

T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
FİNANS ENSTİTÜSÜ
SİGORTA VE RİSK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SİGORTA VE RİSK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE'DE BİREYLERİN GELİR DURUMUNA
UYGUN SAĞLIK SİGORTASI MODELİ
ÖNERİSİ: ALMANYA SAĞLIK SİGORTASI
SİSTEMİ İLE MUKAYESELİ OLARAK

Yüksek Lisans Tezi

Selin AY
1450Y58104

İstanbul, 2017

T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
FİNANS ENSTİTÜSÜ
SİGORTA VE RİSK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SİGORTA VE RİSK YÖNETİMİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TÜRKİYE'DE BİREYLERİN GELİR DURUMUNA
UYGUN SAĞLIK SİGORTASI MODELİ
ÖNERİSİ: ALMANYA SAĞLIK SİGORTASI
SİSTEMİ İL MUKAYESELİ OLARAK

Yüksek Lisans Tezi

Selin AY
1450Y58104

Danışman: Prof. Dr. Suna ÖZYÜKSEL

Şubat 2017
İstanbul



T.C. İSTANBUL TİCARET
ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
.....FINANS..... ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ ONAY FORMU

.....Sigorta ve Risk Yönetimi.....
Anabilim DalıSigorta ve Risk Yönetimi.....
yüksek lisans programı100036639..... numaralı öğrencisiSelin Ay.....
.....'..... "...Türkiye'de... bireylerin... gelir... durumuna... uygun... Sağlık...
...Sigortası... Modeli... Önerisi... Almanya... Sağlık... Sigortası... Sistemi... ile... Muhayeseli... Olarak..."
başlıklı tez çalışması jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ DANIŞMANI :Prof. Dr. Suna Öayüksel.....

JÜRİ ÜYESİ :Doç. Dr. Özlem Deniz Bayar.....

JÜRİ ÜYESİ :Doç. Dr. Selay Giray.....

İstanbul Ticaret ÜniversitesiFinans.....Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 31.10.2017
Tarih, 48.114. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

ÖZET

İnsanlar ekonomik, kültürel ve sosyal haklardan önce yaşama ve sağlık hakkına sahiptir. Sağlık hakkı olmadan diğer haklara sahip olmak insanoğlu için önemini tamamen kaybetmektedir. Sağlık hakkı tanım olarak; bireylerin toplumdaki ve devletten, gerektiği durumlarda tedavi ve hastalığın çıkışı nedeninin ortadan kaldırılmasını talep edebilmesidir. Sağlık sigortaları da bu aşamada devreye girmektedir. Sosyal güvenlik sistemlerinin temel unsurlarından biri olan sağlık sigortasının amacı hastalık durumunda sigortalıların sağlığına geri kavuşması için gerekli olan hizmeti erişilebilir kılmaktır.

Tüm dünya ülkelerinde sağlığın finansmanında benzer sorunlar yaşanmaktadır. Bu çalışmada kişilerin gelir durumuna uygun bir sağlık modeli ve artan yaşlılık oranı sorunlarının üzerinde durulmuştur. Dünyanın ilk sosyal sağlık sigortası uygulamasına sahip olan Alman sağlık sisteminin bu sorunlara karşı aldığı önlemler araştırılmış olup Türkiye için bir model önerisinde bulunulmuştur.

ABSTRACT

People have to the right to health and life before the other economic, social and cultural rights. All of the other rights lose their importance without the right to health or life. The right to health, by definition, if it's necessary, all people may want treatment and elimination of the reasons for emergence of disease. Health insurance also is involved at this stage. The purpose of health insurance to make the health service more accessible for insurers in case of illness.

All World countries are facing similar problems in health financing. In this study aims creating health model for the people welfare state and solving the problems of increasing aging rate.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR	ix
GİRİŞ	1
I. SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİGORTALARININ KAVRAMSAL VE TEORİK ÇERÇEVESİ	2
1.1. Sosyal Güvenliğin Kavramsal ve Teorik Çerçevesi	2
1.1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı, Tarihsel Gelişimi ve İlkeleri	2
1.1.2. Sosyal Güvenlik ile İlgili Uluslararası Belgeler.....	7
1.1.3. Sosyal Güvenlik Sistemi Modelleri	9
1.1.4. Sosyal Güvenlik Araçları	11
1.1.5. Sosyal Güvenliğin Finansmanı	13
1.1.5.1. Sosyal Güvenliğin Finansmanında Kullanılan Kaynaklar	14
1.1.5.2. Sosyal Güvenliğin Finansmanında Kullanılan Yöntemler	15
1.2. Sağlık Sigortalarının Kavramsal ve Teorik Çerçevesi	16
1.2.1. Sağlık Sigortalarının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi	16
1.2.2. Sağlık Sistemlerinin İncelenmesi	18
1.2.3. Sağlık Finansmanı.....	20
1.2.3.1. Gelir Elde Etme	21
1.2.3.2. Fon Yaratma	26
1.2.3.3. Hizmetlerin Satın Alınması	27
II. ALMANYA' DAKİ SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN İNCELENMESİ	28
1.1. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin İncelenmesi	28
1.1.1. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi.....	28
1.1.2. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı	33
1.1.2.1. Almanya Sosyal Güvenlik Anlayışı, Teşkilat Yapısı ve Kanunları.....	33
1.1.2.2. Almanya'da Uygulanan Sosyal Yardımlar	37

1.1.2.3. Almanya’da Uygulanan Sosyal Sigortalar	39
1.1.3. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı	41
1.1.4. Almanya Sosyal Güvenlik Sistemi Denetim Birimi	43
1.2. Almanya Sosyal Sağlık Sigortası Sisteminin İncelenmesi	44
1.2.1. Almanya Sosyal Sağlık Sigortasının Temeli, Özellikleri ve Kapsamı	44
1.2.2. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Organizasyon Yapısı	47
1.2.2.1. Federal Düzey	50
1.2.2.2. Eyalet Düzeyi	50
1.2.2.3. Korporatist Düzey	52
1.2.2.3.1. Sağlayıcılar	52
1.2.2.3.2. Ödeyiciler	53
1.2.3. Almanya’nın Demografik Özellikleri ve Sağlık Sistemine Etkileri:	54
1.2.4. 2004 ve 2007 Yıllarında Almanya’da Uygulanan Sağlık Reformları	56
1.2.5. Referans İlaç Uygulaması:	59
1.2.6. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Hizmetler:	60
1.2.7. Almanya Yasal Sağlık Sigortasının Finansmanı:	63
1.3. Almanya Özel Sağlık Sigorta Sisteminin İncelenmesi	69
1.3.1. Almanya Tam Kapsamlı Özel Sağlık Sigortası	70
1.3.2. Almanya Tamamlayıcı ve Destekleyici Özel Sağlık Sigortası	71
1.3.3. Almanya’nın Demografik Değişiklikleri ve Özel Sağlık Sigortası	71
1.4. Almanya Özel Sağlık Sigortası ve Yasal Sağlık Sigortası Kapsamı Arasındaki Farklar	73

III. TÜRKİYEDEKİ SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN ALMANYA İLE MUKAYESELİ OLARAK İNCELENMESİ VE TÜRKİYE İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ..... 75

1.1. Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin İncelenmesi	75
1.1.1. Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi	75
1.1.2. Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı ve Kapsamı	81
1.1.3. Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı	88
1.2. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortası Sisteminin İncelenmesi	92
1.2.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortasının Tarihi ve Gelişimi	92
1.2.2. Türkiye’nin Demografik Özellikleri ve Sağlık Sistemine Etkileri:	98
1.2.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı	102
1.2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması ve Sevk Zinciri	109

1.2.4. Türkiye Sosyal Sağlık Sigortasının Finansmanı	110
1.3. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Sisteminin İncelenmesi	114
1.4. Türkiye’de Sağlık Sigortası Sisteminin Alman Sağlık Sigortası Sistemi ile Mukayeseli Olarak İncelenmesi: Türkiye için Model Önerisi	118
SONUÇ	118
KAYNAKÇA	145



TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. Sağlık Sistemi Modelleri.....	19
Tablo 2. Sağlık Finansmanının İşlevleri.....	21
Tablo 3. Yıl Bazında Temel Hukuki Düzenlemeler.....	31
Tablo 4. Sosyal Sigorta Kollarındaki Sigortalı Sayıları.....	40
Tablo 5. Sosyal Sigortalar Prim Oranları.....	41
Tablo 6. Almanya Sosyal Güvenlik Harcamaları ve Finansman Kaynakları.....	42
Tablo 7. Sosyal Güvenlik Harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla İçindeki Payı.....	43
Tablo 8. Özel ve Devlet Hastaneleri Yatak Sayıları.....	54
Tablo 9. Beklenen Yaşam Süresinin Yıllara Göre Değişimi.....	56
Tablo 10. Almanya Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.....	64
Tablo 11. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı En Yüksek 20 Ülke.....	65
Tablo 12. Sigortalı Katılım Payları.....	67
Tablo 13. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları.....	89
Tablo 14. 1950-2014 Yılları Aktif-Pasif Sigortalı Oranları.....	91
Tablo 15. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yapılan Değişiklikler.....	97
Tablo 16. Genel Demografik Göstergeler.....	100
Tablo 17. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre İlk 10 Ölüm Nedeni	101
Tablo 18. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Nüfus Oranı.....	103
Tablo 19. 2006-2014 Yılları Arasında Yükseköğrenim Mezunu Kişiler için Hane Halkı Fert Başı Net Yıllık Gelir	119
Tablo 20. İşveren Fertler için Yıllık Ortalama Esas İş Gelirleri.....	120
Tablo 21. Almanya ve Türkiye'deki Hastane Sayıları ve Doktor Muayene Kullanım Oranları.....	122

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 1. Sağlık Finansmanı Akış Üçgeni.....	21
Şekil 2. Almanya Sosyal Güvenlik Teşkilat Yapısı.....	35
Şekil 3. Yasal Sağlık Sigortası Organizasyon Yapısı.....	49
Şekil 4. Yıl Bazında Almanya Doğurganlık Oranı.....	56
Şekil 5. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Kullanımlarının Yaşa Bağlı Kullanım Artışı.....	57
Şekil 6. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Finansman Akışı.....	68
Şekil 7. Sosyal Güvenlik Kurumu Organizasyon Şeması.....	84
Şekil 8. Yıllara Göre Türkiye 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş ve Üstü Nüfus Oranları... 98	
Şekil 9. Türkiye Nüfusunun Yaşlanma Hızının Almanya ve Kore Cumhuriyeti Yaşlanma Hızları ile Karşılaştırılması.....	99
Şekil 10. Genel Sağlık Sigortası Finansman Şeması.....	110
Şekil 11. Türkiye Özel Sağlık Sigortalarının Finansmanı.....	115
Şekil 12. Yıllara Göre Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSMİH İçindeki Payı.....	116

KISALTMALAR

- AOK:** Allegemeine Ortskrankenkassen
BAĞ-KUR: Bağımsız Çalışanlar Kurumu
BKK: Betriebskrankenkassen
DPT: Devlet Planlama Teşkilatı
GSMH: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
IKK: Innungskrankenkassen
LKK: Landwirtschaftliche Krankenkassen
OECD: Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü
SGB: Sozialgesetzbuch
SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu
TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi
WHO: Dünya Sağlık Örgütü

GİRİŞ

Gelişen teknoloji, çare bulunamayan bir çok hastalık için çözüm olan ilaçlar ve bireylerin bilinçlenmesi ile artan yaşam süreleri, azalan doğum oranları ile bir araya geldiğinde sağlık sistemleri için sorun teşkil etmektedir. Bu sorun sonucunda yaşlıları finanse eden çalışan gücünde azalma yaşanmaktadır. Sağlığın finansmanı tüm dünya ülkeleri için pahalıyken, primlerin arttırıldığı katılımın zorunlu olduğu sistemler bireyler için sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini kısıtlamaktadır.

Bu çalışmanın amacı; Türkiye için, bir çok ülkenin sağlık finansmanındaki ortak sorun olan demografik değişiklikler ve halkın gelir durumuna uygun bir sağlık sistemi modeli oluşturmaktır. Amaca yönelik olarak, dünyanın en iyi sağlık sistemleri arasında gösterilen Alman sağlık sistemi incelenmiştir. Demografik değişimler için Almanya'nın uyguladığı önlemler ve özel sağlık sigortası ile sosyal sağlık sigortasından oluşan karma sistem yapısı üzerinde durularak Türkiye için uygun bir model oluşturulması amaçlanmaktadır. Çalışma için kaynaklar toplanarak araştırma yapılmıştır.

Çalışmanın birinci bölümünde sosyal sigortaların da anlaşılabilmesi açısından; sosyal güvenlik, sağlık hakkı ve sağlık sistemlerinin kavramsal çerçevesi ve tarihsel gelişimi ele alınmıştır. Ayrıca bu bölümde dünyada uygulanan tüm sağlık sistemi modelleri ve finansman yöntemleri detaylı olarak incelenmiştir.

İkinci bölümde Almanya sağlık sistemi için detaylı bir inceleme yapılarak sosyal güvenlik anlayışları, sağlık sistemleri, karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik olarak yürürlüğe aldıkları uygulamalardan bahsedilmiştir.

Üçüncü ve son bölümde Türkiye sağlık sistemi incelenmiş olup Almanya sağlık sistemi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan karşılaştırma sonucunda Türkiye için uygulanabilir bir model oluşturmak amaçlanmıştır.

I. SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİGORTALARININ KAVRAMSAL VE TEORİK ÇERÇEVESİ

1.1. Sosyal Güvenliğin Kavramsal ve Teorik Çerçevesi

1.1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı, Tarihsel Gelişimi ve İlkeleri

Sosyal politika; bir ülkede yaşayan başta bakıma muhtaç bireyler olmak üzere tüm bireyler için sosyal adaleti sağlayıcı hizmetler bütünüdür. Sosyal politika sadece sosyal güvenlik kavramını değil; istihdam, eğitim, konut gibi bileşenleri de içermektedir.¹

Bireyler zaman zaman büyük kayıplarla sonuçlanabilecek risklerle karşı karşıya kalabilmektedir. Bu durumlarda yaşanabilecek maddi ve manevi kayıpların önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Sosyal güvenlik kavramı bireyleri bu risklere karşı korumak amacıyla oluşturulan ve mali planlara sahip bir sistemi temsil etmektedir.²

Uluslararası Çalışma Örgütüne göre sosyal güvenlik; onurlu bir insan hayatı için gereken temel bir haktır. Sosyal güvenlik sistemlerinin asıl amacı da bu tanıma dayanmakta olup; özellikle yoksul, yaşlı, düşkün, kendine bakma yetisine sahip olmayan kişilerin hayat standartını yaşanabilir seviyeye getirmektir.³

¹ Hasan Işık, “Federal Almanya’da Uygulanan Sosyal Yardım Sistemi, Türkiye Karşılaştırması ve Türkiye’deki Uygulamalara Yönelik Öneriler”, (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2014, s. 3.

² İbrahim Attila Acar ve İsmail Kitapçı, “Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye’deki Emeklilik Sistemindeki Değişim”, Maliye Dergisi, S. 154 (Ocak-Haziran 2008), s. 78.

³ Doç. Dr. Tülin Canbay ve Yrd. Doç. Dr. Müslim Demir, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Açıkları ve Sosyal Güvenlik Ahlakı”, Yönetim ve Ekonomi, Y. 2013, C. 20, S. 2, s. 304.

Çağdaş devlet anlayışının önemli bir unsuru olan sosyal güvenlik; gelişmiş ülkelerde ulusal politikalar arasında yer alırken, gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde karşılıksız harcama ve baskı grubunun toplumsal istemi olarak görülmektedir.⁴

Sosyal güvenlik bir vatandaşlık hakkı olmakla beraber bireylerin ödedikleri primler karşılığında veya devletin sağladığı bir yardım olarak gerçekleşmektedir.⁵ Sosyal güvenlik aynı zamanda gelir dağılımında eşitliği sağlamaya yönelik bir sistem olarak sosyal adaletin önemli bir unsuru ve sosyal devletin en önemli bacağıdır.⁶

Sosyal güvenlik sistemi ile hem gelirin yeniden dağıtılmasıyla yüksek gelirlinin düşük gelirliye kaynak sağlaması, hem sosyal risklerin ortaya çıkaracağı zararlardan korunma hem de bu günkü birikimlerin geleceğe aktarılması hedeflenmektedir.⁷

İnsanoğlu var olduğu günden beri geleceği için bir güvenceye ihtiyaç duymuş ve bireysel ya da grup olarak bazı tedbirlere başvurmuştur. Sosyal güvenlik sistemleri risklere karşı bir tedbir olarak devreye girse de, amacı risklerin gerçekleşmesini önlemek değil riskin gerçekleşmesi durumunda ortaya çıkan sorunları düzene sokmaktır.⁸

İlk zamanlarda insanlar karşılaştıkları risklerin getirdiği sorunlar sonrasında bu riski tekrar üstlenmemek adına bazı önlemler almaya başlamıştır. Alınan önlemler sonucu kimi bireyler korunabilirken kimileri yine de hasara mağruz kalmıştır. Zamanla insanlarda oluşan kendini koruma duygusunun bir sonucu olarak ortaya çıkan bireysel yapılanma ve yardımlar ilkel sosyal güvenlik uygulamalarını başlatmıştır.⁹

⁴ İsmail Altın, “Sosyal Güvenlik Sistemi ve Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Süreç Analizi”, (Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), Bolu, 2010, s. 6.

⁵ Acar ve Kitapçı, a.g.e., s. 78.

⁶ Burçak Giray, “Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli”, (Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2010, s. 10.

⁷ Hakan Helvacı, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Finansman Krizine Etkileri”, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2014, s. 13.

⁸ Gülay İnce, “Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi”, (Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2014, s. 3.

⁹ Altın, a.g.e., s. 5.

Milattan Önce 1600 yıllarında Yusuf Peygamber “Yedi Bolluk Yılı” olarak adlandırılan dönemde ürünleri stoklayarak sonraki “Yedi Kıtık Dönemi” içerisinde halka dağıtmış böylece halkın yaşayabileceği büyük kayıpları engellemiştir. Tarihte bilinen ilk ilkel sosyal güvenlik uygulaması olarak kabul edilen bu olay sonrası Eski Roma, Yunan ve Mısır’da da yardımlaşma başlamıştır. Söz konusu bu ilkel oluşumlar orta çağa gelindiğinde kiliselerin oluşturduğu hayır kurumları ile devam etmiş, 16. Yüzyıla doğru devletlerde benzeri hayır kurumları ile destek vermeye başlamıştır.¹⁰

Batı Avrupa’da başlayan sosyal güvenlik uygulamaları Klasik Dönem ve Birinci Dünya Savaşı Sonrası dönem olmak üzere iki dönemde incelenmektedir.

Klasik Dönemde sosyal güvenliğin tarihteki ilk adımı olarak aileler görülmekle birlikte, sınırlı kaynaklara sahip olan aile ancak kişisel bir destek verebilmektedir. Fransız devrimine kadar olan dönemde, yardımlar dini bir gereklilik olarak görülmekteyken, devrimle beraber tüm insanların bu hakka sahip olduğu düşüncesi ortaya çıkmıştır.¹¹ 19. Yüzyılda Almanya’da dönemin Şansölyesi Otto Von Bismarck tarafından ilk sosyal güvenlik sistemi işçiler için oluşturulmuş olup, daha sonra diğer Avrupa ülkeleri tarafından da benimsenmiştir.¹² 1883 yılında İtalya, 1884 yılında Almanya, 1894 yılında Norveç, 1897 yılında İngiltere, 1898 yılında Fransa ve Danimarka, 1903 yılında Belçika ve Hollanda’da iş kazaları ile ilgili yasalar çıkartılmış olup, bu yasalar arasında işverene şahsi sorumluluk ilkesi getiren Almanya diğerlerinden farklı olarak ortaya çıkmıştır.¹³

İki dünya savaşı arasındaki dönemde karşılaşılan ihtiyaçlar sonucu yaşanan gelişmeler sonucunda sosyal güvenlik alanında günümüze gelinmiştir.¹⁴ I. Dünya Savaşı sonrası dönemde sanayi devrimi sırasında toplumun zengin ve fakir-işçi kısmı olarak ikiye bölünmesi ve işçilerin yaşadığı iş kazaları, yoksuluk, hastalık, uzun çalışma süreleri gibi sorunlar sonucu ilk modern sosyal güvenlik sistemleri doğmuştur. Bu sebeple Otto Von Bismarck modern sosyal güvenlik kavramının

¹⁰ Cemal Hüseyin Güvercin, “Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, C. 57, S. 2 (2004), s. 90.

¹¹ Helvacı, a.g.e., s. 34.

¹² Güversin, a.g.e., s. 90.

¹³ Helvacı, a.g.e., s. 38.

¹⁴ Güvercin, a.g.e., s. 91.

yaratıcısı olarak görülmektedir.¹⁵ Diğer ülkelerin sosyal güvenlik sistemini oluşturmaları ise genellikle II. Dünya savaşı sonrasına dayanmaktadır.¹⁶ Sosyal güvenlik sistemlerinin sanayi devrimi sonrası ortaya çıkmasının nedeni olarak, kapsama alınan risklerin ilk defa bu dönemde ortaya çıkmış olması gösterilmektedir.¹⁷

“Sosyal Güvenlik” teknik bir terim olarak 14 Ağustos 1935 tarihinde Amerika Birleşik Devletleri’nde yürürlüğe giren “Sosyal Güvenlik Kanunu” ile ilk kez kullanılmıştır.¹⁸

1938 yılında yoksullukla savaş için en önemli gelişme Yeni Zelenda’da oluşturulan sistem ile yapılmış, geliri belirli bir seviyenin altında olan herkese maaş bağlanmıştır.¹⁹

1939-1945 yılları arasında yaşanan II. Dünya savaşı sonrasında sosyal güvenlik sistemlerinin yaygınlaşması insan hakları beyannamesinde yer alan “Herkes, toplumun bir bireyi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Sosyal güvenlik, bireyin onuru, kişiliğinin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesi temeline dayanır.” maddesi ile gerçekleşmiştir.²⁰

Modern dönem olarak adlandırılan II. Dünya savaşı sonrasındaki dönemde sosyal güvenlik anlayışının risklerin sonuçlarının yanında ortaya çıkış nedenlerini de ortadan kaldırmaya odaklandığı görülmektedir.²¹ İlgili dönemde bireylerin; devletten talepleri arttığı için vergilere olan tepkileri azalmış ve sosyal sınıf farkları daha geride kalmıştır.²²

1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 22. maddesine göre “her kişinin toplumun bir üyesi olmak

¹⁵ İnce, a.g.e., s. 7.

¹⁶ A.g.e., s. 8.

¹⁷ Güvercin, a.g.e., s. 90.

¹⁸ Helvacı, a.g.e., s. 11.

¹⁹ A.g.e., s. 39.

²⁰ A.g.e., s. 12.

²¹ A.g.e., s. 38.

²² A.g.e., s. 39.

itibariyle, sosyal güvenliğe ihtiyacı vardır.” İlgili madde ile sosyal güvenliğin evrenselleştiği kabul edilmektedir.²³

Günümüzde sosyal güvenlik önlemleri, ülkelerin ekonomik karar ve yapıları ile oldukça yakından ilişkilidir.²⁴ Toplumda yaşanabilecek iş gücü kaybı gibi nedenlere bağlı gelir yetersizlikleri sebebi ile sosyal güvenlik politikalarının temeli; ekonomik, sosyal ve fizyolojik risklerin bireylerin üstündeki etkilerini gidermeye yönelik olarak oluşturulmaktadır.²⁵

1944 yılında Uluslararası Çalışma Örgütü tarafından, sosyal güvenlik kapsamına alınması gereken riskler belirlenmiştir. Bu riskler; hastalık, analık, engellilik, yaşlılık, aileyi geçindirenin ölümü, işsizlik, normal üstü giderler, iş kazaları ve meslek hastalıklarıdır.²⁶

Sosyal riskleri aşağıda belirtildiği şekilde 3’e ayırabiliriz.²⁷

1. **Mesleksel Riskler:** Çalışma hayatı sebebi ile çalışana etki eden risklerdir. Bir başka deyişle iş kazası ve meslek hastalıklarını kapsamaktadır.
2. **Fizyolojik Riskler:** Kişinin beden ve ruhen sağlığını kaybettiği hastalık durumlarının yanında analık, engellilik, yaşlılık ve ölüm riskleri bu kapsama girmektedir.
3. **Sosyo-ekonomik Riskler:** İşsizlik durumunda kişinin varlığını sürdürmesini engelleyen işsiz kalma riski, çocuk sayısı ve yetiştirme riskini kapsamaktadır.

1951 yılında Uluslararası Çalışma Örgütünün aldığı karara göre sosyal güvenlik için, sosyal risklerden korumanın yanında; bu risklerin karşılanması için gerekli kanunların oluşturulması ve yönetimi sağlayacak kurumsal ya da özel birimler kurulmalıdır.²⁸

²³Sezai Demir, “Türkiye’de sosyal güvenlik sistemindeki aksaklıklar”, (Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), Isparta, 2013, s. 3-4.

²⁴ İnce, a.g.e., s. 8.

²⁵ Güvercin, a.g.e., s. 89.

²⁶ Helvacı, a.g.e., s. 5.

²⁷ A.g.e., s. 7-10.

²⁸ Helvacı, a.g.e., s. 14.

Sosyal güvenlik sistemleri beş ilkeyi benimsemişti. Bunlar;²⁹

- **Sosyal Koruma İlkesi:** Sosyo-ekonomik risklerle en çok karşılaşan ve zarar gören kesimi kapsam içine almak ve korumak amaçlanmaktadır.
- **Dayanışma İlkesi:** Dayanışma ilkesine göre yapılan prim ödemeleri arasında gelire göre farklılıklar olması gerekirken, alınan hizmet tüm sigortalılar için aynı olmalıdır. Böylece yalnız yaşayanlar ailelere, gençler yaşlılara ve hastalar sağlıklılara destek olacaktır.
- **Sosyal Denkleştirme İlkesi:** Kazancı diğer kişilere göre daha yüksek olan kişilerin, daha yüksek primler ödemesi ile toplum içinde denklik sağlanmasını amaçlayan ilkedir.
- **Tamamlayıcılık İlkesinin Sınırlı Olması:** Sosyal sigortalar prim karşılığında toplumun belirli bir kısmını kapsama alırken; sosyal yardım ve hizmetler, sosyal sigortaların ulaşamadığı “muhtaç” kesime destek olarak, sosyal sigortalar üzerinde tamamlayıcı bir rol oynar.
- **Zorunluluk İlkesi:** Sosyal güvenlik sistemlerine katılımın tüm vatandaşlar için bir hak olmanın yanında bir zorunluluk olması bu ilke kapsamındadır.

1.1.2. Sosyal Güvenlik ile İlgili Uluslararası Belgeler

Sosyal güvenlik vatandaşların; işsizlik, hastalık, ölüm veya yaşlılık nedeniyle herhangi bir süreyle kazançtan yoksun kalması durumunda karşılaşılabilecek zorluklara karşı çocuk sayısının artması ve analık halinde korunmasına yönelik alınan önlemler bütünüdür.³⁰ Sosyal risk ise zamanı belli olmayan ancak ileride gerçekleşmesi muhtemel ve can veya mal varlığında eksilmeye sebep olabilecek risklerdir.³¹

²⁹ Vesile Erdem, “Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Türk Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri İle İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Kamu Hastanelerinin Yönetimlerine Katkısı”, (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2015, s. 4-5.

³⁰ Prof.Dr. Nüvit Gerek vd., İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları, 2013, s. 196.

³¹ A.g.e., s. 197.

Sosyal güvenlik ve sosyal risk kavramlarının yer aldığı uluslararası belgeleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.³²

- **Atlantik Paktı:** Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere arasında yapılan Atlantik Paktı ile tüm uluslararası ekonomik alanda tam bir işbirliği kurulması gerektiği üzerinde durulmuştur.
- **Philedelphia Bildirgesi:** İlgili bildirme ile asgari geçim imkanları ve sosyal güvenlik üzerinde durulmuş olup korunmaya muhtaç herkes için asgari gelir ve güvenlik sağlanması gerektiği bildirilmiştir.
- **İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi:** 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından kabul edilen ilgili bildirgenin 22. maddesinde “Her kişinin toplumun bir üyesi olarak, sosyal güvenlik hakkına sahip olduğu” ve 25. maddesinde “Her kişinin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve refahını sağlayacak bir yaşama düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık hallerinde veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksulluk yaratacak diğer bütün durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır. Ana ve çocuk, özel bakım ve yardım görmek hakkına sahiptir. Bütün çocuklar her türlü sosyal yardımlardan yararlanma hakkına sahiptirler.” ibareleri yer almaktadır.
- **35. Uluslararası Çalışma Konferansınının 102 Sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi:** Belirtilen sözleşme ile tüm ülkelerin bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmasını sağlamak amacıyla; esnek ve standardı düşük kurallar getirilmiştir. İlgili kurallara göre; sözleşmeyi imzalayacak olan ülkeler, sözleşmede belirtilen dokuz riskten üçünü kapsama alan bir sosyal güvenlik sistemine sahip olmalıdır. Bahsi geçen dokuz risk; hastalık halinde sağlık yardımı, hastalık halinde tazminat, işsizlik, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, analık, sakatlık, ölüm ve aile yardımlarıdır. Seçilmesi zorunlu olan üç riskten birinin ise işsizlik, iş kazası ve meslek hastalığı, yaşlılık, sakatlık veya ölüm sınıflarından biri olması gerekmektedir.
- **Sosyal Güvenlikte Eşit Davranma İlkesine Yönelik Sözleşme:** Belirtilen sözleşme yine Uluslararası Çalışma Örgütüne ait olup sözleşmeye taraf ülkeler; sözleşmeye taraf diğer ülkelerin vatandaşlarına, mültecilere ve

³² Demir, a.g.e., s. 25-29.

vatansız kişilere sosyal güvenlik alanında kendi vatandaşları ile eşit haklar sağlamalıdır.

- **Avrupa Sosyal Şartı:** Avrupa Sosyal Şartının 12. maddesine göre sözleşmeye taraf olan tüm ülkelerin bütün işçilerinin ve onların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sosyal sigorta haklarına ve 13. maddesine göre de muhtaç durumda olan herkesin sosyal ve tıbbi yardım haklarına sahip olduğu belirtilmiştir. İlgili sözleşme ile 102 sayılı sözleşmede belirtilen dokuz riskten altısını kapsayan sosyal güvenlik sistemi oluşturmak Avrupa ülkeleri için zorunlu hale gelmiştir.

1.1.3. Sosyal Güvenlik Sistemi Modelleri

Sosyal güvenlik sistemleri; Bismarck (İşçi Sigortası Modeli), Beveridge (Halk Sigortası Modeli) ve Karma Sistem olarak üçe ayrılmaktadır. Dünya ülkeleri politik yapılarına göre bu sistemlerden herhangi birini uygulayabilmektedir.

Bismarck sisteminin adı Almanya Şansölyesi Otta Von Bismarck'tan gelmektedir. Dünyada sosyal güvenlik sistemi oluşturan ilk ülke olan Almanya'da, sanayi devriminin etkileri sonrası, Bismarck tarafından işçiler için ilk zorunlu sosyal güvenlik sistemi oluşturulmuş ve zamanla tüm halkı kapsam içine almıştır. Bismarck modelinde devlet sadece koruma görevini değil zor durumdaki bireyleri destekleme görevini de üstlenmiştir. Sistemin genel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanabilir.³³

- Sistemden yararlanan kişilerin geliri belirli bir tutarın altındadır.
- Yapılan yardımlar ücrete uygundur.
- Sisteme katılım zorunludur.
- Sigortalılar prim ödemesi yapmakta ve sistemin finansmanı bu şekilde sağlanmaktadır.

Beveridge modeli 1 Aralık 1942 yılında, İngiltere Lordu William Beveridge tarafından geleneksel sosyal güvenlik sistemlerinin yetersiz olduğuna dayanılarak oluşturulmuştur. Bu modelin amacı devletin finansmana katılımı ile yoksulluğu

³³ Demir, a.g.e., s. 22.

ortadan kaldırmaktır. Beveridge modeli; sosyal sigorta ve milli yardım sistemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Sosyal yardım sistemine göre kişiler ödedikleri primler karşılığında, risk ile karşılaştıklarında taahhüt edilen hizmeti almaktadır. Milli yardım sisteminde ise herhangi bir sebepten sosyal sigorta sistemi kapsamı dışında kalan kişilere destek olunmaktadır.³⁴

Beveridge sistemi altı ilke ile yürütülmektedir.³⁵

- **Yönetimde Birlik İlkesi:** Tüm sosyal güvenlik kurumları tek bir bakanlık ile yönetilir.
- **Genellik İlkesi:** Sosyal güvenlik sistemleri tüm milleti kapsamalıdır.
- **Sigorta Yardımlarında Teklik İlkesi:** Sigortanın vereceği hizmetlerin asgari şartlarda ve herkes için eşit olması gerekmektedir.
- **Primlerde Teklik İlkesi:** Miktarı kesin ve belli olan zorunlu olarak tahsil edilen tek bir prim olmalıdır.
- **Ödemede Zorunluluk İlkesi:** Primlerin işçi ve işverenden zorunlu tahsil edilmesi gerektiğini belirten ilkedir.
- **Kişisel Sorumluluk İlkesi:** Sosyal güvenlik sistemleri prim ve vergi gelirleri dışında sigortalıların cepten ödemeleri ile desteklenmektedir.

Bismarck ve Beveridge modelleri arasındaki en belirgin fark olarak; Bismarck sistemi finansmanı işçi ve işveren primlerine dayanırken Beveridge sisteminde finansmanın devlet katkılarına dayanması olarak gösterilmektedir.³⁶

Karma Sistem; Bismarck ve Beveridge modellerinin birlikte kullanıldığı sosyal güvenlik sistemleridir. Bu sistemlerde işverenler, işçinin maaşından kesinti yaparak prim ödemesinde bulunurlar.³⁷

³⁴ Demir, a.g.e., s. 23.

³⁵ A.g.e., s. 24.

³⁶ A.g.e.

³⁷ Demir, a.g.e., s. 25.

1.1.4. Sosyal Güvenlik Araçları

Sosyal güvenlik sistemleri; bireyleri karşılaşılabilecekleri risklere karşı korurken aynı zamanda bireye ekonomik bir güvence ve asgari bir yaşam düzeyi sağlayarak kişilik gelişimine de destek olmaktadır.³⁸

Sosyal güvenlik araçlarını, modern ve geleneksel dönem olmak üzere iki ayrı bölümde incelemek gerekmektedir. Geleneksel sosyal güvenlik araçları; tasarruf, yardımlar, hukuki sorumluluk, yardımlaşma sandıkları ve özel sigortalar olarak beşe ayrılmaktadır. Kısaca tanımlayacak olursak;³⁹

- **Tasarruf:** Sosyal güvenlik sistemlerinin henüz oluşmadığı dönemlerde bireylerin kendilerini ve ailelerini sosyal risklere karşı korumak için kendi kendilerine aldığı bir önlemdir. Risklerin gerçekleşmesi durumunda uğrayacakları zararları en aza indirmek için yapılan ileriye dönük birikimlerdir.
- **Yardımlar:** Sosyal risklere karşı kendi güvencelerini sağlayamayan kişiler için diğer kişiler tarafından yardımlar yapılmıştır. Ancak bu durum, yardım alan kişinin alacağı yardımın kapsamını bilmemesi ve yardımın sadece yardım edecek kişinin insiyatifinde olması sebebi ile tam bir sosyal güvenlik aracı olarak görülmemektedir.
- **Hukuki Sorumluluk:** Sosyal risklerin gerçekleşmesi sonucu ortaya çıkan hasar ve oluşan zarara herhangi bir üçüncü kişinin sebep olması durumunda zararın tanzimi bu üçüncü kişiye aittir. Ancak sosyal risklerde her zaman üçüncü kişi olmadığı için ilgili yöntem yetersiz kalmaktadır.
- **Yardımlaşma Sandıkları:** Yardımlaşma sandıkları kapsamındaki kişilerden belirli oranlarda alınan katılım payları bir fonda toplanmaktadır. Aynı riske sahip sandık üyelerinden herhangi biri için riskin gerçekleşmesi durumunda kişiye bu fon aracılığıyla yardım sağlanmaktadır.
- **Özel Sigortalar:** Yardım sandıkları ile aynı mantıkla işleyen özel sigortalarda, sandıklardan farklı olarak kar amacı bulunmakta olup işleme şekli aynıdır.

³⁸ Altın, a.g.e., s. 7.

³⁹ Prof.Dr. Nüvit Gerek vd., a.g.e., s. 198-199.

Modern Dönem sosyal güvenlik araçlarını ise aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

- **Sosyal Yardımlar:** Karşılıksız olarak, primsiz ve devlet tarafından, yoksul veya yardıma muhtaç kişilere yapılan yardımların bütünüdür.⁴⁰ Sosyal yardımlar gerekli görüldüğü durumlarda, devlet bütçesinden sağlanan veya vergilerle finanse edilen, primsiz sosyal güvenlik uygulamaları olarak da tanımlanabilmektedir. Sosyal yardımların amacı, yardım alan kişiyi en kısa zamanda kendi kendine yetecek duruma getirebilmektir.⁴¹ Sosyal güvenliğin ilk adımı olan sosyal yardımların sadece “muhtaç olan” kişilere yapılması esastır.⁴² Sosyal yardımların olumlu yönü en iyi yerde kullanılmaları sayesinde en çok fayda sağlamaları olarak görülmektedir. Olumsuz yanı ise kişilerin “muhtaç” olduğunu kanıtlaması gerektiği için rencide olması ya da alınan yardımlar ile tembelliğe alışması olarak gösterilmektedir.⁴³
- **Sosyal Sigortalar:** Sosyal sigortalar; mesleki, ekonomik, fizyolojik ve sosyal riskler sonrası karşılaşılabilecek kayıpları en aza indirmek için alınmış bir tedbirdir.⁴⁴ Sigorta kişilerin risklerini belirli bir prim karşılığında transfer ettiği bir sözleşme türü olarak tanımlanabilir. Sigorta ile aynı riske sahip olan kişiler, prim ödemeleri ile oluşturdukları havuz sayesinde aralarında riske maruz kalan kişilerin gerçekleşen hasarlarını finanse etmektedirler.⁴⁵ Klasik dönemde oluşturulmaya başlanan sosyal sigortaların finansmanı sigortalılardan alınan primlerle ve vergilerle sağlanmakta olup, bu özelliği ile sosyal yardımlardan ayrılmaktadır.⁴⁶ Bu uygulamada toplumun çıkarları bireyin çıkarlarının önüne geçerken aslında kamu zorunluluğu olarak sigortalılara birikim yaptırılmaktadır. Sosyal sigortalarda kişi sınırlı seçim hakkına sahiptir. Prim ödemesi yapılan bir sistem olduğu için sigortalılarda sürekli hizmet talebi algısına sebep olmaktadır.⁴⁷

⁴⁰ Altın, a.g.e., s. 9.

⁴¹ İnce, a.g.e., s. 3.

⁴² Helvacı, a.g.e., s. 15.

⁴³ A.g.e., s. 16.

⁴⁴ Altın, a.g.e., s. 9.

⁴⁵ İnce, a.g.e., s. 6.

⁴⁶ Helvacı, a.g.e., s. 17.

⁴⁷ A.g.e., s. 18.

- **Sosyal Hizmetler:** Bedenen ve ruhen eksikleri olan kişilerin insana yaraşır ve çevreyle uyumlu bir yaşam sürebilmeleri için devlet ve gönüllü özel kuruluşlar tarafından verilen hizmetlerdir.⁴⁸
- **Devletçe Bakılma Yöntemi (Evrensel Model):** Bu yöntemde devlet finansmanı vergilerle sağlayarak tüm bireylere belirli bir gelir alma hakkı sağlamaktadır. Vergilerle yapılan finansman artan oranlarla sağlanmakta, böylece düşük gelirlinin katılımı arttırılmaktadır.⁴⁹
- **Özel Sigortalar:** Özel sigortalarda sosyal sigortalardan farklı olarak her sigortalı kendi riskine göre prim ödemekte olup gelirin dağıtımının yapılması değil birikim yapılması sağlanmaktadır. Özel sigortalar bir sosyal güvenlik aracı olarak değil, sosyal güvenliğe destek olarak görülmektedir. Sosyal güvenlik aracı olabilmesi için sosyal güvenlik alanındaki tüm riskleri kapsamlı ve sigortalıların bu riskleri kapsama aldirmaya yetecek güçleri olmalıdır.⁵⁰

1.1.5. Sosyal Güvenliğin Finansmanı

Sosyal güvenlik sistemleri, sisteme dahil olan bireylerin ahlaki bilinci, kurallara uyum ve sistemin devamı için büyük bir önem taşımaktadır. Kayıt dışı istihdam, sahte sigortalılık gibi uygulamalar sistemin yükünü arttırmakta ve büyük kayıplara neden olmaktadır.⁵¹

Sosyal güvenlik sistemlerinde son yıllarda yaşanan sorunlar; artan işsizlik oranları, mevcut emekli oranı, uzun yaşam süreleri ve bütçelerin üst sınıra dayanması reformları da beraberinde getirmeye başlamıştır.⁵²

Mali gücü yetersiz olan bir sosyal güvenlik sisteminin başarılı olması mümkün değildir. Bu sebeple yeterli kaynağa sahip olmak sosyal güvenlik sistemleri için

⁴⁸ Altın, a.g.e., s. 10.

⁴⁹ Helvacı, a.g.e., s. 19.

⁵⁰ A.g.e., s. 20-21.

⁵¹ Doç. Dr. Tülin Canbay ve Yrd. Doç. Dr. Müslim Demir, a.g.e., s. 304.

⁵² İbrahim Attila Acar ve İsmail Kitapçı, a.g.e., s. 79.

oldukça önemlidir.⁵³ Bu sebeple sosyal güvenlik sistemlerinin finansman yöntem ve kaynakları bazı ilkeler çerçevesinde oluşturulmuştur.⁵⁴

- **Finansmana Dışarıdan Katkı İlkesi:** Sosyal güvenlik sistemi için işçi ve işverenden prim alınmalı ve devlet katkısı sağlanmalıdır.
- **Zorunluluk İlkesi:** Sosyal güvenlik sistemine katılım zorunlu olmalıdır.
- **Sigortacılık İlkesi:** Sigortacılık tekniği ile riskler sigortalılar arasında paylaştırılmalıdır.
- **Sigortalılar Arasında Yeniden Gelir Dağılımı İlkesi:** Gelire bağlı prim alınarak zengin ve yoksul kesim arasında gelir dengesi sağlanmalıdır.
- **Kendi Kendine Yardım İlkesi:** Her sigortalı kendini güvende tutmak için prim ödemeli ve sosyal güvenlik sistemi kapsamına dahil olmalıdır.

Sosyal güvenliğin finansmanı, finansman kaynakları ve yöntemleri olmak üzere iki ayrı başlık altında incelenecektir.

1.1.5.1. Sosyal Güvenliğin Finansmanında Kullanılan Kaynaklar

Sosyal güvenliğin finansmanında kullanılan kaynakları prim ve prim dışı gelirler olarak ikiye ayırabiliriz.

Primler anlam olarak iki şekilde değerlendirilmektedir. İlk görüşe göre; primler zorunlu olarak alındığı için vergi olarak değerlendirilmelidir. İkinci görüşe göre prim kişinin gelirinin, hizmet karşılığında feragat ettiği payıdır. Primlerin tahsilinde fayda-maliyet dengesi gözetilmemekte olup, kullanıma bakılmaksızın belirli oranlarla alınmaktadır.⁵⁵

Prim tahsilatının bir kısmı işverenden bir kısmı ise işçiden yapılabilmektedir.⁵⁶ Bunun dışında prim gelirlerine devlet katkısı da yapılmaktadır. Yapılan katkılar sayesinde prim oranları daha düşük tutularak hizmetin kalitesi arttırılmaktadır.⁵⁷

⁵³ A.g.e., s. 78.

⁵⁴ Demir, a.g.e., s. 9.

⁵⁵ Helvacı, a.g.e., s. 25.

⁵⁶ A.g.e., s. 26.

