

T.C. ANADOLU ÜNİVERSİTESİ YAYINI NO: 2527

AÇIKÖĞRETİM FAKÜLTESİ YAYINI NO: 1498

SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Yazarlar

Doç.Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM (1,2,3)

Yrd.Doç.Dr. Türkan YILDIRIM (4,7,8)

Doç.Dr. Yasemin AKBULUT (5,6)

Editör

Doç.Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM



ANADOLU ÜNİVERSİTESİ

Bu kitabın basım, yayım ve satış hakları Anadolu Üniversitesine aittir.
“Uzaktan Öğretim” tekniğine uygun olarak hazırlanan bu kitabın bütün hakları saklıdır.
İlgili kuruluştan izin almadan kitabın tümü ya da bölümleri mekanik, elektronik, fotokopi, manyetik kayıt
veya başka şekillerde çoğaltılamaz, basılamaz ve dağıtılamaz.

Copyright © 2012 by Anadolu University

All rights reserved

No part of this book may be reproduced or stored in a retrieval system, or transmitted
in any form or by any means mechanical, electronic, photocopy, magnetic, tape or otherwise, without
permission in writing from the University.

UZAKTAN ÖĞRETİM TASARIM BİRİMİ

Genel Koordinatör

Doç.Dr. Müjgan Bozkaya

Genel Koordinatör Yardımcısı

Doç.Dr. Hasan Çalışkan

Öğretim Tasarımcıları

Yrd.Doç.Dr. Seçil Banar

Öğr.Gör.Dr. Mediha Tezcan

Grafik Tasarım Yönetmenleri

Prof. Teyfik Fikret Uçar

Öğr.Gör. Cemalettin Yıldız

Öğr.Gör. Nilgün Salur

Kitap Koordinasyon Birimi

Uzm. Nermin Özgür

Kapak Düzeni

Prof. Teyfik Fikret Uçar

Öğr.Gör. Cemalettin Yıldız

Grafiker

Gülşah Yılmaz

Dizgi

Açıköğretim Fakültesi Dizgi Ekibi

Sağlık Sigortacılığı

ISBN

978-975-06-1197-1

1. Baskı

Bu kitap ANADOLU ÜNİVERSİTESİ Web-Ofset Tesislerinde 20.900 adet basılmıştır.

ESKİŞEHİR, Haziran 2012

İçindekiler

Önsöz	iv
1. Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi	2
2. Piyasa,Piyasa Başarısızlıkları,Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı	20
3. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı	40
4. Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı	70
5. Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri	100
6. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi	122
7. Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı	146
8. Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi	172
Sözlük	193

Önsöz

Sağlığın kendine has özellikleri, özellikle de kimin ne zaman hastalanacağını belli olmaması ve sağlık problemi ve ihtiyacı ile karşılaşıldığında da çok yüklü miktarlarda giderleri gerektirmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. Güçlü ekonomilere ve adaletli vergileme sistemine sahip kimi ülkeler sağlık hizmetlerindeki bu kolektif sorumluluğu “genel vergiler” yoluyla karşılamaya çalışırken, kimi ülkeler de bu sorumluluğu “sağlık sigortası”nı kurarak primlere yüklemişlerdir. Kısacası sağlığın doğasındaki belirsizlik, risk ve maliyetlerin yüksekliği; kolektif sorumluluğu, kolektif sorumluluk da sigortayı doğurmuştur.

Sağlık, insanoğlunun en değerli sermayesidir ve diğer sermayeler de sağlık sermayesinin elverdiği ölçüde elde edilebilmekte ve şekillenebilmektedir. Son derece önemli olan sağlık sermayesinin korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi de kısmen finansal risklere karşı korunmak ile mümkündür. Bu korunmanın temel araçlarından ve mekanizmalarından birisi ise “sağlık sigortacılığı”dır. Dolayısıyla sağlık sigortası, sağlıklı yaşamak ve kaybedilen sağlığı kazanmak için hayati önemde olan bir araçtır.

Bu bağlamda bu kitap kapsamında sağlık sigortacılığı ile ilgili bilgiler sistematik bir çerçevede sekiz bölüm halinde sunulmuştur.

Kitabın *birinci bölümünde* genel hatlarıyla sosyal güvenlik sistemi, sağlık sistemi ve sağlık sigortacılığının bu sistemler içerisindeki yeri ele alınmaktadır. Toplumun çatı kurumu olan ve sosyal bir varlık olan devletin uygulamış olduğu sosyal politikaların temel unsurları arasında sosyal güvenlik ve sağlık sistemi politikaları da yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sağlık sistemi politikalarının ortak paydada birleştiği alanlardan birisi de toplumu oluşturan bireylerin sağlık güvencelerinin olmasıdır. Sağlık güvencesinin temel mekanizmalarından birisi de sağlık sigortacılığıdır.

İkinci bölümde piyasa, tam rekabet piyasası koşulları, sağlık ve sağlık sigortacılığında piyasa başarısızlıkları ve devlet müdahalesi ele alınmaktadır. Tüketiciler ve üreticiler arasında mal ve hizmetlerin değişimine fiyat aracını kullanarak izin veren bir mekanizma olan piyasada, fiyat mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi teorik bazda idealize edilen ve tam rekabet piyasası koşulları olarak bilinen ortamsal faktörlerin varlığına bağlıdır. Tam rekabet piyasası koşullarında ekonomi, belli bir noktada dengeye ulaşır ve bu denge durumu piyasa taraflarınca arzulanan bir durumdur. Ancak bu rekabet ortamını oluşturan herhangi bir özellikten sapma olması durumunda piyasa başarısızlıkları söz konusu olur. Nevi şahsına münhasır özelliklerinden dolayı piyasa başarısızlıklarının yoğun bir şekilde yaşandığı ve bundan dolayı da devletin müdahale etmesi gerektiği alanlar arasında sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı da yer almaktadır.

Üçüncü bölümde sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı konuları ele alınmaktadır. Sağlık harcamaları, sağlık finansmanı ve sigorta içiçeşen ve birbirleriyle yakından ilişkili olan konulardır. Sağlık harcamaları; sağlık finansmanını, dolayısıyla sağlık finansmanının bir mekanizması olan sağlık sigortacılığını doğuran ve varlığını zorunlu kılan temel harcamalardır. Başka bir ifade ile sağlık sigortacılığı ve finansmanı, sağlık harcamalarının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Yani harcamaların varlığı finansmanı, dolayısıyla sigortacılığı da beraberinde getirir.

Dördüncü bölümde sigortacılık ve sağlık sigortacılığının tarihçesi, sigortacılık genel prensipleri, sigortacılık ve sağlık sigortacılığı kavramı, sağlık sigortacılığında sağlanan faydalar, sigortacılık ve sağlık sigortacılığının önemi ve işlevleri, sigortacılık ve sağlık sigortacılığında fiyatlandırma, sigortacılık ve sağlık sigortacılığında taraflar, sigortacılık ve sağlık sigortacılığı türleri, sağlık sigortacılığının diğer sigortalardan farkı, sağlık sigortacılığında organizasyon biçimleri, sağlık sigortasının arz ve talep üzerindeki etkisi ve çözüm önerileri konuları üzerinde durulmaktadır.

Beşinci bölümde sağlık sigortacılığında ödeme kavramı, ödemenin paydaşlar için önemi, ödeme yöntemleri tanımlanmakta, sağlık çalışanlarına ve sağlık kurumlarına ödemede kullanılan yöntemler ele alınmaktadır. Bu bölümde ayrıca, farklı ödeme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarına göre karşılaştırılması yapılmakta, Türkiye’de kullanılan ödeme yöntemleri ele alınmaktadır. Sağlık hizmetleri finansmanının üç temel fonksiyonundan birisi de satınalma fonksiyonudur. Satınalma fonksiyonu, sağlık hizmeti sunucularına verdikleri hizmetlerin karşılığını ödemede kullanılan ödeme yöntemlerini de

kapsamaktadır. Bu ödeme yöntemleri hem kurumsal hem de bireysel sağlık hizmetleri sunucularını içerecek şekilde olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ödeme yöntemleri, sağlık hizmetlerini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma, güvence altına alınan bireylerin kullandığı hizmet karşılığında ödeme yapmasını içermektedir.

Altıncı bölümde Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi sosyal sağlık sigortacılığı ve özel sağlık sigortacılığı ayırımı çerçevesinde ele alınmaktadır. Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi incelenirken, Osmanlı İmparatorluğu’na kadar uzanan bir dönemi kapsayan düzenlemeleri ve uygulamaları dikkate almakta yarar vardır. Bu nedenle bu bölümde, Türkiye’de sağlık sigortacılığının geçmişi Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan sonraki dönemler dikkate alınarak incelenmektedir. Sağlık sigortasının tarihsel gelişimi sosyal güvenlik sisteminden ve uygulamalarından bağımsız değildir. Bu anlamda, Türkiye’de sağlık sigortacılığının gelişimi, sosyal güvenlik sisteminin gelişimine ve özel sağlık sigortacılığına dayalı olarak ele alınmaktadır.

Yedinci bölümde Türkiye’deki sosyal sağlık sigortacılığı (GSS) ve özel sağlık sigortacılığı ele alınmaktadır. GSS reformu ile, parçalanmış bir yapıya sahip finansman sisteminden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelmek ve tüm nüfusu kapsam içine alacak evrensel bir sağlık kapsamı güvencesi sağlamak ve var olan sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirmek amaçlanmıştır. Mevcut durumda Türkiye’de sosyal sağlık sigortası (GSS) ağırlıklı bir finansman yapısı söz konusudur. Sağlık finansmanında ağırlıkta olan GSS’ye ek olarak devlet katkısı (GSS havuzuna doğrudan devlet katkısı ve yoksulların primlerinin devlet tarafından ödenmesi gibi), özel sağlık sigortaları ve doğrudan cepten yapılan ödemeler de yer almaktadır. Uzun vadede ise Türkiye sağlık sisteminin finansmanının GSS ve tamamlayıcı özel sağlık sigortaları üzerinden sağlanması öngörülmektedir.

Sekizinci bölümde; Türkiye’deki sağlık sigortacılığı değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır. Bu amaçla; Türkiye’nin sağlık finansman yöntemi konusunda doğru tercihi yapıp yapmadığı tartışılmakta, Türkiye’deki sosyal sağlık sigortacılığının değerlendirilmesi anlamında GSS, sağlık finansman politikası amaçları açısından incelenmekte ve GSS’nin başarı durumu güçlükler ve ortamsal faktörler açısından ele alınmaktadır. Ayrıca Türkiye’deki özel sağlık sigortacılığı çok genel olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümün sonunda bir sigortacılık sözlüğüne de yer verilmektedir.

Kitabın birinci, ikinci ve üçüncü bölümleri tarafımdan kaleme alınmıştır. Kitabın dördüncü, yedinci ve sekizinci bölümleri Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü öğretim üyesi Y. Doç. Dr. Türkan Yıldırım tarafından, beşinci ve altıncı bölümleri ise Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Bölümü öğretim üyesi Doç. Dr. Yasemin Akbulut tarafından kaleme alınmıştır. Bu vesile ile her iki yazarımıza da teşekkür ederiz.

Ayrıca Y. Doç. Dr. Türkan Yıldırım ve Arş. Gör. Özlem Özer’e kitabın tümünün gözden geçirilip düzeltilmesindeki desteklerinden dolayı teşekkür ederiz. Tuğçe Karamustafalıoğlu’na, Türkiye’deki özel sağlık sigortacılığı konusunda verdiği desteğinden dolayı teşekkür ederiz.

Anadolu Üniversitesi Rektörü Prof. Dr. Davut Aydın, Açıköğretim Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Kerim Banar ve Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı Koordinatörü Doç. Dr. Cemil Ulukan’a destekleri için teşekkür ederiz.

Son olarak isimlerini anamadığımız ancak kitabın hazırlanmasında, basım ve yayım işlerinde emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

Sağlık Sigortacılığı kitabımızın başta Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı öğrencileri olmak üzere sağlık sigortacılığı ile ilgili olan herkes için faydalı olması dileğiyle...

Editör

Doç.Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM

1

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

-  Sosyal güvenlik sistemini tanımlayabilecek,
-  Sağlık sistemini açıklayabilecek,
-  Sağlık sigortacılığının sosyal güvenlik ve sağlık sistemi içindeki yerini açıklayabilecek bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

- | | |
|---|--|
|  Toplum |  Sağlık Sistemi |
|  Devlet |  Sosyal Hizmetler |
|  Sosyal Devlet |  Sosyal Yardımlar |
|  Sosyal Politika |  Sosyal Sigorta |
|  Sosyal Güvenlik |  Sağlık |

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Sosyal Güvenlik Sistemi
- ❖ Sağlık Sistemi
- ❖ Sağlık Sigortacılığının Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi İçindeki Yeri

Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi

GİRİŞ

Tanımlanan özel bir coğrafi bölgede, aynı değerlere sahip, aynı kültürü ve sosyal değerleri paylaşan belirli bir grup insan **toplum** olarak ele alınmaktadır. Toplumun çatı kurumu ise devlettir. **Devlet**; kurallardan, bu kuralları uygulayan kurumlardan ve bu kurumlarda görev alan kişilerden oluşan bir bütündür. Devlet her şeyden önce sosyal/toplumsal bir gerçeklik ve varlık olarak ortaya çıkmaktadır. Bu sosyal gerçekliğin bir yansıması ve modern devletin bir biçimi olarak **sosyal devlet** ise; ekonomik ve sosyal alanlarda (sağlık ve eğitim başta olmak üzere) bireyler için sosyal güvenlik ve adalet sağlayıcı politika önlemleri tasarlamak, üretmek ve uygulamak durumunda olan devlettir.

Sosyal devletin amacına ulaşabilmesi için kullandığı politika önlemleri ise sosyal politikalar olarak adlandırılmaktadır. **Sosyal politikalar**; devlete bağlı sosyal kurum ve kuruluşların mevcut sosyal düzen içinde farklı sosyal grupların sosyal barış içinde yaşamalarını sağlamaya ve sosyo-ekonomik dengesizliklerin giderilmesine yönelik tedbir ve politikaların bütünüdür. Sosyal risklerin kamusal idaresi olan sosyal politikaların hedeflerine ulaşabilmesi için, devletin ekonomik ve sosyal hayata karışması çoğu zaman kaçınılmazdır. Devletin, ekonomik ve sosyal hayatı düzenleyici, yönlendirici ve dengeleyici müdahaleleri, çeşitli kapsam ve düzeylerde meydana geldiği gibi, bunun için değişik araçlar da kullanılmaktadır. Sosyal politika araçları arasında; sosyal planlama, gelirler politikası, gelir dağılımı politikaları, sosyal konut politikaları, sosyal güvenlik sistemi, vergi politikası, eğitim ve sağlık politikaları da yer almaktadır.

Sosyal politikanın temel unsurları arasında yer alan **sosyal güvenlik (sosyal güvence)**, gelirleri ne olursa olsun, insanlara belirli sosyal riskler karşısında sosyo-ekonomik güvence sağlamaya dönük bütün kurumsal tedbir ve uygulamalardır. Bu tedbir ve uygulamaların başında, primli sistem (sigortacılık) ve primsiz sistem (sosyal yardımlar, sosyal hizmet ve devletçe bakılma) gelmektedir.

Sosyal güvenlik sisteminin iç içeleştiği alanlardan birisi ise sağlık sistemidir. **Sağlık sistemleri**; hastalıkları tedavi etmek, önlemek ve sağlığı geliştirmek yoluyla hem sağlık risklerini hem de finansal riskleri azaltmakta, sosyo-ekonomik refaha büyük katkı yapmakta ve böylece hayati bir sosyal güvenlik fonksiyonu yerine getirmektedir. Sağlık hizmetlerine kolay ve herhangi bir finansal engel olmaksızın erişim için, bireylerin sağlık güvencesinin olması gerekmektedir. Sağlık güvencesini sağlayan temel mekanizmalardan birisi de sağlık sigortacılığıdır.

Sağlık sigortacılığı, sosyal sigorta şartlarına veya poliçe genel şartlarına göre sigortalının hayatında karşılaşılabilecek hastalık ve/veya kaza sonucunda ihtiyaç duyacağı sağlık hizmetleri masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür. Sağlık sigortacılığı, toplumun çatı kurumu olan devlet sistemini oluşturan ve iç içeleşen iki temel alt sistem olan sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin bir bileşkesi ve bir mekanizmasıdır. Bir devlet sistemi içerisinde sağlık sistemi ile sosyal güvenlik sisteminin kesiştiği temel nokta veya alan “sigortacılık” olmaktadır. Diğer taraftan sosyal güvenliğin hedeflediği risklerin bir kısmı doğrudan bir kısmı ise dolaylı olarak sağlıkla ilgili olmaktadır.

Bu bağlamda bu bölümde genel hatlarıyla sosyal güvenlik ve sağlık sistemi ve sağlık sigortacılığının bu sistemler içerisindeki yeri ele alınmaktadır.

SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Amacı

Sosyal güvenlik “sosyal” ve “güvenlik” sözcüklerinin oluşturduğu bir terimdir. Bu sözcüklerden herbiri kendi başına değişik anlamlarda kullanılmaktadır. Batı dillerinde “sosyal” sözcüğü Latince’nin arkadaş, yoldaş, meslektaş anlamındaki “socius” kelimesine dayanılarak türetilmiştir. Objektif anlamda güvenlik, herhangi bir tehlikenin yokluğunu ifade eder. Subjektif anlamda güvenlik ise bir şey, grup ya da devletin sözkonusu olabilecek tehlikelere karşı korunmuş olduğuna inanması anlamına gelir.

Sosyal güvenlik kavramı ile ilgili olarak değişik yorum, tanım ve açıklamalar yapılmakta; sosyal güvenlik geniş ve dar anlamlarda ele alınabilmektedir. Dar anlamda sosyal güvenlik; hastalık, kaza, analık, yaşlılık, sakatlık, işsizlik, ölüm ve çocuk yetiştirme gibi sosyal risklerin yol açabileceği gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır. Geniş anlamda sosyal güvenlik ise; dar anlamdaki sosyal güvenliğin kapsamına giren risklere ek olarak, aile, konut, şehircilik, eğitim, meslek seçiminde yardım, yönetime katılma, istihdam, verimliliğin artırılması, sağlık ve hijyen politikalarına ilişkin tedbirleri de içermektedir.

Çok genel olarak belirtmek gerekirse sosyal güvenlik, sosyal risklerin yol açabileceği gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır. Sosyal güvenlik, herhangi bir sosyal risk yüzünden geliri veya kazancı azalmış kişilerin, başkalarının yardımına gerek kalmaksızın, yaşama ve geçinme ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemler bütünüdür. Böyle bir sistemde ihtiyacı olan kişilere devlet tarafından sosyal ödemelerde bulunmaktadır. Bu yönüyle sosyal güvenlik, kişilere, belirli sosyal risklerin gerçekleşmesi sonucunda ortaya çıkan muhtelif zararların, ilave maliyetlerin veya gelir kayıplarının kısmi veya bütünüyle telafisine yönelik ekonomik güvence sistemidir.

Sosyal güvenliğin sağlanabilmesi için sosyal risklerin doğuracağı gelir kayıpları ve gider artışlarının karşılanması zorunludur. Aksi durumda, kişi gelirini yitirmekle kendisi ve ailesini geçindiremeyecek duruma düşecektir. Gider artışı doğuran hallerde ise, genellikle gelir seviyesi düşük olan gruplar ya gerekli harcamaları yapamayacak ya da normal ihtiyaçlarından kısıntılar yapmak zorunda kalacaklardır. Kaldı ki çok defa gider artışları gelir kayıpları ile birlikte doğacaktır. Bu durumların yalnız kişi için ezici olmakla kalmayacağı, toplum için de birçok sakıncalar doğuracağı ve toplumun varlığını sarsacağı açıktır. Öyleyse sözü edilen risklerin karşılanması yalnız kişinin değil toplumun da yararınaadır.

Bu noktada risk kavramını ele almakta yarar vardır. **Risk (tehlike, riziko)**, gerçekleşmesi muhtemel veya muhakkak olan, gerçekleştiği zaman insanı, sağlığının bozulması ve vücut bütünlüğünün zarar görmesi gibi şekillerde etkileyen her türlü olay ve durumu anlatır. Bu bağlamda sosyal güvenlik ihtiyacı doğuran sebeplere kısaca risk denir. Bir başka ifade ile sosyal risk, toplumun kendisine özel bir önem verdiği ve kişilerin bunların zararlı etkilerinden kurtarılmasını istedikleri risklerdir. Sosyal güvenlik bakımından ele alınan risklerde ortak husus; bunların sosyal (toplumsal) olma özelliğine sahip olmasıdır. Bu anlamı ile de riski; insanı can, mal ve sağlık yönünden etkileyerek gelir azalması, gider artışı veya gelir kesilmesi durumunu doğuran gerçekleşmesi mutlak, muhtemel veya mümkün olan her türlü olay biçiminde tanımlamak da mümkündür.

Sosyal güvenliğin karşıladığı risklerin kapsamı, uluslararası düzeyde yazılı resmi bir belge ile ilk kez Uluslararası Çalışma Teşkilatı’nın 1944 yılı Philadelphia Konferansı’nda belirlenmiştir. Konferans sosyal güvenliğe ilişkin kararında sosyal riskleri; hastalık, analık, malullük, yaşlılık, aileyi geçindirenin ölümü, işsizlik, normal üstü giderler, meslekle ilgili arızalar (iş kazaları ve meslek hastalıkları) şeklinde sıralamıştır. ILO 102 sayılı ve 1952 tarihli “Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Antlaşması”nda sosyal güvenliğin dokuz temel dalını tespit etmiştir. Bunlar; hastalık, analık, iş kazası ve meslek hastalıkları, sakatlık, yaşlılık, ölüm, işsizlik, nakdi yardımlar ve aile yardımlarıdır. Sözleşmede 9 sosyal riske karşı alınması gereken tedbirler şu şekilde sıralanmıştır:

1. Hastalık halinde sağlık yardımı,
2. Hastalık halinde tazminat,
3. İşsizlik halinde maddi destek veya yardım,

4. Yaşlılık halinde maddi güvence,
5. İş kazası ve meslek hastalıkları halinde tazminat,
6. Analık halinde yardım-tazminat,
7. Sakatlık halinde maddi güvence,
8. Ölüm halinde maddi güvence ve
9. Aile yardımları.

Sosyal riskler çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Sosyal riskler çoğunlukla mesleki riskler (iş kazaları ve meslek hastalıkları), fizyolojik riskler (hastalık, kazalar, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm) ve sosyo-ekonomik riskler (işsizlik ve çocuk yetiştirme) şeklinde sınıflandırılmaktadır.



Sosyal güvenlik sistemini ayrıntılı olarak inceleyebilmek için Sait Dilik'in Ankara Üniversitesi Basımevi'nden basılmış olan "Sosyal Güvenlik" (1992) adlı kitabını okuyabilirsiniz.

Sosyal güvenliğin amacı, piyasa mekanizması sonucunda oluşan gelirin toplumda yeniden dağıtımının sağlanmasıdır. Başka bir ifade ile sosyal güvenliğin amacı; her insana, hayatın türlü olayları karşısında, aşırı bir muhtaçlığa düşmeden ve hürriyetinden fedakarlık ettirmeden insan şahsiyetine yaraşır bir hayat düzeyi sağlamaya yönelik kamusal sosyal düzenleme, sosyal sigorta, kamusal sosyal yardım ve muhtelif sosyal hizmetler alanında bir takım önlemler almaktır. Sosyal güvenlik garantisi, temel insan haklarından biri olarak kabul edildiği için, bu hakkın gereklerini yerine getirme görevi sosyal devlete verilmiştir. Sosyal güvenlikte amaç, toplumsal yaşantı içinde ortaya çıkan risklere karşı toplumsal düzeyli bir koruma-güvence sistemi oluşturmaktır.

Sosyal koruma mekanizmalarının genel olarak dört amacı bulunmaktadır: Sürekli geliri ve/veya yaşam standartlarını korumak, yoksulluğu azaltmak, ekonomik hakkaniyeti sağlamak, sosyal dışlanmayı ve marjinalleşmeyi önlemek. Bireyleri, gerçekleşeceği zaman dilimi belirsiz olan sosyal risklere karşı koruyan ve koruma garantisi veren, bireyin ulaştığı yaşam düzeyini koruma ve sürdürme amacını taşıyan bir sistem olan sosyal güvenlik, sosyal politikanın bir alt bilimi olarak; sosyal sigortalar, sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve devletçe bakılma olmak üzere dört ana unsurdan oluşmaktadır. Aşağıda bu unsurlar üzerinde durulmaktadır.



Sosyal sağlık sigortası, sosyal güvenlik yöntemlerinden primsiz sosyal güvenlik sistemi kapsamında mı yoksa primli sosyal güvenlik sistemi kapsamında mı yer almaktadır?

Sosyal Güvenlik Yöntemleri

Sosyal risklerle mücadele mekanizmaları olarak temelde iki ana yöntemden söz edilebilir: 1) Bireysel yöntemler (şahsi, serbest) ve 2) sosyal güvenlik yöntemleri (kolektif, kanuni, kamusal). Bireysel yöntemler kapsamında risk endeksli primlerle finanse edilen tasarruflar ve özel sigortalar yer alırken, sosyal güvenlik yöntemleri kapsamında gelir endeksli primlerle finanse edilen sosyal sigortalar sistemi, vergi gelirleri ile finanse edilen devletçe bakılma, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar yer almaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri; primli sistemler (sosyal sigortalar) ve primsiz sistemler (sosyal yardımlar, sosyal hizmetler, devletçe bakılma) olmak üzere iki ana grupta da ele alınmaktadır. Sözü geçen yöntemlerin ayırımında temel kriter, sosyal gelirlerin sağlanış yöntem ve biçimleridir. Bu ayırimda kullanılan ikinci derecede kriter ise, sosyal güvenliğin finansman biçimi olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte uygulamada şu ya da bu yöntemin seçilmiş olmasında, daha çok finansman sorunlarıyla ilgili düşünceler göz önünde bulundurulmuş olabilir. Bu yöntemlerden herbiri diğerlerinin yerini alabilecek, sosyal risklere karşı güvenliği tek başına sağlayabilecek niteliktedir. Ancak, bu yöntemlerin, genellikle uygulamada olduğu gibi, birbirini tamamlar biçimde karma olarak kullanılması da mümkündür.

Primsiz Sosyal Güvenlik Sistemi

Primsiz rejim olarak da bilinen primsiz sosyal güvenlik sistemi, kişilerin sosyal güvenliğinin sağlanmasında vergi gelirlerine başvuran ve yardım görenlerden de herhangi bir karşılık beklemeyen sosyal güvenlik sistemidir. Primsiz sosyal güvenlik sistemi kapsamında; sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve devletçe bakılma yöntemleri yer almaktadır.

Sosyal yardım: Sosyal yardım yönteminde kişilere yardım, bir başka deyişle sosyal gelir sağlanması muhtaç olma koşuluna bağlanmıştır. Sosyal yardımlar kamusal örgütlerce ya da çeşitli yardım kurumları ve vakıflar gibi yarı kamusal veya özel kuruluşlarca muhtaç ve fakirlere yapılmaktadır. Başka bir ifade ile sosyal yardım, sosyal güvenlik sisteminin muhtaç durumdaki kişilere yardım sağlayan kısmıdır. Kural olarak sosyal yardımlarda muhtaç olma şartı bulunur. Bunun takdiri de genelde yardımı yapacak kuruluşa aittir. Sosyal yardımlar, yararlanıcıların herhangi bir biçimde katkı sunmadığı, devletin yoksulluğa karşı geliştirdiği destek mekanizmalarıdır. Sosyal yardımlar primsiz ödemeler ve genel yardımlar olarak sınıflandırılabilir. Yaşlılık ve özürllülük aylıkları primsiz ödemeler, aynı ve nakdi olabilen genellikle düzensiz-geçici yardımlar ise genel yardımlar içinde yer almaktadır.

Devletçe bakılma: Devletçe bakılma yöntemi, toplumun her üyesinin, finansmana prim ya da benzeri biçimde özel bir katkıda bulunmaksızın devletten, tutar ve koşulları kanunlarla genel biçimde önceden saptanmış bir sosyal gelir alma hakkının tanınmasıdır. Örneğin, savaş malullerine toprak verilmesi gibi.

Sosyal hizmet: Sosyal hizmet ise, bireylerin birbirleriyle ve çevreleriyle uyum sağlamasını kolaylaştırmak amacını taşıyıp, bireylerin ve toplumun ihtiyaçlarını bir kısım hizmetler vererek gidermeyi hedefler. Örneğin, muhtaç yaşlıların bakımı, kimsesiz çocukların korunması, yoksullara yardım sağlanması gibi. Aslında sosyal hizmetlerde dahi kimi zaman para yardımı sözkonusu olabilmektedir. Sosyal hizmetler, insanların sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesine; kendilerine daha yeterli hale gelmelerine ve başkalarına bağımlı olma hallerinin önlenmesine, aile bağlarının güçlendirilmesine; bireylerin, ailelerin, grupların veya toplulukların sosyal işlevlerini başarıyla yerine getirmelerine yardımcı olmak amacıyla sosyal hizmet uzmanları ve diğer meslek mensupları tarafından gerçekleştirilen etkinlik ve programlar bütünüdür. Tanımdan da anlaşılacağı üzere sosyal hizmetler, geniş bir uygulama alanına sahip olup temelde, birey, grup ve toplulukların gelişmesini, refah ve mutluluklarının sağlanmasını amaçlamaktadır. Sosyal hizmetler, devlet veya gönüllü kuruluşlarca sağlanır. Buna göre, herhangi bir nedenle yoksul ve muhtaç duruma düşen ya da bedenen veya ruhen bir eksikliğe uğrayan kişilerin insanca yaşamalarını sağlamak üzere ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik yürütülen hizmetlerdir. Sosyal hizmetler de sosyal yardımlarda olduğu gibi, devlet bütçesinden vergilerle finanse edilirler ve muhtaç kişilere yöneliktir. Ancak sosyal hizmetler ile sosyal yardımlar arasındaki en önemli fark, sunulan faydaların niteliğindedir. Sosyal yardımlar nakdi ağırlıklı iken, sosyal hizmetler hizmet ağırlıklıdır.

Primli Sosyal Güvenlik Sistemi

Primli rejim olarak da bilinen primli sosyal güvenlik sistemi, sosyal sigortalardan oluşur. **Sosyal sigortalılar;** bir ülkede çalışanların maruz kalabilecekleri belirli sosyal riskleri karşılamak amacıyla, çalışan ve işverenlerin de zorunlu katılımıyla devlet tarafından kurulan örgütlenmiş bir kurum olup, primli sosyal güvenlik rejimini oluşturur. Sigorta yoluyla risklerin eşitlenmesi, aynı nitelikteki tehlikelerin tehdit ettiği kişilerin karşılaşacakları zararları aralarında dağıtmak suretiyle, bir sigortalı topluluğu meydana getirmeleri ile sağlanmaktadır.

Sigorta yönteminde sosyal güvenlik sosyal sigortalar aracılığıyla sağlanmakta; sosyal sigortalarda sigortacılık tekniğinden yararlanılmaktadır. Bu nedenle sosyal güvenliğin bir yöntemi olarak sosyal sigorta yerine, sigorta yönteminden söz edilmektedir. Sigortacılık tekniğini en saf şekliyle en açık biçimde özel sigortalarda görmektediriz. Bu teknik, bireyler için bir riskin doğuşunda rastlantıya bağlı olarak ortaya çıkan ve önceden belirlenemeyen ihtiyaçların, aynı türden risklerin tehdidi altında bulunanların oluşturduğu bir topluluk için önceden hesaplanabilir oluşuyla ilgili düşünce ve tecrübelerle dayanmaktadır. Sigortacılık tekniğinin özünde rizikoların eşitlenmesi ya da başka bir deyişle dağıtılması yatmaktadır. Sigorta yoluyla rizikoların dağıtılması, aynı nitelikteki tehlikelerin tehdit ettiği kişilerin, karşılaşacakları zararları eşitlemek amacıyla bir araya gelerek bir sigortalı topluluğu meydana getirmeleri

ile mümkün olmaktadır. Bir zararın doğması halinde ilgili sigortalının duyacağı ihtiyaçlar, diğer bütün üyelerin topluluğa ödemekte oldukları primlerle karşılanmaktadır.

Sosyal sigortalar ekonomik bakımdan zayıf ve çalışan insanların, işgücünü korumak ve geleceklerini garanti altına almak için kurulmakta ve sigortadan yararlanacakların maddi katkısıyla işlemektedir. Prim denilen bu maddi katkı dolayısıyla sosyal sigortalar, primli sosyal güvenlik sistemi olarak isimlendirilmektedir. Sosyal sigorta; 1) riziko katılımlıdır, 2) genel olarak zorunludur, 3) kapsamına giren bütün şahıslara uygulanır, 4) amacı sosyal güvenliğin teminini sağlamaktır ve 5) bir bakıma sosyal yardım fonksiyonu görür.

Sosyal sigortalar başlangıçta sadece az gelirli işçileri kapsamına alırken, günümüzde sanayi, ticaret ve hizmet kesimindeki işletmeler ile tarımsal işletmelerde çalışanları da kapsamına almıştır. Sosyal sigortaları karşıladığı risklere göre beş grup altında toplamak mümkündür: 1) yaşlılık, 2) maluliyet, 3) sağlık, 4) işsizlik ve 5) aile yardımları. Sosyal sigortalar içinde sağlık sigortası sosyal sigortaların ilk ve başlıca kolu olmuştur. Çünkü her insan her yaşta hastalık tehlikesi ile karşılaşmaktadır.



Sosyal politika ve sosyal güvenlik konularını ayrıntılı inceleyebilmek için Ali Seyyar'ın Sakarya Yayınevi'nden basılmış olan "Sosyal Politika Bilimine Giriş" (2011) adlı kitabını okuyabilirsiniz.



Sosyal güvenlik ve sosyal politika ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi için www.sosyalsiyaset.net adresini ziyaret edebilirsiniz.

SAĞLIK SİSTEMİ¹

Sağlık Sisteminin Tanımlanması ve Sınırları

Sağlık sistemini tanımlamadan ve bir sağlık sisteminin sınırlarını çizmeden önce konunun daha iyi anlaşılabilmesi bakımından sağlığa ilişkin belli başlı kavramları tanımlamakta ve ortaya koymakta fayda vardır. Bunlar; sağlık, hastalık, sağlık hizmetleri, sağlık sektörü, sağlık teknolojisi ve sağlığın temel belirleyicileridir. **Sağlık**; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda sosyal, ruhsal ve fiziksel açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bu iyilik hallerinden sapma ise **hastalık** olarak ele alınmaktadır. Başka bir ifade ile hastalık, insan vücudunda meydana gelen bozulmalar olarak tanımlanabilir. **Sağlık hizmetleri**; hastalıkların teşhis ve tedavisi ya da sağlığın geliştirilmesi, sürdürülmesi ve iyileştirilmesi ile ilgili tüm hizmetleri içeren bir kavramdır. **Sağlık sektörü**; sağlık elde etmek ve toplumu sağlıklı kılmak amacını gerçekleştirmek üzere, çok geniş bir alanı kapsayan sağlıkla ilgili mal ve hizmet türündeki her türlü ürünü üretmek/arz etmek ve talep etmek/tüketmek üzere kurulan sistem ve alt sistemler ile bunların içinde yer alan kişi, kurum, kuruluş, statü, ürün gibi unsurların tümünü belirtmek için kullanılan, genel ve kapsayıcı bir kavramdır. Sağlık sistemlerinde önemli ve hayati bir rol üstlenen **sağlık teknolojisi**; koruyucu sağlık hizmetlerinde, teşhiste, tedavide ve rehabilitasyonda kullanılan tıbbi cihazlar, ilaç, tıbbi ve cerrahi işlemler ve hizmetlerin sunulduğu örgütsel ve destek sistemleri ve bunlarla ilişkili bilgi birikimi olarak tanımlanabilir. **Sağlığın belirleyicileri** ise ağırlıklı olarak; genetik faktörler, sağlık hizmetleri, çevresel faktörler ve yaşam tarzı olmak üzere dört ana grupta ele alınmaktadır.

Sağlık sisteminin ne olduğu konusunda çeşitli tanımlamalar olmakla birlikte, bir sağlık sisteminin genel unsurlarını ihtiva eden ve sınırlarını çizen bir tanımlama Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Dünya Sağlık Raporu 2000 (DSR 2000) kapsamında yapılmıştır. Buna göre **sağlık sistemi**; temel amacı doğrudan sağlığı geliştirmek, iyileştirmek ya da korumak olan her türlü faaliyeti kapsayan bir sistem olarak tanımlanmıştır. Bu sistem içerisinde temelde sağlığı geliştirmeye adanan tüm kurumlar, kuruluşlar ve kaynaklar yer almaktadır. Başka bir ifade ile bir sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı geliştirmek veya iyileştirmek olan finansman, düzenleme ve sunum faaliyetleri ile ilgili olan kuruluşlar, aktörler ve kaynakların üstlendiği tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir. Bu tanım ile çizilen

¹ Bu başlık ağırlıklı olarak Yıldırım ve Yıldırım'a (2011) dayalı olarak hazırlanmıştır.

sağlık sistemi kapsamına; yol güvenliğini sağlamak üzere gerçekleştirilen düzenlemeler, ulusal beslenme biçimini değiştirmeye yönelik politikalar dahil olduğu gibi, kişisel sağlık hizmetleri ve gruplara veya topluluklara sunulan sağlık müdahaleleri de girmektedir. Diğer taraftan, bu tanımla ortaya konulan sağlık sistemi kapsamında yer almadığı halde sağlık sistemini etkileyen dışsal faktörler de vardır.

Bir sağlık sisteminin performansında, sağlık sisteminin sınırları dâhilindeki iç unsurlar kadar, sağlık sisteminin dışındaki unsurlar da etkili olabilmektedir. Bir sağlık sisteminin sınırlarını kesin çizgilerle ortaya koymak mümkün olmamakla birlikte, bir sağlık sisteminin sınırları “sağlık sisteminin içindeki unsurlar” ve “sağlık sisteminin dışındaki unsurlar” göz önünde bulundurularak ortaya konulabilir.

Sağlık sistemini, onun dışındaki unsurlardan ayırmak için çeşitli sınırlar önerilmiştir. Örneğin klinik düzeyde sunulan bireysel sağlık hizmetleri gibi hizmetler, bütün sağlık sistemi sınır tanımlamaları kapsamında, sistemin iç unsurları arasında sayılmıştır. Ancak hangi unsurların sağlık sisteminin iç, hangilerinin ise dış unsurlar arasında yer alacağı konusunda oldukça yoğun tartışmalar söz konusudur. Örneğin “genel eğitim” sağlık sisteminin iç unsurları içinde yer alır mı, almaz mı? Sağlık sisteminin sınırlarının tespiti için yapılan çalışmaların çoğu tartışmalıdır. Ancak sınırlılıklarına karşın sağlık sisteminin sınırları çizilmeye çalışılmaktadır.

Buna göre birincil amacı sağlığı korumak ve/veya geliştirmek olan her türlü sağlık faaliyeti sağlık sisteminin sınırları dâhilinde kalan iç unsurları oluşturmaktadır. Örneğin, genel eğitim sağlığı önemli ölçüde etkilemesine rağmen bu tanıma göre sağlık sistemi sınırları içinde yer almaz. Çünkü temel amacı sağlık olmayan tüm faaliyetler sağlık sisteminin sınırları dışında tutulmuştur. Genel olarak toplumun eğitim düzeyinin yükselmesinin sağlığı geliştirici bir etkisi olmasına karşın, birincil amacı sağlığı geliştirmek olmadığı için sınır dışında tutulmuştur. Ancak, spesifik olarak sağlık eğitimi sağlık sisteminin sınırları içindedir. Sağlık eylemlerini yürüten veya bu eylemlere destek veren tüm kaynaklar, organizasyonlar ve aktörler sağlık sisteminin bir parçası olarak kabul edilir. Bunların dışında kalan faktörler de sistemin dışındaki unsurları oluşturmaktadır.

Buna göre bir sağlık sisteminin dış unsurları; birincil amacı sağlığı korumak ve geliştirmek olan her türlü sağlık faaliyetinin dışında kalan tüm unsurlardan oluşmaktadır. Sağlık sisteminin dış unsurları olarak nitelendirilebilecek bu unsurların her birinin ayrı ayrı ve farklı boyutlarda sağlık sistemleri üzerine etkileri söz konusu olabilmektedir.

Sağlık sisteminin iç unsurlarına ve sağlık sisteminin fonksiyonlarına ek olarak, sağlık sisteminin dışında bulunan faktörler de sağlık sisteminin performansını önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin, etkili bir hukuki düzenlemenin varlığı satın alıcıların hizmet sunucuları ile daha iyi sözleşmeler yapmasına olanak tanıyabilecektir. Başka bir örnek, devletin etik konulardaki bakış açısı “yönetim ve düzenleme” fonksiyonunun performansını önemli ölçüde etkileyecektir. Bütün bunlar da göstermektedir ki sağlık sisteminde verilen sağlık hizmetlerinin performansını belirleyen unsurların birçoğu formal sağlık sisteminin sınırları dışında yer alabilmektedir.



Trafik eğitimi sağlık sisteminin sınırlarının içinde mi yoksa dışında mı yer almaktadır?

Sağlık Sisteminin Amaçları

Herhangi bir sistem, varlık sebebi olan “tanımlanmış bir amaca” sahiptir. Örneğin, sağlık sisteminin tanımlanmış amacı “sağlık”tır. Tüm sistemlerin ortak genel amacı ise; beklentilerin karşılanması ve adil finansmandır. Diğer taraftan her bir sistem diğer sosyal amaçlar (eğitim, sağlık, tüketim, katılım, beklentilerin karşılanması, adil finansman vd) üzerine de etki eder. Örneğin, sağlık sistemi ekonomik büyümeyi etkilemek suretiyle tüketimi değiştirebilir.

Sağlık sistemlerinin amaçları ortaya konulurken genelde ikili bir ayırma gidilmektedir. Buna göre sağlık sisteminin amaçları, temel amaçlar (sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve adil finansman) ve yardımcı amaçlar (erişim, toplum katılımı, sürdürülebilirlik ve yenilik) olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.

Temel Amaçlar

Sağlık sisteminin temel amaçları kapsamında; sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve adil finansmanın sağlanması yer almaktadır. Bu amaçlar sağlık sisteminin katkı yaptığı sosyal amaçlar olarak ele alınmaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi: Sağlık sisteminin tanımlanmış amacı, nüfusun sağlığını geliştirmek ve yükseltmektir. Nüfusun sağlığı temelde o nüfusu oluşturan bireylerin yaşam boyu sağlığını, prematüre ölümleri ve ölümcül olmayan sağlık sonuçlarını kapsayacak şekilde olmalıdır.

Beklentilerin karşılanması: Beklentilerin karşılanması amacı, sağlığa ilişkin beklentiler dışındaki beklentileri içermektedir. Bunlar bireylere saygı ve müşteri odaklılıktır.

Bireylere saygı; itibara saygı, bireysel özerkliğe saygı (bireyler kendi sağlıkları hakkında karar alırlarken özerk davranabilmelidir) ve gizliliğe saygı (bireylerin kişisel sağlık bilgileri gizli tutulmalıdır) gibi unsurları kapsamaktadır.

Müşteri odaklılık; tüketici memnuniyetinin birçok boyutunu içermektedir. Bunlar; sağlık ihtiyaçlarının hemen karşılanması (sistem bireylerin ihtiyaçlarını anında karşılayacak biçimde tasarlanmalıdır. Örneğin, randevu alamama ve kuyruklar gibi problemler olmamalı), temel gereklilikler (temiz oda, uygun yatak ve yiyecekler gibi unsurları kapsar), sosyal desteğe ulaşma (sağlık hizmetlerinin alımı süresince bireyler aile, arkadaş ve toplum desteğinden yoksun olmamalıdır) ve tüketicilerin tercih hakkının olması (tüketiciler bireysel veya kurumsal hizmet sunucularını seçebilmelidir) gibi unsurları kapsamaktadır.

Adil finansman: Sağlık hizmetlerinde adil finansman, herkesin gelirine göre ödeme yapması ve sağlık hizmetlerinden de ihtiyacı ile ilişkili olarak yararlanabilmesidir. Adil finansmanda birkaç konu ön plana çıkmaktadır. Finansal ödemeler yüzünden kişiler fakirleşmemelidirler, yani finansal risk havuzları oluşturulmalıdır. Sağlık sistemi için, yoksul kesim zengin kesime nazaran daha az ödeme yapmalı veya hiç ödeme yapmamalıdır.

Yardımcı Amaçlar

Sağlık sistemlerinin gözettiği yardımcı amaçlar sağlık hizmetlerine erişim, toplum katılımı, sürdürülebilirlik ve yenilik olarak belirtilebilir.

Sağlık hizmetlerine erişim: Sağlık hizmetlerine erişim; kapsama, teminat paketi, maliyet paylaşım düzenlemeleri, coğrafi ve kurumsal bariyerler ve erişilebilir hizmetlerin kullanımı gibi engeller olmaksızın (veya minimum düzeyde olması çerçevesinde) ihtiyaç duyulan hizmetlere erişilmesidir. Sağlık, insan saygınlığının en temel ve gerekli bir unsurudur ve Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirgesi'nce güvence altına alınan bir haktır. Bu yüzden sağlık hizmetlerine erişim herkes için garanti edilmelidir. AB Temel Haklar Şartı “herkesin koruyucu sağlık hizmetlerine erişme ve tıbbi tedaviden yararlanma hakkına sahip olduğunu” ve “Birliğin, analık, hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık gibi durumlarda korumayı sağlayan sosyal hizmetler ve sosyal güvenlik haklarını gözeticeğini ve riayet edeceğini” kayıt altına almıştır.

Toplum katılımı: Son dönemlerde sağlık sistemleri gittikçe daha fazla bir şekilde hasta odaklı olmayı ve toplum katılımını sağlamayı amaçlamaktadır. Bu açıdan, hastaların tedavi süreçlerine aktif katılımları amaçlanmaktadır. Hastalara karşı şeffaf olunması ve tercih olanaklı olduğunda onlara farklı hizmet sunucuları arasından seçim yapmaları konusunda imkân tanınması hastaların katılımının temel unsurları arasında yer almaktadır. Başka bir ifade ile her sistem; bireylerin sağlık statüsü ve kendilerine sunulan sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilmesini ve tedavileri konusunda rızalarının alınmasını amaçlamaktadır. Sağlık sistemleri kavramsal olarak sorumlu, başka bir ifade ile hesap verebilir olmalı, iyi yönetilmeli ve şeffaf olmalıdır. Ayrıca toplum katılımı, toplumun sağlık hizmetlerinin sunumuna ve finansmanına katılmaları anlamına da gelmektedir.

Sürdürülebilirlik: Sağlık sistemlerinde sürdürülebilirlik, bir sağlık sisteminin zaman içinde minimum dışsal girdi ile etkili bir şekilde faaliyet gösterebilmesi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir ifade ile sürdürülebilirlik, bir sağlık sisteminin en az girdi ile uzun sürede etkili bir şekilde fonksiyon icra edebilme kapasitesidir. *Finansal sürdürülebilirlik* ise, bir ülkenin sahip olduğu kaynaklarla orta ve uzun

vadede sağlık sistemini finanse edebilme yeteneği olarak ele alınabilir. Bu bakımdan finansal sürdürülebilirlik, uzun vadede hizmetlerin ve finansal korumanın (finansal kapsamın) sağlanması açısından kritik bir öneme sahiptir. Bir sağlık sistemi; bireysel veya toplumsal sağlık ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla gerçekleştireceği faaliyetler için uzun vadede yeterli kaynakları harekete geçirebilen ve tahsis edebilen bir örgütsel sistem tarafından işletildiği zaman sürdürülebilir olabileceği belirtilebilir.

Yenilik (inovasyon): İnovasyon, bilimsel ve teknolojik araştırma ve geliştirme faaliyetlerini içerdiği kadar, sonuçları itibarıyla insan hayatını ve toplumsal refahı geliştiren, yeni üretim, istihdam ve ticaret imkânları doğuran ürünler, süreçler ve hizmetler anlamına gelmektedir.



Türkiye sağlık sisteminin temel amaçları nelerdir?

Sağlık Sisteminin Fonksiyonları

Sağlık sisteminin performansı; o sağlık sisteminin tasarımı, finanse edilme biçimi, yönetilme biçimi ve sisteme ayrılan kaynak miktarıyla yakından ilişkilidir. Başka bir ifade ile sağlık sisteminin performansını açıklayan faktörlerin başında sağlık sisteminin unsurları ve bu unsurların birbirleriyle ilişki biçimleri de gelmektedir. Yani, sağlık sistemlerinin yapılanma biçimi gelmektedir. Ekonomik gelişmişlik seviyesi ne olursa olsun herhangi bir sağlık sistemi, kendini oluşturan dört temel unsura veya fonksiyona göre analiz edilebilir. Bunlar; kaynaklar ve örgütlenme, yönetim ve düzenleme, finansman ve hizmet sunumu sunumudur. Sözü edilen bu fonksiyonlar ana hatlarıyla Şekil 1.1’de gösterilmektedir.



Şekil 1.1: Sağlık Sisteminin ve Sağlık Finansmanının Fonksiyonları

Kaynak: Murray and Frenk (2000)

Finansman

Sağlık sisteminin temel fonksiyonlarından birisi olan finansman, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin yapılanmasını belirleyen temel unsurlardan birisidir. Hizmetlerin finansman biçimi sektörün örgütlenme ve insangücü uygulamaları gibi diğer alt yapı özelliklerini de önemli ölçüde belirlemektedir. İyi bir sağlık sistemi finansmanı; arzulanan çıktı düzeylerinin elde edilmesinde sağlık sistemleri için yeterli destek sağlamakta ve yeterli kaynakların sağlanması yoluyla performansa katkı sağlamaktadır. Sağlık sistemi finansmanı sağlık sonuçlarını etkilemektedir.

Sağlık sistemi finansmanı; gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi veya hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanabilir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi

sağlık sistemi finansmanı üç alt fonksiyona ayrılarak incelenebilir: Gelir elde etme, fon biriktirme ve hizmetlerin satın alınması.

Gelir elde etme, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve donör kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini ifade eder. Bu fonlar (kaynaklar) yedi temel mekanizma ile elde edilebilir: Doğrudan cepten ödemeler, özel sağlık sigortası, zorunlu sosyal sağlık sigortası, genel vergiler, özel amaçlı vergiler, hükümet dışı kuruluşların bağışları ve donör kuruluşlardan sağlanan transferler.

Fon biriktirme, çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların bir havuzda biriktirilmesini ifade etmek için kullanılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı için çeşitli mekanizmalarla elde edilen kaynaklar bir havuzda biriktirilerek, daha sonra ihtiyaç duyulduğunda hizmetlerin satın alınmasında ödeme olarak kullanılmaktadır.

Satın alma veya tahsisat ise, çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanan gelirlerin bireysel veya kurumsal hizmet sunucularına verdikleri hizmetler karşılığı çeşitli ödeme yöntemleri kullanılarak tahsis edilmesi anlamına gelmektedir. Bu tahsisatın toplumun ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde bulundurularak yapılması gerekir. Bu tahsisata satın alma da denilmektedir ve temelde ödeme yöntemlerini kapsamaktadır. Ödeme yöntemlerine ilişkin ayrıntılı bilgi Bölüm 5’de verilmektedir.

Sağlık finansmanının bu fonksiyonlarına ek olarak sağlık finansmanında mekanizmalar da vardır. Bunlar arasında temelde üç mekanizma ön plana çıkmaktadır: Vergi, sigortacılık ve doğrudan cepten ödeme mekanizmaları. Genelde sağlık hizmetlerinin finansmanına ve özelde ise sağlık sigortacılığına ilişkin ayrıntılı bilgiye Bölüm 3 ve Bölüm 4’de yer verilmektedir.

Hizmet Sunumu

Sağlık sisteminin önemli bileşenlerinden birisi de “hizmetlerin sunumu”dur. Sağlık hizmetlerinin sağlanması veya sunumu, sağlığın üretilmesi için girdilerin bir araya getirilmesi süreci olarak tanımlanabilir. Söz konusu girdiler; insan kaynakları, fiziksel sermaye ve tüketilebilir diğer unsurlardan oluşur. Çıktılar ise kişisel ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri ve sektörlerarası sağlık faaliyetleri olarak belirtilebilir. Hizmetlerin sunumu birinci basamak (koruyucu ve önleyici), ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri olmak üzere üç kategoride ele alınabilir.

Sağlık hizmetlerinin sunumu bireysel sağlık hizmetleri ve bireysel olmayan sağlık hizmetleri olmak üzere iki grupta da ele alınabilir. **Kişisel sağlık hizmetleri**; doğrudan bireysel olarak tüketilen ve koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır. **Kişisel olmayan sağlık hizmetleri** ise; ya kolektif olarak uygulanan (örneğin kitle sağlık eğitimi) ya da çevrenin insan dışı unsurlarına (örneğin temel sanitasyon) yönelik olarak verilen hizmetlerdir.

Kaynaklar ve Örgütlenme

Sağlık sisteminin alt unsurlarından bir diğeri ise, sağlık sisteminin yapısının oluşturulmasına ilişkin mevcut kaynakların örgütlenmesidir. Bir sektörü oluşturan tüm unsurların karşılıklı ilişkilerini ve her bir öğeye düşen yetki, sorumluluk ve görevleri açık bir biçimde belirleme ve düzenleme, örgütlenme olarak ele alınmaktadır. Başka bir ifade ile, belli bir hizmetin yürütülmesi için ayrılan kaynakların belli bir düzen içinde dizgelenmesi olayına örgütlenme denilmektedir.

Sağlık sisteminin oluşabilmesi için ilk olarak kaynaklara ihtiyaç vardır. Bu kaynaklar; insan kaynakları (sağlık hizmetlerini verebilecek kişiler; hekimler, hemşireler, eczacılar, yöneticiler vb.), sağlık olanakları (sağlık hizmetini verecek olan kişilerin bulunabileceği yerler; hastaneler, sağlık merkezleri, laboratuvar vb.), mallar (hastalıkların teşhisine ve tedavisine yarayan unsurlar; ilaç, teçhizat, malzeme vb.) ve bilgidir (hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde, sağlığı iyileştirme ve hastalıkları önleme ile ilgili gelinen bilimsel bilgi düzeyi) oluşur. Özellikle insan kaynakları sağlık sistemleri için oldukça önem arz etmektedir. Çünkü sağlık sektörü emek yoğun bir sektör olup sağlık insangücüne ayrılan finansal kaynaklar da oldukça fazladır.

Yönetim ve Düzenleme

Sağlık hizmetlerinin yönetim şekli ülkelerin tarihine, kültürel ve sosyal değerlerine, coğrafyasına, politik ideolojisine göre farklılık göstermektedir. Sağlık sistemlerinin yönetimi; liderlik, karar verme ve yönetsel düzenlemeler gibi süreçleri içermektedir. Genellikle Sağlık Bakanlığı'nın yetki alanında olmak üzere devletin sorumluluğunda olan "yönetim ve düzenleme" (stewardship) fonksiyonu, nüfusun sağlığının titiz ve sorumlu yönetimi olarak tanımlanabilir. Yönetim ve düzenleme sorumluluğunun devletin elinde olması, devletin tüm sağlık hizmetlerini sunma ve finanse etmesi gerektiği anlamına gelmez. Yönetim ve düzenleme fonksiyonunun temeli; hem kamu hem de özel sektör için bir yön tespit etmesi ve sosyal olarak istenilen temel hedeflerin sağlanmasıdır.

Yönetim ve düzenleme fonksiyonunun altı temel alt bileşeni olduğu belirtilebilir. Bunlar:

1. Bilgi elde etme,
2. Stratejik politikaların belirlenmesi, sağlık politikası vizyonunun tanımlanması,
3. Etkili düzenlemeler yoluyla aktör davranışlarını etkileme,
4. Koalisyon oluşturma ve iletişim yoluyla davranışları etkileme,
5. Çevre oluşturma veya oluşturulmasına yardımcı olmak suretiyle davranışları etkileme ve
6. Sorumluluğun sağlanması.



Sağlık sisteminin temel bir bileşeni olan finansman fonksiyonunun hizmetleri satın almada kullandığı temel ödeme yöntemlerini biliyor musunuz?

Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması

Sağlık sistemleri çeşitli kriterlere göre çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Bu kriterlerden yaygınla kullanımlarından birisi, sistemde ağırlıklı olarak kullanılan finansman mekanizmasına veya kaynağına göre yapılan sınıflamadır. Buna göre genel vergilerin veya genel bütçe gelirlerinin ağırlıklı olarak kullanıldığı sağlık hizmetleri sistemi **Beveridge modeli** olarak ele alınmaktadır. Sosyal primlerin ağırlıklı olarak kullanıldığı sistem ise **Bismarck modeli** olarak nitelendirilmektedir. **Semashko modeli** ise eski SSCB'de geliştirilen bir sistem olup sistemin tümü kamusal olup genel bütçeden finanse edilmiştir.

Finansman mekanizmasının sistemdeki ağırlığına ek olarak başka kriterlere (sağlık sistemlerinde devletin üstlendiği sorumluluğa göre, sağlık sistemlerinin kamu ve özel sektör ilişkisine göre, ödeme mekanizmalarına göre vb) göre de sağlık sistemleri sınıflandırılabilir. Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin ayrıntılı bilgi için Yıldırım ve Yıldırım (2011), Belek (2009) ve Roemer'a (1991,1993) başvurulabilir.

Beveridge Modeli (Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi)

Herkesi kapsayan, hizmetlerin finansmanının ve sunumunun kamu-güdümlü olduğu bir sistem olan Beveridge modeli, aynı zamanda ulusal sağlık hizmetleri (USH), genel vergilerle finansman, evrensel veya zorunlu model olarak da adlandırılmaktadır. İngiltere'de İkinci Dünya Savaşı sonrasında sosyal güvenlik sisteminin savaş sonrası dönemin yeni ihtiyaçları çerçevesinde yeniden yapılandırılması amacı ile oldukça kapsamlı ve sosyal güvenlik devrim niteliğinde bir rapor hazırlayan William Beveridge'nin "Social Insurance and Allied Services (1942) isimli raporuna atfen bu sisteme literatürde Beveridge sistemi adı verilmiştir. Söz konusu rapor savaş sonrası sosyal güvenlik alanındaki ikinci jenerasyon ILO normlarının oluşmasına temel teşkil etmiştir. Bu modele göre sağlık güvencesi kapsamının konusu "vatandaşlar"dır ve tüm vatandaşlar çalışma ve aile durumlarına bakılmaksızın aynı biçimde kapsama alınırlar ve finansmanı da vergilerden sağlanmaktadır. Bu modelde sağlık hizmetleri sunumu ağırlıklı olarak kamu tarafından oluşturulan ulusal sağlık hizmetleri (örneğin Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi) çerçevesinde sağlanmaktadır. Sağlık çalışanları ağırlıklı olarak maaşlı memur statüsündedir.

Bismark Modeli (Sosyal Sigorta Ağırlıklı Sağlık Sistemi)

İlk kamu sosyal koruma sistemi, Bismark'ın önderliğinde Almanya'da 1883 yılında sosyal sigorta programının uygulanmaya başlaması ile olmuştur. Bu kamu sağlık sigortası sistemi, kurucusunun ismine atfen literatürde Bismarck sistemi olarak adlandırılmaktadır. Bu bağlamda sosyal sigorta yoluyla sosyal risklere karşılık koruma sistemi organize edilmiştir. Bismarck'ın temel yeniliği veya buluşu, zorunlu sosyal sigortayı kurumsallaştırmış olmasıdır.

Bismark modeli; sosyal sigorta modeli, mesleki model, korporatist model, sosyal hastalık fonu veya sosyal güvenlik sistemi olarak da adlandırılmaktadır. Bu modele göre kapsamın konusu “vatandaş” değildir. Çalışanlar istihdam kategorilerine göre gelirlerinden bir kısmını “hastalık fonlarına” veya benzer “üçüncü taraf”lara katkı olarak öderler. Aktif olmayan nüfus, başka bir ifade ile emekliler ve bağımlılar, çalışanlar üzerinden kapsama dâhil edilirler. Örneğin, Almanya ve Fransa gibi ülkelerdeki uygulamalarda olduğu gibi.

Sosyal sigorta modelinde finansman, işverenlerin ve çalışanların ödediği primler ve az da olsa devlet katkısından oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ise farklı kurumlarca verilmektedir. Sigortacılar hizmet sunucuları ile toplu sözleşmeler yapmak suretiyle hastaları adına hizmetleri satın almaktadır. Hastaların hekimini ve hastanesini seçebilme olanağı ulusal sağlık hizmetleri modeline nazaran daha fazladır.



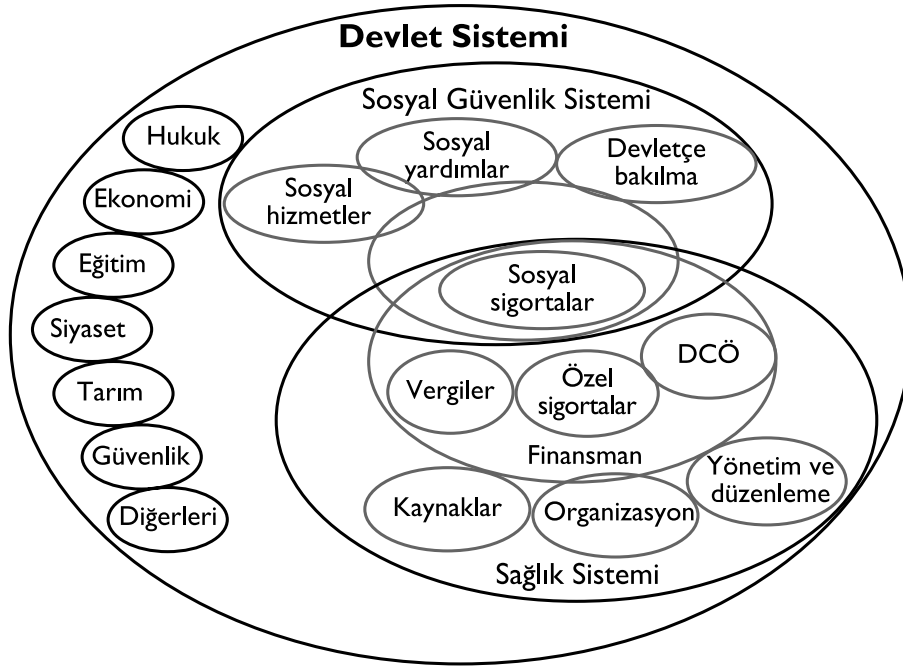
Beveridge sağlık sistemi modelinde ağırlıklı finansman yöntemi olarak genel vergi gelirleri kullanılırken, Bismarck sağlık sistemi modelinde ise ağırlıklı finansman yöntemi olarak sosyal sigorta primleri kullanılmaktadır.



Sağlık sistemlerini ve politikalarını ayrıntılı olarak inceleyebilmek ve karşılaştırmak için Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım'ın İmaj Yayınevi'nden basılmış olan “Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye” (2011) adlı kitabını okuyabilirsiniz.

SAĞLIK SİGORTACILIĞININ SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİSTEMİ İÇİNDEKİ YERİ

Toplumun çatı kurumu olan devlet sistemi; birbirleriyle ilişkili, etkileşen ve aynı zamanda da dış çevre ile ilişkisi olan çok sayıda alt sistemlerin/birimlerin bir araya gelerek oluşturduğu bir bütündür. Devleti oluşturan alt sistemler arasında; eğitim, hukuk, maliye, güvenlik, tarım, konut, teknoloji gibi alt sistemlere ek olarak sosyal güvenlik ve sağlık alt sistemleri de devleti devlet yapan unsurlar arasında yer almaktadır. Yukarıda iki ana başlık altında ele alınan sosyal güvenlik sistemi ve sağlık sistemi kapsamına baktığımızda ve Şekil 1.2’de de açıkça görüldüğü üzere, sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin kesiştiği ve içiçe olduğu ve her iki alt sistemin ortak temel paydasının sosyal sigorta olduğu net bir şekilde görülmektedir. Sosyal güvenlik sisteminin alt sistemleri arasında; sosyal hizmetler, devletçe bakılma, sosyal yardımlar ve sosyal sigorta yer almaktadır. Sağlık sisteminin alt unsurları arasında ise; finansman, organizasyon, kaynaklar ile yönetim ve düzenleme yer almaktadır. Sağlık finansman sisteminin bir alt birimi ise sosyal sigortalardır. Görüldüğü üzere sosyal sigorta, sosyal güvenlik sistemi ile sağlık sisteminin ortak paydası ve unsurudur. Ayrıca geleneksel sosyal güvenliğin kapsadığı risklerin kimi doğrudan kimi ise dolaylı olarak sağlıkla ilgilidir. Hastalık, yaralanma, sakatlık, analık ve malüllük gibi risk durumları doğrudan; yaşlılık, emeklilik, aile ve işsizlik ödenekleri gibi durumlar ise dolaylı olarak sağlıkla ilişkilidir.



Şekil 1.2: Sağlık Sigortacılığının Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi İçindeki Yeri

Kaynak: Yazarın Kendi Çizimi

DCÖ: Doğrudan cepten ödemeler

Genelde sağlık alanını özelde ise sağlık hizmetlerinde sigorta ve ödeme sistemlerini daha sağlıklı ve kapsamlı bir şekilde analiz edebilmek ve kavramsal bir çerçeveye oturtabilmek için sağlık ve sağlık sigortacılığı alanlarının ve bu alanların kendine has özelliklerinden bahsetmekte yarar görülmektedir. Bu amaçla izleyen bölümde piyasa, piyasa başarısızlıkları, sağlık ve sağlık sigortacılığı konuları üzerinde durulmaktadır.



INTERNET

Sağlık sistemleri, politikaları ve finansmanı konuları ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi için www.euro.who.int/observatory adresini ziyaret edebilirsiniz.

Özet

Bu bölümde sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri ve sağlık sigortacılığının (sosyal ve özel) bu sistemler kapsamındaki yeri üzerinde durulmuştur.

Sosyal devlet anlayışının bir yansıması olan sosyal politikaların uygulama alanlarından olan sosyal güvenlik, sosyal risklerin yol açabileceği gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır. Sosyal güvenliğin varlık sebebi olan risk, gerçekleşmesi muhtemel veya muhakkak olan, gerçekleştiği zaman insanı, sağlığının bozulması ve vücut bütünlüğünün zarar görmesi gibi şekillerde etkileyen her türlü olay ve durumdur.

Sosyal risklerle temelde, bireysel yöntemler ve sosyal güvenlik yöntemleri olmak üzere iki temel yöntem kullanılarak mücadele edilmektedir. Bireysel yöntemler kapsamında tasarruflar ve özel sigortalar yer alırken, sosyal güvenlik yöntemleri kapsamında ise; sosyal sigortalar, devletçe bakılma, sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar yer almaktadır. Bu sosyal güvenlik sistemleri; primli sistemler (sosyal sigortalar) ve primsiz sistemler (sosyal yardımlar, sosyal hizmetler, devletçe bakılma) olmak üzere iki ana grupta ele alınmaktadır.

Sosyal politikaların diğer bir pratik alanı ve sosyal güvenlik sistemi ile de içiçeleşen bir alanı da sağlık sistemleri veya politikalarıdır. Genel olarak sağlık sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı iyileştirmek, korumak ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan ve bu faaliyetler ile ilgili olan kuruluşlar, aktörler ve kaynakların üstlendiği tüm faaliyetleri kapsayan bir çerçeveye sahiptir.

Sağlık sistemlerinin amaçları ortaya konulurken genelde ikili bir ayırıma gidilmektedir. Buna göre sağlık sisteminin amaçları; temel amaçlar (sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve adil finansman) ve yardımcı amaçlar (erişim, toplum katılımı, sürdürülebilirlik ve yenilik) olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır.

Bir sağlık sisteminin performansı; o sağlık sisteminin tasarımı, finanse edilme biçimi, yönetilme biçimi ve sisteme ayrılan kaynak miktarıyla ilişkili olmaktadır. Yani sağlık sistemlerinin yapılanma biçimi gelmektedir. Ekonomik gelişmişlik seviyesi ne olursa olsun herhangi bir sağlık sistemi, kendini oluşturan beş temel unsura/fonksiyona göre analiz edilebilir.

Bunlar; kaynaklar ve örgütlenme, yönetim ve düzenleme, finansman ve hizmetlerin sunumudur.

Sağlık sistemleri çeşitli kriterlere göre çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Bu kriterlerden yaygınlıkla kullanılanlardan birisi, sistemde ağırlıklı olarak kullanılan finansman mekanizmasına veya kaynağına göre yapılan sınıflamadır. Buna göre genel vergilerin veya bütçe gelirlerinin ağırlıklı olarak kullanıldığı sağlık hizmetleri sistemi Beveridge modeli olarak ele alınmaktadır. Sosyal sağlık sigortası primlerinin ağırlıklı olarak kullanıldığı sistem ise Bismarck modeli olarak nitelendirilmektedir.

Sağlık sigortacılığının sosyal güvenlik ve sağlık sistemleri içindeki yeri, devleti oluşturan alt sistemlerin analizi yolu ile ortaya konulabilir. Buna göre devleti oluşturan alt sistemler arasında; eğitim, hukuk, maliye, güvenlik, tarım, konut, teknoloji gibi alt sistemlere ek olarak sosyal güvenlik ve sağlık alt sistemleri de yer almaktadır. Sosyal güvenlik ve sağlık sisteminin ortak temel paydası ise sosyal sigortadır. Sosyal güvenlik sisteminin alt sistemleri arasında; sosyal hizmetler, devletçe bakılma, sosyal yardımlar ve sosyal sigorta yer almaktadır. Sağlık sisteminin alt unsurları arasında ise; finansman, organizasyon, kaynaklar ve yönetim ve düzenleme yer almaktadır. Sağlık finansman sisteminin bir alt birimi ise sosyal sigortalardır. Görüldüğü üzere sosyal sigorta sosyal güvenlik sistemi ile sağlık sisteminin ortak paydası ve unsurudur.

Kendimizi Sıneyalım

1. “Gelirleri ne olursa olsun insanlara belirli sosyal riskler karşısında sosyo-ekonomik güvence sağlamaya dönük bütün kurumsal tedbir ve uygulamalar” tanımlaması aşağıdaki kavramlardan hangisine karşılık gelmektedir?

- a. Toplum
- b. Devlet
- c. Sosyal devlet
- d. Sosyal politika
- e. Sosyal güvenlik

2. Aşağıdakilerden hangisi sosyal güvenlik mekanizmalarından birisi **değildir**?

- a. Sağlık sistemi
- b. Sağlık sigortacılığı
- c. Sosyal hizmetler
- d. Sosyal yardımlar
- e. Devletçe bakılma

3. Aşağıdakilerden hangisi sosyal risklerin sınıflandırma biçimlerinden birisi?

- a. Doğal afet riskleri
- b. Mesleki riskler
- c. Yangın riskleri
- d. Sel riskleri
- e. Deprem riskleri

4. Aşağıdakilerden hangisi sosyal güvenliğin amaçlarından birisi **değildir**?

- a. Yaşam standartlarını korumak
- b. Sosyal yardımlar
- c. Yoksulluğu azaltmak
- d. Gelirin yeniden dağıtımını sağlamak
- e. Sosyal dışlanmayı önlemek

5. Aşağıdakilerden hangisi ILO’ya göre sosyal güvenliğin asgari normlarından birisi **değildir**?

- a. Hastalık
- b. Analık
- c. Sakatlık
- d. İşletme kurma
- e. Yaşlılık

6. “Sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olmak” tanımlaması aşağıdaki kavramlardan hangisine karşılık gelmektedir?

- a. Sağlık hizmetleri
- b. Sağlık bakımı
- c. Sağlık
- d. Sağlık yönetimi
- e. Sağlık finansmanı

7. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sisteminin amaçlarından birisi?

- a. Sağlığın geliştirilmesi
- b. Adil finansman
- c. Beklentilerin karşılanması
- d. Sürdürülebilirlik
- e. Hepsi

8. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sisteminin fonksiyonlarından birisi **değildir**?

- a. Kaynaklar ve örgütlenme
- b. Yönetim ve düzenleme
- c. Toplum katılımı
- d. Finansman
- e. Hizmetlerin sunumu

9. Sağlık sistemleri sınıflandırılırken yaygınlıkla kullanılan temel kriter hangisidir?

- a. Ağırlıktaki finansman mekanizması
- b. Beveridge modeli
- c. Bismark modeli
- d. Toplum katılımı
- e. Hizmetlerin sunumu

10. Sosyal güvenlik ile sağlık sisteminin kesiştiği ana mekanizma/fonksiyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Denetim/organizasyon
- b. Sosyal hizmetler/sosyal yardımlar
- c. Finansman/sosyal sigorta
- d. Motivasyon/satınalma
- e. Yönetim/örgütlenme

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. e Yanıtınız yanlış ise “Giriş” ve “Sosyal Güvenlik Sistemi” başlıklı konuları yeniden gözden geçiriniz.

2. a Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Güvenlik Mekanizmaları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

3. b Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Amacı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

4. b Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Amacı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

5. d Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Amacı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

6. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminin Tanımlanması” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

7. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminin Amaçları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

8. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sisteminin Fonksiyonları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

9. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

10. c Yanıtınız yanlış ise “Giriş” ve “Sağlık Sigortacılığının Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sismeti İçindeki Yeri” başlıklı konuları yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Sosyal sağlık sigortasının temel gelirleri primlerden karşılandığı için sosyal güvenlik yöntemlerinden primli sigorta sistemi kapsamında yer alır.

Sıra Sizde 2

Bilindiği üzere herhangi bir sağlık sisteminin iç/dış unsurlarını birbirinden ayıran çizgiyi bariz bir şekilde çizmek olanaklı değilse de, söz konusu faaliyetin birincil/temel amacına bakarak sağlık sisteminin iç unsuru mu yoksa dış unsuru mu olduğu kararına varılmaktadır. Trafik eğitiminin birincil amacı trafik/yol güvenliğini sağlamak olduğundan sağlık sisteminin dış unsurları arasında yer alır. Ancak sağlık sisteminin dışında yer alan trafik eğitimi sağlığı da önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

Sıra Sizde 3

Türkiye dahil herhangi bir ülke sağlık sisteminin temel amaçları evrensel olup bunlar; sağlığın geliştirilmesi, beklentilerin karşılanması ve adil finansmandır. Herhangi bir sağlık sisteminin varlık sebebi “sağlık”tır. Yani sağlığın korunması, geliştirilmesi ve bozuk sağlığın düzeltilmesidir.

Sıra Sizde 4

Sağlık sistemi finansmanının temel fonksiyonları; gelir elde etme, fon biriktirme ve satın almadır. Bölüm 5’te ayrıntılı bir şekilde ele alındığı üzere, satın alma fonksiyonu kapsamında hizmet sağlayıcılarına verdikleri hizmetlerin karşılığını ödemede yaygınlıkla kullanılan ödeme yöntemleri arasında; maaş, kişi başı ödeme ve hizmet başı ödeme gibi yöntemler yer almaktadır.

Yararlanılan Kaynaklar

- Agudelo, C. (1983). Community Participation in Health Activities: Some Concepts and Appraisal Criteria. **PAHO Bulletin**. 17(4): 375-386.
- Akdur, R. (2003). **Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No: 17. Ankara.
- Akgeyik, T., Yılmaz, B.E. ve Şeker, M. (2007). **En büyük Karadelik: Sosyal Güvenlik Açıkları ve Reform Tartışmalarının Sosyo-Ekonomik Yansımaları**. Sigorta Araştırma ve İnceleme Yayınları – 11, TSEV, İstanbul.
- Ancona, P.V.P. (1997). **Gender, Power and Change in Health Institutions of the European Union**. European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs. Unit V/D.5. European Communities.
- Belek, İ. (2009). **Sağlığın Politik Ekonomisi – Sosyal Devletin Çöküşü**. Üçüncü Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Dilik, S. (1992). **Sosyal Güvenlik**. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.
- Esatoğlu, A.E. ve Yıldırım, T. (2010). **Sağlık Kurumları Yönetimi**. Ankara Üniversitesi Yayınları, Ankara.
- Frenk, J. et al. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. **Bulletin of the World Health Organisation**. 78(6): 717-739.
- Gökmen, H. (2007). **Avrupa Sosyal Devlet Anlayışında İstihdam ve Türkiye'de Genç İşsizlik Sorunu** (Uzmanlık Tezi). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Güvercin, C.H. (2004). Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, 57(2): 89-95.
- ILO. (1984). **Introduction to Social Security**. International Labour Office, Geneva.
- ILO. (1999). **Social Health Insurance**. International Labour Office, Geneva.
- Koçak, O. ve Tiryaki, D. (2011). Sosyal Devlet Anlayışında Sağlık Politikalarının Önemi ve Sağlıkta Dönüşüm Programının Değerlendirilmesi: Yalova Örneği. **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, 10(19): 51-84.
- Kurtulmuş, S. (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Missoc-Info. (2002). Health Care in Europe. **Missoc-Info. Bulletin of the Information System on Social Protection in the European Union**. 03/2002.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (1999). **A WHO Framework for Health System Performance Assessment**. Evidence and Information for Policy. GPE Discussion Paper Series No: 6, EIP/GPE/EQC, WHO Geneva.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. **Bulletin of the World Health Organization**. 78(6): 717-731.
- Murray, C.J.L., Kawabata, K. and Valentine, N. (2001). People's Experience Versus People's Expectations. **Health Affairs**. 20(3): 21-24.
- Ökem, Z.G. (2011). **Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne Üyelik Sürecinde Sağlıkta İnovasyon**. TÜSİAD ve CEPS, Yayın No: TÜSİAD-T/2011/02/511, İstanbul.
- Olsen, I.T. (1998). Sustainability of Health Care: a Framework for Analysis. **Health Policy and Planning**. 13(3): 287-295.
- Orhaner, E. (2000). **Türkiye'de Sağlık Sigortası**. Gazi Kitabevi, Ankara.
- Palm, W. et al. (2000). **Implications of Recent Jurisprudence on the Co-Ordination of Health Care Protection Systems**. General Report Produced for the Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission. Association Internationale de la Mutualite (AIM).
- Roemer, M.I. (1991). **National Health Systems of the World**. Volume 1, Oxford University Press, Oxford.

Roemer, M.I. (1993). National Health Systems Throughout the World. **Annual Review of Public Health**. 14: 335-353

Sargutan, E. (1993). **Türk Sağlık Sektörünün Yapısı**. Sağlık-İş Yayınları, Ankara.

Şener, Ü. (2010). **Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İşgücü Politikaları**. TEPAV Politika Notu, Ankara.

Seyyar, A. (2011). **Sosyal Politika Bilimine Giriş**. Birinci Baskı, Sakarya Yayınevi, Sakarya.

TDK. (2011). **Devlet/Sosyal Devlet** (www.tdk.gov.tr, 21.12.2011).

Thomson, S., Foubister, T. and Mossialos, E. (2008). **Health Care Financing in the Context of Social Security**. IP/A/EMPL/ST/2006-206, European Parliament, Policy Department Economics and Scientific Policy.

Uşan, F. (2009). **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**. Güncellenmiş 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

WHO. (1978). **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care**, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, 12.11.2011).

WHO. (2000). **The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance**. WHO, Geneva.

Yıldırım, H.H. (2008). Sağlık Teknolojisi Yönetimi: Türkiye Resmin Neresinde? **Hastane Dergisi**, 51: 110-111.

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2011). **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**. Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı, İmaj Yayınevi, Ankara.

www.absaglik.com

www.euro.who.int

www.euro.who.int/observatory

www.europa.eu

www.sosyalsiyaset.net

www.uslanmam.com

www.who.int

2

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

-  Piyasa kavramını tanımlayabilecek,
-  Tam rekabet piyasası koşulları ve sağlık ilişkisini ifade edebilecek,
-  Piyasa başarısızlıkları, sağlık ve sağlık sigortacılığı konularını açıklayabilecek,
-  Devlet müdahalesini açıklayabilecek

bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

- | | |
|---|--|
|  Tam Rekabet Piyasası |  Sağlık Sigortacılığı |
|  Piyasa |  Bilgi Asimetrisi |
|  Arz |  Ahlaki Tehlike |
|  Talep |  Ters Seçim |
|  Fiyat |  Devlet Müdahalesi |
|  Piyasa Başarısızlıkları | |

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Piyasa, Tam Rekabet Piyasası Koşulları ve Sağlık
- ❖ Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı
- ❖ Devlet Müdahalesi: Neden ve Nasıl?

Piyasa, Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı

GİRİŞ¹

Mal ve hizmetlerin tahsisatının en genel yöntemi olan **piyasa**, tüketicilerin oluşturduğu talep kanadı ile üreticilerin oluşturduğu arz kanadı tarafından oluşturulan bir ortamdır. Bu ortam basit bir şekilde, tüketiciler ve üreticiler arasında mal ve hizmetlerin değişimine fiyat aracını kullanarak izin veren bir mekanizma olarak tanımlanabilir. Piyasanın merkezinde ise **fiyat** yer almaktadır. Talep kanadında fiyat, bir mal veya hizmetin elde edilmesi için gelirin nasıl kullanılması gerektiğini belirler. Arz kanadında ise fiyat, üreticilerin tüketicilerin isteklerini karşılamaını belirler. Fiyat, üreticinin hangi malları satışa sunacağını, hem verimlilik hem de malın alternatif maliyeti açısından yansıtır. Piyasada fiyatın serbest bir şekilde işlemesi sonucu tahsisatın ve değişimin optimal olacağı varsayılır.

Fiyat mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi ise teorik bazda idealize edilen ve **tam rekabet piyasası koşulları** olarak bilinen ortamsal faktörlerin varlığına bağlıdır. Tam rekabet piyasası koşullarında ekonomi, belli bir noktada dengeye ulaşır ve bu denge durumu piyasa taraflarınca arzulanan bir durumdur. Ancak bu rekabet ortamını oluşturan herhangi bir özellikten sapma olması durumunda piyasa başarısızlıkları söz konusu olur.

Kendine has özelliklerinden dolayı piyasa başarısızlıklarının yoğun bir şekilde yaşandığı ve bundan dolayı da devletin müdahale etmesi gerektiği alanlar arasında **sağlık hizmetleri** ve **sağlık sigortacılığı** da yer almaktadır. Özellikle de asimetrik bilginin varlığı ve bu asimetrik bilginin yol açtığı ahlaki tehlike ve ters seçim, risk ve belirsizlik, kamu malları ve dışsallıklar, ölçek ekonomisi ve tekelcilik gibi özellikler sağlık ve sağlık sigortacılığı alanında piyasa başarısızlıklarına yol açmaktadır. Yani bu unsurların varlığı sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı piyasasında verimsizlik ve hakkaniyetsizlik gibi durumlara yol açabilmektedir.

Piyasa başarısızlıklarının yol açmış olduğu bu olumsuz durumları önlemek ve böylece taraflardan tüketici kanadını korumak adına devlet sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı piyasalarına finansör, düzenleyici ve/veya hizmet sunucu olarak müdahale edebilmektedir.

Bu bağlamda bu bölümde piyasa, tam rekabet piyasası koşulları, sağlık ve sağlık sigortacılığında piyasa başarısızlıkları ve devlet müdahalesi ele alınmaktadır.

¹ Bu bölüm kısmen Yıldırım'a (1999) dayalı olarak hazırlanmıştır.

PİYASA TAM REKABET PİYASASI KOŞULLARI VE SAĞLIK

Mal ve hizmetlerin tahsisatının en genel yöntemi **piyasadır**. Piyasa, tüketicilerin oluşturduğu talep kanadı ile üreticilerin oluşturduğu arz kanadı tarafından oluşturulan bir mekanizmadır. Kaynakların kıt olması ve buna karşılık ihtiyaçların sonsuz olması ekonomide arz ve talep kavramlarının temelini oluşturmaktadır. Arz-talep teorisi, ekonomistler tarafından bir ürünün fiyatı ile bu ürünün satın alınacak miktarı arasındaki ilişkiyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Piyasa basit bir şekilde, tüketiciler ve üreticiler arasında mal ve hizmetlerin değişimine fiyat aracını kullanarak izin veren bir mekanizma olarak tanımlanabilir. Tüketicilerden üreticilere ve üreticilerden de tüketicilere doğru çift yönlü olarak işleyen **piyasa sinyalleri** (miktar, kalite ve fiyat ile ilgili göstergeler veya bilgiler) piyasa dengesinin oluşmasını sağlamaktadır. Piyasanın, tarafların faydalarını maksimize edecek şekilde işlemlerini sağlayan ise bir “görünmez el”dir.

Piyasanın merkezi özelliği ise **fiyat** mekanizmasıdır. Talep kanadında fiyat, bir mal veya hizmetin elde edilmesi için gelirin nasıl kullanılması gerektiğini belirler. Arz kanadında ise fiyat, üreticilerin tüketicilerin isteklerini karşılama isteklerini belirler. Fiyat, üreticinin hangi malları satışa sunacağını, hem verimlilik hem de malın alternatif maliyeti açısından yansıtır. Piyasada fiyatın serbest bir şekilde belirlenmesi ve işlemesi sonucu optimal dağıtımın ve değişimin olacağı varsayılır. Çünkü fiyat mekanizmasının işlediği piyasada fiyat; tüketicilerin tercihleri/öncelikleri, kaynak maliyetleri, kaynak kısıtlılığı, verimlilik ve üretimin alternatif maliyeti hakkında bilgi verecektir. Fiyat, üreticileri toplumdaki en istendik mal ve hizmetleri üretmede teşvik edecek ve üreticilerin bu üretimi en verimli şekilde gerçekleştirmelerini sağlayacaktır. Fiyatlar, toplumda kimlerin hangi mal ve hizmetleri satın alacağını belirler. Diğer bir ifade ile fiyatlar, toplumun ne istediği, ne kadar istediği ve bu isteklerinin kaynak veya alternatif maliyetleri açısından değerinin ne olduğu konusunda bilgi verecektir. Böylece **tahsisat verimliliği** sağlanmış olacaktır. Fiyat mekanizmasının tam işlemesi durumunda operasyonel düzeyde de verimliliğin sağlanacağı; başka bir ifade ile belirli maliyet düzeyinde en yüksek çıktıyı elde etme veya belli bir çıktı/üretim seviyesini en düşük maliyetle sağlama olanağı doğacaktır. Yani **teknik verimlilik** sağlanmış olacaktır. Kısacası fiyat mekanizmasının hâkim olduğu bir piyasada hangi mal ve hizmetlerin, nasıl, ne zaman, nerede ve kim için üretileceğini belirleyen temel faktör fiyattır.

Tüketici ve üretici karşı karşıya geldiğinde üreticinin üretmeye hazır olduğu ve tüketicinin de satın almaya hazır olduğu noktada o mal ya da hizmetin fiyatı belirlenir. Bu nokta, kaynakların en verimli şekilde dağıldığı ve toplumsal faydanın en üst düzeyde sağlandığı noktadır. Bir başka ifade ile bu noktada, tüketicinin talepleriyle uyumlu, olası en düşük maliyetlerle, mal/hizmet karması sunulmuş olur. Serbest piyasa sistemi içinde hem üretici hem de tüketicilerin karşı karşıya kaldıkları noktada tam rekabet koşullarının sağlanmış olması gereklidir.

Fiyat mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi ise teorik bazda idealize edilen ve tam rekabet piyasası koşulları olarak bilinen ortamsal faktörlerin bir arada var olmasına bağlıdır. Rekabetçi piyasaların verimliliğini sağlamak için gerekli olan tam rekabet piyasası koşulları aşağıdaki gibi belirtilebilir:

1. Çok sayıda alıcı ve satıcı vardır. Dolayısıyla fiyatın kontrol edilmesi söz konusu değildir.
2. Dışsalılıklar yoktur. Ne üretim ne de tüketim yayılma yararları ya da maliyetleri oluşturmaz.
3. Piyasaya giriş çıkış serbestisi vardır. Yeni firmalar rahatlıkla piyasaya girebilirler, piyasada var olanlar ise şartlar değiştiğinde herhangi bir maliyete katlanmadan piyasadan çekilebilirler.
4. Simetrik bilgi vardır. Tüm piyasa katılımcıları aynı şeyleri bilirler, böylece hiçbirisi diğerleri üzerinde bir bilgi avantajına sahip değildir.
5. Firmalar kârlarını maksimize ederler ve buna karşılık tüketiciler de refahlarını en üst düzeye çıkarırlar.
6. Risk ve belirsizlik yoktur.
7. Ölçek ekonomisi ve tekelcilik söz konusu değildir.

Yukarıda belirtilen koşullardan birisi yerine gelmediği takdirde serbest piyasa koşullarının işlemesi, yani üretici ve tüketicinin karşı karşıya gelerek her iki tarafı da memnun edecek bir fiyatı belirlemesi

mümkün değildir. Başka bir ifade ile bu koşullardan birisi yerine gelmediğinde piyasalar verimsiz bir şekilde mal ve hizmet tahsis edebilir veya üretebilir. Yani **piyasa başarısızlıkları** oluşur. Piyasa başarısızlığı, ekonomistler tarafından piyasanın düzgün bir şekilde işlemesi ile ilgili sınırlılıkların olduğu koşulları tanımlanmak için kullanılan bir terimdir. Bu sınırlılıklar; düzenlemeler ve kurallar olabileceği gibi, sağlık hizmetlerinde veya sağlık sigortacılığında olduğu gibi söz konusu mal ve hizmetlerin doğasından da kaynaklanabilir. Burada bir hususun altını çizmekte yarar vardır. Gerçek yaşamda bu koşulların tümünü bir arada sağlayan bir piyasa hemen hemen yok denecek kadar azdır. Muhakkak bu koşullardan birisini veya birkaçını karşılamayan mal veya hizmet piyasaları vardır. Bu gibi mal ve/veya hizmet piyasalarına devletin çok kapsamlı bir şekilde müdahale etmesi gerekmeyebilir. Ancak aşağıda da tartışıldığı üzere, sağlık hizmetleri piyasasında olduğu gibi bu koşulların çoğu karşılanmadığı takdirde devletin özellikle de finansman boyutu ile ilgili olmak üzere kapsamlı bir şekilde müdahale etmesi kaçınılmazdır. Çünkü sağlık ve sağlık sigortacılığı alanında piyasa başarısızlıkları çok yoğun bir şekilde yaşanmakta ve uygun mekanizma ve araçlarla müdahale edilmediği takdirde de verimsizliğin ve hakkaniyetsizliğin ortaya çıkması ve talep kanadının (yani tüketicinin) zarar görmesi kaçınılmaz olabilmektedir.

Sağlık ve sağlık sigortacılığı alanlarındaki piyasa başarısızlıkları ve devlet müdahalesi konularını tartışmadan önce, devlet müdahalesinin de temel belirleyicisi durumunda olan ve genellikle de ideolojik değer yargıları ile şekillenen sağlığa ilişkin bakış açılarını burada ortaya koymakta fayda vardır.

Bu anlamda bakıldığında sağlık alanına ilişkin olarak temelde iki ana bakış açısı veya görüş olduğu belirtilebilir. *Birinci bakış açısına* göre sağlık, herhangi bir mal/hizmet gibi piyasada piyasa dinamiklerine göre muamele görür. Yani sağlık diğer mal ve hizmetler gibi piyasa koşullarında alınıp satılacak bir maldır/hizmettir. Bu görüşe göre sağlık, diğer mal ve hizmetlerden farklı değildir ve sağlık diğer mal ve hizmetlerin üretiminde ve sunumunda olduğu gibi piyasa mekanizmasının işleyişine bırakılabilir. Burada temel amaç verimlilik ve verimlilik ancak serbest piyasa koşullarının işleyişine müdahale edilmeden sağlanabilir. Bu görüşü savunan piyasa ekonomisi yaklaşımı yandaşları, sağlık hizmetlerinin de birer ürün olduğunu ve diğer herhangi bir mal/hizmet gibi verimli bir şekilde rekabet piyasası koşulları ortamında üretilebileceğini ve tüketilebileceğini savunurlar. Bu görüşe göre, doktorlar rekabet piyasası ortamında hizmet sunucuları olarak birbirleri ile rekabet ederek ve profesyonel bilgi ve becerilerini satarak gelirlerini maksimize etmeye çalışırlar. Tüketiciler kanadında ise serbest piyasa ortamındaki rekabetten dolayı (optimal kaliteden, tüketiciler için uygun fiyattan ve serbest tüketici tercihindan dolayı) tüketicilerin fayda fonksiyonlarını maksimize edebileceklerini piyasa yandaşları ciddi bir şekilde savunmaktadırlar. Bu kesime göre sağlık hizmetleri diğer mallar gibi kabul edilebilir. Serbest piyasa yanlıları rekabet yaklaşımının gereği olarak sağlık hizmetlerinin toplumdaki diğer mal ve hizmetlerin üretimi ve dağıtımına benzer bir hizmet şeklini alacağını tartışmaktadırlar ve eninde sonunda sağlık hizmetinin dışı macunu, çorba gibi arz ve talep yasasına konu olacağını ileri sürmektedirler.

Yukarıdaki görüşe karşılık, sağlık hizmetlerinde piyasa sistemini eleştirenler temelde iki noktada yoğunlaşmaktadır. Birincisi, piyasa aracılığıyla tahsisin her zaman verimliliği sağlayamayacağı, aksine kendi başına bırakıldığında sağlık hizmetleri piyasasının verimsizlik yaratabileceği görüşüdür. İkincisi ise, bir toplumun tek amacının verimlilik olmadığı, hakkaniyetin de en az verimlilik kadar önemli bir amaç olabileceğidir. Sağlığa ilişkin bu *ikinci bakış açısına* göre sağlık doğuştan kazanılmış bir haktır. Dolayısıyla piyasa koşullarında alınıp satılamaz. Buna göre, sağlık birçok yönü ile diğer mal ve hizmetlerden farklıdır ve bu nedenle piyasa koşullarının işleyişine bırakılamaz. Hizmetlerin sunumu sırasında piyasaya müdahale etmek ya da sunumu piyasa mekanizması dışında bir mekanizma ile yürütmek gereklidir. Bu bakış açısı ile hakkaniyet, verimlilik kadar önemli bir amaçtır ve sağlık sektörünün aşağıda özetlenecek özelliklerinden dolayı piyasa mekanizmasının işleyişi hakkaniyeti sağlayamaz.

Sağlığa ilişkin temel bakış açılarını bu şekilde özetledikten sonra, izleyen bölümlerde rekabet piyasası koşulları, genelde sağlık hizmetlerinin, özelde ise sağlık sigortacılığının diğer hizmetlerden farklı olduğu hususlar ve sağlık ve sağlık sigortacılığında piyasa başarısızlıkları ortaya konulmaktadır.



Sağlık, sağlık politikası ve ilişkili konuları ayrıntılı olarak inceleyebilmek için İlker Belek'in Yazılama Yayınevi'nden basılmış olan "Sağlığın Politik Ekonomisi – Sosyal Devletin Çöküşü" (2009) adlı kitabını okuyabilirsiniz.

PİYASA BAŞARISIZLIKLARI SAĞLIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Sağlık hizmetleri sisteminin işleyişinde, normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde sağlık sektörünün kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Sağlık hizmetleri piyasalarının nitelik bakımından rekabet piyasalarına göre farklılaşması bazen kendine has özelliklerinden dolayı kaçınılmaz olarak, bazen de sağlık hizmetleri veren özel ve kamu kurumlarının uyguladığı politikaların doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Literatürde sağlık piyasalarının özellikleri farklı şekillerde tasnif edilmektedir. Bu farklı sınıflandırmaları yansıtabilecek şekilde sağlık piyasalarını diğer piyasalardan ayırt eden başlıca özelliklerini aşağıdaki gibi ele almak mümkündür.

Bilgi Asimetrisi

Tam rekabet piyasasında alıcılar ve satıcılar; alınıp satılacak mal ve hizmetlerin özellikleri, fiyatı ve kalitesi hakkında birbirlerinin etkisinde kalmadan faydalarını maksimize edecek gerekli bilgi düzeyine sahiptirler. Bu bilgi düzeyi alternatif mal ve hizmetlerin özellikleri, maliyetleri ve kalitesi konularını da kapsayacak nitelik ve boyuttadır. Ancak, piyasa tarafları (alıcılar ve satıcılar) değişime konu olan mal ve hizmetler ile ilgili aynı bilgiye sahip olmadıklarında veya bir kısmı diğerlerine nazaran bilgi avantajlarına sahip olduklarında, yani **bilgi asimetrisi**² söz konusu olduğunda, piyasalar verimli ve hakkaniyetli çıktılar/sonuçlar üretmede başarısız olabilir. Bu gibi piyasaların başında da sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı piyasaları gelmektedir.

Bilgi asimetrisi çok genel olarak, bir işlemde taraflardan birinin diğerine göre daha fazla bilgiye sahip olması durumudur. Asimetrik bilgi, ekonomik bir ilişkide taraflardan birinin diğeri hakkında yeterli bilgiye sahip olamaması anlamına gelen durumdur. Başka bir ifade ile asimetrik bilgi, bir işlemle ilgili olarak taraflardan birisi belli bir bilgiye sahipken, diğer tarafın bu bilgiye sahip olmadığı durumu ifade etmektedir. Örneğin, bir satıcı bir ürünün kalitesini bilirken, alıcı ürünün kalitesini bilemeyebilir. Bir tarafın fazla, diğerinin daha az bilgiye sahip olduğu bir durumda, fazla bilgiye sahip olan taraf, az bilgiye sahip olan tarafın bu durumundan yararlanmak isteyebilir. Böyle fırsatçı davranışlar sonucunda, piyasalar dengeden uzaklaşabilir veya rekabetçi piyasanın çekici özellikleri ortadan kalkabilir.

Ekonomi teorisi bireylerin satın aldıkları mal ve hizmetlerin tüm niteliklerini bildiğini veya kimi işleri için temsilci kullandıklarında, o temsilcinin faaliyetini tam olarak denetleyebildiklerini ifade eder. Fakat günlük hayatta, bu çok mümkün olamamaktadır. Bireylerin satın aldığı mal ve hizmetlerin kalitesini belirlemesinin imkânsız olduğu veya temsilcinin faaliyetlerinin kontrol edilmesinin maliyetli olduğu piyasa durumlarına oldukça sık rastlanmaktadır. Örneğin, birey ikinci el araba satın aldığı anda veya risk düzeyleri farklı bireylere sigorta hizmeti sunulduğunda bir asimetrik bilgi sorunu ortaya çıkar. Asimetrik bilgi sorununun ortaya çıktığı durumlarda, piyasa dengesi Pareto-optimal değerinden³ sapma göstermektedir.

Sınırlı bilgiye dayalı piyasalarla ilgili temel çalışma George Akerlof'un 1970 yılında yayınlanan *The Market for Lemons: Quality Uncertainty and the Market Mechanism* adlı makalesidir. Makalesinde bilgi

² Bilgi asimetrisi kavramı literatürde; bilgi açığı, bilgi eksikliği, eksik bilgi, asimetrik bilgi, enformasyon asimetrisi ve asimetrik enformasyon olarak da ele alınmaktadır.

³ Pareto verimliliği, optimum pareto veya pareto optimumu; toplumdaki üretici, tüketici ve faktör sahiplerinden birinin durumunu kötüleştirmeden bunlardan bir başkasının durumunu iyileştirmenin mümkün olmadığı kaynak tahsisi durumunu ifade etmektedir. Yani toplumdaki bireylerden en az birinin refahını azaltmadan diğer birinin refahını artırma imkânı yoksa o toplumun refahı optimumdur. Pareto Kanunu, bir iktisatçı ve sosyal bilimci olan Vilfredo Pareto'nun adıyla anılmaktadır.

asimetrisi kavramını ortaya atan George Akerlof, temel iktisat teorisinde tam rekabet, homojen ürün, çok sayıda firma gibi varsayımların gerçek hayatta tam olarak doğru olmadığını; birçok olayda taraflardan birinin bilgisi varken, diğerinin yoksa bilgi asimetrisi durumunun ortaya çıkacağını ifade etmiştir. Bu durumda da piyasanın istenen sonucu veremeyeceğini, ters seçim ve ahlaki tehlike olarak adlandırılan durumların ortaya çıkacağını belirtmiştir.

George Akerlof, bilgi asimetrisini ve bundan kaynaklanan ters seçim problemini, ikinci el otomobil piyasasındaki durum ile açıklamaya çalışmıştır. George Akerlof'a göre, otomobil piyasasında dört tür otomobil vardır: Yeni ve ikinci el arabalar ile iyi ve kötü (limon araba, ABD'de konuşma dilinde kötü durumdaki arabaları tanımlamak için kullanılır) arabalar. Yeni araba iyi veya kötü olabileceği gibi; ikinci el arabalar da iyi veya kötü (limon) olabilir. Bu piyasada yeni bir araba satın alan bireyler, arabanın iyi veya kötü olabileceği konusunda bilgi sahibi değildirler. Fakat arabanın iyi veya kötü çıkabileceği olasılığı bilinmektedir. Belirli bir arabaya bir süre sahip olan birey, o arabanın kalitesi hakkında yeni bir fikre sahip olacaktır. Örneğin; arabanın kötü olduğuna dair yeni bir olasılığa sahip olabilecektir. Bu tahmin, daha önceki tahminden doğruya daha fazla yakındır. Bu aşamada bilgi asimetrisi ortaya çıkmaktadır: Satıcı, araba hakkında alıcıdan daha fazla bilgiye sahiptir. Alıcı, iyi araba ile kötü araba arasındaki farkı ortaya çıkaramayacağından dolayı, iyi ve kötü arabaların aynı fiyattan satılması gerekir. Çok açıktır ki, kötü bir araba ile iyi bir araba aynı değere sahip değildir. Eğer aynı değere sahip olsalar idi, kötü arabasını satıp, iyi olma olasılığı, kötü olma olasılığına göre daha yüksek olan yeni bir araba alması onun avantajına olacaktır. Bundan dolayı, iyi araba sahibi kapana sıkışmış olacaktır. İyi araba sahibi, arabasının değerini alamamanın ötesinde, elindeki araba yeni bir arabanın beklenen değerini de alamaz. Bu analiz sonucunda, Akerlof, bilgi asimetrisinin ters seçime neden olacağını, iyi araba sahiplerinin piyasadan çekileceğini ve piyasanın kötü arabalara kalacağını ifade etmektedir. Bu bağlamda Akerlof, limon problemi ile Gresham Kanunu arasında benzerlik olduğunu düşünmektedir. Bilindiği üzere "kötü para iyi parayı kovar" cümlesiyle özetlenen Gresham Kanunu, insanların değerli parayı saklayarak piyasadan çekeceklerini, piyasada değersiz paranın kalacağını savunmaktadır. Buna göre, en çok satılan arabaların limon olması, kötü arabaların iyileri piyasadan kovmuş olması anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetleri piyasası söz konusu olduğunda arz (hekim) ile talep (hasta) tarafı arasında talep kanadı aleyhine bir bilgi açığı söz konusudur. Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran temel özellik, hizmet sunucu (hekim) ile tüketici (hasta) arasında var olan bu bilgi asimetrisi olmaktadır. Sağlık hizmetlerinde işlemlerin çok karmaşık olması ve sağlık hizmetleri hakkında tüketicilerin sınırlı bilgiye sahip olmaları sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden oldukça farklılaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinde girdiler, faaliyetler ve çıktılar hakkında yeterli bilgiye sahip olunamadığı gibi bu değişkenler arasındaki ilişkiler konusunda da yeterli bir bilgiye sahip olunamamaktadır. Diğer taraftan faaliyet ve çıktı verileri de çoğu sağlık sisteminde tam değildir. Birçok mal ve hizmet için tüketicinin kalite ve hizmetin uygunluğu konusunda bir fikri vardır. Fakat sağlık hizmetlerinde tüketicinin hastalığı (sağlık ihtiyacı) ve kendisine uygulanacak/uygulanan işlemlerin (teşhis, tetkik, tedavi gibi) uygunluğu ve kalitesi konusunda çok az bilgisi vardır. Bu bağlamda tüketici neredeyse hekime tam anlamı ile bağımlıdır.

