil 10. Yıllara Göre Birinci Basamak Kuruluşları Sevk Hızı	56
Şekil 11. Yıllara ve Sektöre Göre Hastanelerde Yatak Doluluk Oranı.....	56
Şekil 12. Yıllara ve Sektöre Göre Hastanelerde Yatan Hasta Ortalama Kalış Günü.....	57
Şekil 13. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet 2013 ve Kişi Başı Kamu Sağlık Harcaması, 2012	57
Şekil 14. OECD Ülkelerinde Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması, Kamu ve Özel, 2012	58
Şekil 15. 2012 Yılı Rakamları İle Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, Reel.....	58
Şekil 16. Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı.....	59

Şekil 17. OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYİH İçindeki Payı, 2012	59
Şekil 18. Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması.....	60
Şekil 19. Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı.....	60
Şekil 20. OECD Ülkelerinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı 2012	61
Şekil 21. OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2012	61
Şekil 22. Yıllara ve Sektöre Göre Hastane Sayısı.....	118
Şekil 23. Yıllara ve Sektöre Göre Kişi Başı Müracaat Sayısı	119
Şekil 24. Katılımcıların Cinsiyet Dağılımı.....	160
Şekil 25. Katılımcıların Yaş Dağılım Grafiği.....	161
Şekil 26. Katılımcıların Eğitim Durumu Dağılımı.....	161
Şekil 27. Katılımcıların Gelir Durumu Dağılımı	162
Şekil 28. Katılımcıların Özel Hastaneden Hizmet Alma Durumu	163
Şekil 29. Katılımcıların Özel Hastaneden Yıllık Hizmet Alma Sayıları.....	164
Şekil 30. Katılımcıların Özel Hastaneyi Tercih Etme Sebepleri.....	165
Şekil 31. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumları	168
Şekil 32. Katılımcıların TSS Hakkındaki Bilgi Durumları	167
Şekil 33. Katılımcıların TSS'dan Haberdar Olma Kanalları	168
Şekil 34. Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını Tercih Etme Durumu	168
Şekil 35. TSS Uygulamalarına Yönelik Görüş Dağılımları (Kötü %).....	170
Şekil 36. TSS Uygulamalarına Yönelik Görüş Dağılımları (İyi %)	171
Şekil 37. Gelir Durumu İle TSS Uygulamasını Tercih Etme Durumu Arasındaki İlişki	173

Şekil 38. Yaş ile TSS Uygulamasını Tercih Etme Durumu İlişkisi	175
Şekil 39. Eğitim Durumu İle TSS'yi Duyma Durumu Arasındaki İlişki ...	177
Şekil 40. Özel Hastanelerden Hizmet Alma Durumu İle Uygulamayı Tercih Etme Durumu Arasındaki İlişki	180



KISALTMALAR LİSTESİ

TSS	: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AB	: Avrupa Birliği
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
OECD PHİ	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Özel Sağlık Sigortası
OHSAD	: Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği
HMO	: Sağlık Destek Organizasyonları
PPO	: Tercihli Hizmet Organizasyonları
IPA	: Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu
SSI	: Tamamlayıcı Güvenlik Geliri
NHS	: Ulusal Sağlık Hizmeti
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
SBGM	: Sigorta Bilgi Gözetim Merkezi
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
BYBO	: Bileşik Yıllık Büyüme Oranı
RG	: Resmi Gazete
UNDP	: Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı
TSRŞB	: Türkiye Sigorta Reasürans Şirketler Birliği
TSB	: Türkiye Sigorta Birliği
ÖSS	: Özel Sağlık Sigortası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

İnsanlar içgüdüsel olarak kendilerini tehlike ve risklerden korumaya çalışmakta, bu tehlike ve risklerin bazılarına karşı ise önceden bilerek veya tahmin ederek çeşitli önlemler almaktadırlar. Günümüzde çağdaş koruma sistemi olarak adlandırılan Sosyal Güvenlik Sistemi'nin herkesi kapsamaması, bütün ülkelerin hedefleri arasında yer almaktadır. Ancak bu hedef doğrultusunda sunulan hizmetin miktar ve kalitesinin artırılması ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi, uzun yıllar gelişme göstermiş fakat buna yönelik yapılan harcamalarının artması, kamu bütçesi içerisindeki payının gittikçe yükselmesine ve buna karşın hizmetin tatminkâr bir şekilde sunulmamasına neden olmuştur (1).

Sağlık alanındaki hizmetler, nüfus, teknolojik gelişmeler, milli gelir ve ülkede uygulanan politikalara göre çok çeşitlilik göstermektedir. Ancak 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.

Bu kapsamda Sosyal Güvenlik alanında sunulan hizmetlerin memnuniyet verici bir seviyeye ulaşması için ülkeler tarafından yapılan reformlar sonrasında, memnuniyet artmasına karşın kamunun sağlık hizmetlerine ayırdığı payın her geçen gün artması, sistemin sürdürülebilirliğinin tartışılmasına yol açmıştır (1).

Kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ekonomiler için önemli bir mesele haline gelmiş olup bu amaçla finansmandan kaynaklanan zorlukların çözümüne yönelik farklı yöntemler üretilmiştir. Sağlık alanındaki kamu yükünün azaltılması amacıyla 'Tamamlayıcı Sağlık Sigortası' (TSS) çözüm önerisi olarak sunulmuştur (2).

TSS, 2000’li yıllardan itibaren sürekli olarak tartışılmış, Genel Sağlık Sigortasının (GSS) mevcut sorunlara tam olarak çözüm getirememesi, temel teminat paketi ile optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemesi üzerine, kanun koyucu tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortası ile kısmi bir açılım yapmış ve Sosyal Güvenlik Kurumunca (SGK) yayımlanan 28.06.2012 tarih 2012/25 sayılı ‘Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları’ başlıklı genelge ile uygulamaya geçmiştir. Genel Sağlık Sigortası ile birlikte uygulamaya konulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın kamunun üzerinde oluşan maliyet baskısının azaltacağı hem de sosyal güvenlik kapsamında yer alan bireylerin hizmetten daha çabuk ve daha yüksek standartlarda yararlanma olanağına kavuşacakları düşünülmektedir.

Bu çalışmada ilgili genelge hükümleri çerçevesinde yürürlüğe konulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) uygulamaları genel bir çerçevede ele alınacak ve uygulamanın Genel Sağlık Sigortası’na (GSS) sahip kişiler tarafından değerlendirilmesi sağlayarak, kişilerin TSS hakkındaki bilgi düzeyleri ve tercih etme durumları incelenecektir.

Çalışmanın genel bilgiler bölümü; sağlık sisteminin tanımı ve sınıflandırılması, sağlık hizmetlerinin finansman yöntemleri, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin bugünü, sosyal güvenlik sistemi, sağlık sigortacılığı ve Türkiye’deki gelişim süreci, sosyal güvenlik kavramı; primli ve primsiz sistemler, 5510 sayılı Genel Sağlık Sigortası, teminat türleri, avantajlı ve dezavantajlı yönleri, özel sağlık sigortaları hakkında genel bilgi, Türkiye’deki gelişimi ve bugünkü durumu, özel sağlık sigortasının temel teminat türleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına ilişkin genel durum değerlendirmesi, teminat türleri, prim ödemeleri, avantajlı ve dezavantajlı yönleri gibi konuları içermektedir. Araştırmanın gereç ve yöntemine ilişkin bilgilere değinildikten sonra, araştırmanın bulguları ortaya konarak tartışılacak ve yapılan araştırmanın sonuç ve öneriler bölümüne yer verilecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Sistemi Kavramı ve Sınıflandırılması

2.1.1. Sağlık Sistemi Kavramı

Sağlık sistemi, toplumun sağlığını korumak, hastalıkları ortadan kaldırmak ve sağlığın sürekliliğini sağlamak üzere hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının; tıbbi cihaz ve sarf malzeme üreticilerinin; eğitim, yönetim ve araştırma geliştirme (ARGE) kuruluşlarının ve sağlık hizmet sunucularının oluşturduğu sistemler bütünü olarak tanımlanabilir (3).

Sağlık sistemi, bireyin hastalıklardan korunması, tedavi ve rehabilite edilmesine yönelik çeşitli sağlık hizmeti veren kuruluşlardan oluşur. Geniş bir hizmet çeşidine sahip olan sağlık sektörü, bir sistemi meydana getirir (4). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Sağlık Sistemini, öncelikli amacı insan sağlığını korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlamıştır (5).

Sağlık sistemleri, hizmet sunulan nüfusun sağlığını yükseltme, insanların beklentilerine yanıt verme, hastalık ya da sağlığın yanıtlarına karşı finansal koruma sağlama amaçları doğrultusunda hareket etmelidir.

Sağlık sistemlerinin tarafları genel olarak: Toplum ve bireyler, hizmet sunan kurum ve kuruluşlar, finans kuruluşları, destek kuruluşları ve devlet olarak sınıflandırılabilir (1,4). Devletin sağlık sistemi içindeki görevi sadece ilgili yasal düzenlemeleri yapmak ve denetlemekle sınırlı olmayıp, hizmet sunumunu ve finansman görevlerini de üstlenmektir. Sistemin sağlıklı çalışabilmesi için devletin denetleyici ve düzenleyici rolü ayrıca önem taşımaktadır (3). Toplumun ve bireyin sağlık ihtiyaçlarını karşılamak üzere kamu kesimi, kar amacı güden ve gütmeyen özel kurum ve kuruluşlar, sağlık sisteminin temel unsurları arasında yer almaktadır (3).

2.1.2. Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmeti sistemleri, ülkelerin ekonomik durumlarından, ideolojik tercihlerinden etkilenmekle birlikte aynı zamanda siyasal çıkarlar ve kaygılarca da şekillendirilmektedir. Kilit rollerdeki aktörlerin arasında, ilaç endüstrisi, sağlık hizmeti donanımını sağlayanlar, tıp profesyonelleri ve tabii ki uygulanan politikaların seçmene yansımalarına bakan başlıca siyasal partiler yer almaktadır. Sağlık sistemleri bu ve benzeri faktörler göz önünde bulundurularak birbirinden farklı, birden fazla sınıflandırma altında incelenebilmektedir. Bu bakımdan dünyada çeşitli sağlık sistemi uygulamaları yer almaktadır. Dolayısıyla sağlık sistemleri birbirinin aynısı olan ülkeler bulmak zordur (6).

Sağlık sistemlerinin sınıflandırılması ile ilgili birçok çalışma yürütülmüş, ancak tüm sistemleri kapsayacak bir sınıflandırılma henüz yapılamamıştır. Konu ile ilgili olarak, ülkelerin gelişmişlik düzeyleri göz önüne alınarak yapılan çalışmalardan kurumsal yaklaşımlara kadar birçok yaklaşım mevcuttur (7).

Sağlık sistemleri ile ilgili ilk kapsamlı araştırma, 1931 yılında, Arthur Newsholme tarafından yapılmıştır. Daha sonra Terries, Avang, Mark Field, Kılıç ve Bumin, Ray Elling, Dünya Bankası ve Milton I. Roemer tarafından sınıflandırmalar yapılmıştır (3,10).

Milton I. Roemer sınıflandırması, en çok bilinen ve en yaygın başvuru olanlardan biridir. Milton I. Roemer, ülkelerin ulusal sağlık sistemleri hakkında, 1956, 1960, 1984, 1991 ve 1993 yıllarında çalışmalar yapmıştır. Roemer, “National Health Systems of the World” adlı kapsamlı çalışmasında sağlık sistemlerini “Ekonomik Seviye ve Sağlık Sistemi Politikaları”na göre sınıflandırılmıştır (8). “Ulusal Sağlık Sistemi Tipleri” başlığı altında sağlık sistemlerini devletin sağlık piyasasına müdahale derecesine göre;

Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri, Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri, Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri, Sosyalist Tip Sağlık Sistemleri olarak dört başlıkta toplamıştır (8).

Tablo 1: Sağlık sistemi tipleri ve ayırt edici temel özellikleri

Özel Teşebbüs / Serbest Pazar Tipi	Refah Yönelimli Tip	Kapsayıcı / Bütüncül Hizmet Tipi	Sosyalist / Merkezi Planlama Tipi
Kişisel doğrudan ödeme veya isteğe bağlı özel hastalık ve sağlık sigortalarıyla talep temel unsurdur.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, kişisel prim ödemeli kamu hastalık sosyal sigortasıyla talep temel unsurdur.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, tam kapsamlı sağlık sosyal güvenliğiyle talep ve kamu sağlık hizmet nitelikli ücretsiz arz temel unsurdur.	Tüm bireylere yönelik, zorunlu, toplumun ortak sağlık güvencesiyle talep ve toplumun ortak sağlık hizmeti nitelikli ücretsiz arz temel unsurdur.
Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde var olsa da, asıl unsur değildir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin talebinde asıl unsurdur, arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur, bazen arzda daha az olabilir.	Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur.
Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde asıl unsurdur	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arzında var olabilir, talebinde ek imkânlar sunabilir.	Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır.

Tablo 1, 9. Kaynaktan alınmıştır (9).

Tablo 1’de, Özel Teşebbüs ile Refah Yönelimli Sistemler birbirine daha yakın yaklaşımlara sahip iken Kapsayıcı ve Sosyalist Sistemlerin ise birbirine daha yakın yaklaşımlara sahip olduğu görülmektedir.

2.1.2.1. Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemleri

Bu sistemde, sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde esas olarak serbest pazar şartları geçerlidir. Sağlık hizmetleri talebi, genellikle kişisel ödemelerle veya özel sigorta şirketlerine prim ödemek koşulu ile sağlanmaktadır.

Genellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde uygulanmaktadır. Gelişmiş ülkelerin başında, ABD (Amerika Birleşik Devletleri) başta olmak üzere, OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ülkeleri de denilen Avrupa ülkeleri gelmektedir.

Yeterli olmayan kamu sektörü yanında asıl unsur, özel sektördür. Maddi olanağı olan, sağlık güvencesine sahip olur. Sağlık hizmeti arzını ve harcamaların büyük bir kısmını, özel sektör sağlar. Mevcut yatak kapasitesinin büyük bir bölümü yine özel sektöre aittir (10). Sağlık hizmeti talep edenlerin, alacakları hizmet hakkında yeterli bilgiye sahip olamadığı, arz edenin, talep yarattığı (Supplier Induced Demand) her yönden açık ve korunmasız “Ahlaki Tehlike”nin (Moral Hazard) olduğu uygulamalardır. Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim imkanları çok kısıtlıdır (9).

Bu sağlık sistemi tipi, sağlık hizmetleri arz ve talebinin esas olarak serbest pazar şartlarında gerçekleştiği, yeterli olmayan kamu sektörü yanında ana unsur olarak özel sektör sağlık hizmetleri arzının ve kişisel talebin yaygın olduğu bir ortamı tanımlamaktadır.

Sonuç olarak, milli geliri yüksek, gelir dağılımı nispeten dengeli, yoksulları çok az, sosyal yardım faaliyetleri etkili, toplum sağlığı hizmetleri yeterli, denetim mekanizmalarının etkin çalıştığı ülkelerde uygulandığında, kişisel sağlık hizmetleri arz

ve talebinde sorunlara yol açmayabilir. Ancak bu durumda, birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşım ve yararlanma imkânları kısıtlı olan gelir düzeyi düşük ve yardıma muhtaç kişilerin tedavi hizmeti ihtiyaçları konusunda ortaya çıkacak olumsuzlukların, kamu müdahalesiyle çözülmesi gerekliliği unutulmamalıdır (10).

ABD (Amerika Birleşik Devletleri) Örneği

ABD’de maliyetlerini karşılayabilenler için tıbbi bakımın kalitesi oldukça yüksektir. Ülkede dünyanın en iyi hastaneleri ve tıbbi araştırma kurumları vardır. Ancak yetersiz sigorta kapsamaları ve sağlık hizmetine erişimdeki aksaklıklar uygulanan sistemin olumsuzlukları arasında yer almaktadır. Uygulanan sistem yeryüzünün en az eşitlikçi ve en pahalı sağlık sistemidir.

“Öncelikle sistem, hem finansman hem de hizmet sunumu açısından çok parçalı bir görünüm arz etmektedir. Toplam nüfusun 2/3’ünden fazlasının sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen şirket emeklilik programları vasıtasıyla özel sektör; kalanı ise kamu sektörü tarafından temin edilmektedir. Toplam nüfusun %9’una yakını da kendi ödedikleri primlerle bireysel satın alma yolu ile sağlık sigortası yaptırmaktadır” (11).

Amerikan sağlık sistemi, serbest çalışan ve her vizite için ücret talep eden özel doktorlar üzerine kurulmuştur. Her doktorun belli hastanelerle anlaşması bulunur. Gerektiğinde hastalarını anlaşmalı kurumlara gönderirler. Hasta kendisine verilen hizmetin karşılığını kendisi öder. Bazı hastaneler eyalete, bazıları belediyelere aittir. Askeri hastaneler ise federal hükümet tarafından işletilir. Dini gruplar ya da vakıflar tarafından kar amacı gütmeksizin işletilen hastaneler de vardır.

ABD’de sağlık hizmetlerinin finansmanını gerçekleştiren gruplar dört bölümde incelenebilir.

Bu dört grup finansman örgütlenmesi:

1-Kar amaçlı özel sigorta şirketleri,

2-Mavi Haç ve Mavi Kalkan uygulaması, (Blue Cross and Blue Shield)

3-Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları, (Health Maintenance Organizations, HMO)

4- Kamu sigortaları, Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası), Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı) şeklinde dört başlıkta özetlenebilir (10,12).

1. Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri;

ABD’de özel sigorta şirketlerini büyük oranda, kar amaçlı özel sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Çoğunlukla bir işverene bağlı çalışanlar yararlanmakta ve çalışanlar prim ödemek yoluyla finansmana katılmaktadırlar. Bu sigorta şirketleri işverenlere yönelik grup sigortalarının yapılması şeklinde faaliyet gösterir. İşverenler için çalışanları sigortalatmak zorunluluk teşkil etmediği için tüm çalışanların teminat altına alındığını söylemek zordur. Bu bakımdan nüfusun %15’i sigortasız ya da dar kapsamlı teminata sahiptir (12). Bu kişiler genellikle devletin sunduğu destek programlarından da (Medicare ya da Medicaid) yararlanmak için gerekli koşulları sağlayamadıklarından sağlık güvencesinden tümüyle yoksun bırakılmaktadırlar.

Grup sigortaları, bütün grup üyelerini hastalık riski ne olursa olsun eşit olarak ele alırken, bireysel sigortalar ise, masraflar 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 (13).

ABD’de 2013 yılı verilerine göre toplam nüfus 312.965 milyondur. 45.3 milyon kişi yoksulluk sınırındadır. Bu sayı toplam nüfusun %14,5 oluşturmaktadır (13). 175 milyon kişi (toplam nüfusun %55’i) işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına sahiptir. 42 milyon kişinin sağlık sigortası bulunmamaktadır. 45-64 yaş arası kişiler sigortasız nüfusun %28,6’sını oluşturmaktadır (14). ABD’deki sağlık harcamalarının GSMH’ya oranı 16,9’dır. 2012 yılı OECD ortalaması ise 9,3 seviyesindedir (15).

2. Mavi Haç ve Mavi Kalkan uygulaması, (Blue Cross and Blue Shield);

Blue Cross yani Mavi Haç, ABD’de modern sağlık sigortalarının tarihi gelişiminde önemli bir yeri olan ve Dallas Texas’da 1929 yılında bir grup öğretmen tarafından kurulmuştur. Önceden belirlenen aylık masraflara karşılık oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan finansman örgütlenmesidir. Daha sonra bunu doktorlar tarafından başlatılmış olan Blue Shield yani Mavi Kalkan planı izlemiştir. Kar amacıyla çalışmayan sigorta şirketleri bu grupta ele alınmaktadır. Diğer özel sigorta şirketlerinden farkları birbiriyle rekabet etmeden çalışmalarınıdır. Blue Cross, hastane masraflarını, Blue Shield ise doktor giderlerini sigorta etmektedir (13).

3. Bağımsız Sigorta Planları ve Sağlık Organizasyonları

(Health Maintenance Organizations, HMO);

Bu sigortalar da kar amacı gütmeyen sağlık sigortaları kapsamındadır. Topladıkları primlerle çalışırlar. Bağımsız sigorta şirketlerinin yanı sıra, maviler ve diğer kar amaçlı sağlık sigorta şirketleri bu organizasyonların talepte bulunmaları halinde gerekli finansmanı kendilerine sağlayabilirler (12).

- Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organizations, HMO),
- Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preferred Provider Organizations, PPO),
- Bağımsız Pratisyenler Organizasyonu (Independent Practice Associations, IPA) gibi organizasyonların yaptıkları sigortalar olmak üzere üç grupta ele alınabilir.

HMO çoğunlukla hizmet başına ödeme yerine kişi başına ödeme sistemine dayanmaktadır. HMO'dan yararlanmak isteğe bağlıdır ve bundan yararlanmak isteyenler belirli oranda aylık bir prim ödemek zorundadır. Bu primleri HMO alabildiği gibi özel sigortalıların hastalarına da hizmet verebilir.

HMO'lar devlet, işveren, sağlık hizmet sunucuları ve sigorta şirketleri gibi birçok farklı kurum tarafından desteklenen toplu sağlık planlarıdır. Bağımsız veya bir hastaneye bağlı olabilirler ama genelde ayrı hareket ederler, kendi klinikleri kendi, doktor ve hemşireleri vardır. Bundan yararlanmak isteyenler aylık bir prim ödemek zorundadır. Bunlar genelde sigorta ücretlerinden daha düşüktür ve bu bakımdan HMO'lar daha sınırlı tıbbi bakım sunar (16).

PPO'da ise hastaların iki seçeneği vardır. PPO'ya dâhil doktordan hizmet alındığında maliyet PPO tarafından karşılanırken başka bir doktor tercih edildiğinde ise ücretin belli bir bölümü hasta tarafından karşılanmak zorundadır. IPA ise hastaları bu konuda serbest bırakmaktadır. PPO'lar sigorta şirketleri ve tıp dernekleriyle daha ucuza hizmet vermek amacıyla daha yakın bir işbirliği içindedirler (12).

PPO herhangi bir mali yükümlülüğü üstlenmemekle birlikte karşılıklı menfaat ilişkisi temelinde, bireylere sağlık kalitesini düşürmeden uygun fiyatlarda hizmet sağlamaya çalışmaktadırlar. Buna karşılık olarak da sağlık kuruluşları müşteri sıkıntısı yaşamamaktadırlar (12).

4. Kamu sigortaları;

- Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası),
- Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı)'dir.

Medicare (Tıbbi Bakım ve Yaşlılara Sağlık Sigortası),

Medicare, 65 yaşın üstündeki grupların tıbbi bakımı için eyaletler ve federal hükümet tarafından ortaklaşa finanse edilen bir sosyal programdır. Genel bütçe üzerinden finanse edildiği için kamusal bir hizmet sistemi gibi görünse de bu sistem masrafların bir kısmını karşılamaktadır. Medicare kapsamındaki kişiler %20'lik tutar için aynı şekilde özel sigorta şirketlerinden ödeme tutarını tamamlamak üzere sigorta satın almak veya cepten ödeme gerçekleştirmek zorundadırlar (17).

“1965 yılında kabul edilen, “The Medicare Act” sosyal güvenlik sistemi içinde, bütün yaşlılara getirilen sağlık sigortasıdır. Harcamaları Sosyal Güvenlik İdaresinin finansmanı ile karşılanır. ABD’de 65 yaşının üstündeki herkes ve maluller gelir seviyesine ve zenginlik durumuna bakılmaksızın bu program kapsamına alınır” (18).

Medicare, iki ayrı ödeme planından oluşmaktadır. Birinci ödeme planında hastane masrafları karşılanması yer alırken; ikinci ödeme planında doktor ve hemşirelik bakımları, ayakta tedavi ve laboratuvar giderlerinin karşılanması yer alır. 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 (19, 20).

Devletin yaşlılara sunduğu destek programı Medicare, sağlık hizmetlerinin yalnızca %43'ünü karşılamaktadır. Büyük oranda harcama sigortaya rağmen hastanın cebinden çıkmaktadır. Birçok kişi bu giderleri karşılayamadığından sağlık hizmetinden yoksun kalmakta ya da gelirini sağlık harcamasına yaparak yoksullaşmaktadır. 2010 rakamları ile 48 milyon Amerikalı Medicare kapsamındadır. Bunların 40 milyonunu 65 yaş ve üzeri kişiler, 8 milyonunu engelli bireyler oluşturmaktadır (19).

Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası, Sağlık Yardımı)

Medicaid, medicare gibi ABD mevzuatına göre Sosyal Sigorta Kanununun 19. maddesi ile düzenlenmiştir. Madicare bir sigorta olmasına karşın Medicaid bir yardım programıdır. Federal devlet yardım programlarını destekleyen bir programdır. Finansmanı merkezi ve eyalet hükümlerinin genel vergileriyle yapılır. Her eyaletin kendine özgü bir sağlık yardım programı vardır (21).

Medicaid çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki ailelerdeki 6 ve 19 yaşından küçük çocukları ve gebeleri kapsamaktadır. Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır (19).

Medicaid yardımından, Sosyal Güvenlik Sistemi içinde bulunan Tamamlayıcı Güvenlik Geliri (Supplementary Security Income, SSI) programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır (19). SSI yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır. Yaklaşık 45 milyon kişi (nüfusun %15,9'u) Medicaid programı kapsamındadır. Çok yaşlı veya çok fakir olmayan herkes sağlık giderini kendisi karşılamak durumundadır. Medicaid ödemeleri de Medicare'de olduğu gibi kısıtlama ve kesintilerle doludur.

Medicaid ve Medicare dışında özel sigorta sistemi üzerinden beslenen ABD sağlık sigortası sistemini ayakta tutan temel unsur, hastalık halinde sigorta başvurusunun reddedilmemesidir. Bu durum ancak sağlık sigortasına ihtiyaç duyulduğu anda sisteme dahil olunarak, sürekli olarak sisteme ödeme yapanların katkılarından haksızca yararlanılmasına neden olmaktadır.

Yaklaşık olarak OECD ülke ortalamasının iki katına yakın sağlık harcaması yapan ABD sağlık performansı açısından Dünya Sağlık Örgütü verileri bakımından sıralamada 37. sırada yer almaktadır (33).

ABD, kamu sağlık sigortalarının sınırlı bir gruba hizmet vermesi bakımından, diğer gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerine göre yetersiz kalmaktadır. Çünkü hemen hemen tüm gelişmiş ülkelerde devletin “sosyal” olma özelliğinden kaynaklanan ve asgari düzeyde de olsa tüm nüfusu kapsayacak bir sağlık sistemi bulunmaktadır (21).

ABD’de sağlığa erişimde stratejik bir ürün görülmeyen ilaç, diğer tüketim ürünleri gibi değerlendirilmektedir. İlaç bedelleri çok büyük oranda hastalar tarafından cepten ödenmekte ve sigorta şirketleri reçete edilen ilaç masraflarını karşılamamaktadırlar. İlaç endüstrisinin birinci önceliği kar elde etmektir. İlaç şirketleri ABD’nin en karlı şirketleri olarak öne çıkmaktadır.

ABD sağlık sistemi hizmet sektörü ilkeleri için; Bütün sistem özel sunucuların hâkimiyeti altındadır ve neredeyse en temel acil durum hizmetleri için bile kullanıcı ücreti ve ikili ödeme öngören bir yapıya sahiptir. Çoklu ödeyicilerin ve sunucuların kapsayıcı sigorta ve yüksek teknolojiye dayalı tedavi önerdiği bir tür sağlık piyasası yaratılmıştır. Özel sektörün baskın rolü, işlevlerin büyük oranının merkezleşmiş eyaletlere ve yerel yönetimlere kaymasıyla birlikte federal hükümete çok az bir rol bırakılmıştır. Birçok durumda hastane “özerkliği” had safhaya ulaşmış, hem kar amaçlı hem dengelemeye ve gelir yaratmaya zorlanmıştır (22).

ABD deneyimi, “En yoksulları ve sağlık hizmetine en çok gereksinimi olanları gözden çıkarabilecek bu ilkeler üzerine kurulu bir sistemdir” denilebilir (23).

ABD’de, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde karşılaşılan problemlerin çözümü ve bu alandaki yükün hafifletilmesi hükümetlerin başlıca hedefleri arasında yer almaktadır.

Nitekim ABD’de mevcut sağlık sistemi ile ilgili sorunlar nedeni ile ABD Başkanı Barack Obama, sağlık reformu planı açıklamıştır. Sağlık güvencesinden yoksun yaşayan yaklaşık 48 milyon Amerikalıyı sigortalı yapmayı amaçlayan plan,

sağlık reçetelerinin kapsamını genişletmeyi ve vatandaşların sağlık sigortası edinmesini destekleyen federal yardımları artırmayı öngörüyor. Obama'nın yeni düzenlemesinde;

- Küçük işletmeler (25'ten az çalışanı olan) ve orta sınıf Amerikalıların sağlık sigortası alabilmesi için vergi kredisi sağlanması bu amaçla küçük işletme çalışanlarına sağlık sigortası olanağı sunmasına yardım etmek için 40 milyar dolarlık vergi indirimine gidilmesi,
- Yaşlıların daha ucuz ilaç, ücretsiz koruyucu sağlık hizmeti alması,
- Her iki Amerikalıdan biri için geçerli olan mevcut hastalık nedeniyle sigorta talebinin reddinin, 2017'ye kadar ortadan kaldırılması,
- Herkes için mevcut hastalık varlığı ve yüksek riskli olmanın sigorta başvurusunda sorun olmaktan çıkarılması,
- Tüm sigortalılar için koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz olması, yer almaktadır (23).

Beklenen sağlık sigortası reformu "Ekonomik Bakım Yasası" (Affordable Care Act) her vatandaşa sosyal sigortalı olarak sistemin finansmanını sürekli destekleme zorunluluğu getirmesinin yanı sıra, sigorta yaptırmayanlar için para cezası yaptırımını getirmiştir. "Obamaact" olarak da adlandırılan reform, ABD sigorta sistemini karma modelden, nispeten toplumun tümünden alınan vergi benzeri sosyal primlerle beslenen Beveridge modeline doğru bir geçişe sürüklemektedir (22, 23).

2.1.2.2. Kapsayıcı Tip Sağlık Hizmetleri:

Günümüzde; Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılan bu modelin temel özelliği sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir (41).

Devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını bütçe aracılığı ile kontrol etmesi, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, hekimlere verdikleri hizmetin karşılığının maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi ile ödenmesi, kurumlar içinse merkezi idare tarafından belirlenen bütçelerin kullanılması, bu modelin diğer özellikleridir.

Milletvekili olarak 1941'de İngiltere Sosyal Güvenlik Sisteminin kurulması için rapor hazırlamakla görevlendirilen W. Beveridge'nin hazırladığı rapor, İngiltere'nin sosyal güvenlik ve sağlık sistemine temel teşkil eder. Bu nedenle bu sisteme “Beveridge Sistemi”de denir (10). Bu model genellikle “Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti” (National Health Service-NHS) ile özdeşleşmiştir (41). Sistemin özünde, nüfusun tamamı için tüm sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunumunun devlet tarafından, ücretsiz olarak verilmesi ilkesi vardır.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kamu kaynaklıdır. Kamu kaynakları kullanılarak sağlık hizmetleri talebinde ve arzında, tüm bireylerin zorunlu kamu sağlık hizmetleri güvenliği kapsamına alınması ve tüm sağlık ihtiyaçlarının kamu sağlık kurumlarınca karşılanması esastır. Kişilerin ek bir sağlık ödeme zorunluluğu yoktur. Bu sistemde, her zaman güçlü bir kamu yönlendirilmesi görülür (8).

Hizmet sunumunda özel sektörün payı azdır. Hizmetin arzında, kamu sektörü asıl olmakla birlikte, güncel uygulamalarda kamu ve özel sektör bir arada bulunabilir. Hizmet talebinde özel sektör, isteyenlere bedelli olarak ek imkânlar sağlayabilir. Özel

sektörün hizmet arzında oluşabilecek olumsuz durumlar, iyi bir denetim sistemiyle en aza indirilmeye çalışılmaktadır (9, 10).

İngiltere Örneği

İngiltere'de 1948 yılında uygulamaya konulan “Ulusal Sağlık Hizmeti” (National Health Service, NHS) teşkilatı tüm İngiliz vatandaşlarına ücretsiz sağlık hizmeti sunmaktadır.

OECD verilerine göre İngiltere'de kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %84'dür. Toplam sağlık harcamalarının %90'ı kamu tarafından, %10'u özel sigortalar tarafından finanse edilmektedir (15).

İngiltere'deki ulusal sigorta gelir vergisi niteliğindedir. İngiltere'de NHS harcamaları dışında özel harcamalar da vardır. Bunlar NHS dışındaki hizmetlere yapılan özel sigorta harcamalarından ve uzun süreli bakım, ilaçlar, diş ve göz sağlığı hizmetleri için yapılan özel harcamalardan oluşur.

NHS'de sağlık hizmetleri üç basamaktan oluşmaktadır. Basamaklar arasında çok iyi işleyen bir sevk zinciri vardır. Temelleri 1601 yılına dayanan “Aile Hekimliği” ya da İngiltere'deki adıyla Genel Pratisyenlik 1947 yılında “Aile Hekimleri Kraliyet Koleji”nin kurulmasıyla başlamıştır.

Aile hekimleri bağımsız çalışan, kendi muayenehane ya da merkezlerinde kendilerine tahsis edilen yerlerde hizmet veren, 2500 kişiye bakmakla yükümlü kimselerdir. Birinci basamak sağlık örgütlenmesi içinde yer alan ve nüfus yoğunluğuna göre yapılandırılan “Kamu Sağlık Merkezleri” ve “Aile Hekimlikleri” hastalıkların önlenmesine, halk sağlığının korunmasına yönelik hizmet vermektedir. Birinci basamakta ücretlendirme, hizmet başı değil kayıtlı kişi sayısına göre yapılmaktadır.

Genel pratisyenler, başışıklama gibi performansa dayalı hizmet de verdikleri için, ek olarak yaptıkları bu hizmetler için de ücret alabilmektedir. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadırlar (8, 21).

İngiltere’de ikinci basamakta yer alan hastaneler, genellikle 10.000 ile 100.000 arasındaki nüfusun ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde yapılandırılmıştır. Her türlü tıbbi ve cerrahi hizmeti verebilecek kapasiteye sahiptirler. Yönetimleri özerktir. Bu hastanelerde görev yapan uzmanlar, hastanelerde kısmi zamanlı sözleşme yaparlar. Genel pratisyenler tarafından gönderilen hastalara bakarlar. Diğer zamanlarda muayene hastalarına bakarlar ve özel hastalarını NHS hastanelerinde tedavi etme olanakları vardır.

Üçüncü basamakta, üst uzmanlık sahibi doktorların çalıştığı hastaneler yer alır. Ayrıca tıp eğitimi veren hastanelerde üçüncü basamakta yer almaktadır. İkinci ve üçüncü basamak hekimlerin çalışma şartları aynıdır.

NHS tarafından yürütölen sağlık hizmetlerinin tamamı 1980’li yıllara kadar ücretsiz olarak sağlanmaktaydı. NHS’nin kuruluş amacı bu olmasına rağmen 1980-1990’lı yıllarda bir dizi reform yapılarak NHS kuruluş amacından uzaklaştığı ve sağlık hizmeti alan hastalardan ek ücret talep edilmeye başlandığı görölmektedir (3).

İngiltere'nin sağlık hizmetlerini ücretsiz sağlaması, sağlık hizmetlerini yerine getirirken zorlanmasına neden olmuş ve sosyal devlet olma anlayışı ile yürürlüğe giren NHS’nin verdiği hizmetler, zaman içinde, hükümetlerin değişmesiyle değişikliğe uğratılmıştır. 1983’te süpermarket zinciri yöneticisi Sör Roy Griffiths, NHS’nin başına geçmiş ve modelin özel sektör ilkeleri uygulanarak karlılık ilkesine geçeceğini açıklamıştır ve böylece sağlıkta pazar ekonomisi uygulamalarının kapısı açılmıştır (24).

Herkese ücretsiz sağlık hizmeti prensibinden ödün verilmiştir. 1991'de başlayan reform hareketleri ile rekabetin ve etkinliğin artırılması hedeflenmiştir. 1979'da başlayan özelleştirme çalışmaları, özel sigorta şirketlerinin kuruluşunu ve halkı bunlara yönlendirmeyi amaçlamıştır.

Özel sağlık sigortasına sahip kişi oranı, toplam nüfus içinde %8-%10 (12 Milyon) civarındadır. Özellikle psikiyatrik bakım, uzun dönemli bakım ve öğrenme güçlükleri ile ilgili sorunlar özel sektör tarafından çözülmektedir (21). Özel sigortalar NHS'nin sağladığı hizmetlere alternatifler sağlamak ve uzun bekleme süresine maruz kalmamak için tercih edilmektedir. Özel sigortalar sadece tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir.

1990'ların ortalarından sonra, başta uzun bekleme listeleri olmak üzere çeşitli nedenlere dayalı olarak nüfusun belli bir kesmi tamamlayıcı sigorta yaptırmaya yoluna gitmiştir. Özellikle de son on beş yıldır İngiltere, sağlık sisteminde özel sektörün göreceli rolü (hizmet sunumunda) giderek artış eğilimi göstermeye başlamıştır.

2.1.2.3 . Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri:

Almanya'da sosyalleşme kanunları ile gündeme gelen 'Bismark Sistemi' olarak da bilinen "Refah Yönelimli Sağlık Sistemi" hâkimdir. Bismarck modeli 1883 yılında Almanya'da "Bismarck" tarafından geliştirilmiş ve daha sonra Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre olmak üzere hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede uygulamaya konulmuştur.

Bugün başta özellikle 1990 sonrası sağlık politikalarında Dünya Bankası'nın sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemidir.

Amaç, toplumun tümünü sağlık hizmeti kapsamına almaktır. Hizmet sunumu büyük ölçüde kamunun elindedir. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanı büyük ölçüde sosyal sigorta sistemine dayalı olarak işlemektedir. Finansman kaynağı esas olarak kazanç esasına dayalı sigorta primleridir (10).

Sağlık hizmetlerinin büyük oranda devlet tarafından yerine getirildiği ve kamu harcamalarının önemli bir kısmının zorunlu sigorta fonlarından (hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık sigortası vb.) karşılandığı sistemde hem kamu hem de özel sektör bulunmakla birlikte özel sektörün payı kamu sektörüne göre az ve rolü de tamamlayıcı niteliktedir (10).

Almanya Örneği;

Almanya’da sosyal sigortanın başlangıcı, maden işçilerinin, kazaya uğrayıp sefalet düşen arkadaşlarını desteklemek için yardım sandıkları kurdukları Orta Çağ’a uzanır. Almanya, 1990 yılında, Doğu ve Batı’nın birleşmesinden sonra Avrupa’nın en büyük ülkelerinden bir haline gelmiştir. Parlamenter demokrasi ile yönetilen Almanya, “Sosyal Sigortalar”ı kuran ilk ülke olma özelliğini taşımaktadır. Bu kapsamda yaşlılık, malüllük, sakatlık, işsizlik, kaza ile ilgili riskler sigorta kapsamına dahil edilmiştir (25).

Sosyal sigortalar, olası sağlık risklerine karşılık olarak topladıkları primlerle üyelerinin sağlık hizmet ihtiyaçlarını karşılayan örgütlerdir. Bu model de sosyal sigorta kuruluşlarına üyelik yasal bir zorunluluktur. Üyeler primlerini, sağlık hizmet sunucuları ile sözleşme yapmış olan sağlık sigorta fonlarına prim şeklinde öderler.

Almanya’da belli primlere göre çalışanlar, işverenler ve devlet tarafından fonlanan kamu sağlık sigortasına dayanan bu sistemde, sağlık hizmetlerinin büyük çoğunluğu devlet tarafından karşılanır ve kamu harcamalarının büyük bir kısmı zorunlu sigorta fonlarından (hastalık, kaza, yaşlılık, sakatlık sigortası vb.) karşılanmaktadır.

Bu sistemde kamu sektörünün yanında, özel sektörün de katkısı vardır. Ancak özel sektörün katkısı kamuya göre az ve tamamlayıcı niteliktedir (26). Sigorta kapsamı içine giren kişiler, gelirleriyle orantılı olarak sağlık sigortası primi öderler. Tüm nüfustan çok, aktif işgücü nüfusu içerisindeki çalışanlardan oluşan bu sistemde emekliler ve bağımlılar, çalışan nüfus üzerinden kapsama dâhil edilmektedir (26).

Bu model de; vergi veya işveren ve çalışanların zorunlu katkı payları ile finansman sağlanmakta, paralar devlet dışı yönetimler de yani sigorta kurumlarında toplanmaktadır. Bu kurumlar, hastane, aile hekimliği ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla sözleşme yaparak hizmet karşılığı para ödemesi yapar.

Risk bölüşümünü ve önceden ödemeyi öngören bu sistemde, finansman; sigortalı, işveren ve devlet tarafından sağlanmaktadır. Genellikle işveren de çalışan adına sağlık primi öder. Sistemde devlet, emekli çiftçilerin ve öğrencilerin sağlık hizmetlerini karşılamaktadır.

Almanya sağlık sistemi merkeziyetçilik değil, çoğulculuk ve özerk yönetim ilkelerine dayanır. Almanya'daki her bir eyalet "Lander" olarak adlandırılan yerel yönetimlerdir. Landerlerin yönetimlerine büyük yetkiler bırakılmıştır. Yasal yükümlülük, federal hükümet yasayı uygulama yetkisini kullanma gereğini duymadığı sürece bu yetki eyaletlerindir (27).

Almanya'da sağlık sigortası sistemi kapsamında; hastalıkları önleme ve erken teşhis, diş sağlığı ile ilgili önlemler, aile hekimliği hizmeti, ayaktan ve yatarak hastane hizmetleri,eczacılık hizmetleri, sürekli bakım hizmeti, evde bakım hizmeti, ev ve işyerlerine yardım, iyileştirme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri yer almaktadır.

Sistemde birinci basamakta, pratisyen doktorlar tarafından yürütülen aile hekimliği sistemi hakimdir. Doktorlar sigorta sistemi ile anlaşma yaparak koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadırlar.

Sistemde her bireyin sigorta kartı bulunmaktadır. Hasta, sağlık hizmeti alma sürecinde doktora bu kartı teslim eder ve 3 ay süre ile ona bağlı kalır. Gerekli görülen hallerde birey hastaneye sevk edilir ve bakım hizmetlerinden faydalanır. Aile hekimi kural olarak acil vakalara mesai dışında da bakmakla yükümlüdür (10).

Hekimlere, federal düzeyde belirlenen bir ücret tarifesi ile genel bütçe kısıtlamalarına bağlı olarak hizmet karşılığı ödeme yapılmaktadır. Ücret tarifesi federal düzeyde belirlenen 2500 madde için bir puan tarifesinden ve bölgesel düzeyde puan başına fiyattan oluşmaktadır. Bölgesel bütçenin aşılması durumunda, puan başına fiyatta geriye dönük bir azalma yapılmaktadır (28).

Federal Almanya'da mülkiyetine göre hastaneler:

- Devlete ait hastaneler,
- Kar amacı gütmeyen hastaneler,
- Özel hastaneler olarak 3'e ayrılmaktadır (27).

Refah yönelimli sistemler, toplumun çok büyük bir kısmının sağlık hizmet hakkını teminat altına alır. Sisteme prim ödeyerek katılan birey yeterli geliri olmayan birinci derece yakınlarını da prim ödemeksizin sigortalatmaktadır. Sistem gelir elde eden herkesi zorunlu olarak içerisine dâhil ederken bireyin satın alma hakkını kullanarak özel sağlık sigortası alma isteğini de engellememektedir.

2012 yılında Almanya'da sağlık sigortası 70 milyon kişinin finansmanını yani nüfusun %85'ini kapsamaktadır. Sigortalı nüfusun %35'ini zorunlu üyeler, %18'i zorunlu üyelerin bakmakla yükümlü olduğu kişileri, %21'i emeklileri, %2'si emeklilerin bakmakla yükümlü olduğu kişileri, %5'i gönüllü üyeleri ve %4'ü gönüllü üyelerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden oluşmaktadır. Yine 2012 yılında nüfusun %10,9'u özel sağlık sigortasına sahiptir (29).

Almanya’da özel sağlık sigortaları ‘‘tamamlayıcı sigortalar’’ şeklindedir. Sosyal sigorta sistemi ile kişiler geniş teminatlarla güvence altına alındığından buradaki amaç, geliri prim düzeyini karşılayabilecek oranda olan kişilerin, daha da geniş teminatlarla sağlık sigortası satın alması ve hizmetlerinden faydalanmasını sağlamaktır (12).

Yaşlanan nüfus, doğum oranındaki düşüş ve sağlık giderlerindeki aşırı artış nedeni ile Alman sağlık sistemi aşırı borçlanma altına girmektedir. Bu nedenle hükümet maliyetleri azaltma yolunda reform arayışını sürdürmektedir (30).

2.1.2.4. Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri

1920’lerin başında, Shemasko tarafından oluşturulan model, Sovyet Sosyalist Modeli (Shemasko Sağlık Modeli) adıyla da ifade edilen merkezîyetçiliğin yoğun olduğu bir sistemdir. Tüm sağlık personelinin ve yapılarının devlet kontrolünde olması ile tüm hizmetlerin devlet tarafından finanse edilmesi bu sisteme sosyalist özellik kazandıran yardımcı unsurlardır.

Kamu sektörü sağlık hizmetlerinin ücretsiz arz ve talebinde asıl unsurdur. Tüm bireylere yönelik, zorunlu sağlık güvencesi vardır. Özel sektör sağlık hizmetlerinin arz ve talebinde yer almaz veya istisnadır. Sağlık hizmeti üretimi, sağlık kurumları, üretim araçları, dağıtım kanalları ve sunumu kamuya aittir. Sağlık hizmeti alan kişilerin doğrudan ya da dolaylı yoldan bir harcama yapmaları söz konusu değildir

Küba Örneği;

Küba sağlık sisteminin temelinde aile hekimliği ve hemşireliği sistemi vardır ve bu sistem yalnızca gelişmemiş ülkeler için değil, gelişmiş ülkeler için de örnek olabilir niteliktedir. Bu program insan kaynaklarına büyük yatırım anlamına gelmektedir. Küba ekonomik güçle sağlık standartları arasındaki yaygın bağı kırmıştır. Sağlık sistemi tümüyle devlet bütçesinden finanse edilmektedir. Herhangi bir aile ödemesi,

özelleştirmenin herhangi bir biçimi, sağlık sigortası ya da katkı payı yoktur. Bu durum sosyalist devrime bağlı olarak ortaya çıkmıştır.

Küba Anayasası'na göre sağlık bakımı vatandaşlar için bir hak ve hükümet için bir sorumluluktur.

1983 yılında "Halk Sağlığı Yasası" (Public Health Law) kabul edildi ve halkın sağlığını korumak açısından devletin görevleri yeniden tanımlanmış ve Küba Halk Sağlığı Yasası'nda Ulusal Sağlık Sistemi'nin ilkeleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Hükümet tarafından organize edilen sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri, bütün nüfusun ulaşabileceği ve parasız, evrensel nitelikli sağlık hizmeti koruyucu hizmetlerin sistemin merkezinde bulunması,
- Tıpta bilimsel ve teknik gelişmelerin güncel olarak uygulanması,
- Sağlık hizmetine toplum katılımı, uluslararası işbirliği,
- Sistemin planlı gelişimine kapsamlı yaklaşım.

Bu ilkelerin 1960'lardaki uygulanması eldeki kıt kaynaklarla kırsal sağlık sisteminin yaratılması biçiminde olmuştur. 1970'lerde poliklinik modeli oluşturulmuş, böylece ilk kez sağlık hizmetleri topluluklara kadar ulaştırılmıştır. 1980'lerde sağlık sistemi ulusal ölçekte konsolide edilmiştir.

1984 yılında, sağlık hizmetleri açısından devrim niteliğinde bir gelişme olmuş ve aile hekimleri ile hemşirelerden oluşan aile hekimliği sistemine geçilmiştir. Bu gelişme, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın (UNDP) 1999 yılında hazırladığı bir raporda (Human Development and Equity in Cuba) ulusal sağlık sistemindeki en önemli reform ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin temeli olarak tanımlanmış ve aile hekimliği modeli ilk kez Havana'da Lawton komşuluk alanında başlatılmıştır.

Bir ülkenin sağlık durumunu değerlendirmede kullanılan en önemli gösterge bebek ölüm hızıdır. Bu gösterge canlı doğup bir yaşını tamamlayamayan bebeklerin oranını gösterir. Aynı zamanda en önemli gelişmişlik göstergelerinden birisidir.

Bu gerçekler uluslararası kuruluşlar tarafından da kabul edilmekte ve Küba'nın kamucu sağlık sistemine bağlanmaktadır. Eşitlikçi ekonomik sistem, tam istihdam, insani eğitim, sağlık kaynaklarına ulaşmada eşitlik, toplum katılımı ve nihayet toplumun sosyalist organizasyonu, sağlık programlarının etkin uygulanması açısından gerekli zemini oluşturur. Bu olumlu durumun altındaki temel etken sosyalizmdir.

Küba sağlık sistemi, bütünüyle sağlık sektörünün planlı hedeflerine ulaşmayı ve bütçe kaynaklarını etkin biçimde kullanmayı hedefleyen devlet tarafından finanse edilmektedir. Devlet, koruyucu ve rehabilite edici hizmetleri (yalnızca primer, medikal ve dental hizmetleri değil, aynı zamanda en son teknolojileri kullanan hastanecilik hizmetlerini de içerecek biçimde) parasız sunar ve personelin tümü, profesyonellik dereceleri, deneyimleri ve eğitimleri dikkate alınarak ücretlendirilir. Devlet kısıtlı imkânlarla rağmen koruyucu hekimlik hizmetlerini, tanısal testleri, hastane hizmetlerini ve yatan hasta ilaçlarını ücretsiz olarak sunmaktadır. Cepten harcamaların oranı düşüktür. Örnek vermek gerekirse, ayakta reçete edilen ilaçlar, işitme cihazları, diş ve ortopedik protezler, tekerlekli sandalyeler cepten ödenir (31). Düşük gelir gruplarına bu hizmetler de ücretsiz olarak verilir. Sağlık kurumlarının tamamı kamuya aittir ve personelin tamamı ücretli çalışmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının %90'ı genel bütçeden karşılanmaktadır (32).

2010 yılı rakamlarıyla sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı %10,8'dir. Kişi başına düşen sağlık harcaması ise 583 Amerikan Dolarıdır (27). Toplam sağlık harcamaları içinde hükümet sağlık harcamalarının oranı %95,2'dir. Toplam sağlık harcamaları içinde özel sağlık harcamalarının oranı %4,8'dir (33).

Sağlık finansmanı yüksek derecede desantralize edilmiştir. Kamu sağlığı harcamalarının %92,6'sı belediye bütçelerinden finanse edilir. Belediyeler ayrıca eğitim finansmanının %82,0'ını ve sosyal yardım finansmanının da %92,4'ünü karşılarlar. Son yıllardaki güç ekonomik koşullara rağmen kamu sağlık harcamaları düzenli olarak artmaktadır ve bu Küba'nın kamu sağlığındaki başarısının arkasında bulunan politik isteği göstermektedir (34).