Nispi prim (mutlak prim) olarak kazanca bağı olarak prim alınması durumudur. Belirli gelir aralıkları için farklı oranlarda prim belirlenir. Bu durumda geliri çok ufak miktarlarda artan kişiler büyük oranda yükselen prim oranı kategorisine dahil olabilmektedir. Bazı sistemlerde tüm sosyal güvenlik sistemi için tek prim alınırken, bazılarında sigorta kolu başına prim alınabilmektedir.⁵⁸

Safi prim sigortalıların riskler ile karşılaşma ihtimalleri hesaplanarak belirlenen primdir. Safi prime ilgili hizmetlerin verilebilmesi için yapılan gider payının eklenmesi ile gayrisafi prim elde edilmektedir.⁵⁹

Prim dışı gelirler kapsamında devletin primlere yaptığı katkılar dışında kalan katkıları, vergiler ve yatırım fonları yer almaktadır. Devlet primlere yaptığı katkılar dışında bazı hizmetlerin finansmanını kendisi sağlayarak halka sunmaktadır.⁶⁰ Bunun dışında sosyal yardım niteliği taşıyan hizmetler primsiz olup devlet tarafından finanse edilmektedir.⁶¹

Prim dışı gelirlerden diğeri ise sigortalıların primleri ile oluşan fonlardır. Bu fonlar farklı yatırım araçları ile değerlendirilerek sisteme katkı sağlamaktadır.⁶²

1.1.5.2. Sosyal Güvenliğin Finansmanında Kullanılan Yöntemler

Sigorta finansman yöntemleri bir sosyal güvenlik sisteminde tek başına kullanılabilmesi gibi farklı yöntemlerin beraber kullanılması da tercih edilebilir.⁶³ İki farklı şekilde finansman sağlanabilmektedir. Bunlar dağıtım ve fon biriktirme yöntemleridir. Sosyal güvenliğin finansmanında kullanılan yöntemler arasında en yaygın olanı, çalışanların emeklileri finanse ettiği dağıtım yöntemidir.⁶⁴

Yılı yılına finansman yöntemi olarakta adlandırılan dağıtım yöntemi belirlenen dönemde alınan primler ile aynı dönemin finanse edildiği bir yöntemdir.

⁵⁷ Helvacı, a.g.e., s. 27.

⁵⁸ A.g.e.

⁵⁹ A.g.e., s. 28.

⁶⁰ A.g.e.

⁶¹ A.g.e., s. 29.

⁶² A.g.e.

⁶³ A.g.e., s. 30.

⁶⁴ İbrahim Attila Acar ve İsmail Kitapçı, a.g.e., s. 79.

Beklenmeyen durumlar için gelirden ayrılan bir pay olması durumunda yumuşak, aksi durumda ise tam dağıtım olarak adlandırılır.⁶⁵ Primli ve primsiz olarak ikiye ayrılan bu sistemde; sigortalılardan prim toplanıyorsa primli, finansman devlet tarafından sağlanıyor ise primsiz olarak adlandırılır.⁶⁶

Fon biriktirme yöntemi ile sigortalılardan toplanan prim biriktirilerek ileriki dönemlerin finansmanı sağlanmaktadır. Bireysel ve toplu olmak üzere ikiye ayrılan bu yöntem kapitalizasyon yöntemi olarak adlandırılabilir. Bireysel fon biriktirme yönteminde her sigortalı kendine ait bir fon biriktirirken, toplu fon biriktirme yönteminde tüm sigortalılar tek bir fona yatırım yapar.⁶⁷

1.2. Sağlık Sigortalarının Kavramsal ve Teorik Çerçevesi

1.2.1. Sağlık Sigortalarının Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Zamanla artan insan hayatını tehdit eden olaylara karşı insanlar önlem alma ihtiyacı duymuş ve aynı riske maruz kalan kişiler belirli katkılar ile riskleri bölüşmüştür. Diğer bir deyişle ölçülebilir bir menfaat için prim karşılığında, hasar alma durumunda tazminat ödemesi yapma işlemine sigorta adı verilmektedir.⁶⁸

Türk Ticaret Kanunu'nun 1401. maddesinde sigorta “Sigorta sözleşmesi, sigortacının bir prim karşılığında, kişinin para ile ölçülebilir bir menfaatini zarara uğratan tehlikenin, rizikonun, meydana gelmesi hâlinde bunu tazmin etmeyi ya da bir veya birkaç kişinin hayat süreleri sebebiyle ya da hayatlarında gerçekleşen bazı olaylar dolayısıyla bir para ödemeyi veya diğer edimlerde bulunmayı yükümlendiği sözleşmedir.” olarak tanımlanmıştır.

⁶⁵ Helvacı, a.g.e., s. 30.

⁶⁶ A.g.e., s. 31.

⁶⁷ A.g.e., s. 32-33.

⁶⁸ Birkan Tapan, “Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği”, (Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Doktora Tezi), İstanbul, 2008, s. 43.

Sigorta, konularına göre mal ve can sigortaları olarak ikiye ayrılmaktadır. Mal sigortaları; nakliyat, kaza, yangın ve mühendislik, can sigortaları ise hayat ve sağlık branşlarından oluşmaktadır.⁶⁹

Dünya sağlık örgütünün tanımına göre sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Dünya sağlık örgütünün tanımlaması ile ilk kez ruhi ve sosyal kavramları da sağlık tanımındaki yerini almıştır.⁷⁰

Sağlık hakkı ise; bireylerin toplumdaki ve devletten gerektiği durumlarda tedavi ve sağlığının korunmasını talep edebilmesidir.⁷¹ Sağlık hakkı tüm bireyler için doğuştan hak edilmektedir.⁷²

İnsanlar ekonomik, kültürel ve siyasal haklardan önce yaşama ve sağlık hakkına sahiptir. Sağlık hakkı sağlanmadıkça diğer haklara sahip olmak ve bu hakları kullanmak mümkün olmayacaktır. Bu sebeple bireyler sağlık hakkı kapsamında; hastalığın çıkış nedeninin ortadan kaldırılması ve tedavisi gibi hakları talep edebilmektedir.⁷³ Sağlık sigortası ise sosyal güvenlik sistemi içindeki temel unsurlardandır.⁷⁴

20. yüzyılda tüm halkı kapsayan sağlık sistemlerinden önce 19. Yüzyılda işçi ve işveren katılımlı sistemler ve sadece cepten ödemelerle ya da hayır kurumlarının karşılanan sağlık giderleri söz konusu olmuştur.⁷⁵

Sağlık sigortaları hastalık durumunda sigortalının sağlığına geri kavuşması için gerekli olan tedavi masraflarını, belirli şart ve limitler dahilinde karşılamayı amaçlayan sigorta koludur.⁷⁶

Sağlık sigortacılığı zorunlu olarak kamu tarafından ve isteğe bağlı olarak özel sigorta şirketleri tarafından yapılmaktadır.⁷⁷

⁶⁹ Tapan, a.g.e., s. 44.

⁷⁰ A.g.e., s. 6.

⁷¹ A.g.e., s. 7.

⁷² A.g.e., s. 8.

⁷³ Giray, a.g.e., s. 12.

⁷⁴ A.g.e., s. 10.

⁷⁵ Gülbiye Yenimahalleli Yaşar, "Sağlığın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansman Modeli Önerisi", (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Doktora Tezi), Ankara, 2007, s. 15.

⁷⁶ Tapan, a.g.e., s. 44.

1.2.2. Sağlık Sistemlerinin İncelenmesi

Bir ülkenin sağlık sistemi belirlenirken bir çok koşulun dikkate alınması gerekmektedir. Ülkeden ülkeye farklılık gösteren örgütlenme yapılarında ilk göze çarpan özellik örgütlenmenin tek kurumla ya da birden çok kurumla yapıyor olmasıdır.⁷⁸ Tek kurum tarafından yönetilen sistemlerde kapsama alınan sigortalı sayısının fazla olması sistemin etkili ve verimli olmasını sağlamakta olup sağlık harcamaları ve maliyetleri daha etkili bir şekilde kontrol edilebilmektedir. Toplanan primler ve yapılan harcamalar dağılık olmadığına kontrolü ve takibi çok daha kolay olmaktadır. Tek kurum tarafından yönetilen sistemlerin tek elden hizmet alımı yapması olarak tanımlanan monopsonik güç sayesinde hizmet alımı yaparken kullanılan kaynaklar çok daha verimli olmaktadır.⁷⁹ Birden çok sigorta kurumunun bulunduğu durumlarda rekabet sebebi ile kurumlar üyelerin taleplerine daha çok önem verirken, risk seçiminde bulunarak riskli gördükleri kişileri kapsam dışında da bırakabilmektedirler.⁸⁰

Sosyal sigorta kollarının örgütlenmesinde dikkate alınması gereken diğer bir özellik kimlerin ne şekilde kapsama alınacağı ve kapsamın nasıl olması gerektiğidir. Bazı ülkelerde sigortalıların kapsama alınması zorunluysen bazı ülkelerde tercihe veya başka şartlara bağlı olabilmektedir.⁸¹

Sosyal sigorta kollarının örgütlenme aşamasında önemli olan diğer bir konu, sağlık hizmet sunucularına hangi yöntemle ödeme yapılacağıdır.⁸² Ödeme yöntemleri ile ilgili detaylı bilgi finansman başlığının altında detaylı olarak incelenecektir.

Bir ülkenin sağlık sistemi tercih edilirken aşağıdaki kriterler de ayrıca dikkate alınmalıdır.⁸³

- **Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi:** Kişi başına düşen milli gelir bir ülkenin en önemli sosyo-ekonomik düzey belirleyicisi olup bireylerin

⁷⁷ www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS_Rapor_16.05.14.., s. 1.

⁷⁸ Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, S. 1 (2011), s. 117.

⁷⁹ Tatar, a.g.e., s. 118.

⁸⁰ A.g.e., s. 118-119.

⁸¹ A.g.e., s. 119-120.

⁸² A.g.e., s. 121.

⁸³ A.g.e., s. 106-108.

sağlık hizmetlerini karşılayabilirliği ve yardıma muhtaç olan kişiler bu bilgiye göre belirlenebilmektedir. Sürdürülebilir ve ekonomik yapı ile uyumlu bir sistem için sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi önemli bir kriterdir.

- **Mali Kapasite:** Bir ülkenin hedeflenen sağlık harcamalarına ulaşabilmesi için seçeceği finansman modelinin mali kapasiteyi oluşturacak kaynak kesimi dikkate alarak seçmesi gerekmektedir. Aksi halde sağlık harcamaları için kullanılması gereken pay elde edilemeyebilir.
- **Uygulanabilirlik:** Tercih edilecek yöntem ile oluşturulacak olan sistemin; halk tarafından kabul edilebilirliği, gereksinimleri, sistemin gereksinimlerini karşılamak için yeterli olan iş gücü ve kapasite gibi özelliklerine de dikkat edilmelidir.
- **Verimlilik:** Oluşturulan sistemin yönetsel maliyetlerinin, seçilen finansman yöntemi ile elde edilen gelirler içinde oluşturacağı pay dikkate alınmalıdır.
- **Hakkaniyet:** Finansman ve örgütlenme yöntemi seçilirken halkın tüm kesimleri için refah düzeyi oluşturmasına dikkat edilmeli, yoksullar için yaşam şartlarını zora sokmayacak ve hakkaniyeti sağlayacak bir yöntem benimsenmelidir.
- **Talep/Kullanım ve Tüketici/Sunucu Davranış Alışkanlıkları:** Sağlık sistemleri bazı özellikleri sebebiyle sigortalılarda gereksiz kullanım talebine ve sunucularda gereksiz hizmet sunumuna neden olmaktadır. Bu sebeple finansman ve örgütlenme sistemi seçilirken talep ve davranış alışkanlıkları da dikkate alınmalıdır.

Tablo 1. Sağlık Sistemi Modelleri

Özellikler	Beveridge Sağlık Modeli	Bismarck Sağlık Modeli	Karma Sağlık Modeli
Uygulayan Ülke	İngiltere	Almanya	Amerika
Karar Verme Mekanizması	Devlet	Sigorta Fonu ve Hekim Birlikleri	Özel Girişimcilik İlkeleri
Kaynaklar	Vergi	Prim	Prim ve Vergi
Sağlık Hizmet Sunucuları	Kamu	Kamu ve Özel	Özel

Kaynak: Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, S. 1 (2011), s. 110. Derlenerek düzenlenmiştir.

Dünyada sağlık sistemleri yukarıda belirtilen kriterler dikkate alınarak Tablo 1 de gösterilen üç şekilde kullanılmaktadır.⁸⁴

- **Ulusal Sağlık Örgütü Sistemi:** Bu sistemde sağlık hizmeti tüm vatandaşları kapsamakta ve sistem vergilerle finanse edilmektedir. Devlet sağlık bakanlığı ile verilecek hizmet ve faaliyetleri planlamaktadır. Beveridge Sağlık Modeli olarak adlandırılmaktadır. Uygulayan ülkeler arasında İngiltere, Danimarka, İsveç ve İtalya bulunmaktadır.
- **Sigorta Sistemi:** Sigorta sisteminde hizmetler bir çok kurum tarafından yönetilir. Sistemde kamu ve özel ayrımı bulunmaktadır. Sigortalılar talep ettikleri hekimi seçme hakkına sahiptir. Bismarck Sağlık Modeli olarak adlandırılmaktadır. Uygulayan ülkeler arasında Fransa, Almanya, Belçika, Japonya gibi gelişmiş ülkeler bulunmaktadır.
- **Karma ve Yerel Örgütler Sistemi:** Bu sistemde sosyal sigorta nüfusun çok küçük bir kısmını kapsamakta olup sağlık hizmetleri çoğunlukla özel kurumlar tarafından yönetilmektedir. Sağlık harcamaları yüksek olmasına rağmen devlet desteği düşüktür ve düzenli bir sevk zinciri bulunmamaktadır. Finansman primlerden ve vergilerden sağlanmaktadır. Uygulayan ülkeler arasında Amerika, Kanada ve İsviçre bulunmaktadır.

1.2.3. Sağlık Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamak için gerekli olan kaynakların sağlanması “sağlık finansmanı” olarak adlandırılmaktadır. Doğru işleyen bir sağlık finansman sisteminde tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi asıl amaçtır. Yoksullaşma sorunu etkin sistemlerde ortadan kaldırılabilir.⁸⁵

⁸⁴ Giray, a.g.e., s. 13-15.

⁸⁵ Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, C.11, S.2 (2008), s. 135.



Şekil 1. Sağlık Finansmanı Akış Üçgeni

Kaynak: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., ve, Kutzin, J. Funding Health Care: Options for Europe. Open University Press. Buckingham- Philadelphia. (2002), s. 2.

Sağlık hizmet sunucularının hastalara verdiği hizmetin karşılığını direkt olarak hastadan veya üçüncü taraf ödeyiciden sağlaması durumuna “sağlığın finansmanı” denilmektedir.⁸⁶ Sağlığın finansmanında asıl amaç tüm bireylerin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesini sağlayacak sürdürülebilir kaynaklar oluşturmaktır.⁸⁷ Şekil 1 de gösterilen finansman akış üçgeninde belirtilen öge ve işlemler; gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi ve hizmetlerin satın alınma süreçleri olmak üzere üç başlıkta incelenecektir.

Tablo 2. Sağlık Finansmanının İşlevleri

Finansman İşlevi	İlgili Politika
Gelir Oluşturma	Kimden ne kadar para toplanmalı?
	Kimleri ve neleri kapsamalı?
Fon Havuzlama	Kaynakları nasıl havuzlamalı?
	Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
Hizmet Sunucularına Ödeme Yapma	Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli?
	Hangi fiyatla ödenmeli ve nasıl ödenmeli?

Kaynak: Figueras, J., McKee, M., Cain, J. Ve Lessof, S. Health Systems in Transition: Learning from Experience. European Observatory on Health Care Systems Series., s. 53.

1.2.3.1. Gelir Elde Etme

Kamu ve yarı kamusal finansman kaynakları ile özel kaynaklardan yapılan prim tahsilatı bu kapsamda değerlendirilmektedir. Gelir elde etme işlevi ödemelerin kimin

⁸⁶ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 4.

⁸⁷ A.g.e., s. 5.

tarafından, hangi oranla, kimlerden ve hangi yöntemle toplanacağını karar verilerek gerçekleştirildiği işlemdir.⁸⁸

Sağlık sistemlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergi gelirleri ve primler ile sağlanmaktadır.⁸⁹ Kamusal ve yarı kamusal finansman kaynakları kendi içinde beşe ayrılmaktadır.

- **Genel Vergi Gelirleri:** Vergi ile finansman ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Sosyalist sistemlerde finansman direkt olarak vergilerden sağlanırken diğer ülkelerde bu durum tamamen kamunun üstlendiği sorumluluğa bağlı olarak değişir.⁹⁰ Genel olarak bakıldığında ise genel vergi gelirleri sağlığın finansmanında kullanılan temel kaynaklardan biridir.⁹¹

Vergilerin diğer kaynaklara göre daha çok kullanıldığı finansman şekilleri Beveridge sistemine girmektedir.⁹² Vergilerle finansman en çok Kanada, Finlandiya, İngiltere, İsveç, Portekiz, İtalya ve İspanya'da görülmektedir.⁹³ Vergilerle finansmanın sağlandığı sistemlerde kaynak daha kısıtlı olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak sistem öncelikle tedavi edici hizmetlere eğilmekte, koruyucu ve önleyici hizmetlere gerekli önemi verememektedir.⁹⁴

- **Sosyal Sağlık Sigortaları:** Bismarck modeli olarak başlayan uygulamada, sağlık risklerini işçi ve işverenin belirli oranlarda ödediği primlerle sigorta kapsamına aldıkları kişiler risklerin gerçekleşmesi durumunda, oluşan fondan yararlanırlar.⁹⁵

Vergi ve sosyal sağlık sigortası finansmanının ortak özelliği her iki durumda da bireylerin finansmana katılıyor olmasıdır. Vergi sisteminden farklı olarak varlıklar havuzlarda toplanmakta ve bireyler haklarını bilerek talepte bulunabilmektedir.⁹⁶

⁸⁸ A.g.e., s. 6.

⁸⁹ Tapan, a.g.e., s. 15.

⁹⁰ Tapan, a.g.e., s. 15.

⁹¹ A.g.e., s. 16.

⁹² Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, a.g.e., s. 137.

⁹³ A.g.e., s. 138.

⁹⁴ A.g.e., s. 139.

⁹⁵ Tapan, a.g.e. s. 16.

⁹⁶ Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, a.g.e., s. 142.

Gelişmekte olan ülkelerde sosyal sigortacılık ancak II. Dünya savaşı sonrasında uygulanmaya başlamıştır. Avrupa ülkeleri ile gelişmekte olan ülkeler arasında uygulama farklılıkları da bulunmaktadır.⁹⁷ Sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerden dolayı sigorta kuruluşlarının kendi sağlık hizmet sunucularını kurması veya sigorta kapsamına halkın belirli bir kısmının alınması gibi uygulamalar bunlara örnektir.⁹⁸

Sosyal sigortaların zorunlu olması ve işçi-işveren-devlet katkısı ile finanse edilmesi temel özellikleridir. Prim oranları ise ülkelere göre değişiklik göstermektedir.⁹⁹

- **Özel Amaçlı Vergiler:** Dünya ülkelerinde; vergiler toplandıktan sonra gerekli alanlara dağıtılabileceği gibi belirli bir amaç içinde vergi toplanabilmektedir. Bu vergiler “özel amaçlı” olarak adlandırılırlar. Sağlık finansmanı için özel amaçlı vergi toplanması durumunda bu gelir başka bir amaçla kullanılmamaktadır.¹⁰⁰
- **Piyango ve Bahis Niteliğindeki Gelirler:** Adil olmayan bir yöntem olduğu için nadiren bazı ülkeler tarafından, piyango gibi şans oyunlarından elde edilen gelirler de sağlık finansmanında kullanılabilir.¹⁰¹
- **Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı:** Devlet harcamalarının gelirleri aştığı durumlarda oluşan açığı kapatmak için para basma yöntemi yani enflasyon kullanımı seçilebilmektedir. Açık finansman yönteminde alınan iç veya dış borçlar ile finansmanı sağlamak amaçlanmaktadır.¹⁰²

Özel sektörün finansmandaki rolü, bir ülkenin zenginliği ile ters orantılı olarak görülmektedir. Özel finansman kaynakları altıya ayrılmaktadır.

- **Özel Sağlık Sigortası:** Özel sağlık sigortası tek başına bir finansman aracı olmamakla birlikte finansmana katkı olarak görülmektedir. Çoğunlukla gelişmiş ülkelerde finansmandaki payı daha yüksektir.¹⁰³

⁹⁷ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 34.

⁹⁸ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 35.

⁹⁹ A.g.e., s. 36.

¹⁰⁰ Tapan, a.g.e., s. 17.

¹⁰¹ A.g.e.

¹⁰² A.g.e., s. 18.

¹⁰³ A.g.e., s. 19.

İlk zamanlarda hastalık riskine karşılık olarak zanaatkarlar tarafından kurulan sandıklar sonralarda özel sağlık sigortacılığına dönüşmüştür.¹⁰⁴ Özel sağlık sigortaları günümüzde “ikame edici” ve “tamamlayıcı” olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İkame edici özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sigortaları kapsamında olan veya daha kapsamlı hizmetleri sunmakta olup genellikle sosyal sigorta kapsamı dışında kalan veya bu kapsamdan çıkma hakkına sahip kişiler tarafından tercih edilmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası ise sosyal sağlık sigortası kapsamında dışında kalan bazı hizmetleri kapsam içine almaktadır.¹⁰⁵ Tamamlayıcı özel sağlık sigortasının amacı sosyal sağlık sigortası ile alınan hizmetlerin kalitesini arttırmak, otelcilik hizmeti alımını sağlamaktır.¹⁰⁶

Dünya sağlık örgütüne göre ise özel sağlık sigortaları beş farklı şekilde verilmektedir. Bunlar; baskın, zorunlu, ikame edici, tamamlayıcı ve ilave edici özel sağlık sigortalarıdır. Farklı ülkeler bu beş seçeneği farklı şekillerde uygulamayı tercih etmektedir. Baskın sigortada çalışan bireyler, zorunlu sigortada nüfusun tamamı, ikame edici sigortada ise sosyal sigorta kapsamı dışında kalan veya tercihen ayrılan kişiler kapsam içinde olmaktadır.¹⁰⁷ Tamamen ya da kısmen sosyal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetlerin özel sağlık sigortası kapsamına alındığı durumlarda tamamlayıcı, sosyal sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerin daha geniş bir sunucu ağı ile sağlandığı durumlara ilave edici özel sağlık sigortası denilmektedir.¹⁰⁸

Özel sağlık sigortasının en önemli özelliği, yüksek gelirli bireylerin sağlık harcamalarını finanse etmesi sayesinde sosyal sağlık sigortasının sunduğu hizmetlerden, yoksul bireylerin daha etkin bir şekilde faydalanabilmesidir.¹⁰⁹

Özel sağlık sigortasının verimli olarak çalışmamasının sebeplerini ise aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.¹¹⁰

¹⁰⁴ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 19.

¹⁰⁵ A.g.e., s. 22.

¹⁰⁶ www.tsb.org.tr/Document/Yonetmelikler/TSS_Rapor_16.05.14., s. 6.

¹⁰⁷ Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, a.g.e., s. 142.

¹⁰⁸ A.g.e., s. 143.

¹⁰⁹ A.g.e.

-Yaşlı ve sağlıklı kişileri risklerinden dolayı kapsama almama durumu söz konusudur.

-Bireylerin sağlık bilgilerini doğru bir şekilde beyan etmemesi durumunda riskli kişiler hatalı olarak kapsama alınabilir.

-Bireyler sigortalandıktan sonra riskli davranışlar içine girebilmektedir.

Özel sağlık sigortası primleri bireylerin kendi risklerine göre aktüeryal hesaplamalar yapılarak oluşturulmaktadır.¹¹¹

- **Cepten Ödemeler:** Cepten ödemeler sağlık finansmanında hem ilave gelir elde ederek verilen hizmetleri yaygınlaştırmak için hem de gereksiz kullanımların önüne geçilebilmesi için uygulanan bir yöntemdir.¹¹² Kendi içinde; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve enformal ödemeler olarak üçe ayrılırlar. Doğrudan ödemeler sigorta kapsamı dışında kalan hizmetler için direkt olarak sunucuya yapılırken kullanıcı katkıları sigortacının yapacağı ödemelere ek bir katkı payı olarak işlemektedir.¹¹³ Katkı uygulamaları son yıllarda söz konusu amaçlar için bir çok ülkede kullanılsa da gerekli durumlarda hizmet almak isteyen yoksullar için zorlayıcı bir etmendir.¹¹⁴ Enformal ödemeler ise hizmet öncesinde veya sonrasında sunucuya teşekkür veya daha fazla ilgi talebi ile yapılan jest ödemeleridir.¹¹⁵
- **Dış Yardımlar:** Nadiren kullanılan bir yöntem olmakla birlikte gelişmekte olan yoksul ülkeler dış borçlanma ile finansmanı sağlayabilmektedir.¹¹⁶
- **Toplum Finansmanı:** Bireylerin ya da grupların malzeme, iş gücü ya da nakit olarak yaptığı katkılardır. Hizmet alımı olarak değil bağış olarak sisteme katılırlar.¹¹⁷

¹¹⁰ Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, a.g.e., s. 144.

¹¹¹ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 22.

¹¹² Tapan, a.g.e., s. 20.

¹¹³ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 16.

¹¹⁴ Tapan, a.g.e., s. 21.

¹¹⁵ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 19.

¹¹⁶ A.g.e.

¹¹⁷ A.g.e., s. 22.

- **İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler:** Hiçbir ülkede ağırlıklı bir finansman aracı olmamakla birlikte bazı durumlarda işverenler çalışanlarının tüm sağlık harcamalarını finanse edebilmektedir.¹¹⁸
- **Gönüllü Kuruluşların ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları:** İşletmeler, hayır amaçlı kuruluşlar, zenginler veya dini kuruluşlar tarafından yapılan yardımlardır.¹¹⁹
- **Tıbbi Tasarruf Hesapları:** Tıbbi tasarruf hesapları, ahlaki tehlikeler sonucu artan maliyetler sebebi ile ortaya çıkmıştır.¹²⁰ Belirtilen hesapların amacı bireylere gelecek için sadece tıbbi amaçla kullanılabilir bir birikim yaptırmaktır. Bu yöntem Amerika Birleşik Devletleri , Çin, Kanada ve Güney Afrika gibi bir çok ülkede kullanılmaktadır.¹²¹

1.2.3.2. Fon Yaratma

Bahsi geçen kamusal, yarı kamusal ve özel kaynaklardan elde edilen gelirler fonlarda biriktirilmektedir.¹²²

Çoğunlukla “sigorta işlevi” olarak anılan fon havuzlama işlevi toplanan gelirlerin risklerin paylaşılması amacıyla biriktirilmesidir. Geliri toplayan kurumlar ile fon havuzlama işlevini yapan kurum çoğunlukla aynı kurum olmaktadır. Nadiren de olsa farklı kurumlar tarafından yapıldığı da görülmektedir.¹²³

Fon yaratma işlevi sayesinde gençler yaşlıları, zenginler yoksulları ve sağlıklı kişiler hastaları finanse etmektedir.¹²⁴

¹¹⁸ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 22.

¹¹⁹ A.g.e., s. 23.

¹²⁰ Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, a.g.e., s. 144.

¹²¹ A.g.e., s. 145.

¹²² Tapan, a.g.e., s. 12.

¹²³ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 8.

¹²⁴ Ece Uğurluoğlu ve Hacer Özgen, a.g.e., s. 136.

1.2.3.3. Hizmetlerin Satın Alınması

Toplumun ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde tutularak, biriktirilen fonlar ile sağlık hizmet sunucularının finansmanı sağlanmaktadır.¹²⁵ Diğer bir deyişle sağlık finansmanında hizmet sunucularına ödeme yapma işlevi, gelir toplama ve fonlama iőlevinden sonra bireylerin hizmet sunucularından aldığı hizmete karşılık olarak ödemelerin yapılma aőamasıdır.¹²⁶ Yapılan bu ödemeler; hizmet başına, gün başına, vaka başına, kiő başına veya bütçe ve ücret ödemeleri şeklinde değişiklik gösterebilmektedir.¹²⁷

Hizmetlerin satın alınması direkt veya üçüncü taraf aracılığıyla yapılmaktadır. Direkt finansman durumunda hasta, hizmet sunucusuna cebinden ödeme yapmaktadır. Sağlık finansmanı riski gözetilerek oluşturulan kamu veya özel olmak üzere işleyen sigortalar ise üçüncü taraf olarak sigortalı adına hizmet sunucusuna ödeme yapmaktadır.¹²⁸

¹²⁵ Tapan, a.g.e., s. 12.

¹²⁶ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 10.

¹²⁷ A.g.e., s. 11.

¹²⁸ A.g.e., s. 4.

II. ALMANYA' DAKİ SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN İNCELENMESİ

1.1. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin İncelenmesi

1.1.1. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Almanya' da 15. Yüzyıla kadar; aile, akraba, kilise ve manastırlar dışında, yardıma muhtaç kişilere destek olan herhangi bir kurum kurulmamıştır. Sosyal yardımlar ilk kez 1530 yılında yerel düzeyde konulan kurallar ile başlamıştır.¹²⁹

18. ve 19. Yüzyılda görülen Sanayi Devrimi; kentten köye göçlere sebep olmuş, işçi taleplerinin artması doğrultusunda fabrikaların bulunduğu bölgelerde nüfus yoğunlaşmıştır. Sonraki yıllarda fabrikalar üretimlerini arttırırken talebin azalması nedeniyle ürünlerin fiyatları düşmeye başlamıştır. Bu da bazı fabrikaların işçi çıkarmasına ve bazı fabrikaların maliyetlerinin altında satış yapmalarından dolayı kapanmasına sebep olmuştur. Fabrikaların iflasına bağlı olarak, bu fabrikalara finansman sağlayan bankalar da batmıştır. 1873 krizi olarak adlandırılan bu olay sonrasında; gelir yetersizliği, uzun çalışma süreleri gibi nedenler toplumu olumsuz etkilemiş olup, dönemin şansölyesi Otto Von Bismarck tarafından sosyal risklere karşı zorunlu sigorta sistemi, bu ihtiyaca karşılık olarak, sadece işçiler için oluşturulmuştur.¹³⁰ Bismarck tarafından kurulan bu sistem Almanya'da hala sosyal güvenliğin temelini oluşturmakta ve en iyi sosyal güvenlik sistemleri arasında yer almaktadır.

¹²⁹ Işık, a.g.e., s. 11.

¹³⁰ Şeniz Özmert Koçer, "Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları", (T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, 2014, s. 3.

Zorunlu hastalık sigortası, Bismarck döneminde, ulusal düzeyde 1883 yılında başladı. Bunu takiben 1884 yılında mesleki hastalık ve kaza, 1889 yılında yaşlılık ve maluliyet sigortaları devreye girmiştir.¹³¹1885 yılında; Zorunlu Sigorta Sistemi, düşük gelirli işçi grubunun % 26'sına ve toplam nüfusun % 11'ine, 18.000 hastalık havuzu aracılığı ile hastalık sigortası hizmeti sağlıyordu. Fakat tüm sosyal güvenlik kolları sadece işçileri kapsam içine alıyor, diğer çalışanları ve tüm aile fertlerini kapsam dışında bırakıyordu.

1911 yılında yürürlüğe giren Müstahdemler için Sosyal Sigorta Yasası ile tüm sigorta kolları birleştirilmiş ve tüm branşlarda, sigorta zorunluluğu üst kazanç sınırına bağlanmıştır. Zorunlu hastalık sigortası kapsamına girebilmek için gelirin 2.500 RM (Reichsmark), kaza sigortası için 5.000 RM, maluliyet sigortası için ise 2.000 RM nin altında olması bu dönem için şarttır.¹³² İlgili kanunla tüm tarım işçileri, hizmet sektörü çalışanları, seyyar satıcılar ve evde yapılan sanat işleri ile uğraşan kişiler kapsam içine alınmış olup, yaşlılık ve maluliyet sigortaları da geride kalan aile bireylerini kapsam içine almıştır.¹³³ Böylelikle sistemin büyük bir eksikliği kapatılmıştır.

Birinci dünya savaşı sırasında artmaya başlayan ve daha sonra hızla artmaya devam eden işsizlik oranı, ilgili dönemde Almanya için önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir. 1927 yılında işe aracılık ve işsizlik sigortası kanunu çıkartılmış ve işsizlik sigortası kurumu kurulmuştur.¹³⁴

1933 yılında yönetimi ele alan Hitler'in anlayışına göre; Alman işçi sınıfının kendi milletinden olan işverenler yerine Yahudi kaynaklı yabancı sermayeye karşı savaş vermesi gerekmektedir. Hitler'e göre tüm ekonomik ve sosyokültürel sorunların nedeni Yahudilerdir. Bu anlayışın sonucunda sosyal hizmetlerde ırkçılık başlamıştır. Hitler toplumunun ideolojisine göre "değersiz" sayılan kesim

¹³¹ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, "Germany Health System Review", Berlin Teknik Üniversitesi Yayınları, Y.16, S.2 (2014), s. 21.

¹³² Max Plank Institute For Foreign and International Social Law, Social Security Systems in Germany – Status Quo and Recent Developments, Munich, 2007, s. 12.

¹³³ Koçer, a.g.e., s. 5.

¹³⁴ Işık, a.g.e., s. 12.

tüm haklardan mahrum bırakılmış, 19. Yüzyıl boyunca kazanılan tüm haklar, bu kesimden geri alınmıştır.¹³⁵

1940'lı yılların ikinci yarısında Almanya ve Berlin II. Dünya savaşını kazanan dört büyük devlet tarafından dört işgal bölgesine ayrılmıştır. Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri ve Fransa işgal bölgelerini birleştirerek 23 Mayıs 1949 da Federal Almanya Cumhuriyetini (Batı Almanya) kurdular. 7 Ekim 1849 da ise Sovyetler Birliği kendi işgal bölgesinde Demokratik Almanya Cumhuriyetini (Doğu Almanya) kurdu. Böylece Almanya resmi olarak ikiye ayrılmış, bunun sonucunda ortaya iki ayrı sosyal güvenlik sistemi çıkmıştır. Doğu Almanya neredeyse halkın tamamını kapsayan ve vergilerden beslenen bir sistemi, Batı Almanya ise işçi ve işverenden alınan primlerden beslenen mevcut sistemi benimsemiştir.¹³⁶ Ayrılık döneminde Doğu Almanya sosyal haklar bakımından Batı Almanya'nın gerisinde kalmıştır. Batı ve Doğu Almanya arasındaki gerilim, Batı Almanya başkanı Willy Brant'ın 1970 yılında doğudaki Almanların Batıya göç etmesini serbestleştiren yasayı çıkartması ile azaldı. Özellikle 1989 yılında Doğu Almanya'dan Batı Almanya'ya göç artmaya başlamış, bu durum yeniden birleşmeyi hızlandırmıştır. 1990 yılında Almanya'nın yeniden birleşmesinden sonra; sosyal güvenlik sistemi için öncelikli hedef, batıdaki sistemi doğuya uygulamak olmuştur.

İş hukuku, çalışma piyasası, sosyal güvenlik ve sosyal yardımlar ve aile politikası alanlarında çıkarılan yasaları Tablo 3'te, yürürlüğe alındıkları tarihler ile birlikte görülmektedir.

¹³⁵ Koçer, a.g.e. s. 8.

¹³⁶ Koçer, a.g.e. s. 13.

Tablo 3. Yıl Bazında Temel Hukuki Düzenlemeler

İş Hukuku	Çalışma Piyasası	Sosyal Güvenlik	Sosyal Yardımlar ve Aile Politikası
1839: Genç işçilerin fabrikalarda çalışmalarına yönelik düzenleme	1927: İşsizlik Sigortası ve İş Bulma Yasası	1883: İşçiler için Hastalık Sigortası Yasası	1842: Prusya' da yoksullara yardım ile ilgili ilk yasa
1845: Mesleki Yönetmenlik	1933: Çalışma Vesayeti Hakkında Yasa	1884: Kaza Sigortası Yasası	1922: Gençliğin Refahı Yasası
1853: Fabrika Müfettişlerine Yönelik Yasa	1934: İstihdamın Düzenlenmesine İlişkin Yasa	1889: Maluliyet ve Yaşlılık Sigortası Yasası	1924: Sosyal Hizmet Yönergesi
1878: Kadın İşçileri Koruma Yasası	1969: Çalışmayı Teşvik Yasası	1911: Müstahdemler için Sosyal Sigorta Yasası	1935: Çok Çocuklu Ailelere Ek Yardım ile İlgili Düzenleme
1891: İşçileri Koruma Yasası	1985: İstihdamı Teşvik Yasası	1923: Madenciler Birliği Yasası	1938: Gençlik Koruma Yasası
1903: Çocuk İşçileri Koruma Yasası	1996: Emeklilikte Yarı Zamanlı Çalışma Hakkında Yasa	1933: Sosyal Sigortaların Yeniden Düzenlenmesine İlişkin Yasa	1954: Çocuk Parası Yasası
1918: Sanayi İşçilerinin Çalışma Saatlerine İlişkin Düzenleme	1997: 3.Sosyal Kitap: İş Teşviki	1938: Alman Zanaatına İlişkin Yasa	1961: Federal Sosyal Yardım Yasası
1923: Çalışma Saatleri Yönergesi	2003: İş Piyasasında Modern Hizmetlere İlişkin 1. ve 2. Yasa	1955: Sigorta Doktorluğu Yardım Yasası	1961: Gençliğin Refahı Yasası
1935: Haftalık Yardım Yasası	2004: İş Piyasasında Modern Hizmetlere İlişkin 3. Yasa	1957: Emeklilik Sigortasını Yeniden Düzenleyici Yasa	1974: Ağır Engelli Yasası
1938: Çalışma Saatleri Yönergesi	2004: İş Piyasasında Modern Hizmetlere İlişkin 4. Yasa: SGB II/ İş Arayanlar için Temel Güvence	1957: Çiftçiler için Yaşlılık Sigortası	1985: Çocuk Yetiştirme Parası Yasası
1951: Haksız İşten Çıkarılmaya Karşı Koruma Yasası		1971: Öğrenci ve Kreş Kazalarına Yönelik Sigorta	1990: Çocuk ve Gençlik Yardım Yasası/ SGB VIII
1952: Anneyi Koruma Yasası		1981: Sanatçılara Yönelik Sosyal Sigorta Yasası	1993: Sığınmacılara Yardım Yasası
1960: Genç İşçilerin Korunması Yasası		1988: Sağlık Reformu Yasası	1995: Sosyal Yardımlar Reform Yasası

Tablo 3 Devamı. Yıl Bazında Temel Hukuki Düzenlemeler

İş Hukuku	Çalışma Piyasası	Sosyal Güvenlik	Sosyal Yardımlar ve Aile Politikası
1969: Hastalık Durumunda Ücretlerin Ödenmeye Devamı ile İlgili Yasa		1989: Emeklilik Sigortası Reformu	1995: Aile Yardımları ile İlgili Yeni Düzenleme
1973: Çalışma Güvenliği Yasası		1992: Sağlık Alanında Yapısal Düzenlemeye İlişkin Yasa	2001: Yaşlılıkta Talep Odaklı Temel Güvenlik
1975: İşyeri ile İlgili Düzenleme		1994: Bakım Sigortası/ SGB XI	2004: SGB II/ İş Arayanlar için Temel Güvenlik
1994: Çalışma Saatleri Yasası		1997: Emeklilik Reformu Yasası	2004: SGB XII/ Sosyal Yardım Yasası
1995: Ücretin Ödenmeye Devamı Yasası:		2001: Emeklilik Tasarruf Yasası ve Onu Genişleten Yasa	2004: Ebeveyn İzni Yasası
1996: İş Güvenliği Yasası		2003: Yasal Sağlık Sigortası Modernleştirme Yasası	2006: Ebeveyn Parası Yasası
1996: İşten Çıkarma Yasası		2004: Emeklilik Gelir Yasası	
2000: Yarım gün ve Süre Belirleme Yasası		2004: Emeklilik Sigortası: Süreklilik Yasası	
		2007: Yaş Sınırı Ayarlama Yasası	
		2007: Yasal Hastalık Sigortası: Rekabet Geliştirme Yasası	
		2007: Emeklilik Reformu	
		2007: Sağlık Reformu	

Kaynak: Gerhard Bäcker, Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Netherlands, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2010, s. 58-60. Derlenerek hazırlanmıştır.

Tablo 3'te de görüleceği üzere 1900'lü yıllara kadar çıkarılan tüm yasalar işçi sınıfına yönelik olup yasallaşmış herhangi bir sosyal yardım bulunmamaktadır. Hitler dönemine denk gelen 1930'lu yıllarda ise mevcut yasalara düzenlemeler getirilerek, sosyal güvenlik sistemi Hitler ideolojisine uygun hale getirilmiştir.

1.1.2. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı

1.1.2.1. Almanya Sosyal Güvenlik Anlayışı, Teşkilat Yapısı ve Kanunları

Federal Almaya Cumhuriyeti anayasasının 20. Maddesinde “Almanya Federal Cumhuriyeti, demokratik ve sosyal bir federal devlettir.” ibaresi yer almaktadır. Sosyal devlet; devletin vatandaşların toplumsal ve ekonomik varlığını iyileştirmek için önemli roller edindiği yönetim anlayışıdır. Fırsat eşitliği, gelir dağılımı eşitliği ve asgari yaşam şartlarını sağlayamayanlar için sorumluluk anlayışı sosyal devletin önceliğidir. Sosyal devlet anlayışı her bireye öncelikle kendi kendisine yardım etme sorumluluğu yüklerken, sosyal güvenlik ve vergi yükümlülüklerinin yerine getirilmesi zorunluluğu da bu anlayışın önemli bir unsurunu oluşturmaktadır.¹³⁷ Almanya’da bu anlayışa sahip bir ülke olarak sosyal güvenlik alanında dayanışma ilkesi ile ilerlemektedir.

Dayanışma ilkesine göre sigorta primleri kişinin gelirine oranla belirlenir. Kişinin ailesi, yaşı, sık sık hastalanması gibi özel durumları prim miktarını etkilemez. Yani çok kazanan daha fazla, az kazanan daha az prim öder. Almanya Sosyal Güvenlik sisteminde gençler yaşlılara, yalnız yaşayanlar ailelere ve sağlıklılar hastalara destek olmaktadır. Ancak her birey aynı yasal hizmetlerden faydalanma hakkına sahiptir.¹³⁸

Sosyal güvenlik sisteminde; her bir sigorta kolu, yasalarla görevleri belirlenmiş ve kendi kendini yöneten havuzlar tarafında idare edilmektedir. Sistemin genel olarak planlanmasında ise bakanlıklar görevlidir. İlgili bakanlıklar; Federal

¹³⁷ Işık, a.g.e., s. 25.

¹³⁸ BKK Bundesverband, Alman Sağlık Sistemi Göçmenler için bir kılavuz: Sağlığınız için Elele, Hannover, 2009, s. 10.