Bu bağımlılık hasta ile doktor arasında yazılı olmayan ancak sağlam bir **vekil-müvekkil ilişkisi** yaratmaktadır. Başka bir ifade ile tüketicilerin sağlık hizmetleri ihtiyacının belirlenmesi veya ne tür sağlık hizmetlerinin ne miktarda ve kalitede tüketileceği noktasında bilgi eksikliklerinin olması nedeniyle doktor bir vekil olarak devreye girmekte, hasta (müvekkil) için danışmanlık yapmakta ve hastanın tüketimini şekillendirebilmektedir. Bu vekil-müvekkil ilişkisine literatürde **vekâlet ilişkisi** de denilmektedir. Yani hekim hasta adına bir vekil gibi hareket etmektedir. Bu durum doktoru, hem bir hizmet sunucusu hem de hizmeti talep eden kişi olarak iki rollü bir pozisyona sokmaktadır. Asimetrik bilgiye dayalı bu pozisyon hekime hizmetinin karşılığını ödeme biçimine (hizmet başı ödeme) ve hizmeti talep edenin sağlık güvencesinin (sigortasının) varlığına bağlı olarak literatürde **arzın talep yaratması** problemi olarak da bilinen bir soruna yol açabilmektedir. Sağlık hizmetlerinde arzın talep yaratması, hizmet sunucu olarak hekimin hastası adına karar verirken parasal çıkarını düşünerek gereksiz olan işlemleri hasta adına talep etmesi olarak tanımlanabilir. Başka bir ifade ile, eğer hasta tam anlamıyla bilgi sahibi olsa idi satın almayacağı tedavileri, hekimi istediği için (hekimin finansal veya başka yönlerden yararına olan) kabul

eder veya talep eder. Ancak arzın talep yaratmasının tam anlamıyla nasıl oluştuğu konusunda çok az kanıt vardır⁴.

Esasında asimetrik bilginin temelini oluşturduğu vekâlet ilişkisi ve bu ilişkinin arz (hizmet sunucu) kanadında yol açtığı arzın talep yaratması problemi, temelde asimetrik bilginin ve sağlık sigortasının varlığının arz kanadında yol açmış olduğu **ahlaki tehlikenin** yansıma biçimidir. Sağlık hizmetleri ortamında sağlık sigortasının ve asimetrik bilginin varlığının yol açmış olduğu durum olan ahlaki tehlikeye ek olarak **ters seçim** durumu da ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan ters seçim durumuna bir çözüm arayışı olarak da özel sağlık sigortası şirketleri **risk seçimi** yoluna gidebilmektedirler. Ahlaki tehlike hem sosyal sağlık sigortacılığında hem de özel sağlık sigortacılığında geçerli olan bir durum iken, ters seçim ve risk seçimi sadece özel sağlık sigortacılığında geçerli olan bir durumdur. Ayrıca ahlaki tehlike hem talep yönlü hem de arz yönlü olarak ortaya çıkabilmektedir. Aşağıda bu kavramlar üzerinde kısaca durulmaktadır.

Sağlık sigortası öyle bir sözleşmedir ki üçüncü bir taraf hasta adına hastanın ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri için ödemeyi kabul etmektedir. Tüm sözleşmelerde olduğu gibi, sigorta sözleşmelerinde de sigortanın varlığından dolayı sigortalının farklı davranması için bir güdü unsuru vardır. Bu güdü ahlaki tehlike⁵ (moral hazard) olarak adlandırılmaktadır. Ahlaki tehlike; diğer faktörler sabit olmak koşulu ile sigortalı kişilerin, sigortasız kişiler ile karşılaştırıldığında, daha fazla sağlık hizmeti talep etmeleri ve/veya sağlık sigortasının varlığından dolayı hekimlerin arzın talep yaratmasına yönelmeleridir. Sağlık sigortasında ahlaki tehlike sigortanın finansman kaynağından (özel veya sosyal) bağımsızdır. Ahlaki tehlike, sigorta statüsünün gerek talep kanadının gerekse de arz kanadının davranışını değiştirebilmesinin mümkün olduğu durumlarda ortaya çıkar. Talep kanadında ahlaki tehlike iki biçimde ortaya çıkabilir. Birincisi, insanların nasıl olsa sigortam öder düşüncesiyle, hasta olmasalar da, gereksiz veya aşırı sağlık hizmetleri talebine ve kullanımına yönelmeleridir. Başka bir ifade ile sigortanın bir sonucu olarak kullanım anında sağlık hizmetlerinin tüm maliyetlerini ödemeyen tüketiciler sağlık hizmetlerini daha fazla tüketebileceklerdir. İkincisi, sigortalı bireylerin hastalandığında nasıl olsa sigortam öder düşüncesiyle sağlıklarına çok dikkat etmemeleridir. Başka bir ifade ile sağlık sigortasının varlığı durumunda, bireyin daha sağlıklı bir yaşam tarzı benimseme duyarlılığı azalabilmektedir. Özetle, sigortanın varlığı tüketicileri maliyet-etkili olmayan sağlık hizmetlerini kullanma ve sağlıklarına dikkat etmemelerine sebep olabilir.

Arz kanadında ahlaki tehlike ise; hizmetin bedelinin hastanın kendi cebinden ödenmemesi halinde, sigortanın doktorun davranışı üzerinde de etkili olabilmesi ve arzın talep yaratması durumunun ortaya çıkmasına yol açmasıdır. Görüldüğü üzere arzın talep yaratabilmesinin altında bilgi asimetrisine ek olarak sigortanın varlığı da yer almaktadır. Eğer doktora ödeme biçimi olarak hizmet başına ödeme yöntemi kullanılıyorsa, arzın talep yaratması durumu daha fazla ortaya çıkabilmektedir. Başka bir ifade ile gerek sigortanın varlığı gerekse de bilgi asimetrisinin yol açtığı vekâlet ilişkisi hizmet sunucuyu, özellikle de ödeme biçimine bağlı olarak ahlaki tehlike pozisyonuna sokabilmektedir. Ahlaki tehlikeyi minimize etmek için gerek arz yönlü gerekse de talep yönlü olmak üzere çeşitli mekanizmalar kullanılabilmektedir. Bu mekanizmalara Bölüm 4’de yer verilmektedir.

Sağlık piyasalarında asimetrik bilgi sorununun bir kısmı, sigorta arz edenler ile sigorta talebinde bulunanlar arasındaki enformasyon asimetrisine de dayanmaktadır. Yani, asimetrik bilginin var olduğu alanlardan birisi de sağlık sigortacılığı alanıdır. Sağlık sigortacılığı piyasasında sağlık sigortasını talep eden bireyler, sağlık sigortasını arz eden kurum veya kuruluşlar karşısında kendi sağlık durumları hakkında daha fazla bilgiye sahiptirler. Bu bilgi açığı ise sağlık sigortası piyasasında **ters seçim**⁶

⁴ Sağlık hizmetlerinde vekâlet ilişkisi ve arzın talep yaratması problemi konuları ile ilgili ayrıntılı bilgi için Ramazan Erdem ve Hasan Hüseyin Yıldırım’ın *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*’nde, 2003 yılında yayınlanmış olan “Sağlık Hizmetlerinde Vekâlet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi” adlı makalesine başvurulabilir.

⁵ Ahlaki tehlike kavramı; ahlaki risk, ahlaki riziko, manevi tehlike, manevi risk veya manevi riziko olarak da adlandırılmaktadır.

⁶ Ters seçim kavramı; yanlış seçim, olumsuz seçim, aksi seçim, zıt seçim ve karşıt seçim olarak da adlandırılmaktadır.

(adverse selection) durumuna yol açabilmektedir. Görüldüğü üzere ters seçim olayının altında enformasyon asimetrisi yer almaktadır. Ters seçim, sigortacıların çıkarlarına ters olabilecek müşterilerin seçimi anlamına gelir. Kısacası, müşterilerin kendi sağlık koşulları ve riskleri konusunda sigortacılara nazaran daha fazla bilgi sahibi olmalarından dolayı (bilgi asimetrisi), sigortanın finanse edebileceği ortalama maliyetlerin üzerindeki insanların sigorta yaptırmaya tehlilesi olarak tanımlanabilir. Çok genel olarak belirtmek gerekirse; ortalamadan daha riskli bir duruma sahip olduğunu düşünenlerin sigorta yaptırmaya eğilimi, ortalamaya göre daha az riskli olduklarını düşünenlere göre daha fazladır.

Ters seçim tüketicilerin kendi sağlık statüleri ve sağlık hizmetlerini kullanma eğilimleri ile ilgili olarak daha fazla bilgi sahibi olmaları neticesinde ortaya çıkar. Örneğin hastane hizmetlerini çok fazla kullanmayı bekleyen bir kişi, tam sigorta poliçesi almaya yönelecektir. Sigorta şirketi bu yüksek riskleri karşılamak için primleri yüksek tutacaktır. Ancak, hastane hizmetlerini daha az kullanmayı planlayan kişi sigortayı satın almaktan vazgeçecektir. Böylece yüksek risk grubundaki kişiler sigortalı olacaklardır. Ters seçim, sigorta kurumlarının, sağlık açısından iyi durumda olanlarla, daha fazla risk altında bulunanlar arasında ayırım yapamamaları durumunda ortaya çıkar. Sigortalıma eğilimi olanların, daha önceden risk durumlarının bilinmemesi nedeniyle, sigorta şirketleri, sigorta primlerini toplumun ortalama risk durumunu dikkate alarak belirlerler. Böyle bir durumda daha riskli olanlar sigortalı olmayı daha çok tercih edeceklerdir. Çünkü ortalama risk üzerinden belirlenecek risk skalası, riskli olanlar için ucuz, buna karşılık sağlığı iyi olanlar için pahalı bir düzey olacaktır. Sonuçta, sigortalı nüfusun genel karakteri daha riskli bir düzeye doğru kayabilir. Bu noktada sigorta şirketinin yapacağı şey sigorta primlerinin düzeyini yükseltmek olacaktır. Dolayısıyla, ters seçim, sigorta şirketi açısından ekonomik risk durumunu yansıtan bir kavramdır.

Bazı kişiler sağlık hizmetlerine olacak ihtiyaçlarının düşük düzeyde olacağı beklentisiyle sağlık sigortası için küçük bir miktar ödeme yapmaya isteklidirler. Ancak bu insanlar herkesin sağlık harcama maliyetlerini karşılayacak ortalama bir prim (fiyat) ile karşılaştıklarında ise sigorta poliçesi satın almaktan vazgeçebilirler. Söz konusu kişiler piyasadan çekildiklerinde, daha fazla sağlık hizmeti tüketeceklerini düşünenler ve bu düşüncelerinden dolayı da sigorta poliçesi almakta ısrarlı olanlar açısından prim ücreti artacaktır. Çünkü risk daha az sayıda ve daha yüksek maliyetli insanlara yayılmış olacaktır. Yüksek riskli kişiler daha az riskli kişilere nazaran daha fazla ödemeye istekli olsalar da sigortanın yüksek fiyatı, ödeme kapasitelerini aşabilir. Bu durumda ortalama tüketiciden daha fazla bir ödemeye istekli oldukları halde bu kişiler sigorta satın alamayacaklardır. Bu tür başarısızlıklar, riskler daha tekdüze ve tahmin edilebilir olduğundan diğer sigorta piyasalarında meydana gelmemektedir.

Örneğin, biri sigara içen diğeri ise sigara içmeyen iki kişiyi ele alalım. Sigara içmeyen daha sağlıklı olduğunu düşünerek sağlık sigortası satın almaya, sigara içen kişiye göre daha az istekli olacaktır. Sigara içen sağlık sigortası satın almaya daha istekli olacaktır. Bu durumda, sigorta şirketine müşteri olarak başvuran kişi sigara içen kişi olacaktır. Sağlıklı kişi, yani düşük riskli kişi sigorta sistemine girmezken, göreceli olarak daha yüksek risk sahibi kişi sigorta güvencesine kavuşacak ve bu durumda da sigorta şirketinin olası tazminat ödemeleri artacaktır. Artan tazminat ödemeleri ilerideki dönemde sigorta şirketini primleri artırmaya itecektir. Bu artış yüzünden, sigara içmeyen ama yine de sigorta satın almış olan bir başka müşteri belki poliçesini iptal edebilecektir. Böylece sigorta şirketinin finansal yapısı giderek bozulacaktır.

Yukarıda özetlenen ters seçim, sigortalıların tercihleriyle ortaya çıkar. Daha riskli olanlar sigortalırlar. Bir de sigorta şirketlerinin tercihleriyle ortaya çıkan ters seçim vardır. Buna risk seçimi (risk selection) denir. Sigortacılar kendilerini düşük primler ve yüksek potansiyel maliyetlerin etkisine karşı korumak için, yani müşteri kaynaklı ters seçim probleminden korunmak için risk seçimine veya kaymak sıyırmaya (cream-skimming) yönelebilirler. Sigortacılar, risk tercihi yapabilmek için yönetsel faaliyetlere veya sigorta poliçesi almada engeller oluşturmaya daha fazla para harcarlar. Amaç yüksek riskli bireyleri (yaşlılar gibi) veya durumları (kanser gibi) sigortalı havuzu dışında tutmaktır, yani sigortalılamamaktır. Sigorta şirketleri daha risksiz olan bireyleri sigortalılamak, riskli olanları sigortalılamamak yönünde bir tutum geliştirirler. Ya da daha riskliler için prim düzeyini yüksek tutarlar. Her iki ters seçim türünde de hem risk paylaşımı gerçekleşmez hem de sistemin maliyeti yükselme

eğilimi gösterir. Böyle bir sigorta kabulü (underwriting)⁷ özellikle bireysel sigorta müşterileri ile çalışan sigorta şirketleri için oldukça maliyetli bir iştir. Bu da ölçek ekonomisinin (ayrıntılı bilgi için bu bölümdeki ilgili başlığa bakınız) ve büyük sayılar kuralının⁸ sigortacılık sektörü açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin büyük grupların birden sigorta poliçesi almak için başvuru yaptıkları düşünülürse, bu durumda teker teker bireylerin risk durumlarını araştırma yerine grubun ortalama risk durumu ve buna göre de prim miktarı belirlenmiş olacaktır ki bu durum daha az maliyetli olacaktır. Görüldüğü üzere risk seçimi pratiği/uygulaması ters seçim problemine piyasanın doğal bir tepkisidir.

Özel sağlık sigortası piyasasında sigorta kuruluşlarınca ters seçim problemine yönelik olarak başvurulacak çözümlerden birisi olan **risk seçimi**nde sigorta şirketi portföyündeki kötü riskleri en aza indirebilmek için kötü riskleri sigortalamama ya da risklere göre fiyat farklılaştırma yoluna gidebilmektedir. Teorik olarak bu yöntem verimli görülmektedir. Çünkü ödemeye istekli olan herkes sahip olduğu risklere göre farklı primler ödeyerek sigortalı havuzuna dahil olabilecektir. Zaten diğer sigorta türlerinde de durum böyledir. Örneğin araç sigortasında primler, arabanın yaşına, kullanım durumuna göre değişmektedir. Ancak maalesef, sağlık sigortasında piyasanın karşılaştırılabilir farklılıklar oluşturmada ciddi zorluklar vardır. Çünkü yukarıda açıklanan ters seçim durumu söz konusudur.



Enformasyon asimetrisinin sağlık sigortacılığında yol açtığı temel problemi biliyor musunuz?



Ahlaki tehlike hem sosyal sağlık sigortacılığında hem de özel sağlık sigortacılığında geçerli olan bir durum iken, ters seçim ve risk seçimi sadece özel sağlık sigortacılığında geçerli olan bir durumdur. Ayrıca ahlaki tehlike hem talep yönlü hem de arz yönlü olarak ortaya çıkabilmektedir.

Piyasanın Şeffaflığı Risk ve Belirsizlik

Tam rekabet piyasası ortamında herşey şeffaftır ve piyasa ortamında gerçekleşir. Alıcılar ve satıcılar hangi malın, ne miktarda, hangi fiyattan satın alınacağını ve satılacağını önceden kestirebilirler (Pruitt 1987). Rekabet piyasasında belirsizlik yoktur. Fiyatlar ve ürünler hakkında, üretim ve tüketimin doğası konusunda tam bir şeffaflık ve tam bir bilgi söz konusudur. Piyasada olup bitenler taraflarca (üreticiler ve tüketiciler) net bir şekilde görülebilmektedir. **Piyasanın şeffaf olması, risk ve belirsizliğin olmaması** kesinlik varsayımına dayanmaktadır. **Kesinlik varsayımı**; tüketicilerin tam anlamı ile ne istediklerini, ne zaman isteyeceklerini ve bu isteklerini nereden karşılayabileceklerini bilmeleridir. Başka bir ifade ile tüketicilerin neyi, nerede ve ne zaman satın alacaklarını tam anlamı ile bilmeleri anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde; tüketici ne zaman, nerede, ne miktarda ve nasıl bir sağlık hizmetine ihtiyaç duyacağını ve talep edeceğini ve tıbbi tedavinin etkilerini önceden kestiremez. Enformasyon eksikliği yüzünden belirsizlik ve cahillik söz konusudur.

⁷ *Sigorta kabulü* olarak Türkçeye çevrilebilen *underwriting*; bir sigorta poliçesi kapsamında bulunan riske ait sorumluluğun kabulü ve bu sorumluluğun şirketçe imza altına alınması işlemidir. Başka bir ifade ile *underwriting*; poliçe sahiplerinin belirlenmesi, ortaya çıkması muhtemel risklerin tanım ve hesabının yapılması, bu riskler için fiyatların oluşturulması ile poliçe şart ve koşullarının şekillendirilmesidir. *Underwriting* bu konuda yetkili olan kişilerin, kendilerine iletilmiş olan sigorta başvuru tekliflerini hangi şartlar çerçevesinde kabul, red veya erteleme yapılabileceği kararlarından oluşmaktadır.

⁸ *Büyük sayılar kanunu* veya *büyük sayılar yasası*; bir rassal değişkenin uzun vadeli kararlılığını tanımlayan bir olasılık teoremidir. Büyük sayılar kanununa göre bir örnekleme sürecinde gözlem sayıları çok sayıda (kuramsal olarak sonsuz sayıda) artırılırsa, bir olayın meydana gelme olasılığı gerçeğe çok yakın olarak saptanabilir. Eğer kitleden alınan ve gözlemlenen örnek sayısı çok sayıda olursa gözlemlerin ortalama değeri kitlenin ortalama değerine yaklaşır. Örneğin, kuramsal olarak sigorta poliçe sayısının sonsuz olması durumunda farklar ortadan kalkar. Böylece sigortalıların her biri için belirsiz olan risk, aynı riskle karşı karşıya bulunan çok sayıda kişi için tahmin edilebilir duruma gelir. Hayat sigortasında kullanılan hayat tabloları bu nedenle, her yaştan yüz binlerce kişinin gözlemlenmesi sonucu elde edilmişlerdir. Başka bir deyişle gözlem sayısı arttıkça olay üzerinde pozitif yöndeki etkilerin negatif yöndeki etkilere oranı gittikçe 1'e yaklaşır.

Çoğu sağlık hizmetlerinin tüketiminin ani ve/veya beklenmedik ve çok pahalı olması gibi nedenlerden dolayı sağlık hizmetleri ihtiyacı, talebi ve tüketilmesi noktasında belirsizlikler söz konusudur. Başka bir ifade ile sağlık hizmetleri piyasasının şeffaf olmaması, risk ve belirsizliğin olması nedeniyle sağlık hizmetleri ihtiyacı durumunda bireylerin ödeme güçlerini aşan harcamalarla karşılaşmaktadır. Bu tür güçlükleri aşmak için kolektif bir çözüm olan sigorta olgusu devreye girmiş ve devlet müdahalesi bazı konularda kaçınılmaz olmuştur. Sağlık hizmetlerindeki belirsizlik ve risk problemlerini bertaraf etmek için sigorta mekanizması uygulamasına geçilmiştir. Çoğu sigorta çeşitlerinde devlet çeşitli şekillerde katkıda bulunmakta veya kontrol mekanizmasını işletmektedir. Sigorta mekanizmalarının sağlık hizmetlerinde görülen risk ve belirsizlik durumları için bir çözüm olması yanında, örneğin özel sigortaların bazı hastalıkları (örneğin kronik hastalıkları) ve bazı nüfus gruplarını sigorta etmeme gibi olumsuz yönleri de vardır. Bu yüzden devlet müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır.

Dışsallıklar ve Kamu Malları

Rekabet koşullarının var olduğu ortamda üretimde ve tüketimde dışsallıkların olmaması gerekir. Piyasadaki alışveriş sonucunda bu alışverişten dolayı herhangi bir ödeme yapmayan veya yarar sağlamayan üçüncü taraflara ekonomik veya sosyal bir yük veya yarar doğmamalıdır. Buna göre **dışsallıklar**, belirli bir birey veya birey grubunun aralarında herhangi bir anlaşma ya da ticari ilişki olmaksızın gayri iradi olarak, bir başka birey ya da bireyler grubunun herhangi bir eyleminden dolayı bir fayda (dışsal fayda/dışsal ekonomiler) ya da maliyetle (dışsal maliyet/dışsal zarar) karşılaşmalarıdır. Görüldüğü gibi tüketicinin negatif ve pozitif dışsallıkları vardır. **Pozitif dışsallıkta**, bir kişinin yaptığı mal ve hizmet tüketiminden başka birisi de fayda sağlar. **Negatif dışsallıkta** ise bu tüketimden üçüncü taraf zarar görür. Örneğin komşusunun bahçesindeki çiçeklerden yayılan güzel kokudan zevk alan bir kişinin bu bahçenin yapılması için bir katkısı olmamıştır. Ancak o bahçenin güzelliklerinden yararlanmaktadır (pozitif dışsallık), yani **beleşçilik** yapmaktadır. Yine komşusunun bacasından çıkan dumandan rahatsız olan bir kişi o dumanın yararlarından (ısınma) bir pay alamazken olumsuz etkilerine maruz kalmaktadır (negatif dışsallık).

Sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlığının nedenlerinden birisi de sağlık hizmetlerinin dışsallık özelliğidir. Sağlık sektörünün bu özelliği piyasa koşullarının verimliliği sağlamayacak tarzda işlemlerini ve piyasaya müdahaleyi beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetleri alanında insanların mal ve hizmet tüketiminden diğer insanların yararlanması sonucu belirli pozitif dışsallıklar olabilmektedir. Sağlık hizmetinde pozitif dışsallıkların çoğu kamu sağlığı uygulamalarında ortaya çıkmaktadır. Dışsallıklar, devletin neden sağlık ve eğitim gibi sosyal nitelikli hizmetlere belirli düzeylerde müdahalede bulunduğu temel açıklayıcılarından birisi olmaktadır. Pozitif dışsallık durumunda, örneğin; bağışıklama programında devlet müdahalede bulunur ve hizmetleri bedava sağlar. Bu tür bir dışsallığa verilebilecek bir başka örnek de vergidir. Ancak verginin dışsal fayda (pozitif dışsallık) sağlayabilmesi için adalet ilkesine uygun alınmış ve tahsisatının yapılmış olması gerekir. Negatif tüketim dışsallığına örnek olarak sigara kullanımı verilebilir. Aktif sigara içicileri sigara kullanmayan diğer kişileri ciddi bir şekilde olumsuz yönde etkilemekte ve onları pasif içici durumuna getirmektedir. Sigaraya özel vergiler konularak sigara içenler sigarayı bırakmaya zorlanabilir. Fakat bu da beraberinde başka problemler getirebilir. Dışsallıklar genel anlamda başkalarının/üçüncü tarafların refahı ile ilgili olan ve eşitliği olduğu kadar verimliliği de ilgilendiren çok hassas bir konudur.

Dışsallığın özel bir biçimi ise, **kamu malı** olarak bilinen durumdur. Bir mal veya hizmetin **kamu malı** mı yoksa **özel mal** mı olup olmadığını test edebilmek için mal ve hizmetler rakiplik ve dışlanabilirlik özellikleri açısından bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadırlar. **Rakiplik**, bir mal veya hizmetin birisi tarafından tüketimi faaliyetinin diğerlerinin tüketim davranışlarını etkilemesi olarak tanımlanabilir. **Dışlanabilirlik** ise, bir mal veya hizmetin faydalarından üçüncü bir kişi tarafından yararlanabilmesinin önlenmesi olarak tanımlanabilir. Bu özelliklere sahip mallar **özel mallar** olarak ele alınırlar ve piyasa mekanizmasının temelini oluştururlar. Salt özel mal ve hizmetlerde tüketiciler birbirlerine rakiptirler. Birinin tükettiği bir mal ve hizmetten diğerine sağladığı herhangi bir fayda ve maliyet söz konusu değildir. Örneğin Ahmet'in hamburger tüketmesi Mehmet açısından bir rakiplik özelliğine sahiptir. Çünkü Ahmet'in Hamburgeri tüketmesi, geriye kalan hamburger arzını düşüreceğinden aynı hamburger Mehmet tarafından tüketilemeyeceğinden Mehmet açısından bir rakiplik

söz konusu olacaktır. Dışlanabilirlik özelliği açısından ise yukarıdaki örnek dikkate alınır; ne Ahmet ne de Mehmet parasını ödemedi hamburger yiyemeyecektir. Bu da bedelini ödemedikleri hamburgerin tüketiminden Ahmet ve Mehmet'in dışlanması anlamına gelir.

Salt kamusal mal ve hizmetlerin ekonomik özellikleri açısından başlıca iki genel özelliği ise **rakipsizlik** ve **dışlanamazlıktır**. Kamu malı özelliği gösteren mallarda tüketiciler birbirine rakip değildir ve tüketicilerin hiçbirisi tüketimden dışlanmazlar. Buna göre bir mal veya hizmet üretildikten sonra başkalarının tüketimini kısmadan tüketilmesi olanağı vardır veya başkalarının tüketimden yoksun bırakılması mümkün değildir. Salt toplumsal mal ve hizmetlerde hizmetin sunulduğu belirli bir grubu oluşturan bireylerden hiçbirisinin tüketimden dışlanamayacağı ileri sürülmektedir. Kamu sağlık önlemleri, örneğin sıtma eradikasyonu, bedelini ödeyip ödemediğine bakılmaksızın tüm kişilere fayda sağlayacaktır. Hiç kimse bu faydadan dışlanamayacaktır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri bölünmez özellikler gösterir. Bu bağlamda bakıldığında bu tür hizmetlerin pazarlanma olanağı olmadığı gibi tamamen piyasaya bırakılmaları halinde eksik üretimle karşılaşılacağından toplumsal maliyetleri yüksek olacaktır. Bu tür hizmetlerin, yarattığı toplumsal fayda ve maliyetler açısından (kamu malı olması), serbest piyasa koşullarında üretilmesi ve tüketilmesi mümkün olmamakta ve piyasaya müdahale edilmesi gerekmektedir.

Kimi sağlık hizmetleri özellikle de bireysel olmayan koruyucu sağlık hizmetleri kamu malı özelliğine sahiptir. Örneğin sanitasyon hizmetlerinden toplumdaki bireylerin bir kısmı dışlanamaz. Kamu malı olma ve dışsalılık özelliğine sahip sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve tüketilmesi serbest piyasa koşullarında mümkün olmamakta ve devletin müdahalesi gerekli olmaktadır. Kamu malı örneği olarak; ulusal savunma, ulusal parklar, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, itfaiye hizmetleri vb. verilebilir. Geleneksel görüşe göre kamu malları özel sektörde verimsiz bir tarzda üretilirler. Bu yüzden devlet tarafından üretilmelidir veya hiç olmazsa devlet tarafından finanse edilmelidir. Bu konuda üç noktaya dikkat çekilmektedir: Birincisi, özel sektör doğası gereği bu malları verimli bir şekilde üretmeyebilir. İkincisi, kamu kesimi bu tür hizmetleri verimli bir şekilde üretebilecek özelliklere sahiptir. Üçüncüsü ise, felsefi açıdan olaya bakılmakta ve kimi mal ve hizmetlerin kamu sektörü tarafından üretilmesi gerektiği görüşü ağır basmaktadır.

Sağlık alanında dışsalılıklar ve kamu malı tartışmalarında birbirinden büyük ölçüde ayrılan iki görüş söz konusudur. Bunun temelinde ise, her sağlık hizmetinin ve hatta her koruyucu sağlık hizmetinin bile sadece **kamu malı** veya **özel mal** çerçevesinde tanımlanmasının her zaman mümkün olmadığı görüşü yatmaktadır. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı tamamen kamu malı olma özelliğine sahipken bir kısmı ise kamu malı özelliğine sahip değildir. Serbest piyasa yanlısı kimi yazarlara göre, sadece tamamıyla kamu malı özelliği olan hizmetler (örneğin sıtma savaş programı içinde bataklıkların kurutulması ve ilaçlama çalışmaları gibi) kamu tarafından sağlanmalıdır. Bu görüşü savunanlara göre, örneğin bağışıklama, ne tam anlamıyla bir kamu malı ne de tam anlamıyla özel bir maldır. Dolayısıyla tam kamu malı özelliğine sahip olmayan malların finansmanı devletin sorumluluğunda (yoksullara sağlanacak hizmetlerin finansmanı hariç) olmamalıdır. Bireysel sağlık hizmetleri veya tedavi edici sağlık hizmetleri bağlamında düşünüldüğünde devletin rolü sadece yoksulların bu hizmetleri kullanması noktasındaki finansal bariyerleri kaldırmakla sınırlı olmalıdır.

Bağışıklama, sanitasyon gibi koruyucu ve önleyici sağlık hizmetleri başta olmak üzere sağlık hizmetlerinin bir kısmı kamu malları kapsamında yer almaktadır. Tanımı gereği kamu malları özel piyasalarda alınıp satılamazlar. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin tümünü **merit mallar (merit goods)** olarak kabul edenler de söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin merit mallar olma özelliği, sağlık hizmetleri öyle mallardır ki, herkesin bu sağlık mal ve hizmetlerini tümüyle veya tanımlanmış asgari bir hizmet paketinin bedava kullanma/sahip olma hakkı olarak tanımlanabilir.

Tüketici Rasyonalitesi ve Egemenliği

Tüketiciler rekabet piyasasında tam bilgi sahibi oldukları varsayımına dayalı olarak neyin tüketilip neyin tüketilmeyeceği konusunda karar verirken kendi çıkarlarını maksimize etmek için serbest davranabilirler. Aynı şekilde üreticiler kanadında da tüketicilerin tercihleri doğrultusunda serbest hareket etme özgürlüğü vardır. Başka bir ifadeyle üreticiler karlarını, tüketiciler ise faydalarını maksimize etmeye çalışırlarPruitt

(1987) teorik bağlamda tüketicilerin tam bilgiye dayalı olarak alternatiflerin kalitesi ve fiyatı konusunda piyasada rasyonel davrandığı belirtilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinde bazı durumlarda rasyonallite işlememektedir veya mümkün olamamaktadır. Örneğin, bazı hastalar tedaviyi reddetmektedir. Sağlık hizmetlerinde, günümüzde elde edilebilir sağlık bilgisinin artmasına rağmen, tüketiciler halen bilgilendirilmiş tercih yapma ehliyetine tam anlamıyla sahip değildirler.

Sağlık hizmetlerinin hem tüketim hem de yatırım unsuruna sahip olması, gelirle ilişkilendirildiğinde sağlık maliyetlerinin yüksek olması, kötü sağlığın para kazanma kapasitesini olumsuz yönde etkilemesi, hastaların sağlık hizmetlerinin tüketiminde olduğu kadar sağlık hizmetlerinin üretim sürecine de doğrudan katılması ve sağlık hizmetlerinin yaşam ve ölümle ilgili bir olgu olması nedeniyle diğer mal ve hizmetlerden farklılaştığı belirtilmektedir. Bundan dolayı çoğu piyasa yönelimli politika analistleri, sıradan insanların karmaşık sağlık hizmeti alanını anlayamayacağını, bu insanların ihtiyaçlarının genelde akut olduğunu, sağlık hizmeti ihtiyacı karşısında harcamalarının ani ve çok yüksek olması, önlenememesi ve bu nedenlerden dolayı hizmet sunucularına bağlı olmaları sebebi ile bireysel hastaların diğer mal ve hizmet piyasalarında olduğu gibi, tipik tüketiciler olarak davranış sergilemeyeceklerini belirtmektedir.

Tüketici davranışı teorisinin temel yapısını oluşturan bir tez olan tüketici egemenliği; hiç kimsenin en iyi tüketim biçimini (miktarı, kalitesi, cinsi, fiyatı gibi kriterler bağlamında) seçme konusunda en iyi hüküm sahibi olan ve çıkarını maksimize edecek tüketicinin yerini tutamayacağı varsayımından hareket etmektedir. Tüketici egemenliği, piyasada tüketicilerin üreticilerin davranışları üzerindeki potansiyel gücü olarak tanımlanmaktadır. Tüketici egemenliğinden söz edebilmek için dört koşulun var olması gerekmektedir. Bunlar: 1) Tüketici talebi, malların üretimini ve hizmetlerin sağlanmasını belirlemeli, 2) tüketiciler ürünlerin güvenliği, kullanımı ve kalitesi konusunda karar sahibi olabilmek için gerekli bilgiye sahip olmalı, 3) tüketiciler en düşük maliyetle en yüksek faydayı sağlayacak mal ve hizmetleri seçmeli ve 4) hem tüketiciler hem de mal ve hizmet sunucuları serbest bir şekilde piyasaya girebilmelidirler.

Tüketici egemenliğinin kapsamı serbest piyasa koşullarında diğer piyasalara göre daha geniştir. Acaba tüketici egemenliği fikrinin sağlık hizmetleri alanındaki kapsamı nedir? Sağlık hizmetleri alanında güç dengesi piyasa başarısızlıkları nedeniyle (örneğin bilgi asimetrisi) hizmet sunucuları lehine işlemektedir. Sağlık alanında tüketicinin egemenliğinin önünde duran birçok engel vardır. En büyük engel sağlık hizmetleri alanının tipik bir piyasa gibi işlememesidir.

Sağlık hizmeti sunucuları, özellikle de doktorlar ve hastaneler, tüketicinin egemen kılınması konusunda büyük bir engel teşkil etmektedir. Onlar çok iyi organize ve motive olmuşlardır, aynı zamanda önemli ekonomik ve politik kaynağa sahiptirler.

Tüketici egemenliği devletin piyasaya müdahalesi ve reklamlardan da etkilenebilmektedir. Devlet kimi mal ve hizmetlerin piyasasına çeşitli nedenlerden dolayı müdahale edebilir. Tüketiciler normal şartlar altında bir mal veya hizmeti satın alma niyetinde olmadıkları halde, bazen reklamlar tüketicileri inandırarak veya kandırarak gereksiz tüketime sevk edebilmektedir. Bütün mal ve hizmet piyasalarında üreticiler sundukları mal ve hizmetlerin özellikleri konusunda tüketicilere göre daha bilgili olduklarından dolayı tüketici egemenliği mutlak değil nispi bir olgudur. Yukarıdaki nedenlerden dolayı tüketici egemenliğinin sağlık hizmetleri alanındaki yeri oldukça sınırlıdır.

Rekabet ve Piyasaya Giriş Çıkış Serbestisi

Rekabet piyasasında gerek arz ve gerekse de talep kanadında bulunanların piyasaya giriş çıkışları serbesttir. Bundan dolayı piyasada tekelcilik oluşmaz. Çok sayıda meslek grubu sağlık hizmetlerini sunanların sağlık hizmeti piyasasına girişini engellemek için çeşitli kontrol mekanizmaları geliştirmiştir. Bu kontrol mekanizmalarından bazıları, mesleğin icrasına ilişkin standartların korunması ve mesleki yeterlikle ilgili belirsizliği azaltmak, yeni imkân ve olanakların ve/veya hizmetlerin oluşturulmasını kontrol etmek, ilaçların ve eczanelerin ruhsatlandırılması ve mesleki yeterliliğin aranması gibi birçok bariyer sağlık piyasasına serbest bir şekilde giriş çıkışı engellemektedir.

Sigorta piyasasında asimetrik bilgi sorununun söz konusu olmadığı varsayılsa bile, pazar yoğunlaşması ile karakterize edilen eksik rekabet durumu, ekonomik kaynakların ve risk dağıtımının optimum dağılmamasına yol açabilmektedir. Bazı firmaların yoğunlaşma sonucu elde ettikleri pazar gücü

pazara yeni işletmelerin girmesini, dolayısıyla rekabetçi piyasa dengesinin oluşmasını engellemektedir. Kuşkusuz rekabetin sektörel gelişim için önemi büyüktür. Rekabet işletme performansı üzerinde kontrol olanaklarını, dolayısıyla üretim verimliliğini artırabilmektedir. Rekabet özellikle, performans karşılaştırmasını kolaylaştırmakta ve üretim verimliliğini artırmaktadır.

Ölçek Ekonomisi ve Tekelcilik

Rekabet piyasasında; fiyatın, miktar ve kalitenin kontrolü rekabet tarafından yapıldığından ölçek ekonomilerini gündeme getirecek tarzda teknelci üreticilere rastlanmaz. Tam rekabet piyasasında üreticilerin çok çeşitli ve küçük çaplı olduğu varsayılır. Bu yüzden firmaların hiçbirisi teknelci eğilimler, gösterecek piyasa gücüne sahip değildir. Bu firmalar birbirleri ile kalite ve fiyata dayalı olarak rekabet ederler. Tüketicileri çekebilmek için firmalar mümkün olan en düşük fiyatla piyasaya girmeye çalışırlar.

Piyasa başarısızlığının temel nedenlerinden birisi de piyasada önemli derecede **teknelci** gücün varlığıdır. Temelde iki tür teknelci eğilim vardır. Birincisi, doğal olmayan teknelci eğilimler; ikincisi ise ölçek ekonomisinin varlığından kaynaklanan doğal teknelci eğilimlerdir. Doğal olmayan teknelci eğilimler rekabet ortamında kaynaklar üzerinde büyük ölçüde söz sahibi olma neticesi ortaya çıkarır. Doğal teknelci eğilim ise yukarıda da belirtildiği gibi ölçek ekonomisinden (işletmenin büyüklüğünden) kaynaklanan bir durumdur. **Ölçek ekonomisi**, işletmenin büyüklüğünden dolayı ortaya çıkan ekonomiler veya tasarruflardır veya daha büyük işletmelerin daha kolay faaliyet gösterebileceklerini ortaya koyan bir kavramdır. Normal olarak, bu tür örgütlerde sabit maliyetler ürünler arasında dağıtılır ve böylece birim üretim başına maliyet düşer. Ölçek ekonomilerinin teknelci oluşumlara neden olması şu şekilde olmaktadır. Başlangıçta piyasada çok sayıda firma vardır ve bu firmalar en düşük maliyetle ürettikleri ürünleri piyasaya sürme konusunda çok sayıda güdüye sahiptirler. Eğer bütün firmalar bu şekilde hareket ederlerse bazı firmalar bu ortamda tutunamayacaklardır ve piyasadaki çekilmek zorunda kalacaklardır. Bu ise geriye kalan firmalar açısından daha az maliyet ve daha fazla satış demektir. Bu durumun devam etmesi neticesinde eninde sonunda piyasada tek bir firma kalacaktır ve piyasada tekel olacaktır.

Sağlık hizmetleri alanında doğal teknelciliğe neden olan ve daha ziyade ölçek ekonomisinden kaynaklanan örnekler vardır. Örneğin, hastaneler veya ilaç firmalarında olduğu gibi. Ölçek ekonomisinin ve teknelci eğilimlerin varlığı serbest rekabet önünde duran temel bariyerlerden sayılmaktadır.

Piyasa yoğunlaşması ile karakterize edilen eksik rekabet durumu sigorta sektörünün gelişmesini olumsuz etkileyen bir faktördür. Bazı firmaların yoğunlaşma sonucu elde ettiği pazar gücü pazarın oligopolistik yapıya sahip olmasına, bu da sektörün bir bütün olarak verimlilik düzeyinin azalmasına neden olmaktadır.

Özet olarak, bu piyasa başarısızlıklarının sonucu; üçüncü taraf sigorta ortamında düzenlenmemiş, rekabetçi özel piyasada; kronik sağlık koşulları olanlar veya yüksek sağlık risklerine sahip olanlar eksik sigortalı durumda olacak, sigortacının risk seçimi çabalarından dolayı yönetsel maliyetler gerekenden daha fazla olacaktır. Dolayısıyla devletin müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır.



Sağlıkta piyasa başarısızlıklarını ayrıntılı olarak inceleyebilmek için Sevgi Kurtulmuş'un Değişim Dinamikleri Yayınları'ndan basılmış olan "Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi" (1998) adlı kitabını okuyabilirsiniz.

DEVLET MÜDAHALESİ: NEDEN VE NASIL?

Daha önce de belirtildiği gibi, piyasa sinyalleri çerçevesinde tarafların (üreticiler/satıcılar ve tüketiciler/alıcılar) faydalarının maksimum olacağı ve bundan dolayı da tam rekabet piyasası koşullarına konu olan mal ve hizmetlerin verimli bir şekilde üretileceği varsayılır. Bundan dolayı tam rekabet piyasası koşullarında devlet, taraflardan birini korumak ve/veya kollamak adına müdahalede bulunmaz. Ancak, başta sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı olmak üzere belirli alanlarda yukarıda tartışılan nedenlerden dolayı piyasa başarısızlıkları yaşanmaktadır.

Yukarıda da tartışıldığı üzere piyasa başarısızlıkları verimsizliğe ve hakkaniyetsizliğe neden olmaktadır. Piyasa başarısızlıklarının yol açabileceği problemleri önlemek için genelde sağlık hizmetleri özelde ise sağlık sigortacılığı piyasasına devletin müdahalesi kaçınılmaz olmaktadır (Normand and Weber 1994). Görüldüğü üzere, devlet temelde iki nedenden dolayı sağlık piyasalarına müdahale eder. Birincisi piyasa başarısızlıkları, ikincisi ise hakkaniyettir.

Piyasa Başarısızlıkları: Önceki ana başlık altında da ayrıntılı bir şekilde ele alındığı üzere sağlığın kendine has özelliklerinden dolayı, sağlık hizmetleri piyasa başarısızlıklarıyla karşılaşılabilen ve tüketiciler mağdur olabilmektedir. Bu mağduriyeti önlemek için devlet sağlık hizmetleri piyasasına müdahale edebilmektedir.

Hakkaniyet: Devletin piyasalara müdahalesinin temelinde yatan nedenlerden birisi de toplumdaki hakkaniyetsizlikleri en aza indirmektir. Bunun için devlet başta gelir dağılımı ve sosyal sigorta önlemleri olmak üzere önlemler alarak bunu gerçekleştirmeye çalışır. Örneğin, kamu yardım programları ve sosyal sigortalar gibi. Piyasa başarısızlıklarının olmadığı varsayılabilirse bile, gelir dağılımının adil hale getirilmesi için ve devletin bireyi paternalistik bir duyguyla korumasına dayalı olarak da piyasaya müdahale söz konusu olabilmektedir.

Çünkü sağlığın hiç kimsenin finansal gücüne bakılmaksızın herkesin temel hakları arasında yer aldığı gün geçtikçe daha fazla taraftar bulan bir düşüncedir. Sağlık hizmetleri, temel haklar arasında yer almasından dolayı piyasaya bırakılmamakta ve devletin müdahalesine maruz kalmaktadır. Sağlık hizmetlerine hakkaniyetli bir şekilde erişilebilirlik, ihtiyacı ölçüsünde ödeme gücüne bakılmaksızın yararlanabilmek demektir. Yani, ödeme gücüne bakılmaksızın herkesin ihtiyacına göre hizmetlerden yararlanması hizmetlere erişimde hakkaniyet anlamına gelir.

Nüfusun ihtiyaç içinde olan kesimlerinin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması hemen hemen tüm ülkelerde sosyal politikalar açısından önemli konuların başında gelmektedir. Başarılı bir sağlık sistemi uygulamasında sosyal sınıflar, mesleki gruplar, bireyler, bölgeler ve aynı şehirdeki farklı refah düzeyine sahip insanların yaşadığı semtler arasında hakkaniyetsizlikleri ortadan kaldırmaya politikalar oluşturulmak zorundadır.

Hükümetlerin sağlık alanındaki önemli rollerinin başında, hakkaniyetsizlikleri ortadan kaldırmaya yönelik politikaları gelmektedir. Günümüzde zengin toplumlarda dahi giderek karmaşık bir hal alan ekonomik ve sosyal hayatta, nüfusun farklı kesimleri arasındaki hakkaniyetsizlikleri önlemek adına yönetimlere önceki dönemlerden daha büyük bir iş düşmektedir. Bu açıdan, hükümetler sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere birçok alandaki düzenleyici etkileri ile yeniden gelir dağıtıcı fonksiyonlarını artırmaktadırlar.

Şüphesiz sağlık söz konusu olunca, hizmetlerin sadece bu hizmetleri satın alabilecek maddi güce sahip olanlara değil, aynı zamanda toplumun ihtiyaç içinde bulunan yoksul kesimlerine de götürülmesi herkesin kabul ettiği genel bir kanaati yansıtmaktadır. Bu açıdan, yoksul ve ihtiyaç sahibi fertlerin sağlık hizmetlerinden yararlandırılması fikri sağlık alanında uyguladıkları sistemleri ne olursa olsun hemen hemen tüm toplumlarca benimsenmekte ve bu amaçla çeşitli sağlık hizmetleri programları oluşturulmaktadır. İster bir kamu görevi olarak devlet kurumları kanalı ile, ister yarı kamu hizmeti niteliğindeki programlarla bu ihtiyaç karşılansın, isterse de üçüncü sektör (kar amacı gütmeyen vakıf, dernek, dini kuruluşlar vb.) kuruluşları bu fonksiyonu üstlensin birçok ülkede yoksulların sağlık hizmetlerinden yararlandırılması, toplumsal gelişme ve barışın temini bakımından en önemli sosyal politikalarından biri olarak görülmektedir.

Devlet temelde yukarıda sözü edilen iki nedene dayalı olarak sosyal sektörlerdeki kimi mal ve hizmet (örneğin sağlık hizmetleri) piyasalarına; sunucu, finansör ve/veya düzenleyici olarak müdahale edebilmektedir.

Mal ve hizmet üretici/sunucu olarak devlet; bizzat kendi mal ve hizmet üretimi yaparak, üretimi teşvik ederek ve/veya vergi indirimi sağlayarak sağlık hizmetleri alanına müdahale edebilir. Kamu hastaneleri ve kamu sağlık kurumları vasıtası ile devlet bizzat sağlık işletmecisi olarak hizmet sunabilmektedir. Başka bir ifade ile devlet, sahip olduğu kurum ve kuruluşlar vasıtasıyla bizzat sağlık

hizmetlerini kendisi üreterek sisteme müdahale eder. Bu müdahale biçiminde sağlık hizmetleri kamu sağlık kuruluşları tarafından yerine getirilir.

Piyasaları düzenleyici (regülatör) olarak devlet; tüketicileri, çalışanları, çevreyi, suçu ve haksız rekabeti önleyici amaçlarla piyasalarda düzenleyici bir faktör olarak devreye girer. Devlet, gerekli sağlık politikalarını oluşturarak sağlık sisteminde düzenleyici bir rol oynar. Bu düzenlemeler, teşvik mekanizmaları gibi yumuşak önlemleri içerebileceği gibi, kanunlarla yasaklama gibi sert önlemleri de kapsayacak geniş bir yelpazeye sahiptir.

Finansör olarak devlet; mal ve hizmetleri doğrudan finanse etmek suretiyle piyasalara müdahale edebilir. Devlet çeşitli enstrümanlarla (örneğin Türkiye’de sağlık hizmetlerinde yeşil kart, aktif memur sigorta primlerinin belli bir kısmını işveren katkısı olarak ödeyerek) finansör olarak devreye girebilir. Devlet sağlık sigortalarını kısmen veya tamamen finanse ederek halkı sigorta edici bir rol üstlenebilir.

Sağlık hizmetleri finansmanı ile ilgili olarak global ölçekte geline nokta; sosyal verimliliği ve hakkaniyeti sağlama ve sağlıkta piyasa başarısızlıklarının zararlarından toplumun en az zararlı korunabilmesi için, devletin sağlık hizmetlerinin finansmanında belli bir rol üstlenmesi gerektiği yönündeki görüş birliğidir. Aralarında Dünya Bankası’nın da bulunduğu çevreler, ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak kamu kaynakları tarafından finanse edilmesini önermektedirler.

Sağlık alanındaki devlet müdahalelerinin ana amacı sağlık hizmetlerini sunan kuruluşların, hastaların, sağlık işverenlerinin, sağlık çalışanlarının, sağlık hizmetlerinin bedelini ödeyen kamu ve özel sigorta kurumlarının ve ilgili tüm diğer tarafların birbiri ile çelişen talep ve çıkarlarını uyumlaştırarak karşılıklı güveni sağlamaktır. Böylece, tüm bu farklı çıkar gruplarını daha sağlıklı bir toplum oluşturulması yönündeki ortak hedefe yönlendirerek kaynakların optimizasyonuna da katkıda bulunur.

Bu bağlamda çoğu ülke zorunlu sosyal sigortayı ulusal veya bölgesel ölçekte organize etme yolunu seçmişlerdir. Bazıları ise sağlık hizmetlerini vergilerle finanse etme yoluna gitmişlerdir. Diğerleri ise, özel sağlık sigortasını tercih etmişlerdir, ancak tüketicileri korumak ve sağlık hizmetlerine erişimi artırmak için çok sıkı düzenlemeler getirmişlerdir.

Yukarıdaki analizlerden de anlaşıldığı üzere, devletlerin sağlık hizmetlerini tümüyle özel piyasaya bırakmayıp da müdahalede bulunması ile ilgili temelde üç tartışma vardır. *Birincisi*, kamu malları ve dışsalılıklardan dolayı kısmen kamu karakterine sahip olan malların optimal düzeyde üretimini ve tüketimini sağlamaktır. Bu sağlık hizmetlerinin kendisi olabileceği gibi, sağlığı koruma faaliyetleri de olabilir veya insanların sağlıklarına daha iyi dikkat etmek veya sağlık hizmetlerini daha iyi kullanabilecek enformasyon olabilir. *İkinci* bir neden, uygun müdahalelerle sigortanın daha verimli ve daha hakkaniyetli işlemlerini sağlamaktır. *Üçüncü* neden ise, sigorta satın alamayacak kadar yoksul olanların sübvans/finanse edilmesidir.

Bir sonraki bölümde sağlık sigortacılığının varlık nedeni olan sağlık harcamaları ve finansmanı konuları ele alınmaktadır.



Genel olarak sağlık hizmetleri alanında özelde ise sağlık sigortacılığı alanında devletin müdahale gerekçesi ve müdahale biçimlerini biliyor musunuz?



Sağlıkta kamu ve özel sektörün rolünü ayrıntılı olarak inceleyebilmek için Philip Musgrove’nin Dünya Bankası tarafından yayınlanmış olan “Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns” (1996) adlı kitabını okuyabilirsiniz.



Sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlıkları ve devlet müdahalesi konuları ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi için www.absaglik.com adresini ziyaret edebilirsiniz.

Özet

Bu bölümde piyasa, piyasa başarısızlıkları, sağlık ve sağlık sigortacılığı konuları üzerinde durulmuştur.

Mal ve hizmetlerin tahsisatının en genel yöntemi olan piyasa, tüketicilerin oluşturduğu talep kanadı ile üreticilerin oluşturduğu arz kanadı tarafından oluşturulan bir mekanizmadır. Bu piyasanın işlemlerini sağlayan ise fiyattır. Fiyat mekanizmasının tam olarak işleyebilmesi ise teorik temelde idealize edilen ve tam rekabet piyasası koşulları olarak bilinen ortamsal faktörlerin varlığına bağlıdır. Rekabetçi piyasaların verimliliğini sağlamak için gerekli olan tam rekabet piyasası koşulları; çok sayıda alıcı ve satıcının varlığı, dışsallıkların olması, piyasaya giriş çıkış serbestisinin varlığı, simetrik bilginin varlığı, risk ve belirsizliğin olması, ölçek ekonomisi ve tekelliliğin olmamasıdır.

Yukarıda belirtilen koşullardan birisi yerine gelmediği takdirde serbest piyasa koşullarının işlemleri, yani üretici ve tüketicinin karşı karşıya gelerek her iki tarafı da memnun edecek bir fiyatı belirlemesi mümkün değildir. Başka bir ifade ile, bu koşullardan birisi yerine gelmediğinde piyasalar verimsiz bir şekilde mal ve hizmet tahsis edebilir veya üretebilir. Yani piyasa başarısızlıkları oluşur. Piyasa başarısızlığı, ekonomistler tarafından piyasanın düzgün bir şekilde işlemesi konusunda kısıtlamaların olduğu koşulları tanımlanmak için kullanılan bir terimdir.

Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortası sektörlerinin işleyişinde normal piyasalardan oldukça farklı bir şekilde bu sektörlerin kendine has kurallarının etkili olduğu görülmektedir. Bunlar; bilgi asimetrisi (bilgi asimetrisinin yol açtığı ahlaki tehlike ve ters seçim), risk ve belirsizlik, dışsallıklar ve kamu malları, tüketicinin rasyonel ve egemen olmaması, rekabetin ve piyasaya giriş çıkışın sınırlı olması, ölçek ekonomisi ve tekelliliğin varlığı olarak belirtilebilir.

Daha önce de belirtildiği gibi, piyasa sinyalleri çerçevesinde tarafların faydalarının maksimum olacağı ve bundan dolayı da tam rekabet piyasası koşullarına konu olan mal ve hizmetlerin verimli bir şekilde üretileceği düşünülür. Bundan dolayı tam rekabet piyasası koşullarında devlet, taraflardan birini korumak ve/veya kollamak adına müdahalede bulunmaz.

Ancak sağlık ve sağlık sigortacılığı hizmetleri, ayırıcı özelliklerinden dolayı serbest piyasa koşullarının işleyişi için gerekli şartlar oluşmadığı için piyasa başarısızlıklarıyla (piyasalar verimli bir şekilde sonuçlar üretmediğinden) karşılaştığından ve hakkaniyet sağlama çabası nedeniyle bazı düzeylerde devlet müdahalesine maruz kalmaktadır. Bu müdahaleler istendik durumlardır.

Devlet, belirtilen gerekçelerden dolayı sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığı piyasalarına temelde üç şekilde müdahale edebilmektedir. Bunlar; finansör olarak, hizmet sunucu olarak ve düzenleyici olarak.

Kendimizi Sıneyalım

1. Aşağıdakilerden hangisi piyasanın merkezi özelliğidir?

- a. Fiyat
- b. Arz
- c. Talep
- d. Tüketicici
- e. Üretici

2. “Tüketicilerin oluşturduğu talep kanadı ile üreticilerin oluşturduğu arz kanadı tarafından oluşturulan ve değişime fiyat aracılığı ile izin veren bir mekanizma” tanımlaması aşağıdaki kavramlardan hangisine karşılık gelmektedir?

- a. Fiyat
- b. Piyasa
- c. Kaynak
- d. Arz
- e. Talep

3. Aşağıdakilerden hangisi tam rekabet piyasası koşulları arasında **yer almaz**?

- a. Çok sayıda alıcı ve satıcının varlığı
- b. Dışsalılıkların olmayışı
- c. Simetrik bilginin olmayışı
- d. Risk ve belirsizliğin olmayışı
- e. Tekelciliğin olmayışı

4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinde piyasa başarısızlıkları arasında **yer almaz**?

- a. Bilgi asimetrisi
- b. Risk ve belirsizlik
- c. Kamu malları
- d. Tüketicinin egemen oluşu
- e. Tekelcilik

5. Aşağıdakilerden hangisi bilgi asimetrisinin yol açtığı problemlerdendir?

- a. Rekabet
- b. Verimlilik
- c. Kalite
- d. Memnuniyet
- e. Ters seçim

6. Aşağıdakilerden hangisi kamu malları olmanın bir özelliğidir?

- a. Verimlilik
- b. Rakipsizlik
- c. Dışlanabilirlik
- d. Ödenebilirlik
- e. Kalite

7. Vekalet ilişkisine ilişkin olarak aşağıdakilerden hangisi **yanlıştır**?

- a. Temelinde bilgi asimetrisi vardır
- b. Vekil-müvekkil ilişkisi olarak ifade edilir
- c. Arzın talep yaratmasına sebep olmaz
- d. Hekim vekildir
- e. Hasta müvekkildir

8. Aşağıdakilerden hangisi özel mal olmanın bir özelliğidir?

- a. Kalite
- b. Verimlilik
- c. Dışlanabilirlik
- d. Tekelcilik
- e. Hakkaniyet

9. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetlerinde devletin müdahale gerekçesi arasında **yer almaz**?

- a. Kalite
- b. Piyasa başarısızlıkları
- c. Verimliliği sağlamak
- d. Hakkaniyeti sağlamak
- e. Tüketiciciyi korumak

10. Aşağıdakilerden hangisi devletin sağlık hizmetleri piyasasına müdahale biçimlerinden birisi **değildir**?

- a. Hizmet sunucu
- b. Düzenleyici
- c. Finansör
- d. Teşvik edici
- e. Özel sektörü koruyucu

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. a Yanıtınız yanlış ise “Piyasa, Tam Rekabet Piyasası Koşulları ve Sağlık” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

2. b Yanıtınız yanlış ise “Piyasa, Tam Rekabet Piyasası Koşulları ve Sağlık” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

3. c Yanıtınız yanlış ise “Piyasa, Tam Rekabet Piyasası Koşulları ve Sağlık” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

4. d Yanıtınız yanlış ise “Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

5. e Yanıtınız yanlış ise “Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

6. b Yanıtınız yanlış ise “Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı ” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

7. c Yanıtınız yanlış ise “Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

8. c Yanıtınız yanlış ise “Piyasa Başarısızlıkları, Sağlık ve Sağlık Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

9. a Yanıtınız yanlış ise “Devlet Müdahalesi: Neden ve Nasıl?” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

10. e Yanıtınız yanlış ise “Devlet Müdahalesi: Neden ve Nasıl?” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Sağlık sigortacılığında enformasyon asimetrisinin yol açmış olduğu temel problem hem arz hem de talep yönlü bazda ahlaki tehlike olarak adlandırılmaktadır.

Sıra Sizde 2

Piyasa başarısızlıklarının yol açmış olduğu verimsizliği gidermek ve hakkaniyetsizliği sınırlamak için devlet sağlık mal ve hizmet piyasalarına düzenleyici, finansör ve/veya hizmet sunucu olarak müdahale edebilmektedir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Akerlof, G. (1970). The Market for “Lemons”: Quality, Uncertainty, and Market Mechanism. **Quarterly Journal of Economics**, 84: 488-500.
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**, LIII(5): 941-973.
- Austin, A.D. and Hungerford, T.L. (2009). **The Market Structure of the Health Insurance Industry**. CRS Report for Congress. Congressional Research Service, 7-5700, R40834.
- Belek, İ. (2009). **Sağlığın Politik Ekonomisi – Sosyal Devletin Çöküşü**. Üçüncü Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Birdsall, N. (1989). Thoughts on Good Health and Good Government. **Daedalus**. 118(1): 89-123.
- Çipil, M. (2008). **Risk Yönetimi ve Sigorta**. Nobel Yayınları, Ankara.
- Cullis, J. and West, P.A. (1979). **The Economics of Health: An Introduction**. Martin Robertson.
- Donaldson, C. and Gerard, K. (1994). **Economics of Health Care Financing: The Visible Hand**. The Macmillan Press Ltd.
- Enthoven, A. (1988). Managed Competition of Alternative Delivery Systems. **Journal of Health Politics, Policy and Law**. 13(2): 305-321.
- Erdem, R. ve Yıldırım, H.H. (2003). Sağlık Hizmetlerinde Vekâlet İlişkisi ve Arzın Talep Yaratması Problemi. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 6(2): 3-26.
- Erdoğan, M. (2008). Bankacılık Sektöründe Asimetrik Bilgi: Sorunlar ve Çözüm Önerileri. **Dumplupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**. 20: 1-20.
- Glaser, W.A. (1993). The Competition Vogue and its Outcomes. **The Lancet**. 341: 805-812.
- Gürşen, E.D. (tarihsiz). **Underwriting'in Sigorta Şirketleri Açısından Önemi** (<http://www.xing.com>, erişim: 1.3.2012).
- Hsiao, W.C. (1995). Abnormal Economics in the Health Sector. **Health Policy**, 32: 125-139.
- Jack, W. (2002). Public Intervention in Health Insurance Markets: Theory and Four Examples from Latin America. **The World Bank Research Observer**, 17(1): 67-68.
- Kurtulmuş, S. (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Lloyd, P. et al. (1991). Consumerism in the Health Care Setting: An Exploratory Study of Factors Underlying the Selection and Evaluation of Primary Medical Services. **Australian Journal of Public Health**. 15(3): 194-201.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. **Social Science and Medicine**, 45(3): 373-381.
- Maynard, A. (1991). Developing the Health Care Market. **The Economic Journal**. 101(408): 1277-1286.
- McGuire, A., Fenn, P. and Mayhew, K. (1989). The Assessment: The Economics of Health Care. **Oxford Review of Economics Policy**, 5(1): 34-58.
- McGuire, A. et al. (1992). **The Economics of Health Care. An Introductory Text**, London.
- Mills, A. and Gilson, L. (1988). **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**. EPC Publication Number: 17, Series Editor: Gill Walt. Evolution and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.
- Mooney, G. (1992). **Economics, Medicine and Health Care**. New York.
- Musgrove, P. (1996). **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**. The HNP Discussion Paper, No: 29290, The World Bank, Washington.
- Müslümov, A. ve Aras, G. (2003). Türk Sigorta Sektörünün Özel Emeklilik Reformu Sürecinde Değişen Rolü: Fırsatlar ve Tehditler. **İktisat Fakültesi Mecmuası**, 53(2): 37-56.
- Normand, C. (1991). Economics, Health and Economics of Health. **BMJ**, 303(6817): 1572–1577.
- Normand, C. and Weber, A. (1994). **Social Health Insurance: A Guidebook for Planning**. WHO and ILO, Copenhagen.
- Nyman, J.A. (2004). Is ‘Moral Hazard’ Inefficient? The Policy Implications of a New Theory. **Health Affairs**, 23(5): 194-199.
- O’Rourke, T.W. (1988). Consumer Sovereignty in a Competitive Market: Fact or Fiction? In:

Melhado, E.M. et al. (Eds). **Money, Power and Health Care**. Health Administration Press.

Pauly, M.V. (1993). Fairness and Feasibility in National Health Care Systems. In: King Arthur et al. (Eds). **North American Health Care Policy in the 1990s**. Wiley, New York.

Pruitt, S.S. (1987). **Consumerist Behaviors in Health Care**. Unpublished PhD Thesis. Texas Woman's University.

Rice, T. (1997). Can Markets Give Us the Health System We Want. **Journal of Health Politics, Policy and Law**. 22(2): 383-426.

Roberts J. (1998). Primary Care in an Imperfect Market. **BMJ**, 317(7152): 186-189.

Ron, A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G. (1990). **Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach**. ILO, Geneva.

Shackley, P. and Ryan, M. (1994). What is the Role of the Consumer in the Health Care? **Journal of Social Policy**. 23(4): 517-541.

Stiglitz, J.E. (1988). **Economics of the Public Sector**. Second Edition. WW Norton&Company, New York.

Stoline, A. and Weiner, J.P. (1988). **The Mew Meical Marketplace: A Physician's Guide to the Health Care Revolution**. The Jhons Hopkins University Press.

Tatar, F. ve Tatar, M. (1996). Sağlık Hizmetlerinde Özel Sektör/Kamu Sektörü Tartışmasının İdeolojik Boyutları. **Toplum ve Hekim**. 11 (72): 32-41.

Tatar, M. (tarihsiz). **Sağlık Politikası ve Planlaması Ders Notları** (Yayınlanmamış), Ankara.

Thomson, S. and Mossialos, E. (2007). Regulating Private Health Insurance in the European Union: The Implications of Single Market Legislation and Competition Policy. **European Integration**. 29(1): 89-107.

Uysal, F. ve Ofluoğlu, G. (1997). Dışsalılık Teorisi ve Çevresel Etki Değerlendirme Teknikleri. **Verimlilik Dergisi**. MPM Yayını. Ankara 1997/1.

Uz, M.H. (1997). Sağlık Ekonomisi ve Hastanedeki Uygulamaları. İçinde: Hayran, O. ve Sur, H. (Editör). **Hastane Yöneticiliği**. Marmara Üniversitesi Sağlık Eğitim Fakültesi, İstanbul.

van de Ven, W.P. et al. (1994). Forming and Reforming the Market for Third-Party Purchasing of Health Care. **Social Science and Medicine**. 39(10): 1405-1412.

World Bank. (1993). **World Development Report. Investing in Health**. The World Bank. Washington D.C.

Yıldırım, H.H. (1999). Piyasa, Sağlık Bakımı ve Piyasa Başarısızlıkları. **Amme İdaresi Dergisi**. 32/1: 123-134.

Yıldız, Z. (1996). Sağlık Hizmetleri Piyasasının Nitelikleri ve Kamu Ekonomisi İçindeki Yeri. **Verimlilik Dergisi**. MPM Yayını, 1996/4.

www.absaglik.com

www.wikipedia.org

3

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

-  Sağlık harcamalarını açıklayabilecek,
-  Sağlık finansmanını tanımlayabilecek,
-  Sağlık harcamaları, sağlık finansmanı ve sigortacılık ilişkisini ifade edebilecek,
-  Sağlık finansman yöntemlerini sıralayabilecek

bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

- | | |
|--|---|
|  Sağlık Harcamaları |  Sosyal Sigorta |
|  Sağlık Finansmanı |  Genel Vergiler |
|  Hakkaniyet |  Kullanıcı Katkıları |
|  Dayanışma |  Tıbbi Tasarruf Hesabı |
|  Herkesi Kapsama |  Bismarck Modeli |
|  Finansal Sürdürülebilirlik |  Beveridge Modeli |

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Sağlık Harcamaları
- ❖ Sağlık Finansmanı

Sağlık Harcamaları ve Sağlık Finansmanı

GİRİŞ

Sağlık harcamaları, sağlık finansmanı ve sigorta içiçeşen ve birbirleriyle yakından ilişkili olan konulardır. Sağlık harcamaları; sağlık finansmanını, dolayısıyla sağlık finansmanının bir mekanizması olan sağlık sigortacılığını doğuran ve varlığını zorunlu kılan temel harcamalardır. Başka bir ifade ile sağlık sigortacılığı ve finansmanı, sağlık harcamalarının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Yani harcamaların varlığı finansmanı, dolayısıyla sigortacılığı da beraberinde getirir. Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı sigortacılık mekanizması aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Her ülke; nüfusun demografik yapısı, teknolojik birikim, kültür, tarihsel arka plan, sağlık hizmetlerine erişim, sağlığa atfedilen değer, ekonomik güç (özellikle de ulusal gelir) gibi faktörlerin bir fonksiyonu olarak belirli ve farklı düzeylerde sağlık harcaması gerçekleştirir. Bu harcamalar genellikle kamusal ve özel harcamaların birer karmasıdır. Bu harcama karmasındaki ağırlıklı kaynağa göre de ülkenin finansman modeli veya modelleri şekillenmektedir. Eğer vergi gelirleri ağırlıklı bir finansman söz konusu ise Beveridge sağlık finansmanı modeli, eğer sosyal primler (sosyal sigortacılık) ağırlıkta ise Bismarck sağlık finansman modeli olarak adlandırılmaktadır.

Ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yapması gerektiği sorusu daima gündemde olan bir sorudur. Bu sorunun basit ve tek bir cevabı olmamakla birlikte, sağlık harcaması düzeylerinin ağırlıklı olarak çevresel ve ortamsal faktörler tarafından belirlendiği belirtilebilir. Bu soruyu cevaplamada kullanılan belli başlı yaklaşımlar arasında; emsal ülke yaklaşımı, politik ekonomi yaklaşımı, sağlık üretimi fonksiyonu yaklaşımı ve bütçe yaklaşımı olmak üzere çeşitli yaklaşımlar yer almakla birlikte basit olmasından ve ülke karşılaştırmalarına olanak tanımasından dolayı emsal ülke yaklaşımı yaygınlıkla kullanılmaktadır.

Belirtildiği üzere, ülkeler o veya bu şekilde belli bir düzeyde sağlık harcamaları gerçekleştirmektedir ve bu harcamalar ülke Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla'sından (GSYİH) aldığı payla çok önemli bir sektör konumundadır. Bu denli önemli olan sağlık harcamaları nereden, nasıl, hangi kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir? Bu sorunun cevabı bizi sağlık hizmetleri finansman konusuna götürmekte ve sağlık harcamalarının finansman boyutunun ele alınmasını gerektirmektedir.

Herkesi kapsayıcı, hakkaniyetli, etkili ve verimli bir finansal koruma sağlamayı amaçlayan sağlık hizmetleri finansmanı; gelir elde etme, havuzlama ve satınalma fonksiyonlarından oluşur. Vergiler, sigortalar ve doğrudan cepten ödemeler olmak üzere temelde üç finansman yöntemi ön plana çıkmaktadır. Bu yöntemlere ek olarak; tıbbi tasarruf hesabı, toplum finansmanı, özel amaçlı vergiler, piyango ve bahis gelirleri gibi mekanizmalar da nadir de olsa kullanılabilir. Bu yöntemlerin uygun olup olmadığına karar verebilmek, bu yöntemler arasından tercih yapabilmek ve bu yöntemlerin etkilerini ortaya koyabilmek için, bu yöntemleri sağlık politikası amaçları ya da sağlık finansmanı politika amaçları olarak da anılan hakkaniyet, herkesi kapsama, dayanışma vb. gibi ölçütler açısından değerlendirmek gerekir.

Bu bağlamda bu bölümde sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı konuları ele alınmaktadır.

SAĞLIK HARCAMALARI

Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin üretimi için gerekli olan temel kaynaklardan ve/veya girdilerden birisini teşkil etmektedir. Ülkeler veya toplumlar sağlığı üretmek için harcama yapmak durumundadırlar. Dolayısıyla her ülke, farklı düzeylerde de olsa bir sağlık harcaması gerçekleştirmektedir.

Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleyen Faktörler

Herhangi bir ülkenin o veya bu şekilde sağlık için harcama yapması gerektiği konusunda hemen hemen herkes hemfikir. Ancak bu konuda sorulan ve sürekli olarak tartışmalara konu olan temel sorulardan birisi, “bu harcama düzeyinin ne olması gerektiği” ile ilgilidir. Bu soru bizi sağlık harcama düzeylerini belirleyen ve etkileyen faktörleri ortaya koymaya yöneltmektedir.

Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında hem yapısal hem de durumsal/dönemsel faktörler yer alabilmektedir. Bu faktörler; sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği ve yönetildiği, nüfusun sağlık ihtiyaçları, ekonomik gelişme ve kişi başı gelir düzeyi, sosyo-kültürel faktörler, sağlık güvencesinin varlığı, sağlık hizmetini sunanların davranışı, hizmet sunumu ve hekim ödeme modelleri, nüfusun ve hastaların artan beklentileri, teknolojik gelişmeler, sağlık hizmetleri kullanım biçimlerinin değişmesi, hastalık dokusundaki değişimler, politik değişimler ve nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık hizmetleri gereksiniminin artması olarak belirtilebilir. Sağlık harcamalarında bu belirleyicilerin payı, etkisi ve önemi ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir.

Siyaset ve sosyo-ekonomik değişkenler sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında yer almaktadır. Şu hususun altını çizmek gerekir ki, kamu sağlık harcamaları politik önceliklerin bir yansımasıdır. Ayrıca ülkenin sosyo-ekonomik değişkenleri de sağlık için gerçekleştirilecek harcamaların düzeyini belirleyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır. Sağlık ile ekonomi arasındaki ilişkiler çift yönlüdür. Bir yandan sağlık ve sağlık hizmetleri ekonomiyi, öte yandan da ekonomi ve ekonomik ilişkiler sağlık ve sağlık hizmetlerini etkiler. Genel ekonominin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi öncelikle kişi başı ulusal gelir ile ilişkilidir. Yani sağlık harcamaları ulusal gelir ile yakından ilişkilidir. Araştırmalar sağlık harcamalarının kabaca ekonomik büyüme ile orantılı olarak artış eğiliminde olduğunu gösterebilmektedir.

Sağlık toplumsal iyilik haline ve refah oluşturmaya doğrudan katkı yapar. Bu ise sağlık harcamalarını gerçekleştirmenin temel ve haklı bir gerekçesidir. Başka bir ifade ile sağlığın sosyal iyilik haline ve toplumsal refaha yaptığı katkı, sağlık için yapılması gereken harcama düzeyini belirleyen bir unsurdur. Benzer şekilde sağlık hizmetleri sağlığı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Bireylerin ve toplumun daha iyi sağlık için attığı değer sağlık harcama düzeyini belirleyen temel unsurlardan birisidir.

Sağlık sistemlerinin ulusal ekonomiler üzerinde doğrudan etkileri vardır. Sağlık sistemleri önemli birer ekonomik sektördür. Sağlık sektörünün araştırma ve geliştirme üzerinde de önemli etkileri vardır ve ciddi düzeyde bir istihdam sağlamaktadır. Dolayısıyla sağlık sektörünün ekonomik büyümenin motoru olduğu belirtilebilir.

Beşeri sermayenin ekonomik büyümeye ciddi katkılar yaptığı konusunda güçlü teorik ve ampirik araştırmalar vardır. Beşeri sermayenin temel unsurlarından birisinin de sağlık olması nedeniyle, sağlığın hem bireysel hem de ülke düzeyinde ekonomik çıktılar/sonuçlar ile yakından ilişkili olduğu ve dört bağlamda ekonomiye katkı yaptığı belirtilebilir: 1) İşgücü arzı güvenliği, 2) yüksek üretkenlik, 3) yatırım ve 4) tasarruf.

Sağlık harcamaları da eğitim harcamalarında olduğu gibi ekonomik büyümeyi ve verimliliği doğrudan etkilemektedir. Sağlık harcamalarının miktar ve kalitesinin artması, yaşam süresini uzatması nedeniyle istihdam süresini uzattığı gibi koruyucu sağlık hizmetleri yolu ile yarattığı pozitif dışsallık nedeniyle büyüme üzerinde olumlu bir etki ortaya koymaktadır. Sağlık harcamalarının büyümeye katkısı ve kalitesi konusunda değerlendirilmesi gereken bir husus bizzat bu sektörün içindeki önceliklendirme meselesidir. Özellikle koruyucu nitelikli temel sağlık hizmetleri ile daha yüksek maliyetli tedavi edici

sağlık hizmetleri arasındaki tercih, birincisinin sosyal faydasının maliyetinden daha yüksek olması nedeniyle kamu otoritesinin hizmet sunumunda öncelikli olarak ele alınması gerektiği olgusudur.

Sağlığın, sağlık harcamaları üzerinde de etkileri vardır. Şu anda sağlığa yapılan harcamaların gelecekte tasarrufa nedene olacağı belirtilebilir. Çünkü sağlıklı insanlar daha az sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyacak ve dolayısıyla daha az maliyete neden olacaktır. Bu bakış açısı koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerinin önemini de ön plana çıkarmaktadır.

Ayrıca sağlık harcamalarının alternatif/fırsat maliyeti; ekonomi, devlet bütçesi ve bireyler düzeyinde merkezi bir rol oynamaktadır. Bu anlamda, bir ülke için “doğru/uygun/en uygun” sağlık harcama düzeyi; sağlığa yapılacak daha fazla harcamadan elde edilecek refah kazanımlarının bu kaynakların başka şeyler üzerine harcanmamasının alternatif maliyetini geçmeli ki değmiş olsun.

Teknolojik yenilik ve gelişmeler sağlık maliyetlerinin ve harcamalarının en önemli belirleyicisi konumundadır. Teknolojik gelişme, sağlık harcamalarındaki artışın yaklaşık yarısı ile üçte ikisinden sorumlu bir faktördür. Ancak teknolojik gelişimin sağlık harcamalarında oynadığı rol oldukça karmaşıktır. Yeni teknolojiler daha fazla sağlık bakımına ve muhtemelen daha maliyetli sağlık bakımına olan ihtiyacı azaltmak suretiyle verimlilik kazanımı veya sağlığın gelişimi (sağlık gelişimleri) yoluyla maliyetleri düşürebilir. Ancak yeni teknolojiler veya teknolojik değişimler aynı zamanda kullanımı artırmak, olası tedavilerin kapsamını genişletmek ve çeşitliliğini artırmak, tedaviyi daha fazla indikasyonlara ve insanlara yaymak (genişleme), var olan daha ucuz teknolojinin yerini almak (ikame) ve daha fazla nüfus için kullanılmak suretiyle yüksek maliyetlere de neden olabilir. Özellikle tedaviye yönelik yüksek teknoloji içeren yeni tedavi araçlarının gelişmesi de sağlık hizmetlerinin maliyetini yukarı çekmektedir.

Doğurganlık hızının düşmesi ve artan yaşam beklentisi ile karakterize olan **demografik değişimler**, beraberinde 65 yaş ve üzeri nüfusun nüfus içindeki payının artışı ve yaşlanan nüfus ise sağlık ve uzun dönemli sağlık bakım harcamalarının artışı beraberinde getirmektedir. Ancak eldeki veriler nüfusun yaşlanmasının sağlık maliyetlerinin artışına olan katkısının teknolojik gelişme ile kıyaslandığında göreceli olarak daha düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Nüfusun yaşlanmasının sağlık harcamalarının artışındaki etkisinin %10'dan daha düşük olduğu belirtilmektedir.

Artan beklentilerin sağlık harcamalarının artışındaki rolü de oldukça karmaşıktır. Sağlık sistemlerinin temel bir amacı haline gelen “beklentilerin karşılanması” sayesinde sağlık sistemleri tüketicilerin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili beklentilerine cevap vermek durumundadır. Ancak, uygulamada beklentilerin karşılanmasının ne düzeyde sağlık harcamalarında artışa neden olduğu konusunda bir netlik de bulunmamaktadır.

Küreselleşme süreci, bilgi ve iletişim sürecindeki ilerlemeler, eğitimin artması ve kentleşme süreci ile birlikte son yıllarda sağlık bilincinin yükselmesi ve buna bağlı olarak insan sağlığına verilen önemin artması, toplumlarda ve bireylerde sağlık hizmetlerine daha fazla talebin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Son yıllarda toplumun sağlık konusunda beklentileri giderek artmaktadır. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine paralel olarak fertlerin hayat standartlarının yükselmesi ve iletişim imkânlarının artması insanları sağlık konusunda daha duyarlı hale getirmekte, sağlık kuruluşlarından daha yaygın ve kaliteli hizmet beklentilerini artırmaktadır.

Sağlık harcamaları giderek artış eğilimi gösteren Türkiye özelinde değerlendirildiğinde ise, hemen hemen tüm ülke sağlık sistemleri için geçerliliğini koruyan **yapısal nedenlere** ek olarak, Türkiye’ye özgü olan **durumsal/dönemsel nedenlerin** de ön plana çıktığı belirtilebilir. Bu dönemsel nedenler; 2003 yılından bu yana uygulanmaya çalışılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında gerçekleştirilen girişimler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım artmış, dolayısıyla paralelinde sağlık harcamaları da artış eğilimi içinde olmuştur. Bu girişimlerin başlıcaları ise; yeşil kart kapsamının ve faydalarının artırılması, özel hastaneler dâhil tüm hastanelerden yararlanılabilmesi, kamu hastanelerinin tek çatı altında birleştirilmesi, SSK mensuplarının serbest eczanelerden ilaç alabilmelerinin önünün açılması, sağlık çalışanlarına performansa dayalı ödeme modelinin kullanılmaya başlaması ve tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamına alınması gibi girişimler olarak belirtilebilir.

Sağlık Harcamaları Düzeyini Belirleme Yaklaşımları¹

Sağlık harcamalarına ilişkin tartışmalar ağırlıklı olarak ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yapmaları gerektiği konusu ile ilgili olarak ortaya çıkmaktadır. Bu konuda çok farklı görüşler olmakla birlikte aşağıda ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yapması gerektiği sorusunu cevaplarken kullanılan yaklaşımlar sistematik bir çerçevede ortaya konulmaktadır. Bir ülkenin sağlığı için ne kadar harcaması gerektiği sorusunu cevaplamak için en az dört farklı yaklaşım söz konusudur. Aşağıda bu yaklaşımlar üzerinde kısaca durulmaktadır.

Emsal Ülke Yaklaşımı

Emsal ülke yaklaşımı (benzer sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerle veya ülke ortalamaları ile karşılaştırma), gelir düzeyleri, kültürler veya epidemiyolojik profiller gibi benzer sosyo-ekonomik düzeydeki (benzer karakteristiklere sahip) ülkelerin sağlık harcaması düzeylerinin karşılaştırılmasıdır. Bu yaklaşım sağlık sonuçları ile sağlık harcaması arasındaki ilişkinin kesin olarak belirlenmesinin zorluğunu kabul gerçeğinden hareketle, karşılaştırmalı deneyimlerden öğrenmeyi amaçlamaktadır. Kıyaslama süreci ile benzer bir süreçten oluşmaktadır. Basit oluşu nedeniyle bu yaklaşım özellikle de politikacılar tarafından sıklıkla kullanılan bir yaklaşımdır. Nitekim yukarıda da işaret edildiği gibi başta Tony Blair olmak üzere İngiliz politikacılarının İngiltere'nin diğer AB üyesi ülkelere sağlıkla ilgili olarak daha az kaynak ayırdığını, en az AB ortalaması kadar bir kaynak ayrılması gerektiği yönündeki politik çıkışları bu yaklaşımın bariz bir örneğini teşkil etmektedir.

Emsal ülke yaklaşımı kapsamında benzer sosyo-ekonomik bireysel ülkeler ile karşılaştırma kadar, yakın ilişki içinde veya üyesi olunan uluslararası kuruluşların ortalamaları da bir kıyaslama aracı olarak kullanılabilir. Örneğin Türkiye ile AB, OECD veya DSÖ ortalamaları arasındaki karşılaştırmalarda olduğu gibi.

Bu yaklaşımla ilgili temel problem, neredeyse tamamen girdiler ve harcamalar üzerine yoğunlaşmakta, esas amaç olan “daha iyi sağlık” amacını hesaba katmakta başarısız olmaktadır. Bu problemi minimize etmek için mümkün olduğunca benzer karakteristiklere (benzer kişi başı gelir, benzer sağlık çıktıları veya sonuçları gibi) sahip ülkeler kıyaslanmalıdır.

Politik Ekonomi Yaklaşımı

Bu yaklaşım, “bir ülke sağlığına harcadığından neden daha fazla veya daha az harcamalıdır” sorusunun cevabını aramaktadır. Buradaki temel husus, ülkenin ulusal gelirden veya kamu bütçesinden sağlığa ayırdığı oranın çeşitli ekonomik ve politik güçlerin ve süreçlerin bir sonucu olarak çok az olduğu varsayımına dayanmaktadır. Başka bir ifade ile bu yaklaşıma göre ülke içinde milli gelirin tahsisatında veya genel bütçe tahsisatında çeşitli güçler (özellikle de lobiler) etkili olmaktadır.

İngiltere kamu bütçesinin tahsisatını analiz eden bir çalışma, bütçe kararlarının farklı sınırlamalar ve ideolojik eğilimlerin etkisinde olan aktörler arasındaki rekabetin bir sonucu olduğu şeklinde modellemiştir. Benzer şekilde Brezilya için politik ekonomi modeli (halk sağlığı harcamalarının zenginlerin oylarından ziyade fakirlerin oylarından daha fazla yararlandığı varsayımı ile) kullanılarak yapılan bir çalışmada ise fakirlerin daha fazla politik etkileme gücüne sahip olduğu belediyelerde sağlık harcamalarının daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Politik ekonomi yaklaşımı büyük olasılıkla sosyal bilimler perspektifi açısından en iyi yaklaşımdır. Çünkü sağlık harcamalarını belirleyen gerçek politik mekanizmaları ve kamu harcama kararlarını etkileyen sosyal aktörlerin davranışını ele almaktadır. Ancak bu yöntemden güvenilir kantitatif ölçümler elde etmek, bu gibi politik süreçlerin modellenmesinin kompleksliği ve çok sayıda faktörün süreçte rol almasından dolayı çok zordur.

¹ Bu başlık ağırlıklı olarak Savedoff'a (2007) dayalı olarak hazırlanmıştır.

Sağlık Üretimi Fonksiyonu Yaklaşımı

Sağlık üretimi fonksiyonu yaklaşımı (SÜFY) ülkeler arasında veya panel verinin analizi yoluyla sağlık üretimi fonksiyonunun açık bir şekilde hesaplanmasından oluşmaktadır. Bu yaklaşım bir veri kümesini kullanarak sağlık harcamasının, sosyo-ekonomik karakteristiklerin ve diğer faktörlerin bir nüfusun sağlık statüsü üzerine olan etkilerini hesaplamayı amaçlamaktadır. Bu yöntemdeki denklem daha önce söz edilen üç unsuru (epidemiyolojik profil, girdi fiyatları ve etkililik) hesaplamaya dahil etmeye izin verebilmektedir. Sağlık statüsündeki değişme veya belirli bir düzeye karar verildiğinde, denklem belirlenen amaca ulaşmak için gerekli olacak sağlık harcamasındaki değişimi tahmin etmede kullanılabilir. Bir anlamda sağlık üretme denkleminin bir girdisi olan sağlık harcamalarının bu denklemin bir çıktısı olan sağlık statüsü üzerine olan etkisi ve ilişkisi hesaplanmaya çalışılmaktadır.

SÜFY, emsal ülke yaklaşımı ile karşılaştırıldığında ayaklarının yere daha sağlam bastığını belirtmek olanaklıdır. Çünkü harcama ile arzulan daha iyi sağlık amacı arasındaki ilişkiye vurgu yapmaktadır. SÜFY veri gereksinimi açısından politik ekonomi yaklaşımından ve aşağıda üzerinde durulan bütçe yaklaşımından daha uygun görünmektedir. Çünkü daha az veri gereksinimi ile hesaplama yapılabilmektedir.

Üretim fonksiyonu yaklaşımının bazı olumsuzlukları da olabilmektedir. Bunların başında da sağlık statüsündeki değişimleri diğer faktörlerden bağımsız olarak sadece sağlık harcamalarına bağlamak çok zordur. Bu konuda yapılan bazı çalışmalar da göstermektedir ki doğumdaki yaşam beklentisini birkaç yıl artırmak için sağlık harcamalarını oldukça artırmak gerekmektedir. Başka çalışmalarda ise hesaplamalar göstermektedir ki; sağlık harcamasındaki hatırı sayılır artışlar (%5-10 gibi) özellikle de temel sağlık hizmetleri üzerine yapılmak şartıyla, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması konusunda önemli etkilere sahip olabilmektedir. Çünkü sağlık statüsü sadece sağlık harcamalarının bir fonksiyonu değildir. Başka bir ifade ile sağlık harcamalarının sağlık statüsü üzerindeki etkisini diğer faktörlerden bağımsız olarak ortaya koymak hemen hemen imkânsızdır.

Sağlık üretimi fonksiyonu temelde sağlık harcamalarının sağlık üretme üzerine olan etkilerini bir nebze de olsa ortaya koyuyorsa da söz konusu yöntem, sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar ile diğer kalemler üzerine yapılan harcamalar arasındaki değiş-tokuşu/tercihi (trade-offs) hesaba katmada başarısızdır. Bu yöntem konusundaki diğer bir sorun ise hesaplamalarda kullanılan istatistiklerin çok karmaşık olması ve herkesin erişimine açık olmamasıdır.

Bütçe Yaklaşımı

Burada ele alınan yaklaşımlar arasında en kapsamlı yaklaşım bütçe yaklaşımıdır. Başka bir ifade ile, bir ülkenin sağlığı için ne kadar harcaması gerektiğini belirlemede etkili olan beş temel değişkeni (mevcut epidemiyolojik koşullar, sosyal amaçlar, sağlık girdilerinin teknik ve tahsisat verimliliği, mevcut fiyatlar, fonların alternatif sosyal kullanımları değişkenleri) hesaba katmada en bütüncül yaklaşım, arzulan sağlık statüsü değişimlerini ve neyin alınmasına ihtiyaç duyulduğunu belirlemektir. Bu da bütçe yöntemi ile mümkündür. Bu yöntemde alınacak hizmetler fiyatlandırılır ve bir araya getirilir. Böylece belirlenen hizmet düzeyini satın almak için gerekli fonlar hesaplanır. Bu yaklaşım spesifik programlar düzeyinde yaygın olarak ve yönetimler tarafından bütçe süreçleri esnasında düzenli bir şekilde kullanılmaktadır. Özetlemek gerekirse bu yöntem aslında bir nevi belirli bir nüfus için belirli bir teminat paketinin maliyetini ortaya koyan yaklaşım olarak ele alınabilir.

Bir ülke sağlığı için ne kadar harcamalıdır sorusu sorulurken ve cevaplandırılırken ilk olarak yapılması gereken; kamu sağlık harcaması ve toplam sağlık harcaması ayırımının yapılmasıdır. İkinci olarak, yukarıda ele alınan yaklaşımların her birinin ilgili soruyu kısmen farklı bir şekilde sorduğu ve cevaplamaya çalıştığı unutulmamalıdır. Her yöntemin kendine göre avantaj ve dezavantajları vardır. Temelde her ülke için geçerli en iyi yöntem veya kestirme yol yoktur.

Ülke Sağlık Harcamaları Düzeyi: Türkiye Sağlığına Yeterli Kaynak Ayırıyor mu?

Ülkelerin sağlıkları için ne düzeyde ve ne kadar harcama yapması gerektiği konusundaki tartışmalar hep süregelmiştir. Bu konuda temelde iki görüş olduğu belirtilebilir. Bir taraf/görüş ülkelerin sağlık hizmetlerine ayırdıkları mali kaynakların yetersiz olduğunu ve bu kaynakları artırmaları gerektiğini belirtirken, diğer taraf/görüş ise artış sağlamaktan ziyade eldeki mali kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması gerektiğini savunmaktadır. Bu bakış açılarının şekillenmesinde dünya görüşü ve değer yargılarının da rolü olduğu göz ardı edilmemelidir. Türkiye’de sağlık hizmetlerine yeterli finansal kaynak ayrılıp ayrılmadığı konusundaki tartışmalar da bu iki görüş etrafında hep süregelmiştir.

Ülkelerin sağlık hizmetleri için ne kadar harcama yapması gerektiği yönündeki tartışmalarda Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) maledilen bir oran da verilmektedir. Sözde DSÖ, ülkelerin sağlıkları için GSYİH’nin en az %5’ini ayırmaları gerektiğini önermiştir. Oysa Savedoff sözü edilen bu %5’lik oranın DSÖ’nün önerisi olmadığını ısrarla vurgulamaktadır. DSÖ’nün 1960’ların başından beri sağlık hizmetleri finansmanı konusunda önemli dokümanlar ürettiğini belirten Savedoff, DSÖ’nün hiçbir zaman resmi olarak ülkelerin GSYİH’lerinden %5 oranında pay ayırmaları gerektiği konusunda bir tavsiye kabul etmediğini veya yayınlamadığını belirtmektedir. Savedoff, %5 oranına ilk olarak DSÖ’nün 1981 yılındaki dokümanlarında yer verildiğini, ancak bunun sağlık harcama düzeyi için bir tavsiye olarak değil bir izleme göstergesi olarak yer aldığını belirtmektedir. DSÖ dokümanları bu oranın niçin bir gösterge olarak seçildiği konusunda bir açıklama yapmamaktadır. Öyle görüyor ki araştırmacılar, gazeteciler ve politika oluşturucular bu rakamı “bir öneri” olarak DSÖ’ye mal etmişlerdir.

Bir ülkenin veya toplumun içinde bulunduğu özel şartları ve zorlukları göz önünde bulundurmadan o ülkenin sağlığı için ne kadar harcama yapması gerektiği yönünde bir tavsiyede bulunmanın gerçekleri yansıtmayabileceğinin de altının çizilmesi gerekir. Mevcut epidemiyolojik profile ek olarak gelecekte ülkenin hangi sağlık koşullarını ele alabileceğini veya alacağı konusundaki isteğinin ve sistemdeki teknoloji ve personel gibi farklı girdilerin kullanımlarının ve etkililiklerinin bilinmesi, kıt kaynaklara ilişkin diğer sektörlerin taleplerinin göz önünde bulundurulması, ayrıca sağlığa ayrılacak kaynakların alternatif maliyetlerinin hesaba katılması ve ülkenin sosyo-ekonomik ve kültürel koşullarının göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu bağlamda Türkiye’nin sağlığına yeterli mali kaynak ayırıp ayırmadığı konusunda bir değerlendirme yapmak gerekirse, TEPAV’ın değerlendirmesine göre, Türkiye koşullarında özellikle de son yıllarda yapılan kamusal politika tercihlerinin de etkisi ile **kamu sağlık harcamalarının** eğitim harcamalarından çok daha hızlı arttığı belirtilebilir. Türkiye sağlık harcamaları, özellikle de kamu sağlık harcamaları, son on yıllık dönemde en hızlı artan ülkeler arasında yer almaktadır. OECD 2009 yılı verilerine göre, Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı OECD ortalaması olan %9,6’nın altında, %6,2 seviyesinde çıkmaktadır (Tablo 3.1’den de görülebildiği gibi DSÖ hesaplamasına göre bu oran %6,74’tür). Sağlık harcamalarına 2000-2009 döneminde kişi başına reel artış açısından bakıldığında; Türkiye’nin %6,3 ile altıncı sırada bulunduğu, aynı dönemde GSYİH’nin kişi başına reel artışının ise %3,6 seviyesinde bulunduğu görülmektedir. Bu rakamlar OECD ortalamasında sırası ile %4 ve %1,6’dır.

Türkiye’nin toplam sağlık harcaması 2000’lerin başında GSYİH’nin %5’leri düzeyinde olup 2010’lu yıllara gelindiğinde %6’lar düzeyine ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları ise %3’lerden %4,5’lere kadar çıkmıştır. Sağlık harcamalarındaki artışı belirleyen esas etken kamu sağlık harcamalarında dönem boyunca yaşanan reel artış olmuştur. 1990’lı yıllara göre bakıldığında ise, sağlık harcamalarındaki artış çok daha çarpıcı bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının GSYİH’ye oranı 1990’ların sonunda %3’ün altında iken, bugün bu oran %4’lerin üzerine çıkmıştır.

Esas olarak, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tedavi hizmetlerine yönelik ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine ilişkin ödemeleri yapmaktadır. Tedavi hizmetlerine yönelik Bakanlık (Sağlık Bakanlığı) kurum ve hastaneleri (663 sayılı KHK ile 2011 yılında Kamu Hastaneleri Birliği kurulması sonrasında bu birimler Bakanlık bütçesi dışında kalmaktadır) çıkarıldığında, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kaynaklar esas olarak Bakanlık bütçesinden karşılanmaktadır. Bakanlık bütçesinin halk sağlığına

yönelik kaynaklarının reel olarak artması, sağlık harcamalarının kalitesini göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Kamu halk sağlığı harcamalarının 2012 yılında bütçe sağlık harcamaları içindeki (yeşil kart harcamaları dışında) payı %4,8, toplam kamu sağlık harcamaları içindeki payı ise %1,2 seviyesindedir. Bu oranlar 2011 yılında sırası ile %6,2 ve %1,5'dir. 2011 yılına göre kamu halk sağlığı ödemelerinde bir düşme söz konusudur.

Türkiye, halk sağlığı harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en düşük olduğu ülkeler kategorisi içinde yer almaktadır. OECD ülkelerinde toplam sağlık harcamaları içinde halk sağlığı harcamalarının payı %2-7 arasında değişirken, bu oran Türkiye'de %1'in altındadır. Halk sağlığı harcamaları içinde olması gereken bazı harcamalar, örneğin bütçe kodlaması çerçevesinde birinci basamak hizmetler (Bakanlığın içindeki Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı aile hekimliğinin sunduğu hizmetler) kurum harcamaları içinden ayıklanamamaktadır. Bu durum halk sağlığı harcamalarını düşük göstermekle birlikte, bu rakamların eklenmesi ile de harcamaların çok yüksek çıkmayacağı düşünülmektedir. Bu anlamda Bakanlığın ve SGK'nın bu ayrımı ortaya koyacak bir kodlama sistemini hayata geçirmesinde fayda görülmektedir.

Sağlık harcamalarının büyümeye katkısı ve kalitesi konusunda değerlendirilmesi gereken bir husus, bu sektörün içindeki önceliklendirme meselesidir. Özellikle önleyici ve temel sağlık hizmetleri ile daha yüksek maliyetli tedavi edici sağlık hizmetleri arasındaki tercih, birincisinin sosyal faydasının maliyetinden daha yüksek olmasının beklendiği bir ortamda daha bir önem kazanmaktadır. Bu çerçeve içinde, kamu halk sağlığı harcamaları sağlık harcamalarının etkinliği kapsamında önemli hale gelmektedir. Zira halk sağlığı veya koruyucu sağlık hizmetlerine ne kadar çok kaynak ayrılır ve bu hizmet ne kadar etkin bir biçimde verilirse, çok daha fazla maliyeti olan tedavi edici sağlık hizmetlerine ihtiyaç daha az olacak ve bu, genel toplum sağlığına ayrılan kaynakların daha adil dağılmasına imkân verecektir.

Türkiye koşulları kapsamında değerlendirildiğinde özellikle de son yıllarda sağlığa ayrılan kaynakların hiç de düşük düzeyde olmadığı belirtilebilir. Özellikle de GSS'nin 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren tam olarak uygulamaya girmesiyle birlikte artan sağlık harcamalarının ve ilaç harcamalarının yaratacağı mali baskı nedeniyle Türkiye sağlık sisteminde sağlık harcamalarının yakın bir gelecekte de artış eğilimi içinde olacağı belirtilebilir.

Türkiye'nin sağlığına yeterli mali kaynak ayırıp ayırmadığı sorusunun cevabı, önceki başlıkta tartışılan sağlık harcamaları düzeyini belirlemede yaklaşımlar kapsamında yer alan emsal ülke yaklaşımı çerçevesinde değerlendirildiğinde ise; Tablo 3.1'den de görülebildiği üzere üyesi olmaya çalıştığımız AB ortalaması ile karşılaştırıldığında Türkiye, sağlık harcaması düzeyleri açısından oldukça gerilerde yer almaktadır. Ancak bu durum, Türkiye'nin sağlığı için yeterli finansal kaynağı ayırmadığı anlamına gelmemelidir. Çünkü bu göreceli bir durumdur. Ayrıca AB ile Katılım Antlaşması imzalayan ve 2013 yılında da AB'ye katılacak olan Hırvatistan ile karşılaştırıldığında aşırı olmamakla birlikte Hırvatistan'ın gerek GSYİH'sinden sağlığa ayırdığı pay, gerekse de kişi başı sağlık harcaması konusunda daha iyi durumda olduğu belirtilebilir. Meksika ile karşılaştırıldığında ise Türkiye'nin benzer düzeyde sağlık harcaması gerçekleştirdiği belirtilebilir. Netice itibarıyla Türkiye sağlığına yeterli düzeyde kaynak ayırmaktadır. Ancak bu kaynağın etkili ve verimli bir biçimde kullanıldığı söylenemez.

Tablo 3.1: Türkiye, Belli Başlı Ülkeler ve Ülke Grupları Sağlık Harcamaları (2009)

Ülkeler	Nüfus	GSYİH (US\$)	TSH/GSYİH (%)	KBSH (US\$)	KSH/TSH (%)	ÖSH/TSH (%)
Türkiye	72.561.312	8.214,89	6,74	965,08	75,2	16,04
AB	498.185.664	32.687	9,76	3.152	75,2	15,63
Bulgaristan	7.585.131	6.423,35	7,38	985,52	59,04	35,26
Romanya	21.469.990	7.499,64	5,44	773,02	78,94	17,04
Hırvatistan	4.429.078	1.4222,4	7,84	1.552	84,88	14,52
Meksika	109.610.000	14.020	6,1	918	evy	evy

Kaynak: WHO (2012) ve OECD (2012)

Kısaltmalar: MG: Milli Gelir; GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla; TSH: Toplam Sağlık Harcamaları; KBSH: Kişi Başı Sağlık Harcamaları; KSH: Kamu Sağlık Harcamaları; ÖSH: Özel Sağlık Harcamaları; AB: Avrupa Birliği; evy: elde veri yok.



Türkiye'nin 2005-2009 yılları arasında Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'ndan sağlığı için yaptığı harcama oranlarını biliyor musunuz?

SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI

Yukarıda da belirtildiği üzere, ülkeler o veya bu şekilde belli bir düzeyde sağlık harcaması gerçekleştirmektedir ve bu harcamalar ülke GSYİH'sinden aldığı payla çok önemli bir sektör konumundadır. Sağlık sistemlerine ayrılan kaynaklar global ölçekteki üretimin yaklaşık %10'nunu oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinin maliyetleri de sürekli artış eğilimi göstermektedir. Peki bu denli önemli olan sağlık harcamaları nereden, nasıl, hangi kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir? Bu sorunun cevabı bizi sağlık hizmetleri finansmanı konusuna götürmekte ve sağlık harcamalarının finansman boyutuna değinmemizi gerektirmektedir. Sağlık hizmetlerinde finansmanın amacı nedir? Finansman fonksiyonları, mekanizmaları ve kaynakları nelerdir? Finansman yöntemlerinin avantaj ve dezavantajları nelerdir? Finansman yöntemlerini değerlendirmek için ne tür kriterler kullanılmaktadır? Bu başlıkta bu soruların cevapları ele alınmaktadır.

Sağlık Finansmanının Amacı ve Tanımı

Gelirlerin elde edilmesi, havuzlanması ve hizmetlerin satın alınması temel fonksiyonları ile şekillenen sağlık hizmetleri finansman sisteminde temel amaç; ihtiyaç duyulan sağlık hizmetlerini uygun yer ve zamanda, uygun kişi ve kurumlardan hakkaniyetli, etkili, verimli ve kaliteli bir şekilde alabilmek için, kabul edilebilir bir teminat paketinin ve yine kabul edilebilir bir kapsam derinliği ile tüm nüfusu kapsayacak şekilde bulunabilir ve sürdürülebilir kılmasıdır. Başka bir ifade ile, sağlık sektörünün finansmanı nedeniyle sağlanan kaynakların tüm ülke düzeyinde hakkaniyetli biçimde, etkili, verimli ve ekonomik nitelikte sağlık hizmeti üretecek ve ülke sağlık göstergelerini istendik düzeye yükseltecek biçimde kullanılmasını sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinde herkesi kapsayıcı, hakkaniyetli, etkili ve verimli bir finansal koruma sağlamak, böylece sağlık statüsünü, yani sağlığı yükseltmeyi amaçlayan finansmanı makro ve mikro düzeylerde olmak üzere iki düzeyde tanımlamak mümkündür.