Tablo 2: Ülkelerin yaşam göstergeleri (1995-2011)

ÜLKELER	Bebek Ölüm Hızı*				Anne Ölüm Hızı**				Doğurganlık Oranı***				Doğumdan İtibaren Beklenen Yaşam Süresi			
	1995	2000	2005	2011	1995	2000	2005	2011	1995	2000	2005	2011	1995	2000	2005	2011
ABD	8	7	7	6	12	14	18	21	2	2,1	2,1	2,1	76	77	77	77
BREZİLYA	41	31	23	14	96	81	67	56	2,5	2,4	2,1	1,8	68	70	72	73
ENDONEZYA	46	38	32	25	420	340	270	220	2,7	2,5	2,3	2,1	64	66	67	69
ALMANYA	5	4	4	3	9	7	7	7	1,3	1,4	1,3	1,3	76	78	79	80
ARJANTİN	20	18	15	13	60	63	69	77	2,8	2,5	2,3	2,2	73	74	75	76
FRANSA	5	4	4	3	13	10	8	8	1,7	1,9	1,9	2	78	79	80	81
G.KORE	5	5	5	4	18	19	17	16	1,7	1,5	1,1	1,2	73	76	78	81
PORTEKİZ	8	6	4	3	10	8	8	8	1,4	1,6	1,4	1,3	75	76	78	79
MEKSİKA	31	24	19	13	85	82	54	50	2,9	2,6	2,5	2,3	73	74	75	77
TÜRKİYE	51	34	22	12	51	39	28	20	2,7	2,4	2,2	2,1	66	69	72	74
YUNANİSTAN	9	7	5	4	2	5	3	3	1,3	1,3	1,3	1,4	78	78	79	80
DANİMARKA	5	5	4	3	19	8	7	12	1,8	1,8	1,8	1,9	75	77	78	79
FINLANDIYA	4	4	3	2	5	5	6	5	1,8	1,7	1,8	1,9	76	77	79	80
İNGİLTERE	6	6	5	4	10	12	13	12	1,7	1,6	1,8	1,9	77	78	79	80
İSPANYA	7	5	5	4	4	5	6	6	1,2	1,2	1,4	1,4	78	79	80	82
İTALYA	6	5	4	3	6	4	5	4	1,2	1,3	1,3	1,4	78	79	81	82
NORVEÇ	5	4	3	3	4	8	9	7	1,9	1,9	1,8	2	78	79	80	81
UKRAYNA	17	15	13	9	45	35	25	32	1,4	1,1	1,2	1,4	67	68	68	70
Y.ZELANDA	7	6	5	5	13	12	15	15	2	2	2	2,1	77	79	80	81
KÜBA	8	7	5	5	61	63	67	73	1,6	1,6	1,6	1,5	75	76	78	79
Ortalama	14,7	11,7	9,3	7	47	41	35	33	1,88	1,82	1,76	2	74	75,4	76,7	78
Dünya	58	52	46	37	360	320	260	210	3	2,6	3	2,5	66	67	68	70

Tablo 2, 35. Kaynaktan alınmıştır (35).

Tablo 2 incelendiğinde dönemler itibariyle farklılıklar olmasına karşın ele alınan ülke sağlık sistemleri açısından bebek ölüm hızlarında azalma eğilimi görülmektedir.

Belirtilen dönemler arasında, genel ortamların altında bebek ölüm hızına sahip ülkeler sırasıyla; Almanya, Fransa ve Güney Kore (Refah Yönelimli Tip). Kapsayıcı tip sağlık sisteminin geçerli olduğu ülkeler (Ukranya hariç) ve Küba (Sosyalist Tip) olmuştur.

Sağlık sistemlerinin etkinlik dağılımı incelendiğinde; Anne Ölüm Hızı sıralaması açısından en çarpıcı örnek olarak Endonezya verilebilir (Serbest Piyasa Tipi). Endonezya'da görülen bu durum ülkenin sağlık ve yaşam koşullarının elverişsiz olduğunun bir göstergesidir. Tablo 2'ye göre 2005 yılından sonra "Anne Ölüm Hızı"nın ABD, Küba ve Ukrayna'da olumlu sonuçlar vermediği görülmektedir (35).

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sürdürülebilir bir sağlık sistemi için, ülkelerin yeterli finansal kaynağa sahip olması gerekir. Kıt kaynaklar ve artan sağlık harcamaları; bireylerin ödeme güçlüğünden dolayı, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Kişilerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesi için sürdürülebilir kaynak yaratmak temel amaç olmalı, topluma finansal koruma sağlarken adalet gözetilmeli, kaynaklar verimli bir şekilde kullanılmalı ve kaynak oluştururken insanların yoksullaşması engellenmelidir (36).

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratma olarak tanımlanabilir (37). Sağlık finansmanının temel amacı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır (38). Etkili bir sağlık finansmanı, bireylerin ödeme gücü olmadığı için hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığı ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilir veya bu sorunu ortadan kaldırabilir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki kaynakların transferi olarak açıklanabilir. Her sanayileşmiş ülkede, özel sigorta pazarının temel

sınırlılıklarından dolayı, kamu kurumları ön plandadır ve sağlık hizmetlerinin büyük kısmı toplanan vergilerle devlet tarafından veya toplanan primlerle sosyal sigorta kurumları tarafından karşılanır (39, 40).

Kamu ödeme mekanizmasının geliştirilmesinin temel nedeni, sağlık sorunlarının ne zaman ortaya çıkacağına ilişkin belirsizliktir. Bu nedenle bireylerin karşılaşılabileceği finansal riskin paylaşılması ve bireyler arasında yeniden dağıtılmasını sağlamak gereklidir.

Sağlık finansmanının işlevleri arasında bireylerin sağlık hizmetlerini etkili ve uygun bir şekilde satın alabilmelerini sağlamak ve buna yönelik kaynak oluşturmak yer alır. Bu işlevin amacı, sağlık sorunları nedeniyle finansal kayıpların meydana gelmemesi için gerekli finansal koruma ve temel hizmet paketlerini sunabilmek için sisteme sürdürülebilir gelir sağlamaktır. Bu gelirlerin etkili ve hakkaniyetli bir şekilde havuzlanarak yönetilmesi gerekir.

Etkili bir risk havuzlama, finansal kaynakların toplanması ve yönetimi açısından önemlidir. Sağlık harcamalarının yaratacağı finansal risk, hizmetleri kimin kullandığına bakmaksızın, havuzdaki tüm bireyler tarafından paylaşılır. Risk havuzlama ile zenginler yoksulları, sağlıklı olanlar hasta olanları, gençler yaşlıları destekleyeceği için, hakkaniyetli bir finansman sistemi oraya çıkar. Yoksulların toplumdaki sağlık statüsünün genellikle daha düşük ve ödeme imkânlarının daha az olması, sağlık için doğrudan ödeme yapmaları ve gıda gibi temel ihtiyaçlarında kısıtlama yapmak zorunda kalmalarına sebep olmaktadır. Ancak risk, örneğin ulusal finansman sistemiyle havuzlanırsa, sağlık ihtiyacı daha fazla olan aileler, sağlık ihtiyacı daha az olan veya ödeme gücü daha fazla olan aileler tarafından desteklenir. Böylece ödeme gücü düşük olan bireyler veya aileler için sağlık harcamalarının yaratacağı finansal yük, risk havuzlama ile azaltılmış olur.

Sağlık hizmetlerinin verilmesinde hangi finansman ve sunum yöntemi uygulanırsa uygulansın temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kaliteli, erişimi kolay, hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanına ilişkin düzenlemeler 2003 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile gelişme kazanmış ve hizmetlerin hem sunumunda hem de finansmanında önemli gelişimler ve değişimler meydana gelmiştir (41).

Sağlık hizmetlerinin finansmanında dünyada üç ana model söz konusudur. Bunlar: doğrudan, dolaylı ve özel finansman yöntemleridir.

Genellikle sağlık hizmetlerinin finansman modelleri arasında, temel kaynakların genel vergilerden oluştuğu ve İngiltere’nin öncülük ettiği “Beveridge Sigorta Modeli” ve temel kaynağı primlere dayalı olan sosyal sağlık sigortaların olduğu ve öncülüğünü Almanya’nın yaptığı “Bismarck Sigorta Modeli” yer almaktadır (3).

Tablo 3. Sağlık sistemleri finansman modelleri

	Beveridge Modeli	Bismarck Modeli	Özel Sigorta
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn. Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn. Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

Tablo 3, 41. Kaynaktan alınmıştır (41).

Kapsayıcı tip sağlık sistemlerinde sağlık sigortaları büyük çoğunlukla kamuya aittir. Refah yönelimli sağlık sistemlerinde, kamu ve özel sigortaları birbirine yakın oranda yer almakta; piyasa tipi sağlık sistemlerinde ise çoğunlukla özel sağlık sigortaları para ilişkisini düzenlemektedir (41).

2.2.1. Doğrudan Finansman Yöntemi

Hizmeti alanların, almış oldukları hizmetin bedelini arada herhangi bir üçüncü kişi olmadan, doğrudan kendisinin ödemesi ile gerçekleşen ödeme türüdür. Hizmeti talep eden kişi, ödemeyi arzı gerçekleştiren kamu ve özel kişilere kendisi yapar.

Bu tür ödeme yöntemi iyi yapılandırılmış sağlık sistemlerinde ancak katkı payı ödemesi şeklinde olsa bile, katkı payı ödemeleri bile bu tür sağlık sistemlerinde çoğunlukla kişisel ödemelere terk edilmeyip, tamamlayıcı sigortalar ile güvence altına alınmışlardır. Dolayısıyla, bu ödeme türü, ABD’de uygulama alanı bulmuş “Piyasa tipi sağlık sistemi” ile sağlık sistemine ilişkin yetersizliği olan ülkelerde görülen bir durumdur.

Piyasa tipi sağlık sistemleri sağlığa ilişkin her türlü alanı piyasa koşullarına terk ettiği için piyasanın yetersizlikleri ve başarısızlıkları oranında bu tür ödeme yöntemlerine başvurulabilmektedir. Gelişmemiş ülkelerde sağlık sistemlerinin herkesi kapsamaması bakımından hizmet alanların zorunlu olarak başvurmak zorunda kaldıkları bir ödeme yöntemidir.

Özel sağlık sigortasının ana kaynağı ABD olup, bu finansman yönteminde geri ödeme kurumu özel sağlık sigortası şirketleridir. Bireylerin ya da kurumların sağlık risklerini sigortalaması söz konusudur. Özel sağlık sigortası, farklı düzeylerde ve farklı amaçlarla kullanılabilir. ABD’de nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman kurumuyken, Fransa’da kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir.

Özel sigortacılık uygulamalarını ve hizmeti kullanım anında cepten yapılan ek ödemeleri temel alan bir sistemdir. Temel anlayış olarak bireylerin ödeme gücüne dayanır. Bu nedenle de yalnızca parası olan kendisini sigortalayarak sağlık hizmetlerinden daha geniş olarak yararlanabildiğinden, toplumda adaletsizlikleri arttırır ve eşitsizliklere neden olur.

Toplumda parası olan, ayrıcalıklı toplum kesimlerinin gereksinimlerine yanıt vermek üzere ortaya çıkan ayrıcalıklı bir sistemdir. Özel finansman anlayışı tamamen bireysel hizmet sunumuna göre şekillendiğinden, doğası gereği özel sigorta şirketlerinin, toplumsal sağlık sorunlarının çözümünde hiçbir rol üstlenmedikleri de görülmektedir (42).

Özellikle gelişmekte olan ülkelerde önemli bir finansman kaynağı olan cepten harcamanın yükü, en fazla yoksul nüfus tarafından üstlenilmektedir. Bu durum, hakkaniyeti sağlamanın en zor olduğu finansman yöntemi olarak cepten harcamaların varlığı ve boyutunun yoksul nüfus üzerinde daha fazla olumsuz etkiler yarattığı anlamına gelmektedir (41).

2.2.2. Dolaylı Finansman Yöntemi

Hizmeti arz eden ile talep eden arasında üçüncü bir unsur olarak bir finansman kuruluşunun olduğu ve ödemelerin bu kuruluş aracılığı ile yapıldığı ödeme türüdür. Aracı olan bu kuruluşlar sayesinde hizmeti alan ile sunan arasında parasal ilişkisi ortadan kalkmış olur.

Dolaylı finansman yöntemlerinde, sigorta kuruluşları sistemlere ve ülkelere göre değişen oranlarda da olsa çalışanlardan, işverenlerden ve devletten aldıkları paralarla kaynak oluştururlar. Dolaylı finansman yöntemine genel olarak bakıldığında, sağlık sistemi genel vergilerle (gelir vergisi, kurumlar vergisi, katma değer vergisi), özel

vergilerle (çeşitli mallardan alınan vergiler, çeşitli üretim girdilerinden alınan vergiler), primler ve tüketici katkıları (sigorta) ve bağışlarla finanse edilebilir.

Bu sistemde çalışanlar ve işverenler primler yolu ile finansmana katılırken devletler bizzat sigorta kuruluşu kurmanın ve yönetmenin yanında, bütçeden pay ayırarak bu kuruluşların açıklarını kapatmayı da üstlenebilir. Bu kuruluşlara sağlanan vergi kolaylıkları da bir tür finansman biçimidir. Devletlerin sağlık hizmetlerini finanse etmesindeki en önemli kaynak genel bütçeden ayırdığı paradır (40).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerini şu şekilde belirtmek mümkündür;

- Kamu Sağlık Sigortası (SGK)
- Özel Sağlık Sigortası (ÖSS)
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS)
- Özel Sandıklar (Banka vs)
- Özel Kurumlar (Anlaşmalı Firmalar)
- Peşin Ödemeler (Cepten ödemeler)

2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte sağlık hizmetlerinin sunumu ve yapısı sürekli geliştirilmiş ve daha çok Batı’ya dönük bir yol izlenmiştir. Sağlık politikaları bu süreçte, dünyadaki eğilimlerden bağımsız kalmamış ve değişiklikler göstermiştir.

2.3.1. 1920-1923 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Türkiye Büyük Millet Meclisinin açılışından sonra 3 Mayıs 1920 tarihinde 3 sayılı kanun ile Sağlık Bakanlığı kurulmuştur. Yine bu dönemde ilk kurulan bakanlıklardan biridir. Dr. Adnan Adıvar ilk Sağlık Bakanı’dır. Kurtuluş Savaşı yıllarını kapsamaması sebebiyle sağlıkla ilgili düzenli bir kayıt fırsatının olmadığı bu dönemde daha çok savaş yaralarının sarılmasına ve mevzuat geliştirmeye odaklanılmıştır. 38 sayılı “Tababet-i Adliye Kanunu”da yine bu dönemde (1920) çıkarılmıştır (43, 44).

2.3.2. 1923-1946 Yılları Arası Sağlık Politikaları

TBMM Hükümetinin ilk Sağlık Bakanı olan Adnan Adıvar’ın ardından Cumhuriyetin ilanı sonrası Sağlık Bakanı olan ve Bakanlığa atanan Dr. Refik Saydam, 1937 yılına kadar Bakanlık görevini sürdürürerek en uzun görevde kalan Sağlık Bakanı ünvanına sahip olmuştur.

Refik Saydam döneminde sağlık politikaları;

- Sağlık hizmetlerinin planlaması ve programması ile yönetiminin tek elden yürütülmesi,
- Koruyucu hekimliğin merkezi yönetime, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlere bırakılması,
- Sağlık insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakültelerine talebin artırılması, tıp fakültesi mezunlarına mecburi hizmet uygulamasının getirilmesi,

- Sıtma, frengi, trahom, verem, cüzzam gibi bulaşıcı hastalıklarla mücadele programlarının başlatılması olmak üzere dört ana ilke ile belirlenmiştir (43).

Sağlık hizmetleri, “geniş bölgede tek amaçlı hizmet / dikey örgütlenme” modeli ile yürütülmüş, koruyucu hekimlik kavramı geliştirilmiş, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilmiş, her ilçede hükümet tabipliği kurulmuştur. Nüfusun çok olduğu yerlerden başlayarak ilçe merkezlerinde muayene ve tedavi evleri açılmış, hekimlerin serbest çalışmaları yasaklanmıştır.

1924’te Ankara, Diyarbakır, Erzurum, Sivas Numune Hastaneleri ve 1936’da Haydarpaşa, 1946’da Trabzon ve 1970’te Adana Numune Hastaneleri açılmıştır (43).

1923 yılında, sağlık hizmetleri; hükümet kurumları, belediye ve karantina tabiplikleri, küçük sıhhiye memurlukları şeklinde örgütlenmiş ve 86 adet yataklı tedavi kurumu, 6.437 hasta yatağı, 554 hekim, 69 eczacı, 4 hemşire, 560 sağlık memuru ve 136 ebe ile verilmiştir. Bu dönemde;

- (1927), 992 sayılı Bakteriyojoloji ve Kimya Laboratuvarları Kanunu
- (1928), 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun
- (1928), 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbî Müstahzarlar Kanunu
- (1930), 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu
- (1937), 3153 sayılı Radyoloji Radyum ve Elektrikle Tedavi ve Diğer Fizyoterapi Müesseseleri Hakkında Kanun gibi hâlen yürürlükte olan kanunlar çıkarılmıştır (43, 44, 45).

2.3.3. 1946-1960 Yılları Arası Sağlık Politikaları

Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olarak da adlandırılan ve Dr. Behçet Uz Planı olarak da bilinen 1946 yılında açıklanan “**Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı**” 1946 tarihinde Yüksek Sağlık Şurası’nca ve TBMM Komisyonlarınca onaylanmış ancak Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz’un Sağlık Bakanlığından ayrılması sonucu kanunlaşmamıştır (43, 45).

Tüm sağlık hizmetlerini entegre etmeyi ve yurt geneline yaymayı amaçlayan bu planda koruyucu, tedavi edici sağlık hizmetlerinin tümü merkezi hükümetin görev ve sorumluluğu haline getirilmesi öngörülmüştür. Sonrasında yeni Sağlık Bakanı olan Dr. Kemali Bayazıt tarafından da plan geri çekilmiştir. Bu plan, yasal metin hâline getirilerek tümüyle uygulanamamış olsa da içerdiği düşüncelerden bakımından Türkiye’nin sağlık yapılanmasında önemli rol oynamıştır. 1945 yılında 8 adet olan sağlık merkezi sayısı, 1950 yılında 22’ye, 1955’de 181’e, 1960 yılında 283’e yükseltilmiştir (43, 45).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde 1952 yılında, Ana Çocuk Sağlığı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gibi milletlerarası kuruluşlardan iş birliği ve yardım istenerek Ankara’da 1953’te Ana ve Çocuk Sağlığı Merkezi kurulmuştur (43).

Bu dönemde çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin fazla olması sebebi ile nüfus arttırıcı politikalar izlenmiştir. Bu çerçevede sağlık merkezleri, doğumevleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri ve sağlık insan kaynaklarının artırılması konusunda önemli çalışmalar yapılmıştır. Doğumda beklenen yaşam süresinde ortalama olarak belirgin artışlar olmuştur. 1950-1955 yıllarında doğumda beklenen yaşam süresi 43,6 yıl iken 1970-1975 yıllarında 57,9 yıl olarak artmıştır (43).

Bu dönemde sağlık insan gücünün artırılması amacıyla İstanbul ve Ankara'dan sonra Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi ğrenci alımına başlamıştır. Çalışmalar sonucunda 10 yıl içinde sağlık insan gücünde %100'den fazla artış sağlanmıştır. Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısında da artışlar sağlanmıştır (43).

Bu dönemde sağlık göstergelerinde de olumlu iyileşmeler meydana gelmiştir. Tberklozdan lmler ciddi ölçüde azalmış, bebek ölüm hızında da azalmalar görülmüştür. Tüberküloza bağlı ölüm hızı 1946 yılında yüz binde 150 iken 1960 yılında yüz binde 52'ye inmiştir. Bebek lm hızı, 1950 yılında binde 233 iken 1960 yılında binde 176'ya düşürülmüştür (43).

Birinci On yıllık Milli Sağlık Planı ve yine 1954 tarihinde Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz tarafından açıklanan "Milli Sağlık Programı"nda, vatandaşları belirli bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve düşük gelirli kişilerin sağlık giderlerinin karşılanmasına yönelik hedefler konulmuştur. Hazırlanan bu iki plan ve program sağlık planlamasının ve organizasyonun temelini oluşturmaktadır (43).

1946 yılında "İşçi Sigortaları İdaresi" (Sosyal Sigortalar Kurumu) kurulmuş ve 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açılmaya başlanmıştır. Emekli Sandığı'nın kurulmasıyla birlikte sosyal güvenlik kapsamı genişletilmeye başlanmıştır (43).

1947 yılında Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı bünyesinde Biyolojik Kontrol Laboratuvarı kurulmuş ve bir aşı istasyonu hizmete açılmıştır. 1947 yılında BCG açısı, 1948 yılında ise ve Boğmaca açısı üretimine geçilmiştir (43).

Bu dönemde;

- (1953) 6023 sayılı Türk Tabipleri Birliği Kanunu
- (1953) 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu

- (1954) 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu
- (1956) 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu gibi sivil toplum örgütlerinin ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapılarını günümüze taşıyan mevzuatlar oluşturulmuştur (43, 44).

2.3.4. 1960-1980 Yılları Arası Sağlık Politikaları

5 Ocak 1961 yılında, Sağlık Bakanlığı Müsteşarı Dr. Nusret Fişek'in önderliğinde 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun" çıkarılmış ve sosyalizasyon, fiilen 1963 yılında Muş ilinde uygulanmaya başlamıştır. Yaygın, sürekli, entegre, kademeli, il içinde bütünleşmiş bir yapı anlayışıyla sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri şeklinde bir yapılanmaya gidilmiştir.

Dikey örgütlenmeler kısmen azaltılıp farklı nitelikte sağlık hizmetleri veren yapılar, sağlık ocağı bünyesinde entegre hâle getirilmiştir (43, 45).

1965'te 554 sayılı "Nüfus Planlaması Hakkında Kanun" çıkarılmış ve "Pro-natalist" (nüfusu artırıcı) politikadan "anti-natalist" (nüfus artış hızını sınırlayıcı) politikaya geçilmiştir. "Geniş bölgede tek yönlü hizmet" ilkesinin alternatifi olan "dar bölgede çok yönlü hizmet" anlayışına geçilmiştir (43).

1967 yılında Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak bir kanun taslağı hazırlanmış ancak Bakanlar Kuruluna gönderilememiştir. 1969 yılında ise 2. Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması tekrar öngörülmüş olmasına rağmen 1971'de Kanun Taslağı, TBMM'ye gönderilmiş ancak yine kabul edilmemiştir. 1974 yılında ise taslak Meclis'e tekrar sunulmuş fakat görüşülmemiştir (43).

1978'de "Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esaslarına Dair Kanun" çıkmıştır. Kamu personeli olan doktorların muayenehane açması yasaklanmıştır. Ancak 1980 yılında, 12 Eylül İhtilali'nin hemen sonrasında "Sağlık Personelinin Tazminat ve

Çalışma Esaslarına Dair Kanun” ile bu kanun yürürlükten kaldırılarak tekrar muayenehane açma serbestliği getirilmiştir (43).

Bu dönemde ülkenin tümünün sosyalleştirme kapsamına alınması, halk sağlığı çalışmalarına tüm yurttan önem verilmesi, her ilçede en az bir doktor ve diğer sağlık personelinin oluşması gezici ekibin kurulması planlanmıştır. Ancak sosyalleştirme programı merkezi hükümetten yeterli ve gerekli finansman, personel, araç gereç, malzeme, ilaç, tıbbi cihaz desteği göremediğinden, personel açısından sosyalleştirilmiş bölgelerdeki ücret avantajı kaldırıldığından, yeterli nitelik ve nicelikte sağlık yöneticileri yetiştirilemediğinden, uygulamadan beklenen sonuçlar alınmamıştır (44, 45). Özellikle 1970’li yıllarda dünyaya hakim olan liberal anlayış ve politikaların ülke yönetimlerine hakim olması sosyal devlet anlayışı ve politikalarından uzaklaşmaya sebep olmuştur (45).

2.3.5. 1980-2002 Yılları Arası Sağlık Politikaları

1982 Anayasa’sının 60. maddesi “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar.” demektedir ve bu hakkın gerçekleşmesinin devletin sorumluluğunda olduğunu belirten maddeler içermektedir. Ayrıca 56. maddesinde ise “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir.” hükmü yer almaktadır (43). Yine devlet bu görevini yerine getirirken kamu ve özel kesimlerdeki sağlık hizmet sunucularından ve sosyal kurumlardan yararlanacak ve denetleyici rolü üstlenecektir.

Bu dönemde sağlık hizmet sunumunda aktif özelleştirme dönemine geçildiği ve özel sektöre öncelikli olarak yer açılmasının sağlandığı görölmektedir (45). 1982 Anayasa'sı ile sağlık devletin yükümlü olduğu bir görev olmaktan çıkarılmış, devlet sadece sağlık hizmetlerinin planlanıp denetlenmesinden sorumlu tutulmuştur (44). 1970'li yıllarda küresel kapitalizmin başlattığı liberal politikaların Türkiye'ye yansımalarının ilk olarak bu anayasada hayat bulduğu görölmektedir. Bu durum devletin sağlık hizmetlerinden çekilmesi anlamına gelen sağlıkta özelleştirmenin habercisi olmuştur (45).

1987 yılında 3359 sayılı "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" çıkarılmış, ancak bu kanunun uygulanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmadığından ve bazı maddeleri Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edildiği için kanun, tümüyle uygulama imkânı bulmamıştır (43). Kanunun 5. maddesi hastanelerin özerkleştirilebilmesinin temel dayanağını oluşturmaktadır. Bu kanunun amacı; Sağlık Bakanlığına sağlık hizmetlerini planlama, standartlarını geliştirme ve denetleme yetkisi vermek, kamuya bağlı sağlık hizmet sunucularını işletmeye çevirerek kamu dışında da gelir kaynağının oluşmasını sağlamaktır (46).

1982 Anayasasının 56. maddesinde "Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine" dair bir hüküm de yer almıştır. Ancak uygulama alanı bulamamıştır (43). Sağlıkta finans yönetiminin öneminin artmasıyla "Genel Sağlık Sigortası" 1987 yılında tekrar gündeme gelmiş, ancak bu konudaki hukuksal düzenlemeler gerçekleştirilemediği gibi 1986 yılında Bağ-Kur sigortalılarına da ayrı sağlık yardımları yapılmaya başlanarak kamu sağlık sigortacılığında 3 başlı bir yapı oluşmuştur. Bu gelişmenin en dikkat çekici sonucu olarak, aynı sağlık hizmetine her üç kurumun farklı yaklaşımları ve fiyatlandırmaları gündeme gelmiş, verilen bir hizmetin bedeli bazı kurumlarca ödeme listesinde bulunurken bazılarınca ödenmemiştir.

1990 yılında “Devlet Planlama Teşkilatı” (DPT) tarafından sağlık sektörü ile ilgili bir temel plan hazırlanmış ve bu plan doğrultusunda 1. Ulusal Sağlık Kongresi 1992 yılında toplanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve DPT tarafından yürütülen bu “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcını oluşturmuştur.

Sosyal güvenlik kapsamında olmayan düşük gelirli vatandaşlar için 1992 yılında 3816 sayılı Kanun’la “Yeşil Kart” uygulaması başlatılmıştır. Böylece sağlık hizmetlerine erişim konusunda ekonomik gücü zayıf insanların, sınırlı da olsa, sağlık sigortacılığı içine alınması sağlanmıştır (43). Bu uygulama ile sosyal güvencesi olmayan vatandaşların yatarak tedavi masrafları Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaya başlanmış, ayaktan tedavi giderleri bu uygulama kapsamına dahil edilmemiştir (45).

1990’lı yıllarda Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası’nın kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi, hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi, Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması gibi önemli teorik çalışmalar yapılmıştır. Ancak bu çalışmalar yeterince uygulama alanı bulamamıştır (43, 45).

1998 yılına gelindiğinde ise Genel Sağlık Sigortası TBMM’ye sunulmuş ancak kanunlaşmamıştır. 2000 yılında, Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak bir kanun tasarı taslağı bakanlar kurulunun görüşüne sunulmuş ancak bu da sonuç vermemiştir (43).

2.3.6. 2003-2011: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı

1961 Sağlık Hizmetlerinde Sosyalleştirme Kanunu, 1990'ların başlarındaki sağlık reformlarından sonra 2002 yılı sonunda sağlık sisteminin içinde bulunduğu durum, hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere gidilmesini gerekli kılmış ve 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" uygulamaya konulmuştur (47).

Bu kapsamda başta SSK hastaneleri olmak üzere diğer kamu kurumlarının hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Dar gelirli kesimlere yönelik olarak yeşil kartlı vatandaşların hakları genişletilerek yeşil kart sahiplerinin "Ayakta Tedavi" kapsamında görecekları sağlık hizmetleri ile ilaç giderleri de devlet tarafından karşılanır hale gelmiştir. İlaç fiyatlandırma sistemi değiştirilmiş ve ilahtaki KDV oranı düşürülmüştür. Böylece ilaç fiyatlarında önemli oranda indirim sağlanmıştır. Bu düzenlemeler ilaca erişimin yaygınlaştırılmasında önemli rol oynamıştır (43).

"112 Acil Sağlık" hizmeti sunulmaya başlanmıştır. Sisteme hava ve deniz taşıma araçları eklenmiştir. Başta koruyucu sağlık ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetleri güçlendirilmiş, aile hekimliği uygulaması başlatılmış ve tüm ülkede yaygınlaştırılmıştır (43).

Bina, ekipman ve sağlık personelinin eksik olduğu bölgeler öncelikli kabul edilerek bu konudaki dengesizlikler büyük ölçüde ortadan kaldırılmıştır. Son dokuz yılda 554'ü müstakil hastane ve yeni hastane binası olmak üzere 2.021 yeni sağlık tesisi hizmete sunulmuş ve aynı dönemde hizmet alımıyla birlikte kamu sağlık tesislerinde çalışan personel sayısı net olarak 226 bin kişi artarak 482 bin kişiye ulaşmıştır (43).

Sağlıkta Dönüşüm Programı;

1. Planlayıcı ve denetleyici Sağlık Bakanlığı,
2. Herkesi (SSK, Bağ Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kart) tek çatı altında toplayan Genel Sağlık Sigortası,
3. Yaygın, erişimi kolay sağlık hizmet sistemi (Aile Hekimliği, etkili ve kademeli sevk zinciri, özerk sağlık işletmeleri),
4. Nitelikli, donanımlı çalışan sağlık insan gücü,
5. Sistemi destekleyecek eğitim ve bilim kurumları,
6. Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon,
7. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma: Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumları.
8. Sağlık Bilgi Sistemi olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (43, 44).

Tablo 4. Sağlıkta dönüşüm programı

Tarih	Değişiklik
2003	Sağlıkta dönüşüm programı açıklandı.
	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı.
	Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi.
	Aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlama yöntemiyle geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
	İlaçta KDV oranı %8'e indirildi.
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları SB'na devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı
	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı
	Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başlandı.
2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi.
	Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi.
	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
	18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi.
	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı.
	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.
2010	Yeşil Kart'lular özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı.
	İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
	Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı.
	Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi.

2010	Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK'ya devredildi.
	Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi.
2011	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı. Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olan teşkilatın reorganizasyonu için 02 Kasım 2011'de 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığın teşkilat yapısı yeniden düzenlendi.

Tablo 4. 41. Kaynaktan uyarlanmıştır (41).

2.3.7. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Bugünü 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ve Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlenmiştir.

Bakanlığın görevi; “Herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamaktır.” şeklinde belirlenmiştir.

Bu kapsamda bakanlık amaçları;

- Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi,
- Teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi,
- Uluslararası önemi olan ve halkın sağlığında risk oluşturabilecek hastalıkların ülkeye girmesinin önlenmesi,
- Sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi,

- Sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tabi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, erişimin sağlanması ve fiyatlarının belirlenmesi,
- Sağlık insan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak,
- Kamu ve özel sağlık kuruluşlarının ülke genelinde planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetmek ve politikaları belirlemek şeklinde tanımlanmıştır (43, 48).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu kurulmuş ve Bakanlık politika ve hedeflerine uygun olarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini vermek üzere hastanelerin, ağız ve diş sağlığı merkezlerinin ve benzeri sağlık kuruluşlarının açılması, işletilmesi, faaliyetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve denetlenmesi, bu hastanelerde her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamakla görevli tutulmuştur (48, 49).

TKHK görevleri yetki ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanmıştır;

“Madde 29;

- Kuruma bağlı hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezlerini ve benzeri sağlık kuruluşlarını kurmak ve işletmek, gerektiğinde bunları birleştirmek, ayırmak, nakletmek veya kapatmak,
- Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarında her türlü koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, faaliyetlerini izlemek ve değerlendirmek, iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak, düzenleme yapılması ve politika oluşturulması maksadıyla Bakanlığa teklifte bulunmak,

- Performans değerlendirmesi yapmak, rapor hazırlamak, değerlendirme sistematigi için her türlü alt yapıyı kurmak,
- Kendisine bağlı sağlık kuruluşlarında hasta haklarına, hasta ve çalışanların sağlığına ve güvenliğine yönelik iyileştirme çalışmaları yapmak,
- Görev alanı ile ilgili konularda ulusal veya uluslararası kamu veya özel kurum ve kuruluşlarla bilimsel ve teknik işbirliği yapmak, müşterek çalışma yürütmek,
- Hastane hizmetleriyle ilgili yapılacak çalışmalarda gerekli komisyonları kurmak,
- Kurum personelinin atama, nakil, özlük, ücret, emeklilik ve benzeri işlemlerini yürütmek,
- Kurum hizmetlerinin gerektirdiği her türlü satın alma, kiralama, bakım ve onarım, arşiv, idarî ve malî hizmetleri yürütmektir” (48).

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlığa bağlı ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları, “*Kamu Hastane Birlikleri*” adıyla, ayrı tüzel kişiliğe sahip ve idari yönden özerk kuruluşlar olarak sağlık işletmesi modeline göre yeniden yapılandırılmıştır. Böylece kamu sağlık kuruluşları özerk birer sağlık işletmesine dönüştürülürken, Sağlık Bakanlığında oluşan “sağlık piyasası”nın denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kurum haline getirilmiştir.

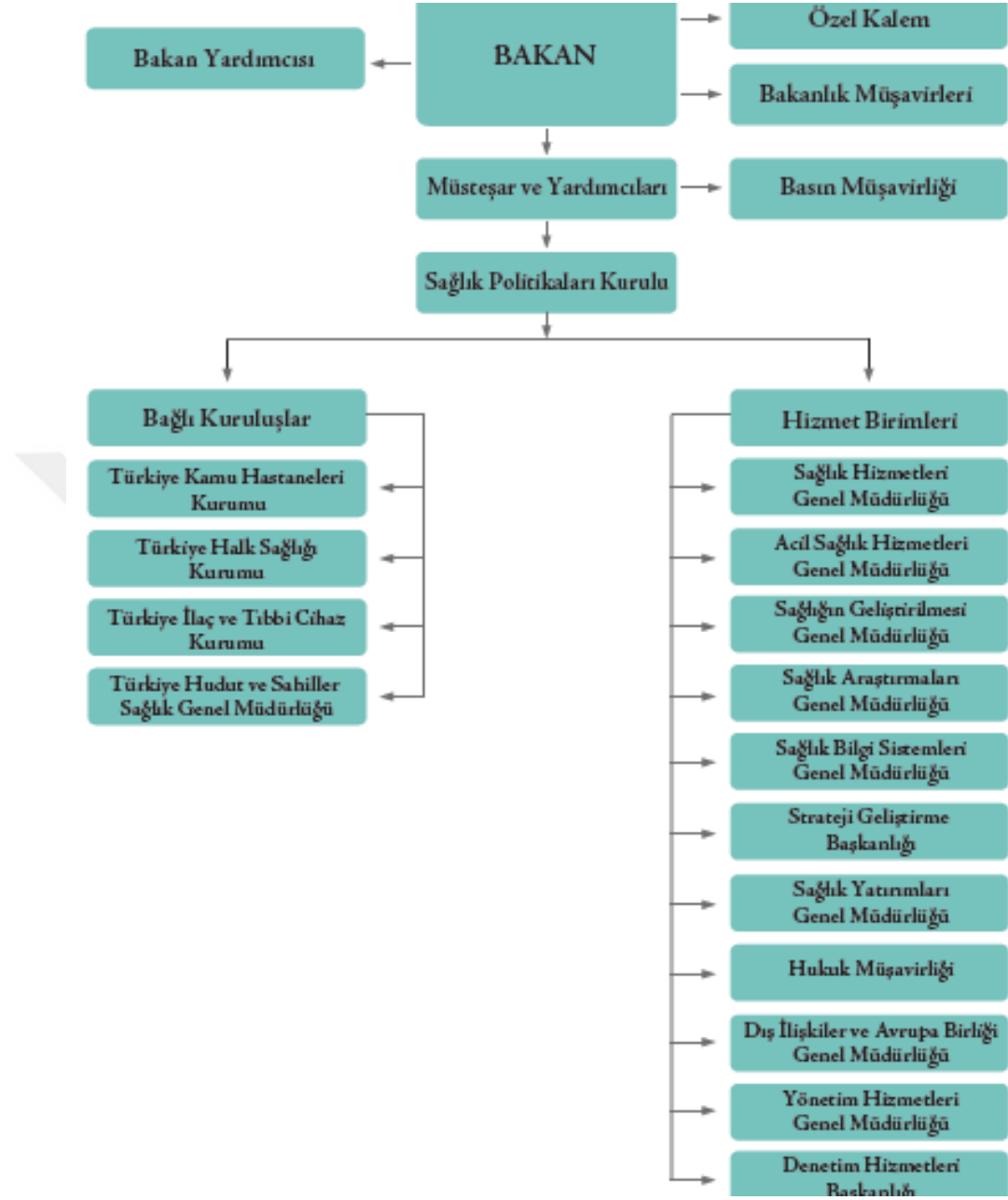
Sağlık Bakanlığına ait sağlık tesislerinin özel sektöre kiralama karşılığı yaptırılması işlemlerini yürütmek amacıyla 2007 yılında “Kamu Özel Ortaklığı Daire Başkanlığı” kurulmuştur. Böylece Dünya Bankasının; “SB, sağlıktaki önceliklerin belirlenmesi ve politikaların hazırlanması, düzenlemelerin, denetim, kalite kontrolü, tüketicilerin eğitilmesi, kurumların akreditasyonu ve uzmanlara lisans verilmesinden sorumlu olmalıdır.” yaklaşımına uygun dönüşüm gerçekleşmiştir (48).

663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Sağlık Bakanlığı yeniden yapılandırılmış ve Bakanlık merkez (Şekil 1) ve taşra (Şekil 2, 3, 4, 5) teşkilatı olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır (49).

Kurumun merkez teşkilatında Hastane Hizmetleri Başkan Yardımcılığı, Finans Hizmetleri Başkan Yardımcılığı, İzleme Ölçme ve Değerlendirme Başkan Yardımcılığı, İnsan Kaynakları Başkan Yardımcılığı, Destek Hizmetleri Başkan Yardımcılığı, danışma ve denetim birimlerinde ise Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği, Denetim Hizmetleri Daire Başkanlığı ve İç Denetim Biriminden oluşmaktadır.

Kurumun taşra teşkilatında ise; Genel Sekreterliğe bağlı birimlerde Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, Mali Hizmetler Başkanlığı, İdari Hizmetler Başkanlığı; Hastane Yöneticiliklerine bağlı birimler de, Başhekim, İdari ve Mali İşler Müdürü, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü bulunmaktadır (49).

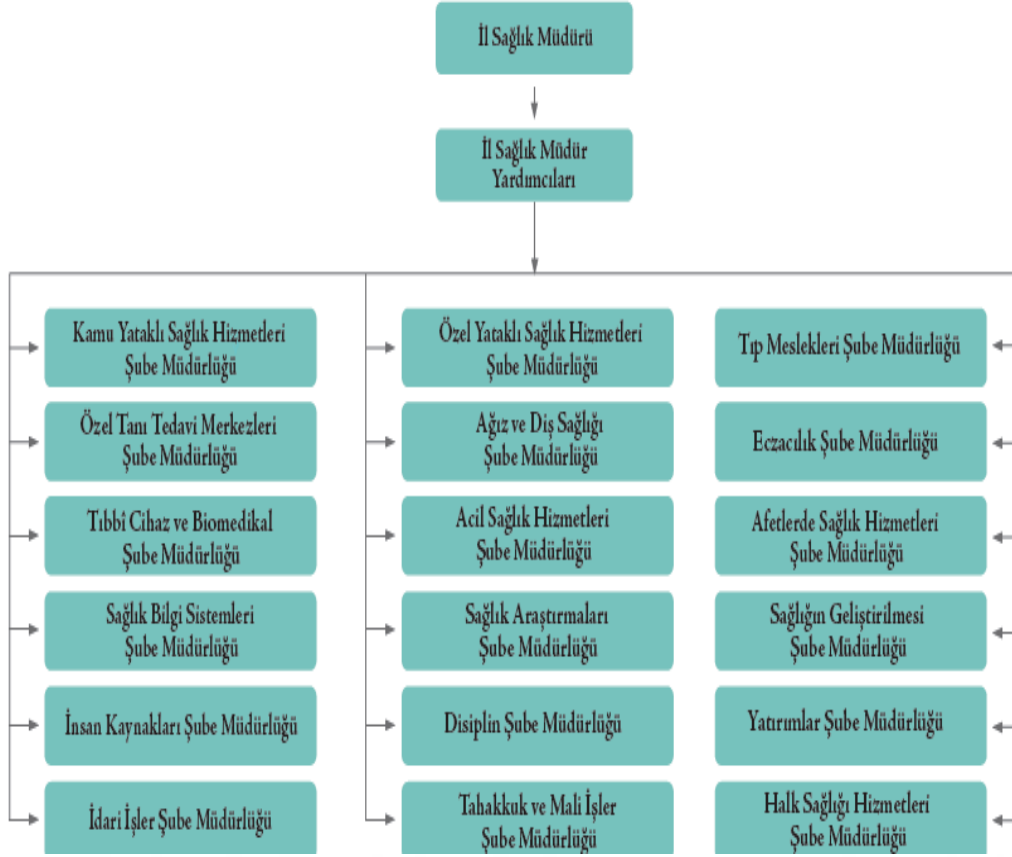
Şekil 1. Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı



Şekil 1, 49. Kaynaktan alınmıştır (49).

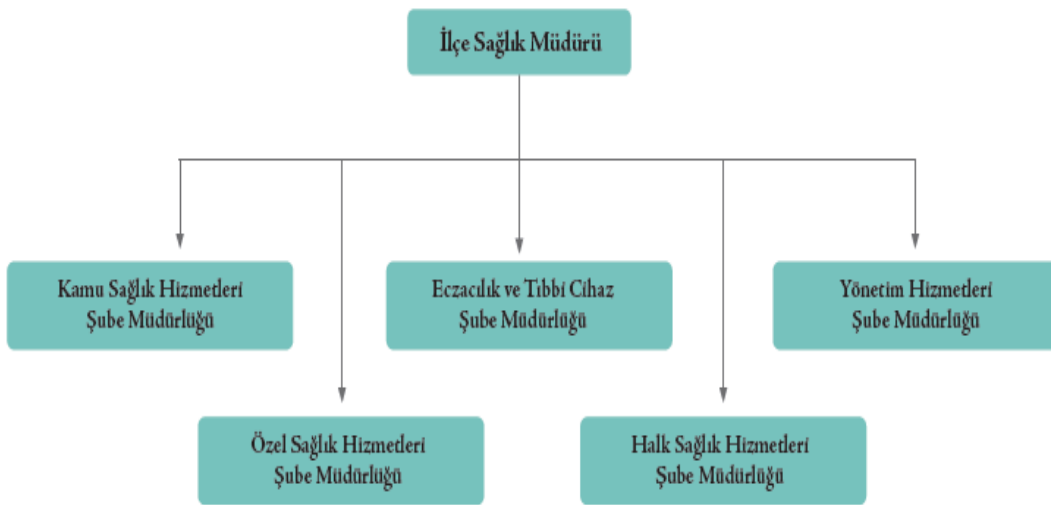
Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı

Şekil 2. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı 1



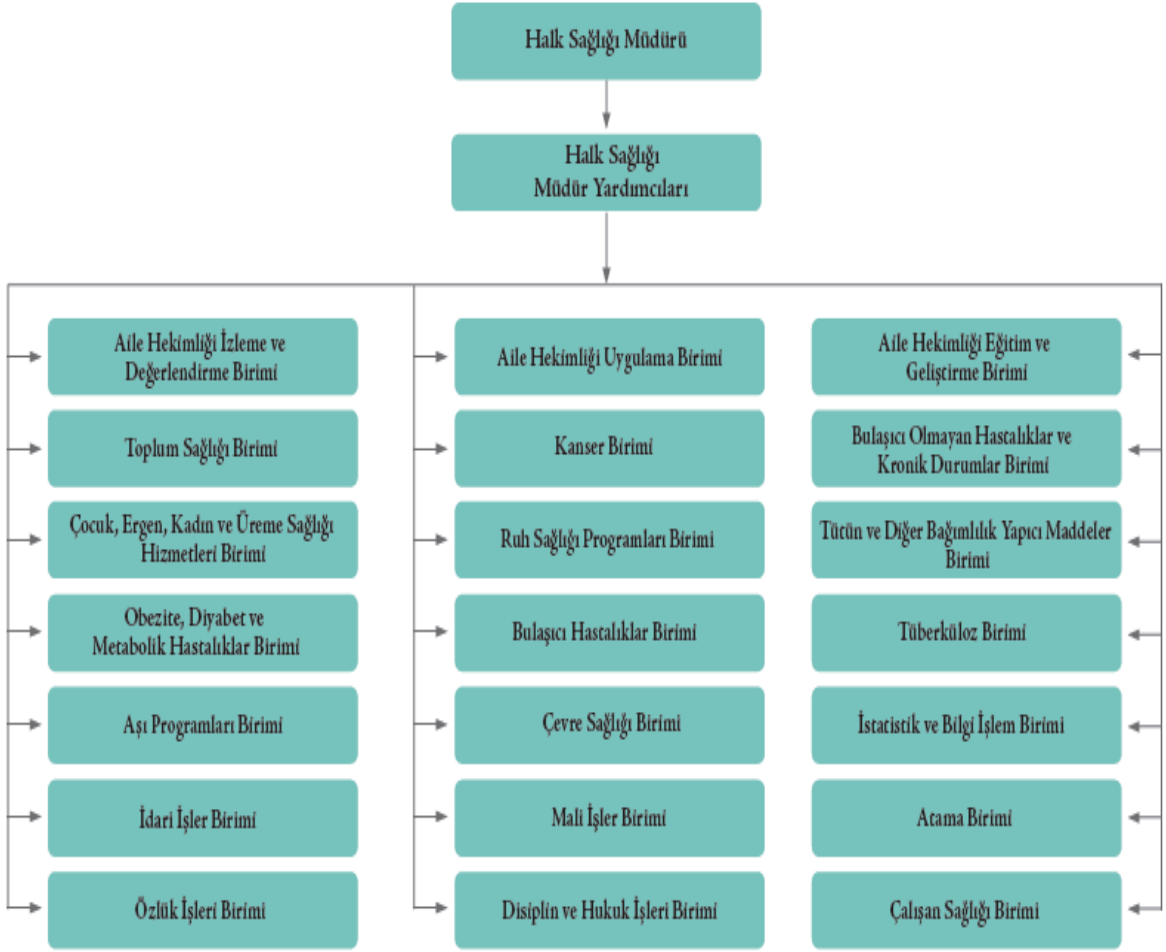
Şekil 2, 49. Kaynaktan alınmıştır (49).

Şekil 3. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı 2



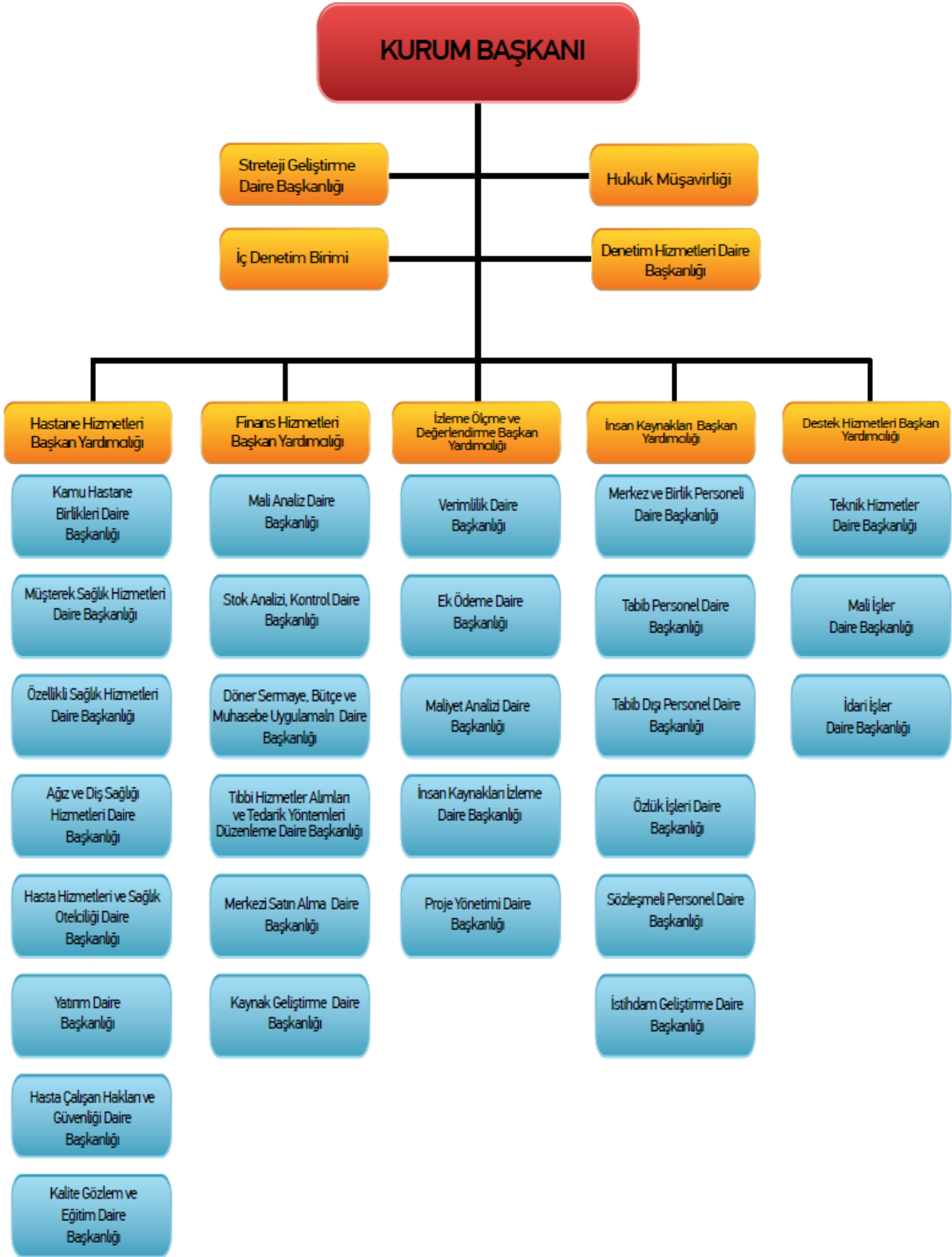
Şekil 3, 49. Kaynaktan alınmıştır (49).