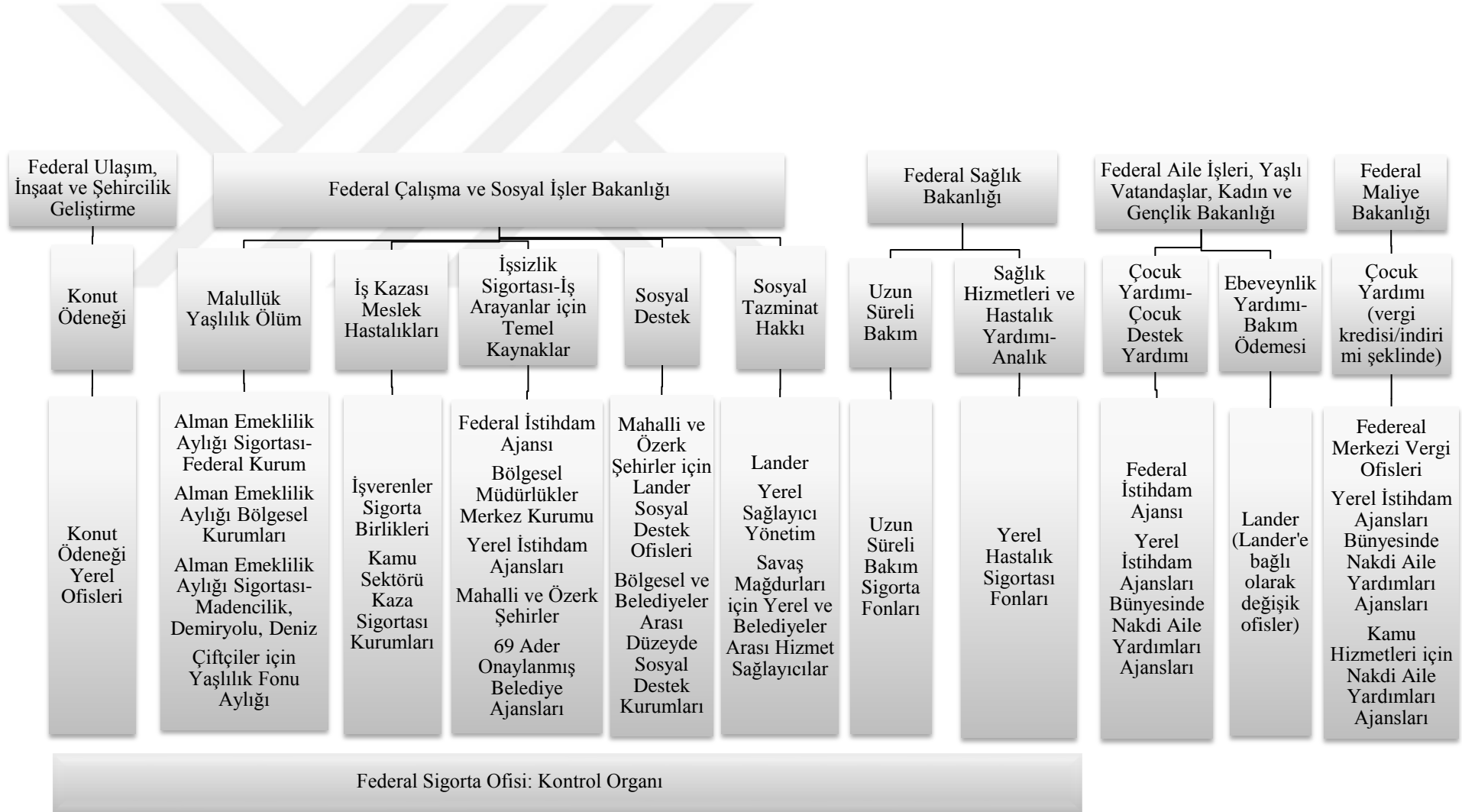
Sağlık Bakanlığı, Federal Maliye Bakanlığı, Federal Ulaşım, İnşaat ve Şehircilik Geliştirme, Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Federal Aile, Yaşlılar, Kadınlar ve Gençlik Bakanlığıdır.¹³⁹ Belirtilen bakanlıkların her biri, Şekil 2 de görüleceği üzere, farklı sorumluluk alanlarına sahiptir.

Sosyal Kanun Kitabı (Sozialgesetzbuch-SGB); her biri farklı sosyal alanı düzenleyen 12 ayrı kısımdan oluşmaktadır. Bunlar,¹⁴⁰

- SGB I (01.01.1976): Genel Kısım
- SGB II (01.01.2005): İş Arayanlar için Temel Güvenlik Yardımları
- SGB III (01.01.1998): İstihdam Teşviki
- SGB IV (01.07.1977): Sosyal Sigorta Genel Hükümleri
- SGB V (01.01.1989): Yasal Hastalık Sigortası
- SGB VI (01.01.1992): Yasal Emeklilik Sigortası
- SGB VII (01.01.1997): Yasal Kaza Sigortası
- SGB VIII (01.01.1991): Çocuk ve Gençlik Yardım Yasası
- SGB IX (01.07.2001): Engelli İnsanların Rehabilitasyonu ve Katılımı
- SGB X (01.01.1981): İdari Usul, Sosyal Verilerin Korunması ve Hizmet Sağlayıcıların İşbirliği
- SGB XI (01.01.1995): Sosyal Bakım Sigortası
- SGB XII (01.01.2005): Sosyal Yardım

¹³⁹ T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Uluslar Arası Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri I Avrupa Birliği Üyesi Ülkeler, Ankara, 2013, s. 14.

¹⁴⁰ Carsten Schwitzky, Sozialhilferecht, 6.b., Verwaltungsakademie Berlin, 2014, s. 19.



Şekil 2. Almanya Sosyal Güvenlik Teşkilat Yapısı

Kaynak: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Avrupa Birliği'nde Sosyal Güvenlik, Ankara, 2012, s. 300.

Almanya sosyal güvenlik teşkilatı yapısı Şekil 2’de belirtildiği üzere beş ana bakanlıktan oluşmaktadır. Bu bakanlıklar; Federal Ulaşım, İnşaat ve Şehircilik Bakanlığı, Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Federal Sağlık Bakanlığı, Federal Aile İşleri, Yaşlı Vatandaşlar, Kadın ve Gençlik Bakanlığı ve Federal Maliye Bakanlığıdır.

- Federal Ulaşım, İnşaat ve Şehircilik Geliştirme Bakanlığı: Konut ödenekleri sağlamaktan sorumludur. Alt birimlerini Konu Ödeneği Yerel Ofisleri oluşturmaktadır.
- Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı: Malullük, yaşlılık, ölüm, iş kazası, meslek hastalıkları, işsizlik sigortası ve iş arayanlar için temel kaynaklar, sosyal destek ve sosyal tazminat haklarını düzenleyen ve yürüten bakanlıktır. Her branş Şekil 2’de ayrıca belirtilen alt birimlerle yönetilir.
- Federal Sağlık Bakanlığı: Uzun süreli bakım, sağlık hizmetleri, hastalık ve analık yardımları ilgili bakanlık tarafından yürütülmektedir. Her iki branş için ayrı olmak üzere uzun süreli bakım ve yerel hastalık sigortası fonları bulunmaktadır.
- Federal Aile İşleri, Yaşlı Vatandaşlar, Kadın ve Gençlik Bakanlığı: Çocuk yardımı, çocuk destek yardımı, ebeveynlik yardımı ve bakım ödemesi gibi sosyal desteklerden yükümlü bakanlıktır. Yerel ve federal düzeyde alt birimlerle ilgili sosyal destekler sağlanmaktadır.
- Federal Maliye Bakanlığı: Vergi kredisi veya vergi indirimi şeklinde sağlanacak olan yardımlar bu bakanlık tarafından, yerel alt birimler aracılığıyla sağlanmaktadır.

Söz konusu beş bakanlıktan üçü olan; Federal Ulaşım, İnşaat ve Şehircilik Geliştirme Bakanlığı, Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı ve Federal Sağlık Bakanlığı kontrol organı olarak Federal Sigorta Ofisine bağlıdır.

1.1.2.2. Almanya’da Uygulanan Sosyal Yardımlar

Almanya’ da yapılan sosyal yardımlar SGB XII – Sosyal Yardım ve SGB II- İş Arayanlar için Temel Güvence kanunları kapsamında gerçekleştirilmektedir. SGB II kapsamında, 15-64 yaş arası çalışabilir fakat iş bulamamış bireyler ve onlarla birlikte yaşayan çalışamayacak durumda olan kişiler için farklı türlerde sosyal para yardımları yapılmaktadır. SGB XII kapsamında ise yaşlılık ve geçici veya sürekli iş kaybına uğrayan kişiler yardım almaktadır.¹⁴¹

Sosyal yardımların temel amacı, yardım alan kişiyi kendi hayatını yardım almadan devam ettirebilecek düzeye taşımaktır.¹⁴² Ayrıca SGB XII’nin 2. maddesinde belirtildiği üzere sosyal yardımlar ancak kişinin tüm olanakları tükendikten sonra devreye girmektedir. Bu yardımların hangi kurumlar tarafından yapılacağı SGB XII’nin 3. maddesinde; kişinin ikametgahına göre, kaymakamlıklar ve bağımsız şehirler gibi yerel yönetim birimleri ile eyaletler tarafından belirlenen valilik ve yüksek kurumlar olarak belirtilmiştir.

SGB XII ye göre yapılan sosyal yardımlar;¹⁴³

- Geçim Yardımı; ilgili kanunun 27. maddesine göre günlük yaşamınız için gerekli ihtiyaçları (beslenme, barınma, ısınma vb.) ve yaşlılık, hastalık ve bakım sigortası primlerini kapsamaktadır. Öncelikli olarak para yardımı şeklinde yapılmaktadır.
- Yaşlılık ve İş Günü Azalması Durumunda Temel Güvence; İlgili kanunun 41. Maddesinde belirtildiği üzere 65 yaşından itibaren veya 18 yaşından büyük kişilerin sürekli iş kaybına uğramaları nedeniyle yapılan yardımlardır.
- Sağlık Yardımları; Bu yardımlar yasal hastalık sigortası ile aynı niteliktedir. Mevzuatta belirtilen ek ödemeler, diğer hastalık sigortası sahipleri gibi, yardım alan kişi tarafından ödenmektedir.

¹⁴¹ Işık, a.g.e., s. 29.

¹⁴² Federal Almanya Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Soziale Sicherung im Überblick, 2013, s. 139.

¹⁴³ Işık, a.g.e., s. 34-48.

- Engelli Kişilerin Topluma Kazandırılması Yardımları; belirtilen bireylerin topluma uyumunu ve rehabilitasyonu şeklindedir. Eğitim veya iş hayatına katılım için verilen destekler şeklinde uygulanabilir.
- Bakım Yardımları; kişinin bakımını kendi imkanlarıyla ya da bakım sigortası gibi olanaklarla sağlayamaması durumunda aynı ya da parasal olarak yapılan yardımlardır. Bakıma muhtaç kişinin ihtiyaçları tamamen ya da kısmen karşılanabilir.
- Özel Sosyal Güçlüklerin Aşılmasına Yönelik Yardımlar; evsiz, alkol veya uyuşturucu bağımlısı, sabıkalı ve bu gibi zorluklar yaşayan kişiler için yapılan, topluma uyumu amaçlayan yardımlardır.
- Diğer Durumlarda Yapılan Yardımlar;
 - Ev İdaresinin Devamının Sağlanması
 - Yaşlılık Yardımı
 - Görme Engelliler Yardımı
 - Cenaze Masraflarının Karşlanması Yardımı

SGB II ye göre yapılan sosyal yardımlar;¹⁴⁴

- İşsizlik Parası II; 15 yaşından büyük ve kanunen tabi oldukları şartlara göre 65-67 yaş arasındaki istihdam edilebilir kişilere, kendi gelirleri veya herhangi başka bir servet veya kaynak ile kendisinin ve beraber yaşadığı ailesinin geçimini sağlayamayan işsiz bireylere yapılan yardımlardır.
- İş Hayatına Giriş Yardımları; istihdam edilebilir kişilerin iş bulması için yapılan, eğitim, teşvik, görev alabileceği pozisyonlar için temas gibi hizmetler ile yapılan yardımlardır.
- Çocuk Zammı; varlıkları belirli bir sınıрын altında olan kişilerin, 25 yaşın altındaki çocukları için aldığı yardımlardır.
- Sosyal Para; SGB XII kapsamında yardım alma hakkına sahip olmayan, kendi gelirleri veya herhangi başka bir servet veya kaynak ile kendisinin ve beraber yaşadığı ailesinin geçimini sağlayamayan ve çalışamayacak durumda olan kişilere yapılan yardımlardır.

¹⁴⁴ Işık, a.g.e., s. 53-64.

- Sosyal Güvenlik Primleri; sigortalı olmayan İşsizlik Parası II hak sahiplerinin, hastalık ve sosyal bakım sigortası kapsamında sigortalandığı yardım şeklidir.

Diğer Kanunlara göre yapılan yardımlar;¹⁴⁵

- Çocuk Parası; her aileye, çocuk sayısına bağlı olarak, değişen miktarlarda, peşin vergi iadesi olarak ödenen yardımlardır.
- Nafaka Avansı; çocuğunu yalnız yetiştiren ebeveynin, diğer ebeveyninden nafaka alamaması veya düzenli alamaması durumunda, çocuk 12 yaşına gelene kadar yapılan yardımdır.
- Ebeveyn Parası; doğumdan sonra çocuklarının bakımını bizzat yapmak için çalışma saatini azaltan ebeveynlerin, 14 aya kadar aldığı yardımlardır.
- Konut Parası; ödediği kirası gelirine göre belirli bir oranın üstünde olan kişilerin, kira ödemeleri için aldığı yardımlardır.
- Sosyal Tazminat; toplumun sorumluluğu kapsamında olan bir olay nedeniyle sağlık açısından zarar gören (gazi gibi) ve vefat eden kişilerin kendilerine veya geride kalan ailelerine yapılan yardımdır.
- Mültecilere Yapılan Yardımlar; yiyecek, barınma, ısınma, giysi, sağlık gibi hayatını devam ettirmek için gerekli olan ihtiyaçların giderilmesine yönelik yardımlardır.

1.1.2.3. Almanya’da Uygulanan Sosyal Sigortalar

Sosyal sigortalar; yasal hastalık sigortası, yasal kaza sigortası, yasal emeklilik sigortası, işsizlik sigortası ve bakım sigortası olmak üzere 5’ e ayrılmaktadır.

Yasal Hastalık Sigortası; sigorta kapsamındaki kişi ve ailesinin sağlığı için gerekli asgari medikal tedavilerin tümünü karşılar. Sadece mesleki hastalık ve kazalar kapsam dışıdır. Bu tip kazalar yasal kaza sigortası kapsamına girmektedir. Aylık geliri

¹⁴⁵ Işık, a.g.e., s. 64-71.

450 Euro ve yıllık geliri 54.900 Euro nun altında olan kişiler zorunlu olarak bu sigorta kapsamına alınmaktadır.¹⁴⁶

Yasal Kaza Sigortası; mesleki hastalık ve kazalar için tüm tedavi ödemelerini kapsar. Bu gibi durumlarda kişiye veya geride kalanlara para yardımında bulunur. Ayrıca mesleki ve sosyal uyum asistanlığı hizmetleri de verilmektedir.¹⁴⁷ Kendi işine sahip olan kişiler için bu sigorta kolu zorunlu değildir. Bu kişiler isterlerse gönüllü olarak sisteme kayıtlı olabilirler.¹⁴⁸

Yasal Emeklilik Sigortası; yaşlılık ve iş gücü kaybı nedeni ile sigortalı kişilere, emeklilik dönemleri geldiğinde, emekli aylığı bağlamaktadır. Bunun dışında ölüm ve çocuk yetiştirme aylıkları, tıbbi ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri de verilmektedir.¹⁴⁹

İşsizlik Sigortası; sosyal sigorta niteliğinde işsizlik yardımında bulunmaktadır. Bunun dışında kişilerin iş bulması için danışmanlık mesleki yönlendirme, rehabilitasyon ve eğitim konularında da sigortalılara destek olunmaktadır.¹⁵⁰

Bakım Sigortası; Fiziksel, zihinsel veya psikolojik hastalıklardan veya engellerden dolayı günlük aktivitelerini devam ettiremeyen kişilere bakım hizmeti sağlamaktadır. Sunulan hizmetlerin arasında kişisel bakım (vücut temizliği, ağız ve diş temizliği vb.), beslenme, hareketlilik (yürüme, kıyafet değiştirme, merdiven çıkma, yataktan kalkma gibi), ev yardımı (alışveriş, temizlik vb.) bulunmaktadır.¹⁵¹

Tablo 4. Sosyal Sigorta Kollarındaki Sigortalı Sayıları Milyon

	1990	2010	2011	2012	2013
Yasal Emeklilik Sigortası	24,1	33,8	35,4	35,5	-
Yasal Hastalık Sigortası	-	69,8	69,6	69,7	69,9
Bakım Sigortası	-	69,8	69,6	69,7	69,9
Yasal Kaza Sigortası	41,13	61,8	62,3	62,3	-
İşsizlik Sigortası	-	1,02	0,83	0,85	-

Kaynak: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V, Statistical Yearbook of German Insurance 2014, Hamburg, 2014, s.115-119.

¹⁴⁶ Federal Ministry of Labour und Social Affairs, Social Security at a Glance, 2015, s. 74.

¹⁴⁷ Koçer, a.g.e., s. 25.

¹⁴⁸ Federal Ministry of Labour und Social Affairs, a.g.e., s. 62.

¹⁴⁹ Koçer, a.g.e., s. 25.

¹⁵⁰ Koçer, a.g.e., s. 25.

¹⁵¹ Federal Ministry of Labour und Social Affairs, a.g.e., 2015, s. 82.

Almanya nüfusu 2012 yılı resmi kayıtlarına göre 80.425.823'tür. Tablo 4'de belirtilen rakamlara göre 2012 yılı nüfusunun % 86,7'si yasal hastalık ve bakım sigortası, % 77,5'i yasal kaza sigortası kapsamındadır. Yasal emeklilik sigortası ve bakım sigortasında az da olsa her yıl artış gözlenmektedir. İşsizlik sigortası oranındaki düşüş dikkate alındığında ise Almanya'daki işsizlik oranında her yıl azaldığı söylenebilmektedir.

1.1.3. Almanya Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı

Alman sosyal güvenlik sistemi, iş kazası primleri hariç olmak üzere işçi ve işverenden alınan primler ile finanse edilmektedir. İş kazası primleri ise tamamen işverenden tahsil edilmektedir.¹⁵²

Tablo 5. Sosyal Sigortalar Prim Oranları

Sosyal Sigorta Dalı	İşçi Payı	İşveren Payı	Toplam Prim Oranı
Hastalık Sigortası	% 7,30	% 7,30	% 14,60
Emeklilik Sigortası	% 9,35	% 9,35	% 18,70
Kaza Sigortası	-	İşin Risk Derecesine göre değişmektedir	-
İşsizlik Sigortası	% 1,50	% 1,50	% 3,00
Bakım Sigortası	% 1,175	% 1,175	% 2,35

Kaynak: <http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2015.html>

Tablo 5'te görüleceği üzere işçi ve işveren payı % 50 - % 50 olarak ayarlanmıştır. İşçiye düşen prim payı, gelirin yaklaşık % 20'si kadardır. Sosyal güvenlik sistemi kapsamında sunulan beş sigorta kolu için, işçi ve işverenden aynı oranda alınması şartı ile, aylık gelirin; hastalık sigortası için % 7,30'u, emeklilik sigortası için % 9,35'i, işsizlik sigortası için % 1,5'i ve bakım sigortası için % 1,175'i oranında prim alınmaktadır. Kaza sigortası için ise işin risk derecesine bağlı olarak sadece işverenden prim alınmaktadır. İşçi ve işverenden alınan primler dışında, devletin katkı sağladığı alanlarda vardır. Vergiler ile finanse edilen aile yardımları buna örnek olarak verilebilir.

¹⁵² Koçer, a.g.e., s. 22-23.

Tablo 6. Almanya Sosyal Güvenlik Harcamaları ve Finansman Kaynakları

Sosyal Güvenlik Harcamaları				
	2000	2010	2011	2012
Toplam (Milyar Euro)	608.5	764.6	768.1	785.4
GSMH İçindeki Pay	26,2%	26,8%	25,5%	25,4%
Finansman Kaynakları ve Payları				
Sosyal Güvenlik Primleri	65,6%	61,6%	63,1%	63,6%
Devlet Katkısı	32,1%	36,7%	35,2%	34,6%
Diğer	2,3%	1,8%	1,7%	1,8%
Sigorta Dallarına Göre Harcamalar (Milyar Euro)				
Emeklilik Sigortası	214.0	242.6	244.7	249.2
Sağlık Sigortası	133.7	176.0	179.6	184.3
Bakım Sigortası	16.67	21.45	21.92	22.94
Kaza Sigortası	-	14.40	14.32	14.56
İşsizlik Sigortası	50.47	45.21	37.52	34.84

Kaynak: Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.,
Statistical Yearbook of German Insurance 2014, Hamburg, 2014, s.114-120.

2012 Yılında Almanya'nın sosyal güvenlik harcamaları için ayırdığı bütçe toplamı Tablo 6'da belirtildiği gibi % 25,4'tür. Bu bütçenin % 64,4'ü emeklilik, sağlık, bakım, kaza ve emeklilik sigortaları harcamaları için kullanıldığı görülmektedir. Geriye kalan % 35,6 ise diğer yardımlar için kullanılmıştır.

Sigortalar arasında ise en çok harcama yüksek oranlı farkla emeklilik ve sağlık sigortalarında görülmektedir. Ayrıca her iki alanda da harcamaların yıllara göre, diğer branşlara nazaran daha hızlı arttığı görülmektedir.

2012 Yılı için sosyal güvenlik bütçesi % 63,6 oranıyla sosyal sigorta primlerinden elde edilmektedir. Bunun dışında % 34,6'sını devlet katkısı ve % 1,8'ini diğer gelirler oluşturmaktadır.

Tablo 7. Sosyal Güvenlik Harcamalarının Gayri Safi Milli Hasıla İçindeki Payı (%)

Ülkeler	2005	2009	2010	2011	2012	2013
Fransa	29,6	31,5	31,7	31,4	31,5	32
Belçika	25,6	29,1	28,8	29,4	30,3	30,9
Finlandiya	25	28,3	28,7	28,3	29,4	30,6
Danimarka	27,3	29,7	29,9	30,1	30,2	30,2
İtalya	24,9	27,8	27,8	27,5	28,1	28,7
Avusturya	26,8	28,6	28,6	27,7	27,9	28,3
İsveç	28,7	29,4	27,9	27,2	27,7	28,2
İspanya	20,9	26,1	26,7	26,8	27,1	27,3
Portekiz	22,8	25,3	25,2	24,8	24,8	25,8
Almanya	27	27,6	26,8	25,5	25,4	25,6
Hollanda	21,8	23,1	23,7	23,5	24,1	24,6
Yunanistan	21,1	24,4	24,2	25,7	26,1	24,3
İngiltere	20,2	23,9	22,8	22,7	23	22,5
Macaristan	22,3	24,7	23,5	22,6	22,3	22,1
Norveç	21,1	22,8	22,4	21,8	21,7	22
İrlanda	15,8	23,4	23,3	22,3	22	21,9
Polonya	20,7	20,7	20,7	20,1	20,1	20,7
İsviçre	19,4	19,7	19,5	19,3	19,7	19,9
Avustralya	16,4	17,4	17,2	17,8	18,3	19
Amerika	15,5	18,5	19,3	19	18,7	18,6
Kanada	16,2	18,5	17,9	17,4	17,4	17,2
İzlanda	16,3	18,5	17,9	18,1	17,5	17,1
İsrail	16	15,8	15,7	15,6	15,5	15,5
Türkiye	9,7	13,2	12,6	12,2	12,3	12,5
Kore	6,5	9,4	9	9	9,6	10,2
Şili	8,7	11,2	10,5	10,1	10,2	10

Kaynak: https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG

Tüm bunların dışında, bazı dünya ülkelerinin sosyal güvenlik için ayırdığı bütçelerin GSMH içindeki payına bakıldığında, Almanya'nın üst sıralarda yer aldığı görülmektedir. Burada dikkat çeken diğer bir husus 2005 yılından 2013 yılına kadar Almanya'nın sosyal güvenlik harcamaları için ayırdığı bütçede yaşanan düşüştür. 2005 yılında 4. sırada yer alan Almanya, 2013 yılında 10. sıraya gerilemiştir.

1.1.4. Almanya Sosyal Güvenlik Sistemi Denetim Birimi¹⁵³

Almanya hükümeti Temmuz 2003'te kayıt dışı istihdamı tespit ve mücadele için yeniden düzenleme yapmaya karar vermiştir. İlegal İstihdamla Mücadele kanununun

¹⁵³ Helga Dekker vd., Joining Up in The Fight Against Undeclared Work in Europe, Amsterdam, 2010, s. 13.

revizyonları sırasında Finans ve Kaçak İş Kontrol Dairesi (Finanzkontrolle schwarzarbeit-FKS) kuruldu. Bu kurum Federal Maliye Bakanlığına bağlı olarak çalışmakta ve 3 alt birimden oluşmaktadır.

- Önleme Birimi: Bu birim, kayıt dışı istihdamın piyasada ortaya çıkan her türlü belirtisini takip etmekte ve rastgele denetimler yapmaktadır.
- Belirleme Birimi: Tüm kanuni soruşturmalardan ve ceza biriminin yetki alanı dışında kalan başlangıç prosedürlerinden sorumludur.
- Ceza Birimi: Hiçbir saha çalışması gerektirmeyen tüm özet işleri takip etmektedir. Aynı zamanda yolsuzlukları belirlemek için, işverenler ya da sosyal güvenlik ajanslarının kullandıkları farklı verileri analiz etmektedir. Son olarak, FKS'nin her türlü işlemlerine ilişkin itirazları sonuçlandırmaktadır.

1.2. Almanya Sosyal Sağlık Sigortası Sisteminin İncelenmesi

1.2.1. Almanya Sosyal Sağlık Sigortasının Temeli, Özellikleri ve Kapsamı

Sosyal sağlık sigortası Bismarck döneminde 1883 yılında sadece işçiler için başlatılmış olup, tüm dünyada yürürlüğe alınan ilk sosyal sigorta koludur. Yasal sağlık sigortası olarak adlandırılan sosyal sağlık sigortasının ilk dönemlerinde nüfusun sadece % 10'u kapsamdayken, günümüzde bu oran % 85'e çıkmıştır.¹⁵⁴

Temel ilkeleri dayanışma, yerellik ve korporatizme dayanmaktadır.¹⁵⁵

Sağlık sigortası sistemi Almanya'da tamamı ile düzenlenmiş yapıdadır.¹⁵⁶ Uluslararası düzeyde yapılan karşılaştırmalarda sistemin aşağıdaki özellikleri dikkat çekmektedir;¹⁵⁷

- Neredeyse nüfusun tamamı sigorta kapsamındadır.

¹⁵⁴ Koçer, a.g.e., s. 35.

¹⁵⁵ Elliot Bidgood (der.), Healthcare Systems: Germany, Civitas, 2013, s. 1.

¹⁵⁶ Andree Ehlert vd., "Cost Containment and Managed Care: Evidence from German Macro Data", University of Lüneburg Working Paper Series in Economics, No.284 (Ekim 2013), s. 4.

¹⁵⁷ A.g.e., s. 4-5.

- Halkın çoğunluğu yasal, azınlığı özel sigorta kapsamındadır.
- Yeniden düzenlenmiş katılım payları mevcuttur.
- Halk hizmet sağlayıcılarını kendisi seçebilmektedir.
- Hizmet sağlayıcılarının geri ödemeleri, hizmet başına veya kişi başı sabit oranlarla yapılmaktadır.
- Her bir hizmet sağlayıcısı için üst bütçe sınırlaması bulunmaktadır.

Alman sağlık sisteminin ana prensipleri ise; çalışan bazlı teminat, katkı temelli finansman, farklı şekillerde ve tamamen kendi içlerinde yönetilen hastalık havuzlarının varlığı ve özel ya da zorunlu yasal sigortadan oluşan karma sağlık sistemidir.¹⁵⁸

Yasal sağlık sigortasında dayanışma temel ilkedir. Primlerin belirlenmesi sırasında kişinin sadece geliri dikkate alınırken; ailesi, yaşı, hastalanma sıklığı, cinsiyeti gibi özel durumları dikkate alınmamaktadır. Sistemde gelirli yüksek olan kişiler, düşük olan kişilere kıyasla daha az ödeme yaparken, sağlıklı kişilerde hastalara destek olmaktadır. Ancak her sigortalı aynı şartlarda aynı hizmetleri alma hakkına sahiptir.¹⁵⁹

Yıllık geliri belirli bir limitin altında olan çalışanlar zorunlu olarak yasal sağlık sigortası kapsamına alınmaktadır. 2015 yılı için yıllık gelir limiti 49.500 € olarak belirlenmiştir. Bu kişiler talep etmeleri halinde, isteğe bağlı olarak, yasal sağlık sigortası kapsamında kalabilirler. Yıllık geliri 450 €'nun altında olan kişiler ise prim ödemesinden muaf olarak sigorta kapsamına alınmaktadır.¹⁶⁰ Ancak 1 Ocak 2009'dan itibaren yasal sağlık sigortası gelir eşiğini 3 yıl üst üste aşan kişiler, isteğe bağlı olarak sisteme katılmadığı durumda özel sağlık sigortası yaptırmak zorundadır.¹⁶¹ Anlaşılacağı üzere tüm Alman vatandaşları, yasal veya özel bir sağlık sigortasına sahip olmak zorundadır.¹⁶² Özel sağlık sigortasını seçen kişiler sadece

¹⁵⁸ Max Planck Institute for Foreign and International Social Law, a.g.e., s. 13.

¹⁵⁹ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 10.

¹⁶⁰ Federal Ministry of Labour and Social Affairs, a.g.e., s. 75.

¹⁶¹ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 121.

¹⁶² Koçer, a.g.e., s. 35.

belirli durumlarda yasal sağlık sigortasına geri dönebilirler.¹⁶³ Günümüzde nüfusun % 11'i özel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.

% 85'i yasal, % 11'i özel sağlık sigortasında yer alan nüfusun geri kalan % 4'ü ise mesleki sigorta kolları (askerler, madenciler ya da tarım gibi) kapsamındadır.

Aynı sağlık yardımları için hak kazanma süresi öngörülmemiştir. Teorik olarak, sağlık yardımlarından yararlanmanın süre olarak bir kısıtlaması yoktur. Ancak kişi sigorta kapsamından çıktığı anda yardımlar sona ermektedir.¹⁶⁴

Yasal sağlık sigortası sadece Almanya sınırları içerisinde geçerli olmakla birlikte, acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda Avrupa Birliği, Avrupa Ekonomik Alanı'na üye ülkeler ve Almanya'nın ikili sosyal güvenlik anlaşması imzaladığı ülkelerde de geçerlidir.¹⁶⁵

Yasal sağlık sigortası, sigorta kapsamındaki kişilerin ve ailelerinin sağlık giderlerini karşılamakta olup, iş kazaları ve meslek hastalıklarını kapsam dışında bırakmıştır. Bu giderler yasal kaza sigortası kapsamında değerlendirilmektedir. İşçiler ve meslek eğitimi almak için ücretli olarak çalışan kişiler dışında sigorta kapsamındaki kişiler aşağıda belirtilmiştir.¹⁶⁶

- Devlet yükseköğrenim kurumları ile devletçe tanınan yükseköğrenim kurumlarındaki öğrenciler,
- İkinci eğitim yolu stajyerleri ve eğitim görenleri,
- İş hayatlarının 2. yarısında yasal hastalık sigortasında üye ya da aile ferdi olarak çoğunlukla sigortalı olan emekliler,
- Resmen tanınmış bir atölyede çalışan ya da iş hayatına katılım için öngörülen programlara katılan engelli insanlar,
- İşsizlik parası veya işsizlik parası II alan işsizler,
- Tarım işletmecileri,
- Tarım işletmelerinde bu işi esas meslek olarak yapan aile üyeleri (eğer bunlar en az 15 yaşını doldurmuş veya işletmede meslek eğitimi görüyorlarsa,)

¹⁶³ Federal Ministry of Labour and Social Affairs, a.g.e., s. 75.

¹⁶⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu, Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik, Ankara, 2012, s. 50.

¹⁶⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu, Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik, Ankara, 2012, s. 39.

¹⁶⁶ Federal Ministry of Labour and Social Affairs, a.g.e., s. 74.

- Yaş dolayısıyla yarı zamanlı çalışanlar,
- Sanatçılar Sosyal Sigorta Yasası'na göre sanatçılar ve yayıncılar.

2012 yılı dağılımına göre yasal sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin; % 35'i zorunlu üyelerden, % 18'i zorunlu üyelerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, % 21'i emeklilerden, % 2'si emeklilerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden, % 5'i gönüllü üyelerden ve geriye kalan % 4'ü gönüllü üyelerin bakmakla yükümlü olduğu kişilerden oluşmaktadır.¹⁶⁷

1.2.2. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Organizasyon Yapısı

Alman sağlık sisteminde temel model karar mekanizmasını eyaletlere bölmektir. Sistemdeki ödeyici ve sağlayıcı organizasyonlar ise üyelik tabanlı ve kendi kendini yöneten birimlerdir.¹⁶⁸

Yasal sağlık sigortası; ulusal düzeyde federal sağlık bakanlığı ve parlamento, eyalet düzeyinde ise özel sağlık bakanlıkları veya bu bakanlığın bulunmaması durumunda çevre, çalışma ve sosyal işler bakanlığı tarafından yönetilmektedir.¹⁶⁹

Almanya yasal sağlık sigortası sistemi Sosyal Kod Kitabı V (SGB V) ile düzenlenmektedir. SGB V Federal seviyede, hizmetin sağlanması ve finansmanına yönelik kuralların belirlendiği kısımdır.¹⁷⁰

SGB V bölümleri aşağıda belirtilmiştir.

- Bölüm 1: Yasal Hastalık Sisteminin Temel İlkeleri
- Bölüm 2: Hastalık Fonlarına Zorunlu ve Gönüllü Üyelik
- Bölüm 3: Yasal Hastalık Sigortası Teminat Kapsamı ve İçeriği
- Bölüm 4: Hastalık Fonları ve Sağlık Çalışanları Arasındaki İlişkiler

¹⁶⁷ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 17.

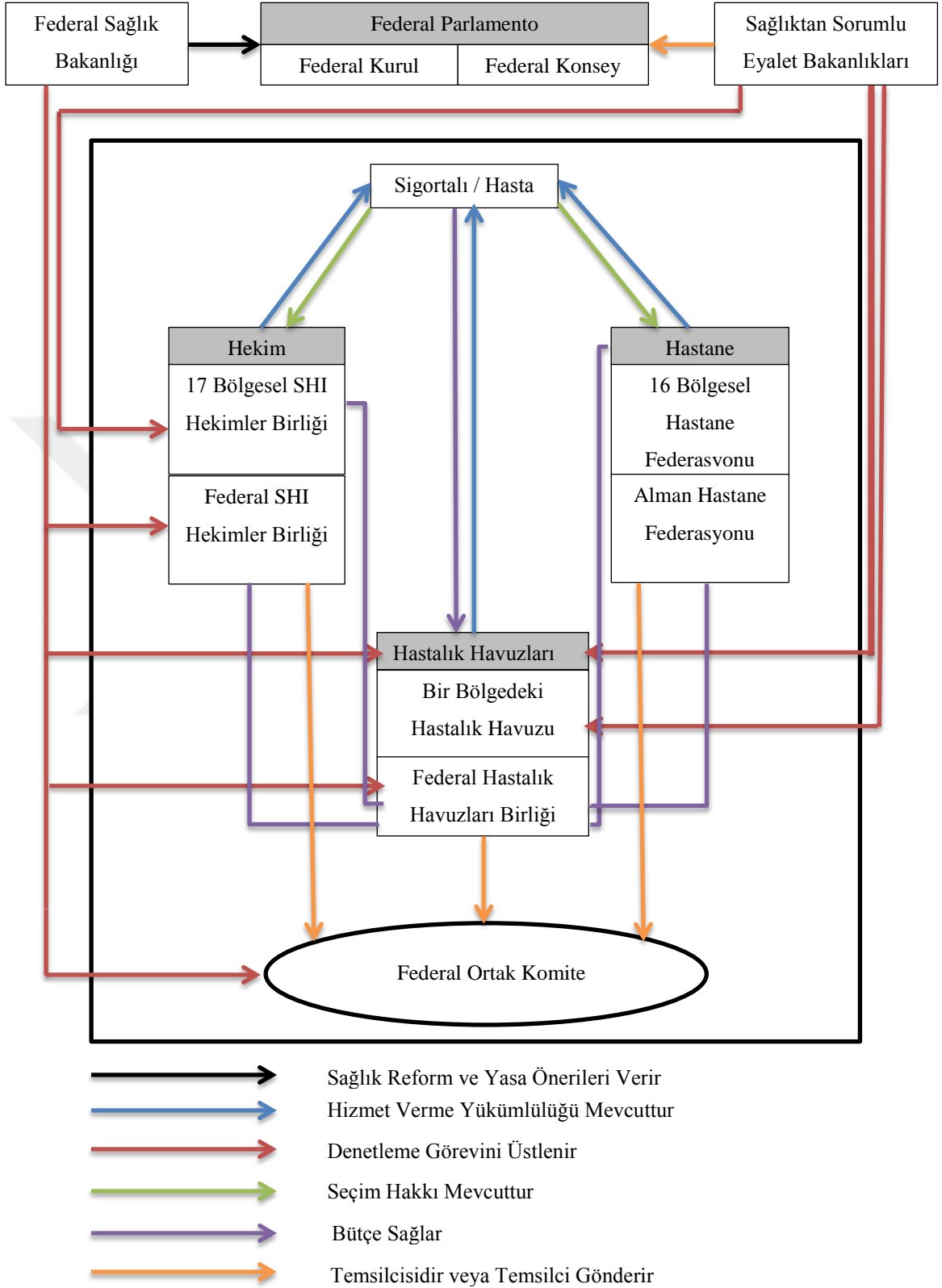
¹⁶⁸ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 17.

¹⁶⁹ Erhan Karagan, "Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması", (Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı Doktora Tezi), İstanbul, 2008, s. 50.

¹⁷⁰ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 58.

- Bölüm 5: Sağlık Sisteminin Gelişmelerinin Değerlendirilmesi için Danışma Kurulu
- Bölüm 6 ve 7: Hastalık Fonları ve Derneklerin Organizasyon Yapısı
- Bölüm 8: Finansman Mekanizmaları
- Bölüm 9: Yasal Hastalık Sigortası Değerlendirme Kurulu
- Bölüm 10: Sigorta ve Hasar Verileri/Veri Koruma ve Şeffaflık
- Bölüm 11: Para Cezaları ve Diğer Cezalar
- Bölüm 12: Almanya'nın Doğu Kesimine Özel Geçiş Hükümleri
- Bölüm 13: Diğer Geçiş Hükümleri





Şekil 3. Yasal Sağlık Sigortası Organizasyon Yapısı

Kaynak: Reinhard Busse ve Miriam Blümel, "Germany Health System Review", Health Systems in Transition, Vol.16, No.2 (2014), s. 18. derlenerek düzenlenmiştir

Şekil 3 te belirtilen Almanya sağlık sistemi aktörlerini federal, eyalet ve korporatist düzeylerde inceleyeceğiz.

1.2.2.1. Federal Düzey

Federal Kurul, Federal konsey ve Federal Sağlık Bakanlığı bu kapsamda yer almaktadır.

Federal Sağlık Bakanlığı yasal sağlık sigortası sisteminin kanunlarını hazırlayarak, Federal Kurul ve Konseyin yani Federal Parlamentonun onayına sunar. Bunların dışında çeşitli lisans verme ve denetim görevleri, bilimsel danışmanlık çalışmaları ve bilgi sağlama hizmetleri sunmaktadır.¹⁷¹ Federal Sağlık Bakanlığı kendi içinde 6 ana departmandan oluşmaktadır.¹⁷²

- Ana Departman: Avrupa ve Uluslar Arası Sağlık Sigortası
- Temel Sigorta Konuları
- İlaç, Tıbbi Cihazlar ve Biyoteknoloji
- Sağlık Hizmetleri Sunumu, Yasal Sağlık Sigortası
- Koruyucu Sağlık, Hastalıkların Kontrolü, Biyomedikal
- Uzun Süreli Bakım Sigortası

1.2.2.2. Eyalet Düzeyi

Alman siyasal sistemindeki federal yapı 16 eyalet hükümetinden oluşmaktadır. 16 eyaletin her birinin kendine ait sağlık bakanlıkları veya sağlıktan sorumlu farklı bakanlıkları bulunmaktadır. Tipik bir bakanlık içinde sağlık sorumlulukları genellikle

¹⁷¹ A. Erdal Sargutan, 84 Ülke ve Türkiyenin Karşılaştırmalı Sistemleri, 2010, s. 154.

¹⁷² Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 41.

dört ya da beş birim arasında bölünür. Örneğin Aşağı Saksonya eyaletinde sağlık bölümü aşağıdaki gibi ayrılmıştır.¹⁷³

- Halk Sağlığı Hizmetleri, Bulaşıcı Hastalıklar, Çevresel Hijyen, Afete Hazırlık ve Sivil Olağanüstü Hal Planlaması
- Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi, İlaç, Tıbbi Cihazlar, Biyoteknoloji
- İş Güvenliği, Ürün Güvenliği, Tüketicinin Korunması, Madde Kötüye Kullanımını Önleme
- Hastaneler
- Sağlık Uzmanları
- Psikiyatri

Eyalet düzeyindeki bakanlıklar hastane gereksinimleri için yapılan yatırımlardan sorumludur. Tıbbi teknoloji ve hastane binalarının yapımı gibi büyük ölçekli görevlerin yanında bina bakım ve onarımlarının finansmanından da sorumludurlar.¹⁷⁴

Eyaletlerin ikinci büyük sorumluluk alanı halk sağlığı hizmetleridir. Halk sağlığı hizmetleri; sağlık kuruluşlarında çalışanların denetimi, bulaşıcı hastalıkların izlenmesi ve önlenmesi, gıda, ilaç ya da uyuşturucu içeren ticari faaliyetlerin denetimi, çevresel hijyen, toplum temelli psikiyatri hizmeti, sağlık eğitim ve tanıtım hizmetleri ve okulların tıbbi teftişi sorumluluklarını da kapsamaktadır. 1970 den itibaren bu hizmetlerin yanında yetişkinler ve çocuklar için birçok önleyici tedbir, tarama programı ve check up gibi tedbirlerde özel uygulama hekimleri tarafından sağlanmaktadır. Buna ek olarak; eyaletler lisans seviyesinde tıp, dişçilik ve eczacılık eğitiminden, hekimlerin bölgesel birliklerinden ve yasal hastalık havuzlarının denetiminden de sorumludur.¹⁷⁵

¹⁷³ A.g.e., s. 43.

¹⁷⁴ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 60.

¹⁷⁵ A.g.e.

1.2.2.3. Korporatist Düzey

Sağlık hizmetleri sisteminin en belirgin özelliği devlete ait olmayan birliklere yetki devri yapılmış olmasıdır.¹⁷⁶ Yasal sağlık sigortası sistemi içinde korporatist düzey; sağlayıcı taraf olarak bölgesel ve federal doktor ve diş hekimleri birliklerinden, ödeyici taraf olarak ise hastalık havuzları ve hastalık havuzları birliğinden oluşur. Bu kurumlar yarı kamusal tüzel kuruluşlardır. Bu korporatist organlar bağımsız yönetime sahiptir.¹⁷⁷

1.2.2.3.1. Sağlayıcılar

Hastaları yasal sağlık sigortası kapsamında tedavi edebilmek için; akredite doktorlar, zorunlu üyelik ve demokratik olarak seçilmiş temsile dayalı olan bölgesel birlikler halinde düzenlenmiştir. Kuzey Ren-Vestfalya kalabalık bir eyalet olduğu için iki hekim birliğine, bunun dışındaki 15 eyalet ise birer hekim birliğine sahiptir. Bu birlikler “Yasal Sağlık Sigortası Doktorları Federal Birliği” olarak bilinen kuruluş tarafından federal düzeyde temsil edilmektedir. Dişçilerde aynı şekilde yapılanmıştır. Bölgesel dişçi birlikleri ve Yasal Sağlık Sigortası Dişçiler Birliği mevcuttur.¹⁷⁸

Alman sağlık sisteminde hekim ve diş hekimleri tarafından sağlanan ayakta tedavilerin yanında eczane hizmetleri de tamamen özel sağlayıcılara dayanmaktadır. Hastanelerin büyük çoğunluğu, kar amaçlı özel hastaneler dahil olmak üzere, devletin hastane gereksinimi planlamasına dahil edilmiş ve yasal sağlık sigortası kapsamında hastaları tedavi etme yönetmeliklerine tabidir. Sadece birkaç kar amaçlı özel hastane bu kapsamın dışındadır.¹⁷⁹

¹⁷⁶ Sargutan, a.g.e., 2010, s. 152.

¹⁷⁷ A.g.e., s. 43.

¹⁷⁸ A.g.e., s. 44.