Sağlık sektörü ile ilgili makro düzeyde finansman, sağlık sektöründe sunulan tüm sağlık hizmetleri ile ilgili harcamaların hangi kaynaklardan (kamu veya özel) ve nasıl karşılanacağına ve bu kaynakların ilgili sağlık yatırımlarına yeterli düzeyde, miktarda, zamanda ve etkili bir biçimde yönlendirilmelerine ilişkin ilke ve esasları içeren bir kavramdır.

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

Genel olarak belirtmek gerekirse, **finansman**; bir ülkenin sağlık sistemini finanse etmesi için gerekli olan fonları elde etme, artırma ve bunları en iyi şekilde kullanma mekanizmalarıdır. Bu mekanizmalar özel veya kamu kaynaklı olabilir. Başka bir ifade ile sağlık sistemi finansmanı, birincil ve ikincil kaynaklardan gelirlerin elde edilmesi, fon havuzlarında biriktirilmesi ve kaynakların tahsisi ve hizmetlerin satın alınması süreci olarak tanımlanabilir.

Finansman, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin yapılmasını belirleyen temel unsurlardan birisidir. Hizmetlerin finansman biçimi sektörün diğer (örgütlenme ve insangücü uygulamaları) alt yapı özelliklerini de önemli ölçüde belirlemektedir. İyi bir sağlık sistemi finansmanı; arzulanan çıktı düzeylerinin elde edilmesinde sağlık sistemleri için yeterli destek sağlamakta ve yeterli kaynakların sağlanması yoluyla performansa katkı sağlamaktadır.

Sağlık Finansmanı Denklemi

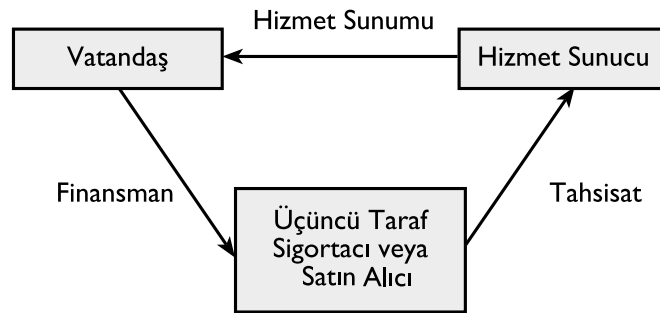
Sağlık finansmanı, sağlık harcamaları ve sağlık sigortacılığı arasındaki ilişkiyi bir denklem yardımı ile aşağıdaki gibi açıklamak mümkündür. Bu denklem finansman denklemi olarak adlandırılmaktadır. Buna göre tüm gelirin toplamı tüm harcamalara eşit olmalıdır, bu da sistem kapsamındaki gelirlerin ve karların toplamına eşit olmalıdır. Evans tarafından ortaya konulan aşağıdaki denklem bu unsurları göstermektedir. Evans bu denklemde açıkların olmadığını varsaymıştır.

$$TV + SSK + KK + ÖSP = M \times F = GM \times GF$$

Bu denklem, *gelirin* [toplam vergi (TV), sosyal sigorta katkıları (SSK), doğrudan cepten yapılan ödemeler ve kullanıcı katkıları (KK) ve özel sigorta primleri (ÖSP)] *harcamaya* [mal ve hizmetlerin miktarı (M) ile fiyatının (F) çarpımı sonucu] eşit olduğunu varsayar. Bu da sağlık hizmetlerini sunanların gelirlerine eşit olmalıdır [girdilerin miktarı ve karması (GM) ile bu girdilerin fiyatının (GF) çarpımı].

Sağlık Hizmetleri Üçlüsü ve Finansman

Sağlık hizmetleri finansmanı, kaynakların transferi veya değişimi olarak basit bir şekilde tasvir edilebilir. Hizmet sunucuları sağlık bakım kaynaklarını hastalara, hastalar veya üçüncü taraflar da finansal kaynakları hizmet sunuculara transfer ederler. Bir mal veya hizmet için transferin en basit biçimi direkt ödemedir. Tüketici (ilk taraf) hizmet sunucuya (ikinci taraf) mal veya hizmet karşılığı olarak doğrudan ödeme yapar. Sağlık sistemleri kapsamında hastalanmanın finansal riskine karşı nüfusa koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyici mekanizması geliştirilmiştir. Üçüncü taraf, kamu veya özel kuruluş olabilir. Sağlık hizmetlerinde üçüncü-taraf ödeme mekanizmasının gelişmesi kısmen risk ve belirsizlikten ortaya çıkmıştır. Üçüncü taraf ödeme mekanizması risklerin paylaşılmasına izin vermektedir. Bu mekanizma aynı zamanda, kişiler arası yeniden dağıtım yarayan bir araçtır. Yani dayanışma sağlamaktadır. Sağlık hizmetlerini finanse etmek için üçüncü taraf, finansal koruma sağlayacağı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir elde eder. Daha sonra bu gelir, hasta için veya hizmet sunucu için geri ödemede (bkz. Şekil 3.1).



Şekil 3.1: Sağlık Hizmetleri Üçlüsü

Kaynak: Mossialos and Dixon (2002)

Sağlık Finansmanı Fonksiyonları

Yukarıdaki tanımdan da anlaşılabilceği üzere sağlık sistemi finansmanının üç temel fonksiyonu vardır: Gelir elde etme, fon biriktirme (havuzlama) ve hizmetlerin satın alınması (tahsisat).

Gelir Elde Etme

Gelir elde etme süreci, spesifik olarak kimin ödeme yaptığı, yapılan ödeme tipi ve bu ödemeleri kimin topladığı ile ilgilidir. Gelir elde etme, birincil (hane halkı ve firmalar) ve ikincil (hükümetler ve donör kuruluşlar) kaynaklardan elde edilen para hareketlerini ifade eder. Fonlar sekiz temel mekanizma ile elde edilebilir: Cepten ödemeler, gelir temelli gönüllü sigorta, risk temelli gönüllü sigorta, zorunlu sigorta, genel vergiler, özel amaçlı vergiler, hükümet dışı kuruluşların bağışları ve donör kuruluşlardan sağlanan transferler. Bu mekanizmalar aşağıda da ele alınmaktadır.

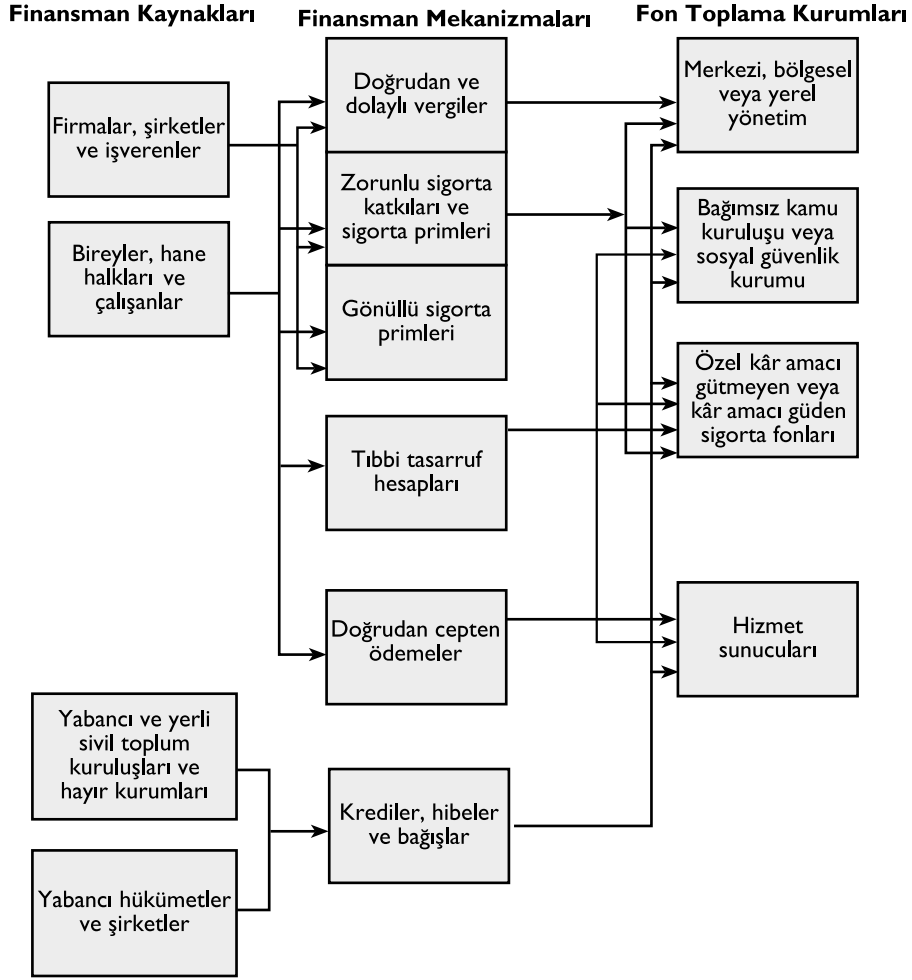
Fon Biriktirme

Fon biriktirme (havuzlama), sağlık hizmetleri finansmanında çeşitli kaynaklardan elde edilen fonların bir havuzda biriktirilmesini ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Başka bir ifade ile fon biriktirme, bir nüfus adına ön ödemeli sağlık gelirlerinin birikimi olarak tanımlanabilir. Fon biriktirmenin önemi, nüfus içinde finansal risklerin havuzlamasına imkân vermesinden kaynaklanmaktadır.

Satın Alma

Sağlık hizmetleri finansmanında **satın alma** veya **tahsisat** ise çeşitli kaynaklardan elde edilen ve bir havuzda toplanan gelirlerin sigortalı nüfus adına bireysel veya kurumsal hizmet sunucularına verdikleri hizmetler karşılığı transfer veya tahsis edilmesidir. Bu tahsisatın toplumun ihtiyaçları ve öncelikleri göz önünde bulundurularak yapılması gerekmektedir.

Bu noktada bir hususun altını çizmekte yarar vardır. Literatürde bazen finansman fonksiyonları, yöntemleri, kaynakları ve kuruluşları ile ilgili kavramlar birbirinin yerine kullanılabilir. Oysa ki, Şekil 3.2’de de görülebildiği üzere bu kavramlar finansmanın içiçeleşen ve etkileşen temel boyutları olmakla birlikte, farklı kavramlardır. Finansman kaynakları; firmalar, şirketler, işverenler, bireyler, hane halkları ve çalışanlar, yabancı ve yerli hükümet dışı kuruluşlar ve yardım kuruluşları, yabancı devletler ve şirketlerden oluşmaktadır. Belirtilen bu kaynaklardan fonlar çeşitli mekanizmalar (yöntemler) kullanılarak elde edilir ve organize edilir. Bu mekanizmalar arasında; vergiler, zorunlu sosyal sigortalar, özel sağlık sigortaları, tıbbi tasarruf hesapları, doğrudan cepten ödemeler, borçlanma ve bağış yer almaktadır. Bu mekanizmalar aracılığıyla fonlar; merkezi, bölgesel veya yerel yönetimler, bağımsız kamu kurumları veya sosyal güvenlik kurumları, kar amaçlı veya kar amaçsız sigorta kuruluşları veya doğrudan hizmet sunucuları tarafından toplanmaktadır (Fon toplama kuruluşları). Bu konular aşağıda ayrıntılı bir şekilde ele alınmaktadır.



Şekil 3.2: Finansman Kaynakları, Finansman Mekanizmaları ve Fon Toplama Kurumları

Kaynak: Mossialos and Dixon (2002)

Sağlık Finansman Kaynakları

Sağlık hizmetlerinde temel finansman kaynakları; bireyler, hane halkları, çalışanlar, işverenler, firmalar, şirketler, yabancı ve yerli hükümet dışı kuruluşlar ve yardım kuruluşları, yabancı devlet ve şirketlerden oluşmaktadır.

Sağlık politikasının temel amaçlarından birisi de “gelirin korunmasıdır”. Sağlık hizmetleri finansmanı açısından gelirin korunması ise, en hakkaniyetli, etkili ve verimli finansman kaynağının seçilmesi ile olanaklı olabilir.

Sağlık Finansman Mekanizmaları (Yöntemleri)

Genel vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası, tıbbi tasarruf hesabı ve doğrudan cepten yapılan harcamalar (doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve enformal ödemeler) sağlık hizmetleri finansman mekanizmaları arasında yer almaktadır (bkz. Şekil 3.2). Genel olarak belirtmek gerekirse, ülke sağlık sistemleri veya sağlık hizmetlerinin talebi temelde bu beş ana mekanizmanın bir karması (ağırlık genelde vergiler veya sosyal primlerde olmak üzere) yoluyla finanse edilmektedir. Ancak az kullanılsalar da aşağıda ele alındığı üzere başka yöntemler de söz konusudur.

Bir ülkenin sağlık finansman sisteminde herhangi bir zaman diliminde kullanılan mekanizmalar/yöntemler kombinasyonu veya karması o ülkenin tarihi, kültürü, sosyo-kültürel dokusu, ekonomik yapısı, politik rejimi gibi faktörlerin bir fonksiyonudur. Bir ülkede çok iyi işleyen bir

finansman yöntemi, bir diğerinde aynı olumlu sonuçları vermeyebilir. Bu farklılıkta belirtilen değişkenlerin etkisi vardır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilen yöntem, finansman yöntemi, hizmet sunucularının ve tüketicilerin davranışlarını etkilemek suretiyle sağlık hizmetlerinin performansı üzerinde olumlu ya da olumsuz önemli etkileri söz konusu olabilmektedir.

Sağlık finansman mekanizmaları ile ilgili olarak literatürde birçok sınıflama vardır. Örneğin, Abel-Smith finansman yöntemlerini; *endirekt* (merkezi, yerel, sosyal sigorta, özel sigorta, işverenler, hayır ve kuruluşları, dış yardımlar) ve *direkt* (kişiler tarafından yapılan direkt ödemeler, örneğin doğrudan hane halkı ödemeleri, katkı payları ve enformal ödemeler) yöntemler olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Bu sınıflama oldukça yerinde olup manidardır. Çünkü aslında ödemelerin tümü kişilerin/bireylerin cebinden çıkmaktadır. Ancak bunların bir kısmı doğrudan cepten yapılan ödemeler iken bir kısmı da bir aracı kullanılmak suretiyle (üçüncü taraf ödeyiciler) dolaylı cepten yapılan ödemeleri teşkil etmektedir.

Burada bir hususun altını çizmekte yarar vardır. Bazen sağlık sisteminde yer alan ilgili aktörler tarafından sağlık hizmetlerinin herkes için bedava olması gerektiği ve bu bedavalılığın da ancak genel vergi gelirleri ile sağlanabileceği vurgulanmaktadır. Burada bir yanlış anlaşılmayı gidermek gerekmektedir. Sağlık sistemi ister genel vergilerle isterse de sosyal veya özel sigortalılarla finanse edilsin, en nihayetinde para bireylerin ceplerinden çıkmaktadır. Yani paranın kaynağı bireydir. Bundan dolayıdır ki literatürde doğrudan cepten yapılan ödemeler ve dolaylı olarak cepten yapılan ödemeler ayrımı yapılmaktadır. Doğrudan cepten yapılan ödemelerin kapsamına; katkı payları, doğrudan ödemeler ve yasal olmayan ödemeler girmektedir. Dolaylı olarak cepten yapılan ödemeler kapsamına ise; vergiler, sigortalar vs. girmektedir. Doğrudan cepten ödemeler ile dolaylı olarak yapılan cepten ödemeler arasındaki temel fark, dolaylı olarak yapılan ödemelerde hizmet sunucu ile hasta arasına bir üçüncü taraf ödeyici kurum girmektedir.

Başka bir sınıflama ise yaygınlıkla kullanılan kamu-özel finansman yöntemleri ayrımıdır. Buna göre finansman yöntemleri; 1) kamu ve yarı kamu finansman (genel vergi gelirleri, sosyal sigorta, açık finansman ve enflasyonun kullanımı, özel amaçlı vergiler, piyango ve bahis gibi gelirler) ve 2) özel finansman (özel sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen sistemler, gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları, toplum finansmanı, doğrudan hane halkı harcamaları ve tıbbi tasarruf hesabı gibi) mekanizmalardır.

Kamusal ve özel finansman mekanizmaları arasındaki denge ile bu iki finansman grubunda yer alan her bir mekanizmanın diğerlerine oranla ne ölçüde rol oynayacağı bu süreçte en kritik konular arasında yer almaktadır. Genel bir kural olarak, ülke zenginliği ile özel sektörün finansmandaki rolü arasında ters bir orantı olduğu söylenebilir. Bunun en önemli istisnası toplam sağlık harcaması içinde yaklaşık olarak %60'lık bir özel sektör payı ile ABD'dir.

Kamu finansmanında temel tercih genel vergiler ile zorunlu sigorta arasında yapılmaktadır. Genel vergiler ve sosyal sigortalar mekanizmaları aracılığıyla sağlanan finansman, tüm nüfusu kapsama, maliyet kontrolü ve adil finansman gibi avantajlara sahip olabilir. Ancak bu avantajlar yanında; sınırlı tercih hakkı, bürokratik yönetim, hizmet için oluşan kuyruklar, düşük kalite ve hizmetlere sınırlı erişilebilirlik gibi dezavantajları da olabilmektedir.

Genel Vergiler

Genel vergiler günümüzde sağlık hizmetleri finansmanında kolektif sorumluluğun yerine getirilmesi noktasında yaygınlıkla başvuru finansman mekanizmalarından birisidir. Sistem içindeki ağırlığı ülkeden ülkeye, başta politik ve ekonomik rejim farklılıklarına bağlı olmak üzere, değişiklikler gösterebilmektedir. Kolektivist nitelikli politik rejime sahip ülkelerde (sosyalist ülkeler) sistemin doğası gereği genel vergiler finansmanda başvuru neredeyse yegâne yöntem niteliğindedir. Bunun dışında kalan ülkelerde ise bu mekanizmanın sistem finansmanındaki ağırlığını belirleyen en önemli öğelerden biri ise toplumun kolektif sorumluluğu ne ölçüde kamusal yollarla üstlendiğine bağlı olmaktadır. Ağırlıklı olarak genel vergiler ile finanse edilen sağlık sistemleri Beveridge sağlık sistemi modeli olarak adlandırılmaktadır.

Beveridge modeli, temel olarak devletin, bütün vatandaşlarına sağlanacak önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerini tamamen genel vergilerden finanse etmesi ilkesinden hareket etmektedir. İngiltere’de 1948 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri Sisteminin (USHS) kurulmasıyla uygulamaya konulmuştur. Beveridge modeli tercihi, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini genel vergi gelirlerinden finanse ederek tüm vatandaşlara adil bir şekilde sunan bir çerçeveye sahiptir. Ancak bu adil olma özelliği verginin dolaylı mı yoksa dolaysız mı olduğu konusu ile yakından ilişkilidir.

Dolaylı vergiler; katma değer vergisi, gümrük vergisi (satış üzerinden yapılan) gibi doğası gereği tersine artan oranlı olup regresif (adil olmayan) olarak adlandırılır. Verginin düşük gelirli insanlardan toplanması bu vergi biçiminin bariz karakteristiğidir (tersine artan oranlı vergi). Gelir vergisi ve kurumlar vergisi *dolaysız vergilere* örnek olarak verilebilir. Bu vergi çeşidi aynı zamanda progresif (adil olan) olarak da adlandırılır.

Özel Amaçlı Vergiler

Belirli amaçlarla toplanan vergiler olan özel amaçlı vergiler; genellikle tütün, alkollü içecekler gibi ürünlere ve spor aktivitelerine (loto gibi) yüklenen satış vergileridir. Bu vergiler belirli amaçlarla konulur ve bu amaçlar dışında kullanılamazlar.

Normalde vergiler ulusal bir havuzda toplanır ve daha sonra hükümet tarafından değişik alanlara sarf edilir. Bununla beraber bazı hükümetler belli bir vergiyi belli bir amaç için toplayabilirler. Bu durumda belli bir hizmetin maliyetlerini karşılamak üzere alınan vergi “özel amaçlı vergi” niteliği taşır. Örneğin sadece sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmak üzere sağlığa özel vergiler konulabilir veya salınabilir.

Sosyal Sağlık Sigortası

Bir finansman mekanizması olarak sosyal sağlık sigortası (Bismarck modeli) genellikle herkesin katılımını zorunlu kılan sosyal primlere dayalı bir sistemdir. Sosyal sigorta finansmanı mekanizması; düzenli ve istikrarlı bir finansman biçimi olması, özerk yönetim ve denetime izin vermesi, maliyetlerin düşük tutulması gibi avantajlara sahip olmasına karşılık, sigorta katkılarının (hem işçi hem de işveren) bordrolara yansıtılması, idari karmaşıklığın ve maliyetlerin yüksekliği (prim toplama, düzenleme, hizmet sunucuları ile sözleşme yapma gibi) ve maliyet kontrolü problemleri gibi konularda da dezavantajlara sahiptir. Bu konuya ilişkin ayrıntılı bilgi bir sonraki bölümde (4. Bölüm) verilmektedir.

Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortası az gelişmiş ülkelerden ziyade, gelişmiş ülkelerde ve genellikle sosyal sigortanın veya İngiltere USHS gibi ulusal sistemlerin bulunmadığı ülkelerde yaygın bir biçimde başvuru alan finansman mekanizmasıdır. Özel sağlık sigortası isteğe bağlı (gönüllü) bir sigorta türüdür. Ulusal sosyal sigorta veya USHS gibi örgütlenmelere sahip ülkelerde de ilave ve daha özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarına cevap vermek üzere özel sağlık sigortası şirketleri vardır. Farklı kişisel beklenti ve tercihlere cevap vermek açısından ülkenin temel finansman yapısını tehdit etmediği sürece, olumlu bir katkıya sahip olabilir. Yalnız başına bir finansman mekanizması olarak başvurulmasını engelleyen en önemli nedenlerin başında “piyasa başarısızlıkları” (bkz. Bölüm 2) gelmektedir.

Piyango ve Bahis Gibi Gelirler

Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri finansmanını sağlamak için piyango ve bahis gelirlerinden yararlanılabilmektedir. Piyango ve bahisten elde edilen gelirler de sağlık hizmetlerinin finansmanında başvurulabilecek mekanizmalardan/yöntemlerden birisi olarak belirtilmektedir. Nadiren kullanılan bir yöntemdir. Adil olmayan bir özelliği olduğu için hakkaniyetsizliklere yol açabilir.

Açık Finansman ve Enflasyonun Kullanımı

Sağlık hizmetlerinde kullanılan diğer bir finansman mekanizması ise açık finansman ve enflasyonun kullanılmasıdır. Açık finansman (borç kullanımı; iç ve dış borç) ise borç alma ve bunu şimdi harcayarak daha sonra belirli bir zaman diliminde ödeme kararıdır. Bu ulusal ve uluslararası nitelik taşıyabilir. Kısa vadeli düşük faizli borç veya tahvil ve hisse senedi mekanizması ile olabilir. Bu fonların kullanımının maliyeti faizdir. Az gelişmiş ülkelerdeki yüksek enflasyon oranları ki bu gerçek borç faiz oranlarını da etkiler ve genellikle hükümetlerin kredi itibari konusundaki şüpheler bu tür finansmanın sağlık sistemlerini desteklemede kullanılmasını zorlaştırmaktadır. Borç kullanımı, iç ve dış borç olarak ikiye ayrılabilir ve geçici kriz durumlarında kullanılabilir. Kamu kaynaklarından sağlığa yeterince pay ayırlamadığı durumlarda dış kaynaklardan bu amaçla borç alınabilmektedir. Bu borçların ve faizlerinin geri ödemelerinde ise zorluklar yaşanabilmektedir. Borçları geçici bir finansman kaynağı olarak görmek gerekmektedir. Bu yöntem özellikle gelişmekte olan ülkelerde tercih edilmektedir veya ettirilmektedir.

Enflasyon ise tüketici fiyatlarındaki genel artışı ifade eder. Devletin giderleri gelirlerini aştığı zaman bütçe açığı oluşur. Devlet bu açığı nasıl kapatabilir? Ya para basarak, ya da kamu mal ve hizmetlerine zam yaparak bu açığı kapatmaya çalışır. Para basmak ise beraberinde enflasyonu getirir. Gerek sağlık hizmetlerinin gerekse de diğer hizmetlerin açık finansman veya enflasyon kullanılarak finansmanında özellikle gelişmekte olan ülkeler bu açığı veya enflasyon düzeyini kontrol altında tutmak için gerekli yönetsel disiplinden yoksundurlar. Bu yoksunluk beraberinde daha büyük açıkları ve hiperenflasyonu getirebileceği için dikkat edilmesini gerektirmektedir.

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

Kullanıcı Katkıları

Sağlık hizmetlerinde arka kapıdan özelleştirme, koyun postuna bürünmüş kurt, hastalık vergisi, eksik sigortalılık, çifte primlendirme ve kapsam derinliğini azaltan mekanizma olarak nitelendirilen kullanıcı katkıları; sağlık harcamalarının bir kısmının kullanıcılar tarafından karşılanması olarak tanımlanabilir. Herhangi bir sağlık hizmeti ihtiyacı durumunda ortaya çıkan parasal bedelin belirli bir kısmının sağlık güvencesi olan kişilere doğrudan ödettirilmesi olarak tanımlanan kullanıcı katkıları, enformal ödemeler ve doğrudan ödemeler ile birlikte “doğrudan cepten harcamaları” oluşturan üç unsurdan birisidir.

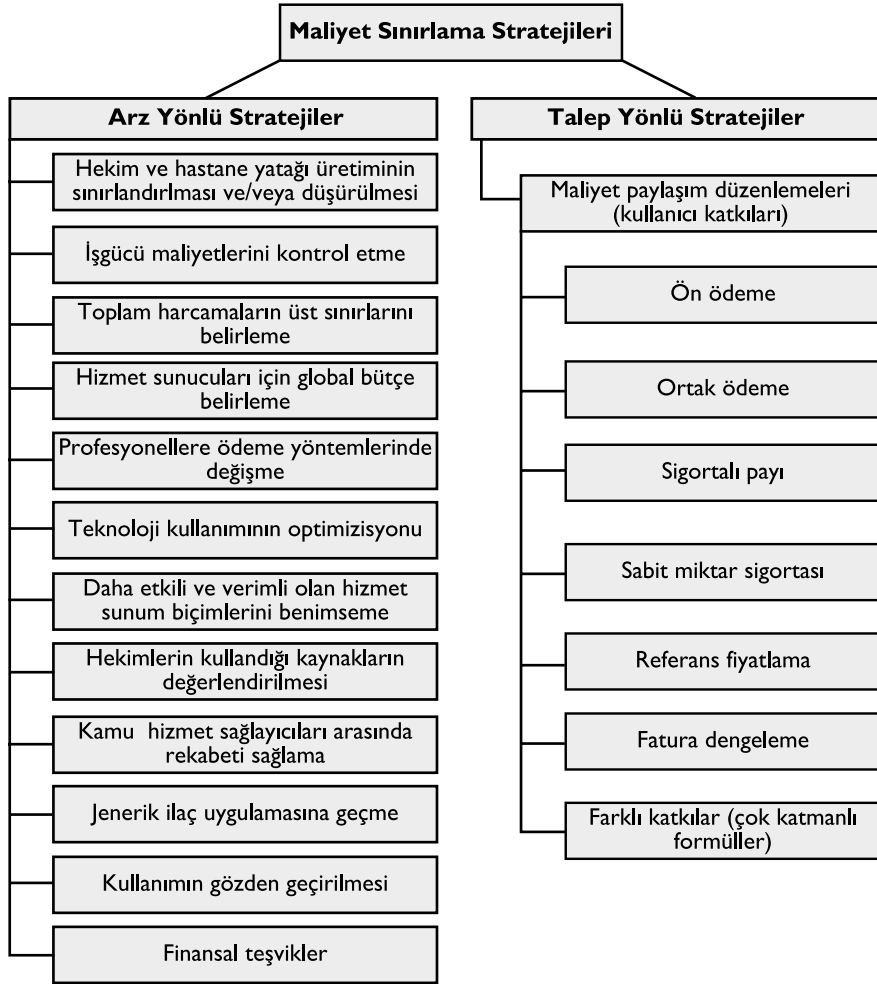
Ülkeler artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak, ek gelir sağlamak ve gereksiz sağlık hizmeti kullanımlarını önlemek için çeşitli stratejiler kullanmaktadır. Bu stratejileri talep yönlü maliyet sınırlama ve arz yönlü maliyet sınırlama stratejileri olarak iki ana kategoride ele almak mümkündür. Talep yönlü stratejiler veya mekanizmalar çeşitli kullanıcı katkıları düzenlemelerini içermektedir. Arz yönlü maliyet sınırlama stratejileri ise hekim ve hastane yatağı üretiminin sınırlandırılması ve/veya düşürülmesi gibi stratejileri içermektedir (bkz Şekil 3.3).



Kullanıcı katkıları ile ilgili ayrıntılı bilgi için Yıldırım, Yıldırım ve Erdem'e (2011) başvurulabilir.



Maliyet kontrolü, harcama kontrolü, maliyet sınırlama veya harcama sınırlaması olarak da adlandırılmaktadır.



Şekil 3.3: Maliyet Sınırlama Stratejileri İçin Genel Bir Çerçeve

Kaynak: Yıldırım, Yıldırım ve Erdem (2011)

Sağlık hizmetlerinde maliyet sınırlamanın talep kanadına yönelik düzenlemeleri olan kullanıcı katkıları mekanizmaları ve tanımları Tablo 3.2’de verilmektedir.

Tablo 3.2: Kullanıcı Katkıları Mekanizmaları ve Tanımları

Kullanıcı katkıları biçimi	Tanım ve açıklamalar
Doğrudan	
<i>Ortak ödeme (co-payment)</i>	Kullanıcı ürün veya hizmet başına sabit bir ücret (sabit miktar) öder. Örneğin, muayene başına ₺2, günlük hastane yatışı başına ₺10 gibi, sigorta geri kalan maliyeti öder.
<i>Sigortalı payı / ortak sigorta (co-insurance)</i>	Kullanıcı toplam maliyetin sabit bir oranını öder (%), kalan oranı ise sigorta öder. Örneğin, reçete bedelinin %20’si gibi.
<i>Ön ödeme (deductible)</i>	Sigorta programının teminatları aktif hale gelmeden önce cepten ödenmesi gereken miktar. Başka bir ifade ile alınan sağlık hizmetlerinin bedelinin sigorta tarafından ödenebilmesi için kişinin ödemesi gereken toplam ön ödeme miktarı. Örneğin, hastane yatışlarının ilk iki gününün hasta tarafından ödenmesi veya yıllık ₺100 sabit ücretin hasta tarafından ödenmesi gibi.
<i>Sabit teminat / sabit miktar sigortası (fixed indemnity)</i>	Kişi sadece belirli bir miktar için sigortalıdır ve bunun üzerindeki maliyeti kendisi karşılamak durumundadır. Örneğin, kişi yıllık toplam sağlık harcamalarının ₺1.000’sine kadar sigortalıdır, üstüne çıkarsa kendisi öder.
Dolaylı	
<i>Referans fiyatlandırma (reference pricing)</i>	Referans fiyat, bir grup eşit veya benzer ilaçlar için belirlenen ve sigortanın ödeyeceği maksimum fiyattır. Eğer kullanıcı referans fiyattan daha pahalı bir ilacı seçerse aradaki farkı öder.
<i>Fatura dengeleme / ilave ücret (balance billing)</i>	Kullanıcı maksimum geri ödeme oranı ile hizmet sunucunun talep ettiği fazladan ücret arasındaki farkı öder (Bu hizmet sağlayıcılarına resmi geri ödeme oranı üzerinde ücret talep etmesine izin verildiği durumlarda geçerlidir).
<i>Farklı katkılar (çok katmanlı formüller / differential charges (multi-tier formularies))</i>	Genelde bu, iki veya üç katmanı içermektedir. Birinci katman en düşük ortak ödeme düzeyine sahip olan marka ilaçlardan oluşmaktadır. İkinci ve üçüncü katmanlar genellikle orijinal ilaçlardan oluşmaktadır. Bunlar tercih edilen ve tercih edilmeyen ilaçlar olarak ayrılabilir. Tercih edilmeyen ilaçlar katmandaki en pahalı ilaçlardır. Çok katmanlı formüller en sık olarak ABD’de kullanılmaktadır.

Kaynak: Yıldırım, Yıldırım ve Erdem (2011)

Sağlık hizmetlerinde kullanıcı katkıları konusunda, kullanıcı katkılarını savunanlar ve karşı çıkanlar olmak üzere iki kesim vardır. Kullanıcı katkılarını savunan kesime göre; kullanıcı katkıları üç nedenden dolayı sağlık sektöründe sorunları çözebilir: 1) Kullanıcı katkılarının kullanılması sonucu daha fazla gelir elde edilir. Elde edilen gelirlerle daha iyi sağlık hizmeti verilebilir. 2) Kullanıcı katkıları fakirlerin sağlık hizmetlerine erişebilirliklerini artırabilir. Elde edilecek yeni gelirlerle devlet sağlık hizmetlerini kırsal kesimlere kadar yayabilir ve böylece fakir nüfusun yoğunlukta olduğu kırsal alanlarda hizmetlere ulaşılabilirlik sağlanmış olur. 3) Kullanıcı katkılarının kullanımı kamu hizmetlerinin daha verimli olarak verilmesini, tüketicilerin sağlık hizmetleri talebinde daha maliyet duyarlı olmasını, sevk sisteminin daha uygun olarak kullanılmasını ve gereksiz reçete yazımlarını engellemeyi sağlayabilir.

Sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanıcı katkılarının kullanılmasının iki temel nedeni veya amacı vardır: 1) Sağlık hizmetlerinde gereksiz kullanımı önlemek ve 2) ek gelir elde etmek. Kullanıcı katkıları, maliyetlerin belli bir oranının bireye yüklenmesi suretiyle talep kanadının davranışını veya talebini maliyet duyarlı hale getirmeyi, böylece en maliyet-etkili hizmetlerin kullanılmasını sağlayarak hizmet kalitesini geliştirebilmeyi hedeflemektedir. Başka bir bakış açısı ile kullanıcı katkıları; var olan sağlık güvencesinin talep kanadında neden olabileceği **ahlaki tehlikeyi** (bireyin sağlık güvencesi olması

dolayısıyla sağlığa zararlı davranışlarda bulunması ve/veya gereksiz kullanıma yönelmesi) önlemeyi amaçlamaktadır. Ahlaki tehlike konusu İkinci Bölüm ve Dördüncü Bölümde ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

Kullanıcı katkıları taraftarlarının yukarıdaki görüşlerine karşılık kullanıcı katkıları karşıtlarına göre ise, kullanıcı katkıları; bazı hastalar, hastalık grupları, yoksullar ve kolay zarar görebilecek kesimler için hakkaniyetsizliği de beraberinde getirebilmektedir. Kullanıcı katkılarının sağlık sektöründe geliri artırma kapasitesi sınırlı olduğu gibi, uygulanmasında yönetsel ve uygulama problemlerinin de bulunduğu bu kesim tarafından sıklıkla dile getirilmektedir. Hastaların maliyet-etkili sağlık hizmetlerini kullanması, hastalar ile hekimler arasında var olan enformasyon asimetrisinden dolayı çok fazla mümkün olmamaktadır. Kullanıcı katkıları sağlık hizmetlerinin talebinde düşüşlere sebep olabilir. Bu hem gerekli hem de gereksiz talep olabilir. Araştırmalar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde aşırı ve gereksiz sağlık hizmetlerinin tüketimi ile ilişkili olan verimsizliğin önüne geçmek; talep oryantasyonlu (hasta odaklı) maliyet paylaşım düzenlemelerinden ziyade, arz oryantasyonlu maliyet sınırlama düzenlemelerinin (ödeme yöntemleri, kullanımın gözden geçirilmesi, tedavi protokolleri ve rehberleri gibi) kullanımı ile sağlanabilir. Söz konusu sağlık olduğunda en verimli yöntemin en hakkaniyetli olanı olduğu belirtilebilir.

Tarafların bu tartışmaları ışığında şunu belirtmek olanaklıdır. Kullanıcı katkılarının sağlık sistemlerinde kullanılmasının artılarını maksimize etmek, eksilerini ise minimize etmek için özellikle nüfusun kolay zarar görebilecek kesimlerini ve belirli hastalıkları kullanıcı katkılarından muaf tutmak gerekmektedir.

Dış Yardımlar

Çoğu gelişmekte olan/fakir ülkelerde, kamu finansmanına alternatif olarak Dünya Bankası, Uluslararası Para Fonu, UNICEF gibi kuruluşların başını çektiği dış yardımlar gündeme gelebilmektedir. Dış yardımlar sağlık hizmetleri finansmanında ağırlıklı olarak kullanılmamakla birlikte özellikle kriz dönemlerinde başvuru bir finansman yöntemi olabilmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, sağlık sektörü için gerekli ek kaynaklar hükümet dışı kuruluşlar ile iki taraflı anlaşmalar kapsamında ve uluslararası donör kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Hükümet dışı kuruluşların, sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve finansmanında oynadıkları rol birçok ülkede artmaktadır. Bunun nedeni kamu kesimindeki kaynakların azalmasıdır. Donör ülkelerdeki ekonomik durgunluk ve kalkınma yardım programlarındaki kesintiler nedeniyle bu ülkelerde mali yardım beklentileri sınırlıdır. Sonuçta, sağlık alanındaki programlar için gerekli krediler ilgili kurumlardan elde edilmeye çalışılmaktadır. Az gelişmiş ülkelerin birçoğunda, hastalık kontrol ve kritik alanlarda sağlık geliştirme çalışmaları dış kaynaklardan finanse edilmektedir. Dış yardımların amacına ulaşabilmesi için söz konusu yardımları koordine edecek ve yönlerecek aktörler ve düzenlemeler gereklidir. Dış yardımlar oldukça politik bir konudur. Ancak gereği gibi ele alınıp değerlendirilebilirse sağlık sektörü için yararlı bir finansman mekanizması olabilir.

Toplum Finansmanı

Toplum finansmanı; toplum temelli sağlık sigortası, tıbbi yardım toplulukları, tıbbi yardım programları ve mikro sigorta programları olarak da adlandırılabilir. Sağlık için toplum finansmanı; bir topluluktaki (bir köydeki, bölgedeki veya diğer coğrafik alandaki nüfus veya bir sosyo-ekonomik veya etnik nüfus grubu), hane halklarının belirli sağlık hizmetleri ile ilgili cari ve/veya sermaye maliyetlerinin tümünü veya bir kısmını finanse etmeleridir.

Asenso-Okyere, sağlık hizmetlerinde bir finansman kaynağı olarak belirtilen toplum finansmanını; insanların malzeme, işgücü gibi yönlerden katkıda bulunması ile yapılan finansman yöntemi olarak belirtmektedir. Yani; bireyler, aileler veya toplum grupları tarafından sağlık maliyetlerinin bir kısmına nakdi, ayni veya işgücü olarak yapılan katkılar toplum finansmanı olarak ele alınmaktadır. Bireysel olarak normal piyasada tıbbi mal ve hizmetlerin satın alınması toplum finansmanı olarak ele alınmaz. Kollektif çaba olması gerekmektedir. Toplum katılımının en iyi tarafı toplumun kendi potansiyellerinin

farkına varmalarını sağlamasıdır ve toplum finansmanında beklenen, ödemeye katkı yapan hane halklarının finansman programının ve hizmetlerin organizasyonu yönetimine katılmalarıdır.

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

İşverenlerce Finanse Edilen Sistemler

İşverenlerce finanse edilen sistemler kavramı ile, çalışanlarının sağlıkları ile ilgili olarak tüm harcamaların işverenler tarafından yapıldığı durum ifade edilmektedir. Pek rastlanılan bir uygulama değildir. İşverenlerin çeşitli yollarla çalışanlarının sağlık hizmetleri ihtiyaçlarının tamamını veya bir bölümünü doğrudan finanse etmeleridir. Bu yöntemin pek yaygın olmadığı ve hiçbir ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı bir yere sahip olmadığı belirtilmektedir.

Gönüllü ve Hayır Kuruluşlarının Katkıları/Yardımları

Yardım ve hayırlar, şirketler ya da dernekler tarafından yapılabilir. Bu kuruluşlar yerli ve yabancı olabilir. Birçok ülkenin tek sağlık finansman kaynağı dış yardımlar olabilir (örneğin fakir Afrika ülkelerinde olduğu gibi). Vakıflar da bu grup içinde değerlendirilebilir. Vakıfları diğer yardım ve hayırlardan ayıran özellikler vardır. Vakıflarda, kişisel yardım sadece vakfın kuruluş aşamasında yapılır. Yapılan bu yatırım kendi kazancı ile sistemin finansmanını sağlamaktadır. Vakıf elde ettiği gelirleri kuruluş amacına göre kullanmaktadır (hastane, cami ve dükkân gibi).

Yardım ve hayır arasındaki ayrım şu şekilde açıklanabilir. Yardımın temeli sosyal amaçlıdır. Akraba ya da bakmakla yükümlü olanlara yapılabilir. Hayır, dini amaçlı ve kaynağa bakılarak yapılır (fitre, zekat, kurban gibi). İşletmelerin, zengin birey ve ailelerin ve dinsel örgütlerin gönüllü yardımlarıdır. Geçmişte sahip olduğu, özellikle dünyanın belli kesimlerinde (Afrika gibi), önemli rolünü yitirmeye başlayan bu finansman kaynağının yol açtığı dolaylı sorunlar vardır. Bunlar; 1) yardım yapan kuruluş veya şahısların öncelikleri, yardımı alanın önceliklerinden çok farklı olabilir ve 2) bu tür katkılar başka finans kaynaklarının azalmasına veya onların yerini almaya da yol açabilir.

Tıbbi Tasarruf Hesabı

Literatürde son dönemlerde yoğun olarak tartışılan finansman yöntemlerinden birisi de tıbbi tasarruf hesabıdır (medical saving accounts) (TTH). İlk olarak Singapur tarafından uygulanan bu yöntemle göre, bireysel olarak açılan hesaplara, bireylerden genç ve sağlıklı iken zorunlu olarak (ücretlerinin bir yüzdesi olarak) tasarruf yapmaları istenmekte ve bu hesapta biriken paralar o bireyin yatan hasta hizmetleri için harcanmaktadır. Bu yöntem bazı yazarlarca Bismarck ve Beveridge modelleri arasında bir ara yol olarak kabul edilmektedir. Burada temelde, bireylerin bugünkü gelirlerinin bir bölümünü tasarruf yoluyla gelecekteki sağlık hizmeti risklerine karşı kullanılmak üzere aktarmaları söz konusudur. Hesaplar, bireyler için ayrı ayrı tutulmakta ve sadece hesap sahibi birey için kullanılabilir. Singapur hükümeti bu uygulamaya geçiş aşamasında “kendiniz için yaşam boyu risk havuzlama” sloganını kullanmıştır.

TTH, 1996 yılında çıkarılan bir yasa ile ABD’de sınırlı olarak uygulanmaya başlanmıştır. ABD’de bu uygulamanın başlamasının altında yatan temel motivasyon, özel sağlık sigortası ağırlıklı bir sistemin beraberinde getirdiği “ahlaki tehlike” ve “ters seçim” problemlerinin (bu problemler, Bölüm 2 ve Bölüm 4’de ele alınmıştır) üstesinden gelebilmek olmuştur. Hastaların, tıbbi bakımın toplam maliyeti konusunda bilgi sahibi olması durumunda fiyatlara daha duyarlı olacakları ve gereksiz talebi engelleyecekleri varsayılmıştır.

Sağlık tasarruf hesabı (STH) diye de adlandırılan TTH, ihtiyaç duyulduğunda sağlığa özel kullanılmak üzere kişiye özgü tasarruf hesaplarına bireyler tarafından yapılan zorunlu veya gönüllü katkıları içeren bir hesaptır. TTH üç temel amaçla kullanılabilir; 1) gelecekte beklenen yüksek tıbbi maliyetler için tasarrufları teşvik etmek, 2) maliyetlerin kontrolünü sağlamak ve 3) sağlık sistemleri için ek fonları harekete geçirmek.

Bu yöntemin en temel dezavantajı, toplumsal ölçekli bir risk havuzlaması olmaması nedeniyle, bakımı pahalı olan hastalıklara karşı bir koruma sağlamamasıdır. Bu nedenle, TTH her zaman bu tür hastalıklara

(kanser gibi) karşı koruma sağlayan bir mekanizma ile birlikte olmalıdır. Örneğin, Singapur’da bu amaçla bireylerin ayrıca prim ödemek zorunda oldukları ayrı bir sigorta sistemi kurulmuştur.

Sağlık hizmetleri finansmanında kullanılan belli başlı mekanizmaların teorik avantaj ve dezavantajlarının özeti Tablo 3.3’de verilmektedir.

Tablo 3.3: Sağlık Hizmetleri Finansman Yöntemlerinin Teorik Avantaj ve Dezavantajları

Finansman Yöntemi	Avantajlar	Dezavantajlar
Doğrudan vergi	Gelir tabanı geniş Yönetimi kolay Genellikle progresif (artan oranlı) ve dayanışmayı teşvik eder Risk havuzu geniş Herkesi kapsama	Uyum zor olabilir Tahsisatlar politik müzakereye konu olmaktadır Potansiyel vergi kaçakları
Dolaylı vergi	Görünür gelir kaynağı Yönetimi kolay Uyum kolay	Potansiyel vergi kaçakları Tahsisatlar tüketim düzeyine bağlıdır Genellikle regresiftir (azalan oranlıdır)
Sosyal sağlık sigortası	Gelirler sağlık için ayrılmıştır Diğer devlet gelirlerinden ayrıdır Gelir kaynağı bellidir Kaynağından kesilebilir Primleri artırmada potansiyel düşük düzeyde direnç Fonların bağımsız yönetimi Sigortalıya tercih olanağı verebilir	Kendi hesabına çalışanların ve enformal sektörde çalışanların uyumu zor Sigortalı olma kişinin katkı yapması ile ilişkili, dolayısıyla “sigortasız” kesim problemi İşgücü maliyetlerini artırabilir ve uluslararası rekabeti etkileyebilir Çok güçlü düzenleyici yapı Gelir yapısı dar İşsizler, emekliler ve enformal sektör için özel mekanizmalara ihtiyaç var
Özel sağlık sigortası	Sigortalıya tercih olanağı verebilir Kamu sistemi tarafından kapsanmayan maliyetlere karşı koruma sağlar (tamamlayıcı sigorta)	Güçlü düzenleyici çerçeve gerekli Ters seçim söz konusu olabilir Risk seçimi söz konusu olabilir Ödemeyi kullanımla ilişkilendirebilir Erişim sigorta kapsamı ile sınırlı Genellikle regresif Fonların havuzlanması sınırlı
Kullanıcı katkıları	Etkili olmayan mal ve hizmetlerin gereksiz kullanımını engelleyebilir (eğer uygun muafiyetler kullanılırsa)	Ödemeyi kullanımla ilişkilendirir Gerekli hizmetlere erişimi engelleyebilir Erişim ödeme gücüyle ilişkili Regresiftir Fon havuzlaması yoktur

Kaynak: Dixon et al. (2004)

Sağlık Hizmetleri Finansman Mekanizmalarını Değerlendirme Kriterleri

Genelde sağlık politikalarını özelde ise sağlık finansman yöntemlerini veya politikalarını seçerken veya uygulanmakta olan finansman mekanizmalarının veya politikalarının değerlendirilmesinde göz önünde bulundurulması gereken temel kriterler arasında; hakkaniyet, dayanışma, uygunluk, erişim ve kullanım, verimlilik, kalite, finansal sürdürülebilirlik ve herkesi kapsama yer almaktadır. Ayrıntılarına girilmeden sağlık hizmetleri açısından bu kavramların ne anlama geldiği ve belli başlı sağlık finansman mekanizmalarının (genel vergiler, sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve doğrudan ceptan yapılan ödemeler gibi) bu ölçütler açısından değerlendirilmesi aşağıda kısaca ele alınmaktadır.

Hakkaniyet

Hakkaniyet kavramı sağlık alanındaki tartışmalı kavramların başında gelmektedir. Buna rağmen üzerinde mutabakata varılan bilgi birikimine göre sağlık hizmetleri finansmanında **hakkaniyet**; bireylerin sağlık hizmetleri finansmanına ödeme gücüne göre katkı yapması ve ödeme gücüne bakılmaksızın herkesin

ihtiyacı ile ilişkili olarak sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesidir. Hakkaniyet yaklaşımına göre sağlık hizmetleri ödeme gücüne göre finanse edilmeli ve ihtiyaca göre de hizmetlerden yararlanılmalıdır.

Sağlık sözkonusu olduğunda hakkaniyetin iki boyutu üzerinde durulmaktadır: Dikey hakkaniyet (vertical equity) ve yatay hakkaniyet (horizontal equity). Dikey hakkaniyet, eşit olmayanlara eşit olmayan muamele edilmesini gerektirir. Bu tanıma göre ödeme gücü farklı olan kişilerin hizmetlerin finansmanına yaptıkları katkı da farklı olmalıdır. İkinci tür hakkaniyet (yatay hakkaniyet) kavramında ise eşitlere eşit şekilde muamele edilmelidir (örneğin aynı sağlık hizmetine ihtiyacı olanlar hizmetten eşit olarak yararlanmalıdır).

Vergi gelirleriyle finansmanda hizmetten yararlanma ihtiyaç, katkı ise vergi yoluyla gelire dayalıdır. Bu yöntemin amaçladığı adaleti/hakkaniyeti sağlayabilmenin en önemli ön koşulu vergi adaletinin sağlanmasıdır. Vergi adaleti çok genel olarak az kazananlardan az, çok kazananlardan çok vergi alınması anlamına gelir. Vergi adaleti ağırlıklı olarak vergi gelirlerinin dolaylı mı yoksa dolaysız mı olduğu ile de yakından ilişkilidir. Toplam vergi gelirleri içinde dolaylı vergilerin payının fazla olması sözkonusu finansmanın hakkaniyetli olmaması anlamına gelir.

Dolaylı vergilerin ağırlıkta olduğu ve tanım gereği adaletsiz, yani az kazananların çok kazananlara göre daha yüksek oranlarda katkı sağladığı kamu finans havuzundan az gelirli/çok gelirli ayırımı yapılmaksızın herkesin kullanımına sunulan sağlık hizmetleri, az kazananların sırtından çok kazananlara sağlık hizmeti sunmak gibi bir sonuç doğurabilir.

Genel vergi gelirleri ile finanse edilen sağlık sisteminde erişim genellikle ilke olarak belirli gruplarla sınırlı değilken, uygulamada sağlık sektörü içindeki genel vergilerin tahsisi politik baskılardan etkilenebilir. Bu da sağlık hizmetlerinin verilmesinde hakkaniyeti azaltıcı bir etki gösterebilir. Örneğin, vergi ile finanse edilen sağlık hizmetlerinin büyük bölümü az gelişmiş ülkelerde kentsel yörelere verilmekte, kırsal yörelere ise sadece çok sınırlı hizmetler götürülmektedir. Yoksulları daha yoksul hale getiren vergiler onların sağlık statüsünü ciddi düzeylerde zedeleyebilir.

Özel amaçlı vergilerdeki en büyük problem genellikle toplanmasında ve dağıtımındaki zorluk olarak belirtilmektedir. Bu tür vergiler popüler olmayabilir ve genelde uygulandığı üzere eğer bu vergiler yiyecek maddelerinden, eğlenceden, sigara ve alkol gibi maddelerden alınıyorsa adaletsiz (regressive) bir özellik taşır ve bu da az gelirli ailelere oransal olarak çok daha büyük bir yük yükler. Bu tür gelirler araba, dayanıklı tüketim maddeleri gibi daha çok toplumun yüksek gelirli kesimince satın alınan lüks ürünlerden alınıyorsa aslında adil de olabilirler. Bu finansman kaynağı belli programlar veya projelerin finansmanında kullanılabilir.

Sosyal sağlık sigortası bağlamında hakkaniyet, bir ülkenin tüm nüfusunun uygun bir katkı ödeyerek veya bazı grupların hiç katkı yapmadan belirlenmiş bir sağlık hizmetleri paketine garantili erişimi anlamına gelir. Zorunlu sosyal sağlık sigortasında primler gelirin bir yansıması olduğundan ve teorik olarak sağlık hizmetlerini kullanmada finansmana dayalı bir engel olmadığından hakkaniyetli/adil bir yöntem olarak kabul edilir. Hakkaniyetsizliğin üstesinden gelmek ve sağlık hizmetlerine ihtiyaç temelli ve hakkaniyetli erişimi sağlamada sosyal sigorta önemli bir finansman mekanizması olabilir.

Sosyal sağlık sigortasında primler sağlık statüsüne göre değil çalışanın gelirine bağlı olarak belirlenmektedir. Buna göre geliri yüksek olanların primi düşük olanlara göre daha yüksektir. Yani sistem içinde zenginden fakire ve çalışandan çalışmayana doğru bir gelir transferi söz konusudur. Bu sistemde dikey hakkaniyet açısından bakıldığında eşit olmayanların eşit olmayan muamele gördükleri yani az kazananın çok kazananlara göre sisteme daha az katkıda bulunduğu görülmektedir.

Özel sağlık sigortası; yoksulları ve yüksek risk grubunda (örneğin yaşlılar, kronik hastalığı olanlar vs) bulunanları dışlaması (ters seçim) ve primlerin gelirle ilişkisiz olması özel sağlık sigortasını doğası gereği hakkaniyetsiz (regresif) kılmaktadır.

Kullanıcı katkıları politikalarının hakkaniyet üzerinde önemli etkileri vardır. Bu yolla elde edilen gelirin kullanım yer ve amacı önemli bir husustur. İdeal olan, bu kaynağın özellikle yoksullara yönelik olmak üzere hizmet üretme amacıyla kullanılmasıdır. Ancak uygulamada bu kaynağın ya pahalı ekipmanın satın alınması ya da başta hekimler olmak üzere sağlık personelinin ücretlerini artırmak için kullanıldığı gözlenmektedir. Yoksulları korumaya yönelik önlemler içermeyen bir kullanıcı katkıları politikası doğası gereği hakkaniyet açısından olumsuz etkiye sahiptir. Kullanıcı katkılarının hakkaniyetsizliğini azaltabilmek için uygun muafiyet mekanizmalarının kullanılması gerekmektedir.

Wagstaf ve diğerleri tarafından yapılan bir araştırma hakkaniyet açısından ilginç sonuçlar ortaya koymuştur. Vergi (dolaylı, dolaysız), sosyal sigorta, özel sigorta ve doğrudan cepten ödeme finansman yöntemleri açısından 13 ülkeyi (Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, İngiltere ve ABD) hakkaniyet açısından karşılaştıran çalışma sonucunda, doğrudan vergilerin tüm ülkeler için adaletli, dolaylı vergilerin ise tüm ülkeler açısından adaletsiz olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Sosyal sigorta açısından ise Hollanda ve Almanya'nın adaletsiz olmasına karşılık, İngiltere, İrlanda, İspanya ve İtalya için adaletli olduğu ortaya çıkmıştır. Özel sigorta açısından ise İngiltere, Hollanda, Danimarka, İtalya ve Almanya'nın adaletli olduğu, diğer ülkelerin ise adaletsiz olduğu ortaya konulmuştur. Doğrudan cepten ödemelerin tüm ülkeler için adaletsiz olduğu tespit edilmiştir.

Herkesi Kapsama

Kapsama, ihtiyaç duyulduğunda bedava, daha az bir ücretle ya da maruz kalınan masrafın daha sonradan tamamının veya belirli bir bölümünün, üçüncü bir kurum tarafından hastaya geri ödenmesi suretiyle tedavi edilebilmenin garanti edilmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle nüfusun sigorta kapsamındakilerinin yüzdesi önemli bir hakkaniyet ve dayanışma göstergesidir.

Sağlık hizmetlerinde kapsama kavramının birkaç boyutu olabilmektedir. Thomson ve diğerlerinin de işaret ettiği gibi, sağlık güvencesi kapsamı veya sağlık hizmetleri kapsamı (coverage) ile ilgili olarak üç ana boyut ortaya çıkmaktadır: 1) Kapsam genişliği (breadth of coverage), 2) kapsam alanı (scope of coverage) ve 3) kapsam derinliği (depth of coverage). Bu boyutlar sırasıyla; kimin (bireyler/nüfus), neyin (teminat paketi) ve nasıl (ne ölçüde/düzeyde) kapsandığı sorularına cevap vermektedir. İzlenen politikaların bu üç kapsam boyutu üzerinde ciddi etkileri olabilmektedir. Örneğin sağlık sisteminde kullanıcı katkılarının ve diğer maliyet paylaşım araçlarının yaygın bir şekilde kullanımı, kapsamın derinliği ile yakından ilişkili olup, kapsam derinliğini olumsuz yönde etkileyen politika tercihlerinden birisidir. Kullanıcı katkıları kapsam derinliğini azaltabilir. Kapsam alanı ise belirli faydaları teminat paketi kapsamından çıkarmak veya ortaya çıkan yeni faydaları pakete dahil etmemek suretiyle azaltılabilir.

Genel vergi gelirleri ile finanse edilen sağlık sistemleri doğası gereği nüfusun tümünü kapsayan bir niteliğe sahiptir. Sosyal sağlık sigortası ise, eğer zorunlu niteliği varsa tüm nüfusu kapsama potansiyeline sahiptir. Ancak eğer sosyal sağlık sigortası zorunlu bir niteliğe sahip değilse, herkesi kapsamaması söz konusu olmayabilir. Özel sağlık sigortası ise herkesi kapsama niteliğinden yoksundur.

Dayanışma

Sağlık finansman sisteminde geliri yeniden dağıtıcı etkinin; zenginden yoksula, sağlamdan hastaya, gençten yaşlıya, kısacası sağlık riski daha az olandan daha çok olana doğru olması gerekir. Bu toplumsal dayanışmanın asgari koşuludur. Geliri yeniden dağıtıcı etkinin pozitif yönde ortaya çıkabilmesinin de iki koşulu vardır. Bu iki koşul aynı zamanda sağlık finansman sisteminin sosyal yanını oluşturur. Bunlardan birincisi para toplama mekanizmasının niteliğidir. İkincisi ise finansman sisteminin önceden, sağlık sorunları yaşanmadan önce oluşturulmasıdır. Dayanışma, sağlık riski az olanlardan sağlık riski daha fazla olanlara ve geliri daha fazla olandan az olana doğru bir çapraz-sübvansiyon durumudur.

Sosyal dayanışma, genel vergi gelirleri ve sosyal sağlık sigortası primleri ile finanse edilen sağlık sistemlerinde teorik olarak var olan bir durumdur. Ancak bu dayanışmanın boyutu ve derinliği ülkeden ülkeye farklılıklar gösterir. Bu farklılıkların temelinde de; vergi gelirlerinin adaletli olup olmadığı, sosyal sağlık sigortası primlerinin düzeyi ve kapsamı gibi unsurlar yatmaktadır. Sosyal sağlık sigortası zorunlu olması niteliğiyle, herkesi kapsamamasıyla ve sağlık ve finansal risklerin bir havuzda bir araya getirilmesiyle dayanışmayı sağlamaktadır. Özel sağlık sigortasında primler kişilere ve risklere göre alındığından ve hizmetlerden yararlanma da bu ödenen bireysel koşullara göre olduğundan bir dayanışmadan bahsetmek olanaklı değildir. Doğrudan cepten ödemeler de doğası gereği dayanışmaya konu olmamaktadır.

Verimlilik

Sağlık özelinde verimliliği iki açıdan değerlendirmek olanaklıdır: Makro verimlilik ve mikro verimlilik. Makro verimlilik, GSYİH'den sağlık hizmetlerine ayrılan pay veya oran bağlamında ele alınırken; mikro verimlilik ise, bir sağlık sisteminin mevcut kaynaklarını maksimum etki yaratacak şekilde kullanabilmeyi ifade etmektedir. Verimli bir finansman mekanizması, nispeten büyük miktarda fon oluşturur. Ayrıca

verimli bir finansman mekanizmasında fon toplama ve yönetim maliyetleri de düşük düzeyde olacaktır. Bir finansman mekanizmasının hem teknik hem de tahsisat açısından verimli olması arzulanan bir durumdur.

Teknik verimlilik (doğru bir şekilde yapmak), kaliteden ödün vermeden daha az kaynakla daha fazla çıktı elde edebilmektedir. Teknik verimlilik, mal ve hizmetlerin minimum maliyet ile üretilmesine işaret eder. Bu tanıma göre, harcanan para ile maksimum çıktının sağlanması durumunda teknik verimlilik sağlanmış olur. Bu durumda teknik verimliliği sağlamak için bu çıktıyı üretecek yeterli sayıda personele, ekipmana, araç ve gerece vb. gibi girdilere sahip olmak gerekir. Teknik verimlilik mal ve hizmetin nasıl üretildiği ile ilgili olduğu için genellikle sistemin yöneticilerinin sorumluluğundadır.

Tahsisat verimliliği (doğru olan şeyi yapmak), farklı düzeylerdeki sağlık hizmetleri arasında kaynakların doğru bir şekilde tahsis edilmesidir. Kaynak tahsisinde verimlilik, devletin genel amaçlarına ulaşabilmek için doğru çıktıların üretilip üretilmemesi ile ilgilidir. Bu durumda, bir sağlık hizmetinin sağlık statüsü kazanımlarını maksimize edip etmemesi ya da ne kadar ettiği, kaynak tahsisindeki verimlilik konusunda cevaplanması gereken sorulardır. Sağlık sisteminin eldeki mevcut kaynakları en iyi şekilde kullanmasını gerektirdiği ve maliyet konusunun da her ülkenin önemli konularından biri olması nedeniyle sağlık sektörü reformunun önemli amaçlarından biri her iki verimlilikte de gelişme sağlamaktır. Ancak politik olarak kaynak tahsisindeki verimliliği artırmak teknik verimliliği artırmaktan daha zor olabilir. Genel vergi gelirleri mekanizması ve sosyal sağlık sigortacılığı mekanizmalarının verimlilik üzerindeki etkilerin sistemden sisteme farklılıklar gösterebilmektedir.

Sürdürülebilirlik

Finansal sürdürülebilirlik, uzun vadede hizmet sunumunun ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasında kritik bir öneme sahiptir. Finansman mekanizmasının sürdürülebilirliği ağırlıklı olarak mekanizmanın uzun vadeli istikrarı ve gelir elde etme potansiyeli anlamına gelir. Başka bir ifade ile söz konusu finansman mekanizmasının sürdürülebilir olması için, söz konusu mekanizma ile elde edilen gelirlerin önemli ve sıklıkla bir dalgalanmaya konu olmaması gerekir.

Kısacası gelirleri ile giderlerini karşılayabilme olarak ele alınan finansal sürdürülebilirlik, sosyal sağlık sigortacılığı mekanizması söz konusu olduğunda; sosyal sağlık sigortacılığının zorunlu olup olmadığı, prim düzeyleri, temel teminat paketinin kapsamı, işsizlik ve istihdam durumları ile yakından ilişkilidir. Eğer işsizlik ve kayıt dışı istihdam yüksek düzeyde ise finansal sürdürülebilirliği sağlayabilmek zor olabilir.

Erişim ve Kullanım

Sağlık hizmetlerine erişim, herhangi bir engel olmadan bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri sunumu ve olanakları ile buluşabilmesi olarak tanımlanabilir. Bu engeller çok çeşitli olmakla birlikte; mesafe, coğrafi şartlar, kültürel faktörler, izlenen politikalar, sağlık altyapı imkânları yanında bireylerin finansman güvencelerinin olup olmaması durumu da sağlık hizmetlerine erişim durumunu belirleyen temel unsurlar arasında yer almaktadır. Diğer faktörler sabit olmak koşulu ile teorik olarak genel vergi gelirleri ve sağlık sigortalarının finansman mekanizması olarak kullanıldığı sağlık sistemleri ortamında sağlık hizmetlerine erişim olanaklıdır. Doğrudan cepten ödeme mekanizmaları ise doğaları gereği gereksiz erişimi ve kullanımı sınırlamak için kullanıldığından sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı bazen olumsuz yönde etkileyebildiği belirtilebilir.

Uygulanabilirlik

Sağlık hizmetleri finansman mekanizmalarının değerlendirilmesinde genellikle göz ardı edilen ve sürdürülebilirlikle de yakından ilişkili olan bir kriter olan uygulanabilirlikte bir kaç soruya yanıt aranmaktadır: Paydaşların seçilecek olan veya seçilmiş olan finansman mekanizmasını destekleme veya karşı gelme durumları nedir? Söz konusu finansman mekanizmasının uygulama başarısını sağlamak için yeterli yönetsel kapasite (aktüerya uzmanlığı, enformasyon sistemi gibi) var mıdır? Uygunluk ağırlıklı olarak, belirli bir finansman mekanizmasının başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için yeterli yönetsel

kapasitenin ve paydaşlardan yeterli desteğin olup olmadığı bağlamında ele alınmaktadır. Bu bağlamda değerlendirildiğinde teorik olarak genel vergiler ve sosyal sağlık sigortacılığı paydaşlar açısından uygun olan finansman mekanizmaları olarak belirtilebilir.

Kalite

Kalite, hastanın bakış açısı ile olduğu kadar doktorun bakış açısı ile de tanımlanabilir. Ayrıca doktor ya da diğer sağlık personelinin sağladığı klinik hizmetlerin kalitesi ya da otelcilik hizmetleri, personel ile iletişim gibi hizmet kalitesi de geniş kalite kavramı içinde yer alabilir.

Kalite kavramı çok genel olarak müşteri istek ve beklentilerinin karşılanması olarak tanımlanabilir. Sağlık hizmetinin kalitesi hem teknik kalite hem de tedavi sanatı (algılanan kalite) olarak ele alınabilir. Teknik kalite, teşhis ve tedavi hizmetlerinin çağdaş tıp bilimine, bilimsel standart ve normlara uygun olması anlamına gelmektedir. Algılanan kalite ise, verilen hizmetlerin hastaların beklentilerini karşılaması anlamına gelmektedir. Algılanan kalite, hizmet ortamının genel özellikleri ve hizmet sunanların müşterilere yönelik tutum ve davranışlarını kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin kalitesinin belirlenmesinde dikkate alınması gereken temel değişkenler; etkililik, tıbbi etkililik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık ve hakkaniyet olarak belirtilebilir.

Sağlık Hizmetleri Finansmanında Fon Toplama Kuruluşları

Şekil 3.2'den de görülebildiği üzere sağlık hizmetleri finansmanında fon toplama kurum ve kuruluşları; merkezi, bölgesel veya yerel yönetim düzeyinde olabileceği gibi, bağımsız kamu kuruluşu veya sosyal güvenlik kurumu da olabilir. Özel kar amacı gütmeyen veya kar amacı güden kurum veya kuruluşlar da sağlık hizmetleri finansmanında fon toplayan kuruluşlar arasında yer alabilir. Ayrıca, doğrudan cepten ödemeler veya kredi ve bağışlar gibi finansman mekanizmaları kullanılıyorsa sağlık hizmetlerini sunan hizmet sunucularına doğrudan ödeme de yapılabilmektedir. Dolayısıyla bu durumda aracı bir kurum veya kuruluş yer almamaktadır.



İNTERNET

Sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı konuları ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi için www.absaglik.com adresini ziyaret edebilirsiniz.



SIRA SİZDE

2

Sosyal sağlık sigortasının avantajlarını biliyor musunuz?

Özet

Bu bölümde sağlık harcamaları ve sağlık finansmanı ele alınmıştır.

Sağlık harcamaları, sağlık finansmanı ve sigorta içiçeleşen ve birbirleriyle yakından ilişkili olan konulardır. Sağlık harcamaları; sağlık finansmanını, dolayısıyla sağlık finansmanının bir mekanizması olan sağlık sigortacılığını doğuran ve varlığını zorunlu kılan temel harcamalardır. Başka bir ifade ile sağlık sigortacılığı ve finansmanı, sağlık harcamalarının bir sonucu olarak ortaya çıkar. Yani harcamaların varlığı finansmanı, dolayısıyla sigortacılığı da beraberinde getirir. Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı sigortacılık mekanizması aracılığıyla gerçekleştirilmektedir.

Her ülke; nüfusun demografik yapısı, teknolojik birikim, kültür, tarihsel arka plan, sağlık hizmetlerine erişim, sağlığa atfedilen değer, ekonomik güç gibi faktörlerin bir fonksiyonu olarak belirli ve farklı düzeylerde sağlık harcaması gerçekleştirir.

Ülkelerin sağlıkları için ne kadar harcama yapması gerektiği sorusu daima gündemde olan bir sorudur. Bu sorunun basit ve tek bir cevabı olmamakla birlikte, sağlık harcaması düzeylerinin ağırlıklı olarak çevresel ve ortamsal faktörler tarafından belirlendiği belirtilebilir. Bu soruyu cevaplamada kullanılan belli başlı yaklaşımlar arasında; emsal ülke yaklaşımı, politik ekonomi yaklaşımı, sağlık üretimi fonksiyonu yaklaşımı ve bütçe yaklaşımı olmak üzere çeşitli yaklaşımlar yer almakla birlikte, basit olmasından ve ülke karşılaştırmalarına olanak tanımasından dolayı emsal ülke yaklaşımı, yani benzer sosyo-ekonomik düzeydeki ülkelerin karşılaştırılması yaklaşımı yaygınla kullanılmaktadır.

Türkiye'nin sağlığı için yeterli kaynak ayırıp ayırmadığı hususu sürekli tartışılmaktadır. Bu açıdan bakıldığında son dönemlerde Türkiye'nin sağlığı için ayırdığı kaynaklarda genel anlamda bir artış olduğu belirtilebilir. Genel olarak belirtmek gerekirse, Türkiye'nin sağlığı için yeterli düzeyde kaynak ayırdığı, ancak bu kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanıldığı söylenemez.

Belirtildiği üzere, ülkeler o veya bu şekilde belli bir düzeyde sağlık harcaması gerçekleştirmektedir ve bu harcamalar sağlık sektörünü ülke GSYİH'sinden aldığı payla çok önemli bir sektör konumuna getirmektedir. Bu denli önemli olan sağlık harcamaları nereden, nasıl, hangi kurumlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir? Bu sorunun cevabı bizi sağlık hizmetleri finansman konusuna götürmekte ve sağlık harcamalarının finansman boyutunun ele alınmasını gerektirmektedir.

Herkesi kapsayıcı, hakkaniyetli, etkili ve verimli bir finansal koruma sağlamayı amaçlayan sağlık hizmetleri finansmanı; gelir elde etme, havuzlama ve satınalma fonksiyonlarından oluşur.

Sağlık hizmetleri finansman kaynakları arasında; bireyler, hane halkları, çalışanlar, işverenler, firmalar, şirketler, yabancı ve yerli hükümet dışı kuruluşlar ve yardım kuruluşları, yabancı devlet ve şirketler yer almaktadır.

Vergiler, sigortalar ve doğrudan cepten ödemeler olmak üzere temelde üç finansman yöntemi ön plana çıkmaktadır. Bu yöntemlere ek olarak; tıbbi tasarruf hesabı, toplum finansmanı, özel amaçlı vergiler, piyango ve bahis gelirleri gibi mekanizmalar da nadir de olsa kullanılabilmektedir. Bu yöntemlerin uygun olup olmadığına karar verebilmek, yöntemler arasında tercih yapabilmek ve yöntemlerin etkilerini ortaya koyabilmek için, bu yöntemlerin sağlık politikası amaçları ya da sağlık finansmanı politika amaçları olarak da anılan hakkaniyet, herkesi kapsama, dayanışma ve benzeri gibi ölçütler kullanılarak değerlendirmeleri yapılmaktadır.

Sağlık hizmetleri finansmanında fon toplama kuruluşları arasında; merkezi, bölgesel veya yerel yönetim düzeyinde kuruluşlar yer alabileceği gibi, bağımsız kamu kuruluşu veya sosyal güvenlik kurumu da olabilir. Özel kar amacı gütmeyen veya kar amacı güden kurum veya kuruluşlar da sağlık hizmetleri finansmanında fon toplayan kuruluşlar arasında yer alabilir.

Kendimizi Sınayalım

1. Aşağıdakilerden hangisi sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında **yer almaz**?

- a. Nüfusun sağlık ihtiyaçları
- b. Ekonomik durum
- c. Sağlık güvencesi durumu
- d. Teknolojik gelişmeler
- e. Coğrafi şartlar

2. Aşağıdakilerden hangisi sağlık harcamaları düzeyini belirlemede kullanılan yaklaşımlar arasında yer alır?

- a. Emsal ülke yaklaşımı
- b. Politik ekonomi yaklaşımı
- c. Sağlık üretimi fonksiyonu yaklaşımı
- d. Bütçe yaklaşımı
- e. Hepsi

3. Aşağıdakilerden hangisi sağlık hizmetleri üçlüsü arasında yer alan bir aktör **değildir**?

- a. Vatandaş
- b. Gelir elde etme
- c. Hizmet sunucu
- d. Sigortacı
- e. Satınalıcı

4. Aşağıdakilerden hangisi talep yönlü maliyet sınırlama stratejileri arasında **yer almaz**?

- a. Ön ödeme
- b. Ortak ödeme
- c. Sigorta payı
- d. Finansal teşvikler
- e. Sabit miktar sigortası

5. Aşağıdakilerden hangisi finansman fonksiyonları arasında yer alır?

- a. Gelir elde etme
- b. Pazarlama
- c. Muhasebe
- d. Planlama
- e. Örgütlenme

6. Aşağıdakilerden hangisi finansman kaynakları arasında **yer almaz**?

- a. Bireyler
- b. İşverenler
- c. Devlet
- d. Hibeler
- e. Yardım kuruluşları

7. Aşağıdakilerden hangisi sağlık finansman mekanizmaları arasında **yer almaz**?

- a. Satın alma
- b. Tıbbi tasarruf hesabı
- c. Genel vergiler
- d. Özel sağlık sigortacılığı
- e. Sosyal sağlık sigortacılığı

8. Aşağıdakilerden hangisi fon toplama kuruluşları arasında **yer almaz**?

- a. Merkezi yönetim
- b. Uluslar arası kuruluşlar
- c. Yerel yönetim
- d. Özel kuruluşlar
- e. Bölgesel yönetim

9. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortasının dezavantajları arasında yer alır?

- a. Gelirler sağlık için ayrılmıştır
- b. Gelir kaynağı bellidir
- c. Sigortalıya tercih olanağı verebilir
- d. İşgücü maliyetlerini artırabilir
- e. Fonların bağımsız yönetimi

10. Aşağıdakilerden hangisi finansman mekanizmalarını değerlendirme kriterleri arasında **yer almaz**?

- a. Hakkaniyet
- b. Dayanışma
- c. Herkesi kapsama
- d. Gelir elde etme
- e. Verimlilik

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

- 1. e** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Harcamaları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 2. a** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Harcamaları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 3. b** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 4. d** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 5. a** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 6. d** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 7. a** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 8. b** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 9. d** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
- 10. d** Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Finansmanı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Dünya Sağlık Örgütü’nün Herkes İçin Sağlık Veri Tabanı 2012 (HFA-DB 2012) verilerine göre Türkiye’nin GSYİH’sinden sağlığına ayırdığı paylar sırasıyla %5,46 (2005); %5,82 (2006); %6,04 (2007); %6,08 (2008) ve %6,74 (2009) olmuştur. Görüldüğü üzere Türkiye’nin GSYİH’sinden sağlığına ayırdığı paylar giderek artış eğilimi göstermektedir.

Sıra Sizde 2

Sosyal sağlık sigortacılığının avantajları arasında; gelirlerin sağlık için ayrılması, diğer devlet gelirlerinden ayrı olması, gelir kaynağının belli olması, gelirlerin kaynağından kesilmesi, primlerin artırılmasında çok fazla direnç olmaması, fonların bağımsız yönetilebilmesi ve sigortalıya tercih olanağı verebilmesi yer almaktadır.

Yararlanılan Kaynaklar

- Abel-Smith, B. (1978). **Poverty, Development and Health Policy**. Public Health Papers 69, WHO, Geneva.
- Abel-Smith, B. (1984). Cost Containment in 12 European Countries. **World Health Statistical Quarterly**. 37: 351-362.
- Abel-Smith, B. (1995). Global Perspective on Health Services Financing. **Social Science and Medicine**. 21(9): 957-963.
- Akdur, R. (2003). **Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde Durum ve Türkiye'nin Birliğe Uyumu**. Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No: 17. Ankara.
- Appleby, J. (1992). **Financing Health Care in the 1990s**. Open University Press, Buckingham.
- Asenso-Okyere, W.K. (1995). Financing Health Care in Ghana. **World Health Forum**. 16(1): 86-91.
- Banoob, S.N. (1994). Private and Public Financing-Health Reform in Eastern and Central Europe. **World Health Forum**, 15(4): 329-334.
- Belek, İ. (2009). **Sağlığın Politik Ekonomisi – Sosyal Devletin Çöküşü**. Genişletilmiş 3. Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Carrin, G., Waelkens, M-P, and Criel, B. (2005). Community-Based Health Insurance in Developing Countries: A Study of its Contribution to the Performance of Health Financing Systems. **Tropical Medicine and International Health**. 10(8): 799-811.
- Cichon, M. and Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck-Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. **World Health Forum**. 15(4): 323-328.
- Creese, A.L. (1991). User Charges for Health Care: A Review of Recent Experience. **Health Policy and Planning**. 6(4): 309-319.
- Dawson, D. (1999). Why Charge Patients? **Eurohealth**, 5(3): 1-3.
- Dixon, A., Langenbrunner, J. and Mossialos, E. (2004). Facing the Challenges for Health Care Financing. In: Figueras, J. et al. (Eds). **Health System in Transition: Learning from Experience**. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Copenhagen, Chapter 3: 51-83.
- DPT. (2000). VIII. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) Sağlık Sektörü Özel İhtisas Komisyonu. **Finansman ve Maliyet Alt Komisyonu Raporu**. Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- Emil, F. ve Yılmaz, H.H. (2003). **Kamu Borçlanması, İstikrar Programları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler**. ERC Working Papers in Economics 03/07, Economic Research Center, Middle East Technical University, Ankara.
- Evans, R.G. (1997). Going for the gold: The Redistributive Agenda Behind Market-Based Health Care Reform. **Journal of Health Politics, Policy and Law**. 22(2): 427-465
- Frenk, J. et al. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. **Bulletin of the World Health Organisation**. 78(6): 717-739.
- Gilson, L. (1988). **Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?** London. LSHTM, EPC Publication Number 15.
- Gilson, L., Russel, S. and Buse, K. (1995). The Political Economy of User Fees with Targeting: Developing Equitable Health Financing Policy. **Journal International Development**. 7(3): 177-180.
- Green, A. (1995). **An Introduction to Health Planning in Developing Countries**. Oxford University Press, Oxford.
- Hakansson, S. (1994). New Ways of Financing and Organizing Health Care in Sweden. **International Journal of Health Planning and Management**. 9: 103-124.
- Hanvoravongchai, P. (2002). **Medical Savings Accounts: Lessons Learned from Limited International Experience**. Discussion Paper Number: 3-2002.
- Hoare, G. and Mills, A. (1986). **Paying for the Health Sector**. LSHTM, EPC Publication Number 12, London.
- ILO. (1999). **Social Health Insurance**. International Labour Office, Geneva.

- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S. (2010). **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**. İkinci Baskı, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Kurtulmuş, S. (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Le Grand, J. (1996). Financing Health Care. In: Feachem, Z., Hensher, M. and Rose, L. (eds). **Implementing Health Sector Reform in Central Asia**. 1998. Papers from an EDI Health Policy Seminar Held in Ashgabat, Turkmenistan, June 1996. World Bank, pp: 75-85.
- Mach, E.P. (1978). The Financing of Health Systems in Developing Countries: Discussion Paper. **Social Science and Medicine**. 12: 7-11.
- McIntyre, D. (2007). **Learning from Experience: Health Care Financing in Low- and Middle-Income Countries**. Global Forum for Health Research. Geneva.
- Mills, A. and Gilson, L. (1988). **Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit**. EPC Publication Number: 17, London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.
- Mossialos, E. and Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. In: Mossialos, E. et al. (Eds). **Funding Health Care: Option for Europe**. European Observatory on Health Care Systems and Policies. WHO, Copenhagen. Chapter One: 1-30.
- Murray, C.J.L. and Frenk, J. (2000). A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. **Bulletin of the World Health Organization**. 78(6): 717-731.
- Newbrander, W. et al. (1994). Developing Countries' Health Expenditure Information: What Exists and What is Needed? **Health Policy and Planning**. 9(4): 396-408.
- Normand, C. (1992). Funding Health Care in the United Kingdom. **BMJ**, 304: 768-770.
- Normand, C. (1999). Using Social Health Insurance to Meet Policy Goals. **Social Science and Medicine**. 48: 865-869.
- OECD. (2012). **OECD Health Data 2011**, OECD, Paris.
- Pannarunothai, S., Patmasiriwat, D. and Srithamrongsawat, S. (2004). Universal Health Coverage in Thailand: Ideas for Reform and Policy Struggling. **Health Policy**, 68(1):17-30.
- Roberts, M. et al. (2004). **Getting Health Reform Right**, Oxford, Oxford University Press.
- Ron, A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G. (1990). **Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach**. ILO, Geneva.
- Saltman, R.B. and Figueras, J. (1997). **European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies**. WHO Regional for Europe, Copenhagen.
- Savedof, W.D. (2007). What Should A Country Spend on Health Care? **Health Affairs**, 26(4): 962-970.
- Schieber, G. and Maeda, A. (1999). Health Care Financing and Delivery In Developing Countries. **Health Affairs**. May/June: 193-205.
- Schieber, G., Baeza, C., Kress, D. and Maier, M. (2006). Financing Health Systems in the 21st Century. In: Jamison, D.T. et al. (Eds). **Disease Control Priorities in Developing Countries**. Second Edition. Oxford University Press and World Bank, Chapter 12: 225-242.
- Sorkin, A.L. (1986). Financing Health Development Projects: Some Macro-Economic Considerations. **Social Science and Medicine**. 22(3): 345-349.
- Tatar, M. (2006). Genel Sağlık Sigortası: Türkiye Uygulamalarının Teoride ve Uluslar arası Uygulamalardaki Yeri, **Makro Bakış**, 2
- Tatar, F. (1996). Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları. **Toplum ve Hekim**. 11 (72)
- Tatar, M. (tarihsiz). **Sağlık Politikası ve Planlaması Ders Notları** (Yayınlanmamış). USES, Ankara.
- Tatar, M. ve Tatar, F. (1998). **Yerel Yönetimler ve Sağlık**. Belediyeler Birliği, Ankara.
- TEPAV. (2008). **Mali İzleme Raporu – 2008 Yılı Şubat Ayı Bütçe Sonuçları / Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Sağlık Politikaları ve Ülkemizde Kamu Sağlık Harcamaları Sorunu**. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), Ankara.
- TEPAV. (2012). **2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve**. Mali İzleme Raporu, İstikrar Enstitüsü, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), Ankara.
- Thomason, J., Mulou, N. and Bass, C. (1994). User Charges for Rural Health Services in Papua New Ginea. **Social Science and Medicine**. 39(8): 1105-1115.

Thomson, S. and Mossialos, E. (2008). Medical Savings Accounts: Can They Improve Health System Performance in Europe? **Euro Observer**, 10(4): 1-4.

Thomson, S. et al. (2009). **Adressing Financial Sustainability in Health Systems**. Policy Summary I, European Observatory on Health Systems and Policies and Health Evidence Network (HEN), WHO, Copenhagen.

Wagstaff et al. (1999). Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Some Further International Comparisons. **Journal of Health Economics**. 18: 263-290.

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E. (1997). Progressivity, Horizontal Equity and Reranking in Health Care Finance: A Decomposition Analysis for the Netherlands. **Journal of Health Economics**. 16: 499-516.

WHO. (1998). **The World Health Report 1998. Life in the 21st Century A Vision For All**. WHO, Geneva.

WHO. (1999). **Health 21: The Health For All Policy Framework for the WHO European Region**. European Health for All Series No: 6, WHO Regional for Europe, Copenhagen.

WHO. (2000). **The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance**. WHO, Geneva.

WHO. (2012). **European Health for All Database 2012**. WHO Regional for Europe, Copenhagen.

Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. **Amme İdaresi Dergisi**, 44(2): 71-98.

www.absaglik.com

www.euro.who.int

www.oecd.org

www.who.int

4

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

-  Sigortacılık ve sağlık sigortacılığı kavramlarını tanımlayabilecek,
 -  Sigortacılık ve sağlık sigortacılığının tarihçesini ifade edebilecek,
 -  Sigortacılık ve sağlık sigortacılığı, çeşitleri, işlevleri ve yararlarını sıralayabilecek,
 -  Sağlık sigortasının arz ve talep üzerindeki etkisini açıklayabilecek
- bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

 Sigortacılık	 Enformasyon Asimetrisi
 Sağlık Sigortacılığı	 Ahlaki Tehlike
 Risk	 Ters Seçim
 Prim	 Risk Seçimi
 Zorunlu Sigorta	 Sosyal Sigorta

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığının Tarihçesi
- ❖ Sigortacılık Genel Prensipleri
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı Kavramları ve Tanımları
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Amaç, İhtiyaç ve Talep
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Riskler
- ❖ Sağlık Sigortasında Sağlanan Faydalar
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığının Önemi ve İşlevleri
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Fiyatlandırma
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Taraflar
- ❖ Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı Çeşitleri (Türleri)
- ❖ Sağlık Sigortacılığının Diğer Sigortalardan Farkı
- ❖ Sağlık Sigortacılığında Organizasyon Biçimleri
- ❖ Sağlık Sigortasının Arz ve Talep Üzerindeki Etkisi: Ahlaki Tehlike ve Çözüm Önerileri

Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı

GİRİŞ

Sağlığın kendine has özellikleri, özellikle de kimin ne zaman hastalanacağını belli olmaması ve sağlık problemi ve ihtiyacı ile karşılaşıldığında da çok yüklü miktarlarda giderleri gerektirmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. Güçlü ekonomilere ve adaletli vergileme sistemine sahip kimi ülkeler sağlık hizmetlerindeki bu kolektif sorumluluğu “genel vergiler” yoluyla karşılamaya çalışırken, kimi ülkeler de bu sorumluluğu “zorunlu sosyal sağlık sigortasını” kurarak sosyal primlere yüklemişlerdir. Kısacası sağlığın doğasındaki maliyetlerin yüksekliği ve risk; kolektif sorumluluğu, kolektif sorumluluk da sağlık sigortasını doğurmuştur.

Geçmiş 13. yüzyıla kadar dayanan ve temel sağlık finansman mekanizmalarından birisi olan sağlık sigortası; sosyal sigorta şartlarına veya poliçe genel şartlarına göre sigortalının karşılaştığı hastalık ve/veya kaza sonunda ihtiyaç duyacağı hizmetlerin masraflarını karşılayan bir sigorta türü olarak ele alınmaktadır. Sağlık sigortasında riziko kişinin sağlığını kaybetmesidir. Kişi sağlığını ya hastalandığında ya da kazaya uğradığında kaybeder. Sağlık sigortası, bu durumdaki kişiye muayene, teşhis ve tedavisinde gerekli masrafları belli limitler dahilinde ödeyen mekanizmadır.

Sağlık sigortası; sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Özel sigortalılarla sosyal sigortalıların topluma hizmet yöntemleri; gerek amaç ve kapsam gerekse de uygulama açısından benzerlikler ve önemli farklılıklar taşımaktadır. Bir sigorta kurumu açısından önemli olan temel fonksiyonlardan birisi fiyatlandırmadır. Sigorta ürününün fiyatı ödenen prim miktarıdır. Başka bir ifade ile sigorta kuruluşunun sigorta sözleşmesinde belirtilen güvenceye karşılık olarak sigorta ettirenden aldığı parasal karşılıktır. Sigorta priminin hesaplanması olası hasarların *sıklığının* ve *şiddetinin* tahmin edilmesi esasına dayanmaktadır.

Güçlü ve yaygın bir finansman mekanizması olan sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin birçok boyutu ve aktörü üzerinde etkileri bulunmaktadır. Bu etkiler sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin arz ve talebi üzerindeki etkileri kapsamında ele alınıp incelenebilir. Sağlık sigortasının sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerindeki bu etkileri genel olarak *ahlaki tehlike* olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık sigortası piyasasında çok sayıda taraf rol oynamaktadır. Bunlar arasında ön plana çıkanlar; sigorta kuruluşu (sigortacı), sigortalı, sigorta ettiren ve lehdar, mal/hizmet sunucuları ve kamu otoritesidir.

Bu bağlamda bu bölümde; sigortacılık ve sağlık sigortacılığının tarihçesi, sigortacılık genel prensipleri, sigortacılık ve sağlık sigortacılığı kavramı, sağlık sigortacılığında sağlanan faydalar, sigortacılık ve sağlık sigortacılığının önemi ve işlevleri, sigortacılık ve sağlık sigortacılığında fiyatlandırma, sigortacılık ve sağlık sigortacılığında taraflar, sigortacılık ve sağlık sigortacılığı türleri, sağlık sigortacılığının diğer sigortalardan farkı, sağlık sigortacılığında organizasyon biçimleri, sağlık sigortasının arz ve talep üzerindeki etkisi ve çözüm önerileri konuları üzerinde durulmaktadır.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ TARİHÇESİ¹

Sigortacılığın insanlık tarihi kadar eski olduğu belirtilebilir. Çünkü sigortacılığın varlık sebebi olan risk, insanoğlunun varlığı kadar eski bir kavramdır. Günümüzdeki gibi detaylı bir şekilde tanımlanıp, hakkında kapsamlı araştırmalar ve çalışmalar yapılmasa da milyonlarca yıl önce de insanların yaşantılarında sayısız risk olduğunu ve bu risklerin en azından bir kısmıyla başa çıkmak için bir takım risk yönetim tekniklerinin, bilinçsiz ve ilkel de olsa, kullanıldığını belirtmek olanaklıdır.

Bu bağlamda, risk transferi ve paylaşımı odaklı bir risk yönetim enstrümanı olan sigorta benzeri çeşitli ilkel uygulamalar da antik dönemlerde görülmekteydi. Örneğin, Hammurabi Kanunları'nda (MÖ 1755) sigorta benzeri bir uygulamadan bahsedilir. Kervanlar aracılığı ile malların güvenli bir şekilde taşınmasını garanti eden borç sözleşmeleri, ilkel sigorta sözleşmeleri sayılmaktadır. Antik Yunan'da sigorta benzeri sayılabilecek deniz öduncü sözleşmeleri yapılmaktaydı.

Roma döneminde hayat sigortasının temeli sayılabilecek yardım sandıkları bulunmaktaydı. Özellikle alt gelir grubundaki Romalılar, Collegium Tenuiorum adı verilen klüplere üye olup, belirli miktar bir parayı klüp bünyesinde oluşturulan fonlarda toplayarak üyelerden birinin vefatı halinde cenaze masraflarının karşılanmasını sağlamaktaydı. Orta Çağ'ın feodal yönetimi altında faaliyet gösteren tüccar ve zanaatkar locaları yangın, hırsızlık, hastalık, sakatlık, vefat ve tutukluluk gibi hallere karşı üyelerine maddi yardım sağlayarak bir nevi sigorta görevi işlevi görmeye başlamışlardır.

12. yüzyılda deniz ticaretinin artmasına paralel olarak İtalyan limanlarında deniz sigortası uygulamaları artmaya başlamıştır. Böylelikle, Venedik giderek bir sigorta merkezi haline gelmiştir. Belçika'da 1210 yılında kurulan Brugges Sigorta Odası, spesifik olarak ticari sigorta teminatı sunmak üzere kurulmuştur. Bilinen en eski sigorta poliçelerine ise Cenova Devlet Arşivleri'nde 1343 ve 1347 yıllarına ait iki sigorta poliçesi örnek olarak verilmektedir.

İtalyan tüccarların ticari faaliyetleri ile sigorta uygulamaları İngiltere'ye ve diğer Avrupa ülkelerine de ulaşmıştır. Sigortacılıktaki öncü uygulamaların deniz ticaretindeki risklerin paylaşılması ile ilgili olduğu belirtilebilir. Deniz sigortacılığı, diğer sahalarda sigorta mekanizmasının kullanılması için yol gösterici olmakla kalmamış, sigorta hukukunun doğmasına ve gelişmesine vesile olmuştur. Deniz sigortası uygulamalarını ise yangın sigortaları izlemiştir.

2-5 Eylül 1666 tarihleri arasında Londra'da yaşanan büyük yangında (Londra Büyük Yangını) 13.200 ev yanarken, yüzbin kişi de evsiz kalmıştır. Londralılar, bu tür büyük bir yangın felaketini bir daha yaşamamak için çeşitli önlemler almışlardır. Ancak yangın riskini tamamen ortadan kaldırmak mümkün olmadığından, olası yangın risklerine karşı sigortacılıktan yararlanılmaya başlanılmıştır. 1667 yılında dünyanın gerçek anlamdaki ilk sigorta şirketi olarak kabul edilen *Insurance Office* şirketi Londra'da kurulmuştur. Bu şirket Londralılar'a yangın sigortası teminatı satmaya başlamıştır. Daha sonra Llyod's of London önemli bir sigorta piyasası haline gelmiştir. Llyod's, İngiltere'de faaliyet gösteren uzman bir sigorta piyasasıdır. Yangın şeklinde yanlış bilindiği üzere Llyod's bir sigorta şirketi değildir.

17. ve 18. yüzyıllarda ticaret giderek gelişmiştir. Sanayi devrimi ile birlikte üretim ve ticaret hacimleri tahmin edilemeyen noktalara ulaşmıştır. Hızlı sanayileşme süreci ile birlikte karşılaşılan sorunlar ve iş kazaları hızlı bir şekilde artmış ve yeni icat edilen makineler ve araçların yol açtığı kazalar, yeni sigorta ürünlerine ihtiyaç duyulmasına neden olmuştur. Endüstrileşme ve şehirleşme sürecinin yoğunlaştığı 19. yüzyıl zorunlu sigorta kavramının somutlaştığı dönem olarak ifade edilebilir. Çünkü sosyal politika yanlıları günlük hayatı içerisinde kendisini giderek daha da çok hissettirmeye başlayan risklere karşı üçüncü şahısları ve kamu yararını korumak için bir takım sigortaların kanunlar vasıtasıyla zorunlu olması gerektiğini savunmaktaydılar.

Görüldüğü üzere, sigorta ürünlerinin ortaya çıkması ve gelişmesi ile teknolojik, ekonomik ve sosyal olaylar arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Sanayileşmenin artması, teknolojik ilerlemenin hayatın hemen her alanında etkisini göstermesi, şehirleşme oranının giderek artması ve bunlara bağlı olarak

¹ Bu bölümdeki genel sigortacılığın tarihçesi ile ilgili kısımlar kısmen Çipil (2008) ve Uğur'a (2004) dayalı olarak hazırlanmıştır.

sosyo-ekonomik yaşantının değişmesiyle birlikte, insanların sigorta ürünlerine olan talebi artmıştır. Böylece, bugünkü bilinen anlamıyla sigortacılık piyasası giderek tüm dünyada gelişmiş ve buna bağlı olarak sigorta şirketlerini ve faaliyetlerini düzenlemek üzere gerekli yasal altyapılar oluşturulmaya başlanmıştır.

Özel sigortalar ilk olarak, mal ve eşyaların maruz kalabileceği tehlikelere karşı güvence sağlamak için tesis edilmiştir. 19. yüzyılda İngiltere’de bir sigorta şirketi, çalışan kişileri haftalık olarak ödenen prim karşılığında ölüm ve yaşlılığa karşı sigorta ettirmeye başlamış ve bu uygulama İngiltere’den sonra diğer Avrupa ülkelerine ve ABD’ye yayılmıştır. Özel sigortaların ölüm ve yaşlılık sigortasından sonra hastalık rizikosunu karşılayan türü de ortaya çıkmıştır. İngiltere’de 1885’te özel bir sigorta şirketi tarafından hastane günlük creti teminatı verilmiş, 1910’da söz konusu teminata ilave olarak hastane ücretlerinin belirli bir yüzdesinin ödenmesi ngrlmş, 1930’da bu durum genişletilerek hastane dışında yapılan tedavileri de kapsamaya başlamıştır. 1929 Dünya Ekonomik Krizi döneminde kamu sosyal güvenlik sistemlerinin yetersizliği, çalışanın sosyal güvenlik sorumluluğunun işveren tarafından paylaşılması gerektiği fikrini doğurmuştur.

Almanya’da da sosyal güvenliğin sağlanmasında, sosyal sigortalardan önce özel sigortalardan yararlanılmıştır. Özel sigorta uygulamaları, sosyal sigortaların özelliklerini önemli ölçüde etkilemiş hatta belirlemiştir. Ancak zel sigortalar, sosyal sigortalara yaptıkları etki dışında sosyal güvenlik açısından fazla bir önem taşımamıştır. Sendikaların öncülük ettiği hastalık ve ölüm hallerinde yardım sağlayan karşılıklı yardımlaşma sandıklarının yetersiz kalması sonucu ortaya çıkan ve prim karşılığı sosyal güvenlik garantisi veren özel sigortalar, sadece çalışan ve gelir sahibi olanları kapsamına alması nedeniyle geniş toplum kesimlerine sosyal güvence vermekte yetersiz kalmıştır. Yani, önce özel sigortalardan yararlanılmaya çalışılmış ancak başarı sağlanamayınca sosyal sigortalara yönelinmiştir.

Tarihsel olarak bakıldığında, sosyal sigortaların, özel sigortalara kıyasla daha yeni bir uygulama alanı olduğu belirtilebilir. Sosyal sigorta uygulamaları açısından dikkat çekici ilk örnek olarak Almanya’dan bahsedilebilir. Giderek artan iş hareketleri sonucunda, Alman İmparatoru Otto von Bismarck, işlere teminat sağlamak üzere devlet eliyle bir sigorta mekanizması kurulması için talimat vermiştir. Böylelikle sağlık sigortası, kaza sigortası ve emeklilik planı olmak üzere üç ayağı olan bir sistem geliştirilmiş ve modern anlamdaki ilk sosyal sigorta uygulaması 19. yüzyılın sonlarına doğru hayat bulmuştur. Almanya’nın sosyal sigorta tecrübesi daha sonra Avrupa ülkelerine hızla yayılmıştır.

Sosyal sigortalar, bir sosyal güvenlik tekniği olarak öncelikle sanayileşme süreci içerisinde ortaya çıkan iş kitlesinin korunmasına yönelik yapılan arayışlar sonucunda ortaya çıkmıştır. Sosyal sigortalar, geleneksel sosyal güvenlik kurumlarının; sanayi toplumunun ihtiyaını karşılamada yetersiz kalması üzerine, ilk defa 1881 yılında Almanya’da Başbakan Bismarck tarafından kurulmuştur. Başta sanayileşmiş Avrupa lkeleri olmak üzere bütün dünyada hızla gelişip yaygınlaşarak, sosyal güvenlik sisteminin en önemli kurumu haline gelmiştir. Sosyal sigorta türleri içinde ilk kurulan sosyal sigorta kolu, 1883’te Almanya’da kurulan hastalık sigortasıdır. Bunu 1884 yılında iş kazaları, 1889 yılında ise yaşlılık ve malullük sigortası dalları izlemiştir. Sanayileşme sürecine girmiş bulunan ülkelerde işçiler benzer koşullarda çalıştıkları ve aldıkları ücretler herhangi bir birikime olanak veremediğinden Almanya’da başlayan sosyal sigorta hareketini önce Avusturya izlemiştir. Norveç, 1905’te hastalık sigortasını; İsveç, 1913’te yaşlılık ve malullük sigortasını; İsviçre, 1911’de iş kazaları sigortasını; İngiltere, 1908’de yaşlılık sigortasını, 1911’de bütün işçiler için hastalık ve malullük sigortasını ve bazı kategori işçileri için dünyada ilk kez işsizlik sigortasını; Fransa, 1910’da sınırlı bir uygulamayla yaşlılık sigortasını gerçekleştirmiştir. Sosyal sigortalar 1929 ekonomik bunalımını izleyen yıllarda Güney Amerika lkelerinde, ABD ve Kanada’da; İkinci Dünya Savaşı sonrasında ise bütün ülkelerde yaygınlaşmaya başlamıştır.

Sağlık risklerine karşı korumayı sağlamak için kaynakların havuzlanması uygulaması temelde işgücü gelişmeleri kapsamında ortaya çıkmıştır. Sağlık sigortası tarihsel gelişimi içinde Ortaçağ Avrupası’nda gelişmiş ve bu alandaki ilk gelişmeler 13. yüzyılda madenlerde, 14. ve 15. yüzyılda ise loncalarda veya sanatkârların klüplerinde kurulan “hastalık fonları” (sickness funds) ile başlamıştır. Gönüllü (zel) sağlık sigortası farklı ülkelerde işverenler, doktorlar, sendikalar ve yerel çalışan gruplar tarafından teşvik edilmiştir. Hastalık nedeniyle gelir elde edememek paylaşılabilecek bir risk olarak kabul edilmiştir.

Özel sağlık sigortasının Avrupa'daki gelişiminin yüzyıldan fazla bir süre önceki arka planına bakıldığında, bugünkü durumdan çok farklı olduğu görülmektedir. O dönemlerde hekimler genellikle daha az eğitilmiş idiler. Bitkisel ilaçlarla tedavi yapılıyordu ve hacamat, sülük, kanama yaygın tedaviler arasında yer alıyordu. Hastaneler tedaviden ziyade bakım yerleri idi. Sağlık teknolojisi oldukça ilkel durumdaydı. Kamu sağlık hizmetleri yetersizdi ve bu hizmetler devlet veya hayır kurumları tarafından sağlanıyordu. Sigorta, fakir insanların sağlık hizmetlerine erişme hakkını daha iyi durumda olan insanlar ile aynı düzeyde sağlıyordu. Bu düşük teknoloji sağlık hizmetlerinin maliyetleri düzenli katkıları ile kolayca sağlanabiliyordu.

Ancak sanayileşme, kötü sağlık risklerini ele almak için daha geniş ve çeşitli düzenlemeleri tetiklemiştir. Hastalığın işçilerin gelirleri açısından paylaşılması gereken bir risk olarak kabul edilmiş olması, 18. yüzyılın sonları ve 19. yüzyılın başlarında aynı endüstrideki veya yöredeki işçi ve küçük çiftçi gruplarının karşılıklı yarar toplulukları (mutual benefit societies) olarak hastalık fonlarını oluşturmalarını/kurumlarını teşvik etmiştir. Amaç, ihtiyaç sahibi üyelerine faydalar sağlamaktır. Bu topluluklar kar amacı gütmemişlerdir. Bu karşılıklı fayda topluluklarının temel prensipleri; dayanışma, üyelerinin yönetime katılması ve üyelerinin değişen ihtiyaçlarına cevap verebilecek yetenek olarak belirtilebilir.