Şekil 4. Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı



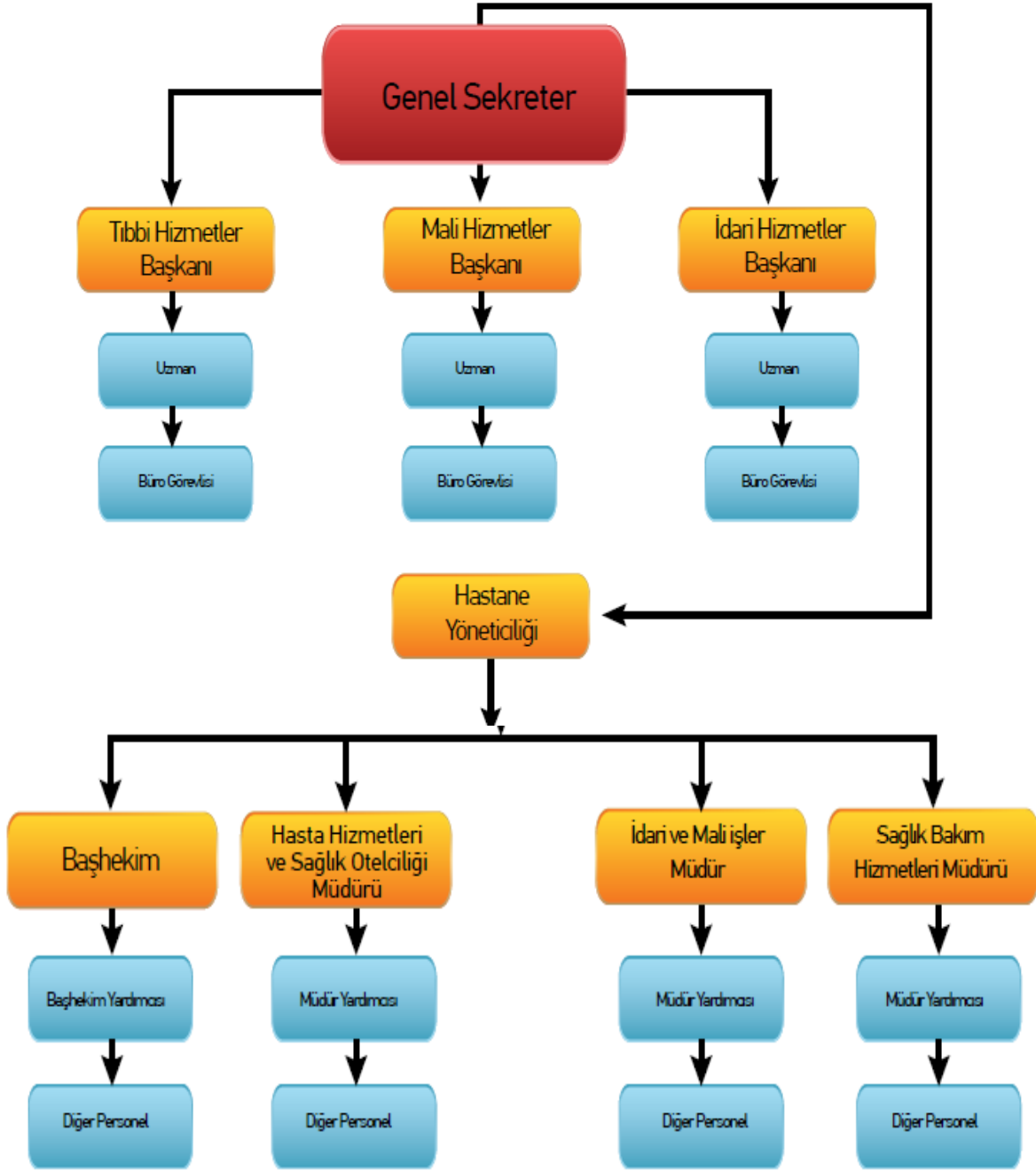
Şekil 4, 49. Kaynaktan alınmıştır (49).

Şekil 5. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu teşkilat şeması



Şekil 5, 49. Kaynaktan alınmıştır (49).

Şekil 6. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu taşra teşkilatı şeması



Şekil 6, 49. Kaynaktan alınmıştır (49).

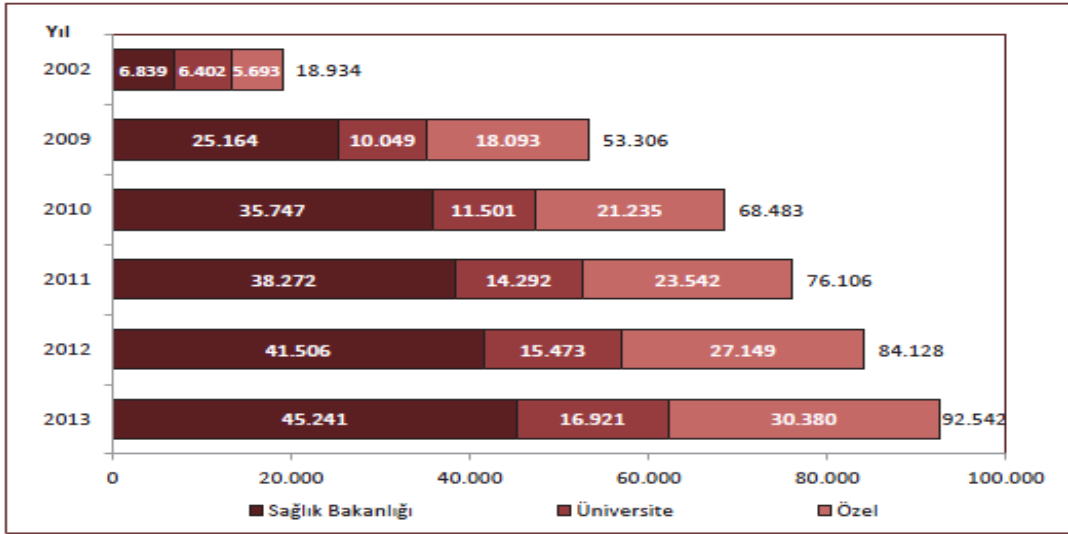
2.3.8. Türkiye Sağlık Finansman İstatistikleri

Tablo 5 : Genel demografik göstergeler

	1990	2000	2010	2011	2012
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	73.722.988	74.724.269	75.627.384
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	29,0	28,2	27,7
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	71,0	71,8	72,3
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	25,6	25,3	24,9
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,2	7,3	7,5
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%)	57,6	46,3	38,1	37,5	36,9
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 Yaş ve Üzeri) (%)	7,0	8,8	10,8	10,9	11,1
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı (%)	64,7	55,1	48,9	48,4	48,0
Yıllık Nüfus Artış Hızı (%)	21,7	18,3	15,9	13,5	12,0
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	21,6	17,2	16,8	17,1
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	7,3	5,0	5,1	5,0
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,5	2,1	2,0	2,1

Tablo 5, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Şekil 7. Yıllara ve sektöre göre nitelikli yatak sayısı, Türkiye



Şekil 7, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Yıllara ve sektöre göre nitelikli yatak sayısı incelendiğinde, 2002 yılında, sağlık bakanlığı yatak sayısı 6.839 iken 2013 yılında bu sayı 45.241'e yükselmiştir. Aynı şekilde özel hastanelerde 2002 yılında yatak sayısı 5693 iken 2013 yılında 30.380'e yükselmiştir (50).

Tablo 6. Türlerine ve sektörüne göre yoğun bakım yatak sayısı 2013.Türkiye

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Erişkin	7.233	3.341	6.077	16.651
Çocuk	493	474	30	997
Yenidoğan	3.227	1.102	3.987	8.316
Toplam	10.953	4.917	10.094	25.964

Tablo 6, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

2013 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yoğun bakım yatak sayısı toplamda 10.953 iken özel sektör grubundaki yatak sayısı 10.094'tür (50).

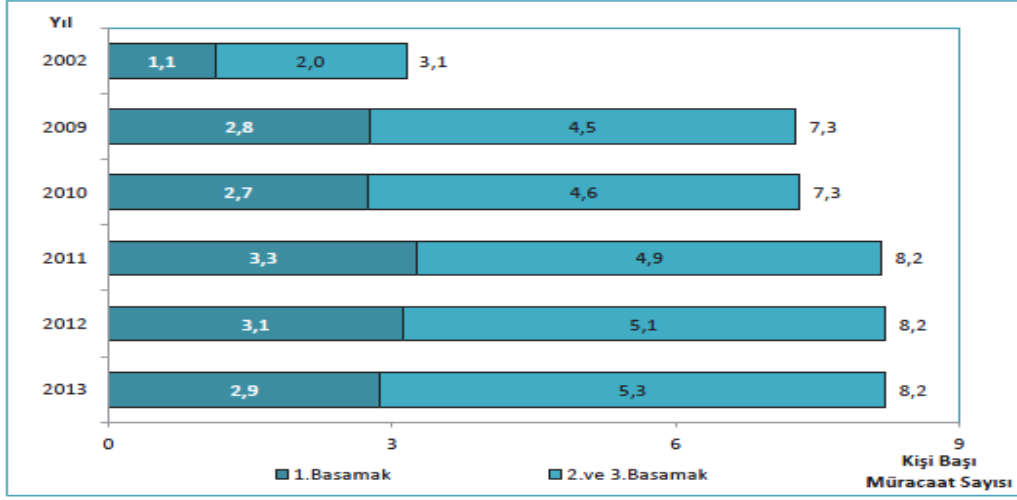
Tablo 7. Yıllara ve kurumlara göre toplam hekime müracaat sayısı, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Ocağı	69.103.517	123.851.458	84.629.163	-	-	-
Aile Hekimliği	-	65.716.898	108.976.049	240.298.753	221.672.029	212.318.024
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.557.787	2.378.998	2.219.534	2.143.765	1.815.805
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	5.707.593	3.831.859	944.842	630.583	536.707
TSM'ler Tarafından Yapılan Diğer Muayeneler	-	-	-	-	10.035.342	4.999.980
Özel Poliklinikler	731.132	2.387.515	2.497.352	882.973	655.432	582.265
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	200.221.251	202.313.421	244.346.102	235.137.151	220.252.781
Özel Tıp ve Dal Merkezleri	9.824.802	32.082.953	33.788.328	29.040.707	32.012.211	31.256.100
Hastaneler	124.313.659	295.262.190	302.984.218	337.849.536	354.636.935	378.812.243
2. ve 3. Basamak Toplamı	134.138.461	327.345.143	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343
Genel Toplam	208.966.049	527.566.394	539.085.967	611.236.345	621.786.297	630.321.124

Tablo 7, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

2002 yılında genel toplamda hekime müracaat sayısı 208.966.049 iken bu sayı 2013 yılına geldiğimizde 630.321.124 olmuştur (50).

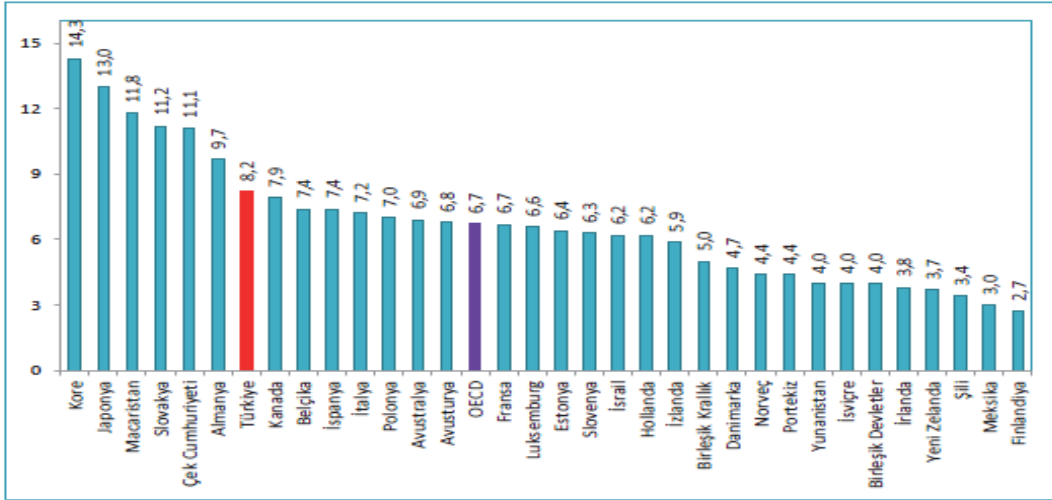
Şekil 8. Yıllara ve hizmet kapsamına göre kişi başı hekime müracaat sayısı, tüm sektörler



Şekil 8, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,1 iken 2013 yılı olmuştur (50).

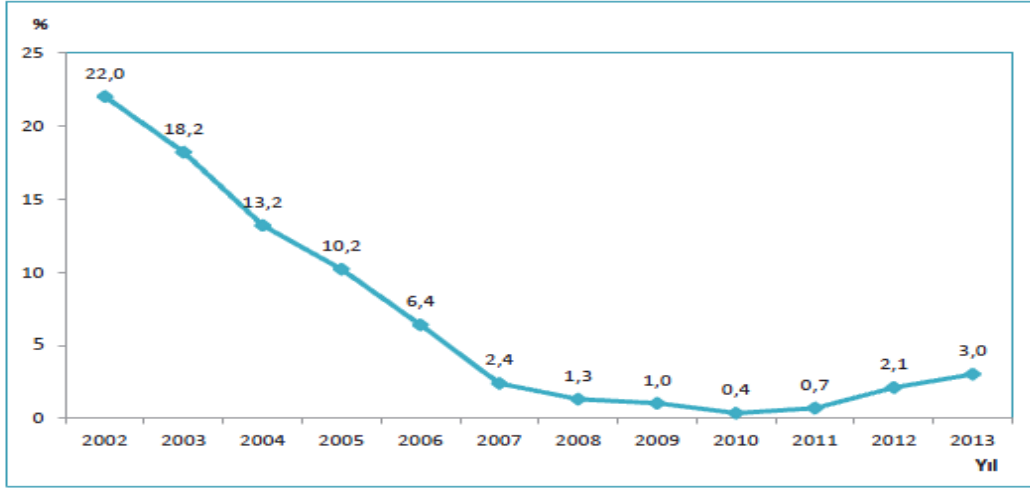
Şekil 9. Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırması, 2012



Şekil 9, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırmasına bakıldığında 2012 yılında Türkiye’de bu sayı 8,2 iken OECD ülke ortalaması 6,7 dir (15).

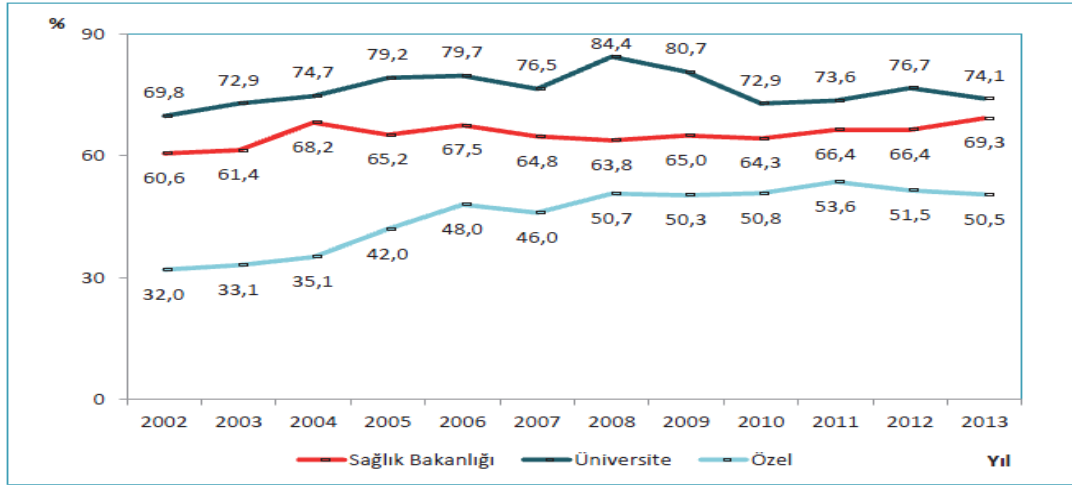
Şekil 10. Yıllara göre birinci basamak kuruluşları sevk hızı,(%), Sağlık Bakanlığı



Şekil 10, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 2002 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarında sevk hızı 22,0 iken 2013 yılında bu hızın 3,0’a düştüğü görülmektedir (50).

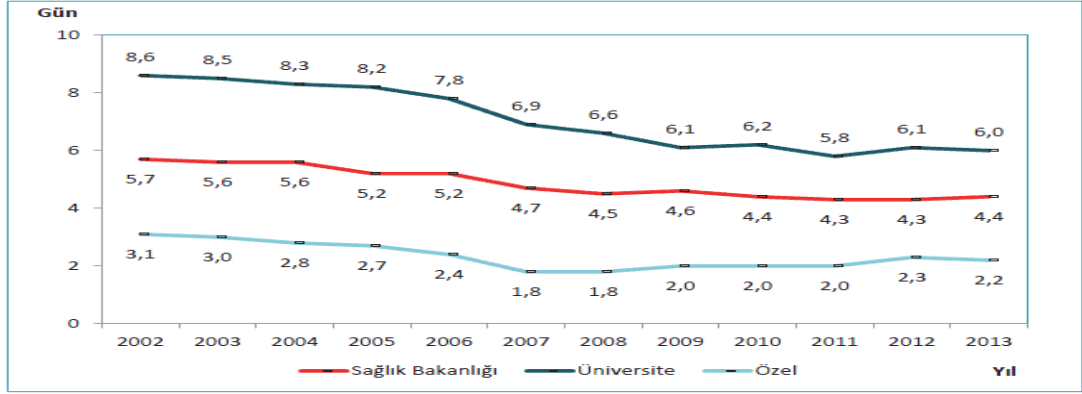
Şekil 11. Yıllara ve sektöre göre hastanelerde yatak doluluk oranı (%),



Şekil 11, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 2002 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yatak doluluk oranı %60,6 iken 2013 yılında bu oran %69,3’e yükselmiştir. Özel hastaneler grubunda ise bu oran 2002 yılında %32,2 iken 2013 yılında %50,5’e yükseldiği görülmektedir (50).

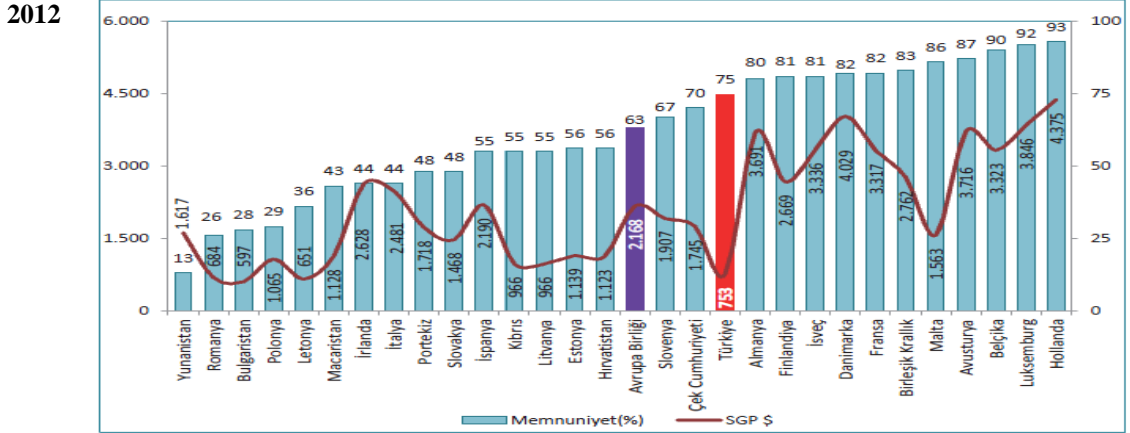
Şekil 12. Yıllara ve sektöre göre hastanelerde yatan hasta ortalama kalış günü



Şekil 12, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 2002 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerle yatan hasta ortalama kalış günü sayısı 5,7 iken 2013 yılında 4,4’e düşmüştür. Özel sektörde de bu sayı 2002 yılında 3,1 iken 2013 yılında 2,2’ye düşmüştür (50).

Şekil 13. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet (%) 2013 ve kişi başı kamu sağlık harcaması

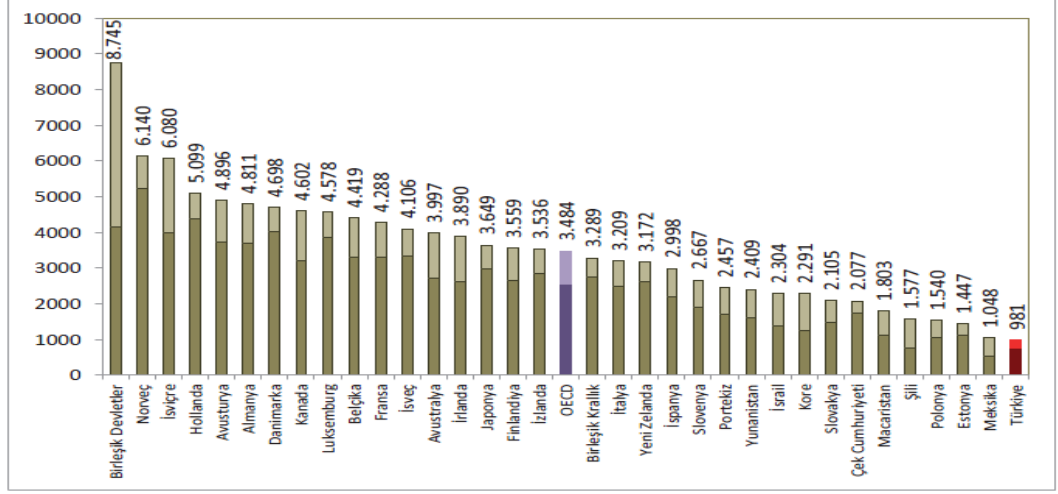


Şekil 13, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 2012 yılı sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %75, kişi başı kamu sağlık harcaması ise 753 SGP \$ (Satın Alma Gücü Paritesi Amerikan Doları) iken Avrupa birliği ülkelerinde ise sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %63, kişi başı kamu sağlık harcaması ise 2.168 SGP \$’ı olarak tespit edilmiştir (15, 50).

Şekil 14.. OECD ülkelerinde kişi başı toplam sağlık harcaması, kamu ve özel, SGP ABD \$,

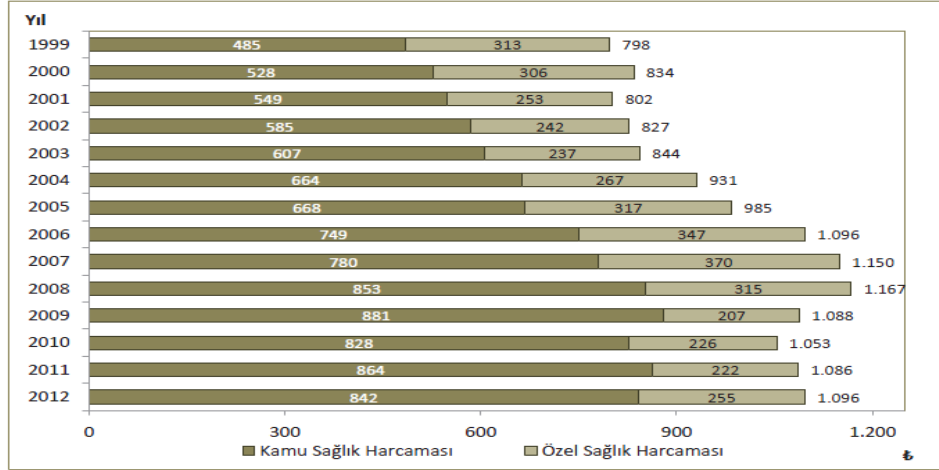
2012



Şekil 14, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 2012 yılı kişi başı toplam sağlık harcaması ise 981 SGP \$ iken Avrupa Birliği ülkelerinde ise kişi başı toplam sağlık harcaması ise 2.886 SGP \$’ı olarak tespit edilmiştir. Aynı şekilde OECD ülkelerinde ise kişi başı toplam sağlık harcaması 3.484 SGP \$’dır (15,50,51).

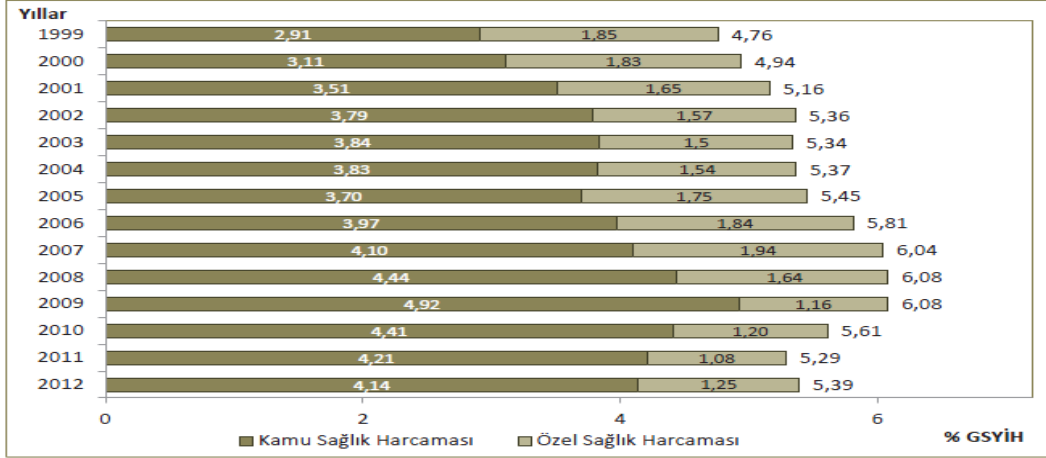
Şekil 15. 2012 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması, reel,



Şekil 15, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

Türkiye’de 2012 yılı rakamları ile kişi başı kamu ve özel sağlık harcaması 1999 yılında 789 TL iken 2012 yılında bu rakam 1,096 TL olmuştur (51).

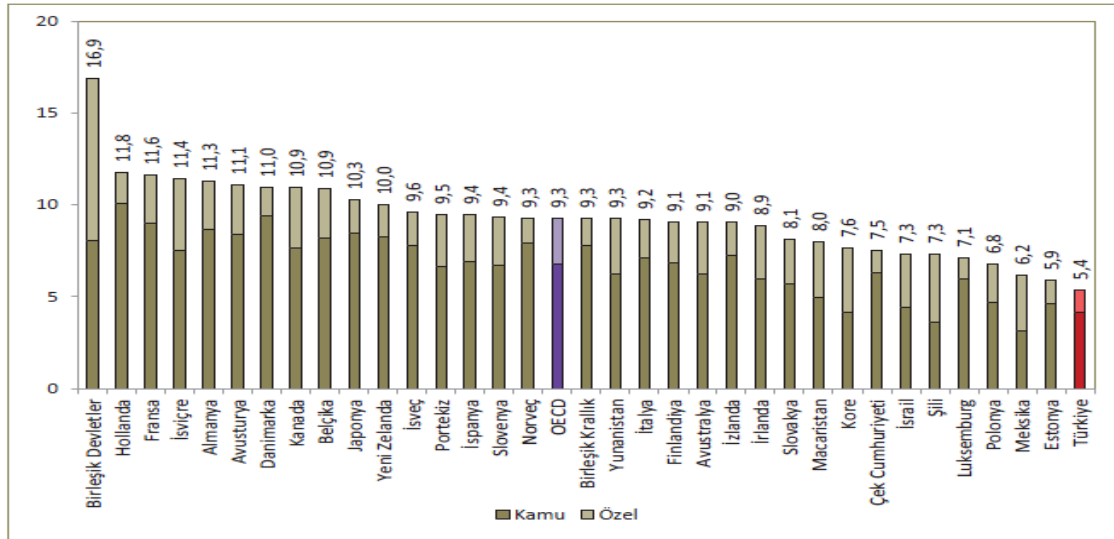
Şekil 16. Yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki Payı



Şekil 16, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

Türkiye’de yıllara göre kamu ve özel sağlık harcamasının GSYİH içindeki payı 1999 yılında %4,76 iken bu oran 2012 yılında %5,39’a yükselmiştir (42, 43). Bu oran OECD ülkelerinde ise %9,3’tür (51).

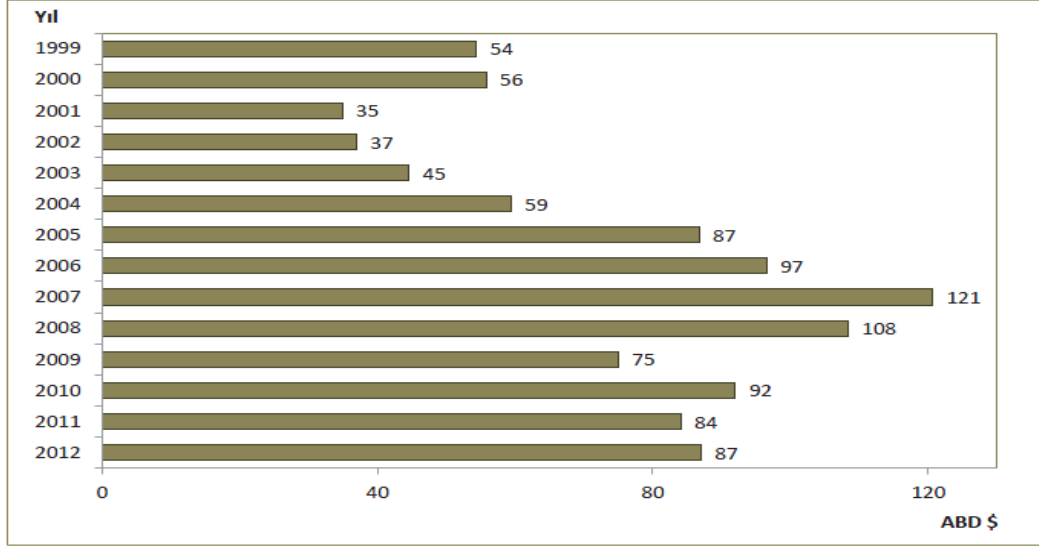
Şekil 17. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı (%), 2012



Şekil 17, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı ise %9,3’tür (15, 51).

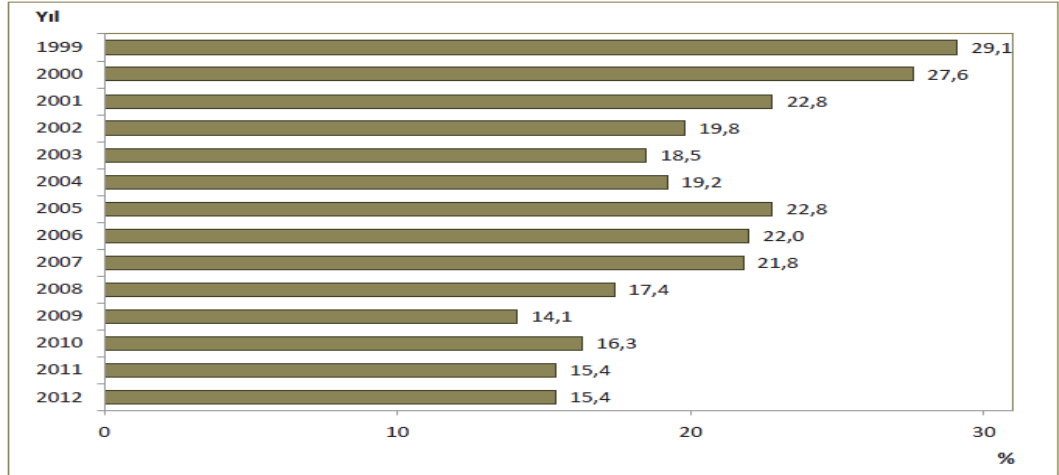
Şekil 18. Yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması ABD \$



Şekil 18, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

Türkiye’de yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması incelendiğinde 1999 yılında 54 ABD \$ iken 2012 yılında 87 ABD \$’na yükselmiştir (51).

Şekil 19. Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı (%)

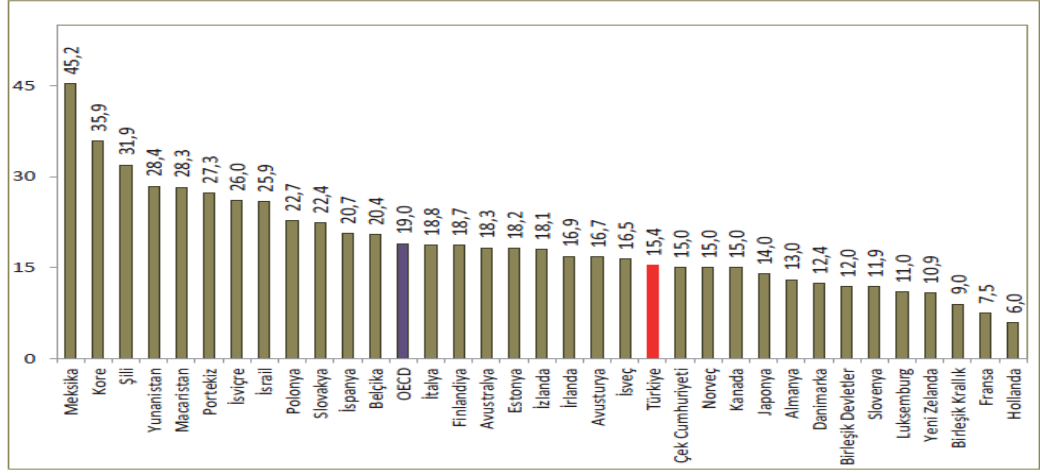


Şekil 19, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

Yıllara göre cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı 1999 yılında %29,1 iken 2012 yılında bu oran %15,4’e düşmüştür (51).

Şekil 20. OECD ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması

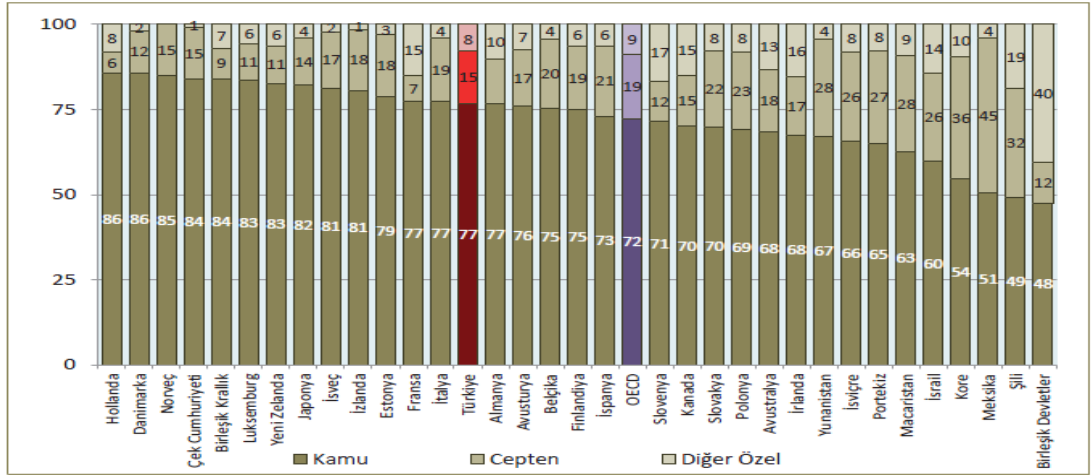
içindeki oranı 2012



Şekil 20, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

OECD Ülkelerinde cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki oranı 2012 yılında %19,0 iken Türkiye’de bu oran %15,4’tür (15,51).

Şekil 21. OECD Ülkelerinde Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları, 2012



Şekil 21, 51. Kaynaktan alınmıştır (51).

2012 yılında Türkiye’de finansman türüne göre sağlık harcamalarına bakıldığında %77 kamu, %15 cepten, %8 diğer özel kaynaklardan sağlandığı görülmektedir. OECD ülkelerinde ise sağlık harcamalarının finansmanı %72 kamu, %19 cepten, %9 diğer özel kaynaklardan sağlanmaktadır (15,51).

2.4. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de’ki Tarihsel Gelişimi

Sosyal güvenlik, fertlerin vazgeçilmez haklarından olan ve herhangi bir meslek veya sosyal risk nedeniyle gelirinde azalma meydana gelen bireylerin, başkalarının yardımına muhtaç olmaksızın hayatlarını devam ettirebilmelerini amaç edinmiş olan bir kavramdır.

Sosyal sigortalar, bir sosyal güvenlik tekniği olarak öncelikle sanayileşme süreci içerisinde ortaya çıkan işçi kitlesinin korunmasına yönelik yapılan arayışlar sonucunda bulunmuştur. Sosyal güvenlik terimi kavramı ilk defa 1935 yılında ABD’de çıkarılan “Social Security Act” Sosyal Güvenlik Kanunu başlıklı ismiyle dünya literatürüne girmiştir. Kanun kapsamına yaşlılık, ölüm ve işsizlik riskleri alınmıştır (52).

Sosyal güvenlik, 12 Ağustos 1941 tarihinde “Atlantik Beyannamesi”nde de yer almış ve insanlığın en derin ve en yaygın bir arzusunu anlatan parolası olmuştur. Bu durum, İkinci Dünya Savaşı’nın sebep olduğu sosyo-ekonomik sorunları çözmek amacıyla ile Uluslararası Çalışma Örgütü’nün sosyal güvenlik kavramının uygulamasına yönelik olarak bazı tavsiye kararlarını alınmasına neden olmuştur.

Sosyal güvenlik kavramı dünya sosyal politika mevzuat ve uygulamasındaki gelişmeleri etkileyen 10 Aralık 1948 Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”nde en geniş anlamıyla yer alarak evrensel boyutlara ulaşmıştır (53).

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde genel olarak sosyal güvenlik, “Herkesin hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık ve ölüm gibi insan iradesi dışında meydana gelen risklere karşı güven içerisinde olması gereğinin yanı sıra; beslenme ve barınma gibi her türlü ihtiyacın karşılanmasıdır.” şeklinde tanımlanmıştır.

Bu anlamda sosyal güvenlik: “Mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri veya kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir.” şeklinde de tanımlanabilir.

Sosyal güvenlik, bir insan hakkı ve esas itibariyle bir devlet görevi olarak da tanımlanabilir. Kişilerin gelirleri ne olursa olsun, toplum huzurunu ve refahını bozan belli sayıdaki sosyal tehlikenin verdiği zararlardan korunmasını sağlayan bir sistemdir (54).

Sosyal güvenlik sistemlerinin temel amacı, gelir azalışı ve/veya harcama artışı yaratan sosyal risklere karşı vatandaşları korumaktır. Sosyal güvenlik sistemleri, Sanayi Devrimi'nin neden olduğu oldukça önemli ekonomik, sosyal ve politik değişimler sonucu ortaya çıkmıştır. Sonraki süreçlerde ise sistemlerin kapsamı kişi ve koruma sağlanan riskler açısından gelişmiştir.

Genel olarak sosyal güvenlik hizmetleri, sosyal sigorta ile sosyal yardım ve hizmetler olmak üzere iki kanaldan sağlanır. Sosyal koruma açısından hangi kanal seçilirse seçilsin, çağdaş sosyal güvenlik sistemleri için önemli olan unsurlar, evrensellik ve gelirin yeniden dağılımı ile ortaya çıkan sosyal adaletin sağlanmasıdır.

Cumhuriyetin ilk yıllarında, sosyal güvenliğe yönelik doğrudan düzenlemeler yapılmasa da, 1926'da çıkarılan “Borçlar Kanunu”, 1930'da çıkarılan “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” gibi yasalarla dolaylı düzenlemelere gidilmiştir. Yine bu dönemde sosyal sigortalara benzeyen, kişiler ve riskler açısından dar kapsamlı birtakım emeklilik ve yardımlaşma sandıklarının kuruluşunu öngören yasalar çıkarılmıştır. 1930 tarihli “Askeri ve Mülki Tekaüt Kanunu” bunların en önemlisidir. İşçiler de benzer yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır.

Kurtuluş Savaşı devam ederken kalabalık bir işçi kitlesinin çok ağır çalışma koşulları içinde bulunduğu Zonguldak ve Ereğli Kömür bölgesinde maden işçilerinin kurdukları Amele Birliği ve İhtiyat ve Teavün Sandıkları olmak üzere, Samsun Tütün İşçileri Teavün Sandığı bu türden kuruluşlardır (55).

Türkiye’de sosyal sigorta teşkilatının kurulması ve mevzuatın geliştirilmesi ilk kez 1936 tarih ve 3008 sayılı İş Kanunu ile hükme bağlanmıştır. Cumhuriyetin ilanından 3008 sayılı İş Kanunu’nun çıkarıldığı 1936 yılına kadar, sosyal güvenlikle ilgili kapsamlı bir düzenleme yapılmamıştır. Bu devrede çıkarılan kimi yasalar ancak dolaylı ve sınırlı olarak sosyal güvenlikle ilgili hükümler içermiştir. Bu kanunda yer alan ilkelerin yaşama geçirilmesi ise İkinci Dünya Savaşından sonra olanaklı hale gelmiş ve İkinci Dünya Savaşı’ndan sonraki yıllar, sosyal güvenlik alanında yoğun çabalar sarf edilmiştir.

3008 sayılı “İş Kanunu” ile ilk kez Türkiye’de sosyal sigortaların kuruluşu ve sosyal sigortalara ilişkin temel ilkeler öngörülmüştür. Sosyal güvenliğin, bugün de hala geçerli olan bazı temel ilkeleri benimsenmiştir. İş Kanunu, kurulacak sigorta kollarını, bunların öncelik sırasını, sosyal sigortalarda zorunluluk ilkesini, sosyal sigortaların kişiler açısından kapsamını, “sosyal yardımlar” başlığı altında düzenlemiştir.

Kanun “sosyal yardım” deyimini kullanarak, sosyal sigortayı amaçlamıştır. Kanunla, kendilerine karşı sosyal koruma sağlanacak riskler; “iş kazaları ve meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, işten çıkma, hastalık ve ölüm” olarak belirlenmiştir. Sigortalı olma ve sigorta yardımlarından yararlanma, özel sigortaların aksine, kişinin iradesine terk edilmemiş ve zorunluluk esası benimsenmiştir. Sosyal güvenliğin bu evrensel ilkesi, söz konusu kanunda “İşçiler, işyerlerine alınmalarıyla beraber kendiliğinden sigortalı olmuş olurlar” ifadesiyle açıkça vurgulanmıştır. Yapılan düzenlemelerle, sosyal risklere karşı güvencenin sağlanması görevi açıkça devlete verilmiş ve bu görevin yerine getirilmesi için bir devlet kurumu olarak, “İşçi Sigortaları

İdaresi”nin kurulması öngörülmüştür. Ancak, Cumhuriyetin ilanından 1945 yılına kadar bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulamamıştır.

İkinci Dünya Savaşı'nın sona ermesiyle Türkiye'nin de ekonomisi sarsılmış, savaş süresince büyük kitlelerin yaşam düzeylerinde gerilemeler olmuştur. Bu nedenle, Türkiye'de bir sosyal güvenlik sisteminin oluşturulması zorunlu hale gelmiştir. Ayrıca, dünyadaki savaş sonrası sosyal politika, Türkiye'ye de yansımış; iş kazaları, meslek hastalıkları ve analık sigortaları kurulurken, Çalışma Bakanlığı'nın kuruluş kanunu ve görevleri arasında sosyal güvenliğe de yer verilmiştir.

27.06.1945 tarih ve 4772 sayılı “İş Kazaları Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu” adında belirtilen risklere karşı güvence getirilmiştir. 09.07.1945 tarih ve 4792 sayılı kanunla “İşçi Sigortaları Kurumu” tesis edilmiştir (56). Daha sonra 02.06.1949 tarih ve 5417 sayılı “İhtiyarlık Sigortası Kanunu” ile yaşlılık riskine karşı koruma sağlanmıştır.

Yine 1949 yılında, birçok memur sandığı kaldırılarak kamu kesiminde çalışan memurların sosyal güvenlik haklarının düzenlenmesi için 5434 sayılı “T.C. Emekli Sandığı Kanunu” çıkarılmış ve bu konudaki görev de Emekli Sandığı'na verilmiştir.

04.01.1950 tarih ve 5502 sayılı “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” ile hastalık ve analık sigortaları yeniden düzenlenmiştir. 04.02.1957 tarih ve 6900 sayılı “Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu” ile yaşlılık sigortası yeniden düzenlenmiş, ilave olarak sakatlık ve ölüm riskleri de kapsama alınmıştır (57).

1960 yılına gelindiğinde sosyal güvenlik sistemimizin birçok yönden eksiklikler ve aksaklıklar gösterdiği dikkat çekmiştir. 1961 Anayasası ile sosyal haklara ve bu arada sosyal güvenlik hakkına anayasal bir nitelik kazandırılmıştır. “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir” hükümlerine yer verilmiştir.

Bu hükmün gerekçesi sosyal güvenlikle ilgili düzenlemelerin “İnsan Hakları Evrensel Beyanname”nde olduğu gibi yeni anayasalarda da yer almasıdır.

Anayasada ifadesini bulan sosyal devletin kişiye insanlık onuruna yaraşır bir yaşantı sağlayıcı tedbirler alma niteliği sosyal güvenliğin de temel amacını oluşturmaktadır. Bu anlamda, sosyal güvenlik, sosyal devletin aldığı önlemlerden biridir. Diğer bir yönüyle de sosyal planlama sürecinde ele alınan birçok sosyal sorunu konu edinmektedir (58).

Bu çerçevede, bağımlı çalışanların bir kısmı sosyal sigorta kapsamı dışında tutulurken bağımsız çalışanlara ise sosyal güvenlik hakkı hiç tanınmamıştır. 17.07.1964 tarih ve 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” ile sosyal risklere karşı koruma sağlayan dağınık hükümler kaldırılarak öncesine göre daha kapsamlı güvence sağlayan yeni bir sosyal sigorta yasası yürürlüğe girmiştir (57).

1965 yılında, 506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” ile bu kanunların uygulanmasını sağlamak için “Sosyal Sigortalar Kurumu” kurulmuş ve bu kuruma bir iş yerinde ücretle çalışanların sosyal güvenliklerinin sağlanması görevi verilmiştir.

Sosyal güvenlik sisteminin geniş kesimlere yaygınlaştırılması kapsamında, 1972 yılında “Bağ-Kur” kurulmuş ve çıkarılan 1479 sayılı “Bağ-Kur Kanunu” ile kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar da sosyal güvenlik hakkına kavuşturulmuştur.

1983 yılında ise 2925 ve 2926 sayılı kanunlarla tarım sektöründe hizmet akdiyle çalışanlarla bağımsız olarak çalışanlar sosyal güvenlik kapsamına alınmış ve “Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı”ndan bu yana söz edilen “İşsizlik Sigortası”nın oluşturulması konusu 25 Ağustos 1999 tarihli 4447 sayılı yasa ile hayata geçirilmiş, ancak yasada işsizlik sigortasına ilişkin hükümlerin yürürlük tarihi 1 Haziran 2000 olarak belirlenmiştir.

1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı tarafından “Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması” hazırlanmış ve bu çalışma bir anlamda sağlık reformlarının ele alındığı bir sürecin başlangıcı olmuştur (43).

1996-2000 yıllarını kapsayan “Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı”nda tüm sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması hedefine yönelik olarak “Sosyal Güvenlik Temel Yasası”nın çıkarılması öngörülmüştür.

Türkiye’de; nüfus yapısındaki değişim, mevcut sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması, sosyal güvenlik kurumlarının finansman açığının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri, bütün nüfusun koruma altına alınmaması, sosyal güvenlik kurumlarının finansman ve yapısal sorunları, sosyal güvenlik alanında reform yapılmasını gündeme getirmiştir.

Sosyal güvenlik kurumlarının birleştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin tek çatı altında yürütülmesi amacıyla 31.5.2006 tarihinde 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” kabul edilmiştir. Kanunun 01.01.2007 tarihinden itibaren yürürlüğe girmesi öngörülmüş ancak Anayasa Mahkemesinin 15.12.2006 tarihli kararıyla memur, işçi ve esnaf ile serbest çalışanların aynı kurumda aynı yasal koşullarda emekli olamayacaklarına, aynı sağlık ve sosyal güvenlik haklarına sahip olamayacaklarına ve dolayısıyla memurların “ayrı” bir yasaya tabi olmaları gerektiğine karar vererek birçok önemli madde iptal edilmiş, kanunun yürürlüğe girişi 6 ay ertelenmiştir. 30.12.2006 tarihli, 26392 sayılı 5. Mükerrer Resmi Gazete’de Anayasa Mahkemesi kararları yayımlanmıştır.

Bunun üzerine hazırlanan 5754 sayılı yasayla, hem yasanın birçok maddesi ve yürürlük tarihi değiştirilerek, 2008 yılında, yasa uygulamaya konulmuştur. 8 Mayıs 2008 tarih ve 26870 sayılı Resmi Gazete’de 5754 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” yayımlanarak, 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve

Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun 75 adet maddesi değiştirilmiş ve aynı kanuna dokuz adet geçici madde eklenmiştir.

Ayrıca bazı kanun ve kanun hükmünde kararnamelerde de değişiklik yapılmıştır. 5754 sayılı Kanun ile değişiklik yapılan diğer kanunlar aşağıdaki gibidir.

- 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu,
- 5434 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu,
- 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu,
- 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu,
- 6245 sayılı Harcırah Kanunu,
- 3201 sayılı Yurtdışında Bulanan Türk Vatandaşlarının Yurtdışında Geçen Sürelerinin Sosyal Güvenlikleri Bakımından Değerlendirilmesi Hakkında Kanun,
- 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu,
- 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu (Bağ-Kur Kanunu),
- 818 sayılı Borçlar Kanunu,
- 5953 sayılı Basın Mesleğinde Çalışanlarla Çalıştıranlar Arasındaki Münasebetlerin Tanzimi Hakkında Kanun,
- 854 sayılı Deniz İş Kanunu,
- 4857 sayılı İş Kanunu,
- 5411 sayılı Bankacılık Kanunu,

- 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun,
- 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu,
- 2108 sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Kanunu,
- 4447 sayılı İşsizlik Sigortası Kanunu,
- 168 sayılı Yabancı Memleketlerde Türk Asıllı ve Yabancı Uyruklu Öğretmenlere Sosyal Yardım Yapılması Hakkında Kanun,
- 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun,

Önceki sosyal güvenlik kanunları ve mevzuatı yerine tüm çalışanlara (işçi, esnaf, çiftçi veya memur) tek bir kanun ve mevzuat uygulanarak norm ve standart birliği sağlanmaya çalışılmıştır. Yürürlük tarihi itibariyle mevcut kamu görevlileri dışında çalışanlar ile emekliler hemen kapsama alınmış, diğer bazı statüde olanların ise kademeli olarak ve nihayetinde 01.01.2012 tarihi itibariyle tüm ülke nüfusunun zorunlu olarak genel sağlık sigortası kapsamına alınması öngörülmüştür. Bu uygulama ile de ülkede yaşayan ister vatandaş, ister yabancı (belli şartlarda) ister çalışan-çalışmayan ister emekli herkes, genel sağlık sigortası kapsamına alınarak söz konusu kişilere eşit sağlık hizmeti vermeye başlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası uygulaması, herkesin doğumdan ölüme kadar sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sağlamak, bütçede kara delik haline gelen sosyal güvenlik açıklarını asgariye indirerek ortadan kaldırmak amacını taşıyordu.

“Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu”, “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ve “Sosyal Yardımlar ve Primsiz Ödemeler Kanunu” ile sosyal güvenlik reformun düzenlemesi yapılmış ve Türkiye’de bu reformu ile birlikte sosyal

güvenlik sisteminin kapsamı üç ana koldan oluşturulmuştur. Bunlar:

- Kısa Vadeli Sigorta Kolları (iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık),
- Uzun Vadeli Sigorta Kolları (malullük, yaşlılık ve ölüm) ve
- Genel Sağlık Sigortası"dır.

Sosyal güvenlik sistemi ile ilgili reform, dört aşama olarak planlanmıştır.

- Bunlardan ilki, sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi,
- İkincisi, sosyal sigorta hak ve yükümlülüklerinde norm ve standart birliğinin sağlanması,
- Üçüncüsü, bütün nüfusu kapsayacak genel sağlık sigortasının kurulması,
- Dördüncüsü de, primsiz ödemeler sisteminin sosyal sigorta sisteminden ayıklanması ve tek elden yürütülmesidir. Primsiz ödemeler konusunda ise çalışmalar devam etmektedir.

Sosyal güvenlik reformu ile genel anlamda aşağıda belirtilen hususlar amaçlanmıştır (59).

- İşverenlere bağlı olarak çalışanlar, bağımsız çalışanlar ve kamu görevlisi olarak çalışanlar için hak ve yükümlülükler açısından norm ve standart birliği getirilmesi, tüm çalışanlar için gelir ve gider dengesinin kurulmasının sağlanması, Türkiye nüfusunun hızla yaşlanması göz önünde bulundurularak emeklilik şartlarının mevcut hakların korunarak yeniden düzenlenmesi, zorunlu ve isteğe bağlı sigortalılığın ülke gerçeklerine uygun şekilde yeniden tanımlanması, ülke nüfusunun tamamının genel sağlık sigortası kapsamına alınması, sistemin basitleştirilerek bürokrasinin azaltılması.