¹⁷⁹ A.g.e., s. 54.

Tablo 8. Özel ve Devlet Hastaneleri Yatak Sayıları

Yıl	Devlet		Kar Amacı Olmayan		Kar Amaçlı		Toplam
	Yatak Sayısı (Bin)	Toplamda ki Payı (%)	Yatak Sayısı (Bin)	Toplamda ki Payı (%)	Yatak Sayısı (Bin)	Toplamda ki Payı (%)	Yatak Sayısı (Bin)
1991	367	61,4	207	34,6	24	4	598
2000	284	54,2	201	38,4	39	7,4	524
2004	256	52,2	180	36,7	54	11	490
2010	223	48,3	164	35,5	75	16,2	462
2012	218	47,5	162	35,2	79	17,2	458
Değişim	-41%		-22%		229%		-23%

Kaynak: Reinhard Busse ve Miriam Blümel, "Germany Health System Review", Health Systems in Transition, Vol.16, No.2 (2014), s. 54.

Almanya Tablo 8 de görüleceği üzere; devlet hastanesi, kar amacı olmayan ve kar amacı ile kurulmuş hastanelerden oluşan bir hastane sistemine sahiptir. 1991 yılından 2012 yılına kadar sadece kar amacı olan hastane yatak sayılarında artış yaşanmıştır. Devlet hastanelerinde yatak sayısı % 41 oranında, kar amacı olmayan hastanelerde % 22 oranında azalmıştır. Tüm bunlara rağmen kar amacı ile kurulan hastanelerin yatak sayısı % 229 oranında artmış yatak sayısı 24 binden 79 bine yükselmiştir. Bu artışın en büyük sebebi kamuya ait hastanelerin devri olarak gösterilmektedir.

1.2.2.3.2. Ödeyiciler

Alman sağlık sisteminde ana ödeyici elemanlar hastalık havuzlarıdır. 1 Ocak 2014 tarihinde var olan 132 hastalık havuzu, 69,9 milyon kişiyi yasal sağlık sigortası kapsamına alıyordu. Hastalık havuzları arasında en büyük üç tanesi tüm sigortalıların üçte ikisini kapsamaktadır.¹⁸⁰ Hastalık havuzları aşağıda belirtilen şekilde 6 ya ayrılmaktadır.¹⁸¹

- Genel Bölgesel Havuzlar (AOK-Nüfusun 3 te birini kapsamaktadır.)
- Şirket Tabanlı Havuzlar (BKK-Nüfusun 5 te birini kapsamaktadır.)
- Meslek Birliği Havuzları (IKK)

¹⁸⁰ Sargutan, a.g.e., 2010, s. 45.

¹⁸¹ Elliot Bidgood (der.), a.g.e., s. 3.

- Tarım Havuzları (LKK)
- Madenciler, Tren Yolu Çalışanları ve Denizci Havuzları
- Yedek Havuzlar (Ersatzkassen)

Hastalık havuzları federal düzeyde “Hastalık Havuzları Federal Birliği” tarafından temsil edilmektedir.¹⁸² Bu kurumlar kar amacı olmayan kuruluşlardır. Hastalık havuzları; işçi ve işveren arasında paylaştırılmış olan zorunlu katkı paylarını toplar. 1 Ocak 2009’dan beri yasal hastalık sigortası katkıları Merkezi Tahsisat Havuzuna alınmakta ve oradan bölgesel havuzlara dağıtılmaktadır.¹⁸³ Hastalık havuzları için hizmetlerin hizmet sunucularından satın alınması ve sunuculara ödemelerin yapılmasından sorumlu yönetsel ve finansal açıdan bağımsız kuruluşa denilebilir.¹⁸⁴

Yasal sağlık sigortalarında hekim ödemeleri, hastalık havuzları tarafından hekimler birliklerine topluca yapılır. Hekimler birliği ise kişi başı kriterlere göre bu bütçeden hekimlere ödeme yaparlar.¹⁸⁵

1.2.3. Almanya’nın Demografik Özellikleri ve Sağlık Sistemine Etkileri:

Yaşam süresinin artmasıyla geriatrik hizmetlere, kronik hastalıkların önlenmesine, kontrolüne ve uzun dönem bakım hizmetlerine daha çok önem verilmesi gerekmektedir.¹⁸⁶ Alman yasal sağlık sisteminde primler gelire bağlı olarak toplanmaktadır. Emeklilerin primleri sağlık giderlerini karşılayacak durumda olmasa da dayanışma ilkesi ile ilerleyen bu sistem sayesinde çalışanların primleri ilgili giderlere destek olmaktadır. Ancak nüfusun yaşam süresinin artması sonucu; 1990 yılında dört çalışan bir emeklinin giderlerini karşılarken, 2010 yılında bu sayı üç kişiye düşmüş olup 2030 da ise iki kişiye düşeceği öngörülmektedir. Sonuç olarak artan emekli giderlerini, azalan çalışan nüfusun karşılaması gerekecektir.¹⁸⁷

¹⁸² Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 45.

¹⁸³ A.g.e., s. 47.

¹⁸⁴ Erhan Karagan, a.g.e., s. 54.

¹⁸⁵ A.g.e., s. 55.

¹⁸⁶ Sargutan, a.g.e., s. 150.

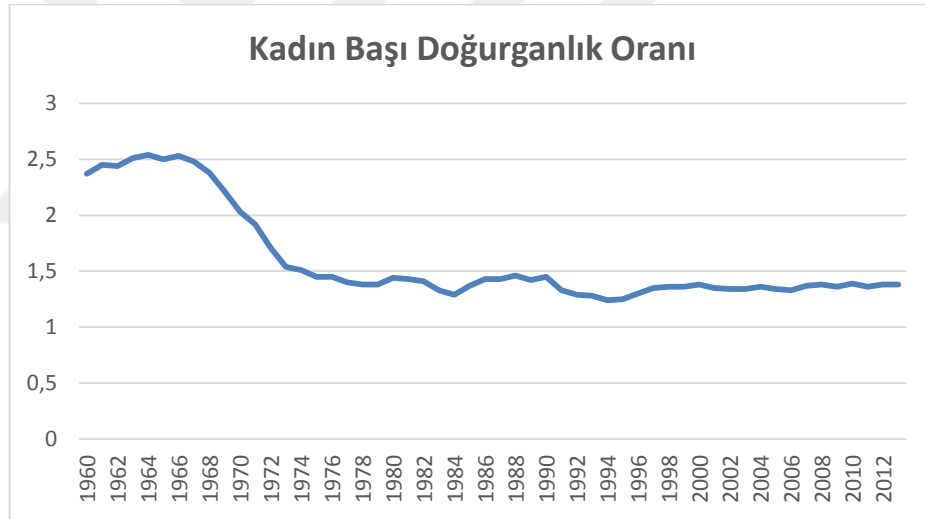
¹⁸⁷ Yrd. Doç. Dr. Kemal Yaman, “Alman Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Finansman Prensipleri”, Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, S.24 (2014), s. 286.

Tablo 9. Beklenen Yaşam Süresinin Yıllara Göre Değişimi

Yıl	Doğuştaki Yaşam Beklentisi (Yıl)			60 Yaş için Yaşam Beklentisi (Yıl)			Sağlıklı Yaşam Beklentisi (Yıl)		
	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek	Toplam	Kadın	Erkek
2013	81	83	79	24	25	22	71	73	69
2012	81	83	78	24	25	22	71	73	69
2000	78	81	75	22	24	20	69	71	67
1990	76	79	72	20	22	18	-	-	-

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.LT62050?lang=en>

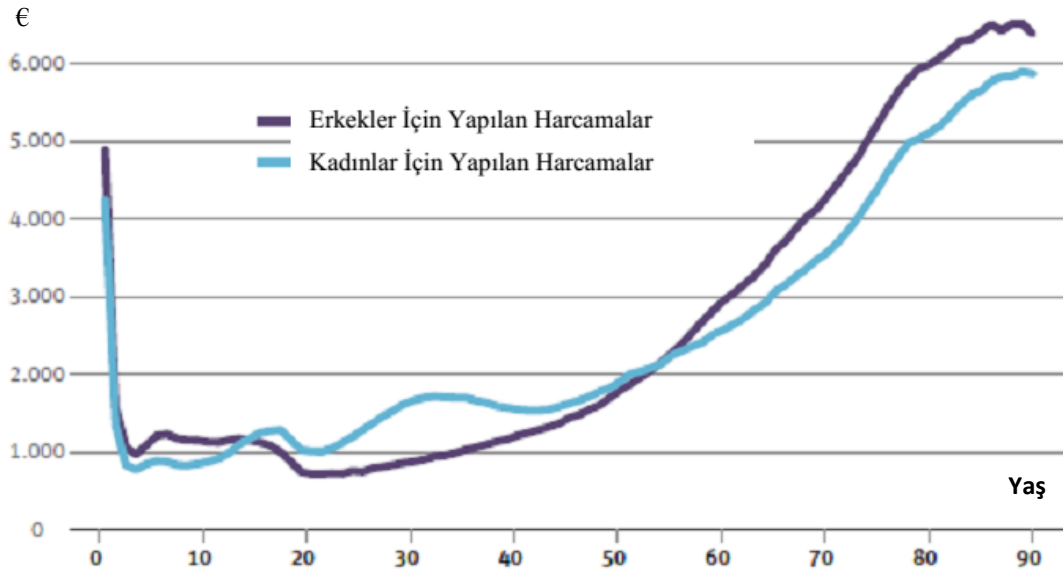
Tablo 9’da görüleceği üzere 1990-2013 yılları arasında doğumda yaşam beklentisi 5 yıl artmıştır. Bu süre; kadınlarda 4, erkeklerde ise 7 yıldır. Bununla beraber sağlıklı yaşam beklentisi de artmaktadır. Gelişen teknoloji bunun en önemli sebeplerinden biridir.



Şekil 4. Yıl Bazında Almanya Doğurganlık Oranı

Kaynak: <http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&type=metadata&series=SP.DYN.TFRT.IN#>

Hızla artan yaşam beklentisinin yasal sağlık sigortası üzerinde bu kadar etkili olmasının diğer bir sebebi ise gelişen toplumla beraber azalan doğurganlık oranıdır. Şekil 4’te görüleceği üzere doğum oranı 1965’li yıllarda kadın başı 2,5 doğumun üzerindeyken günümüzde bu sayı 1,3’e kadar gerilemiştir.



Şekil 5. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sağlık Kullanımlarının Yaşa Bağlı Kullanım Artışı

Kaynak: Prof. Dr. Bruno Schönfelder ve Dr. Frank Wild, “Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung”, Wissenschaftliches Institut der PKV, Köln, 2013, s. 7.

2008 yılında yapılan sağlık harcamalarının % 48’ini 65 yaş ve üstü, % 46’sını 15-64 yaş arası ve % 6’sını 0-15 yaş arası sigortalılara aittir. 65 yaş üstü kişiler nüfusun % 20’sini, 15-64 yaş arası kişiler ise nüfusun % 66’sını oluşturmasına rağmen en çok tıbbi gider 65 yaş üstü nüfusun sağlık harcamalarından kaynaklanmaktadır.¹⁸⁸

Şekil 5’te 2013 yılına ait yaşa bağlı kullanım tutarları belirtilmiştir. 20 ve 40 yaşları arasında kadınların kullanım tutarının erkeklerden yüksek olması doğum giderleri ile açıklanabilir. Fakat genel kullanıma bakıldığında zaman en yüksek tutarlar yeni doğan ve 60 yaş üstünde görülmektedir. Yeni doğan oranı azalırken artan yaşam beklentisi, yaşlılık döneminde artan kullanımlar için tedbir alınmasını gerektirmiştir.

1.2.4. 2004 ve 2007 Yıllarında Almanya’da Uygulanan Sağlık Reformları

2004 Modernizasyon Yasası ve 2007 Rekabeti Güçlendirme Yasası Alman sağlık sistemini etkileyen en önemli reformları içermektedir.

¹⁸⁸ Yaman, a.g.e., s. 282.

Almanya’da yasal sağlık sigortası sistemi, toplam sağlık harcamalarının kabaca % 58’ini finanse etmektedir. Sağlık harcamaları; demografik değişiklikler, teknolojik gelişmeler ve sistemdeki verimsizlikler nedeniyle artmaktadır. Bunun sonucunda sigorta prim oranları da arttırılmaktadır.¹⁸⁹ Sigorta primlerinin 2001 yılında 13,5 iken 2003 yılında % 14,3’e yükselmesi, sağlık hizmetlerinde algılanan eksiklikler ve kaliteli hizmet verme isteği sebebi ile 2004 Modernizasyon yasasına ihtiyaç duyulmuştur. İlgili yasa ile beraber 2004 yılında ilaç endüstrisinde toplam 1,5 Milyar €, 2007 de ise 3 milyar € tasarruf elde edilmiş ve yasal sağlık sigortası sistemde önemli derecede birikim sağlanmışır.¹⁹⁰ Bu reformun en önemli etkisi doktor muayenelerine getirilen katkı payı ile gereksiz kullanımı azaltmak olarak görölmektedir.¹⁹¹

2004 Modernizasyon Yasasının Getirdiği Yenilikler;¹⁹²

- Reçetesiz ilaç, gözlük ve hasta nakillerinin bazı çeşitleri yasal sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılmışır.
- Sigortalı katılım payları düzenlenmiştir. (Bkz. Yasal Sağlık Sigortasının Finansmanı)
- Sigortalı yararına katkı payı değişimi: İlgili yasadaki asıl amaçlardan biri de eşit oranlara işveren ve işçi tarafından ödenen yasal sağlık sigortası kapsamından çıkarılan diş protezlerini sadece işveren tarafından karşılanan özel tamamlayıcı sigorta ile finanse etmektir.
- Tezgah üstü ilaçlar kapsam dışı bırakılmışır.
- Referans ilaç fiyatları yeniden belirlenmiştir. (Bkz. Referans İlaç Uygulaması)

2004 Modernizasyon Yasasından beklenen diğer bir fayda ise yasal sağlık sigortası prim oranlarının düşürölmesi ile işgücü maliyetlerinin azaltılmasıdır.¹⁹³

2007 Rekabeti güçlendirme yasasının getirdiği yenilikler;

¹⁸⁹ Baris Avgurzky vd., “Copayments in the German Health System: Does It Work?”, IZA Discussion Paper Series, No.2290 (Eylül 2006), s. 2-3.

¹⁹⁰ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 239.

¹⁹¹ Baris Avgurzky vd., a.g.e., s. 1.

¹⁹² Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 239-241.

¹⁹³ Yaşar, a.g.e., s. 162.

- **Merkezi Tahsis Havuzunun Oluşturulması:** Merkezi tahsis havuzu ilgili yasanın kalbidir. Bu havuz sayesinde hastalık havuzları arasında şeffaflık ve rekabet artışı sağlanmıştır. Diğer taraftan çok eleştirilen idari masraflarında önüne geçilmiştir. Temel amaç yasal sağlık sigortası primleri ile risk ayarlamalı hastalık havuzlarını birbirinden ayırmaktır.¹⁹⁴
- **Yasal Sağlık Sigortası Prim Oranlarını Standartlaştırma:** 2009'dan beri hastalık havuzları kendi primlerini ayarlayamamaktadır. Toplanan tüm katkı payları direkt Merkezi Tahsis Havuzuna gitmektedir. Rekabeti artırma yasası kapsamında prim oranlarını Federal Hükümetin belirlemesine karar verilmiştir. Federal hükümet prim oranlarını belirlerken Merkezi Tahsis Havuzunun tüm sağlık giderlerinin % 75'ini karşılayabilecek durumda olması önemli bir kriterdir. Hastalık havuzları belirlenen prim oranlarına ancak tamamlayıcı prim veya prim limitinin % 1'ini aşmayacak şekilde ek katkı yükleyebilirler.¹⁹⁵
- **Risk Yapısı Tazminat Planı Düzenleme ve Geliştirilmesi:** Merkezi Tahsis Havuzunun, Risk Yapısı Tazminat Planı üzerindeki etkisi büyüktür. Bir önceki planın aksine morbidite odaklı plan sosyodemografik faktörlerin yanı sıra 80 ciddi, kronik ve yoğun maliyetli hastalıkları da dikkate almaktadır. Böylelikle morbidite, yaş ve cinsiyete bağlı ek katkı alınabilmektedir. Yeni planın oluşturulmasındaki amaç sigorta havuzları için riskli kişilerin kapsama alınabilmesini tercih edilmez bir durum olmaktan çıkartmak ve bu kişilerin iyi hizmet alabilmesini sağlamaktır.¹⁹⁶
- **Özel Sigorta için Standart Tarife Uygulaması:** 2009 yılı itibariyle özel sağlık sigortasında "standart tarife" adı altında yasal sağlık sigortası ile kıyaslanabilir, risk ek primi olmayan bir plan sunulması zorunludur. Temel tarife özellikle yasal sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılan veya bireysel riskleri yüzünden primleri yüksek olan kişiler için tasarlanmıştır. 2010 yılı sonu itibariyle 21.000 kişi (nüfusun % 0,25'i) bu teminattan faydalanmaktadır.¹⁹⁷

¹⁹⁴ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 248.

¹⁹⁵ A.g.e.

¹⁹⁶ A.g.e., s. 248-249.

¹⁹⁷ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 248-249.

- **Aktif Yaşam Rezervlerinin Aktarılması:** 2009 yılından itibaren özel sağlık sigortası sağlayıcısını değiştiren kişilerin yaşlılık rezervleri geçiş yaptıkları şirkete taşınabilmektedir. Buradaki amaç özel sigorta şirketleri arasında rekabeti arttırabilmektir.¹⁹⁸

1.2.5. Referans İlaç Uygulaması:

Referans fiyat bir ilacın muadil olan diğer ilaçlar ile karşılaştırılması sonucu oluşan bir geri ödeme yöntemidir. Referans fiyat sisteminde;¹⁹⁹

- Terapötik olarak benzer ilaçlar için alt gruplar oluşturulur.
- Bütün alt gruplar için maksimum geri ödeme düzeyi belirlenir.
- Üreticilerin arz fiyatı belirlenir.
- Eğer ilacın piyasa fiyatı referans fiyatı üzerinde ise arasındaki fark tüketiciler tarafından karşılanmak zorundadır.

İlaç sektöründe doktor, finansman kurumu ve hastalardan oluşan birbirinden bağımsız üçlü bir yapı olması; ilaçların güvenilir, kaliteli ve etkili olmalarını sağlayacak bir sistem oluşturulması ve denetlenmesi için kamunun ilaç sektöründe diğer sektörlerle nazaran daha etkin olması gerekmektedir.²⁰⁰

İlaç sektöründeki bu uygulamanın amacı hem herkesin ulaşabileceği hem de düşük maliyetli sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesidir. Tıp teknolojisindeki gelişmeler ve bu gelişmelerin hızla yayılması ilaç harcamalarında da artışa sebep olmaktadır. Bu artışın diğer sebepleri olarak yaşanan nüfus ve yeni ilaçlarla tedavi edilebilir hale gelen kronik hastalıklar gösterilebilir.²⁰¹

¹⁹⁸ A.g.e., s. 250.

¹⁹⁹ Zafer Çalışkan, “Referans Fiyat ve İlaç Piyasası”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:11, Sayı:1 (2008) s. 59.

²⁰⁰ A.g.e., s. 51.

²⁰¹ A.g.e., s. 54.

1.2.6. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Kapsamındaki Hizmetler:

Sigortalının hastalanması veya kaza geçirmesi durumunda anlaşmalı hekim veya hastaneden alacağı tedavilerin sigortalı katılım payı dışında kalan kısmının tamamı yasal sağlık sigortası kapsamındadır.²⁰²

Yasal sağlık sigortası sadece ekonomik ve sigortalının sağlığına kavuşması için yeterli olan hizmetleri karşılamaktadır. Özel oda, özel diş kaplamaları veya diplomasız doktor gibi özel talepler yasal sigorta kapsamı dışındadır.²⁰³ Kapsam içindeki durumlar;²⁰⁴

- Alman Daimi Aşı Komisyonu tarafından tavsiye edilen koruyucu aşılar,
- 18 Yaşına kadar yapılan ortodontik tedaviler,
- Reçeteli ilaçlar, pansumanlar, terapiler ve işitme cihazı, tekerlekli sandalye yardımları,
- Tıbbi olarak gerekli görülen diş protezi ve kaplamalar, diş tedavisi ve bakımı,
- Hastane tedavileri,
- Tıbbi olarak gerekli görülen önleyici ve rehabilitasyon tedavilerinin bir kısmı ya da tamamı,
- Tedaviye yardımcı olacak veya hastanede kalış süresini kısaltacak durumlarda evde bakım,
- Ciddi zihinsel engele sahip kişiler için sosyal terapi,
- Yardım malzemeleri (Tekerlekli sandalye, işitme cihazı; çocuklar ve 18 yaş altındaki gençler ve ağır görme bozukluğu olan yetişkinler için gözlük gibi,)
- Tıbbi olarak gerekli görüldüğü durumlarda kürtaj ve kısırlık tedavileri,²⁰⁵
- Doktor muayenesi,²⁰⁶
- Ölümcül hastalar için özel bakım evlerinde yatılı ve ayakta tedavi,
- Gebelik ve doğumda doktor bakımı, ebe yardımı ve doğumunda gerçekleştirilen doğum masrafı yardımı,
- Psikoterapi,

²⁰² BKK Bundesverband, a.g.e., s. 10.

²⁰³ A.g.e., s. 12.

²⁰⁴ Federal Ministry of Labour und Social Affairs, a.g.e., s. 74-75.

²⁰⁵ Koçer, a.g.e., s. 42.

²⁰⁶ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 13.

- İstisna durumlarda yol ücreti/hasta nakli,
- Ölümcül hastaların ihtiyaçlarının özel ayakta tedavi kapsamında karşılanması (ağır hastaların ağrı ve hastalık belirtilerinin azaltılması,)
- Tedavi malzemesi (Fizik terapi, konuşma ve dil bozukluğu terapisi, masaj gibi)

Alman sağlık sisteminin en önemli özelliği birinci ve ikinci basamak sağlık yardımı ayrımının net bir biçimde ortaya konulmuş olmasıdır.²⁰⁷ Birinci basamak sağlık hizmetleri genel olarak sağlıklı yerinde olan kişiler içindir. İkinci basamak sağlık hizmetleri var olan tıbbi rahatsızlıkların ön klinik işlemlerini, üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise kronikleşmiş vakaları kapsar.²⁰⁸

Birincil sağlık hizmetleri kapsamında; genel pratisyen veya özel uzman hekimler tarafından verilen ayakta tedavi hizmetleri yer almaktadır. Hekimlerin % 96'sı yasal sağlık sigortası ile anlaşmalı olup bölgesel doktor ve diş hekimleri birliklerine bağlı doktor ve diş hekimleridir. Geri kalan % 4 sadece özel sağlık sigortasına hizmet vermekte veya direkt ödeme ile hasta kabul etmektedir.²⁰⁹ Yasal sağlık sigortası, ayakta tedavi kapsamında sigortalıya doktor seçme özgürlüğü tanımaktadır. Bazı istisnalar dışında (sigortalı katılım payı) sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir.²¹⁰

İkinci ve üçüncül sağlık hizmetleri olarak Almanya' da hastaneler yatarak tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Sadece üniversite hastaneleri ayakta tedavi hizmeti vermekte, diğer hastaneler ancak acil ayakta tedavi durumunda devreye girmektedir.²¹¹

Yasal hastalık sigortası kapsamında verilen hizmetlerde öncelik koruyucu hekimlik programlarıdır.²¹² Koruyucu hekimlik uygulaması kapsamında aşağıdaki önleyici tedavi uygulamaları bulunmaktadır.²¹³

²⁰⁷ Reinhard Busse ve Annette Riesberg, Health Care Systems in Transition, Kopenhag, 2004, s. 19.

²⁰⁸ Planck, a.g.e., s. 74.

²⁰⁹ Sargutan, a.g.e., s. 156.

²¹⁰ Karagan, a.g.e., s. 52.

²¹¹ Sargutan, a.g.e., s. 157.

²¹² A.g.e., s. 53.

²¹³ Koçer, a.g.e., s. 42.

- 12 yaşına kadar çocuklar için koruyucu diş hastalıkları hizmetleri verilmektedir. Bunun dışında 6-18 yaş arası bireyler yılda 1 kez diş hekimine kontrol amaçlı olarak gitme hakkına sahiptir.
- Tüm sigortalıların hastalıkların önlenmesi ya da hastalığın ilerlemesine engel olmak için tıbbi tedavi ve ilaç alma hakkı bulunmaktadır.
- 20 Yaşını doldurana kadar tüm sigortalıların doğum kontrol amaçlı muayene ve sağlık yardımı alma hakkı bulunmaktadır.
- 35 yaşını dolduran sigortalılar; kalp-damar, şeker gibi hastalıkların erken teşhisi için 2 yılda bir sağlık kontrolünden geçme hakkına sahiptir.
- Erkekler 45, kadınlar ise 20 yaşından itibaren yılda 1 kez kanserin erken teşhisine yönelik sağlık kontrolünden geçme hakkı bulunmaktadır.
- Sigorta kapsamındaki çocukların 6 yaşını doldurana kadar ve 10 yaşını tamamladıktan sonra erken teşhise yönelik muayene hakları mevcuttur.
- 30 Yaşını geçmiş kadınların, yılda 1 kez göğüs muayenesi ve her iki yılda 1 mamografi veya meme USG hakkı bulunmaktadır.²¹⁴
- 50 Yaşını geçmiş sigortalıların bağırsak kanseri erken tanı hakkı bulunmaktadır.²¹⁵

Koruyucu tedbir kontrolleri düzenli olarak kullanıldığında sigortalıları ödüllendirme sistemi mevcuttur. Örneğin belirtilen diş kontrollerini düzenli olarak yaptıran kişiler için yılda bir defaya mahsus diş taşı temizliği hizmeti verilmektedir. İlgili kontrollerin takibinin yapılabilmesi için ödüllendirme defterine işlenmesi gerekmektedir.²¹⁶ Son 5 yıl içinde yılda 1 kez diş hekimine kontrole gitmiş ve bu kontroller ödüllendirme defterine işlenir ise sigortalı katılım payı % 20, 10 yıl içinde yılda 1 kez gidilmiş ise % 10 azalmaktadır.²¹⁷

Tüm bunların dışında yasal sağlık sigortası kapsamında hastalık durumunda sağlanan yardımlarda bulunmaktadır. İlgili yardımlar;²¹⁸

- **Ev İşi Yardımı:** Sigortalının gördüğü tedavi sonrası; ev işlerini yapamaz durumda olması, evde 12 yaşından küçük bir çocuk bulunması ve evde

²¹⁴ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 23.

²¹⁵ A.g.e.

²¹⁶ A.g.e., s. 28.

²¹⁷ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 29.

²¹⁸ Koçer, a.g.e., s. 44-46.

yaşayan diğer kişilerin ev işlerine destek olamayacak olması durumunda ev işi yardımını sigorta kapsamındadır.

- **Hastalık Parası:** Sigortalının iş göremez durumda olduğu hallerde, işveren 6 hafta boyunca ücretini ödemektedir. 6 haftadan sonra ise sigortalı gelirin % 70'i kadar hastalık parası almaktadır. Hastalık parası 3 yıl içinde en fazla 78 haftaya kadar alınabilmektedir. Bu yardım çiftçiler için "İşletme Yardımı" adı altında sağlanmaktadır. Bakıma muhtaç 12 yaşın altındaki çocuklar için, aynı evde yaşayan kişiler arasında çocuğa bakacak kimse yoksa 10 güne kadar hastalık parası hizmeti verilmektedir. Çocuğu tek kişi büyütüyorsa, bu süre 20 güne, birden fazla çocuk varsa 25 güne, birden fazla çocuğu yalnız büyütenler için ise 50 güne çıkabilir. 12 Yaşın altındaki çocuğun tedavisi mümkün olmayıp belirli bir müddet ömrü kaldı ise sınırsız süre için hastalık parasından faydalanılabilir.
- **Analık Yardımı:** Hekim tedavisi ve ebelik yardımı, ilaç ve tedavi malzemeleri, hastanede yatmayı gerektiren doğum masrafları, evde bakım, ev işi yardımını ve analık parası bu yardım kapsamındadır. Doğumdan önce 6 ve doğumdan sonra 8 hafta boyunca bu yardımdan faydalanılabilir. Çoğul gebelikte 8 haftalık süre 12 haftaya çıkmaktadır. Bu yardım günlük olarak en fazla 13 € olmakla beraber, analık parası ile sigortalının net ücreti arasındaki farkı işveren ödemektedir.

1.2.7. Almanya Yasal Sağlık Sigortasının Finansmanı:

Almanya sağlık için önemli ölçüde büyük bir bütçe ayırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; 2012 yılı toplam sağlık harcamaları 300.4 Milyar €' dur. Bu tutar GSMH'nin % 11,3'üne karşılık gelmektedir. Toplam sağlık harcamalarında en büyük yükseliş 2008 (% 10,7) ile 2009 yılı (% 11,8) arasında görülmektedir.

Tablo 10. Almanya Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı

Yıl	Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Devlet Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Özel Sağlık Sigortası Payı	Toplam Sağlık Harcamaları Cepten Ödeme Payı
2013	11,3	76,8	10,3	12,9
2012	11,3	76,7	10,3	13
2011	11,2	76,5	10,4	13,1
2010	11,6	76,7	10,2	13,1
2009	11,8	76,8	10,1	13,1
2008	10,7	76,4	10,3	13,3
2007	10,5	76,4	10	13,6
2006	10,6	76,4	9,9	13,7
2005	10,8	76,6	9,9	13,5
2004	10,7	76,8	9,7	13,5
2003	10,9	78,5	9,4	12,1
2002	10,7	79	9,3	11,7
2001	10,5	79,3	9,1	11,6
2000	10,4	79,5	9,1	11,4
1999	10,4	79,8	9	11,2
1998	10,3	79,9	8,8	11,3
1997	10,3	80,6	8,8	10,6
1996	10,4	82	8,2	9,8
1995	10,1	81,4	8,6	10

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIODEU?lang=en>

Tablo 10’da görüleceği üzere yasal sağlık sigortası, sağlık harcamalarının en büyük finansman kaynağıdır. Nüfusun % 85’i yasal sağlık sigortası kapsamında sigortalanmaktadır. 2003 Yılında yasal sağlık sigortası harcamaları payı % 78,5 olup bu oran 2004 yılında % 76,8’e gerilemiştir. Aynı yıl aralığında % 12,1 olan cepten harcama payı % 13,5’e çıkmıştır. Bu değişimin sebebi olarak 2004 Modernizasyon Yasası gösterilmektedir. Özel sigorta harcamaları payının ise 1995 yılından itibaren orantılı bir şekilde arttığı görülmektedir.

2012 verilerine göre; toplam sağlık harcamalarının % 57,4’ü sigorta primlerinden, % 10,7’si sigortalı katılım paylarından, % 1,4’ü zorunlu emeklilik sigortası, % 1,6’sı mesleki kaza ve hastalık sigortası, % 7,7’si uzun dönem bakım sigortası tarafından

karşılanmıştır. % 4,8 hükümet katkısı da hesaba katıldığında devletin sağlık giderlerini % 76,7'sini karşıladığı görülmektedir.²¹⁹

Son 10 yılda, birçok gelişmiş ülkede sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının arttığı görülmektedir. Bu artışın birçok sebebi bulunmaktadır. Eskiden tedavisi olmayan sağlık problemlerinde yaşanan gelişmeler ve bunların maliyetleri, demografik yapının değişmesi ve yaşlı nüfusun artması veya işsizlik oranlarındaki artış sebebi ile azalan sigorta prim gelirleri buna sebep olarak gösterilebilir.²²⁰

Tablo 11. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı En Yüksek 20 Ülke %

Ülkeler	Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı		
	2013	2012	2000
Tuvalu	19,7	15,0	11,0
Amerika	17,1	17,0	13,1
Marshall Adaları	16,5	15,6	22,5
Hollanda	12,9	12,7	8,0
Mikronezya	12,6	12,8	7,8
Moldova	11,8	11,8	6,7
Sierra Leone	11,8	10,9	13,8
Fransa	11,7	11,6	10,1
Lesotho	11,5	12,1	6,9
İsviçre	11,5	11,4	9,9
Almanya	11,3	11,3	10,4
Belçika	11,2	10,9	8,1
Ruanda	11,1	11,2	4,2
Avusturya	11,0	11,1	10,0
Kanada	10,9	10,9	8,7
Maldivler	10,8	11,4	7,1
Danimarka	10,6	11,0	8,7
Sırbistan	10,6	10,6	6,8
Japonya	10,3	10,3	7,6
Kiribati	10,1	10,2	8,0

Kaynak: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

Tablo 11’de görüleceği üzere Almanya sağlık harcamalarına en çok bütçe ayıran 11. ülkedir. Dünyadaki en iyi sistemlerden biri olması ile birlikte oldukça pahalı bir sistemdir.

²¹⁹ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 115.

²²⁰ Avgurzky vd., a.g.e., s. 1.

Yasal sağlık sigortasının asıl gelir kaynağı çalışan sigortalılardan elde edilen primlerdir. Bu gelire aynı zamanda vergi katkıları eklenerek sağlık sigortalarının finansmanı daha geniş bir tabana oturtulmaktadır.²²¹

Yasal sağlık sigortası primleri işçi ve işveren arasında eşit olarak paylaşılmaktadır. 2015 yılı için çalışan sigortalılardan alınan prim brüt gelirlerinin % 7,30'u ve işverenden alınan prim yine çalışanın brüt gelirinin % 7,30'u kadar olup toplam % 14,6 oranındadır. Geliri 450 € altında olan kişiler için sadece işveren tarafından sigortalının brüt gelirinin % 11'i kadar prim ödemesi yapılmaktadır. Yasal sağlık sigortası, sigortalının eşit ve çocukları için ekstra ücret talep etmez.²²²

Tüm bunların dışında sigortalıların aldıkları bazı sağlık hizmetleri için katılım payı ödemesi gerekmektedir. 18 yaşın üzerindeki her sigortalı belirli kurallar çerçevesinde; yılın her çeyreği için ayakta tedavi, dış tedavisi ve ilaç harcamaları için katılım payı ödemek zorundadır.²²³ 18 yaşın altındaki kişilerden ise, sadece dış protezleri ve ortodonti için katılım payı alınmaktadır.²²⁴

Sigortalı yılın ilk çeyreğinde ilk doktor kontrolü için 10 € katılım payı ödemektedir. İlgili tedavi 2. eyrekte hala devam ediyor ise 2. eyreğin ilk muayenesi için tekrar ödeme yapılmaktadır. Eğer kişi aynı çeyrekte ilk hekimin yönlendirmesi olmadan başka bir hekime giderse tekrar ödeme yapmak zorundadır.²²⁵ Diğer katılım payı oranları Tablo 12'de belirtilmiştir.

²²¹ Alexander Petring vd., Sosyal Demokrasi El Kitabı 3: Sosyal Devlet ve Sosyal Demokrasi, Friedrich Ebert Vakfı Yayınları, Bonn, 2013, s. 123.

²²² Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 124.

²²³ Planck, a.g.e., s. 28.

²²⁴ Federal Ministry of Labour und Social Affairs, a.g.e., s. 78.

²²⁵ Avgurzky vd., a.g.e., s. 3.

Tablo 12. Sigortalı Katılım Payları

Yasal Sağlık Sigortası Sigortalı Katılım Payları	
Teminatlar	1 Ocak 2004 itibariyle Katılım Payları *Malzeme masraflarından daha fazla olmama şartıyla
İlaçlar	Eczane fiyatının %10'u en azından 5 EUR, en fazla 10 EUR*
Sargı malzemeleri	Eczane fiyatının %10'u en azından 5 EUR, en fazla 10 EUR*
Yol masrafları	Yol masraflarının %10'u yol başına en azından 5 EUR, en fazla 10 EUR*
Şifalı önlemler	Eczane fiyatının %10'u artı, reçete başına 10 EUR*
Yardımcı malzeme	Yardımcı malzeme masraflarının % 10'u en azından 5 EUR ve en fazla 10 EUR*
Tüketim için öngörülen yardımcı malzeme	Masrafın %10'u, aylık en fazla 10 EUR*
Hastane tedavisi	Bir takvim yılında en fazla 28 gün için takvim günü başına 10 EUR
Ayakta rehabilitasyon tedbirleri	Takvim günü başına 10 EUR
Yatılı bakım ve rehabilitasyon tedbirleri	Takvim günü başına 10 EUR
Tedavi sonrası rehabilitasyon	Bir takvim yılında en fazla 28 gün için takvim günü başına 10 EUR, hastane tedavisi için yapılan ek ödemeler hesaptan düşülür
Anne ve babalar için bakım ve rehabilitasyon tedbirleri	Takvim günü başına 10 EUR

Kaynak: Federal Ministry of Labour and Social Affairs, Social Social Security at a Glance 2015, Bonn, 2015, s. 77.

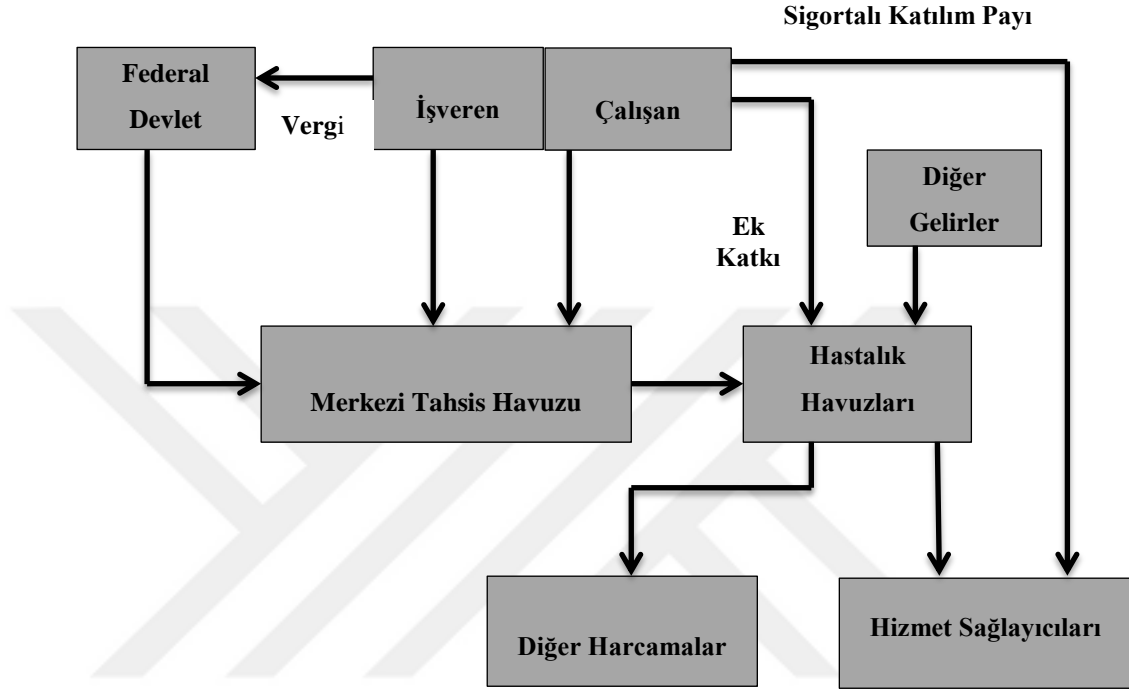
Ortodontik tedavilerde sigortalı katılım payı masrafın % 20'si kadardır. Fakat sigortalının 18 yaşını doldurmamış 2. ve sonraki çocukları için bu katılım % 10'dur. Diş protezi ve kaplamalar için ise katılım payı % 50'dir.²²⁶

Hizmetleri sınırlayabilmek için aşamalı ödeme sistemi oluşturulmuş olup, ödenen katılım payları belirli bir sınıra ulaştığında katılım payı tutarları sınırlandırılmaktadır.²²⁷ Buna ek ödeme yük sınırı adı verilmektedir. Ek ödeme yük sınırı değişen durumlarda kişinin yıllık brüt gelirinin % 2'si veya % 1'i olarak belirlenmiştir. Bir takvim yılı içinde, yapılan harcamaların belgelenmesi koşulu ile

²²⁶ Koçer, a.g.e., s. 43.

²²⁷ Karagan, a.g.e., s. 53.

yıllık brüt gelirinin % 2'sinden fazla katılım payı ödemesi yapmış olan sigortalılar yılın kalan kısmında katılım paylarından muaf duruma gelir. Fakat kişi ağır kronik hasta ve sürekli tedavi görüyor ise bu oran sigortalının yıllık brüt gelirinin % 1'i olarak dikkate alınır. Aile üyeleri de bu dilimin içerisinde değerlendirilir.²²⁸



Şekil 6. Almanya Yasal Sağlık Sigortası Finansman Akışı

Kaynak: Reinhard Busse ve Miriam Blümel, “Germany Health System Review”, Health Systems in Transition, Vol.16, No.2 (2014), s. 119.

Şekil 6’da yasal sağlık sigortası finansman akışı görülmektedir. Çalışan kişiler ve işverenler prim ödemelerini Merkezi Tahsis Havuzuna yaparlar. Tüm primlerin toplandığı ve hastalık havuzlarına dağıtıldığı ana havuz burasıdır. Sigortalıların prim ödemelerinin yanında devletin yaptığı vergi katkıları da bu ana havuzda toplanır. Merkezi Tahsis Havuzu gelirleri hastalık havuzları arasında paylaşmakla yükümlüdür. Hastalık havuzları ana havuzdan elde edecekleri gelir dışında sigortalılardan, sigortalının aylık brüt gelirinin % 1’ini aşmayacak şekilde ek katkı alma hakkı bulunmaktadır. Hizmet sağlayıcıları ise ödemeleri hastalık havuzlarında ve sigortalı katılım paylarından almaktadır.

²²⁸ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 15.

1.3. Almanya Özel Sağlık Sigorta Sisteminin İncelenmesi

1 Ocak 2009'dan itibaren yasal sağlık sigortası gelir eşliğini 3 yıl üst üste aşan kişiler, isteğe bağlı olarak yasal sağlık sigortası sistemine katılmadığı durumda özel sağlık sigortası yaptırmak zorundadır.²²⁹ Özel sağlık sigortasını seçen kişiler sadece belirli durumlarda yasal sağlık sigortasına geri dönebilirler.²³⁰ Günümüzde nüfusun % 11'i özel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Özel sağlık sigorta şirketleri kapsamındaki kişilerin % 24,7'si memur, % 15,7'si serbest çalışan, % 11,6'sı işçi, % 25'i emekli, % 21,1'i işsiz kişiler ve % 2,9 u öğrencilerden oluşmaktadır.²³¹

Alman sağlık sisteminin önemli özelliklerinden biri yasal sağlık sigortası sistemine destek amaçlı bir özel sağlık sisteminin mevcut olmasıdır.²³²

Yasal sağlık sigortasından farklı olarak, özel sağlık sigortasında prim hesaplamaları risk bazlı olarak yapılmaktadır. Sigortalının yaş, cinsiyet, sağlık durumu ve sözleşmeye konu olan teminat yapısı primi etkileyen faktörlerdir. Genel olarak kadınlar erkeklerden, yaşlılar gençlerden daha fazla prim ödemesine tabidir. Özel sağlık sigortasında tüm aile üyeleri için ayrıca prim hesaplanmaktadır.²³³ Bu sebeple özel sağlık sigortası tek kişi veya iki kişi olarak prim ödeyen çiftler için daha caziptir.²³⁴

Özel sağlık sigortasını tercih eden kişilerin talep etmeleri durumunda yasal sağlık sigortası kapsamına dönmeleri mümkün olmamaktadır. Bu geçişin sağlanabilmesi için bazı şartların gerçekleşmiş olması gerekir. Serbest çalışanların bordrolu çalışan olarak işe başlamaları, geçiş yapmak isteyen kişilerin 55 yaşın altında olması ve yıllık gelirlerinin en az 1 yıl için eşik sınırının altına düşmesi gerekmektedir.²³⁵

Almanya'da özel sağlık sigortası; tam kapsamlı sağlık sigortası veya yasal sağlık sigortasını tamamlayıcı ya da destekleyici olmak üzere iki şekilde hizmet vermektedir. Her iki seçenekte 42 özel sigorta şirketi tarafından sağlanmaktadır. Bunların dışında küçük çaplı 30 bölgesel şirket daha mevcuttur. Tam kapsamlı

²²⁹ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 121.