Bu gelişmelere karşın sağlık sigortacılığının tarihçesini inceleyenler, 1883 yılında Otto Von Bismarck tarafından Almanya'da geliştirilen ve düşük gelir grubundaki tüm işçilerin hastalık sigortası ile korunmasını zorunlu kılan yasayı bugünkü anladığımız şekliyle sağlık sigortasının başlangıç tarihi olarak kabul etmektedir. Dolayısıyla ilk defa bugünkü anlamda sosyal sigortanın 1883 yılında Almanya'da Bismarck tarafından kurulduğu belirtilebilir. Sosyal sigortanın kuruluş amacı; işçileri kazalara, hastalıklara, yaşlılığa ve maluliyete karşı korumayı sağlamaktır. Zorunlu sosyal sigortada başlangıçta; primler çalışan ve işverenlerin yapmış olduğu katkıları ile finanse ediliyordu. Daha sonraları devlet katkısı da zorunlu sigortanın kaynakları arasında yer almaya başlamıştır. Hemen arkasından diğer Avrupa ülkeleri de bu sistemi kendi ülkelerinde uygulamaya başlamışlardır. Daha sonra zorunlu sağlık sigortası Latin Amerika'da benimsenmeye başlamıştır. Avrupa'daki sigortacılığın gelişiminde İkinci Dünya Savaşı bir dönüm noktasını teşkil etmektedir. Bu aşamada, daha fazla ülke zorunlu sağlık sigortasını daha yaygın bir şekilde uygulamaya başlamıştır.

Sağlık sigortası sadece gelişmiş ülkelerle sınırlı kalmamış, gelişmekte olan ülkelerde de önemli bir finansman yöntemi olarak gündeme gelmiştir. Bugün birçok bilim adamı ve uluslararası örgüt gelişmekte olan ülkelerde genel vergilere dayalı bir ulusal sağlık hizmetinden ziyade, sağlık sigortasına dayalı bir sistem önermektedir. Bu alanın önde gelen isimlerinden Brian Abel-Smith'e göre bugün tüm nüfusa bedava sağlık hizmeti sunmaya çalışan gelişmekte olan ülkeler Avrupa'nın geçirdiği iki önemli aşamayı (gönüllü ve zorunlu sigortayı) atlamaya çalışmaktadır. Abel-Smith bugün vatandaşlarına kullanım anında ücretsiz hizmet veren İngiltere gibi Avrupa ülkelerinin, vergi yapıları güçleninceye kadar beklediğini ve ondan sonra kullanım anında ücretsiz sağlık hizmeti sunmaya başladıklarını belirtmektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sigortası kavramı ilk önce Latin Amerika ülkelerine girmiş ve buradan özellikle İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra diğer ülkelere yayılmıştır. Bugün gelişmekte olan ülkelerin yarısından fazlası sosyal güvenlik sistemleri içinde bir şekilde tıbbi bakımı da sunmaktadır. Burada üzerinde önemle durulması gereken nokta, Latin Amerika'da yaygınlaşan ve daha sonra diğer ülkelere geçen sağlık sigortası biçiminin Avrupa'daki modellerden farklı olduğudur.

ABD'de İkinci Dünya Savaşı öncesi dönemde çoğu ticari sigorta şirketi, hastane veya medikal maliyetlerin sigorta edilebilir risk olup olmadığı konusunda kararsızlık içindeydiler. Sigorta şirketleri geleneksel olarak potansiyel kayıplar kesin olduğunda, ölçülebilir olduğunda ve sigortalı tarafından kontrole konu olmadığı zaman bir riski sigorta edilebilir risk olarak kabul ediyorlardı. Ancak, hastalık veya sakatlıkla ilişkili finansal riskler sigortalının kendisine ve tıbbi personelin yargısına oldukça bağımlıdır. Ancak 1950'lerde bu yaygın kanı kırılmaya başlamış ve ABD başta olmak üzere diğer ülkelerde de ticari sigorta şirketleri sağlık sigortası ürünleri satmaya başlamışlardır.

SİGORTACILIK GENEL PRENSİPLERİ²

Sigortacı ile sigortalı arasında yapılmakta olan hizmet sözleşmesi açısından literatürde kabul görmüş olan altı temel prensip söz konusudur: Azami iyi niyet prensibi, sigortalanabilir menfaat prensibi, tazminat prensibi, halefiyet ve rücu prensibi, yakın neden prensibi ve hasara katılım prensibi. Bu ilkelere sigortacılığın genel prensipleri veya sigortanın temel prensipleri denilmektedir. Aşağıda bu prensipler üzerinde kısaca durulmaktadır.

Azami İyi Niyet Prensibi

Sigorta sisteminde karşılıklı olarak sigorta ettiren (sigortalı) ve sigorta eden (sigortacı) olmak üzere iki taraf vardır. Sigortacılık sektörünün temelinde güven unsurunun olmasından dolayı tarafların karşılıklı bir takım yükümlülükleri vardır. Yani sigorta yaptıranın sigorta yapana karşı ve sigortacının sigorta yaptıranına karşı yükümlülükleri vardır. Bu yükümlülüklerin azami iyi niyet prensibi çerçevesinde yerine getirilmesi gerekmektedir.

Sigortalanabilir Menfaat Prensibi

Sigortalanabilir menfaat (çıkar) prensibi ise, sigortanın temel varsayımlarından hareketle sigortalanmak istenen varlıkların parasal olarak ifade edilebilir çıkarların, riskin gerçekleşmesiyle ortaya çıkan hasar durumunda sigortalının kayıplarının karşılanmasıdır. Bu menfaat hayat sigortası kapsamında can, kaza sigortaları kapsamında mal, sunulan hizmet kapsamında ise sorumluluk şeklinde ortaya çıkabilir.

Ancak sigorta ettirilen menfaat her ne olursa olsun sigorta bu menfaatleri risk öncesi konuma getirmeyi garanti etmez, sadece riskin gerçekleşmesi ile ortaya çıkan kayıpların karşılanmasını garanti eder. Örneğin hekimler için zorunlu hale getirilen mesleki sorumluluk sigortası, bir hekimin yaptığı tedavi neticesinde ortaya çıkan olumsuz durumlarda hastasına karşı yüklü miktarlarda tazminat ödemekle yükümlü olabileceği bir durumda ortaya çıkan parasal kaybını önlemek adına, bu sigorta kapsamında sorumluluğunu sigorta ettirmesidir. Her türlü menfaatin sigortaya konu olabileceği yönündeki görüşler yanlış olmakla birlikte sigortalanabilir menfaat konusu olacak durumlara ilişkin sınırlamalar aşağıdaki gibi belirtilebilir:

1. Riskin gerçekleşmesi durumunda sigortalının maddi-manevi zarara uğraması,
2. Sigortalının, sigorta konusu üzerinde malik olması aranmaksızın menfaatinin bulunması ve
3. Yasal ve ahlaki olması gerekmektedir.

Tazminat Prensibi

Sigorta sözleşmesinde yer alan risklerin gerçekleşmesi durumunda, sigortalının menfaatlerinde ortaya çıkan zararların karşılanması için sigorta şirketi tarafından sigortalıya yapılan ödeme “tazminat” olarak ifade edilir. Riskin gerçekleşmesi durumunda sigorta eksperleri tarafından yapılan tespitler neticesinde hesaplanan hasar miktarı, poliçede belirtilen tazminat tutarını geçmemek şartıyla sigortalıya ödenmektedir.

Tazminat prensibi ile yakından ilişkili olan iki temel kavram ise “aşkın sigorta” ve “eksik sigorta” kavramlarıdır. Poliçedeki sigorta bedelinin, sigorta konusunun gerçek değerinin üzerinde olması “aşkın sigorta” olarak ifade edilmektedir. Aşkın sigorta durumunda, hasar çıkması halinde sigorta bedelinin sigorta değerini aşan kısmı geçersiz olup, bu aşan miktar kadar ödeme yapılmayacaktır. Diğer taraftan poliçedeki sigorta bedelinin, sigorta konusunun gerçek değerinin altında olması durumu ise “eksik sigorta” olarak adlandırılmaktadır. Eksik sigorta durumunda hasar meydana gelmesi durumunda, en fazla ödenecek tazminat miktarı poliçede belirtilen sigorta bedeli kadar olmaktadır.

² Bu başlık ağırlıklı olarak Karaman’a (2010) dayalı olarak hazırlanmıştır.

Hasar durumunda taraflar arası anlaşma sağladıktan sonra sigorta şirketi, sigortalıya nakit ödeme, tamir-bakım veya yerine koyma yöntemi gibi yöntemlerden herhangi biri ile tazminat ödemesi gerçekleştirebilir.

Halefiyet ve Rücu Prensibi

Tazminat prensibinde vurgulandığı üzere, sigortacılıkta esas olan, sigorta sözleşmesinde bahsi geçen riskin meydana gelmesi durumunda sigortalının parasal anlamda azalmış olan menfaatinin telafi edilmesidir. Halefiyet prensibi, tazminat prensibinin bir uzantısı sayılabilir. Zira hasar bir başka kişinin kusuru neticesinde meydana gelmiş ise, sigortalı bu kişiye başvurarak zararının o kişiyle ilgili kısmının tazmin edilmesini isteyebilir. Eğer sigorta şirketi sigortalıya bir tazminat ödemesi yapmış ise kusuru olan kişiye başvurma hakkı da bu ödemeye birlikte sigorta şirketine geçmiş olur. Hukuk dilinde bu duruma rücu etmek adı verilir. Bir başka şekilde ifade etmek gerekirse; rücu, bir kişinin hukuken diğer bir kişinin yerine geçerek üçüncü kişilere karşı onun haklarını ve sorumluluklarını devralması durumudur.

Yakın Neden Prensibi

Yakın neden, bir hasarın meydana gelmesine sebebiyet veren en etkili, bir diğer deyişle hakim, nedenidir. Bu prensibe göre, hasara yol açan nedenin sigorta sözleşmesi ile güvence altına alınmış olması gerekmektedir. Yani, hasar nedeni, sigorta sözleşmesinde yer alan genel ve özel şartlarda belirlenen teminat kapsamında olmalıdır.

Yakın neden prensibi, sigorta primi hangi teminatlar için alınmış ise riskin de bu teminatlar kapsamında gerçekleşmesi durumunda ödenmesi gerektiğini ifade eder. Bazı hasarların gerçekleşmesinde açık ve net bir şekilde tek bir olay neden olabilmektedir. Bu durumda o olay hasarın yakın nedenidir. Ancak bazen hasara yol açan durumlar veya nedenler karmaşık olabilmektedir. Örneğin bir fırtına bir binanın çatı duvarını yıkar, yıkılan duvar binanın elektrik kablolarını koparır, bu kablolar kısa devre yapar ve oluşan kıvılcım sonucunda yangın çıkar. Yangını söndürmek için itfaiye müdahale eder ve püskürtülen su evi basar ve evdeki eşyalar hasar görür. Eşyalara zarar veren su basması gibi görünse de meydana gelen olayın tamamı incelendiği zaman hasarın yakın, belirleyici veya hakim nedeni fırtınadır. Eğer poliçedeki teminatlarda fırtına var ise hasar sigorta şirketi tarafından tazmin edilir, yoksa hasar tazmin edilmez.

Hasara Katılım Prensibi

Özellikle sigorta bedelinin sigorta şirketlerinin mali yapısını ve kapasitelerini aşması gibi durumlarda sigorta şirketleri bu riski tek başlarına almaktansa başka sigorta şirketleri ile teminat verme yöntemini tercih ederek riski kendi aralarında paylaşmış olurlar. Yapılan bu uygulamaya “müşterek sigorta (koasürans)” denilmektedir.

Sigorta poliçesinde belirtilen risklerden herhangi biri gerçekleşirse ve koasürans durumu var ise, ortaya çıkan zarar için sigortalı, sigorta şirketlerine ayrı ayrı başvurarak hepsinden sigorta bedeli için tazminat alamaz. Sigorta şirketleri koasürans sözleşmesindeki paylar çerçevesinde tazminat ödemesi yapar.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞI KAVRAMLARI VE TANIMLARI

Sigorta çok sayıda benzer durumdaki kişi veya kurumların işbirliği yoluyla ciddi kayıp riskini azaltmak için gerçekleştirilen sosyal bir düzenlemedir. Her bir birey çok fazla kayıpla karşılaşabilir. Ancak bu kaybın oluşumunu tahmin edemez. Sigorta mekanizması ise çok sayıda benzer kişileri ve riskleri bir havuzda bir araya getirir, dolayısıyla bunların olası kayıplarını tahmin edebilir.

Sigorta kavramı çok genel olarak; insanların günlük hayatta karşılaşabilecekleri risklerden korunmak için belirli bir ücret karşılığında bu rizikoları teminat altına aldıkları bir güvence oluşumu şeklinde tanımlanabilir. Başka bir tanıma göre sigorta, bir riskin belirli bir parasal değer karşılığında bir başkasına transfer edilmesidir. Türk Ticaret Kanunu (TTK) ise sigortayı şu şekilde tanımlamaktadır: “Sigorta bir akittir ki bununla sigortacı bir prim karşılığında diğer bir kimsenin para ile ölçülebilir bir menfaatine

halele uğratan bir tehlikenin (bir rizikonun) meydana gelmesi halinde tazminat vermeyi yahut bir veya birkaç kimsenin hayat müddetleri sebebiyle veya hayatlarında meydana gelen belli bir takım hadiseler dolayısıyla bir para ödemeyi veya sair edalarda bulunmayı üzerine alır”.

Sigorta, yasa ve sözleşme ile tespit edilen belirli bir riskin aynı derecede tehdidi altında bulunan çok sayıda ve benzer risklerle karşı karşıya olanların, tesadüfi olarak meydana gelen, para birimi ile ölçülmesi ve istatistikî olarak kavranması mümkün hasar olayını, birlikte karşılamak üzere oluşturdukları bir organizasyondur. Diğer bir ifade ile sigorta, aynı tür tehlikeye maruz kalan kişilerin, sadece o tehlikeye bilfiil maruz kalanların zararının telafisinde kullanılması için belirli bir miktar para toplamak amacıyla oluşturdukları grupta ile zarar veya insan yaşamındaki tehlikeli bir olayın gerçekleşmesi durumunda önceden kararlaştırılan parayı ödemeyi öngörerek akdettikleri bir akittir. Ancak, para prim denen bir ücret karşılığında tehlikenin meydana gelmesinden önce toplanmaktadır. Sigorta; belli bir grubun maruz kaldığı belirli tesadüfi olayların, dar limitler arasında tahmin edilmesini sağlayan, mal ya da kişisel grubu bir yönetim altında bir araya getirerek riski azaltmayı amaçlayan ekonomik bir kurum altında faaliyet gösteren ve aynı zarara maruz kalabilecek her nasılsa kalmamış benzer konumdaki başka kişilerce, söz konusu zarara maruz kalabilecek bir kişinin zararın tazminini olanaklı kılan bir sistemdir. Sigorta en geniş tanımıyla; olası zararların karşılanması amacı ile taraflar arasında yapılan bir özel sözleşme ile hukuksal bir kurum altında faaliyet gösteren, belirli bir prim karşılığında, kişi hayatının ya da organlarının veya kişi ve kuruluşların para ile ölçülebilir değerlerinin, sigorta kural, kanun ve yönetmeliklerince belirlenmiş tesadüfi rizikoların gerçekleşmesinden doğacak maddi hasarlarını, aynı rizikonun tehdidi altında bulunan kişileri ya da kuruluşları bir araya getirerek, ölçülen değer üzerinden ve gerçekleşen hasar oranında karşılayarak, sosyo-ekonomik zararları dağıtan ve önleyen, yatırımlara aktarılan fonları ve ikrazları ile ekonomiye kaynak sağlayan işlemler bütünüdür.

Sigortanın bu genel tanımlamalarına karşılık sigortayı özel sigorta ve sosyal sigorta ayırımı çerçevesinde tanımlayanlar da vardır. Buna göre **özel sigorta**; münferit kişilerin özel çıkarlarının çeşitli risklere karşı güvence altına alınması için kendi hür iradeleriyle sigorta sözleşmesi denilen akitle meydana getirdikleri iradi bir riziko teminatıdır. Aynı riskin tehdidi altında bulunanların bir araya getirilerek bu riskin neden olabileceği zararı birlikte karşılamak üzere oluşturdukları ticari bir niteliğe sahip organizasyondur. Özel sigortalar esas olarak, kişinin ve çevresinin ekonomik varlığını güvence altına almaktadır. Kişi, kendi durumuna göre gereken güvenceyi sağlamak sorumluluğunu taşıdığından özel sigortanın hareket noktasını bireyin malvarlığının korunması oluşturmaktadır. Özel sigortanın bu fonksiyonunun neticesinden yalnız birey değil, aynı zamanda toplum da geniş ölçüde faydalanmaktadır.

Sosyal sigortalar ise; ekonomik yönden zayıf olanları ve çalışanların işgücünü, belirli sosyal risklere karşı koruyarak geleceklerini garanti etmek ve böylece toplum hayatında sosyal güvenliği sağlamak amacıyla tesis edilen teşkilatlı bir zorunlu sigortadır. Böylece; belirli mesleksel, fizyolojik, ekonomik ve sosyal riskleri karşılamak için, öngörülen önlemlerin giderlerine toplu olarak karşı koyulmaktadır. Sosyal sigortalarda, aynı nitelikteki tehlikenin tehdit ettiği kişilerin karşılaşması olası zararlarını aralarında paylaştırmak amacıyla bir araya gelerek bir topluluk oluşturmaları ve meydana gelen zararı ödedikleri primlerden karşılamaları prensibi bulunmaktadır. Diğer bir ifade ile sosyal sigortalara ödenen primler, belli hizmetlerden yararlanmanın bedeli olup; sigortalılar ödedikleri primlerin kapsamında bulunan rizikolara karşı korunmaktadır. Sosyal sigorta, sosyal risklere karşı korunacak kişilere, kendilerinin ve işverenlerinin ödedikleri primler yanında istisnai hallerde finansmana yapılan devlet katkıları karşılığında, sözü edilen risklerle karşılaşmaları durumunda, tutar ve nitelikleri kanunlarla genel bir şekilde önceden belirlenmiş sosyal gelir sağlamaktadır. Sosyal sigortalar, esas itibarıyla Kamu Hukuku zorunlu sigortasıdır. Kişiler, sosyal sigortalara tabi olup olmama serbestisine sahip olmayıp kanuna göre işe alınmalarıyla kendiliklerinden sigortalı olmaktadır. Zira Kanunda “Çalıştırılanlar işe alınmalarıyla kendiliğinden sigortalı olurlar. Sigortalılar ile bunların işverenleri hakkında sigorta hak ve yükümleri sigortalının işe alındığı tarihten itibaren başlar. Bu suretle sigortalı olmak hak ve yükümlülüğünden kaçınılmaz ve vazgeçilemez. Sözleşmelere sosyal sigorta yardımı ve yükümlerini azaltmak veya başkasına devretmek yolunda hükümler konulamaz” denilmektedir.

Sağlık sigortaları; bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sosyal sigorta şartlarına veya poliçe genel şartlarına göre sigortalının, özel veya iş hayatında karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza

sonunda ihtiyaç duyacağı hizmetlerin (hekim muayene ücretleri, ruhsatlı hastane masrafları, röntgen, laboratuvar, doğum, diş tedavi masrafları gibi masraflar ile hekimin göreceği lüzum üzerine yazmış olduğu reçetede ilaç) masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür.

Başka bir tanıma göre sağlık sigortası; kişilerin, tıbbi yardım, ameliyat, uzun ve kısa süreli tedaviler ile ameliyat veya tedaviye bağlı ilaç giderleri gibi sağlık harcamalarına karşı güvence sunan sigorta türüdür. Devletin sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde sunduğu sosyal sağlık sigortasından ayırt etmek için genellikle “özel” vurgusu yapılarak özel sağlık sigortası olarak adlandırılır.

Sağlık sigortaları; sigortalının, hastalık ve kazaların yaratacağı sağlık giderlerini karşılamak için hazırlanmış planlardır. Oluşan riskler poliçede belirtilen, genel ve özel şartlar dâhilinde, limitler doğrultusunda karşılanır. Sağlık sigortası, sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eder.

Sağlık sigortaları (hem sosyal sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortası) hastalar için tıbbi bakımın direkt maliyet yükünün hem bir zaman sürecine (hizmet sunumu anından ziyade) hem de bir grup insan (tıbbi bakımın maliyet risklerini paylaşan) arasında yayılmasını ve paylaşılmasını sağlayan mekanizmalardır.

Bireyler ve aileler genellikle bilinen belirli miktarda bir prim ödeyerek sigorta poliçesi süresi boyunca ters bir olay ortaya çıkması durumunda faydalar elde etmek (sağlanan yardımlardan yararlanmak) yoluyla risklerin finansal sonuçlarından kaçınmak için sigorta satın alırlar. Bireylerin çoğu belirsiz ve öngörülemez sağlık sonuçları ile ilişkili finansal risklerin büyük bir kısmını sigorta kuruluşunun üstlenmesine mukabil sigortacıya prim ödemeye isteklidirler. Sağlık sigortası, riskleri havuzlamanın bir yöntemi olup, böylelikle tıbbi bakımın finansal yükü çok sayıda insan arasında dağıtılır. Bazı sigortalı kişiler hastalanacak ya da yaralanacak ve böylece önemli tıbbi harcamalara sebep olacaklardır. Ancak çoğu insanın nispeten sağlıklı kalacağını, böylece çok az veya hiç tıbbi harcama yapmayacağını belirtmek olanaklıdır. Kimin daha fazla tıbbi harcamaya sebebiyet vereceğini tahmin etmek zor olduğu halde, çok sayıda insanın oluşturduğu bir grubun ortalama sağlık harcamalarını tahmin etmek daha kolay olacaktır. Sigorta, primler aracılığıyla harcamaları için ödeme yapan sigortalının tıbbi harcamalarını havuzlayan bir mekanizmadır. Bu şekilde özde para, sağlıklı olanlardan hasta veya yaralılara yönlendirilmiş olmaktadır.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA AMAÇ, İHTİYAÇ VE TALEP

Meydana gelecek hasara engel olarak değil, meydana gelen hasarı grup üyeleri arasında dağıtarak hasar yükünü grubun her üyesi için katlanılabilir hale getirme amacını taşıyan sigorta; kişilerin hayatta bazı koşullar altında karşılaşacakları zarar ve giderlere neden olan olayların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için önceden önlem alma ihtiyacından doğmuştur. Yani; insanların yaşamları boyunca karşılaştıkları tehlikelerin çoğunu önlemenin imkânsız olduğunu anlamalarından sonra, tehlikenin meydana getirdiği zararları en aza indirmek düşüncesi önem kazanmış ve sigorta denilen kavram ortaya çıkmıştır.

Sağlık sigortasına neden ihtiyaç duyulduğu sorusunun cevabı otomatik olarak bizi sağlık piyasasının kendine has özelliklerine götürmektedir. İkinci Bölüm’de ayrıntılı bir şekilde ele alındığı üzere, sağlık piyasasına müdahale edilmesinin gerekli olup olmadığı sağlık ekonomistlerince yoğun bir şekilde tartışılmış ve çoğunluk tarafından sağlığın bazı özelliklerinden ötürü piyasadaki herhangi bir mal gibi alınıp satılamayacağı ve serbest piyasa kurallarının işleyemeyeceği kanısına varılmıştır. Sağlık sigortası açısından bakıldığında, sağlık sektöründe sigortayı gerekli kılan özelliğin “belirsizlik” olduğu görülmektedir. Bir başka deyişle, sağlık piyasasının özelliklerinden olan belirsizlik nedeniyle gelecekteki muhtemel risklere karşı önlem almanın yolu sigortadan geçmektedir. Sağlığın ne zaman ve ne şekilde bozulacağı bireyler tarafından bilinmemekte, ayrıca tıbbi hizmetlerin sürekli artan maliyetleri sağlığı, bozulduğu anda kişiyi karşılayamacağı giderlerle karşı karşıya bırakabilmektedir. İşte sağlığın bu özelliği sağlık sigortasını gerekli kılmaktadır.

Daha önce de ifade edildiği üzere, sağlık sigortacılığının temelinde risk ve belirsizlik yatmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman da ne kadar para harcanacağı belli olmadığından olası finansal riskleri kolektif bir şekilde karşılamayı amaçlayan “sigorta” olgusu ortaya çıkmıştır.

İnsanlar niçin sağlık sigortası satın alırlar? Bu sorunun standart bir cevabı, finansal riskten korunmaktır. Bu cevap beklenen fayda teorisi ve genellikle insanların kesinliği riske tercih etmesine dayalıdır. Bu teoriye göre eğer tüketiciler yeterli düzeyde finansal riskten kaçınan/sakınan ise (risk averse), sigorta şirketleri sigorta poliçesi satabilirler.

Ekonomik teoriye göre sağlık sigortası talebi, bir bireyin riske karşı tutumlarına, tıbbi harcamaların değişkenliğine, gelire, primlerin düzeyine ve sigorta kapsamında yer alan sağlık bakımının etkililiğine bağlıdır. Basit olarak belirtmek gerekirse bir sigorta poliçesi; prim ücretleri, kapsanan tıbbi bakım ve maliyet paylaşımı ile karakterize edilebilir. Primlerin nasıl hesaplandığı ile ilgili formül ve örnek bu bölümde sağlık sigortacılığında fiyatlandırma başlığı altında verilmektedir. Diğer şartlar eşit olmak koşulu ile yüksek yük primleri sigorta talebini azaltabilir.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA RİSKLER

Daha önce de ifade edildiği üzere risk, riziko ya da tehlike genel olarak ileride gerçekleşmesi olası zarar ya da zarara uğrama tehlikesi olarak tanımlanmaktadır. TTK’nın sigorta sözleşmesi tanımında riziko yerine mal sigortalarında tehlike, hayat sigortalarında da hadise deyimine yer verilmiştir. Tehlike ya da hadise kural olarak ileride meydana gelecek bir olaydır.

Sağlık sigortasında riziko kişinin sağlığını kaybetmesidir. Kişi sağlığını ya hastalandığında ya da kazaya uğradığında kaybeder. Sağlık sigortası, bu durumdaki kişinin muayene, teşhis ve tedavisinde gerekli masrafları belli limitler dahilinde öder. Sağlığını kaybeden kişi ya tedavi alarak sağlıklı haline döner ya da tedavi olmasına rağmen sağlığına kavuşamadığı için geçici veya daimi maluliyet durumu ortaya çıkar. O halde sağlık sigortasında riziko, hastalanmak veya kazaya uğramak dolayısıyla sağlığın kaybedilmesidir. Başka bir ifade ile tıbbi bakım içinde iki tür riskten bahsedilebilir. Bunlardan birincisi hastalanma ve kazaya uğrama riski, ikincisi ise iyileşememe veya geciken iyileşme riskidir. Bunun yanı sıra hastalık anında veya sonrasında oluşan fiziksel ve ruhsal rahatsızlık ve kaybedilen zaman da önemli faktörlerdir.

Risklerin Sigorta Edilebilirlik Temel İlkeleri

Bilindiği üzere sigorta; bir tarafın (sigortalı) diğer bir tarafa (sigortacı) belirli bir fiyat karşılığında risk transfer etmek suretiyle finansal güvenlik elde etmeye olanak tanıyan bir düzenlemedir. Sigortalı çok sayıda sigortalıdan düzenli olarak prim toplar. Bir sigortalı zarara uğradığında sigortacı bu ziyanı tazmin etmek için finansal bir havuza sahiptir. Sigortanın işlerliği çok sayıda sigortalının risklerini havuzlaması ve bu havuzdan da mümkün olduğunca az sayıda kişinin yararlanmasıdır.

Geleneksel olarak, belli temel ilkeleri yerine getirmesi halinde risk “sigorta edilebilir” kabul edilir. Bunlar: 1) Riski sigorta etmek ekonomik olarak fizibil olmalıdır. Yani risk sigortalanabilir olmalıdır. Genel olarak sağlık sigortası ekonomik olarak fizibildir. 2) Kayıp kanıtlanabilir olmalıdır. Örneğin, ölüm doğası gereği kanıtlanabilir bir olaydır. 3) Sigortanın ekonomik değeri hesaplanabilir olmalıdır. 4) Kayıp rastgele (tesadüfi) olmalıdır. 5) Sigortalı birimler zaman ve mekân açısından birbirinden bağımsız olmalıdır. 6) Çok sayıda kişi aynı riskle karşı karşıya olmalıdır. 7) Zıyan/kayıp tam olarak fiyatlandırılabilir olmalıdır. 8) Kayıp makul olmalıdır.

Karşılaşılan bütün risklerin sigortalanması mümkün değildir. Riskin sigortalanabilmesi için, herşeyden önce hasarın tesadüfi olarak meydana gelmesi gerekir. Sigorta kendisine gereksinme duyulmadan önce alınan bir mal gibi düşünülebilir. Öldükten sonra kişiyi, yandıktan sonra evi, çalındıktan sonra arabayı sigorta etmek mümkün değildir. Eğer hasarı doğuran olayların gerçekleşmesi her birim için (kişi veya mal) kesinse sigorta doğmaz. Sigorta bir anlamda şanssız birkaç kişinin karşılaştığı zararları, aynı riskle karşı karşıya bulundukları halde tesadüfen kurtulan kişilere paylaştırmaktır. Böyle bir paylaşmanın kabul edilebilmesi için riskin tesadüfen meydana gelmesi gerektiği açıktır.

Riskin sigortalanabilmesi için meydana gelen hasarın belirlenebilmesi ve ölçülebilmesi gerekir. Bu oldukça zordur. Hasarın saptanması ayrı bir uzmanlık işidir. Ayrıca hasarın boyutları teknik olarak saptanabilse bile, parayla ölçülmesi her zaman mümkün değildir. Riskin sigortalanabilirliği yönünden önemli diğer bir etmen, sigorta edilen birimlerde meydana gelecek olan kayıpların doğal felâketler yüzünden meydana gelmemiş olmasıdır. Örneğin, toprak kaymalarının veya yer sarsıntılarının neden olduğu kayıpların çok büyük olması, tazminat sorumluluğunun sınırının dışına taşınması ve sigorta şirketince karşılanmasının olanaksız hale gelmesi sonucunu doğurur.

Aslında sigortacının karşı karşıya bulunduğu risk, sadece zararın ne olacağının bilinmemesinden kaynaklanmamaktadır. Sigorta kapsamına alınan birimler homojen nitelikte değilse risk artar ve bu nedenle de sigortalanmayabilir. Örneğin hayat sigortası şirketleri, birçok sigorta türünde sigorta edilecek kişilerin daha önceden sağlık denetiminden geçmeleri koşulunu aramaktadırlar. Eğer sigortacı, sigortayı doğuran olayları ve meydana gelme olasılıklarını P1 P2, P3, Pn ile sınırlamasaydı ve aynı sayıda riskle karşı karşıya bulunan, homojen nitelikte (n) sayıda birimle sigorta yapmasaydı, yapılan işlem bir sigorta olmayıp, sadece riskin taraf değiştirip az sayıda sigortalılardan sigortacıya geçmesi anlamına gelirdi. Oysa sigorta şirketi aynı riskle karşı karşıya bulunan, çok sayıda benzer nitelikte birimi (can ve mal) bir araya getirerek, onlar için teker teker belirsiz olan hasar olasılığını tahmin edilebilir duruma getirmek istemektedir. Bu düşünce *büyük sayılar kanunundan* kaynaklanmaktadır.

SAĞLIK SİGORTASINDA SAĞLANAN FAYDALAR

Sağlık sigortalarında sağlanan faydalar ülkeden ülkeye, toplumdan topluma ve hatta ülkeler içinde programdan programa detaylarda farklılıklar göstermekle beraber, belli başlı faydalar açısından aynılıklar veya benzerlikler vardır.

Zorunlu bir sağlık sigortası programında, tıbbi bakım faydaları “hak” olarak kabul edilirler. Katkısına bakılmaksızın sigorta kapsamında yer alan her bir üye tanımlanmış yasal faydalara sahiptir. Bu faydalar bireylerin sağlık ihtiyaçlarına uygun olacak şekildedir. Faydaların kapsamı ve çeşidi, nüfusun değişen bakım biçimleri ve sağlık ihtiyaçları değiştikçe değişebilir ve bu değişimler de yasalarla tanımlanırlar.

Sağlık sigortası faydaları temelde iki grupta sınıflandırılmaktadır. 1) Nakit ödemeler ve 2) sağlık hizmetleri. Nakit ödemeler; bir hastanın gelir kayıpları veya gider artışları için olan ödenekleri veya tazminatları içermektedir. Nakit ödemeler tipik olarak; 1) hastalık ödenekleri, 2) analık ödenekleri ve 3) cenaze ödeneklerini içermektedir. Bazı sağlık sistemlerinde nakit ödemeler sağlık sigortası programı kapsamında yer almaz. Buna karşın, adı geçen nakit ödenekler sağlık sigortası dışında ayrıca sosyal güvenlik sistemi kapsamında organize edilmekte ve işletilmektedir.

Kapsamı, derinliği ve içeriği ülkeden ülkeye göre farklılık göstermekle beraber, yaygın olan sağlık hizmetleri faydaları ise geleneksel olarak; 1) birinci, ikinci ve üçüncü basamak tıbbi bakım faydaları (koruyucu, ayakta ve yatarak teşhis ve tedavi edici, sağlığın geliştirilmesi ve rehabilitasyon hizmetleri ve bu hizmetler için gerekli olan ilaç ve tıbbi cihazlar), 2) ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak iki temel grupta ele alınmaktadır.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ ÖNEMİ VE İŞLEVLERİ

Sigortanın bir emniyet ve tasarruf aracı olması, kredi sağlamayı kolaylaştırması ve sermaye birikimine aracı olması, toplumsal dayanışmayı ve güveni sağlaması, girişimcilerin kararlarını etkilemesi, gerekecek sermaye miktarını en aza indirmesi, mal ve hizmetlerin fiyatlarının daha gerçekçi oluşmasına katkıda bulunması, sosyo-ekonomik zararları önlemesi, uluslararası ekonomik ilişkilerin ve ticaretin genişlemesine yardım etmesi ve ekonomi içinde önemli bir yeri olması nedeniyle vergi kazandırması gibi çok sayıda işlevi bulunmaktadır.

Bir toplum hayatı açısından sigortacılığın çok önemli sosyo-ekonomik işlevleri olduğu belirtilebilir. Temelde sigortacılığın iki ana işlevi bulunmaktadır: 1) Sigortanın güvence ve risk yönetimi işlevleri ve 2) sigortanın ekonomik işlevleri.

Sigortanın Güvence ve Risk Yönetimi İşlevleri

Gerek bireylerin, gerek kurum ve kuruluşların ve gerekse de toplumların yaşamlarında riskler daima var olmuşturlardır, var olmaya da devam edeceklerdir. Bu risklere karşı çeşitli önlemler alınarak güvence sağlanması ve bu risklerin yönetimi gerekmektedir.

Sigorta toplumda huzur ve güven tesis eder ve dayanışmayı sağlar. Sigorta, risklerin gerçekleşmesi ve hasarın ortaya çıkması durumunda ortaya çıkan ekonomik kayıpları telafi ederek, bireyin veya işletmenin büyük zarar görmesini engellemektedir. Bu da bireyler ve işletmeler için güvence ve istikrar sağlamaktadır. Sigorta, tasarruf bilincini geliştirir ve ekonomide yatırım kararları üzerine olumlu etki sağlar. Sigorta muhtemel risklere karşı atıl tutulan sermaye miktarını en aza indirir ve finansal sistemin etkinliğini artırır. Sigorta finansal sistemin etkinliğini üç şekilde artırabilir: 1) İşlem maliyetlerinin düşürülmesi, 2) likidite sağlanması ve 3) ölçek ekonomisi yaratılması. Ayrıca sigorta, risklere karşı önleyici önlemleri geliştirir.

Sürekli artan maliyetler: Bölüm 3’de ele alındığı üzere, ağırlıklı olarak gelişen tıbbi teknoloji ve nüfusun giderek yaşlanması sonucu *tıbbi maliyetler sürekli olarak artmaktadır*. Sağlıkta sürekli olarak artan maliyetlerin doğrudan cepten yapılan harcamalarla finanse edilmesi oldukça zordur. Burada sigorta kolektif bir çözüm olarak devreye girmektedir.

Sağlık son derece önemlidir: Sağlık sermayesinin korunması, geliştirilmesi ve sürdürülebilmesi de kısmen finansal risklere karşı korunmak ile mümkündür. Bu korunmanın temel mekanizmalarından birisi de “sağlık sigortacılığı”dır. Başka bir ifade ile çok genel olarak belirtmek gerekirse, sağlık sigortası sağlık için, yani sağlığı elde etmek açısından önemli bir araçtır. Doğası gereği bu öneminin ekseriyeti *sağlık sigortasına duyulan ihtiyaçtan* kaynaklanmaktadır. Sağlık sigortasının kazandırmayı amaçladığı özne, yani *sağlığın kendisi* çok önemlidir. Sağlık insanoğlunun en değerli sermayesidir ve diğer sermayeler de (eğitim, servet gibi) bu sermayenin elverdiği ölçüde elde edilebilmekte ve şekillenebilmektedir. Dolayısıyla sigorta, sağlıklı yaşamak ve kaybedilen sağlığı kazanmak için hayati önemde olan bir araçtır.

Finansmanın yokluğundan veya finansman eksikliğinden dolayı gerekli olan sağlık hizmetlerini alamama sonucu ölüm, sakatlık ve işgücü kaybı gibi istenmedik durumlar yaşanabilir. Sigorta bu belirtilen riskler açısından bir finansal güvence sağlamaktadır.

Sigortanın Ekonomik İşlevleri

Sigortanın ekonomik işlevleri arasında; önemli bir tasarruf kaynağı olması, kredi işlemlerinin gelişmesini sağlaması, sosyo-ekonomik çöküntü ve kayıpları önlemesi, uluslararası ekonomik ilişkilerin ve ticaretin genişlemesine yardımcı olması, ekonomi için önemli bir sektör olması ve bir vergi kaynağı olması yer almaktadır.

Finansal sistemin sağlıklı çalışmasını sağlayan ve fon akımını düzenleme işlevi üstlenen sigorta sektörü, ekonomik gelişme sürecinde önemli rol oynamaktadır. Sigortacılık sektörü ekonomideki faaliyet risklerini üstlenmekte ve finansal sistemin daha etkin ve verimli çalışmasını sağlamaktadır. Gelişmiş sigorta sektörü finansal piyasalarda fon akımını düzenleyici işlev üstlenmektedir.

Sağlık sigortası, *beşeri sermayeye yatırım (yani insana yatırım)* olduğu için *ülkenin kalkınması ve gelişmesini* sağlayan önemli bir araçtır. Sigorta, başlı başına önemli bir *finansman kaynağıdır*. Sağlıklı olmak insan hayatının kalitesi bakımından arzu edilir olmakla birlikte, önemli ekonomik getirilerin de kaynağını teşkil etmektedir. Hem bireylerin gelir seviyelerini, hem de toplumların ekonomik düzeylerini yükselten esas unsurlardan birisi sağlıktır. Hastalık veya daha genel bir ifade ile sağlıksız olmak sadece fertlerin iktisadi kayıpları ile sonuçlanmaz. Hastalık nedeni ile aile gelirlerinde azalışlar, işgücünün verimliliğinde düşüşler, teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun getirdiği ilave masraflar, zaman kayıpları gibi son derece önemli kayıplar da meydana gelmektedir.

İnsanın iradesi dışında başına gelen ve insanı çalışma gücünden ve buna bağlı olarak kazançtan geçici veya sürekli olarak mahrum bırakan tehlikelerden en başta geleni hastalıktır. Sağlığın tehlikeye düşmesinin yani hastalığın iki önemli ekonomik sonucu vardır. Birincisi, hastalığın kişinin çalışmasına imkân vermemesi ve dolayısı ile gelir kaybıdır ki, geçiminin tek kaynağı emek geliri olanlar için çok

önemlidir. İkincisi ise, hasta kişinin yapmak zorunda olduğu masraflar yani gider artışlarıdır. Bütün dünyada bireylerin sağlıklı olmalarının temini önemli toplumsal hedeflerden birisidir. Sağlıklı olmayı temin etmenin temel araçlarından birisi de sağlık sigortacılığıdır.

Günümüzde ülkelerin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurlardan birisi nüfusun sağlıklı insanlardan oluşmasıdır. Bedensel, zihinsel ve toplumsal huzurun temel şartı sağlıklı olmaktır. Sağlık düzeyi yönünden gelişmiş ülkelerin üretimi, ihracatı, turizm gelirleri ve de ulusal gelirleri daha fazla olacaktır. Sağlık konusunda alt yapının oluşturulması, sağlık harcamaları için finansman yaratılması ve toplumda herkesin sağlık sigortası kapsamına alınması sağlıklı bir toplum için gereklidir. Sağlık, kişiler için önemlidir, fakat toplumun sağlıklı olması da önemli bir husustur.

Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Böylece sağlık hizmetlerinin finansmanına kaynak oluşturmaktadırlar. Çünkü diğer kamu hizmetlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de en iyi şekilde sunulması çok fazla harcamayı gerekli kılmaktadır. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve diğer sigorta branşlarında olduğu gibi kişiler yarın endişesinden uzak kalmaktadırlar.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA FİYATLANDIRMA

Ticari birer işletme olarak sigorta şirketlerinin temel amaçlarından birisi de kar etmek ve böylelikle varlıklarını devam ettirmektir. Bir sigorta şirketinin karlılığını belirleyen en önemli parametrelerden birisi ise sattığı sigorta ürünlerini doğru bir şekilde fiyatlandırabilmesidir. Bu itibarla, fiyatlandırma (rate-making) fonksiyonu bir sigorta şirketi için hayati öneme sahiptir denilebilir.

Sigorta şirketleri sigorta sözleşmelerinin fiyatını nasıl belirler? Bu basit sorunun yanıtı aslında son derece karmaşıktır. Süreci basitleştirmek adına sondan başlayarak bir sigorta ürününün fiyatının nasıl belirlendiğini ortaya koymaya çalışalım. Bilindiği üzere bir sigorta ürününün fiyatı ödenen prim miktarıdır. Başka bir ifade ile sigorta şirketinin sigorta sözleşmesinde belirtilen güvenceye karşılık olarak sigorta ettirenden aldığı parasal karşılıktır. Sigorta priminin hesaplanması olası hasarların *sıklığının* ve *siddetinin* tahmin edilmesi esasına dayanmaktadır. Sigorta primi matematiksel bir denklem olarak şu şekilde ifade edilebilir.

$$\text{Prim} = \text{Risk primi} + \text{Yük primi (Komisyonlar + Genel yönetim giderleri + Kar marjı)}$$

Bazı kaynaklarda safi prim olarak da adlandırılan risk primi, belirli bir sigorta türü ve süresi için öngörülen olası hasar masraflarını karşılamak üzere olasılık ve istatistik yöntemleri kullanılarak hesaplanan prim miktarıdır. Primin, risk primi dışındaki bileşenleri (yani, komisyonlar, genel yönetim giderleri ve kar payı) ise yük primi olarak ifade edilir.

Kabaca bir primin nasıl hesaplanabildiğini bir örnek üzerinden inceleyelim.

Bir özel sağlık sigortası şirketinin, 5.000 kişi için sağlık sigortası satmayı planladığını ve önceki yıllardan elde edilen deneyimler çerçevesinde bu poliçeler üzerinden gelecek hasar ihbarları neticesinde yaklaşık ₺1.000.000'lik tazminat ödemeyi planladığını varsayalım. Bu durumda kişi başına düşecek tazminat ödemesi, $1.000.000 / 5.000 = \text{₺}200$ olacaktır. Bu durumda;

$$\text{Risk primi} = \text{₺}200 \text{ olacaktır.}$$

Şirket, yük primi miktarını herbir alt bileşen için tek tek hesap yaparak bulabileceği gibi sektörün genel yapısı ya da kendi tecrübesi gibi bilgiler ışığında da primin belirli bir yüzdesini yük primi olarak tespit edebilir. Bu yüzdeye yük yüzdesi denir. Örneğin, şirketin yük yüzdesini %40 kabul ettiğini varsayacak olursak;

$$\text{Yük primi} = \text{Prim} \times 0,40$$

Bu bilgileri yukarıdaki ana formüle yerine koyduğumuzda prim miktarını tespit etmiş oluruz. Buna göre;

$$\text{Prim} = 200 + (\text{Prim} \times 0,40)$$

$$200 = \text{Prim} - (\text{Prim} \times 0,40)$$

$$\text{Prim} = \text{₺}333,33$$

Yukarıda da belirtildiği üzere, bu örnek, prim hesabının temel mantığını göstermektedir. Hiç kuşku yok ki, sigorta şirketleri sattıkları sigorta ürünlerinin fiyatlarını belirlerken çok daha karmaşık yöntemlerle hareket ederek, farklı risk grubundaki müşterileri için farklı fiyatlandırma yoluna gitmektedirler. Örneğin bir sigorta kuruluşu sağlık sigortası fiyatlandırması yaparken; kişinin yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu, mesleği, maliyet paylaşımı, sağlanacak faydalar ve medeni durumu gibi birçok faktörü hesaba katarak sigorta primlerini farklılaştırarak iyi ve kötü riskler arasında mümkün olduğunca bir ayırım yapmaya çalışır.

Sigorta primleri genellikle sigorta şirketlerinin çalıştırdığı aktüerler tarafından hesaplanmaktadır. Burada sigortacılığın önemli kavramları arasında yer alan aktüer ve aktüerya kavramlarını kısaca tanımlamakta yarar vardır. Aktüer, çok genel olarak sigorta matematikçisi olarak tanımlanabilir. Hangi risk için hangi şartlarda ne kadar sigorta primi ödenmesi gerektiğini hesaplayarak standardize eder. Eski Roma'da sayan kişi anlamına gelirdi. Türkiye'de her sigorta şirketi mutlaka en az bir aktüer bulundurmak zorundadır. Sigorta matematiğine de aktüerya adı verilir. Aktüerya bilimi insanların; doğum, ölüm, hastalık, sakatlık, emeklilik gibi yaşamını; yangın, kaza, deprem, sel, hırsızlık gibi mal varlığını etkileyen rastgeleliğe bağlı, öngörülemeyen olaylarla ve bu olayların finansal etkileriyle ilgilenir. Aktüerler, bu tür olayların oluşma riskini analiz etmek, olasılıklarını tahmin etmek ve bu olayların finansal etkilerini hafifletici güvenlik programlarını oluşturmak üzere eğitim alırlar.

Kaza ve sağlık sigortalarında yapılacak ödentiler (primler, aidatlar), sözleşme süresi, sigortalının mesleği, yaşı, cinsiyeti, sağlık yönünden geçmişi ve ailesinin sağlık durumu dikkate alınarak yapılmaktadır. Sağlık sigortaları; ameliyat, hastane, ilaç, tedavi ve ölüm giderlerini karşılamak ve çalışılmayan günler için belirli oranda gelir kaybını önlemek amacıyla yapılmaktadır. Sağlık sigortalarında da tazminat ve primi istatistiksel dayanağa göre saptamak amacıyla değişik meslekler için ayrı Morbidite (Hastalık) Tabloları (Morbidity Tables) düzenlenmektedir. Hayat Tabloları gibi bu tablolar da risk olasılığı, yaşlılarda gençlere oranla daha fazladır. Dolayısı ile yaşlar ilerledikçe sorumlulukların eşitliği ilkesine göre sigortalılardan talep edilen primler de artmaktadır.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA TARAFLAR

Sağlık sigortası piyasası sağlık sisteminin diğer bileşenleri ile birbirine sıkıca bağlantılıdır. Sağlık sigortası piyasasında çok sayıda taraf rol oynamaktadır. Sağlık sigortası kuruluşları hizmet sunucuları ile hastalar arasında sağlık hizmetleri sunumu işlemlerinin gerçekleşmesinde aracıdırlar. Sağlık sigortacıları hastalar adına hizmet sağlayıcılarına/sunucularına ödeme yapan üçüncü taraf ödeyicidir. Sigortacılar hizmet sağlayıcılarına sadece geri ödemekle kalmaz, aynı zamanda sigorta teminatı kapsamında yer alacak sağlık hizmetlerinin sayı ve türleri ve hizmet sunucuları ile yapılacak hizmet sözleşmeleri konusunda da belirli miktarda kontrole de sahiptir. Sağlık sigortası piyasasında yer alan diğer taraflar; işverenler, merkez, yerel ve bölgesel yönetimler ve sağlık hizmet sunucularıdır.

Sigortada çok sayıda taraf/aktör olmakla birlikte, bunlar arasında ön plana çıkanlar; sigorta kuruluşu (sigortacı), sigortalı, sigorta ettiren ve lehdar, mal/hizmet sunucuları ve kamu otoritesidir.

Sigorta Kuruluşu (Sigortacı)

Sigorta sektörünün temel uygulayıcıları olan sigorta kurum ve kuruluşlarının kuruluş ve çalışma esasları kanunlarla düzenlenmiştir. Risk unsurunu üzerine almaları nedeniyle sigorta şirketleri özel izinle kurulmaktadır. Sigortacı, sigortacılıkta riski satın alan taraftır.

Sigortalı

Sigortalı, riskini satan taraftır. Sigorta anlaşmasına istinaden prim ödeyen, hasar oluşması durumunda tazminat almaya hak kazanan taraftır. Sigorta ettiren kendi menfaatini değil de bir başkasının menfaatini sigorta ettirmiş ise üçüncü şahıs lehine bir sözleşme yapmış demektir. Bu durumda sigorta sözleşmesinden doğan borç ve yükümlülükler kendisine (sigorta ettirene) aittir. Ancak sigorta bedeli alma veya zararı tazmin ettirme hakkı lehine akit yapılan kişiye aittir ki bu kişiye de sigortalı denilmektedir.

Sigorta Ettiren

Sigorta kuruluşuna prim ödeme taahhüdünde bulunan tarafa sigorta ettiren denilmektedir. Sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi olabileceği gibi farklı kişi de olabilmektedir. Sigorta ettiren ile sigortalı farklı kişi ise; sigorta ettiren, sigortalının hayatı üzerine yaptırılan hayat sigortası, sigorta yapılan sigortalının yaşamında, maddi ve menfaatinin bulunması zorunludur.

Lehdar

Sigortalı, belirli bir rizikonun gerçekleşmesi halinde hak kazanacağı tazminatın, bir başka şahsa (lehdara) ödenmesi hükmünü sözleşmeye koyabilir. Lehdar, sigortanın sonuçlarından faydalanan kişidir. Bu dördüncü şahıs ölüm şartlı hayat sigortalarında mevcuttur. Hayatını ölüm şartlı olarak sigorta ettiren şahıs ölürse, sigorta bedeli normal olarak yasal varislere kalmaktadır. Sigorta ettiren (sigortalı) isterse herhangi bir kimseyi sigortadan faydalanan şahıs olarak gösterebilmektedir. Buna Lehdar (sigortadan faydalanan kişi) denilmektedir. Lehdar ile sigortalı aynı kişi de olabilir. Hayat sigortalarında, özellikle de uzun vadeli birikimli ve ölüm riskini içeren sigortalarda, sigortalının hayatta kalması durumunda, lehdar ile sigortalı aynı kişi olmaktadır.

Mal/Hizmet Sunucuları

Sağlık sigortacılığında sigortanın tarafları açısından mal/hizmet sunucuları arasında sağlık çalışanları ve sağlık kurum ve kuruluşları (hastaneler, laboratuvarlar, klinikler, poliklinikler, aile sağlık merkezleri, eczaneler, tıbbi cihaz satıcıları, gözlükçüler gibi) yer almaktadır. Sigortalı, sağlık hizmetlerini hizmet sunucularından alır. Üçüncü taraf ödeyici olan sigortacı hizmet sunucuya Bölüm 6'da ayrıntılı bir şekilde ele alınan ödeme yöntemlerinden birisini veya birkaçını kullanarak ödemedede bulunur.

Kamu Otoritesi

Sigortanın tarafları açısından kamu otoritesi; sigortacılık piyasasını, kurallarını ve diğer aktörlerin davranışlarını etkileyen, düzenleyen ve/veya denetleyen kurum veya kurumlar olarak belirtilebilir. Türkiye ortamı açısından değerlendirildiğinde bu otoritelerin başlıcaları; Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı (SB), Maliye Bakanlığı (MB), Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM), Sağlık Sigortaları Bilgi ve Gözetim Merkezi (SAĞMER), Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB) ve Hazine Müsteşarlığı olarak belirtilebilir.

SİGORTACILIK VE SAĞLIK SİGORTACILIĞI ÇEŞİTLERİ (TÜRLERİ)

Sigortayı farklı bakış açıları ile çok değişik şekillerde türlere ayırmak mümkündür. Çok genel olarak sigortacılık çeşitlerini/türlerini üç ana başlık altında belirtmek olanaklıdır: 1) Branşlar itibarıyla ayırım, 2) ihtiyarı – zorunlu sigort ayırımı ve 3) özel – sosyal sigorta ayırımı.

Branşlar İtibariyle Ayırım: Hayat – Hayat Dışı Sigorta Ayırımı

Farklı ülke uygulamalarında sigortanın branşlar itibarıyla ayırımı değişik şekillerde yapılabilmektedir. Ancak, bu farklılıklara rağmen, genel sınıflandırma anlayışı benzerlik göstermektedir. Branşlar itibarıyla en temel sınıflandırma **hayat (life)** ve **hayat dışı (non-life)** ayırımıdır. Hayat sigortaları, adı üstünde, hayatı konu alan sigortalardır. Başka bir ifade ile hayat sigortaları, insan hayatına yönelik risklere karşı güvence sunan ve bu sebeple genellikle uzun vadeli olan sigortalardır. Hayat sigortalarının dışındaki diğer tüm sigorta türleri hayat dışı branşı altında toplanmaktadır. İnsan hayatının sigortalanmasına ilişkin sigorta ürünleri hayat branşının altında toplanırken; bunun dışında kalan diğer tüm sigorta ürünleri (yangın, nakliyat, kaza, trafik, kredi, hukuksal koruma, mühendislik, tarım ve sağlık), yani mallara ve sorumluluklara ilişkin olan branşlar hayat dışı altında gruplandırılmaktadır. Literatürde hayat sigortaları can sigortaları olarak da ele alınmaktadır. Buna karşın hayat-dışı sigortalar ise mal sigortaları olarak da adlandırılmaktadır.

Hayat sigortaları, sigortalıyı yaşam kaybına, sakatlığa veya kritik hastalıklar gibi büyük risklere karşı güvence altına alan bir sigorta branşıdır. Hayat sigortaları dalında, çok farklı biçimlerde hayat poliçesi

düzenleme olanağı vardır. Bu sigortacılık dalının ürün türlerini başlıca dört ana grupta ele almak mümkündür: Süreli sigortalar, yaşam boyu sigortalar, süre ve/veya ölüme bağlı sigortalar ve diğer hayat sigortası türleri (örneğin birikim). Hayat dışı (elementer) sigortalar; yangın, kaza, nakliyat, mühendislik ve ziraat sigorta branşlarından oluşmaktadır. İstisnalar olmakla birlikte genel bir eğilim olarak sağlık sigortaları “hayat dışı” sigorta türü grubunda yer almaktadır.

Bugün dünyada ve Türkiye’de uygulanan çok çeşitli özel sigorta branşları bulunmaktadır. Türkiye’de hayat dışı ve hayat grubunda olmak üzere iki ana branş altında çeşitli türde özel sigorta sözleşmesi yapılmaktadır. Bu sözleşmeler Türk Ticaret Kanunu, Borçlar Kanunu ve Sigortacılık Kanunu hükümleri çerçevesinde her bir tür için ayrı ayrı hazırlanarak yürürlüğe konulan Sigorta Genel Şartlarına göre hazırlanmaktadır. Buna ek olarak sigorta edilen branşların uluslararası uygulamaları ve sigorta poliçesi üzerinde belirtilen özel şartlar da dikkate alınmaktadır.

Türkiye’de uygulanmakta olan sigorta branşları 11.7.2007 tarih ve 26579 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 20007/1 sayılı Sigorta Branşlarına İlişkin Tebliğ ile belirlenmiştir. Bu Tebliğe göre, sigorta branşları Hayat Dışı Grubu ve Hayat Grubu olmak üzere alt ayırımlara tabi tutulmuştur. 5684 sayılı Sigorta Kanunu gereği, sigorta şirketleri hayat ve hayat dışı sigorta gruplarından sadece birinde faaliyet gösterecek olmakla birlikte, Hastalık/Sağlık ve Kaza Branşları her iki grup altında yer aldığından, söz konusu branşta gerek hayat gerekse hayat dışı grubunda faaliyette bulunan sigorta şirketleri teminat verebilmektedir (Bkz. Tablo 4.1).

Tablo 4.1: Sigorta Branşları ve Tazminatlar

Sigorta Branşları	Tazminat Ödemeleri
Hayat Dışı Grubu	
1. Kaza (meslek hastalıkları dahil)	Ölme veya yaralanma sonucu toplu veya irat şeklinde tazminat ödemesi Zararın tazmini İlk ikisinin kombinasyonuna bağlı ödemeler
2. Hastalık/Sağlık	Hastalık sonucu toplu veya irat şeklinde tazminat ödemesi (hastalık) Tedavi masraflarının tazmini (sağlık) İlk ikisinin kombinasyonuna bağlı ödemeler (hastalık ve sağlık)
3. Kara Araçları	Motorlu kara araçlarına gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi Motorlu araçlar dışındaki kara araçlarına gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi
4. Hava Araçları	Raylı araçlara gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi Hava araçlarına gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi
5. Su Araçları (deniz, göl ve nehir araçları)	Nehir araçlarına gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi Deniz araçlarına gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi Göl araçlarına gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi
6. Nakliyat (ticari mal, bagaj, ve tüm diğer mallar)	Ulaşımın şekline bağlı olmaksızın nakliyat konusu mal ve bagaja gelen zararlar nedeniyle tazminat ödemesi
7. Yangın ve Doğal Afetler	Yangın, patlama, deprem, sel, deprem ve sel dışındaki doğal afetler, nükleer enerji, toprak kayması nedeniyle doğan tazminat ödemeleri (3,4,5,6 ve 7 kapsamındaki mallar için uygulanmaz)
8. Genel Zararlar	Dolu veya dondan kaynaklanan zararlar nedeniyle tazminat ödemeleri (3,4,5,6 ve 7 kapsamındaki mallar için uygulanmaz) 8'de sayılan haller dışında hırsızlık ve diğer tüm olaylardan kaynaklanan zararlar nedeniyle tazminat ödemeleri
9. Kara Araçları Sorumluluk	Kara araçlarından kaynaklanan sorumlulukları (taşıyıcı sorumluluğu dahil) nedeniyle tazminat ödemeleri
10. Hava Araçları Sorumluluk	Hava araçlarından kaynaklanan sorumlulukları (taşıyıcı sorumluluğu dahil) nedeniyle tazminat ödemeleri
11. Su Araçları Sorumluluk (deniz, göl ve nehir araçları)	Su araçlarından kaynaklanan sorumlulukları (taşıyıcı sorumluluğu dahil) nedeniyle tazminat ödemeleri
12. Genel Sorumluluk	10,11 ve 12 kapsamında sayılanlar dışındaki tüm sorumluluklar nedeniyle tazminat ödemeleri
13. Kredi	Borçun ödenmemesine veya borcunun aczine bağlı tazminat ödemeleri İhracat kredisine bağlı tazminat ödemeleri Taksitle verilen kredilere bağlı tazminat ödemeleri Tarım kredisine bağlı tazminat ödemeleri
14. Emniyet Suistimal	
15. Finansal Kayıplar	İstihdam risklerinden kaynaklanan tazminat ödemeleri Gelir yetersizliğinden kaynaklanan tazminat ödemeleri Hava şartlarının neden olduğu zararlardan kaynaklanan tazminat ödemeleri Gelir kaybı nedeniyle tazminat ödemeleri Beklenmeyen ticari giderler nedeniyle yapılan tazminat ödemeleri Piyasa değerindeki kayıp nedeniyle yapılan tazminat ödemeleri Kira veya gelir kaybına bağlı tazminat ödemeleri Ticari olan ya da olmayan diğer finansal kayıplardan kaynaklanan tazminat ödemeleri
16. Hukuksal Koruma	Hukuksal çıkarların korunması için yapılması gereken giderlere bağlı ödemeler
17. Destek	Seyahat ederken ya da evinden uzaklaşırken zarurete düşen sigortalıya yapılan ödemeler
Birden Fazla Branş İçin Verilen Ruhsat Tanımları	
1. Kaza ve Hastalık/Sağlık Sigortası	Kaza (meslek hastalıkları dahil) Hastalık/Sağlık
2. Kara Taşımacılığı Sigortası	Kara araçları Nakliyat (ticari, mal, bagaj ve tüm diğer mallar) Kara araçları sorumluluk
3. Nakliyat ve Ulaşım Sigortası	Raylı araçlar Su araçları (deniz, göl ve nehir araçları) Nakliyat (ticari, mal, bagaj ve tüm diğer mallar) Su araçları sorumluluk (deniz, göl ve nehir araçları)
4. Havacılık Sigortası	Hava araçları Nakliyat (ticari mal, bagaj ve tüm diğer mallar) Hava araçları sorumluluk
5. Yangın Sigortası ve Diğer Zararlar	Yangın ve doğal afetler Genel zararlar
6. Sorumluluk Sigortaları	Kara araçları sorumluluk Hava araçları sorumluluk Su araçları sorumluluk (deniz, göl ve nehir araçları) Genel sorumluluk
7. Kredi ve Emniyet Suistimal Sigortaları	Kredi Emniyet suistimal
Hayat Grubu	
1. Hayat	Süre sonunda hayatta kalma halinde yapılacak ödeme (yaşama) Ölüm halinde yapılacak ödeme (ölüm) Bir ve ikinin kombinasyonuna bağlı ödeme (karma) Geri prim iadesi İrat ödemesi
2. Evlilik Sigortası, Doğum Sigortası	
3. Yatırım Fonlu Sigortalar	Yatırım fonları ile bağlantılı olarak verilen yaşama, ölüm, karma veya geri prim iadesi ile irat ödemeli hayat sigortalarına bağlı ödeme
4. Sermaye İtfâ Sigortası	Peşin ya da taksitli prim ödemeleri karşılığında, süresi ve miktarı açısından eblirliği olan taahhütleri kapsayan aktüeryal tekniğe dayanan birikim işlemlerine bağlı ödeme
5. Fonların Yönetimi İşlemi	Emeklilik fonlarının yönetim işlemleri; ilgili müessese açısından yatırımların (plasmanların) yönetimine ve özellikle ölüm, hayatta kalma ya da faaliyetlerin durması ya da azalması hallerinde tazminat ödemeyi üstlenen kurumların rezervlerini temsil edici aktiflerin yönetimine dayanan işlemler. Sermayenin korunması ya da asgari faiz ödemesine ilişkin sigorta ile birlikte yapılan yukarıdaki işlemler.
6. Kaza	Ölme veya yaralanma sonucu toplu veya irat şeklinde tazminat ödemesi Zararın tazmini İlk ikisinin kombinasyonuna bağlı ödemeler
7. Hastalık/Sağlık	Hastalık sonucu toplu veya irat şeklinde tazminat ödemesi (hastalık) Tedavi masraflarının tazmini (sağlık) İlk ikisinin kombinasyonuna bağlı ödemeler (hastalık ve sağlık)

Kaynak: Kaya (2010) ve Resmi Gazete'den (2007) uyarlanmıştır

İhtiyari – Zorunlu Sigorta Ayırımı

İhtiyari (gönüllü) sigorta, akit kurma eyleminin herhangi bir zorunluluk altında olmayıp, serbest irade ile karar verildiği sigortadır. Örneğin, kişilerin kendi iradeleriyle satın alıp almamaya karar verdiği bir sigorta ürünü olduğu için özel sağlık sigortası ihtiyari veya gönüllü bir sigortadır.

Zorunlu sigorta ise, sigorta akdinin kanuni zorunluluk sonucunda kurulmuş olduğu sigortadır. Kamu çıkarlarının ya da üçüncü şahıslara ait menfaatlerin korunması amacı ile belirli kategorideki şahısların bazı riskleri, spesifik koşullar altında sigortalama mecburiyetinin olduğu sigorta ürünlerine zorunlu sigorta denilmektedir. Örneğin, Türkiye’de genel sağlık sigortası veya trafik sigortası zorunlu sigortalar arasında yer almaktadır.

Özel–Sosyal Sigorta Ayırımı: Özel–Sosyal Sağlık Sigortası Karşılaştırması³

Bilindiği üzere en temel sigorta ayırımlarından bir tanesi özel ve sosyal sigorta ayırımıdır. Bu bağlamda sağlık sigortasını; sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere ikiye ayırıp incelemek mümkündür.

Özel sigortalarla sosyal sigortaların topluma hizmet yöntemleri; gerek amaç, gerek kapsam ve gerekse de uygulama açısından benzerlikler ve önemli farklılıklar göstermektedir. Özel ve sosyal sigortaları birbirinden ayıran kıstaslar incelendiğinde sosyalist, liberal ve karma ekonomi sistemlerindeki uygulamalarda da farklılıklar görülmektedir. Hatta aynı ekonomi sistemini uygulayan ülkelerde bile, özel ve sosyal sigortaların kıstasları değişiklikler gösterebilmektedir (Uğur 2004). Aşağıda, özel ve sosyal sigortalar arasındaki benzerlikler ve farklılıklar genel olarak kıyaslanmakta ve söz konusu kıyaslama, Tablo 4.2’de özetlenmektedir.

Tablo 4.2: Sosyal ve Özel Sağlık Sigortası Karşılaştırması

Özel Sağlık Sigortası	Sosyal Sağlık Sigortası
Kar amaçlı	Kar amaçlı değil
İsteğe bağlı, gönüllü	İstisnalar dışında zorunlu
Primini kişi kendisi öder	Prim katkısı zorunluluğu İşçi ve işverenden kesilen primler ve devlet katkısı
Bireysel temelli (faaliyet ilkesi bireysel)	Sosyal dayanışma temelli (faaliyet ilkesi kolektif)
Emeklilik ve sakatlığı içermez	Emeklilik ve sakatlığı da içerir
Kötü / önceden var olan riskler veya sakatlıklar dışlanabilir	Kötü / önceden var olan riskler veya sakatlıklar dışlanmaz
Primler bireysel risklere göre farklı olarak belirlenir: yaş, cinsiyet, mevcut hastalıklar, vs	Primler ödeme gücüne göre değil, havuzdaki risklere göre belirlenir
Katkılar bireysel risklere göre belirlenir	Bireysel riskler (önceden var olan koşullar, yaş, sakatlık, cinsiyet gibi) katkı düzeyini etkilemez ve kapsam dışında kalmaya yol açmaz,
Katkılar bireysel risklere göre	Katkılar gelire göre, yararlanma ise ihtiyaca göre
Yüksek riskleri sigortalamaktan kaçınır veya yüksek prim ister	Riskleri sigortalamaktan kaçınmaz ve herkesten eşit prim alır
Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki vardır	Alınan primle sağlanan yardım arasında sıkı bir ilişki yoktur
Pahalıdır	Nispeten ucuzdur
Bireysel olarak uygulanır	Kapsamdaki herkese ödeme gücüne bakılmaksızın ihtiyaçları ile ilişkili olarak sağlık hizmetlerinden yararlanır
Tarifeyi hazırlamak zordur	Tarifeyi hazırlamak kolay
Yararlanmak için belli bir süre veya prim	Dahil olduğu anda yararlanılabilir
Riskler ve faydalar sözleşmelerle tanımlanır, sigorta süresi belirlidir	Riskler ve faydalar yasalarla tanımlanır, sigorta süresi devamlıdır
Özel hukukta düzenlenmiştir	Kamu hukukunda düzenlenmiştir
Özel çıkarları gözetir	Kamu çıkarlarını gözetir
Prim ödeyebilecek olanlara hizmet verir	Prim ödeyemeyenlere de hizmet verir
Primlerle finanse edilir ve primleri birey ödediğinden kendi kendine yardım etmiş olur	Primler dışında devletin genel gelirleriyle de finanse edilir; çalışanın yanında işveren ve devletin katkısı olabilir
Zarara uğrayıp uğramamaya göre, sigortalı sözleşme yenilenirken daha çok veya daha az prim ödeyebilir	Sigortalı zarara uğrasa da uğramasa da prim miktarı değişmez
Fonlama, rekabet ve tercihlilik ilkeleri egemendir	Gelirin yeniden dağılımı, tekellik, tek tiplilik ilkeleri egemendir
Fayda ve katkı oranları, sigorta şirketinin ve sigortalının rızası olmadan değişmez	Fayda ve katkı oranları, çalışanın rızası olmaksızın değişebilir
Nesiller arası dayanışma sağlamaz	Nesiller arasında dayanışma sağlar

Kaynak: ILO (1999) ve Uğur’dan (2004) uyarlanmıştır.

³ Bu başlık ağırlıklı olarak Uğur’a (2004) dayalı olarak hazırlanmıştır.

Özel ve sosyal sigortalarda sigortacılık tekniğinden yararlanılmakta ve topluluk çerçevesindeki riskler eşitlenmektedir. Bu nedenle özel ya da sosyal sigortalara prim ödeyenler, karşılaştıkları zararların telafisinde özel ya da sosyal sigortalılıklarına göre kendi aralarında eşit yardım ve hizmet görmektedirler. Kişiler ödedikleri prim miktarına göre değil, uğradıkları zararın miktarına göre yardım almaktadır. Her iki sigortada da ödedikleri prim miktarından daha çok miktarda zararla karşılaşan ve sigorta yardımları ile bu zararları karşılanan üyelerden daha sonra fazladan prim alınmamaktadır. Aynı şekilde herhangi bir zararla karşılaşmayan veya ödedikleri primlerden daha az miktarda yardım alan üyelere de ödedikleri primler iade edilmemektedir.

Özel ve sosyal sigortaların ilgi alanı, tehlikelerin meydana getirdiği zararlardır. Tehlikelerin (risklerin) doğuracağı zararların kişiler arasında peşinen paylaşılması özel ve sosyal sigortaların ana ilkesidir. Yani her iki sigorta türü de üyelerini olası tehlikelerden korumak ve tehlikelerden doğan zararları maksimum ölçüde karşılamak amacı gütmektedir. Dolayısıyla özel ve sosyal sigortalar, üyelerini zenginleştirmek için değil; onları fakirleştirmemek ve mevcut durumlarını korumak için hizmet vermektedir. Bu benzerliklere karşın sosyal sigortalar ile özel sigortalar arasında, aşağıda özetlenen farklılıklar vardır.

Sosyal sigortalarda zorunluluk ilkesi egemen olup; kimlerin zorunlu olarak sigortalı sayılacağı, hangi risklerin karşılanacağı ve sağlanacak faydalar yasayla belirlenmektedir. Özel sigortalarda ise, isteğe bağlılık ve sözleşme serbestisi ilkesi egemendir. Özel sigortalar herkese açıktır. Bu nedenle de sosyal sigortalar Kamu Hukukunda; özel sigortalar ise Özel Hukuk içinde düzenlenmektedir. Ancak, sosyalist rejimin uygulandığı ülkelerde devlet özel sigorta ile de uğraşmaktadır. Liberal veya karma ekonomilerde bazı durumlarda kamu kurumları özel sigorta yapabilmektedir..

Sosyal sigortalardaki zorunluluk ilkesi, zorunlu trafik sigortası istisnasında olduğu gibi özel sigortalarda da görülmektedir. Ancak; bazı özel sigorta türlerinde görülen zorunluluk ilkesi, sağlanan güvenliğin ferdi olması yönünden ve sigorta şirketlerinin yasal bir zorunluluk sebebiyle sigorta sözleşmesini akdetmek zorunda kalması yönünden sosyal sigortalardaki zorunluluk ilkesinden ayrılmaktadır. Zira sosyal sigortalardaki zorunluluk ilkesi, yasalardan kaynaklanmakta ve sağlanan sosyal güvenlik kolektif olmaktadır.

Sosyal sigortalarda asıl amaç, kar elde etmek değildir. Özel sigortalarda ise asıl amaç, kar elde etmektir. Bu nedenle özel sigortalar, sosyal sigortaların kapsamındaki bütün riskleri sigortalamaktan kaçınmakta veya daha yüksek oranda prim talep etmekte ve riskle karşılaşma olasılığı fazla olan kişileri sigortalamak istememektedir. Kar amacıyla faaliyet gösterdikleri için kendilerini zarara uğratabilecek bir işe katılmaları beklenmeyecek olan ve verilen primlerin karşılığı olarak belirli riskleri karşılayan özel sigortalar, sadece prim ödeyecek gücü olanlara hizmet vermesi sebebiyle modern sosyal devletin temin etmek zorunda olduğu sosyal güvenlikle zayıf bir ilişki içinde faaliyet göstermektedir. Diğer bir ifadeyle sosyal sigortalardaki kamu yararı ilkesi, özel sigortalarda yeterli düzeyde bulunmamaktadır. Yine de sigorta primleri dışında devletin genel gelirleri ile finanse edilen sosyal sigorta kurumlarındaki emeklilik ödemeleri ile sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması, pek çok sosyal sigortalının daha iyi hizmet ve yardım almak için özel sigortalara da prim ödemelerine neden olmaktadır. Bu da sosyal güvenlik yönüyle özel sigortalara, sosyal sigortaları tamamlayıcı bir nitelik kazandırmaktadır.

Özel sigortalarda herhangi bir zarara uğramadığı için sigorta şirketinden yardım veya hizmet almayanlar, sonraki dönemde daha az prim ödeme imkânına sahip iken sosyal sigortalarda böyle bir imkan bulunmamaktadır. Özel sigortalar, ciddi risklerle karşılaşan veya karşılaşma olasılığı yüksek olanları sigortalamaktan kaçınmakta olmasına rağmen, sosyal sigortalarda sigortalının taşıdığı risk ne olursa olsun böyle bir uygulama görmek mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerinde sosyal ve özel sigortalar arasında dikkati çeken en önemli farklılık, özel sigortaların daha kaliteli hizmet verdiği gerçeğidir. Çünkü özel sigorta şirketlerinin, karlarını maksimize etmek ve müşterilerini memnun etmek için daha ucuz, daha süratli ve daha kaliteli bir şekilde sağlık hizmeti sunan hizmet sunucularından hizmet almaları gerekmektedir. Sosyal sigortalarda ise; kar maksimizasyonu ve müşteri memnuniyeti öncelikli bir hedef olmadığından sigortalılara aylar sonrasına verilen randevular, hizmetin kalitesini ve memnuniyetini önemli ölçüde düşürmektedir. Hatta pek çok sosyal sigortalı, önemli ameliyat ve tedavi hizmetlerini alabilmek için önce sigorta doktorlarının özel

muayenehanelerinde muayene olmakta ve hastanelerin döner sermayelerine önemli miktarda para ödemek zorunda kalmaktadır. Sosyal sigortalıların bu nedenle gerekli tedavi hizmetlerini alamamaları şikâyet konusu olabilmektedir.

İster sosyal sigorta olsun, isterse özel sigorta olsun bir sigortanın faaliyet gösterebilmesi için sigortalı tarafından prim ödenmesi gerekmektedir. Ödenen primler sayesinde sigortalılar kendi kendilerine yardım etmektedirler. Ancak özel sigortalardan farklı olarak sosyal sigortalarda, sigortalılar yanında işveren ve devletin de finansmana katkısı bulunmaktadır. Özel sigortalarda tam olarak uygulanan kendi kendine yardım ilkesi, bu katkılar nedeniyle sosyal sigortalarda bir tür dışardan yardım ilkesine dönüşebilmektedir.

Zorunlu sosyal sigortalarda bireyler, gelecekte bir gün ihtiyaç duyacakları faydayı doğrudan elde etmek için önceden bir fona ödemede bulunmaktadır. Özel sigortada görülebilen hariç tutulabilme istisnası (ters seçim olgusu) sosyal sigortalarda söz konusu değildir. Sosyal sigortalarda ödeme gücü, sisteme girişte belirleyici olmamaktadır. Katkı yapma gücü olmayanlar, devlet desteği ile sigorta kapsamına alınmaktadır.

Sosyal sigortaların aksine özel sigortalarda; gelirin yeniden dağıtımı yerine fonlama, zorlama yerine teşvik, tekel yerine rekabet, tek tiplilik yerine tercihlilik özellikleri vardır. Ayrıca, ekonominin durumuna göre fayda ve katkı oranlarında değişikliklerin yapılabildiği sosyal sigortaların aksine özel sigortalarda, sözleşmeyle belirlenmiş fayda ve katkı oranları tarafların rızası olmadan değiştirilememektedir.

Sosyal güvenliğin varlık sebeplerinden olan gelirin yeniden dağılımı amacı sosyal sigortalarda var olmasına karşın, özel sigortaların gelirin yeniden dağılımı amacı yoktur. Herkese kendi katkısı oranında bir hak tanınan özel sigortalarda, sosyal sigortaların aksine toplumun değişik kesimleri ve kuşakları arasında dayanışmayı sağlama amacı bulunmamaktadır.

Özel sigortalarda toplanan primler aynı risk tehdidi altında bulunan bütün sigortalılardan eşit miktarlarda alınmakta ve aynı riskten zarara uğrayan sigortalılara da eşit miktarda hizmet verilmektedir. Sosyal sigortalarda ise; toplanan primlerin miktarı, sigortalıların ödeme güçlerine ve genellikle ücretin belli bir oranına göre tespit edilmekte ve prim miktarının belirlenmesinde, sigorta edilen risk dikkate alınmamakta ve alınan primlerle sağlanan yararlar arasında sıkı bir ilişki bulunmamaktadır. Sosyal sigortalarda düşük ücretle çalışan biriyle, yüksek ücretle çalışan birinin ödediği prim miktarı arasında önemli farklılıklar olmasına karşın, her ikisine de örneğin hastalık durumunda sunulan edim ve hizmet benzer olmaktadır.

Sosyal sigortalar, genel ve kamu çıkarları ile yakından bağıntılı iken, özel sigortalar özel çıkarlarla ilişkili olup ekonomik nitelikte ve para ile ölçülebilen şahsi çıkarları koruyucu özelliğe sahiptir. Özel sigortalar, manevi ya da psikolojik nitelikteki çıkarları kapsamı dışında bulundurmaktadır. Sosyal sigortalar, toplumun bütün bireylerine güvence vermek ve milli gelirin sosyal adalet ilkelerine uygun olarak dağılımını gerçekleştirmek amacıyla geniş bir uygulama alanına sahip olarak herkesi kapsamına alma gayesi taşımaktadır. Bu yönüyle sosyal sigortalar, ekonomik yönden zayıf sınıflara asgari yaşama garantisi vermektedir. Oysa özel sigortalar toplumun geneline değil daha çok ekonomik durumu iyi olanları kapsamına alarak onlara ek bir güvence vermeyi ve onların kişisel menfaatlerini teminat altına almayı hedeflemektedir.

Sosyal sigortalar, gelir kayıplarını telafi etme niteliğine sahip iken; özel sigortalar gelen tehlike zararlarının tazminini sağlama niteliğine sahiptir. Sosyal sigortalardaki gelir kayıpları sadece sigortalının kendisi ile sınırlı kalmamakta, sigortalı hayatta iken de öldükten sonra da bakmakla yükümlü olduğu eşi, çocukları ve anne-babası, yasalarla belirlenmiş kapsam çerçevesinde bütün sosyal risklerin zararlarına karşı, yardım ve hizmetlerle güvence altına alınmaktadır. Özel sigortalarda ise, öncelikli olarak sigortalının kendisi uğradığı zararlardan dolayı korunmaktadır. Bu yönüyle özel sigortalar sadece bireyleri korumakta, sosyal sigortalar ise sigortalının ailesini de koruma altına almaktadır.

Özel sigortalarda primler, poliçeyle tespit edilen günlerde düzenli olarak ödenmek durumundadır. Aksi halde riskin karşılanması vazgeçilebilmektedir. Özel sigortalarda sigortacının sorumluluğu primin tamamının veya ilk taksitinin ödenmiş olmasına bağlıdır. Sosyal sigortalarda ise, prim

ödenebilmesi için bir kazancın olması gerekmektedir. Ancak, prim ödenmese de sosyal korumadan vazgeçilememektedir. Yani sosyal sigortalarda primin ödenmemiş olması sosyal hak ve yükümlülüklerin ortadan kalkmasına neden olmamaktadır. Bu farklılık, sosyal sigortaların sosyal devlet anlayışında önemli bir fonksiyonu yerine getirdiğini göstermektedir.

Özel sigortalarda hesaplar; yılların tecrübesi, istatistikî veriler ve büyük sayılar kanunu gereğince yapılmakta ve alınan primler ile yapılan ödemeler genellikle uzun bir dönem için fazla değişiklik göstermemektedir. Sosyal sigortalarda ise; prim ve sigortadan yararlananların kapsamında sık sık değişiklikler yapılabilmektedir. Bu durum pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de sosyal sigortaların mali yapılarını önemli ölçüde bozmakta ve sosyal sigortalarda yeniden yapılanma arayışlarına neden olmaktadır.

Sosyal sigortalar, belli bir geçim seviyesine erişmek ve çalışma imkânı olmayan durumlarda güvence sağlamak amacıyla kurulmuş ve kapsamına da yaşlılık, ölüm, maluliyet gibi insan hayatını ilgilendiren olayları almıştır. Özel sigortalar ise; insan hayatını ilgilendiren olayların yanında malvarlığını da güvence altına almaktadır. Yani, sosyal sigortalar kişilerin bedeni menfaatlerini koruma altına alırken özel sigortalar, kişilerin hem bedeni hem de ekonomik menfaatlerini koruyabilmektedir. Bu yönüyle bakıldığında özel sigortaların sosyal sigortalardan daha geniş bir kapsama sahip olduğu görülmektedir. Ancak, sosyal güvenlik açısından sosyal sigortaların kapsamında olan bütün risklerin özel sigortaların kapsamında yer almamasındaki önemli farklılıklardan hareketle, özel sigortaların sosyal güvenlik boyutunun sosyal sigortalara göre daha sınırlı kaldığı bilinmektedir.

Özel sigortalar, kişisel inisiyatif (gönüllülük), üzerine karşılıklı sözleşme esasına dayanarak kişileri kapsamına almaktadır. Sağlık sigortasında özel sigorta kuruluşlarının en büyük sıkıntısı, sağlık sigortalarının pahalı olması ve bu sigortanın tarifesini hazırlamanın zorluğudur. Gelişmekte olan ülkelerde kişi başına gelirin düşük fakat sağlık sigortası priminin yüksek olması sigorta talebinin istenilen seviyeye ulaşmasını engellemektedir. Üstelik bu ülkelerde istatistik verilerinin zamanında ve doğru bir şekilde elde edilememesi sağlık sigortasının tarifesinin hesaplanmasında zorluk yaratmaktadır. Diğer taraftan kişinin özel sağlık sigortasını yaptırmakta mecbur olmayışı, tam bir irade serbestisine sahip olması nedeniyle özel sağlık sigortasına talebin artması ancak kişinin gelir seviyesinin yüksekliğine, sigorta bilincine sahip olmasına, sosyal sigortaların vermiş olduğu sağlık yardımlarından memnuniyetsizliğine bağlı olmaktadır.

Özel sağlık sigortası, sosyal sağlık sigortasında olduğu gibi emeklilik ve sakatlığı kapsamaz. Özel sigorta primleri sosyal sigorta da olduğu gibi bir havuzda toplanmış risklere göre değil sigortalanan bireyin ya da grubun hastalanma olasılığı göz önüne alınarak belirlenmekte, buna bağlı olarak da primler kişiden kişiye ya da gruptan gruba farklılık gösterebilmektedir. Bunun sonucu, primlerin yüksek olması nedeniyle sigorta edilen kişi miktarının azalması ve bazı grupların özellikle kronik hastalığı olanların ‘kötü risk’ grubuna girmeleri nedeniyle sigorta kapsamı dışına çıkarılmaları olabilir.

Özel sigortalarda, özünde rizikoların eşitlenmesinin bulunduğu sigortacılık tekniği kullanılmaktadır. Bir zararın meydana gelmesi durumunda ilgili sigortalının duyacağı gereksinimler, diğer bütün üyelerin organizasyona ödemekte oldukları primlerle karşılanmaktadır. Yani sigortacılık tekniği, riskin mali sonuçlarını bir topluluk arasında yayma ilkesine dayanmaktadır. Ancak, her sigortalının ödemekte olduğu prim miktarı, kendi kişisel rizikosuna bağlı olarak değişmektedir. Bu nedenle özel sigortalarda hiçbir sigortalıyı bir diğerine göre daha zengin ya da daha fakir duruma getirmeyen bir zarar eşitlemesi yani, kendi kendine yardım söz konusu olmaktadır. Ayrıca, özel sigortalarda gelirin yeniden dağılımı meydana gelmemekte ve her sigortalı kendi rizikosuna uygun olarak ödediği primler karşılığında korunmakta, dolayısıyla sigortalının ödediği prim miktarıyla özel sigortanın karşıladığı risk miktarı arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır.



Sosyal sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki temel farkları biliyor musunuz?

SAĞLIK SİGORTACILIĞININ DİĞER SİGORTALARDAN FARKI

Genel olarak, sigorta finansal güvence sağlar. Örneğin, araba sigortası araba kazaları ile alakalı olan finansal kayıplara karşı koruma sağlar. Hayat sigortası ise bir aile üyesinin vefat etmesi ile ilişkili olan finansal kayıplara karşı koruma sağlar. Ancak sağlık sigortası bir dereceye kadar farklıdır. Sağlık sigortası sadece oluşan tıbbi maliyetlerle ilişkili olan finansal kayıplara karşı koruma sağlamayı değil, aynı zamanda sağlık güvenliğini de korumayı amaçlamaktadır. Yani, potansiyel sağlık kaybına karşı koruma sağlar ve sağlık hizmetlerine yeterince erişmeyi sağlar.

Riskler tümüyle kontrol edilemediği zaman ve bu risklerle ilgili maliyetler katastrofik olduğunda tek çözüm riskin paylaşımı olmaktadır. Bu durum sadece sağlık hizmetlerine has bir durum değildir. Ancak belirli problemlerin büyüklüğü ve etkileşimi sağlık hizmetleri piyasası ortamında özellikle önem arz etmektedir. Dahası, sağlık riski sadece kısmen gelir veya istihdam ile ilişkili iken, finansal risk neredeyse tümüyle gelir veya meslek ile ilişkilidir.

Sağlık sigortası bariz bir şekilde, varlık değerinin ve bundan dolayı da sigorta maliyetinin genellikle gelirle ilişkili olduğu ev veya araç gibi insan dışı varlık sigortalarından (insurance for non-human assets) farklılaşmaktadır. Sağlık sigortasını diğer sigortalardan ayıran temel fark tıbbi bakım, koruyucu bakım ve onarımla ilgili maliyetleri karşılaması, ancak zarar/hasar görmüş sermayenin (bu vakada insan vücudu) komple yerine konulmasının maliyetini karşılamamasıdır. İnsan dışı varlıklar için sigorta (insan dışı varlık sigortası) bunun tam tersi çalışır. İnsan dışı varlık sigortası, varlık kaybına karşı koruma sağlar ancak bakım masrafları için ödemede bulunmaz. Sigorta, ev veya araçlar için geçici yerine koymanın maliyetini de karşılayabilir, ancak bu durum sağlık sigortası açısından olanaklı değildir. Ayrıca, sağlık sigortası için risklerin hesaplanması daha zordur. Bunun iki temel nedeni belirtilebilir. Birincisi, insan vücudu doğası gereği insan dışı mal ve hizmet varlıklarından daha karmaşıktır. İkincisi ise, belirli bir sağlık problemi için genellikle farklı maliyetler, sonuçlar ve riskler içeren olası farklı tedaviler vardır.

Ahlaki tehlikenin belli bir düzeyi bütün sigorta çeşitlerinin/türlerinin doğasında vardır. Ancak insan dışı varlık sigortalarında ahlaki tehlike olgusu daha sınırlı olmaktadır. Örneğin, evini yakarak veya gerçek dışı olarak arabasının çalındığını sigorta şirketine ihbar ederek/bildirerek sigortacıyı dolandırmak yasadışıdır. Böyle bir tazminat genellikle sağlık sigortasında olanaklı değildir. Kalıcı sakatlıklar (sürekli engellikler) için nakit ödeme genellikle hayat sigortası kapsamına dâhil edilmektedir ve bu ödeme hayatın bir parçası için tazminat olmaktadır. Hayat sigortası için en belirgin ahlaki tehlike “intihar” durumudur. Zaten intihar genellikle hayat sigortalarında tazminat kapsamı dışında tutulmaktadır.

SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA ORGANİZASYON BİÇİMLERİ

Sosyal sağlık sigortasında politik ve ekonomik koşulların belirleyiciliğinde ortaya çıkan iki temel organizasyon biçimi kullanılabilmektedir: Direkt yöntem ve endirekt yöntem.

Endirekt Sistem

Sözleşme modeli olarak da adlandırılan sağlık finansmanı organizasyonunda **endirekt sistem**, daha çok endüstrileşmiş ülkelerde yaygındır. Endüstrileşmiş ülkelerde sosyal güvenlik kavramının ortaya çıktığı ve sistemin ilk gelişmeye başladığı dönemlerde, özel çalışmakta olan ve daha çok, hekimlerden oluşan sağlık profesyonelleri ağı ve yer yer de yine bu hekimlerin işlettikleri özel hastaneler ağı vardı. Kurulan sosyal güvenlik sistemi, var olan ağı kullanarak ve her birisiyle, verdikleri hizmet üzerinde anlaşma yaparak, sosyal güvenliği kurumsallaştırmıştır.

Bu yapıda sigortalı hastalandığı zaman sağlık kurumuna başvurur. Başvurduğu kurum sosyal güvenlik sisteminin anlaşmalı olduğu sağlık hizmeti üreticisi kurumdur. Kullandığı hizmetler, bu kurum tarafından sigorta şirketine fatura edilir. Ödemeyi sigorta şirketi sağlık kurumuna yapar. Bu modele **hizmet ödemesi (fayda) modeli** denilmektedir. Endirekt sistemin başka bir biçiminde ise hasta; hizmeti kullandığı anda, hizmeti sunan kişi veya kuruma kullandığı hizmetin karşılığını öder, ödediği parayı sonradan, bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumundan geri alır. Bu modele ise **nakit ödeme (fayda) modeli** denilmektedir.

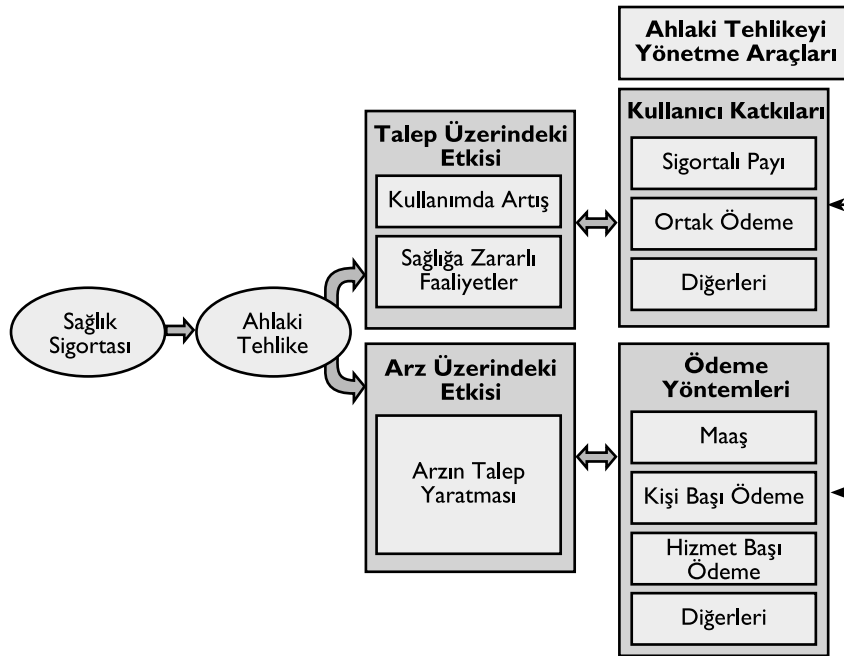
Endirekt yöntemde, hizmet sunumu ile finansman birbirinden ayrıktır. Şu anda Türkiye'nin GSS kapsamında kullandığı yöntem endirekt yöntemdir. Bir finansman kurumu olan SGK, sigortalı mensuplarının kamu ve özel sağlık hizmeti sağlayıcılarından aldıkları hizmetlerin karşılığını hizmet sunucularına çeşitli ödeme mekanizmalarını kullanarak gerçekleştirmektedir. Bunu da sözleşmeler yoluyla gerçekleştirmektedir. Dolayısıyla sistemde finansman ile hizmet sunumu farklı kurumlardadır.

Direkt Sistem

Direkt sistemde sosyal güvenlik örgütünün kendisi, hizmeti finanse etmenin ötesinde, hizmeti üretir, denetler ve hizmeti sunan kurumların da sahibidir. Bu sistem, hizmetin istenildiği gibi denetlenmesi olanağını da verebilir. Öte yandan bu sistem; bürokrasi, aşırı merkezîyetçilik, hastaya hekimini seçme şansı tanımaması gibi yönlerden eleştirilebilmektedir. Bu yöntemde; hizmetin finansmanı ve sunumu aynı (sigorta) kurum tarafından gerçekleştirilir. Örneğin, altıncı bölümde ele alındığı üzere Türkiye'de 2005 yılına kadar uygulanan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) örneğinde olduğu gibi. SSK hem finansman hem de hizmet sunumunu bir arada mensuplarına sağlayan bir kurum niteliği taşıyordu.

SAĞLIK SİGORTASININ ARZ VE TALEP ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: AHLAKİ TEHLİKE VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Bilindiği üzere sağlık hizmetleri arz ve talebini etkileyen veya belirleyen faktörler arasında; gelir, fiyat, mesafe, zaman gibi değişkenlere ek olarak sağlık güvencesinin varlığı da yer almaktadır. Güçlü ve yaygın bir finansman mekanizması olan sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin birçok boyutu ve aktörü üzerinde etkileri vardır. Bu etkiler sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin arz (hizmeti sunanlar/üreticiler/hekimler) ve talebi (hizmeti talep edenler/tüketiciler/hastalar) üzerindeki etkileri bağlamında ele alınıp incelenebilir. Bölüm 2'de de ele alındığı üzere, sağlık sigortasının sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerindeki bu etkileri genel olarak ahlaki tehlike olarak adlandırılmaktadır (bkz. Şekil 4.1).



Şekil 4.1: Sağlık Sigortasının Arz ve Talep Üzerindeki Etkisi ve Ahlaki Tehlikeyi Yönetme Araçları

Kaynak: Yıldırım (2012)

Şekil 4.1'den de görülebildiği gibi sağlık sigortasının varlığından kaynaklanan ahlaki tehlike talep kanadında iki şekilde ortaya çıkabilir. Başka bir ifade ile sigortanın varlığı sigortalının davranışını iki şekilde etkileyebilir. *Birincisi*, sağlık hizmetleri kullanımında artış görülmесidir. Tüketici sağlık hizmetlerini gereksiz kullanıma yönelebilir. Bireyin sigortalı olmadığı durumlarda talep etmeyeceği sağlık hizmetlerini sigortalandıktan sonra düşük fiyat etkisiyle talep etmesi olasıdır. Başka bir ifade ile

sağlık sigortasının varlığı, sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımına yol açabilir. *İkincisi* ise, sağlık sigortasının varlığı, sigortalıyı sağlığa zararlı faaliyetler (sağlıksız davranışlar) içine sokabilir. Yani sigorta yapıldıktan sonra sigortalanan olayın ortaya çıkma olasılığının artmasıdır. Bireyin sigortalandıktan sonra özellikle koruyucu hekimliğe ilişkin bazı uygulamalardan vazgeçmesi ya da sigara içme, tehlikeli sporlar yapma gibi bazı sağlığa zararlı faaliyetlere girmesi mümkündür. Kişi, nasıl olsa sigortam var hastalanırsam sigortam sağlık hizmetleri masraflarımı öder diyerek sağlığını koruma ve geliştirme konusunda dikkatli davranmayabilir.

Diğer taraftan sigortanın varlığının arz kanadında, yani hizmet sunucuları (hekimler) nezdinde, sebep olduğu ahlaki tehlike *arzın talep yaratması* olarak adlandırılmaktadır. Bölüm 2’de de ifade edildiği üzere enformasyon asimetrisinden dolayı hizmet sunucusu ile hizmeti alan arasında bir vekâlet ilişkisi söz konusudur. Hekim hastanın vekili olarak hasta adına hizmetleri talep etmektedir. Sigortanın varlığı bu ilişkide hizmet sunucuyu nasıl olsa masraflar sigorta kuruluşu tarafından ödenmektedir diye gereksiz hizmet talep etmeye yönltebilir.

Sağlık sigortasının varlığının sebep olduğu ahlaki tehlikeyi yönetme mekanizmaları (araçları) hem talep kanadı açısından hem de arz kanadı açısından maliyet sınırlama stratejileri olarak ele alınmaktadır. Bölüm 3’deki Şekil 3.3’de de ayrıntılı bir şekilde görüldüğü üzere talep yönlü maliyet sınırlama stratejileri, maliyet paylaşım düzenlemeleri yani kullanıcı katkılarıdır. Arz yönlü maliyet sınırlama stratejileri kapsamında ise ağırlıklı olarak sağlık profesyonellerine ödeme yöntemlerinde değişme ön plana çıkmaktadır.

Talep Kaynaklı Ahlaki Tehlikeyi Yönetme Mekanizmaları - Maliyet Paylaşım Mekanizmaları (Kullanıcı Katkıları): Şekil 4.1’de de görülebildiği gibi sağlık sigortasının sebep olduğu talep kanatlı ahlaki tehlikenin ortaya çıkmasının önlenmesinde veya azaltılmasında kullanılabilecek temel unsurlar maliyet paylaşım düzenlemeleri, yani kullanıcı katkılarıdır. Bölüm 3’de de ele alındığı üzere sağlık sigortası sistemlerinde (ister kamu sigorta sistemi, isterse de özel sigorta sistemi olsun) kullanıcı katkılarının kullanılmasının iki temel nedeni veya amacı vardır. Bunlardan birincisi, ahlaki tehlike sorunu ile başa çıkmaktır. Yani sigortanın varlığının yol açmış olduğu gereksiz kullanımı önlemektir. Kullanıcı katkılarının kullanılmasının ikinci temel bir nedeni ise bilindiği üzere ek gelir elde etmektir.

Literatürde kullanıcı katkılarının sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerindeki etkilerine ilişkin çok sayıda araştırma olmasına karşın, tarafların tartışmalarına deneysel düzeyde ışık tutabilecek ilk ve tek yıllara sair kapsamlı araştırma ABD’de gerçekleştirilen RAND Sağlık Sigortası Deneyi (RAND Health Insurance Experiment)⁴ olmuştur. Maliyet paylaşımının sağlık hizmetlerinin kullanımı, hizmet kalitesi ve sağlık üzerine etkilerini araştıran Deney oldukça eski olmasına rağmen bulguları halen geçerliliğini koruyan ve konuya ilişkin en fazla atıf alan araştırmadır.

RAND Sağlık Sigortası Deneyi üç temel soruya cevap aramıştır: 1) Ücretsiz sağlık hizmetleri ile karşılaştırıldığında, maliyet paylaşımı veya Sağlık Bakım Organizasyonu (Health Maintenance Organisation - HMO)⁵ üyeliği sağlık hizmetlerinin kullanımını nasıl etkiler? 2) Maliyet paylaşımı veya HMO üyeliği alınan sağlık hizmetinin uygunluğunu ve kalitesini nasıl etkiler? 3) Maliyet paylaşımının veya HMO üyeliğinin sağlık açısından sonuçları nelerdir?

RAND Sağlık Sigortası Deneyi, büyük ölçekli, çok yıllık ve deneklerin rastgele seçildiği bir deney olarak 1971 ile 1982 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamına her birisi 65 yaşın altında olan 7.700 bireyden oluşan toplam 2.750 aile alınmıştır. Bölgesel ve kırsal dengesi sağlamak için bu aileler ABD’nin altı farklı yerinden seçilmişlerdir. Katılımcılar deney için spesifik olarak oluşturulan beş sağlık sigortası programından birisine rastgele dahil edilmiştir. Deney kapsamında dört temel hizmet başı

⁴ RAND şirketi, kamu ve özel sektörün karşı karşıya olduğu sorunlara yönelik objektif analiz ve etkili çözümler sağlayan, kar amacı gütmeyen küresel ölçekli bir araştırma kuruluşudur.

⁵ Sağlık İdame Organizasyonu olarak da Türkçeye çevrilebilen HMO, 1927 yılında ABD’de uygulanmaya başlanan bir hizmet sunum ve finansman organizasyonudur. Organizasyona yapılan ön ödemeler karşılığında organizasyon içerisinde yer alan hizmet sunucularından yararlanır. HMO; 1) kar amaçsız bir sağlık planıdır, 2) ön ödeme sistemi ile çalışır, 3) koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verir, 4) organize hizmet sunumu söz konusudur ve 5) kendi sağlık çalışanları ve sağlık kurum ve kuruluşları vardır. HMO’nun prototipi ise 1945 yılında kurulan Kaiser Permanente’dir.

ödeme planı tipi bulunmaktaydı: Birinci ödeme planı bedava hizmet sağlıyordu. Diğer üç tür plan ise %25, %50 ve %95 olmak üzere çeşitli düzeylerde maliyet paylaşımını kullanıyordu. Beşinci sağlık sigortası planı ise kar amacı gütmeyen ve HMO tarzı bir grup kooperatifti. Bu HMO kapsamına alınanlar sağlık hizmetlerini ücretsiz aldılar. Planlar kapsamında maliyet paylaşımına maruz kalan yoksul aileler için ise, maliyet paylaşım miktarı gelir-ayarlı olarak üç düzeyden birine (gelirin %5, %10 ve %15'i olmak üzere) göre belirlenmiştir. Yani sağlığa cepten yapılan harcamalar gelire orantılı olarak bu yüzdelere göre sınırlandırılmış veya yıllık en fazla 1.000\$ (1977 yılı için) gibi oldukça düşük bir tavan fiyat konulmuştur.

RAND Sağlık Sigortası Deneyi'nin sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine etkileri konusundaki temel bulguları ise şu şekilde özetlenebilir: 1) Sonuçlar maliyet paylaşımının hemen hemen tüm sağlık hizmetlerinin kullanımını azalttığını göstermiştir. Aldıkları sağlık hizmetleri için katkı payı ödeyen katılımcılar, sağlık hizmetlerini bedava alan karşılaştırmalı grup ile kıyaslandığında sağlık hizmetlerini daha az kullanmışlardır. Maliyet paylaşımına daha fazla maruz kalanlar sağlık hizmetlerine daha az harcama yapmışlardır. 2) Maliyet paylaşımı hem yüksek etkili hem de daha az etkili olan sağlık hizmetlerinin kullanımını kabaca eşit oranlarda azaltmıştır. Maliyet paylaşımı katılımcılar tarafından alınan sağlık hizmetlerinin kalitesini önemli ölçüde etkilememiştir. 3) Maliyet paylaşımından dolayı sağlık hizmetlerinin kullanımını azaltması, bazı istisnalar hariç katılımcıların sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmamıştır. Ücretsiz bakım en fakir hastalar arasında; yüksek tansiyonun kontrolünde, diş sağlığı, görme ve seçilmiş ciddi belirtilerde iyileşmelere yol açmıştır.