Tablo 8. Sosyal güvenlik reformu

1936	3008 sayılı İş Kanunu
1946	İşçi Sigortaları Kurumu , İş Kazası , Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası
1949	Emekli Sandığı Kanunu
1957	Maluliyet İhtiyarlık ve Ölüm Sigortası
1964	506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu
1972	Bağ-Kur Kanunu
1983	Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu
1990	Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışmaları
Kasım 2002	“Acil Eylem Planı” çerçevesinde sosyal güvenlik reformu çalışmalarının başlatılması
01 Temmuz 2003	Sağlık Bakanlığı - SSK Sağlık Tesisleri Ortak Kullanım Protokolü,
23 Eylül 2003	Maliye Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşları protokolü
01 Ekim 2003	Fiyat Uygulaması,
01 Haziran 2004	Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile özel sağlık kurum ve kuruluşları Protokolü, Ekonomik Koordinasyon Kurulu kararı ile sosyal güvenliğin temel ilkeleri
19 Şubat 2005	5283 sayılı Kanun ile SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devredilmesi
20 Mayıs 2006	5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu
16 Haziran 2006	5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu
15 Haziran 2007	SGK Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)
15 Haziran 2007	SGK Özel Sağlık Hizmeti Sunucuları Hizmet Alımı Sözleşmesi
GSS uygulamasına geçiş;	Temmuz 2008 Emekliler, Ekim 2008 SSK – Bağ-Kur, Ocak 2010 Devlet Memurları, Ekim 2010 TSK, Ocak 2012 Yeşilkart

Tablo 8, 44. Kaynaktan uyarlanarak hazırlanmıştır (44).

2.4.1. Primli Sistem

Türkiye’de, sosyal güvenlik sisteminin kapsamı gittikçe genişlemekte, norm ve standart birliğinin sağlanmasına çalışılmakta ve finansman kaynakları işveren-işçi-devlet belirlenmektedir.

Primli sistem, belli çalışma karşılığında veya belli şartlar altında çalışmadan (isteğe bağlı sigorta) çalışanın işvereni veya kendi adına çalışanın da kendisi tarafından ödenen primler karşılığında sağlanan yardımları kapsamaktadır.

Primli sistem “Kısa Vadeli Sigorta Kolları (iş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık)” ile “Uzun Vadeli Sigorta Kollarını (malullük, yaşlılık ve ölüm)” kapsamaktadır. Bu işlemler;

- 4/a Hizmet Akdiyle Çalışanları,
- 4/b Bağımsız Çalışanları,
- 4/c Kamu Görevlileri gibi,

Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı çalışanları ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu’nun 20. maddesine istinaden bazı özel banka ve sigorta şirketlerinde çalışanların sosyal güvenliğini sağlamak için kurulan özel sosyal güvenlik sandıkları, Amele Birliği ve Ordu Yardımlaşma Kurumunu kapsamaktadır.

Aylıkları kesilmeksizin 5510 sayılı kanunun 4/c bendi kapsamında çalışanlar hakkında uzun vadeli sigorta kolları; 4/a ve 4/b bentleri kapsamında çalışanlar hakkında ise iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası hükümleri uygulanır. İş kazası ve meslek hastalığı sigortası hükümleri uygulananların uzun vadeli sigorta kollarına tabi olmayı istemeleri halinde, bu isteklerini kuruma bildirdikleri tarihi takip eden aybaşından itibaren, haklarında uzun vadeli sigorta kolları da uygulanır (60).

2.4.2. Primsiz Sistem

Primsiz sistem; çalışmaya dayalı ve prim ödenmesine bağlı olmaksızın devlet adına özellik arz eden görevlerde bulunan ve başarı sağlayan veya durumu itibarıyla güçsüz, sakat ya da muhtaç durumda olanlara devletçe sağlanan yardımları ifade etmektedir. Primsiz sosyal güvenlik sistemi; kimsesiz, muhtaç, malul, dul, yaşlılar, yetim ve korunmaya muhtaç çocuklara karşılıksız olarak yapılan sosyal yardım ve hizmetlerini içermektedir. Finansmanı genel bütçe, belediyeler ya da çeşitli vakıflar ile gerçekleştirilmektedir (61).

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 sistemde bulunan kuruluşlardan bazılarıdır (62).

Bu çerçevede;

- 65 yaşını doldurmuş, kendisine kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden her ne ad altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayan, nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayan, mahkeme kararıyla veya doğrudan doğruya kanunla bağlanmış herhangi bir devamlı gelire sahip bulunmayan ve muhtaçlığını kanıtlayan Türk vatandaşlarına hayatta buldukları sürece aylık bağlanması,
- Geliri olmayan vatandaşların sağlık yardımlarının devlet tarafından karşılanması,
- Vatansızlar ve sığınmacılara devlet tarafından sağlık yardımı yapılması,
- İstiklal madalyası verilmiş bulunanlara şeref aylığı bağlanması,
- Vatani hizmetlerde bulunmuş olanlara aylık bağlanması,

- Bakıma muhtaç çocukların korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlandırılması,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile terörle mücadele eden kişilere aylık bağlanması,
- Köy Kanununa göre görevlendirilen kişilere aylık bağlanması,
- Türkiye'yi Dünya ve Avrupa şampiyonalarında temsil edip dereceye giren sporculara aylık bağlanması, yardımları yapılmaktadır.

Sosyal Hizmetler ise “korumaya, bakıma ve yardıma muhtaç, aile, çocuk, sakat, yaşlı ve diğer kimselere verilen hizmetleri” kapsamakta ve bu hizmetler Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından sağlanmaktadır (60, 63).

2.5. Genel Sağlık Sigortası

2.5.1. 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası” Kanununun Amacı ve Kapsamı

Bu kanun; sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortasından yararlanacak kişileri, işverenleri, sağlık hizmeti sunucularını, bu kanunun uygulanması bakımından gerçek kişiler ile her türlü kamu ve özel hukuk tüzel kişilerini ve tüzel kişiliği olmayan diğer kurum ve kuruluşları kapsamaktadır (54).

5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak amaçlanmıştır.

Genel hatlarıyla özetlemek gerekirse, kanun temel amaçları;

- Tüm ülke vatandaşlarını kapsamaması,
- Sağlık sigortasının zorunlu olması, kişinin tercihine bırakılmaması,
- Sağlık hizmetlerinin eşit, adil ve erişilebilir olmasının sağlanması,
- Sisteme üye olanların bellili bir oranda prim ödeme zorunluluğunun olması,
- Hastaların prime ek olarak ayrıca katkı payı ödemesi,
- GSS kapsamındaki primlerin, belirlenmiş sağlık hizmetini yani teminat paketini kapsamaması, bunun dışında kalan sağlık hizmetleri için ayrıca bir ücret ödenmesi,
- Düzgün bir sevk sisteminin kurulması ve işletilmesidir (42).

5510 sayılı kanun kapsamında sigortalı sayılanlar madde 4'te şu şekilde belirtilmiştir.

- Hizmet akdi (4/a) ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, işciler,
- 4/a grubuna bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız (4/b) alışanlar (Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit uslde gelir vergisi mükellefi olanlar, gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına uslne uygun olarak kayıtlı olanlar, anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu yesi olan ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, tarımsal faaliyette bulunanlar)
- Kamu idarelerinde (4/c); kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışıp 657 sayılı “Devlet Memurları Kanunu” hükümleri uyarınca açıktan vekil atananlar, sözleşmeli alışanlar,
- Köy ve mahalle muhtarları,
- İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
- Oturma iznini almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı ülke mevzuatlarına göre sigortalı olmayanlar,
- İşsizlik deneğinden yararlandırılanlar,
- Bu kanun veya bu kanundan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık alan kişiler,
- Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan kişiler,

Kanun koyucu yukarıda belirtilenlerin dışında aşağıda belirtilen grupları da genel sağlık sigortalısı saymıştır.

- Yeşil Kartta tabi kişiler,
- Vatansız sığınmacılar,
- 2022 kapsamındaki 65 yaşını doldurmuş, kimsesiz, muhtaç kişiler,
- 1005 sayılı “Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- 3292 sayılı “Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 2330 sayılı “Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler ile ana ve babası olmayan Türk vatandaşlarından 18 yaşını doldurmamış çocuklar,
- Harp malûllüğü aylığı alanlar ile “Terörle Mücadele Kanunu” kapsamında aylık alanlar,
- 442 sayılı “Köy Kanununun” ilgili mevzuatları çerçevesinde geçici köy koruyucusu olarak görevlendirilen kişiler,
- “Dünya Olimpiyat ve Avrupa Şampiyonluğu Kazanmış Sporculara ve Bunların Ailelerine Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alan devlet sporcusu sayılan kişiler,

- Karşılıklı ilkesi esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış, yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler,
- 4447 sayılı kanun gereğince işsizlik ödeneği ve ilgili kanunları gereğince kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişiler,
- Türkiye ile sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce yurt dışındaki iş yerlerinde çalıştırılmak üzere götürülen Türk işçileri sigortalı sayılır ve bunlar hakkında kısa vadeli sigorta kolları ile genel sağlık sigortası hükümleri uygulanır.
- Türkiye’de öğrenim gören yabancı uyruklu öğrenciler ilk kayıt tarihinden itibaren üç ay içinde talepte bulunmaları hâlinde genel sağlık sigortalısı olurlar.
- 1136 sayılı “Avukatlık Kanunu” uyarınca avukatlık stajı yapmakta olanlardan bu kanuna göre genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi durumunda olmayanlar, staj süresi ile sınırlı olmak üzere genel sağlık sigortalısı sayılır.
- 6284 sayılı “Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanun” hükümlerine göre genel sağlık sigortası olmayıp hakkında koruyucu tedbir kararı verilen kişiler bu hâllerin devamı süresince gelir tespiti yapılmaksızın genel sağlık sigortalısı sayılır.
- 4769 sayılı “Ceza İnfaz Kurumları ve Tutukevleri Personeli Eğitim Merkezleri Kanunu” kapsamına göre hizmet öncesi eğitime alınanlar, eğitim gördükleri süre içinde genel sağlık sigortalısı sayılırlar. Bu kişilerin, eş ve çocukları ile ana ve babaları da bakmakla yükümlü olunan kişi sıfatıyla genel sağlık sigortasından yararlandırılır (60, 63).

5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası kapsamında olmayanlar ise madde 6'da şu şekilde belirtilmiştir:

- “İşverenin iş yerinde ücretsiz çalışan eşi,
- Ev hizmetlerinde ücretle ve sürekli çalışanlar hariç süreksiz olarak çalışanlar ile ev hizmetlerinde hizmet akdi ile sürekli çalışmasına rağmen, haftalık çalışma sürelerinin 4857 sayılı “İş Kanunu”nda belirtilen sürelerden az olması nedeniyle, aylık kazançları prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olanlar,
- Askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri,
- Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklı kalmak kaydıyla; yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye’ye üç ayı geçmemek üzere bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye’de kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- Resmî meslek ve sanat okulları ile yetkili resmî makamların izniyle kurulan meslek veya sanat okullarında ve yüksek okullarda fiilen normal eğitim süreleri içinde yapılan, tatbikî mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,
- Sağlık hizmet sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen, hasta veya malûller,
- Sigortalı sayılması gereken işlerde çalışmakla birlikte, 18 yaşını doldurmamış olanlar,
- Kamu idareleri hariç olmak üzere, tarım işlerinde veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirlerinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu kanunda tanımlanan

prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,

- Niteliği itibarıyla bir kişinin bir gün içinde yapabileceği işlerde, yevmiyeli olarak çalışanlar,
- Kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan Türk uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin kamu düzeninin zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar, sigortalı sayılmaz” (60).

2.5.4. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları

Sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları;

18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, trafik kazası halleri, acil haller, iş kazası ile meslek hastalığı halleri, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalıklar, ve kanun kapsamında tanımlanan sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmek için;

- Prim ödeme ve prim borcu olmama koşulu
- Kimlik bildirim koşulu
- Katılım payı ödenmesi koşulu
- Sevk zincirine uyulması koşulu bulunmaktadır.

“Kanunun 60’ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar, zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren on gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bu kişilerin sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.

Ayrıca, lise ve dengi öğrenim görülmesi sebebiyle bakmakla yükümlü olunan kişi veya hak sahibi sıfatıyla sağlık hizmetinden yararlandırılan çocuklar, 20 yaşını dolduracakları tarihi aşmamak kaydıyla bu öğrenimlerini bitirmelerini izleyen tarihten itibaren 120 gün süreyle aynı kapsamda sağlık hizmetlerinden yararlanmaya devam ederler” (60).

Kanunun 4. maddesinin (a) bendi kapsamındaki sigortalıların ücretsiz izin sayılan süreler haricinde, ayrıca bir yıl içerisinde toplam bir ayı aşmayan ve işverenlerince belgelendirilen ücretsiz izin sürelerinde genel sağlık sigortalılıkları devam eder (60).

Aşağıda, genel sağlık sigortasından yararlanma şartları ilgili mevzuatta belirtilen yararlanma hükümlerine ayrıntılı olarak yer verilmiştir;

2.5.4.1. Prim Ödeme ve Prim Borcu Olmama Koşulu

“(Madde 60);

- Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sigortası prim ödeme gün sayısının olması,

- Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin 60 günden fazla prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

- Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yukarıdaki bentlerde sayılan şartla birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte prim ve prime ilişkin her türlü borcunun bulunmaması,

- Genel sağlık sigortalısı sayılanlar, (c) bendinde sayılan şartlarla birlikte, bir öğretim dönemine ilişkin genel sağlık sigortası primlerinin tamamını öğrenim gördükleri üniversitenin öğrenim dönemi başından itibaren bir ay içinde ödemeleri şarttır.

- Ancak, genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi kapsamında çıkanların genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten itibaren otuz gün içinde sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için prim ödeme gün sayısı aranmaz.

- Ayrıca 60'ncı madde kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanların;

- Herhangi bir sebeple silah altına alınan sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi,

- Hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukta geçen süre,

- İş kazası, meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortalarından geçici iş göremezlik ödeneği alan sigortalının iş göremediği süre,

- Sigortalının greve iştirak etmesi veya işverenin lokavt yapması hallerinde geçen süre, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödeme gün sayısı hesabında dikkate alınmaz” (60).

2.5.4.2. Kimlik Bildirim Koşulu

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanabilmeleri için sağlık hizmet sunucularına başvurduklarında acil haller hariç olmak üzere (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra); biyometrik yöntemlerle kimlik doğrulamasının yapılması ve/veya nüfus cüzdanı, sürücü belgesi, evlenme cüzdanı, pasaport veya kurum tarafından verilen resimli sağlık kartı belgelerinden birinin gösterilmesi zorunludur (60). Kanununun 71. maddesinde;

“Sağlık hizmeti sunucuları, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlık hizmeti sunumu aşamasında (acil hallerde ise acil halin sona ermesinden sonra), 67 nci maddenin nc fıkrasında sayılan belgeleri ve bu belgelerin başvuran kişiye ait olup olmadığını kontrol etmek zorundadır” (60). ifadesi yer almaktadır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kendi adına bir başkasının sağlık hizmeti almasını veya kurumdan haksız bir menfaat temin etmesini sağlaması yasaktır (54).

Kimlik tespiti ykmllğun yapmayan ve bu nedenle bir başka kişiye sağlık hizmeti sunulması nedeniyle kurumun zarara uğramasına sebebiyet veren sağlık hizmeti sunucularından yapılan yersiz demeler geri alınır ve bu fiilleri işleyenlerden kurumun uğradığı zararın iki katı kanun faiziyle birlikte tahsil edilir ve ilgililer hakkında 26/9/2004 tarihli ve 5237 sayılı “Türk Ceza Kanunu” hükümleri uygulanır (60, 63).

2.5.4.3. Katılım Payı Ödenmesi Koşulu

“Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” madde 3/s’ye göre katılım payı, sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için, genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade eder (64).

Kanunun sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları başlıklı 67. maddesinde katılım payı düzenlenmemiştir. Kanunun 68 ve 69. maddelerinde düzenlenen katılım payı diğer şartlardan farklı olarak hizmet alımı için başvururken değil, hizmet gerçekleştirildikten sonra yerine getirilecek bir yükümlülüktür.

Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme yöntemini belirlemeye kurum yetkilidir. Bu madde ile katılım payı tahsilinde iş yerleri görevlendirilebilir (65).

Sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz (Kanun m. 98/2).

Kanundaki bu düzenleme karşısında özel sağlık sigortası kapsamına alınabilecek kısıtlı bir alan kalmaktadır. Buna göre özel sağlık sigortası yaptırılacak durumlar şunlardır:

- Otelcilik hizmetleri farkları,
- Öğretim üyesi, servis şefi veya kurum ile sözleşme yapmayan doktor ve sağlık birimlerinin fiyat farkları,
- Kullanılan malzemede, ameliyat tekniklerinde tanımlanmış standardın dışındaki talepler,

- Kurum tarafından açıklanacak negatif listedeki ilaçlar,
- Sevk zincirine uyulmaması durumları,

Katılım payı alınmasına ilişkin hususlar kanunun 68. maddesinde öngörülmüştür. Bunlara ilişkin katılım payları 18.04.2014 tarih ve 28976 sayılı “Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği”nde de:

- Ayakta Tedavide Hekim ve Diş Hekimi Muayenesi Katılım Payı (madde 17)
- Vücut Dışı Kullanılan (eksternal) Protez ve Ortez Katılım Payı (madde 18)
- Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı (madde 19)
- Yatarak Tedavide Katılım Payı (madde 20)
- Yardımcı Üreme Yöntemi Tedavilerinde Katılım Payı (madde 21) ödemelerine ilişkin hükümler başlığı adı altında yer almaktadır (60, 63).

2.5.4.3.1. Katılım Payı Tahsili (madde 22)

“Katılım paylarının tahsilatına ilişkin usul ve esaslar kurumca belirlenir. Kurum, katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle veya eczaneler ile diğer kurum ve kuruluşlar aracılığı ile tahsile yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir” (63).

2.5.4.3.2. Katılım Payı İadesi (madde 23)

“Harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, kurumca belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, vatansızlar ve sığınmacılar, 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık

Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alan kişiler ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri hâlinde, 29/5/1986 tarihli ve 3294 sayılı “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu” hükümlerine göre “Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları”na kendilerine geri ödenir” (63).

2.5.4.3.3. Katılım Payı Alınmayacak Haller (madde 24)

5510 sayılı kanununun 69. maddesinde ve 18.04.2014 tarih ve 28976 sayılı “Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği” madde 24’de katılım payı alınmayacak hususlar belirtilmiştir. Buna göre, katılım payı almama durumu, katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler ile ilgili yönetmelikte şu şekilde belirlenmiştir;

Katılım payı alınmayacak hâller, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır;

“Madde 24;

- İş kazasına uğrayan veya meslek hastalığına tutulan genel sağlık sigortalısından, bu durumları nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payları alınmaz.
- Askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri için katılım payları alınmaz.
- Kanununun 75’inci maddesinde yer alan afet ve savaş hâli nedeniyle sağlanan sağlık hizmetlerinden katılım payları alınmaz.
- Aile hekimi muayenelerinde katılım payı alınmaz.
- Genel sağlık sigortalısı ya da bakmakla yükümlü olduğu kişilere sağlanan kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri için katılım payları alınmaz.
- Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; kurumca belirlenen kronik hastalıklarda katılım payları alınmaz.

- Kurum, ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi, yatarak tedavi, vücut dişi orteZ ve proteZler ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlar bakımından, katılım payı alınmayacak kronik hastalıkları ayrı ayrı belirleyebilir.

- Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla, kurumca belirlenen hayati öneme haiz vücut dişi proteZ ve orteZlerden katılım payı alınmaz.

- Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla, organ, doku ve kök hücre nakline ilişkin sağlık hizmetleri için katılım payları alınmaz. Kurumca yürütölen soruşturma kapsamıyla sınırlı olmak üzere;

- Sağlık hizmeti alan genel sağlık sigortalısından veya bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, sağlık hizmetinin gerçekten alınıp alınmadığının tespitine yönelik,

- Sigortalı ile hak sahiplerinin malullük, iş göremezlik raporlarında belirtilen rahatsızlıklarının mevcut olup olmadığının tespitine yönelik, kurumca yapılan sevkler nedeniyle yapılan kontrol muayenelerinde katılım payı alınmaz.

- 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı “İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref AylığıBağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler ile bunların eşlerinden katılım payları alınmaz.

- 28/5/1986 tarihli ve 3292 sayılı “Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alan kişilerden katılım payları alınmaz.

- 2330 sayılı “Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” hükümlerine göre aylık alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden katılım payları alınmaz.

- 24/5/1983 tarihli ve 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler Kanunu” hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişilerden katılım payları alınmaz.

- Harp malullüğü aylığı alanlar ile 3713 sayılı “Terörle Mücadele Kanunu” kapsamında aylık alanlardan ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden katılım payları alınmaz.

- Vazife malullerinden katılım payları alınmaz.

- Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silahlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylardan katılım payları alınmaz.

- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrencilerden katılım payları alınmaz.

- 3713 sayılı kanunun 21’inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalmaları nedeniyle yaralananların tedavileri sonuçlanıncaya veya maluliyetleri kesinleşinceye kadar sağlanacak sağlık hizmetlerinden katılım payları alınmaz.

- Harp malûllüğü, vazife malûllüğü, malûllük aylığı veya sürekli iş göremezlik geliri bağlanmış sigortalılar ile aylık veya gelir bağlanan ve çalışma gücünün en az %60’ını yitiren malûl çocukların kontrol muayenelerinde katılım payı alınmaz” (63).

2.5.4.4. Sevk Zincirine Uyulması Koşulu

5510 sayılı kanunun 70. maddesinde, genel sağlık sigortasının uygulanması açısından bazı temel ilkelere işaret edilmiş, örgütlenme ve ayrıntılar Sağlık Bakanlığı ile Sosyal Güvenlik Kurumuna bırakılmıştır (66).

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kurumca belirlenen sevk zincirine uymaları zorunludur. Sevk zincirine uyulmaması hâlinde sağlık hizmetleri bedelleri ve yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri kurumca karşılanmaz (60).

İş kazası ile meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında, sevk zincirine uyulmadan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına yapılan başvurular sonucu alınan sağlık hizmetlerinin 72. madde gereği belirlenen tutarının %70'i kurumca ödenir. Aradaki fark, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenir (60).

2.6. Genel Sağlık Sigortasının Prim Oranları

506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” kapsamında iş kazası ve meslek hastalığı dışında gerçekleşen hastalık hallerinde, hastalık sigortası kapsamında, sağlık hizmetleri giderleri karşılanmaktaydı. Sigortalıların hastalık durumlarında öncelikle SSK hastanelerine gitmeleri, bu hastaneler tarafından sevk edilmeleri halinde diğer kamu hastanelerinden sağlık hizmeti alabilmekteydiler.

Sosyal güvenlik reformu sonrasında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi ve tüm SSK'lılar genel sağlık sigortalısı olarak tüm kamu hastaneleri ve fark ücret ödemek kaydıyla özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı buldular.

Ayrıca kişilerin hastalık sigortasından yararlanabilmek için 60 günü hastalığın öğrenildiği tarihten önce olmak üzere 120 prim ödeme günü bulunması şartı da bulunmaktaydı. Bu şart genel sağlık sigortası uygulaması ile değiştirilmiş ve 5510 sayılı kanunla 30 güne düşürülmüştür.

Genel sağlık sigortası kapsamında sağlanan yardımların karşılanması amacıyla sigortalılardan veya prim ödeme yükümlülerinden prim alınmaktadır. Bu sigorta kolunda kişilere sağlanan haklarda ödenen prim tutarına bakılmaksızın Kurum tarafından belirlenen usul çerçevesinde her türlü sağlık hizmeti verilmektedir.

5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun 79’uncu maddesinde, kısa ve uzun vadeli sigortalar ile genel sağlık sigortası için, kanunda öngörülen her türlü ödemeler ile yönetim giderlerini karşılamak üzere kurumun prim almak zorunda olduğu, ilgililerin de prim ödemek zorunda oldukları belirtilmiştir.

5510 sayılı kanunda hiçbir sigorta kolu için belirtilmediği halde sağlık harcamalarının özel durumuna istinaden genel sağlık sigortası primleri için bu sigorta kolundan tahsil edilen primlerin doğrudan kurum bütçesinin genel sağlık sigortası kalemine aktarılacağı belirtilmiştir (67).

2.6.1. Prim Oranları

Genel sağlık sigortası prim oranı sigortalının prime esas kazancının %12,5’idir. Ancak bazı sigortalılar için bu oran farklı uygulanmaktadır. Farklı statülere uygulanan genel sağlık sigortası prim oranlarına tablo 9’da yer verilmiştir.

Tablo 9. Genel sağlık sigortası prim oranları tablosu (SGK Sosyal Güvenlik Sisteminde Primler Rehberi 2013/3)

Statü	Prim Oranı	
	İşveren Hissesi	Sigortalı Hissesi
5510 sayılı kanununun 4'üncü maddesine tabi sigortalılar zorunlu sigortalılar	%7,5	%5
Tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak çalışanlar, Ticari taksit, dolmuş ve benzeri nitelikteki şehir içi toplu taşıma araçları, İş yerleri ile kanununun 4'üncü maddesinin ikinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen ve Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan ve çalıştıkları kişi yanında ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olan kişiler,		% 12,5
İsteğe Bağlı Sigortalar		% 12
Aday çırak, çırak, işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler, Staj yapan meslek lisesi veya üniversite öğrencileri	%5	
Avukatlık stajı yapanlar	%6	
İŞKUR meslek edindirme kursu kursiyerleri	% 12,5	
İşsizlik ödeneği alanlar	% 12	
İş kaybı tazminatı alanlar		
Yalnızca genel Sağlık Sigortasına tabi olanlar		

Tablo 9, 67. Kaynaktan alınmıştır (67).

2.6.2. Prim Ödeme Yükümlüleri

Genel sağlık sigortasında prim ödeme yükümlüsü diğer sigorta kollarında olduğu gibi genel olarak işverendir; ancak bazı statüler için prim ödeme yükümlüsü bazen sigortalının kendisi, bazen devlet veya bir kamu kurumu bazen de kamu kurumu niteliğinde bir meslek örgütü olabilmektedir (60, 63, 67).

4/a, 4/b ve 4/c kapsamında sigortalı olanlar ve isteğe bağlı sigortalılar için prim ödeme yükümlüsü kısa ve uzun vadeli sigorta kolları anlatıldığı gibidir. Yani 4/a ve 4/c sigortalıları için işveren, 4/b sigortalıları için ise sigortalının kendisi genel sağlık sigortası primi açısından prim ödeme yükümlüsüdür (60, 63, 67).

Aday çırak, çırak ve işletmelerde mesleki eğitim görenler ile meslek liselerinde staja tabi tutulanlar için, Milli Eğitim Bakanlığı veya bu kişilerin eğitim gördükleri okullar genel sağlık sigortası açısından prim ödeme yükümlüsüdür. Yüksek öğrenimleri sırasında staja tabi tutulan öğrenciler için ise öğrenim gördükleri yüksekokullar genel sağlık sigortası bakımından prim ödeme yükümlüsüdür (60, 63, 67).

1136 sayılı “Avukatlık Kanunu” uyarınca avukatlık stajı yapmakta olan kişiler 5510 sayılı kanun kapsamında başka bir statüde genel sağlık sigortalı veya bakmakla yükümlü olunan kişi değiller ise bu kişiler kanunun 60. maddesinin sekizinci fıkrasına göre genel sağlık sigortalısı olurlar ve bu kişiler için asgari ücret üzerinden yukarıdaki tabloda yer alan oranda alınacak genel sağlık sigortası prim ödeme yükümlüsü “Türkiye Barolar Birliği”dir (60, 63, 67).

Türkiye İş Kurumu tarafından düzenlenen meslekedindirme, geliştirme ve değiştirme eğitimine katılan kursiyerler 5. madde kapsamında kısa vadeli sigorta kollarından iş kazası ve meslek hastalığı sigortalarına ilişkin hükümlerin uygulanacağı ve bu kişilerden bakmakla yükümlü olunan kişi konumunda olmayanlar için genel sağlık sigortası hükümlerinin de uygulanacağı bilinmektedir. Bu kişiler için kısa vadeli

sigorta kolları primi ve genel sağlık sigortası primi açısından prim ödeme yükümlüsü Türkiye İş Kurumudur. Ancak bu kurumun 5510 sayılı kanunun diğer hükümleri açısından iş yeri veya işveren olarak değerlendirilemeyeceği de yine 5'inci maddede ifade edilmektedir (60, 63, 67).

Yeşil kart sahipleri 01.01.2012 tarihinden itibaren Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilmiş ve bu kişiler bu tarihten itibaren genel sağlık sigortası kapsamında sigortalı olmuşlardır. Bu kapsamda SGK'na devredilen sigortalılardan 3816 sayılı kanuna tabi olanlar ile ilgili gelir testi uygulaması da bu tarihten itibaren yürürlüğe girmiştir. Yeşil kartlarının vizeleri sona erdikten sonra gelir testi uygulaması sonucunda hane halkı gelirinin kişi başına düşen tutarı aylık asgari ücretin üçte birinden az olanlar 60'ncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin bir numaralı alt bendi uyarınca genel sağlık sigortalısı olmakta ve primleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Dolayısıyla bu kişiler için prim ödeme yükümlüsü devlet olmaktadır (60, 63, 67).

Hiçbir sosyal güvencesi olmayan ve gelir testi sonucunda hane halkı gelirinin kişi başına düşen tutarı aylık asgari ücretin üçte birinden fazla olduğu tespit edilenler için ise prim ödeme yükümlüsü bu sigortalıların kendileridir.

Ayrıca 60. maddenin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamındaki sigortalılar için prim ödeme yükümlüleri ilgili kamu kurumlarıdır (60, 63, 67).

2.6.3. Primlerin denmesi

Genel sağlık sigortası açısından primlerin ödemesi 4'üncü maddeye tabi sigortalılar ve isteğe bağlı sigortalılar açısından uzun vadeli sigorta kolları primlerinin ödenmesi ile ilgili bölümde açıklandığı Şekilde yapılmaktadır. Sağlık sigortası primi devlet tarafından ödenenler ile diğer aylık alanların genel sağlık sigortası primleri ait oldukları ayı takip eden ayın sonuna kadar ilgili kamu kurumu tarafından ödenir.

Genel sağlık sigortasına tabi olan yabancı uyruklu kişiler ile kanunun 60. maddesinin (g) bendinde belirtilen hiçbir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar primlerini ait oldukları ayı takip eden ayın sonuna kadar kendileri ödemektedir. İşsizlik ödeneği alanlar ile ilgili kanunları gereği kısa çalışma ödeneğinden yararlandırılan kişilerin genel sağlık sigortası primlerinin Türkiye İş Kurumu tarafından primin ait olduğu ayı takip eden ayın sonuna kadar ödenmesi gerekmektedir (60, 63 ,67).

Aday çırak, çırak, işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler, staj yapan meslek lisesi veya üniversite öğrencileri için ilgili eğitim kurumu tarafından yapılacak bildirimden ardından bu sigortalılar için ödenecek sigorta primleri, bu okulların bütçesine bu primler için konulacak ödenekten karşılanır (60, 63, 67).

Sosyal güvenlik reformu öncesinde birden fazla sosyal güvenlik kurumu mevcuttu ve her sosyal güvenlik kurumu için sağlık hizmetlerinden yararlanmanın şartları ve sağlık hizmetlerinin alınması şekil itibarıyla farklılık göstermekteydi (60, 63, 67).

Sosyal güvenlik reformu sonrasında tüm sigortalılar açısından eşit şartlarda sağlık hizmeti alınmasının yolu açılmış ve birçok vatandaşın sağlık hizmetlerine ulaşması kolaylaştırılmıştır. Genel sağlık sigortası uygulaması ile özellikle SSK ve Bağ-Kur sigortalıları sağlık hizmetlerine ulaşmada birçok kolaylığa kavuşmuştur.

506 sayılı “Sosyal Sigortalar Kanunu” kapsamında iş kazası ve meslek hastalığı dışında gerçekleşen hastalık hallerinde, hastalık sigortası kapsamında, sağlık hizmetleri giderleri karşılanmaktaydı. Sigortalıların hastalık durumlarında öncelikle SSK hastanelerine gitmeleri, bu hastaneler tarafından sevk edilmeleri halinde diğer kamu hastanelerinden sağlık hizmeti alabilmekteydiler (60, 63, 67).

Sosyal güvenlik reformu sonrasında SSK hastaneleri Sağlık Bakanlığına devredildi ve tüm SSK'lılar genel sağlık sigortalısı olarak tüm kamu hastaneleri ve fark ücret ödemek kaydıyla özel hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı buldular. Ayrıca kişilerin hastalık sigortasından yararlanabilmek için 60 günü hastalığın öğrenildiği tarihten önce olmak üzere 120 prim ödeme günü bulunması şartı da bulunmaktaydı. Bu şart, genel sağlık sigortası uygulaması ile değiştirilmiş ve 5510 sayılı kanunla birlikte 30 güne düşürülmüştür (60, 63, 67).

2.8. Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Sigortalılara Verilecek Hizmetler

Sağlık hizmetlerinin amacı, yasa kapsamına girenlerin sağlıklarının korunmasını, hastalanmaları halinde sağlıklarını tekrar kazanmalarını, hastalık ve analık hallerinde gerekli sağlık yardımlarının verilmesini ve yeniden sağlıklı duruma kavuşturulmasını sağlamaktır.

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla 5510 sayılı kanun 63. maddesi kapsamında kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri şunlardır:

- Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (60).
- Hastalık halinde ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak muayene, tetkik , tahlil ile diğer tanı yöntemleri, tıbbî müdahale, tedavi, tıbbi bakım, fizik tedavi, rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri (60).

- Analık sebebiyle ayakta veya yatarak, hekim tarafından yapılacak muayene, teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri (60).
- Yasayla, analık sağlık yardımları arasında normal yollardan çocuk sahibi olamayanlara, bazı koşullarla yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olma olanağı da sağlanmıştır. 18 Nisan 2014 tarihli 28976 sayılı Resmi Gazete “Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği” madde 13’te İnvitro fertilizasyon (IVF) işlemi, kanunun 63’üncü maddesinde tanımlanan “yardımcı üreme yöntemi” olarak kabul edilir. Ovulasyon induksiyonu (OI) ile intrauterin inseminasyonu (IUI) işlemi bu kapsamda değerlendirilmez.
- Normal tıbbî yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak IVF işlemi ile çocuk sahibi olabileceğine dair kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucularınca sağlık kurulu raporu düzenlenmiş olan GSS’sinin , 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük olması, son üç yıl içinde OI ve/veya IUI işleminden sonuç alınamamış olduğunun kurumla sözleşmeli sağlık hizmet sunucusunun sağlık kurulları tarafından belgelenmesi gerekmektedir. Uygulamanın yapıldığı merkezin kurum ile sözleşmeli olması, en az beş yıldır genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup 900 gün genel sağlık sigortası prim gün sayısının olması veya halen genel sağlık sigortalısı olunması durumunda en fazla 3 deneme sayısı ile sınırlı olmak üzere genel sağlık sigortalısı kadının IVF işleminin finansmanı sağlanır. IVF işleminde kullanılan ilaçlardan katılım payı tahsil edilir (60, 63).

- Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş veya 45 yaşından gün tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış gün almış kişilerin diş protezlerinin 72'nci maddeye göre belirlenen tutarının %50'si kurumca karşılanmaktadır (60).
- Söz konusu yardımlar dışında sağlık yardımlarına destek niteliği taşıyan bazı başka yardımlara da yasayla olanak sağlanmıştır. Bu olanaklar; teşhis ve tedavi için gerekebilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf malzemeleri, bunların takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleridir.

Buna karşılık, SGK tarafından hiçbir şekilde karşılanmayan sağlık hizmetleri de Kanun maddesi 64'te şu şekilde tanımlanmıştır.

“a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında, estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri,

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri,

c) Yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları ilgili mevzuat kapsamında belirlenen diğer sağlık yardımları,

d) Kurumla sözleşmeli özel sağlık hizmet sunucuları ile kurumla kısmi branş veya sağlık hizmeti alım sözleşmesi imzalamış olan vakıf üniversitesi sağlık hizmeti sunucuları, kuruma bildirmiş oldukları hekimlerden sözleşme kapsamı branşlarda fiilen hizmet sunanlar tarafından verilen sağlık hizmetlerini, kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere ve kurum mevzuatına uygun olarak fatura edebilirler. Aksi takdirde, bu faturalara ait tutarlar kurumca karşılanmaz” (60).

2.8. Genel Sağlık Sigortası’nda Yurt dışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları

18 Nisan 2014 tarihli 28976 sayılı Resmi Gazete “Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği” Madde 30;

“Madde 30; (1) kanunun 60’ıncı maddesinin birinci fıkrasının (a) bendinin (1) numaralı alt bendinde sayılan genel sağlık sigortalılarından, işverenleri tarafından kurumca belirlenen usule uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak;

a) Geçici görevle yurt dışına gönderilenlerin kanunun 63’üncü maddesinde sayılan sağlık hizmetleri acil hâllerde,

b) Sürekli görevle gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilerin kanunun 63’üncü maddesinde sayılan sağlık hizmetleri acil hal olup olmadığına bakılmaksızın, yurt dışında sağlanır.

(2) Kanunun 4’üncü maddesinin birinci fıkrasının (a) veya (c) bendi kapsamında sigortalı sayılması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların daimi olarak altı aydan fazla süreyle yurt dışında görevlendirilmeleri durumu, bu yönetmeliğin uygulanmasında sürekli görevle yurt dışına gönderilme sayılır. Bu kişilerin görevlendirilmesine ilişkin usul, görevlendirilen ülke ile ikili sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde sözleşme hükümlerine göre yürütülür. Geçici veya sürekli görevle yurt dışına gönderilenlerin kuruma bildirimi, tedavi

giderleri oluşması hâlinde bu giderin talep edildiği sırada da yapılabilir.

(3) Kanunun 4'üncü maddesinin birinci fıkrasının (c) bendi kapsamında sigortalı sayılması nedeniyle genel sağlık sigortalısı sayılanların, işverenleri tarafından geçici ya da sürekli görevle yurt dışına gönderilmeleri, kamu idarelerinin özel mevzuatlarında belirtilen usule göre yapılır.

(4) Birinci fıkra kapsamında yurt dışında tedavi gören kişiler ile Bakanlar Kurulu kararıyla askerî birlik hâlinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin sağlık hizmeti giderleri, öncelikle işverenleri tarafından ödendikten sonra, yurt dışında görevli olduklarına dair belge ile birlikte mahalli konsolosluktan tasdikli rapor vesair belgelere dayanılarak kurumdan talep edilir.

Kurumca karşılanacak tutar, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına tedavinin yapıldığı tarihte ödenen en yüksek tutarı geçemez. Aşan kısmı, işverenlerince/ görevle gönderen kurumlarınca karşılanır. Kurumca ödemeler, ödeme tarihindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası döviz satış kuru esas alınarak Türk Lirası üzerinden yapılır. Ancak, Bakanlar Kurulu kararıyla askerî birlik hâlinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin yabancı ülke askeri sağlık tesislerinden sağlamış oldukları sağlık hizmetine ait işlem bedellerinin (tetkik, muayene, ilaç, yatak ücreti, müdahale, vb) ayrıntılı belirtilemediği durumlarda, fatura bedelinin yüzde ellisi kurumca, kalan yüzde ellisi ise kendi kurumlarınca karşılanır.

(5) Kurum, birinci fıkra kapsamındaki kişilerin sağlık hizmetlerini, bu kişilerin geçici veya sürekli görev süresince genel sağlık sigortası için kuruma ödenen prim tutarını geçmemek kaydıyla, ilgili ülkede sağlık sigortası yaptırmak suretiyle sağlayabilir. Sigortalamaya ilişkin esaslar kurumca belirlenir. Bu durumda kurumca sağlık hizmeti giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri ödenmez.

(6) Geçici ya da sürekli görevle gönderilen ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması hâlinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri bu sözleşme hükümlerine göre ödenir.

(7) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilen kişiler ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler için yol gideri, gündelik, refakatçi ve cenaze giderleri kurumca karşılanmaz.

(8) Yurt dışında geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesinde misyonşeflikleri ile gerektiğinde işbirliği yapılabilir.

(9) Yurt dışına geçici veya sürekli görevle gönderilenlerin bulunduğu ülkede sözleşmeli sağlık hizmeti sunucusu bulunması halinde tedavi giderleri, kanununun 66'ncı maddesi ile sağlanmış olan diğer hakları saklı kalmak kaydıyla, sözleşme hükümlerine göre ödenir" (63).

2.9. Genel Sağlık Sigortası Kapsamına Girmeyen Sağlık Hizmetleri

18 Nisan 2014 tarihli 28976 sayılı Resmi Gazete "Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği" madde 14'de aşağıda belirtilen şekilde tanımlanmıştır.

"Kurumca;

- Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yönelik protezler ile fonksiyon kaybını gidermeye yönelik yapılan ve işkazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavilerinin,

- Sağlık Bakanlığınca insan sağlığı bakımından kullanılmasına veya uygulanmasına izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetlerinin,

- Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerinin,

- Yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce var olan kronik hastalığa ilişkin sağlık hizmetlerinin,

- Kanunun 63'üncü maddesine göre yöntem, tür, miktar ve kullanım sürelerinin belirlenmesi sonucunda kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamı dışında bırakılan sağlık hizmetlerinin, finansmanı sağlanmaz" (63).

2.10. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)

Tebliğin amacı; sağlık yardımları Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanan ve kapsam maddesinde tanımlanan kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin "Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu"na belirlenen kurumca ödenecek bedellerin bildirilmesidir.

5510 sayılı "Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu" ve diğer kanunlardaki özel hükümler gereği genel sağlık sigortasından yararlandırılan kişileri kapsar. SUT; 5502 sayılı "Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu", 5510 sayılı kanun ve "Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği" hükümleri çerçevesinde düzenlenmiştir (68).

SUT ile ilgili olarak SGK tarafından zaman zaman güncellemeler yapılmakta olup, bu kapsamda Resmi Gazete'de (24.12.2014 tarihli ve 29215 sayılı) yayımlanan "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ"de düzenlemeler yapılmıştır.

24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan "Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği"nde yer alan "tıbbi malzeme ve ilaçlar" ibaresi "tıbbi malzeme, ilaçlar ve kan bileşenleri" olarak değiştirilmiştir.

Yapılan düzenlemeler aşağıda belirtildiği gibidir;

Sağlık Uygulama Tebliği Değişikliği ile birden fazla branşta kullanılan tıbbi malzemeler, "Ortopedi ve Travmatoloji" branşı tümör rezeksiyon alan grubuna ait tıbbi malzemeler, "Ortopedi ve Travmatoloji" branşı travma ve rekonstrüksiyon alan grubuna ait tıbbi malzemeler ile Radyoloji branşı ve Endovasküler/Nonvaskler girişimsel işlemlere ait tıbbi malzemeler listelerine on dört (14) adet yeni SUT alan tanımı eklenmiş ve fiyatlandırılmıştır.

Ayrıca SUT eki yatarak tedavilerde ödenen malzeme listelerinde yer alan ve erişiminde güçlük yaşanan on üç (13) adet tıbbi malzemenin fiyatları yükseltilmiş olup, yirmi üç (23) adet tıbbi malzemenin fiyatı güncelleştirilmiştir. Bu sayede sağlık hizmeti sunucularının ve dolayısıyla hastaların daha fazla sayıda tıbbi malzemeye kolay ve sürdürülebilir şekilde erişimi sağlanmıştır.

Söz konusu değişiklik tebliği ile yeni eklenen tıbbi malzeme gruplarından biri kemoterapotik ilaç hazırlama ve uygulama setleridir. Böylece; kemoterapi solüsyonlarının enfekte olmasını engelleyen, hastalara en az hata payı ile doğru dozda kemoterapi ilaçlarının hazırlanmasına imkan veren, kemoterapinin kolay ve güvenilir şekilde hastaya uygulanmasını sağlayan, bununla birlikte uzun süre maruz kalınması halinde hücrelerde ölümcül etkiler yaratan kemoterapotik maddelerin çalışanlara bulaşmasını engelleyen sistemler geri ödeme kapsamına alınmıştır.

Ayrıca, kanser ameliyatı ya da travma gibi nedenlerle yüz bölgesinde büyük organ ve doku kayıpları olan hastalara, yüz protezinin takılabilmesini sağlayan implant sistemleri geri ödeme kapsamına alınmıştır. Bu sayede, kendi dokuları ile tedavi edilemeyen hastalara tedavi imkânı getirilmiştir. Tümör nedeni ile kürek kemiği ve evre dokuları alınmış kanser hastaları için ise, kişiye özel ve ısmarlama olarak üretilen kürek kemiği protezleri geri ödeme kapsamına alınmıştır.

Ayakta tedavi kapsamında temin edilen tıbbi malzemelerden gaziler için kullanılan malzemelerin temin edilme kriterleri 5510 sayılı yasaya uygun şekilde SUT metnine eklenmiş ve söz konusu tıbbi malzemelerin garanti süresi sonunda kullanılamaz olduğunun sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde, yenilenme süreleri dikkate alınmadan kurumca karşılanması sağlanmıştır. Bu sayede gazilerin tıbbi malzeme temin etme kriterleri kolaylaştırılmıştır.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşında; 16 yaşından büyük “Serebral Palsi” (Beyin Felci) hastaları yılda 30 seans fizik tedavi hizmeti alırken, yapılan düzenleme ile birlikte yılda 60 seans daha tedavi alabilmelerinin önü açılarak toplamda 90 seans tedavi alabilme imkanı sağlanmıştır.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon branşında; özellikle felçli hastalarda 60 seans sonrası tedavilerinde üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularından rapor alma şartı bulunmakta iken yapılan düzenleme ile birlikte ikinci basamak Sağlık Bakanlığı hastanelerinden de rapor alabilme ve tedavilerine devam etme imkanı getirilmiştir.

Laparoskopik ameliyatlara ve epidural anestezi ile doğum “İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi”nden çıkarılmış ve böylece kişilerin daha az ücret ödeyerek bu sağlık hizmetlerine ulaşabilmelerinin önü açılmıştır.

“İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi”nde yer alan robotik cerrahi işlemleri başlıklı maddede bazı işlemler hariç tutulmuştur. Yapılan düzenleme ile birlikte bu işlemler listeden silinerek tüm robotik cerrahi yöntemi ile yapılan ameliyatlara istisnai sağlık hizmeti kapsamına alınmıştır.

Ortopedi branşında, tümör ameliyatları için yeni kodlar oluşturularak daha yüksek fiyattan ödenmesi sağlanmıştır. Ayrıca, kurum çalışmalarında kullanılmak üzere anlamlı istatistikî veri elde edilmesi amaçlanmıştır. Ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili olarak da teknik düzenlemeye gidilmiştir (68).

2.11. İlave Ücret Ödenmesi

Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca, kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına ait sağlık tesisleri ve üniversitelere ait ilgili birimlerin birlikte kullanımına ilişkin protokolü bulunan sağlık hizmeti sunucularında öğretim üyeleri tarafından ilave ücret alınmaz (60, 63).

Sağlık hizmeti sunucularınca SUT ve eklerinde yer alan sağlık hizmetleri işlem bedellerinin tamamı üzerinden kuruma fatura edilebilen tutarlar esas alınarak kişilerden ilave ücret alınabilir. Ancak SUT eki EK-2/B, EK-2/C, EK-2/Ç listelerinde yer alan işlemlerin bedellerine ilave olarak kuruma ayrıca tıbbi malzeme, ilaçlar ve kan bileşenleri ile SUT eki EK-2/A listesindeki tutarlara dahil olan işlemler için ayrıca ilave ücret alınmaz.

İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerce ve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca kurumdan talep edilemez. Sağlık hizmeti sunucularınca, kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri için talep edilen ücretler, ilave ücret olarak değerlendirilmez.

Sağlık hizmeti sunucusu, sunduğu sağlık hizmetleri öncesinde, alacağı ilave ücrete ilişkin olarak hasta veya hasta yakınının yazılı onayını alır. Bu yazılı onay alınmadan, işlemler sonrasında herhangi bir gerekçe ileri sürerek ilave ücret talebinde bulunamaz.

Hastanın acil haller nedeniyle sağlık hizmeti sunucusuna başvurması ve acil halin sona ermesi halinde, acil halin sona erdiğine ve daha sonra yapılacak işlemlerin ilave ücrete tabi olduğuna ilişkin hastaya ya da hasta yakınına SUT eki “Acil Halin Sona Ermesine İlişkin Bilgilendirme Formu” (EK-1/D) kullanılarak, yazılı bilginin imza karşılığı verilmesi zorunludur.

Kurumla sözleşmeli/protokollü vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşları, aynı başvuru numarası altında yapılan kurumca karşılanan sağlık hizmeti bedellerinin toplamının 100 (yüz) TL'yi aşması halinde, bu hizmetleri ve varsa ilave ücret tutarını gösterir, SUT eki "Hastaya Sunulmuş Olan Hizmetleri ve İlave Ücreti Gösterir Belge"yi (EK-1/B) yatan hasta tedavilerinde en geç hastanın taburcu olduğu tarihte, diğer tedavilerde ise işlemin yapıldığı tarihte hastaya vermek zorundadır.

Ancak hastanın istemesi halinde tutar sınırı olmaksızın sunulan tüm işlemleri ayrıntılı olarak gösteren bilgi ve belgeler hastaya verilmek zorundadır.

2.11.1. İlave Ücret Alınmayacak Kişiler

Otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere ;

"Resmi sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sevk edilmeleri koşuluyla, 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı "İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun" hükümlerine göre şeref aylığı alan kişilerden,3/11/1980 tarihli ve 2330 sayılı "Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" hükümlerine göre aylık alan kişilerden, Harp malûllüğü aylığı alanlar ile "Terörle Mücadele Kanunu" kapsamında aylık alanlardan; ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerden otelcilik hizmetleri ve istisnai sağlık hizmetleri hariç olmak üzere ilave ücret alınmaz" (68).

2.11.3. İlave Ücret Alınmayacak Sağlık Hizmetleri

"Acil servislerde verilen "Yeşil Alan Muayenesi" adı altında kuruma fatura edilebilen sağlık hizmetleri hariç olmak üzere,

- Acil haller nedeniyle sunulan sağlık hizmetleri,
- Yoğun bakım hizmetleri,
- Yanık tedavisi hizmetleri,

- Kanser tedavisi,
- Yenidoğana verilen sağlık hizmetleri,
- Organ, doku ve kök hücre nakillerine ilişkin sağlık hizmetleri,
- Doğumsal anomaliler için yapılan cerrahi işlemlere yönelik sağlık hizmetleri,
- Hemodiyaliz tedavileri,
- İstisnai sağlık hizmetlerinde belirtilen işlemler hariç “Kardiyovasküler Cerrahi”

branşında yapılan cerrahi işlemler.

- SUT eki EK-2/B ve EK-2/C listesindeki 618200-P618200 kodlu “Koklear implant yerleştirilmesi” işlemi ilave ücret alınmayacak sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır” (68).

2.11.3. Otelcilik Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulaması

Sözleşmeli/protokollü sağlık kurumları, asgari banyo, TV ve telefon bulunan iki yataklı odalarda sundukları otelcilik hizmetleri için SUT eki EK-2/B listesinde 510.010 kod ile yer alan “Standart Yatak Tarifesi” işlem bedelinin 1,5 katını, tek yataklı odalarda ise 3 katını geçmemek üzere kişilerden ilave ücret alabilir. Günübürlük tedavi kapsamındaki işlemler sırasında verilen otelcilik hizmeti için ise en fazla SUT eki EK-2/B listesinde yer alan “Gündüz Yatak Tarifesi” işlem bedelinin 3 katına kadar ilave ücret alınabilir. SUT eki (EK- 1/C listesinde yer alan istisnai sağlık hizmetlerinde otelcilik hizmetleri için ayrıca ilave ücret uygulanmaz.