²³⁰ Federal Ministry of Labour and Social Affairs, a.g.e., s. 75.

²³¹ Yaman, a.g.e., s. 283.

²³² A.g.e.

²³³ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 16.

²³⁴ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 139.

²³⁵ Petring, a.g.e., s. 125.

sigorta yıllık prim toplamı, tamamlayıcı sigorta yıllık prim toplamının 3 katından fazladır. 2012 verilerine göre tam kapsamlı sigorta yıllık primi 25,9 Milyar €, tamamlayıcı sigorta yıllık primi ise 7 Milyar € dur.²³⁶

1.3.1. Almanya Tam Kapsamlı Özel Sağlık Sigortası

1975 yılında 4,2 Milyon kişi tam kapsamlı özel sağlık sigortasına sahipken, 2012 yılında bu sayı 9 Milyon kişiye yükselmiştir. Yani nüfusun % 6,9'u bu kapsamda yer alırken bu oran 2012 yılı için % 11'dir.²³⁷

Tam kapsamlı özel sağlık sigortası kapsamındaki kişiler üçe ayrılır. Bunlar;²³⁸

- Aktif çalışan veya emekli olmak üzere; öğretmen, akademisyen, bakanlık çalışanı gibi sürekli kamu çalışanı olan kişilerden yasal sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılan kişilerin sağlık giderlerinin en az yarısını devlet karşılarken geriye kalan kısmı özel sağlık sigortası kapsamındadır.
- Kendi işinde çalışan ve yasal sağlık sigortası kapsamında yer alan kişiler,
- Gelir eşliğini aşarak yasal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kişilerdir.

Tam kapsamlı özel sağlık sigortasına sahip olan kişiler, yasal sağlık sigortasının sunduğu hizmete göre daha geniş kapsamlı hizmet almaktadırlar.²³⁹ Özel sağlık sigortası yasal sağlık sigortasına nazaran sağlayıcılara 1,7 veya 2,3 kat daha fazla ödeme yapmaktadır.²⁴⁰

01 Ocak 2009 tarihinden sonra tüm özel sağlık sigortası şirketleri, sigortalılarına "Standart Tarife" adı altında bir plan sunmak zorundadır. İlgili tarifenin asıl amacı diğer tarifelerde risklerinden dolayı primi yüksek olan, ödemekte güçlük çeken kişiler ile herhangi bir durumdan dolayı yasal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kişilerinde kaliteli hizmet alabilmesini sağlamaktır. Ayrıca prim artışı sebebi ile yasal sağlık sigortasına geçiş yapmak isteyen yaşlı ilerleyen kişilerin talepleri kabul

²³⁶ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 137.

²³⁷ A.g.e., s. 137.

²³⁸ A.g.e., s. 137-138.

²³⁹ A.g.e., s. 139.

²⁴⁰ A.g.e., s. 140.

edilmemektedir. Bu kişilerinde standart tarifeden faydalanabileceği düşünülmektedir. Standart tarife primleri sadece yaşa ve cinsiyete göre belirlenmekte olup sağlık riskleri dikkate alınmamaktadır. Geçmişten gelen riskler dikkate alınmadığı için sigortalanmama durumu da ortadan kalkmaktadır. Standart tarifenin kapsamı yasal sağlık sigortası ile muadil özellik taşımak zorundadır.²⁴¹ Tam kapsamlı diğer planlardan standart tarifeye geçişi sınırlamak için alınan bir kararla sadece ihtiyacı olan ve 55 yaş üstü kişilerin geçişine izin verilmektedir.²⁴²

1.3.2. Almanya Tamamlayıcı ve Destekleyici Özel Sağlık Sigortası

Almanya’da görülen tamamlayıcı sağlık sigortası modeli, yasal sağlık sigortasını destekleyen bir özel sağlık sigortası türüdür. İlgili model yasal sağlık sigortasının sunduğu hizmetlere erişimi kolaylaştırmakta ve sıra bekleme gibi yorucu süreçleri ortadan kaldırmaktadır.²⁴³

Bunun dışında Yasal sağlık sigortasının kapsam dışı bıraktığı; özel oda, dış giderleri gibi ekstra hizmetleri kapsamaktadır. Ayrıca sigortalı katılım paylarının büyük bir kısmı bu ürünler ile kapsama alınabilmektedir. En çok tercih edilen tamamlayıcı sağlık sigortası modelleri sırasıyla; dış, ayakta tedavi ve hastane bakım teminatlarıdır.²⁴⁴

Tamamlayıcı sağlık sigortasının amacı yasal sağlık sigortasının kısmen karşıladığı ya da kapsam dışı olan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaktır.²⁴⁵

1.3.3. Almanya’nın Demografik Değişiklikleri ve Özel Sağlık Sigortası

Demografik özellikler ve yaşlanan nüfus sebebi ile özel sağlık sigortası sisteminde bazı önlemler alınmaktadır. Bu önlemlerin alınmasındaki amaç yaşlanmaya başlayan sigortalıları yüksek oranlı prim artışlarından korumaktır. Bu önlemler;

²⁴¹ BKK Bundesverband, a.g.e., s. 16.

²⁴² Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 139.

²⁴³ Giray, a.g.e., s. 111.

²⁴⁴ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 140.

²⁴⁵ Giray, a.g.e., s. 112.

- **Yaşlılık Rezervi:** Yaşlılık rezervi uygulamasındaki amaç, genç yaşlarda yapılan birikimler ile ileriki yaşlarda artacak olan sağlık harcamalarının kişinin kendisi tarafından finanse edilebilmesidir. Bu sebeple ilgili uygulama özel sağlık sisteminin, sigortalılar arasında eşitliği sağlayıcı, önemli bir parçasıdır. İlgili sistem sayesinde 2011 yılı sonunda özel sağlık sistemi yaşlılık rezervi miktarı 169,4 Milyar € ya ulaşmıştır. Bu tutar özel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin sağlık giderlerini 6,6 yıl boyunca karşılayabilecek bir miktardır.²⁴⁶ Yaşlılık rezervi yasal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki en önemli farklardandır.²⁴⁷ 2007 Rekabeti Arttırma yasası ile alınan kararlara göre yaşlılık rezervleri sigorta şirketi değişikliklerinde, geçiş yapılan şirkete aktarılabilmektedir.²⁴⁸
- **Faiz Gelirleri:** Alman Sigorta Denetleme Kanununun 12a Maddesinin 1. Fıkrasına göre, % 3,5 olarak belirlenen faiz oranının üzerinde elde edilen karların % 90'ı şirket tarafından sigortalı kişilere geri verilmelidir. Söz konusu % 90 oranındaki tutar her yıl Prim İadesi Rezervine aktarılır. Prim iadesi rezervinde biriken bu tutar 65 yaşından itibaren, yaşlılıkta meydana gelebilecek yüksek sağlık harcamalarından dolayı prim artışını engellemek için kullanılır. Bunun yanında sigorta şirketlerinin aktüeryal yollarla elde ettiği gelirlerinin en az % 80'ini sigortalılara iade etmesi de zorunludur. Bu şekilde elde edilen gelirler de aynı rezervde toplanmaktadır.²⁴⁹
- **Ek Prim Katkı Payı:** Ek prim katkı payı, 22 yaşından 60 yaşına kadar ödenen primlere ek olarak % 10 oranında alınır ve 65 yaşından itibaren prim dengeleyici olarak kullanılır. 2000 yılından sonra başlayan özel sağlık sigorta poliçeleri için % 10 ek prim ödenmesi zorunludur. 2000 yılından önce başlayan poliçeler ise gönüllü olarak % 2'lik artışlarla 5 yıl içinde % 10'luk bir ek prim ücreti olarak yürürlüğe girmiştir. (Yaman, 2014)

²⁴⁶ Yaman, a.g.e., s. 287-288.

²⁴⁷ Planck, a.g.e., s. 31.

²⁴⁸ Reinhard Busse ve Miriam Blümel, a.g.e., s. 139.

²⁴⁹ Yaman, a.g.e., s. 290.

1.4. Almanya Özel Sağlık Sigortası ve Yasal Sağlık Sigortası Kapsamı Arasındaki Farklar

Özel ve yasal sağlık sigortası arasında temel tedavi farklarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

- Özel sağlık sigortası sadece minimum seviyedeki ve gerekli sağlık giderlerini kapsamaktadır. Özel sağlık sigortasında ise sigortalı ve özel sigorta şirketi arasında yapılan anlaşma esas alınarak tüm giderler kapsam içine alınabilmektedir.²⁵⁰
- Yasal sağlık sigortasında hizmet sağlayıcıları birlikleri bağlı olarak hizmet vermektedir. Bu birlikler ve hastalık havuzları kendi kendini yöneten yarı kamusal birimlerdir. Özel sağlık sigortasında ise doktorlarla bireysel anlaşmalar yapılmaktadır. Tüm işlemleri içeren ücret listelerine göre, sigorta şirketi tarafından doktorlara veya elden ödeme söz konusu ise sigortalıya ödeme yapılmaktadır.²⁵¹
- Yasal sağlık sigortası kapsamında verilen hizmetler için sigortalı katılım payı alınmaktadır. Özel sağlık sigortası ile bu katılım payları kapsam içine alınabilmektedir.²⁵²
- Yasal sağlık sigortası sadece basit diş tedavileri ve koruma amaçlı tedbirleri kapsar. Protezler kapsam dışıdır. Ortodontik tedaviler sadece 18 yaş altı için kapsam içindedir. Özel talepler ve pahalı metodlar kapsam dışıdır. Özel sağlık sigortasında ise protezler % 100 kapsam içinde olabilir. İmplant ve özel kaplamalar yapılan anlaşmaya göre % 75-90 oranlarında ödenebilir. Seramik kaplamalar kapsam içindedir. Ortodontik tedaviler % 85-90 oranında kapsam içine alınabilir.²⁵³
- Yasal sağlık sigortasında göz tedavisi kapsam içindedir. Sadece basit gözlük camları kapsam içindedir. Çerçeve ve lensler kapsam dışıdır. Özel sağlık

²⁵⁰ Planck, a.g.e. s. 33.

²⁵¹ A.g.e.

²⁵² A.g.e., s. 34.

²⁵³ Planck, a.g.e. s. 34.

sigortasında ise lens, çerçeve ve gözlük camı kapsam içinde olabilir. Ancak çerçeveler belirli bir limit ile değerlendirilir.²⁵⁴

- Yasal sağlık sigortalarında yatarak tedavi, kolayca ulaşılabilecek hastanelerdeki anlaşmalı doktorlar tarafından yapılır. Paylaşımlı odalar kapsam içindedir. Televizyon, telefon ve radyo için ek katkı payı alınır. Özel sağlık sigortalarında ise hastane seçme özgürlüğü bulunmaktadır. Uzman hekim, özel oda, telefon, televizyon, radyo vb. kapsam içindedir.²⁵⁵
- Yasal sağlık sigortasında alternatif tedaviler sadece bazı özel durumlarda kapsam içindedir (Ölümcül bir vaka söz konusu ve alternatif tedavi son çare ise.) Özel sağlık sigortalarında ise denenmiş ve onaylı alternatifler tedaviler kapsam içindedir. Ancak deneysel aşamadaki tedaviler kapsam dışıdır.²⁵⁶

²⁵⁴ A.g.e.

²⁵⁵ A.g.e.

²⁵⁶ A.g.e., s. 35.

III. TÜRKİYEDEKİ SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN ALMANYA İLE MUKAYESELİ OLARAK İNCELENMESİ VE TÜRKİYE İÇİN BİR MODEL ÖNERİSİ

1.1. Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin İncelenmesi

1.1.1. Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihsel Gelişimi

Osmanlı Devleti dini anlayışı gereği, vakıfların varlıklı insanlardan topladığı paralar ile ihtiyacı olanlara yardımda bulunmuştur.²⁵⁷ Sosyal güvenlik düşüncesi Osmanlı Devleti için bu gibi karşılıklı yardımlaşma düşünceleri ile başlamıştır. Yardımlaşma bu dönemde üç şekilde yapılmaktadır;²⁵⁸

- **Aile İçi Yardımlaşma:** Bu sistem en çok tarımla uğraşan ailelerde görülmektedir. Nesillerin beraber çalıştığı durumlarda, herhangi bir aile ferdine bir şey olduğunda yerine başka bir aile ferdi geçmekte ve bu durumu telafi etmektedir.²⁵⁹ Türklerin uzun yıllar boyunca göçebe olarak yaşamaları sebebi ile sosyal yardım sisteminin gelişmesi gecikmiş, ailelerin yardımlaşmadaki rolü artmıştır.²⁶⁰
- **Meslek Kuruluşları Kapsamında Yardımlaşma:** Yerleşik hayata geçilmesiyle beraber yapılanmalar başlamış ve “Ahi Teşkilatı” gibi birlikler kurulmaya başlamıştır.²⁶¹ Anadolu’da 12. Yüzyılda görülmeye başlanan “Ahi Teşkilatı” esnaf örgütlenmesinin ilk aşamasını oluşturmaktadır. İlgili teşkilat esnaf birlikleri, ustalar, kalfalar ve çıraklardan oluşmakta olup, muhtaçlara yardım ve zulüm

²⁵⁷Erdem, a.g.e., s. 12.

²⁵⁸Demir, a.g.e., s. 30.

²⁵⁹ A.g.e., s. 30.

²⁶⁰ Emine Alpaslan, “Türkiye’nin Sosyal Güvenlik Sisteminin Muş’taki Yansımaları”, (Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı İktisat Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2014, s. 51.

²⁶¹ Alpaslan, a.g.e., s. 51.

görenleri korumakla görevlidirler.²⁶² 15. Yüzyıldan sonra ahilik teşkilatı yerini loncalara bırakmıştır. Loncalara katılım zorunlu olup, usta ve kalfalardan toplanan aidatlarla; dini inançlar ve sözlü anlaşmalar dikkate alınarak yardımlar yapılmaktaydı. Bu loncalardaki sandıklar kişilerin ve ailelerinin hastalanmaları, doğum yapmaları, ölüm durumunda cenaze masrafları konularında yardımlarda bulunmaktadır. Fakir durumdaki üyelere ve yaşlanarak iş yapamayacak duruma gelmiş kişilere de bu kapsamda yardımlar yapılmaktadır.²⁶³ Loncalarda din ve millet ayrımı yapılmamakta ve tüm esnaf katılımı esas alınmaktadır. Osmanlı devletinin gerileme dönemine girmesi ile beraber loncalarda 20. Yüzyıldan itibaren işlevini yitirmiştir.²⁶⁴

- **Sosyal Yardımlar:** Osmanlı Devletinde yardımın her türü için uygun bir vakıf bulunmaktadır. Vakıf olarak kurulmuş yapılara örnek olarak; medreseler, hastaneler, hanlar hatta çeşmeler verilebilir. Hayırsever kişilerin kurduğu bu vakıflar işlevleri bakımından “Avarız” ve “Müessesatı Hayriye” olarak ikiye ayrılmaktadır. Avarız vakıfları; iş kazası ve meslek hastalıkları, yaşlılık gibi durumlarda yapılan yardımları kapsarken Müessesatı Hayriye vakıfları, Avarız vakıflarının yetersiz kaldığı durumlarda devreye girerler.²⁶⁵

Osmanlı Devleti; batı ülkeleri ile kıyaslandığında bir refah devleti olarak değil, destekleyici bir yapı olarak ortaya çıkmaktadır.²⁶⁶

Osmanlı Devletindeki sosyal yardımların; Almanya, Fransa veya İngiltere gibi ülkelere kıyasla, kurumsallaşamamasının sebebi, bahsi geçen ülkelerin 19. Yüzyılda sanayi toplumu olmasına rağmen, Osmanlı Devletinin tarım toplumuna sahip olmasıdır.²⁶⁷ Sanayi toplumunun olmadığı bir devlette, yoksul sınıf ortaya

²⁶² Demir, a.g.e., s. 31.

²⁶³ A.g.e., s. 32.

²⁶⁴ Erdem, a.g.e., s. 13.

²⁶⁵ Demir, a.g.e., s. 33.

²⁶⁶ Alpaslan, a.g.e., s. 54.

²⁶⁷ Alpaslan, a.g.e., s. 52.

çıkamadığı için sosyal güvenlik sistemlerine duyulan gereksinim de oluşmamaktadır.²⁶⁸

Osmanlı Devletinde sosyal güvenlik sistemine ihtiyacın geç başlamasının diğer bir sebebi ise dini inançlardır. Halkın benimsediği İslam inancına göre zenginler fakirlere destek olmak için zekat, fitre ve bazı ibadetlerin yerine getirilmemesi durumunda kefaret vermekle yükümlüdür.²⁶⁹

Fransız Devrimi sırasında tahtta olan II. Mahmut batıyı gözlemleyen ve halkın refahını dikkate alan tek Osmanlı padişahıdır.²⁷⁰

II. Mahmut ve II. Abdülhamit zamanında Osmanlı Devleti sanayileşmeden etkilenmemiş ve fakir halk kesimi henüz oluşmamış olmasına rağmen sosyal devlet benzeri uygulamalar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bunun sebebi olarak, devletin dünya ekonomisinden etkilenmesi ve sosyal devlet beklentisinin tüm dünyada artması gösterilebilir.²⁷¹ Söz konusu uygulamalar,²⁷²

- 1865 Dilaver Paşa Nizamnamesi: Ereğli kömür havzasında çalışan işçilerin çalışma şartlarına ve hastaların tedavisine ilişkin yasadır.
- 1866 yılında ilk resmi sosyal güvenlik kurumu olan “Askeri Tekaüt Sandığı” kurulmuştur.
- 1866 yılında kurulan “Amelperver Cemiyeti” iş bulma kurumu olarak hizmet vermiştir.
- 1869 Maadin Nizamnamesi: İşçilere ve iş kazalarına yönelik tazminatlara ait hükümleri içermektedir.
- 1881 Sivil Memurlar Emekli Sandığı
- 1890 Seyrisefain Tekaüt Sandığı: Denizciler için kurulan sandıktır.
- 1909 Tersane-i Amire ve Askerler için Tekaüt Sandığı
- 1910 Hicaz Demiryolu Memur ve Müstahdemlerine Özel Hastalık ve Kaza Sandığı

²⁶⁸Güvercin, a.g.e., s. 91.

²⁶⁹Alpaslan, a.g.e., s. 54.

²⁷⁰A.g.e., s. 58.

²⁷¹A.g.e., s. 59.

²⁷²Demir, a.g.e., s. 33-34.

- 1917 Şirket-i Hayriye Tekaüt Sandığı: Boğazda yapılan yolcu ve yük taşımacılığına özel sandıktır.

Osmanlı döneminde kurulan tekaüt sandıkları, sandık kapsamındaki kişilere emekli maaşı bağlamakla yükümlüdür. Osmanlı Devletinin Batılaşma amacı ile kurduğu tüm bu havuzlar sonucunda karmaşık bir yapı ortaya çıkmıştır.²⁷³

Türkiye Büyük Millet Meclisi döneminde, 1921 yılında, “Zonguldak ve Ereğli Havza-i Familyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Umumiyesine Olarak Furuhtuna dair Kanun” ile kömür ocaklarında oluşan kömür tozunun toplanıp satılmasıyla işçilere yardım sağlanmıştır.²⁷⁴

1921 yılında maden işçileri için diğer bir kanun olan, “Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun” ile günlük çalışma süreleri 8 saat ile sınırlandırılmış ve işçilere konaklamaları için gerekli olan koşullar tahsis edilmiştir.²⁷⁵

Türkiye’de sanayileşme cumhuriyetin ilanından sonra başlamış olup, sosyal güvenlik ihtiyacı da bu sebeple batılı ülkelere kıyasla daha geç oluşmuştur.²⁷⁶ Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenlik alanında kurumsal bir yapılanma olmasa da daha dar kapsamlı emeklilik ve yardımlaşma sandıkları kurulmuştur.²⁷⁷ Sosyal yardımın dini gereksinim olarak yapılmaktan, insan hakkı olarak kabul edilmesine geçiş ise ancak Fransız devrimi ile gerçekleşmiştir.²⁷⁸

Refah devletine uyum ilk olarak 1920-1936 yıllarında çıkarılan yasalar ve hizmete giren kurumlar ile sağlık hizmetlerinin devletin görevleri arasına alınmasıyla sağlanmıştır.²⁷⁹ İlgili yasalar ve kurumlar;²⁸⁰

- 1920 Sıhhiye ve Muavenati İçtimaiye Vekaleti
- 1930 Umumi Hıfzısıhha Kanunu

²⁷³ Demir, a.g.e., s. 14.

²⁷⁴ A.g.e., s. 34.

²⁷⁵ Erdem, a.g.e., s. 15.

²⁷⁶ A.g.e., s. 14.

²⁷⁷ Güvercin, a.g.e., s. 91.

²⁷⁸ Helvacı, a.g.e., s. 34.

²⁷⁹ Recep Akdur, Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2000.

²⁸⁰ Alpaslan, a.g.e., s. 71.

- 1936 Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Teşkilatı ve Memurin Kanunudur.

1936 yılında günümüzde de geçerli olan temel ilkeleri kapsayan ilk sosyal sigorta, 3008 sayılı İş Kanunuyla oluşturulmuştur. İlgili kanuna göre Türkiye’de ikamet eden kişiler için zorunlu olan sigorta, iş kazaları ve meslek hastalıklarını kapsamaktadır. II. Dünya savaşı bu sürecin gecikmesine sebep olsa da savaş sonrası dönemlerde aşağıdaki kanunlar çıkartılmıştır.²⁸¹

- 1945 İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu
- 1945 İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu
- 1949 İhtiyarlık Sigortası Kanunu

Çıkarılan kanunlar sonrası 1949 yılında tüm memur sandıkları birleştirilerek T.C. Emekli Sandığı kurulmuştur. Bu birleşmeden sonra Analık Sigortası, İş Kazası Sigortası kapsamından çıkartılarak, 1950 yılında başlatılan Hastalık Sigortası ile birleştirilmiştir. 1957 yılında yürürlüğe giren “Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları” ile “İhtiyarlık Sigortaları Kanunu kaldırılmıştır.²⁸²

1961 Anayasasınının 48. Maddesinde “Herkes; sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatları kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindedir.” İbaresini yer almaktadır. İlgili maddeye dayanarak 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kanunu düzenlenmiştir. Belirtilen kanunla, 1965 yılına kadar dağınık yapıda bulunan sosyal sigorta kolları birleştirilmiştir.²⁸³ Yine 1961 anayasasına göre yasa kapsamındaki kişilerin tüm sağlık harcamaları genel bütçeden karşılanmalıdır.²⁸⁴

1972 yılında, sosyal güvenlikten yoksun olan esnaf ve diğer bağımsız çalışanlar için Bağ-Kur kanunu çıkartılmıştır.²⁸⁵

10 Temmuz 1976 tarihinden itibaren karşılıksız olarak “65 Yaş Aylığı” adı altında; 65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz ve kimsesiz Türk vatandaşlarına yönelik yardımlar başlatılmıştır.²⁸⁶

²⁸¹ Demir, a.g.e., s. 35.

²⁸² A.g.e., s. 36.

²⁸³ A.g.e., s. 36.

²⁸⁴ Güvercin, a.g.e., s. 92.

²⁸⁵ Demir, a.g.e., s. 36.

1982 yılı anayasası, 1961 anayasası ile aynı şekilde sosyal güvenlik hakkını kapsamakla beraber yabancı ülkelerde yaşayan Türk vatandaşlarının da sosyal güvenliklerini kapsam içine almıştır.²⁸⁷

Cumhuriyetten sonra sosyal güvenliğin gelişmesinin diğer bir sebebi ise dünya devletleri ile yapılan ulusal anlaşmalardır. Bu anlaşmalar aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- 1948 İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi
- 1952 Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Uluslararası Çalışma Örgütü Sözleşmesi
- 1961 Avrupa Sosyal Güvenlik Anlaşması

Tüm bu gelişmeler ışığında; 1983 yılında Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, 1983 yılında Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu, 1999 yılında İşsizlik Sigortası Kanunu, 2000 yılında Türkiye İş Kurumu yürürlüğe girmiş ve kurulmuştur.²⁸⁸

1992 yılında, yoksulluk eşiğinin altında kalan kişiler için primsiz olarak sadece yatılı tedavileri kapsayan “Yeşil Kart” uygulaması başlamıştır.²⁸⁹

2006 Yılında çıkarılan “Sosyal Güvenlikte Reform” paketi ile sosyal güvenlik kuruluşları tek çatı altında birleştirilmiştir. Reform paketini takiben 2008 yılında sosyal güvenlik yasaları yeniden düzenlenmiş ve Genel Sağlık Sigortasına geçilmiştir.²⁹⁰

2008 Yılında uygulanmaya başlayan sosyal güvenlik reformu kapsamında,²⁹¹

- SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığını tek çatı altında toplayarak “Sosyal Güvenlik Kurumu” kurulmuştur.
- Genel Sağlık Sigortası kanunu ile; çalışan, çalışmayan tüm vatandaşlar, yabancılar ve vatansızlar kapsam içine alınmıştır.

²⁸⁶ Güvercin, a.g.e., s. 92.

²⁸⁷ Demir, a.g.e., s. 37.

²⁸⁸ A.g.e., s. 38.

²⁸⁹ Alpaslan, a.g.e., s. 74.

²⁹⁰ Demir, a.g.e., s. 39.

²⁹¹ Alpaslan, a.g.e., s. 75-76.

- Merkezi Bilgi Sistemi oluşturularak muhtaçlar için sosyal yardımları ulaşılabilir kılmak hedeflenmiştir.
- Finansmanın devlet-işçi ve işveren arasında bölüşümü sağlanmıştır.

Reform öncesi uygulanan sosyal yardımlar;

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

1.1.2. Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısı ve Kapsamı

Sosyal güvenlik kavramı 1948 yılında Birleşmiş Milletler tarafından temel insan hakkı olarak ilan edilmiştir.²⁹²

²⁹² Erdal Gümüş, “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler”, Setta Analiz, Ağustos 2010, s. 4.

Bir iş yerinde çalışmaya başlayan kişiler için sosyal güvenlik sistemine dahil olmak hem hak hem de yükümlülüktür.²⁹³ Kendi adına bağımsız çalışan kişiler ise tescillerini yapan ilgili kuruluşlara sigorta bildirimlerini yapmakla yükümlüdür.²⁹⁴

2006 reformu öncesi hizmet akdiyle çalışanlar, kendi namına çalışanlar, devlet memuru olarak çalışanlar, tarımda kendi namına çalışanlar ve tarımda hizmet akdiyle çalışanlar beş ayrı yasa, üç farklı kurum ve iki farklı bakanlık ile yönetilen bir sosyal güvenlik sistemine tabiydi.²⁹⁵ 15 Haziran 2006 (4947 ve 5502 sayılı kanun ile) tarihinden sonra ilgili üç kurumdan ikisi olan Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile birleştirilerek bu kurumların varlıklarına son verilmiştir.²⁹⁶

Tüm sigorta kurumlarının tek çatı altında toplanmasıyla, Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Emekli Sandığı döneminde yaşanan farklı uygulamalara bağlı sorunların ve sigorta kollarında birden fazla sigortalılık durumunun önüne geçilmiştir.²⁹⁷

4447 Sayılı kanun reformuyla işsizlik sigortası ve fonu oluşturulmuş, emeklilik yaş ve primleri yeniden düzenlenmiş, kaçak işçi çalıştırılmasının engellenmesine yönelik düzenlemeler yapılmıştır.²⁹⁸

5510 ve 5754 sayılı kanunlar ile genel sağlık sigortası ve sosyal sigortalara ait esaslar düzenlenmiştir.²⁹⁹

SGK'nın görevleri Sosyal Güvenlik Kurumu Kanununun 3. Maddesinde belirtilmiştir. Kurumun görevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir.³⁰⁰

- Ulusal kalkınma strateji ve politikaları ile yıllık uygulama programlarını dikkate alarak sosyal güvenlik politikalarını uygulamak, bu politikaların geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapmak.

²⁹³ İnce, a.g.e., s. 19.

²⁹⁴ A.g.e., s. 20.

²⁹⁵ Demir, a.g.e., s. 40.

²⁹⁶ A.g.e., s. 52.

²⁹⁷ Altın, a.g.e., s. 42.

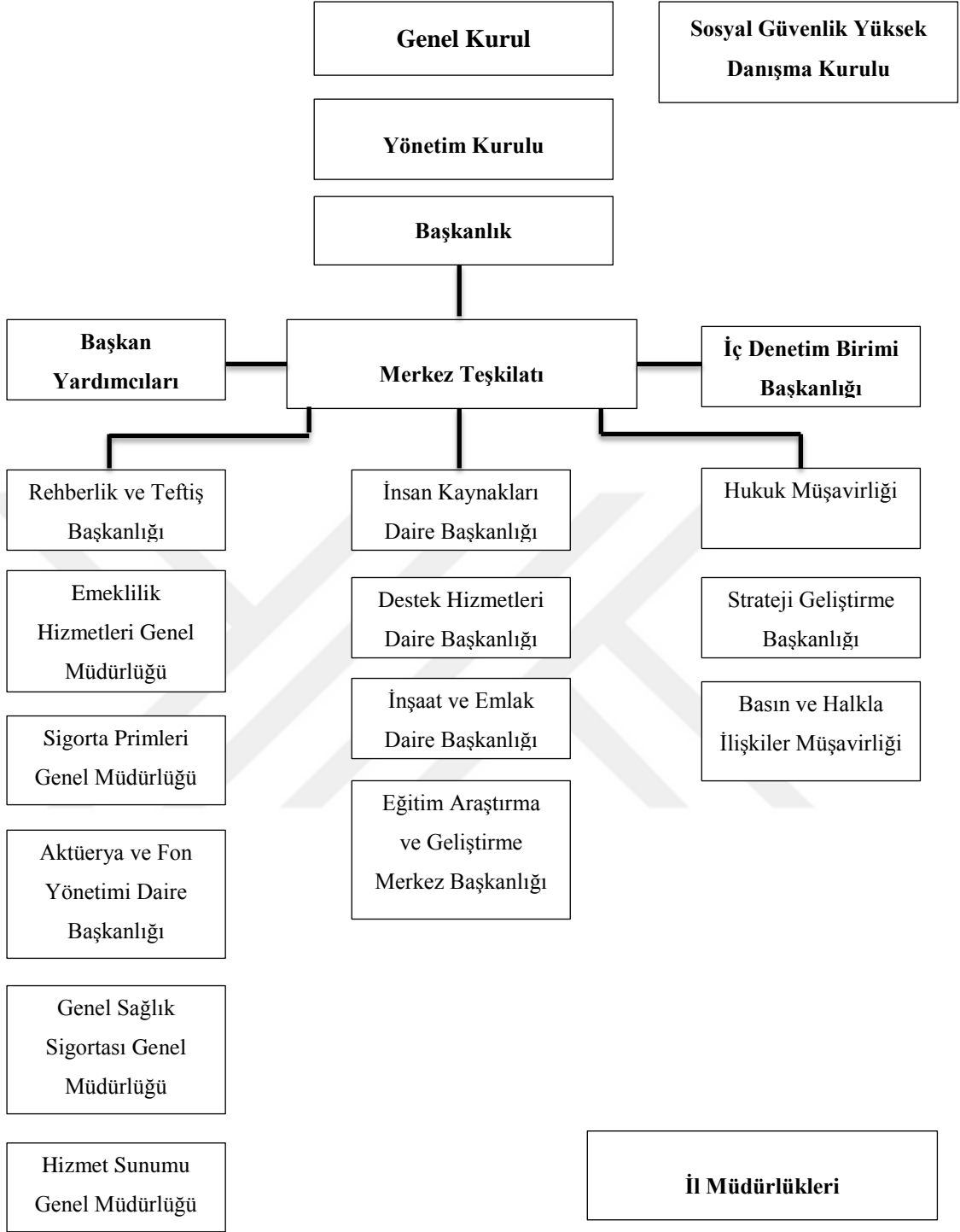
²⁹⁸ İnce, a.g.e., s. 18.

²⁹⁹ A.g.e.

³⁰⁰“Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 3.

- Hizmet sunduğu gerçek ve tuzel kişileri hak ve yuikuumlulukleri konusunda bilgilendirmek, haklarının kullanılmasını ve yuikuumluluklerinin yerine getirilmesini kolaylaştırmak.
- Sosyal guivenlige ilişkin konularda; uluslararası gelişmeleri izlemek, Avrupa Birliği ve uluslararası kuruluşlar ile işbirliği yapmak, yabancı uikelerle yapılacak sosyal guivenlik sוזleřmelerine ilişkin gerekli çalışmaları yuirtmek, usulune gore yuirtluğe konulmuş uluslararası antlaşmaları uygulamak.
- Sosyal guivenlik alanında, eğitim, araştırma ve danışmanlık faaliyetleri yapmak ve yaptırmak, kamu idareleri arasında koordinasyon ve işbirliğini sağlamak.





Şekil 7. Sosyal Güvenlik Kurumu Organizasyon Şeması

Kaynak: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/organizasyon_yapisi, düzenlenmiştir.

derlenerek

Şekil 7’de Sosyal Güvenlik Kurumunun Organizasyon Yapısı gösterilmiştir.

- **Genel Kurul:** Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanının başkanlığında, kanuna tabi olan tüm kişileri temsil eden temsilcilerden oluşur. Genel kurul; sosyal güvenlik politikalarının oluşturulmasından, kurumun bilanço, faaliyet ve performans raporlarından ve rapor sonuçlarının değerlendirilmesinden, yönetim kurulu üyelerinin seçilmesinden sorumludur.³⁰¹
- **Yönetim Kurulu:** Kurumun 12 üyeden oluşan karar organıdır.³⁰² Kurumun bilançosunu karara bağlamak, aktüeryal raporları değerlendirerek Genel Kurula sunulması için bağımsız kuruluşlara incelemek, Daire Başkanlıklarının kurulması veya kapatılmasına karar vermek, çıkarılan yönetmelikleri karara bağlamak, kurum personelinin ödemeleri hakkındaki esasları belirlemek ve kurumun performans hedeflerini karara bağlamak yönetim kurulunun görevleri arasındadır.³⁰³
- **Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu:** İlgili kurumun görevi sosyal güvenlik politikaları ve uygulamaları hakkında görüş bildirmektir.³⁰⁴
- **Merkez Teşkilatı:** Ana Hizmet Birimleri, Danışma Birimleri ve Yardımcı Hizmet Birimlerinden oluşur.
 1. Ana Hizmet Birimleri: Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Rehberlik ve Teftiş Bakanlığı, Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığıdır.³⁰⁵
 2. Danışma Birimleri: Strateji Geliştirme Başkanlığı, Hukuk Müşavirliği ve Basın ve Halkla İlişkiler Müşavirliğinden oluşmaktadır.³⁰⁶
 3. Yardımcı Hizmet Birimleri: Destek Hizmetleri Daire Başkanlığı, İnşaat ve Emlak Daire Başkanlığı, Eğitim

³⁰¹ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 5.

³⁰² “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 6.

³⁰³ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 7.

³⁰⁴ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 26.

³⁰⁵ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 12.

³⁰⁶ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 19.

Araştırma ve Geliştirme Merkez Başkanlığı ve İnsan Kaynakları Daire Başkanlığından oluşur.³⁰⁷

- **Taşra Teşkilatı:** Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri ve bu müdürlüklere bağlı Sosyal Güvenlik Merkezlerinden oluşur.³⁰⁸

Sosyal Güvenlik Kurumunun denetimi Sayıştay tarafından yapılmaktadır.³⁰⁹

Sosyal güvenlik anlayışı; sosyal devlet ve sigortacılık esaslarına dayanmakta olup, bu kapsamda uzun ve kısa vadeli sigorta hizmetleri devlet tarafından verilmektedir. Devlet bu hizmetlerin finansmanını, dayanışma ilkesine bağlı olarak, aktif sigortalılardan aldığı primlerden sağlamaktadır. İlgili hizmetler verilirken fayda/maliyet dengesi gözetilmediği için sistem tüm sosyoekonomik ve demografik risklere açıktır.³¹⁰

Kısa vadeli sigorta kolları kapsamında sigortalıya;³¹¹

1. Geçici iş görmezlik süresi boyunca günlük ödenek verilmektedir.
2. Sürekli iş görmezlik durumunda gelir bağlanmaktadır.
3. İş kazası veya meslek hastalıkları sonucunda ölen sigortalının, geride kalan hak sahiplerine gelir bağlanmaktadır. İlgili gelirden faydalanan kız çocuklarına evlenme ödeneği de verilmektedir.
4. Hastalık ve analık durumlarında günlük iş görmezlik ve analık durumunda ayrıca emzirme ödeneği verilmektedir.
5. İş kazası veya meslek hastalıkları sonucunda ölen sigortalılar için cenaze ödeneği sağlanmaktadır.
6. Askerlik ve doğum borçlanması hakkı mevcuttur.

Sigortalının farklı nedenlerden dolayı iş kazasına veya meslek hastalığına uğraması, hastalanması, tedavi süresinin uzaması veya iş görmezliğinin artması hallerinde

³⁰⁷ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 23.

³⁰⁸ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 27.

³⁰⁹ Demir, a.g.e., s. 53.

³¹⁰ <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz>

³¹¹ <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz>

geçici iş görmezlik ödeneği veya sürekli iş görmezlik geliri eksiltilebilir veya tamamen kesilebilir.³¹²

Uzun vadeli sigorta kolları kapsamında sigortalıya,³¹³

1. Malullük sigortası kapsamında aylık bağlanmaktadır.
2. Yaşlılık sigortası kapsamında aylık bağlanmakta veya toplu ödeme yapılmaktadır.
3. Ölüm sigortası kapsamında geride kalanlara aylık bağlanması, cenaze ödeneği ve kız çocukları için çeyiz ödeneği sağlanmaktadır.

Bunların dışında genel sağlık sigortası kapsamında sigortalıların ve bağımlıların sağlık giderleri de belirli şartlar ile kapsam içine alınmaktadır.³¹⁴

Sosyal sigortaların yanında, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlarda sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır.³¹⁵ Sosyal hizmetler bakıma muhtaç kişilerin düzenli bir yaşam sürmesi için gerekli ihtiyaçları karşılarken, sosyal yardımlar yoksullukla mücadele amaçlı hizmetlerdir.³¹⁶

Sosyal sigorta kapsamındaki kişiler;³¹⁷

1. Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
2. Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar,
3. Tarımsal faaliyette bulunanlar,
4. Devlet memurları, TBMM üyeleri, bakanlar vb.,
5. Sanatçılar,
6. Hizmet akdi ile çalışan yabancı uyruklular,
7. Milli Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenen kurslarda usta öğrenci olarak çalıştırılanlar ve kamu idarelerinde ders ücreti karşılığı çalışanlar,

³¹² “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)”, Resmi Gazete, 26200 (Haziran 2006), Md. 22.

³¹³ <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz>

³¹⁴ <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz>

³¹⁵ Gümüş, a.g.e., s. 4.

³¹⁶ A.g.e., s. 5.

³¹⁷ “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)”, Resmi Gazete, 26200 (Haziran 2006), Md. 4.

8. Türkiye iş kurumu tarafından düzenlenen toplum yararına çalışma programından yararlananlar,
9. Askeri eğitim alan öğrenciler,
10. Polis Akademisi öğrencileridir.

Hiçbir şekilde sigortası bulunmayan 18 yaşını doldurmuş bireyler isteğe bağlı olarak prim ödemek suretiyle uzun vadeli sigorta kolları ve genel sağlık sigortası kapsamına girebilirler.³¹⁸

Mesleki hastalık veya iş kazası sonucu meslekte kazanma gücünün % 60'ını kaybeden kişiler malul sayılmaktadır.³¹⁹ Malul olan kişiler; en az 10 yıldan beri sigortalı bulunup toplam olarak 1800 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi bildirmiş ise işten ayrıldıktan sonra kurumdan yazılı istekte bulunarak malullük aylığına hak kazanabilirler.³²⁰

Yaşlılık sigortası kapsamında kadınlar için 58, erkekler için 60 yaşını doldurmuş olanlar ve en az 9000 gün malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları primi bildirmiş olan kişilere yaşlılık aylığı bağlanmaktadır. Ayrıca bazı durumlarda bu ödeme toplu olarak da yapılabilmektedir.³²¹

1.1.3. Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Finansmanı

Sosyal güvenlik sisteminin finansmanındaki tercihler kurumun geleneklerine, teknik, politik ve sosyal faktörlere bağlı olarak değişmekte olup vergi sistemi de bu tercihleri etkilemektedir.³²²

Sosyal Güvenlik Kurumunun gelirleri aşağıdaki gibi sıralanabilir.³²³

³¹⁸ “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)”, Resmi Gazete, 26200 (Haziran 2006), Md. 50.

³¹⁹ “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)”, Resmi Gazete, 26200 (Haziran 2006), Md. 25.

³²⁰ “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)”, Resmi Gazete, 26200 (Haziran 2006), Md. 26.

³²¹ “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)”, Resmi Gazete, 26200 (Haziran 2006), Md. 28.

³²² Altın, a.g.e., s. 58.

³²³ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 34.

- Sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası primleri,
- Sosyal sigorta ve genel sağlık sigortası idari para cezaları, gecikme zamları ve katılım payları,
- Sosyal sigorta ile genel sağlık sigortasına yapılan devlet katkısı,
- Taşınır ve taşınmaz gelirleri,
- Primsiz ödemeler karşılığı olarak merkezi yönetim bütçesinden yapılan ödemeler,
- Sosyal güvenlik kurumlarınca hazırlanan her türlü form, kart vb. satışından elde edilen gelirler,
- Sosyal güvenlik kurumlarınca sağlanan her türlü veri hattı, internet kullanımı vb. kira gelirleri,
- Merkezi yönetim bütçesinden yapılacak diğer transferler,
- Bağışlar,
- Primlerin ve diğer gelirlerin değerlendirilmesinden elde edilen gelirler,
- Diğer gelirler.

Prim gelirleri sosyal güvenliğin finansmanındaki en önemli unsurdur.³²⁴ Primler aylık olarak ücretlerden belirli oranlarda ve zorunlu olarak, işçi ve işveren, tahsil edilir.

Tablo 13. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları

Sigorta Kolu	İşveren Payı (%)	Çalışan Payı (%)	Toplam (%)
Malullük, Yaşlılık ve Ölüm	11	9	20
Kısa Vadeli Sigorta Kolları	2	-	2
Genel Sağlık Sigortası	7,5	5	12,5
İşsizlik Sigortası	2	1	3
Toplam	22,5	15	37,5

Kaynak: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/sigortalilik/isveren/isveren_prim_oranlari/

Tablo 13'te görüleceği üzere çalışandan uzun vadeli sigorta kolları için % 9, genel sağlık sigortası için % 5 ve işsizlik sigortası için % 1 olmak üzere toplamda % 15 prim tahsil edilmektedir. İşveren ödemesi ise toplamda % 22,5 olup, her sigorta kolunda çalışandan daha yüksek prim ödemesi söz konusudur. Malullük, yaşlılık ve ölüm için % 11, kısa vadeli sigorta kolları için % 2, genel sağlık sigortası için % 7,5

³²⁴ Altın, a.g.e., s. 58.

ve işsizlik sigortası için % 2 oranında prim ödemesi işveren tarafından yapılmaktadır. İşçi ve işverenden sosyal sigortalar için alınan prim toplamı ise aylık gelirin % 37,5'ini oluşturmaktadır.

Anayasada belirtildiği üzere sosyal güvenliği sağlamak devletin görevleri arasında sayılmaktadır. Bu sebeple devlet katkısı ve merkezi yönetim bütçesinden elde edilen gelirler ile finansman katkısı sağlanmaktadır.³²⁵

Sosyal güvenlik kurumunun giderleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir.³²⁶

- Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası kapsamında sigortalılara ödenmesi gereken tazminat, aylık ve ödenekler,
- Genel yönetim giderleri,
- Faiz giderleri,
- Eğitim, araştırma, danışmanlık hizmeti giderleri,
- Diğer giderler.