RAND Sağlık Sigortası Deneyi'ne ek olarak, yapılan çok sayıdaki münferit ve sınırlı araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmış ve nüfusun belirli kesimleri için etkili koruma mekanizmalarının kullanılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Eğer uygun muafiyet mekanizmaları kullanıcı katkıları kapsamında kullanılmazsa, yoksullar gibi nüfusun kolay zarar görebilen kesimleri sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanamayacaklardır. Bu durumda kullanıcı katkıları hakkaniyetsizliğe yol açabilecektir. RAND Sağlık Sigortası Deneyi de göstermektedir ki kullanıcı katkılarının seviyesi arttıkça sağlık hizmetlerinin kullanımı (ilaç kullanımı, başvurma, ayakta ve yatarak tedavi görme anlamında) azalmaktadır. Ancak, maliyet paylaşımı etkililiğe bakmadan kullanımı azaltır. Bundan dolayı kullanıcı katkıları hem mikro verimliliği hem de hakkaniyeti zedeler. Kullanıcı katkıları ile ilgili detaylı bilgi için Yıldırım, Yıldırım ve Erdem'e (2011) başvurulabilir.

Buna karşın arz yönlü maliyet paylaşım yaklaşımı; tedavinin şekli, yoğunluğu ve miktarı konusunda, sunucuların karar mekanizmasındaki etkileri düşünüldüğünde, daha etkin ve adildir. Arz yönlü maliyet paylaşımının nasıl belirlendiği, diğer bir deyişle, sağlık hizmet sunucularına hangi esasa göre ödeme yapıldığı, maliyet kontrolü açısından oldukça önemlidir.

Arz Kaynaklı Ahlaki Tehlikeyi Yönetme Mekanizmaları - Ödeme Yöntemleri: Bilindiği üzere, sağlık sigortasının varlığının yol açtığı sağlık hizmetlerinin gereksiz veya aşırı kullanımı probleminin bir kısmı da arz kaynaklı olabilmektedir ki buna literatürde arzın talep yaratması veya arzın yarattığı talep denilmektedir. Daha önce de belirtildiği üzere arzın talep yaratmasının altında yatan temel neden ise hizmet sunucu (doktor) ile hizmet alıcı (hasta) arasında var olan asimetrik bilgidir. Buna göre arzın talep yaratması olgusu, eğer hasta hekim kadar bir bilgi sahibi olsa idi hastanın karar vereceği tedavinin kalite ve kantitesinden farklı ve fazla olarak hekimin hasta adına verdiği tedavi kararı şeklinde tanımlanabilir. Arz kaynaklı ahlaki tehlikeyi yönetebilmek için, başka bir ifade ile arzın talep yaratması problemini minimize edebilmek için kullanılan temel araçlar/meکانizmalar ise genellikle hizmet sunucularına ödeme yöntemleri olmaktadır. Bilindiği üzere arz kaynaklı olarak ahlaki tehlikeyi besleyen temel ödeme yöntemleri arasında hizmet başı ödeme yöntemi ön plana çıkmaktadır. Bundan dolayı hizmet başı ödemenin mümkün olduğunca sağlık çalışanlarına ödeme mekanizması olarak az kullanılması gerekmektedir. Sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri Bölüm 5'de ayrıntılı bir şekilde ele alındığı için burada üzerinde durulmamıştır.

Özet

Bu bölümde; sigortacılık ve sağlık sigortacılığına ilişkin konulara yer verilmiştir.

Sağlığın kendine has özelliklerinden, özellikle de kimin ne zaman hastalanacağını belli olmaması ve sağlık problemi ve ihtiyacı ile karşılaştığında da çok yüklü miktarlarda giderleri gerektirmesi, sağlık hizmetlerinin finansmanında kolektif sorumluluk zorunluluğunu da beraberinde getirmiştir. Güçlü ekonomilere ve adaletli vergileme sistemine sahip kimi ülkeler sağlık hizmetlerindeki bu kolektif sorumluluğu “genel vergiler” yoluyla karşılamaya çalışırken, kimi ülkeler de bu sorumluluğu “zorunlu sosyal sağlık sigortasını” kurarak sosyal primlere yüklemişlerdir. Kısacası sağlığın doğasındaki maliyetlerin yüksekliği ve risk; kolektif sorumluluğu, kolektif sorumluluk da sigortayı doğurmuştur.

Geçmiş 13. yüzyıla kadar dayanan ve temel sağlık finansman mekanizmalarından birisi olan sağlık sigortası; sosyal sigorta şartlarına veya poliçe genel şartlarına göre sigortalının karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonunda ihtiyaç duyacağı hizmetlerin masraflarını karşılayan bir sigorta türü olarak ele alınmaktadır. Sağlık sigortasında riziko kişinin sağlığını kaybetmesidir. Kişi sağlığını ya hastalandığında ya da kazaya uğradığında kaybeder. Sağlık sigortası, bu durumdaki kişiye muayene, teşhis ve tedavisinde gerekli masrafları belli limitler dahilinde ödeyen mekanizmadır.

Sigortacı ile sigortalı arasında yapılmakta olan hizmet sözleşmesi açısından literatürde kabul görmüş olan altı temel prensip söz konusudur: Azami iyi niyet prensibi, sigortalanabilir menfaat prensibi, tazminat prensibi, halefiyet ve rücu prensibi, yakın neden prensibi ve hasara katılım prensibi. Bu ilkeler sigortacılığın genel prensipleri veya sigortanın temel prensipleri olarak adlandırılmaktadır.

Sağlık sigortası; sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Özel sigortalarla sosyal sigortaların topluma hizmet yöntemleri; gerek amaç, gerek kapsam ve gerekse de uygulama açısından benzerlikler ve önemli farklılıklar taşımaktadır.

Bir sigorta kurumu açısından önemli olan temel fonksiyonlardan birisi fiyatlandırma olmaktadır. Sigorta ürününün fiyatı ödenen prim miktarıdır.

Başka bir ifade ile sigorta kuruluşunun sigorta sözleşmesinde belirtilen güvenceye karşılık olarak sigorta ettirenden aldığı parasal karşılıktır. Sigorta priminin hesaplanması olası hasarların sıklığının ve şiddetinin tahmin edilmesi esasına dayanmaktadır.

Sağlık sigortacılığının temelinde risk ve belirsizlik yatmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacağı ve hastalandığı zaman da ne kadar para harcanacağı belli olmadığından olası finansal riskleri kolektif bir şekilde karşılamayı amaçlayan “sigorta” olgusu ortaya çıkmıştır. Sağlık piyasasının kendisine has özelliklerinden biri olan belirsizlik nedeniyle gelecekteki muhtemel risklere karşı önlem almanın yolu sigortadan geçmektedir.

Bir toplum hayatı açısından sigortacılığın çok önemli sosyo-ekonomik işlevleri olduğu belirtilebilir. Temelde sigortacılığın iki ana işlevi bulunmaktadır: Sigortanın güvence ve risk yönetimi işlevleri ve sigortanın ekonomik işlevleri

Sigortada çok sayıda taraf/aktör olmakla birlikte, bunlar arasında ön plana çıkanları; sigorta kuruluşu (sigortacı), sigortalı, sigorta ettiren ve lehdar, mal/hizmet sunucuları ve kamu otoritesi olmaktadır.

Sigorta farklı bakış açıları ile çok değişik şekillerde türlere ayrılabilir. Çok genel olarak sigortacılık çeşitlerini (türlerini); branşlar itibarıyla ayırım, ihtiyari – zorunlu sigort ayırımı ve özel – sosyal sigorta ayırımı olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır.

Güçlü ve yaygın bir finansman mekanizması olan sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin birçok boyutu ve aktörü üzerinde etkileri vardır. Bu etkiler sağlık sigortasının sağlık hizmetlerinin arz ve talebi üzerindeki etkileri bağlamında ele alınıp incelenebilir. Sağlık sigortasının sağlık hizmetleri arz ve talebi üzerindeki bu etkileri genel olarak “ahlaki tehlike” olarak adlandırılmaktadır.

Ahlaki tehlikenin yönetilmesi veya ele alınması için ağırlıklı olarak talep kanadında kullanıcı katkıları ve arz kanadında ise ödeme yöntemleri kullanılmaktadır.

Kendimizi Sınayalım

1. Aşağıdakilerden hangisi sigortacılığın temel varlık sebebidir?

- a. Risk
- b. Enformasyon asimetrisi
- c. Ters seçim
- d. Risk seçimi
- e. Kalite

2. Aşağıdakilerden hangisi sigortacılık genel prensipleri arasında **yer almaz**?

- a. Azami iyi niyet prensibi
- b. Sigortalabilir menfaat prensibi
- c. Verimlilik prensibi
- d. Tazminat prensibi
- e. Yakın neden prensibi

3. Aşağıdakilerden hangisi sigorta primi hesaplanırken hesaba katılır?

- a. Risk primi
- b. Komisyonlar
- c. Genel yönetim giderleri
- d. Kar marjı
- e. Hepsi

4. Aşağıdakilerden hangisi sigortanın tarafları arasında **yer almaz**?

- a. Sigortacı
- b. Sigortalı
- c. Lehdar
- d. Banka
- e. Sigorta ettiren

5. Aşağıdakilerden hangisi sigorta türlerinden **değildir** ?

- a. Hayat sigortası
- b. Hayat dışı sigorta
- c. Özel sigorta
- d. Sosyal sigorta
- e. Zaman sigortası

6. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu’nun (SGK) kullandığı sağlık sigortasında organizasyon biçimi hangisidir?

- a. Endirekt sistem
- b. Direkts sistem
- c. Hizmet sunumu sistemi
- d. Hizmet üretim sistemi
- e. Yerinden yönetim sistemi

7. Aşağıdakilerden hangisi risklerin sigorta edilebilirlik temel ilkeleri arasında yer alır?

- a. Ekonomik olarak fizibil olmalı
- b. Kayıp katlanabilir olmalıdır
- c. Kayıp rastgele olmalıdır
- d. Kayıp tam olarak fiyatlandırılabilenmelidir
- e. Hepsi

8. Aşağıdakilerden hangisi sağlık sigortasının işlevleri arasında **yer almaz**?

- a. Risk yönetimi
- b. Tasarruf sağlama
- c. Kredi sağlamayı kolaylaştırma
- d. Pazarlama
- e. Güvence yönetimi

9. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortasının bir özelliğidir?

- a. Kar amaçlı
- b. Gönüllü
- c. Riskler dışlanabilir
- d. İstisnalar dışında zorunlu
- e. Katkılar bireysel risklere göre

10. Sağlık sigortasının arz ve talep üzerindeki etkisine genel olarak verilen ad nedir?

- a. Arzın talep yaratması
- b. Ahlaki tehlike
- c. Ters seçim
- d. Gereksiz hizmet kullanımı
- e. Risk seçimi

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. a Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığının Tarihçesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

2. c Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık Genel Prensipleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

3. e Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Fiyatlandırma” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

4. d Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Taraflar” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

5. e Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı Çeşitleri (Türleri)” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

6. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sigortacılığında Organizasyon Biçimleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

7. e Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığında Riskler” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

8. d Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığının İşlevleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

9. d Yanıtınız yanlış ise “Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı Çeşitleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

10. b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sigortasının Arz ve Talep Üzerindeki Etkisi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Sosyal sağlık sigortasında temel gelir kaynağı; bordro vergileridir (payroll tax). Katkılar işveren ve çalışanlar tarafından yapılır. Katkılar ödeme gücüne/yeteneğine göre, sağlık hizmetlerine erişim ve yararlanma ise ihtiyaca göredir. Özel sağlık sigortası ise riske dayalıdır. Primler sağlanacak hizmetlerin beklenen olası ortalama maliyetine dayanır. Yüksek risk grubundakiler daha fazla prim öderler. Düşük risk grubundakiler ise daha az prim öderler. Sosyal sigortanın işleyişinde ağırlıklı olarak dayanışma mantığı yatmaktadır ve sosyal sigorta genellikle özel sigorta tekniklerine dayalı olarak tasarlanmaz. Sosyal sigortada finansmanı yeniden dağıtımıcı bir özellik vardır. Bu ise; finansmanın düşük riskli gruplardan yüksek riskli gruplara transferi ile olanaklı olmaktadır. Özel sağlık sigortası ise özel sigorta tekniklerini kullanan bir sigorta türüdür. Özel sigorta uygulamaları sosyal dayanışmayı önemli ölçüde zedelemektedir. Çünkü özel sigortalar birey ve risk temelli olarak prim alırlar.

Yararlanılan Kaynaklar

- Abel-Smith, B. (1983). **Value for Money in Health Services: A Comparative Study**. Heinemann Educational Books Ltd., London.
- Abel-Smith, B. (1986). Funding Health For All - Is Insurance the Answer? **World Health Forum**, 7: 3-11.
- Akmut, Ö. (1980). **Hayat Sigortası – Teori ve Türkiye’de Uygulama**. Sevinç Matbaası, Ankara.
- Appleby, J. (1992). **Financing Health Care in the 1990s**. Open University Press, Buckingham.
- Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. **The American Economic Review**. LIII(5): 941-973.
- Austin, A.D. and Hungerford, T.L. (2009). **The Market Structure of the Health Insurance Industry**. CRS Report for Congress. Congressional Research Service, 7-5700, R40834.
- Bardey, D. and Lesur, R. (2006). Optimal Regulation of Health System with Induced Demand and *ex post* Moral Hazard. **Annales D’Economie Et De Statistique**. 83/84: 279-291.
- Belek, İ. (2009). **Sağlığın Politik Ekonomisi – Sosyal Devletin Çöküşü**. Genişletilmiş 3. Baskı, Yazılama Yayınevi, İstanbul.
- Bölükbaşı, A. ve Pamukçu, B. (2008). **Sigortacılıkta Risk Yönetimi**. Türkmen Kitabevi, İstanbul.
- Cichon, M. and Normand, C. (1994). Between Beveridge and Bismarck-Options for Health Care Financing in Central and Eastern Europe. **World Health Forum**. 15(4): 323-328.
- Çipil, M. (2008). **Risk Yönetimi ve Sigorta**. Nobel Yayınları, Ankara.
- Drummond, M. and Towse, A. (2012). Is it Time to Reconsider the Role of Patient Co-Payments for Pharmaceuticals in Europe? **European Journal of Health Economics**. 13: 1-5.
- Glaser, W.A. (1991). **Health Insurance in Practice: International Variations in Financing, Benefits, and Problems**. Jossey-Bass Publishers.
- Hoare, G. and Mills, A. (1986). **Paying for the Health Sector**. LSHTM, EPC Publication Number 12, London.
- ILO. (1984). **Introduction to Social Security**. International Labour Office, Geneva.
- ILO. (1999). **Social Health Insurance**. International Labour Office, Geneva.
- Issue Brief. (2008). **Fundamentals of Insurance: Implications for health Coverage**. American Academy of Actuaries (www.actuary.org).
- Karaman, D. (2010). Sigortanın Temel Prensipleri. İçinde: Kaya, F. (Editör). **Sigortacılık**. Beta Yayıncılık, İstanbul.
- Kaya, F. (2010). Sigorta Branşları (Türleri). İçinde: Kaya, F. (Editör). **Sigortacılık**. Beta Yayıncılık, İstanbul. 15. Bölüm: 183-345.
- Kurtulmuş, S. (1998). **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**. Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul.
- Musgrove, P. (1996). **Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns**. The HNP Discussion Paper, No: 29290, The World Bank, Washington.
- Müslümov, A. ve Aras, G. (2003). Türk Sigorta Sektörünün Özel Emeklilik Reformu Sürecinde Değişen Rolü: Fırsatlar ve Tehditler. **İktisat Fakültesi Mecmuası**, 53(2): 37-56.
- Normand, C. and Weber, A. (1994). **Social Health Insurance: A Guidebook for Planning**. WHO and ILO, Copenhagen.
- Nyman, J.A. (1999). The Value of Health Insurance: the Access Motive. **Journal of Health Economics**. 18: 141-152.
- Orhaner, E. (2000). **Türkiye’de Sağlık Sigortası**. Gazi Kitabevi. Ankara.
- Özbolet, M. (2009). **Temel Sigortacılık**. Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- RAND. (2006). **The Health Insurance Experiment. A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate** (www.rand.org, erişim: 12.12.2009).
- Resmi Gazete. (2007). 2007/1 Sayılı Sigortacılık Branşlarına İlişkin Tebliğ. Tarih: 11.07.2007, Sayı: 26579, **Resmi Gazete**, Ankara.
- Ron, A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G. (1990). **Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach**. ILO, Geneva.
- Sarı, N. (2007). Teşhise Dayalı Ödeme Sistemlerinin Sağlık Sektör Reform Tartışmalarına Yansımaları. İçinde: Aktan, C.C. ve Saran, U. (Editör). **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**. Aura Yayınları, İstanbul.

Tatar, M. (1994). Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler. İçinde: **I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. 4-7 Mayıs 1994, Hotel İmbat Kuşadası, Aydın.

Timmreck, T.C. (1987). **Dictionary of Health Services Management**. National Health Publishing.

Uğur, S. (2004). **Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi**. TİSK Yayınları, Yayın No: 244, Ankara.

Yıldırım, H.H. (2012). **Sağlık Sigortacılığı ve Geri Ödeme Sistemleri Ders Notları** (yayınlanmamış), Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü, Ankara.

Yıldırım, H.H. and Yıldırım, T. (2011). Health Care Financing Reform in Turkey: Context and Salient Features. **Journal of European Social Policy**, 21(2): 178-193.

Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. **Amme İdaresi Dergisi**, 44(2): 71-98.

www.rand.org

www.aktuerya.hacettepe.edu.tr

www.sagmer.org.tr

www.segem.org.tr

www.sigortacilik.gov.tr

www.trsb.org.tr

5

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

-  Sağlık sigortacılığında ödeme kavramını tanımlayabilecek,
-  Sağlık profesyonellerine ödeme yöntemlerini açıklayabilecek,
-  Sağlık kurumlarına ödeme yöntemlerini açıklayabilecek,
-  Farklı ödeme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlı yönlerini ifade edebilecek

bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

- | | |
|---|--|
|  Ödeme |  Bütçe Ödemesi |
|  Maaş |  Düz Oranda Ödeme |
|  Hizmet Başına Ödeme |  Günlük Ödeme |
|  Kişi Başına Ödeme |  Karma Ödeme |
|  Vaka Başına Ödeme |  Prim Ödemesi |

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri
- ❖ Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması
- ❖ Ödeme Yöntemleri ve Türkiye

Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri

GİRİŞ

Üçüncü bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alındığı üzere sağlık hizmetleri finansmanının üç temel fonksiyonundan birisi de satınalma fonksiyonudur. Satınalma fonksiyonu, sağlık hizmeti sunucularına verdikleri hizmetleri karşılığını ödemede kullanılan ödeme yöntemlerini de kapsamaktadır. Bu ödeme yöntemleri hem kurumsal hem de bireysel sağlık hizmetleri sunucularını içerecek şekilde olmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde ödeme yöntemleri, sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma, güvence altına alınan bireylerin kullandığı hizmet karşılığında ödeme yapmasını içermektedir. Kısaca ödeme sistemi, finanse eden ve hizmeti üreten (bireysel veya kurumsal) arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır. Bu ilişkide kullanılan yöntemler, sağlık hizmetini üretenlerin ve hizmeti alanların davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Kullanılan ödeme yöntemleri, sigortalıları adına ödemede bulunan sigorta kurumunun harcamalarının boyutunu da belirlemektedir. Bu açıdan, bir ülkede sağlık sigortası tarafından seçilen ödeme yöntemi ya da yöntemleri, tüm paydaşların (hizmet alıcıları, hizmet üreticileri, hizmeti ödeyicileri) üzerinde önemle durdukları bir konudur.

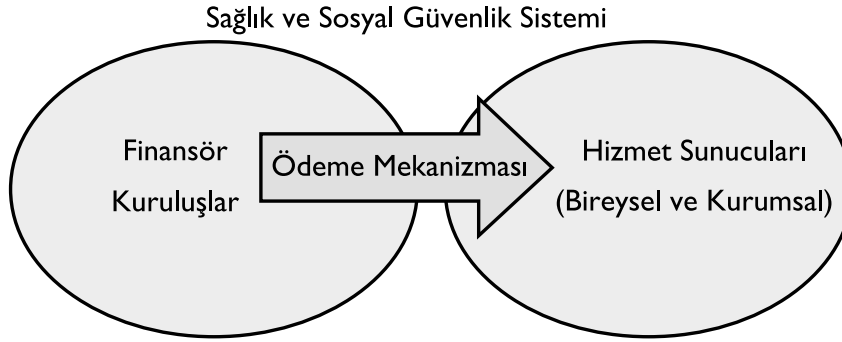
Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için ödeme yöntemleri, artan sağlık hizmeti maliyetlerini kontrol altına almada, temel mekanizmalardan birisi olarak değerlendirilmektedir. Gelir düzeyi düşük ülkeler, sağlık hizmetleri için uygun ve minimum kaynak gereksinimlerini karşılama çabasındadırlar. Yüksek gelirli ülkeler ise, artan sağlık hizmeti maliyetlerini nasıl kontrol altında tutabilecekleri üzerine yoğunlaşmaktadırlar. Maliyetleri kontrol altında tutma, ülkelerin sağlık hizmetleri için harcayacakları doğru miktarın ne olduğunun belirlenmesi ile ilgilidir. Sağlık politikalarını belirleyenler, maliyetleri kontrol altında tutabilmek için farklı mekanizmaları kullanmaktadırlar. Bu mekanizmalardan birisi, sağlık hizmeti üreticilerine yapılacak ödeme yöntemlerinin belirlenmesidir. Seçilecek ödeme yöntemi hizmetin nitelik ve niceliğini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu yöntemlerden bazıları, sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan girdileri veya sağlık hizmetleri sunumunu doğrudan etkilerken (tıbbi personel sayısı, tıbbi teknoloji miktarı gibi), bazıları sağlık hizmetleri talebini etkileyerek (ilaç bilgisi, koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının özendirilmesi gibi) artan maliyetleri kontrol altında tutmaya çalışmaktadır.

Bu bağlamda bu bölümde sağlık sigortacılığında ödeme kavramı, ödemenin paydaşlar için önemi, ödeme yöntemleri tanımlanmakta, sağlık çalışanlarına ve sağlık kurumlarına ödemede kullanılan yöntemler incelenmektedir. Farklı ödeme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarına göre karşılaştırılması yapılmakta, Türkiye’de kullanılan ödeme yöntemleri ele alınmaktadır.

SAĞLIK SİGORTACILIĞINDA ÖDEME YÖNTEMLERİ

Sağlık hizmetlerinde ödeme sistemi, sağlık hizmetini finanse eden kurumun, sağlık hizmetini üreten kuruma veya kişilere, güvence altına alınan bireylerin kullandığı hizmet karşılığında ödeme yapmasını kapsamaktadır. Ödeme sistemleri; finansal kaynakların kamu otoritesi, kullanıcı veya sigorta kurumu gibi kuruluşlardan veya finans mekanizmalarından alınıp, hekim, diş hekimi, hemşire gibi bireysel sağlık hizmeti sunucuları veya hastaneler, klinikler gibi kurumsal hizmet sunucularına tahsis edilmesi olarak tanımlanabilmektedir. Yani ödeme sistemi, finanse eden ve hizmet üreten (bireysel veya kurumsal) arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır.

Bu ilişkide kullanılan yöntemler, sağlık hizmeti üretenlerin ve hizmeti alanların davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Kullanılan ödeme yöntemleri, sigortalıları adına ödemede bulunan sigorta kurumunun harcamalarının boyutunu da belirlemektedir. Bu açıdan, bir ülkede sağlık sigortası kurumu tarafından seçilen ödeme yöntemi ya da yöntemleri, tüm **paydaşların** (hizmet alıcıları, hizmet üreticileri, hizmeti ödeyicileri) üzerinde önemle durdukları bir konudur. Ödeme sisteminde tanımlanan ilişki Şekil 5.1’de gösterilmektedir.



Şekil 5.1: Ödeme Mekanizması

Kaynak: AHÖ (1998)

Sağlık hizmeti sunucularına, sundukları hizmetin karşılığı olarak yapılan ödemelerde farklı yöntemler kullanılmaktadır. Tercih edilecek her yöntem; sağlık hizmetinin kalitesini, kaynak dağıtımını, yönetimini, sağlık hizmeti sunan kurumun ve sağlık profesyonellerinin tutum ve davranışlarını etkileyerek hizmetin niteliğini ve niceliğini belirlemektedir. Kullanılan ödeme yöntemlerine göre, hizmet sunucuları gelirlerini artırma çabasına girebilmektedirler. Bu çabalar şöyle sıralanabilir:

1. Mümkün olduğunca fazla tedavi vermek,
2. Mümkün olduğunca fazla hastayı etkilemek,
3. Finansal açıdan karlı olmayan veya sağlık durumu riskli olan hastaları diğer sağlık kurumlarına göndermek,
4. Gerekli olmadığı halde hastaları kontrole çağırarak,
5. Gerekli olmayan, pahalı ekipmanları satın almak ve
6. Gereksiz tetkikler yaptırmak.

İyi tasarlanmış bir ödeme sistemi, yukarıda sıralanan gereksiz yere israf edilen kaynakları ve harcamaları engelleyebilir. Bu nedenle ödeme sistemini kurmak ve işletmek, sağlık politikacıları için önemli konulardan birisidir. Tüm sağlık sistemlerinde hizmetler sağlığa ayrılan bütçe doğrultusunda ve sınırlı kaynaklar dâhilinde sunulmasına rağmen, toplumun sağlık hizmetlerine olan talebi sınırsızdır. Devletlerin ülkelerindeki sağlık sistemlerini geliştirip, vatandaşlarının sağlık düzeyini yükseltmek için çaba gösterirken, sağlık sistemlerinin finansmanının sürdürülebilirliği için, artan maliyetleri kontrol altında tutmaları ve sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmaları gerekmektedir. Maliyet kontrolünün sağlanmasında temel bir araç olarak görülen ödeme sistemi, farklı mekanizmaların birleşimi sonucu farklı yöntemlerle sağlanabilmektedir. Tercih edilecek ödeme yöntemlerinin; kaliteli sağlık hizmeti sunumunu teşvik edecek, daha iyi koşullarda ve ücret seviyesinde çalışılmasını sağlayacak, çalışmak için başka ülkelere gidilmesine engel olabilecek imkânları sağlamalıdır.

Sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri, sağlık profesyonelleri ve sağlık kurumlarına yapılan ödemelere göre iki başlık altında incelenebilir. Tablo 5.1’de ödeme yöntemleri bireysel ve kurumsal bazda verilmektedir.

Tablo 5.1: Sağlık Profesyonellerine ve Sağlık Kuruluşlarına Ödeme Yöntemleri

Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri	Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri
➤ Maaş Yöntemi	➤ Bütçe Ödemesi Yöntemi
➤ Hizmet Başına Ödeme Yöntemi	➤ Hizmet Başına Ödeme Yöntemi
➤ Kişi Başına Ödeme Yöntemi	➤ Günlük Ödemeler Yöntemi
➤ Prim Ödemesi Yöntemi	➤ Kişi Başına Ödeme Yöntemi
➤ Vaka Başına Ödeme Yöntemi	➤ Vaka Başına Ödeme Yöntemi
	➤ Düz Oranda Ödeme Yöntemi

Kaynak: Yazarın kendisi

Ödeme yöntemleri **hizmet miktarına** ve **alınan hizmetin zamanına** göre farklı şekillerde uygulanabilmektedir.

Hizmet miktarına göre ödemeler **sabit** ödemeler ve **değişken** ödemeler olarak iki başlık altında incelenmektedir. Hizmet sunucusuna yapılan sabit ödemeler, hizmetlerin artış ve azalışına göre değişmeyen ödemelerdir. Sağlık kurumuna ayda bir defa giden hasta için de, beş defa giden hasta için de aynı miktarda ödeme yapılmasını öngörür. Değişken ödemeler ise, hizmet sunucusu tarafından üretilen hizmet miktarına göre değişen ödeme sistemidir. Bu yöntemde artan muayene sayısı, ödeme miktarını da artıracaktır.

Alınan hizmetin zamanına göre ödemeler **geriye yönelik** ve **ileriye yönelik** olarak iki başlıkta toplanmaktadır. Hizmet sunucularına yapılan geriye yönelik ödemeler, hizmet sunumundan sonra tümüyle ya da kısmen yapılan ödemelerdir. Bu sistemde, hizmet sunulduktan sonra, hizmet sunucusuna belirli koşullarda ödeme yapılır. İleriye yönelik ödeme sisteminde ise, sağlık hizmeti sunanlara önceden belirlenen ödeme oranları ve bütçeler vasıtası ile ödemeler, hizmeti sunmadan önce verilir. Bu yöntemde belirli bir süre (1 yıl gibi) hizmet vermek için önceden yapılan ödemelerin kullanımı söz konusudur. Bir hususun altını çizmek gerekirse, ülkeler genellikle bir yöntem ağırlıkta olmak üzere ödeme mekanizmalarının bir karmasını kullanmaktadırlar.

Bundan sonraki başlıklarda sağlık profesyonellerine ve sağlık kurumlarına ödemedede kullanılan yöntemler avantaj ve dezavantajları ile birlikte incelenmektedir.

Sağlık Profesyonellerine (Çalışanlarına) Ödeme Yöntemleri

Sağlık hizmeti sunucuları, herhangi bir hastane veya sağlık kuruluşunda ücret karşılığında sağlık hizmeti sunanlar ile kendi adına ya da kendi hesabına sağlık hizmeti sunan kişilerden oluşmaktadır. Bireysel sağlık hizmeti sunucuları; aile hekimleri, uzmanlar, fizik tedavi uzmanları, diş hekimleri veya evde bakım hemşireleri olabilir. Ancak sağlık profesyonellerine yapılan ödemelerden bahsedildiğinde genellikle literatürde hekimlere yapılan ödemeler esas alınmaktadır. Hekimlerin motivasyonu üzerinde önemli etkileri olan ödeme yöntemleri arasında mükemmel olarak değerlendirilebilecek bir yöntemin olmadığı ifade edilebilir. Ancak, en uygun koşulları sağlayacak yöntemin özellikleri aşağıda verilmektedir. Buna göre hekimlere ödeme yöntemi;

1. Hekimlerin işlerinden tatmin olmalarını sağlamalı,
2. Hasta tatminini sağlamalı,
3. Etkili ve verimli tıbbi bakım verilmesini sağlamalı,
4. Hekimlerin ihtiyaç duyulan bilim dallarında ve coğrafik bölgelerde çalışmasını teşvik etmeli,
5. Hizmet sunum sistemine uygun olmalı,
6. Parasal teşviklerle maliyet kontrolü arasındaki dengeyi korumalı ve
7. Hekimlerin klinik özgürlüğünü kısıtlamamalıdır.

Genel olarak, sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemleri altı başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; maaş yöntemi, hizmet başına ödeme yöntemi, kişi başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi ve prim ödemesi yöntemi sistemleridir. Aşağıda bu yöntemler üzerinde durulmaktadır.



Sağlık politikacıları için ödeme yöntemleri neden önemli olabilir?

Maaş Yöntemi

Maaşa dayalı ödeme yöntemi, hizmet sunucu ile sağlık sigortası arasındaki bir iş sözleşmesi olup hizmet sunucusuna, harcadığı zaman karşılığı önceden belirlenen saat ve koşullarda önceden belirlenen miktarın ödenmesi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunucusu harcadığı bu süre için sabit bir ücret almaktadır. Bu süre tam zamanlı veya yarı zamanlı esasına göre belirlenip, genellikle bir ay olmaktadır. Bu sistemde, hizmet sunucuları zaman esasına göre çalışmakta ve hizmetle sunulan hizmet miktarı arasında bir ilişki kurulmamaktadır. Yapılan ödeme miktarı, hizmet verilen hasta sayısından, vaka sayısından, vakaların şiddetinden, hizmetin yoğunluğundan, maliyetinden, kalitesinden ve miktarından bağımsız olmaktadır.

Maaşa dayalı ödeme yöntemi, sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemlerinden belki de en yaygın olarak kullanılan yöntemdir. Arnavutluk, Hırvatistan, Bulgaristan, Estonya, Finlandiya, Yunanistan, Litvanya, Polonya, Portekiz, Romanya, Slovenya, İsveç ve Türkiye gibi ülkeler sağlık profesyonellerine ödemede ağırlıklı olarak maaşa dayalı ödeme sistemini kullanmaktadırlar. Maaş yönteminin avantajları ve dezavantajları; hekim, hasta ve yönetici açısından aşağıda sıralanmaktadır:

Avantajları

1. Hizmeti sunanların hiçbir hastayı reddetmesi mümkün değildir.
2. Hizmet sunanlar, gereksiz tetkik ve tedavi yaptırma çabası içine girmemektedir.
3. Hizmeti sunanlar, çok az finansal risk altındadır. Hem gelir miktarında hem de ödeme zamanındaki kesinlik sebebiyle yarattığı güvenlik hissi, birçok ülkenin önem verdiği konulardan birisidir.
4. Özellikle kompleks vakalarda doktorların ekip halinde çalışmasını teşvik etmektedir.
5. Hasta sadece gerekli olan hizmeti ve tedaviyi almaktadır.
6. Hastaların hizmete ulaşma şansı yüksektir.
7. Yöneticilerin finansal planlamalar yapma sürecini kolaylaştırmaktadır. Giderler değişken değildir, önceden bilinmektedir.
8. Maliyetleri aşağıya çekmektedir.
9. Yönetim giderlerini azaltmaktadır.

Dezavantajları

1. Sağlık çalışanlarının verimliliklerini artıracak şekilde çalışmalarını sağlayacak teşvik yoktur.
2. Emeğinin karşılığını almadığına inanan çalışanların motivasyonu azalmaktadır.
3. Emeğinin karşılığını alamayan sağlık çalışanları göreceli olarak ücretlerin daha yüksek olduğu özel sektörde çalışma yolunu tercih edebilmektedir.
4. Daha yüksek kalitede hizmet üretmeye teşvik etmemektedir. Hekimlerin, daha fazla tetkik yapmak, daha fazla hastaya bakmak, daha ileri yöntemleri kullanmak gibi sağlık hizmetinin kalitesini yükselten teşvikleri yoktur.
5. Hizmet sunucularının hasta memnuniyeti ve bakım kalitesine yönelik özel bir çaba göstermemeleri nedeniyle hekim-hasta ilişkileri zayıflamaktadır.
6. Maaşa karşılık gelecek mesai saatleri, erişimin kısıtlı olmasına neden olmaktadır.
7. Sağlık çalışanlarının zamanlarını iyi kullanmamaları, uzun bekleme süresi ve kuyruklar oluşabilmektedir.

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Hizmet başına ödeme yöntemi, sağlık çalışanlarının ürettiği hizmet karşılığında ücret almasını öngörür. Hizmetin tanı ve tedavi sürecindeki tüm aşamaları tanımlanarak ücretlendirilmektedir. Hizmeti sunan ve ödemeyi yapan her tür ve miktar için bir fiyatta uzlaşmıştır ve bu fiyatlar belirli aralıklarla gözden geçirilmektedir. Bu ücretlerin belirlenmesinde büyük ölçüde piyasa kuralları etkili olmaktadır. Sağlık çalışanına, hastaya sunulan sağlık hizmetinin türüne ve sayısına göre ödeme yapılmaktadır. Örneğin, bir hekim yaptığı muayene, konsültasyon, testler, cerrahi operasyon başına, bir eczacı vermiş olduğu bir kutu ilaç başına ücretini almaktadır.

Gerek teorik olarak gerekse uygulamada hizmet başına ödeme yöntemi, genellikle özel muayene hekimliği veya özel sektörde çalışan sağlık hizmeti sunucularına ödemede kullanılmaktadır. En kolay, en kazançlı ve en esnek yöntem olduğu için birçok ülke seçimini bu yöntemden yana kullanabilmektedir. Almanya (özel hekim ve diş hekimleri), Belçika, Çek Cumhuriyeti, Fransa, İsviçre, İrlanda (özel sektör), Hollanda (özel sektör), Bulgaristan (özel sektör), Yunanistan (özel sektör), Slovenya (özel sektör) ve Türkiye (özel sektör) gibi ülkeler hizmet başına ödeme yöntemini kullanmaktadır. Hekim, hasta ve yönetici açısından hizmet başına ödeme yöntemin avantajları ve dezavantajları aşağıda belirtilmektedir.

Avantajları

1. Hastalar, en uygun düzeyde ve kalitede hizmet alabilmektedir.
2. Cerrahi işlemlerin tanımlanması ve miktarlarının belirlenmesi daha kolay olduğu için hastaların hizmete erişimi de olumlu yönde etkilenmektedir.
3. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin yanı sıra, daha kompleks teknolojinin kullanımını artırmaktadır. Karmaşık ve uzmanlık isteyen hizmetlere ihtiyaç duyan hastaların bu hizmetlere erişimi daha kolay olmaktadır.
4. Hastaların hekim seçme ve değiştirme özgürlüğü bulunmaktadır.
5. Daha sağlıklı hastaları seçme yönünde sunucuları teşvik etmeyen bir ödeme yöntemidir.
6. Hekimler, sağlık hizmetinin hem üretimini hem de kalitesini artırmak için teşvik edici olmaktadır.
7. Hekimlerin motivasyonu yükseltici etkisi vardır.
8. Hem hizmeti satın alan hem de ödeyenler için yönetsel olarak uygulanması nispeten daha kolaydır.

Dezavantajları

1. Gereğinden fazla hizmet üretimine sebep olabilmektedir.
2. Hizmetin gereğinden fazla kullanılması, hastaların gereksiz müdahalelere maruz kalmasına neden olabilir.
3. Hekimlerin daha fazla hizmet sağlama eğiliminde olması, sağlık hizmeti harcamalarını artırmakta ve sağlık hizmetinin kalitesini ve maliyetini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.
4. Daha fazla sağlık hizmeti üretmek isteyen hekimler zamanı daha az harcama eğiliminde olabilmekte ve bu durum hizmet kalitesinin düşmesine sebebiyet verebilmektedir.
5. Gelir seviyesi daha yüksek olan bölgelerde hizmetlerin yoğunlaşması, coğrafi ve sosyal eşitsizliklerin meydana gelmesine yol açabilmektedir.
6. Ödemeyi yapan kişi, sigortacı ya da hastanın kendisi hizmetin maliyeti bakımından tamamen risk altındadır.
7. Önceden tahmin edilemeyen maliyetler oluşmaktadır.
8. Fatura işlem maliyetleri yüksektir ve sağlık hizmetleri sunucuları tarafından gönderilen gereksiz faturaların izlenmesi için pahalı bir izleme sistemi kurulması zorunluluğu ortaya çıkmaktadır.

Kişi Başına Ödeme Yöntemi

Kişi başına ödeme yöntemi, hekime kendisine bağlı her birey için sabit ve genellikle yıllık ortalama üzerinden yapılan ödeme biçimidir. Hekime, hastaya sunduğu hizmetlerin miktarına bakılmaksızın o dönem baktığı her hasta için belirli bir ücret ödenmektedir. Kişi başına ödeme yönteminin hem basit hem de karmaşık uygulamaları vardır. Basit uygulamalarda, hekime kendisine kayıtlı her hasta için aynı ücret ödenmektedir. Karmaşık uygulamalarda ise; hastanın cinsiyeti, yaşı, sağlık durumu, hekimin tecrübesi ve uzmanlığı gibi değişkenler dikkate alınarak ödeme yapılmaktadır. Bu değişkenlere göre belirlenen ücret her sağlık çalışanı için farklı ödeme miktarlarının oluşmasını sağlamaktadır.

Kişi başına ödeme yöntemi, hastaları ile sürekli iletişime sahip olan hizmet sunucuları için daha uygun bir yöntemdir. Bu nedenle, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda tercih edilmektedir. Kişi başına ödeme yönteminin kullanıldığı ülkeler arasında Macaristan, İrlanda, İtalya, Hollanda, Hırvatistan ve Türkiye yer almaktadır. Kişi başına ödeme yönteminin avantajları ve dezavantajları hekim, hasta ve yönetici açısından aşağıda sıralanmaktadır.

Avantajları

1. Finansal maliyetleri azaltmak konusunda teşvik edici bir yöntemdir,
2. Hizmetler süreklilik arz etmektedir,
3. Hastalar genellikle birçok hizmeti aynı hekimden almaktadır, bu durum hasta-hekim ilişkisinin kuvvetli olduğu bir ortam yaratılmasını sağlamaktadır,
4. Aşırı hizmet üretimine yol açmamaktadır, hastalar yalnızca gerekli olan hizmeti almaktadır,
5. Koruyucu bakıma öncelik veren bir sistemdir,
6. Hekimlerin klinik değerlendirme ve karar verme özgürlüğü daha kısıtlıdır,
7. Yönetsel açıdan uygulanması kolaydır.

Dezavantajları

1. Hekimler, risk seçimi yoluna giderek yalnızca daha az sağlık sorunu olan ya da maliyeti daha düşük olan hastalara bakmayı tercih edebilir. Bu durum, hastalık şiddeti ve tedavi maliyetleri yüksek olan hastaların sağlık hizmetlerine ulaşımında olumsuz etkilere sahip olabilir,
2. Hekimler, hastalara sundukları hizmetin miktarını en aza indirerek faaliyet giderlerini en aza indirebilir. Bu durumda hastalar, ihtiyaç duyduklarından daha az hizmet alabilmektedir,
3. Hastaların hekimlerini istedikleri zaman değiştirmeleri mümkün olmayabilir,
4. Hekimler yüksek kalitedeki sağlık hizmetlerini sınırlandırmak isteyebilir; çünkü bu tip hizmetler ek maliyetler oluşturmaktadır,
5. Diğer hizmet basamaklarına olan sevgi artırabilir.

Prim Ödemesi Yöntemi

Prim, hizmet sunucularını teşvik etmek amacıyla verilen ilave ödemelerdir. Önceden belirlenmiş hedeflere ulaşılması durumunda sağlık hizmeti sunucusuna ödeme yapılmaktadır. Ulaşılması istenen hedefler, ülkelerin sağlık politikası ya da ekonomik amaçlarıyla ilişkilidir. Örneğin, ilaçlar için yapılan harcamaların azaltılması, ulaşılması arzu edilen hedefin ekonomik olmasına iyi bir örnektir. İlaçlar hekimler tarafından yazıldığı için hekimlere yönelik olarak belirlenecek olan bir teşvik primi toplam ilaç tüketimini ve dolayısıyla toplam ilaç harcamasını azaltabilir. Bu durumda, diğer hekimlerin ortalamalarıyla karşılaştırıldığında hasta başına daha az ve ucuz ilaçları yazan hekim daha fazla prim almaktadır.

Ulusal sağlık politikası hedeflerine ulaşmada, prim sisteminin kullanılmasına örnek olarak, toplumda aşılama yüzdesinin belirli bir seviyeye yükseltilmesi verilebilir. Aile hekimlerinin aşılama yapılmasından sorumlu olduğu durumlarda, kendi bölgesinde ve bakmakla yükümlü olduğu bireyler arasında, önceden

belirlenen oranda aşılama yapan aile hekimlerine belirli oranda prim verilebilir. Primler, Türkiye’de olduğu gibi, başka sağlık politikası hedeflerine ulaşmada da bir araç olarak kullanılabilir. Özel muayenehanelerinde çalışan hekimleri yalnızca hastanede çalışmalarını teşvik etmek için, ilave gelir elde etmeleri sağlanabilir. Bu yöntem Türkiye’de sağlık çalışanlarının **performansa dayalı** olarak döner sermaye gelirlerinden pay almaları biçiminde uygulanmaktadır. Türkiye’de performansa dayalı ödeme sisteminin yaygınlıkla kullanılmaya başlanması ile, hastanenin toplam gelirine daha fazla katkıda bulunan hekimler, döner sermaye gelirlerinden daha fazla pay almış ve çoğu hekim muayenehanelerini kapatarak sadece hastanede çalışmayı tercih etmiştir.

Prim ödemesi yöntemi, hizmet sunucularına yapılacak ödemelerde tek başına kullanılabileceği gibi, genellikle diğer ödeme yöntemleriyle beraber kullanılmaktadır. Bu yöntemin avantajları ve dezavantajları; hekim, hasta ve yönetici açısından aşağıda ele alınmaktadır.

Avantajları

1. Bazı sağlık politikası hedeflerine ulaşılması ve yaygınlaştırılmasında önemli etkileri bulunmaktadır.
2. Hizmet maliyetlerinin ve üretim girdilerinin miktarının azaltılmasını sağlayabilir.

Dezavantajları

1. Belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının değerlendirilmesini sağlayacak etkili kontrol sistemlerinin kullanılması gerekmektedir. Aksi halde, kötü kullanımlara ve haksız kazançlara yol açabilir,
2. Hizmet sunucuları maliyetleri azaltarak daha fazla prim elde edebilmek için hastanın ihtiyacını karşılamayacak, ucuz ve etkisiz ilaçları hastaya önerebilir, sunulan hizmet miktarı azalabilir. Bu durumda maliyetlerin düşmesi ile birlikte, hizmet kalitesinde de düşüşler meydana gelmektedir,
3. Yönetimsel olarak uygulanması zordur. Özellikle hizmet sunucularının izlenmesi için, bilgi sistemleri aracılığıyla kayıtlar önem taşımaktadır.

Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Vaka başına ödeme yöntemi, hekim veya diğer sağlık çalışanlarına, önceden belirlenmiş protokollere dayalı olarak vakanın tanısına göre ödeme yapılması yöntemidir. Bu yöntemde, tedavi edilen vaka tipine göre ödemede bulunmaktadır. Yani, hekim hastasına koyduğu teşhise göre ücret almaktadır. Teşhis farklılaştıkça ücret de farklılaşmaktadır. Her bir vaka için ne kadar ödeme yapılacağının belirlenmesi için iki farklı uygulama mevcuttur:

1. Teşhis ne olursa olsun, her vaka için sabit bir fiyat esasına dayanan vaka başına ödeme uygulaması ve
2. Teşhislerin sınıflandırılmasına dayanan vaka başına ödeme uygulaması.

Teşhis ne olursa olsun, her vaka için sabit bir fiyat esasına dayanan ödeme biçimi, vaka başına ödeme yönteminin en basit uygulamasıdır. Bu uygulamada, hekime tedavi ettiği her hasta için, vakanın şiddeti ne olursa olsun veya hastanın tedavisinin ne kadar kaynak gerektirdiği göz önünde bulundurulmaksızın aynı miktarda ücret ödenmektedir. Teşhislerin sınıflandırılmasına dayanan ödeme ise, teşhislerin sınıflandırılması ilkesine dayanmaktadır. En yaygın olarak bilinen teşhislerin sınıflandırılması yaklaşımı, **Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG)** yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda, hastanın çeşitli özellikleri (yaş, cinsiyet vs.), teşhisi, komplikasyonu ve tıbbi işlemleri dikkate alınarak sınıflandırma yapılmaktadır. Sınıflandırma yapıldıktan sonra, her bir kategorinin maliyetleri hesaplanmaktadır. Bu durumda, ödeme kurumu, hekime ödeme yapacağı zaman ilgili hastanın ait olduğu TİG için hesaplanan maliyete göre ödeme yapmaktadır. TİG’lerin oluşturulmasındaki temel amaç, benzer çıktıları olan veya benzer hizmetleri alması beklenen vaka tiplerinin bir tanımının yapılması ve böylece kıyaslanabilir bilgi üretilmesidir. Bir yatan hasta sınıflandırma yöntemi olarak TİG; ortaya çıkan maliyetler ile hasta türlerini tanımlarına ve işlemlerine göre sınıflandırarak türdeş vakalarla harcanan tedavi kaynaklarını ilişkilendirmeyi sağlamaktadır.

Vaka başına ödeme yöntemi, ilk olarak Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 1970'li yıllarda geliştirilmiş, 1980 yılından itibaren ödemelerde kullanılmaya başlanmıştır. Avustralya, Brezilya, Almanya, Arjantin, Portekiz, Türkiye vaka başına ödeme yöntemini kullanan diğer ülkelerdir. Bu yöntemin avantajları ve dezavantajları; hekim, hasta ve yönetici açılarından aşağıda sıralanmaktadır:

Avantajları

1. Maliyetlerin kontrol altına alınarak azaltılmasında önemli bir potansiyele sahiptir.
2. Hastaya mümkün olduğunca çok işlem yapma gibi ekonomik unsurları içermemektedir.
3. Hastanın yatış süresini uzatma eğilimini ortadan kaldırmaktadır.
4. Belirli bir vakanın tedavisi için gerekli zaman ve malzeme kullanımını azaltabilmektedir.
5. Ödeme, hizmet sunum sürecinde katılan birçok faktörü dikkate aldığı için daha adildir.
6. Teknik verimliliği artırmaktadır.

Dezavantajları

1. Bu yöntem, tutarlı ve kapsamlı hizmet maliyet verilerini gerektirdiğinden yönetsel ve uygulama açısından oldukça karmaşık ve güçtür.
2. Hizmet sunucusu, var olmayan vakalara ilişkin fatura gönderebilmektedir. Bu durumda, izleme ve faturaları düzeltme maliyetleri de yüksek olmaktadır.
3. Vaka başına maliyeti düşürmek için kaliteden ödün verilmesi söz konusu olabilmektedir.
4. Hastayı gerçekte ait olduğu tanı grubunda değil, fiyatı daha yüksek olan tanı grubunda sınıflamak gibi sahtekârlıklara sebebiyet verebilmektedir.



Sağlık sigortası açısından maaş ödeme yönteminin avantajlı yanları nelerdir?

Sağlık Kurumlarına Ödeme Yöntemleri

Sağlık kurumlarına yapılan ödemeler, sağlık sigortası şirketleri ya da diğer kamu kurumlarından hastaneler başta olmak üzere, sağlık merkezleri, tıbbi görüntüleme merkezleri, poliklinik ve dispanser gibi kurumsal sağlık hizmeti sunucularına yapılan ödemeler ve kaynak aktarımları olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmeti sunucularının bireylere hizmet sunduğu durumlarda yapılan ödemeleri kapsadığı gibi, sağlık kurumlarının yatırımlarını da (bina ve ekipman) kapsamaktadır. Bazen sağlık kurumlarına yapılacak yatırımlar için ayrı finansman yöntemleri kullanılmaktadır. Bu konuda net bir ayırım yapmak zordur. Ancak çoğu ülkede hastaneler için farklı finansman yöntemlerinin kullanıldığı bilinmektedir.

Sağlık hizmeti sunucularının kar sağlamak ya da sosyal sorumluluklarını yerine getirmek gibi para ile ölçülemeyen hedefleri bulunabilir. Bu hedeflere ulaşabilme potansiyeli sunucuların davranışlarını önemli bir ölçüde etkilemektedir. Bu açıdan, sağlık kurumlarına yapılacak ödeme yöntemi ya da yöntemlerinin; 1) hizmet sunucularının kalite ve kantite olarak yeterli hizmet sağlayabilmesine olanak verecek güdüleyici özelliklere sahip olması ve 2) aşırı, gereksiz hizmet sunumu ve israfı önleyecek nitelikleri taşıması beklenmektedir.

Genel olarak, sağlık kurumlarına ödemede kullanılan yöntemler altı başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; bütçe ödemesi yöntemi, hizmet başına ödeme yöntemi, günlük ödemeler yöntemi, kişi başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi ve düz oranlı ödemedir. Aşağıda bu yöntemler ele alınmaktadır.



Sağlık profesyonellerine ve sağlık kurumlarına ödemede kullanılan yöntemlerden bazılarının aynı, bazılarının farklı olduğunu unutmayalım.

Bütçe Ödemesi Yöntemi

Bütçe ödemesi yöntemi, belirli bir süre boyunca sunulan sağlık mal ve hizmetlerin toplam maliyetini içeren ileriye yönelik toplu sabit ödemeler olarak tanımlanabilmektedir. İlgili kamu kuruluşu kuruluşu tarafından sağlanan kaynakların sağlık kuruluşlarına aktarılmasında kullanılan bir yöntemdir. Yapılacak ödeme miktarlarının belirlenmesinde, bir önceki yıl yapılan ödemeler ve enflasyon faktörü dikkate alınmaktadır. Bütçe ödemesi, sağlık kurumlarına **harcama kalemlerine göre** (line item) ya da **global** (global) olarak tahsis edilebilmektedir.

Harcama kalemlerine göre bütçe ödemesi yönteminde ödemeler; maaş, ilaç, ekipman, bakım-onarım, yatırım ve taşıma gibi bazı kalemlere göre belirlenmektedir. Bu yöntemde, her bir hizmet ve masraf grubu için aktarılabilecek ödenekler bellidir ve sağlık kurumunun harcama kalemleri arasında transfer yapmada hemen hemen hiç esnekliği yoktur.

Global bütçe ödemesi yöntemi (götürü bedel üzerinden ödeme) ise, bir yıllık süre içinde sağlık kurumunun işletim maliyetlerinin toplam miktarının tahmin edilerek sağlık kurumlarına aktarılmasını içermektedir. Bu yöntemde, yapılan ödemeler harcama gruplarına göre ayrılmamakta, tek bir kaleme yapılmaktadır. Sağlık kurumu kendisine yapılan ödemeyi ihtiyaç duyduğu alanlarda harcama yetkisine sahiptir.

GSS Kanununa göre SGK, kamu idarelerince verilecek sağlık hizmetlerini götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle sağlamaya yetkilidir. Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları, sözleşmede belirtilen götürü bedel karşılığında genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere sözleşme kapsamında verilmesi gereken her türlü sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür ve sözleşmede belirtilen götürü bedel dışında Kurumdan veya genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden Kanunda belirtilen ilave ücretler ve katılım payları dışında ayrıca bir bedel talep edemez. Götürü bedel üzerinden hizmet alım sözleşmesiyle temin edilen hizmetler için SGK'ya ayrıca fatura ve dayanağı belge gönderilmez.

Bu yöntemde sağlık kurumu yöneticilerinin, kendilerine tahsis edilen bütçeyi en verimli şekilde kullanmaları gerekmektedir. Belirlenen dönem sonunda, yapılan ödemelerin hepsi kullanılmamış ise sağlık kurumu geri kalan miktarı uygun alanlarda kullanabilmektedir. Ancak, yapılan ödemeler dönem sonu geldiğinde bitmiş ise, harcamalar başka kaynaktan karşılanmak durumunda kalınacaktır. Bu nedenle, sağlık kurumları yapılan hizmetin miktarını ya da maliyetini kontrol altında tutarak, ellerindeki kaynakları en etkili ve verimli şekilde kullanmanın yollarını bulmaları gerekmektedir. Ülke uygulamaları incelendiğinde, bütçe yönteminin genellikle kişi başına ödeme ve vaka başına ödeme yöntemleriyle birlikte kullanıldığı görülmektedir.

Global bütçeleme sistemi sigorta kuruluşlarının sağlık harcamalarını minimize etmekte, aynı zamanda sağlık hizmeti sunucularının yönetim maliyetlerini de azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada ABD ve Kanada'nın yönetim maliyetleri karşılaştırılmıştır. 1999 yılında ABD'deki hastane giderlerinin %24,3'ünü, Kanada'daki hastane giderlerinin ise %13'ünü yönetim giderleri oluşturmaktadır. ABD ve Kanada hastanelerindeki yönetim giderlerindeki farkın temel nedeninin faturalama ve muhasebe maliyetleri olduğu tespit edilmiştir. Kanada'da hastaneler global bütçeleme sistemi altında çalıştığından, bireysel hastalara ve sigortalılara ayrıca fatura kesilmemekte, ödeme kurumlarına ise toplu fatura gönderilmektedir. Kanada'daki global bütçeleme sisteminin varlığı faturalama sistemi maliyetlerinin çoğunu ortadan kaldırmış, kurum içi maliyet muhasebeleştirme harcamalarını da minimize etmiştir.

Bütçe ödemesi yöntemi, sağlık sektörü reformlarının da önemli bir bileşenini oluşturmaktadır. 1980'li yılların ortalarından bu yana bütçe uygulamaları, sağlık sektöründe köklü değişiklikler yapmak isteyen ve artan sağlık hizmeti maliyetlerini sınırlamak isteyen ülkelerde yaygın olarak uygulanmaktadır. Türkiye ve çoğu Avrupa ülkesi bütçe ödemesi yöntemini kullanmaktadır. Örneğin, Alman hastaneleri global bütçe ödeme sistemini kullanmaktadır ve yatak günleri üretim hedefi olarak belirlenmektedir. Tayvan'ın Nisan 2002'de yayınlanan global bütçe raporunda, dondurulmuş fiyatlarla uygulanan düşük maliyetli sigorta politikasının, sağlık hizmetleri sunumunda tıp kültürünün "fast-food" kültürüne dönüşerek 3 dakikalık hasta muayenelerine yol açtığı, tıbbi hizmetlerin kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Bütçe ödemesi yönteminin avantajları ve dezavantajları aşağıda sıralanmaktadır.

Avantajları

1. Sağlık kurumlarının sınırlı kaynaklarını verimli bir şekilde kullanabilmeleri için önceden planlama yapmalarına imkân vermektedir.
2. Bütçeler gerçeğe uygun hazırlandıklarında, maliyetlerin azalmasını veya en azından maliyet artış hızının düşük olmasını sağlamaktadır.
3. Karmaşık ve uygulanması zor olan veri toplama sistemlerine gereksinim duyulmaması nedeni ile yönetilmesi nispeten daha kolaydır.

Dezavantajları

1. Bütçe tahsisi gerçek verilere dayalı yapılmadığında, gereksiz tahsislere ve maliyet artışlarına yol açabilmektedir.
2. Ödeme miktarlarının belirlenmesinde daha önceki dönemlere bağlı kalındığından, önceden mevcut olan verimsizliklerin devam ettirilmesine izin vermektedir.
3. Ödeme yapılan kuruluşlar, bütçe sınırları içerisinde kalınabilmesi ya da özel talep ve isteklerinin karşılanabilmesi için belirli aralıklarla değerlendirme yapmak durumunda kalabilmektedir.
4. Hem hizmet sunucu hem de sağlık sigortası, hastalık oranlarında veya maliyet bileşenlerinde beklenmeyen bir artış riskine girmektedir.
5. Sağlık kurumları, maliyetlerini azaltmak adına etkinliği daha az tedaviler uygulayarak, hizmetin kalitesinin düşmesine sebep olabilmektedir.

Hizmet Başına Ödeme Yöntemi

Hizmet başına ödeme yöntemi, sağlık kurumlarına vermiş olduğu hizmet veya sunduğu ürün başına ödeme yapılması yöntemidir. Spesifik hizmetler, ilaçlar ve tıbbi sarf malzemelerinin bedellerinin ödenmesinde sıklıkla kullanılmaktadır. Örneğin, bir hastaneye ödemede; sağlık personeli tarafından sunulan tedavi hizmetleri, kullanılan her bir malzeme veya yapılan her tetkik dikkate alınmaktadır. Buna göre her bir hizmet ve ürün başına ödeme yapılabilir.

Sağlık kurumlarına hizmet başına ödeme yöntemi, sağlık profesyonellerine hizmet başına ödeme yöntemiyle aynı süreçlere sahiptir. Her iki süreçte de hizmetler ayrı ayrı belirlenerek fiyatlandırılmaktadır. İki süreç arasındaki tek fark; ödemenin alıcısı, hizmeti sağlamaktan sorumlu olan taraftır. Hizmet başına ödeme yönteminin avantajları ve dezavantajları, aşağıda sıralanmaktadır.

Avantajları

1. Sağlık kurumu, sağlık bakımının kalitesi ve üretimini artırmak için güçlü özendiricilere sahiptir.
2. Yönetimsel olarak uygulanması kolay bir yöntemdir.
3. Ödeyiciler açısından düşük finansal risk taşımaktadır.
4. Daha çok sağlık hizmeti kullanılması veya ileri düzeyde teknoloji gerektiren sağlık hizmetleri almayı kalite göstergesi olarak algılayan hastaların tatmin olmasına neden olabilmektedir.
5. Kompleks ve yoğun bakıma ihtiyacı olan hastaların tedaviden yoksun bırakılması söz konusu olmamaktadır.

Dezavantajları

1. Sağlık kurumları, hizmetlerinin hacmini olması gereken düzeyden daha fazla artırma yönünde özendiricilere sahip olmaktadır. Bu durum, hizmetlerin gereksiz kullanımına ve aşırı hizmet sunumuna neden olabilmektedir.
2. Sağlık hizmetlerinin gelir seviyesi yüksek yerlere kaymasını sağladığından coğrafik ve sosyal adaletsizliklere neden olabilmektedir.
3. Sağlık hizmetlerinde yolsuzluğun artmasına sebep olabilmektedir.

4. Sağlık sunucuları açısından yüksek finansal risk taşımaktadır. Faturalara gelecek itirazlar konusunda sorunlar yaşanabilmektedir.
5. Sağlık hizmetleri maliyetinin artmasına sebep olmaktadır.
6. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci plana itilmesi söz konusu olabilmektedir.

Günlük Ödemeler Yöntemi

Günlük ödemeler yöntemi, sağlık kurumlarına, gün başına hastaya sağlanan hizmetler (tıbbi tedavi, ilaçlar, protez, konaklama gibi) için yapılan harcamaları kapsayan ödemeleri ifade etmektedir. Ödeme miktarının belirlenebilmesi için, öncelikle sağlık kurumunun bir yıllık toplam maliyeti belirlenmektedir. Bulunan maliyet, sağlık kurumunun bir yıl içinde toplam yatılan hasta günü sayısına bölünerek hasta günü başına maliyet bulunur ve sağlık kurumlarına yapılan ödeme miktarı belirlenir. Ancak, bu ödeme miktarları, sağlık kurumlarının özelliklerine göre farklılık gösterebilmektedir. Yani bir üniversite hastanesi ile kırsal kesimde faaliyet gösteren bir genel hastaneye yapılan ödemeler farklılık gösterebilmektedir.

Günlük ödemeler yöntemi, geriye dönük ya da ileriye dönük olarak uygulanabilmektedir. İleriye dönük günlük ödemelerde, sağlık kurumları gün başına sabit ödemeler almaktadırlar. Bu durum, sağlık kurumlarını maliyetlerini azaltmaya ve karlarını maksimize etmeye yönlendirmektedir. Geriye dönük günlük ödemelerde ise, katılan maliyete bakılmaksızın ödeyici kurum tarafından her güne değişken ödemeler biçiminde yapılmaktadır. Bu yöntemin avantajları ve dezavantajları, aşağıda sıralanmaktadır.

Avantajları

1. Ödemeler ileriye dönük sabit ödemeler şeklinde uygulanırsa, hastaneleri daha verimli olmaları, test ve prosedürleri azaltmaları yönünde teşvik edebilmektedir.
2. Hizmet sunanlar ve hizmeti satın alanlar için yönetsel açıdan uygulanması kolay ve ucuzdur. Çünkü bu yöntemde, hizmetlerin detaylı bilgisine ya da ödeme miktarlarının belirlenmesinde karmaşık hesaplara ihtiyaç duyulmamaktadır.
3. Hastaların hastaneden iyileşmeden taburcu olmasını engellediği ve yeniden yatış oranlarını azalttığı için sunulan hizmetin kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilmektedir.
4. Bu yöntem, hastane iş yükünün ve finansman yapısının basit olduğu hastaneler için kullanımı kolay bir yöntemdir.

Dezavantajları

1. Günlük ödemeler, sağlık kurumlarını yüksek doluluk oranları ve hastaların gereğinden fazla sağlık kurumunda tutulması gibi konularda cesaretlendirmektedir.
2. Ödemeyi yapan kurumların hastanelerdeki gereksiz yatış sürelerini kontrol altına almak için denetim mekanizmaları oluşturmaları gerekebilmektedir.
3. Ödemeler günlük, geriye dönük ve değişken ödemeler şeklinde yapılıyorsa, hastaneler maliyet indirimi konusunda yeterli özendiriciliğe sahip olmayabilir.
4. Sağlık kurumları maliyetleri azaltmak adına değişken malzemelerin, işgücünün miktarında ve niteliğinde fazla tasarrufa gidebilir, bu durumda sağlık hizmetinin kalitesinin düşmesi mümkün olabilmektedir.

Kişi Başına Ödeme Yöntemi

İlk olarak 1980'li yılların başında ABD'de uygulanan kişi başına ödeme yöntemi; ödemeyi yapan tarafla hastane arasında yapılan anlaşmaya bağlı olarak, sigortalı her birey için, hastanedeki hizmetleri kullansın ya da kullanmasın, belirli dönemi kapsayan hastaların tüm tedavi giderlerini karşılamak üzere sabit bir miktarın hastaneye ödenmesini kapsar. Örneğin, Tayland'daki sosyal sigorta planları, tüm temel sağlık, uzmanlık ve yatan hasta hizmetleri için hastanelerle sözleşme yapmakta ve onlara kişi başı oran ödemektedir.

Sağlık kurumlarına kişi başına ödeme yöntemi, sağlık profesyonellerine kişi başına ödeme yöntemiyle aynı süreçlere sahiptir. Ödemeler; her birey için aynı miktar üzerinden ya da yaş, cinsiyet, yaşanan yer, meslek gibi parametreler göz önüne alınarak farklı miktarlar üzerinden yapılabilmektedir. Bu yöntemin avantajları ve dezavantajları, aşağıda sıralanmaktadır:

Avantajlar

1. Yöntem, sağlık kurumlarını, maliyet kontrolünü ve maliyet etkililiğini sağlama konularında teşvik etmektedir.
2. Sağlık kurumları gereğinden fazla hizmet üretmek için teşvik edilmemektedir. Dolayısıyla hastalar sadece ihtiyacı olan hizmetleri almaktadırlar.
3. Yönetmelik açıdan uygulanması kolay bir yöntemdir.

Dezavantajlar

1. Sağlık hizmeti sunucularına yüksek finansal risk getirmektedir.
2. Sağlık kurumları maliyetlerini azaltmak adına daha düşük riskli hastaları seçebilmektedir ya da hastaların başka sağlık kurumlarına sevk edilmesi mümkün olabilmektedir.
3. Sağlık kurumları maliyet etkililiğini sağlamak amacıyla hizmet miktarı ve kalitesini kısıtlama yoluna gidebilmektedir.
4. Verimlilik, eşitlik ve etik açıdan olumsuz etkilerin oluşmasını sağlamaktadır.

Vaka Başına Ödeme Yöntemi

Vaka başına ödeme yönteminde, sağlık kurumu tarafından tedavi edilen her vaka için, sağlık kurumuna önceden belirlenmiş miktarda ödeme yapılmaktadır. Ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemi kullanılmaktadır. Her vaka için sabit bir fiyat ödenmesi gibi her vaka için maliyet ve tıbbi benzerliklerine göre farklı fiyat ödenmesi şeklinde iki farklı model uygulanabilmektedir. ABD’de uygulanmaya başlayan ve 470 vaka grubu geliştirilen ikinci model, Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) olarak adlandırılmaktadır.

TİG hastalıkların klinik ve maliyet verileri kullanılarak gruplandırılmasını ve benzer hastalıkların benzer gruplara dahil edilmesini içeren bir yöntemdir. Hastalar, benzer sağlık gereksinimlerine sahip hasta gruplarına göre kategorize edildiğinde, herhangi bir hastaya sağlanan bakım, gruptaki diğer bütün hastalara sağlanan bakımla (yani ortalamayla) karşılaştırılabilir. Her hasta benzersizdir; her hastanın bir dizi farklı klinik tanısı, risk faktörü, aile durumu ve çevresi vardır. Hasta düzeyindeki çeşitlilik, neredeyse sonsuzdur. Bu çeşitliliği anlamlandırmak için, bunları benzer koşullar isteyen gruplara ayırmak gereklidir. Hastayı ana hastalığa (birincil tanıya) göre gruplandırmak ve daha sonra ikincil durumun varlığına ya da yokluğuna göre alt gruplara ayırmak, TİG’lerde kullanılan gruplara ayırma yaklaşımlarından ilki ve en önemlisidir. Tanı temelinde bu şekilde ayırım yapılıyor olsa da, tanı detay düzeyinde olmasa da, yapılan işlemlerin ve hatta hastaların demografik verilerinin de grupların belirlenmesinde katkıları göz önünde bulundurulmaktadır. Belirlenen bu grupların içerisine düşen hastaların ortalama maliyetlerine göre, her grup için birer bağıl değer atanması işlemleri de bu sistemin ödeme metodolojisi olarak basit açıklamasıdır. Her hastane yatan hastaları için ürettikleri TİG’leri ve bunlara karşılık gelen bağıl değer miktarları oranında bütçeden pay almaktadır.

Bu yöntemin en önemli özelliği, belirli bir vakanın tedavi edilmesi için kullanılan bütün işlemlerin ayrıntılı bir şekilde belirlenmesi ve maliyetlendirilmesidir. Ancak, bu sistemin hizmet başına ödeme sistemine dönüşmemesi için ayrıntılandırma işleminin mümkün olduğunca basit bir düzeyde bırakılması uygundur. Bu sistemi, hizmet başına ödeme sisteminden ayıran en önemli özellik ise her vakanın standart tedavi protokollerine göre tedavi edilmesi zorunluluğudur. İtalya’da TİG’e dayalı ödemenin etkisini değerlendiren bir çalışmada, bu ödeme sisteminin uygulamaya konmasından sonra hastane yatış günlerinde % 21,1’lik bir azalma olduğu saptanmıştır. ABD’deki bir başka çalışmada ise, hastanelerin tedavi etmek için kârlı hastaları seçtiği konusunda kanıtlar bulunmuştur.

Sağlık kurumlarına vaka başına ödeme yöntemi, sağlık profesyonellerine vaka başına ödeme yöntemiyle benzer özellikler göstermektedir. Farklılık, ödemenin alıcısı olan taraftan kaynaklanmaktadır. Yöntemin avantajları ve dezavantajları; aşağıda sıralanmaktadır:

Avantajlar

1. Yöntem, hem sağlık kurumuna hem de ödeyiciye eşit ve orta düzeyde finansal risk getirmektedir.
2. Hastaneye yapılan ödemelerin kontrolünü kolaylaştırmaktadır.
3. Maliyetlerin azalması için teşvik sağlamaktadır.
4. Hizmet sunumu esnasında katlanılan birçok faktörü dikkate aldığı için daha adildir.

Dezavantajlar

1. Hastaların erken taburcu edilmesini teşvik edebilmektedir.
2. Tedavi maliyeti daha düşük vakalara öncelik verilmesine neden olabilmektedir.
3. Vaka başına maliyeti düşürmek için kaliteden ödün verilmesi söz konusu olabilmektedir.
4. Uygulanması yönetsel açıdan zordur.

Düz Oranda Ödeme Yöntemi

Düz oranda ödeme yöntemi, kuruluş ve yatırım gereksinimlerinde kullanmak amacıyla sermaye sağlamak için kullanılmaktadır. Bu yöntemde, sağlık kurumlarına belirli türden makine ve malzemeleri almaları için sabit miktarda bütçe verilmektedir. Bu sistemin etkili bir biçimde uygulanabilmesi için sağlık kurumunun ihtiyaç duyduğu bütün ekipmanların ve ortalama ömürlerinin iyi bir şekilde belirlenmesi gerekmektedir.

Düz oranda ödeme yönteminin avantajları ve dezavantajları; hekim, hasta ve yönetici açısından aşağıda sıralanmaktadır.

Avantajları

1. Sağlık kurumları, kendi gelirlerini artırmak, başka alanlara da yatırım yapabilmek için satın alma kararlarında daha ekonomik davranmaktadır,
2. Yüksek maliyetli teknolojiyi kullanmayan aile hekimleri gibi uzmanların ihtiyaç duydukları ekipmanları bu yöntemle finanse etmek basit ve uygulanması kolaydır,
3. Bu yöntemin yönetsel maliyeti genelde oldukça düşük gerçekleşmektedir.

Dezavantajları

1. Yüksek maliyetli teknolojiyi kullanmak zorunda olan bölümler için maliyetleri finanse etmek zor olmaktadır,
2. Sağlık kurumları bazen ihtiyaçları olmayan malzeme ve ekipmanları isteyebilmektedirler. Bu durum maliyetlerin artmasına sebep olmaktadır.
3. Daha ucuz olan ekipmanların tercih etme ve satın almadan önce daha uzun süre bekleme söz konusu olabilmektedir.



Ödeme yöntemlerinden hangisi sağlık kurumlarının hizmet miktarının artmasına neden olabilir?

ÖDEME YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Sağlık sistemlerinde uygulanan ödeme yöntemlerinin hem avantajları hem de dezavantajları bulunmaktadır. Her koşulda ve her ülkede geçerli olup pozitif sonuç verebilecek bir ödeme yönteminden söz etmek mümkün değildir. Her yöntemin maliyet kontrolü, hizmetin kalitesi, yönetsel uygulanabilirliği, hizmeti sunan ve ödemeyi yapan taraflara ilişkin finansal riskleri, sağlık hizmeti sunucuları ve alıcılarının memnuniyeti üzerinde olumlu ya da olumsuz etkileri bulunabilmektedir.

Bundan dolayı dezavantajlarını azaltmak ve etkililiklerini artırmak için ödeme yöntemleri genellikle karma olarak uygulanmaktadır. Kişi başı ödeme ile birlikte maaş, maaşla birlikte hizmet başı ödeme, kişi başı ödemeye birlikte hizmet başı ödeme ve kişi başı ödeme ile birlikte vaka başı ödeme, maaş ile birlikte prim ödemesi olabilmektedir. Ülkeler, sağlık hizmetlerine erişimi ve hasta bakım kalitesini artırmanın yanı sıra, maliyetleri de kontrol altında tutabilmek için farklı ödeme yöntemlerini karma bir sistem içinde kullanabilmektedirler. Böylece ödeme yöntemlerinin avantajlı olan üstün yönlerinden yararlanırken, dezavantajlı olan zayıf yönlerinden korunabilmektedirler.

Tablo 5.2’de, sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemlerinin maliyet, kalite, yönetsel uygulanabilirliği, hizmeti sunan ve alanların tatmini kriterlerine göre değerlendirmesi verilmektedir.

Tablo 5.2: Sağlık Profesyonellerine Yapılan Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Ödeme Yöntemleri	Maliyet Kontrolü	Kalite	İdari Kontrol	Hizmeti Sunan Tarafın Tatmini	Hizmeti Alan Tarafın Tatmini
Maaş Yöntemi	Kısmen etkili	Zayıf	Kolay	Zayıf	Zayıf
Hizmet Başına Ödeme Yöntemi	Etkili değil	Çok iyi	Çok zor	İyi	Orta
Kişi Başına Ödeme Yöntemi	Çok etkili	Vasat	Çok kolay	Orta	Orta
Prim Ödemesi Yöntemi	Etkili	İyi	Kolay	Orta	Orta
Vaka Başına Ödeme Yöntemi	Etkili	Çok iyi	Zor	Orta	Orta

Kaynak: Normand and Weber (1994); Karacaoğlu (2009); Belek (2009)

Sağlık kurumlarına yapılan ödeme yöntemlerinin maliyet, kalite, yönetsel uygulanabilirlik, hizmeti sunan ve alanların tatmini kriterlerine göre değerlendirmesi Tablo 5.3’de verilmektedir.

Tablo 5.3: Sağlık Kurumlarına Yapılan Ödeme Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Ödeme Yöntemleri	Maliyet Etkililiği	Kalite	İdari Kontrol	Hizmeti Sunan Tarafın Tatmini	Hizmeti Alan Tarafın Tatmini
Bütçe Ödemesi Yöntemi	Çok etkili	Vasat	Kolay	Orta	Orta
Hizmet Başı Ödeme Yöntemi	Etkili değil	Çok iyi	Çok zor	İyi	İyi
Günlük Ödemeler Yöntemi	Kısmen etkili	Zayıf	Çok kolay	Orta	İyi
Kişi Başı Ödeme Yöntemi	Çok etkili	Vasat	Çok kolay	Zayıf	Zayıf
Vaka Başına Ödeme Yöntemi	Etkili	İyi	Zor	Orta	İyi
Düz Oranda Ödeme Yöntemi	Etkili	İyi	Kolay	Orta	Orta

Kaynak: Normand and Weber (1994); Karacaoğlu (2009); Belek (2009)



Farklı ödeme yöntemlerinin birbirlerine göre üstün ve zayıf yönleri vardır. Yöntemlerin tercihinde üstün yönler dikkate alınmaktadır.

Her ülkede farklı ödeme yöntemleri kullanılmaktadır. Açıklanan ödeme yöntemleri, hem arz hem de talebin davranışlarını çeşitli şekillerde etkileyerek, sağlık hizmetlerinin sunumunu ve finansmanını olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Ayrıca yukarıda açıklandığı gibi her yöntemin kendine göre avantaj ve dezavantajları mevcuttur. Bu yöntemlerden **hizmet başına ödeme yöntemi**, sağlık hizmetlerinde arzın talep yaratabilmesi özelliği nedeni ile gereksiz ve maliyeti yüksek teşhis ve tedavi yöntemlerinin kullanımını teşvik etmektedir. Hastanın ihtiyacı olan mal ve hizmet konusunda yeterli bilgiye sahip olmaması ve çoğu zaman verilen hizmetin kalitesini ve gerekliliğini değerlendirememesi, doktorun kendisi yerine karar vermesi ve talepte bulunması ile sonuçlanmaktadır. Bu yöntem, sigorta açısından maliyetlerin yükselmesi, hasta açısından gereksiz teşhis ve tedavi süreçlerine dâhil olma anlamına gelmektedir. Sağlık sigortası açısından en sakıncalı yöntemin hizmet başına ödeme yöntemi olduğu söylenebilir. Çünkü sigorta kurumu, hastanın hizmet alım süreci bittikten sonra verilen hizmetin gerekliliğini kontrol etmede zayıf bir pozisyonadır.

Farklı ülke örnekleri incelendiğinde ülkelerin, aile hekimi gibi bireysel hizmet sunanlar için, **kişi başına ödeme yöntemi**, kurumsal sağlık hizmeti sunan hizmet sunucuları için **TİG** ya da **vaka başına ödeme yöntemlerini** tercih ettikleri görülmektedir. Her ülke için geçerli olabilecek bir ödeme sistemi bulunmamaktadır. Seçilecek yöntem / yöntemlerin her ülkenin şartlarına göre uyarlanması ve gerekli kontrol mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu anlamda tedavi planları, klinik değerlendirme ve izleme kullanılmaktadır. Gereksiz sağlık hizmeti sunumuna engel olmak temel amaç olarak belirlenmektedir. Harcamaları sınırlandırılmamış bütçe açık uçlu olup, maliyetleri kontrol altında tutabilmek için uygun değildir. Her ülkenin ödeme sistemlerini kendi sağlık sistemine özgü özelliklerini ve ulaşmak istediği hedefleri dikkate alarak geliştirmesi önem taşımaktadır. Ödeme yöntemleri seçilirken, yönetsel maliyeti düşük olan, hizmetin kalitesinin artmasını teşvik eden, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği ve verimliliği artıran, hastaların ve sağlık sunucularının tatminini göz önünde tutan bir yapıda olmasına özen gösterilmelidir.



Coşkun Can Aktan ve Ulvi Saran'ın editörlüğünü yaptığı ve Aura Yayınları tarafından yayınlanmış olan "Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi" (1994) adlı kitap okunabilir.

ÖDEME YÖNTEMLERİ VE TÜRKİYE

Türkiye'de SDP'nin uygulanmaya başlaması ile toplumun sağlık hizmetlerine erişilebilirliği artmış, kamu sağlık harcamalarının miktarı da hızla artmıştır. 2001 yılında toplam sağlık harcaması ₺4.576 Milyon iken, bu rakam 2007 yılında ₺20 Milyar'ye yaklaşmıştır. Yaşanılan ekonomik krizin etkilerine rağmen sağlık harcamalarındaki artış devam etmiş, 2008 yılında ₺25.346 Milyon, 2009 yılında ₺28.811 Milyon, 2010 yılı Kasım ayına kadar olan dönemde ise ₺29.467 olarak gerçekleşmiştir. Bu durum, Türkiye'de ödeme yöntemlerinin değişmesine ve yeni yöntemlerin uygulamaya konulmasına neden olmuştur.

Türkiye'de SGK tarafından kamu hastanelerine ödeme yöntemi olarak mevcut durumda **global bütçeleme** (götürü bedel üzerinden ödeme) yöntemi kullanılmaktadır. Global bütçe uygulaması 2010 yılından itibaren tüm hastane giderleri ve ilaç giderleri için uygulamaya başlanmıştır. Yıllık olarak SB'ye bağlı hastanelere ayrılan sabit, ileriye yönelik global bütçe; **hizmet başına ödeme** ve **TİG** yöntemi kullanılarak hastaneler arasında dağıtılmaktadır. Özellikle, sağlık profesyonellerine ödemede kullanılan "performansa dayalı ödeme sistemi"nin yarattığı arza dayalı talep artışı sonucu, sağlık harcamalarını kontrol edebilmek amacıyla global bütçelemeye geçildiği ifade edilmektedir. SB ile SGK arasında varılan anlaşmaya göre 2010 yılında SB hastanelerine tahsis edilen global bütçe limiti ₺13 Milyar olmuştur. 2010 yılında SB hastanelerinin harcamaları global bütçe limitini aşmış ancak ek kaynak tahsis edilmemiştir.

SGK ile anlaşma imzalayan özel hastaneler için hizmet başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır ancak fiyatlar kamu hastaneleri için geçerli tarifieden hesaplanmaktadır. Ayrıca bazı hastalıklar için paket fiyat anlaşmaları da yapılmaktadır.

Türkiye’de kamu hastanelerinde görev yapan doktorlara ödeme yöntemleri **maaş** ve **prim (performansa dayalı ödeme)** olarak uygulanmaktadır. Ancak prime esas olan “performans” kavramı, hizmet miktarı ile doğrudan ilişkili olduğu için, **prim** yerine **hizmet başına ödeme** yöntemi olarak da değerlendirilebilmektedir. Hekim dışı sağlık çalışanlarının performansını ölçmek için bir yöntem geliştirilmediğinden, bu gruba yapılan ödemeler hekim performansı ile ilişkilendirilmiştir. Hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik ödeme yöntemlerinin **maaş** ve **prim** şeklinde uygulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda görev alan, sözleşmeli aile hekimlerine yapılan ödemelerde ise **maaş** ve **kişi başına ödeme** yöntemlerinin birlikte kullanıldığı görülmektedir.

Paket fiyat, SB’nin 2003 yılında sağlık hizmetlerinde paket tedavi uygulamasına geçmesi ile başlamıştır. Buna göre; göz, kadın doğum, kardiyoloji, genel cerrahi, hemodiyaliz branşlarında seçilmiş hizmetler için paket fiyat belirlenmiştir. Paket fiyatlar, SB’ye bağlı sağlık kurumlarında kullanılması gerekli tıbbi ve cerrahi tüm sarf malzemelerini, anestezi dahil ilaç ameliyat öncesi ve sonrası tetkik, ameliyat, anestezi ve yatak ücreti dahil tüm giderleri kapsamaktadır. İlgili hasta veya kurumdan hiçbir isim altında ayrıca ücret talep edilememesi ön görülmektedir. Bu uygulamaya gerekçe olarak “SB’ye ait hastanelerden sağlık hizmeti alan sosyal güvenlik kuruluşlarına tahakkuk ettirilen tedavi faturaları abartılı olduğu ve gerçeği yansıtmadığı gerekçesiyle ilgili mevzuatta öngörülen ödeme süreleri içerisinde ödenmeyerek iade edilmekte veya önemli miktarlarda kesinti yapılarak ödenmektedir. Bu durum sağlık hizmeti üreten ve birçok giderini kendi döner sermaye imkânları ile karşılayan hastaneleri finansal kaynak sıkıntısıyla karşı karşıya bırakmakta, sunulan hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilemekte hizmeti sunan ve alan kurumla arasında ihtilaflara sebep olmaktadır.” denilmektedir.

TİG’e dayalı ödeme yöntemi, 2011 yılı itibarı ile, global bütçenin kamu hastanelerine dağıtımında %15 etkili olacak biçimde kullanılan bir yöntemdir. Hastanelere yapılacak ödemelerin tamamının bu yönteme göre yapılması planlanmakta ve yayımlanmaktadır.

Türkiye’de yatan hastalara yönelik ödeme yöntemi olan TİG konusunda 2005 yılında başlayan çalışmalar, 2009 yılında sonuçlanmıştır. Türkiye’de TİG’e temel olacak yapı için Avustralya örneği ele alınmıştır. Çalışmanın başlarından itibaren ICD10-AM (International Classification of Diseases, Australian Modification) 4. Güncellemesi ve TİG algoritması olarak da AR DRG (Australian Refined Diagnosis Related Groups: Grupları tayin eden algoritma) 5.1 versiyonu kullanılmaya başlanmıştır.

Yapılacak ödemelerde yatan hastalar için TİG sistemi, ayaktan hastalar için de Branş Bazlı ayaktan Gruplar (BBaG) sistemi temelinde ödemeler yapılandırılacak ve gerçekleştirilecektir. BBaG konusunda da final şekillendirme çalışmalarının gerçekleştirilmesinden sonra donanım ve yazılım olarak aynı alt yapının kullanımı ile tüm klinik verilerin Bakanlık bünyesinde toplanması ve ödemeye temel oluşturacak verilere dönüştürülmeleri sağlanacaktır. Birçok yönetsel raporun, internet ara yüzleri ile hem Sağlık Bakanlığı hem de sahada her bir hastane için yapılandırılması ve değişik erişim yetkilendirmeleri ile sunulması planlanmaktadır.

Çalışmalarda Türkiye’ye ait TİG yapısının oluşturulması ve bu yapı için de her bir TİG için ulusal maliyetleri temsil eden bağıl değerlerin oluşturulması amaçlanmaktadır. Bu sürecin sonlanmasına değin Avustralya bağıl değerlerinin kullanılması öngörülmektedir. Maliyetlendirme çalışmaları için ayrı ve donanımlı bir birim kurulması ve hastane örneklem grupları ile hastane tiplerine göre bağıl değer dağılımı hesaplamalarının yapılması gerekli görülmektedir.

Mevcut durumda üniversite hastanelerine global bütçeleme (kısmi götürü bedel üzerinden), hizmet başı ödeme yöntemi ve paket ödeme yöntemi kullanılarak ödemeler gerçekleştirilmektedir.



Türkiye’de kamu hastanelerine ödeme de hangi yöntem/yöntemler kullanılmaktadır?

Özet

Bu bölümde ödeme kavramı, ödemenin paydaşlar için önemi, sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri tanımlanmış, sağlık çalışanlarına ve sağlık kurumlarına ödeme yöntemleri incelenmiştir. Farklı ödeme yöntemlerinin avantaj ve dezavantajlarına göre karşılaştırılması yapılmış, Türkiye ve örnek ülkelerde kullanılan ödeme yöntemleri tartışılmıştır.

Sağlık sigortacılığında ödeme yöntemleri, paranın kamu kurumu, sigorta şirketleri ya da diğer üçüncü taraf ödeyiciler tarafından kurumsal boyutta (hastane, sağlık merkezi, eczane) ve bireysel (hekimler, diş hekimleri, hemşireler) olmak üzere sağlık hizmeti sunucularına aktarılma olarak tanımlanmaktadır.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için ödeme yöntemleri, artan sağlık hizmeti maliyetlerini kontrol altına almada önemli bir mekanizma olarak değerlendirilmektedir. Gelir düzeyi düşük ülkeler, sağlık hizmetleri için uygun ve minimum kaynak gereksinimlerini karşılama çabasıdadırlar. Yüksek gelirli ülkeler ise, artan sağlık hizmeti maliyetlerini nasıl kontrol altında tutabilecekleri üzerine odaklanmaktadır.

Ödeme yöntemleri, sağlık kurumlarına ve sağlık profesyonellerine olmak üzere iki grup altında toplanmaktadır. Sağlık kurumlarına ödeme yöntemleri; bütçe ödemesi yöntemi, hizmet başına ödeme yöntemi, günlük ödemeler yöntemi, kişi başına ödeme yöntemi, vaka başına ödeme yöntemi, düz oranda ödeme yöntemidir.

Sağlık profesyonellerine ödemede kullanılan yöntemler; maaş yöntemi, hizmet başına ödeme yöntemi, kişi başına ödeme yöntemi, prim ödemesi yöntemi vaka başına ödeme ve karma ödeme yöntemidir.

Sağlık hizmeti sunucularının kar sağlamak ya da sosyal sorumluluklarını yerine getirmek gibi para ile ölçülemeyen hedefleri bulunabilir. Bu hedeflere ulaşabilme potansiyeli sunucuların davranışlarını önemli bir ölçüde etkilemektedir. Bu açıdan, sağlık kurumlarına yapılacak ödeme yöntemi ya da yöntemlerinin; hizmet sunucularının kalite ve kantite olarak yeterli hizmet sağlayabilmesine olanak verecek teşvik edici özelliklere sahip olması, aşırı, gereksiz hizmet sunumu ve israfı önleyecek nitelikleri taşıması beklenmektedir.

Sayılan yöntemlerin farklı avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Hangi ödeme yönteminin seçileceği, ülkelerin ulaşmak istedikleri sağlık politikası hedefleri ile doğrudan ilişkilidir. Ancak, ödeme yöntemleri seçilirken,

yönetmelik maliyeti düşük olan, hizmetin kalitesinin artmasını teşvik eden, kötüye kullanımı önleyen, etkililiği ve verimliliği artıran, hastaların ve sağlık sunucularının tatminini göz önünde tutan bir yapıda olmasına özen gösterilmelidir.

Farklı ülke örnekleri incelendiğinde, aile hekimi gibi bireysel hizmet sunanlar için, kişi başına ödeme yöntemi, kurumsal sağlık hizmeti sunan hizmet sunucuları için TİG ya da vaka başına ödeme yöntemlerini tercih ettikleri görülmektedir. Her ülke için geçerli olabilecek bir ödeme sistemi bulunmamaktadır. Her ülkenin ödeme sistemlerini kendi sağlık sistemine özgü özellikleri dikkate alarak geliştirmesi önem taşımaktadır.

Türkiye’de SGK tarafından kamu hastanelerine ödeme ödeme yöntemi olarak; hizmet başı ödeme, TİG ve global bütçeleme yöntemleri kullanılmaktadır. Global bütçe uygulaması 2010 yılından itibaren tüm hastane giderleri ve ilaç giderleri için uygulamaya başlanmıştır. Yıllık olarak SB’ye bağlı hastanelere ayrılan sabit, ileriye yönelik global bütçe; hizmet başına ödeme ve TİG yöntemi kullanılarak hastaneler arasında dağıtılmaktadır.

SGK ile anlaşma imzalayan özel hastaneler için hizmet başına ödeme yöntemi kullanılmaktadır ancak fiyatlar kamu hastaneleri için geçerli tarifeden hesaplanmaktadır. Ayrıca bazı hastalıklar için paket fiyat anlaşmaları da yapılmaktadır.

Türkiye’de kamu hastanelerinde görev yapan doktorlara ödeme yöntemleri, maaş ve performansa dayalı ödeme olarak uygulanmaktadır. Hekim dışı sağlık çalışanlarının performansını ölçmek için bir yöntem geliştirilmediğinden, bu gruba yapılan ödemeler hekim performansı ile ilişkilendirilmiştir. Hekim dışı sağlık çalışanlarına yönelik ödeme yöntemlerinin maaş ve prim şeklinde uygulanmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda görev alan, sözleşmeli aile hekimlerine yapılan ödemelerde ise maaş ve kişi başına ödeme yöntemlerinin birlikte kullanıldığı görülmektedir.

Kendimizi Sıneyalım

1. “Paranın sigorta kurumundan bireysel ve kurumsal hizmet sunucularına aktarılmasına” ne denir?

- a. Maliyet
- b. Finansman
- c. Ödeme
- d. Harcama
- e. Bütçe

2. Aşağıdakilerden hangisi ödeme sisteminin paydaşlarından **değildir**?

- a. Sigorta kurumu
- b. Tıbbi cihaz üreticisi
- c. Sigortalı
- d. Sağlık Kurumu
- e. Sağlık profesyoneli

3. Aşağıdakilerden hangisi sağlık profesyonellerine yapılan ödeme yöntemlerinden **değildir**?

- a. Günlük ödeme
- b. Kişi başına ödeme
- c. Hizmet başına ödeme
- d. Maaş
- e. Prim ödemesi

4. Aşağıdakilerden hangisi sağlık kurumlarına yapılan ödeme yöntemlerinden **değildir**?

- a. Bütçe ödemesi
- b. Kişi başına
- c. Vaka başına
- d. Hizmet başına
- e. Maaş

5. Aşağıdakilerden hangisi ödeme sisteminin hasta açısından önemini **göstermez**?

- a. Hizmet kalitesi
- b. Hizmete erişim
- c. Maliyet paylaşımı
- d. Maliyet kontrolü
- e. Hizmet miktarı

6. Aşağıdakilerden hangisi hizmet başına ödeme yönteminin dezavantajlarından **değildir**?

- a. Gereksiz hizmet kullanımını artırabilir
- b. Harcamaları artırabilir
- c. Tahmin edilemeyen maliyetler oluşmaktadır
- d. Yönetmel olarak uygulanması kolaydır
- e. Hizmetler gelir düzeyi yüksek bölgelerde yoğunlaşır

7. Aşağıdakilerden hangisi maaş ödeme yönteminin dezavantajlı özelliklerinden birisidir?

- a. Hizmet kalitesini artırıcı teşvikler yoktur
- b. Maliyetlerin kontrol altında tutulmasını sağlar
- c. Bütçe yönetimi kolaydır
- d. Yönetim giderlerini azaltır
- e. Hizmeti sunanların finansal riski çok azdır

8. Türkiye’de özel hastanelere ödemede hangi yöntemler kullanılmaktadır?

- a. Belirli fiyat-hizmet başına
- b. Belirli fiyat-kişi başına
- c. Değişken fiyat-hizmet başına
- d. Değişken fiyat-Vaka başına
- e. Belirli fiyat-vaka başına

9. Türkiye’de kamu hastanelerine ödemede hangi yöntemler kullanılmaktadır?

- a. Global bütçe-TIG
- b. Global bütçe-TIG-Hizmet başına
- c. Global bütçe-TIG
- d. Global bütçe-Kişi başına
- e. Global bütçe-Günlük ödeme

10. Türkiye’de aile hekimlerine ödemede hangi yöntemler kullanılmaktadır?

- a. Maaş ve prim
- b. Maaş ve kişi başına ödeme
- c. Maaş ve hizmet başına ödeme
- d. Vaka başına ödeme ve prim
- e. Hizmet başına ve prim

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. c Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

2. b Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

3. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

4. e Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

5. d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Sigortacılığında Ödeme Yöntemleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

6. d Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Kurumlarına ve Sağlık Profesyonellerine Ödeme yöntemleri” başlıklı konuları yeniden gözden geçiriniz.

7. a Yanıtınız yanlış ise “Sağlık Profesyonellerine Ödeme Yöntemleri” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

8. a Yanıtınız yanlış ise “Ödeme Yöntemleri ve Türkiye” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

9. b Yanıtınız yanlış ise “Ödeme Yöntemleri ve Türkiye” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

10. b Yanıtınız yanlış ise “Ödeme Yöntemleri ve Türkiye” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Sağlık politikacıları iyi tasarlanmış bir ödeme sistemi kurmak ve işletmek isterler. Böylece gereksiz yere israf edilen kaynaklar engellenebilecek, topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi artırılabilir.

Sıra Sizde 2

Maaş yöntemi, sigortanın ödeyeceği maliyetlerin kontrol altına alınarak azaltılmasında önemli bir potansiyele sahiptir. Hastanın yatış süresini uzatma eğitimi yoktur, teknik verimliliği artırmaktadır.

Sıra Sizde 3

Hizmet başına ödeme yöntemi, üretilen her birim hizmet karşılığında ödeme yapılmasını kapsadığı için hizmet miktarını artırmayı teşvik eden bir yöntemdir.

Sıra Sizde 4

Türkiye’de kamu hastanelerine ödemede sabit, ileriye yönelik global bütçe; hizmet başına ödeme ve TİG yöntemleri kullanılarak yapılmaktadır.

Yararlanılan Kaynaklar

- AHO (American Health Organization). (1998). **Final Report- Regional Forum on Provider Payment Mechanisms**. Health Sector Reform Initiative, Lima, Peru.
- Barnum, H., Kutzin, J., Saxenia, H. (1995). Incentives and Provider Payment Methods. **International Journal of Health Planning and Management**, 10: 23-45.
- Belek, İ. (2009). **Sağlığın Politik Ekonomisi**. İstanbul: Yazılama Yayınevi.
- Chawla, M., Windak, A., Berman, P., Kulis, M. (1997). **Paying the Physician: Review of Different Methods**. Data for Decision Making Project, Boston.
- Çelik, H. (1999). **Sağlık Sigortasında Ödeme Sistemleri ve SSK Uygulaması**. İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Çelik, Y. (2007). Sağlık Çalışanlarının Ücretlendirilmesinde Kullanılan Mevcut Ödeme Yöntemleri ve Performansa Dayalı Ücretlendirme Sistemlerinin Önemi. İçinde: Aydın, S., Ateş, H. ve Kırılmaz, H. (Editör). **Sağlık Sektöründe Performans Yönetimi: Türkiye Örneği**. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Çelik, Y. (2011). **Sağlık Ekonomisi**. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Demchak, C. (2007). Physician Payment: Is There A Better Way To Pay? Changes in Health Care **Financing & Organization**, X(5): 1-8.
- Jegers, M. Et al. (2002). A Typology For Provider Systems in Health Care. **Health Policy**, 60: 255-273.
- Karacaoğlu, N. (2009). Sağlık Hizmet Sunucularına Ödeme Modelleri ve Sorunlar. **Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, 12: 16-21.
- Normand, C. and Weber, A. (1994). **Social Health Insurance: A Guidebook for Planning**. WHO and ILO, Copenhagen.
- Pinto, M. and Andersson, B. (2001). **Paying Health Care Providers in the Caribbean**. Pan American Health Organization, Washington DC.
- Resmi Gazete. (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Tarih: 16/6/2006, Sayı: 26200, **Resmi Gazete**. Ankara
- Roberts, M.J. et al. (2010) **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması: Performans ve**
- Hakkaniyetin Geliştirilmesi İçin Bir Klavuz** (Çeviri: Sağlık Bakanlığı). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.
- Sarı, N. (2007). Teşhise Dayalı Ödeme Sistemlerinin Sağlık Sektör Reform Tartışmalarına Yansımaları. İçinde: Aktan, C.C. ve Saran, U. (Editör). **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**. Aura Yayınları, İstanbul.
- Top, M. ve Tarcan, M. (2007). Hastane Sektöründe Kaynak Akışı: Hastane Ödeme Yöntemleri (Mekanizmaları). **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, 9(1): 169-189.
- Tatar, M. (1994). Teorik Boyutlarıyla Genel Sağlık Sigortası ve Türk Sağlık Yöneticilerine Öneriler. İçinde: **I. Ulusal Sağlık Kuruluşları ve Hastane Yönetimi Sempozyumu**. 4-7 Mayıs. Kuşadası, Aydın.
- Tatar, M. (2008). Taniya Dayalı Gruplar ve Sağlık Hizmetleri Kaynak Grupları. **Makro Bakış: Sağlık Politikası Gündemi**, 8: 10-11.
- Waters, H.R. and Hussey, P. (2004). Pricing Health Services For Purchasers: A Review of Methods and Experiences. **Health Policy**, 70: 175-184.
- Woolhandler, S., Campbell, T. and Himmelstein, D. (2003). Costs of Health Care Administration in the United States and Canada. **New England Journal of Medicine**, 349(8): 768-775.
- Yıldız, G. (2008). **Kurumsal Sağlık Hizmeti Sunucularından Hastanelere Yapılan Ödeme Yöntemlerine İlişkin Sorunların Algılanma Biçimleri: Ankara İli Uygulaması**. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Sosyal Güvenlik Kurumu Resmi web sitesi: www.sgk.gov.tr
- Sağlık Bakanlığı resmi web sitesi: www.saglik.gov.tr

6

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ Türkiye’de Cumhuriyet öncesi sağlık sigortacılığını açıklayabilecek,
- 👁️ Türkiye Cumhuriyeti’nin kurulmasından sonra sağlık sigortacılığını açıklayabilecek,
- 👁️ Türkiye’de sağlık sigortası veren kurumlar ve özelliklerini ifade edebilecek,
- 👁️ Türkiye’de özel ve sosyal sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimini ifade edebilecek

bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

- | | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| 🔑 Amele Birliği | 🔑 Sosyal Sigortalar Kurumu |
| 🔑 Vakıf | 🔑 Bağ-Kur |
| 🔑 Lonca | 🔑 Reasürans ve Sigorta Şirketleri |
| 🔑 Özel Sağlık Sigortası | 🔑 Emekli Sandığı |
| 🔑 Sosyal Sağlık Sigortası | 🔑 Sosyal Güvenlik Kurumu |

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi
- ❖ Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi

Türkiye’de Sağlık Sigortacılığının Tarihsel Gelişimi

GİRİŞ

Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi incelenirken, Osmanlı İmparatorluğu’na kadar uzanan bir dönemi kapsayan düzenlemeleri ve uygulamaları dikkate almakta yarar vardır. Bu nedenle bu bölümde, Türkiye’de sağlık sigortacılığının geçmişi Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan sonraki dönemler dikkate alınarak incelenmektedir. Ayrıca, daha önceki bölümlerde görüldüğü gibi, sağlık, sosyal güvenliğin kapsama aldığı risklerden birisidir. Bu bakımdan, sağlık sigortasının tarihsel gelişimi sosyal güvenlik sisteminden ve uygulamalarından bağımsız değildir. Bu anlamda, Türkiye’de sağlık sigortacılığının gelişimi, sosyal güvenlik sisteminin gelişimine ve özel sağlık sigortacılığına dayalı olarak ele alınmaktadır.

Türkiye’de mevcut sosyal ve sağlık sigortası uygulamalarını açıklayabilmek, yorumlayabilmek ve geleceğe yönelik programlar geliştirebilmek için geçmişin çok iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Çünkü Türkiye’de uzun yıllar farklı sosyal sigorta kurumları, farklı norm ve standartlarda sosyal sağlık sigortacılığı hizmeti vermişlerdir. Bunlar arasında; Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağ-Kur ve Emekli Sandığı¹ (ES) ön plana çıkmıştır. Bu kurumların verdiği bu hizmet **primli sistem** kapsamında ele alınmaktadır.

Primli sistemin yanında bazı yasa ve uygulamalarla, devletin genel bütçesinden, bazı çalışan ve nüfus gruplarının sağlık giderleri karşılanmıştır. Bu hizmetler de **primsiz sistem** olarak adlandırılmaktadır. Ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık giderlerinin karşılanması için kabul edilen Yeşil Kart uygulaması primsiz sisteme örnektir. Yine aktif olarak devlet memuru olarak görev yapanların ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin sağlık giderleri, çalıştıkları devlet kurumunca karşılanmıştır. Bu uygulama da primsiz sisteme bir örnektir.