2.11.4. İstisnai Sağlık Hizmetlerinde İlave Ücret Uygulanması

Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları, “Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu” tarafından belirlenen ve SUT eki “İstisnai Sağlık Hizmetleri Listesi”nde (EK-1/C) yer alan istisnai sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden SUT eki listelerde yer alan işlem bedellerinin 3 (üç) katını geçmemek üzere ilave ücret alabilir.

Sözleşmeli/protokollü sağlık kurum ve kuruluşları istisnai sağlık hizmeti olarak belirlenen işlemler için, yanında (*) işareti olup olmadığına bakılmaksızın EK-2/C listesinden, işlemin sadece EK-2/B listesinde yer alması halinde ise EK-2/B listesindeki işlem bedelleri üzerinden ilave ücret alabilir (62 ,63, 64, 68, 69).

2.12. Genel Sağlık Sigortasının Avantaj ve Dezavantajları

Genel Sağlık Sigortasının Avantajları

- Genel sağlık sigortası sağlık hizmetlerinin finansmanı için olan modellerden bir tanesidir.

- Genel sağlık sigortasının avantajları ana hatları ile aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Sosyal sigorta kuruluşları tek elde toplanmış ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karşılaşılan dağınıklık ve uygulama farklılıkları giderilir.

- Sağlık hizmetleri için değişmeyen sağlam bir gelir kaynağı sunar.

- Sağlık sektöründe toplanan fonların görülebilir ve kayıt altında tutulabilir olmasını sağlar.

- Toplumda gelir seviyesi farklı olan kişileri kapsayarak sosyal bir hizmet sunar.

- Devlet tarafından sunulsa da bağımsız bir sağlık hizmeti sunulmasında önemli bir rol oynar.

- Sağlık hizmetlerinde etkin bir provizyon sisteminin kurulmasını sağlar.

- Kayıt dışı istihdamın önüne geçilerek sigorta prim hâsılatının mümkün olduğu kadar artırılması ve bu şekilde hizmet finansmanının sigorta primleri aracılığıyla yapılmasını sağlar (13, 69).

- Geniş kitlelerde prim sisteminin oturtulmasında devletin gücü ile etkin bir sistem sağlar (61). Yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesi, risk paylaşımı ve her kesimin kapsam altına alınmasını sağlar.

- Kişilerin sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmesini sağlayarak hastalıkların ilerlemesini engellemekte ve toplumun genel sağlık düzeyinde iyileşmesini sağlamaktadır. Bu iyileşme dolaylı olarak daha verimli iş günün oluşmasını, toplumun refah düzeyinin yüksek olmasını olumlu yönden etkiler (36).

- Mevcut sağlık sistemi ile GSS sistemi birbirini tamamlamakta, devlet hastaneleri ve aile hekimlikleri en temel hizmet sunan birimler olmakla birlikte üniversite hastanelerine ve yurt dışı tedaviye, ayrıca ilave ücret ödeyerek özel hastanelere erişim imkanı sağlar.

- Sağlanan sağlık hizmetleri; kaliteli, geniş kapsamlı, hızlı erişilebilir.

- Sistemin finansmanı; prim, katılım payları, ilave ücret ve devlet katkısı ile sağlanırken, devlet hastaneleri ve ilaç harcamaları için uygulanan global bütçe sayesinde maliyet kontrol altında tutulmakta ve bu haliyle sistemin sürdürülebilirliği sağlanmaktadır.

Genel Sağlık Sigortası Modelinin Dezavantajları

Genel sağlık sigortasının dezavantajları aşağıdaki ana başlıklar altında toplanabilir:

- Yüksek yönetim masraflarının oluşmasına neden olur.
- Maliyet problemlerinin oluşmasına neden olabilmektedir.
- Resmi olmayan sektörleri ve tarım gibi sektörlerde çalışan kişileri kapsamaması açısından dezavantajlı olabilmektedir (61).
- Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, toplanan primlerin verimli kullanılmaması sonucu ortaya çıkan maliyetin kamusal bir yük haline gelmesine neden olabilmektedir.
- Kamu sigortası sistemleri, kaynakları daha fazla oranda tedavi edici hizmetlere yönlendiren yapısal bir özelliğe sahip olduğundan halkın tedavi edici sağlık hizmetlerine tercih eğilimini artırmaktadır (70).
- Özellikle yaşama süresinin yüksek olması, nüfusta yaşlı kişilerin sayısının artması kamunun sağlık alanında daha çok harcama yapmasına, dolayısıyla kişilerden toplanan primlerin yüksek olmasına neden olmaktadır.
- Genel sağlık sigortasının bir diğer dezavantajı da bu toplanan primlerin zorunlu olmasıdır. Bu durum Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde ise sigortasız işçi çalıştırmanın, dolayısıyla kayıt dışılığın artmasına neden olabilmektedir.
- Özellikle gelişmekte olan ülkelerde çalışan nüfusun çalışmayan nüfusa oranla daha düşük olmasından kaynaklı ancak belirli bir azınlığın bu sistemden yararlanabilmesine neden olmasıdır. Ayrıca sistemde oluşan açıkların devletin bütçesinden finanse edilmesi, düşük gelir seviyesinden yüksek gelir seviyesine doğru net bir kaynak transferine neden olmaktadır (71).

- SGK primlerinden sağlanan gelirlerin asli fonksiyonlarının dışında kullanılması, finansman dengesini ve sistemin sürdürülebilirliğini tehlikeye düşürecektir (72).

- Sağlık hizmetleri tedavi merkezli olacağı için teknoloji ve ilaç ağırlıklı olarak yürütülecek, koruyucu hizmetler önemsizleşecektir (73).

- Sigortasının varlığına bağlı olarak literatürde “**arzın talep yaratması**” problemi olarak da bilinen bir soruna yol açabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunucu olarak hekimin hastası adına karar verirken parasal çıkarını düşünerek gereksiz olan işlemleri hasta adına talep etmesi söz konusu olabilmektedir (74).

2.13. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortasını sigortalıların sigorta süresi içerisinde yaralanmaları veya hastalanmaları durumunda tedavi giderlerinin poliçede belirtilen şartlara göre karşılandığı bir sigorta türü olarak tanımlamak mümkündür.

Bireylerin hayatları boyunca karşılaşılabilecekleri zarar durumlarının ekonomik ve sosyal sonuçlarından korunmak amacıyla tedbir alma yollarından dolayı özel sigorta kavramı doğmuştur.

Sağlık bakımında tüketici ne zaman, nerede, ne miktarda ve nasıl bir sağlık bakımına ihtiyaç duyacağını ve talep edeceğini ve tıbbi tedavinin etkilerini önceden kestiremez. Çoğu sağlık hizmetleri tüketiminin ani ve/veya beklenmedik olması, çok pahalı olması gibi nedenlerden dolayı sağlık bakım ihtiyacı, talebi ve tüketilmesi noktasında belirsizlikler söz konusudur (74).

Öngörülemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını önlemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişen özellikler göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır. Ek olarak daha özel hizmet almak isteyenlere cevap veren bir sistemdir (75).

Özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin yaşamları boyunca karşılaşılabilecekleri hastalık riskine karşılık, onların ekonomik zararları paylaşmak ve belirli oranlarda kar elde etmektir. Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir.

Uygulamaların genel çerçevesi olan “Hastalık Sigortası Genel Şartları” devlet tarafından çizilmiştir. Özel sigorta şirketleri bu şartlara eklemeler yaparak istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilerine sunabilmektedirler.

Sağlık sigortacılığı kamu aracılığıyla ve özel sağlık sigorta şirketleri tarafından yapılmaktadır. Kamu aracılığı ile yapılan sigortaya katılım zorunludur. Özel sağlık sigortalarına katılım ise gönüllülük esasına dayalıdır.

Kar amaçlı sağlık sigortaları, bireylerin sağlık statüsü ve sağlık risklerine karşı değişen (yaş, kronik hastalık) düzeylerde prim toplamaktadır ve riski yüksek hastaları sigorta etmeme eğilimindedirler (74).

Sosyal güvenlik sistemlerinin “*tamamlayıcısı ve destekleyicisi*” olma görevini üstlenen ve hatta bazen onun görevlerini devir alan özel sağlık sigortası ile sözleşme döneminde ortaya çıkan sağlık giderlerinin finansmanı sağlanmaktadır (75).

Özel sağlık sigortası aynı zamanda üstlendiği rol açısından da ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Buna bağlı olarak hükümetlerin özel sağlık sigortasına olan tutumları da farklılaşmaktadır.

Bazı OECD ülkeleri, özel sağlık sigortasını kendi sağlık sistemleri için gerekli ve de önemli görmemektedir. Bazı ülkeler ise sağlık sisteminin bir ayağı olarak görmektedir. Bu noktada ülkelerin özel sağlık sigortasına bakış açısı şu iki noktada özetlenebilir:

-Birinci olarak özel sağlık sigortası sağlık hizmetlerin finansmanında destekleyici olarak görülebilmektedir.

-İkinci olarak, sağlık politikaları özel sağlık sigortası ile bireylerin daha çok sorumluluk ve yükümlülük almalarını sağlamaktadır.

Özel sağlık sigortası kapsamında olan kişilerin nüfusa oranı OECD ülkeleri arasında çeşitlilik gösterse de ortalamada OECD ülkelerin nüfusunun %30’u özel sağlık sigorta kapsamında olduğu söylenebilir (13). Türkiye’nin en az %2’lik bir kısmı özel sağlık sigortasına sahip olmasına rağmen, özel sağlık sigortası pazarında büyüme söz konusudur (76).

Özel sağlık sigortası finansmanında geri ödeme kurumu özel sağlık sigortası olup bireylerin ya da kurumların sağlık risklerini sigortalaması söz konusudur. Birçok açıdan, cepten yapılan ödemelerde olduğu gibi bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak başvurulmaması gereken finansman yöntemlerinden biridir.

Bazı ülkelerde (ABD), özel sağlık sigortası nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman kurumuyken bazı ülkelerde kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir (Fransa).

Bir başka ifade ile özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır (45). Bu noktada ülkelerin özel sağlık sigortasına bakış açısı şu iki noktada özetlenebilir; Birinci olarak özel sağlık sigortası sağlık hizmetlerin finansmanında destekleyici olarak görülebilmektedir. İkinci olarak ise sağlık politikaları özel sağlık sigortası ile bireylerin daha çok sorumluluk ve yükümlülük almalarını sağlamaktadır.

2.14. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortasının Gelişimi ve Bugünkü Durumu

Sağlık sigortaları; sigortalının, hastalık ile kazaların yaratacağı sağlık giderlerini karşılamak için genel ve özel şartlar dahilinde, limitler doğrultusunda, poliçede belirtilen riskler kapsamında hazırlanmış planlardır (77). Türkiye’de ilk uygulamasına 1980’li yılların başında rastlanan özel sağlık sigortaları, 1990 yılına kadar hayat sigortalarına ek olarak verilen bir teminat olarak sunulmuş, 1990 yılında yapılan düzenlemeyle sağlık sigortası ayrı bir branş olarak düzenlenmiştir.

Genellikle devletin sağlamış olduğu teminatlara ek güvence vermek, daha kaliteli sağlık kuruluşlarında tedavi olanakları sağlamak, sosyal sigortaların kapsamadığı alanları teminat altına almak amacıyla kurulan özel sağlık sigortaları, 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamış ve özellikle özel sektör işletmelerinin grup sigortaları uygulaması ile kapsamını genişletmiştir.

1980 sonrası dönemde, yeni liberal politikaların neredeyse tüm devletlerce hâkim kılınan ekonomi politikası haline gelmesiyle Türkiye’de de yeni liberal politikalar uygulanmaya başlanmıştır.

Bu dönem itibariyle söz konusu bu politikaların sağlık sektörüne olan yansımaları gecikmemiştir. “Sağlık Reformu” ve *Sağlıkta Dönüşüm*” başlıkları altında sağlık hizmetlerinin gerek sunumu gerekse finansmanında değişimler meydana gelmiş, devletin sağlık hizmetlerine yaklaşımında dönüşüm sürecine girilmiştir.

Özellikle devlet eliyle yürütülen bir takım hizmetlerin dönüşüm süreciyle birlikte özel sektörün teşviki için ortaya koyulan politikalarla beslenmesi, sağlık alanında özel hastanecilik ve özel sağlık sigortacılığına ivme kazandırmış, her geçen gün sağlıkta dönüşüm süreci kapsamında gerçekleştirilen politikaların alt yapı eksikliği ihtiyaç sahiplerini bu alana doğru yöneltmiştir.

Koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti anlayışı yerine, tedavi edici sağlık hizmeti anlayışını benimseyen “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın etkisiyle Türkiye’nin toplam kamu sağlık harcamalarında önemli artışlar yaşanmıştır (78).

Bu nedenle son yıllarda kamu ve özel sağlık sigortalarının önemi hızla artmış ve bu durum ekonomik büyümede ve gelişmede sağlık alanına yapılan yatırımların üstlendiği rolün yeniden ele alınmasına zemin oluşturmuştur.

Türkiye’de ki özel sağlık sigortası uygulamasına bakıldığında, 2010 yılına kadar sigorta şirketlerinin SGK ile anlaşmalı olmayan sağlık hizmet sunucularında ortaya çıkan giderleri karşılamak üzere özel sağlık sigortası yaptıkları görülmektedir.

Tablo 10. Özel sağlık sigortası 2000-2013 Yılı TSRŞB verileri

	2000	2005	2010	2011	2012	2013
Şirket Sayısı*	37	22	28	28	29	29
Alınan Prim (TL)	185.989.912	798.538.595	1.675.377.354	1.962.823.661	2.169.818.835	2.398.077.778
Ödenen Hasar (TL)	121.822.706	601.698.896	1.334.687.883	1.502.098.830	1.571.948.310	1.742.897.353
Sigortalı Sayısı	690.363	974.251	1.666.023	2.549.216	2.579.520	2.788.611
Ferdi	250.813	380.754	754.941	1.623.051	1.517.190	1.738.913
Grup	439.550	593.497	911.082	926.165	1.062.330	1.049.699

Tablo 10, 80. Kaynaktan alınmıştır (80).

2000 yılında 690.393 olan özel sağlık sigortalı sayısı, 2013 yılında 2.788.611 adet olmuştur. Türkiye’de sağlık sigorta poliçesi satan şirket sayısı 2013 yılı verilerine göre 29’dur. Türkiye sigorta sektörünün toplam prim üretiminin yaklaşık %12’sini sağlık sigortalıları oluşturmaktadır. “Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği” (TSRŞB) verilerine göre, 2011 yılında hayat dışı branşlardan olan sağlık sigortalarında %20’lik büyüme ile 1,6 milyar TL’lik prim üretimi gerçekleşmiştir. Sağlık sigortası sektörü 2006 ile 2010 yılları arasında %14’lük bir BYBO (Bileşik Yıllık Büyüme Oranı) yakalamıştır (79).

Türkiye’de ki sağlık sigortalıların nüfus yoğunluğu 2011 de %3,43 iken 2012 yılında bu oran %3,60’a çıkmıştır. Bu dönem zarfında sağlık sigortacılığını şirketlerin hızlı büyümesini etkileyebilecek, GSS ve TSS, Kamu Hastane Birlikleri gibi önemli yasal düzenlemeler yapılmıştır (80). Pazarın önümüzdeki yıllarda da aynı büyüme trendini devam ettirmesi ve 2015 yılında pazar büyüklüğünün yaklaşık 2 milyar ABD Dolarına ulaşması beklenmektedir (77).

Tablo 11. TSRSB özel sağlık sigortası şirketlerinin pazar pay ve toplam prim değişimleri

01.01.2014-30.11.2014 verileri

Sıralama	Şirket Adı	Şirket Kodu	2014-11		2013-11		Değişim (%)	Reel Değişim (%)
			Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %	Toplam Üretim (TL)	Pazar Payı %		
1	Allianz Sigorta AŞ	1004	938.612.155	36,74%	813.386.496	37,53%	15,40%	5,72%
2	Acıbadem Sağlık ve Hayat Sigorta AŞ	2001	336.517.647	13,17%	256.495.730	11,84%	31,20%	20,20%
3	Mapfre Genel Sigorta AŞ	1028	273.221.620	10,69%	253.569.083	11,70%	7,75%	-1,28%
4	Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	1005	230.043.706	9,00%	174.300.897	8,04%	31,98%	20,92%
5	Aksigorta AŞ	1003	179.610.998	7,03%	166.415.943	7,68%	7,93%	-1,12%
6	Güneş Sigorta AŞ	1020	102.782.850	4,02%	69.502.096	3,21%	47,88%	35,49%
7	Groupama Sigorta AŞ	1019	99.074.776	3,88%	85.799.868	3,96%	15,47%	5,79%
8	Axa Sigorta AŞ	1009	91.995.072	3,60%	81.627.173	3,77%	12,70%	3,25%
9	Ergo Sigorta AŞ	1015	54.917.739	2,15%	49.643.840	2,29%	10,62%	1,35%
10	Eureko Sigorta AŞ	1017	54.067.782	2,12%	48.540.463	2,24%	11,39%	2,05%
İLK 10 ŞİRKET			2.360.844.345	92,40%	1.999.281.589	92,26%	18,08%	8,19%
11	Demir Hayat Sigorta AŞ	2005	46.786.192	1,83%	40.195.532	1,85%	16,40%	6,64%
12	Ankara Anonim Türk Sigorta Şirketi	1006	30.377.653	1,19%	1.022.333	0,05%	2871,40%	2622,31%
13	AIG Sigorta AŞ	1002	29.750.009	1,16%	25.392.067	1,17%	17,16%	7,34%
14	Halk Sigorta AŞ	1021	18.468.289	0,72%	14.046.013	0,65%	31,48%	20,46%
15	Neova Sigorta AŞ	1030	15.089.277	0,59%	7.949.147	0,37%	89,82%	73,91%
16	Ray Sigorta AŞ	1032	10.813.297	0,42%	4.590.364	0,21%	135,57%	115,82%
17	Ziraat Sigorta AŞ	1042	8.236.397	0,32%	33.715.615	1,56%	-75,57%	-77,62%
18	Sompo Japan Sigorta AŞ	1035	7.955.137	0,31%	7.619.017	0,35%	4,41%	-4,34%
19	SBN Sigorta AŞ	1034	6.515.278	0,26%	5.224.045	0,24%	24,72%	14,26%
20	Işık Sigorta AŞ	1025	6.098.081	0,24%	6.779.451	0,31%	-10,05%	-17,59%
İLK 20 ŞİRKET			2.540.933.956	99,45%	2.145.815.173	99,02%	18,41%	8,49%

Tablo 11, 79. Kaynaktan alınmıştır (79).

2014 yılında şirketlerin pazar pay ve toplam prim değişimlerine bakıldığında; Allianz, Acıbadem, Mapfre, Anadolu, Güneş, Groupama, Axa, Ergo, Eureko gibi sigorta şirketlerinin ilk 10 şirket arasında yer aldığı görülmektedir (79).

Kaza ve sağlık sigortalarında yapılacak ödentiler, sözleşme süresi, sigortalının mesleği, yaşı, cinsiyeti, sağlık yönünden geçmişi ve ailesinin sağlık durumu dikkate alınarak yapılmaktadır. Sağlık sigortaları; ameliyat, hastane, ilaç, tedavi ve ölüm giderlerini karşılamak ve çalışılmayan günler için belirli oranda gelir kaybını önlemek amacıyla yapılmaktadır.

Bu kapsamda, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler, istedikleri takdirde özel sağlık sigortası sözleşmesi satın alarak aşağıdaki sağlık harcamalarının finansmanını özel sigortacılık sisteminin sağladığı olanaklar dahilinde karşılayabilirler:

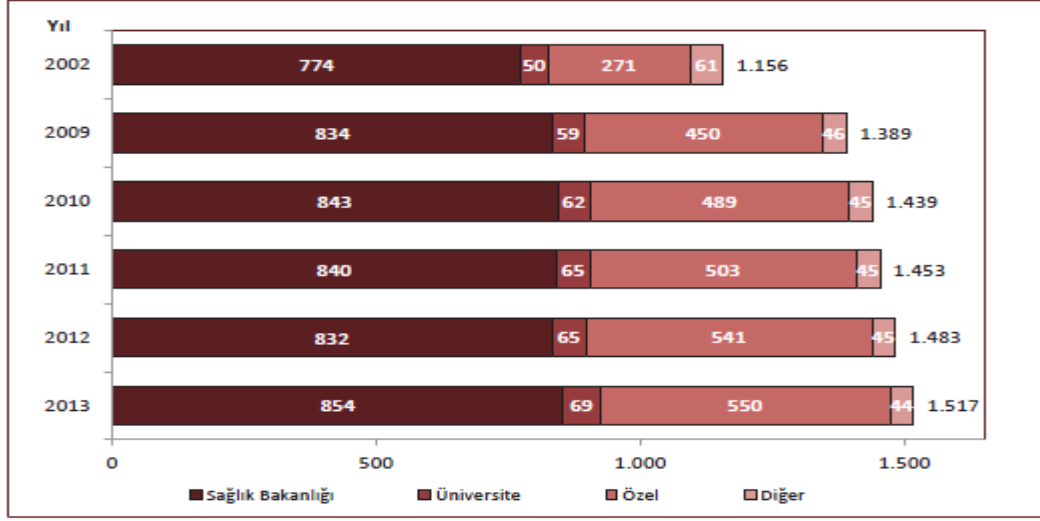
- Genel Sağlık Sigortasının temel teminat paketi içerisinde yer almayan sağlık hizmetlerinin kullanımından kaynaklanan giderler (ve/veya)
- Genel Sağlık Sigortası temel teminat paketinde yer alıp Sosyal Güvenlik Kurumunca (SGK) kısmen karşılanan sağlık hizmetlerine ilişkin giderler (ve/veya)
- Özel sağlık hizmet sunucusuna erişim ve otelcilik hizmetleri gibi nedenler ile ortaya çıkan ilave ücretler ve/veya giderler.

Bununla birlikte, 5510 sayılı ‘‘Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’’nun 98. maddesinin ikinci fıkrasında; ‘‘Bu kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz.’’ hükmü yer almaktadır. Bu nedenle; anılan kanunun 68. maddesinde konu edilen katılım payları, özel sağlık sigortası sözleşmelerinin konusu yapılamamaktadır.

SGK, kendisi ile anlaşmalı olmayan sağlık hizmet sunucularında gerçekleşen giderler için GSS’na ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere herhangi bir sağlık sigortası teminatı (acil durumlar hariç) sunmamaktadır. Dolayısıyla şirketler, SGK ile anlaşmasız sağlık hizmet sunucularında gerçekleşen giderler için GSS’nı tamamlamakta ve/veya desteklemektedirler. 2010 yılından itibaren SUT fiyatları üzerinde kalan tutarlar ve diğer ilave masraflara ilişkin harcamaların karşılanmasına yönelik GSS’yi tamamlayıcı ve/veya destekleyici mahiyette özel sağlık sigortası sözleşmelerinin yapılmaya başlandığı grlmektedir (77).

Şekil 22. Yıllara ve sektöre göre hastane sayısı. (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

verileri)



Şekil 22, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Türkiye’de 1500’den fazla hastane hizmet vermekte olup bu hastanelerin %34’ü özel sermayelidir. Özel hastanelerin sayısında özellikle 2000’den 2013’e kadar hızlı bir artış gözlenmiştir. Bu dönemde Türkiye’deki hastanelerin “Bileşik Yıllık Büyüme Oranı” (BYBO) %1,7 iken özel hastaneler için bu oran %6,5 olarak gerçekleşmiştir. Özel hastanelerdeki bu artışa paralel olarak, sağlık alt yapısında da önemli gelişmeler olmaktadır (50 ,77).

Türkiye sağlık sektörü Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen politikalar sonucunda, son on yılda yaklaşık dört kat büyütülerek bu alanda önemli bir “piyasa” yaratılmıştır. SGK’nın sağlık giderlerindeki büyük artışın bu büyümede etkisi olmuştur. Buna paralel olarak özel sağlık sektörü hızla gelişmiştir. Sağlık Bakanlığı 2012 verilerine göre, toplam sağlık harcamaları içerisinde özel hastanelerin payı 2001 yılında %6,2’den, 2008 yılında %17,3’e yükselmiştir.

Yaklaşık son on yıldır gerek sağlık hizmeti verilen kurum sayısında, gerekse sağlık hizmeti sunumunda, özellikle de özel sağlık alanında nüfus artış oranı ile bağlantılı olmayan hızlı bir büyüme söz konusudur.

Toplam hastane sayısındaki artışta özel hastaneler başı çekmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı 2013'te 550'ye çıkmıştır (78).

Şekil 23. Yıllara ve sektöre göre hastanelere kişi başı müracaat sayısı, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bakanlığı	1,7	3,1	3,2	3,4	3,5	3,6
Üniversite	0,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Özel	0,1	0,7	0,6	0,8	0,9	0,9
Toplam	1,9	4,1	4,1	4,5	4,7	4,9

Şekil 23, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Tablo 12. Yıllara ve sektöre göre hasta müracaat sayısı, Türkiye

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bakanlığı	109.793.128	228.279.139	235.172.924	254.342.943	260.974.401	277.485.135
Üniversite	8.823.361	19.364.865	20.098.754	24.437.107	27.080.436	29.985.697
Özel	5.697.170	47.618.186	47.712.540	59.069.486	66.582.098	71.341.411
Toplam	124.313.659	295.262.190	302.984.218	337.849.536	354.636.935	378.812.243

Tablo 12,50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Yukarıdaki tablo incelendiğinde Türkiye'de 2002 yılından 2013 yılına kadar geçen süre zarfında, özel hastanelere başvuru sayısının arttığı görülmektedir. Buna paralel olarak da özel sağlık sigortalı kişi sayısında da önemli ölçüde artış görülmektedir (50). Hastanelere başvuru sayısındaki artışta özel hastaneler başı

çekmektedir. 2002-2013 yılları arasında hastanelere başvuru sayısı 2,7 kata çıkarken özel hastanelere başvuru sayısı 10,5 kata çıkmıştır.

Tablo 13. Yıllara ve sektöre göre yatan hasta sayısı

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Sağlık Bakanlığı	4.169.779	5.934.978	6.361.116	6.775.154	6.891.857	7.023.313
Üniversite	781.990	1.462.690	1.509.484	1.607.462	1.601.878	1.630.464
Özel	556.494	2.503.992	2.657.573	3.054.165	3.485.092	3.719.780
Toplam	5.508.263	9.901.660	10.528.173	11.436.781	11.978.827	12.373.557

Tablo 13, 50. Kaynaktan alınmıştır (50).

Yıllara ve sektöre göre yatan hasta sayısı incelendiğinde, 2002 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde yatan hasta sayısı 4.169.779 iken 2013 yılında bu sayı 7.023.313'e yükselmiştir. 2002 yılında, özel hastanelerde yatan hasta sayısı 556.494 iken bu sayı 2013 yılında 3.719.780'e yükselmiştir. Geçen 10 yıl içinde, özel hastanelere yatan hasta sayısının arttığı görülmektedir (50).

Tablo 14. Türkiye'de sağlık harcamaları 2008-2012, OECD Health Data 2013-TÜİK sağlık harcama istatistikleri

	2008	2012
Sağlığa yapılan toplam harcama (%) GSYİH	6,1	%5.4
Kamu sağlık harcamalarının payı (%)	73	%75
Özel sağlık harcamaların payı (%)	27	%25
Özel sigortaların payı (%)	1,6	%1,3
Cepten ödemelerin payı (%)	17.4	%15.4

Tablo 13, 50. Kaynaktan uyarlanmıştır (50).

Türkiye'ye ilişkin 2012 yılı sağlık verileri incelendiğinde, GSYİH'nin %5,4'ü sağlığa gitmektedir. OECD Health Data 2013 verilerine göre, toplam sağlık harcamaları içerisinde hükümet sağlık harcamalarının payı %75, özel sağlık harcamalarının payı %25, özel sigortaların payı %1,3 iken cepten ödemelerin payı %15,4 civarındadır. OECD ülkelerinde ortalama olarak sağlık harcamaları GSYİH'nin %9,3'ünü oluşturmaktadır ve bu oran gittikçe artmaktadır (15, 50, 77).

Tablo 15. 2004-2012 Kamu sağlık harcamaları (SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü 19.9.2013)

SAĞLIK HARCAMALARI									
Milyon TL	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
TOPLAM SAĞLIK GİDERİ	16.816	17.611	23.004	26.705	32.635	38.454	39.690	45.122	48.252
İlaç (Katkı Payı Düşülmüş)	8.069	8.686	10.099	11.140	12.964	16.068	15.348	15.868	14.484
Tedavi	8.071	7.945	12.098	14.694	18.471	21.019	22.387	25.536	29.545
Devlet Hastaneleri	5.382	4.868	7.804	9.226	10.220	11.884	12.728	14.178	16.890
Üniversite Hastaneleri	1.698	1.800	2.242	2.671	3.437	3.645	4.132	4.782	5.280
Özel Hastaneler	991	1.276	2.053	2.797	4.814	5.490	5.527	6.576	7.374
Yolluklar	0	0	0	0	58	53	47	42	40
Diğer Sağlık Gid. (Optik, Tıb. Malz. vs.)	845	980	806	872	676	521	520	538	613
Aile Hekimliği	0	0	0	0	466	792	1.388	3.138	3.570

Tablo 15, 72. Kaynaktan alınmıştır (50).

SGK Genel Müdürlüğünün verilerine göre, 2004 yılında, toplam sağlık harcamaları 16.816 milyon TL iken 2013 yılı toplam sağlık giderleri 48.252 milyon TL olarak belirlenmiştir.

Yine Türkiye işçi sendikaları konfederasyonu 2013 verilerine göre Türkiye'de SGK kapsamındaki kişi sayısı 62.900.602'dir. nüfusun %83'ü sosyal güvenlik kapsamında iken %17'si sosyal güvenlik kapsamında yer almamaktadır (72).

2.15. Özel Sağlık Sigortası Türleri

2.15.1. İkame Edici Sigorta (Substitutive Health Insurance)

Kamu sağlık sigortasının yerine geçen ve temel teminat paketleri aracılığı ile sağlık risklerini üstlenen özel sağlık sigortası türüdür. Bazı Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde zorunlu sağlık sigortası sistemi dışında tutulan gruplar veya istedikleri takdirde zorunlu sağlık sigortası sistemi dışında kalabilen gruplar için uygulanmaktadır (81). Türkiye’de kanunen herkesin zorunlu genel sağlık sigortalısı olması nedeniyle uygulanması mümkün değildir.

İkame edici sigortanın belirleyicileri, Almanya ve Hollanda’da olduğu gibi gelir kriterleri, Belçika ya da Avusturya’da olduğu gibi iş statüsü ya da meslek gibi kriterler olabilir. Örneğin; Almanya’da belirli bir seviyenin üstünde gelir elde eden kişiler, istedikleri takdirde zorunlu kamu sağlık sigortası dışında kalarak özel sigorta yoluyla temel teminat paketi satın alabilirler (81).

İkame edici sigorta, zorunlu kamu sigortasının bir alternatifi olarak satın alınmaktadır. Böyle bir sigorta teminat kapsamı satın almayı seçen bireyler en azından yasal olarak sunulan teminat paketi ile ilişkili prim veya vergilerden kısmen muaf olmayı beklemektedirler.

2.15.2. Destekleyici Sağlık Sigortası (Supplementary Health Insurance):

Kamu sağlık sigortası tarafından kapsanmayan ek sağlık hizmetleri için teminat sağlayan özel sağlık sigorta türüdür. Destekleyici sağlık sigortasında amaç, sağlık hizmetinin kalitesinin yükseltilmesinden daha çok tüketicinin seçme şansını arttırmak ve daha lüks otelcilik hizmetine erişimi sağlamaktır.

Kamunun kapsamadığı alanlar için (örneğin diş sağlığı hizmetleri gibi) ya da maliyeti kamu sigortacılığı ile aynı olduğu hizmetlerde özel sağlık sigortası yaptırılmaktadır (82, 83). Kamu kuruluşlarında özel hizmet alma, doktor tercihi

yapabilme, öğretim görevlisi farkı, oda/otercilik hizmetleri farkı, hizmete daha hızlı ulaşım gibi durumları kapsamaktadır.

Yunanistan, İtalya, İspanya ve İngiltere gibi ülkelerde sıklıkla uygulanmaktadır (81). Özel doktora muayene olma, özel hastanelerde tedavi olma ya da devlet hastanelerinde özel odalarda yatma, bekleme listelerinde öne geçme gibi olanaklar sunmaktadır.

2.15.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (Complementary Health Insurance):

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası, kamu sağlık sigortası tarafından karşılanmayan veya kısmen karşılanan sağlık giderlerini karşılar (81, 83).

Bu çerçevede tamamlayıcı sağlık sigortaları, kamu tarafından sağlanan teminat paketinin dışında kalan teşhis ve tedavi giderlerini, kamu sağlık sigortasının karşıladığı teşhis ve tedavi giderlerine ilave olarak ortaya çıkan giderleri ve kamu sağlık sigortası katılım paylarını kapsam altına alabilmektedir.

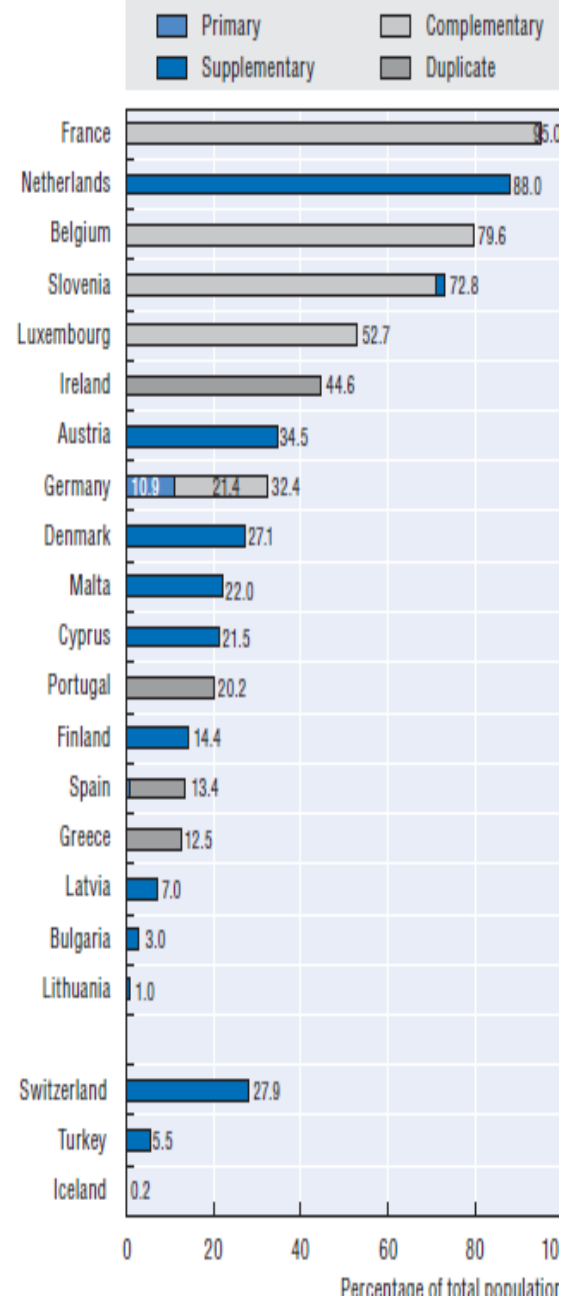
Tanımlanan sigorta ürünü, GSS'nı tamamlayan ve/veya destekleyen özel sağlık sigortalarının bir alt bileşenidir. Bununla birlikte, kamuoyunda "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" denildiğinde akıllarda bu ürünün yer ettiği gözlemlenmektedir. Hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık risklerini çeşitli teminat paketleri ile üzerine alan bir özel sağlık sigortacılığı modelidir (61).

Bu ürün ile GSS temel teminat paketi kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden daha yüksek standartlarda hizmet talep edilmesi halinde ortaya çıkan ilave ücretler, cepten ödeme yoluyla finanse edilmek yerine özel sigorta sistemi aracılığıyla ve riskini diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına kavuşmuş olmaktadır (78). İlave ücretlerin karşılanmasına ilişkin bu sigortaya duyulan ihtiyaç, GSS tarafından sunulan temel teminat paketinin büyüklüğü ve içeriği ile kişilerin tercihlerince belirlenmektedir.

Türkiye’de özel sağlık sigortası, “İsteğe Bağlı Sağlık Sigortası” veya “Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası” adı ile anılabilmektedir.

Tablo 16. Ülkelere göre özel sağlık sigorta modelleri OECD PHI, 2014

ÜLKE ADI	Özel Sağlık Sigorta Model Türü
Avustralya	Ek, Tamamlayıcı, Destekleyici
Belçika	Tamamlayıcı, Destekleyici
Kanada	Destekleyici
Danimarka	Tamamlayıcı, Destekleyici
Fransa	Tamamlayıcı, Destekleyici
Almanya	Birincil, Tamamlayıcı, Destekleyici
Yunanistan	Ek, Destekleyici
Bulgaristan	Destekleyici
İtalya	Ek, Tamamlayıcı, Destekleyici
Japonya	-
Hollanda	Birincil, Destekleyici
Polonya	Destekleyici
İspanya	Birincil ,Ek, Destekleyici
İsveç	Destekleyici, Tamamlayıcı
İsviçre	Destekleyici
İngiltere	Ek, destekleyici
ABD	Birincil, Tamamlayıcı, Destekleyici
*Türkiye	Tamamlayıcı, Destekleyici



Tablo 16, 82. Kaynaktan uyarlanmıştır (82).

Ülkelere göre özel sağlık sigorta modelleri incelendiğinde Avusturalya, ABD, Danimarka, Fransa, Almanya, İtalya, İsveç ve Türkiye’de tamamlayıcı, destekleyici modelin uygulandığı görülmektedir (76, 82).

OECD 2012 yılı verilerine göre, Fransa’da %95 oranında tamamlayıcı, Hollanda’da %88 oranında destekleyici sağlık sigortası, Almanya’da %10,4 ile birincil, %21,4 ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Türkiye’de ise %5,5 oranında Tamamlayıcı ve Destekleyici Özel Sağlık Sigortası’nın kullanıldığı görülmektedir (84).

Türkiye’de Hazine Müsteşarlığı tarafından özel sağlık sigortası uygulamalarına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla 23.10.2013 tarih ve 28800 sayılı Resmi Gazete’de “Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği” yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte “Tamamlayıcı, Destekleyici Sağlık Sigortası” ürünlerisne değinilmiştir. Bu kapsamda ilgili yönetmeliğin 18. maddesinde “Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası” ürünleri;

“(1) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası ürünleri, bu yönetmelik hükümleri kapsamında düzenlenir.

(2) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortaları ile aşağıdaki giderler, sözleşmenin teminat kapsamı ve şartları dahilinde, şirketçe karşılanır:

a) Genel sağlık sigortalısının kanun kapsamında SGK tarafından karşılanan Türkiye’deki giderlerine ilave masraflar,

b) Genel sağlık sigortalısının SGK tarafından karşılanmayan Türkiye’deki giderleri.

(3) Şirket; bakıma muhtaç kalma durumunun ortaya çıkmasına bağlı bakım hizmetlerine ilişkin giderler, yurt dışındaki sağlık hizmetleri ve buna bağlı diğer giderler, tercümanlık giderleri ve tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları ile ilintili diğer konular için ek teminat verebilir.

(4) İkinci fıkranın (a) bendindeki giderler için tenzili muafiyet uygulanmaz.” (85). şeklinde tanımlanmıştır.

Tablo 17. Türkiye'nin önde gelen özel sağlık grupları ve hastaneleri (2011 DEİK Raporu, Deloitte)

Hastane	Hastane sayısı	Yatak sayısı	Uluslararası işbirlikleri
Acıbadem Grubu	11 Hastane, 7 Tıp Merkezi, 3 Laboratuvar, 1 Genetik Tanı Merkezi	1.400+	Harvard Medical International
Amerikan Hastanesi	1 Hastane, 2 Poliklinik	300	M.D. Anderson Cancer Center, New York Presbyterian, The Methodist, and Texas Children's Hospitals
Anadolu Sağlık Merkezi	1 Hastane	209	Johns Hopkins Medicine
Ankara Güven Hastanesi	1 Hastane	279	-
Bayındır Sağlık Grubu	3 Hastane, 1 Tıp Merkezi, 4 Klinik	321	-
Florence Nightingale	4 Hastane, 1 Tıp Merkezi	550	The Memorial Hospital Houston, Cancer Center Institute New York
Hisar Intercontinental	1 Hastane	120	-
International Hastanesi	1 Hastane, 1 Tıp Merkezi	120	Harvard Medical International
Kent Hastanesi	1 Hastane, 1 Tıp Merkezi	120	Mayo Clinic
Medical Park	15 Hastane	2.780	-
Medicana Sağlık Grubu	6 Hastane, 2 Dış Polikliniği	1.170	-
Memorial Sağlık Grubu	5 Hastane, 3 Tıp Merkezi	750	-
Universal Hastaneler Grubu	12 Hastane	1.370	Massachusetts General Hospital
Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	1 Hastane, 1 Göz Hastanesi, 1 Poliklinik, 1 Genetik Tanı Merkezi	190	

Tablo 17, 77. Kaynaktan alınmıştır (77).

Türkiye’de özel hastanelerin bölgesel dağılımına bakıldığında İstanbul, Ankara ve İzmir ön plana çıkmaktadır. Türkiye’deki özel hastanelerin %48’i, hastane yataklarının ise %56’sı bu üç ilden birinde bulunmaktadır (77).

2.16. Özel Sağlık Sigortaları Teminat Kapsamları

Türkiye’de özel sağlık sigorta şirketleri kapsamının iki ana türleri şunlardır:

"yatan hasta kapsamı" ve "ayaktan hasta" kapsamıdır (76).

Türkiye’de sigorta şirketlerinin sigorta ürünleri benzer özellikler taşımaktadır. Genel olarak teminatlar kapsamlarına göre üç ana gruba ayrılmaktadır. Bunlar; yatarak, ayakta tedavi ve bu teminatlara ek olarak alınabilen ek teminatlar grubudur (45).

Sağlık sigortası genel şartları sigorta şirketleri teminat limitlerinin kendi risk analiz değerlendirmelerine göre belirlemektedir. Bu nedenle piyasada mevcut sigorta şirketlerinde, birbirinden farklı teminat ve dolayısıyla farklı prim seçenekleri sunulmaktadır.

Tablo 18. Özel sağlık sigortası teminat kapsamları

Teminat Kapsamı	
Ayakta tedavi giderleri	*Doktor muayene giderleri *Reçeteli ilaç giderleri *Tanı giderleri *Diş tedavisi giderleri *Gözlük Giderleri *Fizik tedavi giderleri
Yatarak tedavi giderleri	*Ameliyat giderleri *Hastane/doktor hizmet giderleri *Doğum giderleri *Tanı ve ilaç giderleri
Diğer Teminatlar	*Yardımcı tıbbi malzeme ve suni uzuv giderleri *Ambulans hizmetleri giderleri *Evde bakım ve rehabilitasyon giderleri *Yurt dışı hastalık tedavi giderleri *Kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz giderleri

Tablo 18, 45. Kaynaktan uyarlanmıştır (45).

2.16.1. Yatarak Tedavi Teminatı

Yatarak tedavi teminatı, sigorta sözleşmesinde belirtilen plan tablosuna göre hastaneye yatırılmayı ve/veya günlük hastane işlemlerini ve/veya acil hizmetleri gerektiren teminat kapsamı dahilindeki tedavi harcamalarını kapsar (86).

Tedavi giderleri ile ilgili riskin büyük bölümü bu teminat içerisindedir. Hastane tedavisi teminatı olarak da adlandırılan bu teminat hastaneye yatma koşulu olmayan durumları da kapsıyor olmasıdır.

Acil bir nedenden dolayı hastaneye başvuran bir sigortalının hastaneye yatırılarak tedavi edilmesine tıbben gerek görülmeyebilir. Bu durumda yapılan muayene, tanı amaçlı işlemler ve tedavi giderleri bu teminat ile değerlendirilmektedir.

Yine acil olmayan ve hastanede yapılması gereken ancak sigortalının hastanede yatmasına veya gecelemesini gerektirmeyen alçı uygulaması, kemoterapi ve radyoterapi gibi tıbbi işlemlerin giderleri de bu teminattan karşılanmaktadır (87).

Bu bakımdan hastane tedavisi tanımı, yatarak tedavi tanımına göre daha uygun bir tanımdır. Bu teminatın, sağlıktaki temel ihtiyacı karşılayan ve sigortalının sigorta teminatları içerisinde en öncelikli talep ettiği teminat olduğu da söylenebilir.

Bu teminat, hastanede yapılan ve aşağıda belirtilen masrafları kapsamaktadır:

- Sigorta sözleşmesinde yer alan yatış sınıfına göre oda ve yemek masrafları,
- Yoğun bakım ünitelerinden karşılanacak tedaviler,
- Hastaneden alınacak hizmetler (ameliyat, ameliyathane, anestezi, ilaç, laboratuvar, radyoloji vb.)
- Tıbbi donanımın (kalp-akciğer pompası vb.) kullanımı,
- İntravenöz (damar içi) ilaç, madde vb. verilmesi,
- Hastanede tedavisi yapılmakta olup teminat kapsamındaki rahatsızlıklarla doğrudan bağlantılı olan ve yatış süreci içerisinde yapılan tanı amaçlı laboratuvar testleri, röntgen tetkikleri, elektro kardiyogram, bilgisayarlı tomografi vb.
- Hastanede tedavisi yapılmakta olup teminat kapsamındaki rahatsızlıkla doğrudan bağlantılı olan ve yatış süreci içerisinde yapılan fizik tedavi, kemoterapi ve radyoterapi gibi tedaviler,
- Teminat kapsamındaki hastane tedavisi nedeniyle doğrudan bağlantılı hekim viziteleri,

- Sunulan tıbbi bilgiler ışığında sigortalının sağlık durumu göz önüne alınarak tarafsız bir hekim tarafından da gerekliliği uygun görülen özel hemşirelik hizmetleri,
- Sigorta ettiren tarafından seçilen ve poliçe ekinde verilen programda belirtilmiş limite kadar doğum ve/veya hamilelik masrafları,
- Sigortacı tarafından önceden onaylanan alıcı olarak organ ve doku nakli, (sadece kornea, böbrek, pankreas, karaciğer, kalp, akciğer)
- Sunulan tıbbi bilgiler ışığında sigortalının sağlık durumu göz önüne alınarak tarafsız bir hekim tarafından da gerekliliği uygun görülen ambulans hizmetleri,
- 16 yaşından küçük sigortalılar için refakatçi masrafları,
- Teminat kapsamında olan bir hastalık ya da yaralanma nedeniyle hastanede tedavi gören sigortalının hastaneye yatırıldıktan sonra ölmesi durumunda morg masrafları (45).

2.16.2. Ayakta Tedavi Teminatı

Ayakta tedavi teminatı tek başına verilmemekte, ancak “yatarak tedavi teminatı” ile birlikte alınabilmektedir. Ayakta tedavi, aşağıdaki harcamaları kapsamaktadır:

- Hekim muayenesi,
- Tanı amaçlı incelemeler,
- İlaçlar,
- Fizik tedavi,

Ayakta tedavi teminatı, hastaneye yatırılmayı veya hastanede tedavi edilmeyi ya da gözlem altında tutulmayı gerektirmeyen durumlardaki hekim bakımı ve muayenesi, önerilen ilaçların alınması, tanı amaçlı incelemeler, fizik tedavi hizmetlerini kapsayan bir teminat grubudur (86).

Bu teminat, genellikle tek olarak satılmayıp yatarak tedavi teminatına ek olarak sunulmaktadır. Yatarak tedavi teminatının ameliyat ve hastanede tıbbi tedavi giderleri gibi yüksek maliyetler yerine hekim muayenesi gideri, reçeteli ilaç bedeli gibi daha küçük riskleri kapsamaktadır. Ancak sigortalının tercih ettiği bir durumda kullanım inisiyatifinin olması bu teminatın kullanım sıklığının yüksek seyretmesine ve ortalama kişi başı tedavi maliyetlerinin ve dolayısıyla da sigorta priminin yatarak tedavi teminatına göre daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Gereksiz kullanımı önlemek amacıyla bu teminatla ilgili tedavi giderlerinde hizmet başına muafiyet veya yaygın olarak kullanılan sigortalı katılım payı uygulanmaktadır.

2.16.3. İlave Teminatlar

Bu teminatlar, belirli bir sigorta grubunun ihtiyacı olabilecek özellikte olan ve sözleşmedeki diğer teminatlarda bulunmayan tedavi giderlerini kapsayan, ek primle isteğe bağlı olarak alınabilen teminatlardır. Bireysel sigortalardan daha çok kurumsal sağlık sigortalarında uygulanmaktadır. Hamilelik ve doğum, gözlük camı, gözlük çerçevesi, lens, organ nakli, diş tedavisi, suni uzuv, yardımcı tıbbi malzeme, özel sağlık kontrolü tetkikleri, koruyucu aşı, ulaşım giderleri ve gündelik tazminat gibi teminatlardır (45).

2.17. Özel Sigorta ve Sosyal Sigorta Karşılaştırması

Tablo 19. Özel ve sosyal sigortaların karşılaştırması

ÖZEL SİGORTALAR	SOSYAL SİGORTALAR
İstisnalar dışında herkes için gönüllüdür.	Çalışan herkes için zorunludur.
Riskler ve faydalar sözleşmelerle tanımlanır, sigorta süresi belirlidir.	Riskler ve faydalar yasalarla tanımlanır, sigorta süresi devamlıdır.
Özel hukukta düzenlenmiştir.	Kamu hukukunda düzenlenmiştir.
Faaliyet ilkesi bireyseldir.	Faaliyet ilkesi kolektiftir.
Özel çıkarları gözetir.	Kamu çıkarlarını gözetir.
Asıl amaç kar elde etmektir, bu nedenle hizmet kalitesi yüksektir.	Asıl amaç kar elde etmek değildir, bu nedenle hizmet kalitesi düşüktür.
Yüksek riskleri sigortalamaktan kaçınır veya yüksek prim ister.	Riskleri sigortalamaktan kaçınmaz ve herkesten eşit prim alır.
Prim ödeyebilecek olanlara hizmet verir.	Prim ödeyemeyenlere de hizmet verir.
Primlerle finanse edilir ve primleri birey ödediğinden kendi kendine yardım etmiş olur.	Primler dışında devletin genel gelirleriyle de finanse edilir; çalışanın yanında işveren ve devletin katkısı olabilir.
Zarara uğrayıp uğramamaya göre, sigortalı sözleşme yenilenirken daha çok veya daha az prim ödeyebilir.	Sigortalı zarara uğrasa da uğramasa da prim miktarı değişmez.
Fonlama, rekabet ve tercihlilik ilkeleri Egemendir.	Gelirin yeniden dağılımı, tekellik, tek tiplilik ilkeleri egemendir.
Fayda ve katkı oranları, sigorta şirketinin ve Sigortalının rızası olmadan değişemez.	Fayda ve katkı oranları, çalışanın rızası olmaksızın değişebilir.
Nesiller arası dayanışma sağlamaz.	Nesiller arasında dayanışma sağlar
Birden fazla sigorta şirketiyle aynı anda sigortalılık ilişkisi kurulabilir.	Birden fazla kurumla aynı anda sigortalılık ilişkisi kurulamaz.
Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki vardır.	Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki yoktur.
Zararların tazmininde sadece sigortalı birey kapsamdadır.	Gelir kayıpları telafisinde sigortalının ailesi de kapsamdadır.
Sosyal risklerin yanı sıra ekonomik riskleri de kapsamaktadır.	Sadece sosyal riskleri kapsamaktadır.

Tablo 19. 88. Kaynaktan alınmıştır (88).

Özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır. Sosyal sigorta ile özel sigorta arasındaki en önemli fark risklerin havuzlanma şeklinde ortaya çıkmaktadır.

Sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sektörde bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilir. Özel sağlık sigortasında herhangi bir hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon gibi) ya da hastalanma riski yüksek olanlar (sigara, alkol kullananlar gibi) diğerlerine göre daha çok prim ödeyebilirler (70).