Sosyal Güvenlik Kurumunun giderleri arasında en yüksek olan giderin emekli maaş ödemeleri olduğu görülmektedir. 1991 yılında emeklilik yaşı uygulamasının kaldırılması sonucu 5000 iş gününü tamamlayan kişilere emeklilik hakkı doğmuştur.³²⁷ Bunun sonucunda kadınlar 38, erkekler ise 43 yaşında emekli maaşı almaya başlamıştır. Uygulamanın sonucu olarak, yapılan tüm düzenlemelere rağmen, sürdürülebilir bir sistemde 4 sigortalının 1 emekliyi finanse etmesi gerekirken ülkemizde 4 sigortalıya 1,9 emekli düşmektedir.³²⁸

Türkiye sosyal güvenlik sisteminin başlangıcı 1945 yılı olarak düşünüldüğünde genç ve yeni bir sisteme sahip olduğu ortaya çıkmaktadır.³²⁹ Doğru bir sosyal güvenlik sisteminin minimum üç nesile sorunsuz hizmet sunması beklenirken Türkiye sosyal güvenlik sistemi 50 yaşına gelmeden; ekonomik, finansal ve demografik olarak ciddi

³²⁵ Altın, a.g.e., s. 59.

³²⁶ “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)”, Resmi Gazete, 26173 (Mayıs 2006), Md. 34.

³²⁷ Altın, a.g.e., s. 61.

³²⁸ A.g.e., s. 62.

³²⁹ Gümüş, a.g.e., s. 7.

sorunlarla karşı karşıya kalmış bu sebeple 1990'lı yılların ilk yarısından itibaren reformlara ihtiyaç duyulmuştur.³³⁰

Tablo 14. 1950-2014 Yılları Aktif-Pasif Sigortalı Oranları Bin

Yıl	Aktif Sigortalılar	Aylık Alan-Pasif Sigortalılar	%
1950	200	9	5%
1965	1444	151	10%
1970	2138	326	15%
1975	3732	635	17%
1980	4631	1228	27%
1985	5690	1962	34%
1990	6814	2899	43%
1995	7880	4171	53%
2000	9621	5913	61%
2005	11472	7504	65%
2014	19822	10227	52%

Kaynak: DPT Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2006) ve Sosyal Güvenlik Kurumu 2014 İstatistiklerinden derlenmiştir.

Tablo 14'te görüleceği gibi pasif sigortalı sayısının artma hızı yükselirken, aktif sigortalı sayısında bu oran düşüktür. Bunun bir sonucu olarak aktif sigortalıların pasif sigortalıları finanse etme oranı da her geçen yıl artmaktadır. 1950 yılında % 5 olan bu oran 1985 yılında % 34'e, 2005 yılında ise % 65'e yükselmiştir. 2006 yılında yapılan reformlar ve alınan önlemler ile bu oranın 2014 yılında % 52 ye gerilediği tablodan görülmektedir.

Ülkemizde sosyal güvenlik kurumu giderlerinin yüksek olmasının diğer sebepleri olarak; gelirlerin düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdam, prim tahsilat oranı düşüklüğüne rağmen yüksek olan aylık bağlama oranı ve prim ödeme gün sayısının düşük olması gösterilebilir.³³¹

³³⁰ Gümüş, a.g.e., s. 10.

³³¹ Altın, a.g.e., s. 64-65.

1.2. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortası Sisteminin İncelenmesi

1.2.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortasının Tarihi ve Gelişimi

Sosyal sağlık sigortası uygulamalarının geçmişi Avrupa’da çok eski yıllara dayanmakta olup, Türkiye’de çok daha yeni bir sistemdir. Almanya 1883 yılında sağlık sigortalarını sosyalleştiren ilk ülke olarak görülse de, Batı Avrupa’da Orta Çağ’a kadar uzanan bir tarihi olduğu düşünülmektedir.³³²

Osmanlı dönemi sağlık anlayışını Selçuklulardan miras almış olup, İslam etkileri ile devam ettirmiştir. Bu dönemde saray illeri dışında hastane sayısı oldukça düşük olup, devletin sağlık işleri “Hekim Başı” tarafından yürütülmektedir. Mevcut hastaneler saray eşrafi tarafından vakıf olarak kurulmuştur.³³³

Ülkemizde sağlıkla ilgili ilk kanun 1921 yılında oluşturulan “Ereğli Havza-i Fahriyesi Maden Hukukuna Müteallik Kanun” dur. Sağlık sigortası olarak başlayan ilk uygulamalar ise cumhuriyetin ilk yıllarında işçiler için iş kazası ve meslek hastalıkları için, Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile başlamıştır.³³⁴

1920-1945 Döneminde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin açılışından 10 gün sonra kurulan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının görevi; Türkiye’nin sağlık şartlarını iyileştirmek ve sosyal yardımlarda bulunmaktır.³³⁵ İlgili dönemde öncelikli olarak doktor sayısının artırılması, numune hastanelerinin açılması ve bazı salgın hastalıklarla mücadele hedeflenmiştir.³³⁶ Türkiye bu dönemde ikinci dünya savaşından büyük ölçüde etkilenmiş ve bu durum hedeflere ulaşılmasını geciktirmiştir.³³⁷

³³²Tatar, a.g.e., s.122.

³³³ R. Nilüfer Mısırlı, “Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği”, (İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi), İstanbul, 2007, s. 9.

³³⁴Hacer Zengin, “Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları”, (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2015, s. 18.

³³⁵Ünal Er, “Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası”, (Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2011, s. 86-87.

³³⁶ A.g.e., s. 87.

³³⁷ Er, a.g.e., s. 93.

1945-1960 Döneminde kurumların kendi çalışanları için farklı sağlık sandıklarının kurulmaya başladığı bir dönem olmuştur. 1945 yılında işçi sigortaları ile başlayan bu süreç PTT (Posta ve Telgraf Teşkilatı), TCDD (Türkiye Cumhuriyeti Devlet Demir Yolları) gibi sandıklar ile devam etmiştir.³³⁸ Türkiye Cumhuriyetinde sosyal sağlık sigortası 1945-1947 yılları arasında 11 ayrı emekli sandığı ile düzenlenmeye başlamıştır.³³⁹ Bu dönemde yayınlanan Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planının amacı; sağlık hizmetlerinin ülke geneline yayılmasını sağlamak, koruyucu hekimlik sistemini oluşturmak ve ihtiyaca yönelik sağlık personeli yetiştirmektir.³⁴⁰

1960-1985 Dönemi sağlık alanında sosyalleşmenin hedeflendiği bir dönem olup; tüm sağlık kolları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı altında toplanmış, sağlık ocağından hastaneye doğru bir sevk zinciri kurulması, sosyalleştirme bölgelerinde ücretsiz sağlık hizmeti verilmesi planlanmıştır.³⁴¹ Bu dönemde yer alan kalkınma planları ve hedefleri aşağıdaki gibidir.

- **1963-1967 Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı:** Koruyucu sağlık hizmetleri ile halkın sağlık düzeyini arttırmak amaçlanmıştır.³⁴²
- **1968-1972 İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı:** İlk kez Genel Sağlık Sigortasının ve kademeli sağlık hizmetinin gerekliliğinin vurgulandığı plandır. Hastalara eşit hizmet sunulması ve kişilerin sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanması öngörülmüştür.³⁴³ Günümüzde uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın temeli bu tarihe dayanmaktadır.³⁴⁴
- **1973-1977 Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı:** İlaç fiyatlarının sabitlenmesi ve hastanelerin tek bir kuruma bağlanması için çalışmalar yapılmıştır.³⁴⁵
- **1979-1983 Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı:** Sağlık sigortasının daha geniş bir kitleye ulaşması hedeflenmiştir.³⁴⁶

³³⁸ A.g.e., s. 94.

³³⁹ Tatar, a.g.e., s. 125.

³⁴⁰ Er, a.g.e., s. 95.

³⁴¹ A.g.e., s. 99.

³⁴² Mustafa Kuruca, "Genel Sağlık Sigortası", (Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkiler Ana Bilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı Doktora Tezi), İstanbul, 2012, s. 111.

³⁴³ A.g.e., s. 112.

³⁴⁴ Er, a.g.e., s. 102.

³⁴⁵ Kuruca, a.g.e., s. 112.

12 Eylül 1980 tarihinden sonra sağlık hizmetlerinin herkes için eşit olarak ulaşılabilir olması hedeflenmiştir. Bu kapsamda ilaç tedarikinin artırılması ve sağlık personelinin tam zamanlı çalışması planlanmıştır.³⁴⁷ 20 Mayıs 1983 te yönetimin askeriyeden meclise geçişi ile aynı plan daha kapsamlı olarak devam ettirilmiştir.³⁴⁸

1985-2000 Döneminde uygulamaya konulan “Yeşil Kart” ile yeterli gelire sahip olmayan vatandaşların sağlık harcamaları devlet tarafından finanse edilmeye başlamıştır.³⁴⁹ Bu dönemde yer alan kalkınma planları ve hedefleri aşağıdaki gibidir.

- **1985-1989 Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı:** Sağlık hizmetlerini kamudan özele kaydırmak için özel hastanelerin serbest fiyat belirleyebilmesi gibi kararlar alınmıştır. 1990-1994 Altıncı Kalkınma Planı da aynı çalışmaları kapsamıştır.³⁵⁰
- **1996-2000 Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı:** Genel Sağlık Sigortasına geçiş öngörülmüş olup, sağlık hizmetlerinin ülke genelinde daha çok kişiyi kapsamaması hedeflenmiştir.³⁵¹

1999 ve 2000 yıllarında özel sağlık sigortasına olan ilgiyi arttırmak amacıyla özel sağlık sigortası primine dahil olan % 5 oranındaki “Banka ve Sigorta Muamele Vergisi” kaldırılmış, aynı zamanda çalışanlarını sigortalayan firmalar için vergi indirim avantajı sağlanmıştır.³⁵²

2001-2005 Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında aile hekimi uygulamasına geçilebilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır.³⁵³

2007-2013 Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında Sağlıkta Dönüşüm Programı ve tamamlayıcı özel sağlık sigortasına teşvik için devlet desteği yer almaktadır.³⁵⁴

³⁴⁶ A.g.e., s. 112.

³⁴⁷ Er, A.g.e., s. 125.

³⁴⁸ A.g.e., s. 126.

³⁴⁹ A.g.e., s. 149.

³⁵⁰ Kuruca, a.g.e., s. 113.

³⁵¹ A.g.e., s. 114.

³⁵² Yaşar, a.g.e., s. 55-56.

³⁵³ Kuruca, a.g.e., s. 115.

³⁵⁴ A.g.e., s. 115.

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana çerçevesi aşağıdaki gibi belirtilmektedir.³⁵⁵

- Planlayıcı ve denetleyici bir sağlık bakanlığı
- Stratejik planlama, kaynak konularında yeni misyon belirlenmesi ve insan kaynakları politikası
- Mali ve yönetsel kontrol ile denetimin taşra teşkilatına aktarılması
- Tüm halkı kapsayan Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması

Sağlıkta Dönüşüm Programı Avrupa Birliği üyeliği açısından da büyük önem taşımaktadır.³⁵⁶ Türkiye ekonomik güç sıralamasında dünyada 17. sıradayken, insani gelişmişlik sıralamasında 88. ülkedir. Buradaki çelişkinin sebebi olarak binde 36 oranındaki bebek ölümleri ve binde 70 oranındaki anne ölümleri gösterilmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamı ile bu çelişkinin ortadan kaldırılacağı düşünülmektedir.³⁵⁷

Sağlıkta Dönüşüm Programına ihtiyaç duyulmasının sebepleri hükümet tarafından aşağıdaki şekilde sıralanmıştır.³⁵⁸

- Sağlık sigortası sistemi yapısal olarak çok başlı bir sistemdir. Bu sebeple hizmetler verimsiz, kalitesiz ve yetersiz olup, sevk zinciri işlememektedir.
- Sağlığa ayrılan kaynaklar verimsiz kullanıldığı için, yetersiz kalmaktadır. Tüm bireyler kapsam içinde olmayıp, cepten ödeme oranları yüksektir.
- Sağlıkta ihtiyaç duyulan nitelikli personel eksiği bulunmaktadır.
- Etkin bilgi sistemi bulunmamaktadır.
- İlaç tüketimi gelişmiş ülkelerin altında olmasına rağmen, sağlık harcamalarındaki payı yüksektir.

2004 Yılında Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulması ile çok başlılık olarak dile getirilen kurumlar ortadan kaldırılmıştır. Söz konusu üç kurumu aşağıdaki tanımlayabiliriz.

- **Sosyal Sigortalar Kurumu:** 1965 yılında kurulmuş olan kurum, kamu ve özel sektörde bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılan bireyleri sağlık

³⁵⁵ Mısırlı, a.g.e., s. 31.

³⁵⁶ A.g.e., s. 32.

³⁵⁷ A.g.e., s. 33.

³⁵⁸ A.g.e., s. 38-39.

sigortası kapsamına almaktaydı.³⁵⁹ Ayrıca bu kişilerin aileleri de sigorta kapsamında yer almakta olup sağlık harcamalarının finansmanı işçi ve işverenden alınan primler ile sağlanmaktaydı.³⁶⁰

- **Emekli Sandığı:** 1866 yılında “Askeri Personel Sandığı” ile kurulmaya başlayan emekli sandıkları farklı meslek kolları için ayrı ayrı kurulmaya devam etmiştir. 11 Emekli sandığının kurulması sonucunda, farklı alanlarda çalışan kamu personelleri birbirinden farklı mevzuatlarla yönetilmeye ve farklı haklara sahip olmaya başlamıştır. 1949 yılında bu durumu ortadan kaldırmak için tüm sandıklar “Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü” altında toplanmıştır. Sosyal sigortalar kurumundan farklı olarak, emekli kamu personeli ve emekli askerler ile bu kişilerin aileleri emekli sandığı kapsamında sigortalanmaktaydı.³⁶¹
- **Bağ-Kur:** Bir işverene bağlı olmaksızın kendi adına çalışan kişiler 1971 yılında kurulan Bağ-Kur kapsamında sigortalanmıştır.³⁶² Bağ-kur kapsamındaki kişiler basamaklı bir sistemle prim ödemekte ve hizmet almaktaydı. Bağ-Kur 1985 yılına kadar sadece uzun vadeli sigorta kolları için hizmet vermiş olup bu tarihten sonra sağlık sigortası hizmetini başlatmıştır.³⁶³

³⁵⁹ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 61.

³⁶⁰ Kuruca, a.g.e., s. 121.

³⁶¹ Yenimahalleli Yaşar, a.g.e., s. 63.

³⁶² A.g.e., s. 65.

³⁶³ A.g.e., s. 66.

Tablo 15. Sağlıkta Dönüşüm Programı Kapsamında Yapılan Değişiklikler

Yıl	Değişiklik
2003	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başlatıldı.
	Devlet memurları özel hastanelerden yaralanmaya 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 fiyatlamaya geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
2005	İlaçta KDV oranı % 8'e indirildi.
	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı.
	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başlandı.
2006	Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta % 20 katılım payı alınmaya başlandı.
	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde global bütçe uygulamasına geçildi.
	Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
2007	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi.
2008	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
2009	18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + % 15 olarak değiştirildi.
	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı.
2010	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.
	Yeşil Kartlılar 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.
	Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK'ya devredildi.
Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.	
2011	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi.
	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.

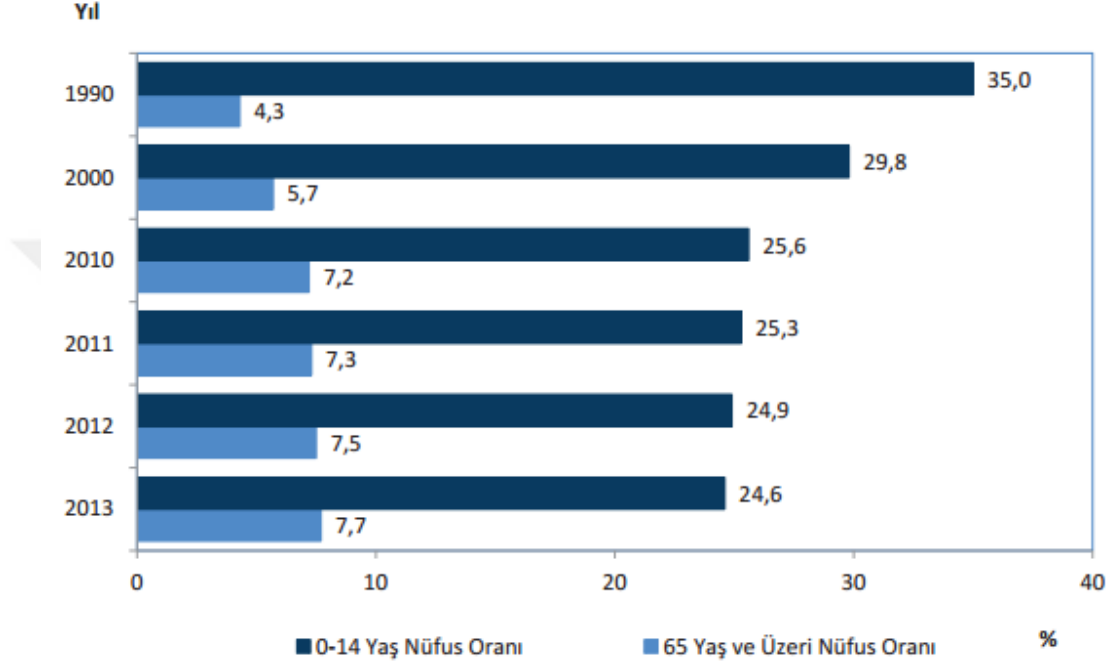
Kaynak: Mehtap Tatar, "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi", Sosyal Güvenlik Dergisi, S. 1 (2011), s. 128. Derlenerek düzenlenmiştir.

Sağlıkta dönüşüm programı Dünya Bankası ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenen bir proje olmuştur.³⁶⁴ Sağlıkta dönüşüm programı kapsamında yapılan değişiklikler yıl bazında detaylı olarak tablo 15'te belirtilmiştir.

³⁶⁴ Stefan Kohlwes, "Governing Health: Transformations in the Turkish Health Care System", GeT MA Working Paper Series, Berlin (2014), s. 46.

1.2.2. Türkiye'nin Demografik Özellikleri ve Sağlık Sistemine Etkileri:

Bir çok dünya ülkesinin sağlık sistemi; artan ortalama yaş, hastalıklarda yaşanan değişimler ve gelişen teknoloji sebebi ile sorun yaşamakta olup; çoğunda temel amaç sağlık hizmetlerini kaliteli, hakkaniyetli ve erişilebilir kılmaktır.³⁶⁵

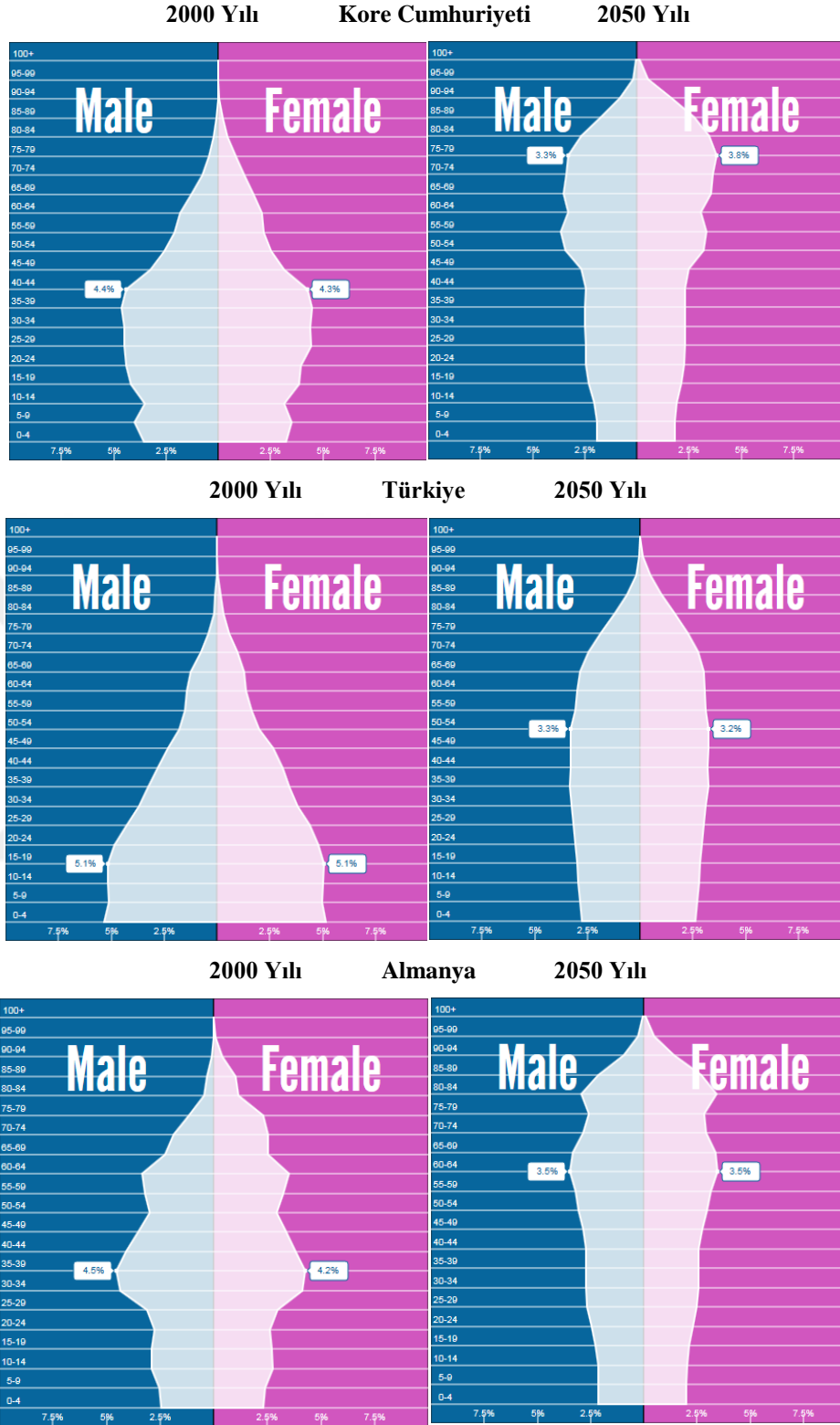


Şekil 8. Yıllara Göre Türkiye 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranları

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara, 2014, s. 7.

Şekil 8'de görülebileceği üzere 1990-2013 yılları arasında 0-14 yaş arası nüfus oranı % 35'ten % 24,6'ya gerilerken, 65 yaş ve üzeri nüfus oranı % 4,3'ten % 7,7'ye yükselmiştir. 0-14 yaş arası nüfustaki yıllar bazında değişim % 10,4 iken 65 yaş ve üzeri nüfus için bu oran % 3,4'tür.

³⁶⁵ Tatar, a.g.e., s. 104.



Şekil 9. Türkiye Nüfusunun Yaşlanma Hızının Almanya ve Kore Cumhuriyeti Yaşlanma Hızı ile karşılaştırılması

Kaynak: <https://populationpyramid.net/>

Türkiye nüfus piramidi verilerine göre 2000 yılında ülke nüfusunun % 8,9'u 60 yaş ve üstüdür. 2050 yılında bu oranın % 17,8 artarak nüfusun % 26,7'si olacağı beklenmektedir.

Şekil 9'da dünyanın en hızlı yaşlanan ülkesi olan Kore Cumhuriyeti ile Türkiye'nin yaşlanma hızlarını gösteren nüfus piramitleri yer almaktadır. 2000 yılı için Kore Cumhuriyeti nüfusunun % 11,3'ü 60 yaş ve üstü iken 2050 yılında bu oranın % 41,5'e yükselmesi beklenmektedir. Kore Cumhuriyetinde yaşanması beklenen % 30,2 oranındaki bu artış ile karşılaştırıldığında Türkiye çok daha fazla yaşlanıyor gibi düşünülse de ülkemiz dünyada en hızlı yaşlanan ikinci ülkedir.

Şekil 9'da paylaşılan diğer nüfus piramidi verileri ise Türkiye ile yakın verilere sahip olan Almanya için verilmiştir. 2000 yılında nüfusunun % 23'ü 60 yaş ve üstü olan Almanya için, 2050 yılında bu oranın %39,3 olması beklenmektedir. Yaşlı bireylerin nüfusunda beklenen artış 2000-2050 yılı aralığı için % 16,3'tür.

Tablo 16. Genel Demografik Göstergeler

	1990	2000	2010	2011	2012	2013
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	73.722.988	74.724.269	75.627.384	76.667.864
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,00	29,80	25,60	25,30	24,90	24,60
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,30	5,70	7,20	7,30	7,50	7,70
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) (%)	57,60	46,30	38,10	37,50	36,90	36,30
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 Yaş ve Üzeri) (%)	7,00	8,80	10,80	10,90	11,10	11,30
Kaba Doğum Hızı (%)	2,40	2,20	1,72	1,68	1,71	1,69
Kaba Ölüm Hızı (%)	0,71	0,73	0,50	0,51	0,50	0,49
Kadın Başına Toplam Doğurganlık Hızı	2,90	2,50	2,10	2,00	2,10	2,10

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara, 2014, s. 4.

Tablo 16'da belirtildiği üzere 1990-2013 yılı arasında 65 yaş ve üzeri nüfusta artış gözlenirken, ölüm ve doğum hızı azalmaktadır. 1990 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus oranı % 4,30 iken 2013 yılında bu oran % 7,70 olmuştur. 0-14 yaş oranı ise % 35'ten 24,60'a gerilemiştir. 1990'da % 7 olan yaşlı bağımlılık oranı 2013 yılına

bakıldığında % 11,3 olmuş ve artış göstermiştir. Kaba doğum hızındaki düşüş sebebi ile azalan genç bağımlılık oranı 1990 yılında % 57,6 iken 2013 yılında % 36,30'a kadar düşmüştür. Bunun sonucunda artan 65 yaş ve üstü nüfus, yaşlı bağımlılık oranını arttırmaktadır. İlerleyen yıllarda genç nüfusun artan yaşlı nüfusun sağlık giderleri finanse etmekte zorlanması kaçınılmaz olacaktır. Sağlık sisteminin finansmanı için yaşlılık oranının incelenmesinin yanında hastalığa bağlı ölüm oranlarının da incelenmesi gerekmektedir.

Tablo 17. ICD-10 Ana Tanı Gruplarına ve Cinsiyete Göre İlk 10 Ölüm Nedeni %

ICD-10 Ana Tanı Kodları	2011			2012			2013		
	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam
Dolaşım Sistemi Hastalıkları	35,03	43,41	38,80	34,41	42,21	37,93	35,83	44,61	39,78
Neoplazmlar	25,48	16,86	21,60	25,53	16,79	21,58	25,27	16,49	21,32
Solunum Sistemi Hastalıkları	11,20	8,65	10,05	10,67	8,44	9,67	10,71	8,75	9,83
Endokrin, Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları	4,81	8,09	6,29	4,65	7,65	6,00	4,34	7,15	5,60
Sinir Sistemi Hastalıkları	3,22	4,34	3,72	3,60	5,13	4,29	3,44	4,91	4,10
Genitoüriner Sistem Hastalıkları	3,06	3,44	3,23	3,10	3,52	3,29	2,81	3,25	3,01
Sindirim Sistemi Hastalıkları	2,47	2,61	2,54	2,52	2,70	2,60	2,56	2,75	2,64
Perianatal Dönemden Kaynaklanan Bazı Durumlar	1,66	1,59	1,63	1,77	1,73	1,75	1,96	1,82	1,9
Bazı Enfeksiyöz ve Paraziter Hastalıklar	1,56	1,60	1,57	1,61	1,75	1,67	1,74	1,81	1,77
Konjental Malformasyonlar, Deformasyonlar ve Kromozom Anomalileri	1,26	1,46	1,35	1,15	1,30	1,22	1,27	1,43	1,35

Kaynak: Türkiye Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Sağlık İstatistikleri 2013, s. 23. Derlenerek düzenlenmiştir.

Tablo 17'de Türk vatandaşlarının ana tanı gruplarına bağlı ölüm oranları belirtilmiştir. İncelenen 10 tanı grubunda yüksek ölüm oranı ile neoplazmlar ve dolaşım sistemi hastalıkları dikkat çekmektedir. 2013 yılında % 39,78'lik oranla birinci sırada yer alan dolaşım sistemi hastalıklarına örnek olarak; kalp krizi, damar tıkanıklıkları, kalp yetmezliği, varis, hemofili, aritmi, yüksek tansiyon hastalıkları verilebilmektedir. % 21,32 oranı ile ikinci sırada yer alan neoplazmlar ise vücutta

gelişen iyi veya kötü huylu tümörleri temsil etmektedir. Ancak söz konusu oranlar ölüm oranı olduğu için bu tabloda kötü huylu tümör/kanser oldukları kabul edilecektir. Belirtilen oranların ve sebep oldukları sağlık giderlerinin azaltılması, halk sağlığının korunabilmesi için bu alanlarda koruyucu sağlık hizmeti verilmesi önem taşımaktadır.

1.2.3. Genel Sağlık Sigortası Kapsamı

Mevcut sistemde sağlık sigortasının farklı kurumlar tarafından yönetilmesi ile yaşanan sorunlar, yüksek oranlı harcamalar ve yaşanan karmaşa sebebi ile 2004 yılında “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform” önerisi yapılmıştır. Reform önerisi sonucu 1 Ekim 2008 itibari ile 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” yürürlüğe girmiş ve genel sağlık sigortası uygulamaya başlamıştır.³⁶⁶ Genel sağlık sigortası ile; emekli sandığı, sosyal sigortalar kurumu ve Bağ-Kur sigortalıları arasındaki hizmet ayrımı ortadan kaldırılmıştır.³⁶⁷

Genel Sağlık Sigortası halkın sağlık düzeyini mevcut kaynakları kullanarak yükseltmek amacıyla uygulamaya başlanan kalkınma planlarının bir sonucudur.³⁶⁸ Ülkemizde sosyal sağlık sigortaları 2014 yılında 66.310.893 kişiyle nüfusun % 85’ini kapsamaktadır.

³⁶⁶ Gülay İnce, “Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi”, (Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi), Ankara, 2014, s. 23.

³⁶⁷ Er, a.g.e., s. 325.

³⁶⁸ Kuruca, a.g.e., s. 111.

Tablo 18. Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Nüfus Oranı

Yıllar	Türkiye Nüfusu	Genel Sağlık Sigortası Kapsamındaki Sigortalılar	%
1950	20.947.188	841.342	4%
1960	27.754.820	1.612.385	6%
1970	35.605.176	9.168.825	26%
1980	44.736.957	20.795.239	46%
1990	56.709.000	36.526.667	64%
2000	67.913.000	55.019.354	81%
2001	68.898.000	60.424.353	88%
2002	69.875.000	58.566.095	84%
2003	70.847.000	61.630.610	87%
2004	71.813.500	64.533.032	90%
2005	72.065.000	67.944.526	94%
2012	75.627.384	64.270.078	85%
2013	76.667.864	64.316.512	84%
2014	77.695.904	66.310.893	85%

Kaynak: 1950-2000 verileri için DPT, 2001-2005 verileri için SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı, 2012-2014 verileri için SGK istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 18’de 2000 yılından sonra nüfusun yüksek bir oranının kapsam içinde olduğu görülse de 2001 yılı için sonradan yapılan çalışmalarda bu oranının % 67 olduğu görülmüştür.³⁶⁹ Sağlıkta Dönüşüm Programına ihtiyaç duyulma sebepleri arasında yer alan etkin bilgi sistemi eksikliği burada da görülmektedir.

Genel sağlık sigortası; kişilerin risklerine gelirlerine veya yaşlarına bakmaksızın birbirlerini finanse ettiği ve sağlık hizmetlerinde eşitlik ilkesine sahip bir sistemdir.³⁷⁰

Genel sağlık sigortası sisteminin temel amacı hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini kaldırarak sağlık hizmetinde kalite artışı sağlamaktır.³⁷¹

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren genel sağlık sigortası tüm vatandaşlar için zorunluluk teşkil etmektedir.³⁷² Aşağıda belirtilen kişiler genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır.³⁷³

³⁶⁹ Tatar, a.g.e., s. 126.

³⁷⁰ Tapan, a.g.e., s. 57.

³⁷¹ İnce, a.g.e., s. 23.

³⁷² Kuruca, a.g.e., s. 171.

³⁷³ Er, a.g.e., s. 326-329.

- İş Kanunu, Basın İş Kanunu, Deniz İş Kanunu veya Borçlar Kanunu kapsamında sözleşmesi olan işçiler
- Kamu idaresi çalışanları
- Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar
- Köy ve mahalle muhtarları
- Oturma izni almış yabancı ülke çalışanları
- İşsizlik sigortası kapsamında işsizlik geliri alanlar
- İsteğe bağlı sigortalılar
- Yeşil kart verilen kişiler
- Vatansız ve sığınmacılar
- Emekliler
- Nakdi tazminat ve aylık bağlanması hakkında kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler
- İstiklal savaşı sebebiyle şeref aylığı alanlar ve vatani hizmet tertibinden aylık alanlar
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kanun hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlananlar
- Devlet Sporcuları
- Geçici köy korucuları
- Harp mallullüğü ve terör mağduru aylığı alanlar
- Bu maddelerin dışında kalan ve başka ülkede sigortalanma hakkı bulunmayan kişiler

Ayrıca kapsamda sayılan tüm bu kişilerin eşleri, 25 yaşını doldurmamış bekar çocukları ve diğer çocuklarından yardım almayan ve kendine ait geliri olmayan anne ve babaları da kapsam içindedir.³⁷⁴

Aşağıda belirtilen kişiler ise genel sağlık sigortası kapsamında dışındadır.³⁷⁵

- Askerlik hizmetini er veya erbaş olarak yapmakta olanlar
- Yedek subay okulu öğrencileri

³⁷⁴ A.g.e., s. 330-331.

³⁷⁵ Kuruca, a.g.e., s. 171.

- Yabancı ülkeden Türkiye'ye gelen ve kendi ülkesinde sigortalı olduğunu kanıtlayanlar
- Türkiye'de ticari faaliyette bulunan ancak yurtdışında ikamet eden ve orada sigortalı olan kişiler
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde bulunduğu ülke tarafından zorunlu olarak sigorta kapsamına alınan kişiler
- Türkiye'de bir yıldan az oturma iznine sahip olan yabancı uyruklular
- Hükümlü ve tutuklu kişiler

Geliri asgari ücretin üçte birinden az olan kişiler prim ödemesi yapmadan sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkına sahiptir.³⁷⁶ Bunun dışında istiklal madalyasına sahip şeref aylığı alan kişiler, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunda ücretsiz bakım altındaki kişiler, vatansızlar ve devlet sporcusu sayılan kişiler, anne ve babası olmayan 18 yaşın altındaki çocuklar da sigorta primi ödemesinden muaftır.³⁷⁷

Genel sağlık sigortası kapsamındaki hizmetlerden faydalanmak için kişinin son bir yıl içinde 30 günlük prim ödeme gün sayısına sahip olması ve herhangi bir sosyal sigorta kolunda prim borcunun bulunmaması gerekmektedir. Acil durumlar dışında hizmet alabilmek için hizmet sağlayıcısına kimlik ibrazında bulunulması şarttır.³⁷⁸ Bahsi geçen prim sigortalıdan % 5 ve işverenden % 7,5 oranında alınması kaydı ile toplamda prime esas gelirin % 12,5'i olmakla birlikte, bağımsız çalışanlar için bu oran % 12'dir.³⁷⁹

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan hizmetler; sigortalının sağlıklı olması veya sağlığına geri kavuşması, meslek hastalığı, analık ve iş görmezlik durumunda yeniden çalışabilir duruma gelmesi için yapılan uygulamalardır.³⁸⁰ Amaç olarak öncelikle ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin önlenmesi, sağlık riskinin

³⁷⁶ A.g.e., s. 224.

³⁷⁷ Kuruca, a.g.e., s. 225-233.

³⁷⁸ Tapan, a.g.e., s. 58.

³⁷⁹ Er, a.g.e., s. 344.

³⁸⁰ Kuruca, a.g.e., s. 259-260.

gerçekleşmesi durumunda ise tedavisi benimsenmiştir.³⁸¹ Genel sağlık sigortası kapsamında verilen hizmetleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

- **Koruyucu Sağlık Hizmetleri:** Koruyucu sağlık hizmetleri ilk kez genel sağlık sigortası ile başlatılmıştır. Ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri ücretsiz olarak aşağıdaki şekillerde sunulmaktadır.³⁸²

1. Aşılar

2. Genetik hastalıkları ve sakatlıkları gebeliğin erken döneminde tespit amaçlı yapılan tetkikler

3. Sünnet

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında anne ve bebek ölümlerinin önüne geçilmesi için hamilelere ücretsiz D vitamini dağıtımını başlatılmıştır.³⁸³

- **Hastalık Halinde Uygulanan Tedavi Hizmetleri:** Hastalık halinde aşağıda belirtilen sağlık hizmetleri kapsam içinde olmaktadır.³⁸⁴

1. Hekim tarafından yapılacak muayeneler

2. Hekim tarafından gerekli görülen teşhis amaçlı tetkikler

3. Diğer tanı ve tedavi yöntemleri

4. Teşhise bağlı olarak uygulanan tıbbi müdahale ve tedaviler

5. Organ, doku ve hücre nakli

6. Hücre tedavileri

7. Hekimin uygun bulması durumunda uygulanan fizik tedavi

8. Acil sağlık hizmetleri

³⁸¹ Er, a.g.e., s. 325.

³⁸² Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası, Ankara, 2013, s. 14.

³⁸³ Mısırlı, a.g.e., s. 66.

³⁸⁴ Kuruca, a.g.e., s. 261.

- **Analık Durumunda Uygulanan Sağlık Hizmetleri:** Analık hali hamilelikle beraber başlar ve doğumdan sonra 8 hafta devam eder. Çoğul gebeliklerde bu süre 12 haftaya kadar uzayabilir. Analık durumunda verilen hizmetleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.³⁸⁵
 1. Hekim tarafından yapılacak muayene
 2. Hekimin gerekli gördüğü durumlarda teşhis için gerekli klinik muayeneler
 3. Doğum
 4. Tetkikler ve diğer tanı yöntemleri
 5. Hekim tarafından konulacak teşhise yönelik olarak yapılacak tıbbi müdahale
 6. Tedavi süresince hastanın takibi
 7. Tıbben gerekli olması durumunda rahim tahliyesi
 8. Tıbbi sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri
 9. Son 3 yıl içinde tedavi olmamış ve en az 5 yıldır genel sağlık sigortası kapsamında olan evli çiftler için yardımcı üreme yöntemleri kapsam içindedir. Ancak bu uygulama için kadın 23 yaşından büyük, erkek ise 39 yaşından küçük olmalıdır.³⁸⁶
- **İş Kazası ve Meslek Hastalığına Bağlı Sağlık Yardımları:** İş kazası ve meslek hastalığına bağlı hallerde sigortalı katılım payı ödemeksizin tüm hizmetlerden yararlanabilmektedir.³⁸⁷
- **Trafik Kazalarına ve Doğal Afetler Bağlı Sağlık Yardımları:** İlgili durumlarda üniversite hastaneleri, devlet hastaneleri veya özel sağlık

³⁸⁵ A.g.e., s. 262.

³⁸⁶ Kuruca, a.g.e., s. 263.

³⁸⁷ A.g.e., s. 264.

kurumlarında gerçekleşen tüm giderler, kişinin sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir.³⁸⁸

- **Ağız ve Diş Tedavileri için Sağlık Yardımları:** Ağız ve diş tedavisi kapsamında; muayene, teşhis için gerekli klinik muayeneler, tetkik, tahlil ve diğer tanı yöntemleri, teşhise dayalı olarak yapılan tıbbi muayene, diş protezleri ve 18 yaşa kadar uygulanan ortodontik tedavi belirli bir oranda karşılanmaktadır.³⁸⁹
- **Acil Hallere Bağlı Sağlık Yardımları:** Acil durumlarda tüm kurumlar kişinin sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın hizmet vermek zorundadır.³⁹⁰

Tüm bunların dışında refakatçi ve yol giderleri de genel sağlık sigortası kapsamındadır.³⁹¹

Genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan haller ise aşağıdaki gibidir.³⁹²

1. Estetik amaçlı tedaviler
2. Tıbben sağlık hizmeti sayılmayan tedaviler (Alternatif Tıp Uygulamaları)

Genel sağlık sigortası kapsamında yurtdışında da bazı hizmetler verilebilmektedir. Bu hizmetlerin kapsamı üçe ayrılır;³⁹³

1. İşveren tarafından geçici olarak yurtdışına gönderilen çalışanlar için acil durumlar, yurtiçi hizmet sunucuları fiyatları ile kapsam içindedir.
2. İşveren tarafından sürekli olarak yurtdışına gönderilen çalışan ve bağımlıları için tüm sağlık hizmetleri, yurtiçi hizmet sunucuları fiyatları ile kapsam içindedir.

³⁸⁸ A.g.e., s. 264-265.

³⁸⁹ Er, a.g.e., s. 340.

³⁹⁰ Kuruca, a.g.e., s. 267.

³⁹¹ A.g.e., s. 276.

³⁹² A.g.e., s. 273-275.

³⁹³ Tapan, a.g.e., s. 60.

3. Yurtiçinde tedavisi mümkün olmayan vakalarda Sağlık Bakanlığının uygun görmesi koşulu ile yurtdışında alınacak sağlık hizmetleri kapsam içindedir.

1.2.3.1. Sağlık Hizmetlerinin Basamaklandırılması ve Sevk Zinciri

Sağlık hizmet sunucuları Sağlık Bakanlığına bağlı olarak üç ayrı kapsamda hizmet vermektedir. Sağlık hizmeti almak isteyen sigortalı aşağıdaki sıralama ile sevk zincirini takip etmelidir. Sevk zincirinin dikkate alınması durumunda hem sigortalının alacağı hizmetin kalitesi artacak hemde cepten ödeme oranı düşecektir.

- **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Kurumları:** Kişinin hastalığı evinde ve ayakta atlatılabileceği durumlarda verilen teşhis ve tedavi hizmetleridir.³⁹⁴ Birinci basamak sağlık hizmetleri öncelikli olarak aile hekimleri tarafından verilmektedir. Tüm sigortalılar önce aile hekimine başvurarak sevk zincirine uymak zorundadır. Aksi halde yol gideri, gündelik ve refakatçi giderleri karşılanmaz.³⁹⁵ Birinci basamak sağlık hizmeti veren diğer kuruluşlar; verem-savaş dispanserleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, kamu idareleri bünyesindeki sağlık hekimleri, sağlık ocakları, sağlık merkezleri, toplum sağlığı merkezleri, 112 acil sağlık hizmeti birimleri, belediyeleri ait poliklinikler ve işyeri hekimleridir.³⁹⁶
- **İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Kurumları:** Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersiz kaldığı durumlarda, birinci basamak sağlık hizmeti kurumları tarafından yapılan sevk sonucu verilen hizmetlerdir.³⁹⁷ İkinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlar; eğitim ve araştırma hastanesi olmayan devlet hastaneleri ve poliklinikler ile ağız ve diş sağlığı merkezleridir.³⁹⁸

³⁹⁴ Zengin, a.g.e., s. 32.

³⁹⁵ Er, a.g.e., s. 351.

³⁹⁶ Kuruca, a.g.e., s. 302.

³⁹⁷ Zengin, a.g.e., s. 33.

³⁹⁸ Kuruca, a.g.e., s. 303.

- **Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri ve Kurumları:** Belirli hastalıkların tedavisini üstlenen, ileri teknolojiye sahip ve uzmanlık sahibi kurumlar tarafından verilen hizmetlerdir.³⁹⁹ Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlar; eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleridir.⁴⁰⁰

1.2.4. Türkiye Sosyal Sağlık Sigortasının Finansmanı

Genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan sağlık hizmetleri ile karşılaştığında sigortalılar ya cepten ödeme yoluyla ya da daha geniş kapsamlı bir özel sağlık sigortası ile finansmanı sağlamaktadır.⁴⁰¹

Genel sağlık sigortası sistemi primli ve primsiz sigorta sistemlerinin bir bileşimidir.⁴⁰²



Şekil 10. Genel Sağlık Sigortası Finansman Şeması

Kaynak: R. Nilüfer Mısırlı, “Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği”, (İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı Doktora Tezi), İstanbul, 2007, s. 130.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı; doğrudan (cepten) ödeme, sigorta primleri ve vergiler ile sağlanmaktadır.⁴⁰³ Finansman yöntemlerini doğrudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayırarak olursak;

- Doğrudan finansman yönteminde kişi sağlık problemi için yaptığı harcamaları doğrudan hizmet sunucusuna ödemektedir.⁴⁰⁴

³⁹⁹ Zengin, a.g.e., s. 33.

⁴⁰⁰ Kuruca, a.g.e., s. 303.

⁴⁰¹ Tapan, a.g.e., s. 76.

⁴⁰² Sosyal Güvenlik Kurumu, a.g.e., s. 1.

⁴⁰³ Mısırlı, a.g.e., s. 77.

- Dolaylı finansman yönteminde ise hizmet sunucusuna üçüncü bir taraf olan sosyal sigorta veya özel sigorta ödeme yapmaktadır. Böylece hasta ve sağlık hizmet sağlayıcısı arasındaki maddi ilişki ortadan kaldırılmaktadır.⁴⁰⁵

Doğrudan finansman durumundaki talepler genellikle gerekliliği yüksek olan sağlık problemleri için sıklığı düşük olarak görülürken, dolaylı finansman durumunda gereksiz ve sürekli talepler olduğu görülmektedir.⁴⁰⁶

Genel sağlık sigortası primleri aylık işçiden aylık gelirin % 5'i ve işverenden % 7,5'i oranında toplamda % 12,5 oranında alınmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu her ay tahsil ettiği genel sağlık sigortası prim toplamının dörtte biri kadar devlet katkısı almaktadır.⁴⁰⁷ Bunun dışında sigortalıların yaptığı prim ödemeleri dışında, genel sağlık sigortası kapsamında uygulanan katılım payları mevcuttur. Bu uygulama ile amaç sistemin finansmanını sağlamak değil, gereksiz kullanımların önüne geçebilmektir.⁴⁰⁸ Aile hekimlerinden alınan hizmetler için katılım payı uygulaması bulunmamaktadır.⁴⁰⁹ Uygulanan katılım payları ve oranlarını aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.⁴¹⁰

- İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularından muayene ve dış muayenesi başı 5,00 TL
- Özel hastanelerde muayene başı 12,00 TL
- Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından bedeli karşılanan ilaç listesinde yer alan ilaçlar için emeklilerden % 10, çalışanlardan ise % 20 oranında ilaç katılım payı tahsil edilmektedir. İlaçlarda bunun dışında reçete başına da ayrıca katılım alınmaktadır. Her bir reçete içinde üç kutuya kadar olan ilaçlar için 3,00 TL, üç kutudan sonraki her kutu için de 1,00 TL katılım payı alınmaktadır.

⁴⁰⁴ A.g.e., s. 130.

⁴⁰⁵ A.g.e., s. 132.

⁴⁰⁶ A.g.e. s. 131.

⁴⁰⁷ Kuruca, a.g.e., s. 254.

⁴⁰⁸ İnce, a.g.e., s. 29.

⁴⁰⁹ Kuruca, a.g.e., s. 283.

⁴¹⁰ A.g.e., s. 283-286.

- Vücut dışı protez ve ortezler için emeklilerden % 10, çalışanlardan ise % 20 oranında katılım payı alınır. Alınan bu katılım payı, protezin alındığı tarihteki asgari ücret tutarının % 75'ini geçemez.
- Yatarak tedavilerde verilen hizmetin % 1'i kadar katılım payı alma hakkı hizmet sağlayıcısına verilmiş olup, yıl boyunca alınan tutarlar toplamı ilgili yılın asgari ücret rakamını geçememektedir. Ayrıca bu limit yatış başına asgari ücretin dörtte biri ile sınırlıdır.
- Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde, ilk deneme için % 30, ikinci deneme için % 25 katılım payı alınmaktadır.
- Tıbbi malzemelerde emeklilerden % 10, çalışanlardan ise % 20 oranında katılım payı alınır. Alınan bu katılım payı, protezin alındığı tarihteki asgari ücret tutarının % 75'ini geçemez.⁴¹¹

Belirtilen katılım paylarının tamamı; aylık alanlar için aylıklarından kesilirken, diğer kişiler için eczanelerde tahsil edilmektedir. Özel hastanelerde ise tutar emeklilerin yıllıklarından kesilirken diğer kişiler için hastane tarafından tahsil edilmektedir.⁴¹²

Alınan ayakta tedavi hizmeti sonrası, kronik hastalıklar ve hekim önerisi hariç olmak üzere, 10 gün içerisinde başka bir hekime başvurulması durumunda katılım payı 5,00 TL arttırılarak talep edilir.⁴¹³

Aşağıda belirtilen kişi ve durumlarda ise katılım payı alınmayacaktır.⁴¹⁴

- İş kazası ve meslek hastalığı, askeri tatbikatlar
- Afet ve savaş hali
- Aile hekimi muayeneleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
- Organ, doku ve kök hücre nakli

⁴¹¹ Er, a.g.e., s. 350.

⁴¹² Kuruca, a.g.e., s. 284.

⁴¹³ A.g.e., s. 284.

⁴¹⁴ Er, a.g.e., s. 348.

- Hayati önemdeki ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri
- Kronik hastalıklar
- Kontrol muayeneleri
- Şeref aylığı, harp mallullüğü, vatani hizmet tertibi, terörle mücadele kapsamında aylık alan kişiler
- Türk silahlı kuvvetleri ve emniyet genel müdürlüğü adına okumakta olan öğrenciler
- Koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanma hakkı olan kişiler

Sağlık hizmet sunucuları, özel hastaneler ve bazı üniversite hastaneleri, genel sağlık sigortası kapsamında yapılan anlaşma fiyatlarına ilave ücret ekleme hakkına sahiptir.⁴¹⁵ Ancak aşağıdaki durumlarda ilave ücret alınamayacaktır.⁴¹⁶

- Acil Durum
- Yoğun Bakım
- Yanık Tedavisi
- Kanser Tedavisi
- Yenidoğan Hizmetleri
- Organ, Doku ve Kök Hücre Nakli
- Doğumsal Anomaliler için Yapılan Cerrahi İşlemler
- Hemodiyaliz
- Kardiyovasküler Cerrahi

⁴¹⁵ Sosyal Güvenlik Kurumu, a.g.e., s. 38.

⁴¹⁶ A.g.e., s. 39.

1.3. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Sisteminin İncelenmesi

Cumhuriyetin ilanından sonra kurulan “1923 Sigortacılık Kulübü” 1975 yılında “Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği” olarak görevine devam etmiştir. Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı, şirketlerin çalışanlarına prim ödediği grup uygulamaları ise 1983 yılında başlamış ve 1988 yılında bireysel olarakda sigortalanma başlamıştır.⁴¹⁷

Türkiye’de özel sağlık sigortaları 23 Ekim 2013’te Resmi Gazete’de yayınlanan Özel Sağlık Sigortası Yönetmeliği’ne bağlı olarak düzenlenmektedir.⁴¹⁸

Özel sağlık sigortası sigortalıların, ilk sigortalanma tarihinden önceki sağlık sorunlarını kapsamamaktadır. Bunun dışında doğal afet, terör, savaş, uyuşturucu kullanımı, kişinin kendine bilerek ve isteyerek zarar vermesi gibi durumlarda özel sağlık sigortası kapsamı dışında kalmaktadır.⁴¹⁹

Ülkemizde özel sağlık sigortası kapsamına giren kişilerin sosyal sağlık sigortasından ayrılma şansı bulunmamaktadır. Bu durumda her iki sigortaya prim ödenmesi gerekmektedir. Özel sağlık sigortasına katılım bu sebeple bir miktar engellenebilmektedir.⁴²⁰ Ayrıca özel sağlık sektöründe sağlık maliyetlerinin kamuya göre daha yüksek olması ve halkın gelirinin düşüklüğü gibi unsurlarda özel sağlık sistemine olan talebi olumsuz etkilemektedir. Sağlık sektörü kişinin talebine göre değil hekimin talebine göre şekillenen bir sektör olduğu için hastalar ancak yüksek maliyetler ile karşılaştığı zaman özel sağlık sigortasının önemi anlaşılmaktadır.⁴²¹

Özel sağlık sigortasında genel sağlık sigortasından farklı olarak aile fertleri için ayrıca prim hesaplanmakta ve risk bazlı primlendirme uygulanmaktadır.⁴²² Özel sigorta şirketleri kar amaçlı şirketler olarak yaşlı ve sağlıksız kişileri sigortalamaktan

⁴¹⁷ Zengin, a.g.e., s. 22.

⁴¹⁸ A.g.e., s. 25.

⁴¹⁹ Ece Orhan, “Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları”, (Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bitirme Tezi), İstanbul, 2015, s. 9-11.

⁴²⁰ İnce, a.g.e., s. 41.

⁴²¹ Zengin, a.g.e., s. 55.

⁴²² A.g.e., s. 24.

kaçınmaktadır. Hatta riskli buldukları kişileri sigortalamama kararı alabilmektedirler.⁴²³

Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmaktadır. Ayakta ve yatarak teminatları kapsayan bu teminatlara talep edildiğinde; doğum, diş veya gözlük gibi ek teminatlar verilebilmektedir.⁴²⁴ Ayakta tedavi kapsamında; doktor muayene, reçeteli ilaç, tahlil, röntgen, ileri tanı ve fizik tedavi gibi hizmetler sağlanırken yatarak tedavi; ameliyat, suni uzuv, hastane yatışı, yoğun bakım ve ambulans gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Kaza ve acil durumlar dışında bir çok hastalığa şirket bazında değişmekle birlikte genel olarak 12 ay bekleme süresi uygulanmaktadır.⁴²⁵



Şekil 11. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortalarının Finansmanı

Kaynak: Hacer Zengin, “Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları”, (Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, 2015, s. 26.

Şekil 11’de görüleceği üzere özel sağlık sigortalarında sigortalı, sigorta ettirene prim ödemekte olup, anlaşmalı sağlık hizmeti sağlayıcısına sigorta şirketi tarafından ödeme yapılmaktadır. Bazı durumlarda sigortalıların katılım ödemesi gerekebilmektedir. Bu durumda sigortalı kendi payına düşen katılımı sağlık hizmet sunucusuna ödemektedir. Anlaşmasız kurumlarda ise sigortalılar sağlık hizmet

⁴²³ A.g.e., s. 25.

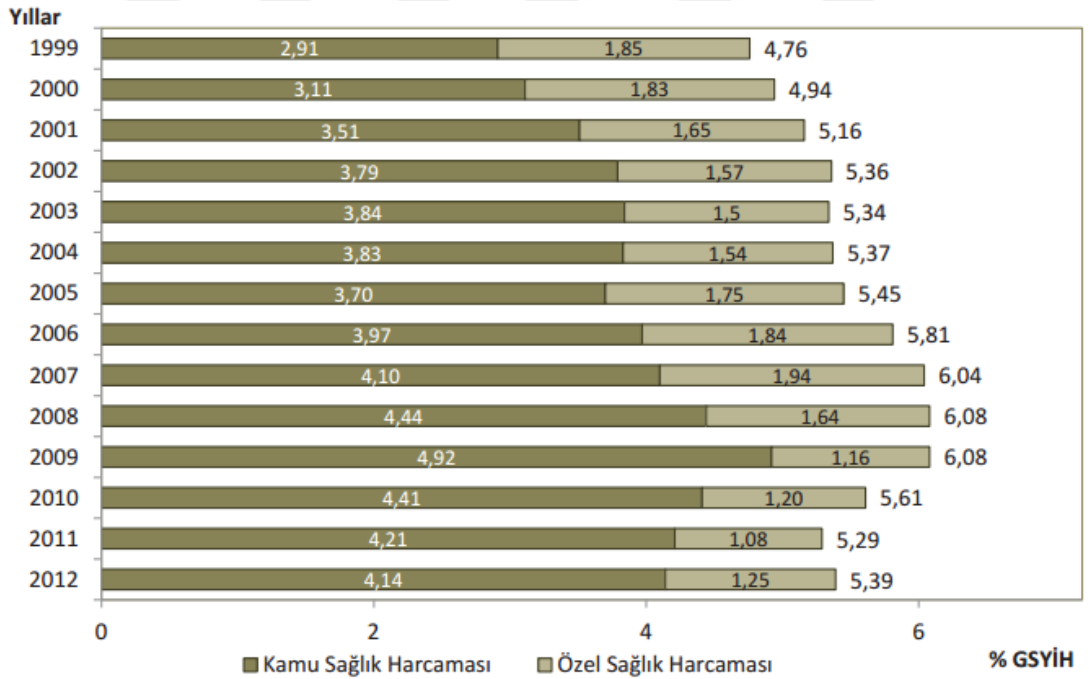
⁴²⁴ İnce, a.g.e., s. 41.

⁴²⁵ A.g.e., s. 42.

sunucusuna yaptıkları ödemeleri belgelemeleri durumunda sigorta şirketinden tahsil edebilmektedir.

2000 yılında Türkiye’de 690 bin olan özel sağlık sigortalı sayısı, 2010 yılında yaklaşık 1 milyon 700 bin kişiye ulaşmıştır. 1990-2000 yılları arasında her yıl % 50 oranında artan sigortalı sayısı 2001 krizinden kötü etkilenmiş ve sonraki 10 yılda yıllık büyüme oranı % 5 - % 10 aralığında kalmıştır. 2012 yılında ise sigortalı sayısı yaklaşık 2 milyon 500 bine ulaşmıştır. Bu rakam 2012 yılı için Türkiye nüfusunun % 3’ünü temsil etmektedir.⁴²⁶

Türkiye Sigorta Birliği’nin 2014 yılı verilerine göre Türkiye’nin toplam sağlık üretimi 2.847.809.073 TL’dir. Net hasar prim oranı % 79 olan özel sağlık sigortası branşı karlı bir branş olarak görülmektedir. 2015 yılı sonu için toplam poliçe adeti 3.073.694 olup bu rakamın yaklaşık % 44’ü seyahat sağlık poliçelerine aittir. 2014 verilerine göre özel sağlık sigortası üretimi, 31 özel sağlık sigortası şirketi arasında paylaşılmakta ve prim üretiminin % 38’i tek bir şirkete aittir.



Şekil 12. Yıllara Göre Türkiye’de Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, Ankara, 2014, s. 166.

⁴²⁶ http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_TDizdar.pdf

Özel sağlık sigortalarının, sağlık giderlerinin finansmanındaki payı şekil 12’de gösterilmiştir. 1999-2012 yılları arasında kamu ile karşılaştırıldığında özel sektörün finansmandaki payında düşüş gözlenmektedir. Kamunun payı özel sektörün çok üstünde olsa da özel sektörün payı da önemli ölçüdedir.

Ücretli veya beyana bağlı mükellefler, Gelir Vergisi Kanunu’na göre özel sağlık sigortası prim ödemelerini vergi matrahından düşebilmektedir. Bu durum özel sağlık sigortasının önemli özelliklerinden birini oluşturmaktadır.⁴²⁷

Ülkemizde özel sağlık sigortası; kamunun sağladığı hizmetlerden memnuniyet duymayan kişilerce talep edildiğinde alınmaktadır.⁴²⁸ Özel sağlık sigortası ikame edici ve tamamlayıcı olarak iki ayrı şekilde hizmet vermektedir.⁴²⁹ İkame edici poliçeler genel sağlık sigortası için kısmen mükerrer poliçelerdir. Genel sağlık sigortasının sağladığı hizmetlerin özel hastanelerde alınabilmesini ve daha kolay erişebilmesini sağlamaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası hizmeti, sosyal güvenlik kurumunun anlaşmalı olduğu özel sağlık hizmet sağlayıcılarında devlet katılım payı haricindeki farkları kapsam içine almaktadır. Ancak genel sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan hizmetler ve suit oda gibi lüks talepler tamamlayıcı sağlık sigortasında kapsamı dışında bırakılmaktadır.⁴³⁰

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamalarında ilaç teminatı verilememektedir. Ancak doğum teminatı ek teminat olarak sağlanabilmektedir. Ülkemizde tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamaları daha çok genel sağlık sigortasını destekleyici şeklinde görev yapmaktadır. Sosyal sağlık sigortası kapsamı dışındaki hizmetleri erişilebilir kılan tamamlayıcı sağlık poliçesi görevi görmek yerine, genel sağlık sigortasının sağladığı hizmetlerin özel kurumlarda alınabilmesini sağlamaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamındaki sağlık hizmet sağlayıcılarında ödenmesi zorunlu olan katılım payını, özel hastanede alacağınız tamamlayıcı sağlık sigortası hizmeti için de ödemek zorunludur. Tamamlayıcı sağlık sigortasının buradaki görevi, aynı hizmeti daha az

⁴²⁷ Zengin, a.g.e., s. 24.

⁴²⁸ Orhan, a.g.e., s. 11.

⁴²⁹ Zengin, a.g.e., s. 24.

⁴³⁰ Orhan, a.g.e., s. 15.

sıra bekleyerek ve daha iyi şartlarda almanız karşılığında özel sağlık sunucusunun talep ettiği fark ücretini finanse etmektir.

1.4. Türkiye’de Sağlık Sigortası Sisteminin Alman Sağlık Sigortası Sistemi ile Mukayeseli Olarak İncelenmesi: Türkiye için Model Önerisi

2015 yılı için Almanya nüfusunun % 85’i yasal, % 11’i özel, % 4’ü ise mesleki sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Tüm vatandaşların özel ya da yasal herhangi bir sağlık sigortası kapsamı altında olması zorunludur. Türkiye nüfusunun ise % 85’i genel sağlık sigortası kapsamında olup geriye kalan % 15’i kayıt dışı istihdam gibi sebeplerden dolayı herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır. Genel sağlık sigortasına katılım tüm vatandaşlar için zorunlu olduğu için özel sağlık sigortası mükerrer olarak hizmet vermektedir. Bu sebeple nüfusun sadece % 3’ü özel sağlık sigortası kapsamındadır.

Her iki ülkenin de sosyal sağlık sigortaları, dayanışma ilkesine göre hizmet vermektedir. Bu kapsamda primler tüm sigortalılardan eşit oranda tahsil edilmekte olup bireylerin riskleri dikkate alınmamaktadır. Böylece sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından; gençler yaşlılara, sağlıklı kişiler hastalara ve geliri yüksek olan kişiler ise düşük gelirli bireylere destek olmaktadır.

Alman sağlık sistemi yasal ve özel sağlık sisteminden oluşan karma bir yapıya sahiptir. Her yıl farklı olarak belirlenen yıllık gelir eşiğini üç yıl üst üste aşan kişiler isteğe bağlı olarak yasal sağlık sigortası kapsamında kalabileceği gibi özel sağlık sigortasına geçiş de yapabilirler. Tüm Alman vatandaşları yasal ya da özel bir sağlık sigortası kapsamında yer almak zorundadır. Türkiye’de ise tüm vatandaşlar genel sağlık sigortası kapsamında yer almak zorundadır. Özel sağlık sigortasına geçiş hakkı bulunmamakta olup herhangi bir gelir eşiği çalışması olmadığından yüksek gelirli bireyler genel sağlık sigortası için, özel sağlık sigortası için gerekenden daha fazla prim ödemektedir. Bu durum birkaç örnekle desteklenebilir.

Tablo 19. 2006-2014 Yılları Arasında Yüksek Öğrenim Mezunu Kişiler için Hane Halkı Fert Başı Net Yıllık Gelir TL

Cinsiyet	Yıllar								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erkek	16.160	19.753	20.613	23.140	25.017	27.626	28.993	33.629	35.398
Kadın	13.029	14.938	15.841	17.336	18.447	20.725	22.483	25.771	27.206
Toplam	15.152	18.245	19.077	21.180	22.807	25.263	26.756	30.857	32.480

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011 derlenerek düzenlenmiştir.

Tablo 19’da yükseköğrenim görmüş bir kişi için fert başına düşen yıllık gelirin 2006-2014 yılları arasında her yıl ortalama %10 arttığı görülmektedir. Tuik (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre nüfusun % 13’ünü oluşturan yükseköğrenim mezunları dikkate alınarak 2016 yılında yıllık net gelirin bu kişiler için 39.300 TL olacağını söyleyebiliriz. Ücret karşılığı çalışan her Türk vatandaşı genel sağlık sigortası için aylık gelirin % 5’i kadar prim ödemekle yükümlüdür.

Aşağıda bekar, çalışan, yüksek öğrenim görmüş bir fert ve evli-çocuksuz, her ikisi de yüksek öğrenim görmüş ve çalışan bir çift için iki örnek durum belirtilerek modelin uygulanabilirliği gösterilecektir. Her iki durumda da kişilerin sağlıklı ve genç olduğu kabul edilmiştir.

Altı farklı özel sigorta şirketinden alınan teklifler ve yapılan araştırmalar sonucu asgari olarak genel sağlık sigortası özelliklerine sahip bir özel sağlık sigortası için kişi başı prim 1.420 TL, evli çift için ise toplam prim 2.800 TL olarak belirlenmiştir. Kullanılan özel sağlık sigortası örneğinde yatarak tedaviler % 100 ödemeli ve limitsiz olup ayakta tedaviler % 80 ödemeli ve 2.500 TL ile limitlidir. A grubu özel hastaneler ise kapsam dışı tutulmuştur. Aşağıda incelenecek olan her iki örnekte de bu veriler dikkate alınacaktır.

Örnek 1;

Sağlıklı/genç, bekar, çalışan ve yüksek öğrenim mezunu bir kişi için;

-Kişinin yıllık geliri 2016 yılı için: 39.300 TL

-Genel sağlık sigortası için aylık olarak ödenmesi gereken prim, gelirin % 5’i olarak dikkate alınmış olup yıllık yaklaşık olarak 1.965 TL’dir.

-Belirtilen kişi için yapılan araştırmalar sonucu özel sağlık sigortası primi ortalama 1.420 TL'dir.

Sonuç: Belirtilen kişi genel sağlık sigortası kapsamında kalarak birçok vatandaşa kıyasla 545 TL (% 38) fazla prim ödemesi yapacaktır.

Örnek 2;

Sağlıklı/genç, evli, çalışan ve yükseköğrenim mezunu bir çift için;

-Hane halkının yıllık gelir toplamı TÜİK verileri üzerinden cinsiyete bağlı olarak hesaplanmış olup 2016 yılı için 75.748 TL'dir.

-Genel sağlık sigortası için aylık olarak ödenmesi gereken prim, gelirin % 5'i olarak dikkate alınmış olup yıllık yaklaşık olarak 3.788 TL'dir.

-Belirtilen çift için yapılan araştırmalar sonucu özel sağlık sigortası primi ortalama 2.800 TL'dir.

Sonuç: Belirtilen aile genel sağlık sigortası kapsamında kalarak birçok vatandaşa kıyasla yaklaşık 988 TL (% 35) fazla prim ödemesi yapacaktır.

Kişilerin geliri arttıkça aradaki farklar da artacaktır.

Tablo 20. İşveren Fertler için Yıllık Ortalama Esas İş Gelirleri TL

Cinsiyet	Yıllar								
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Erkek	20.864	26.279	27.450	27.977	27.363	33.917	35.671	39.679	45.402
Kadın	15.476	14.501	19.765	17.821	16.956	27.123	35.781	39.033	34.960
Toplam	20.403	25.411	26.846	27.236	26.522	33.465	35.680	39.632	44.587

Kaynak: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1011 Derlenerek düzenlenmiştir.

Tablo 20'de ise işveren fertler için göre yıllık ortalama esas iş gelirleri gösterilmiştir. Karma sistem prim eşiği belirlenirken işveren konumundaki kişilerin yıllık gelirleri de dikkate alınmalıdır. Fertlerin esas iş gelir durumlarına göre işveren gelirinde 2006-2014 yılları arasında ortalama % 11 artış olduğu görülmektedir. Buradan yola çıkarak 2016 yılı için işveren yıllık ortalama esas iş geliri yaklaşık 54.936 TL olarak hesaplanabilmektedir.

Örnek 3;

Sağlıklı/genç, bekar, işveren bir kişi için;

-Kişinin yıllık geliri 2016 yılı için: 54.936 TL

-Genel sağlık sigortası için aylık olarak ödenmesi gereken prim, gelirin % 5'i olarak dikkate alınmış olup yıllık yaklaşık olarak 2.747 TL'dir.

-Belirtilen kişi için yapılan araştırmalar sonucu özel sağlık sigortası primi ortalama 1.420 TL'dir.

Sonuç: Belirtilen kişi genel sağlık sigortası kapsamında kalarak birçok vatandaşa kıyasla 1.327 TL (% 93) fazla prim ödemesi yapacaktır.

Fertlerin gelir durumu incelenerek verilen örnekler ve yapılan incelemeler sonucu, geliri belirli bir seviyenin üstünde olan kişilerin sosyal sağlık sigortasına ait primlerinin özel sağlık sigortası priminden yüksek olduğu görülmüştür. Bu kişiler; yoğunluğu daha az ve hizmet kalitesi daha yüksek bir hastane tercih etmeleri durumunda ayrıca cepten ödeme veya özel sağlık sigortası için prim ödemesi yapmak zorunda kalmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı bireylerin gelir seviyesine uygun olması açısından; Alman sağlık sisteminin bu özelliğinin Türk sağlık sistemi için de uygulanabileceği düşünülmektedir.

Alman yasal sağlık sisteminde karar mekanizmaları eyaletlere bölünmüş olup tamamı Federal Sağlık Bakanlığı'na bağlıdır. Ülkemizde ise yönetim şekli dolay eyalet ayrımı bulunmamaktadır. Genel sağlık sigortasının tüm yönetim işlevleri Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı tarafından sürdürülmektedir. Ayrıca Alman sağlık sisteminde Türk sağlık sisteminden farklı olarak devlete ait olmayan birliklere de yetki verilmiştir. Bu birlikler; sağlayıcı olarak bölgesel ve federal, doktor ve diş hekimleri birlikleri ve ödeyici olarak hastalık havuzları olarak sistemde yer almaktadır. Hastalık havuzlarının görevi sigorta primlerinin işçi ve işverenden toplanması ve sağlayıcılara ödemelerin yapılmasıdır. Türk sağlık sistemine bakıldığında genel sağlık sigortası kapsamında bulunan devlet hastanesi ve üniversite hastanelerinin hastane toplamındaki payı % 63'tür. % 37 oranındaki kar amaçlı özel hastaneler sistemin dışında kalmaktadır. Ancak bazı özel hastanelerin

seçili branşlarında genel sağlık sigortası anlaşması mevcut olup özel hastanenin kullanımını durumunda giderin bir kısmını genel sağlık sigortası karşılamaktadır.

Tablo 21. Almanya ve Türkiye’deki Hastane Sayıları ve Doktor Muayene Kullanım Oranları

Hastane Tipi	Almanya			Türkiye		
	Kurum Sayısı	Kurum Payı	Kullanım Oranı	Kurum Sayısı	Kurum Payı	Kullanım Oranı
Devlet Hastanesi	630	30,5%	45%	874	58%	78%
Üniversite Hastanesi	-	-	-	70	5%	8%
Kar Amaçlı Hastaneler	679	32,9%	17%	560	37%	14%
Kar Olmayan Hastaneler	755	36,6%	37%	-	-	-

Kaynak: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile ve <http://rapor.saglik.gov.tr/istatistik/rapor/index.php> Derlenerek düzenlenmiştir.

Almanya ve Türkiye’deki hastane sayıları ve kullanım oranları tablo 21’de belirtilmiştir. Her iki sistemdeki kurum ve muayene kullanım oranları dikkate alındığında; kullanımların sosyal sağlık sigortaları kapsamındaki kurumlarda yoğunlaştığı görülmektedir. Almanya’da devlet hastanesi kullanım oranı % 45 iken, Türkiye’de bu oran % 78’dir. Bunun sebebi Almanya’da % 37 oranında bulunan kar amaçlı olmayan hastanelerin yasal sağlık sigortası kapsamında yer almasıdır. 2013 yılı verilerine göre Almanya nüfusu yaklaşık 80 milyon olup Türkiye nüfusu yaklaşık 75 milyondur. Ancak sosyal sağlık sigortaları kapsamındaki hastane sayılarına bakıldığında Alman yasal sağlık sigortası sisteminin % 46 oranında daha fazla kuruma sahip olduğu görülmektedir. Tüm bunların bir sonucu olarak genel sağlık sigortası kapsamındaki bireyler yoğunluk sebebi ile özel hastaneleri tercih edebilmektedir. Bu durumda ilgili kişilerin kendi ceplerinden ödeme yapması gerekmektedir. Bu sebeple Alman sağlık sisteminde olduğu gibi genel sağlık sigortasında da kurum sayısının artırılması halkın refahı ve hizmet kalitesi açısından önem taşımaktadır.

Her iki sosyal sağlık sigortası; sigortalının hastalanması, hamilelik durumu ve kaza geçirmesi durumunda alacağı en ekonomik ve sigortalının sağlığına kavuşması için yeterli olan hizmeti, sigortalı katılım payı hariç olmak üzere karşılamaktadır. Özel oda, özel diş kaplamaları veya alternatif tıp gibi özel talepler ise kapsam dışıdır. Bunların yanında her iki sistemde de, birbirinden farklı kapsamlarda olmak üzere, koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir. Alman sağlık sistemi kapsamında verilen koruyucu sağlık hizmetlerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

- 12 yaşına kadar çocuklar için koruyucu diş hastalıkları hizmetleri ve 6-18 yaş arası bireyler için yılda 1 kez diş hekimi kontrolü
- 20 yaşını doldurana kadar tüm sigortalılar için doğum kontrol amaçlı muayene ve sağlık yardımı
- 35 yaşını dolduran sigortalılar için; kalp-damar, şeker gibi hastalıkların erken teşhisine yönelik 2 yılda bir sağlık kontrolü
- Erkekler için 45, kadınlar için ise 20 yaşından itibaren yılda 1 kez kanserin erken teşhisine yönelik sağlık kontrolü
- Çocuklar için 6 yaşını doldurana kadar ve 10 yaşını tamamladıktan sonra erken teşhise yönelik muayene
- 30 yaşını geçmiş kadınlar için yılda 1 kez göğüs muayenesi ve her iki yılda bir mamografi veya meme USG
- 50 yaşını geçmiş sigortalılar için bağırsak kanseri erken tanısı için gerekli sağlık kontrolü

Türk sağlık sisteminde uygulanan mevcut koruyucu sağlık hizmetleri ise çocukluk ağı aşıları ve bazı koruyucu aşılar, gebeliğin erken döneminde genetik hastalıkların ve sakatlıkların teşhisi için tetkikler ve sünnettir. Türkiye'nin demografik durumunu incelerken belirttiğimiz ve Tablo 17'de görüldüğü üzere ölüm oranı en yüksek olan hastalıklar neoplazmlar ve dolaşım sistemi hastalıklarıdır. Türkiye'de uygulanan koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersiz olmasından ötürü Almanya'da uygulanan

hizmetlerin örnek alınması hem sağlık giderlerinin azalması hem de halk sağlığının korunması açısından gereklidir.

Hem Alman yasal sağlık sigortası hem de Türk genel sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler basamaklı sistem ve sevk zinciri kapsamında verilmektedir. Kişinin hastalığı evinde ve ayakta atlabileceği durumlarda verilen hizmetler birinci basamak hizmetlerdir. İkinci ve üçüncü basamak hizmetler ise Alman yasal sağlık sigortasında yatarak tedaviye odaklanmışken Türkiye örneğinde birinci basamak hizmetlerin yetersiz kaldığı durumlarda ayakta tedavi hizmeti de vermektedir. Her basamaktan diğerine geçebilmek için ise bir önceki basamak hekimi tarafından sevk yapılması esastır. Basamak sistemi ve sevk zincirinin Alman sağlık sistemi esas alınarak geliştirilmesi sonucunda hastanelerdeki yoğunluğun aile hekimleri ve sağlık ocaklarına dağıtılabileceği düşünülmektedir.

Türkiye’de genel sağlık sigortası primi % 5’i işçiden ve % 7,5’i işveren den tahsil edilmek üzere aylık gelirin % 12,5’i oranındadır. Bireylerin; eşi, 25 yaşı ndan küçük ve bakımını üstlendikleri, kendi geçimini sağlayamayan ebeveynleri herhangi bir prim alınmaksızın genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmektedir. Alman yasal sağlık sigortasında ise genel sağlık sigortasından farklı olarak % 14,6 oranındaki sağlık sigortası primi işçi ve işveren arasında eşit olarak paylaştırılmıştır. Almanya örneğinde hem prim oranının yüksek olması hem de işçiden genel sağlık sigortasına kıyasla daha yüksek oranda prim alınması sebebiyle Türk sağlık sisteminde aynı primlendirme şeklinin uygulanması durumunda bireylerin ele geçen aylık gelirin negatif yönde etkileneceği düşünülmektedir. Bu sebeple ülkemizde mevcut uygulamanın devamı, fert geliri açısından daha uygun olacaktır.

Sağlık sisteminin finansmanı için işçi ve işveren den alınan primlerin yanında kullanılan diğer bir yöntem sigortalılardan kullanıma bağlı olarak alınan katılım paylarıdır. Katılım payı alınmasının asıl amacı sigortalıların gereksiz kullanım yapmasının önüne geçebilmektir. İki ülkenin katılım payı uygulamaları arasında kronik hastalığa sahip bireyler için söz konusu olan bir uygulama farkı tespit edilmiştir. Alman yasal sağlık sigortası kapsamında kronik hastalardan yıllık gelirin % 1’ine kadar katılım payı alınmaya devam etmekte olup % 1’i geçtikten sonra alınmamaktadır. Türk genel sağlık sigortası kapsamında ise bu kişilerden

kullanımları boyunca katılım payı hiçbir zaman alınmamaktadır. Katılım payı alınmasındaki asıl amacın gereksiz kullanımları engellemek olduğu düşünüldüğünde genel sağlık sigortasındaki uygulamanın devamı Alman yasal sağlık sigortası örneğine göre daha uygun bulunmuştur.

Alman ve Türk sağlık sistemleri özel sağlık sigortası açısından karşılaştırıldıklarında da uygulama olarak benzerlik göstermektedir. Her iki ülkede de sağlık sigortaları tam kapsamlı ve tamamlayıcı sağlık sigortası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tam kapsamlı sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortası ile benzer nitelikteki hizmetleri vermektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamaları ise iki ülkede farklılık göstermektedir. Türk tamamlayıcı sağlık sigortası modelinde, genel sağlık sigortasının anlaşmalı olduğu özel hastanelerde gerçekleşen kullanımlar sonucu ortaya çıkan fark ücretleri, sigortalı katılım payı hariç olmak üzere kapsam içine alınmaktadır. Alman tamamlayıcı sağlık sigortalarında ise özel oda, özel dış kaplamaları, sigortalı katılım payları gibi yasal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetleri kapsam içine almaktadır. Almanya örneği dikkate alınarak Türkiye için karma bir sağlık sigortası modelinin benimsenmesi durumunda mevcut tamamlayıcı sağlık sigortası işlevsizleşeceği için Almanya örneğinin benimsenmesi ürünün devamlılığı açısından gereklidir.

Şekil 9'da gösterildiği üzere açıklanan nüfus pramidi verilerine göre 2000 yılında ülke nüfusunun % 8,9'u 60 yaş ve üstüdür. 2050 yılında bu oranın % 17,8 artarak % 26,7 olacağı düşünülmektedir. Almanya'da ise günümüzde % 23 olan bu oranın 2050 yılında % 39,3 olması beklenmektedir. Aradaki fark her ne kadar yüksek ve Türkiye'nin durumu Almanya'ya kıyasla iyi gibi görünse de Türkiye dünya ülkeleri arasında en hızlı yaşlanan ikinci ülkedir. Almanya bu durumun ileride ortaya çıkarabileceği sorunlara karşı önlemler alma gereği duymuş ve standart tarife uygulamasının yanında yaşlılık rezervleri, faiz gelirlerinin toplanması ve ek prim katkı payı uygulamalarını başlatmıştır. Ülkemizin demografik değişimleri dikkate alındığında belirtilen önlemlerin sağlık sistemimizde uygulanması önem taşımaktadır.

Alman ve Türk sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi sonucunda aşağıda belirtilen farklılıklara rastanmıştır.

1. Alman sağlık sistemi özel ve yasal sağlık sigortasından oluşan gelire bağlı karma bir yapıya sahiptir. Türkiye sağlık sisteminde ise tüm vatandaşları kapsama almayı hedefleyen genel sağlık sigortası mevcuttur.
2. Alman yasal sağlık sigortası sistemi eyalet bazında yönetilmektedir. Türkiye’de ise tüm sistem Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurulu tarafında yönetilmektedir.
3. Alman yasal sağlık sigortası sisteminde finansman kar amacı olmayan havuzlar tarafından yürütölmektedir. Türkiye’de ilgili bakanlıklar kapsamındaki birimler prim tahsilatı ve hizmet sağlayıcılarına yapılması gereken ödemeleri gerçekleştirmektedir.
4. Alman yasal sağlık sigortası kapsamındaki hastane sayısı, genel sağlık sigortası kapsamındaki hastane sayısından % 46 daha fazladır.
5. Alman yasal sağlık sigortası ile Türk genel sağlık sigortası kapsamındaki koruyucu sağlık hizmetleri karşılaştırıldığında; Almanya’da halk sağlığının korunması ve sağlık giderlerinin azaltılmasının, Türkiye’de ise çocuk ve anne karnında ya da doğumda ölüm oranlarının azaltılmasının hedeflendiği saptanmıştır.
6. Basamaklı sağlık hizmetleri uygulamaları iki ülke için farklılık göstermektedir. Almanya örneğinde net bir şekilde ayrıştırılan birinci basamak hizmetler Türkiye örneğinde henüz ikinci ve üçüncü basamak hizmetlerinden tam olarak ayrılamamıştır.
7. Almanya örneğinde primler işçi ve işveren arasında eşit paylaştırılmış olup Türk genel sağlık sigortasında işveren işçiden fazla prim ödemektedir.
8. Kronik hastalığa sahip sigortalılardan alınan katılım payları Alman yasal sağlık sigortasında yıllık gelirin % 1’i ile sınırlı olup Türk genel sağlık sigortasında katılım payı alınmamaktadır.
9. Alman sağlık sistemi içerisindeki tamamlayıcı sağlık sigortası modeli, yasal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetleri kapsam içine alırken; Türk

sağlık sisteminde uygulanan tamamlayıcı sağlık sigortası modelinde yasal sağlık sigortası kapsamındaki hizmetler için özel hastanelerin talep ettiği fark ücretleri karşılanmaktadır.

10. Alman sağlık sisteminde, yaşlanan nüfusun ilerleyen yıllarda artması beklenen sağlık giderlerini finanse edebilmek için alınan önlemler mevcuttur. Türk sağlık sisteminde ise henüz bu soruna yönelik bir uygulama tespit edilememiştir.

Alman ve Türk sağlık sistemi karşılaştırılarak bulunan 10 farktan altı tanesi 5 ayrı başlıkta incelenerek model önerisinde bulunulacaktır.

1. Gelire bağlı prim ve karma sistem açısından;

Alman sağlık sistemi yasal ve özel sağlık sigortası arasında, gelire bağlı olarak geçişe izin veren bir sistemdir. Bu sistem sayesinde yıllık olarak belirlenen bir gelir eşiği aşan kişiler, yasal sağlık sigortasına çok yüksek prim ödemesi yapmak zorunda kaldığı için özel sağlık sigortasına geçiş yapabilmektedir. Türk sağlık sistemi ile Alman sağlık sistemi arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda gelir düzeyi yüksek olan kişilerin oldukça yüksek prim ödemesine maruz kaldığı görülmüştür. Bu sebeple karma sistemin ülkemizde de uygulanması uygun bulunmuştur.

Türkiye'nin sağlık sistemi için halkın gelir durumuna uygun olarak sosyal ve özel sağlık sigortasından oluşan karma yapıya sahip bir model oluşturulması durumunda bireylerin ve işverenin üzerindeki prim yükü azalacaktır. Bu amaç doğrultusunda öncelikli olarak bireylerin, özel veya sosyal olmak üzere, hangi sağlık sigortası kapsamına gireceğini belirleyen bir eşik değeri kararlaştırılmalıdır.

Kabul edilen kişi başı özel sağlık sigortası priminin 1.420 TL olduğunu düşünerek aylık olarak ödenmesi gereken tutarın yaklaşık 120 TL olduğu sonucuna varabiliriz. Bu durumda aylık gelirin % 5'i 120 TL'nin üzerinde olan birçok genç ve sağlıklı vatandaş özel sağlık sigortasına geçerek kar elde edebilecektir. Kabaca bir hesapla % 5'i 120 TL olan aylık gelirin toplamı 2.400 TL olacak olup yıllık gelir ise yaklaşık 28.800 TL olacaktır. Gelir

eşiğinin 30.000 TL civarında belirlenmesi durumunda halkın gelir seviyesine uygun, karma bir sağlık sistemi oluşturulabileceği düşünülmektedir.

Karma sağlık sistemi modeli; genel sağlık sigortası için, mevcut sistemde olduğu gibi işçi ve işverenden alınan primler ile finansmanın sağlanması üzerine kurulmuştur. Mevcut sistemde bulunan devlet katkısının devamı esastır. Tüm vatandaşlar zorunlu olarak sosyal ya da özel bir sağlık sigortası kapsamında yer almak zorundadır. Üç yıl üst üste, belirlenecek olan yıllık gelir eşiğini aşan kişiler ve kendi namına çalışanlar, gönüllü olarak sosyal sağlık sigortası kapsamında kalmayı kabul etmediği sürece özel sağlık sigortası kapsamına girmek zorunda kalacaktır. Özel sağlık sigortasını tercih eden kişilerin talep etmeleri durumunda yasal sağlık sigortası kapsamına dönmeleri sadece sınırlı koşullarda mümkün olmalıdır. Bu durumlar 55 yaşın altında olan kişiler için; serbest çalışanların bordrolu çalışan olarak işe başlamaları veya yıllık gelirlerinin en az 1 yıl için eşik sınırının altına düşmesi olarak belirlenebilir.

2. Kapsam içindeki hizmet sağlayıcıları ve basamaklı sistem açısından;

2013 yılı verilerine göre nüfusu neredeyse aynı olan Türkiye ve Almanya'nın sosyal sağlık sigortaları kapsamında bulunan hastane sayıları arasında % 46 oranında fark mevcuttur. Alman sağlık sistemi özel sağlık sigortasına geçişe izin vermesine rağmen yasal sağlık sigortası kapsamındaki hastane sayısında ülkemizden öndedir. Türkiye'de genel sağlık sigortası kapsamındaki kurum sayısının artırılması hastanelerde oluşan yoğunluğun azalmasına yardımcı olacaktır. Sağlık bakanlığı verilerine göre devlet ve üniversite hastanelerinin kullanımı, özel hastane kullanımının beş katı kadardır. Özel sağlık sigortasından faydalanabilecek olan kişilere geçiş hakkı tanınması ve genel sağlık sigortası kapsamındaki hastane sayısının artırılması ile bu yoğunluğun azalacağı düşünülmektedir.

Yoğunluğun azalması için diğer bir yöntem basamaklı sağlık hizmetlerinin Almanya örneğinde olduğu gibi geliştirilmesidir. Tüm birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları hastaneler üzerindeki yükü azaltacak şekilde geliştirilmeli, basit tanı yöntemleri için gerekli teçhizat ilgili kurumlarda bulundurulmalıdır. İlgili kurumlarda ayakta tedavinin mümkün olmaması

durumunda hastalar ikinci basamak sağlık hizmetlerine yönlendirilmelidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise özel uzmanlık gerektiren alanlarda hizmet vermelidir. Birinci basamak kurumlar ayakta tedavi hizmeti verirken, ikinci ve üçüncü basamak kurumlar yatarak tedaviye yoğunlaşmalıdır.

3. Koruyucu sağlık hizmetleri açısından;

Türkiye Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü 2013 yılı sağlık istatistiklerine göre tanı grubuna bağlı ölümlerde birinci ve ikinci sırada; dolaşım sistemi hastalıkları ve neoplazmlar yer almaktadır. Türkiye’de genel sağlık sigortası kapsamında yer alan koruyucu sağlık hizmetlerine dair yapılan araştırmalarda belirtilen hastalıklara yönelik bir hizmet bulunamamıştır. Belirtilen hastalıklar sebebiyle gerçekleşen ölüm oranlarının ve sebep oldukları sağlık giderlerinin azaltılması, halk sağlığının korunabilmesi için bu alanlarda koruyucu sağlık hizmeti verilmesi önem taşımaktadır. Bu nedenle aşağıda belirtilen Alman sağlık sistemine ait koruyucu sağlık hizmetlerinin Türkiye’de de uygulanabilmesi önemlidir.

- 35 yaşını dolduran sigortalılar için; kalp-damar, şeker gibi hastalıkların erken teşhisine yönelik 2 yılda bir sağlık kontrolü
- Erkekler için 45, kadınlar için ise 20 yaşından itibaren yılda 1 kez kanserin erken teşhisine yönelik sağlık kontrolü
- 30 Yaşını geçmiş kadınlar için yılda 1 kez göğüs muayenesi ve her iki yılda bir mamografi veya meme USG
- 50 Yaşını geçmiş sigortalılar için bağırsak kanseri erken tanısı için gerekli sağlık kontrolü

Koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sonrasında uygulamanın yaygınlaşması ve halkın bilinçlendirilmesi için Alman yasal sağlık sigortası kapsamında mevcut olan ödüllendirme defteri uygulaması Türk genel sağlık sigortası kapsamında da sağlanmalıdır. Bu uygulama kapsamında koruyucu sağlık hizmetlerini aksatmadan kullanan ve ödüllendirme defterine işlenen

kişiler; ücretsiz diş taşı temizliği ve katılım paylarında indirim gibi ek haklar elde etmektedir.

4. Tamamlayıcı sağlık sigortası açısından;

Modelin uygulanması ve genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan özel hastane payının azaltılması durumunda mevcutta uygulanan tamamlayıcı sağlık sigortası yetersiz kalacaktır. Ülkemizde uygulanan tamamlayıcı sağlık sigortaları sadece genel sağlık sigortasının geçerli olduğu özel hastane branşlarındaki fiyat farkını karşılamakta olup devamlılığın sağlanabilmesi için Almanya örneği dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda; genel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan hizmetler (özel oda, özel diş kaplamaları, sigortalı katılım payı vb.) tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sunulabilir hale getirilmelidir.

5. Yaşlanan nüfusun sağlık harcamalarının finansmanı açısından;

Türkiye’de 1990-2013 yılları arasında 65 yaş ve üzeri nüfusta artış gözlenirken, ölüm ve doğum hızı azalmaktadır. 1990 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus oranı % 4,30 iken 2013 yılında bu oran % 7,70 olmuştur. 0-14 yaş oranı ise % 35’ten % 24,6’ya gerilemiştir. 1990’da % 7 olan yaşlı bağımlılık oranı 2013 yılına bakıldığında % 11,3 olmuş ve artış göstermiştir. Kaba doğum hızındaki düşüş sebebi ile azalan genç bağımlılık oranı 1990 yılında % 57,6 iken 2013 yılında % 36,30’a kadar düşmüştür. Bunun sonucunda artan 65 yaş ve üstü nüfus, yaşlı bağımlılık oranını arttırmaktadır. İlerleyen yıllarda genç nüfusun artan yaşlı nüfusun sağlık giderlerini finanse etmekte zorlanması kaçınılmaz olacaktır. Bu durum için önlem olarak Alman sağlık sisteminde uygulanan üç özelliğin referans alınabileceği düşünülmüştür. Özel sağlık sigortalarında uygulanan üç özellik aşağıda belirtilmiştir.

- Standart Tarife: Tüm özel sigorta şirketleri ikame edici ve tamamlayıcı planlarının yanında standart tarife planını da sigortalıya sunmak zorundadır. Standart tarife asgari olarak sosyal sağlık sigortası kapsamına sahip ve sosyal sigorta prim tutarına denk bir prim yapısına sahip olmalıdır. İlgili plan sayesinde yaşı ve riski artan özel sağlık sigortası kapsamındaki kişiler ilerleyen yıllarda yüksek

prim artışlarına maruz kalmaları durumunda standart tarifeye geçiş yapabilmelidir. Ancak bu tarifeye geçiş için Alman sağlık sisteminde de uygulanan bazı kuralların koyulması şarttır. Aksi halde sağlıklı ve genç bireylerin tam kapsamlı planlardan bu plana geçişi önlenemeyebilir. Sadece 55 yaşın üstünde ve geçişe gelirinin düşüklüğü sebebi ile ihtiyacı olan kişiler standart tarifeden faydalanabilmelidir. Bu sayede tam kapsamlı özel sağlık sigortalarından standart tarifeye yapılabilecek geçişlerin önüne geçilmiş olacaktır.

- Yaşlılık Rezervi: Yaşlılık rezervi uygulamasındaki amaç, genç yaşlarda yapılan birikimler ile ileriki yaşlarda artacak olan sağlık harcamalarının kişinin kendisi tarafından finanse edilebilmesidir. İlgili sistem sayesinde 2011 yılı sonunda özel sağlık sistemi yaşlılık rezervi miktarı 169 Milyar €'ya ulaşmıştır. Bu tutar özel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin sağlık giderlerini yaklaşık yedi yıl boyunca karşılayabilecek bir miktardır.
- Faiz Gelirleri: Alman Sigorta Denetleme Kanununun 12a Maddesinin 1. Fıkrasına göre, % 3.5 olarak belirlenen faiz oranının üzerinde elde edilen karların % 90'ı şirket tarafından sigortalı kişilere geri verilmelidir. Söz konusu % 90 oranındaki tutar her yıl Prim İadesi Rezervine aktarılmakta ve 65 yaşından itibaren, yaşlılıkta meydana gelebilecek yüksek sağlık harcamalarından dolayı prim artışını engellemek için kullanılmaktadır.

SONUÇ

Almanya’da sosyal güvenlik uygulamaları ilk olarak 15. Yüzyıl sonrasında başlamıştır. 18. ve 19. Yüzyılda görülen Sanayi Devrimi ile ortaya çıkan sosyal riskler ise zorunlu bir sigorta sistemi ihtiyacı yaratmıştır. Bunun bir sonucu olarak dönemin Şansölyesi Otta Von Bismarck tarafından dünyanın ilk hastalık sigortası uygulaması 1883 yılında oluşturulmuştur. Hastalık sigortasını takiben 1884 yılında mesleki hastalık ve kaza, 1889 yılında yaşlılık ve maluliyet sigortaları yürürlüğe girmiştir.

Alman sosyal güvenlik sisteminde; her bir sigorta kolu, yasalarla görevleri belirlenmiş ve kendi kendini yöneten havuzlar tarafından idare edilmektedir. Var olan sigorta kolları; yasal hastalık sigortası, yasal kaza sigortası, yasal emeklilik sigortası, işsizlik sigortası ve bakım sigortalarıdır. Sosyal güvenlik kapsamında bunların dışında uygulanan sosyal yardımlar da bulunmaktadır.

Alman sosyal güvenlik sistemi; işçi ve işverenden aynı oranlarda alınan primler ile finanse edilmektedir. Sadece kaza sigortası primlerinin tamamı işverenden tahsil edilmektedir.

Alman sosyal sağlık sigortası Bismarck döneminde 1883 yılında sadece işçiler için başlatılmış olup tüm dünyada yürürlüğe alınan ilk sosyal sigorta koludur. Yasal sağlık sigortası olarak adlandırılan sosyal sağlık sigortasının ilk dönemlerinde nüfusun sadece % 10’u kapsam içindeyken, günümüzde bu oran % 85’e çıkmıştır. Uluslararası düzeyde yapılan karşılaştırmalarda sistemin dikkat çeken özellikleri; neredeyse nüfusun tamamının sigorta kapsamında olması ve halkın çoğunluğunun yasal, azınlığının ise özel sigorta kapsamında olduğu bir karma sağlık sistemi bulunmasıdır. Nüfusun % 11’i özel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Özel sağlık sigortasının yasal sağlık sigortası sistemine destek amaçlı bir yapısı bulunduğu belirlenmiştir. Alman sağlık sisteminin karma yapısı gelire bağlı olarak bireyleri yasal veya özel sağlık sigortasına yönlendirmektedir. Yıllık geliri belirli bir limitin altında olan çalışanlar zorunlu olarak ve belirli bir prim karşılığında yasal sağlık sigortası kapsamına alınırken, yıllık geliri 450 €’nun altında olan kişiler prim ödemesinden muaf tutulmaktadır. 2015 yılı için yıllık gelir limiti 49.500 € olarak

belirlenmiştir. Gelir limitini aşan kişiler isteğe bağlı olarak özel sağlık sigortasına geçebilmekte ya da yasal sağlık sigortası kapsamında kalabilmektedir. Bu kural kapsamında tüm Alman vatandaşları, yasal veya özel bir sağlık sigortasına sahip olmak zorundadır.

Alman sağlık sistemi eyaletler arasında bölünmüş bakanlıklar tarafından yönetilmektedir. Ulusal düzeyde ise Federal Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Sistem için gerekli düzenlemeler Sosyal Kod Kitabı V ile belirlenmektedir. Katkı payları kar amacı olmayan hastalık havuzları tarafından toplanmakta ve hizmet sağlayıcılarına yapılacak ödemeler yine aynı havuzlar tarafından sağlanmaktadır.

Alman sağlık sistemi basamaklı olarak hizmet vermektedir. Sistemin en önemli özelliği birinci ve ikinci basamak sağlık yardımlarının net olarak ayrılmış olmasıdır. Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında genel pratisyenler tarafından ayakta tedavi hizmetleri verilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise tamamen yatarak tedavi hizmetine odaklanmıştır.

Yasal sağlık sigortası sadece; ekonomik ve sigortalının sağlığına kavuşması için yeterli olan hizmetleri karşılamaktadır. Sigortalının hastalanması veya kaza geçirmesi durumunda anlaşmalı hekim veya hastaneden alacağı tedavilerin sigortalı katılım payı dışında kalan kısmının tamamı yasal sağlık sigortası kapsamındadır.

Yasal hastalık sigortası kapsamında verilen sınırlı hizmetlere ek olarak koruyucu hekimlik hizmetleri sunulmaktadır. Alman sağlık sistemi için bu hizmetler büyük önem taşımaktadır. Koruyucu hekimlik uygulaması kapsamında aşağıdaki önleyici tedavi uygulamaları mevcuttur.

- 12 yaşına kadar çocuklar için koruyucu diş hastalıkları hizmetleri ve 6-18 yaş arası bireyler için yılda bir kez diş hekimi kontrolü,
- Tüm sigortalılar için hastalıkların önlenmesine ya da hastalığın ilerlemesine engel olmaya yönelik tıbbi tedavi ve ilaç sağlanması,
- 20 Yaşını doldurana kadar tüm sigortalılar için doğum kontrol amaçlı muayene ve sağlık yardımı,

- 35 yaşını dolduran sigortalılar için kalp-damar ve şeker gibi riskli hastalıkların erken teşhisine yönelik iki yılda bir sağlık kontrolü,
- Erkekler için 45, kadınlar için ise 20 yaşından itibaren yılda bir kez kanserin erken teşhisine yönelik sağlık kontrolü,
- Çocuklar için 6 yaşını doldurana kadar ve 10 yaşını tamamladıktan sonra hastalıkların erken teşhisine yönelik muayene,
- 30 yaşını geçmiş kadınlar için yılda bir kez göğüs muayenesi ve her iki yılda bir mamografi veya meme USG kontrolü,
- 50 yaşını geçmiş sigortalılar için bağırsak kanserinin erken tanısına yönelik kontrol ve tetkikler.

Yasal sağlık sigortası kapsamında koruyucu hekimlik uygulamalarının kullanılmasına teşvik amaçlı olarak ödüllendirme sistemi uygulaması mevcuttur. Koruyucu hizmetleri düzenli olarak alan bir kişi, bu hizmetleri ödüllendirme defterine işletir ise katılım paylarında düşüş veya dış temizliği gibi ek haklar elde edebilmektedir.

Yasal sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin ailelerine ait sağlık giderleri, ayrıca prim alınmaksızın, sigorta kapsamında değerlendirilmektedir. Sigorta primleri işçi ve işveren arasında eşit olarak paylaşılmaktadır. 2015 yılı için çalışan sigortalılardan alınan prim brüt gelirlerinin % 7,30'u ve işverenden alınan prim yine çalışanın brüt gelirinin % 7,30'u kadar olup toplam % 14,6 oranındadır. Sigortalılar prim ödemesinin yanında birçok kullanım için katılım payı ödemesi de yapmaktadır. Katılım payı alınmasındaki asıl amaç sistemin finansmanını sağlamak değil gereksiz kullanımların önüne geçebilmektir. Bu sebeple katılım payı yıllık gelirin % 2'sini aştığı zaman sigortalıdan sonraki kullanımları için katılım payı alınmamaktadır. Bu oran kronik hastalığı olan kişiler ve aileleri için % 1'dir.

Yasal sağlık sigortasından farklı olarak, özel sağlık sigortasında prim hesaplamaları risk bazlı olarak yapılmaktadır. Sigortalının yaş, cinsiyet, sağlık durumu ve sözleşmeye konu olan teminat yapısı primi etkileyen faktörlerdir. Genel olarak kadınlar erkeklerden, yaşlılar gençlerden daha fazla prim ödemesine tabidir. Ayrıca

özel sağlık sigortasında tüm aile üyeleri için ayrıca prim hesaplanmaktadır. Bu sebeple özel sağlık sigortası tek kişi veya iki kişi olarak prim ödeyen çiftler için daha cazip görülmektedir.

Özel sağlık sigortası ise tercihe bağlı olarak daha kapsamlı hizmetleri karşılayabilmektedir. Almanya'da özel sağlık sigortası; tam kapsamlı veya yasal sağlık sigortasını tamamlayıcı olmak üzere iki şekilde hizmet vermektedir. Tam kapsamlı özel sağlık sigortasına sahip olan kişiler tercihlerine bağlı olarak yasal sağlık sigortasından daha kapsamlı hizmet alma hakkına sahip olabilmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası ise yasal sağlık sigortasının sunduğu hizmetlere erişimi kolaylaştırmakta ve sıra bekleme gibi yorucu süreçleri ortadan kaldırmaktadır. Bunun dışında Yasal sağlık sigortasının kapsam dışı bıraktığı; özel oda, dış giderleri gibi ekstra hizmetleri kapsamaktadır. Ayrıca sigortalı katılım paylarının büyük bir kısmı bu ürünler ile kapsama alınabilmektedir.

1990-2013 yılları arasında Almanya'da doğumda yaşam beklentisi 5 yıl artmıştır. Bu süre; kadınlarda 4, erkeklerde ise 7 yıldır. Bununla beraber sağlıklı yaşam beklentisi de artmaktadır. Gelişen teknoloji bunun en önemli sebeplerinden biri olarak görülmektedir. 1990 yılında dört çalışan bir emeklinin giderlerini karşılarken, 2010 yılında bu sayı üç kişiye düşmüş olup 2030 da ise iki kişiye düşeceği beklenmektedir. Sonuç olarak artan emekli giderlerini, azalan çalışan nüfusun karşılaması gerekecektir. Hızla artan yaşam beklentisinin yasal sağlık sigortası üzerinde bu kadar etkili olmasının diğer bir sebebi ise gelişen toplumla beraber azalan doğurganlık oranıdır. Doğum oranı 1965'li yıllarda kadın başı 2,5 doğumun üzerindeyken günümüzde bu sayı 1,3'e kadar gerilemiştir. Artan yaşam süresi ve azalan doğum oranları sonucu yaşlanan nüfus yanında, sistem verimsizlikleri ve gelişen sağlık teknolojisi de sağlık harcamalarının artmasına sebep olmaktadır. Bunun bir sonucu olarak finansmanın sağlanabilmesi için sigortalılardan alınan primler de artmaktadır. Sigorta primlerinin 2001 yılında % 13,5 iken 2003 yılında % 14,3'e yükselmesi, sağlık hizmetlerinde algılanan eksiklikler ve kaliteli hizmet verme isteği sebebi ile Alman sağlık sisteminde 2004 Modernizasyon Yasası ve 2007 Rekabeti Güçlendirme Yasası'na ihtiyaç duyulmuştur. 2004 Modernizasyon Yasası ile getirilen en önemli yenilikler; reçetesiz ilaçların sigorta kapsamı dışında bırakılması, referans ilaç fiyatlarının yeniden belirlenmesi ve sigortalı katılım

paylarının düzenlenmesi olmuştur. 2007 Rekabeti Güçlendirme Yasası'nın en önemli özelliği ise özel sağlık sigortasında uygulanmaya başlanan "Standart Tarife" düzenlemesidir. Bu uygulamaya göre 01 Ocak 2009 tarihinden sonra tüm özel sağlık sigortası şirketleri, sigortalılarına "Standart Tarife" adı altında bir plan sunmak zorundadır. İlgili tarifenin asıl amacı diğer tarifelerde risklerinden dolayı primi yüksek olan, prim ödemelerinde güçlük çeken kişiler ile herhangi bir durumdan dolayı yasal sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kişilerin kaliteli hizmet alabilmesini sağlamaktır. İlerleyen yaş ile artan primler sonucu yasal sağlık sigortasına dönmek isteyen fakat talebi kabul edilmeyen kişilerin de bu uygulamadan faydalanması sağlanmaktadır. Standart tarifenin kapsamı yasal sağlık sigortası ile muadil özellik taşımak zorundadır. Tam kapsamlı diğer planlardan standart tarifeye geçişi sınırlamak için alınan bir kararla sadece ihtiyacı olan ve 55 yaş üstü kişilerin geçişine izin verilmektedir.

Almanya'da özel sağlık sigortası sisteminde yaşanan nüfus sebebiyle uygulanan başka önlemler de bulunmaktadır. Bu önlemlerdeki amaç sağlığın finansmanını sağlamanın yanında yaşlanmayla beraber özel sağlık sigortalarında gerçekleşebilecek prim artışlarını minimuma indirmektir. Söz konusu bu önlemleri aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

- Yaşlılık Rezervi: Yaşlılık rezervi uygulamasındaki amaç, genç yaşlarda yapılan birikimler ile ileriki yaşlarda artacak olan sağlık harcamalarının kişinin kendisi tarafından finanse edilebilmesidir. İlgili sistem sayesinde 2011 yılı sonunda özel sağlık sistemi yaşlılık rezervi miktarı 169 Milyar €'ya ulaşmıştır. Bu tutar özel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin sağlık giderlerini yaklaşık yedi yıl boyunca karşılayabilecek bir miktardır.
- Faiz Gelirleri: Alman Sigorta Denetleme Kanununun 12a Maddesinin 1. Fıkrasına göre, % 3,5 olarak belirlenen faiz oranının üzerinde elde edilen karların % 90'ı şirket tarafından sigortalı kişilere geri verilmelidir. Söz konusu % 90 oranındaki tutar her yıl Prim İadesi Rezervine aktarılmakta ve 65 yaşından itibaren, yaşlılıkta meydana gelebilecek yüksek sağlık harcamalarından dolayı prim artışını engellemek için kullanılmaktadır.

- Ek Prim Katkı Payı: Ek prim katkı payı, 22 yaşından 60 yaşına kadar ödenen primlere ek olarak % 10 oranında alınmakta ve 65 yaşından itibaren prim dengeleyici olarak kullanılmaktadır. 2000 yılından sonra başlayan özel sağlık sigorta poliçeleri için % 10 ek prim ödenmesi zorunlu olup 2000 yılından önce başlayan poliçeler için gönüllü olarak % 2'lik artışlarla beş yıl içinde % 10'luk bir ek prim ücreti olarak alınmaktadır.

Türk sosyal güvenlik sistemine dair ilk uygulamalar ise 1865 yılında Ereğli kömür havzasındaki işçiler için iş kazası ve sağlık alanında başlamıştır. Türkiye’de sanayileşme, Cumhuriyetin ilanından sonra başlamış olup sosyal güvenlik ihtiyacı da bu sebeple batılı ülkelere kıyasla daha geç oluşmuştur. 2006 yılına kadar üç ayrı kurum tarafından yönetilen Türk sosyal güvenlik sistemi, 2006 yılından sonra; Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığının birleşmesiyle SGK tarafından yönetilmeye başlanmıştır.

Sosyal güvenlik sisteminin finansmanı işçi ve işverenden farklı oranlarda alınan primler ile sağlanmaktadır. İşveren payı işçi payından yüksek olup kısa vadeli sigorta kolları için sadece iş verenden prim alınmaktadır.

Türkiye’de sosyal sağlık sigortaları ise ilk olarak meslek kollarına özel emekli sandıkları şeklinde kurulmaya başlamıştır. 1866 yılında “Askeri Personel Sandığı” ile kurulmaya başlayan emekli sandıkları farklı meslek kolları için ayrı ayrı kurulmaya devam etmiştir. 11 Emekli sandığının kurulması sonucunda, farklı alanlarda çalışan kamu personelleri birbirinden farklı mevzuatlarla yönetilmeye ve farklı haklara sahip olmaya başlamıştır. 1949 yılında bu durumu ortadan kaldırmak için tüm sandıklar “Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü” altında toplanmıştır. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğünü takiben 1965 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş olup bu kurum kamu ve özel sektörde bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılan bireyleri ve ailelerini sağlık sigortası kapsamına almıştır. Bir işverene bağlı olmaksızın kendi adına çalışan kişiler ise 1985 yılından itibaren Bağ-Kur kapsamında sigortalanmaya başlamıştır.

Sağlık sigortası sisteminin yapısal olarak çok başlı bir sistem olması ve bu sebeple hizmetlerin verimsiz, kalitesiz ve yetersiz, sevk zincirinin ise işlemez halde olması sağlıkta reform ihtiyacı doğurmuştur. Bu kapsamda Sağlıkta Dönüşüm Programı

uygulanmaya başlamıştır. Uygulama kapsamında yapılan en büyük değişiklik 2004 yılında “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform” önerisi sonucu 1 Ekim 2008 itibari ile 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” nun yürürlüğe girmesi ve genel sağlık sigortasının uygulamaya konulmuş olmasıdır. Genel sağlık sigortası ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur sigortalıları arasındaki hizmet ayrımı ortadan kaldırılmıştır. 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren genel sağlık sigortası tüm vatandaşlar için zorunlu hale getirilmiştir. Ayrıca kapsamda sayılan tüm bireylerin; eşleri, 25 yaşını doldurmamış bekar çocukları ve diğer çocuklarından yardım almayan ve kendine ait geliri olmayan anne ve babaları da prim ödemesinden muaf olarak kapsam içindedir. Genel sağlık sigortasının finansmanı işçi ve işverenden alınan primler ile sağlanmaktadır. Bahsi geçen prim; sigortalıdan % 5 ve işverenden % 7.5 oranında alınması kaydı ile toplamda prime esas gelirin % 12.5’i, bağımsız çalışanlar için ise % 12’sidir. Prim ödemesi dışında sigortalılardan alınan katkı payları mevcuttur. Katkı payı alınmasındaki asıl amaç gereksiz kullanımları azaltmaktır.

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan hizmetler; sigortalının sağlıklı olması veya sağlığına geri kavuşması, meslek hastalığı, analık ve iş görmezlik durumunda yeniden çalışabilir duruma gelmesi için yapılan uygulamalardır. Amaç olarak öncelikle ortaya çıkabilecek sağlık risklerinin önlenmesi, sağlık riskinin gerçekleşmesi durumunda ise tedavisi benimsenmiştir.

Genel sağlık sigortası kapsamında sunulan hizmetlerin yanı sıra bazı koruyucu sağlık hizmetleri de uygulanmaktadır. Bunlar; aşılar, sünnet ve genetik hastalıklar ile sakatlıkların gebeliğin erken döneminde tespiti amaçlı yapılan tetkikler olarak sıralanabilir. 2013 yılında % 39.78’lik oranla ölüme sebep olan hastalıklar arasında birinci sırada yer alan dolaşım sistemi hastalıkları ve % 21,32 oranı ile ikinci sırada yer alan neoplazmlar dikkat çekmektedir. Belirtilen oranların ve sebep oldukları sağlık giderlerinin azaltılması, halk sağlığının korunabilmesi için bu alanlarda koruyucu sağlık hizmeti verilmesi önem taşımaktadır. Ancak Türk sağlık sisteminde, bu nedenlere yönelik herhangi bir koruyucu sağlık hizmeti bulunmamaktadır.

Genel sağlık sigortası sevk zinciri ile hizmet vermektedir. Sigortalılar bu sevk zincirini takip ederek hizmet alabileceği gibi birinci basamak hizmet alımını

atlayarak, ek katkı payları karşılığında, ikinci basamak hizmet sağlayıcılarına da başvurabilirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri; aile hekimleri ve sağlık ocakları tarafından, kişinin hastalığı evinde ve ayakta atlatılabileceği durumlarda verilen hizmetlerdir. İkinci basamak sağlık hizmetleri; birinci basamak hizmet sağlayıcılarının yetersiz kaldığı durumlarda, devlet hastaneleri tarafından verilen hizmetlerdir. İleri teknoloji veya uzmanlık gerektiren tedaviler ise üçüncü basamak kapsamında, eğitim ve araştırma hastaneleri tarafından verilmektedir.

Ülkemizde özel sağlık sigortası kapsamına giren kişilerin sosyal sağlık sigortasından ayrılma şansı bulunmamaktadır. Özel sigorta alan kişilerin çift prim ödeme zorunluluğu olması özel sigortaya katılımı olumsuz yönde etkilemektedir. Özel sağlık sigortasında genel sağlık sigortasından farklı olarak aile fertleri için ayrıca prim hesaplanmakta ve risk bazlı primlendirme uygulanmaktadır.

Özel sağlık sigortası tam kapsamlı ve tamamlayıcı olarak iki ayrı şekilde hizmet vermektedir. Tam kapsamlı poliçeler genel sağlık sigortası için kısmen mükerrer poliçelerdir. Genel sağlık sigortasının sağladığı hizmetlerin özel hastanelerde alınabilmesini ve daha kolay erişebilmesini sağlamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası hizmeti ise sosyal güvenlik kurumunun anlaşmalı olduğu özel sağlık hizmet sağlayıcılarında devlet katılım payı haricindeki farkları kapsam içine almaktadır. Ancak genel sağlık sigortasının kapsamı dışında kalan hizmetler ve suit oda gibi lüks talepler tamamlayıcı sağlık sigortasının da kapsamı dışında bırakılmaktadır.

Türk sağlık sistemi için yapılan incelemeler sonrası tespit edilen sorunların giderilmesine yönelik olarak Alman sağlık sistemi incelenmiş ve bir model önerisi oluşturulmuştur. Oluşturulan model kapsamında;

1. Genel sağlık sigortası kapsamındaki bireylerden, geliri yüksek olan kişiler diğer bireylere oranla oldukça yüksek prim ödemesine maruz kalmakta olup özel sağlık sigortası için de mükerrer prim ödemektedir. Bu durum halkın aynı hizmet için fazla prim ödemesi yapmak zorunda kalması yanında özel sağlık sigortası payının da artması karşısında engel teşkil etmektedir.

Alman sağlık sisteminin mevcut karma yapısı dikkate alındığında, geliri belirli bir gelir düzeyi üstünde kalan kişilerin refah durumuna uygun olan sağlık sistemini tercih edebildiği görölmektedir. Aynı yapının Türk sağlık sistemine uyarlanması ile halkın gelir seviyesi ile uyumlu olarak sağlık sigortası kapsamına katılması ve özel sağlık sigortası payının artması beklenmektedir.

Tuik verilerine göre nüfusun %13'ünün oluşturan yükseköğrenim mezunları dikkate alınarak 2016 yılı için yıllık net gelirlerin bu kişiler için yaklaşık olarak 39.300 TL olacağını söyleyebiliriz. Ücret karşılığı çalışan her Türk vatandaşı genel sağlık sigortası için aylık gelirinin % 5'i kadar prim ödemekle yükümlüdür. Altı farklı özel sigorta şirketinden alınan teklifler ve yapılan araştırmalar sonucu asgari olarak genel sağlık sigortası özelliklerine sahip bir özel sağlık sigortası için kişi başı prim 1.420 TL, evli çift için ise kişi başı prim 2.800 TL olarak belirlenmiştir. Kullanılan özel sağlık sigortası örneğinde yatarak tedaviler % 100 ödemeli ve limitsiz olup ayakta tedaviler % 80 ödemeli ve 2.500 TL ile limitlidir. A grubu özel hastaneler ise kapsam dışı tutulmuştur. Sağlıklı/genç, bekar, çalışan ve yüksek öğrenim mezunu bir kişinin yıllık gelirinin 2016 yılı için 39.300 TL olduğu düşünülürse genel sağlık sigortası için aylık olarak ödemesi gereken prim 1.965 TL'dir. Belirtilen statüdeki bir kişi, özel sağlık sigortası kapsamına geçmek yerine genel sağlık sigortası kapsamında kalarak bir çok vatandaşa kıyasla 545 TL (% 38) fazla prim ödemesi yapacaktır. Aynı hesaplamanın evli bir çift tarafından yapılması durumunda fark % 35 olmaktadır. Kişilerin geliri arttıkça aradaki fark oranları da artacaktır. Yine Tuik verilerine göre 2016 yılı için işveren yıllık ortalama esas iş geliri yaklaşık 54.936 TL olarak hesaplanabilmektedir. Bu kişiler için hesaplanacak genel sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası prim farkı ise % 93 oranındadır.

Karma sistemin oluşturulması durumunda Alman sağlık sistemindeki gibi, halkın gelir seviyesine uygun bir gelir eşiği belirlemek gerekmektedir. Kabul edilen kişi başı özel sağlık sigortası priminin 1.420 TL olduğunu düşünerek aylık olarak ödenmesi gereken tutarın yaklaşık 120 TL olduğu

sonucuna varabiliriz. Bu durumda aylık gelirinin % 5'i 120 TL'nin üzerinde olan birçok genç ve sağlıklı vatandaş özel sağlık sigortasına geçerek kar elde edebilecektir. Kabaca bir hesaplama % 5'i 120 TL olan aylık gelirin toplamı 2.400 TL olacak olup yıllık gelir ise yaklaşık 28.800 TL olacaktır. Gelir eşiğinin 30.000 TL civarında belirlenmesi durumunda halkın gelir durumuna uygun, karma bir sağlık sistemi oluşturulabileceği düşünülmektedir. Bu durumda yıllık geliri 30.000 TL'nin üstünde olan kişiler talep etmeleri durumunda özel sağlık sigortasına geçebilecektir.

Modelin devamlılığın sağlanabilmesi için hem sosyal sigorta alanında hem de özel sigorta alanında değişiklikler yapılması gerekmektedir. Model kapsamında öncelik nüfusun tamamının özel ya da sosyal olmak üzere bir sağlık sigortası kapsamında yer almasıdır. Üç yıl üst üste belirlenecek olan yıllık gelir eşiğini aşan kişiler gönüllü olarak sosyal sağlık sigortası kapsamında kalmayı kabul etmediği sürece özel sağlık sigortası kapsamına girmek zorunda olacaktır. Geçiş hakkının sağlanması sonucu 2012 yılı verilerine göre nüfusun % 3'üne denk gelen özel sigortalı sayısının artması beklenmektedir. Benzer sisteme sahip olan Almanya için aynı döneme ait özel sağlık sigortası oranı % 11'dir.

2. Alman yasal sağlık sigortası kapsamındaki hastanelerin, Türk genel sağlık sigortası kapsamındaki hastanelerden % 46 oranında daha fazla olduğu tespit edilmiştir. 2015 yılı verilerine göre genel sağlık sigortası kapsamında olan % 63 oranındaki devlet ve üniversite hastanelerindeki kullanım oranı, % 37 oranındaki özel hastanelerin kullanım oranının yaklaşık 5 katıdır. Bireyler yoğunluk sebebi ile özel hastaneleri tercih etmek istese istediğinde hizmet sağlayıcısına doğrudan ödeme yapmaktadır. Genel sağlık sigortası kapsamındaki hastane sayısının arttırılmasıyla yoğunluğun azalması ve hizmet kalitesinin artması beklenmektedir. Ayrıca yoğunluğun azaltılması için "Basamaklı Sağlık Hizmetleri" uygulaması da geliştirilmelidir. Tüm birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcıları hastaneler üzerindeki yükü azaltacak şekilde geliştirilmeli, basit tanı yöntemleri için gerekli teçhizat ilgili kurumlarda bulundurulmalıdır. Alman sağlık sisteminin başarısındaki en önemli

farklardan biri basamak ayırımının net bir şekilde yapılmış olmasıdır. Bu şekilde yoğunluk yeterli olan kurumlar arasında bölünmekte, gereksiz müdahalelerin önüne geçilmekte ve hasta memnuniyeti arttırılmaktadır. Basamak sistemin geliştirilmesi kapsamında mevcut hiyerarşi devam ettirilmelidir.

3. Alman sağlık sistemi ile Türk sağlık sistemi arasındaki önemli farklardan bir diğeri ise uygulanan koruyucu sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri hem sigortalıların sağlıklı bir yaşam sürmesi açısından hem de ileride karşılaşılabilecek yüksek hasarların minimuma indirilebilmesi açısından Almanya'da en çok önem verilen konulardandır.

Türk ve Alman sağlık sisteminde uygulanan koruyucu sağlık hizmetleri birbirinden oldukça farklıdır. Türkiye'de uygulanan koruyucu sağlık hizmetlerinde asıl amaç çocuk ve doğumdaki anne/bebek ölüm oranlarını azaltmaktır. Alman sağlık sisteminde ise koruyucu sağlık hizmetleri ile hem halk sağlığının arttırılması hem de ileride ortaya çıkabilecek yüksek maliyetlerin azaltılması hedeflenmektedir. Türkiye Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü verilerine göre 2013 yılında en yüksek ölüm oranına sahip olan hastalıklar; dolaşım sistemi hastalıkları ve neoplazmlardır. Bu sebeple aşağıda belirtilen Alman sağlık sistemine ait koruyucu sağlık hizmetlerinin Türkiye'de de uygulanabilmesi önemlidir.

-35 yaşını dolduran sigortalılar için; kalp-damar, şeker gibi hastalıkların erken teşhisine yönelik iki yılda bir sağlık kontrolü

- Erkekler için 45, kadınlar için ise 20 yaşından itibaren yılda bir kez kanserin erken teşhisine yönelik sağlık kontrolü

-30 Yaşını geçmiş kadınlar için yılda bir kez göğüs muayenesi ve her iki yılda bir mamografi veya meme USG

-50 Yaşını geçmiş sigortalılar için bağırsak kanseri erken tanısı için gerekli sağlık kontrolü

4. Karma sistemin oluşturulması sonrası sağlık sistemi içerisinde daha büyük bir öneme sahip olması beklenen özel sağlık sigortalarında da bazı değişiklikler yapılması ve önlemler alınması gerekmektedir. Karma sistemin oluşturulması sonucunda yaşanabilecek sorunlar arasında; yaşlanan nüfusun finansmanı ve özel sigorta tarafından yüksek prime maruz kalınması ya da bu kişilerin sigorta kapsamı dışında bırakılması yer almaktadır. Alman sağlık sistemi örneğinde bu sorunlar için “Standart Tarife” çözümü oluşturulmuştur. Aynı uygulamanın Türk sağlık sisteminde de başlatılması sigortalı hakları açısından önem taşımaktadır.

Bahsedilen uygulamalar sonucu özel sigortalarda yaşlılık oranının artabileceği ve sağlık giderlerinin karşılanmasının tehlikeye gireceği de karşılaşılabilecek sorunlar arasında yer almaktadır. Türkiye nüfus piramidi verilerine göre 2000 yılında ülke nüfusunun % 8,9’u 60 yaş ve üstüdür. 2050 yılında bu oranın % 17,8 artarak nüfusun % 26,7’si olacağı beklenmektedir. Yapılan araştırmalar sonucunda ülkemizin dünyada en hızlı yaşlanan ikinci ülke olduğu görülmüştür. İlerleyen yıllarda genç nüfusun artan yaşlı nüfusun sağlık giderleri finanse etmekte zorlanması kaçınılmaz olacaktır. Bu durum için önlem olarak Alman sağlık sisteminde bulunan yaşlılık rezervi ve faiz gelirleri uygulamalarının referans alınabileceği düşünülmüştür.

5. Bunların dışında sosyal ve özel sağlık sigortasının aynı hizmetleri sunacak olması sonucunda özel hizmetleri de kapsam içine alan bir değişiklik model kapsamında uygulanmalıdır. Model kapsamında tüm hizmet sağlayıcılarının sosyal sağlık sigortası kapsamına alınması durumunda; Alman özel sağlık sigortaları uygulamasına benzer olarak; tamamlayıcı sağlık sigortası ile özel oda ve özel dış giderleri gibi sosyal ve özel sağlık sigortası kapsamı dışında kalan kullanımları veya devlet katkı paylarını kapsam içine alan bir model oluşturulmalıdır.

Alman sağlık sistemi örnek alınarak oluşturulan karma sağlık sisteminin halkın gelir düzeyine uygun bir model olmasının yanında genel sağlık sigortası üzerindeki yükün azalması ve sigortalıların daha kaliteli hizmet alması da hedeflenmektedir. Tüm bunların yanında uygulanması önerilen

koruyucu sağlık hizmetleri ile halk sağlığı korunarak aynı zamanda sağlık harcamalarında da azalma olması beklenmektedir.



KAYNAKÇA

- Acar, I. A. ve Kitapcı, I. (2008). *Sosyal Güvenliğin Demografik Boyutu: Türkiye'deki Emeklilik Sistemindeki Değişim*. Maliye Dergisi.
- Akdur, R. (2000). *Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması*. Ankara Üniversitesi Basımevi. Ankara.
- Alpaslan, E. (2014). *Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sisteminin Muş'taki Yansımaları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Yıldız Teknik Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Altın, İ. (2010) *Sosyal Güvenlik Sistemi ve Türkiye Sosyal Güvenlik Sisteminin Süreç Analizi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu.
- Avgurzky, B., Bauer, T. K. ve Schaffner, S. (2006). *Copayments in the German Health System: Does It Work?*. IZA Discussion Paper Series.
- Bäcker, G. (2010). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Netherlands*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bidgood, E. (2013). *Healthcare Systems: Germany*. Civitas.
- BKK Bundesverband, (2009). *Alman Sağlık Sistemi Göçmenler için bir kılavuz: Sağlığınız için Elele*. Hannover.
- Busse, R. ve Blümel, M., (2014). *Germany Health System Review*. Berlin Teknik Üniversitesi Yayınları.
- Busse, R. ve Riesberg, A. (2004). *Health Care Systems in Transition*. Kopenhag.
- Canbay, T. ve Demir, M. (2013). *Türkiye'de Sosyal Güvenlik Açıklar ı ve Sosyal Güvenlik Ahlakı*. Yönetim ve Ekonomi.
- Çalışkan, Z. (2008). *Referans Fiyat ve İlaç Piyasası*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.
- Demir, S. (2013). *Türkiye'de sosyal güvenlik sistemindeki aksaklıklar*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Dekker, H., Oranje, E., Renooy, P., Rosing, F. ve Williams, C. (2010). *Joining Up in The Fight Against Undeclared Work in Europe*. Amsterdam.
- Figueras, J., McKee, M., Cain, J. ve Lessof, S. (2004). *Health Systems in Transition: Learning from Experience*. European Observatory on Health Care Systems Series.

Ehlert, A., Oberschachtsiek, D., ve Prawda, S. (2013). *Cost Containment and Managed Care: Evidince from German Macro Data*. University of Lüneburg Working Paper Series in Economics.

Erdem, V. (2015). *Türkiye’de İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Türk Sosyal Güvenlik Sistemindeki Yeri İle İş Sağlığı ve İş Güvenliğinin Kamu Hastanelerinin Yönetimlerine Katkısı*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Er, Ü. (2011). *Sağlıkta Dönüşümün Aracı Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Federal Almanya Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2013). *Soziale Sicherung im Überblick*.

Federal Ministry of Labour und Social Affairs, (2015) *Social Security at a Glance*.

Gerek, N., Karaca, N. G., Boybora, D. ve Kocabaş, F. (2013). *İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*. Anadolu Üniversitesi Yayınları. Eskişehir.

Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V, (2014). *Statistical Yearbook of German Insurance 2014*. Hamburg.

Giray, B. (2010). *Sosyal Güvenlik Sistemine Destek Amaçlı Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi/Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, İstanbul.

Gümüş, E. (2010) *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi: Mevcut Durum, Sorunlar ve Öneriler*. Seta Analiz.

Güvercin, C. (2004). *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihi*. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.

Helvacı, H. (2014). *Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma ve Finansman Krizine Etkileri*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

<http://apps.who.int/gho/data/view.main.LT62050?lang=en>

<http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIODEU?lang=en>

<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=2&type=metadata&series=S.P.DYN.TFRT.IN#>

<http://www.lohn-info.de/sozialversicherungsbeitraege2015.html>

http://www.sasder.org/sunumlar/ulusal-kongre3/Tamamlayici-Saglik-Sigortasi_TDizdar.pdf

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/organizasyon_yapisi

<http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/kurumumuz>

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/sigortalilik/isveren/isveren_prim_oranlari/

https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SOCX_AGG

https://www.tsb.org.tr/Document/Yonemelikler/TSS_Rapor_16.05.14

Işık, H. (2014). *Federal Almanya'da Uygulanan Sosyal Yardım Sistemi, Türkiye Karşılaştırması ve Türkiye'deki Uygulamalara Yönelik Önerileri*. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara.

İnce, G. (2014). *Ankara'da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Başkent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Karagan, E. (2008). *Bazı Avrupa Birliği Ülke Sağlık Sistemleri ile Türk Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması*. Yayınlanmamış doktora tezi. Marmara Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Kohlwes, S. (2014). *Governing Health: Transformations in the Turkish Health Care System*. GeT MA Working Paper Series. Berlin

Kuruca, M. (2012). *Genel Sağlık Sigortası*. Yayınlanmamış doktora tezi. Marmara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Max Plank Institute For Foreign and International Social La., (2007). *Social Security Systems in Germany – Status Quo and Recent Developments*. Munich.

Mısırlı, N. (2007) *Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği*. Yayınlanmamış doktora tezi. İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., ve, Kutzin, J. (2002). *Funding Health Care: Options for Europe*. Open University Press. Buckingham- Philadelphia.

Orhan, E. (2015). *Özel Hastanelerde Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının İşleyişi ve Sorunları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Okan Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Özmert Koçer, Ş. (2014). *Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları*. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik

Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara.

Sargutan, E. (2010). *84 Ülke ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sistemleri*. erişim <http://www.sargutan.com/page17.html>

Schönfelder, B. ve Wild, F. (2013). *Volkswirtschaftliche Wirkungen der Alterungsrückstellungen in der Privaten Kranken- und Pflgeversicherung*. Wissenschaftliches Institut der PKV. Köln.

Schwitzky, C. (2014). *Sozialhilferecht. 6.b. Verwaltungsakademie*. Berlin.

Sosyal Güvenlik Kurumu, (2012). *Avrupa Birliğinde Sosyal Güvenlik*. Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu, (2014). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013*. Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (5502)

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (5510)

Tapan, B. (2008). *Genel Sağlık Sigortası'nın Sürdürülebilirliği için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası'nın Gerekliliği*. Yayınlanmamış doktora tezi. Kadir Has Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Tatar, M. (2011). *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi*. Sosyal Güvenlik Dergisi.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, (2012). *Avrupa Birliği'nde Sosyal Güvenlik*. Ankara.

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, (2013). *Uluslar Arası Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri I Avrupa Birliği Üyesi Ülkeler*. Ankara.

Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. (2008). *Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.

Yaman, K. (2014). *Alman Özel Sağlık Sigorta Şirketlerinin Finansman Prensipleri*. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi.

Yenimahalleli Yaşar, G. (2007). *Sağlığın Finansmanı ve Türkiye için Sağlık Finansman Modeli Önerisi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Zengin, H. (2015). *Özel Sağlık Sigortalarının Özel Hastanelerde Hizmet Sunumuna Etkisi ve Hastaneye Yararları*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.