Türkiye’de sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı olarak sağlık yardımı yapan SSK, ES ve Bağ-Kur’un kapsamı tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınmasını sağlayamamıştır. Sosyal sigortacılığa ek olarak özel sağlık sigortacılığı, bazı nüfus kesimleri için sağlık yardımlarının genel bütçeden karşılanması ve doğrudan cepten ödemeler belli başlı finansman mekanizmaları arasında yer almıştır. Ancak bu **parçalanmış yapı**, sistemde birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar ve sorunların çözümü için yeniden yapılanma arayışları uzun yıllar devam etmiştir. Bu arayışlar 2006 yılında SGK’nın ve GSS’nin kurulması ile sonuçlanmıştır.

Bu bağlamda bu bölümde Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi sosyal sağlık sigortacılığı ve özel sağlık sigortacılığı ayırımı çerçevesinde ele alınmıştır.

¹ Emekli Sandığı programında sağlık sigortası primleri ayrı bir kalemden tahsil edilmeyordu, emekli kesenekleri içinde yer alıyordu.

TÜRKİYE’DE SOSYAL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihsel gelişimi incelenirken, Osmanlı İmparatorluğu’na kadar uzanan bir dönemi kapsayan düzenlemeleri ve uygulamaları dikkate almakta yarar vardır. Bu nedenle, Türkiye’de sağlık sigortacılığının geçmişi Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan sonraki dönemler dikkate alınarak incelenmektedir. Ayrıca, daha önceki bölümlerde görüldüğü gibi, sağlık, sosyal güvenliğin kapsama aldığı risklerden birisidir. Bu bakımdan, sağlık sigortasının tarihsel gelişimi sosyal güvenlik sisteminden ve uygulamalarından bağımsız değildir.

Osmanlı Döneminde Sosyal Güvenlik Uygulamaları ve Sağlık Yardımları

Avrupa’da bugün tanımlanan anlamıyla sosyal güvenlik sistemlerinin oluşabilmesi, ancak sanayi devriminin gerçekleşmesi ve işçi sınıfının oluşmasıyla mümkün olabilmektedir. Osmanlı İmparatorluğu ise sanayileşme sürecine girmemiş ve dolayısıyla sosyal korumayı talep edecek bir işçi sınıfı oluşmamıştır. Bununla birlikte, İmparatorlukta 1830’lu yıllarda meydana gelen ilk sanayileşme girişimleri, sınırlı da olsa işçilerin istihdamında artışa neden olmuştur. Ancak ücretler çok düşük, çalışma koşulları çok ağırdı. O dönemde, henüz hiçbir sosyal güvenlik önleminin olmadığı, iş kazasına uğrayan işçiler hiçbir sağlık güvencesinin bulunmadığı ve bazılarının ücret dahi almadığı bilinmektedir. Örneğin, Zonguldak’taki kömür işçilerinin durumu; “Ameleye mahsus hastane, hatta doktor bile yoktu, hastalanan amele, bir ata bindirilerek köyüne gönderilirdi” biçiminde tanımlanmaktadır.

Aile yapısının koruyucu bir birim olma işlevini sürdürmesiyle, Osmanlı İmparatorluğu’nda sınırlı ve dağınık sosyal koruma önlemleri, gerçek bir sosyal güvenlik sistemine dönüşmemiştir. Bu anlamda, Osmanlı İmparatorluğu’ndaki sosyal güvenlik uygulamaları; 1) aile içi yardımlar, 2) din kurallarına göre yapılan yardımlar, 3) meslek kuruluşları içerisindeki yardımlar ve 4) vakıflarca yapılan yardımlar olarak gerçekleşmiştir.

Tarıma dayalı, geniş **aile yapısı** olan Osmanlı toplumunda yaşlı, hasta ve sakatlara gerekli bakım ve destek aile üyelerince verilmiştir. Bu her toplumda rastlanan, kendiliğinden ve doğal olarak verilen bakım, insani yardım kapsamında değerlendirildiği için sosyal güvenlik açısından değerlendirilmemektedir. Hatta koruyucu aile yapısının, “sosyal güvenliğin bir gereksinim olarak algılanmasını engellediği” yönünde eleştiriler de yapılmaktadır. **Dinsel kural ve geleneklere** dayanan ‘hayır kurumları’ Osmanlı’da yoksulların korunması açısından önemli rol üstlenmişlerdir. İslamiyet kurallarının geçerli olduğu hayırseverlikte “geçerli bir dini amaca yönelme koşulu” aranmıştır. Yapılan yardımların “fakirlere, muhtaçlara, yolculara, dullara, yetimlere ve aciz olup yardımı hak edenlere” yapılması istenmiştir. Bu yardımlar, zekât, fitre, sadaka ve bağış yoluyla yapılmıştır. Ancak bu yardımlar sosyal güvenlik açısından değil, insani yardım olarak değerlendirilmektedir.

Vakıflar, sosyal güvenlik tarihinde özellikle İslam ülkelerinde önemli yeri olan kurumlardır. Vakıf, varlıklı kişilerin çoğunlukla taşınmaz mallarının gelirlerini, dini ve sosyal amaçlı hizmetlerin görülmesi için kurmuş oldukları kurumlara tahsis etmeleri ve malların mülkiyetini de bu kurumlara devretmeleri ile oluşur. Vakıflar, Osmanlı toplumunda sosyal ve ekonomik hayat üzerinde derin etkileri olan, dini, hukuki ve sosyal kurumlar olarak faaliyet göstermişlerdir. Çok çeşitli amaçlara yönelik olan vakıflar sağlık hizmetleri alanında, hastane açılması ve işletilmesi, ayakta tedavi, cüzamlılara, körlere, dilsizlere yardım gibi faaliyetler yürütmüşlerdir. İmparatorluğun son dönemlerinde Darülaceze, Darüleytam, Darüşşifa ve Osmanlı Hilal-i Ahmer Cemiyeti (Kızılay) gibi kurumlar sosyal yardım açısından önem kazanmışlardır.

Osmanlı İmparatorluğu’nda tarım dışı alanlarda çalışan, esnaf ve sanatkârların hastalık, kaza ve ölüm gibi risklere karşı güvence, **esnaf birlikleri** (loncalar, ahilik) içerisinde oluşturulan ve “orta sandığı” ya da “teavün sandığı” denilen dayanışma sandıkları tarafından sağlanmaya çalışılmıştır. Onüçüncü yüzyıldan önce Ahilik (esnaf, zanaatkar, çiftçi gibi bütün çalışma kollarını içine alan ocak), sonra Gedik (hak, imtiyaz), Lonca (belli bir iş kolunda usta, kalfa ve çırakları içine alan dernek) teşkilatı adı altında ortaya çıkmış ve Onsekizinci yüzyıla kadar etkinliğini hissettirmiştir. Bu sandıkların gelir kaynakları; usta ve kalfaların ödeme gücü ve geleneklere göre ödedikleri aidatlar ile bağışlar ve çıraklıktan kalfalığa, kalfalıktan ustalığa yükselenler için ustaların sandığa ödedikleri harçlardan oluşturmuştur. Sandıklarca,

yoksulluk koşuluna bağlı olarak, hastalanan üyelere tedavi için gerekli yardım yapılmakta, yaşlanan veya tedavisi olanaklı olmayan hastalığa yakalanan usta, kalfa ve çırakların geçimi sağlanmaktadır. Loncaların yardımlaşma sandıkları Ondokuzuncu yüzyıldan başlayarak yıkılmaya yüz tutmakla birlikte, yüzyılın sonuna kadar varlıklarını sürdürmüşlerdir. Loncaların sosyal yardımları, aile içi yardımlaşmalar ve dinsel yardımlara göre daha ziyade kurumsallaşmış bir nitelik taşımaktadır.

Yukarıda açıklanan koşullar, 1863 yılında Ereğli kömür madenlerinde grev yapılmasını ve 1865 yılında kömür madenlerinde çalışanlara yönelik Dilaver Paşa Nizamnamesi çıkarılmasını sağlamıştır. Osmanlı döneminde sosyal güvenlikle ilgili hazırlanan ilk çalışma; ‘Dilaver Paşa Nizamnamesi’dir. Buna göre, hafif hastaların madende bir doktor tarafından tedavi edileceği, ağır hastaların ise evlerine gönderileceği hükümleri getirilmiştir. Daha sonra, 1869 yılında Maadin (Madenler) Nizamnamesi çıkarılmıştır. Bu nizamname ile madenlerdeki zorla çalıştırmaya son verilmiştir. Maadin Nizamnamesi ile iş kazalarına karşı madenlerde bir doktor ve gerekli ilaçların bulundurulması zorunluluk haline getirilmiştir.

Osmanlı döneminde **ilk resmi sosyal güvenlik kurumu** 1886 yılında askerler için kurulan “Askeri Tekaüt Sandığı”dır. Daha sonra sivil memurlar (1881), tersane işçileri (1909), Hicaz Demiryolu (1910) ve Şirket-i Hayriye çalışanları (1917) için yardım sandıkları kurulmuştur. Bu gelişmeler İmparatorlukta sosyal güvenlik kurumlarının oluşmaya başladığını göstermektedir.

Diğer yandan Osmanlı İmparatorluğu’nda özel sigortalar tamamen yabancı şirketlerin elinde ve genellikle Osmanlı topraklarında yaşayan yabancılar tarafından yürütülmüştür. Önceleri hiçbir hukuki düzenlemeye tabi olmadan merkezden gelen emirler doğrultusunda satış yapan sigorta acenteleri, İngilizce ve Fransızca hazırlanan poliçeleri kullanılmıştır. İngiliz sigorta şirketleri 1872 yılında açtıkları temsilcilikleri ile ilk sigortacılık faaliyetlerini başlatmışlardır. Fransız şirketi faaliyetlerine 1878 yılında başlamışlardır. Bu yıllarda, Alman, İtalyan, İsviçre gibi yabancı ülkelerin sigorta şirketlerinin çalışmaları ile sigortacılık genişlemeye başlamıştır. Ancak zaman geçtikçe, sigortacıların istedikleri gibi çalışmaları ve Kapitülasyonların kendilerine sağladığı geniş olanakları kullanabilmeleri, bu şirketlere Osmanlı’da kolaylıkla çok para kazanılabileceği izlenimini vermiştir. Bu durum, kısa zamanda çok fazla sigorta şirketinin çalışmasına, sigorta ahlakının bozulmasına, haksız rekabet ve ekspertiz suistimallerine yol açmıştır. 1800’lü yıllarda Beyoğlu ve Kumkapı’da çıkan iki büyük yangında verilen kayıplar nedeni ile yabancı sigorta şirketlerinin yasal olarak acentelik açmalarına izin verilmiştir. Özel sigortalar yangın, nakliyat dallarında faaliyet göstermişlerdir. Bu dönemde ilk kez, 1850 yılında Ticaret-i Bahriye Kanunu’nda deniz sigortalarına dair hükümlere yer verilmiştir. Bu ortamda, 1893 yılında Osmanlı Umum Sigorta Şirketi ilk yerli sigorta şirketi olarak çalışmaya başlamıştır.

Sonuç olarak, Türkiye Cumhuriyeti’nin, Osmanlı İmparatorluğu’ndan aldığı sosyal güvenlik mirası, esas olarak, hayır ve yardımseverlik anlayışına dayalı, sınırlı ve geleneksel olarak tanımlanan güvence mekanizmalarını kapsamaktadır. Bu anlamda, Osmanlı’dan Cumhuriyet Türkiye’sine, gelişmiş bir sosyal güvenlik sistemi aktarılmadığı ileri sürülmektedir.



Osmanlı İmparatorluğu’nda sosyal güvenlik sistemlerinin Avrupa’ya göre geç oluşmanın nedenleri nelerdir?

Cumhuriyet Döneminde Sosyal Güvenlik Uygulamaları ve Sağlık Sigortası

Cumhuriyetin ilk yıllarından itibaren topluma sağlık güvencesi sağlanmasına ilişkin sınırlı da olsa çalışma ve yasal düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler, Türkiye’de sosyal sigortanın gelişimi ve ilerleyen yıllarda özel sigortaların gelişimini sağlamıştır.

Cumhuriyet ilan edilmeden önce, sosyal sigortaların ilk uygulama örneği madencilik sektörü ile ilgili olan, 1921 tarihli Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Mütteallik Kanun’dur. Kanun, işçi ve işverenlerin zorunlu katkılarına dayanan yardımlaşma sandıklarının kurulmasını ve bu yardımlaşma sandıklarının Amele Birliği adı altında örgütlenmesini öngörmektedir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenliğe yönelik doğrudan düzenlemeler yapılmamıştır. Ancak çıkarılan kanunlar ile emeklilik ve yardım sandıklarının kurulması, sağlık yardımı yapılması gibi sosyal sigortalara benzeyen fakat kişiler ve riskler açısından dar kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır. Bu kanunlar; Borçlar Kanunu (1926), Umumi Hıfzısıhha Kanunu (1930), Askeri ve Mülki Tekaüt Kanunu'dur (1930). Örneğin, Umumi Hıfzısıhha Kanunu belli sayıda işçi çalıştıran işverenlerin hastalık, kaza ve analık hallerinde işçilerine sağlık yardımı yapmasını düzenleyen hükümlere yer vermiştir. Ayrıca, çiçek hastalığının önemi göz önünde bulundurularak, doğan her çocuğun doğumu takip eden ilk dört ay içinde aşılması, 30 yaşına kadar herkesin çiçek aşısını beş yılda bir tekrar ettirmesi zorunlu kılınmıştır.

Bunların yanı sıra, 1926 yılında kurulan İmalatı Harbiye Teavün ve Sigorta Sandığı, 1933 yılında Vilayet Hususi İdareleri Tekaüt Sandığı ve İstanbul Mahalli İdaresiyle, Ankara Belediyesi Memurları Tekaüt Sandığı, 1934 yılında Devlet Demir Yolları ve Limanlar İdaresinin Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı, 1935'de kurulan Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı, 1935'de kurulan PTT Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı, 1937 yılında kurulan Deniz Yolları ve Akay İşletmeleriyle Fabrika ve Havuzlar İdareleri Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı, 1937 yılında kurulan T.C. Ziraat Bankası Memurları Tekaüt Sandığı, 1938 yılında kurulan, T.C. Merkez Bankası Memurları Tekaüt Sandığı gibi çok sayıda emeklilik ve yardımlaşma sandığı kurulmuştur.

İşçiler de benzer yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır. En önemlisi 1923 yılında Zonguldak ve Ereğli bölgesinde maden işçilerinin kurdukları Amele Birliği ve İhtiyat ve Teavün Sandıkları olmak üzere, Samsun Tütün İşçileri Teavün Cemiyeti ile İstanbul'da elektrik fabrikası işçilerinin kurduğu Yardım ve Teavün Sandığı'dır. Amele Birliği, 1946 yılında ilk genel nitelikli sosyal sigortaların kuruluşuna kadar, üyeleri ve ailelerine **hastalık**, kaza, yaşlılık ve ölüm hallerinde, çağın koşullarına göre önemli yardımlar sağlayan bir sosyal güvenlik kurumu olarak işlev görmüştür.

Türkiye'de **ilk kez** sosyal sigortaların kurulması **1936** tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile gerçekleşmiş ve sosyal güvenliğin bugün de geçerli olan bazı temel ilkeleri belirlenmiştir. Ancak Kanunda öngörülen sistem, İkinci Dünya Savaşı'nın araya girmesi nedeniyle 1945 yılına kadar oluşturulamamıştır. Cumhuriyet döneminde ilk sağlık planı olarak adlandırılan **Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı** 1946 yılında Yüksek Sağlık Şurası'na onaylanmıştır. Planda, "halkı bir ücret karşılığında sigortalamak, sigortası olmayan ve tedavi giderlerini ödeyemeyenlerin masraflarını özel idare bütçesinden sağlamak, bir sağlık bankası kurarak sağlık harcamalarının finansmanını buradan sağlamak, ilaç, serum ve aşı gibi tıbbi malzemelerin üretimini denetim altına almak, süt ve mama gibi çocuk besinlerini sağlayacak sanayi kuruluşlarını oluşturmak" gibi hedefler yer almaktadır.

Türkiye, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki dönemde dünyada sosyal güvenlik alanında ortaya çıkan gelişmelere paralel olarak, 1948 tarihli **İnsan Hakları Evrensel Bildirisini** kabul etmiş, yine 1948 tarihli Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nı, onaylamış ve **Dünya Sağlık Örgütü üyesi** olmuştur. Bu gelişmeler Türkiye'ye **sağlık ve sosyal güvenlik** alanlarında yükümlülükler getirmiştir. **1961 Anayasası** ile sosyal güvenliğin bir **insan hakkı** ve devlet görevi olduğu hukuken tescil edilmiştir. Anayasa'nın 48. maddesine göre, "Herkes, sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatları kurmak ve kurdurmak devletin ödevlerindendir". 1961 Anayasası'nda yer alan sosyal güvenlikle ilgili esaslar, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 22. maddesindeki düzenlemeyle paralellik arz etmektedir.

Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1963-1968 yıllarını kapsayan 1. Beş yıllık Kalkınma Planında sağlık sigortası oluşturulması ve tüm nüfusu kapsayacak nitelikte bir sağlık sigortası kurulması hükmü yer almıştır. Bu gelişmelerin yanında Türkiye, **Avrupa Sosyal Şartı**'nı 1964 yılında imzalamıştır. Türkiye Sözleşme'yi bazı maddelerine çekince koyarak kabul etmiş olmakla birlikte **sağlığın korunması, sosyal güvenlik ve sağlık ve sosyal yardım** hakkına ilişkin hükümler aynen benimsenmiştir.

Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) 1952 tarihli 102 sayılı "Sosyal Güvenliğin Asgari Normlarına İlişkin Sözleşmesi" 1971 yılında onaylanmış, 1974 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu önemli sözleşme sosyal güvenlik kavramının çağdaş tanımında da belirleyici role sahip olmuştur.

Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi, bir yandan primli rejime dayalı sosyal sigortalar, diğer yandan ise sosyal yardım ve sosyal hizmetlerden oluşan primsiz rejim ayırımına dayalı bir anlayış doğrultusunda gelişmiştir. İşçi

Sigortaları Kurumu 1945 yılında ilgili kanunla kurulmuş ve aynı yıl **İş Kazaları Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası** Kanunu adında belirtilen risklere karşı güvence getirilmiştir. Daha sonra 1949 yılında İhtiyarlık Sigortası Kanunu ile yaşlılık riskine karşı koruma sağlanmıştır. 1950 yılında Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ile **hastalık ve analık sigortaları** yeniden düzenlenmiştir. 1957 yılında Maluliyet, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanunu ile yaşlılık sigortası yeniden düzenlenmiş, ilave olarak **sakatlık ve ölüm** riskleri de kapsama alınmıştır. 1964 yılında ise ve 506 sayılı **Sosyal Sigortalar Kanunu** ile sosyal risklere karşı koruma sağlayan dağınık hükümler kaldırılarak öncesine nazaran daha kapsamlı güvence sağlayan yeni bir sosyal sigorta yasası yürürlüğe girmiştir. İzleyen yıllarda birçok kez değişikliğe uğrayan söz konusu kanun, 1999 yılında işsizlik sigortası ile işsizlik riskini de kapsamına almıştır.

1982 Anayasasının 60. maddesinde yer alan “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliğı sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” hükmü ile 1961 Anayasası’nda olduğu gibi **sosyal güvenlik hakkı** anayasal niteliğini devam ettirmiştir. Ayrıca Anayasanın 56. maddesinde “Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü getirilmiştir. Aynı maddede “**Genel Sağık Sigortası** kurulabileceğine” dair hüküm de yer almıştır.



Bu konuda daha detaylı bilgi için Sait Dilik “Sosyal Güvenlik” KAMU-İŞ, Türk Tarih Kurumu Basımevi, 1991 Ankara.

Türkiye’de sosyal güvenlik daha çok sosyal sigorta uygulamalarına önem ve öncelik verilmesi şeklinde gelişim göstermiştir. 2006 yılına kadar, Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) ve Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) olmak üzere üç sosyal güvenlik kurumu, sosyal sağık sigortası hizmeti vermiştir. Bu tarihten sonra kurumların birleştirilmesi ile oluşturulan **Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)** sosyal sağık sigortası hizmetini vermeye başlamıştır. Mevcut durumda SGK Türkiye’de sosyal sağık sigortacılığı hizmetini veren **tek** kurumdur.

SGK’nın yapısını açıklamadan önce, SGK’yı oluşturan ve uzun yıllar hizmet verdikten sonra yürürlükten kaldırılan Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur’un yapısal özellikleri açıklanmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

İşçi Sigortaları Kurumu adıyla 1945 yılında kurulan ve 1965 yılında kapsam yönünden sosyal güvenlik alanında ulaştığı düzeye uygun olarak **Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)** adını alan, özel hukuk hükümlerine tabi olarak faaliyet gösteren, idari ve mali bakımdan özerk bir devlet kurumuydu. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’na bağlı bir kuruluş statüsündeydi. SSK’nun örgütsel yapısı Genel Müdürlük, Yönetim Kurulu ve Genel Kurul olmak üzere üç organdan oluşuyordu. Genel Müdürlük, SSK’nun yürütme organıdır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın teklifi üzerine müşterek karar ile tayin edilen Genel Müdür ve beş Genel Müdür Yardımcısı, Merkez ve Taşra Teşkilatı ve sağık tesislerinden oluşuyordu. Yönetim Kurulu, SSK’nun en yüksek yönetim ve karar organıdır. Bir başkan (Genel Müdür) ve altı üyeden oluşuyordu. Genel Kurul, Kurumun bilanço ve faaliyet raporları üzerinde görüş bildirir ve danışma organı niteliğindedir. Kurumun faaliyetleri, kendi iç ve bağlı bulunduğu Bakanlık dışında, TBMM ve Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurumu’nca denetlenmekteydi.

SSK, iş hayatında her türlü hallere karşı ilgili sigorta kanunu hükümlerini uygulamak suretiyle **hizmet akdi ile çalışanların**, bunların dul ve yetimlerinin **sosyal güvenliğini** sağlamayı amaçlamıştır. Hizmet akdine bağlı olarak çalışanlar dışında zaman içinde getirilen istisnalar ile sanatçılar ve koruma bekçileri gibi gruplar da dâhil edilmiştir. İsteğe bağlı sigortalılık ve topluluk sigortaları ile bu istisnanın kapsamı daha da genişletilmiştir. 1983 yılından itibaren Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kurumu hükümlerine göre sigortalı olanların sigortalılık işlemleri SSK tarafından yürütülmüştür. SSK’nın **ana gelir kaynağı**, işçi ve işverenlerden alınan primler olmuştur. Primlerin oranı her sigorta kolu için ayrı ayrı saptanmıştır.

Örneğin, hastalık sigortası primi sigortalının kazancının %11'i idi. Bunun %5'i sigortalı, %6'sı işveren hissesidir. Kurumun bütçesi 1990'lı yılların başından itibaren açık vermeye başlamış, bu açıklar Hazine tarafından karşılanmıştır. Aşağıda verilen Tablo 6.1'de 2002 yılına ait Kurumun gelir ve giderleri gösterilmektedir.

Tablo 6.1: SSK 2002 Yılı Gelirleri ve Giderleri (Konsalide Bütçe)

Gelir-Giderler	(₺Milyar)
* Prim gelirleri (tahsilat)	10.406.000
* Sağlık tesisi gelirleri	250.000
* Diğer gelirler	524.000
Gelirler toplamı	11.180.000
* Sigorta giderleri	10.072.001
* Sağlık giderleri	2.826.505
* Yatırımlar	100.000
* Diğer giderler	345.494
Giderler toplamı	13.342.000
Ödemeler açığı	2.162.000

Kaynak: SSK Faaliyet Raporu (2002)

Kurumun adı 2000 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı olarak değiştirilmiştir. Başkanlığa bağlı Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü oluşturulmuş, sağlık ve sigorta işleri ayrı birer genel müdürlük olmuştur. Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı on daire başkanlığı ile taşrada; seksenbir sigorta il müdürlüğü, yirmi sigorta müdürlüğü, dokuz sigorta ödeme bürosu vardı. Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı 11 daire başkanlığı ile taşrada; beşyüzsekseniki sağlık tesisi, üç sağlık işleri il müdürlüğü, bir ilaç ve tıbbi malzeme müessesesi, bir huzurevi (kırkyedi yataklı), otuz kreş ve gündüz bakımevi ve üç çocuk kulübü vardı. SSK'da 2002 yılında hizmet akdine dayalı olarak 70.191 idari ve sağlık personeli görev yapmaktaydı.

Kurum mensuplarına **hastalık, analık, iş kazaları, meslek hastalıkları, yaşlılık, işsizlik, malûllük ve ölüm risklerine** karşı sosyal güvence sağlamıştır. SSK Türkiye'deki sosyal sigortalar içinde sigortalılarına **sağlık hizmetini kendi sağlık kuruluşları** ile doğrudan veren tek kurum olmuştur. Kurum 1952 yılından itibaren sigortalı işçiler için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmıştır. Kurum ayrıca ilaç fabrikası ve sağlık tesislerinin içinde bulunan eczanelerle sigortalıların ilaç ihtiyaçlarını karşılamıştır. Ancak **2005 yılında 5283 sayılı Kanun'la**, SSK'ya bağlı sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu düzenleme ile sağlık kurumlarından, SSK hükümlerine göre sigortalı olanların yanında, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, aktif devlet memuru ve Yeşil Kart sahibi hastaların da yararlanması sağlanmıştır. Bu tarihten sonra SSK; üyeleri adına sağlık hizmetlerini, Sağlık Bakanlığı, üniversite hastaneleri ve diğer sağlık kurumları ile sözleşmeler yaparak satın almıştır.

Emekli Sandığı

Emekli Sandığı (ES) kamu kesiminde **çalışan memurlarla**, bunların **dul ve yetimlerinin** sosyal güvenliklerini sağlamak amacıyla 5434 sayılı Kanunla 1949 yılında kurulmuştur. Maliye Bakanlığı'na bağlı olan Sandığın tüzel kişiliği bulunmaktaydı. Sandığın yönetim organizasyonu; Yönetim Kurulu, Genel Müdürlük ve Sağlık Kurullarından oluşmuştur. En üst yönetim ve karar organı olan Yönetim Kurulu tamamı devlet temsilcilerinden oluşan altı üyeden oluşmaktadır. ES'nin finansmanı **kanuni gelirler ve yatırım gelirlerinden** sağlanmaktaydı. Kanuni gelirler, **iştirakçi kesenekleri**, kurum karşılıklarından; yatırım gelirleri kurumun sahip olduğu tahvil, hisse senedi, mevduat, borç verme faizleri ve işletme gelirlerinden oluşmaktadır. Kurumun gelir-gider dengesizliği durumunda açıkları, Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmıştır.

ES üyeleri ve bakmakla yükümlü olduklarına **yaşlılık, malullük ve ölüm** hallerinde sosyal güvence sağlamıştır. Ancak 1971 yılından itibaren **sağlık yardımı** da yapılmaya başlanmıştır. Sandık emeklilik,

malûllük veya dul ve yetim aylığı almakta olanları hastalık sigortası kapsamına almıştır. Buna göre Sandık, üyelerine ve bakmakla yükümlü olduklarına emekli aylığı bağlandıktan sonra, sağlık yardımı yapmaktaydı. Aktif olarak çalışan devlet memurlarının sağlık giderleri, çalıştıkları kurum tarafından yani devlet bütçesinden karşılanmaktaydı. Kurum üyelerinin ihtiyacı olan **sağlık hizmetlerini kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarından** satın almak suretiyle karşılamış, muayene, tedavi ve ilaç giderlerini finanse etmiştir. Kamu kesiminde daimi kadroda aktif olarak çalışanlar kurumları aracılığıyla sevk sistemi ile kamu sağlık kurum ve kuruluşlarına başvurarak sağlık yardımlarından faydalanmıştır. Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen sağlık hizmetlerinin bedelleri Bütçe Uygulama Talimatnameleri ve 2004 yılından itibaren Tedavi Yardımları Uygulama Tebliğlerinde belirtilen esaslara göre kamu görevlisinin mensubu bulunduğu kurumlar tarafından ilgili sağlık kurumlarına ödenmekteydi. Kamu kesiminde çalışanlara emekliliklerinden sonra sağlanacak olan veya ölümleri halinde hak sahiplerinin yararlanacakları sağlık sigortası yardımları ise ES tarafından sağlık hizmeti veren kurumlara ödenmiştir.

Bağ-Kur

Bağ-Kur, 1971 yılında 1479 sayılı kanunla kurulmuştur. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, özel hukuk hükümlerine tabi, mali ve idari bakımdan özerk bir kamu tüzel kişiliğine sahip bir kuruluştur. Bağ-Kur bir genel müdürlük şeklinde örgütlenmiştir. Kurumun örgütsel yapısı; genel müdürlük kuruluştur, yönetim kurulu ve genel kurul olmak üzere üç organdan oluşmaktaydı. Genel müdürlük kuruluştur; Genel müdürle, üç genel müdür yardımcısından ve merkez kuruluştur ile il müdürlüklerinden oluşmaktaydı. En yüksek yönetim ve karar organı olan yönetim kurulu, sigortalıları temsilen seçilen iki üye ve devlet tarafından atanan üç üyeden oluşmaktadır. Genel kurul üç yılda bir en geç Mayıs ayı sonuna kadar Çalışma Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın çağrısı üzerine toplanan meslek kuruluşlarını temsilen yönetim kuruluna girecek iki üyeyi seçen ve tavsiye kararları alan bir organdı.

Kurumun finansmanında en büyük payı sigortalı sayılanların ödeyecekleri primlerden oluşmaktaydı. Bunun yanı sıra, 1) gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılan bağış ve vasiyetler, 2) kurumun taşınır ve taşınmaz mallarından sağlanan gelirler, 3) gerekli hallerde genel bütçeden yapılan yardımlar ve 4) kurum iştirak ve kuruluşlarının gelirleri vardı.

Sigortalılarına; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası hakkı sağlayan Bağ-Kur'a 1985 tarihinde kabul edilen 3235 sayılı kanun ile 3 yıllık bir süre içinde kademeli olarak **sağlık sigortası** uygulama görevi de verilmiştir. Ev kadınları ile herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan kişileri de isteğe bağlı sigortalı olarak kapsamına almıştır. Bağ-Kur'a bağlı sigortalılar, bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, yaşlılık ve malullük aylığı almakta olanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişiler, sağlık sigortasından yararlanmışlardır.

Bağ-Kur üyelerinin ihtiyacı olan **sağlık hizmetlerini** kamu ve özel sektör sağlık kuruluşlarından satın almak suretiyle karşılamıştır.

Vakıf Statüsünde Sosyal Sigorta Sandıkları

Türkiye'de SSK, ES ve Bağ-Kur olmak üzere üç sosyal sigorta kuruluştur temelinde sosyal sağlık sigortacılığı hizmetleri kurumsallaşmıştır. Bunların yanı sıra, 506 sayılı Kanununun geçici 20. maddesine dayalı olarak, özel sektörde çalışanlar için kurulmuş tamamlayıcı sandıklar oluşturulmuştur. Bankalar, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar ve bunların oluşturduğu birliklere ait faaliyet gösteren sosyal sigorta sandıkları kurulmuştur. Bu sandıklar üyelerine 506 sayılı Kanunla sağlanan haklardan az olmamak şartı ile analık, iş kazası ve meslek hastalıkları, yaşlılık, malûllük, ölüm ve hastalık sigortası hizmeti vermiştir ve halen de vermeye devam etmektedir.



Türkiye'de sosyal sağlık sigorta kurumlarından hangisi sağlık hizmetleri sunumunda farklı bir yöntem kullanmıştır?

Primsiz Sistemde Sağlık Yardımı Uygulamaları

Türkiye’de geçmişte yukarıda açıklandığı gibi **primli sistemle** çalışan ve bu kapsamda sağlık yardımları yapan kurumlar bulunmaktaydı. Bunların yanında çeşitli yasalarca, **primsiz sistemle** (devlet bütçesinden), sağlık güvencesi olmayanlara yönelik sağlık yardımları sağlanmıştır. Bunlar; 1) Yeşil Kart kapsamında sağlanan sağlık yardımları, 2) Er ve erbaşlara yönelik sağlık yardımları, 3) Asayiş hizmetlerinde, terörle mücadelede, orman yangınlarının söndürülmesinde görev alanlara yönelik sağlık yardımları, 4) Yurtdışında görevli personele sağlık yardımları, 5) Afetlerde zarar görenlere yönelik sağlık yardımları 6) Sivil Savunma Hizmetleri nedeni ile talep edilen sağlık yardımları, 7) İstiklal madalyası sahipleri ile vatan hizmetinde bulunanlara sağlık yardımları, 8) Milli mücadeleye, Kore ve Kıbrıs savaşlarına katılanlara yönelik sağlık yardımları ve 9) 65 yaşını doldurmuş muhtaç, güçsüz ve kimsesiz vatandaşlara yönelik sağlık yardımları olarak sıralanabilir.

Bu yardımlar içerisinde en kapsamlı olan sağlık yardımı, 1992 yılında 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” ile yürürlüğe giren **Yeşil Kart** uygulaması olmuştur. Bu uygulama ile genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar, hiçbir sosyal güvenlik kurumuna bağlı olmayan fakir vatandaşların sağlık harcamaları devlet tarafından karşılanmıştır. Sağlık hizmetinin ücretsiz olarak verilmesini sağlayan Yeşil Kart, asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primleri dışındaki miktarının 1/3’ünden az olan ve Türkiye’de ikamet eden Türkiye vatandaşlarına, oluşturulan il ve ilçe idare kurullarının kararı üzerine valilik ve kaymakamlık tarafından verilmekteydi. Yeşil Kart uygulamasından önce 65 yaş aylığı alan kişiler sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanmışlardır. Bu şekilde sağlanan sağlık hizmeti Yeşil Kart uygulaması ile yeni bir sisteme bağlanmıştır.

Yeşil Kart kanunu yataklı tedavi kurumlarında yatarak görülen tedavi masraflarını karşılamakla sınırlı tutulmuş, ayakta tedavi, ilaç ve diğer tıbbi malzemeleri güvence altına almamıştır. Ancak güvence altına alınmayan bu hizmetlerin ücret ve bedellerinin 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu’na karşılanması sağlanmıştır. Yeşil Kart uygulamasının genel bütçeden Sağlık Bakanlığı’na ayrılan ödenekler ile finanse edilmesi esas alınmıştır.

Yeşil Kart kapsamında sağlık yardımı alanların sayısı 1995 yılında **1.325.276** kişi iken, bu sayı yıllar itibarı ile giderek artmış, 1998 yılında **4.088.991**’e ve 2003 yılında **13.418.559**’a yükselmiştir.

Yukarıda açıklanan sosyal sigorta kurumları ile sağlık sigortasına sahip olan ve farklı kanunlarla sağlık yardımı alan kişilerin ve sağlık güvencesi olmayan kişilerin dağılımı Tablo 6.2’de gösterilmektedir.

Tablo 6.2: Sağlık Güvencesi Olan Kişilerin Kurumlarına Göre Dağılımı ve Güvence Kapsamında Olmayan Nüfus (1998)

Kurumlar	Kişi Sayısı	Yüzde (%)
SSK	24.000.000	38,5
Emekli Sandığı	2.000.000	3,2
Aktif Devlet Memurları	6.000.000	9,6
Bağ-Kur	9.000.000	14,4
Güvencesiz Kesim (Yeşil Kart Dahil)	21.400.000	34,3
Toplam Nüfus	62.400.000	100,00

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (1998)



Sosyal sigorta kurumları dışında aktif devlet memurlarının ve bağımlılarının sağlık harcamaları çalıştıkları kurumun bütçesine konan ödeneklerden karşılanmıştır.

Sosyal Sağlık Sigortacılığında Yeniden Yapılanma Arayışları

Türkiye’de sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı olarak sağlık yardımı yapan SSK, ES ve Bağ-Kur’un kapsamı tüm nüfusun sağlık sigortası kapsamına alınmasını sağlayamamıştır. Bu nedenle yukarıda açıklanan primsiz sistem ile (örneğin Yeşil Kart) sağlık yardımları yapılmış, bu yardımlar genel bütçeden karşılanmıştır. Ancak bu **parçalanmış yapı**, sistemde birçok sorunu beraberinde getirmiştir. Bu sorunlar ve sorunların çözümü için yeniden yapılanma arayışları ve bu arayışların sonuçları bu bölümde açıklanmaktadır. Aşağıda kurumların genel olarak yaşadıkları sorunlar ve sağlık sigortacılığında kaynaklanan sorunlar açıklanmaktadır.

Geçmişte var olan sosyal sigorta kurumlarının genel sorunları şunlar olmuştur:

Sigortalılara ve bakmakla yükümlü oldukları, bağımlı kişilere ait verilerin güvenilir olmaması:

Birçok kişinin birden fazla sosyal güvenlik kurumu tarafından sigortalanması, bağımlıların sayısının tahmini olması ve kesin olarak bilinmemesi temel problemlerden birisidir.

Kurumların finansman sorunları: Sosyal güvenlik kurumlarının idari ve mali bakımdan özerk olmalarına rağmen, gelir-gider dengelerini bozan temel sosyal güvenlik ve sigortacılık prensiplerine aykırı müdahaleler yapılmıştır. Bu müdahalelerin sosyal güvenlik kurumlarının mali yapıları üzerindeki olumsuz etkileri çift yönlü olmuştur. Bir yandan gelirlerini azaltırken, diğer yandan giderlerini artırmış ve sistemi kriz noktasına getiren finansman açıklarını doğurmuştur. *Gelir azaltıcı* faktörlerin başlıcaları erken emeklilik uygulaması, prime esas kazancın düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim tahsilat oranının düşüklüğü, af ve ödeme kolaylığı gibi uygulamalarla prim ödeme eğiliminin azalması, prime esas kazanç sınırlarının düşüklüğü ve fon gelirlerinin yetersizliğidir. *Giderleri artırıcı* uygulamalar ise, erken yaşta emeklilik uygulamaları, prim karşılığı olmayan sosyal yardım zamları, borçlanma kanunları, uzayan ortalama ömür nedeniyle artan aylık bağlama süreleri, prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığıdır. Bir yandan aktif sigortalıların yeteri kadar artırılmaması, diğer yandan yaş şartı olmadan aylık bağlananların sayısının hızla artması sosyal güvenlik kurumlarının en önemli göstergesi olan *aktif/pasif sigortalı oranı* bozulmuştur. Aktif sigortalı başına düşen pasif sigortalı ve bağımlı sayısının yüksekliği zaman içerisinde artış göstermiştir. Pasif sigortalı/aktif sigortalı ve bağımlı nüfus/aktif sigortalı oranlarının yüksekliği ve giderek artması mali açıdan sosyal güvenlik kurumlarını olumsuz yönde etkilemiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının fonlarının eritilmesi, özellikle sendikalar tarafından sosyal güvenlik krizinin temel nedenlerinden biri olarak gösterilmekte ve devletin kurumların bütçe açıklarını kapatarak finansmana katılma zorunda kalması, geçmiş dönemlerde yapılan yanlış uygulamaların sonucu olarak gösterilmektedir. Bütçeden sosyal güvenlik kurumlarına yapılan bütçe transferleri yıllar itibarıyla artmıştır.

Nüfus yapısındaki değişim: Sosyal güvenlik sistemlerinin mali açıdan uzun dönemde sürdürülebilir olup olmadığını belirleyen en önemli değişkenlerden biri, nüfusun yaş gruplarına göre dağılımıdır. 65 yaş ve üstü nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, sosyal güvenlik sisteminin bir yandan gelirlerinin azalması bir yandan da giderlerinin artması sonucunu doğurur. Bu nedenle, bir ülkenin nüfus piramidinin yapısının değişim hızı, aynı zamanda sosyal güvenlik sistemin geleceğini ve alınması gereken tedbirlerin de zaman çizelgesini göstermektedir. Türkiye’de 1990’lı yıllardan itibaren doğurganlık hızındaki düşüş, beklenen yaşam süresindeki artış ve nüfusun yaşlanması gibi demografik değişkenler bir dönüşümü ortaya koymaktadır. Demografik dönüşüm tamamlandığında, Türkiye’nin nüfusu sabitlenecek ve mevcut nüfus yapısından oldukça farklı bir yapıya sahip olacaktır. Batılı ülkelerin 100 yılda geçirdiği değişimi, Türkiye 40-50 yılda yaşamış ve önümüzdeki 20-30 yılda bu süreci tamamlaması beklenmektedir. Yaşanılan bu demografik değişimin sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki en önemli etkisi, yaşlanan nüfusa bağlı olarak toplam bağımlılık oranının artması, aktif/pasif oranının düşmesine bağlı olarak sosyal güvenlik sistemlerinin finansal sürdürülebilirlik sorunu olmuştur.

Asgari koruma sisteminin yetersizliği: Sosyal güvenlik sistemlerinin en temel özelliği sisteme dâhil olan kişileri yaşadıkları toplum içinde insana yakışır bir şekilde ve asgari hayat standartları çerçevesinde yoksulluğa karşı korumaktır. Yoksulluk, önlem alınmadığı takdirde, kendisini çoğaltan bir olgudur. Yüksek doğurganlık, yetersiz beslenme, sağlık problemleri, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik devamlı süregelen sorunlar olmuştur.

Kurumlar arasında norm ve standart birliğin olmaması: Sosyal güvenlik hizmetlerinin etkin bir şekilde sağlanamaması sistemde yer alan üyelerin sosyal güvenlik haklarından farklı ölçütlere göre yararlanmaları ve üyelerin bağlı oldukları normların dağınık bir yapıda bulunmasıdır. Emekli aylıklarının bağlanması, prime esas kazançların belirlenmesi gibi konularda farklılıklar yaşanmıştır.

Kurumların örgütlenme ve işleyiş sorunları: Sosyal güvenlik kurumlarının yönetim özerkliğine sahip olmaması, kaynaklarını rasyonel kullanmaması ve sistemin aktüeryal hesaplara göre işletilememesidir. Sosyal güvenlik kurumlarının personel istihdamı bakımından karşılaştıkları güçlükler ve teknolojik alt yapının kurulamaması sosyal güvenlik kurumlarının gelişmesini önlemiştir.

Sosyal sigorta kurumlarının genel sorunları ile sağlık sigortacılığı ile ilgili sorunları birbirleri ile yakından ilişkilidir ve karşılıklı olarak birbirlerinden etkilenmektedirler. Yine de, sosyal sigorta kurumlarının sağlık sigortaları açısından yaşadığı sorunlar ayrı başlıklar olarak ortaya konulabilir. Bu sorunlar aşağıda maddeler halinde verilmektedir;

Tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamında olmaması; Sosyal sigorta kurumlarının kapsamı tüm nüfusun sağlık sigortasına sahip olmasını sağlayamamıştır (bkz. Tablo 6.2). Sağlık sigortası olmayan kişilerin sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımı önemli sınırlamalar içermiştir. Bir ülkenin sağlık düzeyini ortaya koyan göstergelerden birisi, tüm nüfusun sağlık güvencesine sahip olmasıdır.

Sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar: Sosyal sigorta kurumlarının her biri üyelerine farklı usullere göre sağlık hizmeti sunumu sağlamışlardır. ES üyeleri; devlet, üniversite ve belirli alanlarda anlaşmalar çerçevesinde özel sağlık kurumlarından faydalanmışlar ve serbest eczanelerden ilaç alabilmişlerdir. SSK üyeleri sadece SSK ya bağlı sağlık kurumlarından ve eczanelerinden hizmet alabilmişler, kurum sevk etmedikçe diğer kamu hastanelerinden hizmet alamamışlardır. Bağ-Kur üyeleri ise, devlet hastaneleri dışında aldıkları sağlık hizmetlerini önce kendileri ödemişler, daha sonra faturaların bir bölümünü Bağ-Kur'dan geri almışlardır.

Sağlık sigortası prim oranları ile ilgili sorunlar: Sağlık sigortası prim oranları kurumlara göre farklılıklar içermektedir. SSK üyeleri prime esas kazançlarının %12'sini, Bağ-Kur üyeleri %20'sini prim olarak öderken, devlet memurları "sağlık primi" adında bir ödeme yapmamışlardır.

Sağlık sigortalarının kapsamı ve yararlanma koşullarına ilişkin sorunlar: Sosyal sigorta kurumlarının her biri için sağlık sigortalarından yararlanma koşulları farklılık göstermiştir. Örneğin, aktif devlet memurları prim ödemedi sağlık hizmetlerinden faydalanırken, Bağ-Kur üyeleri 240 gün, SSK üyeleri 90 gün prim ödedikten sonra sağlık hizmetlerinden yararlanabilmişlerdir. Kurumlara göre yurt dışında tedavinin ve protez araç-gereçlerin karşılanmasında farklılıklar uygulanmıştır.

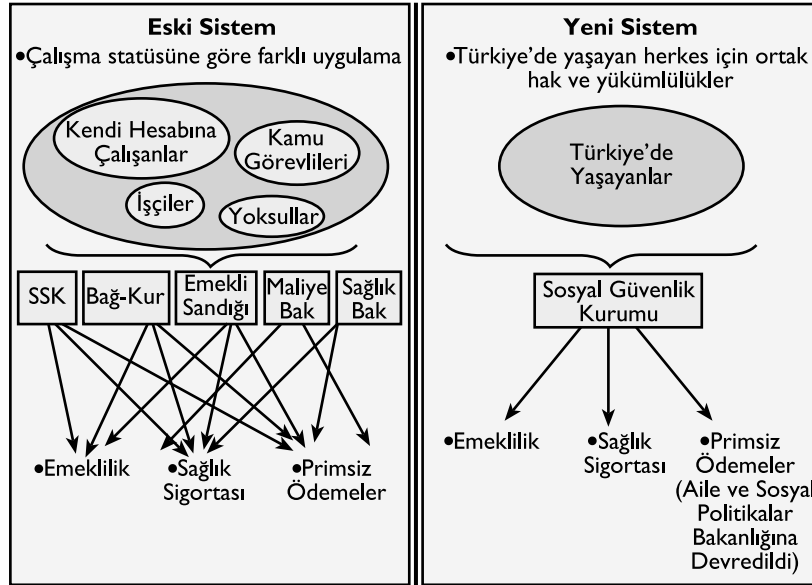
Sağlık sigortası gelir gider durumuna ilişkin sorunlar: Kurumların topladığı sağlık sigortası prim gelirlerinin, sağlık giderlerini karşılamaması ve bütçede dengesizlikler 1990'lı yıllardan itibaren ortaya çıkmıştır. Bu açıklar daha önce de ifade edildiği gibi genel bütçeden aktarılan ödeneklerle kapatılmıştır. Ayrıca sağlık primleri sağlık yardımları amacı dışında kullanılabilmektedir.

Türkiye'de sosyal güvenlik kurumlarının sorunlarına yönelik olarak, yıllar itibariyle farklı çözüm ve yeniden yapılanma arayışları sürdürülmüştür. Tüm nüfusun sağlık sigortasına sahip olması ile ilgili yürütülen çalışmalar aşağıda kronolojik olarak, maddeler halinde verilmektedir.

1. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1963-1968 yıllarını kapsayan 1. Beş yıllık Kalkınma Planında sağlık sigortası oluşturulması ve tüm nüfusu kapsayacak nitelikte bir sağlık sigortası kurulması hükmü yer almaktadır.
2. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın oluşturduğu bir komisyon 1967 yılında genel sağlık sigortası tasarısını hazırlamış ancak tasarısı hükümete iletilmemiştir.
3. Genel sağlık sigortası tasarısı 1969 yılında Sigorta Yasası olarak hükümete sunulmuş, TBMM'ne sevk edilmiş ancak ilgili komisyonlarda görüşülmemiştir.
4. Milli Güvenlik Kurulu bünyesinde 1981 yılında kurulan bir komisyon genel sağlık sigortası konusunu yeniden ele almıştır.

5. Sağlık Bakanlığı tarafından 1989 yılında genel sağlık sigortası konusunda kapsamlı bir çalışma başlatılmıştır. Sağlık Sigortası Kurumu (Sağ-Kur) kanun tasarısı oluşturulmuş, fakat bu tasarı yasalaşmamıştır. Bu tasarıda tüm sosyal sigorta kurumlarının sağlık sigortalarının ayrılması ve tek çatı altında Sağlık Sigortası Kurumu altında toplanması öngörülmüştür.
6. Ödeme gücü olmayan vatandaşlara Yeşil Kart verilmesi ile ilgili 1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı Kanunda, Yeşil Kartın genel sağlık sigortası uygulamasına geçilene kadar devam edeceği belirtilmiştir.
7. Sağlık Bakanlığı tarafından 1996 yılında “Sağlık Finansman Kurumu Kanun” tasarısı hazırlanmış ancak yasalaşmamıştır.
8. Sağlık Bakanlığı tarafından 1998 yılında “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Kanunu” tasarısı hazırlanmış ve bakanlar kuruluna gönderilmiştir. Taslak kanunda ES, SSK, Bağ-Kur’un işleyişini sürdürmesi, sağlık güvenesi olmayan kişiler için yeni bir sigorta kurumu kurulması öngörülmüştür.
9. Türkiye’de yapılan son düzenleme, yukarıda belirtilen norm ve standart farklılıklarını ortadan kaldırmayı ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.05.2006 tarih ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nın kabulüdür. Gerek sosyal güvenlik alanında gerekse sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getiren kanun, şimdiye kadar kurulan sosyal güvenlik rejimlerini aynı çatı altında birleştirmiş ve ilk kez zorunlu devlet katkısını ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına alan Genel Sağlık Sigortası sistemini getirmiştir. Sistemin idari yapılanması ise 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile gerçekleştirilmiştir.

Türkiye’de eski ve 2006 yılından itibaren kademeli olarak uygulanmaya başlanan mevcut sosyal güvenlik sistemi yapısı Şekil 6.1’de gösterilmektedir.



Şekil 6.1: Türkiye’de Eski ve Yeni Sosyal Güvenlik Sisteminin Karşılaştırılması

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2006)



Sosyal Güvenlik Kurumu’nun oluşturulması sosyal sağlık sigortacılığını nasıl etkilemiştir?

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)

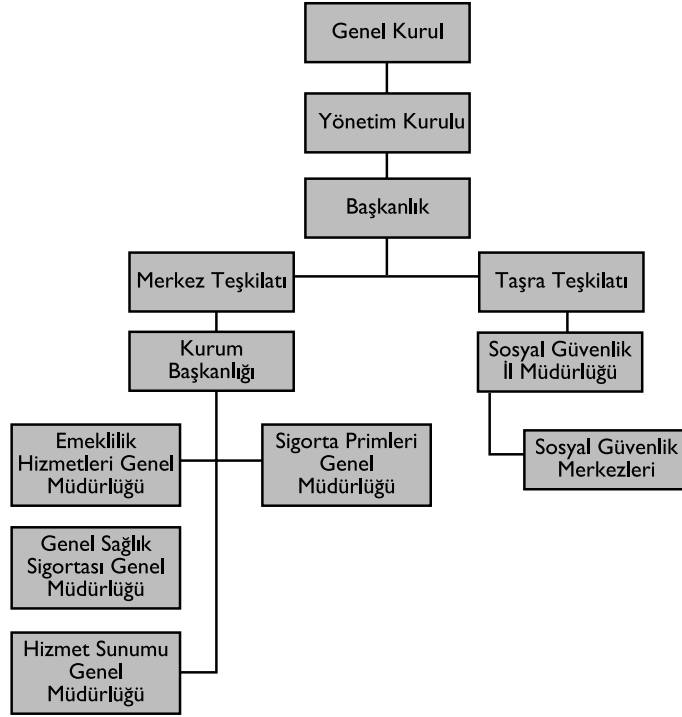
Bu başlıkta SGK'nın örgütsel yapısı ele alınmaktadır. SGK, 2006 yılında 5502 sayılı kanun ile kurulmuştur. Kamu tüzel kişiliğine sahip, idarî ve malî açıdan özerk, özel hukuk hükümlerine tabi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nın ilgili kuruluşudur. SGK 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarının yürütülmesinden sorumlu tutulmuş, diğer üç sosyal sigorta kurumunu (SSK, Bağ-Kur ve ES) yürürlükten kaldırmıştır.

SGK; 1) Genel Kurul, 2) Yönetim Kurulu ve 3) Başkanlık'dan oluşan üst yönetim organlarından oluşmaktadır. Kurumda bu organlarının yanı sıra, Sosyal Güvenlik Yüksek Danışma Kurulu bulunmaktadır. Bu Kurul, sosyal güvenlik politikaları ve uygulamaları konularında görüş bildirir ve yılda bir kez en geç Mart ayı sonuna kadar, Bakan tarafından tespit edilen gündeme göre toplanmaktadır. Kurumun merkez teşkilatı; Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü'dür. Strateji Geliştirme, Aktüerya ve Fon Yönetimi, İnsan Kaynakları, Destek Hizmetleri, İnşaat ve Emlak Dairesi Başkanlıkları ve Hukuk Müşavirliği'nden oluşmaktadır. Taşra teşkilatı ise, sosyal güvenlik il müdürlükleri ve ilçelerde kurulan sosyal güvenlik merkezleridir. Kurumun organizasyon şeması Şekil 6.2'de görülebilir. Kurum Sayıştay denetimine tabidir.

Kurum, bünyesinde oluşturulan GSS'nin gelirleri genel olarak; çalışan-işveren primleri ve devletin yoksul kesimler adına ödemiş olduğu primler, devletin GSS havuzuna doğrudan yaptığı katkılar ve sağlık hizmeti kullanımı ile yasal olarak alınan katkı paylarından oluşmaktadır. SGK; devlet, üniversite ve özel sağlık kurumlarından alınan sağlık hizmetlerinin bedellerini Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlediği teminat paketi ve fiyat tarifesi üzerinden karşılamaktadır.

GSS'ye yönelik işlemler Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü'nce yürütülmektedir. GSS Genel Müdürlüğü'nün görevleri kısaca şunlardır:

1. Sosyal güvenlik mevzuatında genel sağlık sigortası ile ilgili konularda verilen görevleri yapmak,
2. Genel sağlık sigortalıları ile hak sahiplerinin hastalıklardan korunması amacıyla ilgili kamu idareleriyle kişisel koruyucu sağlık hizmetleri politikalarının tespitine ve etkin bir şekilde uygulanmasına katkı sağlamak,
3. Genel sağlık sigortalıları ile hak sahiplerini ve işverenleri genel sağlık sigortası mevzuatından doğan hakları ve ödevleri konusunda her türlü iletişim araçları ile bilgilendirmek ve
4. Benzer nitelikteki diğer görevleri yapmaktır.



Şekil 6.2: Sosyal Güvenlik Kurumu Organizasyon Şeması

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu (2012)



bilir.

Bu konuda güncel bilgiler için www.sgk.gov.tr adresi ziyaret edilebilir.

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ TARİHSEL GELİŞİMİ

Türkiye'de özel sigortacılık faaliyetleri ve hizmetleri, 1870'li yıllardan itibaren ve daha çok yabancı sigorta şirketleri tarafından başlatılmıştır. Cumhuriyetin ilanıyla birlikte sigorta alanında gerek yasal, gerekse kurumsallaşma açısından büyük adımlar atılmıştır. 1924 yılında Türkçe'yi kullanma zorunluluğu getiren yasa ile, poliçelerin İngilizce ve Fransızca düzenlenmesine son verilmiş, 1927 yılında Sigortacılığın ve Sigorta Şirketlerinin Teftiş ve Murakabesi hakkındaki kanun yürürlüğe girmiştir. Yerli ve yabancı sigorta şirketlerinin denetlenmesi, döviz çıkışının önlenmesi amacını taşıyan bu kanunun çıkışıyla sigortacılık gelişmeye, yerli sermaye ile kurulan şirketlerin sayısı artmaya başlamıştır.

Sigorta şirketleri, aralarında "meslek kuruluşu" şeklinde örgütlenme ihtiyacını duymuşlar ve başlangıçta, "Türkiye Sigortacılar Sendikası" adıyla ilk meslek kuruluşu oluşturulmuştur. Bu sendika 1916 yılında "Türkiye'de Çalışan Sigorta Şirketleri Cemiyeti"ne dönüştürülmüştür. Bu cemiyetin, o tarihlerde tamamı yabancı olan 81 üyesinin bulunduğu belirtilmektedir.

1923 yılında Türkiye Cumhuriyeti'nin kurulmasından sonra, bu Cemiyet kaldırılarak, yerine "Sigortacılar Kulübü" kurulmuştur. Bu Kulüp yerini 1927 yılında kurulan "Sigortacılar Cemiyeti Daire-i Merkeziyesi"ne bırakmıştır. Türkiye'de çalışmakta olan yerli ve yabancı tüm sigorta şirketlerinin zorunlu olarak üye oldukları bu kuruluş, 1959 yılında Sigorta Şirketlerinin Murakabesi Hakkında 7397 Sayılı Kanunla "Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği" ve 1975 yılında **Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği** adını almıştır. Birlik o tarihten itibaren bu isimle varlığını sürdürmektedir. Birliğe 1987 yılında **Kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu** hüviyeti verilmiştir. Yapılan bir başka değişiklikle de, Birliğin organ seçimlerinin yargı gözetimi altında, yani hâkim nezaretinde yapılması esası getirilmiştir. 2007 yılında yürürlüğe giren 5684 Sayılı Sigortacılık Kanunu'na göre Birliğin sigortacılık

mesleğinin geliştirilmesi, şirketler arasında dayanışma sağlanması ve haksız rekabetin önlenmesi amacıyla kurulan, **tüzel kişiliği haiz kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu** olduğu hükmü yer almıştır.

Türkiye'de faaliyet gösteren yerli ve yabancı tüm sigorta şirketlerinin veya şubelerinin Birliğe üye olmaları zorunludur. Birlik merkezi İstanbul'da olup, gerekli görülen yerlerde temsilcilik açabilme yetkisine sahiptir.



Kitabın farklı bölümlerinde yer alan “özel sağlık sigortacılığı” ile ilgili temel kavram ve bilgiler bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

Özel sigorta şirketleri içerisinde sağlık branşında sigortacılık faaliyetleri, yasal olarak tanımlanmasa da, 1938 yılında başlamıştır. Özel sağlık sigortaları, devletin sosyal sigortalar yoluyla sağlamış olduğu teminatlara ek güvence vermek, daha kaliteli sağlık kurumlarında tedavi olanağı sağlamak ve sosyal sigortaların kapsamadığı alanları teminat altına almak amacıyla kurulmuşlardır. Aşağıda Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının gelişimi ve hizmet süreci kronolojik olarak verilmektedir.

1. 1938 yılında, Anadolu Sigorta gemi kurtarma çalışmalarında bulunanlar için hastalık sigortası benzeri bir teminat çıkarmıştır.
2. 1976 yılında Başak Sigorta, Ziraat Bankası’nda hesabı olanlara, gündelik tazminatı içeren grup sağlık sigortası uygulamasını başlatmıştır.
3. 1982 yılında, Şark Sigorta, Uluslararası Bankası’nın çalışanları ile bunların eş ve çocuklarına grup sağlık sigortası teminatı sunmuştur.
4. 1982 yılına kadar kaza tazminatına ek olarak verilen ve bu tarihten sonra büyük ölçüde hayat sigortaları altında satılmaya başlanan sağlık sigortaları, 12.1.1990 tarih ve 20 430 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 12.1.1990 tarih ve 55 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile **ayrı bir branş** olarak oluşturulmuştur.
5. 1983 yılında önce gruplara yönelik, 1988 yılında bireylere yönelik ürünler pazara sunulmuştur.
6. 1988-1989 yıllarında Halk Sigorta ferdi sağlık sigortasını uygulamaya koymuştur.
7. 1989 yılında Anadolu Sigorta, Genel Sigorta ve Oyak Sigorta ağırlıklı olarak grup sağlık sigortaları uygulamaya başlamışlardır.
8. 1987 yılına kadar Ticaret Bakanlığı İç Ticaret Genel Müdürlüğü’ndeki Sigorta Müdürlüğü’ne bağlı olarak çalışan özel sigortacılık sektörü, Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü’ne bağlanmıştır.
9. 1987 yılında, 1959 yılında yürürlüğe giren 7397 sayılı Sigorta Murakebe Kanunu’nun değiştirilerek 3379 sayılı kanun çıkarılmış, 1993 yılında 3379 sayılı kanunu da 510 sayılı kanun hükmünde kararname ile değiştirilmiş, ancak 1995 yılında 510 sayılı kanun hükmünde kararname, Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir.
10. 1990 yılında hastalık branşı kurulmuştur.
11. 1991 yılında, hayat branşı ve zorunlu sigorta tarifeleri dışındaki tüm tarifeler serbest bırakılmış ve yeni sigorta şirketlerinin kuruluşuna izin verilmiştir.
12. 26 Aralık 1994 tarih ve 22153 sayılı Resmi Gazete’de **Sigorta ve Reasürans Şirketlerinin Kuruluş ve Çalışma Esasları Yönetmeliği** yayınlanmıştır.
13. 1994 yılında sağlık sigortacılığında; sigortalı, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruma genel anlamda provizyon veren şirketler denebilen aracı kurumlar (acenta, broker) eklenmiştir.
14. 1995 yılında limitsiz sağlık sigortası poliçeleri satılmaya başlanmıştır.

15. 2004 yılında Genel Sağlık Sigortası çalışmaları ile eş zamanlı olarak Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde tamamlayıcı sağlık sigortası özel ihtisas komisyonu kurulmuştur.
16. 2005 yılında içinde özel sağlık sigortacılığına yönelik düzenlemelerinde yer aldığı Türk Ticaret Kanunu Taslağı TBMM'ye sunulmuştur.
17. 2005 yılında **hastalık** branşının adı **sağlık** olarak değiştirilmiştir.
18. 2005 yılında sektörde bir ilk gerçekleşmiş ve sağlık hizmetleri sunumu yapan bir kurum özel sigorta da kurarak faaliyete başlamıştır. Böylece sigorta doğrudan kendi sağlık kurumları aracılığı ile hizmet sunmaya başlamıştır.
19. 2006 yılında Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü'nün, **seyahat sağlık ve hekim sorumluluk sigortalarının** genel şartları yayınlanmıştır.
20. 2006 yılında Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü'nün içinde bir yıldan kısa süreli, seyahat sağlık, tamamlayıcı sağlık ve uzun süreli sağlık sigortacılığı yasa taslağı hazırlanmıştır.

Tarihsel olarak incelendiğinde özel sağlık sigortalarının 1990 yılında ayrı bir branş olarak kabul edilmesi ve “hastalık sigortası” yerine “sağlık sigortası” isminin kullanılması önemli dönüm noktalarıdır. Türkiye’de özel sağlık sigortaları 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Özellikle, özel sektörde faaliyet gösteren işletmelerin çalışanlarına grup sağlık sigortası yaptırmaları, sigorta kapsamını genişletmiştir. Sağlık sigortaları yaşanan süreçte sigortalılara yeterli ölçü ve nitelikte teminat sunabilir hale gelmiştir. Anlaşmalı sağlık kuruluşlarının yaygınlaşması, provizyon işlemlerindeki gelişmeler ve hayat boyu yenileme garantisi uygulamaları özel sağlık sigortacılığının gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Buna rağmen, Türkiye’de özel sağlık sigortası olan kişilerin genel nüfus içindeki payı, çok düşüktür. Tablo 6.3’de özel sağlık sigortası yapan şirketlerin ve özel sağlık sigortalı nüfusun yıllara göre dağılımı verilmektedir.

Tablo 6.3: Yıllara göre Özel Sağlık Sigortalı Kişi Sayısı ve Şirket Sayısı (1997-2005) Yıllar

Yıllar	Özel sağlık sigortası satan şirket sayısı	Özel sağlık sigortalı kişi sayısı
1997	40	527.991
1998	41	599.703
1999	40	743.399
2000	40	690.363
2001	40	655.703
2002	34	697.505
2003	33	704.545
2004	33	785.975
2005	33	974.251

Kaynak: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Faaliyet Raporları (1997-2005)

Tablo 6.3’de görüleceği gibi yıllar itibarı ile sağlık branşında faaliyet gösteren şirket sayısında azalma görülmektedir. Sağlık sigortası yaptıran kişi sayısı 2005 yılında 974 251 kişidir. Sağlık sigortalarının gelişimini gösteren bir başka parametre üretilen prim miktarıdır. Tablo 6.4’de 1991 yılından itibaren sağlık branşında üretilen primlerin, tüm sigorta primleri içerisindeki payı verilmektedir.

Tablo 6.4: Prim Üretimlerinin Yıllara göre Dağılımı (1991-2005)

Yıllar	Sağlık sigortası satan şirketlerin topladığı prim (USD)	Toplam sigorta primi içinde sağlık sigortası prim oranı (%)
1991	12.000.000	1,2
1992	20.647.239	1,7
1993	30.529.054	2,0
1994	34.804.273	2,9
1995	60.527.159	4,8
1996	98.674.190	6,5
1997	118.317.792	8,5
1998	179.800.413	10,1
1999	199.686.335	10,9
2000	281.132.658	10,5
2001	256.976.850	10,8
2002	250.256.321	11,4
2003	371.494.634	10,17
2004	510.374.904	10,05
2005	798.538.535	10,22

Kaynak: Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Faaliyet Raporları

Tablo 6.4’de görüleceği gibi, Türkiye’de özel sağlık sigortalarının ürettikleri prim miktarları yıllar itibarı ile artış göstermektedir. Toplam sigorta primi içerisinde sağlık sigortası primlerinin payı 1991 yılında %1,2, 1998 yılından itibaren %10’lara yükselmiştir. Özel sağlık sigortalarının prim üretimi, sigortalı sayısı açısından diğer sigorta branşları (yangın, kaza, hayat gibi) arasındaki yerini güçlendirdiği gözlenmektedir. Ancak sağlık sigortalarının Türkiye’de nüfusunun %1’ini kapsam altına alması da, bu branşın yeterince yaygınlaşmadığının da göstergesidir. Aşağıda özel sağlık sigortacılığının Türkiye’de yaşadığı sorunlar incelenmektedir.



Türkiye’de özel sağlık sigortaları için daha detaylı bilgilere
<http://www.tsrbs.org.tr> adresinden ulaşılabilir.

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının bugünkü durumu ve sorunları genel olarak sigorta sektörünün sorunlarından bağımsız değildir. Özel sağlık sigortası sektörünün, genel sektör sorunlarına benzer özellikte iki ana sorunu bulunmaktadır. Bunlardan ilki genel nüfusa göre özel sağlık sigortalı sayısının, dolayısıyla prim üretiminin az oluşudur. İkinci temel sorun ise sağlık sigortası şirketlerinin bu alandan bekledikleri teknik karlılığı sağlayamamalarıdır. Teknik karlılığın düşük olması ya da olmamasının nedeni, toplanan primlerin sigortalılar için ödenen tedavi giderlerine karşılık gelememesidir. Bu sorunun çözümü, sigorta primlerini arttırmak veya tedavi maliyetlerini azaltmakla sağlanabilir.

Türkiye özel sağlık sigortası sektörünün sigortalı sayısı ve tedavi giderlerinin yüksekliği sorunlarından başka sorunları da bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası yapılırken, sigorta yaptıran kişi yeterli bilgiyi almamakta ve yaptırdığı sigorta ile ilgili kendisine yeterli bilgi verilmemekte ve kişi sağlık sigortası genel şartlarını okumadan imzalamaktadır. Sigorta yaptıran kişi, daha çok hastalandığı zaman imzalamış olduğu sağlık sigortasının kapsamlarını öğrenmektedir. Özel sağlık sigortasının teminat kapsamı, sigortalının sigorta içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanması halinde, tedavileri için gerekli masrafları ile varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin etmesidir. Özel sağlık sigortacılığında yaşanan sorunlar genel olarak aşağıdaki başlıkları kapsamaktadır:

Sağlık hizmetlerinin sık kullanılması: Ödenen tazminatların fazlalığı diğer bir deyişle tazminat/prim dengesinin sigorta şirketi aleyhine olması, ele alınması gereken sorunlardan biridir. Sigorta kapsamında olan bir kişi için, sağlık hizmeti fiyatı sıfır olacağından, bu durum bireyi daha çok ve daha sık sağlık hizmeti tüketmeye yöneltmektedir.

Karşılıklı iyi niyet prensibine uymama: Kişi sigortalandıktan sonra yanlış beyanda bulunarak iyi niyet prensibini suistimal edebilmektedir. Sağlık hizmeti alacak olanın, bu hizmete gerçekten ihtiyacı olmalıdır. Sağlık hizmeti ihtiyaç halinde talep edilmeli ve ihtiyaç görüldüğünde arz edilmelidir. Oysa sağlık hizmeti alınması sırasında doğacak giderlerin özel sağlık sigortasınca karşılandığı durumlarda kişilerin suistimal söz konusu olmaktadır.

Farklı sağlık beyanında bulunma: Özel sağlık sigortası tüm branşlar içerisinde suiistimale en açık branştır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin pahalı olması ve gelir düzeyinin düşüklüğü bireylerin risk ortaya çıktıktan sonra, sigortaya yönelmelerine neden olmaktadır. Kişi sağlık beyanını doldururken, sağlık durumunu olduğundan farklı gösterebilmekte, önceden geçirdiği hastalıkları ve ailesinde var olan, kalıtsal olarak taşıması muhtemel rahatsızlıkları beyan etmemektedir.

Maliyetlerin düşülmesi: Sağlık hizmet sonuçlarının verimsizlikleri tespit edilmelidir. Sevk zincirinin uygun şekilde işletilmesi sigortalıların hastaneyi daha az kullanmasına ve dolayısıyla hasar/prim oranlarının daha yüksek seyretmesine faydalı olacaktır. Mevcut sistemde şirketlerin, özel hastane faturalarının yüksekliğinden yakındıkları gözlenmektedir. Özel sağlık kuruluşlarının sigorta şirketlerini “altın yumurtlayan tavuk” gibi görmemeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Zira şirketlerin sigortalı portföylerinin azalmasının aynı anda hastaneye yansıtacağı bilincinde olunmalıdır.

Mevzuat eksikliğinin giderilmesi: Türkiye’de 2005 yılında Özel Sağlık Sigortaları Kanun taslağı hazırlanmıştır. Bu taslağın yasalaşması, sağlık sigortacılığının artırabilir.



Türkiye’ de özel sağlık sigortalarının gelişmesini sağlayan gelişmeler nelerdir?

Özet

Bu bölümde, Türkiye’de sağlık sigortacılığının gelişimi, sosyal güvenlik sisteminin gelişimine ve özel sağlık sigortacılığına dayalı olarak ele alınmıştır.

Türkiye’de sağlık sigortacılığının tarihi Osmanlı İmparatorluğu ve Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan sonraki dönem olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Sağlık sigortasının tarihsel gelişimi sosyal güvenlik sisteminde ve uygulamalarından bağımsız değildir.

Osmanlı İmparatorluğu’ndaki sosyal güvenlik uygulamaları aile içi yardımlar, din kurallarına göre yapılan yardımlar, meslek kuruluşları içerisindeki yardımlar ve vakıflarca yapılan yardımlar olarak gerçekleşmiştir. Osmanlı İmparatorluğu’nda özel sigortalar tamamen yabancı şirketlerin elinde ve genellikle Osmanlı topraklarında yaşayan yabancılar tarafından yürütülmüştür.

Osmanlı İmparatorluğu’ndan Türkiye Cumhuriyeti’ne gelişmiş bir sosyal güvenlik sistemi aktarılmadığı belirtilmektedir.

Cumhuriyetin ilk yıllarında sosyal güvenliğe yönelik doğrudan düzenlemeler yapılmamıştır. Ancak çıkarılan kanunlar ile emeklilik ve yardım sandıklarının kurulması, sağlık yardımı yapılması gibi sosyal sigortalara benzeyen fakat kişiler ve riskler açısından dar kapsamlı düzenlemeler yapılmıştır.

Türkiye’de ilk kez sosyal sigortaların kurulması 1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Kanunu ile gerçekleşmiş ve sosyal güvenliğin bugün de geçerli olan bazı temel ilkeleri belirlenmiştir. Türkiye’de sosyal güvenlik daha çok sosyal sigorta uygulamalarına önem ve öncelik verilmesi şeklinde gelişim göstermiştir. ES, SSK Bağ-Kur olmak üzere üç sosyal güvenlik kurumu, sosyal sağlık sigortası hizmeti vermiştir.

Türkiye’de sosyal sigorta kurumları yanında çeşitli yasalarca, primsiz sistemle (devlet bütçesinden), sağlık güvencesi olmayanlara yönelik sağlık yardımları sağlanmıştır. Bu yardımlardan en önemlisi Yeşil Kart uygulaması olmuştur.

Türkiye’de tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamında olmaması; sağlık hizmetleri sunumu ile ilgili sorunlar; sağlık sigortası prim oranları ile ilgili sorunlar; sağlık sigortalarının kapsamı ve yararlanma koşullarına ilişkin sorunlar; sağlık

sigortası gelir gider durumuna ilişkin sorunlar; sigortalılara ve bakmakla yükümlü oldukları, bağımlı kişilere ait verilerin güvenilir olmaması; kurumların finansman sorunları; asgari koruma sisteminin yetersizliği; kurumlar arasında norm ve standart birliğinin olmaması; kurumların örgütlenme ve işleyiş sorunları sosyal güvenlik sisteminde yeniden yapılanma arayışlarını gündemde tutmuştur.

Bu arayışların sonunda sosyal sigorta hizmeti veren kurumların 2006 yılında birleştirilmesi ile oluşturulan SGK sosyal sağlık sigortası hizmetini vermeye başlamıştır. Mevcut durumda SGK Türkiye’de sosyal sağlık sigortacılığı hizmetini veren tek kurumdur.

SGK, kamu tüzel kişiliğini sahip, idarî ve malî açıdan özerk, özel hukuk hükümlerine tabi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın ilgili kuruluşudur.

Özel sağlık sigortaları, devletin sosyal sigortalar yoluyla sağlamış olduğu teminatlara ek güvence vermek, daha kaliteli sağlık kurumlarında tedavi olanağı sağlamak ve sosyal sigortaların kapsamadığı alanları teminat altına almak amacıyla kurulmuşlardır.

Türkiye’de özel sigorta şirketleri içerisinde sağlık branşında sigortacılık faaliyetleri, 1938 yılında başlamıştır. Yıllar itibarı ile gelişmiştir. Tarihsel olarak incelendiği’nde özel sağlık sigortalarının 1990 yılında ayrı bir branş olarak kabul edilmesi ve “hastalık sigortası” yerine “sağlık sigortası” isminin kullanılması önemli dönüm noktalarıdır. Türkiye’de özel sağlık sigortaları 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. 1997 yılında özel sağlık sigortalı sayısı 527.991 kişi iken bu sayı 2005 yılında 974.251 kişi olmuştur.

Özel sigortaların meslek kuruluşu olan "Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği" 1987 yılında "Kamu kurumu niteliğinde meslek kuruluşu" olma hakkını elde etmiştir.

Türkiye’de özel sağlık sigortalarının yaşadıkları sorunlar yaygınlaşmasını engellemiştir. Bu sorunlar; sağlık hizmetleri maliyetlerinin yüksek olması, sağlık hizmetlerinin üyelerce sık kullanılması, karşılıklı iyi niyet prensibine uyulmaması, üyelerin sigorta yaptırmadan önce farklı sağlık beyanında bulunmaları ve özel sağlık sigortasının üyeler ve hizmet sunun kurumlar tarafından suiistimale uğramasıdır.

Kendimizi Sıneyalım

1. Türkiye’de Cumhuriyet döneminde sosyal güvenlik uygulamalarının ilk örneği aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Amele Birliği
- b. Vakıflar
- c. Loncalar
- d. Sosyal Güvenlik Kurumu
- e. Emekli Sandığı

2. Aşağıdakilerden hangisi Osmanlı İmparatorluğu’nda sağlık sigortası yerine geçen uygulamalardan **değildir**?

- a. Aile içi yardımlar
- b. Din kurallarına göre yardımlar
- c. Sosyal güvenlik sistemi
- d. Meslek kuruluşlarının yardımları
- e. Vakıflarca yapılan yardımlar

3. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye’de sosyal sağlık sigortası hizmeti vermiş olan kurumlardan **değildir**?

- a. Emekli Sandığı
- b. Yeşil Kart
- c. Sosyal Sigortalar Kurumu
- d. Bağ-Kur
- e. Özel Sigorta Şirketleri

4. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortası kurumlarının yaşadığı sorunlardan birisidir?

- a. Hepsi
- b. Sağlık hizmetlerine ilişkin
- c. Prim oranlarına ilişkin
- d. Sağlık sigortası kapsamına ilişkin
- e. Sağlık sigortası gelir gider durumuna ilişkin

5. Aşağıdakilerden hangisi SGK da sağlık sigortası ile ilgilenen birimdir?

- a. Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü
- b. Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- c. Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
- d. Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü
- e. Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü

6. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye’de sosyal sağlık sigortası hizmetini veren kurumdur?

- a. Yeşil Kart
- b. Emekli Sandığı
- c. Bağ-Kur
- d. Sosyal Sigortalar Kurumu
- e. Sosyal Güvenlik Kurumu

7. Aşağıdakilerden hangisi sosyal sağlık sigortacılığının yeniden yapılanma nedenlerinden **değildir**?

- a. Sosyal sigorta kurumlarının bütçe açıkları
- b. Özel sağlık sigortacılığının gelişmiş olması
- c. Tüm nüfusun sağlık sigortasının olmaması
- d. Sağlık sigortası yararlanma koşullarında farklılık olması
- e. Sağlık hizmetlerinde sorunlar olması

8. Türkiye’de özel sağlık sigortaları hangi tarihte ayrı bir branş olarak kurulmuştur?

- a. 1938
- b. 1990
- c. 1995
- d. 2000
- e. 2005

9. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye’de özel sigorta şirketleri meslek örgütüdür?

- a. Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği
- b. Türkiye Sigortacılar Sendikası
- c. Sigortacılar Cemiyeti
- d. Sigortacılar Klübü
- e. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği

10. Aşağıdakilerden hangisi Türkiye’de özel sağlık sigortası sektöründe yaşanan sorunlardan **değildir**?

- a. Sağlık hizmetlerinin sık kullanılması
- b. Farklı sağlık beyanında bulunma
- c. Karşılıklı iyi niyet prensibine uymama
- d. Sosyal sigortaların gelişmiş olması
- e. Tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. a Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de sosyal Sağlık Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

2. c Yanıtınız yanlış ise “Osmanlı Döneminde Sosyal Güvenlik Uygulamaları ve Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

3. b Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortası Hizmeti veren Kurumlar” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

4. a Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığında Yeniden Yapılanma Arayışları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

5. c Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Güvenlik Kurumu” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

6. e Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortası Hizmeti veren Kurumlar” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

7. c Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığında Yeniden Yapılanma Arayışları” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

8. b Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının gelişimi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

9. e Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının gelişimi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

10. d Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının gelişimi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Avrupa’da sanayi devriminin gerçekleşmesi ve işçi sınıfının oluşmasıyla sosyal güvenlik sistemleri gelişmiştir. Osmanlı İmparatorluğu ise sanayileşme sürecine girmemiş ve dolayısıyla sosyal korumayı talep edecek bir işçi sınıfı oluşmamıştır. Ayrıca toplumda dayanışma anlayışına dayalı kültürel özellikler ve aile yapısı da önemli etkenlerdir.

Sıra Sizde 2

Türkiye’de hizmet veren sosyal sağlık sigortası kurumlarından Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve Vakıf Statüsündeki Sandıklar üyelerinin ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini devlet, üniversite ve özel sağlık kuruluşlarından satın almak suretiyle karşılamıştır. Bunlardan farklı olarak, SSK üyelerine sağlık hizmetlerini kendisine ait sağlık kurumlarında sunmuştur.

Sıra Sizde 3

Sosyal Güvencilik Kurumu’nun oluşturulması ile farklı oranlarda sağlık sigortası primi ödeyen, farklı kurumlardan sağlık hizmeti alan, farklı miktarda sağlık yardımlarından faydalanan ülke çalışanları, aynı hak ve usullere sahip olmuşlardır.

Sıra Sizde 4

Tarihsel olarak incelendiğinde, özel sağlık sigortalarının yasal olarak 1990 yılında ayrı bir branş olarak kabul edilmesi, “hastalık sigortası” yerine “sağlık sigortası” isminin kullanılması ile teminat kapsamlarının genişlemesi, özel şirketlerin çalışanlarına grup sağlık sigortaları yaptırmaları, özel sağlık sigortacılığının gelişmesine katkıda bulunmuşlardır.

Yararlanılan Kaynaklar

- Akkaya, Y. (2000). Sosyal Güvenlik Tarihi Üzerine Notlar. **Toplum ve Hekim**, 15:2-90.
- Akyel, H. (2006). **Sosyal Güvenlik Sistemi Açısından Sağlık Hizmetlerinin Sorunları ve Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliğine Yönelik Bir Araştırma**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Aydın, U. (1996). **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar**, Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bilman, G. (2007). **Türkiye’de 1980 Sonrası Dönemde Sosyal Güvenlik Sisteminin Gelişimi ve Yeniden Yapılandırılması Sorunu**, Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Centel, T. (1997). **Sosyal Güvenlikte Yapısal Değişim** MESS Yayın No: 247, İstanbul.
- Çalış, S. (2006). **Türkiyede Sosyal Güvenlik Reformu Kapsamında Genel Sağlık Sigortasının İncelenmesi**. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü.
- Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (2006). **Türkiye’de Yeni Bir Sosyal Güvenlik Sistemine Doğru**, Ankara.
- Dilik, S. (1991). **Sosyal Güvenlik KAMU-İŞ Türk Tarih Kurumu Basımevi**, Ankara.
- DPT. (1963). **Kalkınma Planı-Birinci Beş Yıl 1963-1967**, Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- DPT. (1991). **Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu**, Özel İhtisas Komisyonu Raporu Yayın No: DPT:2274-ÖİK: 391, Ankara.
- DPT. (1995). **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu** Yayın No: DPT:240-ÖİK: 479, Ankara.
- DPT. (1996). **Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Sorunları ve Çözüm Önerileri Raporu**, Ankara.
- Duygulu, E. ve Pehlivan, P., (2004). Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri. İçinde: **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri** Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları No: 17.
- Ertan, H. (1999). **Sosyal Güvenlikte Kurumsallaşabilmek ve Sosyal Sigorta Sistemleri**, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Dergisi, Ankara.
- Güvercin, C.H. (2004). **Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 57(2): 89-95.
- Güzel, A. ve Okur, A.R. (2004). **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, 10. Bası İstanbul.
- Gökbayrak, Ş. (2010). Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Dönüşümü, **Çalışma ve Toplum**, 2: 141-162.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. (2010). “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri” **Dirim Tıp Gazetesi** Yıl 85, Sayı: 2: 86-99.
- Karpuzoğlu, E. (2001). **Sağlık Sigortalarında Yaşanan Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Makal, A. (1999). **Türkiye’de Tek Partili Dönemde Çalışma İlişkileri: 1920-1946**, İmge Kitapevi Yayınları, Ankara.
- Maliye ve Gümrük Bakanlığı. (1993). **Sağlık Hizmetleri (1980-1993)** Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü 1993/7, Ankara.
- Olkun, E. (2008). **Sosyal Güvenlik Hukukunda Sağlık Sigortası**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Orhaner, E. (2000). **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Özbolet, M. (2007). **Temel Sigortacılık**, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- Özsarı, S.H. (2003). **Bir Özel Sağlık Sigortacılık Kurumunda Kullanıcıların Özellikleri ve Risk Profili (1998-2002)** Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.
- Pusatlı, A. (2006). **Sağlık Sigortası** Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Sağlık Bakanlığı. (1997). **Dünya Sağlık Örgütü ve Türkiye İle İlişkileri**. Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (1998) **Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı**

Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarı Taslağı, Sağlık Bakanlığı, Ankara.

SSK. (2002). **Sosyal Sigortalar Kurumu 2002 Faaliyet Raporu**, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu resmi internet adresi www.sgk.gov.tr

Şenalp, V. (2008). **Özel Sağlık Sigortalıların Sağlık Kuruluşu Seçiminde Doğrudan Ödeme Sisteminin İncelenmesi: Bir Araştırma**, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şenocak, H. (2009). Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç İçinde Değerlendirilmesi, **Siyaset Konferansları Dergisi** 56: 410-468.

Talas, C. (1997). **Toplumsal Ekonomi**, İmge Yayınevi, Ankara.

Tiryaki D. ve Tatar M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi**, 5(1): 123-133.

Tuncay, A.C. ve Ekmekçi, E. (2005). **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Güncelleştirilmiş 11. Bası, İstanbul.

TİSK. (1995). **Sorunlar ve Görüşler**, TİSK İnceleme Yayınları No: 6.

TÜSİAD. (1997). **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma, Sorunları, Reform İhtiyacı, Arayışlar, Çözüm Önerileri**, Yayın No: TÜSİAD-T/97-10/217, Türk Sanayici ve İşadamları Derneği, İstanbul.

Türk Tarih Vakfı. (2006). **Cumhuriyet Türkiye'sinde Sosyal Güvenlik ve Sosyal Politikalar**, Altan Matbaa Ltd., İstanbul.

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği resmi internet adresi <http://www.tsrb.org.tr>

Yiğit, F. (2007). **Özel Sağlık Sigortası Olmayan Kişilerde Genel Sağlık ve Özel Sağlık Sigortacılığına Bakış**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Yıldırım, A. (1994). 1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 9(60): 46-48.

Zırhlı, F. (2009). **Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu ve Sosyal Politikada Yapısal Dönüşüm**, Doktora Tezi, Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

7

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ Türkiye’de sosyal sağlık sigortası (genel sağlık sigortası) kavramını açıklayabilecek,
- 👁️ Türkiye’de özel sağlık sigortası kavramını açıklayabilecek,
- 👁️ Türkiye’de Sağlık güvencesinin ve sağlık sigortacılığının genel durumunu ifade edebilecek bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

🔑 Sosyal Sağlık Sigortası	🔑 Genel Sağlık Sigortası
🔑 Özel Sağlık Sigortası	🔑 Finansman Politika Amaçları
🔑 Gelir Elde Etme	🔑 Sosyal Güvenlik Reformu
🔑 Havuzlama	🔑 Sağlıkta Dönüşüm Programı
🔑 Satınalma	🔑 Seyahat Sağlık Sigortası

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı (Genel Sağlık Sigortası)
- ❖ Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı
- ❖ Türkiye’de Sağlık Güvencesinin ve Sağlık Sigortacılığının Genel Durumu

Türkiye’de Sosyal ve Özel Sağlık Sigortacılığı

GİRİŞ

Altıncı bölümde, Türkiye’deki sağlık sigortacılığı Cumhuriyetin kuruluşundan 2000’li yılların başına, yani Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformunun (SDSGR) başlangıcı olan 2003 yılına kadar olan dönem çerçevesinde tarihsel gelişimi bağlamında ele alınmıştır. Söz konusu bölümde de ayrıntılı bir biçimde ele alındığı üzere 2003 öncesi dönemde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı oldukça parçalı bir yapı arz etmekteydi. Bir tarafta SSK ve Bağ-Kur gibi sosyal sağlık güvencesi sağlayan sosyal primlere dayalı programlar; diğer taraftan Emekli Sandığı ve Yeşil Kart gibi genel vergilerden finanse edilen programlar vardı. Bu iki sosyal nitelikli gruptaki programlara ek olarak özel nitelikli sağlık sigortası programları, banka ve sigorta şirketlerinin sandıkları ve doğrudan cepten ödemeler de söz konusu idi. SDSGR arifesinde nüfusun yaklaşık olarak %35’inin sağlık güvencesinin olmadığı bilinmektedir. Sağlık güvencesi olanların da eksik sigortalılık durumları söz konusu idi.

Adalet ve Kalkınma Partisi’nin (AK PARTİ) 2002 yılı sonunda tek parti hükümeti kurması ile birlikte diğer birçok alanda olduğu gibi sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında da köklü reformlar gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu reformlar genel olarak SDSGR olarak adlandırılmakta ve başlangıcı da 2003 yılına dayanmaktadır. SDSGR kapsamındaki temel reform bileşenlerinden birisi de **sağlık finansmanı**dır. Sağlık finansmanı reformu ile; parçalanmış bir yapıya sahip finansman sisteminden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelmek ve tüm nüfusu kapsam içine alacak evrensel bir sağlık kapsamı güvencesi sağlamak ve var olan sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirmek amaçlanmıştır. Bu amaçla SGK’nın kurulmasına ve GSS programının oluşturulmasına ilişkin kanunlar 2006 yılında kabul edilmiş ve GSS programı 1 Ekim 2008 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır. Mevcut durumda Türkiye’de sosyal sağlık sigortası (yani Genel Sağlık Sigortası - GSS) ağırlıklı bir finansman yapısı söz konusudur. Sağlık finansmanında ağırlıkta olan GSS’ye ek olarak devlet katkısı (GSS havuzuna doğrudan devlet katkısı ve yoksulların primlerinin devlet tarafından ödenmesi gibi), özel sağlık sigortaları ve doğrudan cepten yapılan ödemeler de yer almaktadır. Uzun vadede ise Türkiye sağlık sisteminin finansmanının GSS ve tamamlayıcı özel sağlık sigortaları üzerinden sağlanması öngörülmektedir. GSS Kanununda “yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirleneceği” hükme bağlanmıştır.

1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren ve yaklaşık üç yıllık bir geçiş sürecinden sonra 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren de zorunlu hale gelen GSS ile bazı istisnai nüfus grupları hariç Türkiye’de ikamet eden herkes sosyal sağlık güvencesi kapsamına dâhil edilmiştir. Yani bugün itibarıyla nüfusun tümü sosyal sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Buna karşılık Türkiye nüfusunun yaklaşık %2’si de özel sağlık sigortasına sahiptir. Her ne kadar Türkiye’de sağlık güvencesi olmayan (**sigortasız**) kesim yok ise de, GSS kapsamında bazı sağlık mal ve hizmetlerin temel teminat paketi dışında bırakılması ve belirli durumlarda kullanıcı katkılarının kullanılması nedeniyle nüfusun çoğunluğu açısından **eksik sigortalılık** durumunun olduğu belirtilebilir.

Bu bağlamda bu bölümde, Türkiye’deki sağlık sigortacılığı; sosyal sağlık sigortacılığı (GSS) ve özel sağlık sigortacılığı ayrımı çerçevesinde ele alınmaktadır.

TÜRKİYE’DE SOSYAL SAĞLIK SİGORTACILIĞI: GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Genel Sağlık Sigortasının Kısa Bir Arka Planı

Parçalanmış bir yapıya sahip finansman sisteminden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelmek, tüm nüfusu kapsam içine alacak evrensel bir sağlık kapsamı güvencesi sağlamak ve sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirmek için, Türkiye’de özellikle de son yirmi yılda yeni bir sosyal güvenlik kurumunun ve genel sağlık sigortası programının kurumsallaştırılmasına ve oluşturulmasına ilişkin artan bir niyet söz konusu olmuştur. Bu niyetler, 2006 yılı içinde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve Genel Sağlık Sigortası (GSS) programı kanunlarının kabulü ile sonuçlanmıştır.

GSS ile ilgili ayrıntılara geçmeden önce Türkiye’de GSS’nin tarihsel arka planını kısaca ortaya koymakta fayda vardır. Türkiye sağlık sistemindeki sağlık finansman reformu girişimlerinin 1960’lara kadar dayandığını belirtmek mümkündür. 1961 yılında gerçekleştirilen Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Reformu kapsamında öngörülen ve GSS ile benzerlik arz eden “karma finansman modeli” (primler, kurumların bütçeleri ve kullanıcı katkıları) kabul görmemiştir. Sonra, yani 1967 yılında şimdiki ismi Sağlık Bakanlığı (SB) olan Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (SSYB) tarafından oluşturulan bir Komisyon, hazırladığı bir GSS taslağını Bakanlığa sunmuştur, ancak bu taslak hükümete sunulamamıştır. 1969 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi’ne (TBMM) sunulan tasarı, Meclis’in ilgili komisyonlarında tartışılamamıştır bile. 1981 yılında ise Milli Güvenlik Kurumu (MGK) bünyesinde kurulan bir Komisyon GSS’yi ele almıştır. Anayasa hükmü anlamında ise GSS ilk kez 1982 Anayasasında “sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir” şeklinde yer almıştır. Ancak GSS’ye ilişkin ilk kapsamlı çalışma SB tarafından 1989 yılında başlatılmıştır. Bu kapsamda bir Sağlık Sigortası Kurumu’nu kuracak tasarı hazırlanmış, ancak, özellikle de politik isteksizlikten ve o dönemde var olan sağlık sigortası programlarının yetkililerinin karşı çıkışı gibi nedenlere dayalı olarak bu tasarı da kanunlaşmamıştır.

Türkiye’de 1990 ile 2002 yılları arasındaki sağlıkta reform girişimlerinde, GSS konusu çeşitli adlar altında tekrar gündemde yerini almıştır. Ancak, ekonomik ve politik istikrarsızlık ve var olan sağlık sigortası programlarını yürüten kurumlar gibi tarafların karşı çıkması nedeniyle bu girişimler de kanunlaşmamış, dolayısıyla uygulanamamıştır. GSS tartışmaları üçüncü dalga sağlık reformları olarak nitelendirilen ve 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ve eş zamanlı olarak girişilen Sosyal Güvenlik Reformu (SGR) kapsamında önemli bir reform bileşeni olarak tekrar ön plana çıkmıştır. SGR’nin üç bileşeni vardır: 1) Sosyal güvenlik kurumlarının tek bir çatı altında birleştirilmesi, 2) parçalı sosyal sağlık sigortası programlarını yasal düzenleme ile tek bir program altında ele almak ve 3) primsiz ödemler sistemini sosyal sigorta sisteminden ayırmak ve primsiz ödemeleri tek bir şemsiye altında yürütmek.

Bu bağlantılı ve de ilişkili iki reform programının (yani SDP ve SGR veya SDSGR) bir sonucu olarak, sağlık finansman reformu ile ilgili Türkiye *ilk olarak*, SGK Kanunu ile (Resmi Gazete 2006) var olan sosyal güvenlik kurumlarını Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın (ÇSGB) himayesinde tek çatı altında toplayan tek bir sosyal güvenlik kurumu (yani, SGK) kurmuştur. SGK, dört genel müdürlükten oluşmuştur: Sosyal Sigortalar Genel Müdürlüğü (SSGM), Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü (GSSGM), Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü (PÖGM)¹ ve Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü (HSGM). Kanun metninin birinci maddesinde SGK’nın; kamu tüzel kişiliğine haiz, idarî ve malî açıdan özerk, bu Kanunda hüküm bulunmayan durumlarda özel hukuk hükümlerine tâbi, ÇSGB’nin ilgili kuruluşu, merkezi Ankara olan ve Sayıştay’ın denetimine tâbi olan bir kurum olarak tanımlanmaktadır. SGK’nın temel amacı ise; sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir, aktüeryal ve malî açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir²¹.

¹ Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın 2011 yılında kurulması ile birlikte, SGK’nın bünyesinde yer alan Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü bu Bakanlığa devredilmiştir. 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname ile SGK’nın ana hizmet birimleri; Emeklilik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sigorta Primleri Genel Müdürlüğü, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü, Rehberlik ve Teftiş Başkanlığı ve Aktüerya ve Fon Yönetimi Daire Başkanlığı olarak yeniden düzenlenmiştir.

İkinci olarak, 31 Mayıs 2006 tarihinde TBMM tarafından kabul edilen ve 1 Ocak 2007 tarihinde yürürlüğe girmesi planlanan Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSSK) ile de GSS programı oluşturulmuştur. Ancak dönemin Cumhurbaşkanı'nın ve Ana Muhalefet Partisi Cumhuriyet Halk Partisi'nin (CHP) kanunun bazı maddelerinin iptali ve bazı maddelerinin de yürürlüklerinin durdurulması istemiyle Anayasa Mahkemesi'ne dava açmaları neticesinde, Anayasa Mahkemesi adı geçen kanunun bazı maddelerini iptal etmiş, bazı maddelerinin de yürürlüklerinin durdurulmasına karar vermiştir. Bunun üzerine dönemin hükümeti AK PARTİ bu fiili durum sonucu ortaya çıkan düzenlemeleri gerçekleştirmek için Kanunun yeni yürürlük tarihi 1 Haziran 2007 olarak belirlenmiştir. Ancak 2007 yılı Cumhurbaşkanlığı seçimleri ve genel seçimler gerekçe gösterilerek tadilatları da içeren Kanun'un yürürlük tarihi 1 Ocak 2008 olarak yeniden belirlemiştir. Ancak, yasanın düzeltilmiş hali 17 Nisan 2008 tarihinde kanunlaşabilmiş ve 1 Ekim 2008 tarihinde de yürürlüğe girebilmiştir. 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla de yeşil kartlılar ve sigortasız kesimler de sisteme zorunlu olarak dahil edilmiştir. Dolayısıyla 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla bazı istisnalar hariç Türkiye'de ikamet eden herkes açısından GSS zorunlu hale gelmiştir.

Sosyal prim ağırlıklı olan GSS'nin temel amacı; herkesi kapsamak, hakkaniyeti sağlamak, hizmetlere erişimi artırmak ve sağlık alanında mali açıdan sürdürülebilir bir sosyal sağlık koruma ve güvence sistemi oluşturmaktır.



SGK'nın tekeli bir yapısı olduğu belirtilmektedir. Sizce bu doğru mudur?

Genel Sağlık Sigortası: Sağlık Finansman Fonksiyonları ve Politikaları Açısından Bir Değerlendirme²

Yukarıda da ifade edildiği üzere GSS 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Yaklaşık üç buçuk yıllık bir geçiş döneminden sonra 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla bazı istisnai nüfus grupları hariç Türkiye'de ikamet eden tüm nüfus açısından zorunlu hale gelen GSS'nin; gelirlerin elde edilmesi, havuzlanması ve hizmetlerin satın alınması fonksiyonları tek bir örgütsel yapıda, yani SGK bünyesinde bir arada yer almaktadır.

Kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını ve sağlık riskleri ile karşılaşmaları halinde ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigortayı tanımlayan GSS, bir sosyal sigorta uygulamasıdır. Türkiye'deki sosyal sigortalar kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını kapsamaktadır. Kısa vadeli sigorta kolları; iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık ve analık sigortası kollarını kapsarken, uzun vadeli sigorta kolları ise; malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortası kollarını kapsamaktadır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (SSGSSK) gereğince genel sağlık sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, SGK için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü olduğu kişiler yararlandırılır. SSGSSK kapsamındaki kişilere sağlanacak sağlık hizmetleri ve diğer haklar ile kişilerden alınan primlerin tutarı arasında ilişki kurulamaz.

² Bu bölüm ağırlıklı olarak Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu, Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına İlişkin Soru ve Cevaplar, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği ve Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik'e dayalı olarak hazırlanmıştır. Türkiye, GSS konusunda bir geçiş süreci yaşadığından ve konunun dinamik yapısından dolayı bu bölümdeki mevzuat zamanla değişebilmektedir. Dolayısıyla buradaki bilgilerin bu değişim göz önünde bulundurularak değerlendirilmesinde fayda vardır.

Gelirlerin Elde Edilmesi

Sağlık finansmanının temel bir fonksiyonu olan **gelirlerin elde edilmesi** veya **gelir toplama** süreci; özellikle kimin ödeme yaptığı, yapılan ödemenin tipi ve kimin bu ödemeyi topladığı ile ilgili olmaktadır. GSS'nin gelirleri SGK tarafından merkezi olarak toplanmaktadır. GSS; zorunlu, herkesi kapsayan ve kişilerin kapsanması da temelde Türkiye'de ikamet etme kriterine göre olmaktadır.

Buna göre 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla aşağıda belirtilen nüfus kesimleri hariç olmak üzere Türkiye'de ikamet eden herkes zorunlu genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. GSS'nin kapsamadığı nüfus kesimleri arasında; tutuklu ve hükümlüler, er, erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri, yabancı bir ülkede sosyal sigortaya tabi olması nedeniyle sözleşmeli ülke adına sağlık yardımları karşılananlar, SGK'ya devir alınacakları tarihe kadar 5510 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesi kapsamındaki banka ve sigorta şirketlerinin sandıkları kapsamında bulunanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de kesintisiz olarak bir yıldan fazla ikamet etmeyenler, milletvekilleri ile Anayasa Mahkemesi Başkan ve üyeleriyle bunların emeklileri ile dul ve yetimleri yer almaktadır.

GSS'nin gelirleri üç ana katkı mekanizması ile sağlanmaktadır. Sigorta katkıları (primler), devlet katkıları (genel vergi gelirleri) ve kullanıcı katkılar (katkı payları). Sigorta katkıları ağırlıklı olarak gelir temelli olup primlerden oluşmaktadır. Bu primler kişinin prime esas kazancının %12,5'ini teşkil etmektedir. Bu oranın %5'ini çalışan, %7,5'ini ise işveren ödemektedir. Vergi gelirleri ise, primleri devlet tarafından karşılanan nüfus kesimlerinin (yoksullar, geçici köy korucuları ve Olimpik ve Avrupa şampiyonu sporcular) primlerinin ödenmesi, halk sağlığı faaliyetlerinin finansmanı, tıbbi eğitim ve araştırma için yapılan katkılardan oluşmaktadır. Bunların dışında devlet genel bütçeden GSS'ye doğrudan bir katkı da yapmaktadır. Bu anlamda devlet, SGK'nın ay itibarıyla tahsil ettiği malûllük, yaşlılık ve ölüm sigortaları ile GSS priminin dörtte biri oranında SGK'ya katkı yapar. Devlet katkısı olarak hesaplanacak tutar talep edilen tarihi takip eden onbeş gün içinde Hazine tarafından SGK'ya ödenir. Kullanıcı katkıları eskiden olduğu gibi, GSS kapsamında da yaygın bir şekilde kullanılmaktadır ve kullanıcı katkılarının belirlenmesinden SGK sorumludur. GSS kapsamında öngörülen kullanıcı katkılarının bir listesi, nasıl uygulandıkları ve muafiyet durumları Tablo 7.1'de verilmektedir. Bunların dışında kalan ve kapsanmayan sağlık mal ve hizmetleri doğrudan cepten yapılan ödemelerle karşılanabilmektedir. Bu oranlar ve durumlar zamanla değişebilmektedir. Güncel katkı payları ve katkı paylarından muaf olma durumları SGK Sağlık Uygulama Tebliğinde yer almaktadır.

Tablo 7.1: GSS'de Kullanıcı Katkıları ve Kullanıcı Katkılarından Muaf Olma Durumları (25 Mart 2012 tarihi itibarıyla)

Maliyet paylaşım biçimi	Tutar veya oran	Açıklama
Ortak ödeme (co-payment)	₺3	Aile sağlığı merkezleri (aile hekimleri)
	₺5	İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi
	₺12	Özel sağlık hizmeti sunucularında ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi
	₺3+1 ...	Her bir reçete için 3 (üç) kutuya kadar (üç kutu dahil) temin edilen ilaçlar için ₺3 + 3 (üç) kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için ₺1 (bir)
Sigortalı payı / ortak sigorta (co-insurance)	%10/%20	Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ve ayakta tedavide sağlanan ilaçlar (SGK'ca bedeli karşılanan ilaçlar için Kurumdan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınır)
	%30/%25	Yardımcı üreme yöntemi tedavilerinde birinci denemede/ikinci denemede
İlave ücret / fatura dengeleme (balance billing)	%1-100	SGK ile sözleşmesi olan vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlar kişilerden ilave ücret talep edebilirler (%30-%90 ile sınırlandırıldı)

Kullanıcı katkılarında muaf olma durumları (katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler)	- İş kazası ile meslek hastalığı hallerinde sağlanan sağlık hizmetleri - Askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri - Afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri - Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri - Sağlık raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati öneme haiz sağlık hizmetleri ile organ, doku ve kök hücre nakilleri - Tetkik ve tahliller ile diğer tanı yöntemlerinde kullanılan ilaçlar ve yatarak tedavilerde kullanılan ilaçlar - Kontrol muayeneleri - İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler - Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler - Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler - Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler - Harp malûllüğü aylığı alanlar ile Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar - Vazife malûlleri - Kurumca iade alınan tıbbi malzemeler - Harp okulları ile fakülte ve yüksek okullarda, Türk Silâhlı Kuvvetleri hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askerî öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksek okulları ve astsubay naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tâbi tutulan adaylar ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra veya askerlik hizmetini müteakip subaylığa veya astsubaylığa geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri. Polis Akademisi ile fakülte ve yüksek okullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler ile fakültelerde veya meslek yüksek okullarında kendi hesabına okuduktan sonra komiser yardımcılığına veya polisliğe geçirilenlerin, okullarda geçen normal eğitim süreleri. Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak tespiti Kurum yetkilidir.
İlgili bazı hususlar	- Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için belirlenen katılım payını, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye Kurum yetkilidir. - Aile hekimleri tarafından başlatılan sevk zincirine uygun olarak alınan sağlık hizmetlerinde katılım payları üç yıl süreyle %50 oranında azaltılarak uygulanabilir. - Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin vücut dışı protez ve ortezler için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetinin alındığı tarihteki asgarî ücretin % 75'ini geçemez. - Yeşil kart sahipleri, vatansızlar ve sığınmacılar ve yaşlılık aylığı alanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ödemiş oldukları katılım payları, talepleri halinde, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu hükümlerine göre kendilerine geri ödenir. - Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye SGK yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenir. - SGK'ca belirlenen katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmet sunucularına idari para cezası uygulanır. - Kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularınca, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden sağlık hizmeti sunucularının giderleri ve ürettikleri sağlık hizmetlerinin maliyetleri, yapılan sübvansiyonlar gibi kriterler dikkate alınarak bu bedellerin bir katına kadar alınabilecek ilave ücretin tavanını belirlemeye Bakanlar Kurulu yetkilidir. Bu tavan dahilinde alınabilecek ilave ücret oranları Kurumca belirlenir. Ancak kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları tarafından sevk edilmesi halinde 60 ıncı maddenin birinci fıkrasının (c) bendinin (4), (6) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave ücret alınmaz. - Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen eşdeğer ilaçların, azami fiyatı ile kişinin talep ettiği eşdeğer ilacın fiyatı arasında oluşacak fark ve optik için tavan uygulanmaz ve bu fıkra kapsamında değerlendirilmez. - Bu Kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz. - Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir.

Kaynak: Resmi Gazete (2006, 2008, 2010); Yıldırım, Yıldırım ve Erdem (2011), www.sgk.gov.tr

Havuzlama

Sağlık finansmanının diğer bir fonksiyonu olan **havuzlama (fon biriktirme)**, sigortalı nüfus adına ön ödemeli sağlık gelirlerinin birikimi olarak tanımlanabilir. Daha önce de belirtildiği gibi Türkiye, risk ve sağlık havuzlamasını tüm ülke çapında yapabilmek için, var olan mevcut kamu sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirerek ve sigortasız kesimi de sigorta kapsamına alarak tek bir sağlık sigortası kurumu (SGK) ve programı (GSS) oluşturmuştur. GSS programına üyelik, bağımlılar dahil olmak üzere zorunludur. GSS havuzunun temel gelir kaynağı çalışanlar ve işverenlerden toplanan primlerdir. Havuza katkılar ödeme gücüne göre, havuzdan faydalanma ise ihtiyaca göre olmaktadır. Gelirlerin havuzlanması SGK tarafından merkezi olarak gerçekleştirilmektedir. SGK tarafından toplanan gelirler, GSS'den sorumlu GSSGM'nin hesabına aktarılmaktadır. Bu hesaptan da hizmet sunucularına belirlenen yöntem veya yöntemlere göre ödemeler gerçekleştirilmektedir. SGK il müdürlükleri ve merkezleri olduğu halde, bütün finansal operasyonlar merkezi olarak SGK tarafından gerçekleştirilmektedir. Böylece, GSS bütün üyelerinin risklerini, aynı teminat paketi hakkı ile birlikte bir havuzda biriktirebilmiştir. Bundan dolayı, sistemin finansman ve sağlık anlamında büyük ölçüde risk paylaşımını sağladığı belirtilebilir.

Yukarıda da belirtildiği gibi GSS, SGK bünyesinde yer alan dört genel müdürlükten birisi olan GSSGM olarak organize olmuştur. Her ne kadar gelirlerin elde edilmesi ile ilgili olarak tekli bir sigorta yapısının bazı problemleri varsa da, tekli bir sigorta kurumu olarak SGK; finansal ve sağlık risklerinin daha iyi havuzlanması, hizmet sunucu davranışlarını daha iyi kontrol edebilmesi, duplikasyonları önleyen tek bir yönetsel ve enformasyon yapısına sahip olması gibi birçok avantaja sahiptir.

Satın Alma

Önemli bir sağlık finansman fonksiyonu olan **satın alma** veya **hizmet alımı**, elde edilen ve biriktirilen fonların, ilgili nüfus adına hizmet sağlayıcılarına transferi anlamına gelir. Başka bir ifade ile satın alma fonksiyonu; hizmetlerin kimden, hangi koşullarda (fiyat ve sözleşme gibi) alınacağı ve nasıl ödeme yapılacağı ile ilgili olmaktadır. GSS Kanunu, temel teminat paketi kapsamındaki listeyi açıkça tanımlamaktadır. Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmalarını, hastalanmaları halinde sağlıklarını kazanmalarını, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanmasını, iş göremezlik hallerinin ortadan kaldırılmasını veya azaltılmasını temin etmek amacıyla SGK'ca **finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri** aşağıdakilerden oluşmaktadır:

1. Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
2. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.
3. Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.
4. Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, diş protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavilerinin ilgili kanun maddesine göre belirlenen tutarı.

5. Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının; a) yapılan tıbbi tedavileri sonrasında normal tıbbi yöntemlerle çocuk sahibi olamadığının ve ancak yardımcı üreme yöntemi ile çocuk sahibi olabileceğinin SGK'ca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben mümkün görülmesi, b) yirmiüç yaşından büyük, otuzdokuz yaşından küçük olması, c) son üç yıl içinde diğeri tedavi yöntemlerinden sonuç alınamamış olduğunun SGK'ca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından belgelenmesi, d) uygulamanın yapıldığı tıbbi merkezin SGK ile sözleşme yapmış olması, e) en az beş yıldır GSS'li veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup, 900 gün GSS prim gün sayısının olması, şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbi bir yöntemle mümkün olmaması ve SGK'ca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.
6. Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliğı, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihaz, tıbbi sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbi sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri SGK tarafından karşılanır.
7. Hekimin veya diğeri hekiminin muayene veya tedavi sonrası tıbben göreceğı lüzum üzerine genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetinden yararlanmaları için muayene ve tedavi edildikleri yerleşim yeri dışına yapılan sevkinde, ayakta tedavilerde kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gideri ve gündelikleri; yatarak tedavilerde ise gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri SGK'ca karşılanır.
8. Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yatarak tedavileri sırasında, hekimin veya diğeri hekiminin tıbben göreceğı lüzum üzerine yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere SGK tarafından karşılanır.
9. Yurt içinde veya yurt dışına yapılan sevkler nedeniyle ödenecek gündelik, yol, yatak ve yemek giderlerinin tutarı Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenir.
10. Sürekli iş göremezlik veya malûllük durumlarının tespiti, kontrolü veya periyodik sağlık muayenesi amacıyla yapılan sağlık hizmeti giderleri ile yol ve gündelik giderleri de bu madde hükümlerine göre ödenir.
11. Temel teminat paketi kapsamında sayılan sağlık hizmetlerinin yurt içindeki sağlık hizmet sunucularından sağlanması esastır. Ancak, genel sağlık sigortalılarından; a) işverenleri tarafından Kurumca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak geçici görevle yurt dışına gönderilenlere, acil hallerde, b) genel sağlık sigortalılarından işverenleri tarafından SGK'ca belirlenen usûle uygun olarak veya kamu idareleri için özel mevzuatlarında belirtilen usûle uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ile bunların yurt dışında birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü olduğu kişilere ve c) SB'nin uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavisinin yapılamadığı tespit edilen kişilerin, sağlık hizmetleri yurt dışında sağlanır ve bu kişilerin sağlık hizmeti bedelinin tümü ödenir. Yurt içinde yapılması mümkün olmayan tetkiklerin de yurt dışında yapılması sağlanabilir. Ancak yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin SGK'ca karşılanacak bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir. Uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklıdır. Bakanlar Kurulu kararı ile birlik halinde ya da kamu idarelerinin yetkili makamlarınca yurt dışına askerî veya güvenlik amaçlı görevlendirilenlerin, bu Kanun kapsamına giren sağlık hizmetlerinin sağlanması ile bu hizmetlere ilişkin giderlerin yurt içindeki sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı aşan kısmı, kurumlarınca karşılanır.

Yukarıdaki paket dışında SGK tarafından **finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri** ise; 1) vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağılı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diğeri tedavileri, 2) SB'ce izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile SB'ce tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri ve 3) yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları olarak belirtilebilir.

GSS'ye göre sağlık hizmetleri, SGK ile birbirleriyle rekabet halinde olan ulusal ve uluslararası sağlık hizmeti sunucuları arasında gerçekleştirilen **sözleşmeler** yoluyla ve/veya GSS Kanunu hükümleri çerçevesinde acil hallerde veya diğer şartlar altında sözleşmesiz kurumlardan alınan sağlık hizmetlerinin kanun hükümlerine uygun olarak ödenmesi suretiyle sağlanmaktadır. GSS Kanuna göre sağlık hizmetleri, SGK ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya bu Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır. Bu kurumlar; 1) SB'ye bağlı sağlık hizmeti sunucuları, 2) üniversitelere bağlı sağlık hizmeti sunucuları, 3) belediyelere bağlı sağlık hizmeti sunucuları, 4) TSK'ya bağlı sağlık hizmeti sunucuları ve 5) özel sağlık hizmeti sunucularından oluşmaktadır.

GSS Kanunu kapsamında oluşturulan **Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu**, bireysel olarak ödenen hizmetlerin fiyatının belirlenmesinden sorumludur. Komisyon; SGK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığı yetkililerinden oluşmaktadır.

SGK'nın GSS kapsamında sağlık hizmetleri ödemesinde kullandığı belli başlı ödeme yöntemleri arasında; global bütçeleme (götürü bedel üzerinden), paket ödeme ve hizmet başı ödeme yer almaktadır. Bu yöntemler GSS Kanunu çerçevesinde kalmak koşulu ile zaman zaman değişkenlik gösterebilmektedir. Bu bağlamda mevcut durumda; Beşinci bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alındığı üzere SGK SB'ye bağlı hastanelere **global bütçeleme (götürü bedel)** yöntemini kullanarak ödeme yapmaktadır. SGK bu global bütçeyi SB'ye toptan ödemektedir. SB bu global bütçeyi ilgili mevzuat çerçevesinde hastanelerine dağıtmaktadır. Bu da genellikle **Tehsis İlişkili Gruplar (TİG)** ve **hizmet başı ödeme** yöntemleri aracılığıyla olmaktadır.

SGK, üniversite hastanelerine ödemede ise, **kısmi götürü bedel ödeme yöntemini** kullanmaktadır. Bazı hizmetleri ise, **hizmet başı ödeme** ve **paket ödeme** yöntemleri üzerinden ödemektedir.

SGK, GSS programı kapsamında; özel sağlık kuruluşlarına **hizmet başı ödeme** ve **paket ödeme** yöntemlerinden birisini veya ikisini bir arada kullanarak ödeme yapmaktadır.



Sosyal Güvenlik Kurumu'nu ve Genel Sağlık Sigortası'nı ayrıntılı olarak inceleyebilmek için Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu (Resmi Gazete 2006) ve Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu (Resmi Gazete 2006) metinlerini inceleyebilirsiniz. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği'ni de incelemenizde fayda vardır.



Sosyal Güvenlik Kurumu ve Genel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi için www.sgk.gov.tr adresini ziyaret edebilirsiniz.

TÜRKİYE'DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Özel sağlık sigortası; kişilerin, tıbbi yardım, tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat veren sigorta türüdür. Sigorta şirketlerinin tıbbi danışmanlarının onayı olmak kaydıyla sigortalının; ameliyat, uzun veya kısa süreli tedaviler, ameliyat veya tedaviye bağlı ilaç giderleri gibi tüm harcamaları, azami limitlerle tam veya muafiyet olarak karşılanmaktadır. Sigorta şirketlerinin uygulamalarında farklılıklar olmakla birlikte, periyodik olarak yapılan sağlık kontrolleri, herhangi bir tıbbi nedeni olmaksızın ve buna benzer harcamalar genel olarak teminat harici tutulmaktadır.

Türkiye'deki özel sağlık sigortalarının başlıca iki ana teminatı vardır. Bunlardan birincisi yatarak tedavi teminatı ikincisi ise ayakta tedavi teminatıdır. Yatarak tedavi teminatı, ameliyatsız ya da ameliyatsız hastanede yatarak yapılan tedaviler için hastaneye yatış çıkış dönemi içindeki, doktor, ameliyathane, asistan, anestezi, gerekli ve zorunlu diğer tıbbi hizmetlere ait sigortalının hastanede tedavi gördüğü süre içerisinde oluşacak giderler ile yoğun bakım ve ambulans giderlerini karşılar. Ayakta tedavi teminatı ise doktor muayene, teşhis yöntemleri (MR, tomografi ve laboratuvar tetkikleri gibi), küçük müdahalelerin

girdiği ayakta tedaviler ve ilaç giderlerini kapsamaktadır. Ayrıca bu iki ana teminat başlığına ek olarak, fazladan prim ödemek koşulu ile gözlük (cam/çerçeve/lens) ve diş sağlığı hizmetlerinin de kapsandığı üçüncü bir teminat grubu da vardır.

Özel sağlık sigortasında genel şartlara ek olarak genel şartlara ters düşmeyecek özel şartlar da sözleşmeye konulabilir. Sağlık Sigortası Genel Şartları en son 1 Temmuz 2006'da düzenlenmiştir.

Sağlık Sigortası Genel Şartları³

Teminat Kapsamı

Özel sağlık sigortasında teminat kapsamı; sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları halinde tedavileri için gerekli masrafları ile varsa gündelik tazminatları, bu genel şartlarla varsa özel şartlar çerçevesinde, poliçede yazılı meblağlara kadar temin eden bir kapsama sahiptir.

Teminat Dışı Kalan Haller

Aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları teminat dışında kalır: 1) Harp veya harp niteliğindeki harekât, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar, 2) cürüm işlemek veya cürme teşebbüs, 3) tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması, 4) esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı, 5) nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj, 6) Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve bu eylemlerden doğan sabotaj sonucunda oluşan veya bu eylemleri önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler sonucu meydana gelen biyolojik ve/veya kimyasal kirlenme, bulaşma veya zehirlenmeler nedeniyle oluşacak bütün zararlar, 7) sigortalının intihara teşebbüsü nedeniyle meydana gelebilecek hastalık veya yaralanma halleri ve 8) poliçe özel şartlarında düzenlenecek sair teminat dışı haller.

Aksine Sözleşme Yoksa Teminat Dışında Kalan Haller

Aksine sözleşme yoksa aşağıdaki haller nedeniyle sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ve/veya herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları sigorta teminatı dışındadır: 1) Deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması ve 2) Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler.

Sigortanın Coğrafi Sınırı

Sigortanın coğrafi sınırları poliçede belirtilir. Sigorta, poliçede başlama ve sona erme tarihleri olarak yazılan günlerde, aksi kararlaştırılmadıkça, Türkiye saati ile öğleyin saat 12.00'de başlar ve öğleyin saat 12.00'de sona erer.

³ Bu başlık ağırlıklı olarak Sağlık Sigortası Genel Şartları'na dayalı olarak hazırlanmıştır. Genel Şartların ismi 20.06.2006 tarihinde yürürlüğe girmek üzere değiştirilmiştir. Değişiklik öncesi şekli "Hastalık Sigortası Genel Şartları"dır. Bakınız; Hazine Müsteşarlığı 20.06.2006 tarih ve 32894 sayılı Sektör Duyurusu.

Sigorta Ettirenin Sözleşme Yapılırken Beyan Yükümlülüğü

Sigortacı, bu sigortayı sigorta ettirenin teklifname, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde yazılı beyanına dayanarak kabul etmiştir. Sigorta ettiren/sigortalı teklifname ve bunu tamamlayıcı belgelerde kendisine sorulan sorulara doğru cevap vermek ve rizikonun konusunu teşkil eden, rizikonun takdirine etkili olacak hususlardan kendisince bilinenleri de beyan etmekle yükümlüdür. Sigorta ettirenin/sigortalının beyanı gerçeğe aykırı veya eksikse, sigortacının sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektirecek hallerde; 1) sigorta ettirenin/sigortalının kasdı varsa, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeden cayabilir ve riziko gerçekleşmiş ise sigortalıya tazminatı ödemez. Cayma halinde sigortacı prime hak kazanır. 2) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmaz ise, sigortacı durumu öğrendiği tarihten itibaren bir ay içinde sözleşmeyi fesheder veya prim farkını almak suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren/sigortalı talep edilen prim farkını kabul etmediğini sekiz gün içinde bildirdiği takdirde sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafında iadeli tahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin/sigortalının tebellüğ tarihin takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin primi gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. 3) Cayma, fesih veya prim farkını isteme hakkı, süresinde kullanılmadığı takdirde düşer. 4) Sigorta ettirenin/sigortalının kasdı bulunmadığı takdirde riziko; a) sigortacı durumu öğrenmeden önce veya b) sigortacının fesih ihbarında bulunabileceği süre içinde veya c) bu ihbarın hüküm ifade etmesi için geçecek süre içinde gerçekleşirse, sigortacı tahakkuk ettirilen prim ile tahakkuk ettirilmesi gereken prim arasındaki oran dairesinde tazminattan indirim yapar.

Sigorta Süresi İçinde İhbar Yükümlülüğü

Sözleşmenin yapılmasından sonra teklifnamede, teklifname yoksa poliçe ve eklerinde beyan olunan hususlar değiştiği takdirde sigorta ettiren en geç sekiz gün içinde durumu sigortacıya ihbarla yükümlüdür. Sigortacı, değişikliği öğrendiği tarihten itibaren, bu değişiklik, sözleşmeyi yapmamasını veya daha ağır şartlarla yapmasını gerektiriyorsa, sekiz gün içinde; 1) sözleşmeyi fesheder veya 2) prim farkını istemek suretiyle sözleşmeyi yürürlükte tutar. Sigorta ettiren istenen prim farkını kabul etmediğini sekiz gün içinde bildirdiği takdirde, sözleşme feshedilmiş olur. Sigortacı tarafından iadeli taahhütlü mektupla veya noter vasıtası ile yapılan fesih ihbarı sigorta ettirenin tebellüğ tarihini takip eden beşinci iş günü saat 12.00'de hüküm ifade eder. Feshin hüküm ifade ettiği tarihe kadar geçen sürenin gün esası üzerinden hesap edilir ve fazlası geri verilir. Süresinde kullanılmayan fesih veya prim farkını isteme hakkı düşer. Değişikliği öğrenen sigortacı, sekiz gün içinde sözleşmeyi feshetmez veya sigorta primini tahsil etmek gibi sigorta sözleşmesinin aynen devamına razı olduğunu gösteren bir harekette bulunursa, fesih veya prim farkını talep etme hakkı düşer.

Sigorta Priminin Ödenmesi, Sigortacının Sorumluluğunun Başlaması ve Sigorta Ettirenin Temerrüdü

Sigorta priminin tamamının, primin taksitle ödenmesi kararlaştırılmışsa peşinatın (ilk taksit) akit yapılır yapılmaz ve en geç poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim veya peşinat ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz ve bu husus poliçenin ön yüzüne yazılır. Sigorta ettiren kimse, sigorta primini veya primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde peşinatını, sigorta poliçesinin teslim edildiği günün bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer ve prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden otuz gün içinde dahi ödemediği takdirde sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Prim ödenmemiş olmasına rağmen poliçenin teslimi ile sigortacının mesuliyetinin başlayacağını kararlaştırıldığı hallerde, bu bir aylık sürenin ilk onbeş gününde sigortacının sorumluluğu devam eder.

Primin taksitle ödenmesi kararlaştırıldığı takdirde, taksitlerin kesin ödeme zamanı, miktarı ve vadesinde ödenmemesinin sonuçları poliçe üzerine yazılır veya poliçe ile birlikte yazılı olarak sigorta ettirene bildirilir. Sigorta ettiren kimse, kesin vadeleri poliçe üzerinde belirtilen ya da yazılı olarak kendisine bildirilmiş olan prim taksitlerinin herhangi birini vade günü bitimine kadar ödemediği takdirde temerrüde düşer. Sigorta ettiren, prim borcunu temerrüde düştüğü tarihi takip eden onbeş gün içinde ödemediği takdirde sigorta teminatı durur. Rizikonun gerçekleşmemesi kaydıyla, teminatın durduğu süre

içinde prim borcunun ödenmesi halinde teminat durduğu yerden devam eder. Sigorta teminatının durduğu tarihten itibaren onbeş gün içerisinde prim borcunun ödenmemesi halinde, sigorta sözleşmesi hiç bir ihtara gerek olmaksızın feshedilmiş olur. Poliçenin ön yüzüne yazılması kaydıyla, rizikonun gerçekleşmesiyle henüz vadesi gelmemiş prim taksitlerinin sigortacının ödemekle yükümlü olduğu tazminat miktarını aşmayan kısmı, muaccel hale gelir. Bu madde uyarınca sigorta sözleşmesinin feshedilmiş sayıldığı hallerde, sigortacının sorumluluğunun devam ettiği süreye tekabül eden prim gün esaslı üzerinden hesap edilerek fazlası sigorta ettirene iade edilir.

Rizikonun Gerçekleşmesi Halinde Sigortalının Yükümlülükleri

Rizikonun gerçekleştiğinin ihbarı: Sigorta ettiren/sigortalı rizikonun gerçekleştiğini öğrendiği veya her halükarda haber vermeye muktedir oldukları tarihten itibaren sekiz gün içinde sigortacıya yazı ile bildirmeye mecburdur. Sigorta ettiren/sigortalı sözkonusu ihbarda kazanın veya hastalığın yerini, tarihini, nedenlerini bildirmek ve ayrıca tedaviyi yapan hekimden kaza veya hastalığın durumu ile bunun muhtemel sonuçlarını gösteren bir rapor alarak sigortacıya göndermekle yükümlüdür.

Tedaviye başlama ve gerekli önlemleri alma: Kaza veya hastalığı müteakip derhal tedaviye başlanması, yaralı veya hastanın iyileşmesi için gereken önlemlerin alınması şarttır. Sigortacı her zaman kazazedeyi veya hastayı muayene ve sağlık durumunu kontrol ettirmek hakkına haiz olup, bu muayene ve kontrollerin yapılmasına izin verilmesi zorunludur. Kazazedenin veya hastanın iyileşmesi hakkında sigortacının hekimi tarafından yapılacak kaza veya hastalık sonuçlarını doğrudan etkileyecek tavsiyelere uyulması da şarttır. Yukarıda belirtilen yükümlülükler; 1) kasden yerine getirilmediği takdirde poliçeden doğan haklar kaybolur ve 2) kusur sonucunda yerine getirilmediği ve bu nedenle kaza ve hastalık sonuçları ağırlaştığı takdirde sigortacı ağırlaşan kısımdan sorumlu olmaz. Sigorta ettiren veya sigortalı kaza veya hastalık sonucu ödenmesi gereken muayene, tedavi, ilaç ve hastane masraflarını gösteren belgelerin asıllarını veya asıllarından şüpheyi davet etmeyecek suretlerini tedaviyi yapan hekim veya hastanece doldurulacak şirket ihbar ve tedavi formları ekinde teslim etmekle yükümlüdür.

Masrafların Tesbiti

Özel sigorta, teminat altına alınan rizikoların gerçekleşmesi nedeniyle sigorta ettirenin varsa gündelik tazminat ile yapmış bulunduğu masrafları da poliçede yazılı limitlere kadar temin eder. Sigortacı aşağıda yazılı durumlarda yapılan masraflarla ilgili istekleri karşılamaz: 1) İşin gereği yapılmaması gereken masraflar ile özel bir anlaşmaya dayanarak ve makul miktarı aşan talepler ve 2) sigorta özel şartlarına aykırı masraf talepleri, Taraflar masraf miktarı üzerinde uyuşamadıkları takdirde, masraf miktarı varsa hekimlerin meslek kuruluşları tarafından belirlenecek yoksa uzman kişiler arasından seçilecek ve hakem-bilirkişi diye adlandırılan kişiler tarafından aşağıdaki hükümlere tabi olmak üzere tesbit edilir.

İki taraf tek hakem-bilirkişi seçiminde anlaşamadıkları takdirde, taraflardan her biri kendi hakem-bilirkişisini tayin eder ve bu hususu noter eliyle diğer tarafa bildirir. Taraflar hakem-bilirkişileri tayinlerinden itibaren yedi gün içerisinde ve incelemeye geçmeden önce, bir üçüncü tarafsız hakem-bilirkişi seçerek bunu bir tutanakla tesbit ederler. Üçüncü hakem-bilirkişi ancak taraf hakem-bilirkişilerinin anlaşamadıkları hususlarda sınırlar içerisinde kalmak ve bu kapsam içinde olmak kaydıyla karar vermeye yetkilidir. Üçüncü hakem-bilirkişi kararını ayrı bir rapor halinde verebileceği gibi, diğer hakem-bilirkişilerle birlikte bir rapor halinde de verebilir. Hakem-bilirkişi raporları taraflara aynı zamanda tebliğ edilir.

Taraflardan herhangi biri diğer tarafça yapılan tebliğden itibaren onbeş gün içerisinde hakem-bilirkişisini tayin etmez yahut taraf hakem-bilirkişileri üçüncü hakem-bilirkişisinin seçimi hususunda yedi gün içerisinde anlaşamazlar ise, taraf hakem-bilirkişisi veya üçüncü hakem-bilirkişi, taraflardan birinin talebi üzerine tedavi yerindeki ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkeme başkanı tarafından tarafsız ve uzman kişiler arasından seçilir.

Her iki taraf, üçüncü hakem-bilirkişinin bu kişi ister taraf hakem-bilirkişilerince, ister yetkili mahkeme başkanı tarafından seçilecek olsun sigortacının veya sigortalının ikamet ettiği veya tedavinin yapıldığı yer dışından seçilmesini isteme hakkını haizdirler ve bu isteğin yerine getirilmesi gereklidir.

Hakem-bilirkişi ölür, görevden çekilir veya reddedilir ise, ayrılan hakem-bilirkişi yerine yenisi aynı usule göre seçilir ve tesbit işlemine kaldığı yerden devam edilir. Sigortalının ölümü, tayin edilmiş bulunan hakem-bilirkişinin görevini sona erdirmez. İhtisas yokluğu nedeniyle hakem-bilirkişilere yapılacak itiraz, bu kişilerin öğrenildiğı tarihten itibaren yedi gün içinde yapılmadığı takdirde itiraz hakkı düşer.

Hakem-bilirkişiler, masraf miktarının tesbiti bakımından gerekli göreceklere delilleri; kayıt ve belgeleri isteyebilir ve tedavi yerinde incelemede bulunabilirler.

Hakem-bilirkişi veya hakem-bilirkişiler, ya da üçüncü hakem-bilirkişinin masraf miktarı hususunda verecekleri kararlar kesindir, tarafları bağlar. Bir hakem-bilirkişi kararına dayanmadan sigortacıdan tazminat istenemez ve sigortacıya dava edilemez. Hakem-bilirkişi ve kararlarına ancak, kararların açıkça gerçek durumdan önemli şekilde farklı olduğu anlaşılır ise itiraz edilebilir ve bunların iptali raporun tebliğ tarihinden itibaren bir hafta içinde, tedavi yerinde ticaret davalarına bakmaya yetkili mahkemeden istenebilir.

Taraflar tazminat miktarı hususunda anlaşmadıkça, alacak ancak hakem-bilirkişi kararı ile muaccel olur ve zaman aşımı kesin raporun taraflara tebliğ tarihinden evvel işlemeye başlamaz. Meğerki hakem-bilirkişilerin tayini ile Türk Ticaret Kanunu'nun 1292. maddesindeki ihbar süresi arasında iki yıllık süre geçmiş olsun.

Taraflar kendi hakem-bilirkişilerinin ücret ve masraflarını öderler. Üçüncü hakem-bilirkişinin ücret ve masrafları taraflarca yarı yarıya ödenir.

Masraf miktarının tesbiti, teminat verilen rizikolar, sigorta bedeli, sigorta değeri sorumluluğunun başlangıcı, hak düşürücü ve hak azaltıcı nedenler hususunda bu poliçede ve mevzuatta mevcut hüküm ve şartları ve bunların ileri sürülmesini etkilemez.

Tazminatın Sonuçları ve Sigortacının Halefiyet Hakkı

Sigortacı ödediğı tedavi masrafları dolayısıyla sorumlu üçüncü kişilere karşı ödediğı tutar kadar sigortalının yerine geçer.

Müşterek Sigorta

Tedavi masraflarının birden fazla sigortacı tarafından temin edilmiş olunması halinde, bu masraflar sigortacılar arasında teminatları oranında paylaşılır.

Sırların Saklı Tutulması

Sigortacı, sigorta ettiren/sigortalı hakkında öğreneceğı sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

Tebliğ ve İhbarlar

Sigorta ettirenin ihbar ve tebliğleri sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye, noter aracılığıyla veya yazılı olarak yapılır. Sigorta şirketinin ihbar ve tebliğleri de sigorta ettirenin poliçede gösterilen adresine, bu adreslerin değişmiş olması halinde ise sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acenteye bildirilen son adresine aynı suretle yapılır.

Yetkili Mahkeme

Sağlık sigortası poliçesinden doğan uyuşmazlıklar nedeniyle sigorta şirketi aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgâhının bulunduğu veya hasarın ortaya çıktığı, sigorta şirketi tarafından açılacak davalarda ise, davalının ikametgâhının bulunduğu yerin ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemesidir.

Zaman Aşımı

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün istemler iki yıllık zaman aşımına tabidir. Poliçelere, bu genel şartlara ve varsa bunlara ilişkin klostara aykırı düşmeyen özel şartlar konulabilir.

Özel Sağlık Sigortası Şirketlerinin Kullandığı Ödeme Yöntemleri

Türkiye’de mevcut durumda özel sağlık sigortası şirketleri, sağlık kurum ve kuruluşlarına ödeme yaparken, hizmet başı ödeme veya paket ödeme yöntemlerinden birisini veya ikisini bir arada kullanarak ödeme yapmaktadırlar.

Özel sağlık sigortalı kişinin aldığı sağlık mal ve hizmetlerinin bedelinin ödenebilmesi poliçe kapsamında yer almasına bağlıdır. Ayrıca eğer sigortalı kişinin ödenmesini talep ettiği sağlık mal ve hizmetleri, sigortalının önceden var olan bir sağlık probleminin bir sonucu ise önceden var olan bu sağlık problemi sigorta sözleşmesi esnasında sigorta şirketine beyan edilmediyse ya ödeme yapılmaz ya da poliçe sözleşmesi iptal edilir.

Sigortacılık Etik İlkeleri⁴

Etik İlkelerin Amacı

Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği (TSRŞB) **Sigortacılık Etik İlkelerinin** amacı; sigorta ve reasürans şirketlerinin, müşterileri, çalışanları, aracıları, kamu kurum ve kuruluşları ile olan ilişkilerinde ve kendi aralarındaki ilişkilerde izleyecekleri etik ilkeleri belirlemek ve bu ilkeler çerçevesinde sektöre yönelik mevcut kamuoyu güvenini daha da arttırmaktır.

Genel İlkeler

Sigorta ve Reasürans Şirketleri, eylem ve işlemlerinde aşağıdaki genel ilkeleri gözetirler.

Dürüstlük: Faaliyetlerini yerine getirirken tüm ilişkilerinde dürüstlük ilkesine bağlı kalırlar.

Tarafsızlık: Çalışanları ve müşterileri arasında ayırım gözetmez, önyargılı davranışlardan kaçınırlar.

Güvenilirlik: Tüm hizmet ve işlemlerde, müşterilerine, karşılıklı güven anlayışı içerisinde açık, anlaşılır ve doğru bilgi verir, müşteri hizmetlerini zamanında ve eksiksiz yerine getirirler.

Şeffaflık: Müşterilerine yapacakları bilgilendirmelerde, basit ve kolay anlaşılabilirliği gözetir, gerçekleştirdikleri faaliyetlere ilişkin olarak şeffaflığı mümkün olan en yüksek düzeyde tutarlar.

İnsan haklarına saygı: İnsan haklarına saygının sürdürülebilir bir toplum olmanın ön koşulu olduğunun bilinciyle, tüm faaliyetlerinde insan haklarını gözetirler.

Sosyal sorumluluk: Sosyal sorumluluk bilinciyle sosyal ve kültürel etkinliklere destek sağlamaya özen gösterirler.

Çevreye saygı: Gerçekleştirecekleri tüm faaliyetlerde çevrenin ve doğal kaynakların korunmasını gözetirler.

Şirketler Arası İlişkiler

Sigorta ve Reasürans Şirketleri, birbirleri ile olan ilişkilerinde aşağıdaki ilkeleri gözetirler.

Bilgi alışverişi: Mevzuat hükümleri çerçevesinde ve müşterilerin sırlarını ihlal etmemek kaydıyla, kendi aralarında her konuda dürüst ve sistematik bilgi alışverişini gerçekleştirirler.

Personel istihdamı ve sigorta aracıları: Personel istihdamı ve sigorta aracıları ile çalışma konusunda haksız rekabete yol açabilecek her türlü uygulamadan kaçınırlar. Eski çalışanları ve sigorta aracıları hakkında diğer sigorta ve reasürans şirketleri tarafından talep edilen bilgileri yanıtlarken objektif davranırlar. İşe alım aşamasında bilgi talep eden şirketlere, etik ilkelere uygun olmayan davranışları tespit edilen eski çalışanları hakkında gerekli bilgileri verirler.

⁴ Bu başlık Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği’nin Sigortacılık Etik İlkelerine (TSRŞB *tarihsiz*) dayalı olarak hazırlanmıştır.

Rekabet: Şirketler arasında sağlıklı ve yapıcı bir rekabet ortamının yaratılması için gayret gösterir, haksız rekabet oluşturan her türlü davranıştan kaçınırlar. Diğer şirketlere ilişkin olarak herhangi bir şekilde ellerine geçen mesleki bilgileri ilgili şirketlerin rızası olmaksızın alenileştirmekten kaçınır, bir şirketten diğerine geçen çalışanların, ayrıldığı şirkette edindiği iç ve dış bağlantıları bu şirket aleyhine kullanmaması için gerekli tedbirleri alırlar.

Duyuru, ilan ve reklamlar: Mali yapılarına ilişkin duyurularında, sigortacılık ürün ve hizmetlerinin tanıtım ve pazarlamasına ilişkin ilan ve reklamlarında, yasalara ve genel ahlaka uygun, dürüst ve gerçekçi davranır, mesleğin saygınlığına zarar verebilecek her türlü davranıştan kaçınırlar. Duyuru, ilan ve reklamlarında diğer şirketleri ve diğer şirketlerin ürün ve hizmetlerini kötüleyen nitelikteki ifade ya da ibarelere yer vermezler.

Şirketlerin Müşterileri İle İlişkileri

Sigorta ve Reasürans Şirketleri, müşterileri ile olan ilişkilerinde aşağıdaki ilkeleri gözetirler.

Müşterilerin bilgilendirilmesi: Sözleşme öncesinde ve sözleşmenin devamı esnasında, sundukları ürün ve hizmetlere ilişkin olarak, müşterilerine zamanında ve doğru bilgilendirmede bulunur, yanıltıcı veya eksik bilgi vermekten kaçınırlar. Müşterilerinin ihtiyaçlarına en uygun ürünleri tavsiye etmeye özen gösterirler ve tavsiye ettikleri ürünlerinin diğer ürünlerine göre avantaj ve dezavantajlarına ilişkin olarak müşterilerini bilgilendirirler.

Müşteri sırları ve güvenliği: Yetkili kişi ve mercilere yasal olarak verilmesi gereken bilgi ve belgeler, mevzuat dâhilinde gerçekleştirilen bilgi paylaşımı ve müşterilerin açık rızasının bulunduğu durumlar dışında, müşterilere ilişkin her türlü bilgi ve belgeyi gizli tutar ve özenle saklarlar. Her türlü hizmet ortamında işlem güvenliğinin sağlanmasına ve müşteri mağduriyetlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemleri alırlar.

Ayrımcılıktan kaçınma ve hizmet kalitesi: Aynı hizmet için, tüm müşterilerine aynı kalitede hizmet sunarlar ve bu hizmetleri sağlarken her türlü ayrımcılıktan kaçınırlar. Hizmet kalitesinin artması için gerekli altyapı çalışmalarını gerçekleştirirler. Ancak hedef pazarın belirlenerek, organizasyon yapısının ve ürün yelpazesinin hedef kitleye göre farklılaştırılması ya da riskli müşterilere farklı yaklaşımlarda bulunulması, müşteriler arasında ayırım yapılması olarak yorumlanmaz.

Müşteri şikâyetleri: Müşterilerinin şikâyetlerini incelemek, değerlendirmek ve sonuca bağlamak suretiyle yanıtlamak için kendi bünyelerinde bir yapı oluştururlar veya sektöre yönelik hizmet sunan bir yapıya dâhil olurlar. Ayrıca, müşteri şikâyetlerine neden olan hatalı uygulamaların düzeltilmesi ve yinelenmesinin önlenmesi amacı ile gerekli önlemleri alırlar.

Şirketlerin Çalışanları ve Sigorta Aracıları ile İlişkileri

Sigorta ve Reasürans Şirketleri, çalışanları ve aracıları ile olan ilişkilerinde aşağıdaki ilkeleri gözetirler.

Çalışanların ve sigorta aracılarının genel nitelikleri: Çalışanlarının ve sigorta aracılarının, sigortacılığın toplumdaki saygınlığını korumaya dikkat ederek çalışmalarına ve görevlerinin gerektirdiği bilgi, birikim ve sorumluluk duygusuna sahip kişilerden oluşmasına özen gösterirler.

İşe alma ve kariyer gelişimi: Gerek işe almada, gerekse kariyer gelişiminde, ırk, din, cinsiyet gibi ayrımlar gözetmez ve herkese eşit olanak sağlamaya özen gösterirler. İnsan kaynaklarını en iyi biçimde yönlendirme ilkesinden hareketle, çalışanlarının ve sigorta aracılarının çağın ve sigortacılık mesleğinin gerektirdiği bilgi düzeyine ulaşmasına eğitim, kurs, seminer ve benzeri olanaklar sağlamak suretiyle destek verirler. Çalışanlarının performans ve mesleki yükselmelerine ilişkin değerlendirmelerinde bilgi, yetenek ve kişisel başarı yanında, Sigortacılık Etik İlkeleri'ne bağlılık ve anılan ilkelerin uygulanmasındaki özeni de dikkate alırlar.

Temsil ilkeleri ve çalışma ortamı: Çalışanlarının, sigortacılık mesleğinin saygınlığına uygun görünüş ve davranışlarını teşvik ederler. Tüm hizmet birimlerinde çalışanlarının motivasyonunun artırılması ve daha iyi koşullarda hizmet sunulması yönünde önlemler alır, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının oluşturulmasını sağlarlar. İş yoğunluğuna uygun sayıda çalışan istihdamına özen gösterir, çalışanlarını mesai saatleri içerisinde maksimum verim alma yönünde organize eder, mesai saatleri dışına çıkılmaması ve çalışanlarının düzenli izin kullanmaları konularında azami çaba gösterirler. Çalışanlarının, müşterilerle etik ilkelerle bağdaşmayan ilişkilere girmelerini, mevcut veya potansiyel müşterilerden hediyeler almalarını, konumlarını kullanarak, gerek kendi iş ortamlarından gerekse müşterilerinin iş

olanaklarından kişisel çıkar sağlamalarını engelleyici iç düzenlemelerini gerçekleştirirler. Çalışanlarının tabi olduğu mevzuat hükümlerinden doğan haklarının zamanında ve eksiksiz olarak sağlanmasına özen gösterirler.

Şirketlerin Kamu Kurum ve Kuruluşları İle İlişkileri

Sigorta ve Reasürans Şirketleri, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile ilişkilerinde, dürüstlük ve şeffaflık ilkeleri doğrultusunda hareket eder, mevzuat gereği denetim ve kontrol amacıyla istenen bilgi, belge ve kayıtların doğru, eksiksiz şekilde ve zamanında iletilmesi konularına özen gösterirler.

Sigortacılık Etik İlkelerinin Geliştirilmesi

Sigorta ve Reasürans Şirketleri, etik ilkelerin geliştirilmesi ve gerektiğinde değişiklikler yapılmasını sağlamak üzere, her zaman Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği'ne önerilerini sunabilirler.



INTERNET

Özel Sağlık Sigortası ile ilgili olarak daha ayrıntılı bilgi için www.tsrbs.org.tr ve www.tsev.org.tr adreslerini ziyaret edebilirsiniz.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Tamamlayıcı sağlık sigortası, mevcut sosyal sağlık güvencesinin sağlamış olduğu temel teminat paketi üstüne özel sağlık sigortası piyasası koşulları çerçevesinde satın alınabilen bir özel sağlık sigortası uygulamasıdır. Özel sağlık sigortacılığının bir uygulama biçimi olan tamamlayıcı sağlık sigortası yaklaşık 20 yıldır, son 10 yıldır da yoğun bir şekilde Türkiye'nin gündeminde yer almaktadır. Nitekim 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe giren GSS Kanununda tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin iki temel hüküm de yer almaktadır. Bu hüküme göre; 1) “bu kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz” ve 2) “yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usul ve esaslar SGK'nın uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir” denilmektedir. İkinci hüküm henüz uygulanmamaktadır. Bu hükmün uygulanabilmesi için SGK'nın uygun görüş belirtmesi ve Hazine Müsteşarlığı'nın da tamamlayıcı sağlık sigortasına ilişkin usul ve esasları belirlemesi gerekmektedir.

Hazine Müsteşarlığı'nın 2009-2013 Stratejik Plan döneminde; tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortalarının başlatılması, özel emeklilik ile ilgili kurum ve kuruluşların aktüeryal denetiminin uygulamaya konulması, Türkiye için hayat ve ölüm düzeyi tabloları ile hastalık tablolarının oluşturulması suretiyle hem sigortacılık sektörü hem de sosyal güvenlik kurumları için son derecede önem arz eden bilgi altyapısının sağlanması hedeflenmiştir.



Türkiye’de tamamlayıcı özel sağlık sigortasının uygulanamamasının temel nedeni nedir?

Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları⁵

Seyahat sağlık sigortası bir özel sağlık sigortası ürünüdür.

Sigortanın Kapsamı

Seyahat sağlık sigortası ulaşım yollarından herhangi birisini kullanarak yurt içinde, yurt dışına veya yurt dışından Türkiye’ye seyahat edenleri, seyahatleri esnasında karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı koruyan bir özel sigorta türüdür.

Sigortacı, seyahat sırasında poliçenin geçerlilik tarihleri arasında meydana gelen bir kaza veya önceden mevcut bir duruma bağlı olmayan hastalık hali sonucunda, planlanan seyahat süresi dışında meydana gelmemesi kaydıyla, Sigortalıya, poliçede belirtilen teminatları sağlar.

⁵ 1 Mart 2006 tarihinde yürürlüğe giren Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları'na (Hazine Müsteşarlığı 2006) dayalı olarak hazırlanmıştır.

Sigortanın Süresi

Sigortanın süresi yurt dışına yapılan seyahatler için Türkiye sınırlarından çıkıldığının pasaportla tespit edildiği an başlar, Türkiye sınırlarına girildiğinin pasaportla tespit edildiği an sona erer. Yurt dışından yapılan seyahatler için sigorta süresi Türkiye sınırlarına girildiğinin pasaportla tespit edildiği an başlar yine ülke sınırları dışına çıkıldığının pasaportla tespit edildiği an sona erer. Yurt içinde yapılan seyahatlerde ise sigortanın süresinin başlangıcı ve bitişi sigorta poliçesinde belirtilir.

Asistan Kişi/Şirket

Seyahat Sağlık Sigortasında yer alan teminatlarla ilgili hizmetleri sigorta şirketleri verir. Seyahat sağlık sigortasında yer alan teminatlarla ilgili hizmetlerin verilmesi sigortacı tarafından gerektiğinde hizmet satın alma sözleşmeleri aracılığı ile asistan kişi/şirketlere devredilebilir.

Poliçe İptali

Seyahat sağlık sigortası satın alan kişi, seyahate gidemediği durumda poliçe başlangıç tarihinden en geç yirmidört saat önce haber vermek ve poliçeyi sigorta şirketine iade etmek kaydıyla poliçesini iptal ettirerek, ödediği sigorta primini geri alır.

Sunulacak Asgari Teminatlar

Sigortalının sigorta şirketinden almış olduğu poliçeler asgari olarak aşağıdaki teminatları içermek zorunda olup, sigorta şirketleri bu teminatlarla ilgili limitleri poliçede gösterirler.

Ani rahatsızlık ve hastalıklara ilişkin tıbbi tedavi teminatı: Sigortalının, bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması durumunda, Şirket; hastane, ameliyat ve tedavi masrafları ile, ilgili doktorun yazdığı ilaçların masraflarını poliçe limitleri dahilinde öder.

Sigortalının tedavinin verilebileceği en yakın sağlık kuruluşuna seyahati veya nakli: Sigortalının bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması durumunda, Şirket sigortalının tıbbi durumuna en uygun nakil aracıyla, en yakın sağlık kurum ve/veya kuruluşuna ulaşımını sağlar.

Bulunulan sağlık kurum ve/veya kuruluşunda hastaya yapılacak tedavi için gerekli donanım ve tıbbi ekip yoksa Şirket sigortalının tıbbi durumuna uygun başka bir sağlık kurum ve/veya kuruluşuna naklini sağlamakla yükümlüdür.

Sigortalının taburcu olduktan sonra ikametgah adresine nakli: Sigortalının bu poliçe kapsamındaki hastalık veya yaralanma sonucu tıbbi bir merkezde yatarak operasyon gerektiren tedavisinin sona ermesini takiben taburcu olması durumunda, seyahate devam edemeyeceğine ve ikametgah adresine dönüş için Sigortalının asıl seyahat için kullanmış olduğu taşıma aracını kullanamayacağına sigortalıyı tedavi eden doktor tarafından karar verilirse, Şirket, Sigortalıyı poliçe koşulları çerçevesinde sigortalıyı tedavi eden doktorun belirlediği ve sigortalının tıbbi durumuna en uygun nakil aracıyla ikametgah adresine nakli için gerekli giderleri karşılayacaktır.

Vefat eden sigortalının nakli: Sigortalının bu poliçe kapsamında aniden hastalanması veya yaralanması sonucu vefatı halinde Şirket; Cenazenin talep edilen adrese naklini temin eder ve oluşan masrafları öder.

Verilecek Ek Teminatlar

Sigorta şirketleri özel şartlarında asgari teminatlar dışında ek teminatlar da verebilir.

Prim Ödeme Şekli ve Ödenmemesinin Sonuçları

Sigorta priminin tamamının akit yapılır yapılmaz poliçenin teslimi karşılığında ödenmesi gerekir. Aksi kararlaştırılmadıkça, prim ödenmediği takdirde poliçe teslim edilmiş olsa dahi sigortacının sorumluluğu başlamaz.

Genel Koşullar

Herhangi bir talep halinde sigortacının tazminatı ödeme sorumluluğu ile sigortalının tazminat talep hakkı poliçenin koşullarına uymalarına bağlıdır.

Seyahat Sağlık Sigortası Poliçesi kapsamındaki talebi için Sigortalı:

1. Zararı asgariye indirmek için tüm makul tedbirleri alır.
2. Durumu Şirket ve/veya Asistan Kişi/Şirkete en kısa zamanda bildirir. Şirketin onayını alabilmek amacıyla, Şirkete ulaşamaması durumunda, sigortalı kendisine en yakın acil sağlık kurum ve/veya kuruluşuna gidebilir. Bu durumda, sigortalı aldığı hizmetler ve durumu ile ilgili bilgileri şirkete iletir. Sigortalı olayı gösteren orjinal belge ve makbuzları Şirkete ibraz etmekle yükümlüdür.
3. Şirkete hizmetin tam olarak verilebilmesi için gerekli tüm bilgi ve belgeleri (hastane raporu, reçeteler, medikal tetkik raporları, makbuzlar, faturalar vb.) temin eder.

Genel İstisnalar

Dolaylı ya da dolaysız olarak aşağıdaki durumlardan meydana gelebilecek vakalar seyahat sağlık sigortası kapsamı dışındadır.

- a. Poliçe kapsamında talepte bulunan Sigortalının hileli hareketleri,
- b. Sel, seylap, deprem, volkanik patlamalar, heyelan, fırtına ve meteor düşmesi gibi doğal afetler sonucu ortaya çıkan zararlar,
- c. Harp veya harp niteliğindeki hareket, ihtilal, isyan, ayaklanma ve bunlardan doğan iç kargaşalıklar,
- d. 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanununda belirtilen terör eylemleri ve sabotaj ile bunları önlemek ve etkilerini azaltmak amacıyla yetkili organlar tarafından yapılan müdahaleler,
- e. Nükleer rizikolar veya nükleer, biyolojik ve kimyasal silah kullanımı veya nükleer, biyolojik ve kimyasal maddelerin açığa çıkmasına neden olacak her türlü saldırı ve sabotaj,
- f. Silahlı kuvvetler veya güvenlik kuvvetleri veya örgütlerinin hareketi,
- g. Tehlikede bulunan kişileri ve malları kurtarmak hali müstesna, sigortalının kendisini bile bile ağır bir tehlikeye maruz bırakacak hareketlerde bulunması,
- h. Sigortalı'nın kasıtlı hareketleri,
- i. Tıbbi reçete dışında alınan alkol, ilaçlar, zehirli maddeler uyuşturucular veya tıbbi ürünlerin gönüllü tüketimi ile ortaya çıkan hastalıklar veya patolojik durumlar,
- j. Poliçenin geçerlilik tarihleri arasında, poliçe başlangıç tarihinden önce var olduğu, yetkili bir doktor tarafından tespit edilen tıbbi bir durum veya bu duruma bağlı olarak ortaya çıkan akut kriz,
- k. Doğuştan olan hastalıklar (gebelik esnasında oluşan veya genetik faktörlerden kaynaklanan hastalıklar),
- l. İntihar veya intihar teşebbüsü,
- m. Akıl hastalıkları, psikolojik rahatsızlıklar, salgın hastalıklar,
- n. Aşağıdaki sporların yapılması: Hangi türden olursa olsun her türlü yarış, ralli veya benzeri denemeler, olta balıkçılığı dışında av faaliyetleri, tüplü ve serbest derin dalışlar, umumi yolcu taşımacılığı yapmak amacıyla tasarlanmamış deniz araçlarıyla uluslararası sularda dolaşma, binicilik, dağcılık, atış talimleri, boks, ne türden olursa olsun güreş sporları, dövüşme sanatları, paraşütçülük, sıcak hava balonculuğu, serbest düşme, yamaç paraşütü ve genel olarak tehlikeli olduğu bilinen her türlü spor veya eğlence faaliyeti,

- o. Spor federasyonları veya benzeri organizasyonlar tarafından düzenlenen yarışlara veya turnuvalara katılma,
- p. Bununla ilgili bir teminat verilmesi konusunda açıkça mutabakata varılmadığı sürece kayak,
- q. Yolcu taşıma yetkisine sahip olmayan bir hava taşıtının ve helikopterlerin bir yolcu veya mürettebat sıfatıyla kullanılması, motorsiklet kullanımı ve
- r. Sigortanın kapsamına giren bir kaza neticesinde vuku bulmadığı takdirde suda boğulmalar.

Ancak, bu maddenin b, j, m, n, o, p ve s fıkralarında sayılan durumların özel şartlar ile teminat altına alınması mümkündür.

Birden Çok Sigorta

Sigortalı başka sigorta şirketleriyle aynı rizikolara karşı aynı süreye rastlayan başka sigorta sözleşmesi yapacak olursa bunu sigortacılara derhal bildirmekle yükümlüdür.

Birden fazla sigorta şirketi sözkonusu olduğunda tedavi masrafları sigorta şirketlerince poliçe tanzim önceliğine göre ödenir.

Tebliğ ve İhbarlar

Sigortalı bildirimlerini sigorta şirketinin merkezine veya sigorta sözleşmesine aracılık eden acenteye, noter eliyle veya taahhütlü mektupla yapar.

Sigortacı da bildirimlerini sigortalının poliçede gösterilen adresine veya bu adres değişmişse son bildirilen adresine aynı surette yapar.

Taraflara imza karşılığı elden verilen mektup veya telgrafla yapılan bildirimler de taahhütlü mektup hükmündedir.

Sırların Saklı Tutulması

Sigortacı ve sigortacı adına hareket edenler, bu sözleşmenin yapılmasından dolayı sigortalıya ait olarak öğreneceği sırların saklı tutulmamasından doğacak zararlardan sorumludur.

Yetkili Mahkeme

Bu sigorta sözleşmesinden doğan anlaşmazlıklar nedeniyle sigortacı aleyhine açılacak davalarda yetkili mahkeme, sigorta şirketi merkezinin veya sigorta sözleşmesine aracılık yapan acentenin ikametgahının bulunduğu yerde sigortacı tarafından açılacak davalarda ise davalının ikametgahının bulunduğu yerde ticaret davalarına bakmakla görevli mahkemedir.

Zaman Aşımı

Sigorta sözleşmesinden doğan bütün talepler iki yılda zaman aşımına uğrar.

Özel Şartlar

Sigorta şirketleri bu genel şartlara sigortalı aleyhine olmamak ve teminat kapsamını daraltmamak kaydıyla özel şartlar uygulayabilir.

Yürürlük

Bu Genel Şartlar 01.03.2006 tarihi itibarıyla yürürlüğe girmiştir.

TÜRKİYE'DE SAĞLIK GÜVENCESİNİN VE SAĞLIK SİGORTACILIĞININ GENEL DURUMU

2000 yılı itibarıyla sağlık sigortası kapsamında olan nüfus oranı %65 olmuştur. Buna göre 2000 yılında nüfusun %35'nin sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Ancak sağlık güvencesi olan nüfus oranı 2008 yılında %99,8 ve 2012 yılında ise %100 olmuştur. Türkiye'deki özel sağlık sigortalı kişi sayısı yaklaşık 1.500.000 kişidir ve bu rakam Türkiye nüfusunun yaklaşık %2'sine karşılık gelmektedir. Toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki payı 2003 yılında %5,3 iken bu oran 2008 yılı için %6,1 olmuştur. Bu oranlar yeni GSYİH hesaplamasına göredir. Eski GSYİH hesaplaması dikkate alındığında bu oranlar daha yüksek çıkabilmektedir. Örneğin 2008 yılı için bu oran %7,3 olmaktadır. Kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2008 yılında %73 olarak belirlenmiştir.

Türkiye'deki özel sigorta şirketlerinin 34'ü (2009 yılı için) diğer sigorta branşlarına ek olarak sağlık/hastalık branşında da hizmet vermektedir. Özel sağlık sigortası primleri toplamının özel sektörde üretilen toplam prim içindeki payı yıllar itibarıyla %10-13 arasında değişmektedir. 2009 yılı prim üretimi payı açısından sağlık/hastalık branşı; kara araçları (%25,19), kara araçları sorumluluk (%21,19) ve yangın ve doğal afetler (%18,17) branşlarından sonra dördüncü sırada (%13,33) yer almaktadır. Özel sağlık sigortalı kişi sayısı 2005 sonrası dönemde yıllar itibarıyla artış eğilimi göstermektedir. Türkiye'deki nüfusun 2005 yılında %1,4'nün özel sağlık sigortası varken, bu oran 2009 yılı için %2,0 olarak gerçekleşmiştir. Görüldüğü üzere özel sağlık sigortalı kişi sayısı göreceli olarak oldukça düşük düzeydedir. Özel sağlık sigortacılığında hasar/prim oranları da oldukça yüksektir. Bunun anlamı özel sağlık sigortacılığı branşı çok kar getirmeyen bir alan olmuştur. Bunun temel nedenleri arasında; sağlığın doğası gereği sigorta kabulü sürecinin rasyonel bir şekilde işlememesi, ahlaki tehlike, dinamik risk değerlendirememesi gibi nedenler yer almaktadır. Özel sigorta şirketleri bireysel özel sağlık sigortası poliçesine ek olarak grup özel sağlık sigortası poliçesi de satmaktadırlar.



Türkiye'de hem sosyal hem de özel sağlık sigortacılığının durumu ile ilgili olarak ayrıntılı bilgi için www.sgk.gov.tr, www.hazine.gov.tr, www.sbm.org.tr, www.sagmer.org.tr, www.tsrsb.org.tr, www.tsev.org.tr, www.tuik.gov.tr ve www.absaglik.com web adreslerini ziyaret edebilirsiniz.

Bilindiği üzere Türkiye AB ile 2005 yılından bu yana tam üyelik müzakerelerini yürütmektedir. Bu müzakereler neticesinde Türkiye AB'ye üye olur mu olmaz mı tartışması bir yana, gerek müzakere sürecinde ve gerekse de eğer müzakereler üyelik ile sonuçlanırsa bir AB üyesi ülke olarak Türkiye, genelde sigortacılık ile ilgili ve özelde ise sağlık sigortacılığı ile ilgili AB mevzuatına ve uygulamalarına uymak durumundadır.

AB ülkeleri kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigortalarının yanında özel sağlık sigortalarına da izin vermektedir; ancak ülkelerin sağlık sistemlerinde özel sağlık sigortalarının rolü, büyüklüğü ve işleyişi açısından önemli farklar bulunmaktadır. AB ülkelerinde özel sağlık sigortaları tek başına veya temel sağlık sigortası olarak kullanılmadığından bu sigortaları zorunlu sağlık sigortalarından bağımsız ele almak mümkün olmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortalarının ağırlıklı payı nedeniyle özel sağlık sigortası piyasaları da kamu tarafından finanse edilen zorunlu sigortaları düzenleyen kurallar doğrultusunda şekillendirilmektedir.

Bilindiği üzere AB dört özgürlük üzerine kurulu bir varlıktır: Malların, kişilerin, hizmetlerin ve sermayenin serbest dolaşımı. Bu çerçevede, sağlık sigortacılığı özellikle de hizmetlerin serbest dolaşımı kapsamında yer almakta olup ilgili AB mevzuatınca düzenlenmiştir. Bu bağlamda AB düzeyindeki sigortacılıkla ilgili düzenlemeler; 1) sosyal sağlık sigortacılığı açısından (AB sosyal güvenlik sistemlerinin koordinasyonu) ve 2) özel sağlık sigortacılığı açısından ortaya koymakta fayda vardır.

AB sosyal güvenlik sistemlerinin koordinasyonu: AB sosyal güvenlik sistemleri, üye ülkelerin yetki alanına girmekte olup, AB seviyesinde kapsamlı bir sosyal güvenlik mevzuatının varlığından söz etmek mümkün değildir. Ancak Birlik, kişilerin serbest dolaşımının önündeki engellerin kaldırılması ve Tek

Pazarın etkin işleyişinin sağlanması amacıyla, üye ülke sosyal güvenlik mevzuatlarının koordinasyonunu sağlamayı hedeflemiştir. Bu kapsamda Birlik, Sosyal Güvenlik Rejimlerinin İstihdam Edilenlere ve İstihdam Edilen Kişilerin Toplulukta Serbest Dolaşan Aile Bireylerine Uygulanmasına dair 1408/71 sayılı Tüzük ile, bu Tüzüğün uygulanmasını sağlayan 574/72 sayılı Tüzüğü kabul etmiştir. Söz konusu mevzuat, hastalık ve analık ödenekleri, maluliyet ödenekleri, yaşlılık aylıkları, dulluk aylıkları, iş kazaları ve meslek hastalıkları ödenekleri, ölüm aylıkları, işsizlik ödenekleri ve aile yardımları başlıkları altında sekiz sosyal güvenlik kolunu kapsamakta ve söz konusu sosyal güvenlik kolları AB tarafından detaylı bir şekilde tanımlanmaktadır. Mevzuat; ödeneklerden yararlanma, ödenekleri sürdürme veya ödenek miktarlarının hesaplanmasında, işçilerin farklı üye ülkelerde geçirdikleri tüm süreleri birleştirmeyi ve kişilerin sosyal güvenlik haklarını korumayı hedeflemektedir. Bu korumadan, bir veya birden fazla üye ülkenin mevzuatına tabi olan işçiler, serbest çalışanlar, bu kişilerin aile bireyleri ve geride kalan hak sahipleri yararlanmaktadır.

Özel sağlık sigortası: AB Tek Sigorta Piyasası; şirketlerin, ürünlerini AB içerisindeki tüm ülkelerde serbestçe satabildiği, tüketicilerin de, sigortacılık işlemleri için kendi yerleşik bulundukları ülke dışında herhangi bir üye devlet sigortacısına başvurabildiği, iç sınırların bulunmadığı bir alan olarak tanımlanmaktadır. AB Tek Sigorta Piyasası'nın iki temel hukuki dayanağı bulunmaktadır: 1) AT Antlaşması'nın yerleşme hakkına ilişkin başlığı: Bir üye devlet vatandaşı olan serbest meslek sahibi kişiler veya merkezleri, o üye devlette bulunan şirketler; diğer üye devletlerde ekonomik faaliyete başlayıp bu tip faaliyetler yürütebilirler, o ülke vatandaşları için belirlenen koşullardan farklı koşullara tabi tutulamazlar ve daimi olarak ikamet etmek hakkına sahiptirler. 2) AT Antlaşmasının hizmet sunumuna ilişkin başlığı: Bir üye devlet vatandaşı olan serbest meslek sahibi kişiler veya merkezleri, o üye devlette bulunan şirketler; diğer üye devletlerde hizmet sağlayabilirler ve o ülke vatandaşları için belirlenen koşullardan farklı koşullara tabi tutulamazlar.

Sonuç olarak, AB'ye üyelik sürecinin, Türkiye'nin hem sosyal hem de özel sağlık sigortacılığı üzerinde doğrudan ve dolaylı olarak etkileri olduğu/olabileceği belirtilebilir.



İNTERNET

Avrupa Birliği ve Türkiye – AB ilişkileri ile ilgili olarak ayrıntılı bilgi için www.europa.eu, www.abgs.gov.tr, www.ikv.org.tr ve www.absaglik.com web adreslerini ziyaret edebilirsiniz.



K İ T A P

AB sağlık politikaları ve sistemlerini ayrıntılı olarak inceleyebilmek ve karşılaştırmak için Hasan Hüseyin Yıldırım ve Türkan Yıldırım'ın İmaj Yayınevi'nden basılmış olan “Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye” (2011) adlı kitabını okuyabilirsiniz.

Özet

Bu bölümde, Türkiye'deki sağlık sigortacılığı; sosyal sağlık sigortacılığı (GSS) ve özel sağlık sigortacılığı ayırımı çerçevesinde ele alınmıştır.

Parçalanmış bir yapıya sahip finansman sisteminden kaynaklanan problemlerin üstesinden gelmek, tüm nüfusu kapsam içine alacak evrensel bir sağlık kapsamı güvencesi sağlamak ve sağlık güvencesi programlarını tek çatı altında birleştirmek için, Türkiye'de özellikle de son yirmi yılda yeni bir sosyal güvenlik kurumunun ve genel sağlık sigortası programının kurumsallaştırılmasına ve oluşturulmasına ilişkin artan bir niyet söz konusu olmuştur. Bu niyetler, 2006 yılı içinde SGK ve GSS programı kanunlarının kabulü ile sonuçlanmıştır.

1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla bazı istisnai nüfus grupları hariç Türkiye'de ikamet eden tüm nüfus açısından zorunlu hale gelen GSS'nin; gelirlerin elde edilmesi, havuzlanması ve hizmetlerin satın alınması fonksiyonları tek bir örgütsel yapıda, yani SGK bünyesinde bir arada yer almaktadır.

GSS'nin gelirleri SGK tarafından merkezi olarak toplanmaktadır. GSS; zorunlu, herkesi kapsayan ve kişilerin kapsanması da temelde Türkiye'de ikamet etme kriterine göre olmaktadır. Buna göre 1 Ocak 2012 tarihi itibarıyla aşağıda belirtilen nüfus kesimleri hariç olmak üzere Türkiye'de ikamet eden herkes zorunlu genel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. GSS'nin kapsamadığı nüfus kesimleri arasında; tutuklu ve hükümlüler, er, erbaş ve yedek subay okulu öğrencileri, yabancı bir ülkede sosyal sigortaya tabi olması nedeniyle sözleşmeli ülke adına sağlık yardımları karşılananlar, SGK'ya devir alınacakları tarihe kadar 5510 sayılı Kanunun geçici 20 nci maddesi kapsamındaki banka ve sigorta şirketlerinin sandıkları kapsamında bulunanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişiler, yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de kesintisiz olarak bir yıldan fazla ikamet etmeyenler, milletvekilleri ile Anayasa Mahkemesi Başkan ve üyeleriyle bunların emeklileri ile dul ve yetimleri yer almaktadır.

GSS'nin gelirleri üç ana katkı mekanizması ile sağlanmaktadır. Sigorta katkıları (primler), devlet katkıları (genel vergi gelirleri) ve kullanıcı katkıları (katkı payları). Gelirlerin havuzlanması SGK tarafından merkezi olarak gerçekleştirilmektedir. SGK tarafından toplanan gelirler, GSS'den sorumlu GSSGM'nin hesabına

aktarılmaktadır. Bu hesaptan da hizmet sunucularına belirlenen yöntem veya yöntemlere göre ödemeler gerçekleştirilmektedir.

GSS, SGK bünyesinde yer alan dört genel müdürlükten birisi olan GSSGM olarak organize olmuştur. Her ne kadar gelirlerin elde edilmesi ile ilgili olarak tekli bir sigorta yapısının bazı problemleri varsa da, tekli bir sigorta kurumu olarak SGK; finansal ve sağlık risklerinin daha iyi havuzlanması, hizmet sunucu davranışlarını daha iyi kontrol edebilmesi, duplikasyonları önleyen tek bir yönetsel ve enformasyon yapısına sahip olması gibi birçok avantaja sahiptir.

GSS Kanunu, temel teminat paketi kapsamındaki listeyi açıkça tanımlamaktadır. Bu liste kapsamlı sayılabilir. SGK tarafından **finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri** ise; 1) vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri, 2) SB'ce izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile SB'ce tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri ve 3) yabancı ülke vatandaşlarının; genel sağlık sigortalısı veya genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıkları olarak belirtilebilir.

Özel sağlık sigortası; kişilerin, tıbbi yardım, tedavi ve ilaç harcamalarına karşı teminat veren sigorta türüdür. Sigorta şirketlerinin tıbbi danışmanlarının onayı olmak kaydıyla sigortalının; ameliyat, uzun veya kısa süreli tedaviler, ameliyat veya tedaviye bağlı ilaç giderleri gibi tüm harcamaları, azami limitlerle tam veya muafiyet olarak karşılanmaktadır. Sigorta şirketlerinin uygulamalarında farklılıklar olmakla birlikte, periyodik olarak yapılan sağlık kontrolleri, herhangi bir tıbbi nedeni olmaksızın ve buna benzer harcamalar genel olarak teminat harici tutulmaktadır.

Türkiye'de özel sigorta şirketlerinin sattığı temel teminatlardan birisi de seyahat sağlık sigortası olmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortasına geçilmek için çalışmalar sürdürülmektedir.

Kendimizi Sınavalım

1. Türkiye’de GSS’ye ilişkin ilk kapsamlı çalışma hangi yıl başlatılmıştır?

- a. 1961
- b. 1989
- c. 1978
- d. 1990
- e. 2000

2. GSS hangi tarihte yürürlüğe girmiştir?

- a. 1 Ekim 2008
- b. 16 Mayıs 2006
- c. 1 Kasım 2007
- d. 1 Ocak 2012
- e. 1 Mart 2010

3. GSS hangi tarihte belirli nüfus grupları hariç herkes için zorunlu hale gelmiştir?

- a. 1 Ekim 2008
- b. 16 Mayıs 2006
- c. 5 Kasım 2009
- d. 1 Ocak 2012
- e. 17 Haziran 2011

4. Aşağıdakilerden hangisi GSS’nin ana gelir kaynağıdır?

- a. Genel vergiler
- b. Katkı payları
- c. Sosyal primler
- d. Özel primler
- e. Hibeler

5. GSS kapsamında ödenmesi gereken prim çalışan kişinin esas kazancının yüzde kaçıdır?

- a. %10
- b. %12
- c. %7,5
- d. %5
- e. %12,5

6. Aşağıdakilerden hangisi GSS kapsamında kullanılan kullanıcı katkısı biçimidir?

- a. Prim
- b. Maaş
- c. Hizmet başı
- d. Kişi başı
- e. Sigortalı payı

7. Türkiye’deki sosyal sağlık sigortacılığı programının adı nedir?

- a. SGK
- b. SB
- c. ÇSGB
- d. GSS
- e. Maliye Bakanlığı

8. SGK kendisine kayıtlı vatandaşlar adına özel hastanelerden hizmetleri hangi mekanizma aracılığı ile almaktadır?

- a. Götürü bedel
- b. Rastgele
- c. Sözleşme
- d. Acil hallerde
- e. Diğer

9. Özel sigorta şirketlerinin sağlık poliçeleri hangi ortak şartları karşılamalıdır?

- a. Sigortalının şartları
- b. Sağlık sigortası genel şartları
- c. Hizmet sunucularının şartları
- d. Hizmet alıcılarının şartları
- e. Seyahat sağlık sigortası genel şartları

10. Aşağıdakilerden hangisi özel sigortacılık genel etik ilkeleri arasında yer almaz?

- a. Dürüstlük
- b. Tarafsızlık
- c. Güvenilirlik
- d. Şeffaflık
- e. Rekabet

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. **b** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
2. **a** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
3. **d** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
4. **c** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
5. **e** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
6. **e** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
7. **d** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
8. **c** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı: Genel Sağlık Sigortası” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
9. **b** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Özel Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
10. **e** Yanıtınız yanlış ise “Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

Evet doğrudur, SGK’nın tekelsel bir yapısı vardır. Bilindiği üzere 2006 yılında kurulan SGK bütün sosyal güvenlik programlarını ve kurumlarını tek çatı altında birleştirmiştir.

Sıra Sizde 2

Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanabilmesi için GSS Kanununun “yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esaslar SGK’nın uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir” hükmü gereğince Hazine Müsteşarlığı’nın gerekli usul ve esasları belirlemesi gerekmektedir. Bu usul ve esaslar henüz belirlenmediği için Türkiye’de tamamlayıcı özel sağlık sigortası uygulanamamaktadır.

Yararlanılan Kaynaklar

- Carrin, G. and James, C. (2005). Key Performance Indicators for the Implementation of Social Health Insurance. **Applied Health Economics and Health Policy**, 4: 15-22.
- Demir, M. (2009). Global Bütçe. **Medimagazin** (www.medimagazin.com.tr, 31.08.2009).
- Hazine Müsteşarlığı. (1990). **Sağlık Sigortası Genel Şartları**. Yürürlük Tarihi: 10 Ekim 1990 (Güncelleme: 2006). Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. Ankara.
- Hazine Müsteşarlığı. (2006). **Seyahat Sağlık Sigortası Genel Şartları**. Yürürlük Tarihi: 1 Mart 2006. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı. Ankara.
- Hazine Müsteşarlığı. (2011). **2010 Yılı Sigortacılık Sektörü Piyasa Analiz Raporu**. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Ankara.
- İKV. (tarihsiz). **Avrupa Birliği'nin Sosyal Politikası**. (www.ikv.org.tr).
- Koç, A. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Ücretlendirilmesinde Götürü Ödeme Sistemi. **Medimagazin** (www.medimagazin.com.tr, 11.04.2011).
- Mossialos, E. and Dixon, A. (2002). Funding Health Care: An Introduction. In: Mossialos, E. et al. (Eds). **Funding Health Care: Option for Europe**. European Observatory on Health Care Systems and Policies. WHO, Copenhagen. Chapter One: 1-30.
- Mossialos, E. and Thomson, S. (2004). **Voluntary Health Insurance in the European Union**. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Orhaner, E. (2000). **Türkiye'de Sağlık Sigortası**. Gazi Kitabevi. Ankara.
- Özşar, B. (2006). **15 Soruda Avrupa Birliği ve Avrupa Birliği Tek Sigorta Piyasası**. Türkiye Sigorta ve Reassürans Şirketleri Birliği Yayın No: 20, İstanbul.
- Resmi Gazete. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Tarih: 27/09/1982, Sayı: 2709, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2006). Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu. Tarih: 20/5/2006, Sayı: 26173, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Tarih: 16/6/2006, Sayı: 26200, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2008). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Tarih: 8/5/2008, Kanun No: 5754, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2010). Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği. Tarih: 16/6/2006, Sayı: 26200, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2010). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (Güncelleme Tarihi: 7/3/2012). Tarih: 25/3/2010, Sayı: 27532, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2011). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname. Tarih: 2/11/2011, Sayı: 28103, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2011). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Hükmünde Kararname. Tarih: 2/11/2011, Sayı: 28103, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2011). Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik. Tarih: 28/11/2011, Sayı: 28156, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Resmi Gazete. (2012). Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Tarih: 29/2/2012, Sayı: 28219, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2003). **Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. (2012). **Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına İlişkin Soru ve Cevaplar**. Sosyal Güvenlik Kurumu (www.sgk.gov.tr), Ankara.
- Tatar, M. et al. (2011). Turkey: Health System Review. **Health Systems in Transition**. European Observatory on Health Systems and Policies, 13(6): 1-186.

TSRŞB. (tarihsiz). **Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği Sigortacılık Etik İlkeleri**. Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, İstanbul (www.tsrsb.org.tr).

Yıldırım, H.H. and Yıldırım, T. (2011). Health Care Financing Reform in Turkey: Context and Salient Features. **Journal of European Social Policy**, 21(2): 178-193.

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2011). **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**. Gözden Geçirilmiş ve Genişletilmiş İkinci Baskı, İmaj Yayınevi, Ankara.

Yıldırım, H.H., Yıldırım, T. ve Erdem, R. (2011). Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirmesi. **Amme İdaresi Dergisi**, 44(2): 71-98.

www.absaglik.com

www.hazine.gov.tr

www.medimagazin.com.tr

www.sagmer.org.tr

www.sbm.org.tr

www.sgk.gov.tr

www.tsev.org.tr

www.tsrsb.org.tr

www.tuik.gov.tr

8

Amaçlarımız

Bu üniteyi tamamladıktan sonra;

- 👁️ Türkiye'nin sağlık finansman mekanizması konusunda doğru tercihi yapıp yapmadığını tartışabilecek,
- 👁️ GSS'nin sağlık politikası amaçları açısından değerlendirilmesini yapabilecek,
- 👁️ GSS'nin başarısını etkileyen faktörleri ifade edebilecek,
- 👁️ Özel sağlık sigortacılığının değerlendirilmesini açıklayabilecek

bilgi ve becerilere sahip olabilirsiniz.

Anahtar Kavramlar

- | | |
|------------------------------|-----------------------------------|
| 🔑 Genel Sağlık Sigortası | 🔑 Finansal Sürdürülebilirlik |
| 🔑 Sağlık Politikası Amaçları | 🔑 Verimlilik |
| 🔑 Herkesi Kapsama | 🔑 Memnuniyet |
| 🔑 Hakkaniyet | 🔑 Politik Ortam ve Ekonomik Ortam |
| 🔑 Erişim | 🔑 Özel Sağlık Sigortası |

İçindekiler

- ❖ Giriş
- ❖ Sosyal Sağlık Sigortacılığın Değerlendirilmesi
- ❖ Özel Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi

Türkiye’deki Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi

GİRİŞ

Altıncı ve yedinci bölümlerde ayrıntılı bir şekilde ele alındığı üzere, 2003 yılından bu yana gerçekleştirilmeye çalışılan Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformları (SDSGR) kapsamında oluşturulan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve SGK’nın bir programı olan Genel Sağlık Sigortası (GSS) ile Türkiye’de nüfusun yalnızca üçte ikisini kapsayan çoklu sigorta programlarından oluşan bir sağlık finansmanı sisteminden, tüm nüfusa geniş bir yelpazedeki sağlık hizmetlerine erişimi güvence altına almayı amaçlayan tekli yapıdaki finansman sistemine geçiş öngörülmüş ve bu geçiş önemli ölçüde tamamlanmıştır.

Bu bölümde ağırlıklı olarak GSS programı olmak üzere Türkiye’deki sağlık sigortacılığı genel bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır. GSS değerlendirmesi iki ana kulvar ekseninde gerçekleştirilmektedir. Bu eksenlerden birincisi, üçüncü bölümde yer verilen sağlık finansman yöntemlerini değerlendirme kriterleri, yani sağlık politikası amaçları (herkesi kapsama, dayanışma, hakkaniyet gibi) olmaktadır. İkinci eksen ise, GSS’nin uygulamasını etkileyen ortamsal (contextual) faktörler, yani, politik ve sosyo-ekonomik faktörler olmaktadır. Türkiye’deki özel sağlık sigortacılığı ise genel bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadır.

Her ne kadar GSS Kanununun kabulü 2006 yılında olmuş ise de, bilindiği üzere uygulaması 2008 yılında başlamıştır. Dolayısıyla GSS’nin yaklaşık üçbuçuk yıllık uygulama sonuçları dikkate alınarak sağlık finansmanı politika amaçları bağlamında bir değerlendirme yapmak mümkündür. GSS uygulama süreci ve sonuçları ile SDSGR öncesi dönemdeki sağlık finansmanı programlarını ve uygulamalarını karşılaştırmanın GSS’nin farklılığını daha net bir şekilde ortaya koymak açısından önem arz etmektedir. Dolayısıyla yer yer GSS öncesi döneme ilişkin değerlendirmeler de ortaya konulmaktadır.

GSS’nin başarısı uygulama sürecinde zorlukları yönetme ve ortamsal faktörlere adaptasyon yeteneğine veya becerisine bağlı olmaktadır. Bu bağlamda GSS’nin başarısını belirleyen temel unsurlar arasında; ülkenin ekonomik ve politik ortamı, yatırım ve iş gücü piyasası, sağlık sisteminin yönetimi, sosyal tarafların katılımı ve memnun edilmesi ve ilgili diğer sağlık reformları yer almaktadır. Örneğin, GSS’nin başarısının bir kısmı aile hekimliği ile ilgili reformların gerçekleştirilme düzeyine de bağlıdır.

Bu bağlamda bu bölümde Türkiye’deki sağlık sigortacılığı değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır. Bu amaçla; Türkiye’nin sağlık finansman yöntemi konusunda doğru tercihi yapıp yapmadığı tartışılmakta yapılmakta, Türkiye’deki sosyal sağlık sigortacılığının değerlendirilmesi anlamında GSS, sağlık finansman politikası amaçları açısından incelenmekte ve GSS’nin başarısı/başarısızlığı güçlükler ve ortamsal faktörler açısından ele alınmaktadır. Ayrıca Türkiye’deki özel sağlık sigortacılığı çok genel olarak değerlendirilmektedir. Bu bölümün sonunda özellikle de özel sigortacılıkta kullanılan kavramlara ilişkin bir sözlüğe de yer verilmektedir.

SOSYAL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye, Sağlık Finansmanı Yöntemi (Mekanizması) Konusunda Doğru Tercih Yaptı mı?¹

GSS yaklaşık olarak elli yıldır (son elli yılda daha da yoğun bir şekilde olmak üzere) gerek iktidardaki politik aktörler ve gerekse de ilgili diğer aktörler tarafından öncelikli ve ağırlıklı bir finansman mekanizması seçeneği olarak sürekli bir şekilde Türkiye sağlık politikası gündeminin üst sıralarında tutulmuştur. 2006 yılında SGK ve GSS yasalarının kabul edilmesi ve 1 Ekim 2008 tarihinde de GSS'nin fiili olarak uygulanmaya başlaması ile birlikte Türkiye, zaten var olan ancak parçalı bir yapıda olan sosyal sigortadan yana tercihini ortaya koymuştur. Bu noktada GSS ile ilgili ayrıntılara geçmeden önce, GSS'nin Türkiye açısından doğru bir tercih olup olmadığını kısaca sorgulamakta yarar vardır. Çünkü sınırlı da olsa başta genel vergiler olmak üzere alternatif finansman yöntemleri halen bazı kesimlerce ön plana çıkarılmaya çalışılmakta, bu kesimler Türkiye'deki sağlık finansmanının primler yoluyla sürdürülemeyeceğini, ağırlığın bütçeye yüklenmesi gerektiğini tartışmaktadırlar. Hatta özel sağlık sigortacılığının Türkiye sağlık sistemi finansmanındaki rolünün artırılması gerektiğine inananlar da mevcuttur.

Üçüncü bölümde ele alındığı üzere genel olarak belirtmek gerekirse, ağırlıklı olarak dört ana finansman mekanizması söz konusudur. Bunların içerisinde de genel vergiler ve sosyal sağlık sigortası yöntemleri ön plana çıkmaktadır.

1. **Genel vergiler:** Sağlık hizmetlerinin finansmanı ağırlıklı olarak genel vergilerden karşılanıyorsa söz konusu sağlık sistemi Beveridge sağlık modeli/sistemi olarak adlandırılmaktadır.
2. **Sosyal sağlık sigortası:** Sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak sosyal primler kullanılıyorsa söz konusu sağlık sistemi Bismarck sağlık sistemi/modeli olarak adlandırılmaktadır.
3. **Özel sağlık sigortası:** Sağlık hizmetleri finansmanında ağırlıklı olarak özel primlerin kullanılması durumunda söz konusu sağlık sisteminin özel sağlık sigortası ile finanse edildiği belirtilir.
4. **Doğrudan cepten yapılan harcamalar:** Sağlık harcamalarının doğrudan bireylerin ceplerinden ödendiği mekanizmadır. Bilindiği üzere doğrudan cepten harcamaların üç çeşidi vardır: 1) Katkı payları, 2) doğrudan ödemeler ve 3) enformal ödemeler.

Öncelikle şunu belirtmek gerekir ki dünyada sağlık hizmetleri talebinin finansmanını tümüyle doğrudan cepten yapılan harcamalardan karşılayan bir ülke örneği bulunmamaktadır. Nitekim pazar ekonomisinin merkez üssü olan Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bile sağlık hizmetlerinin talebinin finansmanının tümü doğrudan cepten yapılan harcamalardan oluşmamakta, yaklaşık olarak %40'ı kamu kaynaklarından sağlanmaktadır. ABD sağlık sistemi ağırlıklı olarak özel sağlık sigortası mekanizması ile finanse edilmektedir. Daha önce de değinildiği üzere, genel vergi mekanizması ile sosyal sağlık sigortası mekanizmasının birbirlerine göre göreceli olarak üstün ve zayıf yanları vardır. Bir ülkede hangi finansman mekanizmasının kullanılacağı ise o ülkenin ekonomik, tarihsel, teknolojik ve benzeri gibi değişkenlerine bağlı olarak şekillenmektedir. Gelişmiş batı toplumlarında veya Türkiye'nin üyesi olmaya çalıştığı Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde temelde genel vergiler veya sosyal sağlık sigortası ağırlıklı finansman mekanizmalarından birisi kullanılmaktadır.

Bölüm 6'da ele alındığı üzere, Türkiye sosyal devlet olmanın gereği çerçevesinde; SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart gibi finansman mekanizmalarını kurmuştur. SDSGR'nin hedeflerinde de belirtildiği üzere herkesin sağlık güvencesine kavuşturulması ve tüm sağlık sigortası programlarının tek çatı altında birleştirilmesi için girişilen arayışlar sonucunda Türkiye, genel vergiler mekanizması ile GSS arasındaki tercihini GSS yönünde yapmıştır. Peki, bu tercih Türkiye koşullarında doğru bir tercih miydi

¹ Bu başlık ağırlıklı olarak Yıldırım'a (2012) dayalı olarak hazırlanmıştır.

veya doğru bir tercih midir? Türkiye’de ağırlıklı olarak genel vergiler yoluyla sağlık hizmetlerinin finansmanı sağlansaydı daya uygun olmaz mıydı?

Yukarıda da değinildiği üzere genel olarak bir ülkedeki ağırlıklı sağlık finansman mekanizması tercihi; ülkenin tarihsel arka planı, sağlık politikası gelenekleri ve dinamikleri, sosyo-ekonomik durumu ve kültürü gibi faktörlerce belirlenmektedir. Bu bağlamda ele alındığında, Türkiye’nin sağlık finansman mekanizması olarak sosyal primleri (GSS) tercih etmiş olması çok da sürpriz olmamıştır. Çünkü parçalı da olsa Türkiye’de ağırlıklı bir sosyal sigorta pratiği ve kültürü vardı zaten.

İkinci olarak, sağlık finansman yöntemi tercihinde göz önünde bulundurulması gereken hususlardan birisi de, sağlık finansman mekanizmalarını sağlık politikası amaçları açısından değerlendirmek ve en avantajlı olan yöntemi veya yöntemleri seçmek olmaktadır. Daha önce de değinildiği üzere sağlık politikası amaçları arasında; herkesi kapsama, hakkaniyet, dayanışma, sürdürülebilirlik, kalite ve verimlilik gibi amaçlar yer almaktadır.

Siyaseten tercih bir yana, bir sağlık sisteminin ağırlıklı olarak genel vergilerden sağlık politikası amaçlarını sağlar/karşılar (özellikle de *hakkaniyet* ve *dayanışma* başta olmak üzere) bir biçimde (nitelikte) finanse edilebilmesi için üç ana koşulun yerine getirilmiş olması gerekmektedir. Bunlar:

1. Ülkenin vergileme sistemi adaletli olmalı (vergide adalet ilkesi),
2. Ülkenin genel refah düzeyi yüksek olmalı ve bu dengeli dağılmış olmalı ve
3. Genel bütçe tahsisatında sağlık geleneksel olarak öncelikli bir yere sahip olmalı.

Bu üç kıstas çerçevesinde Türkiye’nin durumu tahlil edildiğinde pek iç açıcı bir durumla karşılaşmamaktadır. Bilindiği üzere mevcut durumda Türkiye’deki vergileme sistemi adaletli değildir ve toplanması kolay olduğundan dolaylı vergiler ön plandadır. Vergilemenin mevcut yapısı nedeniyle genellikle çok kazananlardan az, az kazananlardan çok vergi alınmaktadır. Dolayısıyla genel vergiler yoluyla sağlık hizmetleri finansmanında az kazanan toplum kesimleri (yoksullar) çok kazanan toplum kesimlerinin (zenginlerin) sağlık hizmetlerini finanse etmiş olacaktırlar ki bu durum büyük bir hakkaniyetsizlik doğurur ve dayanışma mantığına da aykırıdır.

Vergi adaletinin (gelir endeksli - az kazananlardan az, çok kazananlardan çok vergi alınması) henüz kabul edilebilir düzeyde sağlanmadığı ve hemen hemen tüm az gelişmiş ülkelerde tipik olarak rastlanan olgudan dolayı genel vergi gelirlerine dayalı bir sağlık finansmanının evrensel sağlık güvencesi sağlanmasına yönelik olarak kullanılması adalet ilkesini daha da zedeler nitelik kazanabilir. Tanım gereği adaletsiz, yani az kazananların çok kazananlara göre daha yüksek oranlarda katkı sağladığı kamu finans havuzundan az gelirli/çok gelirli ayırımı yapılmaksızın herkesin kullanımına sunulan sağlık hizmetleri, az kazananların sırtından çok kazananlara sağlık hizmeti sunmak gibi bir sonuç doğurabilir.

Son yıllarda bir iyileşme sağlanmasına karşın, Türkiye’nin genel refah düzeyi göreceli olarak düşüktür. Bu düşüklüğün yanında bir de adaletsiz gelir dağılımı mevcuttur. Sağlık hizmetleri talebinin finansmanını genel vergilerden sağlayan ülkeler incelendiğinde bu ülkelerin istisnalar hariç kişi başı gelirleri ortalama 25.000 ABD Doları civarında ve gelir dağılımının da göreceli olarak oldukça adaletli olduğu göze çarpmaktadır. Ortalama milli gelirin 10.000 ABD Doları civarında olduğu ve de adaletsiz dağıldığı Türkiye’de genel bütçe kaynaklarından (genel vergi gelirlerinden) sağlık hizmetleri talebinin ağırlıklı finansmanının sağlanması pek adaletli görünmemektedir.

Ayrıca geleneksel olarak Türkiye’de SB’nin genel bütçeden aldığı payı veri olarak aldığınızda görülecektir ki sağlığın genel bütçe kalemleri arasındaki önceliği de oldukça düşük düzeydedir. Birçok ülkede olduğu gibi Türkiye’de de kamu gelirlerinin büyük bir çoğunluğu sağlık dışı alanlar (örneğin savunma gibi) için kullanılmaktadır. Genel vergi gelirlerinin sağlık sektörü için en güvenilir finansman kaynağı olmadığı belirtilmektedir. Çünkü bütçe tahsis edilirken sağlık sektörüne verilen politik öncelik genellikle düşük düzeyde olmaktadır. Genel vergi gelirleri yoluyla sağlık finansmanında karşılaşılabilecek en önemli sorunlardan biri sağlık sektörünün her zaman diğer sektörlerle fon için rekabet içinde olacağıdır. Toplumsal ve politik önceliklerin sağlığı ön plana çıkaramadığı durumlarda finansman sıkıntıları yaşanabilir.

Bu verilerden hareketle, Türkiye’de mevcut durumda sağlık sisteminin ağırlıklı olarak genel vergilerle finanse edilmesinin hakkaniyeti, herkesi kapsamayı ve ulaşılabilirliği olumsuz yönde etkileyebileceğini, tartışılmakla birlikte, belirtmek mümkündür. Bundan dolayıdır ki, eğer genel vergi gelirleri ağırlıklı bir finansman yöntemi uygulanmak isteniyorsa öncelikle vergilemede adaletin sağlanması gerekmektedir.

Doğrudan cepten ödemeler ile özel sağlık sigortası mekanizmalarının doğaları gereği sağlık politikası amaçlarını karşılamakta yetersiz kaldığı herkes tarafından kabul gören bir gerçektir. Geriye “sosyal sağlık sigortası” mekanizması kalmaktadır. Zaten Türkiye’de parçalı olsa da sigorta ağırlıklı bir sağlık hizmetleri talebi finansmanı söz konusu idi (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı gibi). Ancak bu mekanizmaların derlenip toparlanmasında yarar görülmekteydi ve bu nedendir ki yıllar sonra GSS Kanunu kabul edilerek 16 Haziran 2006 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. GSS Kanunu 1 Ekim 2008 tarihinde de yürürlüğe girmiştir. 1 Ocak 2012 tarihinde de herkesi kapsama konusunda zorunlu hale gelmiştir.

Genel Sağlık Sigortası: Sağlık Finansman Politikası Amaçları Açısından Bir Değerlendirme

GSS’nin yürürlüğe girmesi Türkiye’nin sağlık reformu tarihinde önemli bir dönüm noktasıdır. Bu yüzden, her ne kadar da şu aşamada GSS’nin gerçek etkilerini şimdiden değerlendirmek tam olanaklı değilse de, GSS’nin performansı; GSS kanunun ve ilgili diğer mevzuatın içeriği ve yaklaşık dört yıllık bir uygulama geçmişi dikkate alınarak sağlık finansman politikası amaçları açısından değerlendirilebilir. Aşağıda bu değerlendirmeler yapılmaktadır. Ancak bu değerlendirmeler yapılırken GSS’nin uygulanmaya başlandığı tarih olan 1 Ekim 2008 tarihi öncesi dönem de dikkate alınarak bir değerlendirme yapmakta fayda vardır. Bu ise, GSS öncesi ile GSS sonrası dönemleri politika amaçları açısından karşılaştırma fırsatı yaratmaktadır.

Finansal Sürdürülebilirlik

Uzun vadede hizmet sunumunun ve sağlık bakımının sürekliliğinin sağlanmasında kritik bir öneme sahip olan finansal sürdürülebilirlik, çok genel olarak belirtmek gerekirse, seçilen ağırlıktaki finansman mekanizması kullanılarak elde edilen gelirlerle sağlık giderlerinin karşılanabilmesi anlamına gelmektedir. Türkiye’de GSS reformunun ana nedenlerinden birisi de var olan önceki finansman mekanizmalarının sürdürülebilir olmayan yapıları olmuştur. Bu ise ağırlıklı olarak sigorta primlerinin düzenli ve yeterli bir şekilde toplanamaması ile ilişkilidir. Bu yüzden, eski sistemde finansal bir açık her zaman var olmuştur. Örneğin Bağ-Kur ve Emekli Sandığı’nın 2005 yılındaki açıkları toplam harcamaların sırasıyla %47,1’i ve %64’i olmuştur. Bu açıkların kapatılması için genellikle vergi gelirleri kullanılmıştır. Bu durum ise, bireysel sigorta kuruluşlarının yıllarca açık vermelerini ve bu açıkların devlet tarafından sübvansede edilmesini ve böylelikle ayakta kalmalarını da beraberinde getiren bir durum ortaya çıkarmıştır.

Ekonomik ve işgücü piyasası ortamı ile ilgili dinamiklere ve faktörlere dayalı olarak belirtilebilir ki, GSS’nin finansal sürdürülebilirliği, ağırlıklı olarak sigorta primlerinin düzenli ve yeterli bir biçimde toplanmasına bağlı olacaktır. Ancak serbest çalışanlar ile tarım kesiminde çalışanlardan prim toplanması konusunda güçlüklerle karşılaşılacağı da göz ardı edilmemelidir. Dolayısıyla bu gruplar finansal sürdürülebilirlik açısından zorluk teşkil etmektedirler. Temel teminat paketi de sürdürülebilirlik ile yakından ilişkili olan bir husustur. Sürdürülebilir olmayan finansman, devletin daha ödenebilir dar bir teminat paketi yürürlüğe koymasına neden olabilecektir.

Sürdürülebilir sağlık finansman sistemi açısından diğer bir temel faktör etkili bir sevk sistemi olmaktadır. Bu pratiğin bir unsuru ise, insanların sevk zincirine uyması için gerekli önlemlerin alınmasıdır. Bu önlemler arasında, sevk sistemi zincirine uymayanlar için güçlü ve etkili parasal yaptırımların uygulanması ön plana çıkmaktadır. Her ne kadar GSS kanununda etkili bir sevk zincirinin uygulanması bir hedef olarak ortaya konulmuşsa da, GSS’nin dört yıllık uygulama geçmişinde hizmet basamakları arasında zorunlu sevk zinciri uygulamasına geçilememiştir. Etkili bir biçimde işlemeyen sevk zinciri sistemi, finansman sisteminin maliyetlerini yükseltmekte, sonuçta da sistemin sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir.

GSS'nin dört yıllık uygulama pratiğinde elde edilen gelirler ile giderlerini tam olarak karşılayamadığı ve böylece açıkların oluştuğu bilinmektedir. Bu açıklar da genel vergi gelirlerinden kapatılmaya çalışılmaktadır.

Herkesi Kapsama, Hakkaniyet, Hizmetlere Erişim ve Kullanım

1 Ekim 2008 tarihine kadar geçerli olan Türkiye'deki sağlık finansman sistemi (hem kamu hem de özel finansman karışımı) oldukça regresif bir yapıya sahipti. Bunun temel nedenlerini şu şekilde belirtmek mümkündür: 1) Sigortasız ve eksik sigortalı nüfusun varlığı, 2) farklı finansman rejimlerinin ve fayda paketlerinin varlığı ve 3) parçalı bir yapının varlığı. Bunların sonucu olarak; finansman katkıları (ödemeler) ve faydalar hakkaniyetsiz olarak dağıtılmıştı, kamusal olarak finanse edilen sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak dolaylı vergilere dayalıydı, sistemde yüksek doğrudan ve enformal ödemeler söz konusuydu ve cepten ödemelerin yükü oldukça yüksekti.

GSS öncesi dönemde farklı hesaplamalar dikkate alındığında Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak %10-35'i herhangi bir sosyal sağlık koruma programınca güvenceye alınmamıştı. Başka bir ifade ile Türkiye'de nüfusun yaklaşık olarak %10-35'inin sağlık güvencesi bulunmuyordu. Dahası, kırsal alandaki nüfusun ise yaklaşık yarısının sağlık güvencesi yoktu. Normlarda, kurallarda ve fayda paketlerindeki (teminat paketlerindeki) farklılıklardan dolayı sigortalı olan insanlar da sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar ve farklılıklar yaşayabiliyordu. Dolayısıyla, temel geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine herkesin ödenebilir bir maliyetle erişmesini sağlama, böylelikle de sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyeti sağlama Türkiye sağlık sisteminin yakın geçmişteki bir genel özelliği olamamıştır.

Türkiye sağlık sistemindeki bu hakkaniyetsizliğin temel nedenlerinden birisi, Türkiye insanının özellikle de kırsal kesimde yaşayanların özellikle de sigortasız veya eksik sigortalılık pozisyonlarından dolayı yüksek düzeyde cepten ödeme yapmaları (doğrudan ödemeler, kullanıcı katkıları ve enformal ödemeler formatında olmak üzere) olmuştur. Söz konusu ödemeler %27,6'dan (2000 yılı) %19,3'e (2004 yılı) düşmesine rağmen, gene de oldukça yüksektir. Bu ödemeler yukarıda da belirtildiği gibi sağlık sigortası olmayan insanlardan veya sigortası olduğu halde sağlık hizmetlerine erişimde güçlük çeken kesimlerden gelmekteydi.

Sağlık kurum ve kuruluşunun ziyaretleri için ortalama cepten yapılan ödemeler düşük gelir dilimi gruplarında daha yüksek gelir gruplarına göre daha yüksektir ve her bir gelir dilimi grubu içinde de kırsal alanlardakiler daha fazla olmaktadır. Tüm gelir grupları için geçerli olmak üzere cepten yapılan harcamaların en büyük oranı ilaçların satın alınmasında ödenmektedir. İkinci sırada ise poliklinik muayenesi için ödenen cepten harcamalar gelmektedir. Cepten harcamalar, insanların sağlık statüsüyle veya algılanan sağlık statüsüyle yakından ilişkilidir. Bir kişi ne kadar hasta ise o kadar fazla cepten harcama yapmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında hakkaniyet ilkesini açık bir şekilde zedelemektedir.

Yakın bir geçmişte Türkiye sağlık hizmetleri ortamında, hakkaniyet bakış açısıyla, kullanıcı katkılarının üç yönü ön plana çıkmaktadır. İlk olarak, son yıllarda, nüfusun en fakir kesimi olarak kabul edilen yeşil kart sahipleri bile kullanıcı katkıları ödemişlerdir. İkinci olarak, döner sermaye uygulaması kapsamında kullanıcı katkıları sağlık hizmetleri kullanımında ilk temas noktası denilen hizmet sunum birimlerinde (sağlık ocakları ve evleri) kullanılmıştır. Üçüncü olarak, özellikle de eğer gelir testi (means testing) uygun bir şekilde gerçekleştirilmezse ve muafiyet politikaları etkili bir biçimde GSS sistemine entegre edilmezse, kullanıcı katkıları sistemin hakkaniyet yönlerine zarar verebilecektir.

Enformal ödemeler Türkiye'deki sağlık finansmanında önemli bir düzeye ulaşmıştır. Bu tür ödemelerin çoğu gizli kaldığından, Türkiye'deki bu tür harcamalara ilişkin delillerin çoğu anekdot kabilindendir. Ancak 2002 yılında gerçekleştirilen sınırlı bir çalışma, 2002 yılında gerçekleştirilen toplam cepten yapılan ödemelerin %25'inin enformal olduğu ve daha da önemlisi bu enformal ödemeleri gerçekleştiren kişilerin çoğunun da toplumdaki kolay zarar görebilir kesimler (teorik olarak toplumun en fakir kesimleri olarak görülen yeşil kart sahipleri bile enformel ödemelerde bulunmuşlardır) olduğu ortaya çıkmıştır.

Kullanıcı katkıları GSS kapsamında da yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Amaç; ek gelir elde etmek, maliyetleri sınırlamak ve sağlık hizmetlerine olan gereksiz talebi sınırlamaktır. Ancak bilinmelidir ki kullanıcı katkılarının yaygın kullanımı etkili bir sağlık hizmetleri kapsamını sağlamayı olumsuz yönde etkileyebilir. Fakir olduklarından dolayı primleri devlet tarafından karşılanan olan nüfus kesimleri bile kullanıcı katkıları ödemektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin örgütlenme modeli olan aile hekimliği muayenesinde de katkı payı alınmaktadır.

2008 öncesi dönemde finansmandaki parçalanmışlık sağlık sistemi performansı için bir tehdit olarak algılanmış ve sağlık sistemi içindeki yeniden dağıtımı da sınırlamıştır. Aynı zamanda, Almanya örneği göstermektedir ki var olan fonların birleştirilmesi risk havuzlamayı, verimliliği ve hakkaniyeti artırabilir (Barnighausen and Sauerborn 2002). Bu anlamda bakıldığında veya ele alındığında, var olan parçalı sağlık sigortası programlarının birleştirilmesi ile oluşan GSS, herkesi kapsamayı, hakkaniyeti ve verimliliği artırabilir ve böylece Türkiye’deki refahı da olumlu bir şekilde etkileyebilir. Diğer bir ifade ile en azından kâğıt üzerinde de olsa GSS herkesi kapsamayı amaçladığından ötürü hakkaniyetin GSS yoluyla artabileceği veya bir düzeye kadar sağlanabileceği belirtilebilir. Ancak her ne kadar hakkaniyet amacının konsolide edilmiş ve gelir ilişkili katkılarla finanse edilen GSS aracılığıyla ulaşılacağı bekleniyorsa da, hakkaniyetin sağlanacağına veya artacağına yönelik bu beklentiler sorgulanmıyor da değildir. Yatay hakkaniyetin bazı yönleri, toplumsal risk havuzunun tanımlanması ve hizmetten yararlanmanın da gelire olarak sigorta primlerine dayalı olarak tesis edilmesi ile sağlanabilir. Ancak, prim ödemelerinde bir tavanın belirlenmiş olması, yüksek gelir grupların düşük gelir gruplarına nazaran daha az prim ödeyecekleri için sosyal sigorta katkılarını regresif kılacaktır.

Daha önce de belirtildiği gibi, Türkiye’deki mevcut vergileme sisteminin yapısı ağırlıklı olarak dolaylı vergilere dayalı olduğundan hakkaniyetsizdir. Pınar, genel bütçe içindeki dolaysız vergilerin oranının %48’den (1994) %32’ye (2002) düşerken, dolaylı vergilerin oranı ise %52’den (1994) %66’ya (2002) yükseldiğini belirtmektedir. 2005 yılında ise dolaylı vergilerin genel bütçe içindeki oranı %69 ve genel vergiler içinde KDV’nin oranı ise %32 olmuştur (Gelir İdaresi Başkanlığı 2006). Ek olarak belirtmek gerekirse, 2002 yılında KDV’nin en düşük gelir dilimi için yükü %16 iken, bu oran en yüksek gelir dilimi için sadece %9 olmuştur. Dahası, enformal sektörün göreceli olarak yüksek düzeyde olması nedeniyle, vergi kaçırma olayı Türkiye’de oldukça yaygın bir durumdur. Bu da sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak vergi gelirleri ile finanse edilmesi durumunda, vergilerini düzenli olarak ödeyen vatandaşların vergi kaçırıcıları finanse edeceği anlamına gelecektir. Sonuç olarak, Türkiye’deki mevcut vergi sistemi hakkaniyetsiz etkiye sahiptir. Özetlemek gerekirse, dolaylı vergilere bağımlılık geçen yıllar itibarıyla oldukça yüksek olmuştur ve bu bağımlılık zamanla daha da artmaktadır. Doğası gereği regresif olan dolaylı vergilere bu tür bir bağımlılık, Türkiye’de vergilerle finanse edilen sağlık hizmetlerinin genel olarak regresif olduğu sonucunu da beraberinde getirmektedir. Mevcut durumda, kamu sağlık harcamaları, yüksek gelir gruplarının lehine bir durum arz etmektedir.

Her ne kadar her bir sigorta programı kendi içinde çapraz desteğe sahip idiyse de, bir bütün olarak ele alındığında parçalı yapısından dolayı geçmişte sosyal sigorta sistemi tam anlamıyla dayanışmayı sağlamaktan yoksundu. Ek olarak belirtmek gerekir ki sistem içinde doğrudan cepten yapılan harcamaların yaygın bir şekilde varlığı da, bu harcamaların dağıtımçı bir yapıya ve role sahip olmamalarından dolayı dayanışmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. GSS açısından bakıldığında ise, dayanışmanın resminin farklı olacağı ve bir düzeye kadar dayanışmanın ve progresivitinin sağlanabileceği belirtilebilir, çünkü GSS özde yeniden dağıtımçı bir çerçeveye sahiptir. Bütün sağlık sigortası şemaları tek bir çatı altında toplandığından ve herkesi zorunlu olarak kapsadığından, çapraz destek (cross-subsidisation) gerçekleştirilebileceğinden, GSS’nin önemli ölçüde dayanışma ilkesini yerine getirebildiği belirtilebilir.

Türkiye’de mevcut durumda insanlar; gelir durumu, ikamet yeri, sağlık hizmetlerinin bulunabilirliği, teminat paketi kapsamı, maliyet paylaşım düzenlemeleri ve organizasyonel bariyerler nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde problemler yaşayabilmektedir.

Sağlık hizmetleri açısından güvence kapsamında olan nüfusun oranı, sağlık hizmetlerine erişilebilirliğin temel bir göstergesidir. 2008 öncesi dönemde nüfusun yaklaşık olarak üçte biri sigortasızdı ve bu kesim genellikle de yoksul kesimdi. Bu kesim nüfus ya ihtiyaç duyduğu sağlık

hizmetlerine erişememekte ya da cebinden doğrudan ödeyerek sağlık hizmetlerine erişebilmektedir. Dahası, bu kesim nüfusun kullandığı sağlık hizmetlerinin içeriği kapsanan nüfusa göre daha az olabilmektedir. Sağlık sigortası ve yeşil kartı olan kişilerin hastalandığında olmayanlara göre daha fazla sağlık hizmetleri alma girişiminde bulundukları belirtilebilir. Hastalandığında bakım arama ihtimali alt iki gelir diliminde, üst gelir dilimlerine nazaran daha düşük düzeydedir. Bakım arama davranışı kırsal kesimler için daha da bariz bir hal almaktadır. Düşük gelir grubundaki insanlar sağlık hizmetlerine erişim konusunda ciddi problemler yaşamaktadırlar. Hastalandığında veya ihtiyaç duyulduğunda sağlık hizmetlerinin alınması için bir arayışa girilmemesi veya hastaneye başvurulmamasının temel nedeni ödenebilirlik sorunu olmuştur. Ayakta bakım hizmetleri için başvuruda bulunan en düşük gelir grubundaki her beş kişiden birisi, bu süreçteki en önemli problemlerden birisinin sağlık hizmetlerinin çok pahalı olduğunu belirtmiştir. Sağlık kurum ve kuruluşlarına yakınlık, hastalandığında sağlık hizmetleri almamanın önemli bir nedeni olarak belirtilmemiştir. Türkiye Kullanım Araştırması (Sağlık Bakanlığı 1999) sağlık sigortası olmayan insanların (1,6) sağlık sigortası olan insanlardan (3,3) daha düşük düzeyde sağlık hizmetlerini kullandıklarını ortaya koymuştur.

Benzer şekilde, başka bir araştırmada, insanların yaklaşık %47'si hasta olduklarında hiçbir şey yapmayanlarının temel gerekçesi olarak "paranın olmaması"nı göstermişlerdir. Finansal nedenlerden dolayı hiçbir şey yapmayanların sigortasız kesimde (%64,2), sigortalı kesime (%35) nazaran; kırsal kesimde (%51,8), kentsel kesime (%46,8) nazaran ve en düşük gelir diliminde (%62,5), en yüksek gelir dilimine (%17,3) nazaran daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Rose ve Özcan'a (2007) göre, randevu almadaki gecikmeler, maliyetler ve sağlık olanaklarına olan uzaklık göz önünde bulundurulduğunda veya dikkate alındığında Türkiye'de sağlık hizmetlerini almaları gerekenlerin sadece beşte ikisi herhangi bir zorluk olmadığını belirtmiştir. Aynı zamanda, Türkiye insanların üçte biri de sağlık hizmetlerine erişmede genellikle zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu faktörlere yakından bakıldığında ise, Türkiye'deki insanların %33'ü sağlık hizmetlerinin maliyetini doktora görünmekte bir engel olarak görmüştür. Ankete katılanların %30'u ise randevu almadaki gecikmeler veya zorluklar ve uzun bekleme sürelerinin de sağlık hizmetlerine erişmede önemli güçlükler oluşturduğunu belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerine olan uzak mesafeleri önemli bir problem olarak görenlerin oranı ise %28 olmuştur.

Kullanıcı katkıları ile ilgili olarak, her ne kadar şu ana kadar Türkiye bağlamı için kantitatif araştırmalar yoksa da, uluslararası çalışmalar göstermektedir ki etkili muafiyet mekanizmaları kullanılmadan kullanıcı katkılarının yaygın bir şekilde kullanılması gerçekten sağlık hizmetlerine ihtiyacı olan kesimin sağlık hizmetlerine erişimini ve bu hizmetlerin kullanımını engelleyebilmektedir.

Herkesi kapsama ve kapsamlı bir temel teminat paketinin varlığı gereklidir, ancak tek başlarına sağlık hizmetlerine erişim problemlerinin üstesinden gelmek için yeterli değildir. Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması ve geliştirilmesi aynı zamanda arz taraflı faaliyetleri, hem altyapı ve hem de sağlık insangücünün bulunabilirliğini ve bu olanakların dengeli dağılımını gerektirmektedir. Türkiye'nin batı kesimleri iyi bir altyapıya sahip iken, doğu kesimleri sağlık hizmetleri altyapısı konusunda oldukça zayıf durumdadır. Bu durum sağlık insangücü açısından da farklı değildir. Örneğin, Marmara Bölgesi için 100.000 kişi başına düşen uzman sayısı 67,8 iken bu oran Güneydoğu Anadolu Bölgesi için sadece 17,4 olmuştur. GSS bu konuya işaret eden bir düzenleme içermemektedir. Ancak kaynakların ve olanakların dengeli bir şekilde dağıtımının/taahhüdünün sağlanması kritik bir konudur. Bu açıdan bakıldığında, sağlık kaynaklarının kötü dağılımı probleminin yakın bir gelecekte de devam edeceği ve sağlık hizmetlerine erişim konusunda problemlere neden olabileceği olasıdır dâhilindedir.

Rose ve Özcan, sağlık hizmetlerinin alınmasındaki engellerin Türkiye'deki nüfusun sağlığı üzerine önemli bir etkiye sahip olduğunu belirtmektedirler. Yaş, eğitim ve gelirin etkisinin kontrol edilmesinden sonra, sağlık hizmetlerine erişmede önemli zorluklar yaşayan insanlar, sağlıklarını sağlık statüsünün değerlendirilmesinde kullanılan beşli Avrupa Yaşam Kalitesi Araştırması (European Quality of Life Survey – EQLS) skalasında oldukça düşük düzeyde değerlendirmişlerdir.

Önceki sistemde var olan parçalı yapıyı ortadan kaldıran ve tüm nüfus açısından standart nimet ve külfet ilkesi ile çalışan GSS, önceki sistemin farklı sigorta mekanizmalarındaki teminat paketi

farklılıklarından kaynaklanan nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım farklılıklarının elimine edildiği belirtilebilir. Dolayısıyla faydalar standardize edilmektedir.

1 Ocak 2012 tarihinden itibaren GSS, prensipte evrensel kapsamı, başka bir ifade ile herkesi kapsamayı sağlamaktadır. Ancak GSS'nin yürürlüğe girdiği 1 Ekim 2008 tarihinden 1 Ocak 2012 tarihine kadar geçen süre zarfında; enformal sektör çalışanları, ziraatla uğraşanlar ve serbest çalışanlar (kendi işinde çalışanlar) gibi nüfus kesimlerinin sisteme dâhil edilmesinde zorluklar olmuştur. Ancak 1 Ocak 2012 tarihinde GSS'nin herkesi için zorunlu hale gelmesi ile nüfus kesimlerinden hiç kimse sağlık güvencesi kapsamı dışında kalmamıştır. Bu zorunluluk kapsamında **gelir testi (means testing)** aracılığıyla belirlenen primini ödeyemeyecek nüfus kesimlerinin primlerini devlet ödemektedir.

Burada bir hususun altını çizmekte fayda vardır. Her ne kadar 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren GSS zorunlu olarak herkesi (kim?) kapsıyorsa da (kapsam genişliği nüfusun tümü açısından tam ise de), GSS kapsamında uygulanan 1) temel teminat paketinin daraltılması ve 2) kullanıcı katkıları politikaları dolayısıyla bu **kapsamın derinliği** sığlaştırılmaktadır. Görüldüğü üzere, GSS kişilerin kapsanması bakımından evrensel ancak hizmetlerin ve maliyetlerin kapsanması noktasında evrensel değildir.

Verimlilik

Sağlık özelinde verimliliği iki açıdan değerlendirmek olanaklıdır: Makro verimlilik ve mikro verimlilik. Makro verimlilik, GSYİH'den sağlık hizmetlerine ayrılan pay veya oran bağlamında ele alınırken; mikro verimlilik ise bir sağlık sisteminin mevcut kaynaklarını maksimum etki yaratacak şekilde kullanabilmeyi ifade etmektedir. 1 Ekim 2008 öncesi dönemde makro verimlilik açısından ele alındığında, daha önce de ifade edildiği gibi, Türkiye GSYİH'den sağlığına %7,7 harcamaktadır (ne çok yüksek ne de çok düşük olan bu oran OECD ortalamasının biraz altında olan bir orandır). Henüz yayımlanan bir TEPAV raporu Türkiye'de sağlık harcamalarının 1999 yılından sonra %40 oranında olmak üzere dramatik bir şekilde artış gösterdiğini kaydetmektedir. Bu artışın temel nedeni ise toplam sağlık harcamaları içindeki payı %70 dolayında olan kamu sağlık harcamalarında ortaya çıkan artışa bağlanmaktadır. Kamu sağlık harcamalarındaki bu artış ise sağlık hizmetlerine olan erişimdeki artışın bir sonucudur. Ancak bu artış etkili bir şekilde harcanmamakta veya ihtiyacın daha fazla olduğu alanlara tahsis edilmemektedir. Kaynakların verimsiz kullanımına ilişkin oldukça delil söz konusudur. Zaten kaynak tahsisatının kırsal kesimlerden ziyade kentler lehine, koruyucu sağlık hizmetlerinden ziyade tedavi edici sağlık hizmetleri lehine ve fakirlerden ziyade zenginler lehine bir durum arz ettiği de sıklıkla dile getirilen bir konudur. Giderek artan bir şekilde koruyucu sağlık hizmetlerine, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine daha fazla harcama yapılmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri yeterli bir şekilde finanse edilmemekte, verimsiz işletilmekte ve gittikçe de kullanıcı katkıları ile faaliyetlerini sürdürmeye çalışmaktadır. Özellikle de koruyucu sağlık hizmetleri harcamalarının %12,1'dan (1996) %6,3'e (2001) düştüğü de hesaplanmıştır. Her ne kadar SB koruyucu sağlık hizmetlerini sunan tek kurum ise de bütçesinden koruyucu sağlık hizmetlerine ayırdığı pay %7'den (1992) %3'e (1998) önemli bir düşüş eğilimi göstermiştir. Bakanlığın bütçesinin önemli bir oranı personel maaşlarına ve ilaç harcamalarına gitmektedir. Dolayısıyla Türkiye'deki sağlık harcamaları biçimi önemli ve oldukça etkili olan kamu sağlık programlarının yetersiz fonlanması/finansmanı ile sonuçlanmaktadır.

Ancak son birkaç yılda gerek genel bütçeden SB'ye ayrılan pay ve gerekse de SB'nin bu payı kendi içinde tahsisatında koruyucu sağlık hizmetlerine halen yetersiz olmakla birlikte gittikçe artan oranda bir tahsisat yaptığı görülmektedir. Mikro verimlilik açısından ele alındığında ise, geçmişte Türkiye'deki finansal açıdan var olan kurumsal parçalanmışlığın imkânlarda/olanaklarda önemli ölçüde duplikasyona yol açtığı belirtilebilir. Bu durum özellikle personelin ve kaynakların atıl kullanılmasına ve yönetsel maliyetlerin artmasına neden olabilecektir. Sistemde var olan verimsizlikler aynı zamanda birinci basamak sağlık hizmetlerinden ikinci basamak sağlık hizmetlerine sevk sistemi işletilirken “kapı doktoru” sisteminin iyi bir şekilde işletilmemesinden kaynaklanmıştır. Bu bazı hastane hizmetlerinin uygunsuz kullanılması ile sonuçlanmıştır. Zorunlu sevk zincirinin işlememesi şu an için de problem teşkil etmektedir.

GSS'nin dört ana temelde maliyetleri sınırlayabileceği ve verimliliği sağlayabileceği belirtilebilir: *İlk olarak*, tek bir ulusal sosyal sağlık sigortası programının geliştirilmesi veya oluşturulması önemli düzeyde

satın alma gücü ile yakından ilgilidir. Bu anlamda SGK, kamu ve özel hizmet sunucularının rekabet halinde hizmet vermek için birbirleri ile yarıştıkları tekel bir hizmet satın alıcı konumundadır. Bu tekelci pozisyon hizmet sağlayıcıları arasındaki rekabeti artırabilir. Dolayısıyla artan rekabet bir taraftan maliyetleri düşük düzeyde tutarken, diğer taraftan ise sağlık hizmetlerinde daha fazla verimliliğe ve yüksek kaliteye yol açabilir. Tekelci pozisyonu gereği, SGK'dan fiyatlar konusunda güçlü bir şekilde pazarlık etmesi ve verimliliği sağlayacak tasarrufları sağlaması ve daha iyi kaliteye yol açması beklenmektedir. SGK ayrıca, yine bu tekelci konumundan kaynaklanan geniş ve büyük hizmet kapsamı nedeniyle de hizmet sunucuları tarafından gelen baskıları göğüsleyebilme gücüne de sahip olmaktadır. Ayrıca, tek bir havuzlama organizasyonu olması dolayısıyla SGK'nın ölçek ekonomisinden de yararlanması gerekir. Tekelci yapıda bir örgüt olmak, önceki parçalı sisteme nazaran potansiyel olarak daha verimli görünmektedir.

İkinci olarak, GSS'nin kurulması tek bir prim toplama mekanizması ile sonuçlanmıştır. SGK prim toplamayı maksimize etmek ve böylelikle de bulunabilir kaynak havuzlamasını artırmak için bu avantaj durumu kullanılmalıdır. Genel olarak bu tek prim toplama mekanizması prim toplama veya kaynak elde etme maliyetlerini de düşürmesi beklenir.

Üçüncü olarak, Normand ve Weber'in de belirttiği gibi, sosyal sigorta kaynakların yüksek düzeyli önceliklere kanalize edilmesinde ve böylece verimliliği artırmada yararlı bir mekanizma olabilir. Toplanan kaynaklar veya gelirler sadece sağlığa tahsis edilecek ve daha da önemlisi, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verileceği belirtilmektedir ki bunun verimliliği artırması olasıdır.

Dördüncüsü, tek bir şemsiye altında birleştirilmiş bir varlık olarak GSS yönetsel sorumlulukların duplikasyonlarını elimine etmekte ve böyle verimliliği sağlayabilmektedir.

Diğer taraftan, genel bir söylem olarak belirtilmektedir ki GSS maliyetleri artırmaktadır. GSS'nin benimsenmesi ve uygulanmasının olası finansal maliyet artışları; 1) GSS'den önce sigortasız kesimin, GSS'nin yürürlüğe girmesi ile birlikte, sağlık hizmetleri kullanımının artması, 2) hesapların şeffaflaşması ve 3) sigortanın varlığının yol açtığı hasta ahlaki tehlike problemi. SGK bu baskıların farkında olmalı ve mensupları için uygun bir fiyatla hizmet sunumunu veya sağlanmasını garanti edecek uygun maliyet paylaşım ve hizmet sunucularına ödeme yapılarını oluşturmalıdır. Basit bir şekilde faturaların ödenmesine karşılık özellikle bazı ödeme mekanizmaları ve müzakere kültürü Türkiye kültürü açısından yeni hususlardır. Ancak bu hususların hızlı bir şekilde içselleştirilmesi gerekmektedir.

Uygunluk

Sürdürülebilirlikle de yakından ilişkili olan uygunluk, genellikle sağlık finansman mekanizmalarının değerlendirilmesinde yeterince dikkate alınmayan bir olgudur. Uygunluk ağırlıklı olarak, belirli bir finansman mekanizmasının başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için yeterli yönetsel kapasitenin ve paydaşların yeterli desteğinin olup olmadığı bağlamında ele alınmaktadır. Uygunluk bu açıdan değerlendirildiğinde, bu aşamada, GSS'nin hazırlanması ve kabul edilmesi sürecinde ana muhalefet partisi ve TTB gibi sektörün önde gelen STK'ları tarafından ciddi bir şekilde muhalefete uğramıştır ve bu karşı çıkış devam etmektedir. Diğer taraftan, mevcut durumda SGK'nın yönetsel kapasitesinin yeterli olduğunu söylemek olanaklı değildir. Türkiye'nin mevcut dinamikleri, özellikle de politik dengesi göz önünde bulundurulduğunda, GSS'nin uygulamasının zaman zaman zorluklarla karşılaşabileceği belirtilebilir. Ancak bu zorlukların veya sınırlamaların GSS sisteminin işleyişini kilitleyecek bir seviyeye ulaşabileceğini mevcut veriler ışığında söylemek veya beklemek olanaklı değildir. Daha da önemlisi, GSS programının zorunlu olarak herkesi kapsama nosyonu üzerine kurulu olması ve hükümet tarafından bu yönü ön plana çıkartılarak çok iyi bir şekilde pazarlaması yapıldığından, GSS'nin halk kesimi arasında önemli ölçüde bir desteğe sahip olduğu da belirtilebilir.

Memnuniyet

Son yıllarda sağlık sistemi performansının ölçülmesinde sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyetin izlenmesinin bir kıstas olarak kullanılması oldukça ön plana çıkan bir husus olmuştur. Gerçekleştirilen yeni bir araştırmaya göre, altı ildeki cevaplayıcıların %75,5'i en son ziyaret ettikleri sağlık merkezlerinden yüksek derecede veya oldukça memnun olduklarını belirtirken, hastaneleri ziyaret edenlerin yalnızca %65,2'si memnun olduklarını belirtmişlerdir. Ancak geçmişteki başka çalışmalar ise Türkiye sağlık sisteminde kullanıcı memnuniyetinin %13 ile %24 arasında değiştiğini ortaya koymaktadır. Bu oran AB ortalaması için ise %51'dir. Tersine, TÜİK verilerine göre ise sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin %39,5'den (2003) %55,2'ye (2005) bir artış eğilimi gösterdiği görülmektedir.

Diğer taraftan, Yaşam Kalitesi 2006 Çalışması'na göre, 10'lu ölçekte, Türkiye insanının hükümetin sağlık politikalarından duyduğu memnuniyet düzeyi 2003 yılı için 3,9 iken, bu oran AB-15 ortalaması için 6,5 olmuştur. Ek olarak, aynı çalışmaya göre Türk insanının sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %49,6 iken, insanların %23,5'i memnun olmamıştır.

Tiryağı ve Tatar'ın yaptığı bir araştırmada, nüfusun varlıklı kesimleri arasında özel sigorta yaptırmanın yaygın olduğu bulunmuştur. Bu araştırmaya göre araştırma kapsamındaki bireylerin %94,8'i bir sosyal güvenlik sistemine bağlı olmalarına karşın özel sağlık sigortası da satın almışlardır. Bunun temel nedeni ise o dönemde mevcut var olan üç sosyal güvenlik programından duyulan tatminsizlik maddi durumu uygun olan bireyleri özel sigorta satın almaya yönlendirmektedir. Çalışma kapsamındaki kişilerin %96,8'inin özel sağlık sigortasından yüksek düzeyde memnun olduğu ortaya çıkmıştır. Bu tatmin düzeyini etkileyen temel unsurlar ise; 1) prim düzeylerinin düşüklüğü, 2) kamu hastane hizmetlerinden daha kaliteli olan özel hastane hizmetlerinden yararlanabilme imkânının olması, 3) yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma imkânı ve 4) özel sağlık sigortası çalışanlarının olumlu davranışları olarak belirtilmiştir. Özetlemek gerekirse, kamu sağlık sigorta programlarının yetersizliği, imkânı olan kesimlerin özel sağlık sigortası yaptırmalarını da beraberinde getirmiştir.

GSS ile birlikte ön plana çıkan rekabet, artan kapsama düzeyi ve hastanın hekimini ve hastanesini seçebilmesine yönelik girişimlerin hasta tatminine pozitif yönde bir katkı sağlayabildiği belirtilebilir. Sağlık hizmet sunucuları arasındaki rekabet kaliteyi artırabilir veya geliştirebilir. Benzer şekilde evrensel kapsama amacı, sigortasızların sistemin bir parçası haline gelmelerini ve bu kesimlerin hizmetlere erişebilmelerini sağlayabilmiştir. Bütün bunlar değerlendirildiğinde GSS'nin hasta memnuniyetini artırıcı etkiler yaratabildiği belirtilebilir.

Yukarıdaki tartışmalardan da görülebileceği gibi, mevcut hizmet sunumunun hasta beklentilerini karşılamadığı belirtilebilir. Prensip olarak GSS parçalanmışlığı elimine ettiği için yüzeysel de olsa eski sistemde var olan farklı hak ve yükümlülüklerden doğan memnuniyetsizlikleri belli bir düzeyde de olsa elimine etmiştir. Ancak GSS'nin sistemden kaynaklanan bütün memnuniyetsizlikleri ve seçim eksikliğini derhal elimine edebilecek bir yapı olduğunu belirtmek şu aşamada henüz mümkün görünmemektedir. Bundan dolayı GSS uygulamalarının sürekli olarak diğer alanlarda olduğu gibi hasta tatmini bağlamında da izlenmesi gerekmektedir.



Size göre mevcut durumda GSS finansal sürdürülebilirliğe sahip midir?

Genel Sağlık Sigortası: Ortamsal Faktörler Açısından Bir Değerlendirme

Herkesin sigorta kapsamına alınması bağlamında ele alındığında, GSS reformu girişimi ve uygulanması Türkiye sağlık politikası ve siyaseti arenasında büyük bir adım olduğu belirtilebilir. Ancak, GSS'nin amaçlarına ulaşabilme başarısı çok sayıda ortamsal faktöre bağlı olmaktadır. Bu faktörlerden özellikle dört tanesi hayati bir fonksiyona sahiptir. Bunlar; 1) politik ortam, 2) ekonomik ortam ve işgücü piyasası, 3) paydaş çıkarlarının yönetimi ve 4) sağlık sisteminin yönetimi ve ilişkili diğer reformlar. Bu konular üzerinde aşağıda kısaca durulmaktadır.

Politik Ortam

Sağlık güvencesi bağlamında evrensel (herkesi) kapsama açısından politik ve ekonomik ortam oldukça önemlidir. Türkiye, özellikle 1991 ile 2002 yılları arasında koalisyon hükümetleri ve 10 hükümet değişikliği nedeniyle politik istikrarsızlıktan oldukça muzdarip olmuştur. Ancak genel olarak belirtmek gerekirse, özellikle de uzun süreden beri ilk defa 2002 yılında tek parti hükümetinin işbaşına gelmesi ve AB vizyonunun ivmesiyle Türkiye'nin politik ve ekonomik durumu iyileşme göstermiştir. Bu olumlu ortam genel olarak Türkiye sağlık reformlarının özelde de sağlık finansman reformunun gerçekleştirilmesi için altın bir fırsat yaratmıştır. Adı geçen reformlar kırk yılı aşkın bir süredir politik ve ekonomik istikrarsızlık, kaynak yetersizliği ve diğer nedenlere dayalı olarak gerçekleştirilememiştir.

Politik ortamın temel bir dinamiği olan politik istek, rüyaları ve reformları gerçeğe dönüştürecek kapsamlı potansiyele sahip en önemli unsurlardan birisidir. Bu açıdan Tayland ve Filipinler'in son dönemlerdeki sağlık reformları iyi örnekler arasında yer almaktadır. Benzer şekilde, son dönemlerde Türkiye'de belli bir düzeyde uygulama alanı bulan sağlık reformları da güçlü politik istek ve desteğin bir sonucu olmuştur denilebilir.

Ekonomik Ortam ve İşgücü Piyasası

Politik dinamiklerle yakından ilişkili olan ekonomik ortam veya çevre de, evrensel kapsama ulaşmak için oldukça kritik bir öneme sahiptir. Türkiye yakın tarihinde çok sayıda ekonomik kriz tecrübe etmiş olup, en büyüğünü de 2001 yılında yaşamıştır. 1981-2000 döneminde GSYİH ortalama %4 büyümeye göstermiştir. Bu oran, kriz yılı olan 2001 yılında -%7,5 olmuştur. 2001 yılında kapsamlı bir ekonomik program ve reformlar başlatılmıştı. Bunun üzerine büyüme hızı 2002-2006 dönemi için ortalama %7,5'e yükselmiş ve ihracat performansı oldukça güçlenmiştir. Ancak, bu büyümenin sürdürülebilirliği sağlanmamaktadır, özellikle de düşük ortalama yatırım ve iç tasarruf oranları söz konusudur. 2007 büyüme hızı %4,5 olmuştur. 2011 büyüme hızı ise yaklaşık %10 olmuştur. Ayrıca, büyük ölçüde kayıt dışı faaliyetler ve yaygın olarak vergi kaçırma söz konusudur. Bu durum devletin vergileme yoluyla yüksek düzeyde gelir elde etmenin önünde duran en önemli engel konumundadır. Bu kayıt dışıların ve vergi kaçaklarının temel nedenleri ise, son yıllarda bazı adımlar atıldıysa da, vergi toplamada zayıf yönetsel kapasite ve vergi kaçırma olayına hem kamu hem de özel sektörde göz yumulması olarak belirtilebilir. Diğer taraftan, her ne kadar bazı önlemler alınmasına karşın yüksek bordro vergilerinin (maaştan kesilen vergiler) varlığı da problem yaratmaktadır.

GSS'nin uygulanmasında istihdam ve yatırım çevresi özellikle kritik unsurlar olmaktadır. Son yıllarda ekonomide bir büyüme kaydedilmesine rağmen, sürdürülebilir istihdam fırsatları yaratacak üretken yatırımların gerçekleştirilmesi halen arzu edilen bir amaç olarak orta yerde durmaktadır. Düşük üretken yatırımların hâkim olduğu bir ortamda, uluslararası standartlar açısından Türkiye'deki istihdam oranının düşük kalacağı belirtilebilir.

Kendi hesabına çalışma ve bedava çalışan aile üyeleri de primlerin düzenli bir şekilde toplanmasında diğer bir bariyer olmaktadır. Türkiye'de kendi hesabına çalışan ve ödemesiz çalışan aile bireylerinin toplam istihdam içindeki oranı %40'ın üzerindedir. Tarım kesiminde çalışanlar ise halen toplam işgücünün üçte birini teşkil etmektedir. Bu istihdam kategorilerinde finansmanın sürdürülebilirliği doğası gereği zordur ve resmin yakın bir gelecekte dramatik bir şekilde değişmesi de beklenmemektedir. Hele de ABD kaynaklı, ülkemiz de dahil tüm ekonomileri olumsuz etkileyen dünya ekonomik krizi yaşanıyor iken. Bu noktada bir tespiti yapmakta yarar vardır. Aslında GSS'nin uygulanmaya başlaması zamanlama açısından bir talihsizlik olmuştur. Ekonomik krizin başlangıcı ile paralel bir uygulama süreci başlamıştır. Ekonomik kriz ortamlarında sosyal güvenlik sistemleri genellikle zayıflamaktadır. Bu zayıflamanın altında yatan temel neden ise işsizliğin artması ve kayıt dışı istihdamın artmasıdır. İşsizliğin artması bu dönemde iki nedenden dolayı olmaktadır. Birincisi bazı çalışanların kriz sebebiyle işten çıkarılmasıdır. İkincisi ise, ekonomik daralmadan dolayı tasarrufların daralması ve var olan tasarrufların da yeni istihdam alanları yaratacak yatırımlara yönlendirilmemesidir. İstihdamın azalması ve kayıt dışının artması ise değinildiği üzere çalışanların prim ödemelerine dayalı olan bir sosyal sağlık sigorta sisteminin erozyona uğraması anlamına gelmektedir.

İstihdamın düzeyi ve biçimi sosyal koruma sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından önemli sonuçlara sahiptir⁵¹. Sosyal sigorta, göreceli olarak yaygın formal sektör ortamında daha iyi işleyen bir sistemdir. Çünkü formal sektör ortamında çalışanların gelirleri konusunda bir şüphe yoktur ve bu gelirlerden prim tahsil edilmesi de şeffaf ve kolaydır. Ancak, Türkiye işgücü piyasalarının üç yönü ön plana çıkmaktadır. *Birincisi*, istihdam düzeyi dünyadaki en düşük istihdam oranıdır (2004 yılında bu oran Türkiye için %43,7 iken AB-15 ortalaması %65 olmuştur). *İkincisi*, var olan istihdamın yapısı vergi kaçırmaya önemli ölçüde fırsat vermektedir. Çünkü işgücünün yarısından fazlası ya kendi hesabına çalışmakta ya da birincil sektörde çalışırken yalnızca işgücünün %23'ü endüstri ve inşaat sektöründe çalışmaktadır.

Toplam işgücü katılımı oranı 1988 yılında %57,5 iken bu oran 8,8 puan düşerek 2004 yılında %48,7 olmuştur. Enformal (kayıt dışı) istihdam diğer bir konudur. Bir çalışmaya göre, enformal istihdam %52'den (2002) %47'ye (2007) düşmüştür. Kayıtlı ekonomi de aynı yıllar arasında %30 artmıştır. Ancak bu pozitif eğilim, ağırlıklı olarak genel istihdam içinde tarımsal istihdamın düşmesinden kaynaklanmıştır (Pamuk ve Teksöz 2008). Bu pozitif trende rağmen, enformal istihdamın toplam çalışanların yaklaşık olarak yarısı kadar olduğu bir işgücü piyasasında, enformal sektörün kayıtlı hale getirilmesi ve primlerin düzenli bir şekilde toplanması oldukça zor olacaktır.

Zayıf mali durum ve işgücü piyasasındaki yapısal tutarsızlıklardan dolayı sağlık hizmetleri finansmanı çok çeşitli açılardan zarar görmektedir. *Birinci olarak*, Türkiye'nin genel refah düzeyi düşük olduğundan ve hakkaniyetli bir şekilde dağıtılmadığından, genel bütçe kaynaklarından sağlığın ayrılan kaynaklar yetersiz olmuş ve olacaktır da. *İkinci olarak*, sağlık sisteminin devlet harcamaları genel planlaması içindeki önceliği genellikle düşük düzeydedir ve eğitim ve askeri harcamaların da oldukça altındadır. *Üçüncü olarak*, regresif vergileme, dolaylı vergilere aşırı bağımlılık ve vergi kaçakçılığı finansman sisteminin sürdürülebilirliğini zorlamaktadır.

GSS'nin finansal sürdürülebilirliği sigorta primlerinin yeterli ve düzenli bir şekilde toplama yeteneğine bağlı olmaktadır, olacaktır da. Ancak belirtildiği üzere kendi hesabına çalışanlar ile tarım kesiminde çalışanlar açısından sıkıntılar vardır. Bu gruplardan primlerin toplanamaması sistemin sürdürülebilirliğini zorlayacaktır. Sürdürülemeyen bir finansman yapısı hükümeti veya ilgili otoriteyi daha daraltılmış bir teminat paketi belirlemeye itebilir.

1 Ocak 2012 tarihinde GSS'nin bazı istisnalar hariç Türkiye'de ikamet eden herkes açısından zorunlu hale gelmeden önceki dönemde GSS uygulama sürecinde herkesi kapsamayı sağlama zor olmuştur. Çünkü serbest çalışanlar (kendi hesabına çalışanlar), enformal sektörde çalışanlar ve tarımla uğraşanlar gibi bazı toplum kesimlerini sisteme dâhil etmek oldukça zor olmuştur. Sonuç olarak, işgücü katılımının düşük düzeyleri, enformal istihdamın yüksekliği, kendi hesabına çalışma ve tarım kesimindeki istihdamın yüksekliği ile birlikte GSS uygulamasının başarısı açısından zorluklar teşkil etmiştir.

Paydaş Çıkarlarının Yönetimi

Bir zorunlu sosyal sağlık sigortası geliştirmek ve uygulamak toplumdaki birçok grubun çıkarlarını etkileyebilir ve yeni sisteme olan destek konusundaki uzlaşma eksikliği reformun uygulanmasını olumsuz olarak etkileyebilir. Bu olumsuz etkileme özellikle de sürdürülebilirlik ve uygunluk konularında ortaya çıkabilmektedir. GSS projesi 1960'lı yıllardan bu yana tartışılan bir konu olmuştur. Ancak 1990'larda daha yoğun bir şekilde tartışılmış ve 2003 yılında da yaygın bir şekilde kamuoyunda tarafların (devlet kurumları, sivil toplum ve diğer paydaşlar) tartışmasına açılmıştır. GSS ağırlıklı olarak ana muhalefet partisi ve TTB gibi sektörel STK'lar ve sendikalarca ortaya konulan yoğun muhalefete rağmen kanunlaşabilmiştir. Bu karşı çıkışların temel gerekçesi olarak; GSS'nin genelde sağlık alanını ve özelde de sağlık finansmanını özelleştireceği gösterilmektedir. Karşı çıkanlar ayrıca sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının bozulacağını ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin azalacağını iddia etmişlerdir. Özellikle de TTB, GSS kapsamında kullanıcı katkılarının kullanımının artacağını ve temel teminat paketinin daraltılacağını ve sonuçta ortaya çıkacak açık için insanların özel harcama (doğrudan cepten ödeme veya tamamlayıcı özel sağlık sigortası satın alarak) yapmak zorunda kalacaklarını belirtmektedir. Anamuhalefet partisi CHP'nin de GSS'ye ilişkin yer yer karşı çıkışları olabilmektedir. GSS'nin makul bir prim katkısı karşılığı herkesi kapsamayı öngörmesi, hatta bazı kesimlerin (örneğin Bağ-Kur mensupları %20 prim ödüyorlardı) önceki sağlık güvencesinden daha düşük düzeyde prim ödüyor

olmaları nedeniyle, genel kamuoyunun GSS'ye ilişkin görüşleri şu aşamada genellikle pozitif olduğu belirtilmektedir. Ancak, kullanıcı katkılarının sistemde kullanımının artmasının vatandaş nezdinde bir memnuniyetsizliğe neden olduğu/olacağı belirtilebilir.

Sonuç olarak, GSS'nin uygulamada sırlı da olsa zaman zaman bir muhalefete konu olması kaçınılmazdır. Bundan dolayı, yönetimdeki hükümet engellemeleri minimize etmek amacıyla paydaşları sürece dâhil etmek için çaba sarf etmeli ve paydaşların desteğini sağlamak için de sosyal pazarlamayı kullanmalıdır. Sağlık reformlarının başarısı tüm tarafların katkısını ve katılımını gerektirmektedir. Başka bir ifade ile reformun uygunluğu ve sürdürülebilirliği yaygın bir politik, hizmet sunucu ve tüketici konsensüsünün oluşturulması ve sürdürülmesine bağlıdır.

Sağlık Sisteminin Yönetişi ve İlişkili Diğer Reformlar

GSS'nin başarılı olabilmesi ağırlıklı olarak SDP ile öngörülen diğer reform bileşenlerinin de sağlıklı bir şekilde ele alınması ve gerçekleştirilmesi ile mümkündür. Örgütlenme modeli çerçevesinde sağlam bir birinci basamak sağlık hizmetleri (aile hekimliği) ve sevk sistemi uygulaması olmadan GSS'den beklenen faydaların hâsıl olması beklenmemelidir. GSS'nin sürdürülebilirliği önemli ölçüde bu iki uygulamanın rasyonel ve sağlıklı bir biçimde sistemde uygulanmasına ve entegre edilmesine bağlı olacaktır.

Kapasite oluşturma özellikle de bir reform paketinin tüm unsurlarının uygulanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi için önem arz etmektedir. Yönetişim fonksiyonları açısından ise üç husus ön plana çıkmaktadır: 1) GSS'nin yönetimi ve kapasitesi, 2) sağlık sisteminin genel yönetimi ve 3) diğer sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi.

İlk olarak, SGK ve GSS'nin kurumsal kapasitelerinin geliştirilmesi için 2006 yılından bu yana çalışmalar sürdürülmektedir ve bu anlamda belli bir düzeyde gelişme sağlandığı da belirtilebilir. Önceki var olan parçalı finansman yapısının etkili bir şekilde birleştirilmesi ve bir potada eritilmesi için GSS'nin kurumsal yönleri geliştirilmeye ve verimli ve etkili bir yönetim için gerekli olan şartlar ve ortamlar oluşturulmaya çalışılmıştır. Böylece, yeni ve tek olan GSS'nin (SGK) sosyal kabul edilebilirliği ve meşruiyetinin kabul düzeyi artabilmiştir. SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ile kazanılan tecrübelerden dolayı Türkiye GSS'yi işletmek için gerekli bazı yeteneklere sahiptir. Her ne kadar Türkiye sosyal sağlık sigortası konusunda son 50 yıldır bir tecrübeye sahip ise de, GSS eski programların birleştirilmesi, bir potada eritilmesi, yönetsel ve kurumsal kapasitenin geliştirilmesini gerektirmiştir ki bu da zaman alabilmektedir. Genel sosyo-ekonomik ve politik çevre bu geçiş periyodunu zorlayabilmektedir. Ancak, bu durum GSS tarafından ortaya çıkarılacak olan veya GSS'nin beraberinde getirdiği konulara yönelik olarak daha da geliştirilmelidir. Bu kapasite oluşturma hem var olan açıkları ve defektleri elimine etmek hem de sosyal sağlık sigorta sisteminin genişlemesi ve yaygınlaşması gibi olası gelişmelere cevap olmak açısından önemlidir. Bundan dolayı sistemi işletmek için insan kaynaklarının becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.

Bilindiği üzere 1 Ocak 2012 tarihinden itibaren yoksul insanların primleri devlet tarafından ödenmektedir. Nüfusun yoksul kesiminin tespitinde ise gelir testi kullanılmaktadır. GSS'nin yumuşak karınlarından birisinin kimin bu gruba dâhil edileceğinin rasyonel bir şekilde tespit edilebilmesidir. Bu süreç ise ilgili kurum (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) açısından önemli bir kapasite gerektirmektedir.

Tanım gereği, GSS **yönetsel özerklik** gerektirmektedir. Bu özerklik daha esnek olabilmek ve sistemi daha etkili ve verimli bir şekilde yönetmek için gereklidir ve verilmelidir. Ancak, tekli bir yapı olan SGK için eğer güçlü bir otonomi sağlanamazsa politikacıların SGK işleyişine müdahale etme istekleri oldukça fazla olabilir. Nitekim 2006 yılında kurulduğundan bu yana çok başkan değiştiren SGK'nın her ne kadar kuruluş kanununda mali ve idari açıdan özerk olduğu vurgulansa da "siyasi açıdan özerk bir kurum olmadığı" da en azından şu gün itibarıyla söylenebilir.

Sözleşme yönetimi kapasitesinin daha da geliştirilmesi için hastane faaliyetlerine ve maliyetlerine ilişkin daha iyi bilginin elde edilmesi gerekmektedir. Yeterli olmayan enformasyon sistemleri GSS'nin sağlıklı bir şekilde işlemesini engelleyebilecek unsurların başında gelmektedir. Bundan dolayı sağlık enformasyonunun üretimi için güçlü enformasyon altyapılarına ve yönetimine ihtiyaç vardır. Yeterli ve

güçlü veri olmaksızın, sağlıklı kararların alınması ve sistemin başarılı bir şekilde yönetilmesi mümkün değildir. Mevcut durumda, tam ve sağlam bir sağlık verisi elde etmek olası görünmemektedir ve eğer bu durum değişmezse sistemi etkili bir şekilde yönetmek mümkün olmayacaktır. Güvenilir, geçerli, uygun ve doğru bir şekilde çalışan bir yönetim enformasyonu sağlık sistemini ve bireysel sağlık olanaklarını başarı bir şekilde yönetebilmek için gerekli olan temel girdilerden birisidir. Bu bağlamda, GSS'nin bir parçası olarak MEDULA adında bir enformasyon sistemi uygulamaya konulmuştur. MEDikal ULak kelimelerinin birleşmesinden oluşan MEDULA, GSS ile sağlık tesisleri arasında sağlık tesislerinin iç süreçlerine müdahale etmeksizin; fatura bilgisini elektronik olarak toplamak, hizmetlerin ödenmesini gerçekleştirmek için oluşturulmuş bütünleşik bir sistemdir.

İkincisi, sağlık sistemi unsurlarının etkileşimleri ve işlemleri ağırlıklı olarak benimsenen sağlık finansman mekanizmasına göre şekillendiğinden, örneğin hizmet sunucuları gibi sağlık sisteminin diğer unsurlarının veya aktörlerinin kendilerini bu yeni çevreye göre ayarlamaları gerekmektedir. Ancak Türkiye'de sağlık yönetimi profesyonel anlamda gerçekleşmemektedir. Gerçekte, genelde sağlık sisteminin yönetimi özelde ise kamu hastanelerinin yönetimi ağırlıklı olarak sağlık yönetimi alanından veya ilgili alanlarda herhangi bir formal eğitim almayan hekimler tarafından gerçekleştirilmektedir. Eğer bu yönetim pratiği dramatik bir şekilde değişmez ve de güçlendirilmezse GSS reformları ile hedeflenen sonuçlara ulaşmak oldukça zor olabilecektir. Başka bir ifade ile Türkiye sağlık sisteminin temel problemlerinden birisi (belki de en önemlisi) hem makro hem de mikro düzeydeki yönetim problemleridir. Tekrar belirtmek gerekirse bu problem alanı GSS reformunun etkili bir şekilde uygulanmasındaki en önemli bariyerdir. Bundan dolayı, GSS reformunun başarısı genelde sağlık sisteminin yönetim kapasitesinin geliştirilmesi ve özelde ise hastanelerin yönetim fonksiyonlarının geliştirilmesi ile yakından ilgilidir.

Üçüncü olarak, sağlık finansman reformunun başarısı genel olarak diğer reformların, özelde de SDP ile öngörülen diğer sağlık reformlarının gerçekleştirilmesi yeteneğine bağlı olacaktır. SDP kapsamında ön görülen reform bileşenlerinin eş zamanlı ve uyumlu bir biçimde gerçekleştirilmesi, GSS'nin başarısı açısından kritik bir öneme sahiptir. Bu reform bileşenlerinden özellikle de kamu hastanelerin özertleştirilmesi ve aile hekimliği, GSS'nin başarısı yanında tüm sağlık reformlarının başarısı açısından kritik bir öneme haizdir.

Yönetimin güçlendirilmesi ve verimlilik açısından kamu hastanelerinin finansal ve yönetsel açısından özerk olmaları önem arz etmektedir. Diğer taraftan kamu hastanelerinin otonomisi yüksek bir yapıya kavuşturulması hizmet sunucuları açısından daha dinamik ve rekabetçi bir ortam sunabilecektir ki bu da verimliliği artıracak bir husustur.

GSS, birbiri ile rekabet halinde olan kamu ve özel sektör hizmet sunucularından hizmet satın almaktadır. Bu piyasada rekabet edebilmek için özellikle de kamu hastaneleri yönetsel kapasitelerini ve yeteneklerini arttırmaya ihtiyaç duyacaklardır. Bu ise özerk bir yapının elde edilmesi ile ulaşılabilir ki özerkliğin kendisi de reform programının önemli bir ayağını teşkil etmektedir.

Daha önce de ifade edildiği üzere, SDP kapsamında birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği modeli kapsamında / çerçevesinde yeniden örgütlenmiştir. Ancak SDP'nin temel bir enstrümanı olan ve aile hekimliği ile de yakından ilişkili olan zorunlu sevk zinciri işlememektedir.

Aile hekimliği uygulamasının başlatılması birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunum sistemine entegre edilmesi ve tedavinin sürekliliği açısından önem arz etmektedir. Ancak, eğer aile hekimliği reformu düzgün bir biçimde gerçekleştirilmezse veya işleyen bir sevk zinciri sisteme entegre edilmezse, tahsisat verimliliği ve maliyet sınırlama zarar görebilecek ve dolayısıyla bu durum sağlık sisteminin finansal sürdürülebilirliğini tehlikeye düşürebilecektir.



GSS'nin başarısını etkileyen/etkileyecek temel unsurlar nelerdir?

ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bölüm 7’de de görülebildiği üzere Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı oldukça sınırlı düzeyde bir görünüm arz etmektedir ve yakın bir gelecekte de Türkiye’deki sağlık sigortacılığı ortamında önemli bir konuma gelmesi de beklenmemektedir. Bunun temel nedenlerini aşağıdaki gibi belirtmek ve tartışmak olanaklıdır.

Bölüm 2’de ayrıntılı bir şekilde tartışılan sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığının kendine has niteliklerinden dolayı devletin bu alanda önemli bir rol üstleniyor olması nedeniyle özel sağlık sigortacılığı sektörü sınırlı kalmaktadır. Nitekim 1 Ocak 2012 tarihinde GSS’nin zorunlu hale gelmesi ile birlikte temel teminat paketi açısından sağlık güvencesinden yoksun kesim kalmamıştır.

Birinci madde ile ilişkili olarak mevcut durumda Türkiye sağlık politikalarını belirleyen ve uygulayan aktörlerin sağlığa ilişkin bakış açıları sosyal bir bakış açısı olarak değerlendirilebilir. Bu bakış açısı çerçevesinde GSS’nin herkesi kapsamaması ve temel teminat paketinin dar olmaması nedeniyle özel sağlık sigortacılığına olan ihtiyaç çok sınırlı kalmaktadır.

GSS Kanununda yer alan bazı sınırlamalar da özel sağlık sigortacılığının gelişmesinin önünde engel olarak görülebilmektedir.

Yine Bölüm 2’de belirtildiği üzere özel sağlık sigortacılığında sigorta şirketleri lehine işleyebilen bir bilgi asimetrisinin varlığı ve bu bilgi açığı nedeniyle rasyonel risk değerlendirememesi neticesinde giderler çok fazla olabilmektedir. Bu da özel sigorta şirketlerinin sağlık poliçelerine olan ilgilerini azaltabilmektedir.

Özel sağlık sigortacılığı konusunda toplumsal bilincin ve farkındalığın çok düşük düzeyde olduğunu belirtmek olanaklıdır.

Zaten özel sağlık sigortacılığının doğası gereği; risk seçimi yoluna gitmesi, pahalı olması, doğal olarak kar güdüsü ile oldukça agresif bir yapıda olması ve dayanışmaya müsait olmaması gibi nedenlerden dolayı sağlık sistemi içinde ağırlıklı bir finansman mekanizması konumuna gelmesi pek arzulanan bir durum da değildir.

Özet

Bu bölümde Türkiye’deki sağlık sigortacılığı, sosyal sağlık sigortacılığı ve özel sağlık sigortacılığı çerçevesinde değerlendirilmiştir.

Türkiye’nin ağırlıklı finansman mekanizması konusunda doğru tercihi yapıp yapmadığı konusundaki tartışmanın “ak-kara” ikileminden ziyade farklı finansman mekanizmalarının sağlık finansman politikası amaçlarını ne derece karşılayıp karşılamadığı noktasından/açısından yapılmasında yarar görülmektedir.

GSS’nin yürürlüğe girmesi Türkiye’nin sağlık reformu tarihinde önemli bir dönüm noktasıdır. Bu yüzden, her ne kadar da şu aşamada GSS’nin gerçek etkilerini şimdiden değerlendirmek tam olanaklı değilse de, GSS’nin performansı; GSS kanunun ve ilgili diğer mevzuatın içeriği ve yaklaşık dört yıllık bir uygulama geçmişi dikkate alınarak sağlık finansman politikası amaçları açısından değerlendirilebilir. Ancak bu değerlendirmeler yapılırken GSS’nin uygulanmaya başlandığı tarih olan 1 Ekim 2008 tarihi öncesi dönemin de dikkate alınarak bir değerlendirme yapılmasında fayda görülmektedir. Bu ise GSS öncesi ile GSS sonrası dönemleri politika amaçları açısından bir karşılaştırma fırsatı verebilecektir.

Herkesin sigorta kapsamına alınması bağlamında ele alındığında, GSS reformu girişiminin ve uygulamasının Türkiye sağlık politikası ve siyaseti arenasında büyük bir adım olduğu belirtilebilir. Ancak, GSS’nin amaçlarına ulaşabilme başarısı çok sayıda ortamsal faktöre bağlıdır. Bu faktörlerden özellikle dört tanesi hayati bir fonksiyona sahiptir. Bunlar; 1) politik ortam, 2) ekonomik ortam ve işgücü piyasası, 3) paydaş çıkarılarının yönetimi ve 4) sağlık sisteminin yönetişi ve ilişkili diğer reformlar. Bu konular üzerinde aşağıda kısaca durulmaktadır.

Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı oldukça sınırlı düzeyde bir görünüm arz etmektedir ve yakın bir gelecekte de Türkiye’deki sağlık sigortacılığı ortamında önemli bir konuma gelmesi de beklenmemektedir. Bunun temel nedenlerini aşağıdaki gibi belirtmek ve tartışmak olanaklıdır.

Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortacılığının kendine has niteliklerinden dolayı devletin bu alanda önemli bir rol üstleniyor olması nedeniyle özel sağlık sigortacılığı sektörü sınırlı kalmaktadır.

Birinci madde ile ilişkili olarak mevcut durumda Türkiye sağlık politikalarını belirleyen ve uygulayan aktörlerin sağlığa ilişkin bakış açıları sosyal bir bakış açısı olarak değerlendirilebilir. Bu bakış açısı çerçevesinde GSS’nin herkesi kapsamı ve temel teminat paketinin dar olmaması nedeniyle özel sağlık sigortacılığına olan ihtiyaç çok sınırlı kalmaktadır.

GSS Kanununda yer alan bazı sınırlamalar da özel sağlık sigortacılığının gelişmesinin önünde engel olarak görülebilmektedir.

Özel sağlık sigortacılığında sigorta şirketleri lehine işleyebilen bir bilgi asimetrisinin varlığı ve bu bilgi açığı nedeniyle rasyonel risk değerlendirememesi neticesinde giderler çok fazla olabilmektedir. Bu da özel sigorta şirketlerinin sağlık poliçelerine olan ilgilerini azaltabilmektedir.

Özel sağlık sigortacılığı konusunda toplumsal bilincin ve farkındalığın çok düşük düzeyde olduğunu belirtmek olanaklıdır.

Zaten özel sağlık sigortacılığının doğası gereği; risk seçimi yoluna gitmesi, pahalı olması, doğal olarak kar güdüsü ile oldukça agresif bir yapıda olması ve dayanışmaya müsait olmaması gibi nedenlerden dolayı bir sağlık sistemi içinde ağırlıklı bir finansman mekanizması konumuna gelmesi pek arzulanan bir durum değildir.

Kendimizi Sıneyalım

1. Vergi yolu ile sağlık hizmetlerinin hakkaniyetli ve dayanışmacı bir şekilde finanse edilebilmesi için vergilemenin sahip olması gereken temel özelliği aşığıdakilerden hangisidir?

- a. Finansal sürdürülebilirlik
- b. Herkesi kapsama
- c. Hizmetlere erişim
- d. Verimlilik
- e. Vergide adalet ilkesi

2. Aşığıdaki kavramlardan hangisi sağlık sigortacılığında gelirler ile giderleri karşılama amacına ulaşmayı tanımlamaktadır?

- a. Finansal sürdürülebilirlik
- b. Herkesi kapsama
- c. Hizmetlere erişim
- d. Verimlilik
- e. Uygunluk

3. Hangi tarihte GSS zorunlu hale gelmiştir?

- a. 1 Ocak 2012
- b. 1 Ocak 2011
- c. 1 Ekim 2008
- d. 16 Haziran 2006
- e. 20 Mayıs 2009

4. Aşığıdaki kavramlardan hangisi nüfusun tümünün sağlık güvencesinin olmasına karşılık gelmektedir?

- a. Finansal sürdürülebilirlik
- b. Herkesi kapsama
- c. Hizmetlere erişim
- d. Verimlilik
- e. Uygunluk

5. Aşığıdaki kavramlardan hangisi “finansmana katkı gelir ile orantılı, hizmetlerden yararlanma ise ihtiyaca göredir” tanımına karşılık gelmektedir?

- a. Finansal sürdürülebilirlik
- b. Herkesi kapsama
- c. Hakkaniyet
- d. Verimlilik
- e. Uygunluk

6. Politik istek aşığıdaki ortamsal faktörlerden hangisi kapsamında yer alır?

- a. Politik ortam
- b. Ekonomik ortam
- c. İşgücü piyasası
- d. Paydaş çıkarları
- e. Sağlık sisteminin yönetişimi

7. Aşığıdakilerden hangisi GSS’nin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyebilecek en önemli faktördür?

- a. Hizmetlere erişim
- b. Hakkaniyet
- c. Verimlilik
- d. Kayıt dışı istihdam
- e. Kalite

8. Türkiye’de GSS uygulamasına en fazla karşı çıkan sivil toplum kuruluşu aşığıdakilerden hangisidir?

- a. ABSAM
- b. Türk Hemşireler Derneği
- c. Sağlık-Sen
- d. CHP
- e. TTB

9. Türkiye’de özel sağlık sigortacılığının sınırlı düzeyde olmasının temel nedeni ne olabilir?

- a. Kalite
- b. Devlet müdahalesi
- c. İşgücü piyasası
- d. Paydaş çıkarları
- e. Verimlilik

10. Özel sağlık sigortacılığında sigorta şirketleri açısından temel motivasyon kaynağı nedir?

- a. Sağlıklı insanlar
- b. Düşük fiyat
- c. Kar etmek
- d. Sosyal sorumluluk
- e. Verimlilik

Kendimizi Sınavalım Yanıt Anahtarı

1. **e** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
2. **a** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
3. **a** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
4. **b** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
5. **c** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
6. **a** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
7. **d** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
8. **e** Yanıtınız yanlış ise “Sosyal Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
9. **b** Yanıtınız yanlış ise “Özel Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.
10. **c** Yanıtınız yanlış ise “Özel Sağlık Sigortacılığının Değerlendirilmesi” başlıklı konuyu yeniden gözden geçiriniz.

Sıra Sizde Yanıt Anahtarı

Sıra Sizde 1

GSS’nin ana gelir kaynaklarından (çalışan ve işveren primleri, doğrudan devlet katkısı, katkı payları) elde edilen gelirle giderlerini karşılamadığı için açıklar oluşmaktadır. Bu açıklar ise genel bütçeden sübvansede edilmektedir. Dolayısıyla açıklar olduğu için bir finansal sürdürülebilirlikten bahsetmek oldukça zordur.

Sıra Sizde 2

GSS’nin başarısını etkileyen/etkileyecek olan temel unsurlar; politik ortam, ekonomik ortam ve işgücü piyasası, paydaş çıkarları ve sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin yönetimi olarak belirtilebilir.

Yararlanılan Kaynaklar

- Bağ-Kur. (2005). **İstatistikler** (www.bagkur.gov.tr, 05.09.2006).
- Barnighausen, T. and Sauerborn, R. (2002). One Hundred and Eighteen Years of the German Health Insurance System: Are There any Lessons for Middle, and Low-income Countries? **Social Sciences and Medicine**. 54: 1559-1587.
- Carrin, G., James, C. and Evans, D. (2005). **Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System**. Technical Briefs for Policy-Makers, Number 1, World Health Organisation (www.who.int, 01.08.2006).
- Commission of the European Communities. (2002). **Candidate Countries Eurobarometer 2002.1, Highlights. Public Opinions in the Countries Applying for EU Membership, Support for EU Membership**, European Commission, Brussels.
- Dixon, A. and Mossialos, E. (2000) Has the Portuguese NHS Achieved its Objectives of Equity and Efficiency? **International Social Security Review**, 53(4): 49-78.
- Emekli Sandığı. (2006). **İstatistikler 2005** (www.emekli.gov.tr, 05.09.2006).
- EUROFOUND. (2004). **Perceptions of Living Conditions in an Enlarged Europe**. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg.
- Gelir İdaresi Başkanlığı, **Vergi Gelirleri, 2006**. (http://www.gib.gov.tr/fileadmin/HTML/VI/CVI/Tablo_37.xls.htm, 3.5.2006).
- Gilson, L. (1988). **Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?** London. LSHTM, EPC Publication Number 15.
- Global Health Europe. (2009). **European Health Values** (<http://www.globalhealtheurope.org>, 5.12.2011).
- Gottret, P. and Schieber, G. (2006). **Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide**. The World Bank. Washington D.C.
- Hoare, G. and Mills, A. (1986). **Paying for the Health Sector**. LSHTM, EPC Publication Number 12, London.
- Horstmann, S. and Kaiser, M. (2003). **Social Protection in 13 Candidate Countries, A Comparative Analysis**. European Commission. Brussels.
- Keeler, E.B. (1992). Effects of Cost Sharing on Use of Medical Services and Health, **Medical Practice Management**, Summer: 317-321.
- Kutzin, J. (1995). **Experience with Organisational and Financing Reform of the Health Sector**. WHO/SHS Paper 8, WHO/SHS/CC/94.3. WHO.
- Le Grand, J. (1998). Financing Health Care. In: Feachem, Z., Hensher, M. and Rose, L. (eds), **Implementing Health Sector Reform in Central Asia**. Papers from an EDI Health Policy Seminar held in Ashgabat, Turkmenistan, June 1996. World Bank, pp: 75-85.
- Liu, Y., Çelik, Y. and Şahin, B. (2005). **Healthcare and Pharmaceutical Spending in Turkey**. SUVAK, Ankara.
- McIntyre, D., Doherty, J. and Gilson, L. (2003). A Tale of Two Visions: The Changing Fortunes of Social Health Insurance in South Africa, **Health Policy and Planning**, 18(1): 47-58.
- Mills, A., Bennett, S. and Russell, S. (2001). **The Challenge of Health Sector reform: What Must Governments Do?** Houndmills and New York, Palgrave.
- Normand, C. and Weber, A. (1994). **Social Health Insurance. A Guidebook for Planning**. World Health Organisation. Geneva.
- Obermann, K. et al. (2006). Social Health Insurance in a Developing Country: The Case of the Philippines. **Social Science and Medicine**. 62: 3177-3185.
- Pamuk, H. and Teksöz, T. (2008). **İşgücü Piyasasındaki Yapısal Dönüşüm ve Kayıt İçine Geçiş Süreci, Bilgi Notu**. TEPAV. Ankara.
- Pınar, A. (2004a). **The Redistributive Impact of Fiscal Policy in Turkey**. Paper Submitted to the 2005 Annual Meeting of the European Public Choice Society in Durham (EPCS2005) (www.tesev.org.tr, 14.4.2006).
- Pınar, A. (2004b). **Vergileri Kim Ödüyor ve Kamu Harcamalarından Kimler Yararlanıyor?** TESEV (www.tesev.org.tr, 14.04.2006).
- Resmi Gazete. (2006). Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu. Tarih: 16/6/2006, Sayı: 26200, **Resmi Gazete**. Ankara.
- Rose, R. and Özcan, Y. (2007). **First European Quality of Life Survey: Quality of life in Turkey**. European Foundation for the

Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg.

Sağlık Bakanlığı. (1999). **Sağlık Hizmetleri Kullanıcıları Memnuniyet Araştırması**. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Sağlık Bakanlığı. (2001). **Sağlık İstatistikleri 2001**. Sağlık Bakanlığı, Ankara.

Schieber, G., Baeza, C., Kress, D. And Maier, M. (2006). Financing Health Systems in the 21st Century', in Jamison, D.T. et al. (eds), **Disease Control Priorities in Developing Countries**. Second Edition. Oxford University Press and World Bank, Chapter 12: 225-242.

Tatar, F. (1996).Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları.**Toplum ve Hekim**.11(72)

Tatar, M. and Kanavos, P. (2006). Health Care Reform in Turkey. **Eurohealth**, 12(1): 20-21.

Tatar, M. and Tatar, F. (1997). Primary Health Care in Turkey: a Passing Fashion? **Health Policy and Planning**, 12(3): 224-233.

Tatar, M. et al. (2007). Informal Payments in the Health Sector: A Case Study from Turkey. **Health Affairs**. 26 (4): 1029-1039.

TEPAV. (2008). **Mali İzleme Raporu**, 2008. TEPAV, Ankara.

Tiryaki, D. ve Tatar, M. (2000). Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 5(4): 124-138.

Towsee, A., Mills, A. and Tangcharoensathien, V. (2004). Learning from Thailand's Health Reforms. **BMJ**. 328: 103-105.

TÜİK. (www.tuik.gov.tr, 10.07.2008).

TÜİK. (2007a). **Sağlık Hizmetleri Memnuniyet Araştırması 2006**. Türkiye İstatistik Kurumu Yayın No: 3078, Ankara.

TÜİK. (2007b). **Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2006**. Türkiye İstatistik Kurumu Yayın No: 3079, Ankara.

TÜSİAD (2004), **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**. Türkiye Sanayicileri ve İşadamları Derneği, İstanbul.

Weber, A. et al. (2005). **Social Protection in Health Care. European Assets and Contributions**. GTZ.

WHO Regional Office for Europe. (2008). Parallel Session on Health Financing. WHO European Ministerial Conference on Health

Systems: Health System, Health and Wealth. Tallinn, Estonia, 25-27 June 2008 (http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_edoc07b.pdf, 10.07.2008).

World Bank. (2003). **Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**. (In Two Volumes) Volume II: Background Papers. Report No: 24358-TU. World Bank. Washington D.C.

World Bank. (2004). **Health Transformation Project Turkey**. World Bank. Washington D.C.

World Bank (2006). **Turkey Labour Market Study**. Report No: 33256-TR, Poverty Reduction and Economic Management Unit. Europe and Central Asia Region, World Bank. Washington D.C.

Yıldırım, H.H. (2012). **Sağlık ve Siyaset Yazıları** (yayınlanmamış kitap çalışması), Ankara.

Yıldırım, S. and Sezgin, J. (2002). Defence, Education and Health Expenditure in Turkey (1924-1998), **Journal of Peace Research**, 39(5): 569-580.

www.sgk.gov.tr

www.tsrsb.org.tr

www.sgkrehberi.com

www.sgk.gov.tr

www.saglik.gov.tr

www.absaglik.com

A

Aşkın Sigorta (Over Insurance): Aşkın sigorta terimi, tazminat poliçelerinde söz konusu olan bir kavramdır. Poliçedeki sigorta bedelinin, sigorta konusunun gerçek ve makul değerinin üzerinde olması halidir. Sigortanın temel prensibine göre amaç, sigortalının uğradığı maddi kaybın giderilmesi olmakla birlikte, çeşitli ne-denlerle sigorta bedeli, sigortalı tarafından gerçek ve makul değer üzerinde beyan edilmektedir. Ancak, sigorta şirketi, bir tam zıya durumunda, o malın gerçek değerini ödemek veya ikame etmek durumunda olduğundan, sigortalı, olması gerekenden fazla prim ödemiş olacaktır.

Azami İyiniyet (Utmost Good Faith): Bir sigorta sözleşmesinin tarafları, sigortacı ile sigortalıdır. Sigorta şirketi, sigorta edilecek olan mal, hayat veya sorumluluk konusu olan şey ile ilgili hiçbir bilgiye sahip değildir ve karşı tarafın vermiş olduğu bilgiye güvenmek durumundadır. Diğer taraftan, menfaatinin sigorta ettirmek üzere teklif formunu doldurmakta olan kişi de, kendi ihtiyaçlarına yönelik ürünü belirlemede sigortacının vermiş olduğu teknik bilgiye güvenmek durumundadır.

Sigorta sözleşmesinin oluşturulması aşamasında her iki taraf için de söz konusu olan ortak nokta, tamamen karşı tarafın vermiş olduğu bilgiye güvenmek durumunda olmalarıdır. Taraflardan birinin iyiniyetli olmaması nedeniyle karşı tarafa gerçek olmayan bilgi vermesi, karşı tarafı yanıltmak ve istemediği bir sözleşmeye girmesini sağlamaktır ve iyiniyet prensibinin ihlali, karşı tarafa sözleşmenin feshi hakkını vermektedir.¹

B

Birlikte Sigorta (Coinsurance): Sigorta konusu olan menfaatin, aynı tehlikelere karşı, aynı sigorta dönemi içerisinde birden fazla sigorta şirketi tarafından sigortalanmasıdır. Sigorta şirketleri çeşitli nedenlerden dolayı, sigorta konusu olan şeye birlikte teminat vermektedir ve bunun başlıca nedeni, sigorta bedelinin, sigorta şirketlerinin mali gücüne ve mevcut kapasitelerine göre çok yüksek olması ve tek başlarına teminat vermeye müsait olmamasıdır.

Bütün Tehlikeler (All Risks): Birçok branşta uygulanan ve sigortalının alabileceği en geniş teminat biçimidir. Teminatın adı "Bütün Tehlikeler" olmasına rağmen, karşılaşılabilecek bütün tehlikelere karşı koruma sağlayan bir teminat değildir. Bu tip poliçeler, kişilerin artan sigorta ihtiyaçlarına cevap vermek üzere oluşturulmuş, nispeten yeni ürünlerdir. Poliçenin, istisnalar bölümünde, hangi tehlikelere karşı koruma sağlamadığı tek tek sayılır ve bu istisnaların dışında kalan tüm tehlikelerin teminat altında olduğu belirtilir. Bu özelliğinden dolayı bu poliçeler, "Bütün Tehlikeler" (All Risks) Poliçesi olarak adlandırılmaktadır.

Beklenen Azami Hasar (Probable Maximum Loss): Normal şartlar altında, tek bir olaydan meydana gelebilecek, muhtemel azami hasar miktarıdır. Meydana gelme ihtimali çok az olan, örneğin katastروفik olaylardan ileri gelebilecek hasarlar, Beklenen Azami Hasar hesabına alınmaz.

C

Coğrafi Sınırlar (Territorial Limits): Sigorta poliçesinin yürürlükte olduğu coğrafi alandır. Örneğin, bir tekne poliçesindeki "Sefer Sahası" veya "Faaliyet Alanı" gibi terimler, o tekne poliçesinin ancak o alanlarda meydana gelebilecek hasarlar için yürürlükte olduğu anlamına gelmektedir.

¹ Bu sözlük hazırlanırken Türkiye Sigorta ve Reassürans Şirketleri Birliği web sayfasından yararlanılmıştır. (www.tsrbs.org.tr)

E

Integral Muafiyet (Franchise): Sigorta dönemi içerisinde meydana gelen ve belli bir miktarın altında kalan hasarın, sigortalı tarafından; hasarın bu miktarı aşması durumunda ise, tamamının sigorta şirketi tarafından ödenmesini öngören muafiyet uygulamasıdır. Sigorta bedelinin belli bir yüzdesi veya maktu olabilir.

Eksik Sigorta (Under Insurance): Poliçede yazılı sigorta bedelinin, sigortaya konu olan malın gerçek ve makul değerinin altında olması durumudur. Sigortalı, bilmeyerek veya daha az prim ödemek amacıyla malın gerçek değerinin altında bir beyanda bulunmaktadır. Eksik sigorta halinde sigortalı, sigortanın, "uğranılan maddi kayıpların tam anlamıyla giderilmesi" prensibinden yeterince yararlanamamaktadır. Örneğin, tam ziya halinde, sigorta şirketinin ödeyeceği en fazla miktar, poliçede beyan edilmiş sigorta bedeli kadar olacaktır. Kısmi hasarlarda da aynı durum söz konusudur ve sigorta şirketinin ödeyeceği en fazla hasar miktarı, eksik sigorta bedelinin, olması gereken sigorta bedeline oranı kadardır.

F

Fiyat (Rate): Sigorta veya reasürans teminatına karşılık olarak ödenecek primin hesaplanmasında esas alınan ve oran olarak ifade edilen bir terimdir. Fiyatın sigorta bedeline veya teminata uygulanmasıyla prim miktarı bulunmaktadır.

G

Genel Şartlar (General Conditions): Poliçe üzerinde açıkça ifade edilmiş, teminatın kapsamı, istisna edilen haller, hasar prosedürü, sigortalının görev ve yükümlülükleri, anlaşmazlık halinde uygulanabilecek hükümler, prim ödemesi, rücu durumu gibi sigorta sözleşmesinin esaslarını içeren koşullardır.

Gerçek Tam Ziya (Actual Total Loss): Sigorta konusu olan şeyin, sigorta teminatı kapsamındaki tehlikelerden birinin gerçekleşmesi sonucu tamamen kullanılamaz ve onarılamaz hale gelmesi durumudur. Bu durumda, sigorta şirketinin azami sorumluluğu, sigorta poliçesi üzerinde yazan miktar kadardır. Bir binanın yanması veya depremde yıkılması, bir

geminin batması gerçek tam ziya örnekleridir.

H

Hasar (Damage): Herhangi bir mala, eşyaya verilen fiziki hasarı veya kişinin gerek bedeni, gerekse manevi zararını ifade etmek için kullanılır.

Hükmi Tam Ziya (Constructive Total Loss): Sigorta teminatı kapsamındaki tehlikelerden birinin gerçekleşmesi sonucu, hasarı önlemek için yapılacak masrafın, kurtarılacak değeri aşması veya sigorta konusu olan şeyin tahmini tamir masrafının, ekonomik maliyet sınırını geçmesi hallerinde hükmi tam ziya durumu söz konusu olmaktadır. Genellikle nakliyat sigortalarında söz konusudur.

Hasar Fazlası Reasüransı (Excess of Loss): Bir reasürans anlaşması türüdür ve reasürör, sigortacının yazmış olduğu işlerden elde ettiği primin belli bir kısmı karşılığında, o işlere ilişkin meydana gelen hasarların, önceden saptanmış bir tutarı (sedan şirketin net saklama payı) geçen kısmını karşılamayı taahhüt eder. Hasar Fazlası Reasürans Anlaşmalarının Bölüşmeli Reasürans Anlaşmalarından en büyük farkı, sadece hasara ilişkin bir anlaşma olmasıdır. Tek bir branş için olabildiği gibi birkaç branşa birlikte de uygulanabilir ve özellikle kümül oluşturan hasarlarda ve katastrofik olaylarda, sigorta şirketinin koruması açısından oldukça etkili anlaşmalardır.

Hasar Prim Oranı (Loss Ratio): Ödenmiş ve muallak hasarlar toplamının kazanılmış prime olan oranıdır. Ancak, hasar prim oranı hesaplanırken, bir önceki yılda ayrılmış prim rezervi ve bir önceki yıl muallak hasarları da hesaba katılmaktadır. Hasar prim oranının hesabı şu şekilde yapılmaktadır: (Ödenen Hasar + Muallak Hasar + Cari Yıl Prim Rezervi) / (Prim + Geçen Yıllardan Devreden Muallak Hasar + Geçen Yıllardan Devreden Prim Rezervi)

Hesap / Muhasebe Yılı (Accounting Year): Sigorta poliçesinin yürürlüğe girdiği tarih göz önüne alınmaksızın, o poliçeye ilişkin tahakkuk eden primin hesaba kaydedildiği takvim yılıdır. Bir hesap yılı içerisinde, başlangıç tarihleri farklı olan poliçelere ait primler olabilmektedir. Örneğin, bir yıldan uzun süren Mühendislik, Tekne İnşaat poliçelerinde, risk devam ettiği sürece prim

tahakkuk etmekte, bu primler, başlangıç tarihleri eski olan poliçelere ait olmakla birlikte, içinde bulunan hesap yılı kapsamında değerlendirilmektedir.

Hasarı Önleme (Loss Prevention): Meydana gelmesi muhtemel hasarın nedenlerini araştırarak, bu nedenleri ortadan kaldırmak üzere sigortalıya tavsiyelerde bulunmak, bilgi ve donanım sağlamak ve sigorta poliçesine, tedbir öngören bazı şartlar ilave etmek gibi sigortacı tarafından alınan tedbirlerin tümü, hasarı önleme faaliyetleridir.

I

İş Yılı (Underwriting Year): Poliçenin düzenlendiği yıldır. Sigorta muhasebesi bakımından önem taşımaktadır. Bu poliçeye ilişkin primlerin takip eden yıl içinde de (bir yıldan uzun vadeli inşaat poliçelerinde prim ödemesi, inşaat devam ettiği sürece örneğin, 10 yıl sürebilmektedir) sigortacıya ödemiş olması, iş yılı hesabı açısından bir fark oluşturmaz ve poliçenin düzenlenmiş olduğu yıla göre hesaba alınır. Aynı şekilde, bu poliçeye ilişkin yapılan hasar ödemeleri de, aradan geçen süre ne kadar uzun olursa olsun, poliçenin düzenlenmiş olduğu yıla göre muhasebeleştirilir.

K

Kloz (Clause): Poliçenin bir bölümü veya poliçeye ekli, özel şarttır ve taraflar arasındaki sözleşmenin gerçek sınırlarını belirlemek amacıyla kullanılmaktadır.

Komisyon (Commission): Sigorta şirketlerinin, prim üretimi başta olmak üzere sigortacılık ile ilgili faaliyetlerinde şirket adına iş yapan sigorta aracılara ödediği belli orandaki para miktarıdır. Bu oran, sigorta aracısının düzenlediği veya düzenlenmesine aracılık ettiği poliçe toplam priminin belli bir yüzdesidir. Her bir sigorta branşı için ayrı olmak üzere farklı kademelerdeki sigorta aracılara değişik yüzdelerde komisyonlar ödenmektedir. Sigorta şirketi ile reasürans şirketi arasındaki ilişkide aracılık eden reasürans aracıları kişi ve kuruluşlara da bir komisyon ödenmektedir ve buna da reasürans komisyonu denilmektedir.

Kısmi Hasar (Partial Loss / Particular Average): Sigorta konusu olan şeyin, adından da anlaşılacağı üzere kısmen hesaplanmasıdır. Ancak, bir hasarın "kısmi" olup olmadığını belirleyen bir ekonomik

sınır söz konusudur ve bu sınır sigortacı açısından çok önemlidir. Sigorta konusu olan şeyin kısmen hasarlanması durumunda dahi, tamir ve diğer masraflar toplamının sigorta bedeline göre yüksek bir oran tutması, diğer bir deyişle tamirin ekonomik olmaması halinde hükmi tam zıya çözümüne gidilebilir. Buna göre, bir hasarın kısmi nitelikte olup olmadığını belirleyen faktör, tamir bedelinin sigorta şirketi açısından ekonomik olmasıdır.

Kazanılmış Net Prim (Net Earned Premium):

Hesap yılının birinci gününden itibaren sigortacı tarafından düzenlenmiş poliçeler karşılığında yazılan primler, teknik anlamda brüt primdir. Hesap yılı içerisinde, örneğin, dördüncü ayda düzenlenen poliçenin yıllık priminin sadece sekiz aylık karşılığı cari yıla ait, geri kalan dört aylık primi ise takip eden yılın hesabına dahil olmaktadır. Sigorta şirketi tarafından düzenlenen tüm poliçeler için tek tek böyle bir hesap yapmak güç olduğundan, şirketin yıl içerisinde tahakkuk ettirdiği toplam primin belli bir yüzdesi devam eden riskler için bir sonraki yıl hesabına aktarılmaktadır. İstihsal edilen yıllık primden reasürans maliyeti ve devam eden riskler için ayrılan rezerv çıkarıldıktan sonra kalan kısım, "Kazanılmış Net Prim"dir.

L

Lehdar (Beneficiary): Sigortadan faydalanan kişidir. Sigorta sözleşmesine doğrudan taraf olabildiği gibi, sigorta ettiren konumundaki diğer bir kimsenin yapmış olduğu sözleşme ile de sigortadan doğrudan veya dolaylı olarak yararlanma konumunu elde edebilir.

Lütuf Ödemesi (Ex Gratia): Sigorta şirketinin teminata girmeyen ya da teminat kapsamında olup olmadığı tartışmalı hasarlarda yaptığı ödemedir. Lütuf ödemesi hasarın tamamı veya bir kısmı için yapılabilir. Sigorta şirketinin, kendi sigortalıları ile içinde bulunduğu iyi ilişkilerini veya ticari itibarını koruma düşüncesi, lütuf ödemesinin nedenleri arasında gösterilebilir. Bu tür ödemelerin önemli bir sonucu, rücu imkânını ortadan kaldırmasıdır.

M

Müşterek Sebep (Concurrent Cause):

Birbirlerinden bağımsız olarak ortaya çıkan ve hasarın oluşumuna ayrı ayrı katkıda bulunan sebeplerdir. Devam etmekte olan bir fırtına ve bu fırtına sırasında tamamen başka bir nedenle başlayan yangın, bir hasarın müşterek sebebi olabilirler.

Mücbir Sebep (Act of God): İnsan iradesi, gücü ve müdahalesiyle önüne geçilemeyen, deprem, yıldırım, kasırga gibi doğal afetler mücbir sebep olarak adlandırılmaktadır ve sorumluluk hukuku açısından önem taşımaktadır.

Mutabakatlı Poliçe (Agreed Value / Valued

Policy): Sigorta sözleşmesinin tarafları olan sigortalı ile sigortacı tarafından, üzerinde mutabık kalınmış, tam zıya halinde sigortalıya ödenecek olan bedeldir. Mutabakatlı değer, sigorta poliçesi düzenlendiği sırada belirlenmekte, poliçe süresi içerisinde meydana gelebilecek piyasa dalgalanmalarından etkilenmemektedir. Tam zıya halinde sigortalıya ödenecek olan bedelin başlangıçta belirlenmiş olması, olası bazı sigorta sahtekârlıklarının da önüne geçmektedir. Mutabakatlı poliçe, tekne ve nakliyat sigortalarında sık olarak kullanılmaktadır.

Muallâk Hasar (Outstanding Loss): Meydana gelmiş ve sigorta şirketi tarafından bilinen bir hasara ilişkin olarak, ileride ödenmesi muhtemel hasar ödemesidir ve bu muhtemel ödeme için ayrılan miktara da muallâk hasar rezervi denir.

Meydana Gelmiş Ancak Bildirilmemiş

(Incurred But Not Reported): Sigorta muhasebesi açısından oldukça önemli bir kavramdır. Belli bir dönem, genellikle hesap döneminin sonunda, sigorta şirketinin portföyünde bulunan branşlar itibarıyla meydana gelmiş bir takım hasarlar söz konusu olmakta, ancak bu hasarların varlığı ve maliyeti konusunda sigorta şirketinin herhangi bir bilgisi bulunmamaktadır. Bu tür hasarlar, "meydana gelmiş ancak bildirilmemiş" hasarlar olarak adlandırılır ve sigorta şirketi tarafından, bu hasarlar için belli bir rezerv ayrılır.

Müşterek Avarya (General Average): Gemi ve yükü birlikte tehdit eden bir tehlikeden onları korumak amacıyla, makul bir hareket tarzında olmak kaydıyla, bilerek bir fedakârlık yapılması veya bir masrafa katlanması durumunda, Müşterek Avarya hareketi sözkonusudur ve bu nitelikte bir hareketin doğrudan doğruya sonucu olan zarar veya masraflar Müşterek Avarya'dır. Müşterek Avarya kapsamına giren zarar ve masraflar, gemi, yük ve navlun sahipleri arasında paylaştırılır ve bu işleme dispeç (adjustment) denir.

Müşterek Avarya Fedakârlığı (General Average Sacrifice):

Müşterek Avarya hareketinin teknede veya emtiada neden olduğu maddi zarardır. Yüklü geminin bir deniz tehlikesi nedeniyle batma tehlikesi ile karşı karşıya kaldığı sırada geminin batmaması için karaya oturtulması (donatanın fedakârlığı) ya da geminin batmaması için yükün bir kısmının denize atılması (yük sahibinin fedakârlığı), Müşterek Avarya Fedakârlığı için birer örnektir.

Müşterek Avarya İştiraki (General Average Contribution):

Müşterek Avarya fedakârlığı yapan tarafın masrafına katılmaz. Karaya oturtulan geminin hasarına yük ve navlun sahibinin, bir kısmı denize atılan yük sahibinin zararına tekne ve navlun sahibinin iştirakidir.

Müşterek Avarya Masrafı (General Average Expenditure):

Donatanın diğer menfaatler adına yapmış olduğu (sığınma limanına giriş çıkış gibi) masraftır.

Mortalite Tabloları (Mortality Tables):

Bir ülkenin toplam nüfusunun gözlemlenmesi suretiyle elde edilen sonuçların, Hayat sigortalarına uygulanmak üzere hazırlanan tablolarına denir. Herhangi bir yaşta, bir yıl içerisinde kaç kişinin hayatta kalacağı veya kaç kişinin öleceği bu tablolardan hareketle tahmin edilebilmektedir. Mortalite tabloları, tablonun yapılış şekline ve yapıldığı yere göre isim almaktadır. Örneğin, Amerikan C.S.O. 1953-1958 Mortalite tablosu denildiği zaman, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1953 - 1958 yılları arasında tam nüfusun gözlemlenmesi suretiyle elde edilen sonuçları gösteren tablo anlaşılmaktadır. Bunun yanı sıra, bu tablolara "teknik faiz" yüklemesi yapılarak "Komitasyon Tabloları" elde edilmektedir.

Mortalite tabloları, tüm nüfus dikkate alınarak yapılabildiği gibi, cinsiyet ayırımı, belli bir bölgenin nüfusu gibi esaslara göre de yapılabilmektedir.

Ö

Özel Şartlar (Particular Conditions): Özel şartlar, sigortacı ve sigortalının üzerinde anlaştığı ve sigortalının çıkarları dikkate alınarak genel şartlara eklenen koşullardır. Özel şartların, TTK'nın emredici hükümlerine ve sigortalının aleyhine olmaması gerekmektedir. Özel şartlardaki amaç, sigortalının veya sigorta edilen menfaatin durumuna ve risklere göre ihtiyaçlara cevap verebilmektir.

P

Prim (Premium): Herhangi bir riske ilişkin olarak, sigortacının vermiş olduğu teminata karşılık olmak üzere, sigortalı veya sigorta ettiren tarafından para olarak ödenen bedeldir. Sigorta sözleşmesinin en önemli unsurlarından birisidir ve sözleşmenin diğer bütün şartları yerine getirilmiş olsa dahi, primin ödenmemesi, birçok durumda sigorta sözleşmesinin yürürlüğe girmesini engelleyen bir durumdur. Prim, risk primine ek olarak genel giderler, komisyonlar, sigorta şirketinin bu iş dolayısıyla katlanmak zorunda olduğu tüm maliyetler ve faaliyet karını içermektedir. Yukarıda adı geçen risk primi ise, eldeki istatistiklere dayanılarak hesaplanmış muhtemel hasar miktarı ve hasar masraflarını karşılamak üzere hesaplanmış net prim miktarıdır. Tehlike primi olarak da adlandırılabilir.

Police Devri (Assignment): Police üzerindeki yasal hakların devridir. Bir kişinin sigorta yaptırabilmesi için, sigortanın konusu üzerinde sigorta edilebilir menfaatinin olması önemli bir şarttır. Bu menfaatin varlığı üzerine düzenlenen police üzerindeki her türlü yasal hak, sigorta ettiren kişiye aittir.

Sigorta ettiren kişinin sigorta konusu üzerindeki menfaatinin sona ermesi, poliçenin geçerliliği üzerinde branşlara göre değişik etkilerde bulunmaktadır. Bazı branşlarda police kendiliğinden hükmünü yitirmekte, bazı branşlarda ise police, sigortanın konusunu takip ettiği için sigortalı değişikliğinden etkilenmemekte, hükmünü sürdürmektedir. Bu nedenle, poliçenin bir başka kişiye ya da sigorta

konusu üzerinde menfaati ele geçiren kişiye devri, branşlara göre değişmektedir.

S

Sigorta (Insurance): Sigorta, aynı türden tehlikeyle karşı karşıya olan kişilerin, belirli bir miktar para ödemesi yoluyla toplanan tutarın, sadece o tehlikenin gerçekleşmesi sonucu fiilen zarara uğrayanların zararını karşılamada kullanılan bir risk transfer sistemidir. Bu sistem sayesinde kişiler, karşı karşıya bulundukları tehlikelerin neden olabileceği, parayla ölçülebilen zararlarını, nisbeten küçük miktarlarda ödemiş oldukları primler yoluyla paylaşmaktadırlar. Sigortanın temel işlevi, zararı ekonomik açıdan önemsiz bir duruma getirmektir. Kişiler tek başına karşılayamayacakları zararları bir organizasyon aracılığıyla aralarında paylaşmaktadırlar. Bu organizasyon, “sigorta şirketi”, “sigorta ettiren” ve “bir sigorta sözleşmesi”den oluşur. Bir sigorta sözleşmesinde; bir tarafta sigorta teminatı veren, ilgili kanun ve mevzuata göre sigortacılık faaliyetinde bulunmaya yasal olarak yetkili bulunan “sigortacı”, diğer tarafta da tehlikeyle karşı karşıya olan “sigorta ettiren” bulunmaktadır. Sigortalı; sigorta şirketinin bir tarafı olarak, teminat kapsamındaki tehlikelerden herhangi birinin gerçekleşmesi durumunda, meydana gelen hasarın tazmini talebinde bulunmaya yasal yetkili olan kişidir. Genellikle sigorta ettiren ile sigortalı aynı kişi olmakla birlikte, farklı da olabilmektedir. Sigortacının sigortalıyı koruma yükümlülüğüne karşılık, sigortalının da sözleşme ile saptanan prim adı altındaki bir meblağı ödeme yükümlülüğü bulunmaktadır.

Sigorta Poliçesi (Insurance Policy): Sigortacı ile sigortalı arasındaki sigorta sözleşmesinin yazılı, yasal delilidir. Bir sigorta poliçesinde genel olarak, sigortacıyı ve sigortalıyı tanımlayıcı bilgiler, sigorta konusuna ilişkin açıklamalar, teminatın kapsamı, sigorta bedeli, sözleşmenin süresi, prim miktarı, poliçenin düzenlenme tarihi, tarafların borç ve yükümlülükleri gibi bilgiler bulunmaktadır.

Sigorta Bedeli (Sum Insured): Teminat kapsamındaki bir tehlikenin gerçekleşmesi veya sigortalının üçüncü şahıslara karşı sorumlu duruma düşmesi halinde, sigortacının ödemekle yükümlü olduğu, poliçede belirtilen ve tazminata esas

oluşturan azami bedeldir. Tazminat sözleşmelerinde sigorta bedeli, sigortalının uğrayabileceği en büyük mali kayıptır. Sigorta konusunun hasar anındaki piyasa değeri, sigorta bedelinin altında ise, piyasa değeri esas alınmaktadır. Tazminat esaslı olmayan sigorta sözleşmelerinde ise (Hayat Sigortaları gibi), sigorta bedeli teorik olarak, istenilen herhangi bir miktarda tesbit edilebilir ve risk gerçekleştiği anda poliçe üzerinde yazan sigorta bedeli eksiksiz ödenir.

Sigorta Süresi (Insurance Period): Sigortacının teminat kapsamındaki tehlikeler nedeniyle meydana gelmesi muhtemel hasarlara ilişkin sorumluluklarının devam ettiği süredir.

Sigorta Başlangıç Tarihi (Attachment Date): Sigorta teminatının yürürlüğe girdiği tarihtir. Bazı branşlarda sigortanın başlayabilmesi için sigorta priminin genellikle bir kısmının ödenmesi gerekirken, bazı branşlarda böyle bir zorunluluk olmayıp, tarafların anlaşmasıyla birlikte teminat başlamış kabul edilir.

Sigortanın Sona Ermesi (Expiry Date Termination): Sigorta sözleşmesinin her iki taraf ve üçüncü şahıslar bakımından artık geçerli olmaması halidir. Sözleşmenin sona ermesi çeşitli durumlarda söz konusu olabilir; 1) poliçede yazılı olan sona erme tarihine ulaşılmasıyla, 2) taraflardan birinin sözleşmede öngörülen bazı şartları yerine getirmemesinden kaynaklanan fesih hali nedeniyle, 3) sigortalının kendi iradesiyle, 4) sigortacının, riskin ağırlaşması nedeniyle sözleşmeyi tek taraflı feshi ve 5) bazı branşlarda rizikonun gerçekleşmesiyle, (hayat sigortalarında sigortalının ölümü, diğer bazı branşlarda tam ziya durumu gibi)

Sigorta Konusu (Subject Matter of Insurance): Kaybedilmesi veya hasarlanması halinde, üzerinde menfaat sahibi kişi/kişiler için mali kayıplara neden olan; 1) taşınır veya taşınmaz bir mal, 2) meydana gelmesi durumunda yasal bir hakkın kaybedilmesine veya yasal bir sorumluluk oluşmasına neden olan herhangi bir olay, 3) ölüm veya yaralanma halinde kişinin kendisi veya menfaat bağı ile bağlı olduğu kişiler için parasal kayıplara neden olabilecek bir hayat ve 4) sigorta konusu olabilmektedir. Yangın poliçesi için bina veya içindeki eşyalar, nakliyat poliçesi için gemi veya taşınmakta olan yük, sorumluluk

poliçesi için ilgili kişinin başkalarına verebileceği zararlar bakımından söz konusu olan yasal sorumluluğu, hayat poliçesi için sigortalı kişinin yaşamı sigortanın konusu üzerine birer örnektir.

Sigorta Edilebilir Risk (Insurable Risk): Bir tehlikenin sigortacı açısından sigorta edilebilme ölçüsüdür. Hasara neden olması tamamen tesadüflere ve sigortalının kontrolü dışındaki olaylara bağlı, ekonomik, sosyal ve siyasal sonuçları bakımından geniş kitleleri etkilemeyen riskler, sigorta edilebilir niteliktedir. Ancak, günümüzde sigortacılığın gelişmesiyle birlikte, özellikle ekonomik olarak geniş kitleleri etkileyen riskler, örneğin savaş ve terör gibi tehlikeler için de sigorta teminatı verilebilmektedir. Ayrıca iklim değişikliklerinin yol açtığı ve meydana gelmesi artık tesadüflere bağlı olmayan, bilim ve teknolojiye gelişmeler sonucu meydana gelebileceği önceden tahmin edilebilen birçok tehlike (kasırga, sel gibi) sigorta edilebilir risk kapsamına girmektedir.

Sigorta Sertifikası (Certificate of Insurance): Sigorta şirketi tarafından düzenlenerek sigortalıya verilen ve sigorta sözleşmesinin varlığına kanıt olarak kullanılabilen bir belgedir. Belge, sigortalının kimliğine ilişkin bilgiler, sigorta teminatının kapsamı ve poliçe şartları hakkında genel bilgiler içermektedir. Sigorta sertifikası, sigortanın bir şart olarak öne sürüldüğü borç alacak ilişkilerinde ve hukuki işlemlerde kullanılmaktadır ve gerekli olduğu takdirde her sigorta branşı için düzenlenebilir. Özellikle bir ana poliçe ile birden fazla kişi veya sigorta konusu için grup teminatı veren branşlarda sıklıkla kullanılmaktadır.

Sigorta Sahtekârlığı (Insurance Fraud): Kötü niyetli kişilerin haksız kazanç elde etmek amacıyla sigorta şirketini bilerek, kasıtlı olarak aldatmasıdır. Poliçe düzenlenmeden önce veya sonra yapılabilir. Tedbirli bir sigortacının normalde girmeyeceği sözleşmeye girmesini sağlamak amacıyla sigortacıya bilerek yanlış bilgi vermek veya önemli bir hususu gizlemek poliçe düzenlenmeden önce yapılan sahtekârlığa örnek olarak verilebilir. Poliçe düzenlendikten sonra yapılan sahtekârlığa ise, kasıtlı olarak hasar meydana getirmek (örneğin, kundaklama) gösterilebilir.

T

Teminat Belgesi (Cover Note): Sigorta şirketi tarafından düzenlenen ve teminatın varlığının delili olarak kabul edilen geçici bir belgedir. Sigorta poliçesinin zaman veya herhangi bir başka nedenle teminatın hesaplandığı sırada hazırlanamaması durumunda, geçici nitelikte hazırlanan Teminat Belgesi sigorta poliçesinin işlevini görmektedir. Teminat Belgesinin yürürlükte olduğu sırada bir hasar meydana gelmesi durumunda, yasal durum açısından sigorta poliçesi ile aralarında herhangi bir fark yoktur.

Teklif Formu (Proposal Form): Sigorta edilecek riskin her yönüyle belirlenmesi amacıyla, sigortacı tarafından hazırlanmış ve kişinin sigorta talebini içeren bir belgedir.

Teminat (Cover / Coverage): Sigorta konusu olan şeyin kısmen veya tamamen hasarlanması durumunda, hasarın, sigortalının genel prensipleri ve poliçe şartları çerçevesinde tazmin edileceği konusunda, sigortacının, sigortalıya veya sigortadan yararlanan kişiye vermiş olduğu garantidir.

Tazminat Talebi (Claim): Sigorta poliçesi kapsamında olan bir riskin neden olduğu ziya veya hasarın tazmin edilmesi amacıyla, sigortalı, lehdar veya üçüncü şahısların sigorta şirketinden yapmış olduğu tazminat talebidir. Talep edilen miktar, ilke olarak sigorta bedelini aşmamalıdır.

Tenzili Muafiyet (Deductible): Hasarın belli bir miktarının sigortalı tarafından yüklenilmesini ifade eder. Bu miktar sigorta bedelinin veya hasarın belli bir yüzdesi veya maktu bir bedel olabilir. Sigorta dönemi içerisinde meydana gelen her bir hasar için olabildiği gibi, toplam hasar miktarı için de sözkonusu olabilmektedir. Tenzili muafiyet oranı veya miktarının yüksek olması, sigortalının ödeyeceği prim miktarını azaltan bir etkidir.

U

Uzak Sebep (Remote Cause): Uzak sebebi yakın sebepten ayıran tek fark zaman faktörüdür. Hâkim ve belirleyici olan yakın sebep, zaman içerisinde ortadan kaldırılabilecek iken, böyle bir tedbir

alınmamakta ve hasara yol açmaktadır. Bir yangında direnci azalan duvarın bir hafta sonra rüzgâr ve fırtına nedeniyle çökmesiyle meydana gelen hasarın uzak sebebi, duvarın direncini azaltan yangındır. Yakın sebebin, eldeki yeterli zaman içerisinde ortadan kaldırılmaması ve hasara neden olması durumunda uzak sebep söz konusu olmaktadır.

Y

Yenileme (Renewal): Sigorta poliçesinin (veya reasürans anlaşmasının) yürürlükte olduğu sürenin dolmasıyla birlikte, sigorta sözleşmesinde bulunan her iki tarafın iradesiyle, yürürlükteki poliçenin devam etmesini sağlayan bir süreçtir. Yenilemede, eski poliçenin şartları ve primiyle devam etmek, poliçenin kapsamını genişletmek, daraltmak ilave şartlar koymak, ek prim almak veya primi azaltmak gibi değişiklikler yapılabilir.

Sigorta şirketi, poliçenin süresi dolmadan belli bir süre önce, yenileme şartıyla birlikte, sigortalıya bir yenileme ihbarı (renewal notice) gönderir. Sigortalı, sigorta şirketinden gelen ve aynı zamanda bir teklif anlamına gelen bu uyarıdan sonra poliçenin devam etmesini kabul edip etmeme hakkına sahiptir. Aynı şekilde, sigorta şirketi de rizikonun ağırlaştığını veya başka herhangi bir nedenle poliçeye devam etmeme kararını verebilir. (sağlık sigortalarında, sigortalıya verilen yenileme garantisi bu durumun istisnasıdır).

Yakın Sebep (Proximate Cause): Bir hasarın meydana gelmesine neden olan en etkili ve hakim sebeptir. İlk veya son sebep olabildiği gibi ikisi de olmayabilir. Yakın sebebi diğer sebeplerden ayıran en önemli özellik, hasarın oluşumuna etki ya da katkıda bulunmasının ötesinde tek başına belirleyici olmasıdır.

Bazı hasarların meydana gelmesine tek bir olay neden olabilmektedir ve bu olay, doğal olarak, hasarın yakın sebebidir. Ancak, bazı durumlarda hasarlar, zincirleme olayların sonucunda meydana gelebildiği gibi birden fazla olayın katkısıyla da oluşabilmektedir. Böyle bir durumda, hasarın yakın sebebinin tespit edilmesinde zorluklarla karşılaşılabilir. Zincirleme olaylar sonucunda meydana gelen bir hasarın yakın sebebinin açıklanmasına şöyle bir örnek verilebilir: 1) Fırtına, ahşap binanın çatı duvarını yıkmakta, 2) çöken duvar, binanın elektrik kablolarını koparmakta, 3) kopan

elektrik kabloları, kısa devre nedeniyle kıvılcım çıkarmakta, 4) kıvılcımlar, ahşap binada yangına neden olmakta ve 5) itfaiyenin yangını söndürmek ve komşu binaların yanmasını önlemek amacıyla sıktığı su, evdeki yanmış eşya ve komşu binalarda zarara neden olmaktadır. Bu zincirleme olaylar sonucunda yanmış eşya ve komşu binalarda meydana gelen su hasarının yakın sebebi (hakim ve belirleyici sebep) fırtına olmaktadır.

Yükümlülük Karşılama Yeterliliği (Solvency

Margin): Bir sigorta veya reasürans şirketinin varlık değerinin yükümlülüklerini karşılayabilecek yeterlilikte olduğunu gösteren bir orandır. Şirketin sorumluluklarını karşılayabilecek ölçüde güçlü bir mali yapıya sahip olduğunun belirlenmesi bakımından önemlidir. Kısa ve uzun vadeli işler için ayrı ayrı hesaplanmakta olan Yükümlülük Karşılama Yeterliliği, genel branşlar itibarıyla prim ve hasar esasına göre, uzun vadeli işlerde ise şirketin varlık ve sorumluluklarının yıllık aktüeryal değerlemesine göre belirlenmektedir.

Z

Zorunlu Sigorta (Compulsory Insurance):

Kişinin, yasa dolayısıyla yaptırmak zorunda olduğu sigortadır. Kişinin üçüncü şahıslara karşı sorumlu olması durumunda, üçüncü şahısların tazminatsız kalmasını önlemek üzere, sigorta sistemi kullanılarak oluşturulmuş bir tedbir olarak düşünülmelidir.

Zorunlu sigortalara verilebilecek tipik bir örnek, Trafik Sigortalarıdır. Hemen bütün dünyada uygulanmakta olan bir zorunlu sigorta türüdür. Kişinin, sahibi olduğu motorlu araç dolayısıyla üçüncü şahıslara verebileceği hasarlardan doğabilecek sorumluluklarını kapsamaktadır. Ülkemizde de uygulanmakta olan "Karayolları Motorlu Araçlar Zorunlu Mali Sorumluluk Sigortası", "Otobüs Zorunlu Koltuk Ferdi Kaza Sigortası", "Tüpgaz Zorunlu Sorumluluk Sigortası", "Tehlikeli Maddeler Zorunlu Sorumluluk Sigortası" gibi zorunlu sigortalar dışında, özellikle gelişmiş ülkelerde uygulanan "İşveren Mali Mesuliyet Sigortası", "Çevre Kirliliği Sorumluluk Sigortası" gibi zorunlu sigortalar vardır.

Kişinin, genellikle üçüncü şahıslara verebileceği zararlara karşı zorunlu tutulan sorumluluk sigortalarının dışında, tamamen

başka amaçlar düşünülerek zorunlu tutulmuş, kişinin bazı doğal afetler nedeniyle, kendi malına gelebilecek maddi hasarını karşılayan zorunlu sigortalar da mevcuttur. Ülkemizde uygulanmakta olan Zorunlu Deprem Sigortası bu uygulamaya bir örnektir.

Zeyilname (Endorsement): Poliçenin düzenlenmesinden sonra ortaya çıkan ve sigortacının üstlendiği riskin, nitelik veya büyüklüğünü değiştiren herhangi bir durum nedeniyle poliçeye ek olarak düzenlenmiş ve aynı yasal yetkiye sahip yazılı belgedir.

Zarar / Ziya (Loss): Bu terimin aşağıdaki gibi birden çok anlamı vardır: 1) Ekonomik kayıp meydana getiren bir olay, 2) bir sigorta teminatı kapsamında, sigortalıya yasal olarak hasar talebinde bulunma hakkını veren olay ve 3) sigorta konusu şeyin kaybolması.

Bir portföy içinde, hasar, üretim masrafları, idari masraflar, hasar masrafları, komisyon ve diğer giderler toplamının, prim ve benzerlerinden oluşan gelir miktarını aşması durumu.