Bu durum, bir sağlık finansman sisteminde olması gereken özellikler arasında sayılan ve önemli bir yer tutan sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru bir finansman akışının tam tersine işlediğini göstermektedir.

Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası da cepten yapılan harcamalarda olduğu gibi, bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmayıp vergilere ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte olmak durumundadır.

Özel sağlık sigortasının uygulamadaki en önemli yararı, gelir düzeyi daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine olanak tanıyarak, sınırlı kamu kaynaklarının düşük gelirlili, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için kullanılmasına olanak tanımasıdır.

2.18. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

2.18.1. Tamamlayıcı ve Destekleyici Sigortası Kavramı

“**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” uygulanan ülkelerin başında, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Hollanda gelmektedir. Avrupa’daki özel sağlık sigortası çoğu kez “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsanmayan) hizmetleri kapsar.

Özel sağlık sigortasının bir türü olan “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası”, genel sağlık sigortasının temel teminat paketi içerisinde yer almayan, temel teminat paketinde yer alıp kısmen karşılanan, yani cepten ödeme yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye giren özel sağlık sigortası türüdür (89).

Başka bir deyişle “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası” kurum tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktadır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, zorunlu sistem tarafından sigortanın dışında kalan kişilerin alacakları hizmetlerin tamamını veya bir kısmını kapsayan sigorta türüdür (81).

2.18.2. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı ve Teminatı

Teminat kapsamı SGK tarafından kapsama alınan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, sigorta şirketinin belirlemiş olduğu SGK ile sözleşmeli/protokollü sağlık hizmet sunucularından sağlık hizmeti alması sırasında oluşabilecek ilave ücretleri “Sağlık Sigortası Genel Şartları ve TSS özel Şartları” dâhilinde teminat altına alınmıştır.

Yatarak Tedavi Teminatı: Sigortalının başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklarına ilişkin, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla;

- Dâhili ve/veya cerrahi yatışları,
- Sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri,
- Küçük müdahaleleri karşılanır.

Ayakta Tedavi Teminatı: Sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin;

- Doktor muayene,
- Tahlil,
- Radyoloji,
- Modern teşhis yöntemleri ile
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir.

Ayakta tedavi teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri poliçede belirtilen limit doğrultusunda karşılanır. İlaç ve aşı giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır (90, 96).

Doğum Ek Teminatı: İsteğe bağlı olarak doğum teminatı eklenebilmektedir. Söz konusu doğum teminatı yatarak ve ayakta tedavi teminatı mevcut olan sigortalılar için ilave edilmektedir. Doğum ek teminatı için bekleme süresi sigorta şirketlerine göre farklılık göstermektedir.

Doğum teminatı; gebelik süresince yapılacak rutin incelemeleri (kan sayımı, açlık kan şekeri, kan grubu, indirekt coombs testi, hepatit B, taşıyıcılık testi, mikrobik testler, idrar tahlili, tarama testleri, ense kalınlığı ölçümü ve birinci trimestr tarama ve üçlü tarama testi, amniosentez, şeker yükleme testi, ultrasonografi ve NST) ve doğum eylemini (normal veya sezeryan) kapsamaktadır (90).

Doğum teminatı kapsamındaki doğum eylemi dışındaki rutin kontrol ve incelemeler ayakta tedavi teminat kapsamı olan yıllık 6 kez kullanım limitinden düşülmektedir. Gebelik süresince yapılacak rutin kontrollerde her bir muayene ve ilişkili yapılacak tetkikler bir kez olarak değerlendirilmektedir. Doğum teminatı için geçerli olacak kurumlara göre değişen paketler oluşturulmuştur. Sigortalının tercih edeceği paketlere göre geçerli olacak kurumlar ve alınacak ek prim değişkenlik göstermektedir (90, 91).

TSS'li bir kişi "normal doğum" için sözleşmeli/protokollü bir sağlık hizmet sunucusuna başvurduğunda; SUT fiyatı: 400 TL'dir. (Kuruma fatura edilir)

İlave Ücret %90 olarak uygulandığında: $400 \times \%90 = 360$ TL (Sigorta şirketine fatura edilebilecek tutar) Sigorta şirketi ile hastane arasındaki normal doğum fiyat anlaşması: 1000 TL olduğundan $1000-400= 600$ TL sigorta şirketine fatura edilebilecek tutardır (92).

Uygulamada istisnai Durumlar:

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçesinin yürürlükte olması için Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından sağlanan Genel Sağlık Sigortası'nın aktif olması gerekmektedir.

Poliçede belirtilen teminatlar, yalnızca poliçede ismi yer alan kişiler için geçerli olmaktadır.

Acil durumlar da dâhil olmak üzere anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavilere ilişkin giderler teminat kapsamı dışında değerlendirilmektedir.

Police kapsamında, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından uygulanan bekleme süreleri haricinde herhangi bir bekleme süresi uygulanmamaktadır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası başvurusu esnasında mevcut olan hastalıklarla ilgili risk analizi yapılmayacağı için police başlangıç tarihinden önce var olan bir şikâyet ve/veya hastalık nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurarak tanı almış, tedavi görmüş ve/veya tedavi önerilmiş olan her türlü sağlık gideri ile bunlara bağlı nüks ve komplikasyonlar police teminat kapsamı dışında değerlendirilmektedir (91).

Sadece Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınan Genel Sağlık Sigortası olan kişiler bu policeyi alabilirler, Bu kişiler isterlerse bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri için de ayrı police alabilirler.

TSS 0-60 yaş aralığında yapılabilir, ancak 55 yaşından önce TSS'ye dahil olan ve düzenli primini yenileyen kişiler 60 yaşından sonra da sigortalanabilirler.

SGK'lı kişiler, TSS'yi düşük primlerle yaptırmakla birlikte, fiyatlar police tipine, bulunduğu şehre ve çalışan, emekli ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi durumuna göre farklılık göstermektedir.

Özel sağlık kurumları tarafından alınabilecek yasal fark ücretleri, otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar, sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, SUT fiyatları üzerinde kalan tutarlar da TSS kapsamındadır.

Diş tedavisi ve diş hekimleri tarafından yapılan her türlü işlemler, diyetisyen ve psikolog hizmetleri kapsam dışıdır.

TSS sahibi kişiler doktor tercihinde bulunabilmektedir. Doktor (Prof. Doç. Op. Dr.) tercihinde bulunanlardan herhangi bir ek ücret alınmamaktadır.

SGK tarafından karşılanmayan sağlık hizmetleri teminat kapsamında değerlendirilmemektedir. Coğrafi sınır şartı olup TSS poliçesinde yazılı teminatlar Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde poliçe üzerinde yazılı anlaşmalı kurumlarda geçerlidir. Yurt dışı tedavi giderleri poliçe teminat kapsamında değildir.

Vergi indirimi kurumun çalışanları, ücretlinin kendisi, eşi ve/veya küçük çocukları için, sigorta şirketlerine ödediği primlerin bir kısmı (%15) ödeyeceği vergi tutarından düşürülür. Kişiler vergi indiriminden faydalanabilmektedirler (90, 93).

İş kazaları ve meslek hastalıklarında da devreye girmekte ve ilave ek primle ferdi kaza sigortası da eklenebilmektedir. Bu sayede işverenler, çalışanlarına sunulan özel sağlık sigortası için ödenen maliyetten daha az bir maliyet ile sağlık hizmeti almalarını sağlamaktadır.

2.18.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Çeşitli Ülkelerdeki Uygulamaları

Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan “Dünya Sağlık Raporu”na göre (2000), sağlık fonlarının 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 (94, 95).

Genel sağlık sigortasının üzerine ödenen ek primler ile sağlık riskinin özel sigorta kurumları ile önceden paylaşıldığı bu model Fransa, Belçika, Almanya, Hollanda, Danimarka ve İsveç gibi ülkelerde, sağlık harcamaları kapsamında kamunun karşılamadığı tutarı kısmen veya tamamen karşılayan “**Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**” modeli kullanılmaktadır.

Deloitte tarafından hazırlanan “2011 Survey of Health Care Consumers” raporunda, nüfusun %99’unun genel sağlık sigortası ile kapsandığı Belçika’da, nüfusun üçte birinin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kullandığı görülmektedir (77).

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, genellikle çeşitli Avrupa ülkelerinde emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kalması veya kişilerin sağlık hizmetlerinden beklentilerinin yüksek olması gibi durumlara yönelik olarak tercih edilmektedir (71).

2012 yılında Fransa’da nüfusun neredeyse tamamı (%95) Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası’na sahiptir. Belçika, Lüksemburg ve Slovenya’da da nüfusun önemli bir oranı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nı kullanmaktadır. Hollanda (%88) en fazla ilave edici sigorta kullanan ülkedir (84).

ALMANYA

Almanya’da nüfusun %90’ı genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Belirli bir gelir rakamı üzerinde maaş alan tüm çalışanlar, zorunlu olarak genel sağlık sigortası olarak, brüt maaşlarının belirlenen bir yüzdesini prim olarak ödemektedirler (94). Almanya’da vatandaşlar; yaş, sağlık durumları ve tercihleri doğrultusunda özel sağlık sigortası hizmetinden de yararlanabilmektedirler (77).

OECD 2013 yılı verilerine göre; kişi başı sağlık harcaması 4.884 \$ ve sağlık harcamalarının GSYİH içerisindeki yeri %11,3’tür. Tüm sağlık harcamalarının %76,8’si devlet, %24’ü ise özel tarafından yapılmaktadır. Özel tarafından yapılan harcamaların %40’ının sigorta şirketleri tarafından yapıldığı bilinmektedir (15, 96).

Özel sağlık sigortası alanında; genel sağlık sigortasının kapsamının üzerine eklenen, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası modeli uygulanmaktadır. 2012 yılında, nüfusun %21,4’ü Tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındadır (84). Daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılamak üzere kamu teminat paketi kapsamında

olmayan hizmetler, katılım payları, hekim ve hastane seçimi, lüks otelcilik hizmetleri Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamında verilen hizmetler arasında yer almaktadır.

Aylık geliri belli bir düzeyin üzerinde olanlar kamu sağlık sistemi ile özel sağlık sigorta sistemi arasında seçim yapma hakkına sahiptirler. Bunların yanında devlet memurları ve serbest çalışanlar da kamu sağlık sistemine katılmak zorunda değildir. İstedikleri takdirde ikame edici sigorta (substitutive) yaptırarak sisteme katılabilirler. Tüm toplumun %99,9'u herhangi bir sağlık sistemine dâhildir (87).

Almanya'da özel sağlık sigortaları için devletin sağladığı sağlık hizmeti teminatlarının minimum olarak sağlanması koşulu vardır. Sosyal sigorta sistemi dışında daha geniş teminatlarla sağlık hizmeti güvencesine sahip olmak isteyen vatandaşların, gelirleri prim düzeyini karşılayabilecek oranda ise, daha geniş teminatlarla sağlık sigortası satın alması ve hizmetlerinden yararlanması amaçlanmıştır (88). Sigortacılık ürünlerinin kapsamı, yasal sigorta tarafından karşılanmayan veya yeterli karşılanmayan hizmetler için ihtiyaca göre geliştirilmiştir (97).

FRANSA

Fransız devlet sağlık sistemi, nüfusun %99'unu kapsamaktadır. 2013 verilerine göre toplam sağlık harcamalarının %77,4'ü bu sistem tarafından karşılanmakta, geri kalan kısım da kişilerin kendi ödemeleri ve özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmaktadır (15).

Devletin sağlık fonları tarafından ödenmeyen teminatları içeren özel sağlık sigortası sektörü önemli bir yer tutmaktadır.

Sigortalılar, GSS paketi tarafından kapsama alınan tedavi ve ilaçlar ile sınırlı kalması koşuluyla geri ödemesi yapılamayan maliyetler için genellikle işverenler vasıtasıyla "mutuelles" adı verilen kar amacı gütmeyen mesleki birliklerden TSS satın alabilmektedir. Bu doğrultuda, nüfusun %95'i isteğe bağlı TSS kapsamındadır (84).

Fransa’da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nın öncelikli amacı, kamu sağlık sigortasının, sağlık hizmetleri ve tıbbi malzeme sunumunda uyguladığı katılım paylarını kapsayarak kamu sağlık sigortası sistemini tamamlamak ve finansal risklere karşı koruma sağlamaktır.

“Fransa’daki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası talebinin belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’nı satın almadaki temel etkenin sosyal sistemin getirdiği finansal riski azaltmak olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası talebinde gelirin etkisinin yüksek düzeyde olduğu yani Tamamlayıcı Sağlık Sigortası harcamasının gelire beraber arttığı bulunmuştur” (98, 99).

Fransa’da genel sağlık sigortası kapsamında vatandaşlar, temel sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler. Her ne kadar genel sağlık sigortası oldukça kapsamlı olsa da yapılan kesinti ve indirimler neticesinde, kişiler artan bir şekilde, özel sağlık sigortası kullanmaktadır.

Kamu harcamalarını azaltmaya yönelik alınan aksiyonlar neticesinde, özel sağlık sigorta sektörünün büyümesi beklenmektedir. Bu kapsamda, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası modeli kamu sağlık sigortası kapsamına dâhil olmayan veya kısmen ödeme yapılan hizmetlerde, lüks hizmet taleplerinde ve katılım paylarının ödenmesinde kullanılır. Yaklaşık olarak ödemelerin %25’i katkı payı niteliğinde olduğundan bu gider genellikle tamamlayıcı sigorta yaptırılarak karşılanmaktadır (25).

İNGİLTERE

İngiltere’de sağlık hizmeti NHS tarafından verilmektedir. İngiltere’de devlet, sağlık için yapılan tüm harcamaların %86’sını karşılamaktadır (13).

Sağlık sorunlarında öncelikle aile hekimine gidilmesi zorunludur. NHS; kaza, acil durum ve hayatı tehdit eden akut hastalıklarda yüksek standartta hizmet vermektedir. Ancak acil olmayan ameliyatlara için birkaç yılı bulan bekleme listeleri söz konusu olmaktadır ve bu durum özel sağlık sigortalarının çıkış noktası olmuştur (87).

1990’ların ortalarından sonra başta uzun bekleme listeleri olmak üzere çeşitli nedenlere dayalı olarak nüfusun belli bir kesmi TSS yaptırma yoluna gitmiştir. Nüfusun %11’i tarafından alınan tamamlayıcı sağlık sigortaları giderek artmaktadır (87).

Özel sektör, sağlık hizmetinin verilmesi için teşvik edilmektedir. Özel sigortacılık da süratle tekelleşme eğilimindedir (100). Bireyin kişisel risk analizinden ve tamamen psikolojik nedenlerle verilen hizmeti yetersiz bulmasından doğan, uzman doktor muayenesi isteğini kendi kaynaklarıyla finanse etmesi sonucunda özel sigortaların belirli muafiyet oranları ile tamamlayıcı sigorta poliçeleri aracılığı ile piyasada yer alması mümkün olmaktadır (86).

HOLLANDA

Tüm sağlık harcamalarının %86’sı devlet tarafından karşılanmaktadır (15). Hollanda, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sisteminin en sık kullanıldığı ülkelerden birisidir. Hollanda’da nüfusun %88’i ilave edici özel sağlık sigortası sahibidir. Hastalık fonları kapsanmayanlar ile serbest çalışanlar özel sağlık sigortası kapsamındadır.

Ayrıca nüfusun diğer kalanı için de dış bakımı gibi teminatlar veren ve teminat paketi kapsamı dışında bulunan sağlık hizmetleri için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası poliçeleri bulunmaktadır (87, 101).

2012 yılında nüfusun %88'i destekleyici sağlık sigortası kapsamındadır (84). Sağlık harcamalarının finansmanına yönelik reformlar devlet sektörü hastalık fonları ve özel sağlık sigortalarının işbirliği çalışmasına olanak sağlamaktadır.

ABD (Amerika Birleşik Devletleri)

Kişi başına yıllık sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülkedir. Devletin verdiği sağlık güvencesinin kapsamı dar ve nicelik yönünden yetersizdir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları bir ihtiyaç konumundadır. Nüfusun %74'ü devlet sigortasına sahiptir (87). Özel sektörün finansmandaki rolü açısından, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %60 civarlarındadır. Kamu sağlık sigortası tüm hastalıkları kapsamadığından kişiler özel sigortaları tamamlayıcı sigorta olarak satın almaktadırlar. İsteğe bağlı sigortacılık yaygın olarak kullanılmaktadır (10).

2.18.4. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Türkiye Uygulaması ve Gelişimi

Türkiye'de, sosyal güvenlik alanında sunulan hizmetlerin tatminkâr bir şekilde dönüşmesi için yapılan sosyal güvenlik reformları sonrasında, memnuniyetin artmasına karşın SGK'nın sağlık hizmetlerine ayırdığı payın da her geçen gün artması, sistemin 'sürdürülebilirlik' vasfının tartışılmasına yol açmıştır. Bunun sonucu olarak sağlık alanındaki kamu yükünün azaltılması gündeme gelmekte ve TSS çözüm önerisi olarak sunulmaktadır (95).

Genel sağlık sigortası ile birlikte uygulanan tamamlayıcı sağlık sigortasıyla hem kamunun üzerinde oluşan maliyet baskısının azalacağı hem de sosyal güvenlik kapsamında yer alan bireylerin hizmetten daha çabuk ve daha yüksek standartlarda yararlanma olanağına kavuşacakları düşünülmektedir.

Artan sağlık harcamaları neticesinde kamunun yükünü azaltmak amacıyla Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamasının yürürlüğe girmesi, bunun için GSS'de

belli daralmaların veya prim ödeme teşviklerini (vergi avantajı/teşviki) getirilerek bütçenin desteklenmesi önerilmektedir (102).

TSS, 2000’li yıllardan itibaren sürekli olarak tartışılmıştır. GSS’nin mevcut sorunlara tam olarak çözüm getirememesi, temel teminat paketi ile optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemesi üzerine, kanun koyucu mevcut durumda yaşanan sorunları çözümlenmek ve Türkiye’ye uygun bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortası modeli geliştirmek üzere Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ve Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği’nin (OHSAD) katılımıyla çalışma grubu kurulmuş ve yapılan çalışmalar neticesinde, bir rapor hazırlanmıştır. 20-21 Eylül 2012 tarihinde, Dünya Bankası ve Avrupa Gözlemevi uzmanlarının katılımıyla, TSS konusunda bir çalıştay yapılmıştır.

Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği Sağlık Çalışma Grubu (2011) kaynak sıkıntısının daralmasının olumsuz etkilerini azaltmak ve Genel Sağlık Sigortası’nın sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla, dünyada uygulanan sağlık sigortacılığı yöntemlerinden birisi olan TSS’ye geçilmesi, yüksek gelirlilere kamu sağlık sigortacılığında maliyet paylaşımı fırsatı verilmesi, böylece SGK üzerindeki fiyat ve daha kapsamlı/kaliteli hizmet talebi baskısının azaltılmasını önermiştir (98).

Bu çalışmaların sonucunda; özel sağlık sigortasına (tamamlayıcı/destekleyici sağlık sigortası) sahip olan sigortalılara ait sağlık hizmet bedellerinin ödenmesinde yaşanan sorunların çözülmesi yönünde kanun koyucu tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortası ile kısmi bir açılım yapmış ve SGK tarafından yayımlanan 28.06.2012 tarih 2012/25 sayılı ‘**Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları**’ başlıklı genelge doğrultusunda özel sigorta şirketleri ile uygulamaya geçilmiş ve üçlü fatura sisteminin önü açılmıştır.

Yine 23 Ekim 2013 tarihinde, Hazine Müsteşarlığı tarafından “**Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği**” yayınlanmış ve bu yönetmeliğin 18. maddesinde “Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Ürünleri”nin düzenlenmesine ilişkin kapsam belirlenmiştir.

Üçlü fatura sistemi ile 5510 sayılı kanununun 63’üncü maddesi kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ait olanlar kuruma; tamamlayıcı/destekleyici sağlık sigortası poliçesi kapsamında tanımlı olanlar ise ilgili özel sağlık sigortası şirketine fatura edilmesi sağlanmıştır (92).

Kanun gereği, katılım payları sigorta teminat veya ödeme konusu yapılamayacağından katılım payının hastalar tarafından ödenmesi gerekmektedir.

5510 sayılı kanununun 98. maddesine göre, tamamlayıcı/destekleyici sağlık sigortası ile ilgili düzenleme yapma yetkisi “Hazine Müsteşarlığı”na verilmiştir.

TSS ile ilgili Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirtilen görüşler;

- “Türkiye nüfusunun giderek yaşlandığı, tıp teknolojisinin her geçen gün geliştiği ve buna bağlı olarak maliyetlerin artacağı gibi konular göz önüne alındığında, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası sisteminin Türkiye’de de uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası; otelcilik hizmeti ve öğretim üyesi farkı alınması gibi durumlarda devreye girerek vatandaşın memnuniyetinin artmasına yardımcı olacaktır.
- Ülke örnekleri incelendiğinde, tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası ürünleri geliştirilirken, hedef kitle olarak yüksek gelir ve nispeten daha yüksek eğitim seviyesine sahip kişilerin belirlendiği görülmüştür.

- Ancak sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklere yol amamak amacıyla, dūřuk gelir seviyesine sahip kişilerin primlerinin devlet tarafından karşılandığı, en az 1 veya 2 temel Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünü geliştirilmelidir.
- Geliştirilen bu ürün veya ürünlerin tamamı tüm sigorta şirketlerince aynı standartta, aynı şekil ve formatta hazırlanmalıdır.
- Tamamlayıcı sağlık sigortasının yol haritasının, ilke ve hedeflerin net belirlenmesi önem taşımaktadır.
- Uygulanacak politikaların hedeflerine ulaşması için ülkelerin iç dinamikleri yani demografik, sosyal, kültürel ve ekonomik koşulları göz önünde bulundurulmalıdır.” şeklindedir.

Bu genelge doğrultusunda; 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun 98. maddesi kapsamında; “Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usul ve esaslar kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müteşarlığı tarafından belirlenmektedir.

Bu kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılmamaktadır. Bu nedenle; anılan kanununun 68. maddesinde konu edilen katılım payları, Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası poliçeleri kapsamında değerlendirilmemektedir.

Bunun dışında kalan;

- a) Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedeller,
- b) İlave ücret tutarları,
- c) Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar,

d) Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, SUT fiyatları üzerinde kalan tutarlar, Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası konusu yapılmaktadır (89).

2012/25 sayılı genelge ile önceden ilave ücret, otelcilik ücreti gibi hastalar tarafından cepten ödenen kısımların sigorta şirketleri tarafından ödenmesi sağlanmıştır. Yani SGK tarafından ödenmesi gereken sağlık hizmetleri SGK'ya, ilave ücret ise özel sigorta şirketine fatura edilmektedir.

Ayrıca, sigorta şirketi ve hastane bir sağlık hizmetinin fiyatı konusunda kendi arasında anlaşma yaptığı takdirde, sağlık hizmet bedelinin SUT fiyatı SGK'ya, SUT'un üzerinde kalan kısmı da sigorta şirketine fatura edilmektedir. Önceden hastalar tarafından ödenen ilave ücretler, artık sigorta şirketleri tarafından ödenmektedir.

“Sağlık hizmet sunucusu ile özel sağlık sigortası şirketi arasında, sağlık hizmeti sunumuna ait bedellerin ödenmesine ilişkin olarak aksine bir anlaşma yapılmadığı takdirde, kurumun mevzuat hükümleri çerçevesinde işlem yapılması gerekmektedir. Bu durumda, tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortasına sahip genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere aynı tedavi döneminde sunulan sağlık hizmet bedellerinde;

1. Kanununun 63'üncü maddesi kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ait olanlar, kurum mevzuatı çerçevesinde Kuruma,
2. Bu maddenin birinci fıkrasında sayılan ve tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası poliçesi kapsamında tanımlı olanlar, ilgili özel sağlık sigortası şirketine,
3. Sigorta poliçesi kapsamında yer almayan ilave ücret, otelcilik hizmeti, kapsam dışı sağlık hizmeti gibi hasta tarafından karşılanması gereken tutarlar ise hastaya fatura edilmekte,
4. Hasta katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat konusu yapılamayacağından hastalar tarafından ödenmektedir” (89).

2.18.5. TSS ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması

Tablo 20. Tamamlayıcı sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası karşılaştırması

(Mapfre Sigorta)

TEMİNAT KAPSAMI	ÖSS	TSS
Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi, koroner anjiyografi, diyaliz ve böbrek taşı kırma (ESWL) giderleri	Bu teminat kapsamında sigortanın ikinci yılından itibaren karşılanır.	Bekleme süresi uygulanmadan ödenmektedir.
Sigorta yılı içerisinde 180 günü geçen hastanede yatış ve bu süre içinde 90 günü geçen yoğun bakımda yatışla ilgili tüm giderler	Karşılanmaz	Bekleme süresi uygulanmadan ödenmektedir.
Ameliyat veya yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde gerçekleşen ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri	Limitlidir.	SGK'nın ödediği seanslar karşılanır.
Ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapakçığı vb)	Hastane Hizmetleri Teminatı'ndan karşılanmaktadır.	SGK'nın ödediği herşey karşılanır.
Evde hemşire bakım giderleri,	Yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere karşılanmaktadır.	SGK gerekli görülen durumlarda tahsis etmektedir. TSS için ayrı bir teminat çalışılmaktadır.
Aile planlaması teminatı ve doğum teminatı	İlk yıl bekleme süresi uygulanır.	Bekleme süresi uygulanmadan ödenmektedir. Gebeliğin tüm rutin kontrolleri kapsam dâhilindedir.
Yenileme garantisi	Belirli bir sene sigortalı kalmak ve şartları yerine getirmesi koşuluyla verilebilir.	55 yaş öncesi sigortaya dahil olmak kaydı ile 60 yaş sonrası yenilemesi devam edebilecektir.
Tedavinin bir parçası olarak, vücuda dışarıdan destek olacak şekilde ve sadece tıbbi amaçlarla kullanılan, taşınabilir, kişiye özel tıbbi malzemeler	Limitli ve Yüzdeli Yardımcı Tıbbi Malzeme Teminatı'ndan karşılanmaktadır.	SGK'nın ödediği herşey karşılanır.

TEMİNAT KAPSAMI	ÖSS	TSS
Yeni doğan bebeklerin prematürelilik, yeni doğan yoğun bakım kuvöz ve doğumla ilgili giderleri (bebek henüz hastaneydeyken yapılan rutin sağlık giderleri)	Belli şartlar dâhilinde değil ise kapsam dışındadır.	Doğduğu andan itibaren şart aranmaksızın ödenir.
Deviasyon ve konka ameliyatları	Belli şartlar dâhilinde değil ise kapsam dışındadır.	Deviasyon ve konka ameliyatları ödenir.
İlk yıl cerrahi veya genel yatışlar	Bekleme süresi uygulanır.	Cerrahi veya genel yatışlar için bekleme süresi uygulanmaz
Rehabilitasyon	Karşılanmaz	Karşılanır
Aile Hekimliği uygulaması	Karşılanır şirketlere göre karşılanmadığı durumlarda vardır	TSS için ayrı bir teminat çalışılmaktadır.
Ferdi Kaza Teminatı	Karşılanır	TSS için ayrı bir teminat çalışılmaktadır.
Organ nakli ile ilgili giderler	Karşılanmaz	TSS için ayrı bir teminat çalışılmaktadır.
Her türlü sünnet giderleri	Karşılanmaz	Karşılanır
İş Kazaları ve Mesleki Hastalıklar	Karşılanmaz	Karşılanır
Psikiyatri	Karşılanmaz	Karşılanır
Doğuştan Gelen Hastalıklar	Belirli bir sene sigortalı kalmak ve şartları yerine getirmesi koşuluyla ödenebilir	Karşılanır
İnfertilite (Kısırlık)	Karşılanmaz	Karşılanır
Saç Dökülmesi	Karşılanmaz	Karşılanır
Akne	Karşılanmaz	Karşılanır
Skolyoz	Karşılanmaz	Karşılanır
Varis	Karşılanmaz	Karşılanır
Septoplasti	Karşılanmaz	Karşılanır
Metabolik Sendrom	Karşılanmaz	Karşılanır

TEMİNAT KAPSAMI	ÖSS	TSS
Şaşılık	Karşılanmaz	Karşılanır
Alzhemier	Karşılanmaz	Karşılanır
Bunama	Karşılanmaz	Karşılanır
AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	Karşılanmaz	Karşılanır
İntihar Girişimleri	Karşılanmaz	Karşılanır
Alkole Bağlı Hastalıklar	Karşılanmaz	Karşılanır
Tüm Adli Vakalar	Karşılanmaz	Karşılanır
Terör Sonucu Oluşmuş Yaralanmalar	Karşılanmaz	Karşılanır

Tablo 20, 90. Kaynaktan uyarlanmıştır (90).



2.18.6. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na İlişkin İstatistiki Veriler

Tablo 21. Sağlık sigortası alt teminat adetleri

(01.01.2014-30.12.2014, 01.01.2015-30.04.2015 TSRŞB verileri)

ALT BRANŞ TEMİNAT ADET		ALT BRANŞ TEMİNAT ADEDİ			SİGORTALI ADEDİ		
Genel							
01.01.2014-31.12.2014							
Branş Adı	Branş Kodu	HAYATDIŞI SİGORTA ŞİRKETLERİ	HAYAT VE EMEKLİLİK ŞİRKETLERİ	TÜM ŞİRKETLER	HAYATDIŞI SİGORTA ŞİRKETLERİ	HAYAT VE EMEKLİLİK ŞİRKETLERİ	TÜM ŞİRKETLER
Hastalık	784	103.174	923	104.097	102.761	923	103.684
Sağlık Toplam	785	3.035.841	344.837	3.380.678	2.631.262	362.308	2.993.570
Acil Sağlık	904	761.654	3.708	765.362	667.602	3.713	671.315
Yabancılar için Sağlık	905	105.581	778	106.359	107.606	789	108.395
Tamamlayıcı Sağlık	906	67.030	1	67.031	64.265	1	64.266
Yatarak Tedavi	90601	8.109	0	8.109	8.292	0	8.292
Yatarak ve Ayakta Tedavi	90602	58.921	1	58.922	55.973	1	55.974
Sağlık	907	2.101.576	340.350	2.441.926	1.791.788	357.805	2.149.593
Yatarak Tedavi	90701	533.772	21.170	554.942	506.926	22.262	529.188
Yatarak ve Ayakta Tedavi	90702	1.567.804	319.180	1.886.984	1.284.862	335.543	1.620.405
Seyahat Sağlık	786	1.550.804	588	1.551.392	1.386.059	610	1.386.669
HASTALIK-SAĞLIK TOPLAM		4.689.819	346.348	5.036.167	4.120.081	363.841	4.483.922
ALT BRANŞ TEMİNAT ADET		ALT BRANŞ TEMİNAT ADEDİ			SİGORTALI ADEDİ		
Genel							
01.01.2015-30.04.2015							
Branş Adı	Branş Kodu	HAYATDIŞI SİGORTA ŞİRKETLERİ	HAYAT VE EMEKLİLİK ŞİRKETLERİ	TÜM ŞİRKETLER	HAYATDIŞI SİGORTA ŞİRKETLERİ	HAYAT VE EMEKLİLİK ŞİRKETLERİ	TÜM ŞİRKETLER
Hastalık	784	79.901	416	80.317	98.300	881	99.181
Sağlık Toplam	785	863.960	231.808	1.095.768	2.257.060	377.685	2.634.745
Acil Sağlık	904	154.115	2.883	156.998	462.650	3.502	466.152
Yabancılar için Sağlık	905	50.157	495	50.652	104.371	1.261	105.632
Tamamlayıcı Sağlık	906	45.543	2	45.545	96.263	2	96.265
Yatarak Tedavi	90601	11.751	0	11.751	17.942	0	17.942
Yatarak ve Ayakta Tedavi	90602	33.792	2	33.794	78.321	2	78.323
Sağlık	907	614.145	228.428	842.573	1.593.776	372.920	1.966.696
Yatarak Tedavi	90701	159.352	8.318	167.670	488.185	22.096	510.281
Yatarak ve Ayakta Tedavi	90702	454.793	220.110	674.903	1.105.591	350.824	1.456.415
Seyahat Sağlık	786	634.784	870	635.654	564.362	271	564.633
HASTALIK-SAĞLIK TOPLAM		1.578.645	233.094	1.811.739	2.919.722	378.837	3.298.559

Tablo 21, 103. Kaynaktan alınmıştır (103).

2014 yılında sağlık sigortası branşında bulunan sigortalı sayısı, bir önceki yılın aynı dönemine kıyasla %6,17 oranında yükselerek 4 milyon 483 bin 922 adet olmuştur.

Türkiye Sigorta Birliğinin (TSB) verilerine göre, 2014 yılında sağlık sigortasında Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın da etkisi ile birlikte yükseliş yaşandığı görölmektedir. 2014 yılında TSS teminat adedi 67.031, sigortalı sayısı ise 64.266 iken 2015 yılı ilk 4 aylık dönemde teminat adedinin 45.545, sigortalı kişi sayısının ise 96.265 adet olduğu görölmektedir (103).

2012 yılı 11. ayında ilk tamamlayıcı sigorta poliçesi hayata geçirilmiştir. 2012 yılında, ilk poliçe çıktığında 2,5 milyon özel sağlık sigortalısı bulunmaktaydı. TSS için hedef 5 yılda 5 milyon TSS poliçesine ulaşmaktır. Ürünü sunan şirketler bazında değil de genel anlamda sigorta sektörü açısından değerlendirildiğinde TSS'nin beklenen seviyede bir büyüme gösteremediği görölmektedir (104).

Tablo 22. Sağlık sigortası büyüme oranları (%), Türkiye

Yıllar	2010	2011	2012	2013	2014
Büyüme Hızı	%22.53	%19.13	%12.94	%9.83	%17.89

Tablo 22, 79. Kaynaktan uyarlanmıştır (79).

Türkiye Sigorta Birliğinin verilerine göre son 5 yılda sağlık branşı büyümesi en fazla %22.53 oran ile 2010 yılında gerçekleşmiştir. 2011 yılında %19.13, 2012 yılında %12.94 ve 2013 yılında %9.83 olan büyüme hızı, 2014'ün ilk 11 ayında %17.89 oranında gerçekleşmiştir (79).

2.18.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Prim Hesabı ve Prim Ödemeleri

TSS, genel sağlık sigortasına sahip T.C. vatandaşı olan kişileri kapsamaktadır. Poliçeler kişiye özel olup diğer aile fertlerini kapsamaz. TSS teminatları yatarak ve ayakta tedavi olmak üzere kişilerin tercihine göre belirlenmektedir.

Poliçeler 0-60 yaş arasını kapsamakta olup, ancak 55 yaşından önce TSS’na dâhil olan ve düzenli primlerini yenileyen kişiler 60 yaşından sonra da sigortalanabilmektedir. Genel Sağlık Sigortasına sahip kişiler, TSS’ye uygun fiyatlarla sahip olabilmektedir. Fiyatlar poliçe tipine, bulunduğu şehre, çalışan, emekli ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi grubuna göre farklılık göstermektedir (90).

Tablo 23. TSS satış primleri 01.04.2013 (Mapfre Sigorta)

İSTANBUL - ÇALIŞAN				
YAŞ	YATARAK	AYAKTAN		YATARAK + AYAKTA
36-50	312,00	585,00	585,00	780,00
51-60	370,00	694,00	694,00	925,00

İSTANBUL - BAĞIMLI				
YAŞ	YATARAK	AYAKTAN		YATARAK +
		ERKEK	KADIN	
0-6	380,00	713,00	713,00	950,00
7-17	296,00	555,00	555,00	740,00
18-35	312,50	586,00	586,00	781,25
36-50	390,00	731,00	731,00	975,00
51-60	462,50	867,00	867,00	1.156,25

İSTANBUL DIŞI - ÇALIŞAN				
YAŞ	YATARAK	AYAKTAN		YATARAK + AYAKTA
36-50	210,00	394,00	394,00	525,00
51-60	248,00	465,00	465,00	620,00

İSTANBUL DIŞI - BAĞIMLI				
YAŞ	YATARAK	AYAKTAN		YATARAK
		ERKEK	KADIN	
0-6	220,00	413,00	413,00	550,00
7-17	198,00	371,00	371,00	495,00
18-35	210,00	394,00	394,00	525,00
36-50	262,50	492,00	492,00	656,25
51-60	310,00	581,00	581,00	775,00

Tablo 23, 90. Kaynaktan alınmıştır (90).

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası satış primleri poliçe tipine, bulunduğu şehre ve çalışan, emekli ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi durumuna göre farklılık göstermektedir. İstanbul’da çalışan kişiler için yatarak ve ayaktan teminat paketi 780 TL iken İstanbul dışında ayaktan ve yatarak tedavi teminatının 525 TL olduğu görülmektedir. Fiyatlar bağımlı gruplar için artış göstermektedir.

2.18.8. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Avantaj ve Dezavantajları

Dünya sağlık sektöründe yaşanan rekabet koşulları Türkiye'de de yaşanmaktadır. Sağlık hizmet sunumunun yanı sıra finansman kaynakları, ülkenin sağlık sigorta sistemini yönlendirecektir. Yapılan reformlarda yer alan "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" kavramı, sağlık sisteminin finansmanında özel sigorta şirketlerini de sisteme dâhil etmekte ve kaynak alternatifini arttırmaktadır (98).

TSS Avantajları:

- Genel Sağlık Sigortası'na geçilmesi ile tüm vatandaşların temel teminat paketi güvencesine sahip olması, devlet için maliyet artışına yol açmaktadır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile bu artışın bir bölümü özel sektör ile paylaşılacağından, kamu üzerindeki maliyet baskısını azaltacağı (92).
- GSS'den oluşabilecek taleplerin bu sisteme kanalize edilebileceği (95).
- Ek yatırım yapılmadan kamu ve özel sektör deneyim paylaşımının sağlanacağı,
- Ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşılacağı,
- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıların azaltılması ve sağlık hizmeti sunucuları belirlenen standarda kadar olan kısım ödemelerini kamudan; standart üstü ödemeleri özel sigorta şirketlerden tahsil edeceklerinden hizmet kalitesi ile ilgili yaşanabilecek sorunların önleneceği (91).
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusunda sınırları genişleterek oluşabilecek aşırı talepleri yönetebilen bir süreç olacağı ve böylece hekim ve hastaneler üzerinde yoğunluğun azaltılması, muayene için beklenen sürenin kısaltılması ve hastanelerdeki yığılmalar azalacağı,

- Ödemelerin tümü provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından kamu ve özel sigorta tarafından ikili denetim mekanizması sağlanacağı, oluşabilecek suistimaller ve maliyet artışlarının engellenebileceği, hem kamu hem de özel sektör tarafından provizyon sistemine dayalı kontroller yapılabileceği (1).
- Sağlık kuruluşunca tedavi faturasının hem SGK'ya hem de özel sağlık sigortasına gönderilmesi durumunda ortaya çıkan "çifte faturalandırma" gibi bir usulsüzlüğü de engellemesi açısından yarar sağlayacağı (1).
- Hizmet sunucu sağlık kurumlarında, kapasite kullanımını arttırarak maliyet avantajı sağlayacağı,
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünler ve daha ekonomik fiyatlarla daha geniş bir çalışan kitlesine ulaşılabileceği ve bunun sonucunda, daha büyük bir kesimde çalışan memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının, artması sağlanarak çalışma hayatına olumlu etki yaratacağı,
- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile vatandaşların kolay erişebileceği nitelikli sağlık hizmeti seçeneklerinin artacağı ve bu sayede sağlık hizmeti alan kişilerin hekim ve hastane seçme konusundaki imkânlarının genişleyeceği (91).
- Kayıt dışı sağlık harcamaları azaltılarak vergilendirilme sağlanacağı, kamu ve özel sağlık denetimlerine tabi bir sistem kurulacağından sağlık alanında yaşanabilecek vergi kayıplarının minimum düzeye indirilebileceği,
- Artan rekabetin, hizmet kalitesini yükselteceği ve kamu harcamalarını rasyonalize edeceği,
- Kamu ve özel hastanelerinde yatarak tedavi sırasında özel oda veya özel yatak talep edilmesi halinde bu ücretlerin SGK tarafından karşılanmaması sebebi ile sigortalının kendisinin ödeme yapmak durumunda kalmaması amacıyla

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası yapılması durumunda, ödenen bu ücretlerin sigorta güvencesi altına alınıyor olması (104).

- Özel-kamu sağlık sektörü arası risk paylaşımının olumlu etkilenmesi ile hizmet sunuculara yeni kaynaklar oluşturarak sağlık alanında önemli ilerlemelerin kaydedileceği,

TSS uygulamalarında oluşabilecek avantajlar olarak değerlendirilmektedir.

TSS dezavantajları :

- SUT kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin, Genel Sağlık Sigortası içinde verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulması (13, 91, 83).
- Sosyal devlet kavramından uzaklaşılması, Genel Sağlık Sigortası teminat paketi kapsamının daraltılması ve teminat kapsamı dışındaki sağlık hizmetlerinin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası içine taşınmak istenmesi (13, 91).
- Özel sigorta şirketlerinin öncelikle istikrarlı ve gerçek primleri belirlemek için ürün başlangıcı ve yenileme dönemlerinde dikkatle çalışılmış bir aktüerya hesaplamaları yapmamaları halinde çok yüksek hasar/ prim oranları vermeleri, çok alternatifli planlara yönelerek hata paylarını yükseltmeleri (13, 91, 83).
- Özel hastane veya sağlık kuruluşu tarafından emeklilerden talep edilen hasta katılım paylarının sigorta şirketleri tarafından teminat konusu yapılamaması, hasta katılım paylarının emeklilerin aylıklarından kesilmeye devam edilecek olması (91).
- Yeni uygulamanın bir dezavantajı da sağlık uygulama tebliği ile ilgilidir. Yeni tebliğin, yazılacak reçetelere dört kalem ve bir kutu bedeli sınırlaması getirmiş olması (83, 101).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada; Genel Sağlık Sigortasına sahip kişilerin, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olma durumlarının saptanması, mevcut Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamalarının değerlendirilmesi ve kişilerin uygulamayı tercih etme ya da etmeme yönündeki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma, Mayıs 2014 ile Kasım 2014 tarihleri arasında Bursa ilindeki kamu ve özel hastanelere başvuran 18-60 yaş arası Genel Sağlık Sigortasına sahip kişileri kapsamaktadır. Basit rastgele yöntem ile seçilen 753 kişi örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Karacabey İlçe Devlet Hastanesi, Bursa Mustafa Kemal Paşa İlçe Devlet Hastanesi, Bursa Özel Medikal Park Hastanesi ve Bursa Özel Medikabil Hastanesine başvuru yapan kişilere yüz yüze görüşme yöntemiyle anket uygulanarak toplanmıştır.

Kişilere; sosyo-demografik özellikleri yanında, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmeye ve mevcut uygulamayı değerlendirmeye yönelik toplam 32 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket soruları araştırmacı tarafından hazırlanmış olup anketin hazırlanmasında özel sigorta çalışanlarının görüşleri alınmıştır. Ankette ilk 6 soru katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine yönelik, sonraki 7 soru özel hastanelerden hizmet alma ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi sahibi olma ve haberdar olma durumlarının belirlenmesine yönelik, 18 alt maddeden oluşan 14. soru mevcut TSS uygulamalarının değerlendirilmesine yöneliktir. Onbeşinci soru ise katılımcıların uygulamayı tercih etme veya tercih etmeme yönündeki görüşlerini belirlemeye yöneliktir.

Katılımcılardan elde edilen veriler SPSS 21.0 yazılımı ile elektronik ortama aktarılmış ve analiz edilmiştir. İstatistiki analiz yöntemi olarak Ki-kare testi kullanılmıştır. Anket verilerinin toplanmasıyla elde edilen sosyo-demografik bulgular ile kişilerin TSS'den haberdar olma, bilgi sahibi olma, uygulamaları değerlendirme ve TSS

uygulamasını tercih edip etmeme yönündeki görüşleri ile ilgili ilişkiler çapraz tablolar kullanılarak analiz edilmiş ve algı farklılıklarının incelenmesi hedeflenmiştir.

Anketin güvenilirliği ise “Chronbach alfa” katsayısının elde edilmesi ile belirlenmiştir. Buna göre 14. soruda yer alan 18 (on sekiz) alt madde için toplam güvenilirlik %81,6 düzeyinde olup çalışmanın güvenilir olduğu söylenebilir. Güvenirlik analizine ilişkin detaylar tablo 24’te belirtilmiştir.

Tablo 24. Araştırmaya ait güvenilirlik katsayıları

TSS Uygulamaları	Ölçek Ortalaması	Varyans Ortalaması	Toplam Kolerasyon	Çoklu Kolerasyon	Cronbach's Alpha Katsayısı
T.C. vatandaşı olan kişileri kapsamaması	18,40	31,837	0,401	0,188	0,808
Kişiyeye özel olması, diğer aile fertlerini kapsamaması	19,29	31,179	0,415	0,256	0,807
Yaş sınırı olması (0-60 yaş)	18,85	31,290	0,402	0,213	0,808
Fiyatların poliçe tipine, bulunduğu şehre, çalışan, emekli yada bakmakla yükümlü olduğu kişi durumuna göre farklılık göstermesi	18,61	31,542	0,437	0,324	0,805
SGK’lı kişileri kapsamaması	18,18	33,339	0,316	0,420	0,812
Ayaktan, yatarak tedavi ve doğum teminatı paketlerinin olması	18,10	33,658	0,338	0,297	0,812
İlaç ve aşı giderlerini kapsamaması	19,52	31,777	0,443	0,436	0,805
SUT kapsamında olmayan sağlık giderlerini karşılamaması	19,47	31,582	0,464	0,460	0,804
Yatarak tedavi teminatı kapsamında verilen hizmetler	18,30	32,924	0,320	0,274	0,812
Ayakta tedavi kapsamında verilen hizmetler	18,67	31,365	0,450	0,236	0,805
Ayaktan tedavi teminatında muayene sayı sınırının olması (Yılda 6-8 kez)	19,34	30,989	0,483	0,391	0,802
Doğum teminatı kapsamında verilen hizmetler	18,20	33,672	0,264	0,379	0,814
Anlaşmaz kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olması	19,44	31,125	0,503	0,502	0,801
Diş ve diyetisyen giderlerinin teminat kapsamı dışında olması	19,54	31,592	0,469	0,515	0,804
Poliçe bekleme süresinin olmaması	18,53	32,691	0,300	0,238	0,813
Poliçe öncesinde var olan kronik hastalıkların teminat dışı olması	19,42	31,736	0,433	0,440	0,806
Poliçe süresinin bir yıl olması	18,82	31,927	0,386	0,195	0,809
İş kazası ve meslek hastalıkları teminatı olması	18,47	32,319	0,372	0,275	0,809

Hipotezler:

-Gelire göre TSS'yi tercih etme arasında anlamlı bir fark vardır ($H_1 = \mu_1 > \mu_2$).

-Eğitim durumuna göre TSS'yi tercih etme arasında anlamlı bir fark vardır ($H_1 = \mu_1 > \mu_2$).

-Eğitim durumuna göre TSS uygulamalarını bilme arasında fark yoktur. ($H_0 = \mu_1 = \mu_2$).

-Özel hastanelerden hizmet alıp almamaya göre TSS'yi tercih etme arasında fark vardır. ($H_1 = \mu_1 > \mu_2$).

-Gelir durumuna göre TSS uygulamalarından ilaç ve aşı giderlerinin teminat kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasında fark yoktur ($H_0 = \mu_1 = \mu_2$).

-Önceden var olan hastalıkların teminat kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasında fark yoktur ($H_0 = \mu_1 = \mu_2$).

-Uygulamanın anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavilere ilişkin giderlerin teminat kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasında fark yoktur ($H_0 = \mu_1 = \mu_2$).

-Uygulamada gebelik teminatının olmasını değerlendirme arasında fark yoktur ($H_0 = \mu_1 = \mu_2$).

4. BULGULAR

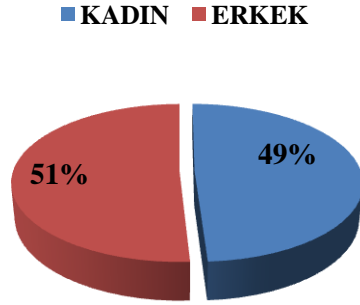
4.1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular

Tablo 25. Cinsiyet dağılımı

		n	%
Cinsiyet dağılımı	Kadın	370	49,1
	Erkek	383	50,9
	Toplam	753	100

Katılımcıların cinsiyetleri incelendiğinde %50,9'unun erkek, %49,1'inin ise kadın olduğu görülmektedir.

Şekil 24. Katılımcıların cinsiyet dağılım grafiği (%)

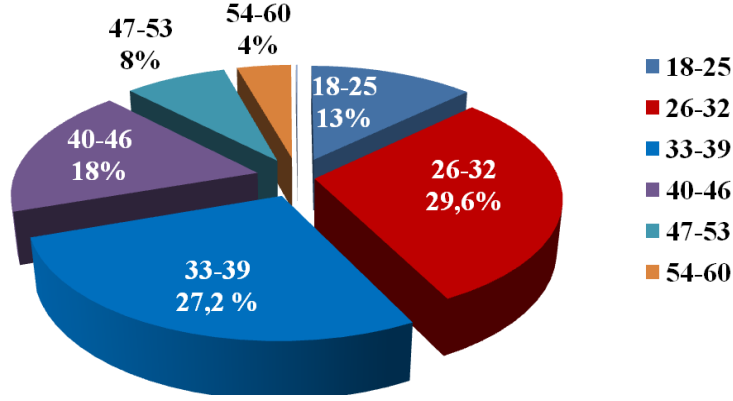


Tablo 26. Yaş dağılımı

		n	%
Yaş Dağılımı	18-25	97	12,9
	26-32	223	29,6
	33-39	206	27,4
	40-46	135	17,9
	47-53	60	8,0
	54-60	32	4,2
	Toplam	753	100

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde %29,6'sının 26-32 yaş arasında olduğu, %27,2'sinin 33-39 yaş arasında olduğu görülmektedir.

Şekil 25. Yaş dağılım grafiği (%)

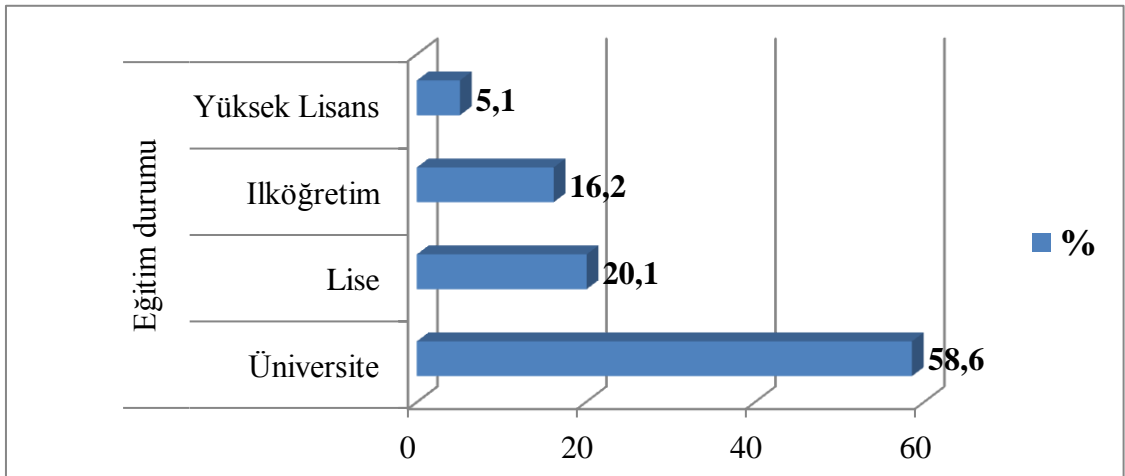


Tablo 27. Eğitim durumu dağılımı

Eğitim Durumu	n	%
İlköğretim	123	16,2
Lise	151	20,1
Üniversite	441	58,6
Yüksek lisans	38	5,1
Toplam	753	100

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde üniversite mezunu olanların oranı %58,6, lise mezunu olanların oranı %20,1, ilköğretim mezunu olanların oranı %16,2, yüksek lisans mezunu olanların oranı ise %5,1'dir.

Şekil 26. Katılımcıların eğitim durumu dağılımı (%)



Tablo 28. Çocuk sayısı dağılımı

		n	%
Çocuk Sayısı	Yok	227	30,1
	1	191	25,4
	2	275	36,5
	3	49	6,5
	4	8	1,1
	5 ve üzeri	3	0,4
	Toplam	753	100

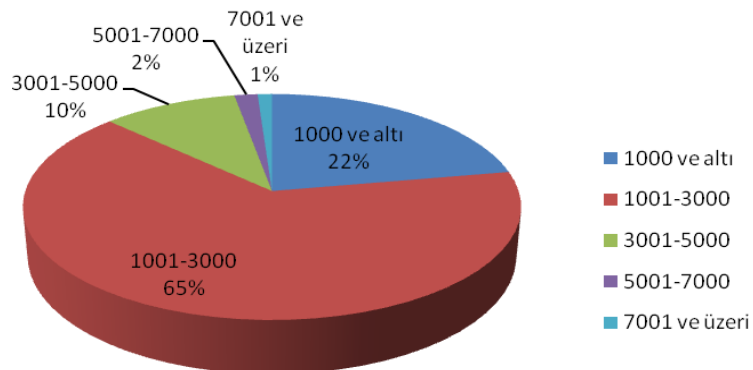
Katılımcıların çocuk sayıları incelendiğinde %30,1'inin çocuğunun olmadığı görülmektedir. Tek çocuklu olanların oranı %25,4, iki çocuklu olanların oranı ise %36,5' tir.

Tablo 29. Gelir durumu dağılımı

		n	%
Gelir Durumu	1000 ve altı	167	22,2
	1001-3000	489	64,9
	3001-5000	76	10,1
	5001-7000	13	1,7
	7001 ve üzeri	8	1,1
	Toplam	753	100

Katılımcıların gelir durumları incelendiğinde büyük bir kısmının (%64,9) 1000-3000 TL arası gelir grubunda olduğu görülmektedir. 1000 TL altı gelire sahip olanların oranı %22,2, 3000-5000 TL arası gelire sahip olanların oranı %10,1, 5000-7000 TL arası gelire sahip olanların oranı %1,7, 7000 TL ve üzeri gelire sahip olanların oranı ise %1,1'dir.

Şekil 27. Katılımcıların gelir durumu dağılımı (%)



Tablo 30. Medeni durum dağılımı

		n	%
Medeni durum	Bekâr	191	25,4
	Evli	562	74,6
	Toplam	753	100

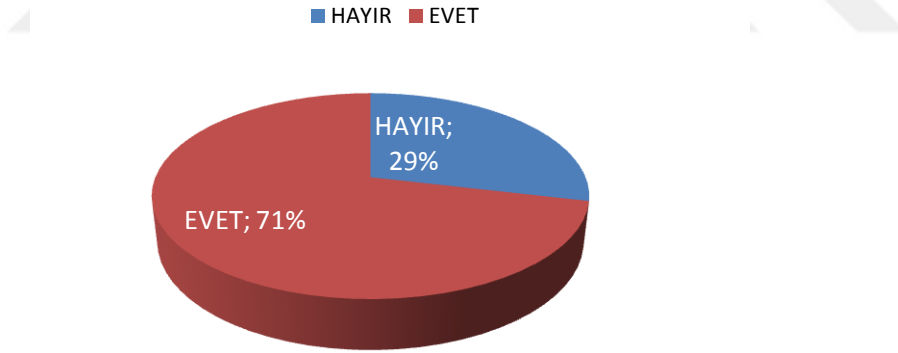
Katılımcıların %25,4'ü bekâr; %74,6'sı evlidir.

Tablo 31. Katılımcıların özel hastanelerden hizmet alma durumu dağılımları

		n	%
Özel hastanelerden hizmet alma durumu	Hayır	216	28,7
	Evet	537	71,3
	Toplam	753	100

Katılımcıların %71,3'ü özel hastanelerden hizmet alırken %28,7'si hizmet almamaktadır.

Şekil 28. Katılımcıların özel hastaneden hizmet alma durumu (%)

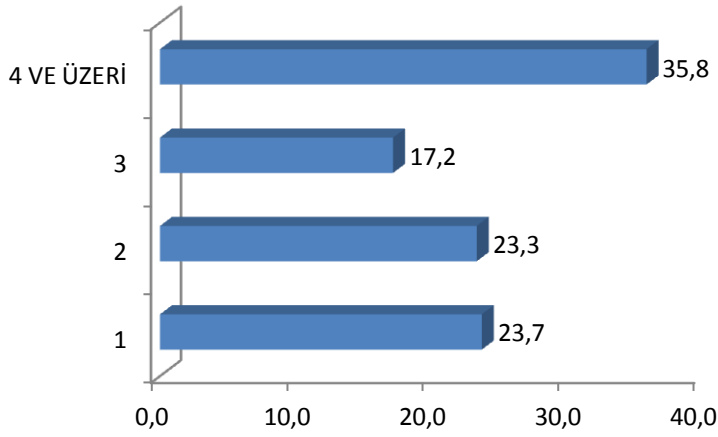


Tablo 32. Katılımcıların özel hastanelerden yıllık hizmet alma sayısı dağılımları

		n	%
Özel hastanelerden yıllık hizmet alma sayısı	1	127	23,7
	2	126	23,4
	3	92	17,1
	4 ve üzeri	192	35,8
	Toplam	537	100

Yıllık olarak özel hastanelerden hizmet alma durumu incelendiğinde, özel hastaneden hizmet alanların %23'ünün yılda 1 ve 2 kez hizmet aldıkları görülmüştür. %17,2'si 3, %35,8'i ise yılda 4 kez ve üzeri sayıda özel hastanelerden hizmet almaktadır.

Şekil 29. Katılımcıların özel hastaneden yıllık hizmet alma sayıları (%)



Tablo 33. Katılımcıların özel sağlık sigortasına sahip olma durumları dağılımları

		n	%
Özel sağlık sigortasına sahip olma durumu	Hayır	631	83,8
	Evet	122	16,2
	Toplam	753	100

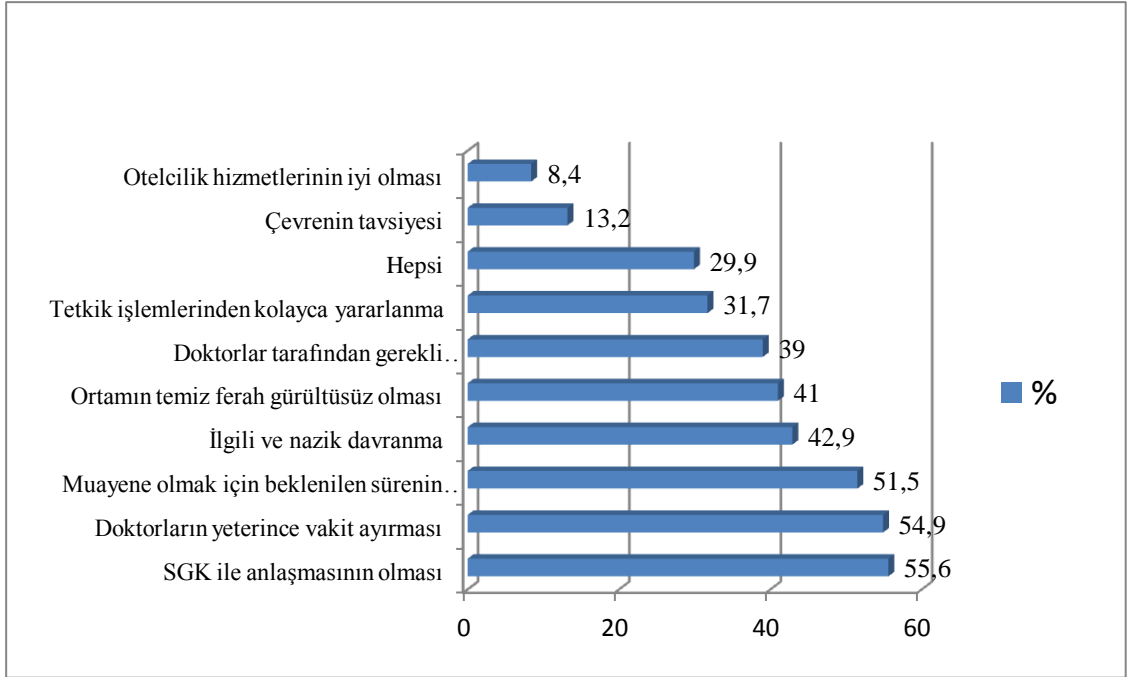
Katılımcıların %83,6'sı özel sağlık sigortasına sahip olmayıp, %16,2'sinin özel sağlık sigortası bulunmaktadır.

Tablo 34. Katılımcıların özel hastaneyi tercih etme sebepleri dağılımları

Tercih etme sebepleri	n	%
SGK ile anlaşmasının olması	298	55,6
Doktorların yeterince vakit ayırması	294	54,9
Muayene olmak için beklenen sürenin kısa olması	276	51,5
İlgili ve nazik davranma	230	42,9
Ortamın temiz ferah gürültüsüz olması	220	41,0
Doktorlar tarafından gerekli bilgilendirmenin yapılması	209	39,0
Tetkik işlemlerinden kolayca yararlanma	170	31,7
Hepsi	160	29,9
Çevrenin tavsiyesi	71	13,2
Otelcilik hizmetlerinin iyi olması	45	8,4

Özel hastanelerin tercih edilme nedenleri aşağıdaki tabloda verilmiştir. En fazla tercih nedenleri incelendiğinde %55,6 oranında SGK ile anlaşmasının olması, %54,9 oranında doktorların vakit ayırması, %51,5 oranında muayene olmak için beklenen sürenin kısa olması, %42,9 ilgili ve nazik davranma olarak belirtilebilir.

Şekil 30. Katılımcıların özel hastaneyi tercih etme sebepleri (%)

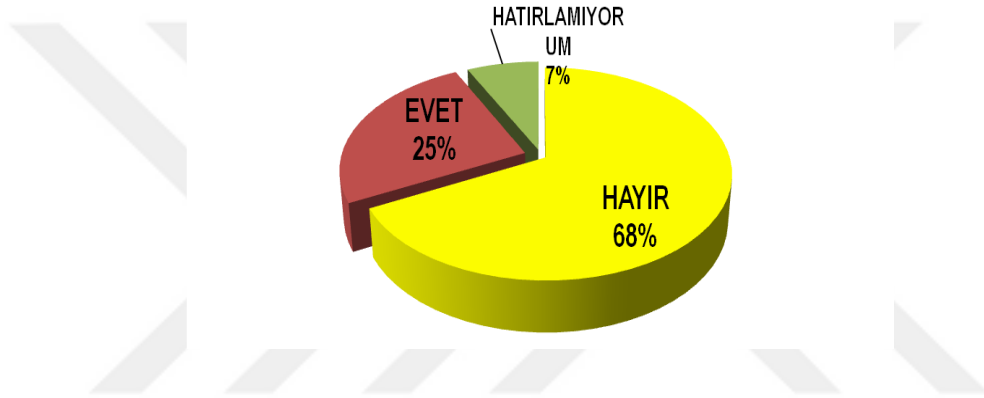


Tablo 35. Katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma dağılımları

		n	%
Tamamlayıcı Sağlık Sigortasından Haberdar Olma Durumu	Hayır	508	67,5
	Evet	193	25,6
	Hatırlamıyorum	52	6,9
	Toplam	753	100

Katılımcıların %67,5'i daha önce Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı duymamış, %25,2'si duymuş olup %7,3'ü hatırlamamaktadır.

Şekil 31. Katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortasından haberdar olma durumları

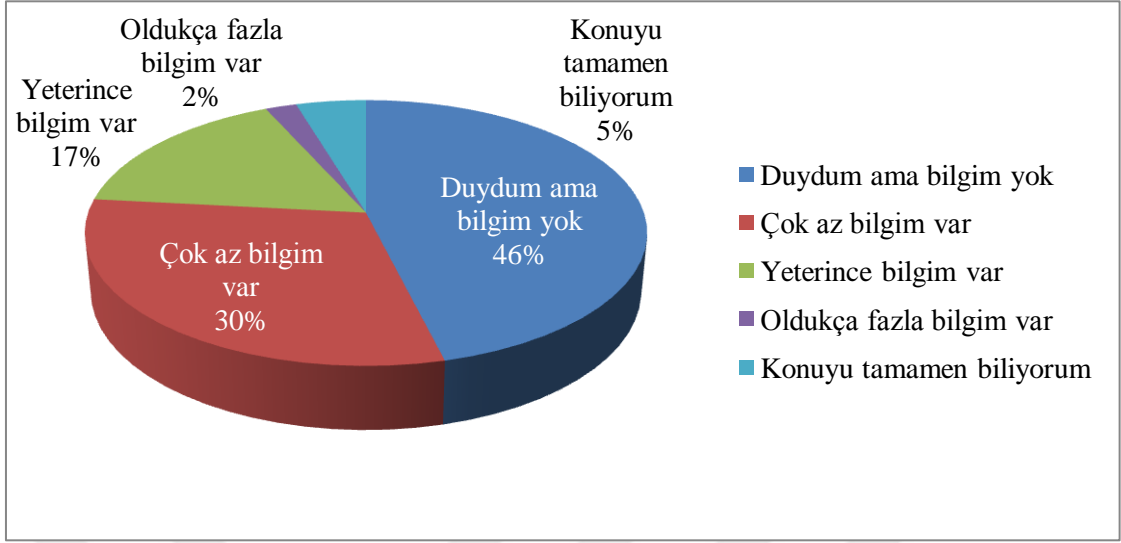


Tablo 36. Katılımcıların tamamlayıcı sağlık sigortası hakkındaki bilgi durumu dağılımları

		n	%
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Durumu	Duydum ama bilgim yok	89	46,1
	Çok az bilgim var	59	30,6
	Yeterince bilgim var	32	16,6
	Oldukça fazla bilgim var	4	2,0
	Konuyu tamamen biliyorum	9	4,7
	Toplam	193	100

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı duyanlar arasında bilgi durumu incelendiğinde duymuş fakat bilgisi olmayanların oranı %46,1, çok az bilgisi olanların oranı %30,6, yeterince bilgisi olanların oranı %16,6, oldukça fazla bilgisi olanların oranı %2, konuyu tamamen bilenlerin oranı ise %4,7'dir.

Şekil 32. Katılımcıların TSS hakkındaki bilgi durumları (%)



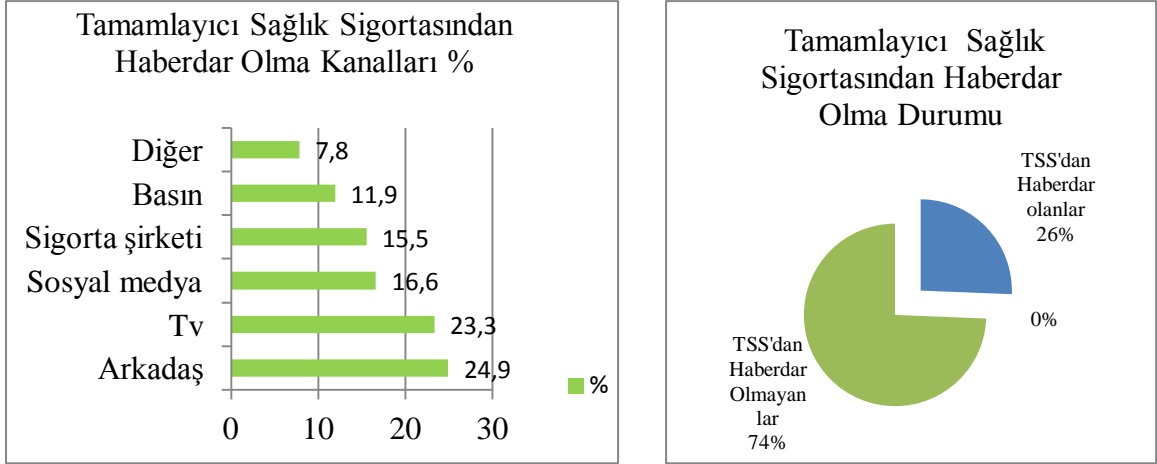
Tablo 37. Katılımcıların TSS'dan haberdar olma kanalları (%)

		n	%
Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan haberdar olma kanalları	Arkadaş	48	24,9
	Tv	45	23,3
	Sosyal medya	32	16,6
	Sigorta şirketi	30	15,5
	Basın	23	11,9
	Diğer	15	7,8
	Toplam		193

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan haberdar olma kanalları incelendiğinde uygulamadan haberdar olan 193 katılımcının %24,9'u arkadaşından, %23,3'ü televizyondan, %16,6'sı sosyal medyadan, %15,5'i sigorta şirketinden, %11,9'u basından, %7,8'i ise diğer kanallardan haberdar olmuştur.

Yapılan analizlerde 560 katılımcının (%74,4) herhangi bir şekilde uygulamadan haberdar olmadıkları 193 katılımcının (%25,6) uygulamadan haberdar olduğu görülmektedir.

Şekil 33. Katılımcıların TSS'dan haberdar olma kanalları (%)

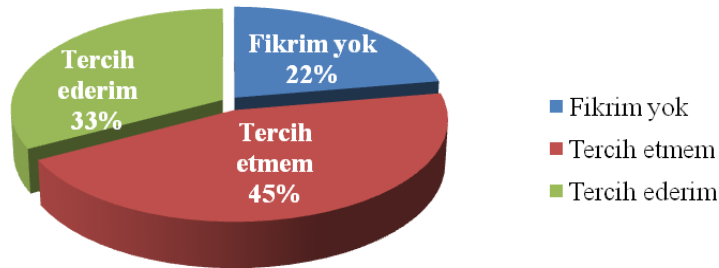


Tablo 38. Katılımcıların TSS'nı tercih etme durumu dağılımları

		n	%
Uygulamayı tercih etme durumu	Fikrim yok	168	22,3
	Tercih etmem	338	44,9
	Tercih ederim	247	32,8
	Toplam	753	100

Katılımcıların %32,8'i Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı tercih edeceğini belirtirken, %44,9'u tercih etmeyeceğini belirtmiş, %22,3'ü ise fikri belirtmemişlerdir.

Şekil 34. Katılımcıların TSS'nı tercih etme durumu

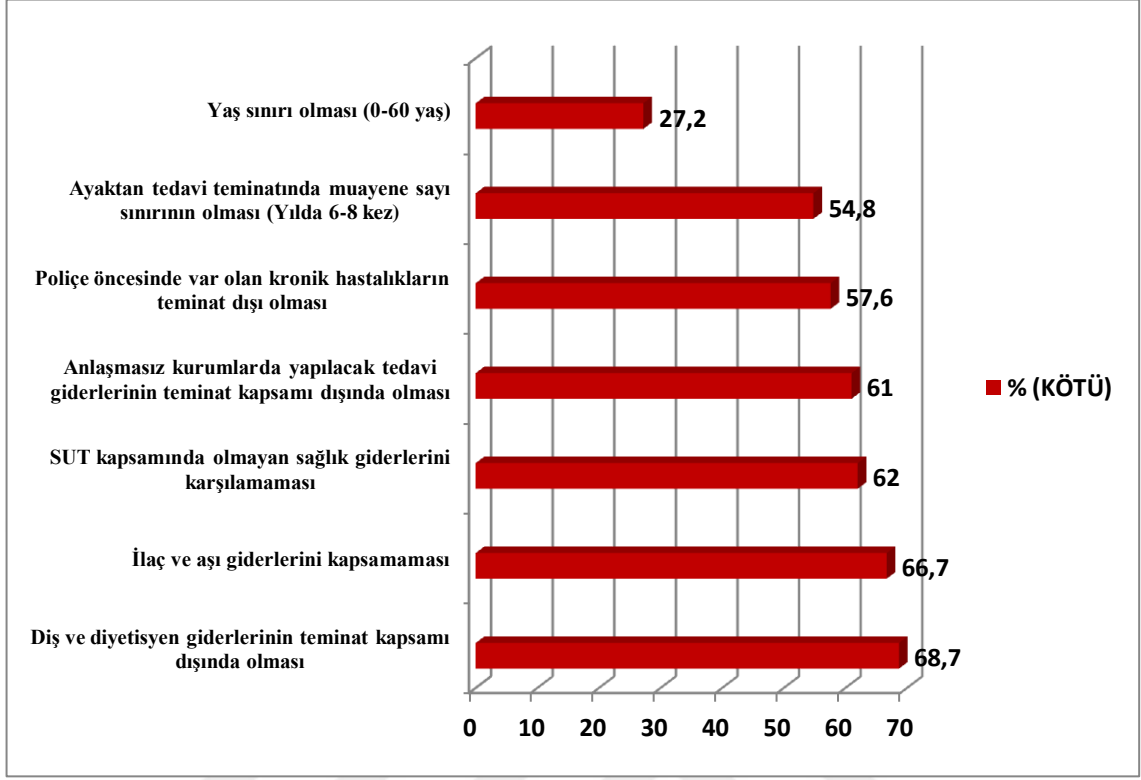


Tamamlayıcı Sağlık Sigortası uygulamalarına ilişkin katılımcı görüşleri Tablo.39’de verilmiştir.

Tablo 39. Katılımcıların TSS uygulamalarına yönelik görüş dağılımları

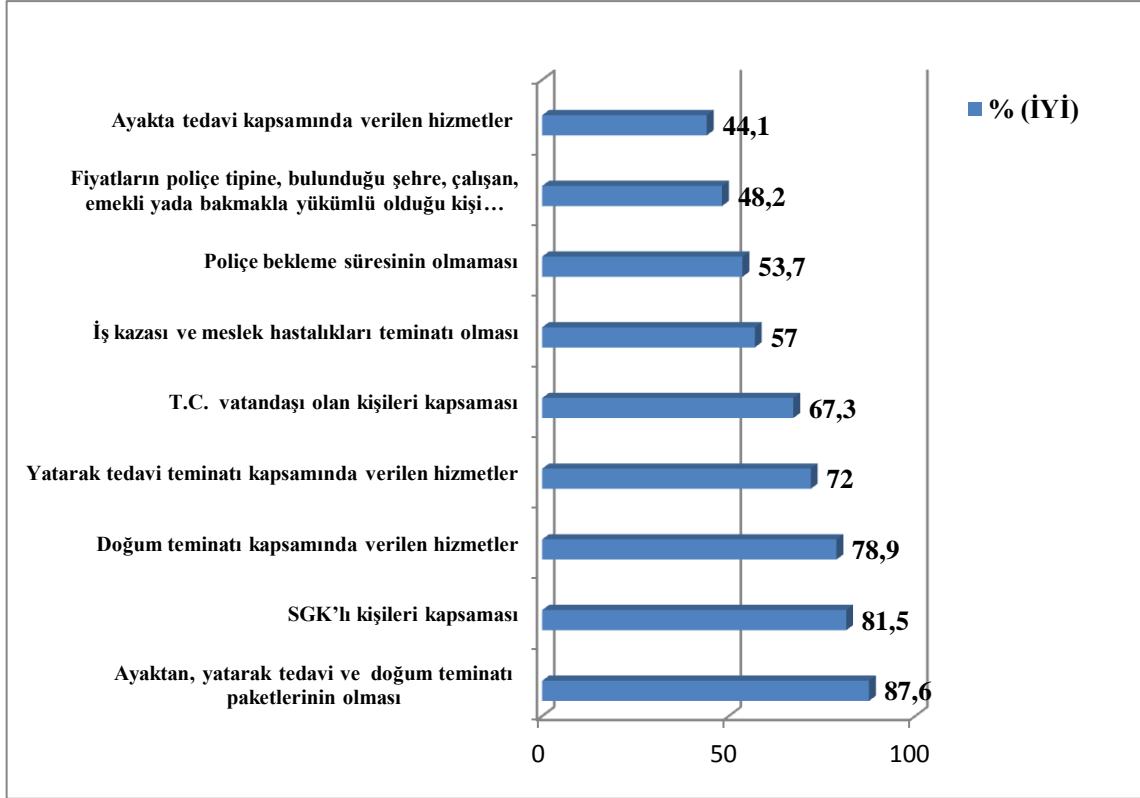
TSS UYGULAMALARI	KÖTÜ		FİKRİM YOK		İYİ	
	n	%	n	%	n	%
T.C. vatandaşı olan kişileri kapsamaması	94	12,5	152	20,2	507	67,3
Kişiyeye özel olması, diğer aile fertlerini kapsamaması	411	54,6	186	24,7	156	20,7
Yaş sınırı olması (0-60 yaş)	205	27,2	264	35,1	284	37,7
Fiyatların poliçe tipine, bulunduğu şehre, çalışan, emekli yada bakmakla yükümlü olduğu kişi durumuna göre farklılık göstermesi	104	13,8	286	38,0	363	48,2
SGK’lı kişileri kapsamaması	36	4,8	103	13,7	614	81,5
Ayaktan, yatarak tedavi ve doğum teminatı paketlerinin olması	21	2,8	72	9,6	660	87,6
İlaç ve aşı giderlerini kapsamaması	502	66,7	178	23,6	73	9,7
SUT kapsamında olmayan sağlık giderlerini karşılamaması	467	62,0	211	28,0	75	10,0
Yatarak tedavi teminatı kapsamında verilen hizmetler	53	7,0	158	21,0	542	72,0
Ayakta tedavi kapsamında verilen hizmetler	120	15,9	301	40,0	332	44,1
Ayaktan tedavi teminatında muayene sayı sınırının olması (Yılda 6-8 kez)	413	54,8	223	29,6	117	15,5
Doğum teminatı kapsamında verilen hizmetler	30	4,0	129	17,1	594	78,9
Anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olması	459	61,0	205	27,2	89	11,8
Diş ve diyetisyen giderlerinin teminat kapsamı dışında olması	517	68,7	162	21,5	74	9,8
Poliçe bekleme süresinin olmaması	86	11,4	263	34,9	404	53,7
Poliçe öncesinde var olan kronik hastalıkların teminat dışı olması	434	57,6	238	31,6	81	10,8
Poliçe süresinin bir yıl olması	148	19,7	362	48,1	243	32,3
İş kazası ve meslek hastalıkları teminatı olması	68	9,0	256	34,0	429	57,0

Şekil 35. Katılımcılar tarafından TSS uygulamalarına yönelik görüş dağılımları (kötü %)



Bu özelliklerden “kötü” olarak görüş belirtilen seçeneklerin başında, diş ve diyetisyen giderlerinin teminat dışında olması (%68,7), ilaç ve aşı giderlerini kapsamaması (%66,7), SUT kapsamında olmayan sağlık giderlerini kapsamaması (%62), Police öncesinde var olan kronik hastalıkların teminat dışı olması (%57,6), ayaktan tedavi teminatında muayene sayı sınırının olması (%54,8) ve kişiye özel diğer aile fertlerini kapsamaması (%54,6) dır.

Şekil 36. Katılımcılar tarafından TSS uygulamalarına yönelik görüş dağılımları (iyi %)



İyi olarak görüş belirtilen uygulamalar incelendiğinde, %87,6 oranında ayaktan, yatarak, tedavi teminatı ve doğum teminatı paketinin olması, %81,5 oranında SGK'lı kişileri kapsamı, %78,9 oranında doğum teminatı kapsamında verilen hizmetler, %72 oranında ise yatarak tedavi teminatı kapsamında verilen sağlık hizmetleridir.

4.2. Değişkenler Arasındaki İlişkinin İncelenmesine Ait Bulgular

Tablo 40. Katılımcıların gelir durumu ile uygulamayı tercih etme durumu arasındaki ilişki

GELİR DURUMU		Uygulamayı tercih etme durumu			Toplam
		Fikrim yok	Tercih etmem	Tercih ederim	
1000 ve altı	n	41	60	66	167
	%	24,6	35,9	39,5	100
1001-3000	n	104	229	156	489
	%	21,3	46,8	31,9	100
3001-5000	n	20	39	17	76
	%	26,3	51,3	22,4	100
5001-7000	n	3	10	8	21
	%	14,3	47,6	38,1	100
Toplam	n	168	338	247	753
	%	22,3	44,9	32,8	100

Ki kare =11,019 p= 0,088

Gelir durumu ile uygulamayı tercih etme arasındaki ilişki ki kare analizi ile incelenmiş olup aşağı belirtilen veriler elde edilmiştir:

Gelir durumu 1000 TL ve altı olanların %24,6'sı uygulamayı tercih etme yönünde görüş belirtmezken %35,9'u tercih etmeyeceği, %39,5'i ise tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

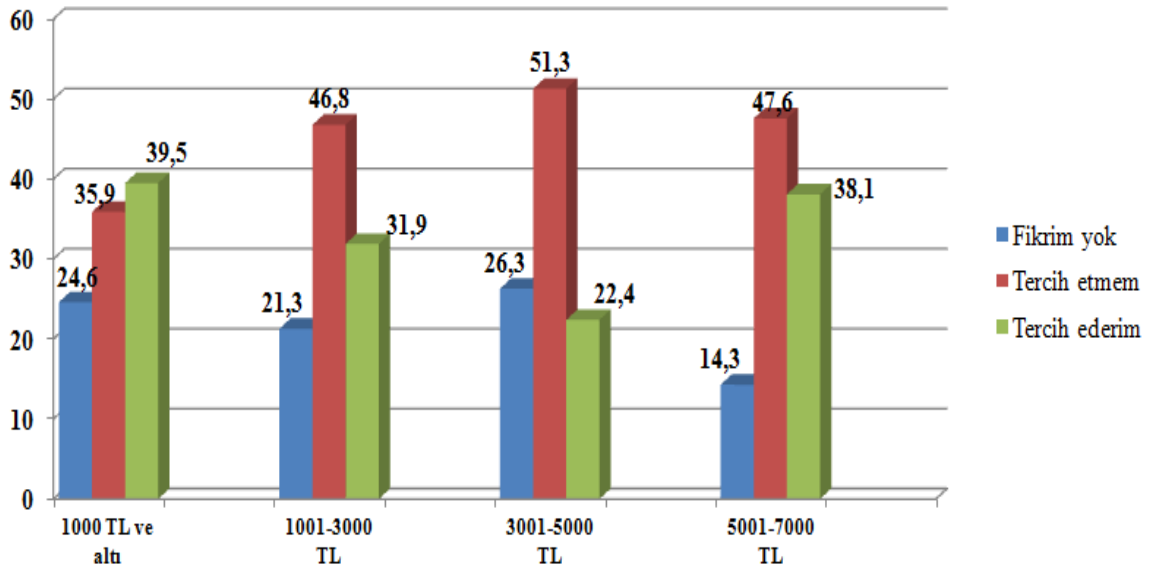
Geliri 1001-3000 TL olanların %21,3'ü uygulamayı tercih etme durumu ile ilgili olarak görüş belirtmezken, %46,8'i tercih etmeyeceği, %31,9'u ise tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Geliri 3000-5000 TL olanların %26,3'ü uygulamayı tercih etme durumu ile ilgili olarak görüş belirtmezken, %51,3'ü tercih etmeyeceği, %22,4'ü ise tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Geliri 5000-7000 olanların ise uygulamayı tercih etme ile ilgili olarak %14,3'ü görüş belirtmezen, %47,6'sı tercih etmeyeceği, %38,1'i ise tercih edeceği yönünde görüş belirtmiştir.

Ki kare analizine göre gelir grupları ile uygulamayı tercih etme arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Şekil 37. Gelir durumu ile TSS uygulamasını tercih etme durumu (%)



Tablo 41. Katılımcıların yaşları ile TSS uygulamasını tercih etme durumu arasındaki ilişki

YAŞ		Uygulamayı tercih etme durumu			Toplam
		Fikrim yok	Tercih etmem	Tercih ederim	
18-25	n	32	36	29	97
	%	33,0	37,1	29,9	100
26-32	n	63	82	78	223
	%	28,3	36,8	35,0	100
33-39	n	33	91	82	206
	%	16,1	44,4	39,5	100
40-46	n	26	68	41	135
	%	19,3	50,4	30,4	100
47-53	n	8	41	11	60
	%	13,3	68,3	18,3	100
54-60	n	6	20	6	32
	%	18,8	62,5	18,8	100
Toplam	n	168	338	247	753
	%	22,3	44,9	32,8	100

Ki kare =41,431 p= 0,000

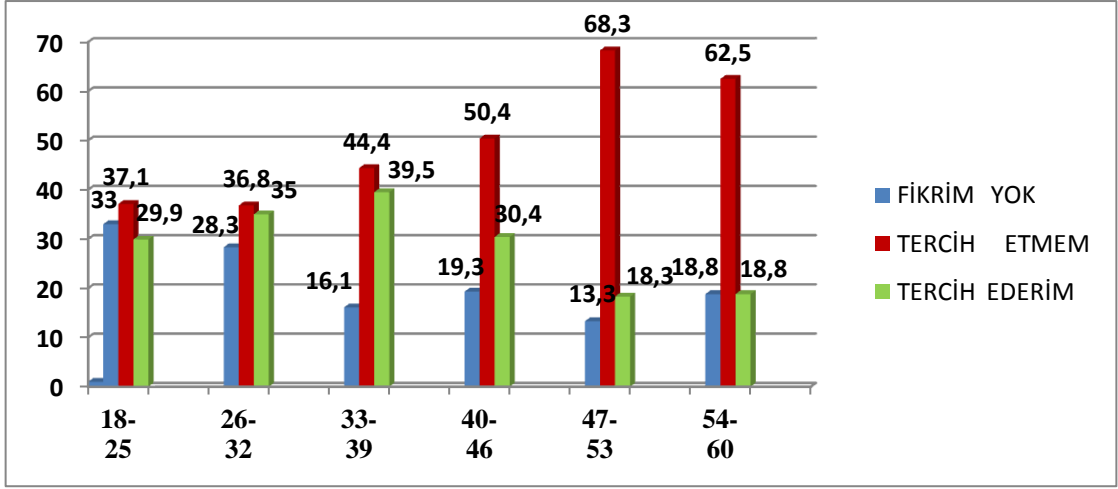
Katılımcıların yaş dağılımlarına göre uygulamayı tercih etme durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında 18-25 yaş arasındaki kişilerin %37,1'inin uygulamayı tercih etmeyeceği, %29,9'unun uygulamayı tercih edebileceğini,

26-32 yaş arasındaki kişilerin %36,8'inin uygulamayı tercih etmeyeceği, %35'inin tercih edebileceği,

33-39 yaş arasındaki kişilerin %44,4'ünün uygulamayı tercih etmeyeceği, %39,5'inin tercih edebileceği görülmüştür.

Yine 40 ve üzeri yaşlarda uygulamanın tercih edilmeme oranının arttığı 33-39 yaş arasındaki kişilerin ise uygulamayı diğer yaş gruplarına göre daha fazla tercih edebileceği görülmektedir. Katılımcıların yaş grupları ile uygulamayı tercih etme durumları arasında anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$).

Şekil 38. Katılımcıların yaşları ile TSS uygulamasını tercih etme durumu arasındaki ilişki



Tablo 42. Çocuk sayısı ile TSS'yi tercih etme durumu arasındaki ilişki

Uygulamayı Tercih Etme Durumu					
Çocuk Sayısı		FiKRİM Yok	Tercih etmem	Tercih ederim	Toplam
Yok	n	65	88	74	227
	%	28,6	38,8	32,6	100
1	n	39	78	74	191
	%	20,4	40,8	38,7	100
2	n	57	141	77	275
	%	20,7	51,3	28,0	100
3	n	4	25	20	49
	%	8,2	51,0	40,8	100
4	n	2	5	1	8
	%	25,0	62,5	12,5	100
5 ve üzeri	n	1	1	1	3
	%	33,3	33,3	33,3	100
Toplam	n	168	338	247	753
	%	22,3	44,9	32,8	100

Ki kare=21,369 p= 0,019

Çocuğu olmayan katılımcıların %38,8'i uygulamayı tercih etmeme yönünde görüş belirtirken %32,6'sı uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

İki çocuklu olan katılımcıların %51,3'ü uygulamayı tercih etmeyeceği yönünde görüş belirtirken %28,0'ı uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Üç çocuklu olan katılımcıların %51,0'ı uygulamayı tercih etmeyeceğini belirtirken %40,8'i uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmişlerdir.

Dört çocuklu olanların %62,5'i uygulamayı tercih etmeme yönünde görüş belirtirken %12,5'i uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmişlerdir.

Beş ve üzeri çocuk sahibi olanların ise %33,3'ü uygulamayı tercih etmeme yönünde görüş belirtirken, %33,3'ü uygulamayı tercih etme yönünde görüş belirtmişlerdir.

Çocuk sayısı ile uygulamayı tercih etme arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Çocuk sayısı arttıkça uygulamayı tercih etmeme yönündeki görüş oranlarında artış görülmektedir.

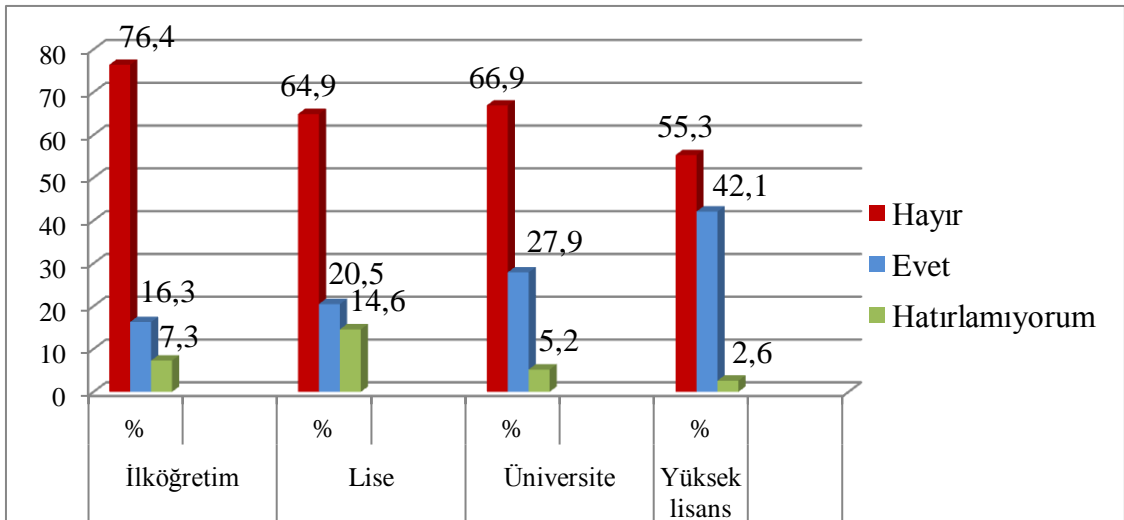
Tablo 43. Katılımcıların eğitim durumu ile TSS'yi duyma durumu arasındaki ilişki

Eğitim Durumu	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan Haberdar Olma Durumu			Toplam	
	Hayır	Evet	Hatırlamıyorum		
İlköğretim	n	94	20	9	123
	%	76,4	16,3	7,3	100
Lise	n	98	31	22	151
	%	64,9	20,5	14,6	100
Üniversite	n	295	123	23	441
	%	66,9	27,9	5,2	100
Yüksek lisans	n	21	16	1	38
	%	55,3	42,1	2,6	100
Toplam	n	508	190	55	753
	%	67,5	25,2	7,3	100

Ki kare = 27,923 p= 0,000

Buna göre; ilköğretim mezunlarının %16,3'ü; lise mezunlarının %20,5'i, üniversite mezunlarının %27,9'u yüksek lisans mezunlarının ise %42,1'i, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı duyduklarını belirtmişlerdir. Ki-kare analizine göre eğitim durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı duyma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Eğitim durumu arttıkça uygulamadan haberdar olma oranının arttığı görülmektedir.

Şekil 39. Katılımcıların eğitim durumu ile TSS'yi duyma durumu arasındaki ilişki (%).



Tablo 44. Katılımcıların eğitim durumu ile TSS hakkında bilgi sahibi olma durumu

arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Durumu					Toplam
		Duydum ama bilgim yok	Çok az bilgim var	Yeterince bilgim var	Oldukça fazla bilgim var	Konuyu tamamen biliyorum	
İlkokul	n	13	5	0	0	3	21
	%	61,9	23,8	0,0	0,0	14,2	100
Lise	n	18	12	2	1	0	33
	%	54,5	36,4	6,1	3,0	0,0	100
Üniversite	n	54	36	24	3	6	123
	%	43,9	29,3	19,5	2,4	4,9	100
Yüksek lisans	n	4	6	6	0	0	16
	%	25	37,5	37,5	0,0	0,0	100
Toplam	n	89	59	32	4	9	193
	%	46,1	30,6	16,6	2,1	4,7	100
Ki kare = 35,530		p= 0,002					

Buna göre ilköğretim mezunlarının %13'ü TSS'yi duymuş fakat bilgisi bulunmamakta iken %3'ü konuyu tamamen bildiğini belirtmiştir.

Lise mezunlarının %54'i konuyu duymuş fakat bilgisi yok iken %36,4'ünün çok az bilgisi bulunmakta, %6,1 ise konuyu yeterince bildiğini belirtmektedir.

Üniversite mezunları içerisinde %43,9'u duymuş fakat bilgisi yok, %29,3'ünün çok az bilgisi var, %19,5'inin yeterince bilgisi var, %2,4'ü oldukça fazla bilgisi var iken %4,9'u konuyu tamamen bildiğini belirtmektedir.

Yüksek lisans mezunlarının ise %25'i TSS'yi duymuş fakat bilgisi bulunmamakta iken %37,5'i çok az bilgisinin olduğunu, %37,5'i ise yeterince bilgisinin olduğunu ifade etmişlerdir. Eğitim durumu ile TSS hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p < 0,05$). Üniversite ve yüksek lisans mezunlarının uygulama hakkında daha fazla bilgisi olduğu görülmektedir.

Tablo 45. Eğitim durumu ile TSS'ni tercih etme durumu arasındaki ilişki

Eğitim Durumu		Uygulamayı Tercih Etme Durumu			Toplam
		Fikrim yok	Tercih etmem	Tercih ederim	
İlköğretim	n	26	59	38	123
	%	21,1	48,0	30,9	100,0
Lise	n	33	59	59	151
	%	21,9	39,1	39,1	100,0
Üniversite	n	101	199	141	441
	%	22,9	45,1	32,0	100,0
Yüksek lisans	n	8	21	9	38
	%	21,1	55,3	23,7	100,0
Toplam	n	168	338	247	753
	%	22,3	44,9	32,8	100,0

Ki kare= 5,505 p=0,481

Buna göre ilköğretim mezunlarının %48'i TSS'yi tercih etmeme yönünde görüş belirtirken %30,9'u uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Lise mezunlarının %39,1'i TSS'yi tercih etmeme yönünde görüş belirtirken % 39,1'i uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Üniversite mezunları içerisinde %45,1'i TSS'yi tercih etmeme yönünde görüş belirtirken, % 32,0'ı uygulamayı tercih edebileceğini yönünde görüş belirtmiştir.

Yüksek lisans mezunları ise %55,3'ü TSS'yi tercih etmeme yönünde görüş belirtirken %23,7'si uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Eğitim durumu ile TSS'yi tercih etme arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 46. Katılımcıların özel hastanelerden hizmet alma durumu ile uygulamayı tercih

etme durumu arasındaki ilişki

Özel Hastanelerden Hizmet Alma Durumu		Uygulamayı tercih etme durumu			Toplam
		Fikrim yok	Tercih etmem	Tercih ederim	
Hayır	n	49	113	54	216
	%	22,7	52,3	25,0	100,0
Evet	n	119	225	193	537
	%	22,2	41,9	35,9	100,0
Toplam	n	168	338	247	753
	%	22,3	44,9	32,8	100,0

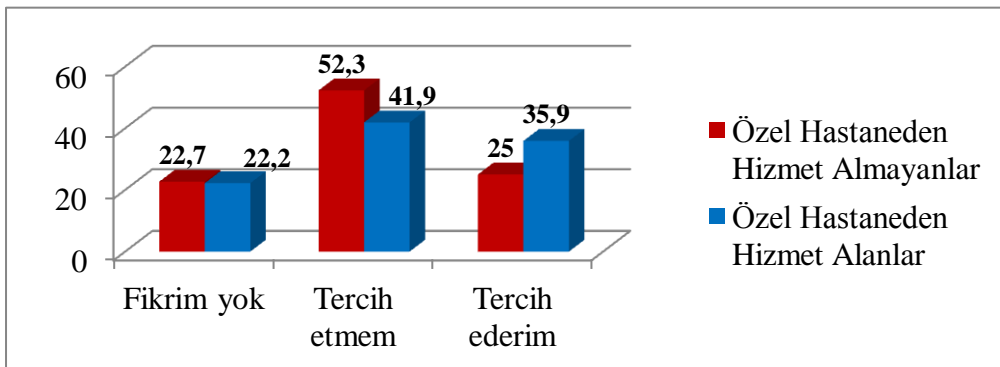
Ki kare = 9,363 p= 0,009

Buna göre özel hastanelerden hizmet alanların, %22,2'si uygulamayı tercih etme hakkında fikir belirtmezken, %41,9'u tercih etmeyeceği, %35,9'u ise uygulamayı tercih edebileceği yönünde görüş belirtmiştir.

Özel hastanelerden hizmet almayanların, %22,7'si uygulamayı tercih etme ile ilgili olarak fikir belirtmezken, %52,3'ü tercih etmeyeceği, %25'i ise tercih edeceğini yönünde görüş belirtmektedir.

Özel hastanelerden hizmet alma durumu ile uygulamayı tercih etme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Özel hastanelerden hizmet alan katılımcıların uygulamayı tercih etme yönündeki görüş oranının daha fazla olduğu görülmektedir.

Şekil 40. Katılımcıların özel hastanelerden hizmet alma durumu ile TSS'yi tercih etme durumu arasındaki ilişki (%)



Tablo 47. Katılımcıların gelir durumu ile ilaç ve aşı giderlerinin poliçe kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasındaki ilişki

Gelir Durumu		Uygulamanın İlaç ve Aşı Giderlerini Kapsamaması			Toplam
		Kötü	Fikrim Yok	İyi	
1000 ve altı	n	81	65	21	167
	%	48,5	38,9	12,6	100
1001-3000	n	352	92	45	489
	%	72,0	18,8	9,2	100
3001-5000	n	53	17	6	76
	%	69,7	22,4	7,9	100
5001-7000	n	16	4	1	21
	%	76,2	19,0	4,8	100
Toplam	n	502	178	73	753
	%	66,7	23,6	9,7	100

Ki kare = 34,620 p= 0,000

Geliri 1000 TL ve altında olanların %48,5'i ilaç ve aşı giderlerinin kapsam dışı olmasını kötü, %12,6'sı iyi olarak nitelendirirken %38,9'u fikir belirtmemiştir.

Geliri 1000-3000 TL arasında olanların %72'si aşı giderlerinin kapsam dışı olmasını kötü, %9,2'si iyi olarak nitelendirirken %18,8'i fikir belirtmemiştir.

Geliri 3000-5000 TL arasında olanların %69,7'si aşı giderlerinin kapsam dışı olmasını kötü, %7,9'u iyi olarak nitelendirirken %22,4'ü fikir belirtmemiştir.

Geliri 5000-7000 TL arasında olanların %76,2'si aşı giderlerinin kapsam dışı olmasını kötü, %4,8'i iyi olduğunu belirtirken %19'u fikir belirtmemiştir.

Gelir durumuna göre ilaç ve aşı giderlerinin uygulama kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Tablo 48. Katılımcıların gelir durumu ile kronik hastalıkların teminat kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasındaki ilişki

Kronik Hastalıkların Teminat Kapsamı Dışında Olması					Toplam
Gelir Durumu		Kötü	Fikrim Yok	İyi	
1000 TL ve altı	n	84	58	25	167
	%	50,3	34,7	15,0	100
1001-3000 TL	n	301	141	47	489
	%	61,6	28,8	9,6	100
3001-5000 TL	n	37	33	6	76
	%	48,7	43,4	7,9	100
5001-7000 TL	n	12	6	3	21
	%	57,1	28,6	14,3	100
Toplam	n	434	238	81	753
	%	57,6	31,6	10,8	100
Ki kare = 13,216 p= 0,04					

Geliri 1000 TL altında olanların %50,3'ü kronik hastalıkların teminat dışı olması uygulamasını kötü, %15'i iyi olarak nitelendirmiş %34,7'si ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 1000-3000 TL arasında olanların %61,6'sı kronik hastalıkların teminat dışı olması uygulamasını kötü, %9,6'sı iyi olarak nitelendirmiş %28,8'i ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 3000-5000 TL arasında olanların %48,7'si kronik hastalıkların teminat dışı olması uygulamasını kötü, %7,9'u iyi olarak nitelendirmiş %43,4'ü ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 5000-7000 TL arasında olanların %57,1'i kronik hastalıkların teminat dışı olması uygulamasını kötü, %14,3'ü iyi olduğunu belirtmiş %28,6'sı ise fikir belirtmemiştir.

Gelir durumuna göre kronik hastalıkların teminat dışında olması uygulamasını değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir (p<0,05).

Tablo 49. Katılımcıların gelir durumu ile anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olmasını değerlendirme arasındaki ilişki

Anlaşmasız Kurumlarda Yapılacak Tedavi Giderlerinin Teminat Kapsamı Dışında Olması					Toplam
Gelir Durumu		Kötü	Fikrim Yok	İyi	
1000 ve altı	n	81	62	24	167
	%	48,5	37,1	14,4	100
1001-3000	n	324	113	52	489
	%	66,3	23,1	10,6	100
3001-5000	n	42	24	10	76
	%	55,3	31,6	13,2	100
5001-7000	n	12	6	3	21
	%	57,1	28,6	14,3	100
Toplam	n	459	205	89	753
	%	61,0	27,2	11,8	100
Ki kare = 18,283 p= 0,006					

Geliri 1000 TL ve altında olanların %48,5'i anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olmasını kötü, %14,4'ü iyi olarak nitelendirmiş %37,1'i ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 1000-3000 TL arasında olanların %66,3'ü anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olmasını kötü, %10,6'sı iyi olarak nitelendirmiş %23,1'i ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 3000-5000 TL arasında olanların %55,3'ü anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olmasını kötü, %13,2'si iyi olarak nitelendirmiş %31,6'sı ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 5000-7000 TL arasında olanların %57,1'i anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olmasını kötü, %14,3'ü iyi olduğunu belirtmiş %28,6'sı ise fikir belirtmemiştir. Gelir durumu ile anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olması uygulamasını değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,05$).

Tablo 50. Katılımcıların gelir durumu ile doğum teminatı kapsamını değerlendirme arasındaki ilişki

Gelir Durumu		Doğum Teminatı Kapsamı			Toplam
		Kötü	Fikrim Yok	İyi	
1000 ve altı	n	8	35	124	167
	%	4,8	21,0	74,3	100
1001-3000	n	19	75	395	489
	%	3,9	15,3	80,8	100
3001-5000	n	2	15	59	76
	%	2,6	19,7	77,6	100
5001-7000	n	1	4	16	21
	%	4,8	19,0	76,2	100
Toplam	n	30	129	594	753
	%	4,0	17,1	78,9	100
Ki kare = 4,068 p= 0,667					

Geliri 1000 TL ve altında olanların %4,8'i doğum teminatı kapsamını kötü, %74,3'ü iyi olarak nitelendirmiş %21'i ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 1000-3000 TL arasında olanların %3,9'u doğum teminatı kapsamını kötü, %80,8'i iyi olarak nitelendirmiş %15,3'ü ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 3000-5000 TL arasında olanların %2,6'sı doğum teminatı kapsamını kötü, %77,6'sı iyi olarak nitelendirmiş %19,7'si ise fikir belirtmemiştir.

Geliri 5000-7000 TL arasında olanların %4,8'i doğum teminatı kapsamını kötü, %76,2'si iyi olduğunu belirtmiş %19'u ise fikir belirtmemiştir.

Gelir durumuna göre doğum teminatı kapsamını değerlendirme arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

5 .TARTIŞMA

Günümüzde, çağdaş koruma sistemi olarak adlandırılan sosyal güvenlik sisteminin herkesi kapsamı bütün ülkelerin hedefleri arasında yer almaktadır. Ancak, bu hedef doğrultusunda sunulan sağlık hizmetin miktar ve kalitesinin artırılması ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal güvenlik sistemi, uzun yıllar gelişme göstermiştir. Fakat sosyal güvenlik kapsamında yapılan harcamaların artması, kamu bütçesi içerisindeki payının gittikçe yükselmesine ve buna karşın hizmetin tatminkâr bir şekilde sunulmamasına neden olmuştur (1).

Sosyal güvenlik alanında sunulan hizmetlerin tatminkar bir şekilde dönüşmesi için yapılan sosyal güvenlik reformları sonrasında, memnuniyetin artmasına karşın Sosyal Güvenlik Kurumunun sağlık hizmetlerine ayırdığı payın da her geçen gün artması, sistemin ‘sürdürülebilirlik’ vasfının tartışılmasına yol açmıştır. Bununla ilgili olarak da sağlık alanındaki kamu yükünün azaltılması gereği gündeme gelmekte ve “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” çözüm önerisi olarak sunulmaktadır (1).

TSS, 2000’li yıllardan itibaren sürekli olarak tartışılmıştır. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası için ilk adımlar yine 2000 yılında atılmış ve Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü, İstanbul Üniversitesi, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği ve OHSAD’ın katılımıyla bir çalışma grubu kurulmuş ve yapılan çalışmalar neticesinde bir rapor hazırlanmıştır (100).

Genel Sağlık Sigortasının (GSS) mevcut sorunlara tam olarak çözüm getirememesi, temel teminat paketinin optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemesi üzerine, kanun koyucu tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortası ile kısmi bir açılım yapmış ve Sosyal Güvenlik Kurumunca (SGK) yayımlanan 28.06.2012 tarih 2012/25 sayılı ‘Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları’ başlıklı genelge ile uygulamaya geçmiştir (1).

Daha sonra 23 Ekim 2013 tarihinde Hazine Müsteşarlığı tarafından Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği yayımlanmıştır. Bu yönetmeliğin 18. maddesi de “Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Ürünleri”nin düzenlenmesine ilişkin kapsam belirlenmiştir (100).

Yapılan bu çalışmada, ilgili genelge hükümleri çerçevesinde yürürlüğe konulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası (TSS) uygulamaları genel bir çerçevede ele alınmış ve uygulamanın Genel Sağlık Sigortasına (GSS) sahip kişiler tarafından değerlendirilmesi sağlayarak, kişilerin TSS hakkında bilgi sahibi olma durumlarının saptanması ve uygulamayı tercih etme ve etmeme yönündeki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Elde edilen bulgular doğrultusunda; Katılımcıların %74,4’ünün Tamamlayıcı Sağlık Sigortası’ndan haberdar olmadığı, %25,6’sının haberdar olduğu tespit edilmiştir. Uygulamadan haberdar olanların %4,7 oranında konuyu tamamen bildiği, %2,1 oranında oldukça fazla bilgisi olduğu, %16,6 oranında ise yeterince bilgisi olduğunu, %30,6’sının çok az bilgisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. %46’sının ise uygulama hakkında herhangi bir bilgisinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Yine katılımcıların uygulamayı tercih edip etmeme yönündeki görüşleri değerlendirildiğinde ise; %32,8’i uygulamayı tercih edebileceğini, %44,9’u tercih etmeyeceğini belirtirken %22,3’ü ise herhangi bir görüş belirtmemiştir.

TSS’nin kanun koyucu tarafından 2012 yılında uygulanmaya konulması ve konu ile ilgili bilgilendirme çalışmalarının özel sigorta şirketleri ve kurum tarafından tam olarak yapılmaması sebebiyle kişiler tarafından uygulamanın tam olarak bilinmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgu, 2007 yılında Filiz’in özel sağlık sigortası olmayan kişilerde GSS ve ÖSS’ye bakış ve 2014 yılında İnce’nin bir vakıf üniversitesine bağlı semt polikliniğine başvuran hastaların TSS’yi değerlendirmesine yönelik yaptığı çalışmalarla uyumludur.

Çalışmada katılımcıların %25,6'sının uygulamadan haberdar oldukları, %74,4'ünün uygulamadan haberdar olmadıkları görülmektedir. Uygulamadan haberdar olan kişilerin %24,9'unun arkadaş %23,3'ünün televizyon, %16,6'sının sosyal medya aracılığı ile uygulamadan haberdar olduğu, %15,5'inin ise sigorta şirketleri aracılığıyla uygulamadan haberdar oldukları tespit edilmiştir. Bu durum sigorta şirketlerinin TSS uygulamasına pek yanaşmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca eğitim durumu ile TSS'yi duyma ve TSS hakkında bilgi sahibi olma arasında yapılan ki kare analizinde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$).

Fransa'da Grignon, Kambia-Chopin 2009'da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası talebinin belirleyicilerinin araştırıldığı bir çalışmada Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı satın almadaki temel etkenin sosyal sistemin getirdiği finansal riski azaltmak olduğu ortaya konulmuştur (99). Ayrıca, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası talebinde gelirin etkisinin yüksek düzeyde olduğu, yani Tamamlayıcı Sağlık Sigortası harcamasının gelire beraber arttığı bulunmuştur. Yapılan çalışmada katılımcıların gelir durumu ile uygulamayı tercih etme durumları incelendiğinde ki kare analizine göre, gelir durumu ile uygulamayı tercih etme arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı ($p>0,05$) sonucuna ulaşılmıştır. Poliçelerin kişilerin gelir durumuna göre çeşitlendirilmesi durumunda uygulamanın gelir gurubu düşük kişiler tarafından da tercih edilebileceği görülmektedir.

Katılımcıların özel hastaneleri tercih etme sebepleri arasında %55,6 oranında SGK ile anlaşmasının olması, %54,9 oranında doktorların yeterince vakit ayırması, %51,5 oranında muayene olmak için beklenen sürenin kısa olması, %42,9 oranında ilgili ve nazik davranma olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Katılımcılar özel hastanelerin SGK ile anlaşmasının olmasını tercih sebebi olarak belirtmiş ve %81,5 oranında TSS'nin Genel Sağlık Sigortalı kişileri kapsamasını iyi olarak değerlendirmişlerdir.

Türkiye'de yıllara göre kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması incelendiğinde harcama 1999 yılında, 54 ABD \$ iken 2012 yılında 87 ABD \$'na yükselmiştir (50).

Bu bakımdan cepten ödemelerin bireyin geliri ile ilişkilendirilmediği durumlarda, hem hakkaniyet hem de risk koruma açısından olumsuz sonuçlara neden olacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte özellikle düşük gelir ile düşük sağlık statüsü arasındaki ilişki göz önüne alındığında, ödeme yükünün hem gelir hem de sağlık statüsü açısından en kötü konumda olanlara yüklenmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle bir sağlık sisteminde cepten yapılan ödemeler ancak zorunlu durumlarda başvuru, başvurulduğu zaman ise mümkünse bireyin gelir durumu ile ilişkilendirilen bir finansman yöntemi olmalıdır. Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası da cepten yapılan harcamalarda olduğu gibi, bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmayıp vergilere ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte olmak durumundadır.

Bu kapsamda; GSS'nin temel teminat paketi ne olursa olsun, kamu finansmanına dayalı sistemlerde, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşması doğaldır. Bu bakımdan hizmet alan kişi tarafından bu fark karşılanmak durumundadır. Kişi bu farkı risk gerçekleştiğinde cepten ödeme şeklinde karşılayabileceği gibi, bu riskin Genel Sağlık Sigortası'nın diğer üyeleriyle de paylaşabilir (69).

GSS'nin teminat kapsamı dışında yer alan sağlık giderlerini tamamlayan ve bir özel sağlık sigortası ürünü olan 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 (97). Böylece, hizmet alan kişi, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu miktarı, gerekse de yatarak tedavide mecbur tutulduğu şartların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı, sigortası aracılığıyla ve riskini diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına kavuşmuş olacaktır (95).

Yapılan çalışmada, katılımcıların yaşları ile uygulamayı tercih etme durumları arasındaki ilişki incelenmiş, katılımcıların yaş dağılımlarına göre uygulamayı tercih etme durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında 18-25 yaş arasındaki kişilerin %37,1'inin uygulamayı tercih etmeyeceği, %29,9'unun uygulamayı tercih edebileceğini, 26-32 yaş arasındaki kişilerin %36,8'inin uygulamayı tercih etmeyeceği, %35'inin tercih edebileceği, 33-39 yaş arasındaki kişilerin %44,4'ünün uygulamayı tercih etmeyeceği, %39,5'inin tercih edebileceği görülmüştür. Yine 40 ve üzeri yaşlarda uygulamanın tercih edilmeme oranının arttığı görülmektedir. Katılımcıların yaş dağılımları ile uygulamayı tercih etme durumları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p<0,05$). Kişilerin ilerleyen yaşlarda sağlık riskleri artmaktadır. Uygulamanın önceden var olan kronik hastalıkları teminat kapsamı dışında tutması ve 0-60 yaş arası kişileri kapsamaması uygulamanın tercih edilme oranını azalttığı görülmektedir.

Yapılan çalışmada; TSS uygulamaları katılımcılar tarafından kötü, iyi, fikrim yok olarak değerlendirildiğinde diş ve diyetisyen giderlerinin teminat dışında olması (%68,7), ilaç ve aşı giderlerini kapsamaması (%66,7), SUT kapsamında olmayan sağlık giderlerini kapsamaması (%62), poliçe öncesinde var olan kronik hastalıkların teminat dışı olması (%57,6), ayaktan tedavi teminatında muayene sayı sınırının olması (%54,8), acil durumlarda dahil olmak üzere anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamı dışında olması ve kişiye özel olması (%54,6) gibi uygulamalar “kötü” olarak değerlendirilirken, ayaktan, yatarak, tedavi teminatı ve doğum teminatı olması (%87,6), SGK'lı kişileri kapsamaması (%81,5), doğum teminatı kapsamı (%78,9), yatarak tedavi teminatı kapsamı (%72) “iyi” olarak değerlendirilmiştir.

Elde edilen bu bulgular sonucunda; diş ve diyetisyen, ilaç, aşı gibi tedavi giderlerinin uygulamanın teminat kapsamı içine dahil edildiğinde, muayene sayısındaki sınırlama kaldırıldığında, kronik hastalıklar teminat kapsamına alındığında ve anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin teminat kapsamına alınması durumunda uygulamanın tercih edilme oranında artış olabileceği düşünülmektedir.

Yine yapılan çalışmada; özel hastanelerden hizmet alma durumu ile uygulamayı tercih etme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde ikisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Özel hastaneden hizmet alanların %35,9'u uygulamayı tercih edebileceğini belirtirken, %41,9'u tercih etmeyeceğini, özel hastaneden hizmet almayan katılımcıların ise %25'i uygulamayı tercih edebileceğini belirtirken, %52,3'ü tercih etmeyeceğini belirtmiştir. Elde edilen bulgular sonucunda özel hastaneden hizmet alan katılımcıların uygulamayı daha fazla oranda tercih edebileceği görülmektedir.

Özellikle A grubu statüsündeki özel hastanelerin kullandıkları ileri teknoloji ve sundukları kaliteli sağlık ve otelcilik hizmetleri sebebiyle hizmet bedelleri temel teminat paketinin çok çok üzerinde olması kişilerin cepten ödeme düzeylerinde ciddi ölçüde artışa sebep olmaktadır. Bu bakımdan, özel sağlık sigortası poliçelerinin neredeyse üçte birine denk gelen TSS poliçelerinin kişilerin özel sağlık giderleri için daha az harcama yapmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Türkiye'de; GSS'nin uygulama konulmasıyla birlikte 2000'li yılların başında 2,5 civarında olan kişi başı yıllık hastaneye başvuru sayısı, 2011 yılı itibariyle 8,5 civarına yükselmiştir. Sağlık hizmetlerine kolay ulaşım, vatandaş memnuniyetini artırmış, kişiler koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine yönelmiştir. Bunun sonucu olarak ilaç/tedavi ve tetkik kullanımı artmıştır.

Bunlara paralel olarak, SGK'nın da sağlık gideri artmıştır. 2011 yılında cari açığını kapatabilmek için, hazineden kuruma yaklaşık 53 milyar TL transfer yapılmıştır (1). Elbette Sosyal Güvenlik Kurumu ticari bir kurum değildir, sosyal devlet olmanın gereği olarak hazineden transfer de yaparak sosyal görevini ifa etmelidir. Ancak sağlık hizmetlerinin bir maliyeti olduğu ve bu nedenle hizmeti kullanacak olanların bu maliyeti paylaşması gerektiği gerekçe gösterilerek herkese sağlık primi, katılım ve katkı payı ödeme zorunluluğu getirilmiştir.

Hastaların cepten ödediği zorunlu katılım payları, sağlık hizmeti kullanımı önünde bir nevi koruyucu bariyer, gereksiz ve fazladan sağlık hizmeti kullanımını engelleme ve böylece sağlık harcamalarının kontrol altında tutulmasına katkı sağladığı düşünülse de, katılım payı uygulamasının düşük gelirli ve yoksulların sağlık hizmetlerinden yararlanması noktasında eşitsizliklere neden olduğu düşünülmektedir.

SB tarafından yürütülen politikalar sonucunda Türkiye sağlık sektörü, son on yılda yaklaşık dört kat büyümüş ve önemli bir “piyasa” yaratılmıştır. Bu büyüme ile birlikte, özel sağlık sektörü hızla gelişmiştir. SB verilerine göre, 2002 yılında özel hastanelere toplam başvuru sayısı 5,6 milyon iken bu sayı 2013 yılında 71,3 milyona ulaşmıştır (50). Son 10 yıllık dönemde özel hastanelere olan ilginin arttığı ve buna yönelik arz ve talep unsurlarının oluştuğu görülmektedir.

GSS'nin hangi sağlık hizmetlerini vereceği her yıl SGK tarafından belirlenmektedir. GSS yalnızca “temel teminat paketi” kapsamındaki sağlık giderlerini karşılamakta ve pakete dâhil olmayan sağlık giderleri ise “özel sağlık sigortası” ya da “kişisel ek ödeme” ile karşılanmaktadır. Bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda özel sektörün sağlık hizmet sunumu noktasında her geçen gün artış göstereceği aşikardır.

Özel sağlık sigortasının bir türü olan TSS genel sağlık sigortasının temel teminat paketi içerisinde yer almayan, temel teminat paketinde yer alıp kısmen karşılanan, yani cepten ödeme yapılan ya da bireylerin daha yüksek standartlarda sağlık hizmeti talep ettiği durumlarda devreye girerek kapsam dışı sağlık giderlerinin karşılanmasına olanak sağlamaktadır.

Bu sayede SGK'nın finansman açığına azaltıcı bir etkisi olacağı SGK tarafından dile getirilmektedir. Kurumun TSS'ye bakış açısı, kamu sağlık harcamalarını desteklemesi ve sürdürülebilirlik konusunda kamuya yardımcı olması gerektiği yönündedir.

Uygulamalar konusunda gerekli bilgilendirmelerin ve düzenlemeler yapılması durumunda; Genel Sağlık Sigortasına sahip kişilerin istediği hekime muayene olabilme, randevu saatinde işlemlerini yaptırabilmesi, tetkik ve/veya tedavi için hastanede geçireceği zaman süresinde konforlu ve güvenli bir alanda hizmet görmesi, sigorta şirketi ile anlaşmasının bulunması durumunda, poliçesi kapsamında ödemesi gereken tutar (katılım payı) dışında bir ücret ödemediği takdirde kurumdan ayrılabilme imkanlarına sahip olacağı ve sağlık sektöründe risk paylaşımının artması ile Sosyal Güvenlik Kurumunun dolayısı ile devletin yükünün azalacağı düşünülmektedir.

Hiçbir sosyal sigorta sisteminin, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında olmadığı, yaşanmış ve bilimsel bir doğrudur. Ülkelerin sağlık finansman sistemleri incelendiğinde özel sektörün belli bir süre sonra müdahalesinin kaçınılmaz olduğu görülmektedir.

Kamu sigortası tarafından karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntem ortaya çıkmaktadır. Bunlardan birincisi, riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılması yani finansal riski vatandaşların taşıması; ikincisi de ödenebilir küçük primler karşılığında finansal riskin özel sigorta havuzlarında paylaşılması yoluyla sağlık hizmetine kesintisiz erişimin sürdürülmesidir.

TSS'nin sosyal devlet anlayışını zedeleyebileceği kişilere fazladan mali yük getireceği, temel teminat paketinin kapsamı düşük tutularak özel sigorta şirketlerine mali yük getirebileceği endişeleri kamuoyunda tartışılrsa da SGK tarafından yapılan SUT'a ilişkin düzenleme ve değişikliklerde teminat kapsamının daraltılmasına yönelik bir durum söz konusu olmadığı, son 10 yılda Türkiye'deki sağlık sistemindeki gelişim incelendiğinde, Genel Sağlık Sigortası'nın kapsamının genişletildiği ve sağlık hizmetlerine erişimin arttırıldığı görülmektedir. Dünya uygulamalarıyla karşılaştırıldığında, uygun yasal düzenlemelerin yapılması halinde TSS'nin toplumun

istenen düzeyde sağlık hizmeti alabilmesine katkı sağlaması, sağlık harcamalarının finansal sürdürülebilirliği konusunda kamuya yardımcı olması beklenmektedir.

Bu bakımdan da GSS sisteminin uygulanmaya başlanmasından bu yana sistemin geliştirilmesine yönelik birçok politikanın hayata geçirildiği görülmektedir. TSS'nin etkin bir şekilde sisteme entegre edilmesi, ancak yatırım için uygun bir ortamın oluşturulması ve sektörün uygun teşvik paketleri ile desteklenmesi sayesinde mümkün olabilecektir. Aksi takdirde, fiyat odaklı sağlık politikaları toplum sağlığı ve sağlık sektöründe arz güvenliğinin sağlanması için büyük risk unsuru oluşturacaktır.

Sosyal Güvenlik Kurumunun 2015-2019 yılları stratejik hedefleri arasında;

- Sağlık sigortacılığının gelişimi ve desteklenmesine yönelik çalışmaların yürütülmesi, sistemin kalitesinin artırılması ve sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik alternatif modellerin oluşturulması, mevcut modellerin geliştirilmesi yönündeki çalışmalara ağırlık verilmesi,
- Paydaşlarla birlikte geliştirilecek politika ve projeler sayesinde hizmet memnuniyetinin artırılması ve
- Artan sağlık harcamalarının finansmanının sorunsuz şekilde sağlanması hedefleri yer almaktadır (105).

Bu çerçevede kurum tarafından, Türkiye'de uygulanabilir Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığı modellerinin geliştirilmesi, uygun geri ödeme modellerinin araştırılması, fiyatlandırma politikalarında etkin yöntemlerin kullanılması hedeflenmektedir (105).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile Genel Sağlık Sigortası'na sahip kişilere 28.06.2012 tarih 2012/25 sayılı genelge doğrultusunda özel sigorta şirketleri ile uygulamaya konulan "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası"na ilişkin bilgi düzeylerini ölçmeye ve mevcut uygulamayı değerlendirmeye yönelik 32 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

753 kişiye uygulanan anket bulgularına göre; katılımcıların %25,6'sının Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'ndan haberdar olduğu, %74,4'ünün ise haberdar olmadığı tespit edilmiştir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'dan haberdar olanların (%25,6) içinde %54'ünün uygulama hakkında az ya da çok az bilgisinin olduğu, %46'sının ise uygulama hakkında herhangi bir bilgisinin olmadığı tespit edilmiştir. Yine katılımcıların uygulamayı tercih edip etmeme yönündeki görüşleri değerlendirildiğinde ise; %32,8'i uygulamayı tercih edebileceğini, %44,9'u tercih etmeyeceğini belirtirken %22,3'ü ise herhangi bir görüş belirtmemiştir.

Uygulamadan haberdar olan kişilerin %24,9'unun arkadaş, %23,3'ünün televizyon, %16,6'sının sosyal medya, %15,5'inin ise sigorta şirketleri aracılığıyla haberdar oldukları tespit edilmiştir.

TSS uygulamalarına yönelik katılımcılar tarafından "kötü" olarak görüş belirtilen seçenekler arasında, diş ve diyetisyen giderlerinin teminat dışında olması (%68,7), ilaç ve aşı giderlerini kapsamaması (%66,7), SUT kapsamında olmayan sağlık giderlerini kapsamaması (%62), Poliçe öncesinde var olan kronik hastalıkların teminat dışı olması (%57,6), ayaktan tedavi teminatında muayene sayı sınırının olması (%54,8), kişiye özel olması ve diğer aile fertlerini kapsamaması (%54,6) gibi uygulamaların yer aldığı görülmektedir.

Yapılan karşılaştırmalı analizlerde ise; eğitim durumu ile Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nı duyma durumu arasında ve eğitim durumu ile TSS hakkında bilgi sahibi olma durumu arasında anlamlı bir ilişki ($p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir. Eğitim durumu arttıkça uygulamadan haberdar olma oranının arttığı görülmüştür. Çocuk sayısı ile uygulamayı tercih etme arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çocuk sayısı arttıkça uygulamayı tercih etmeme yönündeki görüşlerde artış olduğu görülmektedir. Özel hastanelerden hizmet alma durumu ile uygulamayı tercih etme durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Özel hastanelerden hizmet alan katılımcıların TSS'yi almayanlara göre daha fazla tercih edebileceği saptanmıştır. Yine gelir durumuna göre ilaç ve aşı giderlerinin, kronik hastalıkların ve anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin TSS kapsamı dışında olmasını değerlendirme yönündeki görüşler arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).

Bu veriler doğrultusunda; SUT kapsamında olmayan sağlık giderlerinin teminat kapsamı dışında olması, uygulamanın sadece SGK ile anlaşmalı özel hastanelerde olması ve acil durumlarda dâhil olmak üzere anlaşmasız kurumlarda yapılacak tedavi giderlerinin de teminat kapsamı dışında olması, poliçe öncesi var olan kronik hastalıkların teminat kapsamı dışında olması gibi uygulamaların kişiler tarafından tercih edilme oranını azalttığı görülmektedir. SUT kapsamında olmayan diş, estetik vb. sağlık giderlerinin kişilerin ödeyebileceği düzeyde bir katılım payı belirlenerek poliçe kapsamına dâhil edilmesi ve poliçe öncesi var olan kronik hastalıkların teminat kapsamına alınması durumunda uygulamayı tercih etmede artış olabileceği düşünülmektedir.

Poliçelerin düzenlenmesinde, belli oranlarda aile indirimi yapılarak, aile fertlerini kapsayacak seçenekler düşünülebilir. TSS ürünlerinin emeklilik döneminde ve yüksek yaşlarda da kullanılabilmesine olanak sağlayacak prim uygulaması önemli bir yaygınlık kazandıracaktır. Prim ve poliçe çeşitliliğine bağlı olarak anlaşmalı kurumlar ağı genişletilmelidir.

Kuşkusuz, dünyadaki nüfusun giderek artması, tıp teknolojisinin her geçen gün gelişim göstermesine bağlı olarak sağlık maliyetlerinin giderek artması karşısında kamunun tek başına sağlık sistemini finanse etmesini beklemek gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Bu nedenle, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın sağlık sunumu ve finansmanına entegre edilmesi, kamu sağlık harcamalarının yönetilmesi ve kaliteli sağlığa erişimin sürdürülebilir olmasına ilişkin atılması gereken adımların şeffaflık, diyalog ve öngörülebilirlik gibi temel iyileştirme unsurları etrafında toplanması gerekmektedir.

Sonuç olarak; Türkiye'de yaygın olarak uygulanabilir ve sürdürülebilir bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortası modelinin geliştirilmesi için 5510 sayılı kanunun 98. maddesinin üçüncü fıkrasındaki hüküm gereğince "Tamamlayıcı veya Destekleyici" özel sağlık sigortasına ilişkin düzenleme yapma yetkisi bulunan Hazine Müsteşarlığının SGK, özel sigorta ve sağlık sektörü temsilcileriyle birlikte istişare ederek daha fazla bilgilendirici faaliyetlere ve tüm tarafların özverisiyle oluşturulacak bir modele gereksinim vardır.

KAYNAKÇA

- 1-Topcuk. Y. “Genel Sağlık Sigortası'ndan Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Yöneliş”
http://www.turkhukuksit.com/makale_1571.htm. Erişim : 03.09.2013
- 2-Tuncay E. “Sağlıklı Olma Hakkı”, *Medikent Dergisi*,2012, 6(12);48
- 3- Ateş M. *Sağlık Hizmetleri Yönetimi*, Beta Basım, İstanbul, 2011.
- 4-Field MG. *Success and Crisis in National Health Systems*, Routledge, London,1989:
109-111
- 5-Karagan E. *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri İle Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması* (Tez). Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi; 2008.
- 6-Avşar N. *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sistemi* (Tez). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 7-Kılıç B, Aksakaloğlu G. “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılmasına İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1995, 9(64-65); 14-15
- 8-Roemer MI. *National Health Systems of The World*, Volume 1, 2, Oxford University Press, New York, 1991, 1993.
- 9-Sargutan AE. “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı” *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, 2005,8(3); 413-417
- 10-Sargutan AE. *Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*, Başaran Teknik, Ankara, 2004.
- 11-Alper Y. “ABD Sosyal Güvenlik Sistemi Bir Model Olabilir Mi?” *Çimento İşveren Dergisi*, 2008, 2(22):12

- 12-Yücel AN. “Sağlık Sigorta Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, *Reasürör Dergisi*, Türkiye Reasürans ve Sigorta Şirketleri Birliği Yayınları, 1995, 17(59):14
- 13-Tapan B. *Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği İçin Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Gerekliliği* (Tez). İstanbul Kadir Has Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2008
- 14-Andrews BH, Doms M. Thompson J.H. “Income, Poverty, and Health Insurance Covarage in the United States: 2013”. *U.S.Census Buraeu*. Issued Sep 2014 <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/demo/p60-249.pdf> Erişim: 06.11.2014
- 15-OECD. OECD Health Statistics 2014.<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecd-health-statistics-2014-frequently-requested-data.htm>. Erişim tarihi: 09.10.2014
- 16-Amerika Sağlık Sistemi <http://www.dilokulubul.com/ulkeler/amerika/saglik.asp> Erişim : 06 Mayıs 2014
- 17-Department of Healt & Human Services U.S.A. “What’s Medicare?” <http://www.medicare.gov/Publications/Pubs/pdf/11306.pdf> Erişim Tarihi 07.07.2014
- 18-Yılmaz M, Şara E. “Yaşlılık Ve Evde Bakım Hizmetlerinde Finansman”, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2014,1(2):117-127.
- 19-Wikipedia.[http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States)) Erişim:15 Ekim 2014
- 20-Dunlop DW, Martins JM.“The Health System of the United States: Lessons for ther countries”, *The World Bank Washington D.C*, 1995, http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/1995/11/01/000009265_3961214152642/Rendered/INDEX/multi0page.txt

- 21-Oral Aİ. “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”,*Sosyal Bilimler Dergisi*, 2003 :61-75.
<https://earsiv.anadolu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11421/510/194857.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim: 17.07.2014
- 22-Obamacare, Health Insurance Industry Need Obama Care’s Reforms?
<http://obamacarefacts.com/health-care-reform-timeline/> Erişim:05.06.2014
- 23-Çiftçi H.İ. “Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemi ve Finansmanı” *TÜSİAD*, 2012.
http://www.tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38:çetlu-elkelerde-salik-sistemi-ve-fnansmani&catid=22:salkta-finansman&Itemid=59 erişim: 12.05.2014
- 24-Aksakaloğlu G, Giray H. “Birleşik Krallıkta Ulusal Sağlık Hizmetinin Öyküsü”,
Toplum ve Hekim Dergisi, 2006, 21(5-6):35-43
- 25-Yıldırım H, Yıldırım T, *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, Sağlık Sen Yayınları. 1.Baskı, Ankara, 2011: 450-454
- 26-AK Çelebi, S. Cura “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz ” *Maliye Dergisi*, 2013, 164: 52-53
- 27- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu “Aile Hekimliği”
<http://ailehekimligi.gov.tr/makaleler/346-2010-06-11-12-15-49.html> Erişim: 14.08.2014
- 28-WHO, SB.Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi, 2011:158-159
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/absaglikreformu.pdf>
- 29-European Observatory on Health Systems and Policies “Germany” 2012,
[http://www.hspm.org/countries/germany28082014/livinghit.aspx?Section=2.1%20Over view%20of%20the%20health%20system&Type=Section](http://www.hspm.org/countries/germany28082014/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section) Erişim: 11.12.2014

- 30- Milliyet Blog.<http://blog.milliyet.com.tr/nasil-bir-saglik-sistemi---3--almanya/Blog/?BlogNo=69577> erişim: 14.105.2014
- 31-Belek İ. *Küba 'da Sağlık Sosyalizmin Başarısı*, Dünya Yayıncılık, İstanbul, 2002, 68-70.
- 32-Sargutan E. “Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri” <http://www.sargutan.com/> Erişim: 03.05.2014
- 33-WHO. World Health Organization 2013
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82058/1/WHO_HIS_HSI_13.1_eng.pdf?ua=1
erişim: 04.07.2014
- 34- Blogcu.Küba'nın Sağlık Sistemi <http://laedrii.blogcu.com/kuba-nin-saglik-sistemi/12904882> Erişim: 14.05.2014
- 35-AK Çelebi, S. Cura “Etkinlik Göstergeleri Açısından Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz ” *Maliye Dergisi*, 2013, 164: 58-59
- 36-Istambuluoğlu H, Güleç M, Oğur R. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri” *Dirim Tıp Gazetesi*, 2010, 85(2); 86-99.
- 37- Gottret P. ve Schieber G. *Health Financing Revisited A Practitioner's Guide*, The World Bank, Washington, 2006
<http://siteresources.worldbank.org/INTHSD/Resources/topics/Health-Financing/HFRFull.pdf> Erişim: 11.06.2014
- 38-WHO, The World Health Report, Health Systems: Improving Performance, Geneva, 2000. http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 Erişim:18.06.2014

- 39-Evans RG, Mossialos E. ,Dixon A. “Financing Health Care: Taxation and the Alternatives” *Funding Health Care Options For Europe*, 2002,pp:31-58.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf Erişim:
16.10.2014
- 40-Uğurluoğlu E, Özgen H, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı Ve Hakkaniyet” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2008,11(2); 135-136
- 41-Tatar M. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2011, 1: 103-130. <http://asosindex.com>
Erişim:05.02.2014
- 42-TTB Merkez Konseyi. “Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipler Birliği Görüşleri”
2005, 1(2):11. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf> Erişim: 19.05.2014
- 43-SB,“Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017”, 2012, 20-28. Erişim: 18.10.2013
- 44-Er Ü. *Sağlıkta Dönüşüm Aracı Genel Sağlık Sigortası* (Tez). Ankara Üniversitesi,
Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; 2011.
- 45-Avşar N. *Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Ve Sağlık Sistemi* (Tez). Beykent
Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans
Tezi: 2010
- 46- Demircioğulları A., Gül S.,Küreselleşme, Ulus Ötesi Aktörler ve Türkiye’de Sağlık
Hizmetlerinin Piyasallaştırılması, *İİBF Dergisi* , t.y, s:201,
[http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/15\(2\).PDF](http://iibfdergisi.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/15(2).PDF). Erişim Tarihi. 24 Eylül 2014
- 47-Yıldırım H.H, Yıldırım T. Erdem R. “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı
Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi”*Amme İdaresi
Dergisi*, 2011 44(2): 71-98

- 48- Resmi Gazete. “Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname”
<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/201111102M1-3.htm> Erişim: 02.01.2014
- 49-T.K.H.K. “Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Stratejik Plan 2014-2018”,
2014.<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/99c1f751860448a6b4c415f6e7ac679b.pdf>.
Erişim: 12.05.2014
- 50-Köse MF. “Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013”, Sağlık Araştırma
Müdürlüğü E- Kütüphane, <http://ekutuphane.tusak.gov.tr/>,Erişim: 13.07.2014
- 51- TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu,
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> Erişim: 07.09.2014
- 52- Özkan HS. *Sosyal Güvenlik ve Bireysel Emeklilik Sisteminin Türkiye’de Uygulaması*
(Tez). Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Yüksek
Lisans Tezi: 2009
- 53- Ayhan A. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Güvenlik İlkeleri” *Sosyal Güvenlik
Dergisi*, 2012,1:43.
- 54- Sakar M. *Sosyal Sigortalar Uygulaması*, 6. Baskı, Beta Basım, İstanbul, 2002, S.6.
- 55-Güvercin CH. “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin
Tarihçesi”, *A.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2004, 57(2); 91-92.
- 56- Koray M. *Sosyal Politika*, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2000: 269-270.
- 57-Sözer AN. “*Son Yasal Değişiklikler ve Emeklilik Sorunu*”, *Türk Sosyal Güvenlik
Hukukunda Sorunlar ve Çözüm Önerileri*”, İstanbul Barosu Yayınları, İstanbul, 2001:
40-48.

- 58-Seçer Ş. “Planlı Dönemde Sosyal Güvenlik Alanındaki Gelişmeler”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1999, 1(3):48-68
- 59-Levent R. “Tüm Yönleriyle Genel Sağlık Sigortası” *Vergi Dünyası Dergisi*, 2014:389
- 60-5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. 16.6.2006 Sayı: 26200, 45(5), <http://www.resmigazete.gov.tr>. Erişim Tarihi: 01.01.2013
- 61-Yiğit F. *Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış* (Tez). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi; 2007.
- 62-Alan M. *Özel Sağlık Sigortasının Mevcut ve Potansiyel Müşteriler Tarafından Algılanışı* (Tez). Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- 63-Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları Yönetmeliği 18.04.2014 sayı:28976 <http://www.resmigazete.gov.tr> Erişim tarihi: 07.05.2014
- 64-Ekin A. “Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Şartları ve Esasları” *TBB Dergisi* 2012, (100); 157-162
- 65- Benokan Ö.Yeni Sosyal Güvenlik Sistemi, *Toprak İşveren Dergisi*, 2008,78
- 66-Tuncay AC, Ekmekçi Ö. *Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları*, 2.Baskı, İstanbul 2009.
- 67-Sosyal Güvenlik Kurumu Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü İşverenler Prim Daire Başkanlığı. “Sosyal Güvenlik Sisteminde Primler Rehberi 2013”,2013, 70(3): 26-32. <http://www.sgk.gov.tr>, Erişim tarihi 19.06.2014

68- Sosyal Güvenlik Kurumu.

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler, Erişim

Tarihi: 25.12.2014

69-İnce G. *Ankara'da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi* (Tez). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Tezi; 2014

70-Türk Tabipler Birliği. Genel Sağlık Sigortası Türk Tabipler Birliği Görüşleri Nisan 2005, 2:10. <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/gss2.pdf> Erişim Tarihi: 13.05.2014

71-Normand C. "Using Social Health Insurance to Meet Policy Goals", *Social Science and Medicine*, 1999, 48: 865-869.

72-TİSK.Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu 2013 Raporu, 2013, 304-311 http://tisk.org.tr/tr/eyayinlar/333_tisk_calisma_raporu_2013/pdf_333_tisk_calisma_raporu_2013.pdf

73-Kağan T. "Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", *Çalışama ve Toplum Dergisi*, 2006, 8:147-162

74-Yıldırım HH. *Sağlık Sigortacılığı* 1.Baskı, Anadolu Üniversitesi Web-Ofset, Eskişehir,2014: 1-224

75-Tatar F."Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları" *Toplum ve Hekim Dergisi*, 1996,11(2): 72-47

76-Colombo F, Tapay N.Private Health Insurance in OECD Countries:The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems ,2004, *DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)64* <http://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf> Erişim: 27Haziran 2014

77-Uluslararası Yatırımcılar Derneği, YASED. “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”
Deloitte 2012, s.82

78-Erol H, Özdemir A. “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi” *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 2014, (4)1; 9-34.

79-Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, TSRŞB.
<http://www.tsb.org.tr/> Erişim Tarihi: 05.01.2014

80-TRŞB. Türkiye Reasürans Şirketler Birliği Faaliyet Raporu 2012,2012, 30-31
<http://www.tsb.org.tr/Document/Yayinlar/2012%20Y%C4%B1%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu.pdf> Erişim: 06 Haziran 2014

81-Mossialos E, Thomson S. *Voluntary Health Insurance In The European Union* , 2004, 52-66, Erişim: 08 Temmuz 2014

82-Dhalla I, “Private Health Insurance: An International Overview and Considerations for Canada” *Longwoods Review*, 2007, 5(3), Erişim: 08 Temmuz 2014

83-Thompson S, Massialos E: *What Are The Equity, Efficiency, Cost Containment And Choice Implications Of Private Health-Care Funding In Western Europe?*. WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN); 2004.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74694/E83334.pdf Erişim: 08 Temmuz 2014

84- OECD. “Coverage For Health Care, In Health At A Glance: Europe 2014”, 2014:118 Erişim: 08 Temmuz 2014.

http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf

85- RG.Özel Sağlık Sigortacılığı Yönetmeliği,2013,

<http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm>, Erişim: 04 Nisan 2014

- 86- TSB.Türkiye Sigorta Birliği Sağlık Sigortası,<http://www.tsb.org.tr/saglik-sigortasi.aspx?pageID=625> Erişim: 08 Temmuz 2014
- 87-Giray B.*Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli* (Tez).Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010
- 88-Arık Ö.*Avrupa Birliğine Giriş Sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Durumu ve Avrupa Birliği’ndeki Özel Sağlık Sigortası Uygulamaları İle Bir Karşılaştırma* (Tez). Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2010.
- 89-SGK. “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları” 28.06.2012, <http://www.sgk.gov.tr>. Erişim:17.09.2013
- 90-Mapfre Genel Sigorta. Fark Yok Sağlık Sigortası, <http://www.farkyoksigortasi.com>. Erişim Tarihi:12.08.2014
- 91-Dikmen C, Mutlu S, Savaş Ç.“Yeni Bir Uygulama : Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, İstanbul Bilim Üniversitesi <http://www.hsyk-antalya.org/tr/kongre-program>, Erişim: 0503.2014
- 92- Tezel A. “Fark Yok (Tamamlayıcı) Sağlık Sigortası Nihayet Başladı”,<http://www.alitezel.com>, Erişim: 06.06.2014
- 93- BTN Sigorta, Fark Yok Sigortası, Medikal Park Sigortası, <http://www.btnsigorta.com.tr> , Erişim: 06.06.2013
- 94- Andrew Austin D, Hungerford T. L. “The Market Structure of the Health Insurance Industry” *Congressional Research Service*, November 17, 2009

95-Çelik H, Eren B, İzbudak D, Köylüoğlu C, Özsarı H, Şimşek N. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu Üyeleri”, *Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği*, İstanbul, 2003.

96- WHO. World Health Statistics 2013: 131-143,

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf.

Erişim: 21.09.2014

97-Doğukan MN. “Özel Sigorta ve Sigorta Çeşitleri”,*Sasder kongre sunumları*,2014,

[http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik-](http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_MNurda-Dogukan.pdf)

[Sigortasi_MNurda-Dogukan.pdf](http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_MNurda-Dogukan.pdf) Erişim: 12.01.2014

98-Özer Ö,Gözlü M, Karsavuran S, Gözlü K, “Türkiye Sağlık Finansmanında Yeni Bir Alternatif: Tamamlayıcı Sağlık Sigortası”, *Akademik Bakış Dergisi*,2014;42

[http://www.akademikbakis.org/dergi//turkiye-saglik-finansmaninda-yeni-bir-alternatif-](http://www.akademikbakis.org/dergi//turkiye-saglik-finansmaninda-yeni-bir-alternatif-tamamlayici-saglik-sigortasi201405.pdf)

[tamamlayici-saglik-sigortasi201405.pdf](http://www.akademikbakis.org/dergi//turkiye-saglik-finansmaninda-yeni-bir-alternatif-tamamlayici-saglik-sigortasi201405.pdf) Erişim: 06.09.2014

99- Grignon M, Kambia-Chopin B.“Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France” *İRDES*, 2009

[http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT24IncomeDemandC](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT24IncomeDemandComplementHealthInsuranceFrance.pdf)
[omplementHealthInsuranceFrance.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT24IncomeDemandComplementHealthInsuranceFrance.pdf), Erişim:14.07.2014

100-Çetin R. “İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları” *Emek Dünyası*, 2007, 3-11.

101- Gök.H. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” *OHSAD 2. Gün sunumları*, 2013

102- Acar F. “Neden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” *SAYED, Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Dergisi*,2013, 6(59).

103-Türkiye Sigorta Reasürans ve Emeklilik Şirketleri Birliği, TSRŞB.

<http://www.tsb.org.tr/> Erişim : 05.01.2014

104- Dizdar T. “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası 2014”.OHSAD,
[http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik
Sigortasi_TDizdar.pdf](http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-SaglikSigortasi_TDizdar.pdf) Erişim: 03.12.2014

105-SGK.“Sosyal Güvenlik Kurumu Stratejik Planı 2015-2019”,2015, s:61,
<http://www.sgk.gov.tr/2015-2019StratejikPlani.pdf> Erişim: 01.04.2015



EKLER

Ek 1.Anket Formu

Tarih: .../.../2014

ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu anket Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans programında yapılan tez çalışmasında kullanılacaktır. Anketin amacı “*Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişilerin Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Hakkındaki Bilgi ve Tercih Etme Durumlarının*” araştırılmasıdır.

Araştırma bilimsel bir nitelik taşıdığından kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Lütfen soruları okuduktan sonra kendinize en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Araştırmaya sağlayacağınız katkı için teşekkür eder, iyi çalışmalar dileriz.

Serpil UZUN

uzun.srpl@gmail.com

1. Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

2. Yaşınız?

3. Eğitim durumunuz?

İlköğretim

Lise

Üniversite

Yüksek Lisans/Doktora

4. Medeni Haliniz?

Bekar Evli

5. Çocuk sayısı?

Yok 1 2 3 4 5 ve Üzeri

6. Gelir Durumunuz?

1000 TL 'nin altı

1001-3000 TL

3001-5000 TL

5001-7000 TL

7001 TL ve Üzeri

7. Kamu (Devlet) hastanelerinin yanında özel hastanelerden de hizmet alıyorsunuzuz?

Evet Hayır *Cevabınız "Evet" ise 9. Soruyu yanıtlayınız. "Hayır" ise yanıtlamayınız.*

8. Cevabınız ‘Evet’ İse Özel Hastaneleri tercih etme sebeplerinizi işaretleyiniz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1. () Sosyal güvenlik kurumu (SGK) ile anlaşmasının olması
2. () Doktorların yeterince vakit ayırması, sorunları iyi dinlemesi
3. () Muayene olabilmek için beklenen sürenin kısa olması
4. () Doktorların uygulanan tedavi, tetkikler, ilaçlar ve hastalık hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapması
5. () Laboratuvar ve diğer tıbbi hizmetlerden kolayca yararlanma
6. () Çevrenin tavsiyesi
7. () Personelin ve doktorların ilgili ve nazik davranması
8. () Hastane Ortamının temiz, ferah, gürültüsüz olması
9. () Otelcilik hizmetlerinin iyi olması
9. () Hepsi

9. Özel hastanelerden yılda kaç kez hizmet almaktasınız?

- () 1
- () 2
- () 3
- () 4 ve üzeri

10. Herhangi bir özel sağlık sigortasına sahip misiniz?

- () Evet () Hayır

11. Özel sağlık Sigortasının yeni bir ürünü olan Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını duydunuz mu?

Evet Hayır Hatırlamıyorum

Cevabınız ‘Evet’ ise 13. Ve 14. Soruları cevaplandırınız. ‘Hayır’ ise cevaplandırmayınız.

12. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi durumunuzu değerlendiriniz.

Duydum ama bilgim yok

Çok az bilgim var

Yeterince bilgim var

Oldukça fazla bilgim var

Konuyu tamamen biliyorum

13. Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasından nasıl haberdar oldunuz?

Sigorta Şirketi Sosyal Medya TV Basın Arkadaş

Diğer.....belirtiniz.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası; Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişilerin özel sağlık sigortası şirketlerine belli bir prim ödemek suretiyle herhangi bir ücret ödmeden SGK ile anlaşmalı özel hastanelerden sağlık hizmeti almasını sağlayan özel sağlık sigortası türüdür.

14. Aşağıdaki tabloda tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamındaki uygulamalar belirtilmiştir. Lütfen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası kapsamındaki bu uygulamalardan uygun bulduğunuz veya uygun bulmadığınız uygulamaları işaretleyiniz.

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI (TSS) KAPSAMINDAKİ UYGULAMALAR	İyi	Fikrim Yok	Kötü
• Sadece Genel Sağlık Sigortasına sahip, T.C. Vatandaşı olan kişileri kapsamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poliçeler kişiye özeldir. Diğer aile fertlerini kapsamaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• 0-60 yaş arasını kapsamaktadır. Ancak 55 yaşından önce TSS'ye dâhil olan ve düzenli primini yenileyen kişiler 60 yaşından sonra da sigortalı olabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SGK'lı kişiler, 'Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'na çok uygun fiyatlarla sahip olabilmektedir. Fiyatlar poliçe tipine, bulunduğu şehre ve çalışan, emekli ya da bakmakla yükümlü olduğu kişi durumuna göre farklılık göstermektedir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• SGK 'lı hastalar SGK' nın kapsadığı tüm muayene (12 TL devlet katılım hariç) , tahlil, tetkik ve ameliyat işlemlerinde hiçbir ücret ödemediği anlaşmalı özel hastanelerden yararlanabilirler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Yatarak, Ayaktan Tedavi ve Doğum teminatı bulunmaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• İlaç ve aşı giderleri poliçe teminat kapsamı dışındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sosyal Güvenlik Kurumu'na karşılanmayan sağlık hizmetleri teminat kapsamı dışındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklarına ilişkin, tıbben gerekli olması ve doktorun bu nedeni ayrıntılı olarak raporunda belirtmesi şartıyla; dâhili ve/veya cerrahi yatışları, yoğun bakım, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz, koroner anjiyografi, sigortalının hayati bir tehlikeye neden olabilecek acil sağlık durum giderleri ve küçük müdahaleleri yatarak tedavi teminatı kapsamındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Sigorta başlangıç tarihinden sonra gerçekleşen rahatsızlıklara ilişkin doktor muayene, tahlil, radyoloji, modern teşhis yöntemleri ile fizik tedavi ve rehabilitasyon giderleri ayakta tedavi kapsamındadır. Ayakta Tedavi teminatı alınan durumlarda, tedavi giderleri poliçede belirtilen limit doğrultusunda karşılanır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ayaktan tedavi teminatı poliçe kullanımı boyunca yılda 6-8 defa ile sınırlıdır. Yılda 6-8 adet muayene teminatı kullanımı sonrası oluşabilecek diğer ayaktan tedavi işlemleri sigorta kapsamı dışındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI (TSS) KAPSAMINDAKİ UYGULAMALAR	İyi	Fikrim Yok	Kötü
• Doğum teminatı; gebelik süresince yapılacak rutin incelemeleri (kan sayımı, açlık kan şekeri, kan grubu, indirekt coombs testi, hepatit B taşıyıcılık testi, mikrobik testler, idrar tahlili, tarama testleri, ense kalınlığı ölçümü ve birinci trimester tarama ve üçlü tarama testi, amniosentez, şeker yüklemesi testi, ultrasonografi ve NST) ve doğum eylemini (normal veya sezeryan) kapsamaktadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Acil durumlar da dâhil olmak üzere anlaşmazlıklar kurumlarda yapılacak tedavilere ilişkin giderler teminat kapsamı dışındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diş tedavisi ve diş hekimleri tarafından yapılan bütün işlemler ile diyetisyen ve psikolog hizmetleri kapsam dışıdır. Kişilerin bu hizmetten yararlanabilmesi için ek ücret ödemeleri gerekir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poliçe kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından uygulanan bekleme süreleri haricinde herhangi bir bekleme süresi uygulanmaz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poliçe başlangıç tarihinden önce var olan bir şikâyet ve/veya hastalık nedeni ile bir sağlık kuruluşuna başvurarak tanı almış, tedavi görmüş ve/veya tedavi önerilmiş olan her türlü sağlık gideri ile bunlara bağlı nöks ve komplikasyonlar poliçe teminat kapsamı dışındadır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Poliçenin geçerlilik süresi poliçe başlangıç tarihinden itibaren 1 yıldır.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• İşveren için, İş kazaları ve meslek hastalıklarında da devreye girer. Ek primle ferdi kaza sigortası da eklenebilir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Yukarıdaki uygulamaları genel olarak değerlendirdiğinizde tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih etme durumunuzu belirtiniz.

- () Tercih ederim
() Tercih etmem
() Fikrim yok

Ek 2. Etik Kurul Onayı

Toplantı Sayısı:38

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu
"Kurul Kararları"

Toplantı Tarihi: 22.05.2014

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Üye)
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu	(Üye)
Doç. Dr. Belma Bekçi	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 22.05.2014 tarihinde Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

1-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi **Serpil UZUN'un "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası"** başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda:

Karar 1. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi **Serpil UZUN'un "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy

(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu
(Üye)

Doç. Dr. Belma Bekçi
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayırıcı
(Üye)



Ek 3. Bursa İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği Araştırma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 69124690/
Konu : Anket Onayı

BURSA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ

GİDEN EVRAK TARİHİ: 11.09.2014

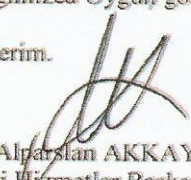
KAYIT NO: 25142

GELDİĞİ BİRİM İDARİ HİZ. (EĞİTİM)
BŞK.

GENEL SEKRETERLİK MAK

Okan Üniversitesinin 28.08.2014 tarih ve 93919723/399.583 sayılı yazısında Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Öğrencisi 1122009495 numaralı Öğrencisi Serpil UZUN "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası" konulu tezine Bursa Devlet Hastanesi, Bursa Karacabey ilçe Devlet Hastanesi ile Bursa Mustafakemal Paşa İlçe Devlet Hastanesinde anket sorularını uygulamak isteği Başkanlığımızca Uygun görülmüş olup;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarımıza arz ederim.


Dr. Alparslan AKKAYA
İdari Hizmetler Başkanı


OLUR
11.09/2014


Op. Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter

EKLER:

- 1- Kurum Yazısı(1 adet),
- 2- Etik Kurul Kararı (1 sayfa),
- 3- Katılımcı Onay Belgesi (1 sayfa),
- 4- Anket Formu (3 sayfa),
- 5- Araştırma ve Araştırmaya Ait Belge (2 sayfa).

Ek 4. Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler			
Adı Soyadı :	Serpil UZUN		
Doğum Yeri:	Görece		
Doğum Tarihi:	01.09.1980		
Uyruğu	T.C.		
E mail: uzun.srpl@gmail.com		Tel : 05056545117	
Eğitim Düzeyi			
	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Tarihi	
Üniversite	Trakya Üniversitesi Hemşirelik Bölümü	2003	
Lise	Ferit İnal Lisesi Paşabahçe/İSTANBUL	1997	
Ortaokul	Çukurçayır 60. Yıl Ortaokulu Paşabahçe/İSTANBUL	1995	
İlkokul	Soğuksu ilkokulu Paşabahçe/İSTANBUL	1991	
İş Deneyimi			
Kurumu	Görevi	Süre (Yıl-Yıl)	
Karacabey Devlet Hastanesi /BURSA	Kalite Direktörlüğü	2015-Halen	
Karacabey Devlet Hastanesi /BURSA	Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü Kalite Direktörlüğü	2012-2015	
Ermenek Devlet Hastanesi/KARAMAN	Kalite Temsilciliği Acil Servis/Ameliyathane Hemşireliği	2005-2011	
Horasan Devlet Hastanesi /ERZURUM	Acil Servis Hemşireliği Eğitim Hemşireliği	2004-2005	
Grup Florance Nightingale Hastanesi /İSTANBUL	Cerrahi Hemşireliği	2003-2004	
Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta