

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKE
SİSTEMLERİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

Celal DAĞ

2502060106

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Levent ŞAHİN

İstanbul – 2013



DOKTORA

TEZ ONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı

:CELAL DAĞ

Numarası : 2502060106

Anabilim/Bilim Dalı

:ÇALIŞMA EKO.VE END.İLİŞK.

Danışman : DOÇ.DR.LEVENT ŞAHİN

Tez Savunma Tarihi

:12.04.2013

Saati :10.00

Tez Başlığı

:TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKE SİSTEMLERİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 35. Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ'NE OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-PROF.DR.SEDAT MURAT		Kabul
2- PROF.DR.ARİF YAVUZ		Kabul
3- PROF.DR.SÜLEYMAN ÖZDEMİR		Kabul
4-PROF.DR.ALİ RIZA OKUR		Kabul
5-DOÇ.DR.LEVENT ŞAHİN		Kabul

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	İMZA	KANAATİ (KABUL / RED / DÜZELTME)
1-DOÇ.DR.UMUT OMAY		
2-DOÇ.DR.BÜNYAMİN BACAK		

ÖZET

TÜRK GENEL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMİNİN SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKE SİSTEMLERİ İLE KARŞILAŞTIRMALI ANALİZİ **Celal DAĞ**

Sosyal güvenlik ve sağlık, bir toplumda iktisadi kalkınmaya paralel olarak sosyal refah düzeyinin korunması ve sürdürülmesi bakımından en temel ihtiyaçlardan birini oluşturmaktadır. Tüm dünyada sosyal güvenlik sistemlerini çıkmaza sürüklenmesinde belirleyici olan temel faktörlerden biri de sağlık hizmetlerinde süregelen maliyet yükselişidir.

Sağlık doğuştan kazanılan bir haktır ve sağlık hizmetinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi gerekir. Bu bakış açısı ile sosyal güvenlik, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun olarak herkese sağlık güvencesi sağlanmalı; herkes sağlık hizmetlerine kolay erişebilmeli; kişilere verilen sağlık hizmetleri çağdaş düzeyde kaliteli ve etkili olmalıdır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” ve onunla eş zamanlı olarak yürütülen “Sosyal Güvenlik Reformu” Türk sağlık sisteminde önemli değişikliklere neden olmuştur. Bu iki sürecin ortak amaçlarından biri sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak, verimli kılmak ve hizmet kalitesini arttırmaktır.

Bu çalışmada, yukarıda belirtilen reform ve programlar ile ortaya konulan Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun yapısı, uygulaması ve sürdürülebilirliği, AB ülkelerinden; Almanya, Fransa, İngiltere ve Hollanda ile ABD Genel Sağlık Sistemleri ile kıyaslanmakla birlikte, sistemin sürdürülebilirliğinin temini açısından “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası” üzerinde de durulmuştur.

ABSTRACT

THE COMPARED ANALYSIS OF TURKISH HEALTH INSURANCE SYSTEM WITH THE OTHER SYSTEMS OF SOME SELECTED COUNTRIES

Celal DAĞ

Social security, parallel to economic development, is one of the most basic needs in a society for the protection and maintenance of welfare. One of the decisive factor that leads to a dilemma about the social security system all over the world is the continuously increasing healthcare costs.

Health is a right acquired at birth and healthcare services should be organised in a way that it should reach everyone equally. From this point of view, social security should provide healthcare to all in a just and equal way; everyone should have easy access to healthcare; the healthcare service provided should be efficient and up to date.

‘Healthcare Transforming Program’ and ‘Social Security Reform’ that have been performed simultaneously, have caused important changes in the Turkish Healthcare System. One of the common purpose of these two processes is to increase and ease access to healthcare.

In this study, the structure, implementation and sustainability of these previously mentioned programs and reforms have been evaluated and compared with the healthcare systems of Germany, France, England and Netherlands from EU and USA general healthcare system, and ‘Supplementary Health Insurance’ have been emphasized with regard to sustainability of the system.

ÖNSÖZ

Sağlık hizmetleri bir ülkeyi yaşanılır kılan en önemli kriterlerden biridir. Sağlıkta dönüşüm programının ana amacı, Devletin sağlık sistemini 21. yüzyıl vizyonuna uygun hale getirmek ve insan hakkı olan kaliteli sağlık hizmetinin alınmasını sağlamaktır. Gerek uygulanan hükümet politikaların etkisiyle gerekse demografik değişimlere bağlı olarak sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer alan sağlık harcamaları birçok ülkenin gündeminden düşmemektedir. Son yıllarda gelişen finansal krizin kamu bütçesi üzerinde yarattığı sürekli baskı nedeniyle önemi daha da artan sağlık harcamaları, tasarruf tedbirlerinin de odağı haline gelmiştir.

Türkiye’de sağlık politikalarında son on yılda önemli değişiklikler yapılmış olmakla beraber, 5502 ve 5510 sayılı Kanunlarla gerçekleştirilmeye çalışılan Sosyal Güvenlik Reformu ve Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar, kamu kaynaklarının belirlenen sağlık öncelikleri doğrultusunda etkin bir biçimde kullanılması ve bu hususun sürdürülebilirliğini gündeme taşımıştır. 2000’lerin başında GSYİH’nın % 5’leri düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları, GSYİH’daki büyük artışa rağmen 2010’lu yıllara gelince % 6’lar düzeyine ulaşmıştır. Sağlık harcamalarındaki bu yükseliş, yaklaşık olarak 10 katlık bir artış anlamına gelmektedir.

Yapılan Sosyal Güvenlik Reformu ve birlikte yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sistemdeki değişim; Almanya, Fransa, İngiltere ve Hollanda gibi AB ülkeleri ve ABD ile karşılaştırıldığında yapılan reformun yerinde ve zamanında yapıldığı, çabaların sistemi iyileştirmeye yönelik olduğu ve memnuniyeti arttırdığı ortadadır. Ancak sistemin sürdürülebilirliği için başta sevk zincirinin uygulanması ve Almanya, Fransa ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde uygulandığı gibi, tamamlayıcı sağlık sigortaları uygulamalarında, tamamlayıcı Sağlık Sigortası seçeneği ile; Türkiye’de de, kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsanmayan) hizmetleri kapsayan, kamunun mali riskini paylaşabilen, ödemelerini tümüyle provizyon sürecine dayalı olarak yapacağı için kamuya kontrol imkanı sağlayan, sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıyı azaltabilen,

hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırlarını genişleterek oluşabilecek aşırı talepleri yönetebilecek bir yapıya kavuşturulması gerekmektedir.

Bu tezin hazırlanmasında rehberliğini esirgemeyen ve büyük sabırla tezin tamamlanmasına katkıda bulunan danışmanım Prof. Dr. Ali Rıza OKUR'a, gerek tezin olgunlaşmasında gerekse Ana bilim dalında yaratılan ve benim de ziyadesiyle faydalandığım kardeşlik ortamına katkılarından dolayı Prof. Dr. Sedat MURAT ve Prof. Dr. Süleyman ÖZDEMİR'e şükranlarımı sunmak isterim.

Tezin her aşamasında fiilen danışmanlık görevi üstlenen, bıkmadan usanmadan defalarca tezi okuyup, iyileştirmeleri sağlayan ve önderlik eden Doç. Dr. Levent ŞAHİN'e müteşekkir olduğumu ifade etmek isterim.

Yaklaşık beş yıl süren bu çalışmada gösterdikleri sabır ve anlayışlarından dolayı çocuklarıma, gösterdiği sabır ve anlayışla birlikte, verdiği maddi-manevi desteğinden dolayı eşime minnettarlığım sonsuzdur.

Son olarak bu çalışmanın gözden geçirilmesi ve tashih edilmesinde büyük emekleri olan çalışma arkadaşım İpek AÇIKSÖZ'e de teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ.....	xiv
GRAFİK LİSTESİ	xvi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xix
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI	7
1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Kapsamı.....	8
1.2. Sosyal Güvenliğin Temel Amaçları	11
1.3. Sosyal Güvenliğin Araçları	12
1.3.1. Sosyal Sigortalar	13
1.3.1.1. Sosyal Sigortaların Prensipleri.....	14
1.3.1.2. Sosyal Sigorta Primleri	15
1.3.2. Sosyal Yardımlar	17
1.3.3. Sosyal Hizmetler.....	17

1.4. Sosyal Güvenlik Sistemleri	19
1.4.1. İşçi Sigortası (Bismarck) Sistemi	19
1.4.2. Halk Sigortası (Beveridge) Sistemi	20
1.4.3. Karma Sistem.....	21
1.4.4. Özel Sigorta Sistemi	22
1.5. Sağlık Sigortası Kavramı.....	23
1.5.1. Sosyal Sağlık Sigortası	24
1.5.2. Genel Sağlık Sigortası	25
2. SAĞLIK HİZMETLERİ KAVRAMI	26
2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	29
2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Niteliği	30
2.2.1. Kamusal Niteliği.....	31
2.2.2. Dışsalıklar	31
2.2.3. Yararlı Mallar (Erdemli Mallar)	32
2.2.4. Devlet Müdahaleleri	33
2.2.5. Belirsizlik Altında Seçim.....	33
2.2.6. Asimetrik Bilgilenme.....	34
2.2.7. Hastalık Riskinin ve Tüketime Önceden Belirlenememesi.....	35
2.2.8. Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketime Toplum Etkilemesi	35
2.3. Sağlık Piyasalarının Özellikleri.....	36
2.4. Sağlık Sistemleri.....	37
2.4.1. Kamu Yardımı Sistemi	37
2.4.2. Ulusal Sağlık Hizmetleri (Sosyalizasyon) Sistemi	37
2.4.3. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi	38
2.4.4. Karma ve Yerel Örgütler Sistemi	39
2.5. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri	40

2.5.1. Genel Vergiler.....	42
2.5.2. Sosyal Sigorta Primleri	43
2.5.3. Özel Sağlık Sigortası	43
2.5.4. Nakit (Cepten) Yapılan Ödemeler	44
2.5.5. Tıbbi Tasarruf Hesabı	44
3. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİSTEMİ.....	45
3.1. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Nedenleri	46
3.1.1. Nüfus Yapısındaki Değişim.....	50
3.1.2. Sosyal Yapıdaki Değişmeler.....	53
3.1.3. Tüm Nüfusun Sosyal Güvenlik Kapsamında Olmaması	54
3.1.4. İşsizlik.....	56
3.1.5. Mevcut Sistemin Yoksulluğa Karşı Koruma Sağlamaması.....	56
3.1.6. Kurumlar Arasında Norm ve Standart Birliğinin Olmaması	57
3.1.7. Kurumların Finansman Sorunları	58
3.1.8. Borçlanma	60
3.1.9. Aktif/Pasif Oranı ve Çalışabilir Nüfusun Yaşlı Nüfusa Oranı	61
3.1.10. Fonların Etkin Değerlendirilememesi.....	63
3.1.11. Kurumların Kaynak Yetersizliği.....	64
3.1.12. Tahsil Edilemeyen Primler	66
3.1.13. Dengesiz "Prim-Aylık" İlişkisi	67
3.1.14. Örgütlenme ve İşleyiş Sorunları	67
3.1.15. Başarısız Politikalar ve Artan Sigorta Yükleri	68
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’de Gelişimi	69
3.2.1. Cumhuriyet Öncesi	69
3.2.2. Cumhuriyet Dönemi	70
3.3. Türk Sağlık Sistemi ve Sorunları	70

3.3.1. Organizasyon ve Standart Sorunları	71
3.3.2. Finansman Sorunları	75

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

1. SEÇİLMİŞ ÜLKELERDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI.	76
1.1. Genel Olarak Sağlık Sistemleri	76
1.2. Sağlık Sistemlerinde Reform Çalışmaları	89
1.3. Seçilmiş Ülkelerde Sosyal Güvenlik ve Sağlık Göstergeleri	89
1.3.1. Almanya	89
1.3.1.1. Demografik Özellikler ve Sağlık Verileri	91
1.3.1.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi	91
1.3.1.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları	97
1.3.1.4. Finansman Yapısı	100
1.3.1.5. Sorunlar	110
1.3.2. Fransa	111
1.3.2.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri	112
1.3.2.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi	113
1.3.2.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları	114
1.3.2.4. Finansman Yapısı	118
1.3.2.5. Sorunlar	123
1.3.3. İngiltere	125
1.3.3.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri	126
1.3.3.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi	127

1.3.3.3.Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	131
1.3.3.4.Finansman Yapısı	136
1.3.3.5.Sorunlar	139
1.3.4.Hollanda	141
1.3.4.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri.....	141
1.3.4.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi	141
1.3.4.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	144
1.3.4.4. Finansman Yapısı	147
1.3.4.5. Sorunlar.....	148
1.3.5.Amerika Birleşik Devletleri (ABD)	149
1.3.5.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri.....	150
1.3.5.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi.....	151
1.3.5.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	154
1.3.5.4. Finansman Yapısı.....	160
1.3.5.5. Sorunlar	163
2.TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI.....	164
2.1. Türk Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış	164
2.2. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası	165
2.3. Genel Sağlık Sigortası’nın Tarihçesi.....	166
2.3.1. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası	167
2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP).....	172
2.3.3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu.....	178
2.3.3.1. Amaç ve Kapsam	17879
2.3.3.2. Sigortalılığın Başlangıcı ve Sigortalının Bildirimi	178
2.3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı.....	178
2.3.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Süresi	178

2.3.3.5. Prim Oranları ve Yararlanma Şartları.....	178
2.3.3.6. Katılım Payı ve Aile Hekimliği	178
2.3.3.7. Sağlık Hizmet Sunucuları ve Hizmet Bedellerinin Belirlenmesi	178
2.3.3.8. Sevk Zinciri.....	178
2.3.3.9. Yaptırımlar	178
3.MEV CUT VERİLER İŞİĞİNDA TÜRKİYE'YE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER	197
3.1. Demografik Özellikler ve Sağlık Verileri	197
3.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi	197
3.3. Genel Sağlık Sigortasının Özellikleri.....	208
3.4.Finansman Yapısı	210

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SİGORTASI, DEĞERLENDİRMESİ VE ANALİZİ

1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU'NUN DEĞERLENDİRMESİ	213
1.1. Reform Olma Niteliği Açısından Kanunun Değerlendirilmesi	220
1.2. Getirdiği Yenilikler Açısından Kanunun Değerlendirilmesi.....	226
1.3.Kapsam Açısından Kanunun Değerlendirilmesi	235
1.4.Yapım Tekniği ve Organizasyon Açısından Değerlendirme.....	238
2.GSS UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	243
2.1. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Sürdürülebilirliği	254
2.1.1. Finansal Açıdan Sürdürülebilirlik.....	254
2.1.2. Toplumsal Açıdan Sürdürülebilirlik	265

2.1.3. Sürdürülebilirlik Penceresinden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası	270
2.2. Sağlık Sektörünün Değerlendirilmesi	276
2.2.1. Sağlık Hizmet Sunumunun Değerlendirilmesi	277
2.2.2. Ödeme Kurumunun Değerlendirilmesi.....	2833
SONUÇ	2922
KAYNAKÇA.....	296
ÖZGEÇMİŞ.....	331

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sosyal Güvenlik - Mali Yapı (2010).....	48
Tablo 2: Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de 65 Yaşın Üstü Nüfusun Bazı Yüzdelere Ulaşma Tarihleri (2009).....	52
Tablo 3: Emekli Aylıklarının Ortalama Ücrete Oranı (Net) (2007)	63
Tablo 4: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Bütçeden Aldığı Paylar (%) (1994-2006)	65
Tablo 5: Bazı AB Ülkeleri Ve Türkiye’de 100.000 Kişiye Düşen Hasta Yatağı (2003)	73
Tablo 6: Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Bulunmak İçin Gerekli Yıllık Kazanç ve Katılım Payları (2010).....	99
Tablo 7: İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması (2009)	162
Tablo 8: İngiliz ve Amerikan Sistemleri Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması ..	162
Tablo 9: Genel Demografik Göstergeler (1990-2010)	199
Tablo 10: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastaneye Müracaat Oranı (2002-2010)	202
Tablo 11: Avrupa Birliği’ne Üye Bazı Ülkelerde Sosyal Güvenliğin Finansmanı.	212
Tablo 12: Sosyal Güvenliğin Kapsamı (2010).....	218
Tablo 13: Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişi Sayısı (2004-2008)	237
Tablo 14: 5510 Sayılı Kanun Değişiklikleri (2007-2013)	239
Tablo 15: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Sigortası Pirim/Gider Karşılaştırması (2006-2009).....	252
Tablo 16: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastaneye Müracaat Sayısı (2002-2010)	258

Tablo 17: Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hastaneye Müracaat Sayısı (2002-2010)	259
Tablo 18: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı (2002-2010).....	259
Tablo 19: Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (2008)	261
Tablo 20: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, TL (1999-2008)	262
Tablo 21: Yıllara Göre Kişi Başı Nakit Sağlık Harcaması, TL, ABD \$, SGP \$ (1999-2008)	263
Tablo 22: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllara Göre Büyüklükleri (1999-2008) ...	264
Tablo 23: İlaç ve Tedavi Masraflarının Karşılama Kanalları (2003-2007)	267
Tablo 24: Kişi Başına Düşen Doktor ve Hemşire Sayıları (2000-2006)	268
Tablo 25: Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarındaki Hastane Sayısı ve Yatak Sayısının Karşılaştırılması (2005-2010)	280
Tablo 26: Yıllar İtibariyle Sağlık İstatistikleri (2004-2006)	281
Tablo 27: Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Transferleri (1998-2010)	284
Tablo 28: SGK Toplam Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (2001-2010)	286
Tablo 29: Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir ve Gider Dengesi (2000-2010)	288
Tablo 30: Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirleri, Emek Aylığı ve Sağlık Ödemeleri (2000-2010).....	288
Tablo 31: Sosyal Güvenliğe Devlet Katkısı (2009)	289
Tablo 32: Sağlık Harcamalarının Yıllar İçindeki Değişimi (2000-2010)	290

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Bazı AB Ülkelerinde Prim Gelirlerinin GSYİH İçindeki Oranı (2006)....	16
Grafik 2: Bağımlılık Oranları (2005-2050)	49
Grafik 3: Nüfus ve Yapısındaki Değişim (1950-2030)	51
Grafik 4: Sosyal Güvenlik Sisteminin Açık Projeksiyonu (2005-2075)	60
Grafik 5: Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferlerinin GSMH'ya Oranı (1994-2007)	66
Grafik 6: Sağlıkta Dönüşüm Projesi Öncesi Geleceğe Yönelik GSS Finansman Açığı Projeksiyonu (GSYİH %) (2005-2025).....	176
Grafik 7: 2000 Yılı Nüfus Pramidi	197
Grafik 8: 2010 Yılı Nüfus Pramidi	197
Grafik 9: Yıllara Göre 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranları (%) (1990-2010).....	198
Grafik 10: Yıllara Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (2000-2010).....	199
Grafik 11: Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı (1998-2010).....	200
Grafik 12: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2002-2010).....	201
Grafik 13: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (2002-2010)	201
Grafik 14: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı (2003-2010).....	203
Grafik 15: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (1999-2008).....	203
Grafik 16: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, (TL) (1999-2008)	204
Grafik 17: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP, ABD, \$ (1999-2008).....	204
Grafik 18: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, TL (1999-2008)	205

Grafik 19: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, ABD \$ (1999-2008)	205
Grafik 20: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, SGP, ABD,\$ (1999-2008).....	206
Grafik 21: Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı, (%) (1999-2008).....	206
Grafik 22: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı (1999-2009)	207
Grafik 23: Dünya Sağlık Harcamalarının Düzeyi (1990-2005).....	248
Grafik 24: Kamu Sağlık Ödemelerinin İlaç ve Tedavi Hizmetleri Açısından Oransal Dağılımı ve Değişimleri (2002-2008).....	249
Grafik 25: SGK Sağlık Ödeme Tutarları (Milyon TL) (2002-2009).....	249
Grafik 26: Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2005)	250
Grafik 27: Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı (%) (2008).....	250
Grafik 28: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Demografik Verileri (2010)	253
Grafik 29: Türkiye ve İncelenen Ülkelerin Ölüm Hızları (2010).....	254
Grafik 30: Bazı Ülkelerin Sağlık Harcamalarının 1960-2002 Yılları Arası Artış Trendi	256
Grafik 31: Seçilmiş OECD Ülkelerinin Sağlık Verileri (2008).....	257
Grafik 32: OECD Ülkelerinde Sigara ve Alkol Tüketim Oranı (2008).....	257
Grafik 33: Kamu Tedavi Ödemelerinin Sağlık Kuruluşlarına Dağılımı (2004-2008)	260
Grafik 34: SGK Sağlık Ödemelerinin Prim Gelirlerine Oranı (2000-2008)	261

Grafik 35: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, ABD \$ (1999-2008)	262
Grafik 36: Sağlık Bakanlığı Bütçesindeki Değişimin Oransal Görünümü (1999-2008)	265
Grafik 37: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2002-2010).....	280

KISALTMALAR LİSTESİ

A.e.	: Aynı Eser
A.g.e.	: Adı Geçen Eser
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AT	: Avrupa Topluluğu
ATO	: Ankara Ticaret Odası
AWBZ	: İstisnai Tıbbi Harcamalar
BSO	: Bölge Sağlık Otoritesi
CMU	: Universal Health Coverage Act (Genel Sağlık Güvencesi Yasası)
DHA	: District Health Authority (Alt Bölge Sağlık Yönetimi)
DM	: Deutsche Mark (Alman Markı)
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DRG	: Diagnosis Related Groups (Tanıya Dayalı Gruplar)
DTC	: Diagnostic Trouble Code (Teşhis Grup Kodları)
FPC	: Family Practitioner Committee (Aile Hekimliği Komitesi)
GMC	: General Medical Council (Genel Tıp Konseyi)
GP	: Genel Pratisyen
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla

GSS	: Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
HMO	: Health Maintenance Organisations (Sağlığa Destek Organizasyonları)
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
IMF	: Uluslararası Para Fonu
NHS	: National Health Services (İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi)
NI	: National Insurance (Ulusal Sigorta)
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı
OTC	: Over the Counter (Reçetesiz Satılan İlaç)
PPO	: Preferred Provider Organisations (Tercihli Hizmet Organizasyonları)
RG	: Resmi Gazete
RHA	: Regional Health Authority (Bölge Sağlık Yönetimi)
SB	: Sağlık Bakanlığı
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SSS	: Sosyal Sağlık Sigortası
SUVAK	: Sağlıkta Umut Vakfı
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti

TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCES	: Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı
TİSK	: Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	: Türk Sanayici ve İşadamları Derneği
USD	: Amerikan Doları
VHI	: Voluntary Health Insurance (İhtiyari Sigorta)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

GİRİŞ

Geçmişten günümüze ülkeler, vatandaşlarının bugününü ve geleceğini güvence altına almak için sosyal güvenlik sistemleri kurmuşlardır. Sosyal Güvenlik, insanların istek ve iradeleri dışında oluşan sosyal risklerin kendileri ve varsa bakmakla yükümlü oldukları kişiler üzerlerindeki gelir azaltıcı ve gider artırıcı etkilerini azaltan, insanlara sağlıklı ve asgari düzeyde bir hayat standardını garanti eden bir sistemdir.

Sosyal güvenliğin sağlanması, modern devletlerin temel görevlerindendir. Hastalık, Sosyal Güvenlik kapsamında yer alan kısa dönemli bir risk olarak, üzerinde en fazla durulan riskler arasındadır. Çünkü hastalık geçici iş kaybına yol açabileceği gibi teşhis, tedavi ve ilaç gibi ihtiyaçlardan dolayı gider artışına da neden olur. Ülkeler hastalık risklerine karşı, sağlık sistemlerini etkili ve verimli hale getirmeye çalışmaktadırlar. Sağlık sisteminin şekli, finansmanı, kapsamı ve hizmet sunumu; ülkelerin ekonomik, siyasi ve sosyal yapılarının bir sonucu olarak şekillenmektedir.

Ülkeler, sahip oldukları rejim, toplumsal yapı ve sosyo-ekonomik durumlara göre; kamu yardımı, sosyal sağlık sigortası, ulusal sağlık hizmetleri (sosyalizasyon), karma ve yerel örgütler kapsamında sosyal güvenlik sistemlerini kurarak vatandaşlarını söz konusu risklere karşı güvence altına almaya çalışmışlardır. Bu uygulama ve sosyal güvenlik sistemiyle sadece riskler tazmin edilmekle yetinilmemiş, buna ek olarak tüm sosyal risklere karşı koruyucu bir yaklaşım da benimsenmiştir.

Tüm dünyada refah devleti ve onun en belirgin yüzü olan sosyal güvenlik sistemlerinin sorgulanmasına ve yeniden yapılanmasına neden olan unsurların en önemlileri arasında özellikle gelişmiş ülkelerde, nüfusun yaşlanması, aile yapısında yaşanan değişimler, son yıllarda istihdamda küresel bir daralmanın ortaya çıkışı ve bunun yarattığı sosyal sorunlar, gelişen tıbbi teknolojilerin getirdiği maliyetler, küresel piyasalar ile bütünleşmede refah devleti uygulamalarının engel olarak algılanması gibi gelişmeler gelmektedir.

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, nüfusun tamamının sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını hedefleyen sağlık sigortası sistemi şeklinde tanımlanmaktadır. Genel sağlık sigortası dünyada olduğu gibi Türkiye’de de uygulama yöntemi ve konusu ile, kapsam açısından kendine özgü düzenlemeleri olan bir sistem olarak görülmektedir.

Anayasal temel bir hak olarak kabul edilen sağlık hakkının, toplumun tüm katmanları açısından kullanılabilir ve erişilebilir bir konuma ulaştırılması kamu yönetiminin temel amaçlarından biridir. Ayrıca sağlık hakkının yaşama geçirilebilmesi, yine Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında açıkça ifadesini bulan “sosyal devlet” olmanın gerekleri arasında yer alır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile, Sosyal Güvenlik Reformu ilişkisini 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun genel gerekçesindeki “... tek bir emeklilik sistemi, tek bir sağlık sistemi, tek bir sosyal yardım sistemi ve bu yapıyı yürütmek üzere tek bir kurumsal yapıyı içeren dört temel unsurdan oluşan kapsamlı bir sosyal güvenlik reformu planlanmıştır. Bu Kanunla emeklilik ve sağlık sistemlerinde norm birliği gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır” şeklindeki ifadeden çıkartmak mümkündür.

Sağlık finansmanı, sağlık hizmetlerinin artan maliyetlerini karşılamak için gerekli kaynakları yaratma çabası olarak görülebilir. Sağlık finansmanının temel amaı, beklenmedik hastalıklarla karşılaştıklarında bireyleri hastalığın finansal yükünden korumaktır. Dolayısıyla etkin bir sağlık finansman sistemi, bireylerin ödeme gücü olmadığu için hizmeti kullanamaması veya sağlık hizmetlerine yaptığu ödeme yüzünden yoksullaşması sorununu azaltabilen veya ortadan kaldırabilen sistemdir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı arasındaki ilişki temelde kaynak transferi olarak açıklanabilir.

Tüm dünyada nüfusun artması, yaşam süresinin genel olarak uzaması, pahalı tedavi yöntemleri gerektiren kronik hastalıkların yaygınlaşması, tıp alanında hızlı teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetine olan talebin artması gibi etkenler, kamu

kaynaklarından sağlık hizmetlerine ayrılan payın yetersizliğine neden olmuştur. Bunun sonucunda ise eldeki kaynakların bilinçli, etkin ve verimli kullanılması daha da önemli hale gelmiştir.

Genel olarak, sağlık sektörü hemen hemen tüm ülkelerde en sorunlu sektörlerin başında gelmektedir. Bu sektörde yaşanan sıkıntılar birkaç faktörün bir araya gelmesinden kaynaklanmaktadır. Dünyada giderek artan yaşlı insan sayısı, tıp teknolojilerindeki ve ilaç sektöründeki önemli gelişmeler ve yaşam koşullarının nispeten iyileşmesi bu faktörlerden bazılarıdır.

Bu tez; 21. yüzyılın son çeyreğinden itibaren, dünyaya egemen olmaya başlayan neoliberal politikalar ve bu politikaların sonucunda sosyal devlet anlayışının gerilemesinin paralelinde serbest piyasa mekanizmasının önerdiği Sosyal Güvenlik Reformları kapsamında yer alan Sağlıkta Dönüşümün yaşama geçirilmeye çalışıldığı bir ortamda hazırlanan Genel Sağlık Sigortası Kanununun ve oluşturulan sağlık sisteminin ve bu sistemin beslendiği Sosyal Güvenlik yapısının sürdürülebilirliğine odaklanmıştır.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Türkiye’de yeni bir yapılanma oluşturulmuş, gerek tüm çalışanlar ve emekliler ile bunların eş ve çocuklarıyla bakmakla yükümlü oldukları kişilerin, gerekse de çalışma olanağı bulamamış ve sosyal güvenlik şemsiyesinin kapsamı dışında kalmış kişilerin durumları farklı bir boyuta taşınmıştır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında gerçekleştirilmeye çalışılan Genel Sağlık Sigortası Sistemi’nin, dünyada ve Türkiye’de oluşturulma nedeni, bu konuda yaşanan gelişmelerin evreleri ve sonunda oluşturulan sistemin özellikleri ve en önemlisi bu sistemin mevcut hali ile sürdürölüp sürdüröllemeyeceği hususu, bu tezin konusunu oluşturmaktadır.

2011 Yılı Hükümet programındaki değerlendirme ve “....sağlık alanında son yıllarda yürütölün çalışmaların ve Sağlıkta Dönüşüm Programının etkisiyle hizmet sunumu, hizmete erişim, temel sağlık göstergeleri ve sağlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyinde olumlu gelişmeler gerçekleşmiştir. Ancak, fiziki altyapı ve sağlık personelinin kent-kır ve bölgeler arası dağılımındaki farklılıklar ile sağlık

hizmetlerinin finansmanının sürdürülebilirliğine ilişkin sorunlar önemini korumaktadır” şeklindeki yorum, aslında hükümetin de tereddütlerini yansıtmaktadır.

Türkiye, hızlı ve tutarlı bir şekilde gelişmeye devam eden bir ülkedir. Özellikle ekonomide ve diğer alanlarda son yıllarda önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Ekonomik gelişmelerdeki bu olumlu hava ile birlikte sağlığa erişimdeki olumlu politikalar, sağlık harcamalarını artırmakta ve Türkiye’nin sağlık sektöründeki yeri diğer ülkelere nazaran geliştirmektedir.

Sağlık sistemine ayrılan sınırlı kaynağın kişilere en etkin hizmeti verecek şekilde yönetilmesi oldukça zorlu ve kritik bir süreç olarak öne çıkmaktadır. Günümüzün değişen demografik ve ekonomik göstergeleri ışığında, sürdürülebilir ve kaliteli sağlığa erişim için maliyeti önemseyen bir sistemin işletilmesi, gerek toplum sağlığı gerekse de sistemin sürekliliği ve sürdürülebilirliği açısından kaçınılmaz olmaktadır.

Türkiye’de yaşlı nüfus oranında görülen artışın yanı sıra refah düzeyinin artması neticesinde sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanma gereksiniminin doğuşu ve sağlığa erişimin genişletilmesine yönelik yapılan planlar önümüzdeki yıllarda Türkiye’nin sağlık harcamalarının artmaya devam edeceği öngörüsünü desteklemektedir.

Başka bir deyişle, gelişmekte olan sağlık sektörü ve sağlığa erişimdeki artış, kamu harcamalarının artmasına yol açmaktadır. Sağlık sektörüne ilişkin kamu politikası yaklaşımı, son dönemlerde artan kamu harcamalarının fiyat sınırlandırmaları (SUT) ile yönetilmesi şeklinde olmaktadır. Öte yandan, geniş GSS kapsamı ve kısıtlı katkı payları sonucunda sağlık hizmet sunumuna erişimin çoğalmasının paralelinde ilaç tüketimindeki bilinçsiz artış devlet bütçesi üzerinde baskısını hissettirmektedir. Bu durum, nicelik açısından gelişmeler sunmakta iken, sağlık hizmetlerinde nitelikten ödün verilmesiyle sonuçlanabilmektedir. Bu doğrultuda, mevcut sistem işleyişi ile politika değişikliklerinin gelişimi incelendiğinde, sürdürülebilir ve kaliteli sağlığa erişimin sağlanmasının bugün için GSYİH artışı nedeniyle hissedilmese bile, uzun vadede mümkün olmayacağı

öngörülmektedir. Sosyal sigorta kapsamının önem ve önceliklere göre yeniden gözden geçirilmesinin bir zorunluluk olarak ortaya çıkması muhtemeldir.

Yukarıda ana hatları ile ifade edilen gerekçeler doğrultusunda hazırlanan bu doktora tez çalışmasının temel hipotezi; Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile eşzamanlı olarak yürürlüğe konulan Sağlıkta Dönüşüm Programının, uygulamada görülen mevcut yapısı ile özellikle ekonomik açıdan sürdürülebilir olmadığıdır. Bu hipotezin sınanması için tümdengelim yöntemi kullanılmış, bu yöntemin gereği olarak öncelikle gelişmiş ülke sistemleri ile literatürde ve uygulamada öne çıkan bazı Avrupa Birliği ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki sistem ve uygulamalar ele alınmış, son olarak da kanunla oluşturulan Türkiye'deki yapı ve dört yıllık uygulama sonuçları değerlendirilmiştir. Uygulama sonuçları değerlendirilirken Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu istatistiklerinden faydalanılmıştır.

Bu tez kapsamında konu üç bölüm olarak ele alınmış, birinci bölümde öncelikle sosyal güvenlik, kavram olarak ele alınmış, tanımlara vurgu yapılmış ve sosyal güvenlik sistemleri üzerinde durulmuştur. Sonrasında ise sağlık hakkının tanımı yapıldıktan sonra, sağlık hakkının kapsamı, niteliği, tarihsel evrimi, sağlık hakkından yararlanmada kullanılan sistemler ile finansman modelleri tartışılmış, bu kapsamda Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sistemi hakkında bilgiler verilmiştir.

İkinci Bölümde, Genel Sağlık Sigortası uygulamaları başlığı ile kıyas yapılacak ülkelerin (Almanya, Fransa, İngiltere, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri) demografik özellikleri, sağlık sistemleri, genel sağlık sigortası uygulamaları, bu ülkelerin sağlık harcamaları sonucu finansman durumları ve güncel sorunları hakkında ayrıntılı değerlendirmelerde bulunulmuştur. Bu değerlendirmeler ve kriterler ışığında Türkiye'de uygulamaya konulan Genel Sağlık Sigortası sistemi de masaya yatırılmıştır.

Genel Değerlendirme ve Analizi kapsayan üçüncü bölümde ise; Sağlıkta Dönüşüm Programının genel çerçevesi ve temel unsurları ile bu programa yol açan

yurtiçi ve yurtdışı etkenler ele alınmış, Genel Sağlık Sigortası kanunu çeşitli yönleri ile analize tabi tutulmuş, alınan sonuçlar itibariyle uygulama kısmı da değerlendirmeye dahil edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİ

1. SOSYAL GÜVENLİK KAVRAMI

İnsanlar, doğası gereği, kendisini tehdit eden tehlikelerden korunmak ve geleceğinden emin olmak istemiş ve bu doğrultuda bireysel veya toplu olarak önlemler alarak kendilerini korumaya çalışmışlardır. Bireyler, bugün ve gelecekte maruz kalabilecekleri ekonomik, sosyal, psikolojik ve biyolojik risklerin oluşturduğu, kendilerini ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerini yoksulluğa iten, geleceklerini tehdit eden olaylardan korunmak, daha güvenli ve iyi yaşam koşulları oluşturmak için çaba sarf etmişlerdir. Bütüncül olarak insanların bu çabaları bir sistem haline getirilmiş ve sosyal güvenlik olgusu gündeme gelmiştir. Sosyal güvenlik olgusu toplumsal yaşamın getirdiği “Sosyal Risk” olarak kabul edilen *hastalık, analık, sakatlık, yaşlılık, iş kazası, meslek hastalığı, ölüm, ailesel yükler ve işsizlik* ile karşı karşıya kalan bireylere ve topluluklara sosyal koruma sağlamaktadır. Ayrıca insanlara hayatın çeşitli halleri karşısında aşırı bir muhtaçlığa düşmeden, özgürlüğünde herhangi bir eksilme hissettirmeden, insanın onuruna yaraşır bir hayat düzeyi sağlamaya yönelik kamusal sosyal düzenlemeler de sosyal güvenliğin kapsamı içerisindedir.

Bilindiği şekliyle, “sosyal güvenlik” kavramı, sanayileşmenin sonucu olarak ortaya çıkmış ve sanayi devrimini yaşayan ülkelerde toplumun ihtiyaçlarını karşılamak üzere gelişmiştir. Kavramın bir kanunda yer alması ise ilk kez Amerika Birleşik Devletleri’nde Social Security Act (Sosyal Güvenlik Kanunu) ile 1935 yılında olmuştur.

1.1. Sosyal Güvenliğin Tanımı ve Kapsamı

Sosyal güvenlik kavramının genel olarak kabul edilen bir tanımını yapmak oldukça güçtür. Bu kavram farklı dönemlerde, farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Cahit Talas’a göre sosyal güvenlik; bir ülke halkının bugününü ve yarınına güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı ilişki kurmuş olan bir kurumlar bütünüdür. Başka bir deyimle sosyal güvenlik, bir mesleki, fizyolojik ya da sosyo-ekonomik riskten ötürü geliri ya da kazancı sürekli ya da geçici olarak kesilmiş kimselerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan bir sistemdir¹.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde yer alan tanıma göre sosyal güvenlik; *“esas olarak, fertlerin istek ve iradeleri dışında meydana gelen ve onların mal varlığında, gelirlerinde ve/veya çalışma gücünde kayıplara yol açarak kendilerinin ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin hayatlarının devamını güçleştiren veya imkânsız hale getiren tehlikelerin zararlarını telafi ve tazmin etmeye yönelik önlemler”* olarak tanımlanmıştır.

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) sosyal güvenliği; haklar temelinde ele alınan ve çoğu çalışanın gelir elde etme kapasitesini olumsuz etkileyen belirli risklere bağlı olan bir sistem olarak açıklamaktadır². ILO ve Avrupa Sosyal Güvenlik standartlarına göre, sosyal güvenlik sistemlerinin **kapsadığı riskler** şunlardır;

- Yaşlılık (emeklilik sonrasında kaynakların tüketilmesi riski),
- Sakatlık (yaralanma, kaza ve geçici iş kaybı riski) ve endüstriyel kazalar,
- Hastalık (hastalık, geçici ya da kalıcı olarak çalışamama riski),
- Tıbbi yardım (sağlık harcamalarının oluşma riski, kötüleşen sağlık durumu ve azalan çalışma yeteneği riski),

¹ Cahit Talas, **Toplumsal Ekonomi**, 7. bs, Ankara, İmge Yayınları, 1997, s. 398.

² ILO, Social Security for All: Investing in Global Social and Economic Development, **Issues in Social Protection Discussion Paper**, Genova, No 16, 2006, s. 1.

- Yaşamı sürdürme riski (aile fertlerinden evi geçindiren kişinin hayatını kaybetmesi durumunda hak sahiplerinin kaynak yokluğu ile karşı karşıya kalması riski),
- Doğum (ekstra masraf ve işgücü kaybı riski),
- Aile yardımı (ek giderlerin oluşması riski),
- İşsizlik (geçici ya da kalıcı olarak iş bulamama riski ve ek olarak yeni iş aramanın maliyetlerinin doğurduğu riskler).

Başka bir tanıma göre sosyal güvenlik; belirli sosyal risklerin neden olabileceği gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin farkındalıkları arttırılarak, güvenliklerinin sağlanmasıdır³.

Genel itibariyle bireylere her türlü ekonomik, sosyal ve kültürel haklar sunarak tam bir koruma garantisi veren geniş açıdan tanımlanan sosyal güvenlik kavramı ise şu şekilde özetlenebilir⁴:

- Sosyal güvenlik, ekonomik bir güvence sağlamak hedefini gerçekleştirmelidir. Bu bakış açısı her şeyden önce bireylerin ekonomik güvencelerini sarsabilecek tüm olayların sosyal güvenlik alanına girmesini sağlayacaktır. Lord Beveridge’in deyimiyle sosyal güvenlik “bireye yaşamının her döneminde yeterli bir gelir düzeyi sağlayarak onun güvenlik gereksinimini tatmin etmektir.” Bu açıdan bakıldığında sosyal güvenlik bireysel ekonomik güvenceyi sağlamaya yönelik bir dağıtım aracı olmaktadır.
- Sosyal güvenlik, bireye ekonomik güvence sağlamak amacıyla sosyal sigorta yardımlarının yapılmasını hedeflemiştir. Bu açıdan sosyal güvenlik anlayışı “bir ülke halkının bugününü ve yarınını güven altına almayı amaçlayan ve birbiri arasında sıkı bir birlik ve uyum kurulmuş olan bir kurumlar bütünü” biçiminde tanımlanabilecektir.

³ İlhan Oral, **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 1331, 2002, s. 4.

⁴ Ali Güzel, Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 8. bs, İstanbul, Beta Yayınları, 2002, s. 23.

- Eğer sosyal güvenlik politikaları, kişileri sosyal risklere karşı koruma çabaları etrafında birleşiyorsa, görünürde amaç kişiye ekonomik bir güvence sağlamaktır. Fakat öz itibarıyla bu noktada kişiye aynı zamanda benliğini geliştirme imkânı da sunmaktadır. Bu durum İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin 22. maddesinde “Herkes, toplumun bir ferdi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir; sosyal güvenlik, bireyin onuru, kişiliğin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesi temeline dayanır.” ifadeleriyle vurgulanmaktadır.

Sosyal güvenliğin kişilerin gereksinimlerinin karşılanabilmesi için gelir sağlayan ve bağımlılığı azaltmaya çalışan bir mekanizma olduğu dikkate alınmalıdır. Bu doğrultuda; ihtiyacı ortaya çıkarabilecek durumlarla sosyal sigorta tekniklerini ya da direk kamu harcamalarını (sosyal yardımları) kullanarak mücadele etmek, bir tür “güvenlik ödemesi” gerçekleştirmek yoluyla minimum yaşam seviyesini sağlamak, ekonomik ve sosyal istikrarı, büyümeyi sağlamak vb. görevler üstlenmiştir. Ayrıca sosyal güvenliğin, işgücünün kalitesini arttırarak uzun dönemde büyümeye yardımcı olabileceği savunulmaktadır. Bunun yanında, sosyal güvenlik sisteminin gelirin nesiller, sınıflar ve zamanlar arasında yeniden dağılımını sağladığı da görülmektedir⁵.

Sosyal güvenlik ihtiyacı, ilk insandan günümüze kadar her insan ve her toplum için evrensel bir ihtiyaç olarak kendini hissettirmiştir. Bir tanıma göre sosyal güvenlik, kazancı ne olursa olsun bireylere, belirli sosyal riskler karşısında ekonomik güvence sağlama görevlerine sahip kurumlar topluluğudur.⁶

Sosyal güvenlik konusunda belirlenen politika ve sistemlerin ulusal ve uluslararası düzeydeki gelişmesinde, Birleşmiş Milletler tarafından 10.12.1948 tarihinde kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin önemli bir payı vardır. Bildirinin 25. maddesi sosyal güvenlik kavramının özünü ve işlevlerini açıklığa kavuşturmuştur. Buna göre, “Her kişinin gerek kendisi gerekse ailesi için yiyecek, mesken, tıbbi yardım ve gerekli sosyal hizmetler dahil olmak üzere sağlık ve refahını

⁵ Dariusz Stanko, **Social Security in Theory and Practice: An Essay**, Econ WPA Public Economics Working Papers, No 0401007, 2004, s. 27.

⁶ Kenan Tunçomağ, **Sosyal Sigortalar**, 5. bs, İstanbul, Beta Yayınları, 2010, s. 10.

temin edecek bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, yaşlılık hallerinde veya geçim imkanlarından iradesi dışında yoksunluk yaratacak durumlarda sosyal güvenliğe hakkı vardır. Doğum yapan kadın ve çocukların özel bakım ve yardım alma hakları vardır. Yaşları ne olursa olsun bütün çocuklar, her türlü sosyal yardımdan yararlanma hakkına sahiptirler⁷.

Sosyal güvenlik kavramı, oldukça dinamik bir yapıya sahiptir. Bu yapı, sosyal korumanın amaç ve kapsamında bir genişlemeye neden olmakta; sosyal politika ile sosyal güvenlik arasında paralel yönde belirli bir bütünleşmeye yol açmaktadır. Ortaya çıkış nedeni, sosyal risklerin etkisini azaltmak olan sosyal güvenlik politikaları, günümüzde ekonomik ve sosyal gelişmelere koşut olarak yepyeni bir içerik ve görünüm kazanmıştır⁸.

1.2. Sosyal Güvenliğin Temel Amaçları

Sosyal güvenlik, risklere karşı geliştirilmiş tekniklerle insanlarda emniyet ve güven duygusunun (ekonomik anlamda) yerleşmesini amaçlamaktadır. Sosyal güvenlik sistemleri, riskler karşısında, risklerin etki ve sonuçları ile kişinin tek başına mücadele etmesini amaçlar; dayanışmalı bir mücadele ile tehlikelerin sonuçlarının daha kısa zamanda giderilmesini sağlayıcı bir rol üstlenir. Sosyal güvenlik sistemi, bu şekilde riskler karşısında kişilere muhtaçlık riskine karşı bir güvence sağlamayı amaç edinir⁹.

İnsanlığın muhtaçlığa karşı sürekli bir mücadele içinde olduğu bilindiğine göre; bu noktada sosyal güvenliğin öneminin tartışılması anlamsızdır. Sosyal güvenlik tüm insanlık için önemli bir gereksinimdir, bu bakımdan hem birey hem de toplum açısından önem taşımaktadır¹⁰.

⁷ Ali Yücel, “Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, **Reasürör**, No:17, s.14.

⁸ Ali Güzel, Ali Rıza Okur, Nurşen Caniklioğlu, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, 12. bs, İstanbul, Beta Yayınları, 2009, s. 5.

⁹ Ercan Duygulu, Pınar Pehlivan, **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri**, Ankara, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, 2004, s. 33.

¹⁰ İlyas Çelikoğlu, “Sosyal Güvenlik Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması”, (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, DPT Yayını, No: 2355, 1994, s. 13.

Genel olarak bir sosyal güvenlik sistemi üç temel fonksiyonu yerine getirmeyi amaçlamalıdır: İlk olarak, sosyal güvenlik sistemi gelir dağılımını sağlamalı, yani yüksek gelirliden düşük gelirliye bir gelir aktarımı oluşturmalıdır. İkinci olarak, sosyal güvenlik sistemi sigorta fonksiyonunu sağlamalı ve son olarak da kişilerin istemesi durumunda tasarruf fonksiyonunu yerine getirmelidir. Sosyal güvenlik sisteminin amaçlarını, kişilerin çalışma gücünü korumak için, gelir kaynaklarını geçici ya da sürekli olarak kaybedenlere toplum olarak yardımcı olmak şeklinde özetlemek mümkündür¹¹. Bilindiği gibi sosyal güvenliğin diğer bir amacı ise ekonomik dengeyi sağlamasıdır.

1.3. Sosyal Güvenliğin Araçları

Tüm ülkeler, siyasi rejimine, ekonomik sistemine ve ülkenin gelişmişlik düzeyine bağlı olmaksızın, az çok, ancak mutlaka var olan kurumsal bir sosyal güvenlik sistemine sahiptir. Bu açıdan bakıldığında, sosyal güvenlik sistemimodern devlet anlayışının vazgeçilmez unsurlarından birini oluşturmaktadır. Bir toplumu oluşturan bütün fertleri, doğumlarından ölümlerine kadar bütün hayatları boyunca ilgilendiren sosyal güvenlik, sosyal politikanın ve gelişmiş ülkelerdeki refah devleti anlayışının ulaştığı en önemli nokta olarak kabul edilmektedir. Sosyal güvenliği bu kadar vazgeçilmez kılan faktör; sosyal güvenliğin, gelirin yeniden dağılımı yoluyla sosyal hayatın devamlılığını ve bütünlüğünü sağlamaya yönelik önlemler bütünü olarak tarif edilen sosyal politikanın en geniş kapsamlı ve en önemli aracı olmasıdır.

Genel olarak, sosyal güvenliğin fonksiyonları, “sosyal sigortalar”, “sosyal yardımlar” ve “sosyal hizmetler” olmak üzere başlıca üç araçla gerçekleştirilmektedir. Sosyal sigorta yoluyla sağlanacak hizmetlerden yararlanacak kişilerin işe ve çalışma gücüne sahip oldukları sürece bazı yükümlülükleri yerine getirmeleri zorunludur. Bu yükümlülükler, kişinin kazancından “prim” veya “emekli keseneği” adı altında nispi olarak yapılan mali katkılarla gerçekleştirilmektedir. Sosyal yardım ve sosyal hizmetler ise, bireyin herhangi bir katkısı olmaksızın kısmen

¹¹ Abdunnur Yıldız, “Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Kamu Sosyal Güvenlik Harcamaları”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000, s. 44.

ya da tamamen genel bütçeden karşılanmaktadır¹². Buna göre sigortalar, prime dayalı olarak sosyal güvenlik hizmeti verirken, sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler ise prime dayalı olmadan, ayrı bir karşılık beklemeden sosyal güvenlik hizmeti vermektedir.

1.3.1. Sosyal Sigortalar

Özellikle, 20. yüzyılın sonlarından itibaren sosyal güvenlik sistemlerinde görülmeye başlayan krizler; gerek gelişmiş, gerekse de gelişmekte olan ülkelerde sosyal güvenlik reform ihtiyacına ve sistemin yeniden yapılandırılmasına neden olmuştur¹³.

Yeniden yapılandırma çalışmalarında en çok sigorta yöntemi üzerinde durulmuştur. Çünkü sosyal güvenliğin sağlanmasında kullanılan en yaygın ve en gelişmiş araç sigortalardır. Sigortaların çeşitli fonksiyonları bulunmaktadır. Her şeyden önce sigortacılık ülkenin sosyal güvenlik sistemini önemli ölçüde desteklemektedir. Ekonomik hayatta sağladığı tasarruflar sayesinde, bir dayanışma rolü üstlenmekte, sosyal ve ekonomik çöküntülerin önlenmesinde etkili olmaktadır¹⁴.

Sosyal sigorta; “Belirli mesleki, fizyolojik, ekonomik ve sosyal risk ve tehlikeleri karşılamak için öngörülen yardımların harcamalarına toplu olarak kaynak yaratmak ve bu risklere karşı koymaktır” ya da “mesleki, fizyolojik ve sosyo-ekonomik risklerden dolayı geliri ya da kazancı devamlı veya geçici olarak kesilmiş yahut azalmış bulunan fertlerin geçinme ve yaşama ihtiyaçlarını karşılayan “Devlet” teminatına dayalı bir sistemdir” şeklinde tanımlanabilir¹⁵.

Sosyal sigortaları, diğer sosyal güvenlik araçlarından (sosyal yardımla ve sosyal hizmetler) ayıran en önemli unsur primli oluşudur. Prim adı verilen bu parasal

¹² Ahmet Erol, Ali Ercan Yıldırım, **Tüm Yönleriyle Bireysel Emeklilik Sistemi**, 2. bs, İstanbul, Yaklaşım Yayınları, 2004, s. 26.

¹³ Can Tuncay, “Sosyal Güvenlik Krizi Çözümlemeyecek mi?”, **MESS, Mercek Dergisi**, Ocak 1998, s. 64.

¹⁴ Mehmet Kahya, “Sigorta Sektörünün Ekonomik Kalkınmadaki Yeri ve Önemi ile Fon Yaratma İşlevi ve Sermaye Piyasalarındaki Etkinliği”, **Reasürör**, Temmuz 2000, s. 24.

¹⁵ Halil Ertan, “Sosyal Güvenlikte Kurumsallaşabilmek ve Sosyal Sigorta Sistemleri”, **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Dergisi**, Sayı: 1, Cilt: 10, Ocak-Mart 1999, s.119.

katkı nedeniyle sosyal sigortalar, “primli sosyal güvenlik sistemi” olarak da adlandırılmaktadır. Sosyal sigortalar, eskiden sadece az gelirli işçileri kapsamına alırken bugün sanayi, ticaret ve hizmet kesimindeki işletmeler ile tarımsal işletmelerdeki tüm çalışanları da kapsamına almıştır¹⁶.

1.3.1.1. Sosyal Sigortanın Prensipleri

Sosyal sigorta, bir ülkede çalışanların maruz kalabilecekleri sosyal risklerin, işçi ve işverenlerin orunlu katılımıyla, devlet tarafından kurulup örgütlenen, fakat özerk yönetilen bir kurum tarafından karşılanmasına yönelik bir sigorta tekniğidir. Yöntemce korunan kişilere, kendilerinin ve işverenlerin ödedikleri primler ve bazı durumlarda finansmana yapılan devlet katkıları karşılığında, sosyal risklere muhatap kalmaları halinde tutar ve nitelikleri önceden saptanmış bir gelir ve hizmet alma hakkını sağlamaktadır.

Sosyal güvenliğin gerçekleştirilmesinde uygulanan sosyal sigorta metodu aşağıdaki prensipler çerçevesinde oluşmuştur:

- Sosyal sigortaların finansmanında, işçinin ve işverenlerin belirlenmiş primlerle zorunlu katılımı söz konusu iken, gerektiğinde devlet de sosyal sigortaların finansmanına katılır. Ancak devlet katkısının yükü, fiyat ayarlamaları ve vergiler yolu ile tüm toplum üzerine yansıtılabilmektedir.
- Kapsamdaki kişilerin isteğine bakılmaksızın, sosyal sigortaya giriş tanımlanmış nüfus açısından zorunludur.
- Sosyal sigorta ödemeleri, risklerin doğurduğu tehlikeler sonucu meydana gelen zararların tazmini için değil telafisini hedefler.
- Sosyal sigortalar, sigortacılık prensipleri esasları üzerinden kurulur ve işletilir. Sigorta tekniğinden yararlanılarak, sigortalılar arasında risklerin eşitlenmesini ve paylaşılmasını sağlarlar.
- Sosyal sigorta primleri, sigortalıların gelir düzeyine göre oransal olarak belirlendiğinden, ayrıca işverenler ve gerektiğinde devlet katkıları olmasından dolayı geliri yeniden dağıtıcı ve sosyal adaleti sağlayıcı rol oynarlar.

¹⁶ Emine Orhaner, **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, 1. bs, Ankara, Gazi Kitap Evi, 2000, s. 43.

- Sosyal sigortaların kapsama aldığı esas nüve ailedir. Aile reisinin başkanlığındaki hane halkı kaç kişiden oluşursa oluşsun, eğer ailenin geçimini sağlayan yalnız aile reisi ise, bu kişi aracılığı ile bütün aile sosyal güvenliğe kavuşturulur.

Sosyal sigorta sistemini, onu tamamlayan nitelikte hatta bazı ülkelerde yerine geçecek düzeyde yapılandırılan özel sigorta sistemi ile karıştırmamak gerekmektedir. Özel ve sosyal sigortaların ortak ana unsuru, her ikisinin de bir takım riskleri kapsaması¹⁷ olup aşağıda belirtilen noktalarda birbirinden ayrılmaktadırlar.

- Özel sigortada sigorta yaptırmanın özel menfaatleri korunurken, sosyal sigortada tüm sigortalıların genel menfaatlerin korunması amaçlanmaktadır.
- Özel sigortalar sözleşme esasına dayanırken, sosyal sigortalar kanun esasına dayanır. Birisinde sigorta ilişkisinin şartları sözleşmede, diğerinde kanunda belirtilmiştir.
- Özel sigortalarda sigorta primleri riskin çeşidine göre farklı belirlenir ve risklere göre özel primler alınır. Sosyal sigortalarda ise, sosyal eşitlik prensibi uygulanır ve primler toplumsal oranlama esasına göre belirlenir. Sosyal sigorta primlerinin belirlenmesinde kişinin içinde bulunduğu özel şartlarda (yaş, hastalık vb.) bir belirleyici değildir. Bu nedenle toplumda sağlıklıdan hastaya, zenginden yoksula doğru bir transfer söz konusudur. Sosyal eşitlik prensibi, sigortalıların ödeyeceği primlerin ödeme güçlerine göre belirlenmesi ve sigorta ödemelerinin yapılmasında, ayrıcalıkların olmamasıdır.

1.3.1.2. Sosyal Sigorta Primleri

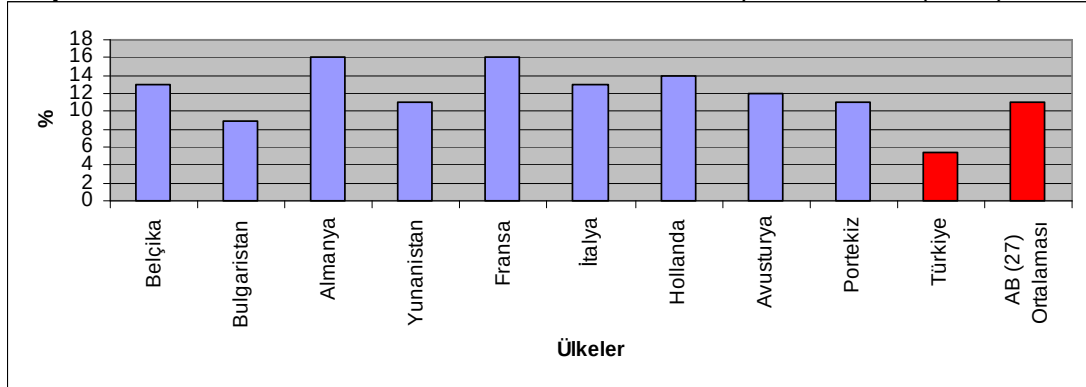
Sigorta kurumlarında, sigorta hizmetlerinin fiyatlandırılması en zor süreçtir. Sigorta priminin belirlenmesi anlamına gelen fiyatın belirlenmesi için, bütün sigorta çeşitlerinde kullanılabilecek bir formülün geçerli olması mümkün değildir. Her sigorta türünün prim oranı, sigorta konusu olan ünitelerin sahip oldukları risk derecelerine göre belirlenir.

¹⁷ Milli Eğitim Bakanlığı, Muhasebe ve Finansman, Sigorta Kuruluşları İşlemleri, 344MV0045, Ankara 2011, s.4., (Çevrimiçi) <https://drive.google.com>, 13 Ekim 2012.

Sosyal sigorta primleri, bazı özelliklerinden dolayı vergi karakteri taşırlar.¹⁸ Literatürde vergi benzeri gelir olarak da nitelendirilmektedir. Bunun nedeni, vergilerle devletin sağladığı hizmetlerden yararlanma arasındaki ilişkiye benzer bir durumun primlerle karşılıklar arasında da bulunmasıdır. Ancak karşılık elde edebilmek için belirli şartları yerine getirecek ölçüde prim ödemek gerekli olduğu halde, kamu hizmetlerinden yararlanmak için kişinin vergi ödemiş olması şart değildir.

Her ülke kendi ekonomik ve sosyal durumu ile sigorta kolunun türüne göre değişik finansman türleri kullanabilir. Ancak birçok ülkede hizmet akdiyle çalışanlar için işçi ve işveren, bağımsız çalışanlar için kendileri ikili şeklinde, bazen bunlarla birlikte devlet olmak üzere üçlü finansman söz konusudur. Devletin katkısı, sosyal sigortalara işveren olarak ödemesi gereken primlerin dışında kalan katkılardır.

Grafik1: Bazı AB Ülkelerinde Prim Gelirlerinin GSYİH İçindeki Oranı (2006)



Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı T.C. Sağlık Bakanlığı, (çevrimiçi), <http://www.saglik.gov.tr>

Günümüzde sosyal güvenlik, kişiler için bir sosyal hak, devlet için görev olduğundan, devlet sosyal sigortalara prim ödemekte veya başka yollarla finansal katkıda bulunmaktadır.

¹⁸ Sermet Başaran, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Özürlüler”, *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, Mart-Nisan 2003, Sayı:18, s.11.

1.3.2. Sosyal Yardımlar

Sosyal yardımlar; “Zorunlu katılma ilkesine dayanmayan ya da katılma ile karşılığı arasında bir ilişki bulunmayan, genel devlet bütçesi ya da belirli bir amaca ayrılmış özel vergilerle finanse edilen kamu yardımları” olarak tanımlanabilir. Sosyal yardımlar, sosyal sigortalar ile birlikte sosyal güvenliğin iki ana kolunu oluşturmakta ve sosyal güvenlik sistemlerinin açıklarını tamamlayıcı bir özellik taşımaktadır.

Başka bir tanım ise, ihtiyaç içinde bulunan ya da yoksulluğa düşmüş olan kişilere devlet veya hükmi şahıslar tarafından karşılık beklemeden yapılan, nakdi veya ayni bütün yardımlardır. Bu yardımlar kişilere aylık bağlama veya kamu örgütlerinin sunduğu bazı hizmetlerden yararlanma şeklinde olabilmektedir¹⁹.

Sosyal yardımlar, özellikleri itibarı ile primli sisteme dayanan sosyal sigortalardan ayrılmaktadır. Sosyal yardım yöntemi, muhtaç konumda olanlara sürekli yardımı kapsayan bir yöntem olmayıp, muhtaçlık durumunun en kısa sürede kaldırılmasını hedeflemektedir. Amaç, yardım görenin mümkün olan en kısa sürede yeniden çalışabilme ve geçimini sağlayabilecek gelir elde edebilme olanağına kavuşturulması olmaktadır. Bu yardımlarla tembellik ve savurganlık özendirilmemekte, kişinin sosyal varlığı güvence altına alınarak onuru korunmaya çalışılmaktadır. İhtiyaca ilişkin olarak belirlenen koşulların yerine gelmesi halinde, yerel ya da ulusal düzeyde toplanan vergilerle finanse edilen çeşitli programlar gereğince, yardıma ilişkin ödemeler yasal bir hak olarak yapılmakta ve yapılacak ödemelerin miktarı, gelir ve servet durumu dikkate alınarak belirlenmektedir²⁰.

1.3.3. Sosyal Hizmetler

Sosyal refah hizmetleri olarak da adlandırılan sosyal hizmetler; günlük gereksinimlerini karşılayamayacak durumda olan çocuk, sakat ve yaşlıların bakımı,

¹⁹ Nüvit Gerek, **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayını, Yayın No:1574, 2004, s. 42.

²⁰ Suat Uğur, **Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri ve Gelişimi**, Ankara, TİSK Yayınları, Yayın No: 244, 2004, s. 64.

korunması, sosyal ve ekonomik sorunlarının giderilmesine yönelik hizmetleri kapsamaktadır²¹.

Başka bir ifadeyle; sosyal hizmetler, toplumun kendi elinde olmayan nedenlerle muhtaç ve yoksul duruma düşen ya da bedenlen veya ruhen bir eksikliğe uğrayan bireylerine ülkenin olanakları çerçevesinde insan onuruna yaraşır bir hayat sürdürebilmesi için, ekonomik ve sosyal ihtiyaçlarının giderilmesine yönelik, devlet ve gönüllü kuruluşlar tarafından sağlanan hizmetlerdir. Türkiye’de sosyal hizmetlerin yürütülmesinin usul ve esaslarına ilişkin düzenlenen 24.05.1983 tarih ve 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” nun 3. maddesinin (a) bendinde sosyal hizmetler şu şekilde tanımlanmıştır: *“Kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksulluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat şartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünüdür”*²².

Sosyal yardımdan faydalanmada muhtaçlık durumunun ön bir koşul olarak aranması, onu sosyal hizmetlerden ayırmaktadır. Sosyal hizmetler, sosyal yardımlardan farklı olarak yeterli geçim kaynağına sahip olan veya olmayan herkesin ihtiyaç duyabileceği ve talep edebileceği nitelikte hizmetlerdir. Sosyal yardımlar ise, toplumda kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul ve muhtaç duruma düşen birey ya da dar gelirli bireyler insan onuruna yaraşır asgari bir yaşam düzeyi sağlamak üzere devlet bütçesinden yardım yapılmasını ifade etmektedir. Sosyal hizmetler, sosyal yardımların belirtilen amaçlarının yanı sıra söz konusu bireylerin çevreleriyle uyumlu bir yaşam sürdürmelerini de amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, sosyal hizmet yönteminde devlet ve özel kuruluşlar tarafından sosyo-ekonomik önlemlerin alınması ve hizmetlerin sunulması hedeflenir. Dolayısıyla sosyal yardımlarla arasındaki en

²¹ Erol, Yıldırım, **a.g.e.**, s. 27.

²² Resmi Gazete, 24.05.1983, 2828, (Çevrimiçi) www.resmigazete.gov.tr, 11.10.2011.

önemli farklılık sunulan faydanın niteliğidir. Sosyal yardım daha çok parasal nitelik taşıdığı halde, sosyal hizmet aynı veya nakdi olabilmektedir²³.

1.4. Sosyal Güvenlik Sistemleri

Dünyada farklı ülkelerde farklı sistemler uygulanmıştır. Genel olarak uygulama alanı bulan sistemler İşçi Sigortası (Bismarck) Sistemi, Halk Sigortası (Beveridge) Sistemi ve Özel Sigorta Sistemi'dir.

1.4.1. İşçi Sigortası (Bismarck) Sistemi

İşçi Sigortası Modeli, bütün çalışanların sosyal güvenceden yararlanmalarını amaçlayan ve sosyal sigorta tekniği ile bu amacını gerçekleştirmeye çalışan bir sosyal güvenlik sistemidir. İlk modern sosyal güvenlik sistemi olma özelliğini taşıyan ve ilk olarak Almanya'da uygulanan İşçi Sigortası Modeli, daha sonraları Avusturya, İtalya, Belçika, İsveç, Norveç vb. ülkelere örnek alınmıştır. Almanya'da Bismarck tarafından işçilerin ağır çalışma koşulları dikkate alınarak, mevcut çok sayıdaki farklı sigorta sandıkları ve bunlar için ödenen primler ve sunulan edimler standartlaştırılarak çalışanların zorunlu olarak sigortalı olmaları sağlanmıştır. İşçiler için 1883'te hastalık, 1884'te iş kazaları ve 1889'da yaşlılık ve malullük sigortaları kurulmuştur. İşsizlik sigortası ise 1927 yılında kurulabilmiştir²⁴.

Bismarck tarafından ortaya konulan modelin temelinde “sosyal sigorta” anlayışı yatmaktadır. Sosyal sigorta modeli, çalışanlara yöneliktir, işçi ve işveren tarafından ödenen primlere dayalıdır ve primler genellikle kazanca bağlıdır. Bismarck tipi sosyal güvenlik sistemlerinde bireyler, gelirleri ile orantılı olarak verdikleri primler oranında sistemin sunduğu haklardan faydalanırlar. Özel sigortacılık mantığına daha yakın olan bu sistemlerde bir “karşılıklılık” anlayışı söz konusudur²⁵.

²³ Ufuk Aydın, **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 1117, 1999, s. 72.

²⁴ Uğur, **a.g.e.**, s. 67.

²⁵ Rabihan Yüksel Arabacı, “Gelirin Yeniden Dağılımında Bir Araç Olarak Sosyal Güvenlik”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007, s. 44.

Bismarck tipi sosyal güvenlik sistemlerinde, sisteme yapılan katkı ile sistemden elde edilen yararlar arasında önemli bir ilişki vardır. Burada, bireyler tarafından elde edilen yararlar arasında önemli farklar bulunmaktadır ve dolayısıyla ödenen primler ile elde edilen yararlar arasında belli bir oran olduğu için Bismarck tipi sosyal güvenlik sistemlerinde nesiller arasında yeniden dağıtım daha az olmaktadır. Almanya, İtalya, Fransa ve Polonya'daki sosyal güvenlik sistemleri bu temel üzerine kurulmuşlardır. Beveridge tipi sosyal güvenlik sistemlerinde “gelirle orantılı” katkılar karşılığında elde edilen “düz” yararlar bulunmaktadır. Bu sistem, gruplar arasında yeniden dağıtıma olanak sağlamaktadır. İngiltere ve Hollanda'da uygulanan sistemler ise bu temel üzerinde kurulmuştur²⁶.

1.4.2. Halk Sigortası (Beveridge) Sistemi

Halk sigortası İngiltere'de uygulanmaktadır. Beveridge tarafından geliştirilmiştir. Bu sistemde sadece çalışanlar değil, ülkede ikamet eden herkes kapsam altına alınmaktadır ve sosyal riskler için prim/vergi ödemektedir. Sağlık hizmetleri dışındaki diğer riskler için sigorta sistemi uygulanır. Sağlık hizmetleri ise devletçe bedelsiz sunulur²⁷.

Sosyal güvenliği halkın tümüne yayma ilkesini esas alan bu yaklaşımın temeli, devletin vergi gelirleri ile sistemin finansmanına katkıda bulunmasıdır. Buna göre Beveridge Sistemi; bütün bireyleri sosyal güvenceden yararlandırma hedefi ile ülkede yaşayan herkesi ayırım gözetmeksizin kapsamına alarak sosyal adaletsizliği ortadan kaldırmaya çalışan, modern bir sosyal güvenlik sistemi olarak tanımlanabilir²⁸.

Halk Sigortası Modeli, sosyal sigorta sistemi ve milli yardım sistemi olmak üzere temelde iki örgütlenme esasına dayanmaktadır. Beveridge Planı'nda sosyal sigorta sistemi, sigortalı tarafından veya onun adına işverence zorunlu bir prim ödenmesini ve riskler gerçekleştiğinde de iştirakçinin ödediği prim miktarına

²⁶ Stanko, a.g.e., s. 18.

²⁷ Ali Nazım Sözer, **Sosyal Devlet Uygulamaları**, İzmir, Türkiye İşçi Emeklileri Yayını, 1997, s. 3.

²⁸ Haluk Egeli, **Parafiskalite Ve Parafiskal Yükümlülükler**, 1.bs., İzmir, Altı Nokta Basım Yayın, 2011, s. 52.

bakılmaksızın ona belirli bir miktarda nakdi yardımın yapılmasını öngörmektedir. Milli yardım sistemi ile sosyal sigorta sistemi kapsamına alınamamış veya herhangi bir sebeple kapsam dışında kalmış veyahut sosyal sigorta yardımları ile ihtiyaçlarını karşılayamayan kişilere yardım yapılması amaçlanmaktadır²⁹.

Halk sigortası modeli sosyal güvenlik sistemleri, İşçi sigortası sistemlere göre daha kapsayıcıdır. Beveridge tipi sistemlerde sadece aktif nüfus değil, nüfusun tamamı sosyal güvenlik sisteminin kapsamı dâhilindedir. Bu sistemlerdeki amaç, en genel anlatımı ile ülkede yaşayan herkes için asgari bir geçim düzeyinin sağlanmasıdır. Beveridge tipi sistemler ağırlıkla vergilerle finanse edilmektedir. Bu sistemlerde bir “karşılık” mantığı bulunmamaktadır. Yararlar, bireylerin sisteme yapmış oldukları katkılar göz önüne alınmadan düz oranlı bir biçimde sunulmaktadır³⁰. Beveridge tipi sosyal güvenlik sistemleri modern refah devleti modelinin bir ürünüdür. Bismarck tipi sosyal güvenlik sistemlerinde ise salt bir sigorta mantığının eseridir. Buna göre Bismarck sistemi, gelire dayalı bir sigorta sistemi özelliklerini taşıırken, Beveridge sistemi ise minimum bir sosyal güvenlik sistemidir³¹.

Türk Sosyal Güvenlik Sistemi de mevcut yapısıyla kısmen Bismarck modeli ile uyum içindedir. Modelin esası ve doğası, Beveridge Sisteminin aksine, kurumsal (idari) yapıda olması ve sosyal sigorta hakları açısından farklı yasal düzenlemeleri zorunlu kılmasıdır. Çalışanların, mesleki faaliyetlerinin özelliklerine göre farklı sosyal güvenlik kurumlarına tabi olmaları, kazançlarına bağlı prim esası, sosyal sigorta yardımlarında da belirli bir farklılığı beraberinde getirir.

1.4.3. Karma Sistem

Bismarck tarafından kurulan ve ilk modern sosyal güvenlik sistemi olan İşçi Sigortası Modeli ile Beveridge tarafından kurulan Halk Sigortası Modeli pek çok

²⁹ Uğur, **a.g.e.**, s. 69.

³⁰ Arabacı, **a.g.e.**, s. 44-45.

³¹ Erhan Gülcan, Avrupa Birliği’nde Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006, s. 84.

ülkede benimsenmiş, bazı ülkeler ise her iki sistemi birlikte uygulama çabasına girmiştir. İşçi Sigortası Modeli ile Halk Sigortası Modeli'nin birlikte uygulanması sonucu ortaya çıkan ve Karma Model olarak bilinen sosyal güvenlik sisteminde finansman, işçilerin ücretlerinin belirli bir yüzdesi üzerinden işverenleri tarafından sağlanmaktadır³². Başka bir anlatımla her iki modelin olumlu yanları alınarak uygulamada geliştirilen bir modeldir.

Türkiye'nin bugünkü sosyal güvenlik yapısı tam da karma modeldir diyebiliriz. SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur Bismarck modelini, Yeşil kart, devlet memurları ve 60 yaş üstü ödemeler Beveridge modelinin uygulamalarıdır.

1.4.4. Özel Sigorta Sistemi

Uluslararası Para Fonu (IMF), Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD), Dünya Bankası gibi uluslararası kuruluşlar tarafından sosyal güvenliğin kamu hizmeti ve görevi olma nitelikleri sıklıkla eleştirilmektedir. Bu bağlamda, mevcut kamu sosyal güvenlik rejiminin tümüyle ortadan kaldırılıp onun yerine zorunlu Özel Sigorta Modelinin ikame edilmesine ilişkin yaklaşımlar dile getirilmektedir. Zira Latin Amerika'da Şili öncülüğündeki bazı ülkeler, Özel Sigorta Modeli ile faaliyet göstermeye başlamışlardır³³.

Sosyal sigorta müessesinin sakıncalı görüldüğü bazı ülkelerde, ideolojik yaklaşımlarla yeni bir model geliştirilmiştir. Latin Amerika'da bir kısım devletler, yeni liberal akım sonucu mevcut kamu sigorta kurumlarını tasfiye ederek yerlerine özel sigorta şirketlerini ikame etmişlerdir. Bu konudaki ilk çalışmalar Şili'de başlamıştır. Sözü edilen ülkede, çalışma hayatına yeni girenler özel şirketlerle polişe imzalamışlar, eski çalışanlara ise iki seçenek sunulmuştur. Mevcut sistemde çalışmaya devam etmek ya da eski kazanılmış hakları da devredilmek suretiyle yeni kurulan sandıklara tabi olmak. Özel sigorta işçiler için zorunlu, bağımsız çalışanlar

³² Uğur, a.g.e., s. 70.

³³ Egeli, a.g.e., s. 57.

için isteğe bağlı tutulup işveren prim payı kaldırılmış, böylece istihdamda rahatlama amaçlanmıştır³⁴.

1.5. Sağlık Sigortası Kavramı

Sağlık sigortaları; bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sosyal sigorta şartlarına göre sigortalının, özel veya iş hayatında karşılaşacağı, hastalık ve/veya kaza sonunda ihtiyaç duyacağı muayene ücretleri, hastane masrafları, röntgen, laboratuvar, doğum, diş tedavi masrafları gibi masraflar ile hekimin göreceği lüzum üzerine yazmış olduğu reçetede ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür³⁵.

Kanunlarla belirlenmiş olan sağlık sigortası kapsamında verilen hizmetler bir hak gibi verilir. Bireyin katılımı ne olursa olsun hakkını yasal zorunluluk olarak alır. Sağlık sigortası hakları, iki grupta sınıflandırılır;

- Nakit Ödemeler,
- Sağlık Bakım Hizmetleri.

Nakit yardımlar genelde hasta harcamalarının veya gelir kaybının yerini doldurmaya yönelik ve nakit ödenek şeklindedir ve şu ödenekleri içermektedir;

Hastalık Ödeneği: Hastalığa bağlı olarak gelirden meydana gelen azalmanın tazmin edilmesi olarak belirlenen dönemlerde sigortalının günlük ücretinin belirli bir yüzdesi kadar olan ödeme.

Analık Ödeneği: Analık izni süresince gelir azalmasını ortadan kaldırmak için belirli bir zaman periyodunda sigortalının günlük ücretinin belirli bir yüzdesi kadar olan ödeme.

Cenaze Ödeneği: İş kazası ve meslek hastalığı nedeniyle hayatını kaybeden sigortalının yakınlarına yapılan günlük ücretinin belirli bir yüzdesi kadar olan ödeme.

³⁴ Sözer, **a.g.e.**, s. 55.

³⁵ Bilgi Kongar, **Sağlık Sigortaları**, 1.bs., Ankara, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, 1989, s. 23.

1.5.1. Sosyal Sağlık Sigortası

Sağlık denince, sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin fiziksel, zihinsel ve toplumsal bakımdan tam bir iyilik hali içinde olması anlaşılmaktadır³⁶.

Sosyal sağlık sigortası, sağlıkla ilgili risklere karşı koruma amacıyla, kaynakları birleştirme uygulaması esas olarak işçi hareketlerinin gelişmesiyle başlamıştır. Ortaçağ Avrupası'nda zanaatkârlar, aralarında kurdukları loncalar içinde hastalık nedeniyle sıkıntıya düşen üyelere yardım amaçlayan sandıklar kurmuşlardır. Sanayileşme ise sağlıkla ilgili risklere karşı daha sistematik ve yaygın düzenlemelerin gündeme gelmesine neden olmuştur. Bu bağlamda, on sekizinci yüzyılın sonları ile on dokuzuncu yüzyılın başlarında aynı sanayi kolunda ya da aynı yöredeki işçiler hastalık sandıkları kurmuşlardır. Başlangıçta sağlık yardımını talep eden işçiler arasında gelişen bu yardım sandıkları, işverenler tarafından riski yüksek olan madencilik gibi işkollarında istihdam edilmek için sağlık hizmetlerini kapsayan bir sandığa üye olunmasını işveren şart koşmaya başlayınca, sistemin gönüllülük unsurunun yerini birçok yerde zorunluluk ilkesi almıştır. Daha sonra ise, kişisel riske dayalı olan sandıklar, yerini kazançla bağlantılı prim kavramına terk etmiştir³⁷.

Hindrik ve De Donder³⁸, zorunlu sosyal sigortanın bir toplumda refahın topluma yaygınlaştırılması açısından çok önemli bir rol oynayabildiğini belirtmiş ve bunu iki şekilde sınıflandırmıştır: Birincisi; primlerin bireyin morbiditesi³⁹ ya da sahip olduğu riskler ile ilişkisi olmaması nedeniyle düşük risk gruplarından yüksek risk gruplarına bir sübvansiyon söz konusu olması, ikincisi ise katılımın gelir ile birlikte artması nedeniyle, yüksek gelir grubundakiler aynı riske sahip olsalar dahi, düşük gelir grubundakilere göre daha fazla katkıda bulunması durumudur.

³⁶ Coşkun Kesgin, Ahmet Topuzoğlu, "Sağlığın Tanımı, Başaçıkma", **Journal of İstanbul Kültür Üniversitesi**, Sayı: 2006/3, s. 47.

³⁷ Ron Aviva, Brian Abel-Smith, Giovanni Tamburi, **Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Sigortası: Sosyal Güvenlik Yaklaşımı** (Çev. Canan Koç), Ankara, Eroğlu Matbaacılık, 1999, s. 34.

³⁸ Jean Hindriks, Philippe De Donder, "The Politics of Redistributive Social Insurance", **Journal of Public Economics**, Volume: 87, 2003, s. 2640.

³⁹ Morbidite oranı veya morbidite hızı, istatistiksel bir ölçüm terimi, belirli bir nüfusta belirli bir zaman dilimi içerisinde hastalığa tutulanların sayısı, hastalık nispetidir.

Sosyal sağlık sigortası uygulamalarının tüm nüfusu kapsama zorunluluğu yoktur. Tüm nüfusu kapsama durumunda “genel sağlık sigortası” olarak adlandırılır.

1.5.2. Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası (GSS); “*Toplumdaki tüm bireylerin tamamına sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve genelde hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta*” olarak tanımlanabilir⁴⁰.

Başka bir tanımla GSS; “*Gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, bireylerin sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımlarının sağlanmasıdır*”⁴¹.

Genel sağlık sigortası, “*kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını hedefleyen sağlık sigortası sistemi*” şeklinde tanımlanmaktadır⁴². Genel sağlık sigortası, öncelikle bir hizmet sunum modeli değildir, bilakis bir finansman modelidir⁴³.

Genel Sağlık Sigortasında alınan primler, devletin öteki gelirlerinden ayrı bir fonda toplanır ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenir. Bazen sigorta finansmanına eş zamanlı olarak devlet de katılır. Bu katkı, ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi şeklinde olabilir. Bazen de primlerin gideri karşılamadığı durumlarda devletin aradaki açığı kapatarak da katkıda bulunabildiği uygulamalar vardır.⁴⁴

Kavramdaki “genel” ifadesi tüm yurttaşları kapsama alma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yani, çalışan veya çalışmayan herkesin asli hak sahibi olması gerekecektir. Genel sağlık sigortasının kapsamı kişiler açısından belirlenirken kavramı kullanan veya sistemi farklı şekillerde uygulayan ülkeler bulunabilir. Bazı

⁴⁰ Charles Normand, Axel Weber, “Social Health Insurance: A Guidebook for Planning”, (Çevrimiçi) <http://libdoc.who.int/publications/50786.pdf>, 1994, s. 13., 20 Aralık 2010.

⁴¹ İlhan Serin, **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, 1.bs., Ankara, Kazancı Yayınları, Ekim 2004, s. 95.

⁴² İlhan Tomanbay, **Sosyal Çalışma Sözlüğü**, Ankara, 1999, s. 100.

⁴³ Serin, **a.g.e.**, s. 96.

⁴⁴ Normand, Weber, **a.g.e.**, s. 125.

lkelerde kapsam vatandaşlığa göre belirlenirken, bazılarında ise ülkede yaşıayan herkes kapsama alınabilmektedir. Yine “genel” ifadesine karşın nüfusun sadece bir kısmının (rneğin, sosyal sigorta kapsamında olmayanların) kapsama alınması da mümkündür. Konunun sağlık olduğu kullanılan kavram gereği açıktır. Ancak, sağlık kavramının içeriği çok geniş olduğu için kapsama hangi sağlık hizmetlerinin gireceği hususu da ülkelerin kanun koyucularının takdirine baęlıdır⁴⁵.

2. SAğLIK HİZMETLERİ KAVRAMI

Sosyal güvenlik kavramı içerisinde yer alan sağlık hakkı temel insan haklarının başında yer alır. Klasik anlatımıyla ifade edilirse; insan, insan olması sebebiyle temel haklara sahiptir. Bu haklar ekonomik, yaşamsal, sosyal, kültürel ve siyasal haklar olarak çeşitli şekilde sınıflandırılabilir. Fakat şüphesiz ki yaşama hakkı bunların en kutsalıdır. Zira bu hak olmadan diğerlerinin olması mümkün değildir. Sağlık hakkı da yaşama hakkı kadar önemlidir; bu hak sağlanmadıkça diğerlerinin gerçekleşme ve kullanılma şansı yoktur. Kişinin sağlıklı bir şekilde yaşaması, hastalığa sebep olan nedenlerin oluşmaması veya ortadan kaldırılması, hastalandığında gerekli tüm iyileştirme olanaklarının kullanılması ve ölmesine izin verilmemesi en temel haklardandır.

Sağlık, sadece bireysel anlamda değil, refah seviyesi yüksek bir toplum oluşturabilmek için de önem taşır. İnsan topluluklarının örgütlü toplumlara dönüşmesi süreci, iş bölüşümü ve uzmanlaşmaya ortam hazırlayarak, sağlıklı mesleklerin ve sağlıklı insan gücünün doğmasına vesile olmuştur. Bu çerçevede sağlık hizmetleri bireyin ve toplumun diğer üyelerinin fiziki, ruhi ve sosyal açıdan dengeli bir şekilde yaşamını sürdürebilmesi için yapılması gereken hizmetler olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlü hizmetler grubu haline gelmesi ise sağlık sektörünün oluşmasına neden olmuřtur⁴⁶.

Sağlıklı yaşama hakkı, yalnızca temel hak olmakla kalmayıp bireyin gelir getirici üretken faaliyetlerde bulunmasının temelini de oluşturmaktadır. Sağlık

⁴⁵ Sözer, **a.g.e.**, s. 125.

⁴⁶ Recep Akdur, **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar: Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum**, 2. bs., Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006, s. 4.

hizmetlerinin varlığından amaç, hem mevcut sağlık hakkını güvence altına almak hem de bireyin üretimde bulunmasının devamını sağlamaktır⁴⁷.

Sağlık kavramı, diğer kavramlar gibi sosyal, ekonomik, siyasal, kültürel ve evrensel hukuk alanındaki, kısacası insanlığın tarihsel mirasındaki birikimlerle birlikte içeriği ve kapsamı değişen, gelişen bir kavramdır. Sağlık kavramının bütün boyutlarını kapsayabilecek ve herkesin mutabık kaldığı bir tanımlama yapmak birçok güçlük taşımaktadır. Hekimler, sağlığın tıbbi tedavi yönüne ağırlık vermek, sağlık sosyoloğu kavrama sosyo-psikolojik boyutlar eklemek, sigortacılar tanımın boyutlarını daraltmak, ekonomistler ise kavrama ekonomik unsurlar eklemek isteyecektir⁴⁸.

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

Dünya Sağlık Örgütü tanımında yer alan “sosyal yönden” ve “tam iyilik hali” terimleri uzun tartışmalar sonucunda belirlenmiş terimlerdir. “Tam iyilik hali” konusu ideali hatta mükemmeli ifade etmektedir ki, gerçekleşmesi çok zordur.

⁴⁷ Ömer Faruk Batırel, “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, **MÜİİBF Dergisi**, Cilt:3, Sayı:3, 1986, s. 172.

⁴⁸ Murat Bolat, “Ekonomik ve Sosyal Yönleriyle Sağlık Kavramı”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997, s. 5.

“Sosyal yönden” terimi ise sađlđın kapsamını çok genişletmiştir. Örneğin, geçim sıkıntısı nedeniyle ya da iş yaşamındaki çatışmalar nedeniyle “tam iyilik hali” gerçekleşemiyorsa, sağlık da gerçekleşmiyor demektir. Burada üzerinde durulması gereken bir diğer önemli nokta da sađlđın olmamasının “hastalık” anlamına gelip gelmediği konusudur. Başka bir deyişle, bu tanıma uygun “sağlık” yok ise, “hastalık” mı söz konusudur? Şunu vurgulamak gerekir ki “sağlık” ve “hastalık” birbirlerinin zıttı olmayıp, sağlıklı olmak, hasta olmamaktan farklı bir kavramdır. Öte yandan, hastalık kavramı da duruma göre farklı anlamlara gelebilen tartışmalı bir kavramdır⁴⁹.

Sağlık hakkı ise, kişinin toplumdan, devletten sađlđının korunmasını, gerektiğinde tedavi edilmesini, sađlđına kavuşturulmasını isteyebilmesi, toplumun sağladığı imkânlardan faydalanabilmesi olarak tanımlanmaktadır⁵⁰.

Sağlık hakkı, her insanın doğuştan sahip olduğu bir insan hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hakkın, herkes tarafından tam anlamıyla kullanılabilmesi için insanın yaşadığı ortamın sađlđıa uygun ve risklerden arındırılmış bir duruma getirilmesi gerekmektedir. Devletlere düşen görev, sağlık risklerini en aza indirecek koruyucu sağlık hizmetleri başta olmak üzere, kaybedilen sađlđın en kısa sürede geri kazanılması için en uygun şekilde hizmet verecek sağlık sistemini kurmak, her vatandaşın hakkaniyet ilkeleri içinde kaliteli hizmetlere ulaşip yararlanmasını sağlamaktır.

Sağlıklı yaşama hakkının kullanılabilmesi, birçok ulusal ve uluslararası metinde yerini almıştır. Örneğin; Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin (1948) 25. maddesinde ve Avrupa Konseyi Avrupa Sosyal Şartı’nın (1961) 13. maddesinde bu hakka vurgu yapılmıştır.

Türkiye’de bireylerin sağlık hakkı anayasayla güvence altına alınmıştır. Anayasanın bu konudaki emredici hükümlerini içeren maddelerini hatırlatmak gerekirse; Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982), 56.maddesinde; Devletin temel

⁴⁹ Osman Hayran, Haydar Sur, **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul, Yüce Yayınları, 1998, s. 105.

⁵⁰ İlker Belek, **Sosyal Devletin Krizi ve Sađlđın Ekonomi Politikası**, 1.bs., İstanbul, Sorun Yayınları, 1994, s. 25.

amaç ve görevleri, Türk milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, (Anayasa, Madde 56/3) Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. (Anayasa, Madde 56/4) Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurabilir⁵¹.

2.1. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, sağlık bilimleri ve teknolojisi temelinde sağlığı korumaya ve gerektiğinde yeniden inşaa etmeyi amaçlamış örgütlü hizmetlerdir. Tüm toplumun sağlıklı olmasını amaç edinmiş hizmetlerdir. "Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşmeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeylerini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüne “sağlık hizmetleri” denir⁵².

Sağlık hizmetleri en açık şekilde insanların fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesi olarak tanımlanabilir⁵³.

Türkiye İş Kurumu sağlık hizmetini, “Sağlığın korunması ve daha ileriye götürülmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalananlara erken ve doğru tanı konması, bunların tedavi edilmesi ve böylece kişilerin mutlu, uzun bir yaşam sürmelerinin sağlanması ile ilgili işlerle uğraşan, değişik kurum ve hizmet dallarındaki çeşitli meslek üyelerinin sıkı bir işbirliğini gerektiren oldukça karmaşık toplumsal bir hizmettir” şeklinde tanımlamaktadır⁵⁴.

⁵¹ Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (Çevrimiçi), <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>, 10.11.2011.

⁵² Zafer Öztekin, Nevzat Eren, **Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Ankara, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, 1997, s. 374.

⁵³ Ayşe Yiğit Şakar, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, İstanbul, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları, Yayın No: 22, 1999, s. 68.

⁵⁴ Özkan Dalbay, “ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanesinde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002, s. 11.

Günümüze kadar ağırlıklı olarak piyasa ekonomisine ve bazı hayır kurumlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığı ile toplum sağlığı arasındaki sıkı ilişki kavrandıkça ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın temel insan haklarından olan yaşama hakkının bir parçası olduğu etkin bir şekilde kabul edildikçe, devletin giderek daha fazla görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Çünkü ödeme güclüğü olanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça, ödeme gücü olanların sağlıkları da tehdit altında kalmaktadır. İyileştirilmeyen hasta, çevresi için sosyal maliyet yaratmakta, tedavisi ise sosyal fayda sağlamaktadır.

2.2. Sağlık Hizmetlerinin Amacı ve Niteliği

Sağlık hizmetinin en temel özelliği her yönüyle belirsiz, plansız ve öngörülemez oluşudur. Sağlık hizmetlerine olan talep tesadüfi nitelikte olup belli olguların oluşması ile ancak ortaya çıkmaktadır. Genellikle, doktor ve hasta arasında bilgi düzeyi açısından fark vardır. Doktorlar bir yandan sağlık hizmeti arz ederken diğer yandan talep yaratabilmekte ya da en azından bu potansiyele sahip bulunmaktadırlar. Öte yandan, hastalar sahip oldukları bilgi düzeyinin kısıtlı ve/veya yetersiz olması nedeni ile, genellikle sağlık hizmetinin kalitesini tam ve objektif olarak değerlendirememektedirler. Sağlık hizmeti temel ihtiyaç olması nedeniyle sosyal ve kamu hizmeti niteliğindedir.

Ekonomik açıdan sağlık sektörü bir hizmet sektörüdür, doğrudan emtia üretmez. Sağlık hizmetlerinin temel amacı, önce kişilerin hasta olmamalarını sağlamak yani onları hastalıklardan korumaktır⁵⁵. Anayasanın 56. maddesinde, "herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir" ifadesi ile bu konu vurgulanmıştır. Bütün koruyucu önlemlere rağmen hastalık ortaya çıkarsa sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan hastalıkların tedavisi söz konusu olur; bu noktada yapılacak olan, kişinin hastalığın zararlarından kurtulması için her türlü tıbbi olanağın kullanılmasıdır. Mevcut bilgilerle ve bilinen yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez. Bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı özürlülerin başkalarına bağımlı olmadan kendi kendilerine yetecek

⁵⁵ Şakar, a.g.e., s. 22.

ölçüde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerini üçe ayırabiliriz: Koruyucu Sağlık Hizmetleri, İyileştirici/Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri ve Rehabilite Edici Sağlık Hizmetleridir.

Sağlık hizmetleri, taşıdığı özellikler dolayısıyla, ekonomideki diğer mal ve hizmetlerden farklı olarak ele alınmalıdır. Sağlık hizmetinin yarı kamusal mal olarak taşıdığı dışsallıklar ve bu hizmeti diğer yarı kamusal mal ve hizmetlerden ayıran belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketicinin önceden belirlenememesi gibi özellikleri nedeniyle, bu süreçleri kapsayan sağlık hizmetleri piyasası da kendine özgü birtakım özelliklere sahiptir⁵⁶.

Sağlık hizmetinin temel nitelikleri; Kamusal Niteliği, Dışsallıklar, Yararlı Mallar (Erdemli Mallar), Devlet Müdahaleleri, Belirsizlik Altında Seçim, Asimetrik Bilgilenme, Hastalık Riskinin ve Tüketiminin Önceden Belirlenememesi, Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketiminin Topluma Etkileri olarak gösterilebilir.

2.2.1. Kamusal Niteliği

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı kamusal mallar/hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır. Yarı kurumsal mallar, tüketimleri sonucu topluma dışsal fayda sağlarken, hizmeti tüketen kişiye de özel fayda sağlarlar. Bu tür mal ve hizmetler bölünebilme ve pazarlanabilme özelliğine sahiptir. Ayrıca bedelini ödeyemeyenler için hizmetin (özel) faydasından dışlanması da söz konusudur. Bu mallar bölünebilme ve fiyatlandırılabilme özellikleri nedeniyle özel mala benzerken, bazen toplum olarak birlikte tüketim olanağı vermesi ve neticesinden sosyal fayda yaymaları nedeniyle kamusal nitelik de taşırlar.

2.2.2. Dışsallıklar

İktisat literatüründe pek çok tanımı olan dışsallıklar, çok genel olarak, bir iktisadi birimin üretim ve/veya tüketim faaliyeti sonucunda, süreç içinde olmayan

⁵⁶ Ayşegül Mutlu, Abdülkadir Işık, **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Ekin Yayın Evi, Bursa, 2012, s. 91.

başka birimlerin fayda ve/veya maliyet fonksiyonlarının olumlu veya olumsuz olarak etkilenmesi şeklinde tanımlanabilir.

Sağlık hizmetleri alanında önemli bir dışsalılık başarısı bulaşıcı hastalıklar önlenmesinde görülmektedir. Bireylerin bu hastalıklardan korunması için önlemler alındığı takdirde sadece kendileri fayda elde etmekle kalmaz, aynı zamanda etraflarındakilere ve toplumun geneline de fayda sağlarlar. Örneğin bir bireyin yaptırdığı bir grip aşısı özel fayda sağlar. Bireyin aldığı bir grip aşısının maliyetleri (para, zaman, acı külfeti ile vücudun direncinin düşmesi ve iş kaybı gibi) ile özel faydaları (grip riskinin azalmasından doğan fayda) karşılaştırıldığında ilk bakışta sosyal açıdan bu maliyetin daha fazla olduğu ileri sürülebilir. Ancak gerçekte durum tersinedir.

2.2.3. Yararlı Mallar (Erdemli Mallar)

Yararlı (merit, erdemli) mallar tüketimleri sonucu dışsal fayda sağlayan mal ve hizmetlerdir. Bu kavram ilk olarak Musgrave tarafından incelenmiştir⁵⁷. Sağlık piyasalarında sunulan hizmet gerçekten yararlı bir maldır. Piyasa tercihlerine bırakılırsa yetersiz miktarda üretim yapılacağından dolayı etkin düzeyde üretim gerçekleştirilmez ve bu yüzden birey ve toplum refah kayıplarına uğrayabilir.

Bu tür hizmetlerin en açık örneği çocuklara yönelik yürütülen tedavi hizmetleridir. Çocuklarla ilgili kararları genellikle aileleri verir. Bu tür hizmetlerde kararların aile ya da başkaları tarafından verilmiş olması çocukların elde edeceği yararları etkilemez. Buna karşın bazı durumlarda aileler bu tür hizmetlerin maliyetlerini karşılamada yetersiz kalabilirler. Bu gibi durumlarda doğum öncesi ve sonrası kamu kesimi tarafından yapılacak destekler (maddi-manevi) ile birlikte hamilelik ve lousalık döneminde bebek ve çocuklara yardım için yapılan diğer hizmetlerin kamu kesimince çeşitli şekillerde sağlanması örnek olarak verilebilir⁵⁸.

⁵⁷ Güneri Akalın, **Yüksek Öğretim Karma Malına Maliyet-Fayda Analizinin Uygulanması**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını, No:444, Ankara-1980, s.18.

⁵⁸ Mutlu, **a.g.e.**, s. 8.

2.2.4. Devlet Müdahaleleri

Devlet ya da devlete ait diğer organlar birçok piyasaya, piyasada yer alan kişi ve kurumların istememesine rağmen, zorla girebilmektedir. Sağlık alanında bir takım ruhsat ve yetki belgelerinin istenmesi genellikle yaygın bir uygulamadır. Sağlık alanında çalışanlardan (doktor ve diğer personel) istenen diploma ve benzeri yeterlilik belgeleri gibi. Diğer sektörler de aralıklı olarak görülen bu lisans ve yetki belgesi arama olayı sağlık sektöründe neredeyse her aşamada istenmektedir. Doktorlar, hemşireler, teknisyenler, eczacılar, gözlükçüler, diş hekimleri ve diğer görevliler pratik yapmadan önce gerekli yetkiyi ifade eden belge ve izin belgelerini kamu otoritesinden almak zorundadırlar. Bu durum kamu kesiminde olduğu gibi özel sektörde de aranan bir özelliktir. Bu yetki belgelerinin verilmesi sağlık piyasalarına devletin müdahalesinin ilk basamağını oluşturmaktadır.

Devletler sağlık piyasalarına; yeterlilik belgesi ve diplomalarla müdahale etmenin yanında, yerel ve ulusal düzeyde sağlık harcamalarını finanse etmek için sigorta sistemini kurma ya da var olan sigortalara finansal yardımlar yapma gibi uygulamalar yoluyla da müdahale edebilmektedirler (SGK). Devlet aynı zamanda ekonomideki diğer sektörlerle göre sağlık üretim birimlerini örneğin, hastaneler, bakım evleri, doktorlar v.b. birimlerin ekonomik davranışları üzerinde doğrudan doğruya müdahalelerde bulunabilir. Sağlık sektöründe pek çok müdahale şekli vardır ve diğer sektörlerdeki müdahalelerden kapsam ve nitelik olarak farklılık arz etmektedir. Örneğin 15.02.2008 tarihli resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Özel Hastaneler Yönetmeliği⁵⁹ ile yeni sağlık tesisi açılması, yeni yatırım yapılması ve yeni hekim istihdam edilmesi izne tabi tutulmuş ve bu izin de yılda bir defa değerlendirilecek planlama kuruluna bırakılmıştır.

2.2.5. Belirsizlik Altında Seçim

Belirsizlik kavramında hasta doktor ilişkisinde asimetrik bilgilendirme nedeniyle hasta çok az bilgi sahibidir ve asıl belirleyici karar doktora aittir.

⁵⁹ Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, R.G., 15 Şubat 2008, Sayı : 26788.

Başlangıçta doktora gitme kararını hasta verir. Ancak sağlık hizmetinden ne kadar, hangi süre ile ve ne kapsamda yararlanacağını, yani tüketim dozunu ve zamanlamasını hekim belirler. Tüketicinin burada bir tercih hakkı yoktur. Alacağı sağlık hizmetinin maliyet ve kalitesi hakkında bilgisi olmayan ya da çok az bilgisi olan hasta belirsizlik altında bir tercih yapmak durumunda kalmaktadır.

2.2.6. Asimetrik Bilgilenme

Simetri kavram olarak iki obje arasında çerçeve, güç ve ölçü açısından bir benzerliği ve eşit olmayı ifade eder. Bu iki obje ekonomik bir değişim işlemi yaptıklarında iki taraftan biri diğerine göre göreceli olarak daha fazla bilgi sahibi ise bu durumda ikisi arasındaki bilgiye sahip olma dengesizliği nedeniyle asimetrik bilgi ortaya çıkar. Bu ilişki sağlık hizmetlerinde üretici ve tüketicileri arasında gerçekleşiyorsa, asimetrik bilgilenme esas olarak tüketici (hasta) aleyhinedir. Bir grup (doktor) genel olarak dikkate değer bir şekilde diğer gruba (hasta) göre daha fazla bilgi sahibidir. Doktor-hasta örneği incelendiğinde; hasta, bütün bilgilerinin doktor tarafından açıklıkla bilinmesini isterken, doktor farklı bir pozisyonda hareket eder. Profesyonel etik, görev ve mesleki sorumluluk kaygısı doktoru açık ve dürüst olmaya iter. Bunun yanında farklı kazanç sistemleri doktoru farklı tercihler yapmaya yöneltebilir. Eğer doktor isterse, hastayı rahatlıkla yanıtabilir ve bu şekilde daha fazla kazanç elde edebilir. Bunun yanında hasta bu tür bir olayın ne olduğu ve ne gibi sonuçlarının olacağı konusunda en küçük bir bilgi sahibi olmayabilir. Hasta bütün bu koşullar altında doktorun önerilerini kabul edip etmemeye karar verebilir⁶⁰.

Asimetrik bilgilenmenin bir başka boyutu, hastanın hastanede kalma süresi, yazılacak ilaç ve ilacı kullanma süresi ve diğer konuların tamamen sağlık hizmeti verenler tarafından empoze edilmesiyle, tüketicilerin inisiyatifinin ortadan kalkmasıdır. Birey verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz, pazarlık yapamaz, sağlık hizmetini deneyerek alma şansı da yoktur⁶¹.

⁶⁰ Kenneth J. Arrow, "Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care", **The American Economic Review**, Volume: 53, 1963, s. 37.

⁶¹ Ahmet Saltık, "Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 10, Sayı: 68, 1995, s. 34.

Sağlık hizmetleri piyasasının önemli özelliklerinden biri olan asimetrik bilgilenme diğer sektörlerle kıyaslandığında çok daha geniş boyuttadır. Hastaların hastalık-teşhis-tedavi ve bunların sonuçları konusunda bilgi sahibi olmaları (günümüzde internet sayesinde bu mümkündür), tüketicilerin bilgi düzeylerinin ve refahlarının artmasına önemli katkılar sağlayacaktır⁶².

2.2.7. Hastalık Riskinin ve Tüketime Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetlerinde tüketim olgusu tesadüfen ortaya çıkmaktadır. Hizmetin nerede, ne zaman, kimlerce, ne kadar isteneceği kolay belirlenememektedir. Sağlık hizmetleri piyasasında genellikle hangi hizmete ihtiyaç duyulacağı ve bu hizmetten ne kadar miktarda arz edileceğinin belirlenmesi de zordur.

2.2.8. Sağlık Hizmetinin Yetersiz Tüketime Toplum Etkilemesi

Sağlık hizmeti öyle bir hizmettir ki, taşıdığı kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle, yeterince sunulmadığı ve/veya tüketilmediği takdirde toplumun tümü zarar görmektedir. Diğer piyasalarda arz edilen mal ve hizmetlerde, örneğin TV, bilgisayar vb. yeterli düzeyde arz edilmemesi veya tüketime yeterli düzeyde olmaması toplumu etkilemez sadece o mal ve hizmeti almaya çalışan kişinin refahında önemine göre bir kayba yol açar. Ancak sağlık piyasalarında bir hizmetin yetersiz sunumu ya da yetersiz tüketimi durumunda kişi gerekli sağlık hizmetini almadığı için özellikle bulaşıcı ve enfeksiyonel hastalıklarda toplum açısından büyük riskler ortaya çıkar.

⁶² Udo Schneider, "Asymmetric Information and the Demand for Health Care-the Case of Double Moral Hazard", **Diskussionspapier**, April 2003, ISSN 1611-3837, Universität Bayreuth, s. 32.

2.3. Sağlık Piyasalarının Özellikleri

Sağlık piyasaları, birçoğu sağlık hizmetinin niteliklerinden kaynaklanan özelliklere sahiptir⁶³: Satıcıların azlığı, piyasaya giriş sınırlamaları, arz ve talep arasındaki dengesizlik, bilgi maliyetleri, monopolleşme, satıcılar arasında anlaşma vb.

Doktorların ve diğer sağlık profesyonellerinin (hemşire, teknisyen) görevlerini yerine getirebilmeleri veya sağlık kurumlarının faaliyetlerini devam ettirebilmeleri için lisansın veya diplomanın zorunlu olması ve alınan yeterlilik niteliğindeki belgelere göre hizmet verilip verilmediğinin denetlenmesi sağlık piyasalarındaki girişi kısıtlayan önemli faktörlerdir⁶⁴.

Aynı piyasa içinde sağlık hizmetlerini sunan satıcıların anlaşarak tekeldi eğilim içine girmeleri durumunda ise tüketici ve toplum için dezavantajlar başlar. Günümüzde yaygın görüş kâr amacı gütmeyen kurum uygulamalarının sağlık hizmetlerinin elde edilmesindeki eşitsizlikleri azaltmanın bir yolu olarak görülmesidir. Kâr amaçlı olmayan gönüllü kurumların olduğu bir piyasada satıcıların tüketici aleyhine anlaşması söz konusu değildir⁶⁵. Meslek odalarının fiyatları belirleyebilmeleri (TTB) yanında sağlık hizmetleri sektöründe yer alan grupların; ilaç firmaları ve hastaneler gibi, ortak hareket etmeleri her zaman mümkündür. Kamu kesiminin düzenleyici bir rolü üstlenmemesi veya bu rolü etkin yerine getirmemesi tüketicinin maddi ve manevi kaybının büyümesine yol açar. Tüketicilerin tek başlarına bu güce veya oluşuma karşı hareket etmeleri söz konusu olmadığı için, kamu kesiminin müdahalesi gerekli olmaktadır.

⁶³ Mutlu, Işık, **a.g.e.**, s. 111.

⁶⁴Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi Ve Hastane Yönetimi**, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998, s. 56.

⁶⁵ Victor R. Fuchs, "The Competition Revolution In Health Care", **Health Affairs**, Volume 7/3, 1988, s. 67.

2.4. Sağlık Sistemleri

Sağlık sisteminin amacı en genel anlamda, kişinin yetenekleriyle toplumsal gereksinimler gözetilerek, hizmet sunumu ile hasta arasındaki sorunların çözümü olarak belirlenebilir⁶⁶.

Sağlık Sistemi; birincil amacı doğrudan sağlığı korumak, iyileştirmek ve geliştirmek olan her türlü faaliyeti kapsayan ve doğal kaynaklar, nüfus özellikleri, kişilik, kültür sistemleri, çevre, davranış, genetik kalıtım ve sağlık bakım servisleri ile ilişkili ve etkileşim halinde olan psiko- sosyal bir sistemdir⁶⁷.

Dünyada genel olarak uygulanan sağlık sistemleri dört ana grupta toplanabilir. Bunlar, kamu yardımı sistemi, sosyal sağlık sigortası sistemi, ulusal sağlık hizmetleri sistemi, karma ve yerel örgütler sistemleridir. Sağlık sistemleri uygulamada ülkelerin fiziki ve ekonomik şartlarına göre farklılık gösterebilmekte, pek çok sistem aynı anda karma olarak uygulanabilmektedir.

2.4.1. Kamu Yardımı Sistemi

Kamu yardımı sisteminin uygulandığı ülkelerde yeterli mali gücü olmayanlardan sağlık hizmetleri için herhangi bir ücret talep edilmez. Belirli bir mali güce sahip olanlara zorunlu veya isteğe bağlı sağlık sigortası uygulanır veya herhangi bir sigorta uygulanmaksızın söz konusu kişiler sağlık hizmetini doğrudan satın alma yoluna giderler. Bu sistem daha çok ekonomileri tarıma bağlı ve kırsal nüfusun yoğun olduğu ülkelerde uygulama alanı bulmuştur.

2.4.2. Ulusal Sağlık Hizmetleri (Sosyalizasyon) Sistemi

“Beveridge Modeli” olarak da bilinen sosyalizasyon sisteminde, sağlık hizmetleri nüfusun tamamına ve ücretsiz olarak sunulur. Finansmanı vergiye dayalıdır. Bütün sağlık hizmetleri, tek bir teşkilatta; genelde kamu otoritesinde

⁶⁶ İlker Belek, “Nasıl Bir Sağlık Sistemi? Üretim Temelli Örgütlenme”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:14, Sayı:5, Eylül- Ekim 1999, s.373.

⁶⁷ Türkan Yalçın, Hasan Yıldırım, “Sağlık Sistemlerinin Performansını Değerlendirmede Bir Çerçeve” (Çevrimiçi) <http://www.absaglik.com>, 21 Ağustos 2010.

toplanır. Sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sağlık hizmeti finansmanı uygulayan ülkelerin (İngiltere, İrlanda, İtalya, İspanya, Portekiz, Yunanistan gibi) vatandaşları kamu güvencesi kapsamındadırlar ve sağlanan hizmetlerin herkese kapsamı geniştir. Bu sistemin temel belirleyici özelliği tüm vatandaşların eşit şartlarda ulusal kapsama alınmasıdır.

Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilen söz konusu sistemde ayrıca tedavi edici hizmetlerin de verilmesi ve bu hizmetlerin aynı teşkilat tarafından sunulması; sağlık hizmetlerinin eşit ve süreklilik arz etmesi; bütün nüfusun sağlık güvencesi altında olması; ilaçtan maksimum tasarruf sağlanması nedeniyle toplumların yararına daha uygun olduğu ifade edilmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkeler için söz konusu sistemin en ideal sistem olduğu ileri sürülmektedir. Bununla birlikte, mecburiyet ve rekabet olmaması nedeniyle sağlık hizmetlerinin kalitesini düşürdüğü, kaynakların etkin kullanımını sağlayamadığı ve halkın isteklerini tam olarak dikkate almadığı gibi sebeplerle de sistem eleştirilmektedir⁶⁸.

Beveridge sisteminde, sağlık sisteminden sağlanan hizmetlere hak kazanma kişisel katkılarla değil vatandaşlıkla ve ikametle gerçekleşir⁶⁹. Bu nedenle masrafların dağılımı genel olarak vergilendirme ile gerçekleşir. Bu sistem, mutlaka bütün hizmetlerin ücretsiz olduğu veya hizmet vermede bir kamu tekeli olduğu anlamına gelmeyebilir. Birçok ülke, özellikle ilaçlar için kullanıcı ödemeleri (katılım payı) uygulamakta ve yine birçoğu bazı hizmetleri kapsamdan çıkarmaktadır.

2.4.3. Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi

Sosyal sağlık sigortası sistemi genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Sistemin esasını riskin taraflar arasında paylaşılması oluşturur⁷⁰. Sigorta kapsamındaki kişiler ödeme güçlerine göre prim öderler ve

⁶⁸ Guy Sorman, **Liberal Çözüm: Dünyada Piyasa Ekonomisi Uygulamaları**, 1.bs., İstanbul, TÜSİAD Yayınları, 1987, s. 93.

⁶⁹Robert G. Evans, **Financing Health Care: Taxation and the Alternatives**, <http://ebookbrowse.com/evans-r-g-2002-taxation-and-the-alternatives-in-funding-health-care-financing-health-care-options-for-europe-pdf-d226479860> (Çevrimiçi), 10 Ekim 2012.

⁷⁰ Brian Abel-Smith, "Funding Health For All: Is The Insurance Answer?", **World Health Forum**, Volume:7, 1987, s. 93.

hastalığın söz konusu olması durumunda da ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz veya kısmi bir katkı payı ile yararlanırlar. Başka bir ifade ile bu sistemde sağlıklı olanlar hasta olanlar için ödeme yaparlar. Kapsamlı sosyal sigorta, tam maliyetli katkıları bütün ücretliler ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için zorunlu yapacak ve vergi bazlı finansmanın sadece kişisel olmayan kamu sağlığı harcamalarına ve devlet yardımına muhtaç kişiler için kullanılmasına yol açacaktır. Bu sistem, genellikle hizmet akdi ile bağımlı çalışan işçi-işveren katkılarını kapsamaktadır. Türkiye’de olduğu gibi özellikle Doğu Avrupa ülkelerinde genellikle emeklilik ve öteki sosyal güvenlik yardımları ile bağlantılıdır.

Bu sistemde kamu ve özel sektör, sağlık hizmetleri üretim faktörlerini birlikte kontrol ederler. Sistemin temel özellikleri şu şekilde ifade edilebilir: Hastalar hekimlerini serbestçe seçebilir, hekimlere ücret ödemede sözleşme şartları, fiyatları esas alınır, uzman hekime başvurma, sistemi uygulayan ülkelerin çoğunda kısıtlanmamıştır.

Bismarck modeli olarak da adlandırılan sağlık sigortası sistemini benimseyen ülkeler (Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Hollanda, Lüksemburg, İsviçre gibi) kanunla sigorta temelli sistemleri kurmuşlardır. Bu ülkelerdeki bireysel sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelere esinlenmesine rağmen uygulamada ülkeden ülkeye farklı düzenlemeler içermektedir. Bu tür finansman biçimi de ağırlıklı olarak devlet tarafından düzenlenmektedir. Tüm ülkelerde (sübvansiyonların oranları farklı olsa da) sosyal sigorta fonları genellikle devlet tarafından sübvansiyonlanmaktadır⁷¹.

2.4.4. Karma ve Yerel Örgütler Sistemi

Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da uygulaması görülen sistemin finansmanı sigorta primleri ve vergiler yoluyla sağlanır. Bu sistemde özel sigorta şirketleri çoğunluktadır. Sosyal sigorta ise nüfusun küçük bir kısmını kapsamaktadır. Sınırlı gözetimi esas alan sosyal devlet (özel sağlık) sistemi olarak da adlandırılan bu sistemde nüfusun bir kısmına hizmet sunulur. İş göremezlik ve yaşlılık gibi risklere

⁷¹ Richard B. Saltman, Joseph Figueras, “Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, (Çev. H. Hüseyin Yıldırım), **Toplum ve Hekim**, Cilt 14, Eylül- Ekim 1999, s. 392.

karşı güvence gönüllü özel sigortalar ile sağlanır. Bu sistemde sosyal politika yeniden dağıtım aracı olarak görülmez⁷².

2.5. Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri

Tüm nüfusu kapsayan ve geniş kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulmasına paralel olarak artan sağlık hizmeti talebi, tıbbi gelişmenin hızla ilerlemesi ve sağlık hizmetinin kendine özgü nitelikleri, bu sektöre ayrılan kaynakların çok büyük boyutlara ulaşmasına neden olmuştur. Bunun sonucu olarak sağlık sektöründe yaşanan maliyet artışına ve kullanım artışına bağlı finansman krizi, ülke yönetimlerini sağlık sistemleri üzerinde yeniden değerlendirme yapmaya ve giderlerin ne şekilde azaltılabileceği konusunda arayışlara ve reformlara zorlamıştır⁷³.

Sağlık harcamalarının düzeyini gösteren üç temel gösterge vardır.⁷⁴ Bunlar; toplam sağlık harcaması, toplam sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYİH) oranı ve kişi başına düşen sağlık harcamasıdır.

Tüm sağlık hizmetlerinin finansmanında genel olarak yaşanan kriz karşısında, gelirlerin artırılması ile birlikte, ama daha çok harcamaların kısıtlanması yönünde önlemlerin alındığı görülmektedir. Gelirlerin arttırılmasında, kullanıcı ödemeleri ön plana çıkarken, harcamaların kısıtlanmasında maliyet kontrol mekanizmaları (örneğin SUT, Medula v.b.) kullanılmaktadır. Sigorta kuruluşları tarafından sağlık hizmetlerinin gerek doğrudan sunulduğu, gerekse satın alındığı sistemlerde uygulanan ödeme yöntemlerinin maliyetler üzerine olan doğrudan etkisi ödeme yöntemlerinin önemini bir kez daha ortaya çıkarmıştır. Ödeme yöntemlerinin uygulamada getirdiği sonuçlar ve yeni ödeme yöntemi arayışları birçok akademik çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

⁷² Ali Nazım Sözer, “Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu? Sağlık Hakkı Açısından Mukayeseli Bir Değerlendirme”, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri (29-30 Kasım 2006), Ankara, **Kamu-İş Yayınları**, 2007, s.132.

⁷³ Mehmet Tokat, **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, 1. bs., Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993, s. 9.

⁷⁴ Akdur, **a.g.e.**, s. 21.

1950’li yıllarda sanayileşmiş ülkelerin sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı % 4 civarında iken, bu oran 2000’li yıllarda % 10 civarına yükselmiştir. Sonraki yıllarda aynı artış eğiliminin devam etmesi üzerine, maliyet artışlarının önlenmesi amacıyla kalıcı ve uzun süreli politikaların oluşturulması önem tüm uluslar için kazanmıştır⁷⁵.

Sağlık hizmetlerinin finansmanı kadar kullanılan kaynakların etkinliği ve verimliliği açısından da konu üzerinde durulmakta ve uygulanan sağlık hizmeti sistemlerinin toplumsal sağlık göstergelerine etkileri üzerinde değişik karşılaştırmalar yapılmaktadır. Örneğin OECD ülkeleri içerisinde özel sağlık hizmetleri sistemini benimseyen ABD, 2001 yılında kişi başına 4.958 \$ ile en fazla harcamayı gerçekleştirirken, temel sağlık göstergelerinden bebek ölüm hızı %0,7 olarak gerçekleşmiştir. Sosyal sigorta sistemini benimseyen Almanya’da kişi başına sağlık harcaması aynı yılda 2.422 \$ olmuş, bebek ölüm hızı ise %0,4 olarak gerçekleşmiştir. Beveridge modeli ile Ulusal sağlık hizmetleri sistemini uygulayan İngiltere’de ise kişi başına sağlık harcaması aynı dönemde 1.747 \$ iken, bebek ölüm hızı %0,6 olarak gerçekleşmiştir⁷⁶.

Sağlık hizmetlerinde; vergilendirme, sosyal sigorta sistemlerine olan katkılar, isteğe bağlı özel sigortalar ve nakit ödemeler olmak üzere dört ana kaynak bulunmaktadır. Bu dört kaynak kamu ve zorunlu sistemler (sosyal sağlık sigortası ve vergilendirme) ya da isteğe bağlı sistemler (isteğe bağlı sigorta ve nakit ödemeler) olarak sınıflandırılabilir⁷⁷.

Avrupa'daki birçok sağlık sistemi bu dört kaynağın karması üzerine kurulmuştur. Bununla birlikte, bölgedeki ülkeleri, sağlık sistemlerini karakterize eden ağırlıklı kamu finansman düzenlerine veya geliştirmeye çalıştıkları kamu finansman sistemine göre beş grupta toplamak mümkündür. Bu beş grup ise,

⁷⁵ Yusuf Alper, İsmail Tatlıoğlu, **21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**, 1.bs., Bursa, Etam Matbaası, 1994, s. 52.

⁷⁶ Sorman, **a.g.e.**, s. 165.

⁷⁷ Richard B. Saltman, Joseph Figueras, **European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies**, Regional Office for Europe of the World Health Organization, 1997, s. 114.

- İyi kurulmuş finansman sistemlerine sahip, Bismarck modelini temel alan primli sağlık sistemleri (yani, genellikle sigortaya dayalı olanlar),
- Bismarck modeli mantığı ile kurulmuş ancak hâlihazırda geçiş döneminde olan sağlık sistemleri,
- İyi kurulmuş finansman sistemlerine sahip, Beveridge modeli mantığı ile kurulmuş sağlık sistemleri (genellikle vergiye dayalıdır),
- Daha önceden sigortaya dayalı olup son zamanlarda vergiye dayalı olma yolunda olan ve dolayısıyla geçiş döneminde bulunan sağlık sistemleri,
- Daha önceden Semashko modeline⁷⁸ bağlı olan ve sigortaya dayalı sisteme geçilmesi planlanan veya uygulama safhasında olan sağlık sistemleri.

Bu sınıflandırma genellikle kamu finansmanı düzenlemelerine dayalı olmakla beraber tam bir "saf sistem"e de sahip değildir. Buna göre, vergiye dayalı finansal sistemler bünyesinde sosyal sigorta elemanlarını da barındırır ve sigorta primine dayalı sistemler genellikle vergiye dayalı finansmanın güçlü özelliklerini taşırlar.

Bu yöntemlere ilave olarak ayrıca son yıllarda yoğun olarak tartışılan tıbbi tasarruf hesabı eklenmiştir. Bu yöntemler uygulama açısından ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir.

2.5.1. Genel Vergiler

Sağlık hizmetlerinin genel vergilerden finansmanında, bir ülkede toplanan vergilerin genel bütçe aracılığı ile sağlık sektörüne dağıtılması söz konusudur. Bu yöntemde sağlık sektörü, bir havuzda toplanan kaynaklar için diğer sektörlerle rekabet etmektedir. Ülkenin genel vergi yapısı, vergi yapısının adil olup olmaması ve vergi toplama kapasitesi ve yönetimi, sağlık hizmetlerinin sunumu ve performansı üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır⁷⁹.

⁷⁸ Semashko: Sağlık hizmetlerinin sunumunun ve finansmanın devlet tarafından sağlandığı modeldir. SSCB (eski), Küba'da uygulanmıştır.

⁷⁹ Mehtap Tatar, "Genel Sağlık Sigortası Türkiye Modeli: Teori ve Uygulamalar", **Makro Bakış: Sağlık Politikası Gündemi**, Sayı: 2, 2006, s. 11.

Uluslararası deneyimlerden bir çıkarım yapmak gerekirse; bir ülke zenginleştikçe, vergi tabanı genişleyerek vergi adaletine yaklaştıkça ve devletin vergi toplama kapasitesi arttıkça, sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak vergilerden finanse edildiğini göstermektedir⁸⁰.

Sağlık hizmetlerinin genel vergilere dayalı olarak finanse edilmesi ilk defa İngiltere’de uygulanmaya başlanmış, gösterdiği yüksek toplumsal sağlık göstergeleri ve düşük maliyeti, kaliteli hizmet sunumu ile diğer ülkeler tarafından da örnek alınmış, İsveç, Kanada, Yeni Zelanda, İspanya ve İtalya’da da uygulama alanı bulmuştur⁸¹.

2.5.2. Sosyal Sigorta Primleri

Bismarck modeli olarak yukarıda anlatılan yöntemde, sağlık hizmetleri sigortalılardan zorunlu olarak alınan primlerle finanse edilmektedir. Sadece prim verenlerin hizmetten faydalanması esas olduğu için genel vergilerden farklıdır.

2.5.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortacılığı, sosyal sigortalar veya genel vergilerle finansmanın sağlandığı ülkelerde ilave olarak ya da ekstra özel hizmet almak isteyenlerin ihtiyaçlarını karşılamak üzere gelişmiştir.

Bu sistem, devletin hizmetin finansmanına, yönetimine ve sunumuna geniş bir müdahalesinin bulunmadığı ve hizmetlerin piyasa koşulları içerisinde bireylerin doğrudan yaptıkları harcamalarla finanse edildiği bir yapılandırma. Bu sistemde belirleyici unsur, bireyin tercihlerini yapmasında ve bu tercihlerin sonucunda sağlık hizmetini almasında devletin doğrudan rol almamış olmasıdır.

⁸⁰ Tatar, **a.e.**, s. 18.

⁸¹ Kurtulmuş, **a.g.e.**, s. 71.

2.5.4. Nakit (Cepten) Yapılan Ödemeler

Bireylerin sağlık hizmeti aldıkları anda herhangi bir geri ödeme kurumu tarafından geri ödenmeyen ve ceplerinden yaptıkları ödemeler bu kategoriye girmektedir. Nakit yapılan ödemelerin sağlık hizmetlerinin finansmanında ilave kaynak yaratabileceği ve sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını engelleyebileceği öne sürülmektedir. Kişi tarafından bireysel yapılan ödemeler hem risk koruma hem de hakkaniyet açısından en kötü finansman yöntemidir. Özellikle düşük gelir ile düşük sağlık statüsü arasındaki ilişki göz önüne alındığında, ödeme yükünün hem gelir hem de sağlık statüsü açısından en kötü konumda olanlara yüklenmesi anlamına gelmektedir. Cepten yapılan ödemelerle ilgili olarak yapılan tartışmalarda sık sık gündeme gelen bir başka konu informal ödemelerin kapsam ve boyutudur. İnfomal ödemelerin, cepten yapılan ödemelerin önemli bir bölümünü oluşturduğu bir ülkede nakit yapılan ödemelerin miktarını ölçmek oldukça güçtür⁸².

2.5.5. Tıbbi Tasarruf Hesabı

Son dönemlerde yoğun olarak tartışılan yöntemlerden biri olarak adlandırılan Tıbbi Tasarruf Hesabını ilk olarak uygulayan ülke Singapur'dur. Bu yöntem Pannarunothai ve diğerleri⁸³ tarafından Bismarck ve Beveridge modelleri arasında bir ara yol olarak kabul edilmektedir. Yöntemde, bireysel olarak açılan hesaplara, bireylerden genç ve sağlıklı iken zorunlu olarak (ücretlerinin bir yüzdesi olarak) tasarruf yapmaları istenmekte ve bu hesapta biriken tutarlar o bireyin yatan hasta hizmetleri için harcanmaktadır. 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. Aktüeryal bir denge yoktur.

Tıbbi tasarruf hesabı, 1996 yılında çıkarılan bir kanun ile ABD'de sınırlı olarak uygulanmaya başlanmıştır. ABD'de bu uygulamanın başlamasının altında

⁸² Tatar, **a.g.e.**, s. 19.

⁸³ Supasit Pannarunothai, Direk Patmasiriwat, Samrit Srithamrongsawat, "Universal Health Coverage in Thailand: Ideas for Reform and Policy Strugglin", Health Policy, 2004, s. 18, (Çevrimiçi), <http://www.sciencedirect.com/science/article/>, 18 Aralık 2009.

yatan temel neden özel sağlık sigortası ağırlıklı bir sistemin beraberinde getirdiği “ahlaki tehlike” ve “ters seçim” problemlerinin üstesinden gelebilmek olmuştur. Mossialos ve diđerleri⁸⁴ bu uygulamayla hastaların, tıbbi bakımın toplam maliyeti konusunda bilgi sahibi olması durumunda fiyatlara daha duyarlı olacaklarını ve gereksiz talebin engellenebileceğini varsaymışlardır.

Bu yöntemin en önemli dezavantajı, toplumsal ölçekli bir risk havuzlaması olmaması nedeniyle, bakımı pahalı olan hastalıklara karşı bir koruma sağlamamasıdır. Bu nedenle, Tıbbi Tasarruf Hesabı her zaman maliyeti yüksek bu tür hastalıklara (kanser gibi) karşı koruma sağlayan bir mekanizma ile birlikte olmalıdır. Örneğin Singapur’da bu amaçla bireylerin ayrıca prim ödemek zorunda oldukları kanuni ayrı bir sigorta sistemi kurulmuştur⁸⁵.

3. TÜRKİYE’DE SOSYAL GÜVENLİK VE SAĞLIK SİSTEMİ

1980’lerde uygulanmaya başlayan neoliberal politikalar, Türkiye’deki sosyal güvenlik yapısı üzerinde mali yönden bozucu etkiler doğurmuştur. Dolayısıyla, sosyal güvenlik sisteminin yeni ekonomik ve sosyal koşullara uygun bir biçimde yeniden yapılandırılması ihtiyacı, özellikle 1990’larla birlikte sermaye kesimi tarafından sürekli dile getirilmiştir. Ancak bu yeniden yapılandırma, Dünya Bankası tarafından tüm dünyada önerilen politikalara paralel bir biçimde, kamusal sosyal güvenlik sistemlerinin en düşük düzeye çekilmesine, dolayısıyla piyasanın yarattığı risklerin önlenmesi anlamında sosyal korumanın yerini yine piyasa mekanizması içerisinde işleyen özel sigortaların destekler şekilde yer almasına yöneliktir. İlerleyen bölümde daha ayrıntılı olarak ele alınacak olan bu sürece geçmeden önce, Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin barındırdığı sorunlara değinilecektir.

⁸⁴ Elias Mossialos vd., **Funding of Health Care: Option for Europe**, Buckingham, Open University Press, 2002, s. 285.

⁸⁵ Tatar, **a.g.e.**, s. 20.

3.1. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Sorunları ve Reform Nedenleri

Toplumsal yaşamın belki de en önemli unsurlarından birisi, bireylerin karşı karşıya kaldıkları risklerde karşılıklı olarak birbirlerine destek olabilme imkanı bulabilmeleridir. Sosyal güvenlik sistemi, özünde bu dayanışma gereksiniminin ülke ölçeğinde kurumsallaşması olarak tanımlanabilir.

İşlevi ve etkinliği açısından tutarlı ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi ülke çapında güçlü bir toplumsal dayanışma ve dolayısıyla güçlü bir gelişme potansiyeli yaratacak en önemli unsurlardan birisidir. Kurumsallaşmış bir toplumsal dayanışma, yani sosyal güvenlik sistemi, gerek genç nesillerden yaşlı nesillere ve gerekse yüksek gelir gruplarından düşük gelir gruplarına büyük ölçekli gelir transferleri şeklinde somutlaşır.

Problemsiz bir sosyal güvenlik sistemi de uygulamada mümkün değildir. Aktüeryal hesap dengesine dayanarak faaliyet gösteren bir sosyal güvenlik kurumunun mali yapıları ile ilgili ortaya çıkan problemlerin çözümü için alınacak tedbirlerin gecikmesi sistemi kriz içine düşürür. Sosyal güvenlik kurumlarının karşılaştığı mali kriz bugünden yarında değil, uzun dönemli olumsuz faktörlerden kaynaklandığı için çözümü de ancak uzun dönemde mümkün olmaktadır⁸⁶. Başka bir anlatımla sihirli bir değnek ile çözüm burada da beklenmemelidir.

Uluslararası standartlara, adalet ve eşitlik ilkelerine uygun, toplumsal dayanışmayı güçlendiren, aktüeryal dengelere dayanan, çağdaş bir sosyal güvenlik sistemi oluşturma yönünde köklü ve üzerinde toplumsal mutabakat sağlanmış çok aşamalı bir reform süreci kaçınılmaz hale gelmiştir.

Reformun başarısı, sosyal güvenlik alanına ayrılacak kaynağın artırılması ve en az bu kadar önemli olan bu kaynağın etkin, amaca uygun ve doğru şekilde kullanılabilmesi ile mümkündür.

⁸⁶ Yusuf Alper, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Kriz ve Reform İhtiyacı, Ekonomik Denge”, **İşveren**, Cilt: 34, Sayı: 5, Şubat 1996, s.7.

1980’ler ile 1990’ların, sosyal güvenlik politikalarında büyük bir değişimi ve dönüşümü içerdiği, birçok devletin sosyal güvenlik sistemlerine yeni bir şekil ve işlev vermeyi hedefledikleri görülmektedir⁸⁷.

Türkiye’de sosyal güvenliği krize sürükleyen nedenler kendine özgün unsurlar içerse de genel olarak gelişmekte olan ülkelerdekine benzemektedir. Şöyle ki, koruma kapsamındaki nüfus yetersizdir. Nüfusun %86’si (bağımlılar ve emeklilerle birlikte) sosyal güvenlik kapsamında görünüyorsa da, işgücünün ancak %47’si koruma kapsamındadır. Diğer bir ifade ile 74.724.269 kişi olan Türkiye Nüfusundan; 17.357.252 aktif çalışana karşılık 46.343.044 bağımlı ve pasif sigortalı vardır⁸⁸. Türkiye’de kayıt dışı çalıştırma yaygındır. Son yıllarda aktif/pasif dengesi giderek bozulmuştur. Yaklaşık 1.86 çalışan, 1 aylık emekli alanı beslemektedir. Bu oran AB ülkelerinde 5’e 1’dir. Hükümetlerce popülist olarak alınan kararlarla genç yaşta emeklilik, prim afları, borçlanma kanunları, sosyal yardım zammı ödemeler gibi temel sosyal güvenlik ilkelerine ters düşen uygulamalar sistemi rayından çıkarmıştır. Prim tahsilat oranı düşüktür. Kurumlar arasında yönetim şekli, aylığa veya hizmete hak kazanma şartları, ödenen aylıkların miktar ve süresi bakımından ciddi farklılıklar vardır. Mevcut sosyal güvenlik norm ve standart birliği yoktur. Sosyal güvenliğe ayrılan kaynaklar yetersiz olmak bir yana, sosyal güvenlik kurumlarının açığı GSYİH’nın %3’üne ulaşmış durumdadır. Devlet her yıl sosyal güvenlik kurumlarının bütçe açıklarını kapatmaz ise emekli aylıkları ödenemez hale gelmiştir (Bu husus 2012 yılı içinde geçerliliğini korumaktadır.). Bu yetmiyormuş gibi sosyal güvenlik aylıkları çok düşük, sağlık hizmetleri yetersiz ve kalitesizdir. Nüfusun %35’i devletin sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Tutarlı, yeterli, kaliteli bir sağlık politikası yoktur⁸⁹.

⁸⁷ Colin Gillion, “Social Security and Social Protection In The Developing World”, **Monthly Labour Review**, Eylül 1994, s. 24.

⁸⁸ SGK İstatistikleri, Aylık İstatistik Bülteni, Aralık 2011.

⁸⁹ Can Tuncay, “TÜSİAD’ın Sosyal Güvenlik Raporunun Ardından”, **Çimento-İşveren Dergisi**, Ocak 1998, Sayı: 1, Cilt: 12, s. 19.

Tablo 1: Sosyal Güvenlik - Mali Yapı (2010)

(Milyon TL)	SSK	Bağ-Kur	Emekli Sandığı	Toplam
Gelir	33.813	6.299	16.762	56.875
Prim Geliri	29.563	5.742	8.746	44.052
Gider	46.628	13.458	21.829	81.915
Emekli Aylıkları	29.410	8.102	14.800	52.312
Sağlık Gideri	14.738	3.052	2.194	19.984
Fark	12.815	7.159	5.067	25.040
Transfer*	14.156	6.229	12.675	33.060

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı T.C. Sağlık Bakanlığı, (çevrimiçi), <http://www.saglik.gov.tr>

* Emekli Sandığı transferleri içinde "Faturalı Ödemeler" de bulunmaktadır. Transferler içinde ek ödeme bulunmaktadır. Prim gelirlerinin içinde yeniden yapılandırma geliri de yer almaktadır. Memurların sağlık harcamaları bütçeden karşılandığı için Emekli Sandığı giderlerine yalnızca emekli kamu görevlilerinin sağlık harcamaları katılmaktadır.

Sistemin açıkları, kamu açıklarının önemli bir nedenini oluşturur hale gelmiştir. Dolayısıyla, herkes tarafından genel kabul görülen düşünce, sosyal güvenlik sisteminin reformu, ekonomide istikrar sağlayacak yapısal reformların önemli bir parçasıdır.

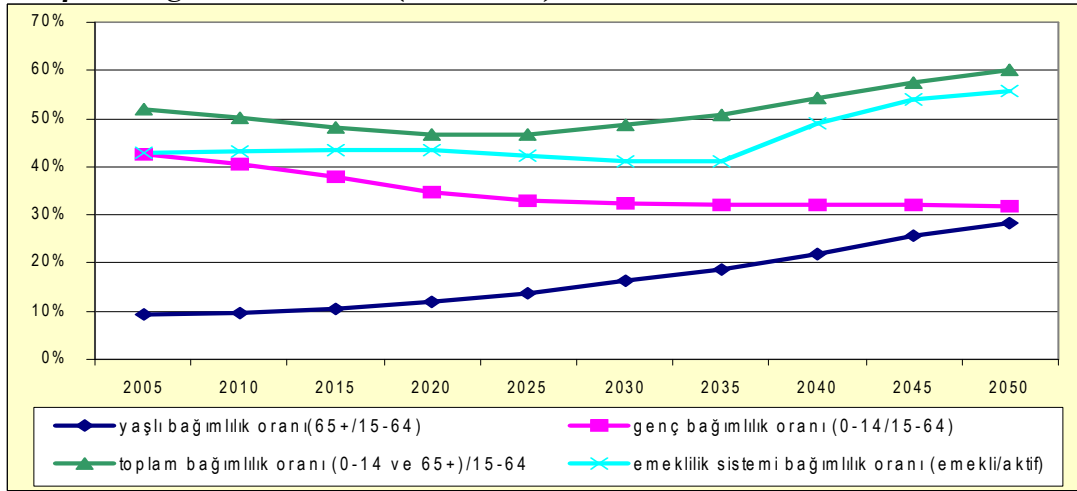
Sosyal güvenlik yapısındaki sorunları özellikle başlanmış olan reform süreci öncesi sorunları hatırlatmak gerekirse;

- Emekli sayısının çalışan sigortalı sayısına oranı olarak tanımlanan sistem bağımlılık oranının yüksekliği,
- İşgücüne katılım oranının düşüklüğü ve kayıt dışı istihdamın yüksekliği,
- Kurumların prim tahsilat oranının düşüklüğü,
- Prime esas kazanç sınırlarının düşüklüğü,
- Siyasilerce sık gündeme getirilen erken yaşta emeklilik uygulamaları,
- Primi alınmadan yapılan kurum ödemeleri,
- Aktüeryel sisteme uymayan borçlanma kanunları,
- Uzayan ortalama ömür nedeniyle artan aylık ödemeleri ve sağlık yardımları,
- Prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığı,

- İşverenlerce ödenmeyen primlerin gecikme cezalarına sıklıkla uygulanan aflar,
- İdari ve kurumsal yetersizlikler şeklinde özetlenebilir.

Başka bir görüşe göre ise; sosyal güvenlik sistemini krize sürükleyen en önemli neden, temel sigortacılık kurallarından uzaklaşarak, sistemin politik müdahalelere maruz bırakılması ve bunun sonucunda aktüeryal dengelerin bozulmasıdır⁹⁰.

Grafik2: Bağımlılık Oranları (2005-2050)



Kaynak: TİSK, <http://www.tisk.org.tr>, Tisk Yayınları, Rakamlarla Türkiye, 2006, (çevrimiçi), 27 Ağustos 2009.

Türkiye sosyal güvenlik sisteminin sorunları, 1990'lı yıllardan bugüne kadar tüm ortamlarda tartışılmaktadır. Sorunların belirlenmesi ve muhtemel çözüm yolları konusunda fazla bir görüş ayrılığı da bulunmamaktadır. Bu nedenle, burada sorunların ayrıntılı olarak incelemesi söz konusu olmayacak, sadece ana başlıklarla yetinilecektir. Tüm bu sorunların temelinde, diğer ülkelerin aksine, Türkiye'de devletin, başlangıçtan itibaren kapsamlı ve etkin bir sosyal güvenlik politikasına sahip olmaması yer almaktadır. Buna ek olarak, sosyal tarafların sisteme sahip çıkmamaları ve bunun en etkin aracı olarak özerk bir kurum yönetim yapısının oluşturulamamasıdır.

⁹⁰ TİSK, "Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması", **TİSK İnceleme Yayınları**, 2007, Sayı: 160, s. 24.

Belirtilen nedenler, özellikle sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin, siyasi tercihler doğrultusunda kullanılmasının yollarını açık tutmuş; sosyal sigorta ilkelerine aykırı uygulamalar, biriken fonların kısa süre içinde erimesine neden olmuştur. Özellikle Bağ-Kur ve SSK'da prim tahsilatındaki başarısızlıklara çözüm bulunamamış, bu nedenle kurumlar yeterli gelir kaynağına sahip olamamıştır. Finansman kaynağının esas olarak prime dayalı olduğu bir sosyal güvenlik sisteminde, istihdam yapısı ile sosyal güvenlik kurumlarının gelir kaynakları arasında doğrudan bir etkileşim söz konusudur. Türkiye'de, kayıt dışı istihdamın yaygın bir seyir izlemesi, doğal olarak tüm sosyal güvenlik kurumunun çok ciddi gelir kaybını beraberinde getirecektir. Buna tüm dünyada olduğu gibi yüksek işsizlik oranı da eklenince, sosyal güvenlik sistemimizin finansman darboğazının artacağı aşikârdır. Belirtilen nedenlerin beraberinde getirdiği diğer önemli bir sonuç ise, aktif/pasif dengesinin bozulmasıdır.⁹¹.

3.1.1. Nüfus Yapısındaki Değişim

Son yıllarda birçok gelişmiş ülkede ortaya çıkan sosyal güvenlik sistem krizinin temel sebebi ülkelerin demografik yapılarını şekillendiren hızlı yaşlanma eğilimidir. Ekonomik refah ile birlikte beslenme ve sağlık alanlarında yaşanan gelişme, doğum oranlarının düşmesi, çocuk sahibi olma yaşının yükselmesi gibi nedenlerle bu ülkelerde nüfus hızla yaşlanmaktadır. Yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun ve sağlık hizmeti giderlerinin artması, bunun yanında sosyal güvenlik sisteminin finansmanını sağlayan çalışan nüfusun (aktif sigortalı) artışının sınırlı kalması bu ülkelerde yaşanan krizlerin ortak sebebi olarak tüm literatürde genel kabul görmüştür.

Yaşadığımız son 20–25 yıl, Türkiye'nin henüz farkına varmadığı ancak uzun dönemli etkileri çok büyük olabilecek dönüşümün yaşandığı dönemdir. Doğurganlık hızındaki düşüş, doğuşta beklenen yaşam süresindeki artış ve nüfusun yaşlanma hızı gibi demografik değişkenler; eğer tedbir alınmazsa Türkiye'nin büyük çaplı bir dönüşüm geçirmekte olduğunu ortaya koymaktadır. Demografik dönüşüm

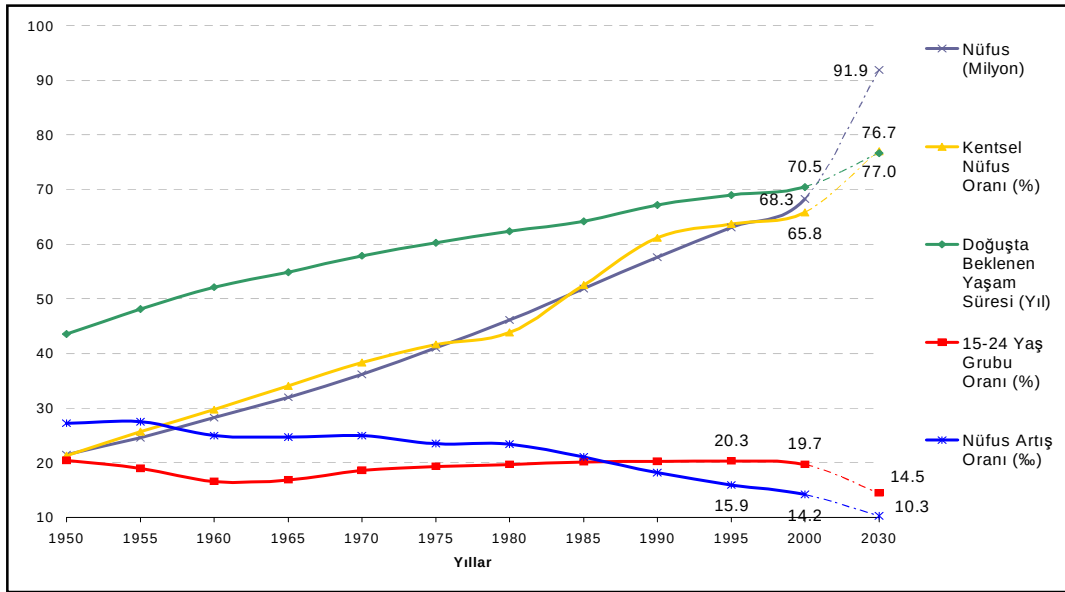
⁹¹ Ali Güzel, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, **Çalışma ve Toplum**, 2005, Sayı: 4, s. 63.

tamamlandığında, Türkiye'nin nüfusu sabitlenecek ve bugünkünden çok farklı bir nüfus yapısı ortaya çıkacaktır. Batılı ülkelerin 100 yılı aşkın bir sürede yaşadığı bu süreci maalesef Türkiye 40–50 yılda yaşamıştır ve bu süreç önümüzdeki 20–30 yılda tamamlanacaktır⁹².

OECD ülkelerinde 1990 yılında nüfusun %18'ini oluşturan 60 yaş üstü nüfusun 2030 yılında %30'lar düzeyine ulaşacağı beklentisi, sosyal güvenlik alanında tüm dünyada yaşanan krizin ileride daha da derinleşeceğine işaret etmektedir.

Aşağıdaki şekilde; nüfus artış hızının düştüğü, genç nüfus oranının azaldığı, kentsel nüfusun artmaya devam ettiği ve insanların daha uzun yaşadığı gösterilmiştir.

Grafik 3: Nüfus Yapısındaki Değişim Projeksiyonu (1950-2030)



Kaynak: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2002 Revision and World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, (çevrimiçi), <http://esa.un.org/unpp>, 7 Mayıs 2010

2012 yılı verilerine göre, 60 yaş üstü nüfusun % 20'ler seviyelerine ulaştığı OECD ülkelerine göre % 7'lik yaşlı nüfus payı ile Türkiye genç bir ülkedir.

⁹² Oğuz Işık, **2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?**, TTB Merkez Konseyi, Nisan 2002, s. 35.

Türkiye’de bu oranın 2030 yılında % 16’ya, 2050 yılında % 23’e çıkması beklenmektedir.

Diğer taraftan, Türkiye’nin önünde “demografik fırsat penceresi” olarak adlandırılan bir dönem bulunmaktadır. Türkiye’de toplam bağımlılık oranı, 2025 yılına kadar geriledikten sonra, bu yıldan itibaren artış eğilimine girecek ve bu eğilim 2035 yılından itibaren hızlanacaktır. Başka bir ifadeyle, önümüzdeki 20 yıl bağımlı nüfusun azalacağı buna karşılık çalışabilir nüfusun artacağı bir dönem olacaktır. Bu dönem, her şeyin yolunda gitmesi, mevcut büyümenin devam etmesi halinde, aynı zamanda gerek büyüme hızının gerek toplam tasarrufların yükselmesi, dolayısıyla sosyal güvenlik kurumlarının fon birikimi sağlaması beklenen bir dönemdir. Önümüzde bir kereliğine açılacak olan demografik fırsat penceresinden en iyi şekilde yararlanmak için de sosyal güvenlik reformu gerekli görülmektedir⁹³.

Tablo 2: Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de 65 Yaşın Üstü Nüfusun Bazı Yüzdelere Ulaşma Tarihleri (2009)

Ülke Adı	% 7 (*)	% 14 (*)	Yıl Olarak Geçiş Süresi
Japonya	1970	1996	26
Fransa	1865	1980	115
Almanya (Batı)	1930	1975	45
İsveç	1890	1975	85
İngiltere	1930	1975	45
ABD	1945	2020	75
Türkiye	2012	2037	25

(*) 65 yaş ve üstü nüfusun 0-64 yaşa oranı

Kaynak: Joshi (Japonya Sağlık ve Sosyal Bakanlığı), ILO, (çevrimiçi), <http://www.ilo.org/global/lang--en/index.htm>, 21 Temmuz 2009

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 piramidi yapısının değişim

⁹³ Tuncay Teksöz, “Mevcut Sistem Mali Açından Sürdürülebilirliğini Yitirmiştir”, **TİSK İşveren Dergisi**, Kasım 2005, s. 28.

hızı, aynı zamanda sosyal güvenlik sistemin geleceğini ve alınması gereken tedbirlerin zaman çizelgesini göstermektedir.

Görüldüğü üzere demografik yapı değiştikçe, sosyal güvenlikte yeni bir balış açısına, yeni önlemlere ve yeni reform adımlarına ihtiyaç duyulacaktır. Bu ortamda sosyal güvenlik sisteminde alınacak tedbirler, bugünkü ve gelecekteki olası sıkıntıları ortadan kaldırmaya yardımcı olacağından ayrı bir önem taşımaktadır⁹⁴. Sistemin sürdürülebilirliği yaş gruplarının dağılımının yaratacağı risklerin minimize edilmesi gereğine dayandırılmaktadır. Halen genç nüfusa sahip iken, tedbir alınması zorunluluktur.

Sosyal güvenlik sisteminin sorunlarından bir diğeri, bu kuruluşların kapsama aldıkları nüfusta 1950'lerden itibaren yaşanan hızlı artıştır. Bu artışa karşılık prim ödeyerek sosyal güvenlik sistemine katkıda bulunan aktif nüfusta ise göreceli bir azalma meydana gelmiştir. Sonuçta sosyal güvenlik kuruluşları finansman sıkıntısı içerisine düşmüşlerdir⁹⁵. 1960 yılında nüfusun sadece %6'sı sosyal güvenlik sistemlerinin kapsamına girmektedirken bu oran 2000 yılına gelindiğinde %87'ye ve 2012 yılında da %86 seviyesinde kalmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin gelişimi sürecinde, sistem içindeki bağımlı nüfus olarak adlandırılan aylık alanların ve sisteme prim ödememekle beraber sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları bireyler olarak sistemden yararlananların miktarında önemli bir artış gözlemlenmektedir. Bir çalışan üzerinden tüm aile sigortalı haklarından faydalanmaktadır. Bu durum sosyal güvenlik sistemlerinin finansman sıkıntısı yaşamalarına neden olmuştur.

3.1.2. Sosyal Yapıdaki Değişmeler

Özellikle aile yapısındaki değişmeler; günümüzde boşanmaların artışı, tek aile reisinin olduğu ailelerin sayısının artması gibi sebeplerle aile bir sosyal güvenlik müessesesi olmaktan uzaklaşmıştır. Eskiden büyük aile içinde ücretsiz bakılırken,

⁹⁴ Esfender Korkmaz vd., **Sosyal Güvenlikte Yeni Yaklaşım: Bireysel Emeklilik**, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayın No: 2006-21, 2007, s. 35.

⁹⁵ Binhan Elif Yılmaz, Murat Şeker, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Bir Alan Araştırması", İstanbul, **Sigorta Araştırmaları Dergisi**, Sayı: 2, 2006, s. 72.

yaşlı nüfusun ve özürliülerin kurum ve kuruluşlarda bakımı da sosyal güvenlik sistemlerine önemli bir maliyet artışı getirmiştir⁹⁶.

3.1.3. Tüm Nüfusun Sosyal Güvenlik Kapsamında Olmaması

Sosyal güvenlik sistemlerinin en temel özelliği sisteme dahil olan kişileri yaşadıkları toplum içinde insan onuruna yakışır bir şekilde ve asgari hayat standartları çerçevesinde yoksulluğa karşı korumaktır. Yoksulluk, önlem alınmadığı takdirde, artarak kendisini çoğaltan bir olgudur. (Yoksullukla birlikte yüksek doğurganlık, yetersiz beslenme, sağlık problemleri, düşük eğitim düzeyi ve işsizlik devamlı süre gelen sorunlardır.) Sosyal yardım ve hizmetler de dâhil olmak üzere, Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının 2004 yılındaki toplam harcamalarının milli gelire oranı %11,7 gibi yüksek bir düzeyde olmasına karşın, mevcut sosyal güvenlik sistemi gerek nakdi gerekse aynı yardımlar bazında yetersizdir⁹⁷.

Bu yetersizlik kayıt dışılığı da körüklediğinden, sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliğine de doğrudan etki etmekte, genç bir nüfus yapısına rağmen sosyal güvenlik sisteminin geleceğini zora sokmaktadır.

Türk sosyal güvenlik sisteminin uzun yıllardan beri devam eden, kronikleşen sorunları vardır. Bu sorunlardan biri, aslında sadece sosyal güvenlik sisteminin değil, tüm mali sistemin temel sorunlarından biri olan, kayıt dışı çalışmanın fazlalığıdır. 2011 TÜİK verilerine göre esas işlerinden dolayı herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olmayan toplam 10.139.000 kişi vardır. Bunların 3.739.000’i ücretli veya yevmiyeli, 278.000’i işveren, 3.076.000’i kendi hesabına çalışan ve 3.046.000’i de ücretsiz aile işçisidir. Toplam istihdam edilenlerin sayısı da aynı yıl için 24.110.000 olduğuna göre 2011 yılı kayıt dışı istihdam oranı $10.139.000 / 24.110.000 = \%42.05$ olur⁹⁸. Bu oran 2012 yılında %39,7’ye ancak düşürülebilmıştır.

⁹⁶ Alper, **a.g.e.**, s. 15.

⁹⁷ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, **Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerileri**, Ankara, Taslak Metin, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2004, s. 56.

⁹⁸ TÜİK, **İşgücü İstatistikleri**, 2011, s. 33.

Sosyal güvenlik sistemini olumsuz etkileyen unsurlardan birisi olan kayıt dışı istihdam, iki şekilde olmaktadır; (1) çalışanın tamamen kayıt dışı olması, (2) çalışanın almakta olduğu ücretin düşük gösterilmesi yoluyla işverenin daha düşük prim ödemesi.

Hangi statüde olursa olsun, gerek kurumsal yapı, gerekse mevzuat düzenlemeleri bakımından bütün çalışanların sigortalı olabileceği (olması zorunlu) bir alt yapı oluşturulmasına rağmen, bütün çalışanların veya önemli bir kısmının sigortalı olması sağlanamamıştır. Prim ödeyen aktif sigortalıların yeterince artırılamaması, aktif sigortalıların sayısındaki artışın pasif sigortalıların sayısındaki artışın gerisinde kalması, sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin de artışını sınırlamıştır. Daha çok cezai müeyyidelerle alınan önlemlere rağmen, sigortasız çalıştırma önlenememiş, 2002 yılı itibariyle çalışanların ancak %48,8'i sosyal güvenlik kapsamına alınabilmiştir⁹⁹.

Sorun bir yandan kamusal emeklilik sistemlerinin finansman potansiyelinin kullanılamamasına, diğer yandan da işçi sınıfının önemli bir bölümünün bu sistemlerin çatısı dışında kalmasına neden olmaktadır. Kayıt dışılık, küresel rekabet açısından önemli bir dezavantaj unsurudur ve devlet tarafından bir siyasi tercih olarak, bile bile kayıt dışılığa göz yumulmamalıdır.

Kayıt dışı çalışmanın sosyal güvenlik kurumlarına yansıyan boyutu ise kısaca şu şekilde açıklanabilir. Birinci yöntem, çalışanların hiç bildirilmemesi halinde; Hazine ve SGK kayba uğrar, ayrıca çalışan hiçbir şekilde resmi kayıtlara girmediğinden, kendisi ve bakmakla yükümlü olduğu aile bireyleri sosyal güvenlikten yoksun kalırlar¹⁰⁰. Kayıt dışılığa; tamamen sistem dışında kalanların yanı sıra, kayıtlı olup geliri gerçek gelir üzerinden gösterilmeyen çalışanlar da neden olabilmektedir. Bu usul daha çok işverenler tarafından tercih edilmektedir. Bu yöntemde kayıt dışı istihdam, bağımlı ya da bağımsız çalışanların çalışmalarının ilgili kamu kuruluşlarına (başta vergi dairesi olmak üzere, sosyal güvenlik kurumları, belediyeler vb.) hiç bildirilmemesi ya da gün ve/veya ücret olarak eksik bildirilmesi

⁹⁹ TİSK, **Rakamlarla Türkiye**, TİSK Yayınları, 2009, s. 33.

¹⁰⁰ Yusuf Alper, “Sosyal Sigortalar Kurumu’nda Yeniden Yapılanma ve Denetim”, **Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt: 3 Sayı: 2, 2001, s. 45.

şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu durum sigorta prim gelirlerini azalttığı gibi, gelir vergisi kaynaklarını da etkileyerek sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin finansmanında ciddi sıkıntılara yol açabilmektedirler. Ayrıca kayıt dışı ekonomi, kayıt altında bulunan kişilerin yükümlülüklerini de artırarak haksız rekabetin ortaya çıkmasına neden olmaktadır¹⁰¹.

3.1.4. İşsizlik

İşsizlik de sosyal güvenlik sistemleri açısından önemli bir sorundur. Türkiye’de 1988 yılında istihdam oranı %52,6 iken bu oran 2000 yılında %46,7’ye; 2005 yılında %41,5’e inmiş ancak 2011 yılı sonu itibarıyla az da olsa bir artış meydana getirerek %45,0 olarak gerçekleşmiştir. Hangi açıdan bakılırsa bakılsın oldukça düşük olduğu görülen istihdam oranlarının paralelinde işsizlik oranlarının da kronikleşmiş bir sorun oluşturduğu görülmektedir. Yaklaşık %47,9. Buna göre işsizlik oranı da 1988 yılında %8,4 iken 2011 yılında %9,8’e yükselmiştir¹⁰². 1980 sonrasında uygulanan neo liberal politikaların işsizlik oranında ve kayıt dışı istihdam miktarında önemli artışlara yol açtığı bilinmektedir. Bu durum sosyal güvenlik sistemlerinin finansman potansiyelinin tamamının kullanılması önünde önemli bir engeldir.

3.1.5. Mevcut Sistemin Yoksulluğa Karşı Koruma Sağlamaması

Sosyal güvenlik sisteminin temel amacının insanları yoksulluğa karşı korumak olduğu, hâlbuki mevcut sistemin yoksulluğu önlemek konusunda yeterince etkili olmadığı bilinmektedir. Mevcut sistemin veya sistemi yöneten siyasilerin kaynakları doğru kullanmadığı ve israf ettiği de iddia edilmektedir. Ayrıca kamu kaynaklarının sosyal sigorta şemsiyesi altındakilere gittiği ve yoksullara yönelik yeterli sağlık korumasının da bu sebeple sağlanamadığı düşünülmektedir.

¹⁰¹ DPT, 9. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara, 2006, s. 40.

¹⁰² TÜİK, a.g.e., s. 37.

3.1.6. Kurumlar Arasında Norm ve Standart Birliğinin Olmaması

Norm ve standart birliği, sosyal güvenlik sisteminde, sigortalıların hak ve yükümlülükleri bakımından aynı standartlara tabi olmalarını ifade eder. Başka bir deyişle, norm birliği bütün sigortalıların tek bir sosyal sigorta mevzuatına tabi olmasını, standart birliği ise aynı norma tabi ve aynı objektif özelliklere sahip sigortalılar arasında aynı hükümlerin uygulanmasıdır. Mevcut sosyal sigorta sisteminin en önemli kusurlarından birisi, çoklu yapıda teşkilatlanması, çoklu yapıda yönetilmesi ve bu sebeple de norm ve standart farklılaşmasına uğramasıdır¹⁰³.

16.05.2006 tarihinde kabul edilen 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile mevcut sosyal güvenlik kuruluşları olan Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve T.C. Emekli Sandığı tüm malvarlıkları ve kadroları ile başkaca hiçbir işleme gerek kalmaksızın yeni kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredilmiştir¹⁰⁴.

Mevcut sistemde hem sigortalılar hem de sosyal yardım ve sosyal hizmetlerden yararlananlar arasında önemli gelir farklılıkları bulunmakta, bu da sisteme olan güveni sarsmaktadır. Sosyal sigorta kuruluşlarında emeklilik taban aylıklarının ve bu aylıkların artış oranlarının farklı olması, ödenen primlerin birbirine yakın olmasına karşılık aynı sigorta yardımlarının yapılmaması gibi nedenlerden ötürü kurumlarda norm ve standart birliğine gidilmesi gerekmektedir¹⁰⁵.

Ayrıca uzun vadeli sigorta kolları olan yaşlılık, malullük ve ölüm sigortalarında bile kişilere sağlanan hakların her kurumda farklı olması, bu problemin temel nedenini oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerinde önemli farklılıklar bulunması ve bu üç kurum arasında koordinasyonun olmaması sonucu Emekli Sandığı birinci, SSK ikinci, Bağ-Kur ise üçüncü sınıf sosyal güvenlik kurumları olarak bilinmektedir¹⁰⁶. Sosyal güvenlik kurumları arasında en geniş

¹⁰³ Kadir Arıcı, "Sosyal Sigortada Adaletsizlik Kaynağı Norm Ve Standart Birliği Sorunu Çözülüyor Mu?", **İşveren Dergisi**, Nisan 2008, s.28.

¹⁰⁴ Hediye Ergin, **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**, 1. bs., İstanbul, Beta Yayınları, Mayıs 2008, s. 3.

¹⁰⁵ DPT, **a.g.e.**, s. 42.

¹⁰⁶ Yılmaz, Şeker, **a.g.e.**, s. 77.

kapsamlı koruma garantisini SSK vermektedir. Bağ-Kur yalnızca yaşlılık, malullük, ölüm ve hastalık hallerinde garanti sağlamaktaydı. Ortalama emekli aylıklarının tutarı dikkate alındığında ilk sırayı Emekli Sandığı, ikinci sırayı SSK ve üçüncü sırayı da Bağ-Kur almaktadır¹⁰⁷.

3.1.7. Kurumların Finansman Sorunları

Bugün de olduğu gibi reform öncesinde de, Sosyal güvenlik sisteminden kaynaklı kamu borç stokundaki artış, bir yandan faiz oranlarının yükselmesine bir yandan da geleceğe ilişkin belirsizliği arttırarak enflasyonun yükselmesine yol açmakta ve bütün bunlar yatırımları olumsuz etkileyerek sürdürülebilir büyüme oranlarına ulaşılmasını engellemektedir.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının finansman sıkıntılarının kaynağı finansman yapılarındaki özelliklerdir. Bunların başında sahip oldukları fonların siyasi yönlendirmelerle kötü kullanımı gelmektedir¹⁰⁸.

SSK fonları 1970’li yıllarda, adı sonradan Eximbank olarak değiştirilen Devlet Yatırım Bankası aracılığıyla Kamu İktisadi Teşekküllerine aktarılmıştır. Yine aynı dönemde SSK fonları, faiz oranlarının %100’ün üzerine çıktığı durumlarda bile %30 faizle kamu bankalarında tutulmuştur. Buna göre, SSK’nın fon getirisi özellikle 1995 sonrasında düşmeye başlamıştır. Bu dönemde SSK fonlarının çok daha yüksek getiri sağlayabilecek alanlara yatırılabilceği savunulmaktadır.

Sosyal güvenlik kuruluşlarının içinde bulunduğu finansal sorunların bir diğer nedeni de, kurumların karşılık gözetilmeden yaptıkları ödemelerdir. Sosyal güvenlik mekanizması içinde hem sosyal sigortalar hem de sosyal yardımlar yer almaktadır. Normalde prim karşılığı olmadığı için kamu bütçesinden finanse edilmesi gereken sosyal yardımlar, Türkiye’de popülist yaklaşımlarla sosyal güvenlik kuruluşlarına ödettirilmiştir.

¹⁰⁷ Korkmaz vd., a.g.e., s. 117.

¹⁰⁸ Yılmaz, Şeker, a.g.e., s. 71.

Sonuçta, prime dayalı olarak çalışan sosyal güvenlik kuruluşları, sunmakla yükümlü oldukları hizmetlerini, kendilerine kayıtlı olanlardan topladıkları primlerden, aldıkları bağışlardan, sahip oldukları mal ve iştiraklerin gelirlerinden finanse etmişlerdir. Bununla beraber bu kuruluşların zaman içerisinde karşı karşıya kaldıkları finansman açıklarının karşılanması genel bütçe gelirlerinden yapılan aktarımlara mümkün olmuştur¹⁰⁹.

Sigorta hizmet afları, aktüeryal denge gözetilmeksizin 2003 yılına kadar SSK ile ilgili olarak 11 kez uygulanmış, bu sayede bireylerin çok uzun süreler sigorta yükümlülüklerini yerine getirmemiş olmalarına karşın, bir hak kaybına uğramadan sigortalı olabilmelerinin önü açılmıştır¹¹⁰. Sigorta hizmet afları sayesinde bireylerin borçlandıkları sürelere ilişkin primlerini asgari ücret üzerinden, üstelik sadece %20'sini ödeyecek şekilde siyasi tercihlerle yeniden yapılandırmaları sağlanmıştır. 1992 yılında getirilen bir düzenleme ile de işverenlerin prim borçlarından doğan gecikme zamları ve faizleri tamamen ya da kısmen affedilmiştir¹¹¹.

Sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan kurumların toplamış olduğu primlerin ve diğer gelir kaynaklarının, bu kurumlarca çeşitli sosyal yardım ve sigorta faaliyetlerine yönelik verimli alanlarda ve uygun yatırımlarla değerlendirilememesi sistemin sürdürülebilir olmasını engellemiştir¹¹².

Sosyal güvenlik kuruluşlarının mali yönden yeterli olmaları esastır. Ancak bu 3 kurum giderlerini kendi gelirleriyle karşılayamamaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının finansman sorunlarının en önemli yönlerinden birini fon portföy yönetimi ve nakit yönetimi oluşturmamasıdır. Buna göre, kuruluş kanunlarından dolayı söz konusu kurumların fonları uzun yıllar devletin düşük getirili senetlerine bağlanmış ve bu kuruluşların fonları erimiştir¹¹³.

¹⁰⁹ Yılmaz, **a.g.e.**, s. 72.

¹¹⁰ Aviva, Abel-Smith, Tamburi, **a.g.e.**, s. 243.

¹¹¹ Murat Özveri, "Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı", **Praksis**, Sayı: 9, 2003, s.329.

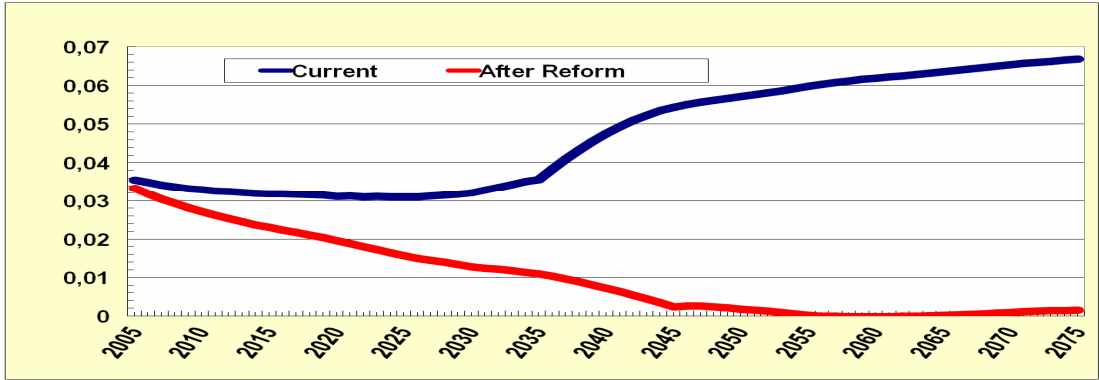
¹¹² Korkmaz vd., **a.g.e.**, s. 115.

¹¹³ Ersan Öz, "Türkiye'de Sosyal Güvenliğin Durumu ve Reorganizasyon Arayışları", **Sosyo-Ekonomi Dergisi**, Yıl: 1, Sayı: 2, Temmuz -Aralık 2005, s. 188.

Bir sosyal güvenlik sisteminin yeterli sosyal güvenlik garantisi sağlayabilmesi için, kaynak yetersizliği içinde olmaması gerekir. Ancak Türkiye’de sosyal güvenliğe tahsis edilen kaynaklar GSMH’nin yaklaşık %5’i ile sınırlıdır.

Yapılan simülasyon çalışmasına göre, herhangi bir düzenleme yapılmaksızın mevcut durumun devam ettirilmesi halinde, sosyal güvenlik kurumlarının açıklarının GSMH içindeki payının zaman içinde artarak, 2020 yılında %8.36 ve 2050 yılında %16.22’ye ulaşacağı öngörülmektedir.

Grafik 4: Sosyal Güvenlik Sisteminin Açık Projeksiyonu (2005-2075)



Kaynak: (Çevrimiçi), www.saglik.gov.tr , 10 Mayıs 2010.

TÜSİAD tarafından hazırlanan sosyal güvenlik raporuna göre de, raporda öngörülen tedbirlerin alınması halinde, sosyal güvenlik kurumlarının mali yapılarındaki iyileşmenin ancak reform tedbirleri uygulamasının 10. yılından itibaren görülebileceği, istenilen iyileşmeye ise 2030 yılından sonra ulaşılabilceği belirtilmiştir¹¹⁴.

3.1.8. Borçlanma

Borçlanma; bir nevi aftır, çeşitli nedenlerle sosyal güvenlik kurumları ile ilgili yükümlülüklerini yerine getirmeyenlere sonradan bu fırsatın verilerek sigortalılık süresi veya prim ödeme gün sayısı bakımından eksikliklerin

¹¹⁴ TÜSİAD, **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**; Türk Sanayiciler ve İşadamları Derneği, Eylül 2004, Yayın No: 2004-09/380, s. 34.

tamamlanmasıdır. Çok özel şartlarda, istisnai bir uygulama olması gereken borçlanma, Türkiye'de çok sık başvurulmuş popülist bir uygulama haline gelmiştir.

İlki 1969 yılında 1186 sayılı kanunla getirilen hizmet borçlanması, sonuncusu da 2008 yılında Bağ-Kur sigortalılarının basamak yükseltmeleri ile ilgili olmak üzere, bugüne kadar 17 borçlanma uygulaması yürürlüğe konulmuş, Sosyal güvenlik sistemi bu uygulamalardan zarar görmüştür. Sosyal güvenlik kurumları, gelirlerini zaman içinde alma, zaman içinde değerlendirme, ne ölçüde alındı ise o ölçüde verme (zaman içinde verme) prensibi ile çalışırlar.

3.1.9. Aktif/Pasif Oranı ve Çalışabilir Nüfusun Yaşlı Nüfusa Oranı

Türkiye gibi, genç bir nüfusa sahip bulunan gelişme sürecindeki ülkelerin sosyal güvenlik sisteminin krize girmesinde, ağırlıklı rolü aktüeryal ilkelere aykırı uygulamaların oynadığı gözlemlenmektedir. Bu ülkelerin büyük bölümünde, sosyal güvenlik sisteminde aktüeryal dengenin önemi, yasa koyucular ve icra yetkisini taşıyanlar tarafından anlaşılamamış, politik müdahaleler genellikle sistemin dengesini güçlendirmek yerine, siyasi öncelikler gözetilerek denge halini bozucu yönde yapılmıştır. Aktüeryal projeksiyonlarla izlenmediği sürece gizli kalan yükümlülükler, pasif sigortalıların çalışanlara oranı (Aktif/Pasif Oranı) yükseldikçe eksponansiyel bir artış göstererek giderlerin yükselmesine ve finansal açıklara yol açmıştır. Bununla birlikte demografik değişim ve hatalı uygulamaların sosyal güvenlik sistemine verdiği zararın aktüeryal denge projeksiyonlarına yansımalarıyla birlikte, 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren alternatif sistem arayışları da hız kazanmıştır¹¹⁵.

Primli rejimler olarak adlandırılan sosyal sigortalarda aktif / pasif sigortalı dengesi, pasif sigortalılar lehine olmak üzere bozulmuştur. Sosyal güvenliğin finansmanında primlerin önemli bir yeri vardır. Primlerin yüksek olması finansmanı kolaylaştırır gibi görünse de, nispi emek-sermaye maliyeti dengesini emek açısından

¹¹⁵ DPT, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005) , **Sosyal Güvenlik Sistemi Finansmanı Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2001, (çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 11 Ekim 2010,s.48.

bozmakta, işgücü maliyetini yükselterek yeni yatırımları engellemekte, kaçak istihdama neden olmaktadır. Bunun yanında primlerin miktarının sosyal riskleri karşılamak konusundaki yetersizliği de özellikle sağlık sigortaları açısından sıkça dile getirilmektedir. Sosyal güvenlik primlerinin tahsilatında karşılaşılan sorunlar ise, hem finansmanı güçleştirmekte, hem de sosyal güvenlik kurumlarının mali dengesini bozarak, bunlara yeni mali külfetler getirmektedir¹¹⁶.

Doğuşta beklenen yaşam süresindeki artış ve doğum hızı oranındaki düşüşün de etkisi ile beraber aktif-pasif dengesi bozulmaktadır. Gerçekte finansman krizi, aktif/pasif sigortalı oranının bozulmasının bir sonucudur. Bir sosyal sigorta kurumunun mali açıdan ayakta kalabilmesi için aktif/pasif sigortalı oranının en az 4 olması gerektiği bilinmektedir. Oysaki bu oran ülkemizde gerek tüm sosyal güvenlik kurumlarının genelinde gerekse tek tek sosyal sigorta kurumları bazında söz konusu seviyenin oldukça altındadır ve aktif/pasif oranının hızla düşmesi endişe vericidir¹¹⁷.

Bir sosyal sigorta kurumunun mali açıdan ayakta kalabilmesi için aktif/pasif sigortalı oranının en az 4 olması gerektiği belirtilmişti. Günümüzde AB ülkelerinde 4 sigortalıya 1 emekli, OECD ülkelerinde 6 sigortalıya 1 emekli düşerken; kayıt dışılığın fazla olduğu Türkiye’de yaklaşık 2 sigortalıya 1 emekli düşmektedir. Bunun anlamı Türkiye’de emekli sayısının yüksek olması nedeniyle sigortalıların AB ülkelerine göre daha fazla emekliyi finanse etmek zorunda kalmasıdır. Bu konuda alınabilecek önlemlerin başında, aktüeryal dengelerin sağlanabilmesi için kurumların sağlıklı bir kaynak yapısına kavuşturulması gelmektedir¹¹⁸.

¹¹⁶ Aydın, **a.g.e.**, s. 68.

¹¹⁷ Yılmaz, Şeker, **a.g.e.**, s. 73.

¹¹⁸ Egeli, **a.g.e.**, s. 59.

Tablo 3: Emekli Aylıklarının Ortalama Ücrete Oranı (Net) (2007)

ÜLKELER	Aktif / Pasif Sigortalı	20-59 yaş arası / 60 yaş üzeri nüfus		Aktif / Pasif Sigortalı	20-59 yaş arası / 60 yaş üzeri nüfus
OECD - Yüksek gelir grubu	2,1	2,9	Doğu Avrupa ve Eski Sovyetler Birliği	1,6	3,5
ABD	3	3,4	Azerbaycan	1,5	5,4
Kanada	2,5	3,5	Bulgaristan	1,2	2,6
Almanya	1,9	2,8	Çek Cumhuriyeti	1,9	3,2
İngiltere	2,5	2,6	Estonya	1,7	3
Fransa	2,1	2,7	Macaristan	1,3	2,8
İtalya	1,4	2,6	Kazakistan	1,5	5,3
Portekiz	1,8	2,9	Polonya	1,9	3,4
İspanya	1,8	2,7	Romanya	1,7	3,1
Yunanistan	2,3	2,4	Ukrayna	1,3	2,9
Latin Amerika ve Karayipler	4,1	6	Afrika - Güney Sahra	15,2	8,3
Arjantin	1,6	3,7	Doğu Asya ve Pasifik	4,9	6,7
Brezilya	1,7	7,1	Çin	5,3	5,8
Şili	4,1	5,7	Endonezya	2,6	7,4
Meksika	8	7,8	Kore	8,3	6,3
Peru	3,2	7	Singapur	12,5	5,6
Kuzey Afrika ve Orta Doğu	3,3	6,6	Vietnam	1,8	6,2
Cezayir	2,9	7,7	Türkiye	2	7,1
Mısır	2,9	6,8	Tunus	4,9	6,8
İsrail	3,2	4,6	Türkiye 2006 yılı için	1,8	6,35

Kaynak: (Çevrimiçi), www.saglik.gov.tr , 10 Mayıs 2010.

3.1.10. Fonların Etkin Değerlendirilememesi

Sosyal güvenlik kurumları topladıkları fonları kendi öncelikleri doğrultusunda etkin bir biçimde değerlendirememektedir. Dolayısıyla kurumların prim tahsilatında etkinliği sağlamanın yanı sıra kaynaklarını rasyonel kullanmaları da önemlidir. Kaynakların ekonomik istikrarı sağlamaya yönelik etkin kullanılması ve

değerlendirilmesi gerekirken, daha ziyade hükümetler tarafından genellikle borçlanmanın finansmanında kullanıldığı görülmektedir¹¹⁹.

Şunu da belirtmek gerekir ki, emekli aylıklarını karşılamak üzere oluşturulan sosyal güvenlik fonlarının "ekonominin genel yapısı içinde kârlı ve verimli alanlarda kullanılması" hususunun tüm kalkınma planlarının ilke ve hedefleri arasında yer almasına rağmen, kurum yatırımlarının değerlendirilmesinde yıllardan beri verimlilik ilkesinin ihmal edilmesi sonucu, fonların getirisi sürekli olarak enflasyon oranının altında kalmıştır¹²⁰.

3.1.11. Kurumların Kaynak Yetersizliği

İktisadi ve sosyal sistemin bir alt sistemini oluşturan sosyal güvenlik sisteminin yapılanmasında ve işleyişinde ülkelerin içinde bulundukları ekonomik düzenin belirleyici etkilerinin olması kaçınılmazdır ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi üst sistemlerden kaynaklanan sebeplerle kuruluş ve gelişme safhalarında önemli problemlerle karşılaşmıştır¹²¹.

Bu alandaki ilk problem, sosyal güvenlik için tahsis edilen kaynakların yetersizliğinden ortaya çıkmıştır. Hangi yöntem benimsenmiş olursa olsun, bir sosyal güvenlik sisteminin işer olması, öncelikle bu amacı gerçekleştirmesine imkân verecek yeterli kaynak transferinin yapılması ile mümkün olabilir. Sosyal güvenlik için tahsis edilecek kaynakların hacmini belirleyen de iktisadi gelişme seviyesidir.

¹¹⁹ Naci Birol Muter, Ramazan Gökbunar, "Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Makro Sorunları Ve Çözüm Önerileri", İstanbul, **Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt: 14, Sayı: 1, 1998, s. 280.

¹²⁰ Mehmet Zeki Ak, Şükrü Cicioğlu, "Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması Gereği Ve Reform Paketi", **E-akademi Hukuk, Ekonomi Ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi**, (çevrimiçi), www.e-akademi.org, Ağustos 2006, Sayı: 54.

¹²¹ Gülender Ay, "Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Bireysel Emeklilik Sistemi", (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003, s. 31.

Tablo 4: Sosyal Güvenlik Kurumlarının Bütçeden Aldığı Paylar (%) (1994-2006)

Yıllar	EMEKLİ SANDIĞI	SSK	BAGKUR	TOPLAM
1994	0,5	0,4	0,1	1,0
1995	0,5	0,8	0,1	1,4
1996	0,8	1,0	0,5	2,2
1997	1,0	1,1	0,4	2,6
1998	1,0	0,8	0,8	2,6
1999	1,3	1,4	0,8	3,5
2000	1,4	0,3	0,8	2,6
2001	1,5	0,6	1,0	3,1
2002	1,7	0,9	1,0	3,5
2003	1,7	1,3	1,4	4,5
2004	1,8	1,3	1,2	4,4
2005	1,8	1,5	1,4	4,8
2006	1,8	1,2	1,3	4,3

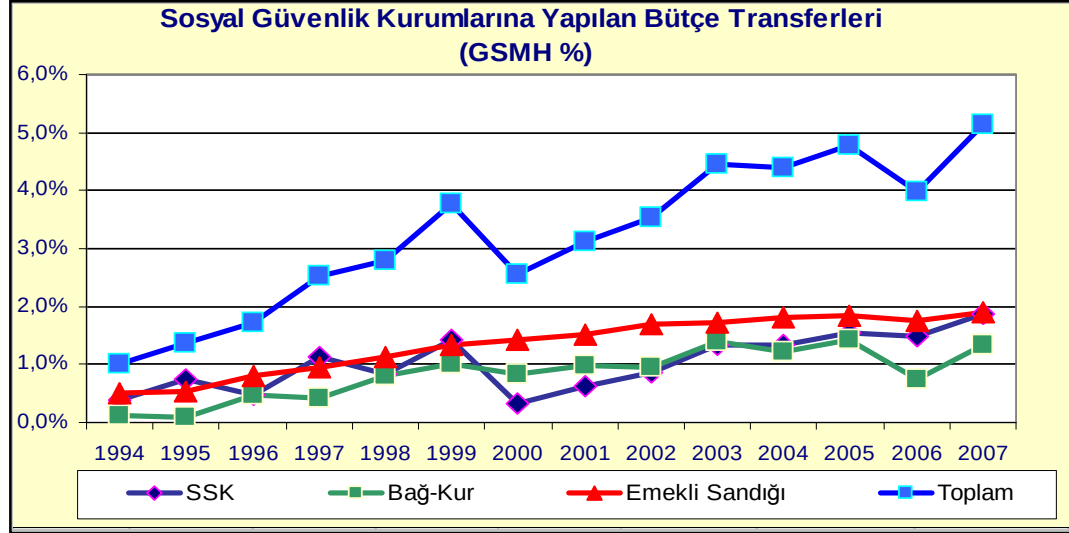
Kaynak: Çetin Alceylan, *Bütçe Dünyası*¹²².

Sosyal sigorta sistemimizin uzun dönemli aktüeryal projeksiyonu 1996 yılında Hazine Müsteşarlığı koordinatörlüğünde Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, mevcut sistemin herhangi bir iyileşme yapılmadan uzun dönemde mali olarak sürdürülmesinin imkânsız olacağı anılan kuruluşça simüle edilen aktüeryal model yardımıyla ortaya konulmuştur. Aktüeryal projeksiyon herhangi bir önlem alınmadığı takdirde sadece emeklilik programlarımızın finansman açığının 2050 yılında GSMH'nın % 14'üne ulaşacağını göstermiştir¹²³.

¹²² Çetin Alceylan, "Sosyal Güvenlik Açıklarımız ve Düünden Bugüne Sosyal Güvenlik Sistemimiz", **Bütçe Dünyası**, Cilt:2, Sayı: 26, 2007, s. 83.

¹²³ DPT, **Gelir Dağılımı ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2007, Yayın No: DPT 2742-ÖİK 691.

Grafik 5: Sosyal Güvenlik Kurumlarına Yapılan Bütçe Transferlerinin GSMH'ya oranı (1994-2007)



Kaynak: Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Yeniden Yapılanma Çalışmaları, (çevrimiçi), <http://www.tisk.org.tr/yayinlar.asp?sbj=ic&id=1125>, 12 Nisan 2010.

Devletin sosyal güvenliğin finansmanına katılmasının en önemli nedenlerinden birini, modern devlet anlayışı ile paralel olarak genişleyen haklara, sosyal ve siyasal hakların da eklenmesiyle, anayasalarda "sosyal devlet" ilkesine yer verilmesi şeklinde açıklamak mümkündür. İster prim ödeyeren isterse bütçe açıklarını kapatarak devlet sosyal güvenliğin finansmanına, sosyal güvenlik, modern toplumlarda devletin üstlenmek zorunda kaldığı bir kamu hizmeti niteliği taşıması ve devletin görevlerinden biri haline geldiği için, katılmaktadır. Bu bakımdan sosyal güvenlik sisteminin işçi ve işverenlerin katkısından oluşan mali kaynakları yetersiz kaldıkça, devletin bunu desteklemesi gerekir¹²⁴.

3.1.12. Tahsil Edilemeyen Primler

Emekli Sandığı dışındaki kurumların, özellikle Bağ-Kur'un gelirlerini azaltan veya bir başka ifade ile olması gereken seviyenin altında gerçekleşmesine yol açan önemli nedenlerden birisi de prim tahsilat oranlarının düşük olmasıdır.

Prim ödemeyen sigortalıların sayısının çokluğu, primlerin işverenler tarafından ödenmesi, kurum personelinin yetersizliği dolayısıyla gerekli takibin

¹²⁴ Korkmaz vd., a.g.e., s. 77.

yapılamaması, ödenmeyen primlerin tahsilatında yaşanan güçlükler gibi faktörlerden kaynaklanan problemler bir yana, Bağ-Kur sigortalılarının prim ödeme eğilimlerinin düşük olmasının nedeni, sağlanan garantinin seviyesinin yetersizliğine bağlı olarak kuruma olan güvensizlikleri olduğu belirtilmektedir. Nitekim kurum istatistikleri, basamak sayısı yükseldikçe güvenin arttığı ve sigortalıların prim ödeme eğilimlerinin de yükseldiğini ortaya koymaktadır¹²⁵.

En büyük sosyal sigorta kuruluşumuz olan SSK ciddi bir prim tahsilatı problemi ile karşı karşıyadır. Kurumun ilk kurulduğu yıldan bugüne kadar geçen sürede, alınan bütün idari, cezai ve teşvik edici tedbirlere rağmen prim tahsilat oranı %86'yı geçememiş, zaman zaman daha düşük oranlarda gerçekleşmesine rağmen, genellikle de %70-85 arasında değişmiştir¹²⁶.

3.1.13. Dengesiz "Prim-Aylık" İlişkisi

Sosyal güvenlik kurumlarının uzun vadeli sigorta kollarında ve özellikle de yaşlılık sigortasında, ödenen primlerle alınan aylıklar arasında doğrudan bir ilişki olması aranır. SSK'da aylıkların hesabında, sigortalıların son 5-10 yıllık dönemdeki ortalama yıllık kazançları esas alınırken, uygulamada; Bağ-Kur sigortalısının prim ödediği son basamak, Emekli Sandığı mensubunun ise ayrılmadan önce bulunduğu derece ve kademe dikkate alınmaktadır.

Öte yandan SSK'da aylıkların hesabında getirilen alt sınır uygulaması, sosyal açıdan doğru olmakla birlikte az prim ödeyenleri ödüllendirmektedir. Daha fazla prim ödemeye ve daha uzun süre çalışmaya bağlı olarak verilen ilave aylıklar sigortalı için cazip olmaktan çıkmıştır. Bugün SSK'nın en az aylığı ile en fazla aylığı arasındaki fark yalnızca 1,8 kattır.

3.1.14. Örgütlenme ve İşleyiş Sorunları

Siyasi iktidarlar sosyal güvenlik kurumlarının sahip olduğu imkânları, sigortalıların da bu konudaki taleplerini gerekçe göstererek kısa vadeli politik

¹²⁵ Bağ-Kur, İstatistik Yıllığı, 1995-1996-1997.

¹²⁶ SGK, Aylık İstatistik Bülteni, (Çevrimiçi) www.sgk.gov.tr, Şubat 2008, 11 Ekim 2009.

amaçlarını gerçekleştirmek için kullanmışlardır. Prim ve gecikme zamlarının affedilmesi, borçlanma kanunları, aylık alma hakkını düzenleyen mevzuatın sık olarak değiştirilmesi, siyasi amaçla yapılan müdahalelerden bazılarını oluşturmaktadır. Ancak, bunlar içinde sosyal güvenlik kurumlarının sahip olduğu fonların enflasyon oranından daha düşük bir getiri oranı ile kullanmalarının sistem üzerindeki olumsuz etkisi son derece büyük olmuştur.

Pek çok Avrupa ülkesinde sosyal güvenlik hakkı, en kutsal haklardan biri olarak kabul görmüş ve siyasi iktidarlar ile sendikalar bu gereği özümsemişlerdir. Oysa Türkiye’de bu durumun tam tersi yaşanmaktadır¹²⁷. Bu bağlamda sosyal güvenlik sisteminin siyasi partilerin kolayca değiştiremeyecekleri bir yapıya kavuşturulması, ayrıca siyasi iktidarların müdahalesinden arındırılarak bir *devlet politikası* haline getirilmesi gerekmektedir¹²⁸.

Sosyal güvenlik kurumlarının idari ve mali bakımdan özerk oldukları belirtilmesine 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 olmuş, bir yandan gelirlerini azaltırken, diğer yandan giderlerini artırmış ve bugün sistemi kriz noktasına getiren finansman açıklarını doğurmuştur.

Dünyada genel olarak sosyal sigorta kurumlarının yapıları özerktir. Ancak sosyal güvenlik kaynaklarının, özellikle başlangıç rezervinin sosyal sigortanın amaçları dışında siyasi yatırıma yönelik kullanılması, sosyal sigortaların gelecekte finansman krizine girmelerinde önemli bir rol oynamaktadır¹²⁹.

3.1.15. Başarısız Politikalar ve Artan Sigorta Yükleri

Siyasi iktidarlar takip ettikleri ekonomik ve sosyal politikaların faturasını sosyal güvenlik kurumlarına ödeterek geçici çözümler bulmaya çalışmışlardır.

¹²⁷ Ali Güzel, “Sosyal Güvenliğin Çağdaş Dinamikleri”, **Toprak İşveren Dergisi**, İstanbul, 1999, Sayı: 43, s. 10.

¹²⁸ Aziz Can Tuncay, **Türk Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Beta Yayınları, 7. bs, İstanbul , 1997, s. 142.

¹²⁹ DPT, **Gelir Dağılımı ve Yoksullukla Mücadele Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, a.g.e., s. 42.

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de işsizlik probleminin çözümü için genç yaşta emeklilik uygulaması benimsenmiş, bu politika ile genç nüfusa istihdam imkânı yaratılacağı ileri sürülmüştür. 1980'li yılların ikinci yarısından itibaren gündeme gelen özelleştirme uygulamalarında özelleştirilecek kurumlarda çalışanların sayısının azaltılması bakımından ilk akla gelen tedbirlerden biri de, bu kişilerin emekli edilmeleri veya emekliye ayrılmalarının teşvik edilmesi şeklinde olmuştur. Özelleştirmenin sosyal yükü de sosyal güvenlik kurumlarına külfet olarak bırakılmıştır.

Ayrıca, iç borçlanma ihtiyacının karşılanması amacıyla, sosyal güvenlik kurumlarının fonlarının düşük getiri oranından hazine tahvili ve bono satılarak kullanılması da yine ekonomik politikaların faturasının sosyal güvenlik kurumlarına ödetirilmesinin örneklerini oluşturmaktadır.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Türkiye’de Gelişimi

3.2.1. Cumhuriyet Öncesi

Anadolu’da, Selçuklular ve Osmanlılar döneminde çeşitli sağlık ve tıp eğitim kurumları kurulmuştur. O dönemde bu kurumlar Darü’ş-şifa olarak anılmaktaydı. Aynı anlama gelmek üzere, Darü’s-sıhha, Darü’l-Afiye, Darü’n-Raha, Darüt-Tıp, Maristan, Bimarhane, Taphane, Ne-hahathane, Şifaiyye terimleri de kullanılmıştır. Bu sağlık kurumları toplumun ileri gelenleri tarafından kurulur, vakıflara devredilir veya sadece bu amaçla vakıflar kurulurdu. Kütüphanelerin bir bölümü hastane olarak düzenlenir, her türlü hastaya dil, ırk, din ayrımı yapılmaksızın ücretsiz olarak bakım ve tedavi hizmeti verilirdi. Yabancı ülkelerden de hekim getirilir, hem tedavi hem de hekim ve sağlık personeli yetiştirilmesinde görevlendirilirdi¹³⁰. Bu kurumlar, 13. yüzyılda hem yüksek seviyede teknik ve pratik

¹³⁰ Fazıl Tekin, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, **Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Eskişehir, Cilt: 5, Sayı: 1, 1987,s. 34.

tıp eğitimi hem de tedavi hizmeti sunardı. Daru't-Tıp hem bir tıp eğitimi birimi hem de tedavi kurumu idi¹³¹.

1920'lerden sonra genç Türkiye Cumhuriyeti'nde sağlık alanında büyük atılımlar yapılmıştır. İlk aşamada kişiye ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmiş, tek yönlü örgütlenme modelleri oluşturulmuştur. Daha sonraki aşamalarda entegre hizmet anlayışı içinde sağlık hizmetleri tüm ülkeye etkili ve yaygın biçimde sunulmaya çalışılmıştır¹³².

3.2.2. Cumhuriyet Dönemi

23.04.1920'de kurulan TBMM hükümeti, sağlık teşkilatını İçişleri Bakanlığı'ndan ayırarak 03.05.1920'de Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nı kurmuştur. Bu dönemde daha çok sağlık yasaları çıkarmakla uğraşmış, iç ve dış göçmenlerin yerleştirilmesine çalışılmıştır. Cumhuriyet kurulduktan sonra ilk Sağlık Bakanı Refik Saydam olmuştur. 1928'de Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuş, 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı Kanunla Sağlık Bakanlığı'nın görevleri belirlenmiş, bu görevler arasında hastaların tedavisi ve özellikle yerel yönetimlere rehber olmak üzere sağlık kuruluşlarına yer verilmiştir. Refik Saydam 1923–1937 yılları arasında 14 yıl Sağlık Bakanlığı yapmıştır. Bu dönemde koruyucu sağlık hizmetleri ön planda tutulmuş, Kamu Sağlık Hizmetleri il düzeyinde Sağlık Müdürlükleri, ilçe düzeyinde Hükümet Tabiplikleri şeklinde örgütlenmiş, Frengi-Lepra, Trahom, Sıtma, Verem Savaş Örgütleri kurulmuştur¹³³.

3.3. Türk Sağlık Sistemi ve Sorunları

Genel olarak bakıldığında, ülkemizde gelişmiş ülkelere göre,

- En az on yıl daha az yaşam beklentisi içindeyiz,
- Bebek ölümlerimiz, en az altı misli daha fazladır,
- Anne ölümlerimiz, en az sekiz kat daha fazladır,

¹³¹ Ziya Kazıcı, **İslam Medeniyeti ve Müesseseleri Tarihi**, İstanbul, M.Ü. İlahiyat Fakültesi Vakfı, 2009, s. 42.

¹³² Hayran, Sur, **a.g.e.**, s. 39.

¹³³ **A.e.**, s. 40.

- Bir yıl içinde hekime başvuru sıklığımız en az iki kat daha azdır,
- GSMH içindeki sağlık payımız iki kat daha azdır,
- Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı İnsani Kalkınma Endeksi sıralamasında Türkiye, sadece 1990'lı yıllarda, 174 ülke arasında, 74.'lükten 85.'liğe düşmüştür.

Sayılan bu faktörleri iki temel başlık altında toplayarak incelemek uygun olacaktır.

3.3.1. Organizasyon ve Standart Sorunları

Türkiye'de sağlık politikalarının belirlenmesi, planlanması, düzenlenmesi ve yönetimi, parçalanmış bir görünüm içindedir. Farklı kurumlar farklı görevler üstlenmiş durumdadır. Bu konuda temel görev Sağlık Bakanlığı'nda olmakla birlikte, başta Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı ve üniversiteler olmak üzere diğer kamu ve özel kuruluşlar sağlık hizmetleri konusunda yardımcı olmaya çalışmaktadırlar. 2005 yılına kadar Türkiye'de sağlık hizmeti veren yataklı tedavi kurumuna sahip kuruluşlar: Sağlık Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, Tıp Fakülteleri, Belediyeler, Dernekler, Yabancı Hastaneler, Azınlık Hastaneleri, Özel Hastaneler olarak sıralanabilir. Burada ağırlık; yönetim, denetim, hizmet sunumu, yatak kapasitesi (%67.82) ile Sağlık Bakanlığı'nın üzerindedir¹³⁴.

Ülkenin dört bir yanına dağılmış olan sağlık kuruluşları bağlı oldukları kurumların merkez örgütleri tarafından ve Ankara'dan yönetilmeye çalışılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan 700 dolayındaki hastane, 6.000 dolayındaki sağlık ocağı, 12.000 dolayındaki sağlık evi ve diğer kuruluşlar merkeziyetçi bir anlayışla yönetilmektedir. Taşra örgütüne devredilen yetkiler sınırlıdır. Bu hantal yapı içinde hizmetlerin yürütülmesi ve geliştirilmesi güçtür.

Politika Geliştirilmesi İle İlgili Sorunlar: Uzun vadeli, uyumlu ve istikrarlı sağlık politikaları yoktur, Sağlık politikası ile çok sayıda kurum/kuruluş

¹³⁴ Sağlık Bakanlığı, Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı, 2005, s. 38.

ilgilenmektedir. Politika geliştirilmesine bilimsel destek sağlayacak bir kuruluş da yoktur. Politika geliştirmek için nitelikli personel eksikliği çekilmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerini yönetecek kişilerin yetiştirilmesi ve atanmaları ile ilgili kurallar çok yetersizdir. Yönetici yetiştirmek yerine, hekimler yönetime aranmakta yetenekli yöneticiler yerine siyasi tercihler etkili olmaktadır.

Hizmetlerin Sunumu İle İlgili Sorunlar: Birinci basamak sağlık hizmetine yeterince önem verilmemektedir. Sağlık hizmetleri hastane ağırlıklıdır. Hastaneler atıl kapasite ile verimsiz yönetilmektedir. Hastane yönetimi merkezidir. Profesyonel yönetici sıkıntısı vardır. Coğrafi uzaklık ve hizmet kalitesi açısından eşitsizlikler vardır.

Belli merkezler dışındaki kamu hastanelerinde yatak kullanım oranları düşük ve yaklaşık %65 dolayındadır. Çünkü hastane ve yatak sayılarının dağıtımı siyasi nedenlerle yapılmış; gereksinimlere göre yapılmamıştır. Özel hastanelerin birçoğunda bu oran daha da düşüktür. Hastane yataklarının atıl kalması, bu yataklara göre tahsis edilmiş olan personel ve diğer yatırım giderlerinin de verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Hastanelerin önemli bir kısmının, verimlilik sınırının altında ya da üstünde sayıda hasta yatağına sahip olması hastanelerde maliyeti yükselten diğer bir etmendir. Günümüzdeki hasta yatağı durumunun AB ülkeleri ile kıyaslaması yapıldığında Türkiye'deki sayılar AB ortalamasının çok gerisindedir¹³⁵. Ancak bu gerilik, salt kaynak kıtlığı anlamında olmayıp, biraz da gelişmiş ülkelerdeki hastane yatağı kullanma alanları (geriatri, kronik hastalıklar, psikiyatrik hastalıklar vb.) ile ilgilidir. Bu durum göz önüne alındığında Türkiye ile AB ülkeleri arasındaki 100.000 kişiye düşen yatak sayısı arasındaki fark daha anlaşılabilir olmaktadır.

¹³⁵ Recep Akdur, “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, Ankara, **12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2008, s. 78.

Tablo 5: Bazı AB Ülkeleri ve Türkiye'de 100.000 Kişiyeye Düşen Hasta Yatağı (2003)

Ülke	100.000 Kişiyeye Düşen Hasta Yatağı
Almanya	874,4
Belçika	686,3
Çek Cumhur.	1.137,2
Danimarka	398,0
Fransa	795,5
İngiltere	369,9
İrlanda	1.006,7
Polonya	644,7
TÜRKİYE	260,0

Kaynak: (Çevrimiçi), <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, 10.10.2010.

Tek başına Türkiye'nin en büyük sağlık hizmet sunucusu olan Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, genel bütçeden aldığı pay %35'dir. Diğer masraflar döner sermayeden karşılanmaktadır. 1988'den itibaren yakıt, sigara, alkol ve yeni araç satışlarından özel bir fon vergisi kesilmek suretiyle Sağlık Bakanlığı'na ek vergi geliri olarak tahsis edilmiştir. Döner sermayeler sigortalılar ve diğer bireylerin ödemelerinden oluşmaktadır ve yıllar boyunca giderek önemli bir finansman kaynağı haline gelmiştir. Bugün devlet hastanelerinin gelirlerinin 2/3'ünü döner sermaye gelirleri oluşturmaktadır. Bu genel ve temel sağlık düzenlemesi dışında toplumun belli bir kesimini hedefleyen sağlık programları da vardır. Yeşil kart olarak anılan uygulama ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin Yeşil Kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun ile başlatılmıştır. Başlangıçta sadece yatan hastalara yönelik olan yeşil kart programı 2005'de ilaç harcamalarını da kapsamına almış, ilaçların %20'sini hasta, %80'ini de devlet karşılamaya başlamıştır. 2002 yılında nüfusun % 14' ünü oluşturan 13 milyon kişi yeşil kart sahibiydi. Bu sayı 2005'de 9 milyona düşmüştür¹³⁶.

¹³⁶ Yuanli Lui, Yusuf Çelik, Bayram Şahin, "Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları", **SUVAK Raporu**, Ankara, Eylül 2005, s. 24.

İnsan Gücü ile İlgili Sorunlar: Sağlık göstergeleri ile hizmet kullanımına dayalı rasyonel bir insan kaynakları planlaması yoktur, sağlık personelinin coğrafi dağılımı dengesizdir, sağlık personelinin alanına göre fonksiyonel dağılımı ihtiyaca uygun değildir, sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitimi hizmet gereklerini karşılamamaktadır, kamuda mezuniyet sonrası eğitim programları da yetersizdir, sağlık çalışanlarının istihdam, ücret ve haklar gibi konularda çeşitli sorunları vardır, performansı artırmak için bir teşvik sistemi yoktur, sağlık mesleklerinin görev ve sorumluluklarını tanımlayan mevzuat günün ihtiyaçlarına cevap verememektedir.

Yönetim ile İlgili Sorunlar: Sağlık yönetimi çok merkeziyetçi ve çok başlıdır, Sağlık Bakanlığı hem kural koymakta, hem hizmet üretmekte, hem de bunları denetlemektedir, az sayıda sağlık yöneticisi vardır ve bunlar da uygunsuz şekilde istihdam edilmektedir, sağlık yönetimi ve karar verme mekanizması bilgiye dayanmamaktadır.

Üç kuruluşun tek çatı altında toplanması ve sunulan hizmetlerinin bir örnek haline getirilmesi çalışmaları yapılmış, 2007 yılı başı itibariyle sosyal güvenlik hizmetleri üç ana kuruluş; Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur tarafından yürütülmektedir. Bunların her üçünün de kamu kuruluşu olmasına karşın; sigorta işlemleri ve sağlamış olduğu sosyal güvenceler ile sağlık hizmetleri arasında bazı farklılıklar vardır. Bunun yanında nüfusun azımsanmayacak bir bölümü, çeşitli nedenlerle sağlık güvencesinden yoksundur. TÜİK verilerine göre 2002 yılında sağlık güvencesine sahip olmayan nüfus oranı %16,2'dir¹³⁷.

Mevzuat (Yasal Düzenlemeler) ile İlgili Sorunlar: Mevcut sağlık mevzuatı 1930'lu yıllarda hazırlandığı için günümüz ihtiyaçlarına cevap verememektedir, mevcut kanunlar arasında uyumsuzluklar ve mükerrerlikler vardır, bazı kanunlar, değişken ihtiyaçlara cevap veremeyecek kadar fazla ayrıntılıdır, sağlık göstergeleri, hizmet maliyetlerine ilişkin veriler dahil; sağlık ve sağlık hizmetleri ile ilgili bilgi eksikliği vardır, verileri kontrol etmek için düzenli bir kayıt bildirim sistemi yoktur, toplanan verilerin güvenilirliği ve doğruluğu şüphelidir, sağlık sektörünün farklı

¹³⁷ TÜİK, *İstatistikî Göstergeler 1923-2004*, T.C. Başbakanlık Yayınları, Yayın No:0535, s. 88.

bölümleri hizmete yönelik olarak bazen aynı verileri toplamakta ancak koordinasyon eksikliğinden dolayı bu veriler birleştirilememektedir¹³⁸.

3.3.2. Finansman Sorunları

Genel olarak finansman ile ilgili sorunlara bakıldığında; Türkiye’de sağlığa ayrılan pay ve sağlık için yapılan harcamalar gelişmiş ülkelerin onda biri dolaylarındadır. Ayrıca, ülke nüfusunun tamamı sağlık güvencesine sahip değildir. Sağlık finansmanı hem düşüktür hem de verimsiz kullanılmaktadır, sağlık harcamalarının yaklaşık üçte biri doğrudan cepten nakit ödemelerdir, koruyucu, sağlığı geliştirici hizmetler için yeterli kaynak ayrılmamaktadır, kamu sektöründe hizmet sunan ve finansmanını sağlayan aynı kurumdur. Verilen hizmetleri sunan kurumlara kaynak aktarılmaktadır.

2004 yılında yayınlanan Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasına göre; Türkiye’de toplam sağlık harcaması 1999 yılında 26.000.000 \$ (Satın Alma Gücü Paritesi) ve 2000 yılında 30.057.000 \$ (Satın Alma Gücü Paritesi) olarak gerçekleşmiştir. Bu büyüklükler 1999 yılında GSYİH’nın %6,4’üne, 2000 yılında ise GSYİH’nın % 6,6’sına denk düşmektedir. Bu oranın 2003-2005 yıllarında daha da yükselmiş olduğu bilinmektedir. Sağlık harcamalarının son yıllarda göstermiş olduğu hızlı artış, GSYİH’dan sağlığa ayrılan payın gelişmiş ülkeler düzeyine yaklaşmasına neden olmuştur.

Sağlık güvencesine sahip olmayanların, sağlık hizmetlerine gereksinim duyduklarında cepten ödeme yolu ile yararlanma olanakları vardır. Son yıllarda, bunlardan ödeme gücü içinde olanlar için Yeşil Kart uygulaması yapılmaktadır.

¹³⁸ TÜİK, a.e., s. 89.

İKİNCİ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

1. SEÇİLMİŞ BAZI ÜLKELERDE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

Genel sağlık sigortasının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya’da ortaya çıkmıştır. Bismarck modeli olarak bilinen ve işverenlerce oluşturulan bu uygulama bazı değişikliklere uğrayarak kısa sürede diğer Avrupa ülkelerine yayılmış, 1888’de Avusturya, 1911’de İngiltere, 1945’de Fransa, 1955’te İsveç genel sağlık sigortasını kurmuştur¹³⁹.

Sosyal güvenlik sistemi içinde önemli bir yer işgal eden sağlık harcamalarının karşılanması, değişik ülkelerde değişik sistem ve politikalar doğrultusunda yerine getirilmeye çalışılmaktadır.

Sağlık Sistemleri: Bir ülkenin sağlık sistemi, tıp alanındaki teknolojik gelişmeleri izleme gücü yanında, ülkenin ekonomik ve sosyal yapısıyla, kültürüyle, nüfus durumu ile yakından ilgilidir. Bu nedenle sağlık hizmetleri konusunda belli bir sistem benimsenirken sosyolojik, ekonomik, kültürel veriler, nüfus yapısı dikkate alınarak, sistem bu verilere göre oluşturulmalıdır. Sistem işletilirken de bu bilim alanlarından gelen bilgiler ve eleştiriler dikkate alınmalıdır.

1.1. Genel Olarak Sağlık Sistemleri

Genel Sağlık Sigortası, sosyal güvenlik penceresinden bir ülkenin tercih ettiği sigortacılık mantığını yansıtır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında genelde üç ana başlık altında toplanabilecek görüşlerden bahsedilir;

¹³⁹ Haydar Sur, Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi, (Çevrimiçi) 10 Ekim 2012 <http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>

- Sağlık giderleri bütünüyle devlet bütçesinden karşılanıp, hizmeti kullananlardan herhangi bir katkı payı alınmaz.
- Bireyler hizmeti kendi ceplerinden ödeyerek satın alırlar. Fiyatlar serbest piyasa koşulları içinde arz-talep doğrultusunda oluşur.
- Sağlık sigortası uygulaması ile bireyler gelirlerinden belirli bir miktar pirim olarak öderler ve toplanan bu paralardan sağlık giderleri ödenir.

Aynı sınıflandırmaya paralel olarak isimlendirilecek olursa; 1945'lerden sonra üç sağlık sisteminin yaygın olarak uygulandığı görülür: Geçmişten gelen liberal sistemler, hastalık sigortası sistemi, ulusal sağlık sistemi. Sağlık sistemlerinin geçmişi, gelişmiş ülkelerde benzer dönemlerden geçerek gelişmiştir. Bugün için gelişmiş ülkelerde bahsi geçen aşağıdaki üç temel sağlık sistemi genel olarak uygulanmaktadır¹⁴⁰.

Ulusal Sağlık Sistemi: Bu sistemin uygulandığı ülkeler İsveç, Norveç, Danimarka, Finlandiya, İngiltere, İzlanda, İtalya, İspanya'dır. Sistemi sınırlı biçimde uygulayan ülkeler ise Portekiz, Yunanistan, Kanada, Avusturya ve Yeni Zelanda'dır. Bu sistemde tüm vatandaşlara hastalıklara karşı ücretsiz bakım garantisi sağlanır. Sağlık hizmeti temelde devlet tarafından örgütlenir ve vergilerden karşılanır. Bazı ülkelerde örgütlenmede merkezileşme yoğunlukta iken (İngiltere örneği), diğer bazılarında ise örgütlenme ve yönetim konusunda yerel örgütlere daha fazla inisiyatif verilerek merkezilikten uzaklaşmıştır (İsveç, Norveç, Finlandiya)¹⁴¹.

Hastalık Sigortası Sistemi: Bu sistem Almanya, Fransa, Avusturya, Belçika, Lüksemburg, Baltık Ülkeleri ve Japonya'da uygulanmaktadır. Sağlık yardımları kamu ve özel kurumlarca birlikte karşılanır. Hastanın hekimini seçme hakkı olduğu gibi serbest hekime de başvurabilir. Bu sistemde sağlık giderleri değişik hastalık sigortası sandıklarına ödenen primlerle karşılanır. Primler, değişik ülkelerde, işçi, işveren, devlet arasında değişik oranlarda dağıtılmıştır. Sistem Fransa'da merkezi bir organizasyona bağlanmışken, Almanya'da bölgeleri esas alan bir örgütlenme

¹⁴⁰ Serin, **a.g.e.**, s. 22.

¹⁴¹ İlhan Oral, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortaları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Eskişehir, Cilt: 2, No: 2, 2002, s. 61.

görülmektedir. Kapsam, katılım ve finansman yönünden de ülkeler arasında bazı farklılıklar vardır¹⁴².

Fransa'da ve Belçika'da zorunlu sağlık sigortası tüm nüfusu kapsamaktadır. Fransa'da sigortalı, sağlık giderlerini kendi cebinden önce peşin olarak hekim ve hastanelere öder, daha sonra bağlı olduğu sandık veya kurumdan ödediği paranın bir kısmını geri alır. Almanya'da nüfusun %90'ı zorunlu hastalık sigortası kapsamındadır, %10'u ise özel kurumlara prim ödemektedir. Hastalık Sigortası Sandıkları üyelerden toplanan primleri Hekimler Derneği'ne yatırır, dernek de bunu, üyesi olan hekimlere, tedavi ettikleri hasta sayısına göre paylaştırır. Hastaneler ücretsizdir. Belçika'da zorunlu sağlık sigortası nüfusun tamamını kapsamaktadır. Bu ülkede de hastaneler ücretsizdir ve hiçbir katkı payı alınmamaktadır. Ancak işçilerle bağımsız çalışanlar farklı sistemlere bağlanmıştır; işçiler genel rejime, bağımsız çalışanlar ise kendi özel rejimlerine bağlıdır. Bu özel rejimde riskler ağır ve hafif olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Ameliyat, ağır hastalık gibi durumlar genel sistemden karşılanmakla, hafif hastalıklarda özel sigorta şirketleri devreye girmektedir. Uzun yaşam süreleri ile öne çıkan Japonya'da ise hastalıklara karşı 1961'den beri sekiz değişik rejim uygulanmaktadır. 1973'den beri de bu değişik rejimler arasında bir uyum sağlanmasına çalışılmaktadır. Mevsimlik çalışmalarda uygulanan özel rejim 1984'de kaldırılarak diğer rejimlerle birleştirilmiştir. Sürekli işçilerin durumu özel ve genel sosyal güvenlik sistemlerine bağlanmıştır. Genel rejim devlet tarafından, özel rejim ise büyük şirketlerde kendi yardım sandıkları tarafından yürütülmektedir. Bunun dışındakiler ulusal sigortasından yararlanmaktadır. Ancak Ulusal sağlık sisteminin yardımları daha sınırlı kalmaktadır¹⁴³.

Liberal Sağlık Sistemi: Özellikle ABD'de uygulanan liberal sistem, bazı Avrupa ülkelerinde ve Latin Amerika ülkelerinde reform sonucu devreye girmiştir. Bu sistemlerde kamunun sağlık yardımları ikinci planda kalmıştır. Sadece acil durumdakilere, yaşlılara, yoksullara, kamu sağlık yardımına muhtaç sakatlara karşılıksız kamu sağlık yardımı yapılmaktadır, bunun dışındaki herkes, işverenlerin

¹⁴² İlhan Oral, **Türk Sosyal Güvenlik Hukuku Açısından Toptan Ödeme**, Eskişehir, İİBF Yayınları, No:199, 2007, s. 32.

¹⁴³ A.e., s. 13.

finanse ettiği özel sağlık sigorta sistemine girmek zorundadır. Nüfusun bir kısmı ise henüz sağlık sistemine girememiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunun tamamına yakını özel sağlık kuruluşlarınca gerçekleştirilmektedir. Amerikan sağlık sistemi üç ayrı gruba, üç farklı sistemde sağlık hizmeti sunmaktadır: Yoksullara karşılıksız sağlık yardımı sunulmakta, yaşlılara hastalık sigortası yoluyla sağlık yardımı verilmekte, varlıklı kesim ise işverence veya bizzat kendileri tarafından finanse edilen özel sağlık sigortalarından sağlık hizmeti almaktadır¹⁴⁴.

Bu üç temel sistem dışında değişik ülkelerde, farklı karma sistemler de uygulanmaktadır. Ancak hangi sistem uygulanırsa uygulansın sistem ya tümüyle ya da kısmen kamu ağırlıklı olacak ve vergi ile finanse edilecek veya sigorta ağırlıklı olup primlerle desteklenecektir. Bu ikinci durumda primler ya işveren tarafından verilmekte, ya tamamı sigortalı tarafından ödenmekte veya mali yük işveren, sigortalı ve devlet arasında belli oranda bölüşdürülmektedir.

Sonuçlar uygulanan sisteme göre değişmektedir. Ulusal sağlık sistemi uygulayan ülkelerde sağlık yardımları genelde kamu tarafından eşit ve dengeli biçimde dağıtılmakta, ancak sağlık harcamalarının miktar ve kalitesi düşük olmaktadır. Ayrıca ciddi vakalarda uzmanlara ulaşma uzun zaman almaktadır. Sigorta sisteminde de, hekim seçme olanağı ve kaliteli sağlık yardımı verilmekle birlikte, sağlık harcamaları oldukça yüksek olmakta ve zaman zaman da yardımın dağılımında dengesizlikler görülmektedir. Amerikan sistemi teknolojik ve kalite bakımından oldukça yüksek ve hizmete ulaşılması da kolay ise de, dengesizlik ve harcamaların yüksekliği ile dikkat çekmektedir¹⁴⁵.

Ulusal sağlık sistemi ile (vergiye dayanan model, kamu ağırlıklı model), hastalık sigortası sistemini (sigortaya, prime dayalı model) karşılaştıran bazı yazarlar, vergiye dayalı modellerin toplumun tümünü kapsadığını, sağlık hizmetlerinin kapsamının daha geniş olduğunu, ülke çapında hizmet dağılımı açısından farklılıkların daha az olduğunu, gereksiz hizmet kullanımının daha düşük bulunduğunu, merkezi planlamaya dayalı olduğundan bölgesel ve kişisel

¹⁴⁴ Güzel, Okur, Caniklioğlu, **a.g.e.**, s. 25.

¹⁴⁵ Tufan Kağan, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum**, 2006, Sayı: 8, s. 14.

farklılıkların da fazla olmadığını ileri sürmüşlerdir. Buna karşılık sigortaya dayalı modellerin herkesi kapsamadığı, sağlık yardımları arasında bölgesel dengesizlikler olduğu, gereksiz hizmet talebinin yüksek olduğu, yardımdan yararlananlar arasında açık farklılıklar olduğu ileri sürülmüştür. Sonuç olarak belli bir model seçilirken ülke gerçekleri de dikkate alınarak, sağlık hizmetleri konusunda kamu sektörü ile özel sektör arasında hizmetler ve sorumluluk uygun bir biçimde paylaştırılmalı ve koordine edilmelidir.

1.2. Sağlık Sistemlerinde Reform Çalışmaları

Sosyal dayanışma ve sosyal güvenlik arayışı çok eski tarihlere dayanmasına rağmen bu konular günümüzde gelişmekte olan ülkelerin çözüm bekleyen önemli sorunlarının başında gelmektedir. Son yıllarda yaşanmakta olan ekonomik krizler birçok gelişmiş ülkenin de sosyal güvenlik sisteminde sorunların yaşanmasına neden olmuş ve sağlık harcamalarının geri ödeme planlarında tasarruf sağlamak üzere değişikliklere gidilmiştir.

Son yıllarda (1980 sonrası) hemen her sağlık sistemi reformla yüz yüze gelmiştir. Reformlar çabaları uygulanan sağlık sistemine göre değişmektedir. Genel olarak ulusal sağlık sistemi, sağlık sunucuları arasında rekabeti arttırarak sistemin etkinliğini ve etkisini arttırmaya çalışmakta, hastalık sigortası sistemi yardım sandıkları arasında rekabet yaratmaya çalışmakta, liberal sistemlerde (ABD) özel sigortalar ve sağlık sunum kaynakları üzerinde yeni düzenlemelerle kaliteyi, erişimi ve denetimi arttırmak amacı ile reform çabaları devam etmektedir¹⁴⁶.

Ulusal sağlık sistemlerinde reform: Vergiler ile finanse edilen ulusal sağlık sistemini uygulayan ülkeler, İngiltere, Güney Avrupa ve Kuzey ülkeleri, pazar ekonomisini de devreye sokmaya başlamışlardır.¹⁴⁷

İngiltere: İngiltere'de sıkı bütçe uygulamaları bir süre sağlık harcamalarını dizginleyebilmişse de, 1980 sonrası, sağlık ihtiyaçları ağırlaşp artınca, ulusal sağlık

¹⁴⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu, **a.g.e.**, s. 36.

¹⁴⁷ Richard B. Saltman ,Joseph Figueras, **Avrupa Sağlık Reformu: Mevcut Stratejilerin Analizi**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü , Ankara, 1998,s. 40.

sistemi 1991'de yeniden tümüyle gözden geçirilmiştir. Hatta primlerle desteklenecek bir hastalık sigortası dahi düşünülmüştür. Sonuçta pazar ekonomisi mekanizmaları ile ulusal mevcut sağlık sistemine destek sağlanmasına karar verilmiştir. Amerika'dan esinlenerek, hastaneler arası rekabeti artırarak verimi yükseltmek ve yardım bekleyenlere, sıra bekleyenlere bir an önce ulaşma yolu açılmıştır. Böylece sistemi yavaşlatan bürokratik engellerin de aşılabacağı düşünülmüştür. Reform, sağlık sisteminin iki temel aktörünü ayırarak işe başlamıştır; sağlık alıcısı, sağlık sunucusu. Reform sonrası, bölgedeki sağlık yetkilileriyle pratisyen hekimlerin bir kısmı sağlık bütçesinin yöneticisi ve sağlık yardımı alıcısı konumuna getirilmiştir. Hastaneler de gruplandırılarak rekabete açık, özerk ve sorumlu sağlık sunucuları konumuna getirilmiştir. Alıcılar değişik hastanelerle temas kurup onların sağlık hizmet sunuş tarife ve koşullarını değerlendirerek, devlet yerine doğrudan hastanelerle sözleşme yapmaya başlamışlardır. Ancak bu reform da en büyük sorun olan bekleyen hasta sayısını azaltmamıştır. Ancak reform sağlık harcamalarına ayrılan payı artırdığı gibi pratisyen hekimlerin ücretlerini de yükseltmiştir. 1999-2002 arası (Tonny Blair'in başkanlığındaki hükümet) zorlukların farklı yorumuna dayanan iddialı bir reform gerçekleştirilmiştir: Sistemin yeterince gelişmemesi, sağlık hizmetlerinin yeterince desteklenmemesine ve aşırı bürokrasiye bağlanmıştır. Sağlık harcamalarının gelişmiş ülkelere göre çok düşük kalması karşısında, daha liberal bir bakış açısı ile sağlık harcamalarına ayrılan payın gelişmiş ülkeler düzeyine çıkarılması amacıyla vergiler artırılarak sağlığa yönlendirilmiştir. Hastaneler arası rekabet sürdürülmektedir. Hastane seçme olanaklarının daha da artırılması planlanmıştır¹⁴⁸.

İsveç'teki gelişimin özellikleri: Bu reformun özünde yerel aktörlere daha fazla rol verilmesi amaçlanmıştır. Genişleyen bir merkezilikten uzaklaşmak, sağlık bütçelerinde ve ücretlerde sert bir indirim, sağlık yardımlarının hastanelerden esnek sağlık merkezlerine ve hastabakıcılara kaydırılması, yerel kamu desteğiyle hastaneler arası rekabetin artırılması olarak ifade edilebilecek reform çalışmaları 1985'de Dagmar reformu ile temelde merkezilikten uzaklaşma ile başlamıştır. Bu çerçevede yerel sağlık kontluklarına daha fazla özerklik tanınmış ve 1992'de Adel Kanunu ile

¹⁴⁸ Stefanie Ettelt v.d., **Politika Belgesi: Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama, Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi**, Hıfzısıha Mektebi Md. T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No: 785, Ankara, s.31.

ilk yardım sorumluluğu kontluklardan belediyelere aktarılmıştır. İsveç'te her kontluk geniş bir özerkliğe sahip olduğundan tek tip, yeknesak bir reformdan söz edilememektedir¹⁴⁹.

1990'lı yılların başında İsveç'te işsizliğin artması, ciddi kamu açıkları ile ağır bir mali kriz yaşanmıştır. Bu sıralarda İsveç Avrupa Birliği'ne girmeye hazırlandığından ve Maastricht kriterlerine uyum çabası içindeydi. Koruyucu devlet uygulamasına getirilen sınırlamalar özellikle sağlık alanında kendini gösterdi. Kaynak yokluğundan esnek sağlık merkezleri ve ev bakımı da hızla azaldı. Bu dönemde sağlık harcamaları adeta donduruldu. Sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin etkinliğini ve başarısını arttırma, beklemeyi azaltma için sağlık harcamalarını destekleyen yerel yetkililer hastaneler arasındaki rekabeti teşvik edip satın alma sözleşmelerini ödemeye ve uygulamaya bağlı hale getirdiler. Hükümetle, kontluklar arasındaki anlaşma ile hastalara belli sürede (rekabet olması açısından) sağlık yardımı sunulmaması durumunda, başka başvuru imkânları sağlanması kabul edilmiştir. İlk sağlık merkezine başvuran hastaya gün içinde sadece hastabakıcı muhatap olmuşsa hastaya 8 gün içinde pratisyen hekimle bir buluşma sağlanacaktır. Eğer hastanede uzman bakımına ihtiyaç duyulursa üç ay içinde bu buluşma sağlanacaktır. Bunlara rağmen bütçe kısıntıları nedeniyle bekleme süreleri ortadan kaldırılamamıştır. Bütün bu bekleme İsveç sağlık sistemi, sağlık sonuçlarına bakılırsa; sosyal ve mali açıdan dünyanın başarılı sistemlerinden biri olarak kabul edilmektedir¹⁵⁰.

Liberal Sistemlerde Reform: Pazar ekonomisine dayalı ABD'de sağlık sistemi pahalı ve eşitlikten uzaktır. Amerika'da her eyalet kendi koşullarına göre farklı sağlık sistemi oluşturmuş olduğundan, tek ve ortak bir sağlık sisteminden söz edilemez. Farklı parametrelere göre hizmete erişim değişmektedir. Sistem, eyaletlere göre, hastanın zengin ve fakir oluşuna göre, pratisyen hekimin bir sağlık kuruluşuna veya serbest çalışmasına bağlı olarak değişiklikler göstermektedir¹⁵¹.

¹⁴⁹ David Hogberg, Sweden's Single-Payer Health System Provides a Warning to Other Nations, (Çevrimiçi) http://www.nationalcenter.org/NPA555_Sweden_Health_Care.html 10 Ekim 2012.

¹⁵⁰ A.e., s.4.

¹⁵¹ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e., s. 39.

Sağlık Sigortalarında Reform: Sağlık hizmetlerinde sigorta sistemini benimseyen bazı ülkeler, sağlık harcamalarını daha iyi denetleyebilmek için, sigorta kurumları arasında rekabeti arttıracak mekanizmaları geliştirmeyi uygun bulmuşlardır.

Almanya: 1977'den beri Alman sağlık sistemi 'birlikte düşünme" yoluyla yönlendirilmektedir. Her yıl, Alman Sağlık Sistemi'nin paydaşları yani, federal yönetim, eyaletler, sendikalar, işverenler, tabip kuruluşları, sağlık sendikaları, hastane dernekleri, ilaç sanayicileri, hastalıklara karşı koruma konusundaki temel politikaları birlikte belirlerler. Bu çerçevede yönetim ile ilgili koşullar Hastalık Sigortası Sandıkları ile yerel hekim kuruluşları arasında yapılacak antlaşmalarla belirlenir. 1984'ten beri sağlık yardımlarının ana hatlarını, değişik sektörlerine göre, bu kurulun yaptığı sözleşmelerle belirlenmektedir. Ancak bu antlaşmaların uygulanmasında bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Gezici hekimler birliğince belirlenmekte ancak toplanan paranın dağıtılmasında uygulanacak ölçü ve sınır konusunda güçlük çekilmektedir. Federal yönetimin, kendi yükünü hafifletmek amacıyla sosyal sigortalara bazı ek yükler getirmesi primlerin oldukça yükselmesine neden olmuştur. 1988'deki Blüm Kanunu ile ilaçlara yardımcı sağlık hizmetlerine, sağlık kürlerine, diş protezlerine, göz hastalıklarına ve ambulans hizmetlerine uygulanan ayarlamalarla sağlık harcamaları kontrol altına alınmak istenmiş ve 1989'dan sonra sağlık harcamaları milli gelirin %8,2' inde dondurulmuştur. 1992'de primlerin ve bu harcamaların yükselmesini önlemek amacıyla önemli bir reform uygulanmıştır. Schröder reformu ile ilgililer arasında anlaşma kapsamındaki hastaneler de arttırılmıştır. İlaç fiyatları iki yıl için dondurulmuştur. 1996'da sağlık sigortası sandıkları arasında rekabet uygulamasına geçilmesi planlanmıştır. Ayrıca sigortalılara yerel sandıklar arasında seçim hakkı da tanınmıştır. Rekabete açılma, sisteme gerçekçiliği ve yeniden yapılanmayı getirmiş ve sandık sayılarının azalmasına yol açmıştır. Rekabet ve son olarak sağlık meslek kuruluşları ile yapılan antlaşmalar sayesinde, sağlık sistemi daha doyurucu ve bütünleşmiş biçimde hizmet vermeye başlamış, sandıklar arasındaki farklılıklar da azalmış, prim/yardım dengesi sağlanmıştır. Giderek yükselen sağlık harcamalarının sosyal primlerle karşılanması, Alman işletmelerinin rekabet gücünü olumsuz etkileyince, Schröder hükümeti

2003'de sosyal koruma reformunu da gündemine almıştır. Reformun amacı küresel rekabeti dikkate alarak işverenlerin ödediği sosyal primlerin ağırlığını sınırlamaktır. Schröder Reformu bazı sağlık yardımlarında finansman yöntemini de değiştirmiştir. Yardımların kalitesini yükseltmek amacıyla da devletten bağımsız, sandık, hastane, hekim ve hasta temsilcilerinden oluşacak Alman Sağlık Merkezi kurulmasını öngörmüştür. Ayrıca aile hekimine de önemli görevler aktarılmıştır. Parlamantonun sol ve sağ kanadından, hekimlerden ve hastalardan ağır eleştirilere hedef olmakla birlikte sağlık harcamalarında kamunun yükünün azaltılmasına yönelik bu önlemler, sağlık sigortalarının fazla vermesini sağlamıştır.

Baltık Ülkeleri: Ulusal sağlık sistemi uygulayan ülkeler, sağlık sunucuları arasında ve sağlık sigortacıları (sandıkları) arasında rekabeti teşvik ederken, Baltık ülkeleri 1980'lerden sonra rekabeti her iki planda desteklemişlerdir. Hollanda'da hastalara değişik sigortacılar arasında seçim olanağı getirilmiştir. Böylece sağlık sunucuları tarifelerde ve sağlık yardımları düzeyinde yarışmaya zorlanmışlardır. 1987'den sonra uygulanan üç reform dalgası Dehler ve Simon'un planlarını uygulamaya koymuş ve Hollanda sağlık sistemine yeni bir yön vermiştir. Bugün Hollanda sağlık sistemi üç aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama temel teminat kapsamında hemen hemen tüm hastalıkları ve herkesi kapsamaktadır ve vergilerle finanse edilmektedir. İkinci aşama yine zorunludur, vergi ve sigortalının gelirine göre değişen sosyal primlerle karşılanmakta ve hafif, gündelik hastalıkları kapsamaktadır. Üçüncü aşama isteğe bağlı tamamlayıcı sigortadan oluşmakta ve ilk iki aşamanın kapsamadığı, dış tedavisi (büyükler için) ve alternatif tıp harcamaları gibi hastalıkları karşılamaktadır. Hollandalıların %90'ı tamamlayıcı sağlık sigortasına üyedir¹⁵².

Sağlık hizmetleri sistemlerinin örgütlenmesi AB'ye üye ülkelerin sorumluluğunda olmakla beraber, Birlik düzeyinde, geçmişi 1998 Kohl ve Decker yargılamalarına kadar uzanan bir tartışma yer almaktadır¹⁵³.

¹⁵² Ali Seyyar, Sema Oğlak, Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri: Mukayeseli Bir Değerlendirme, (Çevrimiçi) 10 Ekim 2012 <http://www.ozida.gov.tr/ozveri/ov1/ov1makdanholsosyal.htm>,

¹⁵³ (Çevrimiçi) www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/usp/halk/04.doc , 27 Aralık 2009.

Birçok ülkede sağlık sigortası yukarıda detaylı belirtilen bu üç modelin karışımı olarak uygulanmaktadır. Bireylerden toplanan prime dayalı sağlık sigortalarının ilk uygulaması 1883 yılında Almanya’da başlamıştır. İşverenler tarafından kurulan ve “Bismarck“ modeli olarak bilinen sistem çalışanlar ve işverenlerin pirim ödemeleri esasına dayanmaktadır. Bismarck model Almanya’nın yanı sıra Avusturya, İngiltere, Fransa, İsveç gibi ülkelerde kısa sürede uygulanmaya başlamıştır. Bu doğrultuda 1888’de Avusturya’da, 1911’de İngiltere’de, 1945’te Fransa’da 1955’te de İsveç’te genel sağlık sigortası yapısı oluşturulmuştur.

Beveridge sigorta modeli, toplanan gelir vergileri ile sağlık giderlerinin finanse edildiği sistemdir. Sosyal refahın geçerli olduğu gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlık sigortalarının örgütlenmesi ve finansmanı bu yapıya uygun şekilde devletin kontrolünde ve sigortacılık temel esasları doğrultusunda gelişmesini sürdürmüştür.

Avrupa ülkelerinin büyük bir kısmında sistemin sürdürülebilirliği ve kamu harcamalarının azaltılması için özel sağlık sigortaları devlet sigortalarının sağlamadığı veya üstü teminatları veren tamamlayıcı bir sigorta olarak görev yapmaktadır. Fransa, Avusturya ve bir dereceye kadar Danimarka’da halkın çoğunluğu özel sigortayı tamamlayıcı bir sigorta olarak yaptırmıştır. İngiltere, İsveç, Norveç, Finlandiya ve Portekiz gibi ülkelerde sağlık hizmetleri ve finansmanı devletindir. Bu sistemlerde özel sigortaların payı yüzde 10 dolayındadır. Türkiye ve Yunanistan gibi ülkelerde ise özel sigortalar minimum düzeyde kalmaktadır¹⁵⁴.

1980’lerin sonuna doğru, birçok Avrupa hükümeti, kendi sağlık sistemindeki idari yapıyı yeniden incelemeye başlamıştır. Sağlık sektöründe devletin geleneksel olarak aktör olduğu ülkelerde, sağlık sektörü faaliyetlerinin hemen her boyutunda devletin kuvvetli bir rolü ile halk üstünlüğü olduğu varsayımı yeniden gözden geçirilmektedir. Kuzey Avrupa, Akdeniz bölgesi ve Orta ve Doğu Avrupa’daki politika belirleyiciler, ekonomik, sosyal, demografik, idari, teknolojik ve ideolojik

¹⁵⁴ (Çevrimiçi), <http://eski.tsrbs.org.tr/private/trk/sayi13/ince132.html>, 14 Ekim 2009.

güçlerin birleşimi ile kendilerini engellenmiş hissetmiş, mevcut yetki ilişkilerini ve yapılarını yeniden gözden geçirmişlerdir¹⁵⁵.

Batı Avrupa ülkeleri sağlıkla ilgili hizmetler, tesisler, kurumlar ve işgücü yapılarında farklı örgütsel modeller geliştirmişlerdir. Ülkelerin ulusal sağlık sistemlerindeki mevcut görünümeler aynı zamanda o ülkelerin tarihi, gelenekleri, kültürünü olduğu kadar, siyasi ve ekonomik gücün mevcut dengesini de yansıtmaktadır. Değişime yönelik en büyük baskı özel sektörün sağlık hizmetlerini işletme ve bazı ülkelerde finanse etmedeki göreceli rolünden kaynaklanmaktadır.

Birçok Avrupa ülkesinde sağlık sektörü reformunun ana konusunu “Desantralizasyon”¹⁵⁶ teşkil etmekte olup, hizmetlerin sunulmasında gelişmeleri teşvik etmek, kaynakların ihtiyaçlara göre daha etkin tahsisini ve toplumun önceliklerle ilgili karara katılımını sağlamak, paralelinde sağlık alanındaki hakkaniyetsizliğin azaltılmasını kolaylaştırmak için etkili bir araç olarak kullanılmaktadır.

Hemen her ülkede önemli bir sorun olagelen ve olmaya da devam edecek olan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve tüm toplumun hizmetlerden gerçek anlamda yararlanabilmesi için kendi koşullarına göre bu önemli sorunu çözmek için değişik sistem ve yöntemler uygulamakta ve mevcut sistemlerini daha uygulanabilir bir hale getirmek için çeşitli çözüm arayışlarına yönelmektedirler. Bu konuda dünyanın her yerinde geçerli olabilecek bir sistemin uygulanmasının hemen hemen imkânsız olması da bilinen bir gerçektir. Uygulanan farklı sistemlerde, bu sistemlerin iyi işleyip işlemediğinin ölçütü, uygulanan ülkede “sağlık hizmetlerine ulaşma kolaylığı, ulaşmada bekleme süresi, ulaşmada fırsat eşitliği, hizmette ileri teknoloji

¹⁵⁵ Richard B. Saltman, Joseph Figueras, **Avrupa’da Sağlık Reformu- Mevcut Stratejilerin Analizi**, **a.g.e.**, s. 39.

¹⁵⁶ Desantralizasyon tanım olarak, kamu planlamasında, yönetimde ve karar almada yetkinin ulusal düzeyden yerel düzeye ya da üst düzey yönetim seviyesinden aşağıya doğru aktarımı ve dağıtımına anlamına gelmekte olup, uygulamada; idari desantralizasyon (karar almanın daha düşük bir idari seviyeye transferi) devolüsyon (karar almanın daha düşük bir politik seviyeye devredilmesi) delegasyon (daha düşük örgüt seviyesindeki aktörlere görevlerin tahsisi) ve özelleştirme (görevlerin kamudan özel mülkiyete transferi) olarak dört ayrı şekilde gerçekleşmektedir.

kullanımı ve hizmetlerin kesintisiz olarak sunulmuş olması” gibi faktörlerin ne ölçüde hayata geçirilebildiği ile ilgilidir¹⁵⁷.

Avrupa Birliği ülkelerinde mevcut Genel Sağlık sigortasına geçmeden önce, bu ülkelerde oldukça gelişmiş bulunan özel sağlık sigortalarından da genel olarak bahsetmek yerinde olacaktır. Çünkü bazı ülkelerde tamamlayıcı, bazı ülkelerde ikame edici şekilde gelişen özel sağlık sigortası uygulaması gelecekte sistemin yürütümü açısından vazgeçilmez görünmektedir.

Avrupa Birliği sosyal güvenlik mevzuatı topluluğu kuran anlaşma ile sağlanan serbest dolaşım haklarından (Roma Antlaşması, madde 48,51) yararlanarak Birlik üyesi ülkelerde yer değiştiren üye devletler vatandaşları ile bunların aile bireyleri ve hak sahiplerinin sosyal güvenliklerine ilişkin kuralları içerir¹⁵⁸.

Avrupa Birliği, birçok konuda Avrupa ülkelerinin standart uygulamalar içinde bulunmalarını sağlamayı hedeflemekte ise de bu durum sağlık sistemleri için geçerli olamamaktadır. Başka bir anlatımla ülkeler bu konuda serbest bırakılmıştır. Her ülkenin kendine özgü devlet sağlık sistemleri gelecekte de standart bir sağlık sistemi uygulamasına imkân vermeyecek gibi görünmektedir. Devlet sağlık sistemi, özel sağlık sigortası sektörünün belirleyicisi konumunda olduğundan, bu durum sektörün gelişimini de etkilemektedir. Bu konuda ortak olan noktalardan biri ve en önemlisi hemen hemen her ülkede özel sektörün bu konuda daha fazla role sahip olmasını sağlayıcı reform tedbirleri alınıyor olmasıdır. Nüfusun artması, tıbbi bakım maliyetleri ve gelişen tıp teknolojisi, devletlerin sağlık bakım maliyetlerini azaltmalarını ve bu harcamaları özel sağlık sigortası sektörüne devretmelerini gerektirmektedir. Avrupa ülkelerindeki farklı sistemlere rağmen Avrupa Birliği mevzuatı ile Avrupa sigorta tek pazarı oluşturulması fikri ve mevcut çabaları bulunmaktadır¹⁵⁹.

Tıbbın ve sağlık koşullarının gelişmesi hiç şüphe yok ki hayat beklentisinin artmasını sağlamaktadır. Dünya Bankası tarafından yapılan bir araştırma, 1990

¹⁵⁷ Yücel, **a.g.e.**, s. 14.

¹⁵⁸ SSK Genel Müdürlüğü, **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Mevzuatı**, Ankara, No: 590, s. 1.

¹⁵⁹ Mahmut Yavaşı, “Avrupa Birliği Tek Sigorta Pazarı ve Hukuku”, **Reasürör**, Sayı: 35, s. 30.

yılında OECD ülkeleri toplam nüfusunun %17'sinin 60 yaşın üzerindeki kişilerden oluştuğunu, 2030 yılına kadar da bu oranın %31'e ulaşacağını ortaya koymaktadır. Yaşlı nüfus iki sebepten sistemi olumsuz etkileyecektir. Birincisi, yaşlıların gençlere oranla tedaviye daha sık ihtiyaç duyuyor olması, ikinci sebep ise yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki payının artması, vergi ödeyenlerin payında bir düşüş anlamına da gelebilecek, bu da gelirlerde bir düşüşe sebep olacaktır. Bunun yanı sıra çocuklar, öğrenciler ve işsizler de dikkate alındığında, kamu harcamaları ve vergi ödeyenler üzerindeki yükün giderek ağırlaşmakta olduğu da bir diğer gerçektir.

Avrupa Birliği'ne dahil olmanın getirdiği ek maliyetler de sağlık harcamalarının devlet üzerindeki yükünü azaltma eğilimini güçlendirmektedir. Avrupa Birliği ülkelerinde tıbbi bakım maliyetlerinin düşürülmesi kapsamında teminatların indirilmesinin yanı sıra yeni sigorta türleri de ortaya çıkmaktadır. Örneğin uzun süreli bakım teminatı, önceleri devlet tarafından verilirken, yaşlı nüfus oranındaki artış ve bakım evlerinin maliyetlerinin yükselmesi sebebiyle bu teminatın özel sektöre devredilmesi eğilimi oluşmuştur. Bunun en yoğun yaşandığı ülke olan Almanya'da uzun süreli bakım teminatı 01.01.1995'ten itibaren zorunlu hale getirilmiş ve izleyen yıllarda bu teminatın özel sektörde satışın da büyük artışlar meydana gelmiştir. Hollanda ve Fransa'da da benzer uygulamalara rastlanmaktadır. Ancak birlik üyesi Yunanistan, İtalya ve İspanya gibi ülkelerde kültürel olarak yaşlılara yakınlarının bakması eğilimi olduğundan (Türkiye'de de benzer bir eğilim mevcuttur¹⁶⁰), bu teminat için talep düşük olacaktır.

Ülkelerin demografik özellikleri, sosyo-ekonomik durumları, siyasi bakış açıları ve sağlık olgusuna verdikleri değer, kurulmuş ya da kurulacak sağlık sisteminin temel özellikleri üzerinde belirgin bir etki oluşturmaktadır. Özellikle devletin katkı yaparak, kural koyarak veya paydaş olarak sisteme müdahale edip etmeyeceği ve özel sektörün faaliyet alanı sözü edilen temel değişkenlerin etkisi ile netlik kazanmaktadır¹⁶¹.

¹⁶⁰ Çiğdem Başgül v.d., Sağlık Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmetleri, (Çevrimiçi), www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/.../02_02_2012_10_52_37.doc, 10 Ekim 2012.

¹⁶¹ Philip Musgrove, Riadh Zeramdini, Guy Carrin, "Basic Patterns in National Health Expenditure", (Çevrimiçi), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11953792>, 25.12.2011.

1.3. Seçilmiş Ülkelerde Sosyal Güvenlik ve Sağlık Göstergeleri

Çalışmanın bu kısmında beş farklı ülkenin sağlık finansman sistemleri incelenmektedir. Seçilen ülkeler, bir önceki bölümde anlatılmış olan farklı finansman sistemlerini yansıtmakta, özellikle finansman sürecinde kamu ve özel sektörün etkileşiminin anlaşılabilmesi açısından örnek teşkil etmektedir.

1.3.1. Almanya

Almanya’da sosyal güvenlik sistemi dağıtım esasına dayalı ve tüm çalışanları kapsayan bir yapıya sahiptir. Sistemin merkezini primli sistem sosyal sigortalar oluşturmaktadır. Sosyal sigortalar; bütün emeklileri, işçileri ve işçilerin ailelerinin yer aldığı ve toplam nüfusun yaklaşık %90’ını kapsayan bir yapıdadır. Geri kalan kısım ise, özel sigortalar tarafından veya bağımsız çalışanlarda olduğu gibi farklı uygulamalarla güvence altına alınmışlardır. Memur ve asker gibi kesimler de kendilerine ait özel sosyal güvenlik sistemlerine sahiptir¹⁶².

Almanya, sağlık hizmeti bakımından dünyanın en iyi ülkelerinden biri olup, sağlık sistemi geçmişi “hastalık fonları” adı verilen kooperatif organizasyonlarına dayanır. Sağlık sistemi federalizme göre karakterize edilmiş adem-i merkezîyetçi bir yapıda olup, sivil toplum örgütleri sistemde ana aktörlerdir. Fransa’daki uygulamaların aksine Almanya’da herkesin sigorta seçme hakkı bulunmaktadır¹⁶³.

Primli sistem olmasına ve sandıkların etkinliğine rağmen, devlet bütün vatandaşlarının ekonomik ve sosyal durumları ne olursa olsun sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından eşit haklara sahip olduklarını kabul eder¹⁶⁴.

Batılı çağdaş ve gelişmiş ülkelerde merkezi yönetimin toplum üzerinde etkinliği yerel yönetimlere göre çok azdır. Toplumun rahat, huzur ve mutluluğunu

¹⁶² Uğur, a.g.e., s. 77.

¹⁶³ Susanne Grosse, Joseph Figueras, **Snapshots of Health Systems**, Copenhagen, WHO, 2005, s. 24.

¹⁶⁴ Oya Özdemir, Esin Ocaktan, Recep Akdur, “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Ankara, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 56, Sayı: 4, 2003, s. 212.

sağlayan sağlık ve sosyal hizmetleri ve bakım hizmetlerini organize eden özellikle yerel örgütler ve belediyelerdir¹⁶⁵.

Almanya’da uygulanan sağlık sistemi gelişmiş bir sağlık sigortası sistemidir. Sistemin yönetiminde hem özel sektör hem de kamu rol oynamaktadır. Nüfusun %88’i (%78 zorunlu, %10 gönüllü) prim tabanlı ve birbiriyle rekabet eden çok sayıda kamu sağlık fonlarının sağladığı sağlık güvencesine sahiptir¹⁶⁶.

Bazı istisnalar dışında sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Yazılan ilaç bedelinin, fizyoterapi hizmetlerinin, hastanede yatılan ilk 14 günlük hizmetin ve kural dışı hastaneye başvurma (aile hekimleri ne gidilmeden uzmana gidilmesi veya uzmana gidilmeden üniversite hastanesine gidilmesi) bedelinin bir kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır¹⁶⁷.

Kamu tarafından sağlanan sağlık sigortası sistemi birbirleri ile rakip iki yüzün üzerinde sağlık sigortası fonundan oluşmaktadır. Hastalık fonları olarak da anılan bu müesseseler, kamu tarafından düzenlenmiş sivil toplum kuruluşları niteliğinde olup özerk bir yapıya sahiptirler. Bunların asıl amaçları, yapılan finansal aracılık hizmetleri neticesinde kâr elde etme değil, sosyal sağlık riskini tüm topluma paylaştırabilmektir. Hastalık fonlarının temel gelir kaynağı sigortalıların gelirlerine göre oransal olarak tahsil edilen primlerden oluşmaktadır.

Almanya’da, vatandaşların karşılaşılabilecekleri sağlık problemleri ve zihinsel hastalıklar, sakatlık ve işsizlik gibi olağanüstü riskli durumları kapsayan sosyal sigorta sistemi bulunmaktadır. Söz konusu hususlara ilişkin sigorta faaliyetlerine ise resmi sigorta kurumlarınca fonksiyon kazandırılmaktadır. Ülkedeki en önemli resmi sigorta kuruluşları kanuni hastalık sigortası, kanuni bakım sigortası, kanuni emeklilik sigortası ve kanuni kaza sigortasıdır. Vatandaşlar kanuni sağlık sigortası sisteminin benimsediği sağlık hizmetlerinden yararlanırlarken, hizmeti sunan birimlere herhangi bir ödeme gerçekleştirmezler. Hizmet sunumunda bulunan tüm birimler (aile

¹⁶⁵ Saime Şahinöz vd., **Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri**, Ankara, Sağlık ve Eğitim Yayınları 1, Mayıs 2007, s. 7.

¹⁶⁶ Josep Figueras, “European Observatory on Health Systems and Policies”, **Health Care Systems in Transition**, 2011, Volume: 13, No:1, s. 22.

¹⁶⁷ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri**, 2004.

hekimleri, hastaneler) sundukları sağlık hizmetinin masraflarını sigorta sisteminden tahsil etmektedirler¹⁶⁸.

1.3.1.1. Demografik Özellikler ve Sağlık Verileri

2010 verilerine göre, ülkenin nüfusu 81.802.000'dir. Ülkenin nüfus piramidi 1970 verileriyle karşılaştırıldığında, genç nüfusu azalan, orta yaş kuşağı artan bir yapı arz etmektedir. 0-20 yaş grubunda ve 60-80 yaş grubunda bir azalma, 20-60 ve 80 ile üzeri yaş gruplarında artış gözlenmektedir. Bu görünümüyle Almanya birçok Avrupa ülkesi gibi genç nüfus eksikliği duyan bir ülke durumundadır. Ülkedeki nüfus artış hızı (-) eksi haneli rakamlara ulaşmış ve 2010 yılı için -%0,24 olarak gerçekleşmiştir.¹⁶⁹ Ortalama yaşam süresi ise erkeklerde 73,7 kadınlarda ise 80,1'dir. Nüfusun %86'sı şehirlerde, %14'ü kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Milli gelirin %10,3'ünün sağlığa harcadığı ülkede, kişi başına düşen milli gelir 23.360 \$'dır. Ülkede her 1000 kişiye 3,2 doktor, 0,7 diş hekimi, 5,2 hemşire düşmektedir.

Almanya, AB içerisinde en fazla nüfusa sahip ülke konumundadır. Almanya'daki işsizlik oranı 2010 yılı itibariyle %7,1 olarak gerçekleşmiş olup AB ortalamasından (%9,6) daha düşüktür.¹⁷⁰

1.3.1.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi

Alman Sağlık sisteminin kökenleri ulusal sağlık sigortasının zorunlu hale geldiği 1883 yılına kadar dayanmaktadır. Sağlık sistemi federalizme göre karakterize edilmiş adem-i merkezîyetçi bir yapıda olup, sivil toplum örgütleri sistemde ana aktörlerdir. Doktor ve diş hekimleri birlikleri sağlık hizmeti sunucuları tarafında, hastalık fonları ise finansör tarafında yer almaktadırlar. Hizmet sunumunda kamu

¹⁶⁸ Reinhard Busse, Annette Riesberg, "Health Care Systems in Transition: Germany, Copenhagen", **WHO Regional Office For Europe**, Cilt: 6, Yayın No: 9, 2004, s. 12.

¹⁶⁹ Sedat Murat, Levent Şahin, **AB'ye Uyum Sürecinde Genç İşsizliği**, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Yayın No:2011-35,2011, s.72-74.

¹⁷⁰ A.e., s.111.

yok denecek kadar azdır, hastaneler özel hukuka bağı kuruluşlarca temsil edilmektedir¹⁷¹.

Almanya federal bir cumhuriyet olup 16 eyaletten oluşmaktadır. Genel anlamda Almanya politik sisteminin, özelde de sağlık sisteminin, temel karakteristiği federal yönetimle eyalet arasında karar verme gücünün paylaşılmasıdır. Ancak zorunlu sigorta programlarının yönetişimi ise hükümet dışı korporatist kuruluşlara delege edilmiştir¹⁷².

Doğrudan kamu müdahalesi olmaksızın bölgesel ve/veya federal düzeyde organize edilen özerk hastalık fonları Almanya sağlık hizmet pazarının ödeyiciler kanadında yer alan en büyük aktör konumundadır.

Sağlık sigortası sistemi ülkenin federal yapısının sonucu olarak adem-i merkeziyetçi bir nitelikte olup, çok sayıda sandık ve benzeri kuruluşlarca oluşturulmuş hastalık fonlarından meydana gelmektedir. Bu yönüyle Almanya’da sağlık hizmetlerinin karşılanması çoğulcu bir finansman yöntemi ile karakterize edilmiştir. Ayrıca federe devletler ile federal yönetim arasında sağlık hizmetlerinin finansmanı için görev paylaşımı yapılmıştır. Sistemde federal yönetim arka planda kalarak, özellikle denetleme faaliyetlerini gerçekleştirmekte ve eyaletlerdeki uygulama farklılıklarını giderecek şekilde uygulama birlikteliğini sağlama görevini üstlenmektedir. Federe yönetimler ise eyalet düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulmasından sorumludurlar¹⁷³.

Hakkaniyet, hizmet kapsamı, sosyal hizmetlerin finansmanı ve sağlanmasına ilişkin kurallar federal düzeyde planlanmaktadır. Tüm zorunlu sosyal sigorta programları Sosyal Kod Kitabı (Social Code Book) aracılığıyla düzenlenmektedir. Ayrıca uzun dönemli bakım da Sosyal Kod Kitabı referans alınarak Federal Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmektedir. Eyalet hükümetleri/yönetimleri ise hastane altyapılarının sürdürülmesinden sorumludurlar. Eyaletlerin sorumlu olduğu ikinci alan ise koruyucu sağlık da diyebileceğimiz halk sağlık hizmetleridir. Halk sağlığı

¹⁷¹ Grosse, Figueras, **a.g.e.**, s. 25.

¹⁷² Busse, Reisberg, **a.g.e.**, s. 12.

¹⁷³ **A.e.**, s. 54.

hizmetlerini bazı eyaletler kendileri yürütürken, bazıları da bu hizmetleri yerel yönetimlere tevdi etmişlerdir. Eyaletler ayrıca tıp, diş ve eczacılık eğitiminden de sorumludurlar¹⁷⁴.

Sosyal Kod Kitabı V, Almanya sağlık sigortası sisteminin yasal çerçevesin ortaya koymaktadır. Bu Kitap SSS'nin (Sosyal Sağlık Sigortası'nın) amaçlarını ve bu amaçlara ulaşmak için gerekli araçları veya rehberleri tanımlamaktadır¹⁷⁵.

Zorunlu sağlık sigortasının katkıları devlet olmaksızın işçi ve işveren tarafından ödenmektedir. Belirli bir gelir düzeyine kadar aylık geliri olanlar Sosyal Sağlık Sigortası'na(SSS) kayıt olmak durumundadırlar. Bu gelir eşliğinin üzerinde aylık geliri olanlar ise SSS'ye veya özel sigortaya kayıt olup olmamakta serbesttirler¹⁷⁶.

Ülkede sunulan sağlık hizmetleri, Federal Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı, Doğa, Çevre ve Nükleer Güvenlik Bakanlığı ile Araştırma ve Teknolojik Bakanlıklarınca koordine edilmektedir. Yasal yükümlülükler eyaletler ve devlet arasında bölüşülmüş olup, sağlık hizmetlerinde birliği sağlayacak şekilde federal devlet tarafından düzenlenmektedir¹⁷⁷.

Federal Sağlık Konseyi, Sağlık Bakanlığı'na sağlığın desteklenmesi ve korunması konusunda danışmanlık hizmetleri vermektedir. Eyalet Sağlık Bakanlıkları ise; eyaletler düzeyinde kamu sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden sorumludurlar. Yasal yükümlülük eyaletler ve devlet arasında bölüşülmüş olup federal devlet yetkisini kullanma gereği duymadıkça yetki eyaletlerindir. Federal Devlet sağlık hizmetlerinin pek çok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır.

Almanya sosyal sigortaları kuran ilk ülkedir. Alman sigorta sistemi zorunluluk esasına dayanan sosyal sigorta modelidir. Bu model büyük ölçüde özel

¹⁷⁴ A.e., s. 55.

¹⁷⁵ Markus Worz, Reinhard Busse, "Analyzing the Impact of Health-Care System Change in the EU Member States-Germany", **Health Economics**, Volume 14, s.24.

¹⁷⁶ A.e., s. 56.

¹⁷⁷ Serin, **a.g.e.**, s. 136.

sigorta tekniğinin uyarlanmasıyla ortaya çıkmıştır. Nüfusun %90'ı zorunlu sosyal sigorta kapsamındadır. Almanya'da çalışanlar ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılmaktadırlar. Sigortalanmak zorunludur. Bildirim yükümlülüğü işverene bırakılmıştır. Bildirim işleminden sonra sigortalıya bundan sonraki bütün sigorta işlemlerinde kullanacağı bir sicil numarası verilmektedir. Ülkede belirli alt ve üst sınırlar arasında gelir elde eden herkes sağlık sigortasına üye olmak zorundadır. Üst sınır olarak belirlenmiş gelir düzeyinden fazla kazananlar zorunlu sigortalılık kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Ancak yine de isterlerse gönüllü sigortalı olmalarına bir engel yoktur. Ayrıca emekli olmadan önce herhangi bir sağlık sigortasına kayıtlı olanlar, emekli olduklarında da aynı sigorta kurumundan emekli sigortalı olarak zorunlu sigortalılıklarını sürdürebilmektedirler¹⁷⁸.

Alman sağlık sistemi oldukça desantralize bir yapı arz etmektedir. Alman sağlık hizmetleri sunum sisteminin temel özelliği, kamusal olarak sağlanan kamu sağlık hizmetleri, birinci ve ikinci basamak ambulatory (ayaktan tedavi) bakım arasındaki kurumsal ayırımın net bir biçimde ortaya konulmuş olmasıdır¹⁷⁹.

Ülkede, birinci basamak sağlık hizmetleri daha önceleri donanımlı merkezi sağlık kuruluşları tarafında yürütülmekte iken günümüzde yerel sağlık örgütlerince bu görev üstlenilmiştir. Ülke genelinde birinci basamak hizmetleri pratisyen hekimler yürütmekte ve bu hekimler genellikle tüm ailenin hekimi durumunda olduklarından bunlara aile hekimi de denilmektedir. Pratisyen hekimler kendi muayenehanelerinde ya da polikliniklerde hizmet vermektedirler. Nüfusun %90'ından fazlası sigortalı olduğu için hekimler sigorta ile anlaşmayı tercih ederler ve anlaşma kapsamında bireysel ya da gruplar halinde de çalışabilirler¹⁸⁰.

¹⁷⁸ M. Sarper Erdoğan, Ahmet Saltık, "Türkiye'de Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, 1996, Cilt: 11, Sayı: 74, s. 19.

¹⁷⁹ Busse, Riesberg, **a.g.e.**, s. 112.

¹⁸⁰ M. Sarper Erdoğan, Galip Ekuklu, "Almanya'da Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım 1994, Cilt: 9, Sayı: 64-65, s. 66.

Hastanın ilk muayenesini gerçekleştiren Pratisyen hekimler, 2004 yılında yapılan sağlık reformu sonrasında tamamen “kapı tutucu” rolünü üstlenerek sağlık hizmetinde sevk zincirinin kontrolünü üstlenmiştir¹⁸¹.

Birinci basamak ve ikinci basamak ayakta bakım hizmetlerini de içeren ayaktan hasta kabul hizmetlerinin hemen hemen tümü ofislerde çalışan hekimlerce verilmektedir¹⁸².

Birinci basamakta hekimlerin yanı sıra birimin büyüklüğüne göre diğ hekimleri, sosyal çalışmacı ve psikologlar, sağlık mühendisleri, röntgen ve laboratuvar teknisyenleri ile dezenfeksiyoncular da görev yapmaktadır.

Birinci basamak hizmetler ile hastanelerde tedaviye yönelik sunulan hizmetlerin dışında kalan, bulaşıcı hastalıklarla mücadele, çevre sağlığı hizmetleri, ana-çocuk sağlığı hizmetleri ve sağlıkla ilgili tüm mesleki faaliyet ve birimlerin denetimi gibi bir takım önemli kamusal sağlık hizmetleri, sadece resmi sağlık kurumlarınca yürütölmektedir.

Öte yandan pratisyen hekimler birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sağlık sigortalarına katkıda bulunmak amacıyla bir kısım koruyucu sağlık hizmetini de yürötmektedirler. Bunlara 45 yaşın üstündeki erkeklerin yılda bir kez muayeneleri, bebeklerin 0 yaş içinde 4 kez muayeneleri, kadınların 20 yaşından sonra yılda bir kez muayeneleri gibi hizmetler dahildir. Örnek bir uygulama olarak değeriendirdiğimiz bu tür koruyucu hizmetlerle, risk doğmadan önlenmeye çalışılmaktadır¹⁸³.

Almanya’da aile hekimliği hizmetleri genel pratisyenler, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanları, iç hastalıkları uzmanları ve hastanın tercihi ve öncelikli ihtiyacı dikkate alınarak seçilen diğeri uzman hekimler tarafından yürötmektedir. Genel pratisyenlerle diğeri uzmanlar arasındaki dengenin genel pratisyenler aleyhine gittikçe açıldığı gözlenerek yeni doktorların genel pratisyenliğe teşvik edilmesi

¹⁸¹ Erdal Akalın, “Sağlık Reformu Amaçlar, İlkeler ve Ülkeler”, **Makro Bakış**, 2005, Sayı: 1, s.10.

¹⁸² Busse, Riesberg, **a.g.e.**, s. 115.

¹⁸³ Erdoğan, Saltık, **a.g.e.**, s. 74.

tartışılmaktadır. Temel sağlık hizmetlerinde öncelik tanımlanmış koruyucu hekimlik programlarıdır. Örneğin, 4 yaşına kadar çocuk takibi, yıllık kanser taraması bunların arasında yer almaktadır. Ayrıca genel pratisyenler sosyal tıp, acil hekimliği, sağlık danışmanlığı ve iş sağlığı hekimliği konularında yer edinmek için çalışmaktadır. Bazı genel pratisyenlerin ofisleri iç hastalıkları uzmanlarının ofisleriyle kıyaslanacak şekilde iyi donatılmıştır. Ancak birinci basamak hekiminin vereceği sağlık hizmetinin ve ödentisinin de sınırlı olması kaçınılmazdır¹⁸⁴.

Almanya'da her hastanın bir sigorta kartı bulunmaktadır. Hasta bu kartı verdiği hekime 3 ay süreyle bağlı kalmaktadır. Hasta geçerli bir sebebi olmadıkça hekimini değiştirememektedir. Kural olarak bu hekime 24 saat ulaşabilmektedir. Ülkede ayaktan tedavi hizmetleri ile hastanede bakım hizmetleri ayrılmıştır. Çok önemli bir diğer özellik ise hastanelerin ayakta tedavi hizmeti vermemesidir. Hastanelerdeki hastaların hemen hemen tümü yatarak tedavi gören hastalardır. Hastane tedavisi, pratisyen hekimin ya da uzman bir doktorun sevkı ile veya acil müdahaleyi gerektiren durumlarda gerçekleşmektedir. Hastane hizmetleri yataklı tedavi, ameliyat öncesi ve sonrası yataklı bakım ve ayakta cerrahi girişimler şeklinde düzenlenmiştir. Temel Sağlık Yasası ile hastanede konaklama süresi tıbben gerekli süre ile sınırlandırılmıştır¹⁸⁵.

Almanya'da hastanelerin mülkiyeti kamu sektörü, özel sektör, dernekler ve vakıflara aittir. Burada kamunun payı % 61 civarında iken, Kiliselere ve halka açık derneklere ait hastanelerinin oranı ise % 34 civarındadır. Kalan % 4 civarındaki pay da özel sektöre aittir. Hastane bakımı çocuklar ve emekliler için ücretsizken, diğer hastalar ise belli bir oranda katkı yaparak bu hizmetten yararlanmaktadır. Almanya hasta yatak sayısı itibarıyla, Avrupa Birliği ülkeleri içinde oldukça yüksek bir orana sahiptir. 1995 yılı verilerine göre her 1000 kişiye 11 yatak düşmektedir¹⁸⁶.

¹⁸⁴ SB, **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, 2004, s. 77.

¹⁸⁵ Serin, **a.g.e.**, s. 139.

¹⁸⁶ Oral, **a.g.e.**, s. 108-109.

1.3.1.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Almanya'daki hastalık, iş kazası, mental fonksiyon eksikliği, iş göremezlik ve işsizlik durumlarını kapsayan bir sosyal sigorta sistemi bulunmakta ve bu kollara ait sigorta uygulamaları resmi sağlık sigortalarınca yürütülmektedir. Sosyal Kanun (Sozial Gesetz Buch-SGS) kapsamında belirtilen hizmetlerden faydalanan sigortalılar hizmet alırken herhangi bir ödeme yapmazlar, hizmet sunucuları sağlık hizmeti bedellerini sandıklardan tahsil ederler.

Ancak katılım payı aile hekimi için de geçerlidir. Katılım payı sigortalılar için, piyasa fiyatının yüzde 10'u, ancak en az 5 € en çok 10 € ve kullanılan hizmetin fiyatından pahalı olamaz. Hastanın hastanede kaldığı gün başına 10 € ayrıca alınır. İlaçlar ve ev bakımı için katılım payı her 10 €'luk reçetenin yüzde 10' u olarak belirlenmiştir. Verilen hizmetler kullanıcıya direk faturalandırılır¹⁸⁷.

Katılım paylarındaki sınır yıllık kazanca göre belirlenmiştir. Eğer sigortalı bir yıl içerisindeki hizmet ve katılım sınırını aşmış ise sağlık sigorta kurumundan alacağı bir belge ile yılın geri kalan bölümünde katılım payından muaf tutulur. Bu oranlar; yıllık brüt kazancın yüzde 2'sinin aşılması durumunda gerçekleşir. Aile içinde diğer çalışanların brüt kazançları birlikte hesaplanır ve ilk katılımcı için yüzde 15, sonraki katılımcıların her biri için brüt gelir hesabında yüzde 10 oranında azaltılarak hesaplanır¹⁸⁸.

Çalışanlar, ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılırlar ve işe başlayan kişinin ilgili sigorta kurumlarına bildirim yükümlülüğü işverene aittir. Sosyal güvenlik sistemi içerisinde kural olarak her sosyal sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumu yetkili kılınmıştır. Bu kurumlar sigorta ve sigortaya ilişkin ulusal ve uluslararası uygulamadaki tüm işlemleri üstlenmişlerdir.

Alman sosyal sigorta sisteminde yardımlaşma ve dayanışma sandıkları şeklinde yapılanan özerk kuruluşlar (hastalık sandıkları) önemli fonksiyonlarıyla öne

¹⁸⁷ Sozialgesetzbuch V. Kitap Md. 61 (Çevrimiçi) http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_D=0506100, 10 Haziran 2009.

¹⁸⁸ Sozialgesetzbuch V. Kitap Md. 62: (Çevrimiçi) http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0506200, 10 Haziran 2009.

çıkılmaktadır. Bu sigorta kolları; “Bölge Sağlık Sigortaları”, “İşyeri Sağlık Sigortaları”, “Lonca (Esnaf) Sağlık Sigortaları”, “Çiftçi Sağlık Sigortaları”, “İşçi Yedek Sigortaları”, “Memur Yedek Sigortaları”, “Deniz Sağlık Sigortası” ve “Alman Madenciler Birliği Sigortası”ndan oluşmaktadır¹⁸⁹.

Almanya’da sağlık sigortasına yönelik işlemleri Sağlık ve Analık Sigortası yürütmektedir. Bu kurum Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal Sağlık Enstitüsünün denetimindedir. Bu sigortalara bağlı toplam 1100 civarında özerk sağlık sigorta kuruluşu faaliyet göstermektedir. Ülkede kural olarak her sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumu yetkili kılınmıştır. Bu kurumlar sigorta ve sigortaya ilişkin ulusal ve uluslararası uygulamadaki tüm işlemleri üstlenmişlerdir¹⁹⁰.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında bulunmak için yıllık kazancın miktarı, katılım payları ve benzeri hususları aşağıdaki tabloda incelemek faydalı olacaktır.

¹⁸⁹ Erdoğan, Ekuklu, **a.g.e.**, s. 74.

¹⁹⁰ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu**, Ankara, A.T. Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, Ocak 2000, s. 132.

Tablo 6: Zorunlu Sağlık Sigortası Kapsamında Bulunmak İçin Gerekli Yıllık Kazanç ve Katılım Payları (2010)

	Batı		Doğu	
	Aylık	Yıllık	Aylık	Yıllık
Katılım Payları (€)				
Emeklilik sigortası (Rentenversicherung) (Çalışanlar)	5.400	64.800	4.550	54.600
Arbeitslosenversicherung (işsizlik sigortası)	5.400	64.800	4.550	54.600
Kranken-Pflegeversicherung (Sağlık ve bakım sigortası)	3.675	44.100	3.675	44.100
Zorunlu sigorta sınırı (€)				
Kranken- Pflegeversicherung (Sağlık ve bakım sigortası)	4.050	48.600	4.050	48.600
Kısa ve orta zamanlı çalışanlar				
Küçük işler (vergiye tabi olmayan limit)	400		400	
Orta sınır	401-800		401-800	
Katılım oranları (%)				
Emeklilik sigortası	19,9			
İşsizlik sigortası*	2,8			
Sağlık sigortası**	15,5(14,6 işçi katılımı da dahil)			
Bakım sigortası	1,95			
İşçinin katılımı				
Sağlık sigortası	0,9			
Bakım sigortası (çocuksuz)	0,25			
Sigortalılar için Aylık en yüksek tutar (€)				
Emeklilik sigortası	537,30		452,73	
İşsizlik sigortası	75,60		63,70	
Sağlık sigortası***	268,28		268,28	
Bakım sigortası****	35,83		35,83	
İşçinin katılımı				
Sağlık sigortası	33,08		33,08	
Bakım sigortası (çocuksuz)	9,19		9,19	

Tablodaki rakamlar 2010 yılı Almanya meri mevzuatından manuel derlenmiştir.

*)%3 olarak indirilen oran bir indirimle daha %2,8 e çekilmiştir. (01.2009 – 06.2010)

**) Yasaya göre hukuki eşitlik sağlanmıştır

***) Katılımcının özel katılımı (en yüksek 33.08)

****) Çocuklu katılımcının bakım sigortası

Sağlık sigortası kapsamında; ücretli bir işte çalışanlar, mesleki eğitim görenler, stajyerler, yükseköğrenim görenler, emekliler, işsizlik parası ve yardımı alanlar, mesleğe alıştırma faaliyetlerine katılanlar, tarım işletmecileri, sanatkârlar ve gazeteciler ile isteğe bağlı sigortalılar yer almaktadır.

Sağlık sigortası uygulamaları sağlık yardımlarının yanı sıra parasal yardımı da kapsamaktadır. İşverenler, hastalık nedeniyle çalışamaz duruma gelen sigortalıya ilk 6 hafta içinde ücretini tam olarak öderler, 6. haftadan sonra ise sağlık sigortası devreye girer. Sigorta hastaya net ücretinin % 90'ını geçmeyecek bir oranda parasal yardımda bulunur. Aynı hastalığın tedavisi için alınan parasal yardım, 3 yıllık sürede 78 haftayı geçememekte ve başka yardımlardan (malullük gibi) yararlanan sigortalıya hastalık parası kesintili olarak ödenmektedir. Sigortalı kontrol veya takip için muayeneye çağırıldığında sigortanın belirttiği zamanda muayene yerinde bulunmak zorundadır. Kabul edilebilir bir nedeni olmaksızın muayeneye gelmeyenlerin hastalık parası ödemesi durdurulmaktadır¹⁹¹.

Sistemin diğer bileşeni kamuca sağlanan sağlık sigortasının ikamesi niteliğindeki özel sağlık sigortacılığıdır. Sosyal sağlık sigortası uygulamasına tabi olmayan bireyler özel sağlık sigortası kuruluşlarını tercih edebilirler. Özel sağlık sigortacılığında kârlılık ön plandadır. Bu nedenle, kuruluşlar kendilerine tabi olan sigortalıların primlerini hastalanma risklerine göre belirlerler. Demografik özelliklerine göre, hastalanma riski yüksek olanlardan fazla, düşük olanlardan daha az sigorta primi alınması söz konusudur. Özel sigorta kuruluşları bu şekilde maliyetlerini minimum seviyede tutmayı hedeflerler¹⁹².

1.3.1.4. Finansman Yapısı

Alman Sağlık Sisteminin orijini 1883'lere, bazı çalışanların zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmasına dayanır. Söz konusu tarihte Otto Van Bismarck'ın katkılarıyla kurulan sosyal sigorta sistemi, genel anlamda katılımcıların gönüllülüğü ve finansman yöntemi itibarıyla dağıtım esası üzerine inşa edilmiştir¹⁹³. 1883'te çıkarılan mecburi sağlık sigortası kanunu özellikle sanayi sektöründe çalışanların bazı sağlık harcamalarının karşılanmasını öngörmekteydi. Bu kanunun hemen ardından ferdi kaza ve emeklilik sigortası kanunları çıkarıldı. Bunlar, mevcut sosyal güvenlik sisteminin iskeletini oluşturdu. Birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi,

¹⁹¹ Oral, **a.g.e.**, s. 115.

¹⁹² Busse, Reisberg, **a.g.e.**, s.78.

¹⁹³ **A.e.**, s. 82.

Almanya'daki sağlık sistemi, sosyal yapının bir parçasıdır ve tüm vatandaşlar için sosyal refahın sağlanması öngörmektedir. Bunun temelinde sosyal dayanışma fikri yatmaktadır. Bu prensibin yerine getirilmesi ortak davranışı vurgulamasına rağmen devletin, bu yapı içinde olayı direkt olarak finanse etmesi veya sosyal hizmetleri temin etmesi gerekliliği ihtiyacını göstermez. Aksine devlet, bu rolü üstüne almaz fakat finansın tahsis edilmesi ve sistemin idaresi, devlet onayı ile sağlık hizmetlerini (bazı kamu hastaneleri hariç) geniş anlamda özerk yapıları olan fonlara ve özel sektöre bırakmıştır.

Almanya'da sağlık finansmanı açısından tamamen karma bir sistem uygulanmaktadır. Bu sistem içinde hastalık sigorta fonları (hastalık kasası da denir) tamamen merkezi hükümetin dışında kendi kendini yöneten bağımsız organizasyonlar tarafından yerine getirilmektedir. Yerel hastalık fonları, endüstriyel fonlar, kırsal fonlar, denizcilerin fonları, madencilerin fonu, zanaatkârların fonu gibi birtakım fonlar vardır. Bu fonların yaklaşık %25'lik bir kısmı yerel hastalık fonlarıdır ve bunlar zorunlu sigortalıların yaklaşık yarısını kapsamaktadır. Endüstriyel fonlar ise tüm fonların % 62'sini oluşturmakta ve nüfusun yaklaşık %10'luk bir dilimini kapsamaktadır. Bugün Almanya'da nüfusun tamamına yakını sigorta kapsamındadır. Hastalık fonlarına giden paraların yarısını sigortalılar, geri kalanı da işverenler prim şeklinde ödemektedirler.

Bu sistemde sigortalılar ve işverenler, sigortalının aylık kazancının % 6,9'u oranında prim ödemekte, eğer sigortalının geliri belli ücretin altında ise sigortalı için prim ödeme koşulu aranmamakta ancak işverenin katkısı artırılmaktadır. Devlet ise emekli çiftçilerin ve öğrencilerin sağlık hizmetlerini sübvansede etmekte, bununla birlikte emeklilikler de gelirlerinin % 6,9'u oranında finansmana katkıda bulunmaktadır¹⁹⁴.

Alman sağlık sistemi, riske göre değil gelire göre hastalık fonlarına prim ödeme temelli olup zorunlu sosyal sigortaya üyelik ise belirli bir gelir seviyesinin altında olan kişiler için (nüfusun yaklaşık olarak %88'i) zorunludur. Alman zorunlu

¹⁹⁴ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Avrupa Toplulukları Sosyal Güvenlik Kılavuzu, **a.g.e.**, s. 135.

sağlık sigortasına ek olarak vergiler, özel sağlık sigortası ve doğrudan cepten yapılan ödemeler de finansman kaynakları arasında yer almaktadır. Uluslararası karşılaştırmada görülmektedir ki, Alman sağlık sistemi pahalı bir sistemdir¹⁹⁵.

Alman GSYİH'sının yaklaşık % 10'u sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. 2006 yılı itibariyle sağlık harcamalarının finansmanında kamu sektörünün payı % 76,9'dur. Bu rakam 2000 yılı ile karşılaştırıldığında kamu sağlık harcamalarının toplam içerisindeki payında bir gerileme olduğu ve Alman sağlık sisteminde özel sektörün ön plana çıktığı anlaşılmaktadır. Tüm bunların yanı sıra kamu sağlık harcamalarının kamu harcamaları toplamı içerisindeki payı 2006 yılı itibariyle % 17,9'dur. Bu sonuca göre Almanya'da her beş birim kamu harcamasından yaklaşık olarak bir biriminin sağlık hizmetlerine tahsis edildiği söylenebilmektedir.

Alman sağlık sisteminde nüfusun yaklaşık olarak %88'i, sayısı 292 olan hastalık fonlarından (zorunlu sağlık sigortası) birinin kapsamında yer almaktadır. Hastalık fonları, yönetsel ve finansal açıdan özerk kuruluşlardır. Alman sağlık sisteminde hizmet finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sağlanması arasındaki ilişki sözleşmelere dayanmaktadır. Nüfusun yaklaşık olarak %10'u özel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Vergiler sistemde çeşitli şekilde kullanılmaktadır. Örneğin, hastane kurulması, üniversite hastanelerindeki araştırmaların finansmanı, sağlık profesyonellerinin eğitimleri gibi. Hastalık fonları sigorta katkılarının toplanması, hizmetlerin hizmet sunucularından satın alınması ve hizmet sunucularına ödemelerin yapılmasından sorumludurlar¹⁹⁶.

2008 yılı itibariyle yıllık geliri 43 bin €'nın altında olan tüm çalışanlar kamuca yönlendirilen sağlık sigortası kapsamındadır. Söz konusu tutarın üzerinde gelir elde edenler ise sigorta sistemine dâhil olup olmama hususunda serbesttirler. Bunlar kamuca finanse edilen sağlık sigortasına gönüllülük esasına göre katılmakta, özel sigorta kuruluşlarına dâhil olmakta ya da sigortasız kalarak olası bir sağlık

¹⁹⁵ Busse, Riesberg, **a.g.e.**, s. 196.

¹⁹⁶ **A.e.**, s. 199.

problemiyle karşı karşıya kaldıklarında kendi imkânları ile sağlık hizmetlerini karşılamaktadırlar¹⁹⁷.

Sosyal Sağlık Sigortası katkıları sağlık hizmetleri finansmanında en büyük paya sahiptir. Katkılar gelire orantılı olarak alınmaktadır. Sigorta fonları Federal Sigorta Ofisinin onayına bağlı olarak kendi katkı oranlarını belirler. 2002 yılındaki ortalama katkı oranı % 14 olmuştur. Aylık gelirleri 325 €'nın altında olan kimselerden sadece işverenler katkı ödemek zorundadırlar. Emekli ya da işsiz kimseler için işverenin finansman rolünü emeklilik ve işsizlik fonları üstlenmektedir.

Gönüllü sağlık sigortası primleri, yaş, cinsiyet ve sigortalılık sürecindeki tıbbi geçmişe bağlı olarak değişmektedir. Sosyal sağlık sigortasının tersine, primler eşler ve çocuklar için de ödenmektedir. Almanya, Avrupa'nın en büyük gönüllü sağlık sigortası pazarıdır.

Sistemin başka bir finansman kaynağı ise kullanıcı ödemeleridir. Hastalar, ilaçların referans fiyatları ve gerçek fiyatları arasındaki farkı ödemek zorundadırlar.

Diğer ödeme uygulamaları ise aşağıdaki gibidir:

- Her takvim yılında hastane ya da rehabilitasyon bakımının ilk 14 günü (günlük 9 €)
- Ambulans ile ulaşım hizmetleri (13 €)
- Doktor harici bakım hizmetleri (% 15)
- Dış tedavilerinin -sıklığına bağlı olarak- % 35-50'si hastalar tarafından karşılanmaktadır.

Acil Bakım hizmetleri ve koruyucu dış hizmetlerinde hastalar tarafından bir ödeme yapılmamakta olup, düşük gelirli kimseler ve işsizler de bu ödemelerin dışında tutulmaktadır.

Devlet Sisteminde Primler: Alman hastalık fonları prime dayalı ve kendi kendini finanse eden fonlardır. Primler her bir sigortalı için, gelirlerinin %11-16'sı

¹⁹⁷ Reinhard Busse, "The Health System in Germany", **Eurohealth**, Volume: 14, No: 1, 2008, s. 5.

kadardır ve işçi ile işveren arasında eşit olarak paylaşılmaktadır. Prim tutarları hastalık fonları arasında farklılık gösterebilmektedir.

Devlet Sisteminde Teminat Ödemeleri: Doktorlar ve sağlık kuruluşları, devletin hizmetlerinden yararlanan kişiler tedavi etmeden önce, hastalık fonlarına yapılacak tedavinin masraflarını ödemeyi kabul edip etmediğini provizyon onayı şeklinde kontrol etmektedir. Ayrıca, hastalık fonlarına bağlı sigortalılara doktora ya da sağlık kuruluşuna giderken kullanmak üzere, ödemenin direkt olarak yapılmasını sağlayacak belgeler verilmektedir. Ayakta tedavilerde ödemeler, hastalık fonları ile sağlık kuruluşları arasında yapılan sözleşmeler ile belirlenen fiyatlar üzerinden gerçekleştirilmektedir. Yatarak tedavilerde, devlet ve özel hastanelerde geçerli tek tip hizmet ücreti alınmaktadır. Özel ya da devlet hastane farklılığı gözetmeksizin alınan tek tip hizmet ücreti yatak, hemşire bakımı, tıbbi tedavi ve ameliyatları içermektedir. Buna ek olarak sigortalının kendi tercihi ile özel odalarda kalma ve özel hastanede uzman hekimlerin nezaretinde tedavi görmenin maliyeti ayrı olarak hesaplanmaktadır.¹⁹⁸

Devlet Sisteminden Özel Sağlık Sigortasına Geçiş: 1980 yılında devlet sağlık sisteminde kalınmasını sağlayan aylık gelir üst limiti 3,150 DM ve kesinti oranı da %11,5 idi. 1994 yılında bu aylık gelir ve kesinti oranı sırasıyla 5,700 DM ve %13,4 olarak gerçekleşmiştir. 1980 yılında kamuya bağlı planlarından özel sigorta planlarına net 108.000 kişi, 1994 yılında ise 92.000 kişi geçmiştir. Son yıllarda özel sigortaya geçişin azalmasının nedeni, devletin özel sisteme geçebilmek için belirlediği aylık gelir limitini yükseltmesidir. Bu nedenle özel sigorta şirketleri istedikleri sigortalı hacmine ulaşamamaktadır. Ancak, bir istatistiğe göre de 5,3 milyon kişi, özel sigortaya geçiş yapabilir durumda olduğu halde kendi istekleri ile kamuya ait planlarda kalmaktadırlar. Yakın bir geçmişe kadar kamu sisteminden ayrılan kişi daha sonra yeniden geri dönebiliyordu; ancak bu durum ortadan kalkmıştır. Özel sağlık sigortasına geçen kişilerin büyük çoğunluğu, özel sağlık sigortasının daha yüksek olan primlerini karşılamada güçlük çektiklerinden, devlet

¹⁹⁸ Almanya Sağlık Sistemi, (Çevrimiçi), <http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012/03/03/almanya-saglik-sistemi-germany-of-health-system/> 10 Ekim 2012.

tüm tıbbi tedavi teminatlarını veren sigorta şirketlerinin devlet sistemi ile aynı fiyatı belirlemesi kuralını koymuştur.

Özel Sağlık Sigortası: Özel sağlık sigortalarının potansiyeli, devlet sistemi tarafından belirlenen gelir grubunun üzerinde kazanan çalışanlar, devlet memurları ve serbest çalışanlar ile sınırlıdır. Özel sağlık sigortası şirketleri prim belirlemelerinde, geleneksel prim hesaplama yöntemini kullanmaktadırlar. Primler, riskin çeşidi, sigortalının sigortaya girişteki yaşı, cinsiyeti sağlık durumu ve alınan teminatın içeriğine bağlı olarak hesaplanmakta ve enflasyon ayarlaması dışında sabit kalmaktadır. Prim tutarı yaşlılık ve sağlık bozulması durumları için ayrılan rezervi de kapsamaktadır. Teminatlar, ayakta ve yatarak tedavi, dış tedavisi, gündelik tazminat, hastalık sonucu gider kaybı, uzun süreli bakım, devlet sağlık sisteminin karşılamadığı diğer giderler, yurt dışına seyahatlerde verilen sağlık sigortalarıdır. Sigortalılar, tedavilerinin önceden belirlenen bir tutarı aşan kısmını kendileri karşılamak şartı ile ödedikleri primlerde indirim hakkından yararlanmaktadırlar. Ayrıca tazminat ödenmesi olmadığında yenilemelerde, prim indirimi ya da bonus uygulaması yapılmaktadır¹⁹⁹.

Almanya’da Ocak 1996’dan beri geleneksel hizmet başı ödeme sistemi değiştirilmiştir. Ödeme sistemleri hala değişim halindedir. Hizmetleri sınırlayabilmek için ödeme sistemi aşamalı yapılmıştır. Örneğin belli sayıda hizmete ödenen ücret bu sayı aşıldıktan sonra düşmektedir. Ayrıca doktorların gereksiz işlem yapmasını önlemek için bireysel bütçeler oluşturulmaktadır. Ayakta hasta bakımları, ilaçlar, fizyoterapi, ergoterapi, konuşma tedavisi gibi hekimlik dışı tedavi uygulamalarına sevk edilen hastalar için sabit bütçeler oluşturulmaktadır. Ancak hizmetlerin ücretleri bölgelerde verilen hizmet sayısına göre azalıp artabilmektedir.

Almanya, sağlık kaynakları açısından da diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında iyi durumda olan bir ülke konumundadır. Yüz bin kişiye düşen yatak sayısı Almanya’da 857 civarında iken bu oran AB ortalaması için 585 civarındadır. Benzer eğilim hekim ve diğer sağlık personeli oranlarında da görülmektedir. Almanya sağlık

¹⁹⁹ A.e., s. 4

açısından tek bir bütçeye sahip değildir. Vergi temelli olarak 17 bütçe vardır (bunlardan birisi federal düzeyde, diğerleri ise eyalet düzeyinde)²⁰⁰.

1993 yılı itibariyle ve özellikle de 1996'dan beri daha da çarpıcı bir biçimde Alman hastane sektörü özellikle ileriye yönelik ödeme mekanizmasının uygulanmaya başlaması ile önemli değişikliklerle karşı karşıya gelmiştir²⁰¹.

1990'larda Almanya sağlık sisteminde SSS'nin (Sosyal Sağlık Sigortası) kaynak tahsisi yöntemi istihdam temelli sigorta planından yarışmacı sigorta planına doğru bir kayma göstermiştir²⁰². Hastanelerde veya rehabilitasyon merkezlerinde çalışan hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına maaş ödenmektedir. Zorunlu sağlık sigortası kapsamında hekim ödemeleri söz konusu olduğunda ise hastalık fonları, hekim birliklerine toptan bir para ödemesi yapar. Daha sonra hekim birlikleri bu bütçeden hekimlere ödemeleri gerçekleştirirler. Hastalık fonlarının yaptığı bu ödemeler kişi başı kriterine göre (birlik üyeleri veya sigortalı kişiler üzerinden) müzakere edilir. Ona göre belirlenir.

Hekim birlikleri ise bu toplam bütçeden hekimlere ödemeleri ise “Tekdüze Değer Skalası'na (Uniform Value Scale)” ve ek düzenlemelere göre gerçekleştirirler. Ayakta bakım hizmetleri sunan hekimlere genellikle hizmet başı ödeme yöntemi kullanılmaktadır.

Almanya'da farklı sigorta türleri bulunmaktadır. Bunları kısaca açıklamak gerekirse;

Zorunlu Sağlık Sigorta Kurumunda Mecburi Sigortalılık: Çalışan ve ayda en az 325 € brüt maaş alan, maaşı prim değeri ölçü sınırını aşmayan her kişi, zorunlu hastalık sigorta kurumunda zorunlu olarak sigortalı olmaktadır. Prim değeri ölçü

²⁰⁰ Busse, Riesberg, **a.g.e.**, s. 201.

²⁰¹ **A.e.**, s. 206.

²⁰² Worz, Buse, **a.g.e.**, s. 65.

sınırı 2003 senesi için aylık 3.450 € olarak belirlenmiştir (senelik 45.900 €). Bu miktar sürekli olarak değişebilmektedir²⁰³.

Genelde kamu sağlık sigorta kurumlarında sigortalı olanlar aşağıda sıralanmıştır: İşçiler, işsizlik parası veya işsizlik yardımı alanlar, engelliler (özürlüler), meslek hayatına yönelik rehabilitasyon uygulamasına katılanlar, üniversite öğrencileri, emekliler ve emeklilik başvurusunda bulunanlar, sanatçılar ve gazeteciler.

Aylık brüt maaş, prim değer ölçü sınırını aşıyorsa, gönüllü (isteğe bağlı) olarak sigorta yaptırmak gerekmektedir. Bu durumda kamu veya özel bir sigorta kurumu arasında seçim söz konusudur.

Zorunlu Sağlık Sigorta Kurumunda Gönüllü Sigortalılık: İsteğe göre ya kamu ya da özel bir sağlık sigorta kurumunda gönüllü olarak sigortalı olunabilir.

- Eğer aylık brüt maaş, prim değeri ölçü sınırı üzerinde ise,
- Zorunlu sağlık sigorta kurumunda en az 12 ay kesintisiz sigortalılık var ise,
- Ya da son 5 yıl içerisinde en az 24 ay sigortalılık bulunuyorsa, zorunlu sağlık sigortasında gönüllü sigortalı olunabilir.

Gönüllü sigortalılık için gerekli koşulların yerine getirilmesi durumunda (örneğin birden maaş artışı ve dolayısıyla aylık prim değeri ölçü sınırı üzerine çıkması), 3 ay içerisinde seçilecek bir sağlık sigorta kurumuna dilekçe verme zorunluluğu bulunmaktadır.

Yasal Hastalık Sigorta Kurumunda Bireylerin Sigortalılığı: Aile fertlerinden birisi kamuya ait bir sağlık sigorta kurumunda sigortalı ise diğer aile fertleri de aynı kurumda sigortalı olmaktadır. Bu durum özellikle çalışmayan eşler (kadın veya erkek) ve çocuklar için geçerlidir. Okuyan veya meslek eğitimi gören gençler, 25 yaşına kadar aile sigortasına tabidirler. Ebeveynler farklı hastalık sigorta

²⁰³ Doris Schopper, Ruth Baumann-Hölzle, Marcel Tanner, "Rationierung im Gesundheitswesen: Was könnte die Schweiz von anderen Ländern lernen?", **Schweizerische Aerztezeitung**, 2002, Nr: 44, s.83.

kurumlarında sigortalı iseler, çocuklarını hangi sigorta kurumunda sigorta olacağına karar verebilirler.

Özel Sağlık Sigorta Kurumu: Özel sağlık sigorta kurumunda sadece gönüllü olarak sigortalı olunabilmektedir. Bu durumda dikkat edilmesi gereken hususlar vardır. Özel sağlık sigortasında iken tekrar kamu sağlık sigortasına geçmek ancak belirli şartlar altında mümkündür. Bu nedenle özel bir sağlık sigorta kurumuna geçmeden önce iyi düşünüp, sigorta kurumlarını karşılaştırarak karar vermek gerekmektedir.

Sosyal Yardım Alanlar İçin Sağlık Sigortası: Sosyal yardım alan kişilerin, kamu sağlık ve bakım sigortası primlerini genelde sosyal daire karşılamaktadır. Eğer sosyal yardım alma muhtemelen kısa bir süreye tekamül ediyorsa, uygun görülmesi durumunda özel sigorta primleri de sosyal daire tarafından karşılanabilmektedir.

Almanya “Agenda 2010” sloganıyla reform çalışmalarına 2004 yılında başlamıştır²⁰⁴. Reform çalışmaları 3 ayakta yapılmaktadır.

Bunlar sırasıyla:

Entegre edilmiş bakım konseptlerin geliştirilmesi: Entegre bakım modellerinde, katılım-bonus- sistemi ile hastanın sağlıklı kalmasını (koruyucu sağlığı) teşvik etmek üzere hazırlanmış, ödül niteliğinde bir geri ödeme sistemidir. Bu sisteme dahil olan hasta, sistemin belirlemiş olduğu hekime gitmek zorundadır. Belirlenmiş hekime gittiği sürece, ek ödeme yapmamaktadır. Bu modelin dışında bir hekime gidememektedir.

Disease-Management- Program: 2004 yılından itibaren hastalık giderlerini kontrol altına alabilmek için uygulanmıştır. Hastalık giderleri sınıflandırılmıştır ve teşhisler için sabit maliyetler belirlenmiştir.

DRG (Diagnosis Related Groups): Bu sistem ilk bakışta kısa süreli tedavilerin maliyetlerini düşürme açısından çok cazip görünmüştür. Ancak yapılan pilot çalışmalarda, 3. kademe hastanelerinde verilen geniş çaptaki hizmetin aynı hastalık için 2. kademedeki bir hastanede verilen hizmette farklılıklar ortaya

²⁰⁴ İsmail Can, “Almanya’da Devletin Yapısı ve Vergi Sisteminin Anayasal Temelleri”, **Maliye Dergisi**, Sayı:145 Ocak-Nisan 2004, s. 28.

çıkmıştır. Hastada gelişen komplikasyonlar, hastanın hastanede fazladan kalmasını gerektiren gün sayıları, ilave tetkikler gibi unsurlar sebebiyle DRG ile belirlenmiş ortalama maliyet, verilen hizmetin maliyetini karşılamamaktadır.

İkinci dünya savaşından sonra Alman sağlık sisteminde yapılan en radikal reformla hükümet, sağlık harcamalarını 9,9 milyar € azaltacağını ve 2007'ye kadar kesintilerin 23,1 milyar €'yu bulacağını duyurmuştur. Yeni düzenlemeye göre hastalar tedavi için daha fazla ücret ödeyecekler. Hastalar genel pratisyene her gidişleri için 10 € ödeyecekler, ayrıca ilaçlar için ödedikleri para da artacaktır. Hastanede kaldıkları her gün için de 10 € ödeyeceklerdir. Dahası, takma diş ve meslek hastalığı tazminatı gibi birçok sağlık ödemesi devlet sağlık sigortası kapsamının dışına çıkarılmaktadır²⁰⁵.

Almanya'da reform önerilerinin en somut örneği uygulanmaya başlanan 'Gündem 2010 Programı'dır. Bu program sosyal güvenlik sisteminde ve istihdam politikalarında sürdürülebilir başarıyı hedeflemiştir. Özellikle yaşlanan nüfus Almanya'nın sosyal güvenlik sisteminin mali yapısında önemli bozulmalara yol açmıştır. Esneklik ve bireysel sorumluluğun artması şeklinde iki önemli temel taşı barındıran bu reform kapsamında yaşlıların bakım sigortalarının özelleştirilmesi ve istihdam politikalarında daha fazla esneklik öngörmektedir. Ayrıca Gündem 2010'da işsizlere sağlanan işsizlik ödeneklerinin yeniden düzenlenmesi konusunda işsizlerin işsizlik ödeneğinden yararlanma süresinin işsiz kaldıkları tarihten itibaren geçen 12 ay ile sınırlandırılmıştır. Ancak 55 yaşını doldurmuş çalışanlar, işsiz kalmaları halinde 18 ay boyunca işsizlik ödeneğinden yararlanabilecektir. Eski sistemde işsizlik ödeneğinden 32 ay boyunca yararlanabileceği hatırlanacak olursa zaman açısından önemli bir kısıtlama söz konusudur²⁰⁶.

Almanya'daki bir diğer reform ise sosyal sigortalar arasında denge, mesleki hazırlık planları ve özel emeklilik sigortası olmak üzere içinde üçayaklı düşüncenin

²⁰⁵ Jane Burgermeister, Germany Reaches Controversial Deal on Healthcare Reform, 2003, (Çevrimiçi), <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/327/7409/250-a>, 29 Şubat 2011.

²⁰⁶ Oğul Zengingönül, "Sosyal Politika-Esnek Çalışma Biçimleri Paradoksunda Avrupa Birliği Örneği", Dokuz Eylül Üniversitesi, **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 5, Sayı: 4, 2003, s. 166-167.

olduğu bir içerikle 2001’de yapılmıştır. Herkes için zorunlu bir özel sigorta planlanmasına rağmen gelen büyük eleştiriler nedeniyle değiştirilerek gönüllü yapılmıştır. Katkılarda artışı sınırlamak amacıyla ulusal sigorta programı faydaları, 2030 yılına kadar kademeli olarak azaltılacak ve emeklilik kapsamının yeterli bir miktarını garanti etmek amacıyla devlet tamamlayıcı emekliliği veya özel emeklilik planlarını teşvik edecektir²⁰⁷.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası: Avrupa’da kişi başına en yüksek sağlık harcaması 3089 USD ile Almanya’dadır. Tüm sağlık harcamalarının %78,4’ü devlet tarafından yapılmaktadır. Almanya’da devlet sağlık sistemi (GKV-Gesetz Karanken Versicherung) yüksek maliyetlere rağmen kaliteli hizmet sunmaktadır. Aylık geliri belli bir düzeyin üzerinde olanlar devlet sağlık sistemi ile özel sağlık sigorta sistemi arasında seçim yapma hakkına sahiptirler. Bunların yanında devlet memurları ve serbest çalışanlar da devlet sağlık sistemine katılmak zorunda değildir. Tüm toplumun %99,9’u herhangi bir sağlık sistemine dâhildir. Nüfusun yaklaşık %9’unun tüm tıbbi giderlerin teminat altına alındığı özel sağlık sigortası teminatı, %8’inin de daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılamak üzere tamamlayıcı sağlık sigortası bulunmaktadır.

1.3.1.5. Sorunlar

Bu sistemin en büyük faydası, toplumun çok büyük bir kısmının sağlık hizmet hakkını teminat altına almış olmasıdır. Sisteme prim ödeyerek katılan birey yeterli geliri olmayan birinci derece yakınlarını da prim ödemeksizin sigortalamaktadır. Sistemde yer alan aile hekimliği uygulaması, toplumda karşılaşılabilecek hastalık riskine karşılık önceden önlem alınmasını ve hastanelerin çalışma sistemleri de maliyetlerin düşürülmesini ve kargaşanın önlenmesini sağlamaktadır. Sistem gelir elde eden herkesi zorunlu olarak içerisine dâhil ederken, bireyin satın alma hakkını kullanarak özel sağlık sigortasına dâhil olma isteğini de engellememektedir. Almanya’da özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sistemi ile bireyler oldukça geniş teminatlarla güvence altına alınmış olduğundan, “*tamamlayıcı*

²⁰⁷ Uğur, a.g.e., s. 132.

sigortalar” şeklindedir. Özel sigortaları için devletin sağladığı sağlık hizmeti teminatlarının asgari olarak sağlaması şartı vardır. Amaç sosyal sigorta sistemi dışında daha geniş teminatlarla sağlık hizmeti güvencesine sahip olmak isteyenlerin, gelirleri prim düzeyini karşılayabilecek oranda ise, daha geniş teminatlarla sağlık sigortası satın alması ve hizmetlerinden faydalanmasıdır²⁰⁸.

1.3.2. Fransa

Fransa, günümüzde uyguladığı sosyal güvenlik sistemini, genel sağlık sigortasını da içerir şekilde 4 Ekim 1945 yılında oluşturmuştur. İkinci Dünya Savaşı sonrasındaki süreçte, politika önceliğini savaştan yıpranarak çıkan ülkeyi yeniden inşa edebilme şeklinde saptayan Fransa, sosyal güvenlik sistemi aracılığıyla da önce çalışanlar ile ailelerinin, ilerleyen süreçte ise tüm toplumun sosyo-ekonomik güvencesini sağlayabilmeyi amaç edinmiştir. Bu bağlamda 1945 yılında genel sağlık sigortası sadece işçiler ile ailelerini kapsarken, 1961 yılına gelindiğinde çiftçiler, 1966 yılında ise tarım dışı serbest meslek faaliyeti ifa eden bireyler genel sağlık sigortası kapsamına dahil edilmiştir²⁰⁹.

Fransız sağlık sistemi (“Régime général d’assurance maladie”: genel sağlık sigortası), ağırlıklı olarak gelir vergileri ve çalışan ve işverenlerden gelen sosyal sağlık sigortası katılım payları ile finanse edilmektedir. Sağlık hizmetleri tedariki ve ödemeleri, sağlık sigortası programları devlet tarafından ödenmekte ve özel hekimler ile kamu ve özel hastaneler tarafından sunulmaktadır. Ayaktan tedavi sektöründeki genel pratisyenlerin ve uzmanların büyük bir kısmına hizmet başı esasına göre, üzerinde anlaşılmış fiyat tarifelerine uygun olarak ödeme yapılırken, kamu hastanelerinde çalışanlara maaş verilmektedir. Fransız hastaların hekimi ve hastaneyi seçme hakkı vardır²¹⁰.

Fransız sağlık sistemi, nüfusun sağlık statüsünün yüksek olması, hasta ve hekimlerin tercihlerinde özgür olmaları, sağlık hizmetlerine kolay erişim, bekleme

²⁰⁸ Yücel, a.g.e., s. 17.

²⁰⁹ Simone Sandier, Valerie Paris, Dominique Polton, **Health Care Systems in Transition: France**, Kopenhag, WHO Regional Office For Europe, Cilt: 6, Yayın No: 2, 2004, s. 5-7.

²¹⁰ TÜSİAD, a.g.e., s.35.

listelerinin olmaması ve sağlık sigortasının nüfusun tamamını kapsamaması gibi unsurlardan dolayı, 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyanın en iyi sağlık sistemi olarak nitelendirilmiştir²¹¹.

1.3.2.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

2010 verilerine göre ülke nüfusu yaklaşık 65 milyon olan Fransa’da, yaşlanan ülke nüfusu göze çarpmaktadır. Nüfus artış oranının % 0,57 olması,²¹² ölüm oranlarındaki azalma ve artan ortalama yaşam süresi böyle bir yapının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ülkede yaklaşık 1,6 milyon sağlık personeli çalışmakta olup, bu sayı toplam çalışan nüfusun % 6,2’sini teşkil etmektedir.

Fransa’da her 1000 kişiye 2,8 doktor, 0,7 diş hekimi, 5,5 hemşire düşmektedir. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 74,9 kadınlarda ise 83,6; sağlıklı yaşam süreleri ise erkeklerde 63,8 kadınlarda ise 68,5 olarak tespit edilmiştir²¹³.

Sağlık verileri incelendiğinde; yaşam süresi açısından Fransız kadınları, Japon kadınlarının ardından, dünyada ikinci sırada yer almaktadırlar; doğumda yaşam beklentileri 82 yaşın üstünde olup bugün doğanların yarısından fazlası ise yüz yaşın üzerinde yaşama şansına sahiptirler. Buna karşın, Fransız erkeklerin sağlıklıları o kadar olağan üstü değildir; doğumda yaşam beklentileri 75 yaşın çok az üzerinde ve bayan vatandaşlarına göre hissedilir bir şekilde düşük olmakla birlikte, Batı ülkeleri arasında 9’uncu sırayı almaktadırlar. Fransa, Dünyada kadın-erkek arası doğumda yaşam süresi beklenti farkının en yüksek düzeyde olduğu Avrupa ülkesidir. Fransızların doğumda yaşam beklentileri, her sene 3 aydan fazla artmaya devam etmektedir²¹⁴.

2002 yılında Fransa’da sağlık harcamaları GSMH’nın % 9,7’si olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların % 76’sını kamu sağlık harcamaları oluşturmuştur. Yine 2002 yılında ki sosyal sağlık sigortası harcamaları toplam sağlık harcamalarının

²¹¹ Akalın, **a.g.e.**, s. 8.

²¹² Murat, Şahin, **a.g.e.** , s.72-74.

²¹³ Oral, **a.g.e.**, s. 117.

²¹⁴ Jane De Kervasdoue, **Toward 2020 Visions for Nursing**, France Public Press, 2002, s.1.

% 73'ünü teşkil etmiştir. Cepten harcamalar ise % 9,8 oranında gerçekleşmiştir. Ülkede kişi başına düşen milli gelir 1999 verilerine göre 23.480 \$'dır²¹⁵.

1.3.2.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi

Fransız sağlık sistemi hem vergi tabanlı hem de işverenler ve çalışanlardan alınan sosyal sağlık sigortası katkıları esasına dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri hükümetçe ve sağlık sigortası düzenlemeleri ile temin edilerek karşılanır. Özel pratisyen hekimler ile özel hastaneler ve kamu hastaneleri sağlık hizmeti sağlayıcıları olarak sistemin temel yapısını oluştururlar. Özel çalışan pratisyen ve uzman hekimlere, hizmete göre ücret esasınca belirlenen tarifeler üzerinden ödemeler yapılır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ayaktan tedavi hizmetlerinin % 99'u Sosyal Sigortalar Kurumunun anlaşmalı olduğu hekimler tarafından yürütülmektedir. Satın alma sorumluluğu devlet ve sosyal sağlık sigortası organizasyonu tarafından paylaşılmaktadır. Genel olarak, ayaktan bakım hizmeti alan hastalar önce ödeme yapmaktadırlar. Daha sonra bu ödemeleri kısmi olarak geri almaktadırlar. Bir kısım harcamalar için belirlenen tarife tutarını aşan harcamalar geri ödenmediği için sigortalının cepten harcamasına dönüşmektedir²¹⁶.

“Sosyal Sağlık Sigortası Kanunu” kapsamından yer alan alt gelir grubu, sağlık hizmetinden faydalanırken ön ödeme yapmak zorunda değildirler (Türkiye’deki Yeşil Kart uygulaması bu düzenlemeye örnek olarak gösterilebilir). Hasta sevk zincirinde birinci basamaktaki hekimlerin etkili bir rolü bulunmamakta olup, Alman sağlık sisteminden farklı olarak dileyen doğrudan uzman bir doktora ya da hastaneye başvurabilmektedir. İkinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında kamu hastaneleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmakta olup, kamuya ait çok yüksek standartlara sahip hastaneler ile psikiyatri hastaneleri gibi dal hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri yer almaktadır. Toplam hastanelerin

²¹⁵ Grosse, Figueras, **a.g.e.**, s. 24.

²¹⁶ **A.e.**, s. 23.

üçte birine yakın kısmı kamuya ait olmasına rağmen, hastane yatak sayısı göz önünde bulundurulduğunda kamunun payı üçte ikiye tekabül etmektedir²¹⁷.

1.3.2.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Fransa'da ikamet eden herkes kamu sağlık sigortası kapsamındadır. Nüfusun sigortadan çıkması söz konusu değildir. Son döneme kadar; hak sahibi olmanın temeli çalışma durumuna bağlıyken, Ocak 2000 tarihinde uygulamaya başlanan Genel Sağlık Güvencesi Yasası (Universal Health Coverage Act) (CMU) uyarınca, kamu sağlık sigortası kapsamında olmayan küçük bir nüfus kesimi de Fransa'da ikamet ediyor olmalarına dayanarak kamu sigortası kapsamına alınmıştır. Üç temel sağlık sigortası programı nüfusun %96'sını kapsamaktadır. Çalışanların sigortalanması için Ulusal Fon'un (National Fund for the Insurance of Employed Workers) kapsama oranı nüfusun %83'üdür. Nüfusun sigortacı seçme hakkı yoktur. Fransa'da yaşayan herkes mesleki durumlarına ve ikamet ettikleri yere göre bir sağlık sigortası programı ile ilişkilendirilmektedir. 2000 yılı verilerine göre nüfusun %86'sının ek bir (tamamlayıcı) isteğe bağlı sağlık sigortası bulunmaktadır. Düşük gelir düzeyindeki kişiler için ücretsiz tamamlayıcı VHI (Voluntary Health Insurance) güvencesi sağlayan CMU'nun 2000 yılında uygulanmaya başlamasından sonra, %7,2'lik bir kesim daha VHI kapsamına girmiş ve tamamlayıcı VHI tarafından kapsanan nüfus oranı %90'ı geçmiştir.

Fransa'da yaşayan herkes sosyal sağlık sigortası kapsamı altındadır. Üç ana sağlık sigortası düzenlemesi nüfusun % 96'sını kapsamaktadır. % 96'lık oranın yaklaşık % 84'ü işçilerden oluşmakta olup, Ulusal İşçi Sigorta Fonu kapsayıcılığı altındadır. Kalan kısmın % 7'si tarım işçilerinden, % 5'i ise kendi adına çalışanlardan oluşmaktadır. Fransa'da yasal olarak ikamet edenler, ikamet ettikleri yere ve meslek durumlarına göre otomatik olarak sağlık sigortasına kaydedilir²¹⁸.

Fransa'da sağlık sigortası uygulamaları Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığı'nın denetiminde, Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Ulusal

²¹⁷ İlhan Oral, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortaları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 2, No:2, 2002, s. 66.

²¹⁸ Grosse, Figueras, **a.g.e.**, s. 24.

Sağlık Sigortasının altında yerel sigorta kurumlarının koordinasyonunu ve finansmanını sağlamak üzere Bölge Sağlık Sigortaları bulunmaktadır. Birinci basamakta yer alan yerel sağlık sigortaları, sigortalıların kayıt işlemlerini, nakit para yardımlarının ödenmesini ve tıbbi yardım giderlerinin geri ödenmesini üstlenmiştir²¹⁹.

Fransa’da sigortalıların ve bağımlılarının istedikleri hekim veya hastaneyi seçme hakkı vardır. Prensip olarak sigortalılar ve bağımlıları hekim, hastane, ilaç ve diğer sağlık harcamalarını öncelikle kendileri yaparlar sonra Milli Sağlık Sigortası Sandığı’nın belirlediği düzeyde ve fiyatlar üzerinden yapmış oldukları harcamaları geri alırlar²²⁰.

Sağlık sigortasından sağlık yardımı ve parasal yardım yapılmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında bütün ücretli ve ücretsiz çalışanlar, aylık sahipleri (malullük) işsizler, iş kazası geliri alanlar, gençler, askerlikten muaf olan gençler, sakatlar, yalnız yaşayan ve anne baba yardımı alanlar, mesleki eğitim stajyerleri, yükseköğrenim öğrencileri ve tutuklular bulunmaktadır. Bu grupların hak sahipleri de sigortadan yararlanabilirken parasal yardımdan ancak sigortalının kendisi yararlanabilir. Bütün sigortalılar bir hastalıktan ileri gelen iş görmezlik süresi boyunca hastalık parası almaktadırlar. İşsizler de, işsizlik ödeneği aldıkları süre boyunca ve bu ödenek sona erdikten itibaren 1 yıl boyunca parasal yardımları almaya devam etmektedirler.

Sigortalılara sağlanan sağlık yardımları ve katılım payları sıralanırsa;

- Sağlık Giderlerine Katılım: Sigortalı kendisine sunulan hekim muayene ücretinin %30’una, yataklı tesislerde yapılan dış konsültasyon ücretinin %25’ine ve hastanede kalınan süre içinde tedavi giderlerinin %20’sine, analiz ve laboratuvar giderlerinin %40’na katılmak zorundadır.

²¹⁹ Sussanne Tiemman, **Gesundheitssysteme in Europa**, Experimentierfeld zwischen Stat und Markt, Schriftenreihe der GVG, s. 24.

²²⁰ Karine Chevreul, Isabelle Durand-Zaleski, Stéphane Bahrami, Cristina Hernández-Quevedo, Philipa Mladovsky, **Health Care Systems in Transition, France**, European Observatory on Health and Policies, Volume: 12, No: 6, 2010, s. 1-4.

- Yatarak Tedavi Hizmeti: Sigortalı kamu ya da özel sağlık tesisleri arasında seçim özgürlüğüne sahiptir. Sigortalıdan yatarak tedavi için ve hastanede kaldığı gün başına katılım payı alınır.
- Sanatoryum Hizmeti: Sigorta kuruluşunun ön izni alınarak katılım payı vermeden bu hizmetten yararlanılabilir.
- Diş Tedavi Hizmetleri: %30'luk katılım oranıyla önleyici, tedavi edici ve diş çekim hizmeti alınabilir.
- İlaçlar: Ağır hastalıklarda kullanılan ilaçlar hariç %35-65 arasında değişen katılım payları alınır. Lüks ilaçları tamamen sigortalı kendisi karşılar. Ayrıca uzun süreli tedavilerde de sigortalıdan katılım payı alınır.
- Protezler, İşitme ve Görme Cihazları: Kurumun ön izniyle birlikte %35 katılım payı alınır. Büyük protez ve cihazlardan katılım payı alınmaz.
- Diğer Yardım ve Hizmetler: Bunlar yardımcı sağlık hizmetleri, hastaneye nakil, koruyucu hekimlik hizmeti, sigortanın sağladığı sosyal amaçlı ek sosyal yardımlar ve rehabilitasyon ile kaplıca hizmetleridir. Bu hizmetlerden katılım payı alınmaz.

Sağlık sigortasından sağlanan yardımlar sağlık yardımları ve parasal yardımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. 2000 yılında yapılan reform öncesinde; sigortalının sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için hasta olduğu tarihten önceki bir ay içinde asgari saat ücretinin 60 katı üzerinden prim ödemiş olması veya 60 saat çalışmış olması ya da hastalık tarihinden önceki üç ay içinde asgari saat ücretinin en az 120 katı üzerinden prim ödemiş olması veya 120 saat çalışmış olması gerekmektedir. Bir diğer durumda da hastalık tarihinden önceki bir yıl içinde sigortalının asgari saat ücretinin en az 20-30 katı prim ödemesi veya 1200 saat çalışmış olması gerekmektedir²²¹.

Sağlık yardımları, hastalığın başlamasından itibaren süresiz olarak verilmekte, ancak bu yardımlar sigortalılığın sona ermesinden itibaren 1 yıl geçtikten sonra kesilmektedir. Sigortalı bireyler sağlık giderlerini öncelikle kendileri karşılar, daha sonra bu harcamayı ilgili Sağlık Sigortası Kurumundan katılım payı kesildikten

²²¹ Oral, a.g.e., s. 122.

sonra kalan kısmi iade olarak alırlar. Böylelikle sigortalıların harcamalara doğrudan katılımı sağlanmış olmaktadır. Sigortalılar hastalık nedeniyle iş göremez duruma düşmeleri ve gerekli koşulları yerine getirmeleri durumunda, sağlık yardımına ilave olarak para yardımı da alırlar. Yasal hasta ödeneği hastalığın 4. gününden başlayarak 28 hafta sürmekte ve işveren tarafından sigortalıya ödenmektedir. Ayrıca bu hastaların üzerinde kendilerine bağımlı kişiler varsa, ödeneğe her bağımlı başına ilave yapılmaktadır²²².

Sağlık hizmetlerinin sağlık sigortası tarafından ödenebilmesi için sağlık sigortası sistemine kayıtlı kurumlar, doktorlar, hemşireler ya da dış hekimleri tarafından hizmetin verilmiş olması gerekmektedir. Fransa'da sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla hayata geçirilen uygulamaların başında, geri ödeme oranlarının düşürülmesi, hekimlerin etkin kapı tutucu (gate keeping) rolünü üstlenmesi, hekim sayısının sınırlandırılması, hastane planlamasının iyileştirilmesi ve ilaç fiyatlarının kontrolü gelmektedir²²³.

Devletin sağlık fonları tarafından ödenmeyen teminatlarını içeren özel sağlık sigortası sektörü önemli bir yer tutmaktadır. Nüfusun %85'inin grup ya da ferdi ek sağlık sigortası teminatı bulunmaktadır. Tüm teminatları ile özel sağlık sigortası alanların oranı ise %14'tür.

Bunların haricinde ayrıca özel sağlık sigortasına sahip olanlar vardır. Özel sağlık sigortası olanların %4,2'si tarım işçilerinden, %3,1'i ise kendi adına çalışanlar, artistler, tüccarlar, geriye kalan kısım ise; denizci, madenci ve demiryolu işçilerinden oluşmaktadır²²⁴. Ayrıca yeni işe giren herkes için gerekli bildirim yapılır, sigorta kapsamına alınır ve her türlü yasal hakkı korunur²²⁵.

²²² Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu**, 2000, s. 216.

²²³ Akalın, **a.g.e.**, s. 8.

²²⁴ Health Insurance in France, (çevrimiçi), <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>, 12 Temmuz 2009

²²⁵ Health Insurance in France, (çevrimiçi) http://www.fnak.fr/dn_health_cover_system_france/HealthInsurance_infrance.html, 04 Nisan 2009

1.3.2.4. Finansman Yapısı

Fransız sağlık sistemi finansmanının ana bileşenleri; vergiler, sağlık sigortası katkıları, isteğe bağlı sağlık sigortası primleri ve kullanıcılar tarafından yapılan ödemelerden oluşmaktadır²²⁶.

Fransa’da sunulan sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak işçi ve işverenlerden elde edilen sigorta primleri ve vergi gelirleri ile finanse edilmektedir. Devlet ve sağlık sigorta kuruluşları, vatandaşlar adına sağlık hizmetlerini satın almaktadır. Bireylerin sağlık sigortası sistemine katılımları zorunlu olup, hiçbir kimse istemi olmaksızın sistem dışında bırakılamamaktadır²²⁷.

Diğer ülkelerin sağlık sistemlerinden en önemli farkı; gelir düzeyleri ne olursa olsun, tüm bireylere tam bir özgürlük içerisinde seçim hakkı sunmaktadır. Bir gün içerisinde, birkaç pratisyen veya uzman tıp doktoruna doğrudan gidip muayene olabilirler, bir kamu veya özel hastaneye başvurabilirler. Cerrahi müdahaleler için bekleme listesi yoktur, maliyeti yüksek tanı işlemleri için dahi, alınan katkı payı dışında, hiçbir maliyet yoktur. Fransa’da dayanışma, zenginlerle fakirler arasında olduğu kadar, sosyal güvenliğin bir dalı olan hastalık sigortası kanalıyla, hastalarla sağlıklı kişiler arasında da uygulanmaktadır. İlgili dayanışmanın finansmanı, maaşlardan kesilen aidatlar, doğrudan vergilendirme yolu ve özellikle, emeklilik ve sermaye gelirleri dâhil olmak üzere, bütün gelirlerden belli bir oranda, ödenen doğrudan katkılar sayesinde kaynak bulmaktadır. Yapılan tedavi masraflarının hastalık sigortası sandığı kanalıyla geri ödenmesi, diğer ülkelere oranla, Fransa’da daha düşük seviyededir. Bununla birlikte, Fransızların %80’den fazlası, kendileri veya işletmeleri tarafından ödenen ek bir sigortaya sahiptir. Bu orana ek olarak, en fakir kesimi oluşturan, halkın %10’u için ilgili sigorta ücretsizdir, burada vergiyle finanse edilen Evrensel Hastalık Kefaleti devreye girmektedir. Nihayet, tedavisi uzun

²²⁶ Grosse, Figueras, **a.g.e.**, s. 25.

²²⁷ Fauzi A. Sagher, “Healthcare Systems (Part 2) the French Experience”, **Jamahiriyah Medical Journal**, Cilt: 8, No: 3, 2008, s. 158.

süren bir hastalığa yakalanmış olan insanların %6'sı için de tedavilerin tamamı geri ödenmektedir²²⁸.

Temmuz 2001 tarihinde, “kişileştirilmiş özerklik ödeneği” ile; günlük hayatın gereksinimlerini tek başlarına karşılayamayacak durumda olan kişilere ve bu kişilerin ailelerine, yardıma ihtiyaç duyduklarında, yardım götürme olanağı sağlamaktadır. Mart 2002 tarihinde; her tür tıbbi kaza için bir tazminat ödenmesi sağlanmıştır. Yeni çıkartılan haklar; hamilelik veya hastalık nedeniyle işi bırakma durumunda günlük tazminat ödemesi, iş yerinde tıbbi müdahale veya okulda tıbbi müdahalenin ücretsiz olması, ana-çocuk sağlığı koruma programları, bazı hastalıkların sistematik olarak taranması olarak sıralanabilir. Bu yardımların maliyetleri çok yüksektir ve finansman sağlanmasını da aynı oranda arttırmaktadır²²⁹.

Fransız sağlık sistemi, işçi ve işverenlerin ödedikleri sigorta primleri, ulusal gelir vergisi, tütün ve alkollü içecekler üzerinden alınan dolaylı vergiler, devletin sağladığı mali destekler ve diğer sosyal güvenlik kollarından gerçekleştirilen transferler ile finanse edilmektedir. Genel sağlık sigortasında biriken fonlar işçi ve işverenlerin eşit bir şekilde temsil edileceği bir kurul tarafından (sendikalar) yönetilmektedir. Her yıl parlamento, gelecek yıl için genel sağlık sigortasına ilişkin harcama artış oranlarının üst sınırını belirlemektedir. Ayrıca Fransa’da bireylerin yaklaşık % 90’ı tamamlayıcı özel sağlık sigortası müessesesine tabidir²³⁰.

Finansman kaynaklarından biri olan vergiler, ulusal düzeyde toplanmakta olup, sağlık hizmetleri bölgesel vergilerle finanse edilmemektedir. Vergiler içinde, genel sosyal katkılar, ilaç firmalarından ilaç satışlarına ve harcamalarına bağlı olarak alınan vergiler ve sağlık sigortası fonlarına tahsis edilmek üzere sigara ve alkole uygulanan vergiler yer almaktadır.

Çalışanların ücretlerinden kesilen sosyal sağlık sigortası prim oranları Parlamento tarafından çıkarılan yıllık Sosyal Güvenlik Finansmanı Kanunu ile belirlenmektedir.

²²⁸ Kervasdoue, **a.g.e.**, s. 3.

²²⁹ **A.e.**, s. 5.

²³⁰ Sandier, Paris, Polton, **a.g.e.**, s. 102-103.

Sosyal Sağlık Sigortası katkıları serbest çalışanlarda ve çiftçilerde önceki yıllara oranla gerileyen niteliktedir. Ücretli çalışanlarda prim, gelire orantılı olarak alınmakta olup, katkıda bulunamayan kimseler ise, sosyal sağlık sigortası gelirlerinden oluşturulan bir havuzdan fonlanmaktadır.

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yer alan diğer bir faktör ise, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmek için ödedikleri katılım paylarıdır. Muayene ücretlerinin %30'u, yatarak tedavinin %20'si hizmetten faydalananlarca karşılanmaktadır. Bir kısım ilaçlar hariç olmak üzere ilaçlara katılım %35 ile %65 arasında değişmektedir. Bu oranın Türkiye’de çalışanlarda %20, emeklilerde %10 olduğu dikkate alındığında oldukça yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca uzun süreli hastalıklarda da sigortalıdan ilaç için ilave katılım payı alınmaktadır. Sigortalılar, sigortanın ön izni olması koşuluyla protez uygulamaları ve cihaz edinimlerinde belirlenen tarifenin %35'i oranında katılım payı ödemektedir²³¹.

Onkoloji hizmetleri, yardımcı sağlık hizmetleri, nakil, koruyucu hekimlik, rehabilitasyon ve kaplıca hizmetleri için katılım payı alınmazken, diş hastalıkları kapsamında önleyici ve tedavi edici hizmetler ile diş çekimi işlemleri için katılım oranı %30'dur.

Muayenehane açmak konusunda çok fazla kısıtlama bulunmamaktadır. Fakat ücretler konusunda, muayene ücretlerini seçme özgürlüğü bulunmayan doktorlar için, çok sıkı bir kontrol uygulanmaktadır. Fransa’da hekimler, İngiliz meslektaşları da dâhil olmak üzere, Avrupalı meslektaşlarından daha düşük ücretle çalışmaktadır. Sağlıkla ilgili meslekler, bu sektörün toplam istihdamının sadece %10’una tekabül eden tıp mesleğiyle sınırlı değildir. Bu alanda da, Fransa sunduğu çeşitlilik ile ön plana çıkmaktadır. Sağlık kurumları üç gruba ayrılmıştır: “Kamu hastaneleri, özel klinikler ve gelir amacı gütmeyen tedavi kurumları”.1985 yılından beri, her kurum, temel olarak, sağlık sigortası sandığı tarafından finanse edilmektedir. Bilgi sistemlerinin düzenli çalışması ve kayıtların eksiksiz olması vasıtasıyla, aynı faaliyet için, her kuruma ilişkin verimliliği hesaplamak ve prensipte, bunun sonucu olarak da finansman kaynaklarının dağılımını düzenlemek mümkün olmaktadır. Fransa’da özel

²³¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, A.T. Sosyal Güvenlik Kılavuzu, **a.g.e.**, s. 218.

hastaneler, yani gelir amacı güden kurumlar, günlük ücret ve hastanın hastanede kalma süresince, yapılan müdahalelerin türünü dikkate alan bir tarife sistemiyle finanse edilmektedirler. Fransa’da üçüncü tip kurum (yatak sayısının %14’ü); hastaneye yatanlara verilen kamu hizmetine katılan özel hastanelerdir. Genellikle, dine dayalı kurumlardır. Kamu tarafından belirlenen tahsisat oranına bağlı olarak, finanse edilirler ve klinikler gibi de özel hukuka tabidirler²³².

Sağlık harcamalarının finansmanı, sadece hastalık sigortası için, üç büyük rejim arasında paylaştırılmaktadır. Bunlar ücretli çalışanlar ve aileleri (nüfusun %80’i), tarım kesiminde çalışanlar, zanaatkârlar-tüccarlar-serbest meslek sahipleridir. Sağlık sigortası sandığı, tedavi hizmeti veren herkesi, ya ödemeyi yapan üçüncü şahıslar kanalıyla doğrudan, ya da sigortalı tarafından gönderilen tedavi belgelerinin geri ödemesini yaparak dolaylı yoldan finanse ediyorsa da, yetkileri, devlete ve devletin harici hizmet birimlerine aktarılmasıyla bilinçli olarak kısıtlanmıştır. Söz konusu sandıklar, sadece sağlıkla ilgili mesleklerde çalışanların ücretlerinin belirlenmesi sırasında yapılan görüşmelerde kısmi bir rol oynamaktadırlar.

Özel veya kamu hastaneleri, eczaneler, sadece devletin himayesi altında olmakla beraber; devlet, temel konularda, hastane sektörünün himayesi için bölgesel hastane ajanslarını yetkili kılar. Devlet himayecilik görevini; merkeze bağlı, bölgesel ve vilayetlere bağlı hizmet birimleriyle yerine getirir. Sağlık Bakanlığı’na bağlı, birincisi kamu sağlığıyla ilgilenen Sağlık Genel Müdürlüğü ile ikincisi Hastaneler ve Tedavi Organizasyonu ile ilgili Müdürlüğü olmak üzere, iki büyük müdürlüğün dışında, çok sayıda önemli yetki, belirlenen “ajanslara” aktarılmıştır. Buna paralel olarak, Avrupa sağlık mevzuatı, özellikle ilaç ve medikal malzeme alanında gittikçe daha fazla önem kazanmaktadır. 1960’lı yılların sonundan beri, faaliyette olan doktorların sayısı, 60.000’den, 21. yüzyılın başında, 185.000’in üzerine çıkmıştır. Fransa’da 1.000 kişiye 3 doktor düşmektedir, diğer batılı ülkelerle karşılaştırıldığında bu yoğunluk ortalama sınırlar dâhilinde yer almaktadır (İngiltere’de 1’e 8; Almanya’da 3’e 4, İtalya’da 5’e 9). Hekimlik mesleğine kadınlar gittikçe daha fazla

²³² A.e., s. 219.

ilgi göstermektedir: çalışmakta olan doktorların %40'dan fazlası kadınlardan ve tıp öğrencilerinin %50'den fazlası da kız öğrencilerden oluşmaktadır²³³.

Ayrıca, sosyal sağlık sigortası katılım payları, sağlık sistemi için ana bir finansman kaynağıdır. Bu katılım payları, kendi adına çalışanlar ve çiftçiler için gerileyen (regresif) tarzda, maaşlı çalışanlar için orantısaldır. Toplam katılım payı brüt gelirin %13,55'i olup (tavan yoktur), işverenin payı %12,80, çalışanın payı %0,75'tir. İsteğe bağlı sağlık sigortası primlerinin hesaplanması için genel bir kural yoktur.

Serbest ve özel hastanelerde çalışanların ücretleri sigorta ile sendikalar arasında belirlenen tarifeye göre hizmet başına ödeme şeklinde olmaktadır. Kamu hastanelerine sigorta tarafından ön görülen bir ödeme yapılmaktadır. Aile hekimleri ve devlet hastanelerinde çalışan hekimler de hizmet başına ödeme alırlar.²³⁴

Onaylı prosedürler, sağlık sigortası programları ve Mesleki Prosedürlere Dair Resmi Fiyat Tarifesi Daimi Komitesi'nde (Permanent Committee on Official Schedules of Professional Procedures) temsil edilen meslek grupları tarafından ortaklaşa belirlenir. Bu önerilerin Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gereklidir. Onaylı tıbbi gereçlerin listesi, Tıbbi Ürünler Ekonomi Komitesi (Economic Committee for Medical Products) tarafından hazırlanır ve güncellenir. Bu kurallar, sadece hizmet-başına-ödeme sektörü (yani, özel ayakta tedavi ve özel hastanelerde) için geçerlidir. Kamu hastanelerinde yapılan tüm teşhis ve tedavi işlemleri, özel sektörde geri ödeme yapılmasa bile, genel bütçe kapsamındadır. Ancak kamu hastanelerinin, kozmetik cerrahi gibi belli bazı işlemleri uygulamalarına izin verilmez.

²³³ Kervasdoue, **a.g.e.**, s. 9.

²³⁴ Meral Türk, "Fransız Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Mayıs – Haziran 2007, cilt 22, sayı: 3,s.7.

1.3.2.5. Sorunlar

Tüm sistemlerin aksayan yönleri olduğu gibi Fransa sağlık ve sigorta sisteminde de sorunlar bulunmaktadır ve bu sorunları kısaca şöyle özetleyebiliriz;

Sağlık hizmetleri arzı: Hekimlerin ve diğer meslek gruplarının tatminsizliği ve sağlık hizmeti çalışanları ile anlaşma yapmak giderek zorlaşmıştır. 1996'da, hekimlerin alacakları ücretlere bir tavan koyan büyük bir reformun gerçekleşmesinden beri, hekimlerle olan ilişkiler kötüleşmiştir. Hekimlerin ana sendikası, sağlık sigortası programları ile hiç bir anlaşma imzalamadığı için mevcut durumda ne pratisyen hekimler ne de uzman hekimlerle yapılmış anlaşmalar yoktur. Halen genel pratisyenler, çalışma dışı saatlerdeki hizmetler için greve gitmekte, ücretlerinde büyük bir artış talep etmektedirler ve bazı bölgelerde izinsiz olarak ücret tarifelerini arttırmışlardır²³⁵.

Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanların demografik yapısı: Geçmiş yıllarda tıp fakültelerinde uygulanan kotalar nedeniyle hekim sayısı zaman geçtikçe azalacaktır. Birçok kişi, hekim açığı olacağından endişe duymaktadır ve ayrıca bununla beraber, hekimlerin coğrafi dağılımı sorunu da gündeme gelmektedir. Bazı kırsal veya varoş bölgelerinde halen çalışacak hekim bulunamamasında sıkıntılar yaşanmaktadır. Tartışılan konular arasında, hekimlerin çalışacakları yeri seçme hakları konusu da bulunmaktadır.

Değişen ihtiyaçlar ve talepler: Sistemde hasta hakları ve hastaların “sesi”nin duyurulması sorununa yönelik olarak mecliste bir hasta hakları yasası ve sağlık sisteminin kalitesi üzerinde görüşmeler yapılmaya devam edilmektedir²³⁶.

Yasa tasarısında, hasta haklarını artırmaya ve yaptırımlara yönelik maddeler bulunmaktadır. Genel olarak, sağlık hizmeti kullanıcılarının sistem içinde seslerinin daha çok duyurulması amaçlanmaktadır.

²³⁵ John Lister, **Health Policy Reform: Driving the wrong way?**, University Press, 2005, s. 158.

²³⁶ TÜSİAD, **a.g.e.**, s. 59.

Nüfusun yaşlanması ve bunun sağlık hizmetleri ihtiyacı üzerindeki etkileri, maliyet sıkıntısı yaratan bir başka konudur.²³⁷

Fransız sağlık sistemi, hiçbir hiyerarşi ve şeffaflık olmaksızın herkesi karşılıklı finanse etmeye çalıştığı için kendini tüketmiştir.

Fransız sağlık sistemi 2004 yılı sonunda 33 milyar €'luk bir açık vermesi üzerine, Fransa Başkanı Jacques Chirac tarafından acil reform çalışmalarına başlanılmış ve sonuçta sağlıkta özelleştirme çalışmalarına hız verilmiştir. Nihayet 2006 yılında da yeni sistem yürürlüğe konulmuştur.

Fransa'da mevcut açık ve kaliteli sistem, önümüzdeki yıllarda sistemi hassaslaştıran üç sorunla mücadele etmek durumunda kalacaktır²³⁸.

- *Görev tanımlarında netleşme:* Tıbbi mesleklerle yeni bir anlaşma metni hazırlamak, hastalar ile hekimlerin hak ve görevlerini, pratisyen hekimler ile uzman hekimlerin rolünü ve klinik uygulamaların kontrolünü tam olarak kimin üstleneceğini belirleme gereği ortaya çıkmıştır.
- *Devlet mi? Sigorta sandıkları mı?:* Hastalık sigortasının rolü ve devlet ile sigorta sandıkları arasında yetkilerin paylaşımını kapsamaktadır. Bu sistem artık sadece tarihi bir anlam taşımaktadır, uygulanan rejimlerin çeşitlilik arz etmesinin bugün herhangi bir açıklaması yoktur.
- *Kamu-özel rekabeti:* Etkililik, esneklik arayışı ve yenilikler getirilmesi için sürekli bir teşvik olanağından yoksun, eski çağlardan kalma kurallar altında ezilmiş kamu hastaneleri reformu çıkmaktadır.

Bu sorunlara istinaden çeşitli reform çalışmalarına gidilmiş, 2004 yılından başlayarak, 3 adımda bu çalışma hayata geçirilmiştir.

Mevcut işletmenin etkinliğinin artırılması: Sağlık sistemine yönelik vergilendirme sisteminin işleyişine yönelik bir reform çalışmasıdır. Böylece, sağlık alanındaki profesyonel aktörler (doktorlar, ilaç şirketleri ve sosyal ortaklar) sosyal

²³⁷ (Çevrimiçi) www.sante.gouv.fr, 14 Kasım 2011.

²³⁸ Kervasdoue, **a.g.e.**, s. 9.

sigortalılarla birlikte sağlık sigortasını kurtarmaya yönelik birlikte katkıda bulunacaktır.

Sağlık hizmetindeki kalitenin arttırılması: Sağlık sigortasının evrenselliğini zedelemeyecek şekilde, hastaların doktorlarını seçerken doktorun bilgi ve beceri seviyesine göre bunu yapmalarını sağlayacak bir reform çalışması tasarlanmıştır. Hastaların seçimleri hastalara sunulan hizmetin, bakımın ve hastaya kazandırılan sağlığın kalitesine göre yapılması öngörülmektedir.

Hakkaniyete dayalı finansal reformun uygulanması: 2007 yılına kadar ilaç kullanımı açısından sağlık işletmelerinin modernizasyonuna ve hastalık raporlarına yönelik sıkı kontrol mekanizmalı etkin stratejilerin oluşumu desteklenmektedir.

Tedavi ve bakım organizasyonlarının iyileştirilmesi: Maliyeti düşük olan tıbbi işlemlerin en etkin hale getirilmesine yönelik yasal önerilerin yapılması planlanmaktadır²³⁹. Bu hedef, sistemdeki aktörlerin davranış şekillerinin derinden değiştirilmesi ile gerçekleştirilebilir. Tedavinin veya bakımın etkin koordinasyonu, hastaya özel (unique, butique) bir tedavi veya bakım süreçlerinin geliştirilmesi ve bunların hastanın özel dosyasına işlenmesi ile gerçekleştirilebilir. Bu alandaki çalışmanın merkezi, ya hastanın kendi doktoru ya da sistemin tıbbi bakım ağı olacaktır. Muayenehane ile hastaneler arasındaki bağlantı, sıkı ve bölgesel vergilendirme ile oluşturulabilir.

1.3.3. İngiltere

Ulusal sağlık sistemi, kökleri 19.yüzyılın küçük işçi sigortalarına ve Dostluk Derneklerine dayalı bir kurumdur. 1891'de David Lloyd George tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli bir gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Yasası'na dönüştürülmüştür. İkinci Dünya Savaşı öncesi güçlenen işçi sınıfının iktidar olma sürecini engelleyebilecek önlemler arasında örgütlü bir sağlık hizmeti modeli de düşünülmüştür.

²³⁹ Jose Coudron, "Frankreich: Gegendas Abgleiten Richtung Restwohlfahtsstaatkaempfen. In Frankreich und in der Europaeischen Union Reformen für Fortschritt und Effektivitaet der Systeme der Sozialen Sicherung aufbauen", 2004, (Çevrimiçi), www.rosalux.de/cms/fileadmin/rls_uploads/pdfsThemen/Sozialpolitik/Beitrag_Frankreich. 09.11.2010.

İngiltere'de hiçbir ücret ödemeksizin sağlık kurumlarından yararlanmak mümkündür. En ünlü hastanelerde yapılan tetkikler ve işlemler için herhangi bir ücret istenmemektedir. Yapılan tüm harcamalar genel bütçeden, yani toplanan vergilerle sağlanmaktadır. Genel sigorta kurarak ve prim yoluyla toplum ve bireyleri ikinci defa vergilendirilmezler. Bu yüzden bu sistemin sosyal yönelimli bir sistem olduğu da belirtilmektedir. Genel Pratisyen (GP) ya da hastanenin belirlediği her tür operasyon ücret alınmadan gerçekleştirilmektedir²⁴⁰.

Örgütsel yapı incelendiğinde; primli rejim, primsiz rejim ve ulusal sağlık sistemi olarak üç ayrı yapı göze çarpmaktadır. Primli rejim, hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlar. Sistemden yararlanmak için prim ödenmesi esası vardır. Primsiz rejim ise; engelli vatandaşlara ve bu kişilerin bakımından sorumlu bireylere gelir ve kira desteği olarak uygulanır. Genel bütçeden ayrılan kaynaklarla finanse edilir. Ulusal sağlık sistemi ise; halkın ücretsiz olarak yararlandığı, diş ve göz giderlerini de kapsayan sağlık yardımı yapan kuruluştur. Finansmanı genel bütçeden ve vergilerden sağlanmaktadır²⁴¹.

1.3.3.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

2010 yılı verilerine göre İngiltere nüfusu yaklaşık 62.000.000 kişi olarak görülmekte, nüfus artış hızı % 0,6, 15 yaş altı nüfus genel nüfusun %17,4'ünü; 15-64 yaş grubu ise % 66,1'ini oluşturmaktadır.²⁴² İngiltere'de işsizlik oranı %7,8'dır. 2005 yılı verilerine göre kişi başı milli gelir 37.000 \$'dır.

Doğuştaki beklenen yaşam süresi 2004 yılı verisine göre ortalama 79 yıldır. Bebek ölüm hızı ise binde 5.07'dir. 2005 yılı verilerine göre anne ölüm hızı ise yüz bin canlı doğumda 7.06'dır. 65 yaş grubunda ölüm nedeni sıralamasında kanser

²⁴⁰ Mutlu, Işık, **a.g.e.**, s. 35.

²⁴¹ Rana Çetin, "İngiltere, Almanya ve Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları", **Emek Dünyası Dergisi**, 2007, s. 3.

²⁴² Murat, Şahin, **a.g.e.**, s. 72-86.

birinci sırada iken ikinci sırada ise dolaşım hastalıkları (kardiyovasküler hastalıklar dâhil) yer almaktadır. Tüm yaş gruplarında ise bu sıralama tersine dönmektedir²⁴³.

1.3.3.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi

1930'larda Sağlık Bakanlığı'nın girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen model incelenmeye ve tartışılmaya başlanmış, oluşturulan tasarı 6 Kasım 1946'da yasalaştırılarak 1948'de uygulanmaya konmuştur. Kısa zamanda benimsenen sistem 1974'te ilk büyük değişikliğe uğramış ve iyice yerleşmiştir.

İngiltere'de bir ayırım yapılmaksızın, işi olan veya olmayan herkesin sağlık hizmeti ihtiyaçları devlet tarafından, Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services-NHS) adlı kamu örgütüne karşılanmaktadır. Ülkenin sağlık sistemi her yönden köklü, gelişmiş, tamamen kamu hizmeti esasına dayalı bir yapılanmaya sahiptir ve toplumun tamamını kapsamaktadır. Ülkede özel sektör sağlık hizmetleri serbest olmasına karşın, kamu hizmetlerinin yeterliliği sebebiyle fazla bir gelişim sağlayamamıştır²⁴⁴.

İngiltere'de sağlık hizmetlerinin verilmesi açısından, Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi; hastalık riskinin gerçekleşmesi durumunda parasal yardımlar açısından ise Ulusal Sigorta sistemi uygulanmaktadır. Sosyal güvenlik sistemine genel olarak bakıldığında parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır²⁴⁵.

NHS'nin en önemli özelliklerinden birisi kapsamla ilgili herhangi bir sınırlamanın bulunmayışıdır. Buna göre, İngiltere'de ikamet ediyor olmak koşulu ile,

²⁴³ Sean Boyle, **Health Care Systems in Transition: United Kingdom**, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Vol. 13 No. 1 2011. (Çevrimiçi) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, 10 Nisan 2012.

²⁴⁴ Erdal Sargutan, **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006, s. 43.

²⁴⁵ US Social Security Administration, **Social Security Programs Throughout The World**, 1999, (Çevrimiçi), <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/2010-2011/europe/index.html>, 14/9/2010.

milliyetine, gelirine, primli sisteme dâhil olup olmadığına bakılmaksızın herkes sağlık hizmeti talebinde bulunma hakkına sahiptir.

İngiltere Ulusal sağlık sistemi (National Health Service), kendisine özgü bir temel felsefe ve örgütlenmeye sahip olması nedeniyle sağlık sistemleri içinde haklı bir öneme ve şöhrete sahiptir. Ulusal sağlık sistemini diğer batılı ülkelerin sağlık sistemlerinden ayıran iki temel özellik vardır. Bunlardan ilki, hemen tüm batı ve ileri kapitalist ülkelerde sağlık sistemlerinin finansmanında sigortacılık uygulamalarına değişik oranlarda yer verilirken, Ulusal sağlık sisteminde, sistem sadece genel vergilerle finanse edilmekte ve sigortacılık çok az olarak bulunmaktadır. Diğer ise, İngiltere’de GSMH’den sağlığa ayrılan pay diğer batılı ülkelere daha az olmasına rağmen sağlık düzeyi göstergeleri daha iyidir. Yani Ulusal sağlık sisteminde daha az harcama ile daha iyi sağlık hizmeti verilmektedir²⁴⁶.

Ülkede yaşayan herkese sağlık hizmeti verilmesi amacıyla 1948 yılında kurulan NHS’nin öne çıkan temel ilkeleri; kapsayıcılık, hakkaniyet ve hizmetin verildiği noktada ücretsiz olmasıdır.

Ulusal sağlık sisteminin temel felsefesini "Sağlık Bir Haktır" (Health is a right) cümleleri ile özetlemek mümkündür. Temel özelliklerini şöyle sıralayabiliriz: Ödeyebilme gücüne bakılmaksızın tüm vatandaşları kapsamayı ve herkese eşit hizmet vermeyi amaçlaması; finansmanın genel vergilerle karşılanması dolayısıyla kişilerin sağlık hizmetini alırken ücret ödememeleri veya aylık prim yatırmamaları; sağlık hizmetlerini tümelci bir elle vermeyi ilke edinmesi. Yani koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetleri bir arada vermeye çalışması²⁴⁷.

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

²⁴⁶ Serin, a.g.e., s. 146.

²⁴⁷ Andy Alaszewski, "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom", **Centre for Health Services Studies**, University of Kent at Canterbury, 2003, s. 10.

Özel Sağlık Sektörü: Sağlık hizmet sunumunda ve hizmet satın alınmasında kamu ve özel sektör işbirliği içinde çalışmaktadır. Örneğin en büyük provident association (hiç sermayedarı olmayan kurumlar) olan BUPA, yerel olarak Ulusal sağlık sistemi ile yakın bir ilişki içinde çalışmaktadır. BUPA hastanelerinin sağlık yetkilileri ve Genel Pratisyen Hekim'ler ile anlaşması bulunmaktadır.

İngiltere'de Thatcher dönemi ile Ulusal sağlık sistemine verilen destek zaman içerisinde azalmış, özel sağlık sigortacılığı ve özel hastaneler yaygınlaşmaya başlamıştır. Dolayısıyla, sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinin uygulandığı bir ülke olarak bilinmesine karşın 1980 sonrası gelişmeler sonucu sağlık alanında özelleştirmelerin yapıldığı bir ülke durumuna gelmiştir.

1948 yılında kurulan İngiltere NHS'si herkese ihtiyacı olan sağlık hizmetlerini kullanım anında (ilaç, dişçilik ve gözlük hizmetleri gibi bazı hizmetler hariç) bedava sunan bir yapıya sahiptir. Vergiye dayalı bir sistemdir²⁴⁸.

İngiliz sistemi, kamu finansmanı ve kamu hizmet sunumunun tipik ve başarılı örneklerinden biridir. Sistemin yürütülmesi kamunun sorumluluğundadır ve bu kamu sorumluluğu öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili örgütlenmesini getirmiştir. İngiliz sisteminde 2. ve 3. basamak hizmetler de yine kamu tarafından finanse edilmekte ve hizmet 1991'de ortaya çıkan küçük bir nüansla, kamu hastaneleri tarafından verilmektedir.²⁴⁹

Ulusal sağlık sisteminde ortaya çıkan bir gerçek de az harcamayla iyi bir sağlık düzeyinin tutturulabilmesidir. Bunun belli başlı nedenleri vardır: Sistemin Genel Pratisyen hekimler üzerine kurulu olması ve uzman sayısının az olması (genel kanaate göre uzmanlaşma sağlık harcamaların arttırmaktadır); idari harcamaların %5'i geçmemesi; malpractice davalarının olmaması (İngiliz sisteminde bürokrasi birçok potansiyel malpractice davasını önlemektedir)²⁵⁰ sayılabilir.

²⁴⁸ Adam Oliver, **Health Economics**, Wiley, 2005, s. 75-99.

²⁴⁹ Aziz Üstünel, "İngiliz ve Amerikan Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması", (Çevrimiçi), 11.6.2010 <http://www.merih.net/m1/waziust21.html>.

²⁵⁰ Serin, **a.g.e.**, s. 148.

Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı'nın merkezi sorumluluğu altındadır. Sağlık Bakanlığı'na iki ana yönetim birimi bağlıdır.

Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority, RHA): İngiltere'de 2,5 milyon nüfustan sorumlu olan ve yöneticileri Sağlık Bakanlığı'nca atanan Bölge Sağlık Müdürlükleri vardır. RHA'lar Bakanlığın hastanelerle ilgili yönetsel görevlerinin de konsantre edildiği bölgelerdir. RHA'nın altında ise Alt Bölge Sağlık Yönetimi (District Health Authority-DHA) vardır.

Aile Hekimliği Komitesi (Family Practitioner Committee, FPC): Birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eder. Tüm Genel Pratisyenler (Genel Pratisyen Hekim), eczacılar, diş ve göz sağlığı hizmetleri bu komiteye bağlıdır. FPC'ler, Genel Pratisyenlerin anlaşma yapmak zorunda oldukları yönetim birimleridir, bu sebeple pratisyen hekimlerin ülkedeki dağılımı ve sayılarını belirlemede rolleri vardır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı bu iki birim dışında bir de, Yerel Sağlık Yönetimleri (Local Authority) vardır.

Bu yönetimler tanımlanmış coğrafik alanları ve yasal statüleri bulunan, yöneticileri seçimle iş başına gelmiş birimlerdir²⁵¹. Bu yönetimler çevreye ve kişiye yönelik sağlık hizmetlerini vermede yerel özellikler taşıırken Sağlık Bakanlığı ile de ilişkileri vardır, yanı tam olarak aynı yönetimler değildir ve Türkiye'deki belediyelerle karıştırılmamalıdır.

Günümüzde İngiliz sağlık sektöründe insan gücü, finans ve organizasyona yön veren üç büyük güç vardır. Sağlık Bakanlığı bunlardan bir tanesi olup, Parlamenta karşı Ulusal sağlık sisteminin yürütülmesinden sorumludur. Yani ülkedeki sağlık hizmetlerinin %90'ından fazlasını kapsayan bir sorumluluğu vardır. Diğer önemli bir güç ise İngiliz Tabipleri Birliğidir. Esas fonksiyonu Ulusal sağlık sisteminde ve özel sektörde çalışan genel pratisyen ve uzmanların ücretlerini ve çıkarlarını korumaktır. 1832 yılında kurulan İngiliz Tabipleri Birliği 1971 yılından itibaren Sendikalar Yasası kapsamına girmiştir. Ulusal sağlık sisteminin yürütülmesinde önemli bir fonksiyonu olan Kraliyet Tıp Kolejlerinin ise, mezuniyet

²⁵¹ Vincent Koen, Public Expenditure Reform The Health Care Sector in The United Kingdom, (Çevrimiçi) <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/10/03/2012>.

sonrası eğitim ve araştırma faaliyetlerinde önemli derecede rolleri vardır. Ayrıca ülkedeki eğitim hastanelerinin şeflerini belirlemede geleneksel bir güçleri vardır. Bu üç yapı arasında çeşitli çekişmeler olduğundan, İngiliz Tabipler Birliği, 1858'de her üç yapıdan da üye alan bir uzlaşma kurulu oluşturulmasını önermiş, böylece Genel Tıp Konseyi (General Medical Council, GMC) kurulmuştur. Bugün de İngiliz sağlık sektöründeki güçlerin uzlaşma kurulu niteliğini sürdüren GMC'nin görevleri şunlardır: Tıp eğitimi standartlarının belirlenmesi, bu eğitimi veren kuruluşların denetlenmesi, tıp öğrencisi ve uzman sayılarının belirlenmesi; yurttaşların sağlık hizmetleri konusundaki haklarını korumak, tıbbi usulsüzlük durumlarında yaptırımlarda bulunmaktadır²⁵².

Ulusal sağlık sistemi çerçevesinde sağlık kurumlarının tamamına yakını kamulaştırılmıştır; hizmet nüfusa orantılı olacak şekilde düzenlenmiştir, en uç noktada Genel Pratisyen veya Türkiye'deki adıyla Aile Hekimi olmak üzere, sağlık hizmeti en basitten en spesifiğine doğru basamaklandırılmış ve basamaklar arası akışın son derece iyi sağlandığı bir sevk zinciri kurulmuştur.

1.3.3.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Ulusal sağlık sistemi içinde aynı bütçelere ve örgütlere sahip üç ayrı yapı bulunmaktadır. Bu durum aslında sistemin en zayıf noktalarından biri olup, sağlık hizmetlerinde koordinasyon bozukluğuna yol açmakta ve maliyeti artırıcı etkide bulunmaktadır. Çünkü bu üç birim hastaları birbirine sevk ederek harcamaları diğer birim üzerine yıkmak istemektedirler²⁵³.

İngiltere'de sağlık yardımları ücretsiz yapılmakla birlikte kişinin hastalıkla ilgili parasal bir yardımdan yararlanabilmesi için ulusal sigortaya prim ödemesi gerekmektedir.

İngiltere'de ikamet eden, 16 yaşından büyük, emeklilik yaşına gelmemiş (erkeklerde 65, kadınlarda 60) gerekli katılma koşullarını yerine getiren tüm istihdam

²⁵² Tiemman, **a.g.e.**, s. 17.

²⁵³ (Çevrimiçi), <http://wales.gov.uk/topics/health/nhswales/about/healthinformation/forms/?lang=en>, 11 Mayıs 2009.

edilenler, bağımsız çalışanlar ve işsizler hastalık yardımının kapsamındadırlar. Ancak katılım koşullarını yerine getiren herkes yasal hastalık ödeneğine hak kazanamaz, bunun için ayrıca haftalık ortalama gelirin belirlenen miktarın üzerinde olması gerekir.

Sağlık sigortasından sağlanan yardımlar şu şekildedir²⁵⁴:

Hastalık Ödeneği: Sigortalılar hastalık nedeniyle iş göremez duruma düşmeleri ve gerekli diğer koşulları (prim ödeme gibi) yerine getirmeleri durumunda hastalığın 4. gününden itibaren (ilk 3 gün için ödeme yapılmaz) 28 hafta boyunca hastalık ödeneği alırlar. Ayrıca bu hastaların kendilerine bağımlı kişiler varsa, ödeneğe her bağımlı başına ilave yapılır. 28 haftalık süre dolduğunda yapılan muayene sonucunda iş göremezliği devam ettiği belirlenenlere bir yıla (52 hafta) kadar ödenek verilmeye devam olunur. Hastalık halinde 29. hafta ile 52. hafta arasında haftalık ödenek ve buna ek olarak bakmakla yükümlü olduğu her yetişkin için ve her çocuk için ödenek ilave edilmektedir.

Sakatlık Aylığı: Hastalık aylığı 28 haftaya kadar ve en fazla 52 hafta boyunca verilen bir ödenektir. Bu yüzden kısa süreli iş göremezlik ödeneği olarak da adlandırılmaktadır. Bir yıl dolduğu halde iyileşemediği tıbben belirlenenler ise, uzun süreli iş göremezlik geliri almaya hak kazanırlar. Bu ödeme emeklilik yaşına kadar devam etmektedir²⁵⁵.

Ulusal sağlık sisteminde sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu dolayısıyla Genel Pratisyenleri içerir. İkinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak Genel Pratisyen Hekim sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini, eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir.

²⁵⁴Oral, “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortası Programları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”**a.g.e.**, s. 75.

²⁵⁵ Sözer, **a.g.e.**, s. 60.

Birinci Basamak: Ulusal sağlık sisteminde hizmetin ilk başlangıç noktası ve temel direği Genel Pratisyenler (Aile Hekimi)'dir. Birinci basamak sağlık hizmetini, yani kişilerin hastalandıkları zaman ilk başvurma yerini Genel pratisyen hekimlerin muayenehaneleri oluşturur. Nüfusun % 97'sinin Genel Pratisyen Hekim'i vardır. Geri kalan kesim kendi sağlık harcamalarını yapabilen üst düzey gelir grubunu kapsamaktadır. Kişiler kendi bölgelerindeki Genel pratisyen hekimlerden istedikleri birisinin listesine kaydolabilirler. Ancak 16 yaşından küçüklerin GP'lerini velileri belirler. Listeye kaydedilen hasta sayısı 3.000'i geçemez.

Aynı şekilde Genel Pratisyen de, başvuran kişiyi listesine alıp almamakta serbesttir. Bazı şartları yerine getiren kişi kaydını yaptırabilir. Ancak genel pratisyenin hastaları sadece sağlık otoritesinin belirlediği kişiler değildir; geçici oturma izni almış yabancılar da bu hekimlere kayıt yaptırabilmektedir. Bu kişilere aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, minör poliklinik hizmetleri yanında travma ve acil hizmetleri de ücretsiz verilmektedir.

Genel Pratisyen Hekim Anlaşmaları yıllık olarak yapıldığı için bir yıldan önce değiştirilemez. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı doktoru seğerler, bu nedenle Genel pratisyen hekimlere Aile Hekimi de denilmektedir. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç kişi önce kendi genel pratisyen hekimine gitmek zorundadır. Hastalar genel pratisyen hekim sevk etmeden bir üst basamağa başvururlarsa harcamalarını kendileri yapmak zorundadırlar.

Temel sağlık hizmetleri aısından ele alındığında İngiltere'de temel sağlık hizmetlerine uzun süreden beri önem verilen bir uygulama alanı olduğu belirtilebilir. Temel sağlık hizmetleri doğrudan tıbbi hizmetlerin yanında toplum sağlık hizmetlerini, hastane acil servislerinde verilen hizmetleri, diş ve göz sağlık hizmetlerini de kapsamaktadır. Böyle geniş kapsamlı olarak tanımlanan temel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar İngiltere NHS'sinin harcamalarının %33'ünü oluřturmaktadır²⁵⁶.

²⁵⁶ Sağlık Bakanlığı, **Sağlık İstatistikleri**, 2004.

Diş sağığı ve mümkün olan yerlerde göz sağığı hizmetleri hizmet başı olarak ücretlendirilirken, genel pratisyenlerin ücretlendirilmesinde karmaşık bir sistem uygulanmaktadır. Genel pratisyenler tarafından kendilerine kayıtlı hastalara (bazen başka hekimlerin üzerine kayıtlı hastalara) verilen sağılık hizmetleri genel tıbbi hizmetler olarak adlandırılmaktadır. Sağılık otoritesinin ödediğı miktarın dışında hastalar herhangi bir ödeme yapmamaktadır. Temel sağılık hizmetlerine ayrılan ödeneğın ortalama olarak %30'u genel tıbbi hizmetlere, yani aile hekimliğı uygulamalarına harcanmaktadır²⁵⁷.

Genel Pratisyen Hekim'ler devlet memuru değildir, muayenehanesi olan özel hekimlerdir. Bölgesel Aile Hekimliğı Komitesi ile anlaşarak istediğı yerde yerleşebilirler. Genel pratisyen hekimlerin kendilerine her başvuranı listeye alma zorunluluğı yoktur. Bu sebeple, genellikle kronik ve ağır hastalar listeye alınmak istenmemektedir. Bu tip hastaların Genel pratisyen hekimlerce listeye alınabilmeleri için özel teşvikler getirilmiştir. Genel pratisyen hekim listesine kayıtlı her hastaya günün her saatinde, gerekirse evine giderek bakmak zorundadır.

Koruyucu sağılık hizmetleri ise Genel Pratisyen Hekim tarafından verilmek zorunda değildir. Çünkü koruyucu sağılık hizmetlerini Yerel Sağılık Yönetimleri üstlenmiştir. Fakat Genel Pratisyen hekimlerde kendi hastalarının aşılarını yapmak, servikal smear gibi taramalarda bulunmak ve kişisel sağılık eğitimi yapmak gibi kişiye yönelik koruyucu hizmetleri vermektedirler. Bu gibi hizmetler hekimler tarafından ek bir yük gibi görüldüğü için hekimlere bu hizmetleri vermeleri için maddi teşvik uygulanmaktadır. Aile planlamasında da ağırlık Genel Pratisyen Hekimlerdedir. İş sağığı ve çevre sağığı ile ilgili konularda da Genel Pratisyen Hekimler ayrıca görev alabilmektedirler. İngiltere'de Genel Pratisyen Hekimler genellikle "Grup Pratiğı" adı verilen 3 veya 4 kişiden oluşan gruplar halinde çalışmakta ve içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip hizmetine yönelmektedirler²⁵⁸.

²⁵⁷ A.e., s. 65.

²⁵⁸ Serin, a.g.e., s. 151.

Diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında İngiltere, birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça gelişmiş ve iyi işleyen bir sisteme sahiptir. Genel pratisyenlerin bağımsız sözleşme yapma statüleri NHS ilk kurulduğunda verilmiştir. Daha sonra bu statüleri gözden geçirilmiştir²⁵⁹.

Nüfusun yaklaşık olarak %90'ı GP aracılığıyla NHS'le temasa geçmektedir. Kişiler GP'lerini seçmekte belirli bir coğrafi alanla sınırlı olmak kaydıyla serbesttirler. GP'sini değiştirenlerin temel nedeni ise bulunduğu yeri değiştirmelerinden kaynaklanmaktadır. Örneğin acil durumlar hariç, GP'sine gitmeden doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine gidenler ceplerinden ödeme yapmak zorundadırlar²⁶⁰.

İkinci Basamak: İkinci basamak genellikle on bin ila yüz bin nüfusa hitap eden hastanelerdir. Bu hastanelerde dahiliye, genel cerrahi vb. temel dallarda uzmanlar çalışmakta olup her branşın uzmanı bulunmamaktadır. Uzman doktorlar kendilerine konsültasyona gönderilen hasta sayılarına göre ücret alırlar. Bu nedenle Genel Pratisyen Hekimlerin hastaları hangi uzmana gönderecekleri önem kazanmıştır. Hastaneler iç yönetim bakımından bağımsızdırlar ve halk temsilcilerinin de katıldığı "Hastane Yönetim Komitesi" adında bir yönetim kurulu tarafından yönetilirler.

Ulusal sağlık sisteminde çalışan uzman hekimler meslek kuruluşları tarafından seçilir ve Sağlık Bakanlığı'nca atanırlar. Uzmanlara baktıkları hasta sayısı ve yaptıkları etkinliğe göre Ulusal sağlık sistemi tarafından para ödenir. Hastane personeli ve asistanları hastane yönetimlerince seçilir.

Üçüncü Basamak: Bir bölgeye, bazen tüm ülkeye hizmet veren, üst ihtisas sahibi doktorların bulunduğu, nöroşirurji, kalp damar cerrahisi, mikro cerrahi vb. işlemlerin yapıldığı kademelerdir. Bu basamak aynı zamanda tıp eğitimi veren okulları da içermektedir. Gerek bu basamak ve gerekse ikinci basamaktaki uzmanların özel muayenehaneleri de vardır ve muayenehaneye gelen hastaların kendi

²⁵⁹ Boyle, a.g.e., s. 99.

²⁶⁰ A.e., s. 102.

hastanelerinde uzmanlar için ayrılmış sınırlı sayıdaki yataklarında yatırma hakkına sahiptirler.

Sağlık kaynakları açısından ele alındığında İngiltere'nin diğer AB ülkelerine nazaran daha düşük seviyelere sahip olduğu göze çarpmaktadır. Örneğin 2004 yılı verilerine göre yüz bin kişiye düşen hastane yatağı sayısı İngiltere'de yaklaşık olarak 390 iken, bu oran AB ortalaması için 585 civarındadır. İngiltere'de yüz bin kişiye düşen hekim sayısı 2002 yılı verilerine göre 212 iken bu oran Danimarka için 352'dir.

Tetkik, ameliyat, protez, evde bakım gibi her türlü işlem kapsamdadır. Ancak, ilaçta ise farklı bir uygulama vardır: gebeler, çocuklar, öğrenciler ve işsizler dışındaki kişilerin ağırlıklı olarak ilaç maliyetine katlanmaları gerekmektedir²⁶¹.

1.3.3.4. Finansman Yapısı

Ulusal sağlık sistemi tamamen hükümet tarafından, halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir. 1993 yılında toplam sağlık harcamalarının %92,3'ü kamu kaynaklarından finanse edilmiş ve bunun içinde hükümetin payı %87,3 olmuştur. Özel harcamalar ise %7 oranında bir pay teşkil etmiştir.

Ağırlıklı olarak genel vergilerden finanse edilen sistemde, finansmanın yaklaşık olarak %95'i genel vergilerden %5'i ise diğer kaynaklardan gelmektedir. Son yıllarda ek veya tamamlayıcı sigorta yaptırma yoluna gitmiştir. Bu finansman kaynaklarına ek olarak sistemde özel sağlık sigortası ayrıca cepten yapılan harcamalar ve kullanıcı katkıları da az da olsa sistemde kullanılmaktadır.

Gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteğiyle NHS'nin kapsamı dışında bırakılmıştır. Yine bunlar gibi özel sigortalara prim ödeyip sağlık hizmetini bu yolla alan bir nüfus grubu da vardır. Ancak, NHS'nin finansmanı genel vergiler yoluyla sağlandığı için bu kişiler de vergilerini ödedikleri için sistemin finansmanına katılmaktadırlar.

²⁶¹ Oral, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortaları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme" a.g.e., s.72.

Ulusal sağlık sisteminin merkezi devlet tarafından kontrol edilen bir sistem olmasından ötürü, sağlık harcamalarının hacminin kontrolünü üstlenmiştir. Ancak zamanla iyi doktorlar yurt dışına gitmiş, sağlık hizmeti bekleyen kişilerin oluşturduğu yığılma engellenememiş, koruyucu hekimliğe önem verilmemiş ve ayakta tedavinin kalitesi bölgelere göre farklılıklar göstermiş, yeni teknikler göz ardı edilmiştir.

Finansmanda İngiltere'ye en yakın rakamlar İsveç'e aittir. Fakat İsveç'te vergiler daha çok yerel yönetimler aracılığıyla toplanmaktadır ve sağlık sisteminde hükümetin rolü oldukça azdır. Bu nedenle Ulusal sağlık sistemini diğer batılı ülkelerden ayrı bir yere koymak doğru olacaktır²⁶².

Ulusal sağlık sisteminde, hastalar hiçbir zaman hekime direkt ödeme yapmazlar. Hekim, ücretini Ulusal sağlık sisteminden üç şekilde alır²⁶³:

Asıl Maaş: Asgari ücret gibi belli bir taban aylık.

Listesine Kayıtlı Sayıya Göre Hasta Başına Yapılan Yıllık Ödeme: Kişi hekime kaç kez gelirse gelsin hekim etkinliğine göre ücret almaz. Bu durumda Genel Pratisyen Hekimlerin sık sık muayeneye gelen yaşlı hastaları listelerine almaları için yaşlı hastalara daha fazla ödeme yapılmaktadır. Aynı şekilde mahrumiyet bölgeleri için de özendirici bir ödeme uygulanmaktadır.

Özel Ödemeler: Ekstra yapılan işlemler için ödenir. Genel Pratisyen Hekimlerin yaptıkları gebe takibi, aile planlaması, bağışıklama ve işyeri hekimliği gibi işleri için yapılan ödemelerdir. Uzmanlar ise konsültasyonlar için yaptığı etkinliğe göre hasta başına para alırlar.

Ulusal sağlık sistemi, pratisyen hekim, dişçi, göz doktoru, ambulans, sağlık kontrolleri gibi hizmetleri karşılar. Genel sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak karşılanmasının yanı sıra, ilaç, diş, göz teminatları, hamile kadınlar, çocuklar, yaşlılar ve kronik olarak hastalar istisna edilerek düşük oranda ücrete tabidir. Ülkede 600.000 kişinin özel diş sigortası bulunmaktadır. İşsizlik, kısa süreli hastalık sonucu

²⁶² Ece Uğurluoğlu, Hacer Özgen, "Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet", **H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi**, 2008,Cilt:11, Sayı:2, s. 137.

²⁶³ Oral, **Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, a.g.e., s. 30.

gelir kaybı, endüstriyel yaralanma ve maluliyet teminatları finansmanın %88'ini Ulusal Sigorta, NI (National Insurance)'ın karşıladığı ve geri kalanının devlet teşviki ile sağlandığı ayrı devlet sosyal güvenlik sistemi altında verilmektedir²⁶⁴.

Ulusal sağlık sistemine bağlı uzman doktorlar maaşla çalışmakta, pratisyen doktorlara ise (genel pratisyen hekim) hasta başına ödeme yapılmaktadır. Full-time çalışanlar maaşlarının %10'u kadar özel tedavilerden gelir elde edebilirler. Part-time çalışanların maaşlarının daha düşük olmasına rağmen, özel muayenelerden elde edecekleri gelirlerin üst limiti yoktur. Özel muayenelerin ücretleri üzerinde bir sınırlama yoktur. Ulusal sağlık sistemi, her ne kadar mali sıkıntı ve güncel teminatlar oluşturmama gibi problemler yaşıyorsa da kaza, acil durum ve hayatı tehdit eden akut hastalıklarda yüksek standartta hizmet vermektedir. Yaşlı nüfusun acil olmayan ameliyat istekleri bekleme listelerinin kabarmasına neden olmuş, acil olmayan nitelikteki tedavi talepleri özel sağlık sigortasının çıkış noktasını oluşturmuştur²⁶⁵.

Genel pratisyenlere ödemeler, genel pratisyenlerin listesindeki kişi başına göre gerçekleştirilmektedir. Buna kişi başı veya kapitasyon (capitation) ödeme biçimi denilmektedir. Bu ödeme şekline ek olarak teşvik edici ödemeler de söz konusudur. Örneğin genel pratisyen aşılama hedefine ulaşabildiyse GP'ye bir teşvik primi ödenebilir. Fon sahibi GP'lere ise kendi uygulamaları ve ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini satın almak üzere kendilerine kayıtlı hastaya göre yıllık bir bütçe verilmektedir. GP'ler kendilerine verilen bu bütçeden tasarruf ettikleri ölçüde kârlı çıkarlar. Diş hekimlerine ödemeler ise ağırlıklı olarak hizmet başı yöntemine göre olmaktadır. Farmasötiklerin ödenmesinde ise negatif liste uygulaması vardır. Buna göre negatif listede yer alan ilaçlar geri ödenmemektedir. Fiyatlar endüstri tarafından belirlenmektedir. Ancak merkezi hükümetin denetiminde olmaktadır. OTC (Over the Counter) ilaçlarının bedellerinin tümü hastalarca karşılanmaktadır. Reçeteli ilaçlar için hastalar belli bir katkı payı ödemektedirler²⁶⁶.

²⁶⁴ Tiemman, **a.g.e.**, s. 13.

²⁶⁵ www.dh.gov.uk/overseasvisitors , (Çevrimiçi), 05 Mayıs 2009.

²⁶⁶ Boyle, **a.g.e.**, s. 112.

Pratisyen hekimlerin listesine kayıtlı bir hasta bazı istisnalar dışında hiç bir ücret ödemedi anlaşılmalı herhangi bir sağlık kuruluşundan yararlanabilmektedir. Hastaların ödeme yaptığı istisnai durumlar şunlardır²⁶⁷:

- Pratisyen hekim sevk etmeden uzman doktora gidilebilir.
- Hastanede özel oda gibi ayrıcalıklar istenebilir.
- Diş tedavilerinde masrafların belli bir miktarın üzerinde olabilir. (hamilelerden, 0-1 yaş arası bebeği olanlardan ve 18 yaşın altında olanlardan hiçbir durumda ücret alınmaz),
- Reçetelerin ilaç başına belli bir miktarı geçmesi durumunda geçen miktarı hasta öder. Ancak, 16 yaş altındakiler, 65 yaş üstü erkekler ve 60 yaş üstü kadınlar, hamileler, 0-1 yaş arası bebeği olan anneler, kronik hastalığı olanlar, savaş aylığı alanlar, evinin dışına yardımsız çıkamayacak derece engelliler, düşük gelire sahip olanlar için bu kural uygulanmaz.
- Emeklilerin hastanede sekiz haftadan fazla yatması halinde maaşlarından kesinti yapılır.
- Gözlük, işitme cihazı ve protezlerin ücretlerinin bir kısmı da hasta tarafından ödenir.

1.3.3.5. Sorunlar

İngiltere’de sağlık harcamalarının tamamen ücretsiz olarak devlet tarafından karşılanması ve sağlık sigortası sisteminin düzenli olarak yürütülmesi nedeniyle özel sağlık sigortasına çok fazla talep olmamaktadır. Sistemin vergiler aracılığı ile finanse edilmesi bireyleri sisteme katılım açısından soru işaretlerine sürüklediği gibi tam ve sürekli sağlık hizmeti alacağını bilmesi sosyal güvenlik anlamında devlete olan güveninin artmasına da neden olmaktadır.

Sistemin tek sorunu, bireyin kişisel risk analizinden kaynaklanan ve tamamen psikolojik nedenlerle verilen hizmeti yetersiz bulmasından doğan, uzman doktor muayenesi isteğini kendi kaynaklarıyla finanse etmesidir. Özel sigortaların belirli muafiyet oranları ile tamamlayıcı sigorta poliçeleri aracılığı ile piyasada yer alması

²⁶⁷ Sözer, a.g.e., s. 77.

mümkün olmaktadır. Bu durum, kabul görecektir ki, özel sağlık sigortasının çok fazla gelişmemesi sonucunu doğurmuştur. İngiltere Sağlık Bakanlığı'nın merkez teşkilat şeması ile T.C. Sağlık Bakanlığı organizasyon şemasının karşılaştırılması sonucunda; İngiltere'de Türkiye'nin aksine “yatay yapılanma modelleri” şeklinde yapılandığı ortaya çıkmaktadır. Bu yapılanma çeşidinin ise, iletişim kanallarının daimi açık tutulması, ortak hedeflere yönelmede sinerji yaratması, verimlilik ve etkililik açılarından dikey yapılanma örgüt modellerine göre daha fazla olumlu hususları bulunması nedenleri ile tercih edildiği düşünülmektedir²⁶⁸.

İngiltere NHS'si ilk önemli reform dalgasını 1991 yılında dâhili piyasa reformları ile yaşamıştır. İkinci önemli reform dalgasını ise 1997 yılında yaşamıştır.

1991'de yaşanan reformların temel itici gücü; daha verimli, maliyet etkili, beklentileri karşılayan sağlık hizmetleri uygulamaları idi. Bu beklentilerle girişilen reformlar kapsamında hizmet sunumu ile hizmet finansmanı birbirinden ayrılmış ve bu iki kanat arasındaki hizmet alışverişi sözleşmelere dayandırılmıştır ve adına da dâhili piyasa denilmiştir.

1997 yılı reformları ile birlikte dahili piyasanın yerini entegre bakım sistemi almıştır. Temel sağlık hizmeti biriminin yerini birinci bakım grupları almıştır. Bu grup genel pratisyenlerden ve topluluk hemşirelerinden oluşmakta ve fon sahibi bireysel GP'lerin yerini almıştır. Bu yeni grup Bölge Sağlık Otoritesinin denetiminde olan bir bütçeye sahiptir.

- Yaşlı vatandaşlarına yönelik bir bakım standardı oluşturmaya çalışmaktadır. Bunu “National Service Framework (NSF) for Older People” isimli girişim ile çözmeye çalışmaktadırlar. İngiltere'de gittikçe artan yaşlı popülasyonu NHS üzerinde ciddi bir baskı oluşturmaktadır. Bunun üzerine yaşlılıkla ilgili hastalıklarda uzmanlaşmış kişilerden oluşan ekipler kurulmuştur. Fakat bu alandaki ilerleme çok yavaş olmaktadır. Sebebi ise, bu sistemin NHS bütçesinden finanse ediliyor olması ve kendi bütçesine sahip olmamasıdır.

²⁶⁸ Çetin, a.g.e., s. 5-6.

- Aile hekimlerinin sayıları yetersiz ve yeterli uzmanlık bilgilerine sahip olmadıkları için, teşhis aşamasında hastaların aile hekimlerine sık ziyarette bulunmaları gerekmektedir ki, bu da aile hekimlerinde yığılmalara sebep olmaktadır.
- Yığılmalar nedeniyle, aile hekimi hastasına en fazla 15-20 dakika zaman ayırabilmektedir.

1.3.4. Hollanda

Dünyanın en kapitalist pazar ekonomilerinden biri olan Hollanda’da sağlık sistemi de bazı serbest pazar dinamikleri üzerine kurulmuştur. Ancak sistem kendi içinde dinamiklerini ve koruyucu tedbirlerini de barındırmaktadır. Sağlık sigortası diğer Batı Avrupa ülkeleri gibi sosyal devlet prensipleriyle sağlanmamaktadır. Aslında sistem Hollanda asıllı çok ünlü bir sağlık ekonomisti olan Alan Enthoven’ın önerdiği “managed competition” denen sistem baz alınarak kurulmuştur.

1.3.4.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

16.574.000 Hollanda nüfusunun, nüfus artış hızı % 0,54’tür, % 17,6’sı 15 yaş altı olan nüfusun % 67,1’i ise 15-64 yaş arasında bulunmaktadır²⁶⁹.

1990–1994 yılları arasında özel sağlık planlarına dâhil kişilerin toplam sigortalı nüfus içindeki adedi yüzde olarak 1990 yılından itibaren %31,4, %31,6, %31,5,%31,6,%31,2 olarak gerçekleşmiştir. Hollanda’da toplam sağlık harcamaları 1996 yılı rakamlarına göre GSYİH’nın %8,6’sını oluşturmaktadır. Aynı yıl rakamları bu harcamaların %77’sinin kamuya ait olduğunu göstermektedir. Kişi başına sağlık harcamaları 1996 yılında 2,150 \$ olmuştur²⁷⁰.

1.3.4.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi

Hollanda’da sağlık sistemi diğer ülkelere oranla çok daha fonksiyoneldir. Hollanda’da sosyal sağlık sigorta sistemi, ülke sınırları içinde yaşayan herkes için

²⁶⁹ Murat, Şahin, **a.g.e.**, s.72-86.

²⁷⁰ OECD Health Data, (çevrimiçi) www.oecd.org/health/healthdata , 11 Mayıs 2009.

geçerlidir. Bu yüzden temel paket herkesin yaralanabileceği bir pakettir. Cepten ödenecek masraflar OECD ülkeleri ortalamasının %20 altında yer almaktadır²⁷¹.

En kritik faktör 18 yaşının üstündeki herkesin, özel sektörün sattığı sağlık sigortalarından satın almak zorunda bırakılması, başka bir anlatımla mecburi tutulmasıdır. Bu bakış açısı ile yürürlükte iki tip sigorta bulunmaktadır. Basic yani temel paket ve supplementary yani temeli aşan kısımlar için satılan paket.

Bu sigortaların kapsamı hakkında aşağıdaki hususların da belirtilmesi uygun olacaktır.

Basic poliçe kapsamı: Doktor (Pratisyen ve uzmanlar), hastane, doğum, 18 yaşının altındaki insanlar için tüm diş hizmetleri, 18 yaşının üstündekiler için sadece özel hizmetler ve takma dişler, tıbbi malzeme, ilaç, doğum öncesi takipler, ambulans ve paramedikal hizmetleridir. Kapsam dışında kalan hizmetleri ise genel diş, fizik tedavi, gözlük ve estetik amaçlı tedavilerdir. Kapsam dışındaki bu hizmetleri kapsayan ek poliçe satın alınabilmektedir. Bu açıdan Hollanda da nüfusun %90'ının ek poliçesi mevcuttur.

Tüm halk basic poliçe almaya mecburdur. Ancak sigortalar açısından da kabul zorunluluğu vardır. Başka bir anlatımla temel poliçeyi satan özel sigortalar iki şarta tabidirler: Talep eden herkesi kabul etme sorumluluğu. Dolayısıyla kişileri yaşlarına göre veya geçirilmiş hastalığına göre, başka bir anlatımla yüksek riskli diye reddedemeyeceklerdir. Bu poliçeyi herkese aynı fiyattan satma sorumlulukları vardır, dolayısıyla riske bağlı fiyatlamaya yapamayacaklardır. Bu poliçe 2008 yılı için 1100 € tutarındadır.

Sigorta satın alabilecek parası olmayanlara ya da belli bir gelir düzeyinin altında olanlara devlet destek vermektedir. Ayrıca 18 yaşının altındakileri sigortasını devlet yaptırmaktadır. Sevk zinciri mevcuttur ve şarttır, aile hekimi sevk etmeden uzman hekime gidildiğinde sigorta ödememektedir.

²⁷¹ Dutch Health Care Performance Report 2008, (çevrimiçi) www.healthcareperformance.nl , 01 Haziran 2009.

İlk kez 2004 yılında İsveçli HCP isimli bağımsız kuruluş tarafından oluşturulmaya başlanan ve Avrupa ülkelerinin sağlık sistemlerinin değerlendirildiği Avrupa Sağlık Müşteri Endeksi [Euro Health Consumer Index (EHCI)] 2012 yılında 33 ülke arasından Hollanda'nın 875 puanla birinci, Danimarka'nın 819 puanla ikinci ve İzlanda'nın 811 puanla üçüncü olduğu görülmektedir. Türkiye'nin dahil edilmediği bu endekste en iyi sağlık sistemini ölçmekten çok, en iyi tüketici dostu sağlık sistemini belirlemeye çalışıldığı, endeksi oluşturan kriterlerin; hasta hakları, hasta bekleme süresi, sağlanan servis çeşitliliği, ilaçlara ulaşım kolaylığı ve e-sağlık projeleri olarak elektronik hasta kayıtlarının etkinliği ile sağlık verilerinin farklı kurumlarca kullanılabilirlik düzeyi olarak ortaya çıktığı görülmektedir²⁷².

Sağlık hizmetlerinin bedeli de serbestçe belirlenmektedir. Piyasada sağlık fiyatları DTC (Diagnostic Trouble Code) denilen diagnostik gruplar bazında yapılmaktadır.

Hollanda bu sisteme 2006 yılında geçmiştir, OECD araştırmalarında Hollandalıların sistemlerinden çok memnun oldukları anlaşılmaktadır. 2007 yılı göstergelerine bakıldığı zaman “Ücretlerin yüksek olması sebebiyle” doktora gitmeyenlerin sayısı bir hayli düşüktür (%1 oranında), bu oran İngiltere’de %2, Almanya’da %12 ve Amerika’da %25’tir. Bu oranlar göz önüne alındığında Hollanda’da insanların sağlık sistemine erişilebilirliği ve yararlanma oranı gayet yüksektir²⁷³.

2006 yılından itibaren Hollanda Hükümeti Sağlık Sigortası Kanununu değiştirmiştir. Bu kanuna göre Hollanda’da yaşayan ya da çalışan herkes, özel bir sigorta firmasından, yararları kanunca tanımlanmış temel teminatı kapsayan bireysel sigorta satın almak zorundadır. Bugün Hollanda halkının %98,5’i bu sisteme kayıtlıdır.

²⁷² **Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2012 Report**, (Çevrimiçi), <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf> 10 Ekim 2012.

²⁷³ Dutch Health Care Performance Report 2008, **a.e.**, s.14.

1.3.4.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Gelire bağlı olmak üzere herkes primini vergi yoluyla ödemekte ve bu ödemeler merkezi bir fonda toplanmaktadır. Aradaki fark ferdi olarak sabit tutarda seçilen sigorta şirketine ödenmektedir. Primin riske bağlı olarak hesaplanmasına izin verilmemektedir. Sigorta şirketleri müşterilerinin yaş, cinsiyet ve sağlık durumlarını dikkate alarak merkezi fondan yıllık bütçeler alacaktır. Prensip, idari etkinliğin ve maliyet kontrolünün sağlanmasıdır. Sigorta şirketleri ancak maliyetlerini kontrol edebilirlerse kâr edebileceklerdir. Tüm sağlık kuruluşları ile anlaşma yapmak zorunda değildirler, en etkin olanları seçebilirler. Tüketicilerde de primi düşürecek risk paylaşımını (co-payment) kabul etmeleri için teşvikler artırılacaktır²⁷⁴.

Basic sigorta, devletin içeriğini belirlediği ve herkesin satın almak zorunda olduğu poliçedir. Supplementary ise destek poliçesidir ve isteyen vatandaşların satın aldığı istemeyenin satın almadığı bir poliçedir, yani ihtiyaridir.

Hollanda Sağlık Sisteminin anahtar elementleri:

- Özel Sağlık Sigortası kuruluşları aracılığı ile, herkese temel (ana) sağlık sigortasını sağlamak,
- Sigorta yaptıran kişinin her yıl ayrı bir sigorta firması ya da paketi seçebilme imkânı,
- Risk eşitleme sistemine göre belirlenen; yaşlılar ve riskli hastalığı bulunan kişilere nakdi para yardımı,
- Tercihe göre kişi başı yıllık 500 € düşülebilecek muafiyet,
- Belirlenen sigortacılar, eğer isterlerse diğer sigorta paketlerini de satabilmektedir.
- Sigortacılar, seçecekleri doktor ve hastaneler ile anlaşma yapabilmektedirler.

²⁷⁴ Lafferty Publications, The Health Insurance Opportunity, Lafferty Publications, (Çevrimiçi) http://www.who.int/health_financing/documents/europe_funding_options.pdf, 11 Haziran 2010.

Her bireyin “Risk Denkleştirme Fonuna” ödemesi gereken katkı payı mevcuttur, işverenler de işçilerinin ödemeleri gereken bu katkı payını ödemek ile yükümlüdür.

Sigorta firmaları, “Temel Sigorta Ürünlerini” kapsayan her başvuruyu kabul etmek zorundadırlar. Bireyler, Temel Sigorta kapsamında olmayan hizmeti temin etmek için “İlave Sigorta” seçeneğini de seçebilirler. Örnek verecek olursak diş hizmeti, fizik tedavi, gözlük ve kozmetik, estetik gibi. Hollanda sağlık sistemi için “İmalatı bitmemiş bir mal” benzetmesi yapılır ve arkasında önemli soruları bırakır. Risk Denkleştirme modelinin daha ileri seviyede bir gelişime ve düzeltmelere ihtiyacı vardır²⁷⁵.

2010 yılı itibarıyla 16,5 milyonlu Hollanda nüfusunun %15,3’ü 65 yaş ve üstünü oluşturmaktadır, bu oranın 2025’de %23’e yükseleceği tahmin edilmektedir. Bu demografik profil yeni bir kavram geliştirmiştir: İstisnai Tıbbi Harcamalar. Uzun dönemli sosyal bakım ve/veya yüksek maliyetli tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerini içermektedir. Bu tür bakım hizmetleri, 01 Ocak 1968 yılında yürürlüğe konulmuş olan “İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu” tarafından karşılanmaktadır. Kanun, uzun dönemli sosyal bakımı ve/veya çeşitli şekillerdeki yüksek maliyetli tıbbi bakımı da içine alan kapsamlı bir sosyal güvenlik modelini oluşturmuştur²⁷⁶.

Hollanda’da her ne kadar sosyal sigortalar sistemi için bakım sigortası yer almamakta ise de, sosyal bakım hizmetleri, sağlık sigortasına bağlı hastalık sandığının koordinasyonu ile sosyal sigorta kapsamında bulunan bütün fertlere sunulmaktadır. Dolayısıyla, sosyal bakım hizmetlerinin finansmanı, büyük bir ekseriyetle zorunlu olarak ödenen primlerden karşılanmaktadır.

²⁷⁵ Wynand van de Ven, The future of the Dutch health insurance system, (Çevrimiçi) http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/cpbreport/2000_2/s4_4.pdf, 10 Mayıs 2010.

²⁷⁶ Wiener M. Joshua, Tilly Jane, “Cuellar Evans Alison; Consumer-Directed Home Care in The Netherlands, England and Germany”, **AARP Public Institut**, October 2003, s. 28.

Tarihi süreç içinde şekillenen Hollanda sosyal sigorta sistemi, günümüzün mevcut sağlık hizmeti sınıflamasına göre üç farklı boyutta gelişim göstermiştir²⁷⁷.

Akut Tıbbi Bakım: Tıbbi bakım hizmetleri, 1966 yılında yürürlüğe girmiş olan Sağlık Sigortası Kanunu tarafından yönetilmektedir. Sosyal sigorta kapsamı içinde yer alan tüm kişiler, bu kanun sigortası içinde yer almaktadır.

Bakımı Destekleyen Unsurlar: Özel sağlık sigortası düzenlemeleri tarafından yerine getirilebilen sosyal bakım hizmetleri.

İstisnai Tıbbî Harcamalar: Uzun dönemli sosyal bakım ve yüksek maliyetli tıbbi tedavi ve bakım hizmetlerini içermektedir. Bu tür bakım hizmetleri, 01.01.1968 yılında yürürlüğe konulmuş olan “İstisnai Tıbbi Harcamalar Kanunu” (Exceptional Medical Expenses Act) tarafından karşılanmaktadır. Kanun, uzun dönemli sosyal bakımı ve çeşitli şekillerdeki yüksek maliyetli tıbbî bakımı da içine alan hizmetleri kapsamaktaydı. Kanun, 1980 yılında huzurevlerini ve bakım yurtlarını, 1989’da da eve dönük sosyal bakım hizmetlerini uygulama kapsamına almak suretiyle bakıma muhtaçlık riskine karşı kapsamlı bir sosyal güvenlik modelini oluşturmuştur.

Sağlık hizmetleri, sağlık sigortasına bağlı hastalık sandığının koordinasyonu ile sosyal sigorta kapsamında bulunan bütün fertlere sunulmaktadır. Dolayısıyla, sağlık hizmetlerinin finansmanı, zorunlu olarak ödenen primlerden karşılanmaktadır. Kurumsal sağlık harcamalarının artması üzerine bu hizmetleri ikame edebilecek sağlık finansman sistemleri arayışlarına gidilmiş ve bu bağlamda eve dönük sunulan sağlık hizmetlerinin daha az maliyetli olacağı görüşü ağırlık kazanmıştır. Sağlık bakım hizmetlerinde alternatif arayışlar veya ikame politikaları, çeşitli deneysel uygulamaların geliştirilmesine yol açmış ve yeni düzenlemelere gidilmiştir. Bunlardan en önemlileri şunlardır²⁷⁸.

- Evde bakım hizmetlerinin genişletilmesi ve yaygınlaştırılması.
- Ameliyat sonrası hastanın iyileşmesi ve hayatın son günlerini acılı geçirenler için evde bakım hizmetlerinin artırılması.

²⁷⁷ Ali Seyyar, **Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri**, İstanbul, Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, 2004, s. 2.

²⁷⁸ A.e., s. 3.

- Hiçbir kurumsal hizmetten yararlanmayan ve kendi başına bağımsızlığını sürdürmekte zorlanan kişilere yaşlı-özürlü bakım evlerindeki sağlık ve bakım imkânlarının artırılması.

1.3.4.4. Finansman Yapısı

Hollanda’da sağlık ve bakım hizmetleri, ağırlıklı olarak kamu ve özel sigorta sistemi tarafından ve ortaklaşa ödeme şeklinde finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirlenmekte olan ortaklaşa ödeme, bakımın türüne ve kişinin gelir düzeyine göre belirlenmekte ve %74,8’i sigorta primlerine dayanmaktadır. Devlet kaynakları yetersiz kalmaktadır. Sigorta sistemi, sağlık ve bakım hizmetlerinin karşılanmasında aciz kalmakta ve vergi desteğine ihtiyaç duymaktadır. İşveren, primin büyük bir payını ödemektedir. Brüt geliri belirlenmiş gelir diliminden düşük olanları işveren ödemekte iken, gelir dilimi yüksek olanların ödemesinin tamamı çalışana ait olmaktadır²⁷⁹.

Devlet tarafından maluliyet ve uzun süreli bakım teminatı verilmekte, bu teminatlar gelire dayalı olarak belirlenen primler yoluyla finanse edilmektedir.

Harcamalar açısından bakılacak olunursa; 2004 yılından itibaren, Hollanda’da her yıl sağlık harcamalarının %5 oranında arttığı, bu büyüme oranının komşu ülkeler ile kıyaslanabilecek oranda olduğu, ancak Hollanda’da sağlık harcama oranının AB ortalamasının üzerinde olduğu görülmektedir. 2006 yılında Hollanda’da sağlık harcamaları GSYİH’nin %9,4 oranında iken, bu oran, Belçika (%9,8), Fransa (%10,8) ve Almanya (%10,3)’nin altında olmasına rağmen Danimarka (%8,7) ve İngiltere (%8,9)’nin üzerindedir.

Sağlık harcamalarının finansmanına yönelik reformlar devlet sektörü hastalık fonları ve özel sağlık sigortalarının işbirliği içinde çalışmasına olanak sağlamaktadır. Birçok temel hastalık fonu özel sağlık sigortası şirketleri ile birleşmiştir. Bu işbirliği ile işverenlere çalışanları için sosyal ve özel teminatların birleştirildiği paketler oluşturulabilmiştir. Bu paketler hayat sigortası, özel sağlık sigortası, hastalık fonu,

²⁷⁹ Marc Berg, Tom Van Der Grinten, “Priority Setting in Dutch Health Care”, **University Press Draft**, June 2001, s.19.

maluliyet gibi teminatları kapsayan geniş kapsamlı bir hale gelmiştir. Bu birleşim ayrıca kaynakların daha iyi kullanımını da sağlamış, hastalık fonları piyasa konusunda tecrübe sahibi olurken, sigorta şirketleri de hastalık fonlarının sigortalı portföyünü kullanma fırsatını elde etmişlerdir. Ayrıca, özel sağlık sigortası şirketleri hastalık fonlarını yönetebilmektedir. Daha önce sigortalanamaz teminat durumunda olan teminatlar da -diş teminatı gibi- sigortalanabilir hale gelmiştir²⁸⁰.

1.3.4.5. Sorunlar

Diğer ülkelerde olduğu gibi Hollanda'nın da sorunu, artan sağlık harcamalarıdır. Ülke bir yandan bu artışı aldığı bazı tedbirlerle verimli kullanıma yönlendirmekte, diğer yandan sigortalıları tasarrufa/az kullanıma zorlamaktadır.

Hollanda'da 2008 yılı için sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı % 9,80'dir. OECD ülkelerinde 2008 yılı verilerine göre ortalama sağlık hizmetleri harcamaları ise, %9,30 civarındadır. Gerek sağlık, gerekse sosyal bakım maliyetlerinin yüksek olması ve giderek artması karşısında kamu ve özel finansman yoluyla sağlık hizmetlerini de içeren karma bir sosyal bakım güvence sistemine doğru gidilmektedir. Sağlık sigorta sistemi uygulamasını karma yapıda kullanan ülkeler, benimsedikleri sosyal güvenlik modellerine göre ya kamu, ya da özel kaynaklarını oransal olarak daha fazla kullanmaktadır. Hollanda, sağlık sisteminin kaynaklarını ağırlıklı olarak, sigorta primlerinden karşılamaktadır. Bu nedenle sağlık sigorta sistemleri hizmetleri için gerekli kaynaklarını arttırmaya çalışmaktadırlar. Sunulan hizmetlere ulaşılabilirliği artırmak amacıyla da sivil toplum kuruluşlarının yanında kâr amaçlı kuruluşların da bu pazarda yer almalarını teşvik etmektedir. Ancak, rekabet anlayışları fiyattan önce, bakım kalitesi ile sınırlandırılmıştır. Bu politikalarla daha çok maliyetlerin kontrol altına alınması ve sosyal nitelikli serbest piyasa anlayışına uygun olarak sektörün oluşturulması düşünülmektedir²⁸¹.

²⁸⁰ Halil İbrahim Çiftçi, Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı, (Çevrimiçi), http://tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38:celuelkelerde-salik-sistemi-ve-finansmani&catid=22:salkta-finansman&Itemid=59 , s.17.

²⁸¹ Seyyar, **a.g.e.**, s. 3.

Sağlık harcamalarından tasarrufun, maaş kesintileri, azaltılmış hastalık izinleri, eczane ödeneklerindeki indirimler ve hasta bakım evleri ve örgütlerine getirilen harcama sınırlamaları ile sağlanması beklenmektedir²⁸².

1.3.5. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık sigortası sistemi büyük ölçüde özel sigortalar tarafından finanse edilen ve özel sağlık kurumlarına dayanan bir model arz etmektedir. Nüfusun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortasına sahiptir ve hizmet sunumu büyük ölçüde özel sağlık kuruluşları ve serbest çalışan hekimler tarafından verilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetleri örgütlenmesi çok kuvvetli değildir ve kişi başına düşen sağlık harcamaları son derece yüksektir. Sağlığa ayrılan payın GSMH'ya oranı %15'ler düzeyindedir. Bu oran OECD ortalamasının yaklaşık iki katı düzeyindedir. Ülkelerin GSMH büyüklükleri de hesaba katıldığında harcamanın boyutunu tahmin etmek çok zor değildir. Çok sayıda prestijli teşhis ve tedavi merkezinin mevcudiyetine, araştırma ve geliştirmeye verilen büyük öneme rağmen ülkenin sağlık göstergeleri böylesi bir sağlık harcaması ile uyumlu değildir.

ABD sağlık sisteminin sahip olduğu en karakteristik özelliği hizmet alanlara birçok seçeneği sunabilmesi, hastalara özel sigortadan özel sağlık organizasyonlarına kadar çok geniş bir yelpazede kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçme özgürlüğünü tanıyabilmesidir. Sistem çoğunlukla özel nitelikte yapılanmalarla yürütüldüğünden hizmet onu alabilecek güçte olanlara ulaştırılabilir nitelikler sergilemekle birlikte gelir düzeyi bu tip organizasyonlara ulaşmak için yetersiz olanlara yönelik "devlet desteği" ise istenen düzeyde değildir²⁸³.

Çoğunluğu temel sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere hiçbir sağlık güvencesine sahip olmayan önemli bir kesim bulunan ve her yıl artış gösteren ABD'de 1993 – 1994 yıllarında Clinton reformları olarak anılan bir yeniden yapılanmanın tartışmaları başladı. Tartışmaların odağı tüm nüfusu bir şekilde kapsam içine almak ve hizmet sunumunun (managet care) düzenlenmesi idi. Tüm nüfusu

²⁸² Utrecht Tony Sheldon, Dutch government introduces swingeing cuts to health spending, (Çevrimiçi) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1142528/>, 12 Temmuz 2010.

²⁸³ Serin, a.g.e., s. 127.

kapsam içine almaya yönelik tartışmalar kongre dışına çıkmadı. Hizmet sunumunun kamusal sorumluk taşıyan düzenleyici bir kurum şemsiyesi altına alınması ile ilgili çalışmalar ise tam tersine, özel hastaneler ve hekimlerin bir araya gelmeleri ve Health Maintenance Organisations (HMO) ya da Preferred Provider Organisations (PPO) adı verilen örgütler oluşturmaları ile sonuçlandı. Bu organizasyonlar işverenler ve sigorta şirketleri ile hizmet anlaşmaları yapabilmek için rekabet içine girdiler.

1995 sonlarında ABD’de kamu değil, özel sektör tarafından yönlendirilen reform başarıya ulaştı ve ABD pek çok ülke için sosyal adaletin bir gereği olarak görülen ve ciddi bir kamusal sorumlulukla yürütülen sağlık alanında, bir sağlık sistemi kuramamanın bir örneğini daha verdi.

1.3.5.1. Demografik Özellikleri ve Sağlık Verileri

290 milyondan fazla insanın yaşadığı ve ulusal geliri 11 trilyon \$ civarında olan dünyanın en zengin ülkesi olan ABD, eşitsizliklerin ve yoksulluğun da çarpıcı olduğu bir ülkedir. Örneğin, toplumun en yoksul yüzde 10’u toplam ulusal gelirin yüzde 2’sinden azını alırken, en zengin yüzde 10, üçte birin üzerinde bir paya sahiptir ve yoksulluk sınırı altında yaşayan nüfus 35 milyonun üzerindedir²⁸⁴.

Kamuoyu yoklamalarının halkın ezici çoğunluğunun tersini düşündüğünü göstermesine rağmen ABD’de sağlık bakımı yasal bir hak değildir. ABD’de sağlık bakım hakkı denince sağlık hizmetlerinden genel olarak (en geniş anlamda) faydalanma hakkı anlaşılmaktadır. Daha ayrıntılı ifade edilirse toplumdaki her bireyin makul ölçüdeki sağlık bakımını -ödeme gücüne bakılmaksızın- alabilmesidir²⁸⁵.

²⁸⁴ Nils Bandelow, “Das US-Amerikanische Krankenversicherungssystem”, **Ruhr-Universität Bochum Fakultät für Sozialwissenschaft Sektion Politikwissenschaft Seminar Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik im Vergleich**, 2004, s. 3.

²⁸⁵ Thomas S. Bodenheimer, Kevin Grumbach, **Understanding Health Policy A Clinical Approach**, Lange Medical Books, 2002, s. 6.

ABD'deki sağlık bakım sistemi “aşırılık ve yoksunluğun paradoksu” olarak adlandırılmaktadır²⁸⁶.

1.3.5.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişı

ABD'de sağlık konusundaki gelişimde üç özellik görölmektedir: Sağlıktaki toplam harcamaların artışının kontrol edilememesi, sigortacıların baskısı ile sağlık sunumundaki mikro ekonomik artışlar, herkese sağlık güvencesi sağlamanın olanaksızlığıdır.

Herkese sağlık güvencesi sağlama projeleri hep başarısız olmuş, yaşama geçirilememiştir. 1993-1994'lerdeki Clinton projesi de karmaşıklıkla nedeniyle serbest hekimler, özel sigortalar ve bizzat HMO tarafından eleştirilmiş ve uygulanamamıştır. Bu tarihlerden sonra federal ve federe devletler ancak mevcudu korumak ve iyileştirmek yolunda çaba harcamışlardır. 2003'te G.W. Bush tarafından Medicare kapsamındaki sigortalıların ilaç bedellerinin bir kısmının devlet tarafından ödenmesini öngören bir reform gerçekleştirilmiştir. ABD'de sağlık konusunda hekimlere ilişkin çelişkili bir tablo da vardır. Amerikalı hekimler uzun yıllar, mesleklerini serbestçe ifa edebilmek için kamu kurumları yerine özel sigortaları tercih etmişlerdir. Ancak bugün özel sigortalar, verimliliği ve kaliteyi sağlamak amacıyla hekimlerin faaliyetlerini ayrıntısına kadar kontrol ve denetim altına almıştır. Kasım 2008'de yapılan seçimle göreve gelen yeni başkan Obama ise, reform planlarını yasalaştırmak için Kongre'nin onayını henüz alamamış durumdadır²⁸⁷.

Obama'nın Kongre'den beklentisi, ABD'nin sağlık masraflarının azaltılması, her Amerikalının ister özel, ister kamusal sağlık hizmetlerinden birini seçme özgürlüğüne sahip olması ve herkesin yüksek kalitede sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi olarak belirtilmektedir. Her Amerikan vatandaşını sağlık sigortasına kavuşturma girişimi için kaynağın kısmen israfın kısılmasına bağlanacağı belirtilmektedir. Fakat kaynak bulma arayışında en can alıcı tartışma, vergilendirme

²⁸⁶ Alain C. Enthoven, Richard Kronick, “A Consumer Choice Health Plan for the 1990s”, **New England Journal of Medicine**, Volume: 320, No: 1, 1989, s. 29.

²⁸⁷ (Çevrimiçi) www.whitehouse.gov, 18 Ekim 2009.

konusuna odaklanmıştır. Kongre'nin tartıştığı tekliflerden biri, yılda 350 bin doların üzerinde geliri olan Amerikalılara ek vergi getirilmesidir. İşverenlerin sunduğu sağlık sigortalarına yeni vergiler getirilmesi de üzerinde konuşulan öneriler arasında yer almaktadır. Amerika sağlık sistemine henüz bir düzenleme getirememişken, ikinci çelişki, Amerikan sisteminin uluslararası alanda örnek alınmasında yatmaktadır. Rekabet, Sağlık Kuruluşu (HMO) ve kullandığı araçlar, Avrupa'ya sağlık sistemlerinin geliştirilmesi konusunda yol gösterici olmuştur. Amerikan sağlık sistemi, araştırma gücü, getirdiği yenilikleri, teknolojik başarıları ve ileri tıbbi ile örnek alınmaya devam etmektedir²⁸⁸.

Son dönemlere kadar özel merkezlerin hedefi tıbbi teknolojinin en yenisini, bunu finanse edebilenlere sunabilmek olmuştur. Ekonomik düzeyi düşük kesimler ise birinci basamak hizmetlerinin iyi organize edilmediği bu modelde son derece yetersiz koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri ile karşı karşıya kalmışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nde bu ciddi sorunu aşmak için iki program devreye sokulmuştur. Bunlar emekliler ve gelir düzeyi düşük kişilerin sağlık giderlerini üstlenen Medicare ve Medicaid programlarıdır. Bu iki program ağırlıklı olarak özel finansmana dayanan ABD sağlık sistemi içinde yer alan kamu finansmanına birer örnektir.

ABD sağlık sisteminin iki önemli karakteristiği; işverenin sağlık güvencesi verip vermemekte özgür olması ve eğer sağlık güvencesi verirse hangi hizmetlerin verileceği ve bunun nasıl idare edileceği konularında özgür olması ile hizmet sunucuların nihai finansmanının kâr amacı güden ve birbiriyle rekabet içinde olan sigorta şirketleri tarafından yapılmakta olmasıdır²⁸⁹.

ABD sağlık sisteminde düzenli bir basamaklanma ve sevk zinciri yoktur²⁹⁰. Tedavi edici hizmetler dışında birincil sağlık hizmetleri ayrı örgütler tarafından ve "Halk Sağlığı Hizmetleri" adı altında verilmektedir. Bu nedenle ABD için birinci

²⁸⁸ Güzel, Okur, Caniklioğlu, **a.g.e.**, s. 56.

²⁸⁹ Steffie Woolhandler, David U. Himmelstein, "The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System", N Engl. J. Med., 1991, Volume: 324, s. 1253-1258.

²⁹⁰ Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi, (Çevrimiçi) <http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012/03/03/amerika-birlesik-devletleri-saglik-sistemi/> 16 Ekim 2012.

basamak olarak adlandırılabilcek bu yapı, bireylerin hastalandıklarında başvurdukları özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır. Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta ve ücretlerini hizmet başına almaktadır. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebileceği gibi kendileri de bir başka hekime ya da bir üst basamağa başvurabilirler. Ancak bu uygulama hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı hekimlerle sınırlıdır.

Son zamanlarda Amerika’da birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi çalışmaları hükümet reformlarından ziyade pazarın baskısı neticesinde artmıştır ve sağlık bakım organizasyonları bu gelişmeleri desteklemek için çeşitli düzenlemeler yapmaktadırlar. ABD’de sağlık bakım sistemi kabul edilebilir değildir ve yapısal reformlara ihtiyacı vardır. Sağlık harcamalarındaki artış nedeniyle gerçekleştirilen yeni düzenlemelere bağlı olarak kâr amacı gütmediklerini iddia eden yapılanmalar ortaya çıkmıştır. Sağlık bakım organizasyonları olarak nitelendirilen bu yapılanmaların birçok türü olmasına rağmen günümüzde yaygın olan üç türü mevcuttur. Bunlar²⁹¹;

Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organization – HMO): En önemli özelliği bireysel sağlık sigortalarında kullanılan hizmet başına ödeme yerine çoğunlukla kişi başına ödeme sistemine dayanmasıdır. HMO’lar diğer sistemlere alternatif bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. Bu yaklaşımda koruyucu hekimliğe büyük önem verilmekte ve sigortalıların hasta olmamaları için her türlü koruyucu önlem alınmaktadır. HMO’larda sigorta değil üyelik satın alınmakta, üyelere belli bir yıllık prim karşılığında kendisi ve ailesi için ihtiyacı olduğu ölçüde tıbbi bakım sağlanmaktadır. ABD’de nüfusun yaklaşık %15’i HMO’ların kapsamındadır. En yaygın olarak uygulandığı eyalet California’dır.

Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preferred Provide Organization – PPO) : PPO’lar 1980’li yıllardan itibaren çoğalmaya başlamışlardır. HMO’larla rekabet halinde çalışan bu kuruluşların en önemli farkı kendisine kayıtlı hastaları hekim

²⁹¹ Steffie Woolhandler, David U. Himmelstein, **a.g.e.**, s. 128.

seçiminde biraz daha zgr bırakmalarındır. Hasta, tercihli hekimlere giderse hiç bir ücret ödemez, muayenesinin creti sabittir ve PPO tarafından karşılanır. Hasta PPO dışında bir hekime giderse ücretin %10-20'sini karşılamak zorundadır²⁹².

Halk Sağlığı Uygulamaları: ABD'de halk sağlığı uygulamaları ulusal, eyalet ve yerel olmak üzere üç ayrı düzeyde gerekleřtirilmektedir²⁹³. Ulusal düzeydeki uygulamalar; federal hükümet tarafından tüm ülke için geliştirilen özel politikaları ve ulusal düzeydeki örgütleri içermektedir. Sağlık Bakanlığı aracılığı ile ABD başkanına ve kabineye bağlı çalışmaktadırlar. Amaçları eyaletler arasında sağlık bakımından eşitliği sağlamaktır. Eyalet düzeyindeki uygulamalar, eyaletlerin sağlık idareleri btçelerini, sağlık planlarını ve işgücü planlamalarını kendileri yapmakta ve eyalet valisine bağlı olarak eyalet düzeyindeki halk sağlığı uygulamalarını yrtmektedirler. Yerel düzeydeki uygulamalarda ise; tedavi edici hizmetler, evre sağlığı hizmetleri ve destek hizmetleri gibi konularda hizmet vermektedirler.

1.3.5.3. Genel Sağlık Sigortası Uygulamaları

Amerikalılar, sağlıkları için Avrupalılardan iki kat fazla harcama yapmaktadır. Harcamaların dondurulması için 1970'lerdeki çabalar sonuç vermeyince, kamu güçleri (federal veya federe), sağlık sunucuları ve sponsorları arasında rekabeti teşvik ederek sağlık harcamalarında bir düzenleme düşünülmüştür. Sigortacıardan, kapsam, sağlık rgt, hastaların ve hekimlerin durumu dikkate alınarak karşılıklı anlaşmayla tarifeler oluşturulması istenmiştir. Sağlık sigortalarının baskısı ile sağlık şebekesi yöneticileri, sağlık sunucularının örgütlenme ve uygulamalarını daha yakından denetlemeye başlamışlardır. Bu sağlık şebekelerinden en nls, Health Maintenance Organization, 1999'larda büyük bir gelişim göstermiştir. 1990'da kırk milyon üyeye sahipken 1996'da bu sayı yüz milyona (nüfusun %38'i) ıkmiştır. ABD'de halkın %70'i bir sağlık şebekesine üyedir. HMO, Ulusal Sağlık Sistemlerine özgü mekanizmaları kullanmakla birlikte bazı farklılıklar da vardır. Temel farklılık, ulusal sağlık sisteminde yardımları sağlayan devlet iken burada, alıcılarla (devlet, sigorta şirketleri) sağlık ekibiyle (hekim, hasta bakıcı),

²⁹² Steffie Woolhandler, David U. Himmelstein, **a.g.e.**, s. 129.

²⁹³ Halil İbrahim ifti, **a.g.e.**, s.14.

hastalarla, sözleşme yaparak rekabet içinde, uygun ve verimli sağlık hizmeti sunmaya çalışan bir tüccar söz konusudur. 1990 krizi sırasında HMO primleri yükseltmiş, kapsamdaki bazı pahalı riskler dışlanmış, hasta ve yoksullar kapsamdan çıkarılmıştır. Sonuçta 45 milyon Amerikalı sağlık hizmeti kapsamının dışında kalmıştır²⁹⁴.

ABD’de sağlık hizmeti dört farklı seçenekle sunulmaktadır. Bunlar; kâr amaçlı özel sigorta şirketleri, Blue Cross ve Blue Shield Planları, bağımsız sigorta planları ve kamu sigortalarıdır²⁹⁵.

Kâr Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri: ABD’de sigorta şirketleri kâr amacı güden ve kâr amaçlı olmayan şirketler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kâr amaçlı şirketler sistemdeki sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluşturur. Bu şirketler içerisinde en büyük olanları Prudential ve Cigna’dır. Çalışmaları daha çok büyük şirketlere yönelik grup sağlık sigortası hizmeti sunmaktır. Diğer küçük sigorta şirketleri ise bireysel sağlık sigortalarına yönelmişlerdir. Herhangi bir iş grubu aracılığı ile sigortalanmayarak bireysel sağlık sigortalarına yönelen kişiler, diğerlerine göre dezavantajlı durumdadır. Çünkü grup sağlık sigortalarında sigortalanın kişi sayısı fazla olduğundan risk bu kişiler arasında eşit olarak dağıtılmakta ve aynı primi ödeyerek daha fazla sağlık hizmetinden yararlanabilmektedirler. Oysa bireysel satın alınan sağlık sigortaları bireye daha kısıtlı teminat sağlamaktadır. Son dönemde grup sağlık sigortalarının hasar prim oranı olarak adlandırılan (bireyin sigorta şirketine ödediği prim ve sigorta şirketinin sağlık hizmeti karşılığında sigortalıya ödediği tazminat oranıdır) endekste, sigorta şirketlerinin kâr oranlarının düştüğü gözlenmektedir. Bu durumda kâr amacı güden sigorta şirketleri, belirli muafiyet oranları getirerek kendini korumaya almıştır²⁹⁶.

Blue Cross ve Blue Shield Planları: Bu sistemler kâr amacı gütmeyen organizasyonlardır. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield ise doktor masraflarını teminat altına almaktadır. Temeli 1930’lara dayanmakta olan bu

²⁹⁴ Güzel, Okur, Caniklioğlu, **a.g.e.**, s. 79.

²⁹⁵ Bülent Kılıç, “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 1994, Cilt: 9, s. 64-65.

²⁹⁶ Oral, **Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**, **a.g.e.**, s. 62.

sistemlerde doktorlar hastanelerin kontrolü altında tutulmakta ve özel sigorta şirketleri yerine hastane ve doktor birliklerine ödenen ücretler karşılığında özel sigorta şirketlerinin sağladığı sağlık hizmetlerinden daha kapsamlı hizmet sunulmaktadır²⁹⁷.

Bu sistem, tüm eyaletlerde geçerli olmasına karşılık hepsinde aynı güce sahip değildir. Sistemin en büyük avantajı sağlık hizmetinin sistemi oluşturanların kendi hastanelerinde verilmesi nedeniyle maliyetinin düşük olmasıdır²⁹⁸.

Bağımsız Sigorta Planları: Health Maintenance Organization (HMO) ve Preferred Provider Organization (PPO) gibi sağlık kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmeti planlarıdır. HMO (Sürekli Sağlığın Kontrolü) planı; önceden belirlenmiş ve düzenli-periyodik olarak ödenen primlerin sağlık hizmetini finanse etmesi ve hastalık riskinin gerçekleşmesi durumunda her türlü tıbbi ihtiyacın karşılanması esasına dayanmaktadır. İşverenler ve HMO kurucuları arasında yapılan sözleşme ile hizmet hakkı sağlanmaktadır. Dolayısıyla teminatlar geniş tutulurken sağlık hizmeti sunan kurumlar konusunda kısıtlama getirilerek sadece sözleşme yapılan kurumdan bu hizmet talep edilebilmektedir. PPO (Tercih edilmiş Hizmet Sunucuları) planı ise HMO'ya alternatif olarak 1980'lerde uygulanmaya başlanmıştır. Bu planda birey sözleşme yaptığı doktorlardan bir tanesini *danışman doktor* olarak seçer, eğer uygulanan tedavi yetersiz olursa danışman doktor bireyi sistemde yer alan diğer doktorlara yönlendirebilir²⁹⁹.

Kamu Sigortaları: ABD'de 1965 yılına kadar kamu sağlık hizmeti konusunda sorumluluk almamakta idi. Bu tarihten sonra *Medicare* ve *Medicaid* programları ile sosyal güvenlik içerikli yeni uygulamalar başlatılmıştır. Emeklilik yaşı olan 65 ve üzerindekiyle, 65 yaşın altında olup malullük nedeniyle gelir elde edemeyenlerin sağlık hizmetlerinin devlet eliyle sağlanmasını amaçlayan Medicare Programı, yaşlı nüfus için sosyal bir güvence anlamına gelmektedir. Medicaid Programı ise, ülkedeki

²⁹⁷ Kılıç, **a.g.e.**, s. 32.

²⁹⁸ İlker Belek, **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlığın Ekonomi Politikası**, İstanbul, Sorun Yayınları, 1994, s. 104.

²⁹⁹ H. J. Munich Kania, "Sağlık Sigortaları Raporu", **Re-Aktüerler Derneği II. Uluslararası Semineri**, İstanbul, 1992, s.1.

yoksul kesime sağlık hizmeti sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Finansmanı yine devlet tarafından sađlanmaktadır³⁰⁰.

ABD’de sigortaların %80’i Managed Care organizasyonuna dâhildir. Sigortalılar sabit bir bedel karşılığı belirli hizmet veren (HMO) sağlık bakım kuruluşlarından hizmet almaktadır. Son verilere göre HMO alışa gelen sağlık sistemine göre %20–30 daha ucuzdur. ABD’de sağlık sigortası zorunlu olmayıp nüfusun 1/5’i sigortasız bulunmaktadır.

Finansmanı sağlayan bu sigorta şirketleri toplumun yaklaşık %86’sını kapsayabilmekte geri kalan %14’lük kesimin hiçbir sigortası bulunmamaktadır. Bunların büyük çoğunluğunu yoksullar ve 19 yaş üzerinde olup anne ve babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan gençler oluşturmaktadır. Kâr amaçlı özel sigorta şirketleri; toplam özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluştururlar, ABD’deki en yaygın şirketler Prudential ve Cigna sigorta şirketleridir. Blue Cross – Blue Shield (Maviler), kâr amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve diğer özel sigorta şirketlerinden farkları birbirleriyle rekabet etmeden çalışmalarıdır. Her ikisi de 1930’lu yıllarda hastane sahipleri ve hekimlerin bir araya gelmesiyle kurulmuştur. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield hekim masraflarını sigorta etmektedir. Bu şirketlerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde (SGK gibi) yaparak daha ucuza mal etmeleridir. Bağımsız sigorta planları; HMO ve PPO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Bu sigortalar da kâr amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamındadır.

Kamu sigortaları ise; yaklaşık 1965 yılından sonra Medicare (Tıbbi Bakım Sigortası) ve Medicaid (Tıbbi Yardım Sigortası) ile başlamıştır. Bunların yönetimi Sağlık ve İnsan Bakanlığı denetimindeki Sağlık Bakım Finans İdarelerince yapılmaktadır. ABD’de 65 yaş ve üzerindeki herkes gelir seviyesine veya zenginlik durumuna bakılmaksızın otomatikman Medicare kapsamına alınır³⁰¹. Medicare A ve B olmak üzere iki ayrı ödeme planı içerir. Medicare A hastane masraflarını karşılarken, Medicare B hekim ve hemşirelik bakımlarını, ayakta tedavi ve laboratuar

³⁰⁰ Kılıç, **a.g.e.**, s. 31.

³⁰¹ Elizabeth Bass, “Health Insurance Covarage in America: Are Immigrant Different?”, (Doctor Thesis), Chicago, University of Illinois At Chicago, 2003, s. 4.

giderlerini karşılar. Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamındadır. Medicaid toplumun yaklaşık %10'unu kapsar. Finansmanı federal hükümet ve eyalet hükümetlerinin genel vergileriyle karşılanır ve her eyalette geçerlidir³⁰².

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası: Kişi başına yıllık sağlık harcamasının yüksek olması ve sosyal güvenlik sistemlerinin eyaletlere göre değişmesi ile birlikte devletin verdiği sağlık güvencesinin kapsamı dar ve nicelik yönünden yetersizdir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları bir ihtiyaç konumundadır.

Devlet desteğinde olan iki tane sağlık sigortası vardır, bunlar; Medicare, 65 yaş üstü ve engelliler için ve Medicaid, belirli bir gelirin altındakiler için. Medicare 65 yaş ve üstündeki kişileri ve malülleri kapsar³⁰³. Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl prim ödemesi yapmış olmak zorunludur. Bu sistem sağlık harcamalarının yalnızca bir kısmını karşılamaktadır. Büyük oranda harcama sigortaya rağmen hastanın cebinden çıkmaktadır. Birçok kişi bu giderleri karşılayamadığından sağlık hizmetinden yoksun kalmakta ya da gelirinden sağlık harcamaları yaparak yoksullaşmaktadır.

Özel sağlık hizmetleri sistemini en geniş ölçüde uygulayan ülke Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'dir³⁰⁴. Diğer sanayileşmiş ülkeler, ulusal sağlık hizmetleri veya sosyal sağlık sigortası sistemlerinden birini tercih ederken, farklı bir yol izleyen tek sanayileşmiş ülke ABD olmuştur. Sosyal sağlık sigortasının siyasal açıdan kabul edilebilirliğine ilişkin yoğun tartışma döneminin ardından, ABD kâr amacı gütmeyen hizmet sunucularının da yer aldığı özel sigortacılık doğrultusundaki tercihini çok büyük değişiklikler olmadan bugüne kadar korumuştur. Ancak daha sonra yaşlılara (Medicare), yoksullara (Medicaid) tıbbi bakım ve tıbbi yardım programlarının uygulanmasıyla değişmiş, bunun kapsamı ileri derecede malul olanlarla, ölümcül

³⁰² Serin, **a.g.e.**, s. 132.

³⁰³ Şevket Tüylüoğlu, Mustafa Tekin, "Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri" **Çukurova Üni. İİBF Dergisi**, Cilt:13. Sayı:1. Haziran 2009, s. 23.

³⁰⁴ Fahri Ovalı, "Amerikan sağlık sistemi Obama ile değişiyor mu?" **SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Aralık-Ocak-Şubat 2008-2009, Sayı: 9, s. 44.

hastalıklardan rahatsız olanlara genişletilerek, devletin sosyal fonksiyonlarını üstlenmekten kaçınmadığı sonucuna ulaşılmıştır³⁰⁵.

ABD’de sağlık sigortaları, sağlık hizmeti sunucularıyla ortaklıklar kurabilmekte, onları satın alabilmektedir. Bu organizasyonlar *Health Maintenance Organization / HMO*” olarak adlandırılmaktadır. Böylece hizmeti sunanla ödeyen aynı tarafta olmakta ve provizyon – fatura kontrol gibi süreçler daha az önemsenir hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sigortalar aracılığı ile yürütüldüğü sistemde, sağlık hizmetlerinin sunumu doğrudan sigorta şirketleri tarafından yapılabileceği gibi, sigorta şirketlerinin hizmet sözleşmeleri yaptığı özel sağlık merkezleri tarafından sağlanması da mümkün bulunmaktadır.

Bu sistem sadece, sağlık hizmetinin ortaya çıkardığı harcamaların bireyin geliri ile karşılanmasının mümkün olduğu durumlarda iyi bir şekilde işleyebilir. Ancak bireyin gerek sağlık harcamaları için yeterli bir fon ayıramaması, gerekse ortaya çıkan sağlık harcamasının bu fonun çok üzerinde olması durumlarında ciddi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu risk, sistemin en büyük zaafını oluşturmaktadır. Sosyal devlet anlayışının bir sonucu olarak devlet bu tür durumlara kayıtsız kalamamakta ve sonuçta vergi gelirlerinden bu tür harcamaları karşılamak durumunda kalmaktadır. Bu duruma özel sağlık sisteminin en yaygın şekilde uygulandığı ABD’de 30 Temmuz 1965 tarihinde çıkarılan yasayla yürürlüğe giren - yoksullara yönelik- Medicaid ve -65 yaş üstündeki vatandaşlara yönelik- Medicare, sosyal koruma amaçlı sağlık yardımlarına örnek teşkil etmektedir.

Medicaid: Devlet desteğinde olan iki sağlık sigortasından biridir. Belli bir gelirin altındaki insanlar için geçerli bir sistemdir. Çocuklu ve düşük gelirli aileleri, sakat ve körleri, yoksulluk sınırının altındaki aileleri, 6 yaşından küçük çocukları ve gebeleri, 4 kişinin yıllık geliri 18.400 doların altında olan ailelerdeki ve 19 yaşından küçük çocukları kapsamaktadır.

ABD’de toplam nüfusun % 55’i işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına sahiptir. Dokuz milyon kişi (%3) bireysel özel sağlık sigortasına sahiptir. 3 milyon

³⁰⁵ US Social Security Administration, **a.g.e.**, s. 18-19.

kişi (%1) devlet memuru, asker olarak yaşamını sürdürenler kamu tarafından sigortalandır³⁰⁶.

Managed Care: Sağlık hizmetlerinin ağırlıkla özel sağlık kuruluşlarından önden/peşin ödeme yapılarak alındığı bir sistemdir. Özel şirket ya da kamu işverenleri, bu organizasyonlara her bir çalışanı için hizmet alınacak belli bir süre karşılığında (genellikle 1 ay) önceden/peşin bir miktar para öder. Çalışanlar da sisteme ek ödeme/ katkı payı yaparak sistemden faydalanırlar. ABD’de 90’lı yıllardan itibaren kâr amaçlı "Managed Care" organizasyonları kamu sektörüne girerek kamuya sağlık hizmeti satmışlardır. "Managed Care" organizasyonları, ABD’nin bazı bölgelerinde, kısa dönemde (3-4 yıl) büyük kârlar yaptıktan sonra hizmet vermeyi durdurmuştur. "Managed Care" organizasyonlarının kamu piyasasına hızlıca girmeleri ve çıkmaları pek çok hastayı ve kamusal sağlık sigortası programını çok zor durumda bırakmıştır³⁰⁷.

İlaç harcamaları konusunda, ABD’de ilaç, sağlığa erişimde stratejik bir ürün gibi ele alınmamakta diğer tüketim ürünleri gibi değerlendirilmektedir. İlaç bedelleri çok büyük oranda hastalar tarafından cepten ödenmekte, sigorta şirketleri reçete edilen ilaç masraflarını karşılamamaktadır.

1.3.5.4. Finansman Yapısı

Özel sağlık sistemleri olarak adlandırılan sistem, devletin hizmetin finansmanında, yönetiminde ve sunumunda geniş bir müdahalesinin bulunmadığı ve hizmetlerin piyasa koşulları içerisinde bireylerin doğrudan ve/veya dolaylı olarak yaptıkları harcamalarla finanse edildiği yapılandır.

Bu sistemde birey, sağlık hizmeti talebini kendi gerçekleştirdiği birikimlerle cebinden “*out of pocket*” karşılayabileceği gibi, bunu özel sigortacılık yoluyla diğer bireylerle birlikte riski paylaşarak da karşılayabilir. Bu sistemde belirleyici unsur,

³⁰⁶ Jürgen Krause, **Das Krankenversicherungssystem der USA: Ursachen seiner Krise und Reformversuche**, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1997, s. 29.

³⁰⁷ Ata Soyer, “ABD’de Sağlık”, **Evrensel Gazetesi**, 2007, (Çevrimiçi) <http://www.evrensel.net>, 29 Eylül 2010.

bireyin tercihlerini yapmasında ve bu tercihlerin sonucunda sağlık hizmetini almasında devletin doğrudan rol almamış olmasıdır.

Schuster ve arkadaşlarının 1998'deki çalışmasına göre hastaların % 20 ilâ % 30'unun kendilerine uygun olmayan sağlık bakımı aldığı ölçülmüştür³⁰⁸. Fisher ve arkadaşlarının 2003'de yaptığı bir çalışmaya göre ise ülkenin kimi yerlerindeki yaşlıların gereğinden % 60 fazla servis aldığı (yatış günü, uzman konsültasyonu, girişim), kimi yerlerindeyse benzer hastaların aynı düzeyde mortalite oranlarına, bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine sahip oldukları halde çok daha az bakım aldıkları ortaya konmuştur³⁰⁹.

İngiliz ve Amerikan sistemleri finansman ve hizmeti sunan açılarından birbirlerine zıt özellikler göstermektedirler. ABD reformları öncesi ve sonrası İngiliz sistemleri arasındaki fark gibi hizmet sunumu ve finansmanının kurumsal olarak birbirinden ayrılması idi. Bu şekilde bütçe tahsislerinin yerini çok benzer, karşılıklı tartışmalar ile belirlenen global bütçeler aldı. Aralarında küçük bir nüans olan bu iki sistem, yukarıda ana hatları ile özetlediğimiz ABD sistemi ile; tüm nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimi, birinci basamak hizmetlerin etkili organizasyonu, idari giderlerin düzeyi, işletme düzeyinde kaynak kullanımında verimlilik, sistem genelinde kaynakların öncelikli alanlara aktarılması ve toplam sağlık giderleri gibi kriterlere göre karşılaştırıldığında, İngiliz sisteminin önemli ölçüde üstünlüklere sahip olduğu görülür. Bu karşılaştırma, toplumun tüm bireylerine ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerinin hakkaniyet ölçüsünde verilebilmesinin bir kamu düzenlemesini gerektirdiğini göstermektedir³¹⁰.

³⁰⁸ Mark A. Schuster, Elizabeth A. McGlynn, Robert H. Brook, "How Good is the Quality of Health Care in the United States?" **The Milbank Quarterly**, Volume 76-4, 1998, s. 552.

³⁰⁹ Elliott S. Fisher, John E. Wennberg, "Health Care Quality, Geographic Variations and the Challenge of Supply- Sensitive Care", **Perspectives in Biology and Medicine**, Volume: 46, No: 1, 2003, s. 69.

³¹⁰ Oral, "ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortaları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme", **a.g.e.**, s.72.

Tablo 7: İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması (2009)

	İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi (NHS reformları öncesi)	İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi (NHS reformları sonrası)	ABD Özel Sağlık Sistemi
Tüm nüfusun ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerine erişimi	+	+	-
Etkili 1. Basamak hizmetler	+	+	-
Düşük idari giderler	+	+	-
Sağlık işletmesi düzeyinde kaynak kullanımında verimlilik	+	+	+
Sistem genelinde kaynakların öncelikli alanlara aktarımı	+	+	-
Kontrollü düşük toplam sağlık harcaması	+	+	-

Kaynak: (Çevrimiçi) www.nhs.uk, , 10.04.2009.

Öte yandan ister kamu ister özel sektör tarafından finanse edilsin ve ister kamu kurumlarından ister özel kuruluşlardan hizmet alınsın, hizmeti satın alan pozisyonundaki yöneticilerin, kullanabileceği bazı ödeme modelleri vardır ki, maliyetler ve hizmet kalitesi üzerinde ciddi etkiler yaparlar.

Tablo 8: İngiliz ve Amerikan Sağlık Sistemleri Ödeme Modellerinin Karşılaştırılması (2009)

	İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi	ABD Özel Sağlık Sistemi
1.Basamak Sağlık Hizmetleri	Kişi başına ödeme (temel olarak)	Hizmet başına ödeme (genel olarak)
2. ve 3. Basamak Sağlık Hizmetleri	Bütçe tahsisi (1991 öncesi) Karşılıklı tartışmalarla global bütçenin belirlenmesi (1991 sonrası)	Hizmet başına faturalandırma Vaka başına ödeme modelleri

Kaynak: (Çevrimiçi) www.nhs.uk, 10 Nisan 2009.

1.3.5.5. Sorunlar

ABD’de herkesi kapsayan bir sağlık güvencesi sistemi maalesef ki bulunmamaktadır. En büyük sorun çarpık olan yapıdır. Halkın %13-15’i arası sağlık güvencesinden yoksundur. Yani yaklaşık 40-45 milyon insanın hiçbir sağlık güvencesi yoktur. Sağlık için para kaynakları çok parçalı, bütçe, kamu sigortaları, özel sigortalar vb. Çok faktör birbirleri ile rekabet içindedir. Hizmet sunan yapılar da, aynı Şekilde çok parçalıdır. ABD’de yaşayanlar, bulundukları yerleşim yerine özgü özelliklerine, zengin ya da yoksul, hasta ya da sağlıklı oluŐlarına göre, farklı standart ve fiyatta sağlık hizmeti alabilmektedirler. En yoksullar ve sağlık güvencesi olmayanlara, belediyelerin hastaneleri ve sağlık kuruluşları hizmet vermektedir. Çalışanların çoğu, iŐyerlerinde, işverenin topladığı primlerle finanse edilen ve işverenin anlaŐtıđı sağlık kurumlarına gitmekte ve oğuunlukla, işverene verdikleri primlerin dışında, gittikleri sağlık kurumlarına cepten ödeme yaparlar. Ayrıca, bu sağlık güvence sisteminde, herkes her hizmeti alamamaktadır. İstenilen hizmete ulaŐabilmek, ancak cepten katkı ve ikiden fazla ek sigorta ile olanaklıdır. Gelir düzeyi yükseldikçe çeŐit çeŐit özel sigorta seçenekleri söz konusudur. Toplam sağlık harcamalarının 1/3’ne yakını, toplumun en zengin 1/3’ne gitmektedir. En zengin yüzde 10 ise toplam sağlığa giden paranın yüzde 55’ini harcamaktadır³¹¹.

Amerikan modelinin en belirgin iki sonucu, son derece yüksek maliyetli olmasına karşın ülkenin sağlık göstergelerinin bir o kadar pozitiflikten uzak bir tablo sergilemesidir. Sağlık harcamaları pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere yönelmekte, kârlı olmayan birinci basamak hizmetleri özel sektörün ilgisi dışında kalmakta ve ikinci plana itilmekte, birinci basamak hizmetler kamu tarafından da iyi rgtlenemediği için bu pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere ulaşım sınırlı kesimler tarafından yapılmakta ve pek çok insan birinci basamak hizmetlerden de yoksun kalmaktadır.

Özetle kapitalizmin acımasızlığı olarak belgesellere dahi konu olan (Sağlık sektörünün ABD’de ticari bir iş olduğunu ve siyasetçilerin beceriksiz tutumları ile

³¹¹ Ata Soyer, “Türkiye’de Sağlıkta zelleŐtirme”, **Birikim Dergisi**, Sayı: 70, Şubat 1995, s. 45.

insanların zarar gördüğünü vurgulayan Michael Moore/sicko)³¹² ABD sağlık sistemi, sağlık istatistiklerini düzeltmekten uzak, insanı değersizleştiren ve çok masraflı bir sistemdir.

2. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMASI

2.1. Türk Sağlık Sistemine Genel Bir Bakış

75 milyona yaklaşan nüfusuyla dünyada en fazla nüfusa sahip olan 20 ülke arasında yer alan Türkiye, ülkedeki yüksek doğurganlık hızı ve son yıllardaki olağanüstü ekonomik büyüme oranlarıyla birlikte genç nüfusa sahip gelecek vaad eden bir ülkedir. Ülkenin nüfus artış hızı binde 18 olarak ortaya çıkmaktadır.

Türk sağlık sistemi son 20-30 yıldır önemli gelişmeler gösterse de, genel halk sağlığı düzeyi, doğurganlık düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim hala doğu ve batı bölgeleri arasında ve ülkenin kırsal ve kentsel alanları arasında farklılıklar göstermektedir³¹³.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde kamu, yarı kamu, özel ve hayırsever olmak üzere pek çok örgüt faaliyet göstermektedir. Kamu kesiminde Sağlık Bakanlığı (SB), Üniversiteler ve Savunma Bakanlığı sağlık hizmeti veren başlıca kurumlardır. Bunların dışında dini gruplar, azınlıklar ve vakıflar ile kâr amaçlı çalışan özel hekimler, diş hekimleri ve eczacılar da sağlık hizmeti vermektedir. 2005 yılına kadar SSK ve diğer kamu kurumu hastaneleri de hizmet veren kurumlar arasında yer almaktaydı. Ancak 2005 yılında başta SSK hastaneleri olmak üzere ve diğer kamu kurumlarının hastanelerinin bir kısmı SB çatısı altında birleştirilmiştir.

³¹² (Çevrimiçi) <http://www.imdb.com/media/rm4119040768/tt0386032>, 15.05.2012.

³¹³ Gül Ergör, Zafer Öztekin, “The Development of National Health Policy in Turkey”, **Exploring Health Policy Development in Europe**, WHO Regional Publications, European Series, No: 86, s. 97.

Sağlık politikalarının oluşturulmasında ve oluşturulan politikaların uygulanmasında başlıca yetkili olan Sağlık Bakanlığı, parlamento tarafından onaylanan bütçeden aktarılan kaynağın kullanılmasında ve yatırımların yapılmasında karar verme yetkisine sahiptir. Burada Sosyal Güvenlik Kurumu’nun etkinliğinden bahsedilemez.

Sosyo-ekonomik göstergeler açısından diğer AB ülkeleri ile karşılaştırıldığında kötü bir tablo sergileyen Türkiye sağlık göstergeleri açısından da aynı eğilimi göstermektedir.

2.2. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası

Kurumsal olarak tanım yapmak gerekirse, genel sağlık sigortası, toplumdaki tüm bireylerin tamamına sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak bireylerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir³¹⁴. Bilinmesi gerekir ki; GSS, öncelikle bir hizmet sunum modeli değil bir finansman modelidir.

Türkiye’de uygulanmaya çalışılan “Genel Sağlık Sigortası (GSS)” ile nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, koruyucu ve tedavi edici kaliteli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır.

Türkiye’de bugüne kadar uygulanan sağlık sistemine bakıldığında, hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir. Buna göre, SSK, SSK Tarım, Bağ-Kur, Bağ-Kur Tarım, Emekli Sandığı, Özel Sandıklar sosyal sağlık sigortası sistemi içinde değerlendirilirken; memurlar, yeşil kart sahipleri, 65 yaşını doldurmuş muhtaç vatandaşlar ulusal sağlık hizmetleri sistemi içinde değerlendirilmekte idi. Bunların yanında özel sağlık sigortaları da küçük de olsa (%2) Türkiye’nin sağlık sisteminde yer almaktadır³¹⁵.

Kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak gören GSS’nin oluşturulmasının temel sebebi; etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki

³¹⁴ Serin, **a.g.e.**, s.120.

³¹⁵ Sözer, “Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu? Sağlık Hakkı Açısından Mukayesili bir Değerlendirme”, **a.g.e.**, s.139.

para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlarımıza kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, toplam sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli tasarruftur. GSS sayesinde herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilecektir. GSS'nin amaçları genel olarak; bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine etkin bir şekilde, sosyal haklarına uygun olarak ulaşmalarını temin etmek, sağlığın finansmanı oluşturulurken ayrılan sağlık harcamalarının etkin kullanımını sağlamaktır³¹⁶.

Türkiye’de dağınık yapıda olan ve yararlanma koşulları birbirinden oldukça farklı ve erişimi bütün nüfusa yaygınlaşmamış bulunan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 35 yıldır GSS modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli kanun tasarı taslakları hazırlanmıştır.

Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini hizmeti alanların verdikleri katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından bir diğeridir.

01.10.2008 tarihi itibarıyla uygulanmaya başlanan GSS müessesesi ile yaklaşık altı yıllık bir geçmişi olan sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir bileşeni hayata geçirilmiştir.

2.3. Genel Sağlık Sigortası’nın Tarihçesi

1960’larda başlayan planlı kalkınma yılları, sağlık alanında belirlenen hedefler doğrultusunda çalışmaların yapıldığı yıllar olmuştur. 1960–1980 yılları arasında yayınlanan beş yıllık kalkınma planlarında; GSS’nin ve ulusal ilaç endüstrisinin kurulması ve desteklenmesi, bugün de güncel olan finansman sorununa çözüm bulunması gibi bazı hedefler ön plana çıkmaktadır. Bu hedeflere tam anlamı ile ulaşılabildiğini iddia etmek güç olmakla birlikte, önemli gelişmeler yaşandığı da

³¹⁶ Aziz Akgül, **Genel Sağlık Sigortası Türkiye’nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5**, Ankara, Türkiye İsrâfı Önleme Vakfı Yayınları, 2003, s. 14.

bir gerçektir. Halk sağığı hizmetleri alanında önemli gelişmeler yaşanmış, bu hizmetlere ulaşılabilirlik belirli ölçülerde arttırılabılmıştır. Ancak, sağığı hizmetlerindeki finansman sorununa çözüm olarak düşünölen sağığı sigorta sistemi konusunda başarı sağığılanamamıştır³¹⁷.

GSS veya benzer amaçlı uygulamalar 20.yüzyılın ilkyarısından başlayarak Avrupa'da ve dünyanın gelişmiş ölkelerinde yaygın bir uygulama alanı bulmuştur. Planlı ekonomiye geçildiğı 1963 yılından beri, Türkiye'de genel sağığı sigortası kurma konusuna beş yıllık planlarda yer verilmiştir³¹⁸.

2.3.1. Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağığı Sigortası

1. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963–1967)*: Planda sağığı, kamu otoritesinin görevi olarak telakki edildiğinden kamu hizmetleri arasında ele alınıp düzenlenmiştir. Koruyucu hekimliğe öncelik verilmiş; tedavi, koruyucu hekimliğin tamamlayıcısı olarak ele alınmıştır. Hastane sistemi yerine evde ve ayakta tedaviyi sağığılayacak esnek bir örgütlenme benimsenmiş, dört basamaklı bir sağığılık örgütü öngörölmüş (sağığılık ocağı, sağığılık merkezi, iş sağığılık müdürlüğü, 16 adet bölge hastanesi), sağığılık hizmetlerinin tek elden yürütölmesi, bu amaçla GSS kurulması için çalışmalara başlanması planda yer almıştır³¹⁹.

Planda sağığılık hizmetlerinin finansmanında sosyal sigorta yöntemi benimsenmiş, herkes için ihtiyarlık ve sağığılık sigortalarını kapsayan genel bir sosyal güvenlik düzeninin kurulacağı ve bütün sosyal güvenlik çalışmalarının tek elden yürütölmesinin sağığılanacağı sosyal güvenliğe ilişkin hedefler kısmında belirtilmiştir.

2. *Beş Yıllık Kalkınma Planı: (1968–1972)*: Bu planda sağığılık hizmetlerine daha geniş ve bağığımsız bir yer ayrılmıştır. Koruyucu sağığılık hizmetlerine öncelik veren sosyalleştirme programlarına yer verilmiş, sağığılık hizmetlerinin bir bütün olarak tek elden yürütölmesi ancak bir önceki plandan farklı olarak özel teşebbüsün

³¹⁷ Yusuf Ekrem Özdemir, “Cumhuriyet Dönemi Sağığılık Politikaları”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı: 39, Mayıs-Haziran 2001, s. 272-273.

³¹⁸ Güzel, Okur, Caniklioğlu, **a.g.e.**, s. 65.

³¹⁹ DPT, **Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)**, Ankara, DPT Yayınları, 1963, s. 28.

de sağlık tesisi yapmasının özendirilmesi öngörölmüş; tek bir sağlık sigortasına geöiş için kamu sağlık kurumları arasında koordinasyon sağlanması ve kademeli olarak genel sağlık sigortasına geöilmesi benimsenmiştir³²⁰.

3. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973–1977)*: Planda sağlık konusu uzun dönemdeki gelişimi açısından ele alınmış; 1973–1982 arasında sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi programının tüm yurda yaygınlaştırılması benimsenmiş, sosyalleştirme tüm yurdu asgari düzeyde kapsayınca 1982–1995 döneminde standartların yükseltilmesine ağırlık verilmesi, 7500 kişiye bir sağlık ocağı, 2500 kişiye bir sağlık evi sağlayacak bir gelişme öngörölmüştür. Sağlık hizmetlerinin tek elden yürütölmesi temel ilke olarak benimsenmiş, GSS hazırlıklarına başlanması istenmiştir.³²¹ 1963'te başlatılan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hedefi ise, planın en önemli ilkelerinden biridir³²².

4. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979–1983)*: Sosyalleştirmenin tüm yurda yayılması, tek yönlü sağlık birimlerinin çok yönlü hale getirilmesi, sağlık hizmetlerinin eşit, sürekli, etkili biçimde herkese ulaştırılması ve genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi bu planda sağlıkla ilgili temel hedeflerdir. Bunun için, tek yönetim; ilaç üzerinde devlet denetiminin artırılması; teşhis ve tedavide kullanılan araç ve gereçlerde standartlaştırmanın getirilmesi, bu araç ve gereçlerin kamu eliyle yeterli sayı ve standartta sağlanması, üretilmesi; toplum sağlığı konularına ağırlık verilmesi; sosyalleştirme ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalanlara devlet tarafından sağlık hizmeti verilmesi benimsenmiştir³²³.

5. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (1984–1989)*: Bu planda ayrıntılardan vazgeçilmiş, hedef, ilke ve politikalara yer verilmiştir. Yenilik olarak, sağlık personeli yanında halka da genel sağlık eğitimi verilmesi, ilaç israfının önlenmesi, sağlık hizmetlerinin etkili, güvenilir, kolay ulaşılır hale getirilmesi, büyük şehirlerdeki yoğunlaşmanın önlenmesi, ilk defa olarak sağlık kuruluşlarına işletmecilik anlayışının getirilmesi, devlet, üniversite ve diğer hastaneler arasında

³²⁰ DPT, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)*, Ankara, DPT Yayınları, 1967, s.35.

³²¹ DPT, *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)*, Ankara, DPT Yayınları 1973, s.42.

³²² Serin, *a.g.e.*, s. 43.

³²³ DPT, *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)*, Ankara, DPT Yayınları 1979, s.44.

işbirliği sağlanması, liberal bir bakış açısı ile özel sağlık kuruluşlarının teşviki, sağlıkta hizmet satın alma yoluna ağırlık verilip, özel teşkilatlanmalardan kaçınılması, mevcut sağlık hizmetlerinden azami istifadenin sağlanması, sağlık sigortasına geçilmesi ilkeleri benimsenmiştir³²⁴.

6. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990–1994)*: Planda sağlıkla ilgili hedefler hizmetlerin her yere ve herkese ulaştırılması, koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi, sağlıkla ilgili altyapı hizmetlerine öncelik ve ağırlık verilmesi, hizmet sunan birimler arasında etkili bir sağlık zinciri kurulması, evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlık personeli ve sağlık altyapısında dengeli dağılım sağlanması, sağlık sigortalarının kapsamının genişletilmesi, norm ve standart birliğinin sağlanması, sağlık mevzuatının günün koşullarına uydurulması öngörülmüştür. Burada bahsedilen sağlık sigortasının muhtemelen GSS ve özel sağlık sigortalarını kapsaması söz konusudur³²⁵.

7. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996–2000)*: Planın bir özelliği genel sağlık sigortasına geniş yer vermiş oluşudur. Bu plan çalışmaları sırasında Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonunda, Genel Sağlık Sigortası Alt Komisyonu raporları ele alınmış, genel sağlık sigortası ayrıntılı olarak tartışılmış, hatta bir genel sağlık sigortası modeli oluşturulmuştur³²⁶.

8. *Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001–2005)*: Planın sağlıkla ilgili temel prensipleri şöyle özetlenebilir: Bütün hizmet kademelerini kapsayan bir hasta sevk zinciri oluşturulacak (bugün için kanunda mevcut olup da uygulamayan husus: sevk zinciri), bireye hekim ve hastane seçme imkânı sağlanacak, daha kaliteli ve etkili hizmet sunumu için hastaneler idari ve mali özerkliğe kavuşturulacak, sosyal güvencesi olmayanlar sigortalanacak, uzun dönemde sigorta kurumları arasında norm ve standart birliği sağlanacak, genel sağlık sigortası sistemine geçilecek, gerekli yeni yasal düzenlemeler yapılacak, mevzuat güncelleştirilecektir³²⁷.

³²⁴ DPT, *Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)*, Ankara, DPT Yayınları, 1985, s.44.

³²⁵ DPT, *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)*, Ankara, DPT Yayınları, 1989, s.48.

³²⁶ DPT, *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)*, Ankara, DPT Yayınları, 1995, s.50.

³²⁷ DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)*, Ankara, DPT Yayınları, 2000, s.54.

2003 yılında 58. Hükümet tarafından ortaya atılan ve 59. Hükümet tarafından da aynı şekilde benimsenen Sağlıkta Dönüşüm Projesi 1980 sonrasında yaşanan sürecin neredeyse son halkasını oluşturmakta ve yaklaşık yirmi yıllık bir birikimin ürünü olarak ifade edilebilmektedir. Söz konusu projede sağlık sisteminde ulaşılması öngörülen hedefler şu şekilde sıralanmıştır:

Öncelikle proje Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve fonksiyonel açıdan yeniden yapılandırılmasını öngörmektedir. GSS sistemi ile sosyal güvenlik şemsiyesi açısından toplumun çok büyük bir kesiminin sağlık sigortası kapsamı içine alınması amaçlanmaktadır. Bireylerin ne zaman hastalanacakları belirsizdir. Bu nedenle her birey sürekli hastalanma riski ile karşı karşıyadır. Bu riskin en geniş temelde tüm toplumu kucaklayacak şekilde uygulaması ise genel sağlık sigortası sistemi ile toplumdaki tüm bireylerin olası sağlık risklerine karşılık olarak devlet tarafından sigorta kapsamına alınmasıdır³²⁸.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve koruyucu sağlık hizmetlerinde aile hekimliği müessesesinin oluşturulması, anne ve çocuk sağlığına önem verilerek sağlıklı nesiller yetiştirilebilmesi, koruyucu hekimliğe daha fazla kaynak aktararak yaygın bir hale getirilmesi, özel sektörün sağlık alanına yapacağı yatırımlar için teşvik edilmesi şeklinde sıralanabilmektedir³²⁹.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nın geçerli olduğu süreç içerisinde gerçekleştirilen bir diğer önemli düzenleme Sosyal Sigortalar Kurumu'na tabi olan sigortalıların sadece kurumun anlaşmalı olduğu eczanelerden ilaç temin edebilmeleri uygulamasının sona erdirilerek, sigortalılarının tüm eczanelerden ilaç alabilmelerine imkânı sağlanmış olmasıdır³³⁰.

Kasım 2002 seçimleri sonrasında siyasal istikrar ortamının sağlanmasıyla birlikte, gerek Avrupa Birliği'ne uyum sürecinin hızlandırılması, gerek sosyo-

³²⁸ Sağlık Bakanlığı, **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri**, Ankara, OECD ve World Bank, 2008, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye, (Çevrimiçi), 05 Ekim 2010, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratrasaciilimler_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf.

³²⁹ Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Programı, **a.g.e.**, s. 30.

³³⁰ Panos Kanavos, İsmail Üstel, Joan Costa-Font, **Türkiye'de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası**, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005, s. 25.

ekonomik yapısal reformların gerçekleştirilebilmesi için uygun bir ortam oluşmuştur. Sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinde yaşanan reform sürecinde, oluşan ortamın son derece önemli bir payı olduğu söylenebilir³³¹. Zira 1980 sonrasındaki dönemde yapılan çok yıllık kalkınma planlarında, uzun yıllardır sağlık sisteminde kronikleşmiş problemlerin varlığından ve sistemde değişimin zorunluluğundan söz edilmiştir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın idari ve fonksiyonel yapılanması, sağlık hizmetlerinin sunumu, hizmetlerin finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri ile aile hekimliği ve koruyucu sağlık hizmetlerinin organize bir şekilde işletilmesi, birçok düzenleme ve değişiklik gerçekleştirilmiştir. Sonuç olarak Sekizinci Kalkınma Planı'nın uygulandığı 2001 ile 2005 yılları arasındaki süreç, sağlık alanında pek çok yeniliğin gerçekleştirilebildiği ve köklü reformların başlangıcı niteliğinde adlandırılacak bir dönem olarak literatüre geçmiştir..

9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007–2013): 8. Plan döneminde sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaştırılması, hizmet kalitesinin artırılması, Sağlık Bakanlığı'nın planlama ve denetleme rolünün güçlendirilmesi, sağlıkta bilgi akış sisteminin geliştirilmesi, akılcı ilaç ve malzeme kullanımının sağlanması, genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması amacıyla başlatılan sağlıkta dönüşüm projesine devam edilmiştir. Bu amaçla hazırlanmış olan GSS Kanunun hayata geçirilmesi için alt yapının tamamlanmasına hız verilecektir³³².

Yukarıda da tarihsel olarak gösterildiği gibi; Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası düşüncesi ilk kez 1946 yılında gündeme gelmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı'nın bu girişimi başarısızlığa uğramıştır. Bu tarihten sonra Sağlık Bakanlığı'nın Genel Sağlık Sigortası kurulması hedefi çeşitli zamanlarda gündeme gelmiştir. Bu hedef 1963 yılındaki Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'na da yansımış ve dördüncü plan dışındaki bütün planlarda yer almıştır³³³.

³³¹ Can Buharalı, "Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi", (Çevrimiçi), 22 Mart 2010 http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Turkey-tr_Ishc_SaglikEkonomisi-2008_170908.pdf, s. 35-37.

³³² DPT, **Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)**, Ankara, DPT Yayınları, 2006, s.58.

³³³ A. Gürhan Fişek, Şerife Türcan Özşuca, Mehmet Ali Şuğle, **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi (1946/1996)**, Sosyal Sigortalar Kurumu Yayını, Ankara, Yayın No: 598, 1999, s. 88.

1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri'nin yapılmasına da neden olan Master Plan Etüdü, genel olarak Türkiye'de sağlık finansmanını da içeren sağlık reformu sürecini başlatmıştır³³⁴.

Kongre çalışmaları sonucunda 1993 yılında hazırlanan resmi "Ulusal Sağlık Politikası" dokümanı 1999 yılına kadar bütün vatandaşları kapsayacak bir Genel Sağlık Sigortası sistemi kurulmasını hedeflemiştir³³⁵. Bu çalışmalar paralelinde 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır.

2.3.2. Sağlıkta Dönüşüm Projesi (SDP)

Türkiye'de de bugüne kadar Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık hizmet sunumunun geliştirilmesi için birçok çalışmalar yürütülmüş; en son olarak Türkiye'de yaşayan her vatandaşın yaşam kalitesini yükseltmek, bunun için ülkenin imkânlarını en akılcı biçimde kullanmak ve kaynakların hakkaniyete uygun biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çalışmalarına başlanmıştır. Bu programın amacı mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek değil, gerekli değişimleri gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüşümü gerçekleştirmektir. Bu nedenle zikredilen dokümanlarda bu konu özellikle reform değil dönüşüm programı olarak adlandırılmaktadır³³⁶.

Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaç ve Hedefleri³³⁷:

Sağlık sektöründe yaşanan sorunlara çözüm olarak geliştirilen Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun olarak organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulması amaçlanmaktadır.

³³⁴ Laura Morlock, v.d., **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, TÜSİAD, 2004, Yayın No: 380, s. 45.

³³⁵ Ergör, Öztekin, **a.g.e.**, s. 197.

³³⁶ Recep Akdağ, **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011, s. 24.

³³⁷ Ayşe Günaydın, "Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri", (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s. 52.

Sağlık hizmetlerinde etkililik ifadesi; uygulanacak sağlık politikaları ile halkın sağlık düzeyinin yükseltilmesi ve bu amaçla sağlık hizmetinin sunumundaki en büyük hedef koruyucu sağlık bilinci geliştirilerek insanların hastalanmamasının sağlanmasıdır. Bunun da en önemli göstergesi epidemiyolojik verilerde sağlık göstergelerinde sağlanacak ilerlemelerdir.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik ile; kaynakları uygun şekilde kullanarak maliyeti düşürüp, aynı kaynakla daha fazla hizmetin üretilmesinin sağlanması ifade edilmektedir. İnsan kaynaklarının dağılımı, malzeme yönetimi, akılcı ilaç kullanımı, sağlık işletmeciliği ve koruyucu hekimlik uygulamalarında sağlanacak verimlilik oldukça önemlidir.

Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet ise, bütün insanlarımızın sağlık hizmetlerine ihtiyaçları ölçüsünde ulaşmaları, hizmetlerin finansmanına mali güçleri oranında katkıda bulunmaları ve sağlık göstergeleri ile ilgili farklılıkların azaltılması anlamına gelmektedir.

Anayasa’da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkelerinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle örtüşen ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları, standartları bütünleşik, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen, tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacakğı düşünülmüştür.

2003 yılında hazırlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde, sekiz başlıkta gerçekleştirilmesi planlanan değişimleri ve mevcut problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın ana çerçevesini oluşturan bileşenler şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık Bakanlığı'nın hizmet sunumu yerine planlayıcı ve denetleyici olarak yeniden organizasyonu,
- Tüm toplumu kapsayacak nitelikte genel sağlık sigortasının hazırlanması,
- Ülke geneline yayılmış, kolay erişilebilen, özel ve kamu orijinli kaliteli sağlık hizmeti sunumunun sağlanması,
- Beşeri sermaye birikimi yeterli, yüksek motivasyona sahip sağlık personeli kadrosunun oluşturulması,
- Sistemi destekleyecek nitelikte eğitim ve bilim kurumlarının kurulması,
- Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için hem özel hem kamu sağlık sunucularında kalite ve akreditasyon sağlanması,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma,
- Kurulacak sağlık bilgi sistemi ile karar sürecinde etkili bilgiye erişimin sağlanması³³⁸.

SDP'nin amacı, yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyeti ile uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sistemini daha etkili hale getirmektir. SDP kapsamında öngörülen kilit özellikteki kurumsal ve organizasyon değişiklikleri şunlardır³³⁹:

- SB'nin kılavuzluk fonksiyonunun güçlendirilmesi amacıyla yeniden yapılandırılması planlanmıştır. Bunun için SB'nin hizmet sunucu fonksiyonundan kurtulması ve bunun yerine hastalık sürveyansı ya da hastalık kontrolü, sağlık düzenlemesi, planlama ve yönetim kapasitesi, izleme ve değerlendirme, sağlığın teşviki, sağlık alanında sosyal katılım, hakkaniyetli erişimin artırılması, kalite güvencesi, insan kaynakları eğitimi, halk sağlığı, kontrol ve afet önleme araştırmaları gibi fonksiyonlarını güçlendirerek genişletmesi öngörülmüştür.
- SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek bir şemsiye (SGK) altında birleştirecek tek bir satın alıcı bünyesinde GSS'nin kurulması: GSS'ye kaydolmak zorunlu olacaktır. Prim oranları, ödeme gücü ile orantılı olacak ve tüm lehtarlar aynı teminat temel paketine hak kazanacaktır. Gelir düzeyi nedeniyle

³³⁸ Sağlık Bakanlığı, **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara, 2008, s. 67.

³³⁹ Sağlık Bakanlığı, OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, **a.g.e.**, s. 78.

ödeyemeyeceği düşünülenlerin primler, para ve mal varlığı soruşturması sonucuna göre kamu fonlarından ödenecektir. SGK, sağlık sektöründeki tek satın alıcı olarak, teminat paketinin sunumu için özel hizmet sunucular ve kamu hizmet sunucuları ile sözleşmeler yapacaktır.

- Kamu hastanelerine ilk aşamada özerklik tanımak, aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak, etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek vasıtasıyla sağlık hizmetleri sunumu sistemlerinin reforme edilmesi.
- SDP'nin sağlık reformu hedeflerinin gerçekleştirilmesi için birbiriyle ilintili konuların ele alınması: Yeterli bilgi ve becerilere sahip motive olmuş sağlık personelinin olması, sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin güçlendirilmesi ve sağlık sektörü karar alma süreçlerinde etkili bilgiye erişimin iyileştirilmesi.

Plan ve programlarda teori böyle düşünülmeyle birlikte, son yıllarda sağlık hizmetlerindeki harcamalarda büyük artışlar olmuştur. 2004 yılında yayınlanan Ulusal Sağlık Hesapları çalışmasına göre, Türkiye’de toplam sağlık harcaması 1999 yılında 26.000 milyon \$ (Satın Alma Gücü Paritesi) ve 2000 yılında 30.057 milyon \$ (Satın Alma Gücü Paritesi) olarak gerçekleşmiştir. Bu rakam 1999 yılında GSYİH’nın % 6,4’üne, 2000 yılında ise GSYİH’nın % 6,6’sına denk gelmektedir. Günümüzde, toplam sağlık harcamalarının GSYİH’ya olan oranı %6-7 bandına yükselmiştir³⁴⁰.

Bu oran AB ülkelerinin gerisinde olmayan bir orandır. Bu nedenle de, günümüzde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı bağlamında temel sorun ayrılan/harcanın paraların azlığı değil, ayrılan/harcanan bu paraların verimli kullanılıp kullanılmadığıdır.

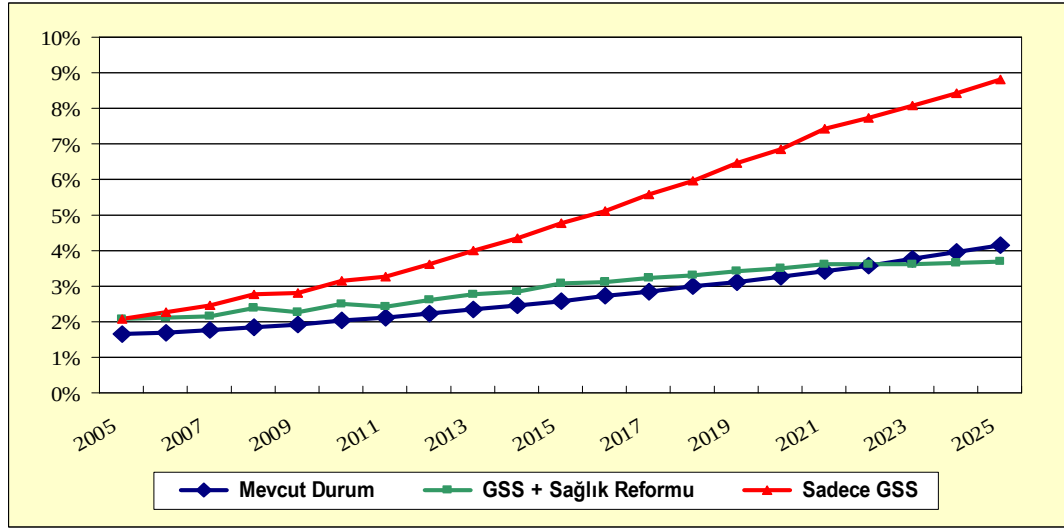
Aşağıdaki şekilde Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından 5510 sayılı kanunun hazırlanması aşamasında yapılan, mevcut durum, sadece Genel Sağlık Sigortası ve

³⁴⁰ DPT Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı, **Sağlık Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara,2007, s. 12.

Sağlıkta Dönüşüm ile birlikte uygulanan Genel Sağlık Sigortası durumlarının bütçeye yaratacağı yük simülasyon yolu ile tahmin edilmeye çalışılmıştır.

GSS için yapılan projeksiyonlarda, GSS'nin sağlıkta dönüşüm projesi ile tamamlanması ve yürütülmekte olan projelerin sonuçlandırılarak uygulanması gerektiği, aksi halde, kamu sağlık harcamalarının 15 yıl gibi kısa bir sürede katlanarak artacağı belirtilmiştir.

Grafik 6: Sağlıkta Dönüşüm Projesi Öncesi Geleceğe Yönelik GSS Finansman Açığı Projeksiyonu (GSYİH %) (2005-2025)



Kaynak: (Çevrimiçi) www.saglik.gov.tr , 10 Mayıs 2010.

Birçok açıdan SDP'nin içeriği, Türkiye'de 2003 öncesinde var olan sistemin zayıf yönlerini gidermeyi hedeflerken bu sistemin güçlü yönlerine dayanan bir sağlık sistemine yönelik bir dizi reforma ait bir ders kitabı gibi görünmektedir. Eski sistem sağlık sigortasında aşırı bölünmeler ve eksik bir sigorta kapsamı ortaya koymuş; hastanede yapılan, yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine odaklanmıştır. Ayrıca, yeni teknolojilerin getirilmesini sınırlamış; büyük kayıt dışı ve cepten harcamalara yol açacak şekilde hekimlerin çift yönlü (kamuda ve özelde) çalışmalarını teşvik etmiş ve etkililik amaçlı teşvikleri sınırlamıştır. Söz konusu sistem, yoksul kesimin ve kırsal kesimde yaşayanların sağlık hizmetlerine erişiminde ciddi ölçüde hakkaniyetsizlikler yaratmış ve niteliksiz sağlık hizmeti sunmuştur. SDP/GSS

reformları, sistemin temel zayıf noktalarını bertaraf etmek üzere kapsamlı bir projeyi temsil etmektedir³⁴¹.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Aile Hekimliği Yasası: Aile hekimliği uygulaması, asgari standardı tespit edilmiş bir bölgede, kayıtlı kişilerin sağlığını korumak ve geliştirmek üzere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği birim olarak tanımlanmıştır.

Aile hekimliği ilk basamak tedavi hizmetlerini sürekli, etkin ve kaliteli bir biçimde vererek gerek toplumun sağlıkla ilgili problemlerinin ve gerekse sağlık sektörünün içinde bulunduğu ikinci ve üçüncü basamak tedavi hizmeti veren kuruluşlara aşırı yüklenme gibi problemlerin çözümünde büyük faydalar sağlayabilecek bir disiplindir³⁴².

Yeşil Kart Uygulaması: 1991 genel seçimlerinden sonra Genel Sağlık Sigortası'nı aşamalı olarak gerçekleştirme ve yaygınlaştırma amacıyla 18.6.1992 tarih ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kabul edilmiştir.

Yeşil kart, sağlık harcamalarını kendi imkânları ile karşılayamayacak durumda olan ve ödeme gücü bulunmayanların tedavilerinin ücretsiz olarak devlet tarafından karşılanmasını sağlayan bir karttır. Başka bir ifade ile yeşil kart, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık giderlerini karşılayacak ekonomik gücü bulunmayan kişilerin öncelikle yataklı tedavi kurumlarından yatarak yararlanacakları teşhis, tedavi, ameliyat hizmetleri bedellerinin genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar karşılanmasını amaçlayan bir sosyal yardım sistemidir. Daha sonra kapsam genişleyerek bu insanların ilaç giderleri de karşılanmıştır.

Başlangıç yıllarında SDP'ye ait harcamaların karşılanabilir olduğu görülmektedir. Sağlık harcamalarındaki artış, GSYİH büyümesiyle paralel gitmiştir. Erişim ve personel gelirlerindeki iyileştirmelerin maliyetleri, en azından, verimliliğin

³⁴¹ OECD Health Data, **a.g.e.**, s. 65.

³⁴² (Çevrimiçi) <http://www.tahud.org.tr/modulus/bilgiler/index.php>, 17.07.2011.

artması ve ilaç fiyatlarının düşmesi ile kısmen de olsa telafi edilmiş görünmektedir. Sağlık hizmetleri için ayrılan kamu harcamaları, 2003-2006 arasında yılda ortalama %7 civarında ve 1999-2004 arasında yıllık %10 artış göstermiştir. GSYİH içinde toplam sağlık harcamalarının payı, 1999 ve 2003 yılları arasında yaklaşık bir puan artmış olmakla beraber, 2003 ve 2006 arasında neredeyse sabit kalmıştır³⁴³. U durum GSYİH'nın sürekli artışından kaynaklanmıştır.

Türkiye'de 2010 yılında sosyal güvenlik, sağlık, sosyal yardım ve sosyal hizmetleri kapsayan sosyal koruma harcamalarının GSYH içindeki payı % 11,99'dır.

Sağlık harcamalarının toplamı bir tek kriz yılı olan 2009 yılında % 5'in üzerine çıkabilmiştir. 2010-2013 arasında sistemli bir azalma planlanmakta olduğu görülmektedir. Resmi kaynaklara göre azalma, alınan etkinliği artırıcı tedbirlere bağlı olacaktır.

2009 yılında GSYİH içindeki payı % 5 olan sağlık harcamalarının içinden sadece 0,5'i koruyucu hizmetlere gitmekte, % 4,5'i ise ilaç ve tedavi hizmetlerine gitmektedir. Sağlanacak etkinlik sonucu ortaya çıkacak kaynak, mutlaka payı çok düşük olan koruyucu hizmetlerde kullanılmalıdır.

2.3.3. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu

Türkiye Cumhuriyetinde ilk defa tüm toplumu kapsayacak şekilde tanzim edilen ve 31.05.2006 tarih, 5510 sayılı kanun ile kabul edilen ve 16.06.2006 tarih, 26200 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren, ancak bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptali sonucu 17.04.2008 tarih, 5754 sayılı kanun ile ek düzenlemeler getirilerek 08.05.2008 tarih, 26870 sayılı resmi gazetede³⁴⁴ yayınlanan Genel Sağlık Sigortası kanunu, tüm yönleri ile 01.10.2009 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

³⁴³ OECD Health Data, **a.g.e.**, s. 87.

³⁴⁴ (Çevrimiçi) <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508-1.htm>, 29 Ocak 2010.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Uygulaması kanunun Genel Sağlık Sigortası ile ilgili bölümü 60 ila 78 inci maddeler arasında yer almaktadır. Dolayısıyla kanunda sadece 18 madde genel sağlıkla ilgilidir.

Kanun gerek dili gerekse yazım tekniği açısından karmaşık yapısından arındırılarak anlaşılabilir ve sistematik şekilde sunulmaya çalışılmıştır.

2.3.3.1. Amaç ve Kapsam

5510 sayılı Kanunun 60. maddesi genel sağlık sigortalısı sayılanları düzenlemektedir. 5510 sayılı Kanun üç ayrı Kanunu (SSK, Bağ-Kur, TCES Kanunları) ve üç ayrı çalışan grubunu (işçi-memur-bağımsız) tek kanunda toplamıştır

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’nun amacı, sosyal sigortalar ile genel sağlık sigortası bakımından kişileri güvence altına almak; bu sigortalardan yararlanacak kişileri ve sağlanacak hakları, bu haklardan yararlanma şartları ile finansman giderlerin ve karşılanma yöntemlerini belirlemek; sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili usul ve esasları düzenlemektir³⁴⁵.

5510 sayılı Kanunun tanımlarla ilgili 3. maddesi madde 60’da sayılan kişileri genel sağlık sigortalısı olarak tanımlamıştır. 60. madde ise sayma yoluyla genel sağlık sigortasının kapsamına giren tüm kişiler gösterilmiştir. Konuyla ilgili, doktrinden “herkesin tek tek sayılması yerine, sadece kapsam dışında kalanların sayılmış olması daha basit ve anlaşılır olurdu” yönünde bir eleştiri gelmiştir³⁴⁶.

-5510 sayılı Kanun’un 60. maddesi, kimlerin genel sağlık sigortalısı sayılacağını şu şekilde düzenlemiştir:

Türkiye’de ikamet eden kişilerden; (5510 sayılı Kanun’un 60. maddesine göre, öncelikle Kanun kapsamında yer alabilmeleri için ikametgahlarının Türkiye’de

³⁴⁵ Ergin, **a.g.e.**, s. 19.

³⁴⁶ Ali Rıza Okur, “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s.1291.

bulunması gerekir³⁴⁷. Dolayısıyla kapsam açısından vurgu İngiltere’de olduğu gibi yerleşim yeridir.)

- Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
- Köy ve mahalle muhtarları,
- Ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,
- Gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar,
- Anonim Şirketlerin yönetim kurulu üyesi ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları,
- Tarımsal faaliyette bulunanlar,
- Memurlar, sözleşmeliler, 657 sayılı kanunun 86. maddesi uyarınca açıktan vekil atananlar,
- İşçi sendikaları ve konfederasyonları ile sendika şubelerinin başkanlıklarına ve yönetim kurullarına seçilenler,
- Bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılan film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları ile bütün güzel sanat kollarında çalışanlar ile düşünürler ve yazarlar,
- Mütakabiliyet esasına dayalı olarak uluslararası sosyal güvenlik sözleşmesi yapılmış ülke uyruğunda olanlar hariç olmak üzere, yabancı uyruklu kişilerden hizmet akdi ile çalışanlar,
- Çiftçi Mallarının Korunması Hakkında Kanuna göre, çiftçi malları koruma başkanlıkları veya meclisleri tarafından çalıştırılan koruma bekçileri,
- Umumi kadınlar,
- Milli Eğitim Bakanlığı tarafından düzenlenen kurslarda usta öğretici olarak çalıştırılanlar, kamu idarelerinde ders ücreti karşılığı görev verilenler ile geçici

³⁴⁷ M.Fatih Uşan, **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**, Seçkin Yayınevi, 2.Baskı, Ankara 2009, s.270.

personel, (geçici personel, bir yıldan az süreli veya mevsimlik hizmet olduğuna Devlet Personel Dairesinin ve Maliye Bakanlığı'nın görüşlerine dayanılarak Bakanlar Kurulunca karar verilen görevlerde ve belirtilen ücret ve adet sınırları içinde sözleşme ile çalıştırılan ve işçi sayılmayan kimselerdir.)

- 6132 sayılı At Yarışları Hakkında Kanun'a tabi jokeyler ve antrenörler,
- Atama veya seçimle kamu idarelerinde göreve gelenler ile bu görevleri sebebiyle kendilerine memur gibi emeklilik hakkı tanınmış olanlardan hizmet akdi ile çalışmayanlar,
- Başbakan, bakanlar, milletvekilleri, belediye başkanları, il encümeninin seçimle gelen üyeleri,
- Harp okulları ile fakülte ve yüksekokullarda TSK hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askeri öğrenci olanlar ile astsubay meslek yüksekokulları ve astsubay olarak naspedilmek üzere temel askerlik eğitimine tabi tutulan adaylar,
- Polis Akademisi ile fakülte ve yüksekokullarda, Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken Emniyet Genel Müdürlüğü hesabına okumaya devam eden öğrenciler,
- İsteğe bağlı sigortalı olan kişiler,
- Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar,
- Sığınmacı veya vatansızlar,
- 65 yaş aylığı alanlar, (2022 sayılı kanuna göre)
- Şeref aylığı alanlar, (1005 sayılı kanuna göre)
- 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,
- 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,

- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler,
- Harp malullüğü aylığı alanlar,
- Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar, (3713 sayılı kanun)
- Köy korucuları,
- Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması ile Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,
- Müttekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından, yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, (kesintisiz 1 yıldan fazla oturma izni almış olmaları ve yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sağlık sigortasından yararlanma hakkının bulunmaması şartıyla)
- İşsizlik ödeneği ile kısa çalışma ödeneğinden yararlananlar, (4447sayılı kanun)
- Gelir veya aylık almakta olanlar,
- Yukarıda sayılanlar dışında kalan ve başka bir ülkede genel sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar,
- Kamuda çalışan sigortalılardan iş sözleşmesi askıda kalanlar,
- 4046 sayılı kanunun 21. maddesi kapsamında iş kaybı tazminatı alanlar, (özelleştirme kapsamında iş kaybına uğrayanlar)
- Sosyal güvenlik sözleşmesi olmayan ülkelerde iş üstlenen işverenlerce götürülen Türk işçileri,
- Kanunun 37. maddesi gereğince evlenme ödeneği alan kız çocuklardan; eşleri tarafından bakmakla yükümlü olunmayanlar ile iki yıllık süre içinde eşlerinden boşanan kız çocukları, (gelir/aylıklarının kesildiği tarihten itibaren 2 yıllık sürenin sonuna kadar genel sağlık sigortalısı sayılır)

Aşağıdakiler de genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişiler değil iseler, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliğinin 6. maddesinin 1. fıkrasının ilgili bentlerinden durumlarına uyan bende göre Genel Sağlık Sigortalısı olurlar³⁴⁸:

- İşverenin işyerinde ücretsiz çalışan eşi,
- Aynı konutta birlikte yaşayan ve üçüncü derece dâhil bu dereceye kadar hısımlar arasında ve aralarına dışarıdan başka kimse katılmaksızın, yaşadıkları konut içinde yapılan işlerde çalışanlar,
- Ev hizmetlerinde çalışanlar, (ücretle ve sürekli olarak çalışanlar hariç)
- Tatbiki mahiyetteki yapım ve üretim işlerinde çalışan öğrenciler,
- Sağlık hizmeti sunucuları tarafından işe alıştırılmakta olan veya rehabilite edilen hasta veya maluller,
- Kamu idareleri hariç, tarım veya orman işlerinde hizmet akdiyle süreksiz işlerde çalışanlar ile tarımda kendi nam ve hesabına çalışanlardan; tarımsal faaliyette bulunan ve yıllık tarımsal faaliyet gelirinden, bu faaliyete ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarın aylık ortalamasının, bu kanunda tanımlanan prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,
- Kendi adına ve hesabına çalışanlardan gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkar siciline kayıtlı olanlardan, aylık faaliyet gelirlerinden bu faaliyetine ilişkin masraflar düşüldükten sonra kalan tutarı, prime esas günlük kazanç alt sınırının otuz katından az olduğunu belgeleyenler,
- Memurlar, sözleşmeliler, açıktan vekil atananlardan aylıksız izin sürelerini 1 yıla kadar kullananlar, (bu süre boyunca genel sağlık sigortalısı sayılırlar)
- Türkiye’de geçici veya daimi olarak bulunan akit ülke sigortalıları ile gelir ve aylık sahipleri ile bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri, (genel sağlık sigortalısı gibi akit ülke adına sağlık yardımlarından yararlanırlar.)

³⁴⁸ SGK, Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği, **Resmî Gazete**, 28 Ağustos 2008, Sayı: 26981.

- Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olanlar, vatansızlar ve sığınmacılar (yani kanunun 60. maddenin 1. fıkrasının c bendinin 1 ve 2 numaralı alt bentlerinde belirtilenler) ile zorunlu sigortalı olanlar hariç, 18 yaşını doldurmamış çocuklardan:
- Genel Sağlık Sigortalısı olan ana ve babanın çocukları, (ayrıca bir işleme gerek olmaksızın çocukları bakmakla yükümlü olunan kişi olarak)
- Genel Sağlık Sigortalısı olması gerektiği halde tescili yapılmamış olan ana ve babanın çocukları, (18 yaşını dolduruncaya kadar bakmakla yükümlü olunan kişi olarak)
- Genel Sağlık Sigortası primlerini ödemeyenlerin çocukları,
- Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ana ve babasının bulunup bulunmadığına bakılmaksızın ücretsiz faydalananlar ile ana ve babası olmadığı halde bu hizmetlerden faydalanmayan çocuklar, genel sağlık sigortalısı sayılır.

Genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişilerden şunu anlamak gerekir: Genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan;

- Eşi,
- 18 yaşını, lise ve dengi öğrenim görmesi halinde 20 yaşını, yükseköğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocuklar ile yaşları ne olursa olsun çalışma gücünü en az % 60 yitirdiği kurum sağlık kurulu tarafından tespit edilen evli olmayan çocukları,
- Geliri asgari ücretin net tutarından daha az olan ve diğer çocuklarından sağlık yardımı almayan ana ve babası.

Hemen belirtmek gerekir ki, bakmakla yükümlü olunan kişi sayılabilmek için, zorunlu ya da isteğe bağlı sigortalı sayılmamak ve kendi sigortalılığı nedeniyle gelir ya da aylık bağlanmamış olması gerekir³⁴⁹.

³⁴⁹ Müjdat Şakar, **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta Yayınevi, 9.Baskı, 2009, İstanbul, s. 368.

Yukarıda kapsam dâhilindekiler sayılmış ve kapsam dâhilindekilerin hak sahipleri ayrı ayrı belirtilmiştir. Bunun dışında kanunda belirtilen genel sağlık sigortalısı sayılmayanlarda mevcuttur³⁵⁰:

- Kanunun 4. maddesinin birinci fıkrasının (b) bendinin 1 ve 3 numaralı alt bentleri kapsamında sigortalılıkları devam edenler (yani gelir vergisi mükellefleri ile anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi ortakları, komandite ortaklar ve diğer şirket ve donatma iştiraklerinin tüm ortakları) hariç, askerlik hizmetini er ya da erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay öğrencileri,
- Yabancı bir ülkede kurulu herhangi bir kuruluş tarafından ve o kuruluş adına ve hesabına Türkiye'ye bir iş için gönderilen ve yabancı ülkede sosyal sigortaya tabi olduğunu belgeleyen kişiler ile Türkiye'de kendi nam ve hesabına çalışanlardan, yurt dışında ikamet eden ve o ülke sosyal güvenlik mevzuatına tabi olanlar,
- Kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen ve temsilciliğin bulunduğu ülkede sürekli ikamet izni veya bu devletin vatandaşlığını da haiz bulunan T.C. uyruklu sözleşmeli personelden, bulunduğu ülkenin sosyal güvenlik kurumunda sigortalı olduğunu belgeleyenler ile kamu idarelerinin dış temsilciliklerinde istihdam edilen sözleşmeli personelin uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri çerçevesinde ve temsilciliğin bulunduğu ülkenin ilgili mevzuatının zorunlu kıldığı hallerde, işverenleri tarafından bulunulan ülkede sosyal sigorta kapsamında sigortalı yapılanlar,
- Hükümlü ve tutuklular,
- Türkiye'de 1 yıldan az süreyle ikamet eden yabancı ülke vatandaşları,
- 3201 sayılı kanunlara göre borçlanarak aylık bağlanan kişilerden Türkiye'de ikamet etmeyenler,
- İsteğe bağlı sigortalı olan yabancı ülke vatandaşlarından Türkiye'de yerleşik olma hali 1 yılı doldurmayanlar,

³⁵⁰ A. Can Tuncay, Ömer Ekmekçi, **Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları**, Legal Yayınevi, 2.Baskı, İstanbul, 2009, s. 381.

- Milletvekilleri ve bu görevleri sona erenler, açıktan atandığı Bakanlık görevi sona erenler, (bu kişilerin tedavileri TBMM tarafından sağlanmaktadır.)
- Aylık ve aylık alanlar ile genel sağlık sigortalısının bakmakla yükümlü oldukları kimseler ayrıca Genel Sağlık Sigortalısı sayılmazlar.

2.3.3.2. Sigortalılığın Başlangıcı ve Sigortalının Bildirimi

5510 sayılı Kanunun 60. maddesinin birinci fıkrasının (a) ve (b) bendi kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlar; sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılır ve ayrıca bir bildirim gerek olmaksızın genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmiş kabul edilirler³⁵¹.

Yukarıda da belirtildiği gibi karmaşık kanun dilinden arındırılarak bakıldığında, sigortalılığın başlangıcı ve sigortalının bildirimi hakkında şu hususlar önem arz etmektedir:

Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar, köy ve mahalle muhtarları, ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar, gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkâr siciline kayıtlı olanlar, anonim şirketlerin yönetim kurulu üyesi ortakları, sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları, tarımsal faaliyette bulunanlar, isteğe bağlı sigortalı olanlar sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren genel sağlık sigortalısı sayılırlar ve ayrıca bir bildirim gerek olmadan genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmiş sayılırlar³⁵².

³⁵¹ SGK, 5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ, 28.09.2008 tarih, **27011 sayılı Resmi Gazete**, s. 2.

³⁵² Ergin, **a.g.e.**, s. 112.

2.3.3.3. Sağlık Hizmetlerinin Kapsamı

Genel sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlıklı kalmaları, hastalanmaları hâlinde sağlıklarını kazanmaları, iş kazası ile meslek hastalığı, hastalık ve analık sonucu tıbben gerekli görülen sağlık hizmetlerinin karşılanması, iş göremezlik hâllerinin ortadan kaldırılması veya azaltılması, iş kazası ve meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital (doğuştan) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda vücut bütünlüğünün sağlanması amacıyla Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şunlardır:

- Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- 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.
- 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.
- 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, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını

doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si.

- Evli olmakla birlikte çocuk sahibi olmayan genel sağlık sigortalısı kadın ise kendisinin, erkek ise karısının belirlenen şartlarının birlikte gerçekleşmesi halinde en fazla iki deneme ile sınırlı olmak üzere yardımcı üreme yöntemi tedavileri ile bir hastalığın tedavisinin başka tıbbî bir yöntemle mümkün olmaması ve Kurumca yetkilendirilen sağlık hizmet sunucuları sağlık kurulları tarafından tıbben zorunlu görülmesi halinde yardımcı üreme yöntemi tedavileri.
- Yukarıdaki bentler gereğince sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbî araç ve gereç, kişi kullanımına mahsus tıbbî cihaz, tıbbî sarf, iyileştirici nitelikteki tıbbî sarf malzemelerinin sağlanması, takılması, garanti süresi sonrası bakımı, onarılması ve yenilenmesi hizmetleri.

60. maddede sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürer.

Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri ise: estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri ile tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetlerinin bedelleri karşılanmamaktadır.

2.3.3.4. Sağlık Hizmetlerinin Süresi

Sağlık hizmetlerinde süre, hizmetten yararlanabilmek için geçen süre ve hizmetten maksimum yararlanılabilecek süre olarak anlaşılmalıdır. Bu kapsamda;

Hizmet akdiyle çalışanlar (eski SSK'lılar) zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren 10 gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bunların sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından

dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar.

Genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi, kişinin iyileşmesine kadar sürer³⁵³.

2.3.3.5. Prim Oranları ve Yararlanma Şartları

5510 sayılı kanun ile Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları şu şekilde belirlenmiştir:

- İsteğe bağlı sigortalılarda, kendilerince belirlenen prime esas aylık kazançların % 12'sidir.
- Aile içindeki geliri kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az olan vatandaşlar, sığınmacı veya vatansızlar, 65 yaş aylığı alanlar (2022 sayılı kanuna göre), Şeref aylığı alanlar (1005 sayılı kanuna göre), 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu kanunu hükümlerine göre korunma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalanan kişiler, Harp malullüğü aylığı alanlar, Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar (3713 sayılı kanun), köy korucuları, Başarılı Sporculara Aylık Bağlanması ile Devlet Sporcusu Unvanı Verilmesi Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar için belirlenen prime esas kazancın % 12'si (Genel Sağlık Sigortası primini ilgili kamu idaresi öder.)
- İş kaybı tazminatı alanlarda, iş kaybı tazminatı aylık tutarının % 12'sidir. Bu primi Türkiye İş Kurumu öder.
- İş akdi askıda kalan kamu idaresi sigortalıları için genel sağlık sigortası primi, belirlenen prime esas günlük kazancın alt sınırının 30 katıdır. Bu primi ilgili kamu idaresi öder.

³⁵³ A.e., s. 115.

- Müttekabiliyet esası da dikkate alınmak şartıyla, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayanlarda, belirlenen prime esas kazancın % 12'si. (kendileri öderler.)
- İşsizlik ödeneği ve kısa çalışma ödeneği alanlarda, belirlenen prime esas kazancın % 12'si. (Türkiye İş Kurumu öder)
- Diğerleri için ise prime esas kazancın % 12,5'idir. Bunun % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir.

Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından (eski SSK'lılar) kısmi süreli veya çağrı üzerine çalıştırılanlar ile ev hizmetlerinde 30 günden az çalışan sigortalılar için eksik günlere ait genel sağlık sigortası primlerinin 30 güne tamamlanması zorunludur. Söz konusu eksik günlere ait primleri ya kendisi ödeyecek ya da kazancının asgari ücretin 1/3'ünden az olduğunu belgelemek şartıyla ilgili kamu idaresi ödeyecek. Başka bir anlatımla 30 günden az Genel Sağlık Sigortası primi yatmış olan sigortalılar Genel Sağlık Sigortası kapsamından çıkmış olacaktır.

Özetle, GSS sağlık yardımları prim esasına dayalıdır. Kanunun m. 81/1, f bendine göre, genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için m. 82/I'e bendine göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin %5'ini sigortalı, % 7,5'ini ise işveren ödeyecektir. İsteğe bağlı sigorta kapsamındaki genel sağlık sigortalısının prim oranı kendilerince alt ve üst sınır arasında belirlenecek kazançlarının %12'sidir.

Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanma koşullarını düzenlerken de ilk koşul olarak prim konusunu ele almıştır. Kanun, bu konuda üçlü ayırım yapmıştır: Prim koşulu aranmayanlar, son bir yıl içinde 30 gün prim ödemiş olması gerekenler, hiçbir prim borcu olmaması gerekenler, 60 günden fazla prim borcu olmaması gerekenler.

Prim koşulu aranmayanlar: 18 yaşını doldurmamış olanlar, tıbben başkasının bakımına muhtaç olanlar, acil hallerde, iş kazası, meslek hastalığı hallerinde, bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık hallerinde, koruyucu sağlık hizmetlerinde, analık sağlık hizmetlerinde, umumi afet hallerinde, seferberlik ve savaş hallerinde, grev ve

lokavt hallerinde herhangi bir prim koşulu aranmaksızın Kurumca gereken sağlık yardımları yapılır.

30 günlük prim arananlar: Bunlar sağlık hizmeti için başvurdukları tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödemiş olmalıdırlar. Bunlar m. 60/1, (c) ve (f) bentleri dışındaki sağlık sigortalıları ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerdir (m. 67/1, a). Yani iş sözleşmesi ile çalışanlar, kamu görevlileridir.

60 günden fazla prim borcu olmaması gerekenler: Bunlar m. 60/1, a (2) ile (g) bendinde anılan genel sağlık sigortalısı ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerdir (m. 67/I,b) (60/I,a), (2), g yani köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlar, 60. maddede sayılanların dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar.

Hiç prim borcu olmaması gerekenler: Bunlar m.60/1, (b) ve (d) bentleri gereğince genel sağlık sigortalısı ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerdir (m. 67/1, (c); m. 60/1, b, d), yani isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış ve bir yıldan beri Türkiye'de olan yabancılardır.

Ayrıca kendi adına ve hesabına çalışanların, isteğe bağlı sigortalıların, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişilerin; 60.madde dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanların ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte, 30 gün prim ödeme koşulu ile birlikte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dâhil, genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması şart koşulmuştur (5510, m.67/b). Bu hükmün sosyal devletin asli görevlerinden olan vatandaşların sosyal güvenlik haklarını sağlama ödevini adil, makul ve ölçüsüzce sınırlandırarak sosyal devlet, demokratik toplum düzeninin gereklerine uygunluk ve ölçülülük ilkeleri ile bağdaşmadığı ve bu nedenle Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesiyle açılan yerinde iptal istemi, Anayasa Mahkemesince reddedilmiştir. Mahkeme, kısa ve uzun vadeli sigorta dalları ve genel sağlık sigortası prim borcu bulunmaması koşulunun arandığı kişilerin ortak

özelliğinin prim sorumluluk ve yükümlülüğünün kendilerinde olduğu, ayrıca prim borcu olmama koşulunun (5510,g.m.12/son) Yasa'nın yürürlüğe girmesinden sonra tahakkuk edecek prim borçları için uygulanacağını belirterek, Kurumun amacına uygun olarak hizmet verebilmesinin sahip olduğu parasal kaynaklara bağlı olduğunu, temel kaynağı prim olan Kurumda sigortalıların kuralda belirtilen süre kadar prim ödemek suretiyle Kurum ile ilişkilerini devam ettirmelerini ve Kurumun sağladığı haklardan bu surette yararlanmalarını öngören böyle bir düzenlemenin sistemin doğal bir sonucu olduğuna karar vermiştir.

2.3.3.6. Katılım Payı ve Aile Hekimliği

Genel Sağlık Sigortası Kanunu sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bir Katılım Payı öngörmüştür³⁵⁴. Avrupa ülkelerinde de mevcudiyeti bulunan bu katılım payı ilgili kanunda şöyle düzenlenmiştir:

*Muayene katılım payı*³⁵⁵: Birinci basamak resmi sağlık kuruluşlarındaki muayene ile aile hekimi muayenelerinden katılım payı alınmaz iken 18.09.2009 tarihinden itibaren 2 TL, 01.10.2009 tarihinden itibaren özel sağlık kuruluşlarına müracaat eden SGK kapsamındaki hastalardan muayene başına 12 TL, reçete başına da ilave 3 TL katkı payı kesilecek, SSK ve Bağ-Kur çalışanlarından 12 TL'lik bu tutar SGK adına özel sağlık kuruluşlarında tahsil edilecektir.

Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için katılım payı: Gelir ve aylık alanlar (emekliler) için % 10, diğer kişiler için % 20.

Tıbbi malzeme katılım payı: Emekliler için %10, diğer kişiler için % 20.

Yardımcı üreme yöntemi katılım payı (tüp bebek): Birinci denemede % 30, ikinci denemede % 25.

³⁵⁴ Hemen belirtmek gerekir ki, Kanunun 68. maddesinde düzenlenen katılım payına ilişkin hüküm, memur ve diğer kamu görevlileri yönünden Anayasa'ya aykırı görülerek iptal edilmiş, diğer kişi grupları yönünden ise Anayasa'ya aykırılık görülmemiştir. AYM., 15.12.2006 111E./112K., Resmi Gazete 30.12.2006 26392, 5.Mükerrer.

³⁵⁵ Maliye Bakanlığı'ndan Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, Sıra no:12, **Resmi Gazete**, 18 Eylül 2009, Sayı: 27353, s.3.

Genel Sağlık Sigortası Kanunu Katılım Payı Muafiyetini de ayrıca belirlemiştir.

73. madde 5754 sayılı Kanun değişikliği ile yeni bir kavrama da yer vermiştir: İlave ücret. İlave ücret tavanını belirleme yetkisi Bakanlar Kuruluna bırakılmıştır. Bakanlar Kurulu ilave ücret tavanını belirleyebilecektir. Bu belirlemede dikkate alınacak kıstaslar ise sağlık hizmet sunucularının giderleri, sağlık hizmetlerinin maliyeti ve yapılan sübvansiyonlardır. Ancak madde bu kıstasları örnek olarak vermiştir, bunun dışında benzer başka kıstaslar da kullanılabilecektir³⁵⁶.

08.11.2009 tarih ve 27426 (Mükerrer) Sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 16.11.2009 tarihli ve 2009/15627 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı uyarınca da kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dahil Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından belirlenen ölçütlere göre (hizmet kalite standardı, hasta hakları, hasta ve çalışan güvenliği, hastane hizmet dilim endeksi, hastane kapasitesi, çalışan hakları ve hukuki sorumluluklar vb.) sınıflandırılan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nca belirlenen sağlık hizmetleri bedelinin en fazla % 70'ine kadar ilave ücret alabileceği belirtilmektedir. Bu oran 2012 yılında % 90 olarak revize edilmiştir.

2.3.3.7. Sağlık Hizmet Sunucuları ve Hizmet Bedellerinin Belirlenmesi

Sağlık hizmetleri SGK ile yurt içindeki ve yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılacak sözleşmeler yoluyla sağlanmaktadır. 74. maddede ayrıca sözleşmesiz sağlık hizmetlerinden de söz edilmektedir. Ancak Kanunun 5754 sayılı Kanunla değişik şeklinde, sözleşmesiz Kanun basamaklandırma işini Sağlık Bakanlığı'na, bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri düzenlemesini ise Kuruma bırakmıştır.

³⁵⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu, **a.g.e.**, s. 78.

Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen hizmet basamakları, 2010 yılı Sağlık Uygulama Tebliğinde (25.03.2010) yürürlüğe girmiştir. Tebliğ kuruluşları, resmi, özel ve basamaklandırılmayanlar olarak üçe ayrılarak düzenlemiştir (m.2 vd.).

Resmi Sağlık Kuruluşları:

Birinci basamak resmi sağlık kuruluşları: Kamu idareleri bünyesindeki Kurum hekimlikleri, sağlık ocağı, verem savaş dispanseri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezi, sağlık merkezi, toplum sağlığı merkezi, aile hekimleri, 112 acil sağlık hizmet birimi, üniversitelerin mediko-sosyal birimleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin 1. basamak sağlık üniteleridir.

İkinci basamak resmi sağlık kurumları: Devlet hastaneleri, dal hastaneleri, bunlara bağlı semt poliklinikleri, entegre ilçe hastaneleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, üniversitelerin uygulama ve araştırma merkezleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin Hastaneleri, belediye hastaneleri, kamu kurumlarının tıp merkezi ve dal merkezleridir.

Üçüncü basamak resmi sağlık kurumları: Eğitim ve araştırma hastaneleri, Özel dal eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, üniversitelerin semt poliklinikleri, üniversitelerin diş hekimliği fakülteleri, Türk Silahlı Kuvvetlerinin eğitim ve araştırma hastaneleri, vakıflara ait eğitim ve araştırma hastaneleridir.

Özel Sağlık Kuruluşları:

Birinci basamak özel sağlık kuruluşları: Özel poliklinikler, ağız ve diş sağlığı klinikleridir.

İkinci basamak özel sağlık kurumları; Özel hastaneler, özel tıp merkezleri, özel dal merkezleridir.

Basamaklandırılmayan Sağlık Kuruluşları: Diyaliz merkezleri, özel tedavi merkezleri, Refik Saydam Hıfzısıhha Laboratuvarları, görüntüleme merkezleri, özel laboratuvarlar, muayenahaneler, işyeri hekimleri, eczaneler, optisyenlik merkezleri, tıbbi cihaz ve malzeme tedarikçileri, kaplıcalardır.

Sağlık hizmetlerine ilişkin temel sorunlardan biri de sağlık hizmetleri için ödenecek bedellerin saptanmasıdır. 5510 sayılı Kanun bu konuda merkezi bir sistemi benimsemiş, hizmet bedelleri konusunda hizmet sunan kurumlar yerine bu bedelleri bizzat belirleme yöntemini getirmiştir. Kanunun 72. maddesine göre bu görevi Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu yapacaktır.

2.3.3.8. Sevk Zinciri

Kanun, sağlık hizmet sunucularının 1., 2. ve 3. basamak olarak Sağlık Bakanlığı tarafından basamaklandırılmasını öngörmüştür. Bu basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri ise, tanı, ön tanı, hekimlerin ve diş hekimlerinin uzmanlıkları dikkate alınarak yurt çapında, il veya ilçe çapında SB'nin görüşü alınarak SGK tarafından belirlenecektir.

Kanun sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için sağlık sigortalısının ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sevk zincirine uygun davranmaları gerektiğini de vurgulamaktadır (m. 70/11).

Sevk zincirine uymamanın yaptırımı kaldırılmıştır. Sürdürülebilir bir sağlık finansman sisteminin en temel koşullarından birisi de etkili bir sevk zincirinin uygulanmasıdır. 5510 sayılı Kanunun 70. maddesi ile yapılan düzenlemede, sevk zincirine uymayan kişilere, oluşan tedavi bedelinin % 30'unu kendisinin ödemesi yaptırımı getirilmişti. 5754 sayılı kanun ile söz konusu yaptırım ortadan kaldırılmıştır.

5510 sayılı Kanunla 3359 sayılı Kanun'un 3'üncü maddesinin de iptal edildiği dikkate alındığında, sevk zincirine uymamanın hiçbir yasal yaptırımı kalmamıştır. Talep kontrolü için de ayrı bir öneme sahip olan sevk zincirinin uygulanmaması halinde ortaya çıkacak finansal yükten yine büyük ölçüde bu hizmetten yararlanan vatandaşlar zarar görecektir.

2.3.3.9. Yaptırımlar

İdari para cezası uygulaması kaldırılmıştır. Tasarı ile getirilen bir diğer önemli değişiklik de, Kanunun 102. maddesi ile sağlık hizmeti sunumu alanında ilk defa getirilen idari para cezası uygulamasının kaldırılmasıdır. Sağlık hizmeti sunucularının yapabilecekleri kimi kural ihlalleri ya da kötüye kullanımlara karşı getirilen idari para cezaları kaldırılarak, söz konusu fiilleri işleyenlere sözleşme feshi ile yaptırım uygulanması kuralı korunmaktadır.

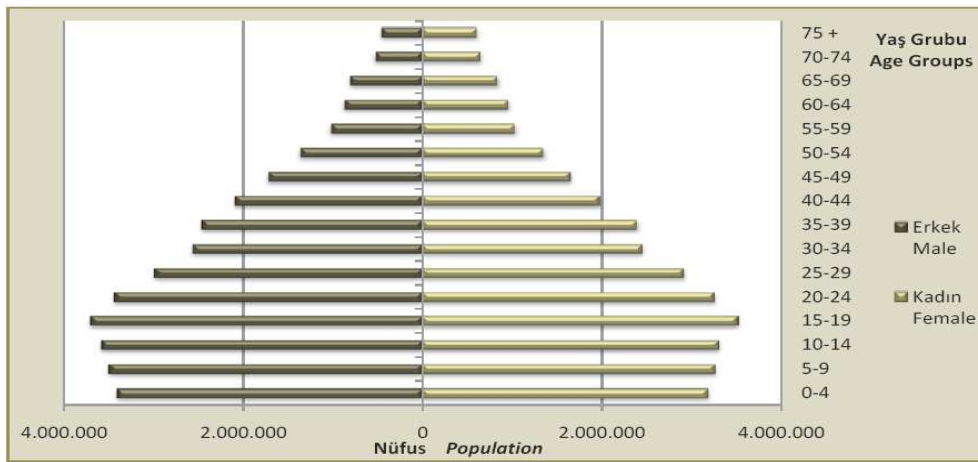
Yapılan değişiklik, idari para cezasının kamu sağlık tesislerine uygulanmaması sonucunu doğuracaktır. Halen SGK tarafından Sağlık Bakanlığı ve üniversite hastanelerinden alınan sağlık hizmetleri sözleşmelerinde cezai şart uygulaması yokken, özel sağlık tesisleri ile yapılan sözleşmelerde oldukça ağır cezai şart uygulamaları getirilmiş ve uygulanmıştır. İdari para cezalarının kaldırılması ile kamu sağlık tesislerinin GSS kurallarına uyum konusunda gereken özen ve dikkati göstermelerini sağlamakta önemli bir yaptırım imkânı da kalmamıştır.

3. MEVCUT VERİLER IŞIĞINDA TÜRKİYE'YE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMELER

3.1. Demografik Özellikler ve Sağlık Verileri

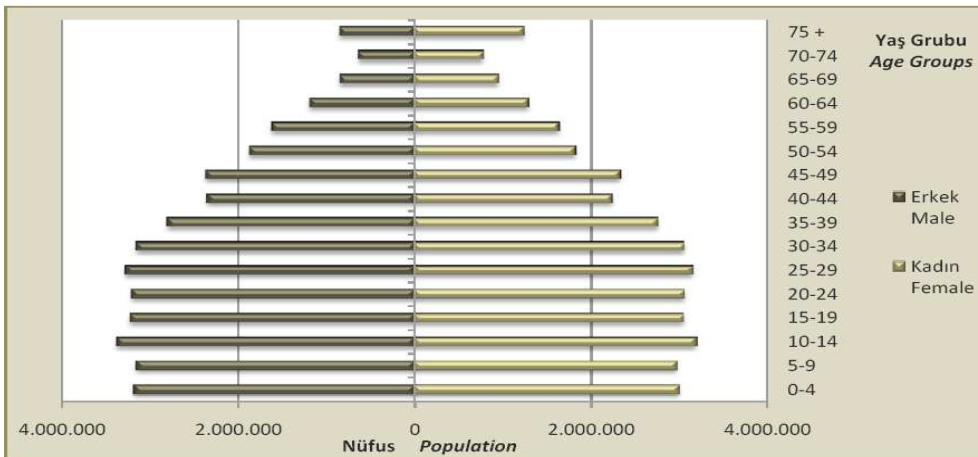
TÜİK tarafından yayınlanan 2011 yılı Adrese Dayalı Nüfus verilerine göre 74.724.269 kişiye ulaşan Türkiye nüfusu binde 13'lük artış hızı ile büyümeye devam etmektedir.³⁵⁷

Grafik 7: 2000 Yılı Nüfus Piramidi



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 8: 2010 Yılı Nüfus Piramidi



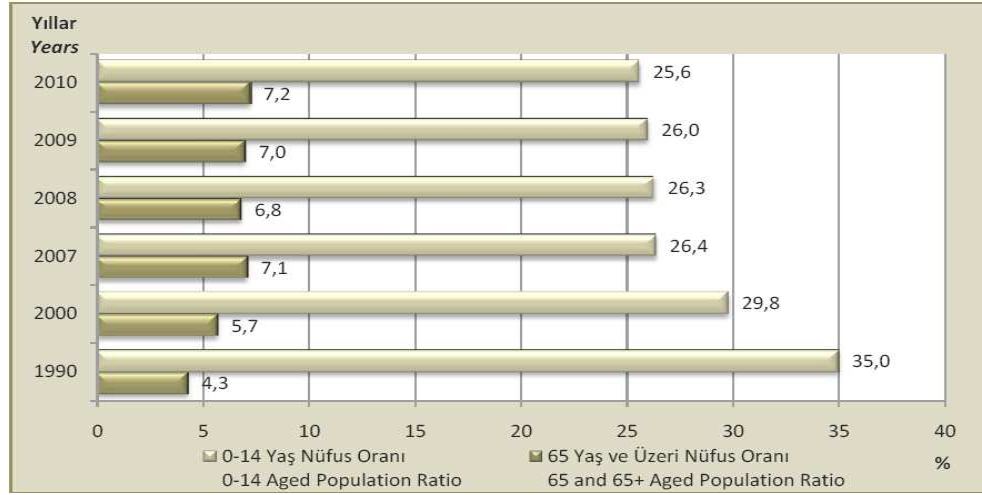
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

³⁵⁷ TÜİK, Nüfus İstatistikleri, (Çevrimiçi) http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&alt_id=39, 05.05.2012.

Nüfus yapımızın on yıl içindeki değişimi, demografik fırsat penceresinden faydalanmak için sosyal güvenlik alanında reform çalışmalarının gerekli olduğunu doğrular niteliktedir.

Aynı şekilde nüfus verilerinden çalışabilir nüfusun ayrıştırılması sonucu, çalışabilir nüfus dışında kalan 0-14 yaş arası ve 65 yaş üstü nüfusun son 10 yıllık periyotta değişimi de dikkat çekicidir. Aşağıdaki şekilde de görüldüğü üzere 10 yıl içinde 0-14 yaş nüfus azalırken, 65 yaş üstü nüfus artış göstermiştir.

Grafik 9: Yıllara Göre 0-14 Yaş Nüfus ve 65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranları (%) (1990-2010)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Sağlık Bakanlığı'nca yayınlanan 2010 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığından Temel Nüfus göstergelerimize bakıldığında son yirmi yılın demografik değişimi ve gelişimi dikkat çekici bulunmuştur.

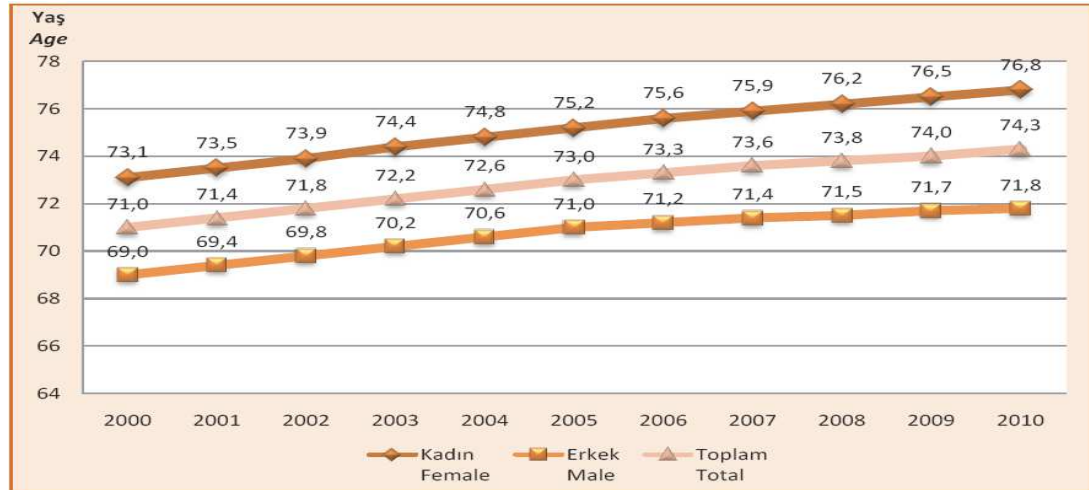
Tablo 9: Genel Demografik Göstergeler (1990-2010)

	1990	2000	2007	2008	2009	2010
Toplam Nüfus Total Population	56.473.035	67.803.927	70.586.256	71.517.100	72.561.312	73.722.988
*Kırsal Nüfus Oranı (100'de) *Rural Population Ratio (in 100)	48,7	40,8	32,5	30,8	29,9	29,0
**Kentsel Nüfus Oranı (100'de) **Urban Population Ratio (in 100)	51,3	59,2	67,5	69,2	70,1	71,0
0-14 Yaş Nüfus Oranı (100'de) Population at 0-14 Age (in 100)	35,0	29,8	26,4	26,3	26,0	25,6
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (100'de) 65 and 65+ Aged Population Ratio (in 100)	4,3	5,7	7,1	6,8	7,0	7,2
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş) Youth Dependency Ratio (Age 0-14)	57,6	46,3	39,7	39,3	38,8	38,1
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş) Elderly Dependency Ratio (Aged 65 and Over)	7,0	8,8	10,7	10,2	10,5	10,8
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı Total Age Dependency Ratio	64,7	55,1	50,4	49,5	49,2	48,9
***Yıllık Nüfus Artış Hızı (1000'de) ***Annual Population Growth Rate (in 1000)	17,0	13,8	11,7	13,4	13,3	13,0
***Kaba Doğum Hızı (1000'de) ***Crude Birth Rate (in 1000)	24,1	20,3	18,0	17,9	17,8	17,5
***Kaba Ölüm Hızı (1000'de) ***Crude Death Rate (in 1000)	7,1	6,6	6,4	6,3	6,3	6,3
***Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına) ***Total Fertility Rate (per Woman)	2,9	2,4	2,2	2,1	2,1	2,1

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Daha öncede vurgulandığı gibi, Türkiye’de doğumdan beklenen yaşam süresi uzamıştır. Bu veri sosyal güvenlik açısından oldukça önem arz eden bir parametredir.

Grafik10: Yıllara Göre Doğumda Beklenen Yaşam Süresi, (Yıl), (2000-2010)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı

Türkiye’de sağlık alanında yapılan harcamaların, Ulusal Sağlık Hesapları Çalışması sonucuna göre, 2000 yılı itibariyle milli gelir içindeki payı % 6,6’dır. Bu oran, orta gelir düzeyindeki diğer ülkelerle karşılaştırıldığında makul seviyelerdedir.

Ne var ki, aynı ülkelerle toplumun sağlık göstergeleri açısından karşılaştırma yapıldığında, sağlık göstergelerimizin bu ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir: Örneğin, doğumda yaşam beklentisi OECD (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü) ortalamasının yaklaşık sekiz yıl altındadır ve bebek ile anne ölüm oranları benzer gelirli ülkeler arasında en yükseklerden biridir.

Ancak alınan tedbirler ve doğru uygulamalar sonucu sadece doğumdan beklenen yaşam süresi artmamış anne ve bebek ölümlerinde de ciddi azalmalar olmuştur.

Grafik 11: Yıllara Göre Anne Ölüm Oranı, (100.000 Canlı Doğumda)(1998-2010)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

2003-2010 yılları arası Bebek Ölüm Hızındaki azalma oranı % 64,6'dır³⁵⁸. Bu oran sağlık verileri açısından yukarıda verilen canlı doğumlarda anne ölüm oranı ile birlikte değerlendirildiğinde yaşanan gelişme daha net anlaşılabacaktır.

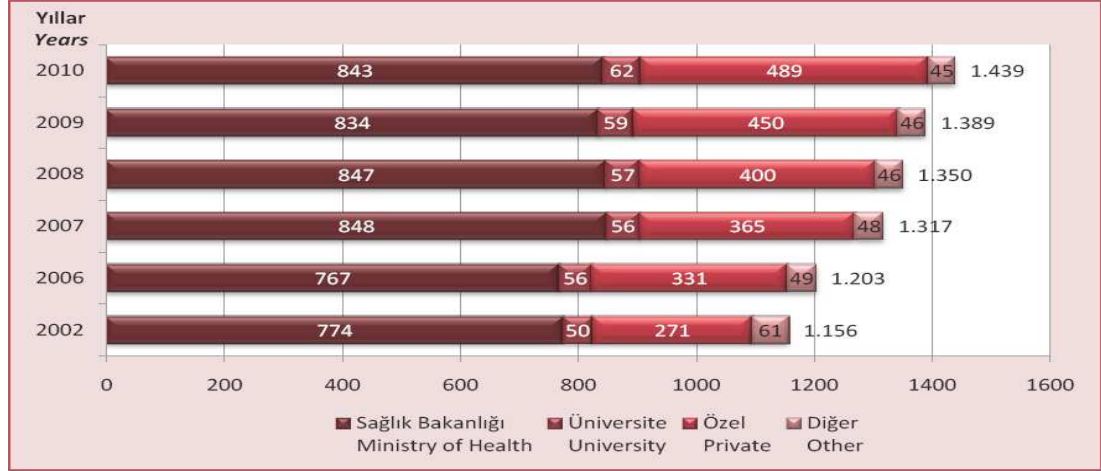
Bu süreçte sağlık hizmeti verilen kurum ve kuruluşlarda değişim meydana gelmiştir. Üniversite ve SB hastaneleri sayılarında cüzi bir artış gözlenirken, özel sektör yatırımları sonucu özel hastane sayısı yaklaşık iki katına çıkmıştır. Bu artışta sağlık turizminin de katkısı önemlidir.

Yapılan bir çalışmaya göre, 2010 sonu itibariyle küresel sağlık turizmi pazarının büyüklüğü 78,5 Milyar ABD Doları olarak belirlenmiştir. 2012 yılı itibariyle pazarın büyüklüğünün 100 Milyar ABD Dolarına ulaşması

³⁵⁸ (Çevrimiçi) http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf ,06.05.2012.

beklenmektedir³⁵⁹. Türkiye'nin ise bu pazardaki payı %1 civarındadır. Türkiye'de 2010 yılında medikal turizm pazarının büyüklüğü 850 Milyon ABD Doları olarak tahmin edilmekte olup, bu rakamın önümüzdeki 5 yıl içerisinde 1 Milyar ABD Dolarına çıkarılması hedeflenmektedir³⁶⁰.

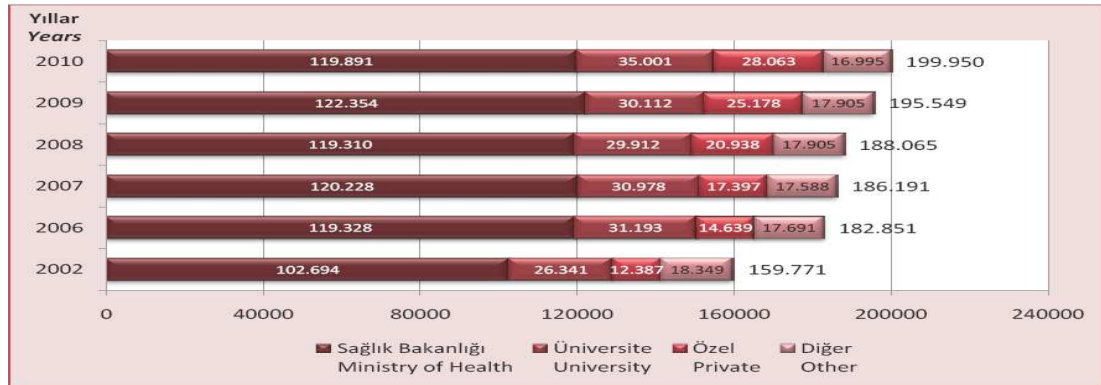
Grafik 12: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2002-2010)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Hastane sayısına paralel olarak hasta yatağı sayısı da özel sektörde %100 artış göstermiştir.

Grafik 13: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı (2002-2010)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

³⁵⁹(Çevrimiçi) http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2010-12-11/internationalbusiness/28237068_1_medical-tourism-destinationpatients. 10 Ekim 2012.

³⁶⁰ (Çevrimiçi) <http://www.saglikekonomisi.com/sed/index.php/haberler/457-devlethastaneleri-saglik-turizmine-yogunlasiyor>. (10 Ekim 2012).

Gerek özel hastanelerin artışı, gerek özel hastaneler ile SGK anlaşmalarının özel hastaneleri kullanılabilir hale getirmesi dolayısıyla sağlık hizmetine erişimde bir artış meydana gelmiştir. Dolayısıyla da kişi başına hastaneye müracaat sayısı 2002 de 1,88 iken, 2010 yılında 4,11'a yükselmiştir.

Aşağıdaki artış oranları incelendiğinde SB hastaneleri ile Üniversite hastanelerine müracaat sayısı yaklaşık iki kat artış göstermişken, özel hastanelere müracaatın yaklaşık 8 kat arttığı ve toplamda da müracaat sayısının iki kattan fazla arttığı görülmektedir. Bu artış bir anlamda kalite arayışı olarak değerlendirilebilir.

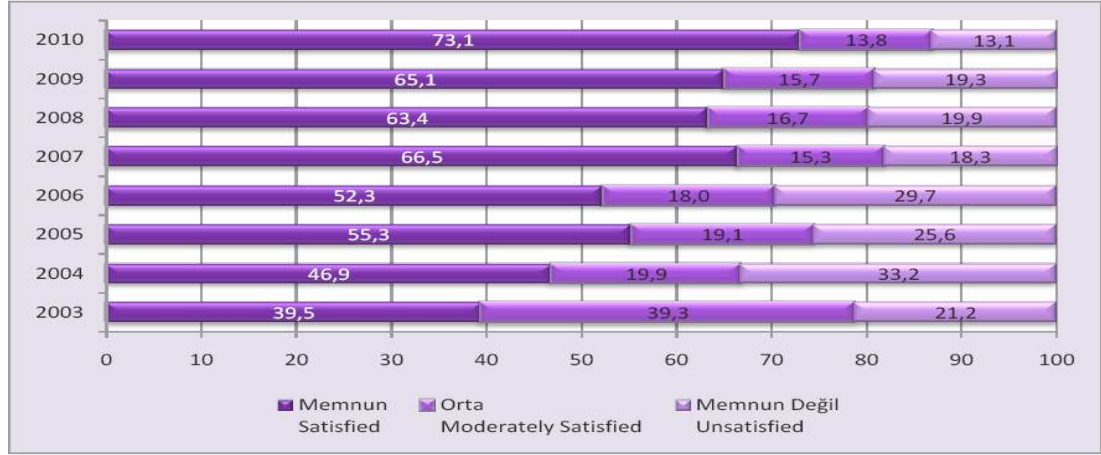
Tablo 10: Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hastaneye Müracaat Oranı (2002-2010)

	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Bakanlığı <i>Ministry of Health</i>	1,66	2,73	2,97	3,03	3,15	3,19
Üniversite <i>University</i>	0,13	0,18	0,21	0,26	0,27	0,27
Özel <i>Private</i>	0,09	0,22	0,35	0,54	0,66	0,65
Toplam <i>Total</i>	1,88	3,13	3,53	3,83	4,07	4,11

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Vatandaşın sağlık hizmetlerine bu kadar kolay erişimi, düşük katkı payları ödeyerek özel sektörden de hizmet alabilmesi memnuniyetine de yansımıştır. Memnuniyet yaklaşık %100 artmıştır.

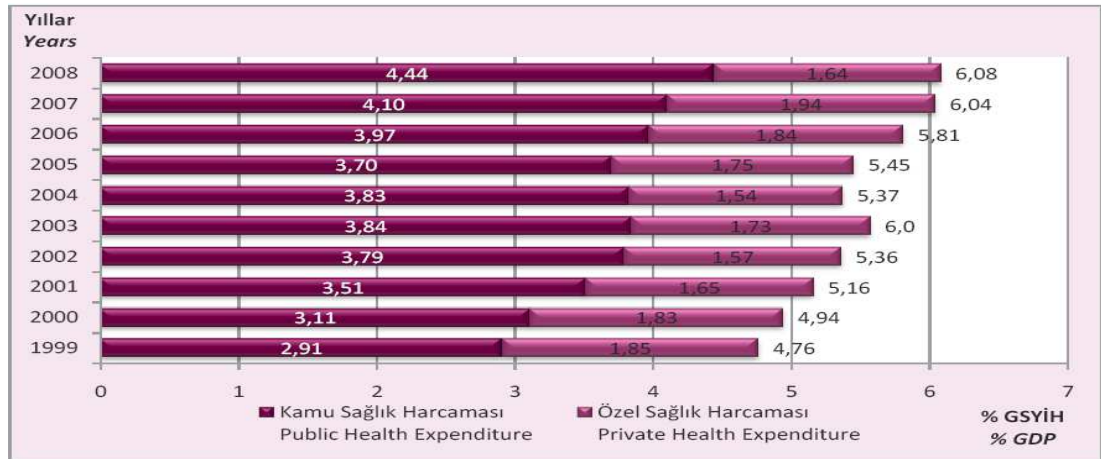
Grafik 14: Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Oranı, (%) (2003-2010)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Ancak her nimetin bir külfeti olduğu gibi, bu kolay erişimin ve sık kullanımının da sağlık harcamalarının artışı yönündeki etki yaptığı gözden uzak tutulmamalıdır. Yıllar itibariyle sağlık harcamalarındaki artışın GSYİH'ya oranına bakıldığında ivme daha iyi anlaşılmış olacaktır.

Grafik 15: Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%) (1999-2008)

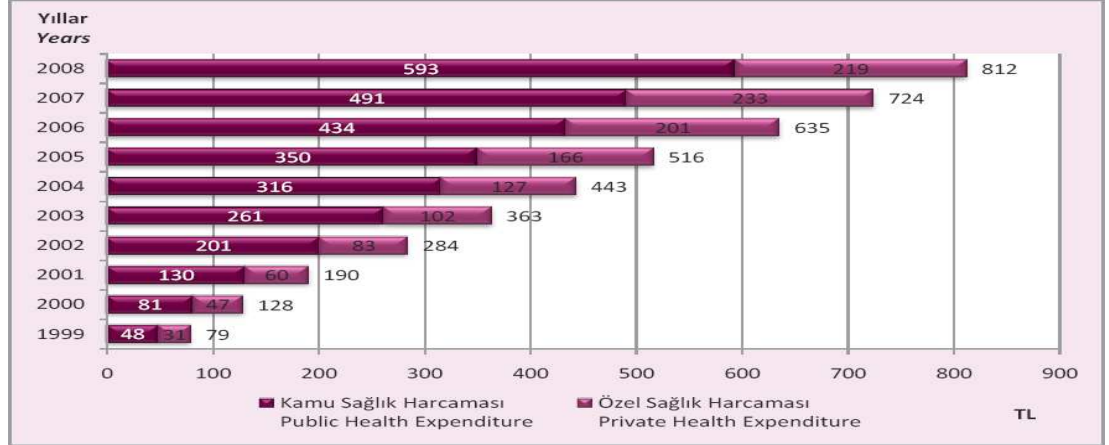


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Artan bu sağlık harcamalarının külfete katlanan açısından analizinde ise, hem kamunun hem de şahısların harcamalarında ciddi artışların meydana geldiğini yıllar itibariyle görmek mümkündür. Asıl yükün ise kamuda olduğu, kamudaki artışın

(1999 yılına göre) 12 kata tekabül etmesine karşın cepten ödenen, özel sağlık harcamalarındaki artışın 7 katta kaldığı görülmektedir.

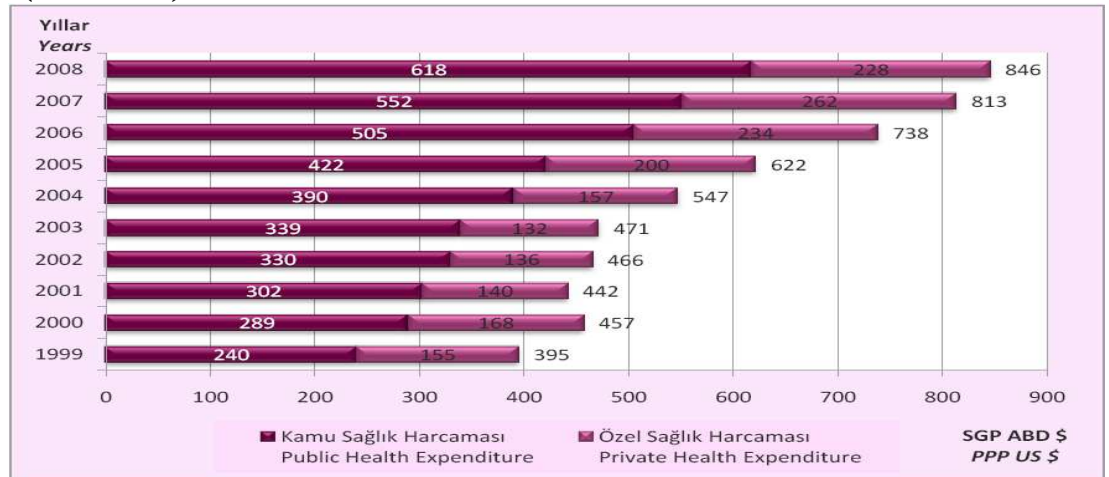
Grafik 16: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, (TL), (1999-2008)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Aynı veriler satın alma gücü paritesine (SGP) göre değerlendirildiğinde de aynı sonuç doğrulanmaktadır.

Grafik 17: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, SGP, ABD \$(1999-2008)

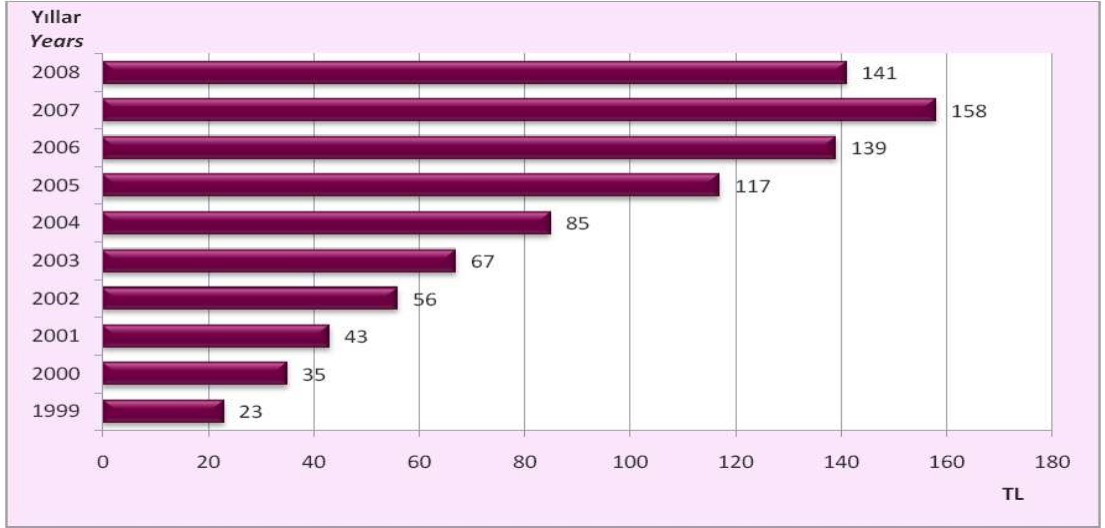


Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Yapılan politik söylemlerde, SDP'nin vatandaşın cebinden daha az para çıkması için yapıldığı sık sık ifade edilir. Ancak aşağıdaki tablo bunun

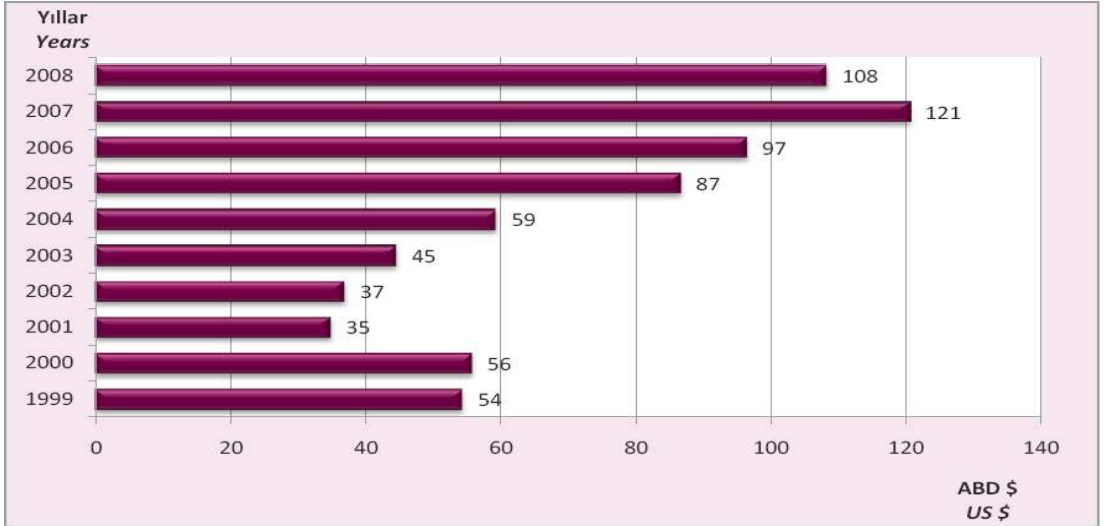
gerçekleşmediğini göstermektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artış TL, Dolar ve SGP açısından aşağıda gösterilmiştir.

Grafik 18: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, TL(1999-2008)



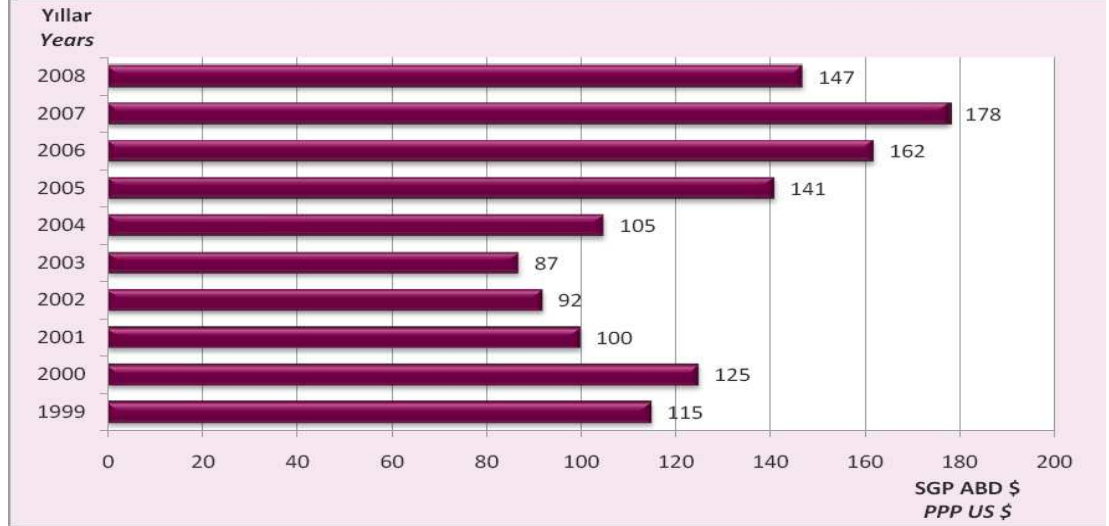
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 19: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcaması, ABD \$ (1999-2008)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Grafik 20: Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, SGP, ABD \$ (1999-2008)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Toplam sağlık harcamalarındaki artış o kadar büyük oranlı olmuştur ki, cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artış hızı, toplam sağlık harcamalarındaki artıştan yavaş olmuştur. Başka bir deyişle yıllara göre toplam sağlık harcamalarının içindeki cepten yapılan sağlık harcamalarının oranı azalmıştır.

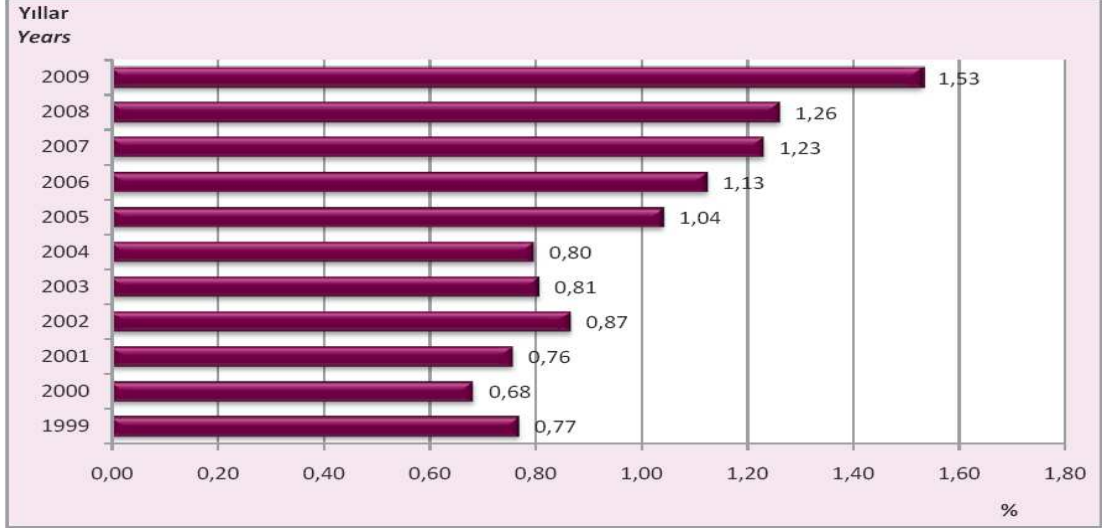
Grafik 21: Yıllara Göre Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı, (%), (1999-2008)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

Toplam sağlık harcamalarındaki bu artışın diğer bir göstergesi ve sonucu SB bütçesinin yıllar itibariyle artış eğilimidir. Öyle ki GSYİH'daki artışa rağmen SB bütçesinin GSYİH içindeki payı sürekli artmıştır.

Grafik 22: Yıllara Göre Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYİH İçindeki Oranı (1999-2009)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010 Sağlık İstatistikleri Yıllığı.

13 Aralık 2010 tarihi itibari ile 81 ilde aile hekimliği uygulamasına geçildiğinden tüm sağlık ocakları kapatılmıştır. Aile hekimliği birimi başına düşen nüfus genel olarak 3.652 kişi gerçekleşmiştir.

2010 yılı verilerine göre bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 1,67 olarak gerçekleşmiş, aynı şekilde bin kişiye düşen hemşire sayısı 1, 56 olmuştur.

3.2. Sağlık Sisteminin Yapısı ve İşleyişi

Türkiye’de sağlık sistemi, yakın zamana kadar, devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel hastaneler ve sağlık ocaklarından oluşan bir yapılanmaya dayanıyor, bu sistemin finansmanında da devlet bütçesinden ayrılan paylar yanı sıra üç sosyal güvenlik kuruluğu (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur) ve Yeşil Kart’tan oluşan bir sosyal güvenlik ve sosyal yardım sistemi işletiliyordu. Sistemin işleyişinde özel sağlık sigortalarının ve kişisel harcamaların payının ise

daha sınırlı olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Günümüzde bu sağlık ve sosyal güvenlik sistemi radikal dönüşümlere uğratarak liberalize edilmektedir. Aslında, mevcut sistemin de güçlü bir sosyal devlet anlayışına dayandığını söyleyebilmek olanaklı görünmemekle beraber, oturtulmaya çalışılan yeni modelin mevcut sisteme göre daha “liberal” bir sosyal politika anlayışına dayandığı görülmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı adıyla anılan reform projesi temelde dört ana başlık altında toplanmaktadır. Reform projesinin ilk başlığı sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasıdır. Bu çerçevede, üç sosyal güvenlik kuruluşu (Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK) ile Yeşil Kart olarak adlandırılan sosyal yardım yapılanması Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çatısı altında birleştirilerek bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) oluşturulmuştur. Bu tek çatı, sağlıkta “tek ödeyici” kurum anlamına gelmektedir. Reform projesinin ikinci başlığını, başlangıçta “sağlık ocakları” çatısı altında yürütülen birinci basamak sağlık hizmetlerinin “aile hekimliği” sistemi altında yeniden yapılandırılması oluşturmaktaydı. Reform projesinin üçüncü başlığını, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin uygulamaya geçirilmesi, dördüncü başlığını da Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının yeniden yapılandırılarak “düzenleyici” fonksiyonlarla sınırlandırılması oluşturmaktadır. Geline nokta itibarıyla 2012 yılında diğer tüm aşamalar tamamlanmış ve Sağlık Bakanlığı teşkilat yasası düzenlenerek yürürlüğe girmiştir.

3.3. Genel Sağlık Sigortasının Özellikleri

GSS sistemi üzerine genel bir değerlendirme yapmak gerekirse, sisteminin en temel özelliğinin, sağlık hizmetlerini yurttaşlık hakkı olarak gören ve bu çerçevede hizmeti genel bütçeden finanse ederek tüm yurttaşlara ücretsiz olarak sunan kapsayıcı bir sistemden farklı olarak, prim ödeyenlerin belirli standart sağlık hizmetlerinden yararlandığı, prim ödeyemeyecek durumda olan “yoksul” kesimlerin bu standart hizmetlerden yararlanabilmesi için “sosyal yardım” mekanizmalarının öngörüldüğü, sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde bulunanların da özel sağlık sigortaları ve cebinden ödeme yaparak özel sağlık kuruluşlarına yöneltildiği “liberal” bir model olduğu ifade edilebilir. Bu düzenleme,

sağlık hizmetini, kamu tarafından genel bütçeden finanse edilerek bütün yurttaşlara ücretsiz olarak sunulan bir hizmet olmak yerine, sosyal boyutu “muhtaçlara yardım’dan” ibaret olan bir faaliyet statüsüne sokmaktadır. Bu sistemde, prim ödeyemeyecek kadar yoksul sayılan kesimler ile prim ödeyebilen kesimler standart sağlık hizmetlerinden yararlanabilirken, prim ödeyemeyen ancak yoksul da sayılmayan oldukça geniş bir kesimin bu standart hizmetlerden mahrum kalması olasılığı bulunmaktadır. Buna karşılık, orta ve üst gelir gruplarının da özel sağlık sigortacılığı ve özel sağlık kuruluşlarına yöneleceği öngörülebilmektedir.³⁶¹

GSS sisteminin ilk önemli özelliği, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrılarak, sistemin “sağlık hizmeti satın alınması” mantığı çerçevesinde kurulmasıdır. Bu düzenleme, GSS sisteminin özellikle hastanesi olan ve bu hastaneleri işleten SSK sisteminden temel farkını oluşturmaktadır.

GSS sisteminin ikinci önemli özelliği, GSS’nin yalnızca “temel teminat paketi” kapsamındaki sağlık giderlerini karşılayacak olması, bu pakete dahil olmayan sağlık giderlerinin ise “özel sağlık sigortası” ya da “kişisel ek ödeme” ile karşılanmasının öngörülmesidir. GSS sisteminin; primlerini ödeyen bütün yurttaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde bütün sağlık hizmetlerini alabildiği ve bütün giderlerinin sigorta sistemi tarafından ödendiği bir model yerine, yurttaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşları yanı sıra özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurabildiği, bunun için ek ödeme yaptığı, yarı kamusal, yarı özel bir sistem olması gerektiği ortadadır.

Yeni modelin üçüncü önemli özelliğini, prim ödeyemeyecek kadar “yoksul” durumdaki “muhtaç” kişilerin primlerinin devletçe ödenmesi uygulamasının getirilerek, sosyal güvenliğin araçlarından biri olan “sosyal yardım” politikasının uygulamaya geçirilmesi oluşturmaktadır³⁶². Buna göre, asgari ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olduğunu belgeleyecek kişilerin primlerinin devletçe ödenmesi

³⁶¹ Faruk Ataay, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 41, Sayı: 3, 2008, Ankara, s. 169-184.

³⁶² Kayıhan Pala, Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu? (Çevrimiçi) 16 Kasım 2011 http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf.

ve bu yurttaşların GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması öngörülmektedir.

Dördüncü özellik, (aslında bunu eksiklik olarak vurgulamak yerinde olacaktır.) yeni model tasarlanırken sosyal güvenliğin finansmanı sorununun kayıt dışı istihdam sorunu ile bağlantılı olarak değerlendirilmemesidir. Temelde sosyal güvenlik açıklarının azaltılması hedefine odaklanmış görünen yeni model, Türkiye’nin AB ülkeleri içinde sosyal güvenliğe prim yoluyla devlet katkısı yapmayan tek ülke olduğu gerçeğini göz ardı eder görünmektedir. Yaklaşım böyle olunca, devlet tarafından dönem sonunda sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferler de kolaylıkla “açık” ya da “kara delik” olarak görülebilmektedir. Devletin sosyal güvenliğe katkı yapması anlayışını dışlayan bu yaklaşım, Türkiye’nin istihdam üzerinden alınan vergilerde AB ülkeleri içinde en yüksek orana sahip ülke olduğu ve istihdamın %39,7’sinin kayıt dışı olmasında bunun da çok önemli bir etken olduğu gerçeğini de değerlendirme dışı bırakmaktadır. Başka bir anlatımla, maalesef ki, yeni sistem kurgulanırken, sistemin finansman açıklarını devlet yardımı yanı sıra kayıt dışılığı azaltmak ve bu yolla prim tahsilatını yükseltmek yoluyla çözüme yoluna gidilmemiştir.

Böylece, reformla oluşturulan yeni sistem de, devletin sosyal güvenliğe yapacağı katkıyı bir lütufmuş gibi değerlendirip “açık” olarak görmeye ve “sosyal güvenlik açıklarını” azaltmak için de sosyal güvenlik sisteminin sağladığı korumayı düşürmeye devam etmektedir. Oysa, Türkiye ile AB ülkeleri, sosyal sigorta ve sosyal koruma harcamalarının milli gelir içindeki payı açısından karşılaştırıldığında Türkiye’nin yüzde 7.1’lik oranına karşılık AB ülkeleri yüzde 19.1 oranında harcamaya sahip bulunmakta, sosyal güvenlik primi tahsilatlarının milli gelire oranı açısından da Türkiye yüzde 5’te kalırken, AB ülkeleri yüzde 11.7’ye ulaşmaktadır³⁶³.

3.4. Finansman Yapısı

Türkiye’de sosyal güvenlik sisteminin reforma tabi tutulması uzun süredir gündemde tutulmaktaydı. Reform önerileri, son dönemlerde, uluslararası

³⁶³ (Çevrimiçi) http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=30024, 07 Mayıs 2012.

kuruluşlardan da gelmekteydi. Nitekim Dünya Bankası uzmanlarıyla Türk uzmanların ortak çalışmasına dayanan son 2003 yılı raporunda, sağlık sistemindeki reformun ilk ayağı olarak “zorunlu genel sosyal sağlık sigortası” modeline geçilmesi önerilmişti³⁶⁴. Buna göre, bugüne kadar SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur çatısı altında yürütülen sağlık sigortaları ile Yeşil Kart kapsamında yürütülen hizmetler tek çatı altına alınarak bir Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulmalıdır. GSS’nin Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı çatısı altına alınması önerilen raporda, “yüksek oranda özerk” bir kurumsal yapılanmayla ve “profesyonelce” yönetilmesi gerektiği belirtilmektedir. Bu doğrultuda, tüm yurttaşlar “zorunlu olarak” GSS kapsamına alınmalı, prim ödeyecek maddi olanaklara sahip olmayanların primleri de devletçe ödenmelidir. Böylece, tüm yurttaşlar GSS kapsamındaki temel teminat paketindeki sağlık hizmetlerinden yararlanabilir duruma getirildikten sonra, isteyenler bu pakete dahil olmayan sağlık hizmetleri için tamamlayıcı özel sağlık sigortası yaptırabilmelidir.

Yeni kanun ile birlikte nüfusun tamamının sağlık güvencesine alınması ve sigorta programları arasında hakların eşitlenmesi sonucu ortaya çıkacak ilave finansman yükünün ağırlıklı olarak sağlık hizmeti üretiminde sağlanacak verimlilik artışları ile karşılanması planlanmıştır³⁶⁵.

İncelenen ülkelere sosyal güvenlik penceresinden toplu şekilde bakıldığında finansmanın kaynağının ne olduğu sorusuna aşağıdaki özet tabloyla cevap vermek mümkün olmaktadır:

Tablo 11: Avrupa Birliği’ne Üye Bazı Ülkelerde Sosyal Güvenliğin Finansmanı

ÜLKELER	HASTALIK-ANALIK	MALÜLLÜK	YAŞLILIK-ÖLÜM	İŞ KAZASI-MESLEK HST.	İŞSİZLİK	AİLE YARDIMI
ALMANYA	PRİM	PRİM	PRİM+DEVLET KATKISI	PRİM	PRİM+VERGİ	VERGİ
FRANSA	PRİM	PRİM	PRİM+VERGİ	PRİM	PRİM	VERGİ

³⁶⁴ OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, **a.g.e.**, s. 36.

³⁶⁵ Tuncay Teksoz, Yalçın Kaya, Kerem Helvacıoğlu, “Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi” Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 2009, (Çevrimiçi), 15 Kasım 2011, <http://www.tepav.org.tr>.

HOLLANDA	PRİM	PRİM	PRİM	UYGULAMA YOK	PRİM	VERGİ
İNGİLTERE	PRİM+ VERGİ	PRİM+ DEVLET KATILIMI	PRİM+ DEVLET KATILIMI	VERGİ	PRİM+ DEVLET KATILIMI	VERGİ

Kaynak: Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı, Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu, Ankara 2000. s.325

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GENEL SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SİGORTASI DEĞERLENDİRİLMESİ VE ANALİZİ

1. GENEL SAĞLIK SİGORTASI KANUNU'NUN DEĞERLENDİRMESİ

İnsanoğlu, tarihin her döneminde kendisini ve ailesini fakirliğe, hastalığa, kazaya iten veya geleceğini tehdit eden olaylardan koruma duygusu ve çabası içinde olmuştur. Bireylerin sosyal açıdan varlığını tehdit eden tehlikelere karşı korunması düşüncesinin toplumda gelişip yerleşmesi; zamanla bunun hukuk normları ve yasalar içinde yerini alması ile kişinin sosyal bakımdan varlığı güvence altına alınmaya başlanmıştır. Böylece, insanlıkla birlikte doğan, sanayi toplumuna geçişle artan sosyal güvenlik ihtiyacı, bireyin kendi çabası dışında, kamu otoritesi aracılığı ile toplumsal nitelikteki tedbir ve uygulamalarla karşılanma aşamasına gelmiştir. Sosyal güvenliğin sağlanmasında esas olarak, sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetler araç olarak kullanılır.

Sosyal güvenlik, genel olarak kişinin bir kez elde ettiği yaşam standardının sürdürülmesi için, hastalık, kazalar, analık, sakatlık (malullük), yaşlılık, ölüm ve işsizlikten doğan her türlü risk nedeni ile oluşacak gelir kayıpları ile gider artışlarını karşılama amacını taşır³⁶⁶. Bu anlamda, hastalık riski, herkesin hayatında her an karşılaşılabileceği bir durumdur. Hastalık, Sosyal Güvenlik Hukuku muhtevasında yer alan kısa dönemli bir risk olarak, üzerinde –sık karşılaşıldığı için- en fazla durulan sosyal güvenlik riskleri arasındadır. Çünkü hastalık geçici iş göremezliğe yol açabileceği gibi teşhis, tedavi ve ilaç gibi ihtiyaçlardan dolayı gider artışına da neden olur. Ülkeler hastalık riskine karşı, sağlık sistemlerini etkili ve verimli hale getirmeye çalışmaktadırlar.

Sağlık sisteminin ne olacağı, finansman ve hizmet sunumu gibi açılardan şekillenmesi ülkelerin ekonomik, siyasi ve sosyal yapılarının bir sonucudur³⁶⁷. Dünyada uygulanan sağlık sistemleri dört ana grupta toplanabilir. Bunlar; Kamu

³⁶⁶ Güzel, Okur, Caniklioğlu, a.g.e.,s. 2.

³⁶⁷ Marc J.Roberts, William Hsiao, Peter Bermen, Michael R.Reich, **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması**, T.C.Sağlık Bakanlığı, Yayın No:784, 2010, s. 6.

Yardımlı Sistemi, Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi, Ulusal Sağlık Hizmetleri (Sosyalizasyon) Sistemi, Karma ve Yerel Örgütler Sistemleridir.

Söz konusu sağlık sistemleri uygulamada ülkelerin kendine has şartlarına göre farklılık gösterebilmektedir. Hatta bir ülkede birden fazla sistem aynı anda uygulanabilmektedir. Sağlık sistemleri durağan bir yapıya sahip olmadığı için sürekli ve hızlı bir şekilde değişim, gelişim ve dönüşüm yaşamaktadır Kamu Yardımlı Sistemi'nin uygulandığı ülkelerde yeterli mali gücü olmayanlardan sağlık hizmetleri için herhangi bir ücret talep edilmez. Belirli bir mali güce sahip olanlara zorunlu veya isteğe bağlı sağlık sigortası uygulanır veya herhangi bir sigorta uygulanmaksızın söz konusu kişiler sağlık hizmetini doğrudan satın alma yoluna giderler. Bu sistem daha çok ekonomileri tarıma bağlı ve kırsal nüfusun yoğun olduğu ülkelerde uygulama alanı bulur.

“Beveridge Modeli” olarak da bilinen Ulusal Sağlık Hizmetleri (Sosyalizasyon) Sistemi'nde³⁶⁸, sağlık hizmetleri ikamet esasına göre nüfusun tamamına ve ücretsiz olarak sunulur. Finansman kamu gelirleri (vergiye dayalı finansman) ile karşılanır. Bütün sağlık hizmetleri, tek bir teşkilatta toplanır ve merkezi olarak kamu eliyle planlanarak ülke çapında yürütülür. Sigortaya dayalı sistemlerin aksine, vergiye dayalı sağlık hizmeti finansmanı uygulayan ülkelerin (İngiltere, İsveç, İtalya, Danimarka, Küba, İrlanda, İspanya, Portekiz, Yunanistan gibi) vatandaşları kamu sistemi kapsamındadırlar ve sağlanan hizmetlerin dağılımı geniş kapsamlıdır.

Beveridge Modelinin kurucusu olan İngiltere'de, neoliberal politikaların da etkisiyle 1980'li yıllardan Thacher hükümetleri ile birlikte sonra sağlık politikası değiştirilmeye başlanmış³⁶⁹, söz konusu sistemden uzaklaşarak, özel kesimin de sisteme bir biçimde ve kısmen eklemelendiği yeni bir düzen oluşturulmuştur. Ortaya

³⁶⁸ Don McCanne; Health Care Systems-Four Basic Models; Physicians For A National Health Program (PNHP) Chicago, (Çevrimiçi), <http://www.pnhp.org> 12 Aralık 2012.

³⁶⁹ Colin Leys; **Piyasa İle Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu**; “Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları”, Ed: Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN, Çağrı YOLTAR, İletişim Yayınları, İstanbul, 2007, s. 95.

çıkan bu yeni sistemi artık “Ulusal Sağlık Sigortası Modeli” içinde değerlendirmek daha doğru olacaktır.

Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi genellikle sanayileşmiş kapitalist ülkelerin uyguladığı bir sistemdir. Sistemin esasını riskin paylaşılması oluşturur. Sigorta kapsamındaki kişiler gelirlerine göre prim öderler ve hastalığın söz konusu olması durumunda da ödenen prime bakılmaksızın hizmetten ücretsiz veya kısmi bir katkı ile yararlanırlar. Başka bir ifade ile bu sistemde sağlıklı olma şansına sahip olanlar hasta olanlar için ödeme yaparlar.

Bismarck modeli olarak da adlandırılan Sağlık Sigortası Sistemi’ni benimseyen ülkeler (Almanya, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, İsviçre gibi) kanuni olarak sigorta temelli sistemleri kurmuşlardır. Bu ülkelerdeki bireysel sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelerden esinlenmesine rağmen uygulamada ülkeden ülkeye farklı düzenlemeleri görmek mümkündür.

Karma ve Yerel Örgütler Sistemi, Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada’da uygulaması görülen sistemin finansmanı, sigorta primleri ve vergiler yoluyla sağlanır. Bu sistemde özel sigorta şirketleri çoğunluktadır. Sosyal sigorta ise nüfusun küçük bir kısmını kapsamaktadır.

Türkiye’de bugüne kadar uygulanan sağlık sistemine bakıldığında her ne kadar literatürde primli sosyal sağlık sigortası sistemi geçerlidir denilse de, hem kurumsal hem de finansman yöntemi açısından karma bir modelin uygulandığı görülmektedir. Buna göre, SSK, SSK Tarım, Bağ – Kur, Bağ – Kur Tarım, Emekli Sandığı, Özel Sandıklar sosyal sağlık sigortası sistemi içinde değerlendirilirken; memurlar, yeşil kart sahipleri, 65 yaşını doldurmuş muhtaç vatandaşlar ulusal sağlık hizmetleri sistemi içinde yer alır. Bunların yanında özel sağlık sigortaları da küçük de olsa Türkiye’nin sağlık sisteminde yer almaktadır. Türkiye’de uygulanmaya çalışılan “Genel Sağlık Sigortası” ile nüfusun tümüne hakkaniyete uygun, eşit, verimli, koruyucu ve tedavi edici, kaliteli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık

hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir şekilde faydalanmasını hedefleyen sağlık sigortası sistemi³⁷⁰ olarak tanımlanabilir. Ancak kavram her zaman içerik olarak aynı şeyi ifade etmeyebilir. Başka bir deyişle “genel” kelimesi içeriği kesin olmayan bir kavramdır. Kavramdaki “genel” ifadesi tüm yurttaşları kapsama alma gerekliliğini ortaya koymaktadır. Yani, çalışan veya çalışmayan herkesin asli hak sahibi olması gerekecektir. Genel Sağlık Sigortasının kapsamı kişiler açısından belirlenirken kavramı kullanan veya sistemi farklı şekillerde uygulayan ülkeler bulunabilir. Bazı ülkelerde kapsam prim ödeyenler ve/veya vatandaşlığa göre belirlenirken, bazılarında ise ülkede yaşayan herkes kapsama alınabilmektedir. Yine “genel” ifadesine karşın nüfusun sadece bir kısmının (örneğin, sosyal sigorta kapsamında olmayanların) kapsama alınması da mümkündür. Konunun sağlık olduğu, kullanılan kavram gereği açıktır. Ancak, sağlık kavramının içeriği çok geniş olduğu için kapsama hangi hizmetlerin gireceği hususu da ülkelerin kanun koyucularının takdirine bağlıdır. Bir ülkede kapsamda olan ve finansmanı sağlanan bir hizmet başka bir ülkede kapsam dışı kalabilmektedir. Genel Sağlık Sigortasının kişi ve konu bakımından farklı içeriği olabileceği gibi yöntem bakımından da ülkelere göre farklılıklar olabilir. Kavrama lâfzî olarak bakıldığında “sigorta” tekniğinin kullanılması gerektiği gibi bir sonuç çıkmaktadır. Ancak aynı kavram altında İngiltere gibi ulusal sağlık hizmetini uygulayan ülkeler de olabilmektedir. Bütün bu açıklamalardan anlaşılabileceği gibi “Genel Sağlık Sigortası” içeriği açısından sistemi uygulayan ülkeye göre yöntem, kişi ve konu açısından, kapsam bakımından farklılıklar arz edebilmektedir. Bunun yanında kavram olarak Genel Sağlık Sigortasını kullanmayıp da içerik olarak yukarıda belirtilen şekilde kapsama sahip bir sağlık sistemini uygulayan ülkeler de mevcuttur. Dolayısıyla “Genel Sağlık Sigortası” ifadesinden bütün unsurlarıyla tek bir sistem anlaşılmamalıdır.

Genel Sağlık Sigortası dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yöntem, kişi ve konu bakımından, kapsam açısından kendine özgü düzenlemeleri olan bir sistem olarak görülmektedir. Başka bir ifade ile konu ile ilgili mevzuatın başka bir ülkeden aynen alınması söz konusu değildir.

³⁷⁰ Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısının Gerekçesi, (Çevrimiçi) <http://www2.tbmm.gov.tr/d22/1/1-1008.pdf>, 18 Ekim 2012.

Türkiye’de 2004 yılından itibaren sağlık hizmetlerindeki erişim ve hakkaniyet sıkıntılarının çözümü için önemli reform hamleleri yapılmıştır. Bu çerçevede ortak noktası Genel Sağlık Sigortası olan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ve “Sosyal Güvenlik Reformu” eş zamanlı olarak başlatılmıştır.

Sağlık sistemi reformlarının kısa vadede sadece sağlık çıktıları ile analizi olanaklı değildir. Aile hekimliği örneğinde olduğu gibi reformla gelen değişikliklerin hayata geçirilmesi zamana yayılabileceği gibi, kısa vadede gerçekleştirilen değişikliklerin sağlık göstergelerine yansımaları da uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle, reform veya kanunla ilgili erken bir değerlendirme yapılabilmesi için sağlık sistemlerin sürdürülebilirlik, erişim, hakkaniyet, kalite, etkililik ve etkinlik gibi kriterler açısından incelenmesi bir yöntem olarak benimsenmiştir.³⁷¹

Fransa, Dünya Sağlık Örgütü’nün, dünyanın en iyi sağlık sistemleri sıralamasında en üstte bulunuyor. Fransa’da hem gelişmiş bir sağlık güvence sistemi hem de özel hastane sektörü bulunuyor.

Fransa’da sosyal sigorta sistemini kuranlar herkese aynı hizmeti veren tek bir sistem oluşturmak istemiş, ancak devlet memurları, denizciler, madenciler, demiryolu işçileri gibi önceden daha iyi şartlarda sigortalı olanların direnmesi ile bu birlik sağlanamamıştır³⁷². (Bir bakış açısına göre Türkiye’de de süreç aynı gelişmiştir. Kanun Devlet Memurlarını da kapsama alanına almış, ancak itirazlar ile konuyu inceleyen Anayasa Mahkemesi Devlet Memurlarının statülerine vurgu yaparak kapsam dışında bırakmıştır.) 2000 yılında Fransa’da oturan herkese sağlık güvencesi sağlayan yeni bir düzenlemeye gidilmiştir. Günümüzde Fransa’da 3 ayrı sigorta sistemi sürmektedir: Çalışan İşçilerin Sigortası için Ulusal Fon nüfusun % 83’ünü, tarımsal sigorta ve serbest meslek sahipleri sigortaları ise nüfusun % 12’sini kapsamaktadır. Vatandaşların sigorta seçme hakkı yoktur, mesleğe ya da ikamet

³⁷¹ Guy Hutton, “Indicators for Monitoring Health Sector Reform and the Sector-Wide Approach”, **Health Conference**, 27-28 November 2000, s.12.

³⁷² Burak Aksoy, “Dünya Sağlık Sisteminden Türkiye İçin Önemli Dersler”, **SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Kış-2008, Sayı: 5, s.32-37.

yerine göre sigorta yapılır. 2000 yılı itibarı ile nüfusun % 86'sının isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortası da vardır.

Sosyal sağlık sigortası sisteminin temelini katkı oluşturmaktadır. Sisteme üye olanlar, sunulacak sağlık yardımları için belli oranda prim ödemek durumundadırlar. Ayrıca sisteme üye olmak isteğe bağlı olmayıp, zorunluluk söz konusudur. Aktüeryal sistemin ve sosyal sağlık sigortasının temel özelliklerinden bir diğeri, yüksek gelir gruplarının düşük gelir gruplarını, sağlıklı olanların hasta olanları, bekâr olanların aile sahiplerini finanse ettiği ve riskin paylaşıldığı bir dayanışma ile yürütülmesidir. Bu, gelirin yeniden dağılımının etkili araçlarından biridir.

Dayanışma, hakkaniyet ve herkesi kapsayıcı temel ilkelerine dayalı olarak, AB (Avrupa Birliği) üyesi ülkelerde sağlık talebinin finansmanı, örneğin İngiltere’de bütçeden (genel vergi gelirleri) ve Almanya’da zorunlu kamu sigortası (primler) ile sağlanmaktadır. Türkiye’nin içinde bulunduğu ek/özel koşullar (vergilemenin adaletsiz olması, kayıt dışı ekonominin ve istihdamın çok büyük boyutlarda olması, kişi başı milli gelirin düşük ve dağılımının adaletsiz olması) çerçevesinde değerlendirildiğinde en uygun mekanizma Sosyal Sigorta (primler)’dir. Primlerini ödeyemeyecek durumda olanları da devlet finanse etmelidir.

Tablo 12: Sosyal Güvenliğin Kapsamı (2010)

2010 YILINDA SİGORTALI NÜFUS	
AKTİF SİGORTALILAR	17.357.252
PASİF (Aylık Alanlar) Sigortalılar	10.041.607
BAĞIMLILAR	36.301.437
AKTİF/PASİF ORANI	1,73
TÜRKİYE NÜFUSU (TÜİK ADNKS 2010)	74.724.269
SOSYAL GÜVENLİK KAPSAMI	64.051.987

Kaynak: SGK 2010 İstatistik Yıllığı

Nüfusun yaş gruplarına göre dağılımı açısından incelendiğinde Türkiye, gelişmiş ülkelere göre daha genç bir nüfusa sahiptir. 1990 yılında 15 yaş altı nüfusun toplam nüfusa oranı % 35,0 ve 65 yaş üzeri ise % 4,2 iken, 2010 yılında bu rakamlar

%25,6 ve % 7,1 olmuştur. 2025 yılında da 15 yaş altındaki nüfusun % 22,9 ve 65 yaş ve üzeri nüfusun % 9,0 olması beklenmektedir³⁷³.

Bu rakamlar göstermektedir ki, sağlık hizmetlerinde yapılan iyileştirmeler sonucu Türkiye'nin nüfusu giderek yaşlanmaktadır ve 21. yüzyılda sunulacak sağlık hizmetlerinin bu doğrultuda değişmesi gerekmektedir. Başka bir anlatımla sağlık hizmet talebi ve sağlık harcamaları daha da artacaktır.

Türkiye neden bu kanununa ihtiyaç duymuştur? Kanunun gerekçesine bakıldığında; Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne atıfta bulunularak sağlık hakkının da temel insan hakları arasında sayılarak, kişinin yaşam bütünlüğünün önemli bir ögesinin, uluslararası bir metin ile garanti altına alındığına değinilmiştir.

Hastalık halinde, insanların en etkin ve hizmete kolay ulaşabilecekleri bir yöntemle tedavi edilmesine, normal ve üretken yaşamlarına dönmelerine yönelik uygulamalar hayata geçirilmelidir. Bu temel politika hedeflerini gerçekleştirmek üzere, çağdaş bir yönetim anlayışı ile insanların tamamını kapsayan bir genel sağlık sigortası oluşturulması hedeflenmiştir.

Anayasa'da nihai olarak hedeflenen sosyal adalet ilkesinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası, Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle buluşan ve Türk insanını gerçek anlamda bu alanda özlediği en temel yurttaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun bir şekilde sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları ile standartları bütünleşik, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen (SGK), tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü, etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır³⁷⁴.

³⁷³ (Çevrimiçi) <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>, 05.11.2011.

³⁷⁴ (çevrimiçi) www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1139m.html, 05.11.2011.

1.1. Reform Olma Niteliği Açısından Kanunun Değerlendirilmesi

Tüm dünyada olduğu gibi, Türk sosyal güvenlik sistemi de, çok karmaşık ve ciddi sorunlarla karşı karşıyadır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sosyal güvenlik sisteminin sorunlarına çözüm getirmek amacıyla, sistemde köklü değişikliği içeren yeni bir model öngörmüş ve sosyal güvenlik reformu çerçevesinde öngörülen sistem uygulamaya konulmaya çalışılmıştır. 5510 ve 5502 sayılı Kanunlarla gerçekleştirilmeye çalışılan Sosyal Güvenlik Reformu'nun gerekçeleri genel olarak, nüfus yapısındaki menfi değişim, mevcut sistemin yoksulluğa karşı koruma sağlayamaması, mevcut ve gelecekte artış beklenen finansman açıklarının ekonomi üzerindeki olumsuz etkileri, bütün nüfusun koruma altına alınamaması, yönetim ve alt yapıya ilişkin sorunlar olarak ifade edilmiştir.

Türkiye'deki sosyal güvenlik sistemi incelendiğinde, sorunun gelişmiş ülkelerde olduğu gibi nüfusun yaşlanması ve hayatta kalma beklentisinin yükselmesi gibi tümüyle demografik kökenli olmadığı görülmektedir. Genç bir toplum olmamıza rağmen, uzun dönemli aktüeryal dengelerin yeterince gözetilmemesi ve kurumsal yetersizlikler sosyal güvenlik sistemimizin sürdürülemez bir duruma gelmesine yol açmıştır. Sistemin günümüzde geldiği nokta, gerçek anlamda devletin, uygulamalarında sosyal devlet anlayışından giderek uzaklaşmasıyla birlikte katkı vermediği sistemin sürekli açık veren ve kapsam olarak yetersiz bir niteliğe bürünmesidir³⁷⁵. Tüm sorunların temelinde, diğer ülkelerin aksine, Türkiye'de devletin başlangıçtan itibaren kapsamlı ve etkin bir sosyal güvenlik politikasına sahip olmaması yer almaktadır. Bu temel soruna ek olarak, sosyal tarafların (sendikalar, işçi, işveren vb.) sisteme sahip çıkmaması ve özerk yönetim yapısının oluşturulamamasıdır. Belirtilen nedenler, özellikle sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin, siyasi tercihler doğrultusunda kullanılmasının yollarını açık tutmuş; sosyal sigorta ilkelerine aykırı yasal düzenleme ve uygulamalar, fonların kısa süre içinde erimesine neden olmuştur.

³⁷⁵ Haluk Egeli, Ahmet Özen, "Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi", **Mevzuat Dergisi**, Ekim 2009, Sayı:142, s. 25.

Genel sağlık sigortası müessesesi ile yaklaşık altı yıllık bir geçmişi olan sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir bileşeni hayata geçirilmiştir. Genel sağlık sigortası sayesinde, sosyal sigorta kuruluşları tek elde toplanmış ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karşılaşılan dağınıklık ve uygulama farklılıkları önemli ölçüde giderilmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile ulaşılmak istenen asıl hedef, finansal açıdan sürdürülebilir, kapsam itibariyle bütün toplumu içeren, hizmet sunumunda vatandaşlarının memnuniyetini temel alarak nitelikli bir etkileşimin gerçekleştirilebildiği, hizmet sunucuları arasındaki rekabetin arttırılarak verimliliğin, etkinliğin ve tutumluluğun yaygınlaştığı bir sistem oluşturabilmektir.

01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Kanunundan nceki sistemin yapısını ve yarattığı sonuçları özetleyecek olursak;

- Karmaşık ve ayrımcı bir sistem (3 farklı kurum 5 farklı sigorta rejimi) uygulanmaktadır.
- Demografik yapıdan habersiz, toplumun hızlı yaşlanma eğilimine karşı hazırlıksız ve yetersiz yapı gizli tehdittir.
- Sosyal güvenlik kurumlarının finansal açıklarının faiz, yatırım ve gelir dağılımı açısından makroekonomik istikrarı tehdit etmesi karşısında yetersizdir.
- Kayıt dışı ile savaşımda yetersiz,
- Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının organizasyonel ve idari olarak yetersiz oluşu,
- Mevcut kurumların sunmuş olduğu hizmetlerden vatandaş memnuniyetsizliği.

Yukarıda sayılan aksaklık ve eksiklikler yeni bir Sosyal Güvenlik Reformunu ve beraberinde Genel Sağlık Sigortası uygulamasını getirmiştir. Reformun bir süredir uygulandığını dikkate alarak yukarıdaki beklentilerin ne kadarının karşılandığına bakıldığında;

- Karmaşık ve ayrımcı bir sistemin giderildiği ve 3 farklı kurum yerine Sosyal Güvenlik Kurumunun varlığını sürdürdüğünü görülmektedir. Uygulama birlikteliği sağlanamasa da, uygulayıcı tek kurumda başarı sağlanmıştır.
- Gizli tehdit oluşturan, toplumun hızlı yaşlanma eğilimine karşı hazırlıksız ve yetersiz yapı halen mevcuttur. Kayıt dışı istihdam, sosyal güvenlik bilincinin

oturmamış olması, işveren üzerindeki istihdam yüklerinin ağırlığı, demografik fırsat penceresinden faydalanmayı mümkün kılmamaktadır.

2000’lerde de hükümet programlarının en önemli gündem maddesini sağlık sektörünün yeniden yapılandırılması oluşturmaktadır. 1990’ların “reform” sözcüğünün başarısızlık yüklü anlamını çağrıştırmamak için bu kez “dönüşüm” sözcüğü kullanılmıştır³⁷⁶.

Peki yapılan bu çalışmalar reform mudur? Kanun, temelde sosyal güvenlik mevzuatı içinden olsa da sağlık sistemi içinde köklü bir değişiklik hedeflemiştir. Kanunun sağlık sistemi açısından reform olup olmadığının cevabı ise, SB’ce yayınlanan kitapta verilmektedir: Türkiye’de de bugüne kadar SB bünyesinde birçok çalışmalar yürütülmüş; en son olarak Türkiye’de yaşayan her vatandaşın yaşam kalitesini yükseltmek, bunun için ülkenin imkânlarını en akılcı biçimde kullanmak ve kaynakların hakkaniyete uygun biçimde kullanılmasını sağlamak amacıyla "Sağlıkta Dönüşüm Programı" çalışmalarına başlanmıştır. Bu programın amacı mevcut gidişatı tamamen sonlandırıp yeni bir sisteme geçmek değil, gerekli değişimleri gerçekleştirmek için mevcut yapıyı tahrip etmeden planlanan hedefe doğru dönüşümü gerçekleştirmektir. Bu nedenle reform değil, dönüşüm programı olarak adlandırılmaktadır³⁷⁷.

Aynı şey Sosyal Güvenlik Reformu için de geçerlidir. 5510 sayılı kanunun, 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun revize edilmiş hali olarak yorumlamak yanlış olmayacaktır. Başka bir anlatımla kanun, Sosyal Güvenlik Mevzuatı kapsamında da reform niteliği taşımamaktadır.

Ekonomik ya da sosyal hayatta siyasi irade tarafından gerçekleştirilen köklü değişimlerin etkinliği ve geleceği, yapılan değişimlerden birincil derecede etkilenecek olan vatandaşların yeni oluşan durumu benimseyip benimsememelerine bağlıdır. Özellikle vatandaşların her birini doğrudan ilgilendiren sosyo-ekonomik

³⁷⁶ Ayşe Bulut, **Türkiye’de Sağlık Reformunun Tarihçesi**, Çağlar Keyder-Nazan Üsündağ-Tuba Ağartan-Çağrı Yoltar (Ed.), Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim, 2007, İstanbul, s.112.

³⁷⁷ Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşümün Değerlendirilmesi, **a.g.e.**, s. 24.

alanlardaki değişimler için bu bağımlılık daha da artmaktadır. Şayet yapılan reform niteliğindeki değişikliklerin toplum tarafından benimsenmemesi söz konusu olursa yeni reform çalışmaları gündeme gelebilir. Bu bağlamda, sağıkta dönüşüm süreci çerçevesinde kurulan genel sağık sigortası müessesinin etkinliği ve geleceğini belirleyecek olan temel unsurlardan biri, toplumun yapılan değişimden memnuniyet derecesi olmaktadır.

Toplumun büyük bir kesimi, yapılan değişiklikler ile sağık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında olumlu bir gelişmenin yaşandığı görüşünü paylaşmaktadır³⁷⁸. Ancak aile hekimliği müessesesinin güvenilir bir şekilde hizmet sunabilecek seviyeye ulaşması, birinci basamak sağık hizmeti sunumunda etkinliğin artırılması ve sevk zincirinin arzu edilen şekilde işlemesi noktasında hızlı ve sağlıklı girişimlerin yapılması gerekmektedir. İkinci basamak sağık sunucusu niteliğindeki devlet hastaneleri ya da özel hastanelerdeki yoğunluğun en önemli sebeplerinden biri, vatandaşların birinci basamak sağık sunucusu niteliğinde fonksiyon gören sağık ocaklarında (aile hekimleri) muayene olmak yerine direkt hastaneleri tercih ediyor olmasıdır. Bunun kaynağında ise, sağık ocaklarındaki ekipman yetersizliği ve nitelikli personel kıtlığı bulunduğu düşünülmektedir. Sağık politikası açısından bu konunun oldukça önemli olduğu, sistemin sürdürülebilirliğinin buna bağlı olduğu aşikârdır.

Sağık hizmetlerinin finansmanı sürecinde en önemli sorun kayıt dışı ekonomi nedeniyle primlerin arzulan ölçüde toplanamamasıdır. Kayıt dışı istihdamı teşvik eden faktörlerin başında, yüksek prim oranları ve denetim yetersizliğinin geldiği unutulmamalıdır. Sağık finansman politikasının oluşumunda ve sürdürülmesinde bu hususların dikkate alınması durumunda, toplum refahına olumlu katkı yapılacağı sonucuna varılmaktadır.

Sosyal güvenlik kurumlarının finansal açıklarının faiz, yatırım ve gelir dağılımı açısından makroekonomik istikrarı tehdit etmesi karşısındaki yetersizliği halen sürmektedir. 2010 yılı verilerine göre sosyal güvenlik açığı 54,6 Milyon

³⁷⁸ Ferdi Çelikay, Erdal Gümüş, “Sağıkta Dönüşümün Ampirik Analizi” **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt: 66, No: 3, 2011, s. 55-92.

TL'dir. Bu dönemde bütçe açığının 39,6 Milyon TL olduğu dikkate alınmalıdır. Dolayısıyla sosyal güvenlik açığı olmasa, bütçe fazla verecektir. Bu açığın GSYİH oranı ise 2010 yılında %5,2 olarak gerçekleşmiştir.

Mevcut Sistemde kayıt dışı ile savaşında yetersiz kalan uygulayıcılar³⁷⁹, yeni dönemde de aynı tercihi kullanmış ve kayıt dışılık aynen devam etmiştir. Ayrıca Türkiye'de mevcut bulunan yapısal ve kronik işsizlik sorunu, zaten küresel ekonomik rekabet için zımnen tercih edilen kayıt dışılığın önündeki en önemli engellerden birini teşkil etmektedir. Sorun, başta hükümet olmak üzere tüm paydaşlar tarafından bilinmekte ancak mevcut işsizliğin daha da artacağı endişesinden ötürü kayıt dışılığa yönelik kayıt dışılığa yönelik denetimler çoğu zaman bilinçli olarak esnetilmektedir.

Mevcut uygulamalardan memnuniyete bakıldığında ise; toplumun büyük bir kesiminin yeniden yapılandırılan sağlık sigortası ile sağlık sisteminde nispeten olumlu bir gelişme yaşandığı görüşüne sahip olduğunu göstermektedir.

Günümüzde refah devleti krizi tartışmalarında öne çıkan en önemli sorun sürekli yükselen mali yüküyle sağlık sektörü harcamalarıdır. Özellikle, yaşlı nüfusun artışı ile demografik yapılar değişmiş ve teknolojinin ve farmakolojinin gelişmesiyle maliyetler yükselmiştir. Sistemi yeniden yapılandırma ve maliyetleri kısma çalışmaları, sağlık sistemi reformlarının ana meselesi haline gelmiştir. Türkiye'de de sağlık reformu tartışmaları 1990'larda hız kazanmış, mevcut hükümet reformları hayata geçirmeyi programına dahil etmiştir. Sağlık sistemi reformu ile amaçlanan bir yandan tüm nüfusu kapsayan bir modelin yerleştirilmesi, bir yandan da sosyal güvenlik sistemleri üzerindeki yükün azaltılması ve sosyal devlet yapılanmasının dünyadaki eğilimler yönünde dönüştürülmesidir³⁸⁰.

Sağlıkta Dönüşüm Programının sağlığa erişimi kolaylaştırdığı, dolayısıyla başarı sağlayarak memnuniyeti arttırdığını gören hükümetin, popülist yaklaşımla,

³⁷⁹ Havva Börekçi, Mehmet Onur Yurdakul, **Avrupa Birliği ve Türkiye'nin Birliğe Katılım Sürecinde Masak**, Başbakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 411, Ankara, 2011, s.142.

³⁸⁰ Çağlar Keyder, Çağrı Yoltar, Nazan Üstündağ, "Dünya Sağlık Sistemleri Dönüşümü Perspektifinden, Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Kullanıcılarının Sorunları, Tercihleri ve Alternatif Sağlık Modelleri", (Çevrimiçi) http://www.spf.boun.edu.tr/docs/BU_SPF_Arastirma_Projesi-Saglik.pdf, 06.07.2011.

sağlıkta dönüşüm programının mali boyutunu, giderlerdeki artışı dikkatlerden kaçırdığı, kalıcı çözümü ertelemeyi tercih ettiği sıkça dile getirilmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karşılaşılan en önemli sorunların başında sigorta primlerinin arzu edilen ölçüde tahsil edilememesi gelmektedir. Sistemin açık vermesine neden olan bu sorun, sistemdeki finansal istikrarsızlıkla birlikte kamu mali dengesinin bozulmasını sağlamaktadır. Bu açıdan sigorta primlerinin zamanında ve tam olarak tahsil edilmesi zorunlu bir hal almaktadır. Buradan yola çıkarak Türkiye’de de sigorta prim oranlarının yüksekliği, cezaların yetersizliği ve denetimin etkisizliğine bağlı olarak, prim tahsilâtının zamanında gerçekleştirilemediği sonucuna ulaşılabilmektedir.3-5 yılda bir getirilen prim afları ise işverenlerde farklı beklentiler yaratmıştır.

Bütün bu açıklamalardan çıkartılan birincil sonuç; bir uygulamanın reform olarak değerlendirilebilmesi, yeniden yapılandırılan sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin sürekli ve etkin bir şekilde işleyebilmesi için sistemce sağlık risklerinin tam olarak kapsandığı hissinin toplum tarafından benimsenmesi gerektiği yönündedir. Bunun için mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde yeni kurulan sistemin vatandaşlar nezdinde güvenilirliği sağlanmalıdır. Özellikle tüm toplumun benimsediği bir sistemin inşasında, bahsedilen öncelikli alanlarda adım atılması son derece önemlidir. Bununla paralel olarak;³⁸¹

- Sosyal Güvenlik Kurumu çağdaş sigortacılık ilkelerine uygun faaliyetlerde bulunmalı ve kurumların uzun dönemli aktüeryal dengeleri sağlanmalıdır.
- Sosyal güvenlik sistemi şeffaf, verimli ve etkin çalışmalıdır.
- Sistemde kaçakları ve kayıt dışı istihdamı önleyecek tedbirler alınmalıdır.
- Sosyal Güvenlik Kurumu’nun tam anlamıyla özerk bir mali ve idari yapıya kavuşmasını sağlayacak önlemler alınmalıdır.
- Özel emeklilik programlarının devlet denetimi altında gerçekleştirilmesi teşvik edilmelidir.

³⁸¹ Yusuf Alper, “İptal, Bir Fırsata Dönüşmelidir”, **Çimento İşveren**, Mart 2007, s. 4-19.

- Temel teminat paketine ek tamamlayıcı sağlık sigortası teşvik edilmelidir.

Başka bir bakış açısına göre ise; 2003 yılı sonunda Dünya Bankası önerileri doğrultusunda hazırlanan iddialı “Sağlıkta Dönüşüm Programı” (SDP) ile sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği ile sağlanması, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında “sağlık işletmesi” modelinin uygulanması ve Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmetlerinin (sorumlusu değil) düzenleyicisi durumuna getirilmesi hedeflenmiştir³⁸².

1.2. Getirdiği Yenilikler Açısından Kanunun Değerlendirilmesi

GSS’nin temel hedefi, tüm nüfusu kapsamı altına alarak, bireylere prim yükümlülüğü karşılığında, ortak bir sağlık yardımı paketi ile tanımlanmış sağlık sigortası hizmeti sunmaktır. Bundan anlaşılacağı gibi temel amaç, sağlık sigortacılığını, yönetim, uygulama ve finansman bakımından ulusal düzeye ulaştırmak ve tam anlamıyla sigortacılık teknikleriyle yeni bir sistem kurmaktır.

GSS uygulaması ile beklenen yararları ile dört yıllık uygulama sonuçlarında bu beklentilerin ne kadarının karşılandığını şu ana başlıklarda özetleyebiliriz:

- Kapsam açısından değerlendirildiğinde; tüm nüfusu kapsam altına alması ile sağlık güvencesine sahip olmayanların da sürekli sağlık güvencesine kavuşması sağlanacaktır. Ayrıca sağlık güvencesi anlamında farklı standartlarda uygulamaları olan mevcut kuruluşlara bağlı sigortalılar arasında eşitlik ve hakkaniyet ilkesi sağlanmış olacaktır.

Bu amaç aktif devlet memurlarının sistem dışında kalması ile nispeten gerçekleşmemiştir. Aynı şekilde yeşil kartlı vatandaşların (2011 yılında yaklaşık 10 milyon yeşil kartlı olduğu bilinmektedir) özel sağlık kuruluşlarından yararlanmak gibi diğer sigortalılarla aynı haklara sahip olamayışı (sevk olmadan özel sağlık

³⁸² Faruk Ataay, “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt:41, Sayı: 3, Eylül, s.169-184.

kuruluşlarından faydalanamıyorlar), tüm nüfusun aynı standartlarda kapsama alınamadığını göstermektedir.

5510 sayılı Kanun kapsamında Genel Sağlık Sigortasından sağlanacak sağlık hizmetlerinden ve diğer haklardan yararlanmak, Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için bir hak, Kurum için ise bu hizmet ve hakların finansmanını sağlamak bir yükümlülüktür. Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bekleme süresi ve prim ödeme, kimlik belgesinin gösterilmesi ve katılım payı ödenmesi gerektiği öngörülmüştür. 102 Sayılı Sözleşmeye göre de suiistimali önlemek üzere sağlık edimleri asgari bir staj süresini tamamlama şartına bağlanabilir (m.11). Ayrıca katılım payına ilişkin meblağ ilgiliye ağır bir yük teşkil etmeyecek şekilde saptanmalıdır (m.10/2).

Sağlık hizmetlerinin sağlanmasında katılım payı çoğu ülkede düzenlenmiştir³⁸³. Örneğin, İsveç'te yaşayanlar, muayene, tetkik, tedavi (ayakta ve yatarak tedavi, diş tedavisi), ilaç, protez, işitme, görme cihazları ve diğer yardımcı sağlık hizmetlerinden yararlanabilir. Fakat hastalar belli oranlarda sağlık giderlerine de katılırlar. Bununla birlikte tıbbi giderler ile ilaç giderlerine katılım bir yıllık sürede belirlenen miktarı aşılırsa, ilgili kimse bu sürenin sonuna kadar katılımdan bağışıktır. Almanya'da, sigortalılar (çocuklar, emekliler ve dar gelirli hanehalkı hariç), hastalık sigortası kapsamında yapılan sağlık yardımlarına belli oranlarda katkıda bulunurlar. Fransa'da da sigortalı, hekim muayene ücretlerine, yataklı tesislerde yapılan dış konsültasyon ücretine ve hastanede kalınan süre içinde tedavi giderlerine katılmak zorundadır. Ayrıca hastanede kalınan gün başına da hastane giderlerine katılım payı alınır. İngiltere'de ise kural olarak katılım payı alınmamakla birlikte, istisnai bazı durumlarda (özel oda, gözlük, işitme cihazı vb.) masrafların bir kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerinden yararlanmada bekleme süresi çok yaygın bir uygulama olmamakla birlikte, Fransa'da bekleme süresi ve prim ödeme şartı da vardır.

³⁸³ Emine Orhaner, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Ankara, Sayı: 1, 2006, s.1-22.

Genel sağlık sigortası sisteminin asıl hedeflerinden bir tanesi kayıt dışı istihdamın önüne geçilerek sigorta prim hasılatının mümkün olduğu kadar arttırılması ve bu şekilde hizmet finansmanının sigorta primleri aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu bağlamda, tutarı yüksek belirlenerek vatandaşların hizmetten yararlanmaları sürecinde alınacak katılım payı, sistemi finanse eden bir araç olarak değil sadece asıl amacına hizmet edecek şekilde belirlenmelidir. Katılım payı uygulamasıyla ulaşılmak istenen asıl amaç ise, sistemden gereksiz yararlanmaların önüne geçebilmektir. Bu nedenledir ki, katılım payı uygulamasında tüm vatandaşların mevcut durumlarını kollayacak nitelikte uygun bir değer tespit edilmelidir. Bunun yanında genel sağlık sigortası sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsayacak, eşit uygulamalar yapacak şekilde çerçevesini genişletmesi beklenmektedir.

Kanunun lafzı ve ruhu arasında bazen farklılaşmalar olduğu dikkat çekicidir. Türkiye’de, kural olarak, Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanmak için (kendilerine gelir ve aylık bağlanmış olanlar hariç), “*Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki son bir yıl içinde toplam 30 gün Genel Sağlık Sigortası prim ödeme gün sayısının olması*” gerekir (m.67/I-a). Kanunun düzenlemesinden, sigortalıda, sağlık hizmetinden yararlanmak için başvuru tarihinden önceki bir yıl içinde 30 günlük prim koşulunun arandığı açıktır. Ancak Kanun bunu anlatmak için “*son bir yıl içinde*” ifadesini kullanmıştır. Başvurudan önceki bir yıl dendikten sonra tekrar “son” kelimesini kullanmak anlamsızdır. Yine prim koşulunu yerine getirecek olanlar belirtilirken “*Genel Sağlık Sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler*” denmiştir. Prim ödemekle yükümlü olan sadece Genel Sağlık Sigortalısıdır. Bakmakla yükümlü olduğu kişiler zaten sigortalı üzerinden sağlık yardımı almaktadır. Kanun koyucunun kastının da aynı olduğunu düşünsek dahi maddenin lafzından hem sigortalı, hem de bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ayrı ayrı bu şartı yerine getirmesi gibi bir sonuç çıkmaktadır ki buda yanlış anlamalara yol açabilecek niteliktedir. Kanunda bazı sigortalı grupları için prim “borcu olmama” şartının getirilmesi ile sigortalılar arasında haksız bir farklılık oluşturulmuştur. Bunun yanında, belirli bir bekleme süresinin öngörölüp arkasından çok sayıda istisna

getirilmesi de Genel Sağlık Sigortası sistemi içinde bekleme süresinin sağlık yardımlarına hak kazanma açısından yerinde olmadığına göstergesidir. Kanunun sağlık hizmetlerinden yararlanma şartları başlıklı 67. maddesinde katılım payı düzenlenmemiştir. Kanunun 68. ve 69. maddelerinde düzenlenen katılım payı diğer şartlardan farklı olarak hizmet alımı için başvururken değil, hizmet gerçekleştikten sonra yerine getirilecek bir yükümlülüktür. Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ilgili olarak tespit edilecek katılım payında üst sınırın belirlenmiş olması yerinde bir düzenlemedir. Aksi halde %10 - %20 arasında tespit edilecek tutar dahi çok yüksek rakamlara ulaşabilecek niteliktedir. Kanun ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ödenecek katılım payında (%10-%20 arası) herhangi bir üst sınır tespit etmemiştir. Bu durum sağlık hakkından yararlanmaya engel olabilecek nitelikte olduğundan, ayakta tedavide sağlanan ilaçlar için ödenecek katılım payına da asgari ücrete oranlı olarak üst sınır getirilmesi yerinde olacaktır.

Sosyal devlet olduğunu iddia eden ülkelerde, koruyucu sağlık hizmetlerinin genel bütçeden aktarılan kaynakla finansmanının sağlanması en ideal yöntemdir. Çalışmanın başında belirtildiği üzere sağlık hizmetlerinin dışsallığı dikkate alındığında koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi açıktır. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununda koruyucu sağlık hizmetleri diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi sigorta primleriyle finanse edilecek hizmetler arasındadır. Bu açıdan bakıldığında, kendine düşen bazı yükümlülüklerini sigortalıların üzerine yüklemiş durumdadır.³⁸⁴

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri kural olarak yurt içindeki sağlık hizmet sunucuları tarafından verilir. Ancak Kanunun 66. maddesiyle bazı durumlarda yurt dışından da sağlık hizmeti alınabileceği ifade edilmiştir. Buna göre geçici görevle yurt dışına gönderilenler, sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ve yurt içinde tedavisi mümkün olmayanlar için farklı şartlarla yurt dışında tedavi olma imkânı düzenlenmiştir. Geçici görevle yurt dışına gönderilenler açısından Genel Sağlık Sigortası kapsamında yurt dışı tedavi imkânı sadece acil haller için öngörülmüştür. Bunun yanında Kanun sadece sigortalıdan

³⁸⁴ Kadir Arıcı, Sosyal Güvenlik Kurumunun Yeni Yapısı ve İşleyiş Esasları, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, 29-30 Kasım 2006, Kamu-İş, Ankara, 2007, s. 37.

bahsettiği için acil hallerde bile Genel Sağlık Sigortalısının birlikte yaşadığı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yurt dışında tedavi olamayacaklardır. Kanun kapsamında yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt içinde Sözleşmeli Sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir. Ancak, uluslararası sosyal güvenlik sözleşmeleri hükümleri saklıdır (m.66/II). Kanunda, yurt dışında alınan sağlık hizmeti ile ilgili olarak ödenecek bedele ilişkin bu şekilde bir düzenleme varken, geçici görevle veya tatil amacıyla yurt dışına çıkanların ödedikleri primin karşılığı olan sağlık hizmetini talep edememeleri önemli bir eksikliktir. Kanunun 66/1-b hükmüne göre, işverenleri tarafından kurumca belirlenen usule uygun olarak sürekli görevle yurt dışına gönderilen işçilerle, kamu idareleri tarafından özel mevzuatlarında belirtilen usule uygun olarak, sürekli görevle yurt dışına gönderilen kamu görevlileri ile bu işçi ve kamu görevlilerinin birlikte yaşadıkları bakmakla yükümlü oldukları kişiler yurt dışı tedaviden yararlanacaktır. Yurt dışında tedavi açısından kapsamı en geniş düzenleme yurt içinde tedavisi mümkün olmadığı tespit edilenler için getirilmiştir. Bu kapsamda, yurt dışında sağlanan hizmetlerden yararlanmak için hastalığın acil olması gerekmediği gibi sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler de yararlanabilmektedir. Yine bu durumda, yurt dışındaki tedavi bedelinin yurt içindeki bedeli aşmayacağı kuralı sadece işçinin veya kamu görevlisinin yurt dışına geçici veya sürekli gönderilmesi durumunda uygulanabileceğinden; SB'nin uygun görüşü üzerine yurt içinde tedavi edilmediği için yurt dışında tedavisi uygun görülenler hakkında (m.66/c) bu kural uygulanmaz. Söz konusu kişilerin yurt dışı tedavi giderlerinin tümü Kurum tarafından ödenir (m.66/V). Ancak varsa, Kurumun yurt dışındaki sözleşmeli sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez.

Bağımsız çalışanlar (ve köy, mahalle muhtarları) da yurt dışında tedavi imkânından sadece yurt içinde tedavileri mümkün olmadığı durumlarda yararlanabilmektedirler. Bağımsız çalışanların geçici ve sürekli görevlendirilmeleri söz konusu olamayacağından bunlara ilişkin düzenlemeden yararlanamayacaklardır. Bununla birlikte bağımsız çalışanlar için de, işleri gereği yurt dışına gitmeleri (çalışılan sektör ile ilgili fuar veya iş bağlantısı için yurt dışına çıkma gibi) halinde

(tespiti zor olmakla birlikte) yurt dışında tedaviye imkân veren bir düzenleme getirilmiş olsaydı norm birliğini hedefleyen bir kanun olarak daha yerinde olurdu.

5510 sayılı Kanunda da (m.63), 102 sayılı sözleşmede sunulması gerekli sağlık hizmeti olarak sayılan tüm hizmetler düzenlenmiştir. Ancak belirtmek gerekir ki, 102 sayılı sözleşmede (m.10), sayılan hizmetlerin “en az” olduğu belirtilmiştir. Hâlbuki 5510 sayılı kanunun 63/II hükmüne göre, “*Kurum, finansmanı sağlanacak Sağlık hizmetlerinin teşhis ve tedavi yöntemleri ile (f) bendinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığı’nın görüşünü alarak belirlemeye yetkilidir*”. Bu düzenleme ile Kuruma, kanunda ifade edilen hizmetleri geri alma ve en azın altına inme imkânı tanınmaktadır. Dolayısıyla kanundaki hüküm bu haliyle 102 sayılı Sözleşmeye (m.10) aykırı olduğu gibi Anayasaya aykırılığı da iddia edilebilir. Genel Sağlık Sigortası kapsamında finansmanı Kurumca sağlanmayacak olan hizmetler, Kanunun 64. maddesinde, estetik amaçlı yapılan sağlık hizmetleri, izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ve sağlık hizmeti olarak tanımlanmayan hizmetler olarak sayılmıştır. Değişiklik taslağı ile yabancı ülke vatandaşlarının; Genel Sağlık Sigortalısı veya Genel Sağlık Sigortalısının bakmakla yükümlü olduğu kişi sayıldığı tarihten önce mevcut olan kronik hastalıklarının tedavisi de Genel Sağlık Sigortası kapsamında finansmanı sağlanmayacak hizmetler arasında sayılmıştır. Kanunda sayılan istisnalar dışında bütün estetik amaçlı sağlık hizmetleri kapsam dışı bırakılmıştır. 102 sayılı Sözleşmeye göre (m.12), sağlık edimleri olayın devamı süresince sağlanır. Kural bu olmakla birlikte, Sözleşme, üye devletlere hizmet sunum süresini her hastalık vakası için 26 hafta ile sınırlama olanağı getirmektedir. Uzun tedaviyi gerektiren hastalıklarda hizmet sunum süresi 26 haftayı aşabilir. Ancak, hastalık ödeneği verilmesine devam edildiği sürece sağlık yardımları durdurulamaz. 5510 sayılı kanunda (m.63/II, IV), sağlık hizmetlerinin süresi konusunda açık bir sınırlama bulunmamakla birlikte Kuruma takdir yetkisi verilmiştir. Kuruma verilen yetkinin alt sınırı da bulunmadığı için Kurumun, 102 sayılı Sözleşmede (m.12) ifade edilen 26 haftalık alt sınırın altına inebilmesi mümkündür. Bu nedenle kanunda düzenlenmeyip düzenleme yetkisi Kuruma verilen Sağlık hizmetleri sunum süresi ile ilgili hükmün 102 sayılı Sözleşmeye aykırı olduğu söylenebilir.

- Finansman açısından düşünülecek olursa, öncelikle sađlđđın korunmasını Kanun’da hedeflendiği için sigortacılık anlayışının uygulanması ile önlenabilir hastalıklara ve sağlık risklerine ilişkin sağlık harcamalarında tasarruf sağlayacağı düşünölmektedir. Başka bir deyişle kara delik kapatan devlet yerine, sosyal güvenliğe prim ile katkı yapan bir devlet. Uygulamadaki Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK’nın sübvansede edilmesi yerine, prim ödeme gücü olmayan vatandaşların sübvansede edilerek hakkaniyetli bir sosyal sigortacılık uygulaması hedeflenmiştir. Sağlık kavramı sadece kişinin tedavi edilip normal yaşamına devam ettirilmesi anlamından çıkıp birey, aile, çevre ve toplum sağlığı kavramı ile uyumlu olarak ele alınmalıdır.

Sosyal güvenlik hukuku ve sağlık sistemleri açısından finansmanın önemi büyüktür. Sağlık sisteminin finansmanı ölkelere göre farklı şekilde sađlanmaktadır³⁸⁵. Buna göre, İngiltere’de sağlık sistemi (NHS) tümöyle genel bütçeden yani halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir. Danimarka’da da sağlık sisteminin temel finansman kaynağı devlet ve yerel örgütler tarafından alınan vergilerdir. Finansmanın diğer kaynakları ise, çeşitli mal ve hizmetlerden alınan ek ücretlerdir. Kamu finansmanına dayanan Kanada Sağlık sistemi, federal yönetimin genel gelirleri, eyalet ve bölge vergileri (kişisel vergiler, şirket vergileri, satış vergileri, ücret üzerinden alınan vergiler) ve diğer gelirlerden finanse edilir. Eyalet ve bölgeler sağlık hizmetlerinin finansmanında federal yönetimden de yardım alırlar. Genel olarak sağlık hizmetlerinde kamu finansmanının rekabet avantajı sağladığı anlayışı vardır. İsveç’te, ulusal sağlık sigortasının büyük kısmı işverenlerin katkısıyla finanse edilir. İtalya’da finansmana topluca bir katkı yoktur. Her sigorta kolu için ayrı ayrı prim ödenmektedir. Sağlık sigortasının finansmanı işveren ve devlet tarafından sağlanmaktadır. Almanya’da, zorunlu sağlık sigortasının finansmanı kural olarak işçi ve işverenlerden alınan primlerle finanse edilmekte bazı durumlarda devlet de finansmana katılmaktadır. Fransa’da ise, sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır.

³⁸⁵ Rana Çetin, İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları, **a.g.e.**, s.10.

Başka bir anlatımla; sağlık göstergeleri açısından ileri durumda olan gelişmiş ülkelerde, geri ödeme sistemleri sadece çalışanların ödediği primlerle ayakta durmamakta; çalışanların primleri yanında, işverenlerin katkısı ve devletin katkısı olmak üzere üçlü bir kaynaktan beslenmekte ve en büyük katkı devletten olmaktadır. Burada temel hedef bu alana aktarılan kaynağın ulaşılabilir, eşit, kaliteli bir sağlık hizmetine dönüşmesi ve sağlık göstergelerinde artan bir düzelmeye yol açmasıdır. Önceki sosyal güvenlik sisteminden vazgeçilmesinin ana gerekçesi, mevcut sosyal güvenlik kurumlarının devletin sırtında bir “kambur” olduğu ve makroekonomik dengeleri tehdit eden bir “karadelik” olarak gösterilmesiydi. Bugün için bu durumun değiştiğini söylemek çok da olası değildir.

5510 sayılı kanunda Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki hizmetlerin finansmanı için, primli sistemin gereği olarak sigortalı, işveren ve devlet açısından prim ödeme zorunluluğu öngörülmüştür. Finansmana devlet tarafından katkı yapılması sosyal güvenlik sistemi ve sosyal devlet açısından olumlu bir gelişmedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanının GSS yoluyla sağlanmasının, verimliliği ve etkililiği artıracağı, daha kapsamlı olacağı ve herkesin sağlık güvencesine kavuşturulacağı, maliyet denetiminin kolaylaşacağı, hizmetlerin niteliğinin artacağı, genel olarak eşitliğin ve hakkaniyetin sağlanacağı söylemleri kamuoyunda bir ölçüde ilgi uyandırsa da gerçekleşen durum bire bir aynı olmamıştır³⁸⁶.

Gelinen aşamada sağlık harcamaları baş döndürücü bir şekilde artmıştır. 1999 yılında Gayri Safi Yurtiçi Hasılanın %4,8’i olan toplam sağlık harcamaları 2007’de %6’ya yükselmiştir. 1999 yılında 7.91 milyar dolar olan kamu sağlık harcamaları, 2007’de 26.52 milyar dolara tırmanmıştır. 1999 yılında 3.77 milyar dolarlık cepten ödemeler 2007’de 8.53 milyar dolar olmuştur. SGK ilaç harcamaları 2001- 2008 yılları arasında dolar cinsinden 4 kattan fazla artmıştır. 2001’de 2 milyar dolar olan ilaç harcamaları 2008’de 8,3 milyar dolar düzeyine gelmiştir.

³⁸⁶Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasasının II. Uygulama Yılında Sağlık ve Sosyal Güvenlik Raporu, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Ankara, 2010, s. 6.

- GSS’de sağlık hizmetinin kalitesi ve ulaşılabilirliği açısından ele alındığında vatandaşlara kamu ve özel ayrımı yapılmaksızın hekimini ve sağlık tesisini seçebilme hakkı verilmiştir. Bunun yarattığı rekabet ortamının, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında, kalitesinde ve vatandaş memnuniyetinde iyileşme sağlaması beklenmektedir. Sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kuruluşların tam anlamıyla birbirinden ayrılması yani sağlığın arz ve talep kısımlarının ayrı ayrı bۆlۆmler tarafından karşılanması sonucunda kamu kontrolünde olacak olan finansman sistemi, hizmet alımları konusunda uzmanlaşacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, koruyucu sağlık hizmetlerini ve aile hekimliğini ön plana çıkaran yeni model ile bۆtۆnleřik bir yapıda ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde Sağlık Bakanlığı tarafından ۆzerk sağlık işletmelerinin uygulamaya konulmasını destekleyen anlayış ile sağlık hizmet sunumu ve kalitesinde iyileşme beklenmektedir.

Rekabet koşulları yaratılmış, fiyat birlikteliği ise Sağlık Uygulama Tebliğleri ile sağlanmıştır.

Sağlık hizmetlerinin denetimi açısından bakıldığında, sۆre denetiminden çok, çıktı denetimini ۆnceleyen bir yapı benimsenerek, sağlık hizmetleri maliyet etkili bir tarzda sunulması benimsenmiřtir³⁸⁷. Sağlık hizmetleri denetiminin, hizmet ۆncesi, hizmet sırasında ve hizmet sonrasında olmak ۆzere tۆm sۆreci kapsayacak bir anlayışla yۆrۆtۆlmesi esas alınmıştır. Bu denetim mekanizması sadece fatura incelemesine odaklanmadan, yۆnetim bilgi sistemlerine dayanan ۆzgۆn denetim yۆntemleri geliştirilerek tam bir denetim ağının oluşturulması hedeflenmiştir. Nitelikli insan gۆcۆ ile desteklenen bu yۆntemlerle yerindelik, uygunluk ve maliyet etkililiğini inceleyebilen bir denetim yapısı planlanmıştır.

Ancak, planlamalara karşın uygulamada denetim yapısı maalesef işler şekilde oluşturulamamıştır. Bu konuda gerek Sağlık Bakanlığı’nın gerekse Sosyal Gۆvenlik Kurumu’nun denetim esasları, sağlık piyasasının sadece %25’ini oluşturan özel sağlık kuruluşları içindir. Gerek bۆte denetimi gerekse hizmet standartları açısından

³⁸⁷ H. ۆmer Kۆse, “Kۆreselleřme Sۆrecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dۆnۆřümü”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı:49, 2003, s. 3-46.

denetim üniversite ve kamu hastanelerinde, yani sağlık sektörünün %75'inde uygulanamamaktadır.

Öte yandan, sağlık sunucularına yapılan geri ödeme sisteminde, geçiş süreci de göz önünde bulundurularak, Portekiz ve İspanya gibi ülkelerde diyaliz hizmetlerinde, Yeni Zelanda'da ise temel sağlık hizmetlerinde uygulamaya konulan ve teşhis bazlı "Comprehensive Care Payment" modelini aşama aşama entegre etmek sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sürdürülebilirliğini garanti altına almak adına önemli bir adım olabilecektir. Model, belirli hastalık ve tedavi hizmetlerinin gruplanarak fiyatlandırılması prensibine dayandırılarak, tedavi bazlı geri ödemeye bir alternatif oluşturacaktır. Bu sistem ile sağlık hizmet sunucuları hastaları en etkin ve doğru şekilde tedavi etmeye teşvik edilerek, hem tekrar eden tedavi maliyetlerinin önüne geçilebilecek hem de sağlık hizmetlerinin kalitesi sürekli takip edilerek performans odaklı bir yaklaşımla geri ödemeler gerçekleştirilebilecektir³⁸⁸.

1.3. Kapsam Açısından Kanunun Değerlendirilmesi

Sağlık sistemleri açısından, sağlık hizmetlerinden kimlerin yararlandığı, yani kapsam büyük öneme sahiptir. Ulusal sağlık hizmetleri sistemini uygulayan İngiltere, İsveç, İtalya, Danimarka'da sağlık yardımlarından yararlanma konusunda herhangi bir kişi sınırlaması yoktur. Buna göre, söz konusu ülkelerde yasal olarak ikamet eden herkes sağlık yardımlarından yararlanabilmektedir. Sosyal Sağlık sigortası sistemini uygulayan ülkelerde de (Almanya, Fransa gibi) kapsam geniş tutulmuştur. Ancak burada sigortalılık esasına göre kapsam belirlenmektedir.

5510 sayılı kanun, sosyal güvenlik hukukunun temel ilkelerinden olan zorunluluk ilkesinin gereği olarak, zorunlu sigortalılık anlayışı ile hazırlanmıştır³⁸⁹. Konuyu düzenleyen hükme göre; "Kısa ve uzun vadeli sigortalar ile Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki kişilerin sigortalı olması zorunludur. Bu kanunda yer alan sigorta hak ve yükümlülüklerini ortadan kaldırmak, azaltmak veya başkasına devretmek için sözleşmelere konulan hükümler geçersizdir" (m.92). Kanun temelde

³⁸⁸ Deloitte-Yased, **Türkiye Sağlık Sektörü Raporu**, Haziran 2012, s. 43, (Çevrimiçi) <http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/Yayinlar/Documents>, 10 Aralık 2012.

³⁸⁹ Haluk Egeli, Ahmet Özen, **a.g.e.**, s.27.

zorunlu sigortalılığı benimsemiş olmakla birlikte, isteğe bağlı sigortalılık imkânı da getirmiştir (m.50). Kanunun Genel Sağlık Sigortası'na ilişkin hükümlerinin uygulanacağı kişiler, başka bir ifade ile Genel Sağlık Sigortası'nın kişi bakımından kapsamı belirlenirken, toplumun hemen hemen tamamının kapsam içine alınmaya çalışıldığı görülmektedir. Kanunun Genel Sağlık Sigortası bakımından kapsama girebilmenin temel ve ön şartı kişinin yerleşim yerinin Türkiye olmasıdır (m.60/1). Dolayısıyla yerleşim yeri Türkiye olmayan bir kişi diğer şartları sağlasa bile kanunun kapsamı dışında kalacaktır. Kanunda Genel Sağlık Sigortası'ndan yararlanacak olanlar önce ana gruplar halinde sıralanmış; işçi, memur, bağımsız çalışan, gelir ve aylık almakta olanlar, isteğe bağlı sigortalılar; daha sonra da bu gruplarda yer almamalarına rağmen özel durumları nedeniyle (yoksulluk, muhtaçlık, vatana hizmet vb.) sağlık yardımı almaları gerekenler tek tek sayılmış; son olarak bütün bu sayılanların dışında kalan ve başka ülkede sağlık sigortası kapsamında bulunmayan vatandaşların da genel sağlık sigortalısı sayılarak sağlık yardımlarından yararlanacağı belirtilmiştir. Almanya'da yıllık geliri, her yıl belirlenen üst sınırı aşanlar zorunlu sigortalılık kapsamı dışında tutulmuştur. 5510 sayılı Kanun sisteminde ise, Genel Sağlık Sigortası için zorunlu sigortalılık çerçevesinde böyle bir istisnaya yer verilmemiştir. Hatta kanun (m.60/g), diğer hükümler kapsamına girmeyen ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası kapsamındadır diyerek bu konuda açık kapı bırakmamıştır. Kanunun bu hükümle (m.60/g), çalışmıyor olması nedeniyle bir zorunlu sigortalılık bağlantısı olmadığı gibi, isteğe bağlı olarak da sosyal güvenlikten yararlanma ihtiyacı duymayan varlıklı kesimi ifade etmeye çalıştığı da iddia edilmektedir. Dolayısıyla 5510 sayılı Kanun, bu nitelikteki bir sosyal sağlık sigortasına ihtiyaç duymayanları da genel sağlık sigortalısı sayarak prim ödeme mükellefiyeti altına sokmaktadır.

Sosyal Güvenlik Reformu'yla Genel Sağlık Sigortası sistemi yürürlüğe girmiş ve tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sistemi kapsamına alınmıştır. Bu çerçevede 18 yaş altındaki tüm vatandaşların herhangi bir şart aranmaksızın sağlık sigortasından faydalanmaları sağlanmıştır. Bahse konu uygulamanın kamu sağlığı

bakımından olumlu sonuçlar doğurması beklenmelidir. Öte yandan kısıtlı kaynakların etkin kullanımının önemi artacaktır³⁹⁰.

Erişim; sağlık hizmetleri kullanımında karşılaşılabilecek fiziksel ve iktisadi engellerin düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde bir yandan toplam sigortalı sayısı önemli ölçüde artmış (Tablo 13), diğer yandan ilaç ve tedavi masraflarını ceplerinden karşılayanların oranı belirgin şekilde gerilemiştir.

Tablo 13: Sağlık Sigortası Kapsamındaki Kişi Sayısı (2004-2008)

	2004	2005	2006	2007	2008
Toplam	50.260.853	53.192.185	55.503.170	60.136.913	59.453.073

Kaynak: Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi (Tuncay Teksoz, Yalçın Kaya, Kerem Helvacıoğlu, “Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, 2009, s. 4.)

Kapsam kelimesi çift yönlü olarak anlaşılabilir. Birinci açıdan yukarıda açıklandığı gibi GSS’nin kimleri kapsadığı, kapsam dışı bıraktığı nüfusun olup olmadığı şeklindeki yorumlanmasıdır ki, bunun cevabı çalışmanın içeriğinde net şekilde verilmiştir. GSS’nin kapsamı teorik olarak Türkiye Cumhuriyeti’nde yaşayan tüm insanlardır.

Diğer bir bakış açısı ise GSS’nin kapsamına aldığı hizmetler, riskler açısından değerlendirilmesidir. Bu açıdan bakıldığında da GSS’nin kapsamının birçok Avrupa ülkesine göre oldukça geniş olduğu görülmektedir. O kadar ki, IVF olarak kısaltılan ve halk arasında “tüp bebek” olarak yerleşen Infertilite uygulamalarının dahi kapsamda olduğunu belirtmekte fayda bulunmaktadır. Karşılanan risklerin bu kadar geniş olması, tamamlayıcı sağlık sigortasını yerleştirmeye çalışan özel sağlık sigorta şirketlerince tenkit konusu edilmiştir. Ezcümle; her iki açıdan da GSS’nin kapsamı oldukça geniş tutulmuştur.

³⁹⁰ Can Buharalı, Türkiye’de Sağlık Ekonomisi ve İlaç Sanayi, (Çevrimiçi) www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/.../turkey_tr_saglik_ilac_130711.pdf 15.05.2012.

1.4. Yapım Tekniği ve Organizasyon Açısından Değerlendirme

Genel Sağlık Sigortası'nın anlamı, bir ülkedeki bütün fertlerin ağırlıklı sistem sağlık sigortası olmak üzere sağlık güvencesine kavuşturulmasıdır. Gelişmiş ülkelerde, geçirilen uzun deneyimler sonucu, hemen hemen tüm vatandaşları kapsamına almış olan sağlık sosyal güvenlik sistemleri mevcutken, Türkiye'de hâlen belirli kesimler sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık giderlerinin karşılanması yönünden sosyal güvenceden yoksundur. Öte yandan, Türkiye'de bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan hizmet ve yardımlar yönünden eşit ve rasyonel bir sistemden söz etmek mümkün değildir. Var olan sosyal güvenlik kuruluşlarınca üyelerine çeşitli miktar ve nitelikte sağlık sigortası yardımları yapılmakta ve bu yardımlar arasında norm birliği bulunmamakta, hatta aynı kuruluşça üyelerine farklı gruplar için farklı uygulamalar yapılmaktadır. Bu husus ise, değişik vatandaş grupları arasında eşitsizlik yarattığı gibi, hak ve adalet kurallarına da uygun düşmemektedir. Türkiye'de dağınık yapıda olan ve yararlanma koşulları birbirinden oldukça farklı ve erişimi bütün nüfusa yaygınlaşmamış bulunan sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunların çözümü için yaklaşık 35 yıldır genel sağlık sigortası modeli tartışılmış, bu konuda farklı düzeylerde çalışmalar yürütülmüş ve çeşitli kanun tasarı taslakları hazırlanmıştır.

Son olarak hükümetçe hazırlanan 5510 sayılı kanun ile yürürlüğe konulan Genel Sağlık Sigortası mevzuatı maalesef ki tüm sosyal tarafların görüşleri alınmadan, üzerinde uzlaşma sağlanmadan, kanun hazırlama prosedürü tam olarak işletilmeden, alelacele meclisten geçirilmiştir.

Bunun en güzel örneği 5510 sayılı kanunun bu güne kadar (4 yıldır) 19 kez değişikliğe uğramış olması göstermektedir.

Aşağıdaki tablo Ali Rıza Okur tarafından 5510 sayılı kanundaki değişikliklerin ne kadar çok olduğunun gösterilebilmesi açısından derlenmiştir.

Tablo 14: 5510 Sayılı Kanun Değişiklikleri (2007-2013)

KANUN NO.	TARİH	RG. TARİHİ	RG. NO	DEĞ SAYISI
1. 5655	09.05.2007	20.05.2007	26527	2
2. 5754	17.04.2008	08.05.2008	26870	262
3. 5763	15.05.2008	26.05.2008	26888	4
4. 5774	24.06.2008	09.07.2008	26931	1
5. 5797	31.07.2008	19.08.2008	26972	6
6. 5838	18.02.2009	28.02.2009	27155	9
7. 5917	25.06.2009	10.07.2009	27284	3
8. 5921	11.08.2009	18.08.2009	27323	1
9. 5947	21.01.2010	30.01.2010	27478	2
10. 5951	28.01.2010	15.02.2010	27484	1
11. 5997	16.06.2010	19.06.2010	27616	7
12. 6009	23.07.2010	01.08.2010	27659	2
13. 6111	13.02.2011	25.02.2011	27857M	73
14. 6191	10.03.2011	22.03.2011	27882	3
15. 6270	17.01.2012	26.01.2012	28185	10
16. 6283	01.03.2012	08.03.2012	28227	7
17. 6322	31.05.2012	15.06.2012	28324	2
18. 6353	04.07.2012	12.07.2012	28351	15
19. 6385	10.01.2013	19.01.2013	28533	17

Kaynak: Prof.Dr.Ali Rıza OKUR tarafından derlenmiş ve bizzat paylaşılmıştır.

Görüldüğü gibi 5510 sayılı Kanunda bu güne kadar 19 ayrı kanunla toplam 427 değişiklik yapılmıştır. 109 asıl, 8 ek ve 45 geçici maddeden oluşan 5510 sayılı Kanunda 109 madde esas alınır, madde başına 3.91 ($427:109=3,91$), ek ve geçici maddelerle birlikte 162 madde kabul edilirse (109 asıl, 8 ek, 45 geçici) madde başına 2,6 değişiklik ($427:162=2,6$) yapılmış olmaktadır.

Bu kadar yoğun değişiklik yaşantımızı adeta değiştiren ve bizi başta sağlık olmak üzere son derece önemli imkânlar getiren 5510 sayılı Kanunu kullanılamaz ve uygulanamaz duruma düşürmekte, temel çözümleri ikincil mevzuata (yönetmelik,tebliğ, genelge) aktarmaktadır. Bu durum ise hak sahiplerini hukuki güvenceden ve temel haklarını elde etmekten mahrum bırakmaktadır.

Türkiye’de tüm nüfus, kamu sağlık güvencesi yönünden kapsam ve koruma altına alınamamıştır³⁹¹. Ayrıca, sağlık hizmeti harcamaları kişilerin sağlık

³⁹¹ Mahmut Bilen, Abidin Öncel, “Sağlık Hizmetleri ve Kurumsal Etkinlik Analizi: Sosyal Güvenlik Reformu Ekseninde Bir Değerlendirme”, (Çevrimiçi) 20 Ekim 2011 <http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/344/316>.

durumlarında düzelmeyi hedefleyen bütünleşik bir politika çerçevesinde yapılmamaktadır.

Örgütlenmedeki dağınık yapı, ciddi ölçüde israflara ve kötüye kullanımlara neden olmaktadır. Birinci basamak yerine çok daha pahalı olan ikinci ve üçüncü basamak sağlık tesislerinin kullanılması, harcama düzeyini arttırmaktadır. Bu durum, kıt kaynaklarımızın verimsiz kullanılması sonucunu doğurmaktadır. Bu nedenle, ilk planda, vatandaşlarımızın hastalanmasına engel olacak her türlü koruyucu sağlık hizmetinin yaygınlaştırılması öncelikli politika haline getirilmelidir.

Çalışmanın önceki bölümlerinde yapılan açıklamalarda, yukarıda bahsedilen kanun öncesi, kurumlar arasında norm ve standart birliği olmayışı neticesinde ortaya çıkan uygulama farklılıkları ve bunların sonuçları yeterince değerlendirilmiştir. İşte bu dağınık yapı ve bu yapıya uygun farklı uygulamalar tek kurum, tek uygulama organizasyonu ile giderilmeye çalışılmıştır.

Norm ve standart birliği, sosyal sigortada, sigortalıların hak ve yükümlülükleri bakımından aynı standartlara tabi olmalarını ifade eder. Başka bir deyişle, norm birliği bütün sigortalıların tek bir sosyal sigorta mevzuatına tabi olmasını, standart birliği ise aynı norma tabi ve aynı objektif özelliklere sahip sigortalılar arasında aynı hükümlerin uygulanmasıdır. Mevcut sosyal sigorta sisteminin en önemli özelliklerinden birisi, çoklu yapıda teşkilatlanması, çoklu yapıda yönetilmesi ve bu sebeple de norm ve standart farklılaşmasına uğramasıdır.

İngiltere’de, Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığı’nın merkezi sorumluluğu altındadır. Alman Sağlık sisteminde, zorunlu sigorta, federal organizasyon ve gezici – yerleşik bakım ünitelerinden oluşmaktadır. Kural olarak her sosyal sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumunun yetkili kılındığı Almanya’da, söz konusu kurumlar sigortaya ilişkin tüm ulusal ve uluslararası işlemleri üstlenmişlerdir. Hastalık sigortasına yönelik işlemleri yürüten kurum Hastalık ve Analık Sigortası Kurumu’dur. Kanada’da ise, Sağlık hizmetlerinin yönetim ve dağıtımında asıl önemli rol eyalet ve bölge yönetimlerindedir.

Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası kapsamında sunulacak hizmetlerin hangi idari yapı içinde gerçekleştirileceği konusu, sosyal güvenlik reformunun en önemli ayaklarından biri olan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile ilgilidir. Kanun, sadece Genel Sağlık Sigortasının idari organizasyonunu değil, sosyal güvenlik sisteminin idari yapısının tümüyle ilgilidir. 5502 sayılı kanun ile mevcut asli sigorta kurumları 20.5.2006 tarihinden itibaren lağvedilerek yerlerine Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) oluşturulmuştur. Kurumun organları Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Başkanlık olarak belirlenmiştir (m.4). Kurumun ayrıca Sosyal Güvenlik Danışma Kurulu mevcuttur (m.26). Genel Sağlık Sigortası sistemiyle ilgili işlerin yürütümünden esas olarak Başkanlık teşkilatı içinde ana hizmet birimlerinden biri olan Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü sorumludur. Tüm nüfusa hitap etme iddiası dikkate alındığında Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’nün (m.14) hem koruyucu hem tedavi edici sağlık hizmetlerini üç ayrı basamak için, çok sayıda özel kuruluş ile sözleşme yaparak gereği gibi yerine getirebilmesi çok zor gözükmektedir. Sistemin idari yapısı değerlendirilirken Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile birlikte düşünülmelidir. Genel Sağlık Sigortası ile birlikte sosyal güvenlik sisteminde teşkilat ve faaliyet alanı çok büyük ölçüde genişlemiş olmaktadır. Genel Sağlık Sigortası, hizmet sunucular ile ilişkiler ve hizmet alıcıların takibi bakımından devasa bir hizmet alanı yaratmıştır.

İdari yapının tek bir çatı altında yapılandırılması kendiliğinden olumlu sonuçlar doğurmaz. Kurumsal yapılanmanın ön şartları özerklik, uzmanlık, finansal yeterlilik, örgütsel kapasite ve gelişmedir³⁹². Tek çatı altında toplanmış sistem bu özellikleri taşııyorsa kendisinden beklenenleri yerine getiremeyecektir. SGK, sosyal güvenlik alanında tek çatının gerçekleştirildiği bir reform projesi olarak planlanmış ve bu ad altında da kanunlaştırılmıştır.

Gerçekten de primli ve primsiz sisteme dair bir takım yükümlölükleri yerine getirmek için kurulan Kurumun, Sosyal Güvenlik Kurumu adını alması doğaldır. Ancak SGK dikkatli bir şekilde incelendiği takdirde ise bu Kurumun sosyal güvenlik alanında arzulanan tek çatıyı gerçekleştirmediği anlaşılabacaktır. Tek çatı sosyal

³⁹² Elif Kurşunlu, Avrupa Birliği Müktesebatının Uygulanması Çerçevesinde İdari Kapasite, Uzmanlık Tezi, Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, Ankara, 2004, s. 62.

sigorta kurumları bakımından gerçekleştirilmiştir. Ancak primsiz sistemdeki dağınıklığa dokunulmamış dahası buna bir genel müdürlük ilavesi yapılmak suretiyle bu alandaki görevli teşkilat sayısı artırılmıştır.

Yeniden yapılanmanın sosyolojik ve yerindelik değerlendirmelerinin dışında hukuki açıdan da değerlendirilmesi gerekir. Yönetim kurulunun oluşum şekli Türkiye'nin imzaladığı 102 sayılı ILO Sözleşmesinin 6. maddesine aykırıdır. Anayasa üstünde değer taşıyan ve iç hukuka dâhil edilmiş bulunan söz konusu sözleşmenin ihlali ILO tarafından Türkiye'nin sorgulanması sonucunu doğurabilecektir. Kurumun denetim için özel sektörden hizmet satın alabilme yetkisi de, yine 102 sayılı sözleşmenin 6. maddesine uymamaktadır. Şu an bünyesinde bulunan sandıklarla birlikte 27.318 kişiyi istihdam etmekte olan Kurum'un personel rejiminin düzenlenmesinin yönetmeliklere bırakılmasının (5502 sk.4) da hukuki olduğu söylenemez. Kurumun özerk bir yapılanmaya kavuşması için, üst düzey yöneticilerin genel kurul tarafından seçimle işbaşına gelmesi, yönetim kurulunda kamu kesiminin belirleyici olmasına son verilmesi ve genel kurulda fonksiyon değişikliğine gidilerek, kurulun en üst düzeyde denetim ve karar organı haline dönüştürülmesi gereklidir. Bunun yanında siyasi iradenin popülist bir anlayışla bugüne kadar olduğu gibi sosyal güvenliğe müdahale etme olasılığı dikkate alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu, hiçbir bakanlığın vesayetinde olmayacak şekilde benzer üst kurul ve bazı kurumlarda olduğu gibi tamamen özerk bir kurum halinde yapılandırılmalıdır.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun en yüksek karar ve yetki organı olan Yönetim Kurulu yönetiminde seçimle gelen 5 işçi, işveren, kamu çalışanı, bağımsız çalışan ve aylık ve gelir alanların temsilcisi ile atama ile gelen 5 hükümet temsilcisi bulunmaktadır³⁹³(5502, m.5).

³⁹³ Sosyal Güvenlik Kurumu 23.11.2006 tarihinde yapılan Olağanüstü Genel Kurul Toplantısı ile Yönetim Kurulu'nu belirlemiştir. Genel Kurul'da oy kullanan 66 delege SGK'nun beş yönetim kurulu asil ve yedek üyesini belirlemiştir. Toplam 10 kişiden oluşan yönetim kurulunun en yüksek karar, yetki ve sorumluluğunu taşıyacak başkan, başkan yardımcısı ve diğer 3 hükümet temsilcisi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığından gelecek temsilcilerden oluşacaktır. Temsilciler müşterek kararnameyle atanacaktır.

Ancak, oylarda eşitlik olması durumunda başkanın bulunduğu tarafın çoğunluk sayılmasının öngörülmesi (5502, m.6), Kurumun özerkliğini tartışmalı hale getirmektedir. GSS Yasası ile sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kullanıcı katkıları konusunda Kuruma oldukça geniş yetkiler verildiği dikkate alındığında, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun bu idari yapısı, tarafların itirazlarına rağmen, Kurumun sağlık hizmetlerinin kapsamını daraltacak ve kullanıcı katkılarını arttıracak kararları kolayca alabilmesinin ve Kurumun mali varlıklarının siyasi iktidarlarca kullanılabilmesinin önünü açabilecektir. Dolayısıyla geçmiş dönemlerde SSK’nın gerek mal varlıklarının gerekse fonlarının siyasi iktidarlarca hoyratça kullanılmasını sağlayan yönetim yapısı, bugün için SGK içinde bir nebze olsun korunmuş ve organizasyon yapısı siyasi iktidarların müdahalelerine açık bırakılmıştır.

2. GSS UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık hizmetlerine hızlı erişim, sosyal koruma sistemlerinin en önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Kişilerin sağlık güvencelerinin olması sağlık hizmetinin kullanımına doğrudan olumlu yönde etki etmektedir. Kişilerin sağlık hizmetine kolay ulaşmaları hastalıkların ilerlemesine engel olmakta, toplumun genel sağlık göstergelerinde iyileşmeler yaratmaktadır.

Sağlık reformu tartışmasında erişim-ulaşılabilirlik, genellikle önemli bir konudur. Erişim eksikliği, genellikle kırsal alanlarda yetersiz sağlık durumunun ve yoksullar arasında düşük memnuniyet düzeylerinin bir nedeni olarak görülmektedir. Bu kavramın bir ara performans ölçüsü olarak rolünü tam anlamak için, terimin kullanıldığı farklı şekillerin çözülmesi gerekmektedir³⁹⁴.

Birincisi, “erişim” bazen basit bir şekilde hizmetlerin spesifik bir alanda var olup olmadığını, sunulup sunulmadığını ifade etmektedir. Burada, sorun *fiziksel elverişlilik*dir, bu nüfusla karşılaştırıldığında elde bulunan girdilerin -yataklar, doktorlar veya hemşireler- dağılımı ile ölçülür. Terimin sezgisel anlamını daha yakın

³⁹⁴ Muzaffer Eskiocak, “Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?”, **TTB Yayınları**, Ekim 2007, s.70.

bir şekilde yansıtan ikinci bir nosyon, *etkili elverişlilik*dir; yani vatandaşların hizmeti alması ne kadar kolaydır?

Fiziksel elverişlilik ve etkili elverişlilik arasında farklar ortaya çıkabilir. Çünkü farklı engeller -örneğin, maliyet, seyahat süresi, yetersiz hizmet- insanları, fiziksel olarak kullanılabilir olan tesisleri kullanmaktan uzak tutabilir. Ancak, etkili elverişliliği doğrudan değerlendirmek için, fiyatlar, hizmet düzeyleri, bekleme süreleri ve kültürel kabul edilebilirlik konusunda yeterli veri toplamak kolay olmayabilir. Sonuç olarak, “erişim” terimi genellikle *salt kullanımı* ifade edecek şekilde kullanılmaktadır. Aslında, kullanım etkili elverişliliğin sadece kısmi bir yansımasıdır. Çünkü hastalar, elverişli olsa bile hizmetleri kullanmamayı tercih edebilir. Ancak, düşük kullanımın hasta tercihini yansıtabileceği olasılığını göz ardı eder ve düşük kullanımın *her zaman* hizmet önünde engeller olduğu anlamına geldiğini öne sürerek etkili elverişlilik, bağımsız bir kavram olmaktan çıkar. Çünkü, artık kullanımdan ayrı bir şekilde ölçülemez³⁹⁵.

Yapılan araştırmalar sağlık hizmetlerinden yararlanma oranının bir şekilde erişimin, tüketici tarafından yapılan ödemelerle bağlantılı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu çerçevede katkı payı oranı arttıkça, erişim ve sağlık hizmetlerinden yararlanma da azalmaktadır.

Dolayısıyla, katkı payları bağlamında korunmaya muhtaç hassas bir denge vardır. Makul bir hasta katkısının temel amacı, kendi kendine tedaviyle atlatılabilecek hastalık durumlarında hastanın doktora başvurusunu kısıtlı tutmak, hatta hastalık öncesinde gerekli koruyucu tedbirlerin alınmasını teşvik etmektir. Bu sayede hem hastanelerin ve doktorların işgücü ciddi hastalıkların tedavisine ayrılabilir, hem de hastanın kendi işinden ayrılarak işgücü kaybı yaratmasının önüne geçilecektir. Ancak katkı payının toplumsal ödeme gücünü aşması ters sonuçlar doğurabilecektir. Böyle bir durumda doktor kontrolüne muhtaç hasta, katkı payının yüksekliği nedeniyle doktora gitmekten imtina edebilecek, o halde ise

³⁹⁵ Gina Kolata, “Research Suggests More Health Care May Not Be Beter”, **The New York Times**, 21 July 2002, s. 17.

hastalığın tedavisi uzayacak ve hem kendisi hem de toplum için daha masraflı hale gelebilecektir.

Katkı payı, sevk zinciri ve basamaklandırılmış sağlık hizmetleri sağlık sisteminin ve sürdürülebilirliğin belirleyicileridir³⁹⁶.

Dünyadaki çoğu ülke, sistem içindeki karmaşıklığı azaltmak ve sağlık hizmeti sunan tesislerdeki yığılmaları önlemek amacıyla sağlık hizmetlerini belli hiyerarşik yapı içinde sunmaktadırlar. Bunun için de birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak olmak üzere alttan üste doğru bir sevk zincirine bağlı olarak sağlık hizmetleri verilmektedir. Genel olarak uygulanan sistem bu olmakla birlikte ABD’de durum farklıdır. Yani ABD sağlık sisteminde sevk sistemi uygulanmamaktadır. Fransa’da da, birinci basamaktaki hekimlerin hastaları ikinci basamağa sevk etmede etkili rolü yoktur. Hasta dilerse ve bedelini öderse doğrudan doğruya uzman doktora ya da hastaneye başvurabilir.

İngiltere’de, ücretsiz olarak verilen sağlık hizmetleri üç basamakta gerçekleşmektedir. Basamaklar arasında çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hizmetin ilk başlangıç noktasını oluşturur ve burada GP’ler (Genel Pratisyen – aile hekimi), diş hekimleri, göz doktorları bulunmaktadır. İkinci basamakta ise, konsültanlar yani uzman doktorlar bulunmaktadır. Hastalar uzman doktora ancak GP’ler sevk ettiği takdirde gidebilmektedirler. Eğer sevk olmadan uzman doktora başvuru söz konusu olursa hasta muayene ve tedavi ücretini kendisi ödemek zorunda kalır. Üçüncü basamakta ise özel dal hastaneleri ve eğitim hastanelerini içine alan ileri tıp merkezleri bulunmaktadır.

Almanya’da pratisyen hekimler (aile hekimleri) birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Almanya’da ayakta tedavi gören hasta hizmetleri ile hastanede bakım hizmetleri ayrılmıştır. Hastaneler ayakta tedavi hizmeti vermemektedir. Dolayısıyla hastanelerdeki hastaların hemen hemen tümü yatarak tedavi ihtiyacı kesinleşmiş hastalardır. Hastane tedavisi pratisyen hekimin veya uzman bir doktorun sevki ile mümkündür.

³⁹⁶TTB, **Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı**, TTB Yayınları, Ekim 2012, Ankara, s. 121.

AB ülkelerine bakıldığında sağlık sektörüne ait harcamaların %60 ile %80 arası değişen büyük bir kısmı, kamu kaynaklarından finanse edilmektedir. Ancak birçok ülkede cari açığın ve kamu maliyetlerinin artması özelleştirme faaliyetlerinin artmasını sağlamaktadır. Türkiye’de olduğu gibi AB ülkelerinde de özel hastanelerin sayıca halen azınlıkta olmasına rağmen özel teşebbüsün artması sonucu devlet hastanelerine kıyasla çok daha hızlı büyüdükleri görülmektedir. Bu durumun görüldüğü ülkelere biri olan Almanya’da 2002’den 2005’e özel hastane sektörünün hizmet sunumundaki pazar payı %8,5’ten %12,5 seviyesine gelmiştir. Son dönemde pek çok kişi, kamu sağlık kurumlarındaki uzun bekleme listeleri ve konu uzmanlarından özel tedavi görmek istemeleri nedeniyle özel hastaneleri tercih etmektedir³⁹⁷.

Türkiye’de 5510 sayılı Kanunun 73. maddesine göre, sağlık hizmetleri, Kurum ile yurt içindeki veya yurt dışındaki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılan sözleşmeler yoluyla ve/veya 5510 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından satın aldıkları sağlık hizmeti giderlerinin ödenmesi suretiyle sağlanır denilmektedir³⁹⁸.

Kanun, sağlık hizmetlerinin sunumunda üç basamak öngörmüş, bunların sınıflandırılmasını SB’ye bırakmıştır. Basamaklar ve sağlık hizmet sunucuları arasındaki sevk zinciri ise Bakanlığın görüşü alınarak Kurum (SGK) tarafından oluşturulacaktır. Hizmet basamakları, sağlık hizmet sunucuları ve sevk zinciri bir bütündür. Bunların tamamı sağlık hizmetinin kapsamındaki kişilere ulaştırılması mekanizmasını oluşturur. Bu mekanizmanın bir kısmının Sağlık Bakanlığı’na, bir kısmının SGK’ya bırakılması uygulamada sorunlar çıkarabilecektir. Oysa bu mekanizmanın tümüyle, Sağlık Bakanlığı’nın görüşü de alınarak SGK tarafından oluşturulması ve yürütülmesi daha gerçekçi ve dinamik olacaktır. Hizmet basamaklarının sayısının kanunda belirtilmesi de doğru değildir. Bunun da SGK tarafından belirlenmesi ve gerektiğinde artırılması yolu açık olabilmelidir. GSS’nin

³⁹⁷ Deloitte-Yased, Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, **a.g.e.**, s. 28.

³⁹⁸ 08/05/2008 tarih, 26870 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve KHK’lerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun.

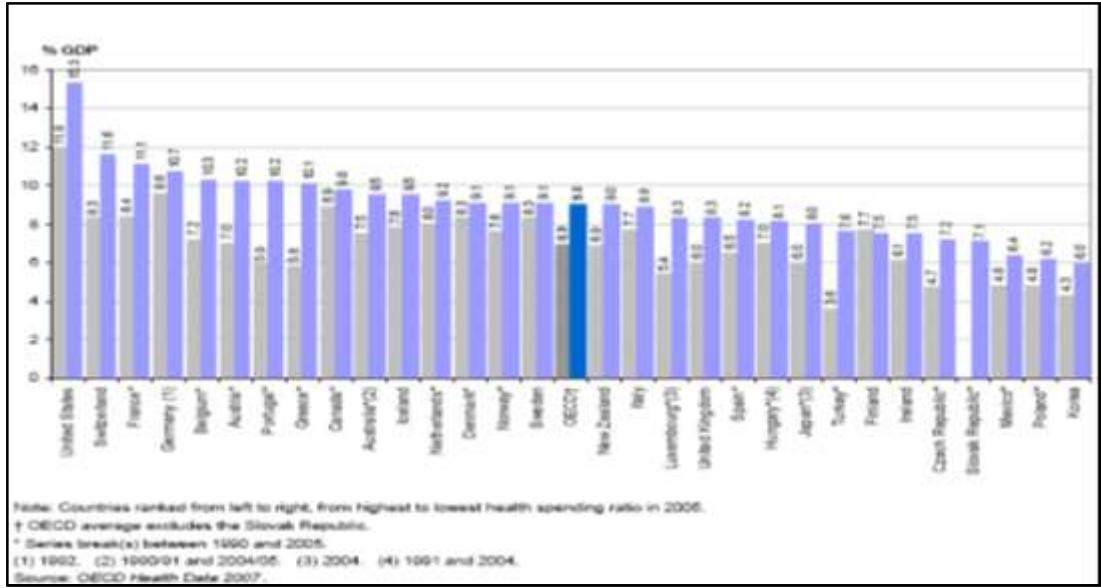
uygulanabilmesi için aile hekimliğinin devreye girmesi gerekir düşüncesiyle Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun çıkarılmıştır. 5510 sayılı Kanunda da buna uygun olarak aile hekimlerinin birinci basamakta yer alacağına dair hüküm bulunmaktadır. Ancak uygulamanın sağlıklı yürüyebilmesi için yeterli aile hekimi bulunmamaktadır. Sağlık ocaklarının sistemin içinde yer alması ve aile hekimleri ile birlikte birinci basamakta bulunması sağlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO-World Health Organization) 2000 raporu, sağlık statüsünün düzeyi ve dağılımı, sağlık harcamaları, sistem duyarlılığı ve finansmanda adalet gibi çeşitli performans kriterlerini kullanarak üye ülkeleri sağlık sistemlerinin performansına göre göreceli olarak sıralamıştır³⁹⁹.

Bu rapora göre, Türk sağlık sisteminin performansı kötü değildir. Örneğin Türkiye'nin kişi başına sağlık harcaması Dünya Sağlık Örgütü üyesi ülkeler arasında 82. sırada olmasına karşın genel sağlık sistemi performansı 70. sırada yer almıştır. Bu durum, diğer ülkeler ile karşılaştırıldığında Türkiye'nin sağlık için yaptığı harcamaların karşılığını aldığını göstermektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programında öngörülen yönetim değişiklikleri henüz tamamlanmamıştır. SGK, henüz alacaklarını yeterli oranda işleme koyma ya da yenilikçi teşvike dayalı ödeme sistemlerini tasarlayıp uygulamaya sokma kapasitesine erişememiştir. SB, sevk ve idare eden rolünü benimsemektense halen yoğun bir biçimde birinci ve ikinci basamak hizmetleri temin etme ve bunların bütçesini oluşturma konularıyla ilgilenmektedir. Bu sebeple, halen son ayrıntıların belirlenmesi için bekleyen pek çok kilit politika kararı bulunmaktadır ve bunların bazıları uzun yıllar sürecektir (örneğin hekim sayısının artırılması). Bu gelişmelerin sonucunda Türk insanı için sağlık durumunun, mali korumanın ve kullanıcıya cevap verebilirliğin geliştirilmesi konusunda GSS'nin etkinliği, harcamalarının karşılanabilirliğini ve sürdürülebilirliğini tespit edecektir.

Grafik 23: Dünya Sağlık Harcamalarının Düzeyi (1990-2005)

³⁹⁹ WHO (2000a), The World Health Report 2000, Geneva: WHO, (Çevrimiçi) https://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/lancet_navarro.pdf, 05.11.2011.

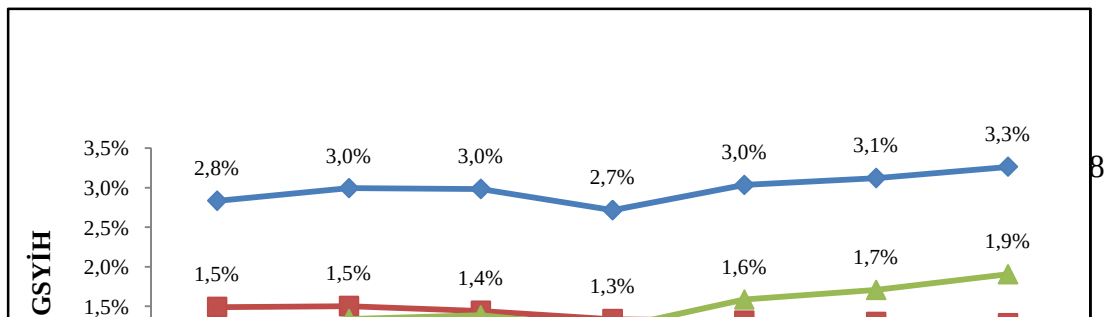


Kaynak: OECD Health Data 2007.

Daha önceden de vurgulandığı gibi; harcamalarda artış yaşanan alan sağlık kuruluşlarına yönelik tedavi ödemeleri olmuştur. Özellikle 2007 yılı Temmuz ayından itibaren özel sağlık kurumlarından hizmet alımlarının yaygınlaştırılması ve üniversite hastanelerine başvuruları sınırlayan sevk kurallarının kaldırılması tedavi harcamalarında belirgin bir artışa yol açmıştır.

Kamu sağlık harcamalarındaki nispi artışın alt unsurlarına bakıldığında, toplam sağlık harcamalarındaki artışta en büyük payı tedavi giderlerindeki artışın aldığı, buna karşın ilaç harcamalarındaki azalışın ise toplam sağlık harcamalarının artışını engelleyemediği görülmektedir. Tedavi giderlerindeki bu artışın basitçe iki kaynağından söz edilebilir. Sağlık Uygulama Tebliği ile dizginlenen sağlık hizmet fiyatlarına rağmen, erişim ve sevk zinciri olmadığı için kullanım kolaylığı nedeniyle artan başvurunun tedavi giderlerine olumsuz yansması ve yeni teknolojiler nedeniyle tedavi hizmetlerindeki cihaz yoğun kullanımının bu maliyet artışında rol oynadığı düşünülmektedir.

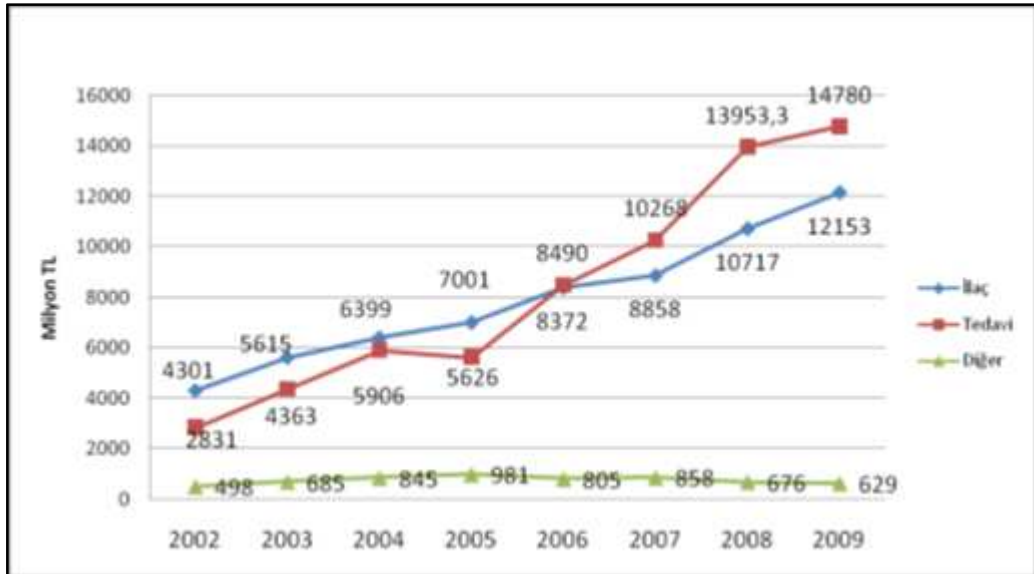
Grafik 24: Kamu Sağlık Ödemelerinin İlaç ve Tedavi Hizmetleri Açısından Oransal Dağılımı ve Değişimleri (2002-2008)



Kaynak: TEPAV Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi.

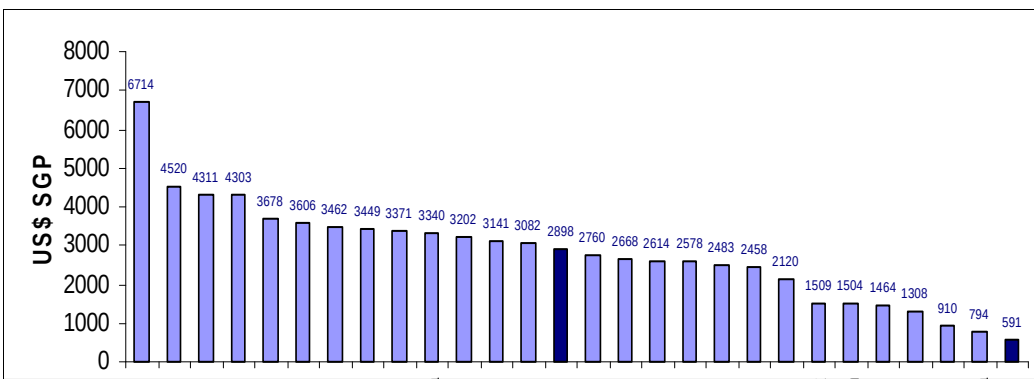
Aşağıda ise ödeme kurumu olarak Sosyal Güvenlik Kurumu'nun ilaç ve tedavi için ödediği tutarların bu tabloyu rakamsal olarak desteklediği görülmektedir.

Grafik 25: SGK Sağlık Ödemeleri (Milyon TL) (2002-2009)



Kaynak: SGK Bültenlerinden derlenmiştir.

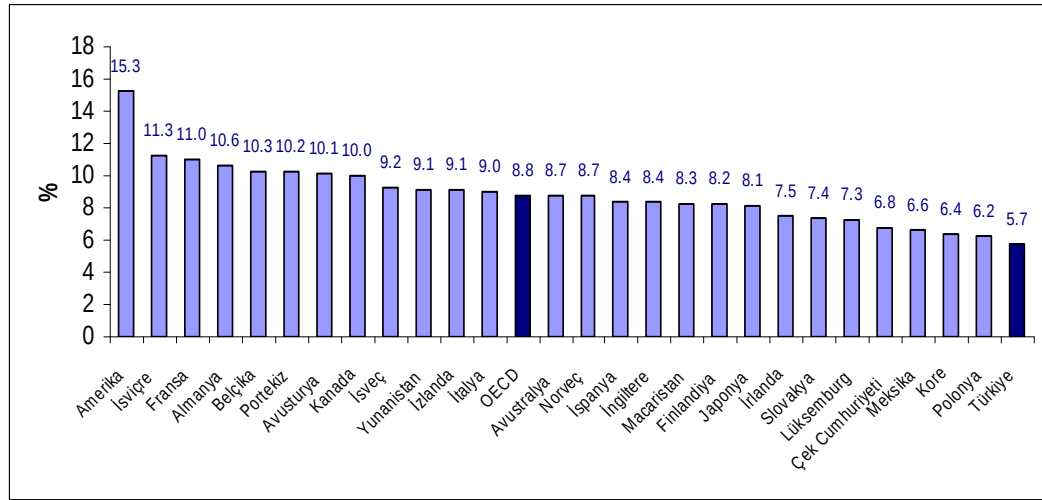
Grafik 26: Kişi Başı Sağlık Harcamaları (2005)



Kaynak: OECD Health Data 2008, October 2008.

Kişi başına sağlık harcamalarındaki artış gibi, sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı da artmaktadır. Son on yılda GSYİH'daki sürekli yükselişe rağmen, oransal artış tedbir alınması gerekliliğini düşündürmektedir.

Grafik 27: Sağlık Harcamalarının GSYİH Oranı (%) (2008)



Kaynak: OECD Health Data, October 2008.

Yukarıdaki Sağlık Harcamalarının GSYİH içindeki oranını gösteren OECD Sağlık verilerinin 2011 yılında yayınlanan tablosunda Türkiye'nin 2008 yılındaki sağlık harcamalarının GSYİH oranının %6,1'i olarak gerçekleştiği görülmüştür.⁴⁰⁰ Son on yıllık dönemde GSYİH'da ciddi artışlar dikkate alındığında, sağlık harcamalarındaki artış, GSYİH'daki artışı bile geçerek oransal artışını sürdürmüştür.

⁴⁰⁰ OECD Health Data, (Çevrimiçi) www.oecd.org/health/healthdata, 24.09.2011.

Yine aynı kaynaktan edinilen bilgiler ışığında 2008 yılı kişi başına düşen kamu ve özel sağlık harcamalarının 902 dolara ulaştığı görülmektedir.

Bu artışlara rağmen, SGK sağlık harcamalarının prim gelirlerine oranı, günümüz için halen sürdürülebilirliği destekler niteliktedir. Türkiye, kriz döneminden sonra istihdamda artış, işsizlikte ise bir azalma yaşamıştır. Ancak küresel kriz ile birlikte artan işsizlik azalan istihdam, azalan prim gelirleri şeklinde tezahür edebileceği için gelecekte tablo tersine dönebilecektir. Ekonomideki küçülme sürecinin bütçe imkânlarını daraltması nedeniyle kamu sağlık harcamalarında tasarruf zorunluluğu doğması ve geliştirilecek tasarruf önlemlerinin bir yandan kişilerin sağlık statüsüne bir yandan da sağlık sistemindeki değişim sürecine zarar verecek yapıda olması dikkate alınması gerekli risklerdendir.

SGK gelir-gider dengesindeki bozulmaya, 2009 yılında başlayan işveren priminin 5 puanlık kısmının devlet tarafından ödenmesi uygulaması da eklenince SGK'ya yapılan bütçe transferlerinde ciddi bir sıçrama gerçekleşmektedir. Öyle ki 2008 yılına kadar milli gelire oranı %4'ün altında tutulan bütçe transferlerinin 2009 yılı içinde %3,7'den %5,7 seviyesine çıkacağı tahmin edilmektedir. 1992 yılında başlayan sosyal güvenlik kurumlarının bütçeden yardım alması süreci boyunca bir yılda %2'ye varan bir bütçe transferi büyümesi yaşanmamıştır⁴⁰¹.

Aşağıdaki tabloda sağlık için toplanan primlerin, sağlık harcamalarını karşılama oranı görülmektedir. Sağlık sigortası giderlerindeki büyük ve düzenli artışa rağmen, sağlık sigortası gelirlerindeki artış aynı oranda artmamış, sadece büyümenin olmadığı 2009 yılında ciddi bir artış gözlenmiştir.

Tablo 15: Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Sigortası Prim/Gider Karşılaştırması (2006-2009)

	Sağlık Sigortası Prim Gelirleri (1)	Sağlık Sigortası Giderleri (2)	Karşılama Oranı (1/2)

⁴⁰¹ Tuncay Teksöz, Kerem Helvacıoğlu, "Genel Sağlık Sigortası'nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009'da ne oldu?" **TEPAV**, Kasım 2009, s. 4.

2006	10,197	17,668	57,72%
2007	11,636	20,045	58,05%
2008	13,111	25,404	51,61%
2009	18,837	27,618	68,21%

Kaynak: SGK Bültenlerinden derlenmiştir.

Tedavi ödemelerindeki artışın ağırlıklı olarak devlet ve özel hastaneler kaynaklı olduğu söylenegelmektedir. Ancak daha önce açıklandığı üzere, büyük orandaki artışın %307 ile özel sektöre yönelimden kaynaklandığı anlaşılmaktadır. Başka bir anlatımla 2004-2008 dönemi %74 oranında artan tedavi giderlerinin ayrıştırılmasından; üniversite hastanelerinin %28 ile en az payı aldığı, devlet hastanelerinin % 44 ile ikinci sırada az pay aldığı, buna karşın %307 artış ile özel sağlık sektörünün kamu sağlık harcamalarındaki artışta etken olduğu anlaşılmaktadır. Bu oranların 2009 ve 2010 yıllarında da artarak devam ettiğini SGK istatistikleri doğrulamaktadır.

Son beş yıllık reform döneminde toplam sağlık harcamaları genel olarak iyi yönetilmiş olmasına rağmen, istihdam ve ücretler genel seviyesinde yaşanan düşüşün yol açtığı SGK'nın prim geliri kaybı, Genel Sağlık Sigortasının mali sürdürülebilirliğini tehdit eder boyuta ulaşmıştır. Diğer taraftan kısa vadede gelirler bacasında hızlı bir artış beklemek de gerçekçi değildir. Bu nedenle sağlık harcamalarını radikal olarak baskılayacak önlemlerle sosyal güvenlik sisteminin bütçeye yükünün azaltılması hedeflenmiştir.

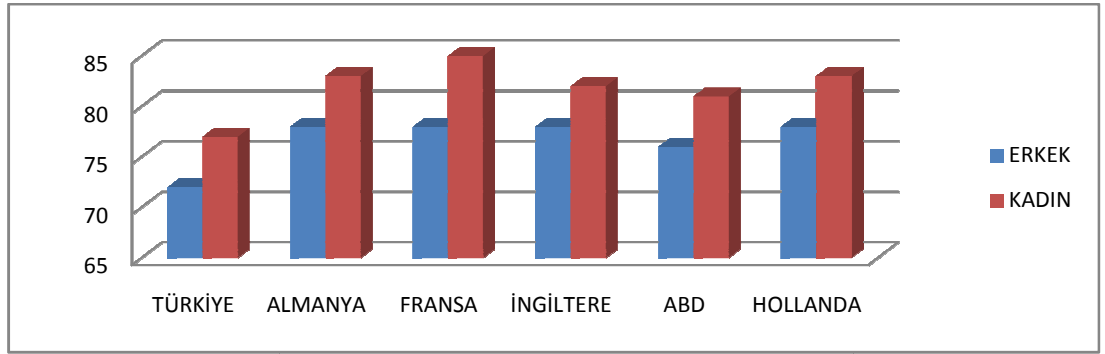
Hastane harcamalarının büyük bir bölümü ayakta hastalar için yapılmakta, bu da hem koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesine hem de birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve etkili bir sevk sisteminin kurulması ihtiyacını göstermektedir ⁴⁰².

Ne var ki tüm bu gelişmelerin ve yeni sağlık politikalarının toplumların sağlığı üzerinde her zaman olumlu etki yaptığını söylemek mümkün değildir. Tüm

⁴⁰² Yuanli Liu, Yusuf Çelik, Bayram Şahin, **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, SUVAK Yayınları, Ankara, 2005, s. 28.

dünyada doğumda yaşam beklentisinin ortalama olarak artıyor olması, eskiden tedavi edilemeyen hastalıkların tedavi edilebilir hale gelmesi tabii ki olumlu gelişmelerdir. Ancak, dünya nüfusunun büyük bir kısmı hala açlıkla ve yetersiz beslenme sorunlarıyla boğuşmakta, temel sağlık hizmetleri ile önlenebilecek bulaşıcı hastalıklardan dolayı ölmektedir. Bütün bu açıklamalar ışığında bu gerçekte göz ardı edilmemelidir.

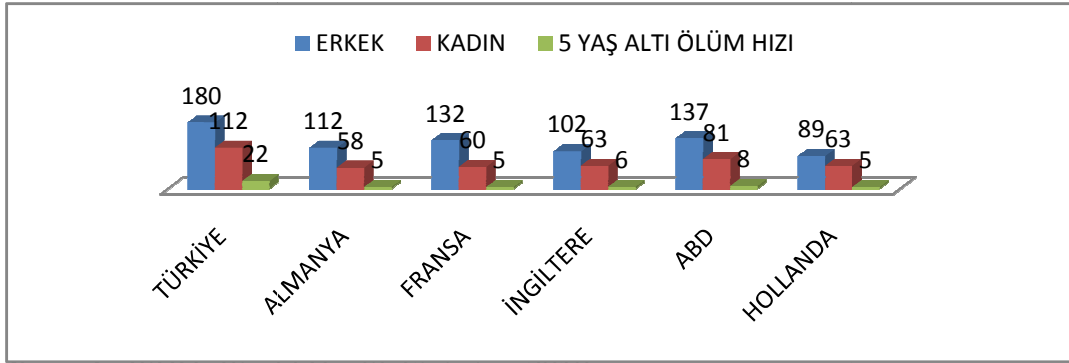
Grafik 28: Seçilmiş Bazı Ülkelerin Doğumda Yaşam Beklentisi Verileri (2010)



Kaynak: WHO: World Health Statistics 2010

Her ülke kendi yaşam beklentisini farklılık gösterebilen yöntemlere göre hesaplamaktadır. Yöntemdeki bu farklılıklar, rapor edilen yaşam beklentisi tahminlerinin karşılaştırılabilirliğini etkileyebilir.

Grafik 29: Türkiye ve İncelenen Ülkelerin Ölüm Hızları (Binde) (2010)



Kaynak: WHO: World Health Statistics 2010.

2.1. Genel Sağlık Sigortası Sisteminin Sürdürülebilirliği

Sürdürülebilirlik; daimi olma yeteneği olarak adlandırılabilir. Kavramın ilk kullanımı 1980 yılında yayımlanan Birleşmiş Milletler Çevre Programı ve Dünya Koruma Stratejisi'nde olmuş; ancak bütün dünya tarafından kabul gören “gelecek kuşakların kendi ihtiyaçlarını karşılama gücünü tehlikeye atmadan, günümüz kuşağının ihtiyaçlarının karşılanması” ifadesini 1987 yılında Brundtland Raporu olarak da bilinen “Ortak Geleceğimiz” adlı Rapor ile birlikte almıştır⁴⁰³.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık sistemleri üç temel unsuru başarmaya çalışmaktadır: Sağlığa eşit ve kolay erişim, yüksek hizmet kalitesi ve düşük maliyet. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında Sosyal Güvenlik Reformu ile birlikte sunulan Genel Sağlık Sigortası uygulamasının, diğer hususlarla birlikte her yönüyle sürdürülebilir olup olmadığı hususu bu bölümde değerlendirilecektir. Sürdürülebilirlik kavramını Finansal ve Toplumsal Sürdürülebilirlik olarak iki açıdan ele almak uygun olacaktır.

2.1.1. Finansal Açıdan Sürdürülebilirlik

Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için sistemin finansman yapısının güçlü ve sürdürülebilir olması gerekmektedir. Sağlık sistemlerinde finansman yapısının güçlülüğü, hizmetlerin finanse edilme sürecine toplumun tüm kesimlerini katabilen bir mekanizmanın varlığına bağlıdır. Nitekim sağlık sistemi,

⁴⁰³ Sedat Murat, Levent Şahin, **Dünden Bugüne İstanbul'da Ulaşım**, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2010, Yayın No: 58, s.157-158.

hizmetin sunumu ve finansmanı itibariyle gelirin yeniden dağıtılmasında yatay ve dikey adaletin sağlanabilmesi açısından da bir takım fonksiyonları bünyesinde barındırmaktadır.

Gerek sağlık hizmetlerinin sunumunda gerekli kaynağın sağlanması, gerekse bahsedilen diğer fonksiyonların gerçekleştirebilmesi açısından, finansman sisteminin bir şekli ile tüm toplumu sürece dâhil edecek, güçlü ve öngörülebilir bir yapıya sahip olması zorunludur.

Finansman sisteminin sürdürülebilir bir rasyonalite üzerine inşa edilmesi ise, sağlık hizmetlerinin finansmanı sürecinde sadece bugününü dönemin değil gelecek nesle devredilecek mali yapının da düşünülmesi gerekliliğini ifade etmektedir.

Sağlık hizmetlerin sunumu, gerek kısa gerek uzun vadede toplum açısından önem arz eden bir konudur. Hastalık riskinin ne zaman, ne boyutta ve nasıl ortaya çıkacağı belli olmadığı için öncelikle bugün için, sistemin mutlaka hali hazırda finansman kaynağının olması gereklidir. Orta ve uzun vadede ise, aktüeryal dengeler göz önüne alınarak, demografik hareketlilikler bir projeksiyon dahilinde ele alınarak bir sistem oluşturulması gereklidir⁴⁰⁴.

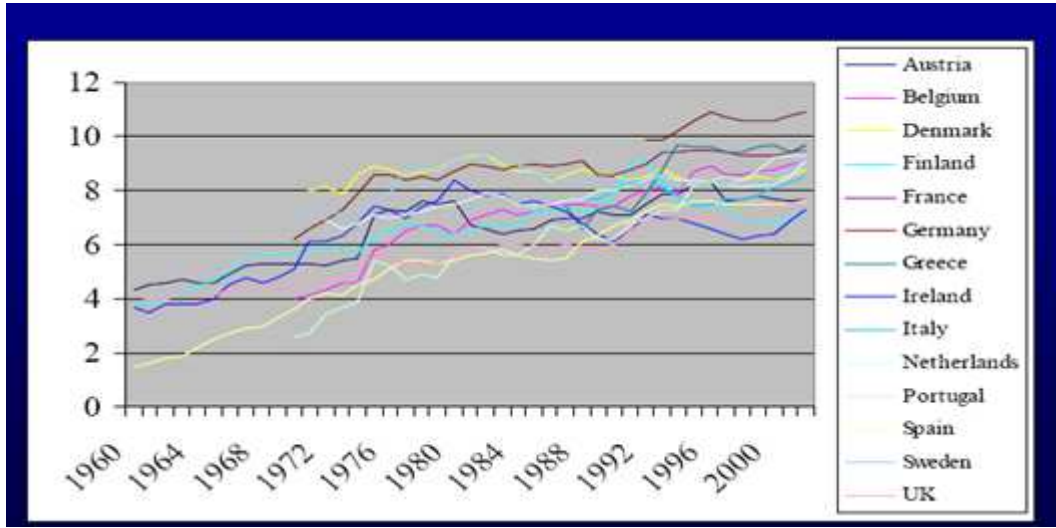
Türkiye’de uzun yıllar sağlık hizmetlerinin finansmanı, birbiri ile ilişki düzeyi düşük farklı finansal kaynaklar tarafından sağlanmıştır. Bu bağlamda genel sağlık sigortası sisteminin uygulanmaya başlaması ile sisteme bir düzen gelmiş, farklı finansal kaynaklarının yerini kontrol edilebilir ölçüde finansman kaynaklarından oluşan bir mekanizma almıştır. Bir görüşe göre; Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından bir değerlendirme yapılabilmesi için genel sağlık sigortası uygulamasının bir milat kabul edilmesi ve bu doğrultuda bir yöntem izlenmesi uygun olmaktadır.

Tüm dünyada sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Aşağıdaki şekil Dünya Sağlık Harcamalarının 1960–2002 yılları arası artış trendini yansıtması açısından önemlidir.

⁴⁰⁴ Özdemir, Ocaktan, Akdur, **a.g.e.**, s. 210.

Bu artıştaki en temel etken, sağlığa erişimin artmasıdır. Örneğin, Türkiye’de yeşil kart uygulamasının yaygınlaştırılmasının bu yönde bir etkisi olmuştur. Genel Sağlık Sigortasına geçiş ile birlikte 18 yaş altındakilerin sağlık sigortasına ücretsiz erişimi de bu yöndedir. Türkiye'nin gelişmesiyle paralel şekilde sağlık harcamalarının artması ve OECD ortalamasına yaklaşması beklenmektedir ⁴⁰⁵.

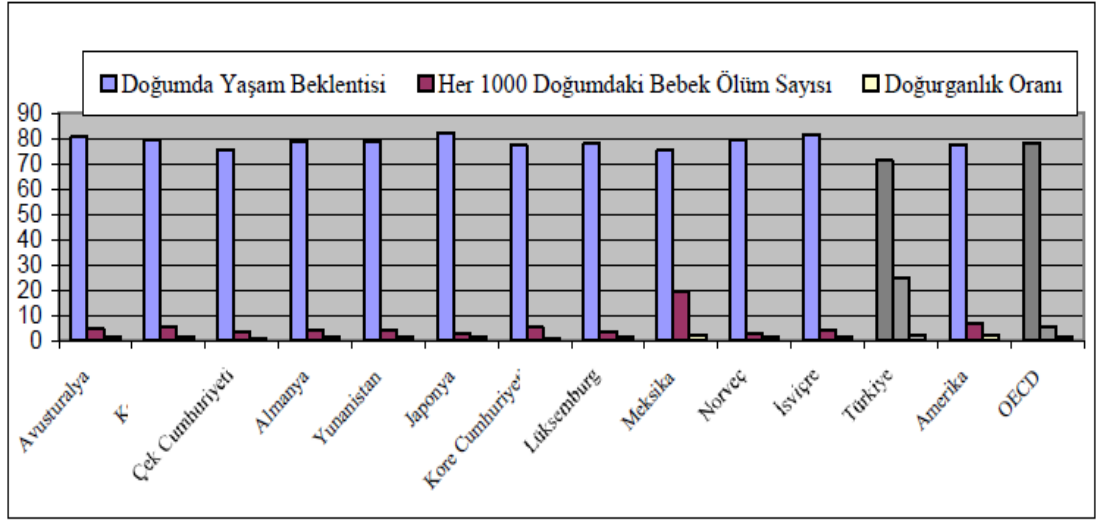
Grafik 30: Bazı Ülkelerin Sağlık Harcamalarının 1960–2002 Yılları Arası Artış Trendi



Kaynak: OECD Health Data 2004.

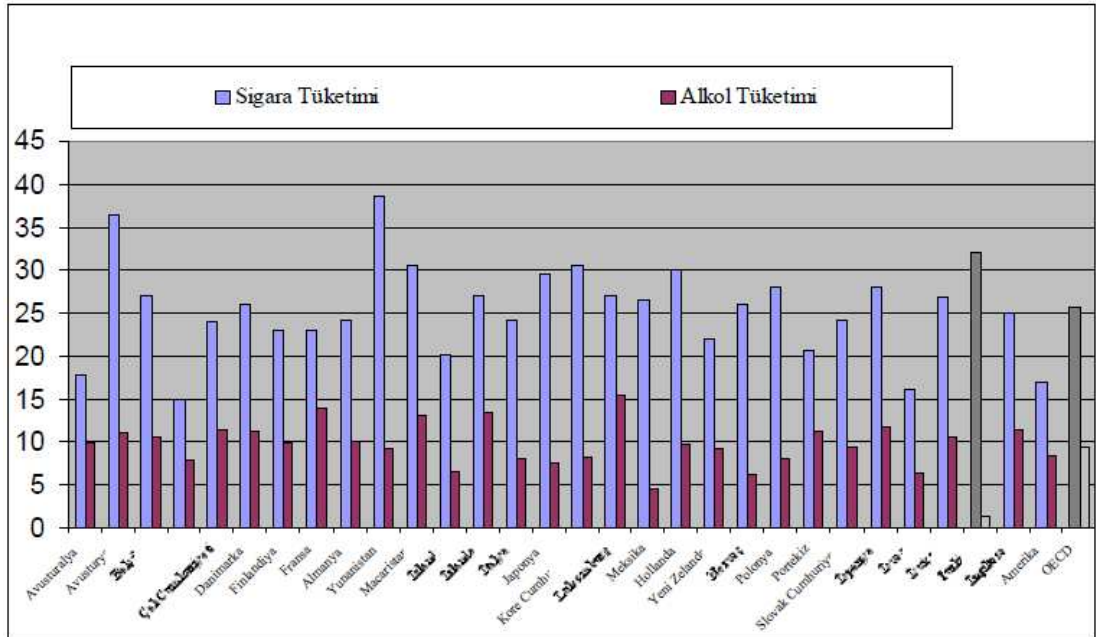
⁴⁰⁵ Can Buharalı, **Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi**, Deloitte A.Ş., İstanbul, 2008, s. 21.

Grafik 31: Seçilmiş OECD Ülkelerinin Sağlık Verileri(2008)



Kaynak: Filiz Ersöz, “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, *İstatistikçiler Dergisi*, 2008, Sayı:2, s. 95-104.

Grafik 32: OECD Ülkelerinde Sigara ve Alkol Tüketim Oranı (2008)



Kaynak: Filiz Ersöz, “Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, *İstatistikçiler Dergisi*, 2008, Sayı:2, s. 95-104.

Türkiye'de de sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda giderek artması kaçınılmaz olacaktır. Dünya Bankası'nın beklentisi yıllık ortalama %15'lik bir artıştır⁴⁰⁶.

Sağlıkta Dönüşüm Projesinin uygulaması sonucunda gerçekleşen sayılar, öngörülerini doğrular niteliktedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 2010 İstatistik Yıllığı verilerine göre yıllar içinde (2002-2010) hastanelere müracaat sayıları sürekli artmıştır.

Tablo 16: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastaneye Müracaat Sayısı(2002-2010)

	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Devlet	109.793.128	189.422.137	209.630.370	216.723.712	228.279.139	235.172.924
Üniversite	8.823.361	12.588.872	15.025.079	18.290.800	19.364.865	20.098.754
Özel	5.697.170	15.529.416	24.485.650	38.688.313	47.618.186	47.712.540
Toplam	124.313.659	217.540.425	249.141.099	273.702.825	295.262.190	302.984.218

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010 ve SGK İstatistikleri, (Çevrimiçi) www.saglik.gov.tr, 15.05.2012.

Yukarıdaki tabloda gösterilen Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Hastane Müracaat Sayısı, genel olarak hastaneye müracaatın arttığını net bir şekilde göstermektedir. Bu durum; fiilen yeni sistemde sağlık sigortasına kavuşmuş kişilerin müracaatı olarak algılanabileceği gibi, erişim kolaylığı nedeniyle aynı kişilerin daha sık aralıklarla hastaneye müracaatı olarak da gerçekleşmiş olabilecektir. Aşağıdaki tablo ile bu iki olgu birbirinden ayrıştırılmıştır. Kişi başı müracaat sayılarını kamu, üniversite ve özel olarak ayırdığımızda, erişim kolaylığından ortaya çıkan talep artışı kolay anlaşılabilir olmaktadır.

Tablodaki artış oranları incelendiğinde SB hastaneleri (Devlet) ile üniversite hastanelerine müracaat sayısı yaklaşık iki kat artış göstermişken, özel hastanelere müracaatın yaklaşık 8 kat arttığı ve toplamda da müracaat sayısının 2 kattan fazla arttığı görülmektedir.

⁴⁰⁶ (Çevrimiçi) www.worldbank.org.tr, 10.10.2009.

Tablo 17: Yıllara ve Sektörlere Göre Kişi Başı Hastaneye Müracaat Sayısı (2002-2010)

	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Bakanlığı <i>Ministry of Health</i>	1,66	2,73	2,97	3,03	3,15	3,19
Üniversite <i>University</i>	0,13	0,18	0,21	0,26	0,27	0,27
Özel <i>Private</i>	0,09	0,22	0,35	0,54	0,66	0,65
Toplam <i>Total</i>	1,88	3,13	3,53	3,83	4,07	4,11

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010 ve SGK istatistikleri

Bu artışın sadece poliklinik hizmetlerinde olmadığını, yatan hastalarda da özel sektörde hizmet alımı ile yaklaşık 5 kat artış olduğunu aşağıdaki tablodan görmekteyiz. Müracaattaki artış dışında yatış tercihinin de özel sektörden yana kullanıldığını aşağıdaki verilerden çıkartmak yanlış olmayacaktır.

Tablo 18: Yıllara ve Sektörlere Göre Yatan Hasta Sayısı (2002-2010)

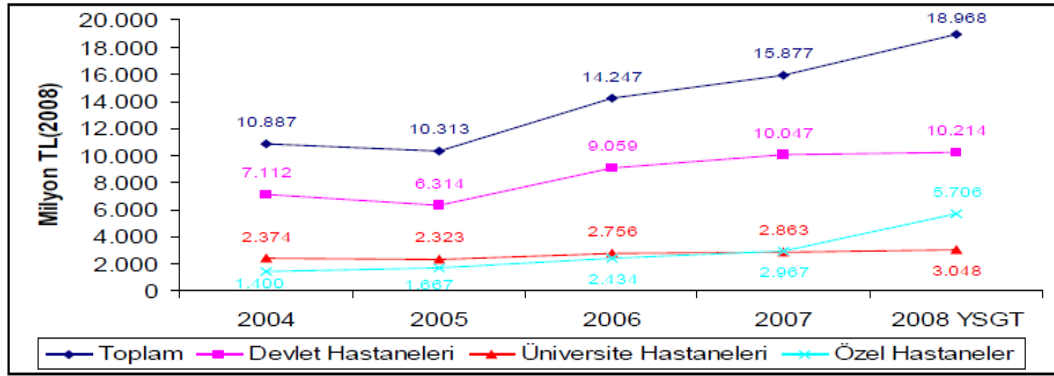
	2002	2006	2007	2008	2009	2010
Sağlık Bakanlığı <i>Ministry of Health</i>	4.169.779	5.303.347	5.674.935	5.959.585	5.934.978	6.361.116
Üniversite <i>University</i>	781.990	1.165.277	1.262.973	1.386.449	1.462.690	1.509.484
Özel <i>Private</i>	556.494	1.220.176	1.782.381	2.338.211	2.503.992	2.657.573
Toplam <i>Total</i>	5.508.263	7.688.800	8.720.289	9.684.245	9.901.660	10.528.173

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010 ve SGK istatistikleri

Daha güncel bilgi için SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, Yeşil Kartlılar ve Devlet Memurları için gerçekleştirilen “kamu sağlık hizmeti ödemeleri” iyi bir gösterge olabilir. Bu tutarlara bakıldığında da kamunun sağlık ödemelerinde ağırlıklı olarak tedavi harcamalarından kaynaklanan bir artış yaşandığı, fakat toplam ödemeler itibarıyla bu dönemde mali sürdürülebilirlik konusunda nispeten başarı sağlandığı görülmektedir.

Harcamalarda artış yaşanan alan sağlık kuruluşlarına yönelik tedavi ödemeleri olmuştur. Özellikle 2007 yılı Temmuz ayından itibaren özel sağlık kurumlarından hizmet alımlarının yaygınlaştırılması ve üniversite hastanelerine başvuruları sınırlayan sevk kurallarının kaldırılması tedavi harcamalarında belirgin bir artışa yol açmıştır.

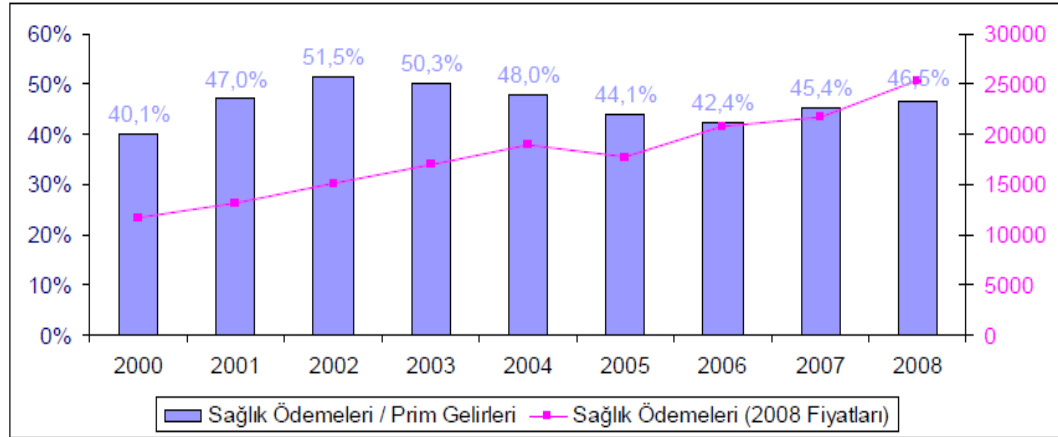
Grafik 33: Kamu Tedavi Ödemelerinin Sağlık Kuruluşlarına Dağılımı (2004-2008)



Kaynak: (Çevrimiçi) http://www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/13_05_seminer.pdf, 11/11/2011.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık harcamaları sürdürülebilirlik açısından değerlendirildiğinde en önemli gösterge kurumun prim gelirlerine oranla sağlık harcamalarının payıdır. 2005 ve 2008 yılları arasında sağlık harcamalarının toplam prim gelirleri içindeki payı 2004 yılı seviyesinin altında kalmıştır. Sağlık harcamalarının prim gelirleri içindeki payının artmamasının sebebi yüksek prim geliri artışıdır. Bu dönemde yaşanan hızlı ekonomik büyüme, istihdamın sektörel dağılımındaki yapısal değişim ve işgücü verimliliği artışı bir yandan sigortalı sayısının artmasına diğer yandan kurumun prim gelirlerinin yükselmesine neden olmuştur.

Grafik 34: SGK Sağlık Ödemelerinin Prim Gelirlerine Oranı (2000-2008)



Kaynak: TEPAV Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi, (Çevrimiçi) <http://www.tepav.org.tr>, 05 Mayıs 2012.

Tabiatıyla Sosyal Güvenlik Kurumu'na kayıtlı kişi sayısında, dolayısıyla toplanan primlerde de zamanla bir artış beklenmelidir. Bu artış hem yaratılacak yeni istihdamla, hem de zamanla kayıt dışı olanların kayıt içine alınmasıyla sağlanabilir. Mesele Türkiye'nin artacak sağlık harcamalarının nasıl karşılanacağı ve eldeki kısıtlı kaynakların insan sağlığına yararlı biçimde en etkin nasıl kullanılacağı meselesidir.

Tablo 19: Kamu ve Özel Sağlık Harcaması,(2008)

	Milyon TL Million TL	Milyon ABD \$ Million USD	Milyon SGP ABD \$ Million PPP USD
GSYİH GDP	950.354	730.199	989.952
Cari Sağlık Harcaması Current Health Expenditure	52.320	40.200	54.500
Yatırım Harcaması Investment Expenditure	5.420	4.164	5.646
Toplam Sağlık Harcaması (Cari+Yatırım) Total Health Expenditure (Current+Investment)	57.740	44.364	60.146
Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%) Proportion of the Current Health Expenditure to the GDP (%)	5,5		
Yatırım Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%) Proportion of Investment Expenditure to the GDP (%)	0,6		
Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'ye Oranı (%) Proportion of Total Health Expenditure to the GDP (%)	6,1		

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi sağlık harcamalarında bir artış öngörmüş durumdadır. Dünyada da sağlık harcamalarında bir artış eğilimi olduğu önceki bölümlerde izah edilmişti. Türkiye'de 1999 ilâ 2008 arasında gerçekleşen artış trendine bakıldığında sayısal olarak artışın önemli boyutlarda olduğu görülür.

Tablo 20: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, TL (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Kamu	48	81	130	201	261	316	350	434	491	593
Özel	31	47	60	83	102	127	166	201	233	219
Toplam	79	128	190	284	363	443	516	635	724	812

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010.

Sağlık harcamalarının sunum düzeyi ve kalitesi insan yaşamının süresini uzatması yanında özellikle koruyucu sağlık hizmetleri yoluyla negatif dışsallıkları azaltması nedeniyle de ekonomide büyümeyi pozitif etkilemektedir⁴⁰⁷.

Kişi başına dikkate değer bir sağlık harcaması artışı olduğu görülmektedir. Bu harcamaları reel olarak görebilmek için \$ cinsinden ifade edildiğinde artış trendinde değişen bir durumun olmadığı görülmektedir. Dolar cinsinden kamu harcamaları 4 kat artmış iken özel sağlık harcamalarındaki artış iki kat ile sınırlı kalmıştır.

Grafik 35: Yıllara Göre Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması, ABD \$ (1999-2008)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin diğer bir hedef ise cepten yapılan ödemelerin azaltılması idi. Hatta yapılan çalışmalar ile ilave ücret alımına tavan getirildiği önceki bölümlerde belirtilmişti. Cepten (kişisel, nakit) yapılan sağlık harcamalarının

⁴⁰⁷ H.Hakan Yılmaz, Ferhat Emil, Social Expenditures at Different Levels of Government : Turkey. World Bank Background Paper, 2010, s.3 (Çevrimiçi) <http://www.worldbank.org.tr>, 17/10/2012.

durumunu gösteren aşağıdaki tablo ve grafik bu konuda çözüm olunamadığını göstermektedir.

Tablo 21: Yıllara Göre Kişi Başı Nakit Yapılan Sağlık Harcaması, TL, ABD \$ ve SGP \$ (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TÜRK LİRASI	23	35	43	56	67	85	117	139	158	141
ABD DOLARI	54	56	35	37	45	59	87	97	121	108
SGP \$	115	125	100	92	87	105	141	162	178	147
ORAN %	29,1	27,6	22,8	19,8	18,5	19,2	22,8	22	21,8	17,4

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010

Yukarıdaki tabloda Türk Lirası olarak cepten yapılan sağlık harcamalarının yanı sıra, gerçeği yansıtması açısından reel olarak \$ cinsinden de rakamlar verilmiştir. Buna ilave olarak Dolar bazında Satınalma Gücü Paritesi (SGP) baz alınarak da rakamlar verilmiştir. Bu parite dikkate alındığında da bir artışın yaşandığı gözlemlenmiştir. Tablonun son sütünün de ise Yıllara Göre Nakit Yapılan Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki (%) oranı verilmiştir. Bu oran nispeten sabit kalmış görünmektedir. Bunun nedeni ise, toplam sağlık harcamalarındaki artıştır. Toplam sağlık harcamaları da tıpkı cepten yapılan kişi başı sağlık harcamaları gibi artış göstermiştir. Dolayısıyla paralel artış, oranın nispeten değişmemesi sonucunu doğurmuştur.

Bu harcamalar Sağlık Bakanlığı bütçesini de etkilemiş ve bütçenin GSYİH'dan aldığı payda istikrarlı olarak artmıştır. Bu artış GSYİH'daki yükselişe rağmen gerçekleşmiştir.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin konsolide harcama bütçesi içindeki payının da sabit kalmadığını ve arttığını aşağıdaki tablodan ve grafikten görmek mümkündür.

Tablo 22: Sağlık Bakanlığı Bütçesinin Yıllara Göre Büyüklükleri (1999-2008)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SB Bütçesi/ GSYİH	0,77	0,68	0,76	0,87	0,81	0,8	1,04	1,13	1,23	1,26
SB Bütçesi/ Konsolide Bütçe	2,87	2,44	2,26	2,63	2,62	3,16	4,63	4,79	5,09	5,28

Kaynak: Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2010.

2009 yılında SB Bütçesinin GSYİH oranı artışını devam ettirmiş ve 1,53 rakamına ulaşmıştır.

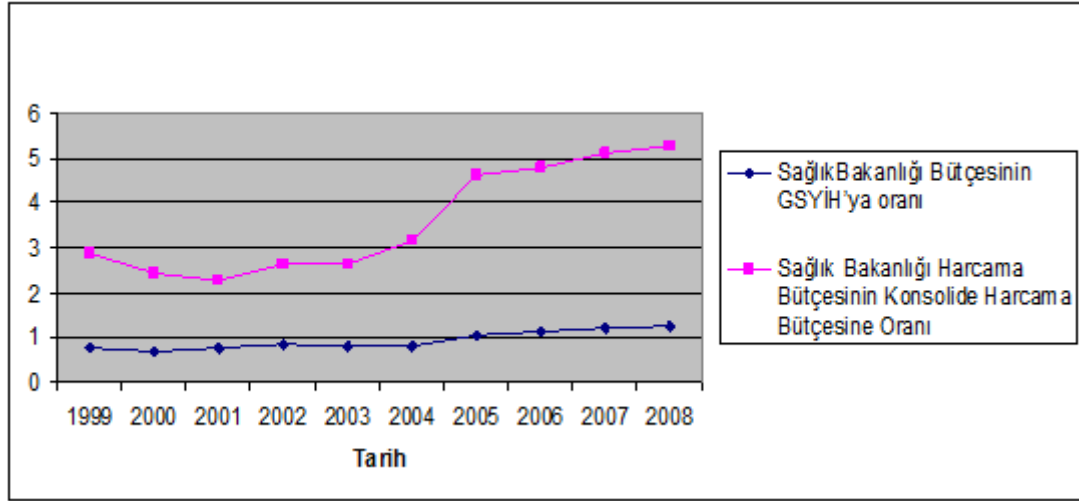
Türkiye'nin demografik yapısı da sağlık harcamalarının gelecekte daha da artış göstereceğini destekler mahiyettedir. Ülkede hâlihazırda genç nüfus fazladır, sağlık ihtiyacı yaşlı nüfuslara oranla görece olarak azdır. Kayıtlı ve sigortalı olmaları halinde bu genç nüfusun sağlık ekonomisi bakımından katkı sağlamaları beklenir. Ancak kayıt dışılığın yüksekliği, bunu henüz mümkün kılmamaktadır. Öte yandan, mevcut nüfus giderek yaşlanacak ve sağlık ihtiyacı artacaktır. Sosyal Güvenlik Kurumu Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun 65 yaşın altındaki nüfusa oranının 2012-2037 yılları arasında ikiye katlanarak %7'den %14'e ulaşacağını öngörmektedir.⁴⁰⁸ Sağlık harcamaları bu nedenle de artış gösterecektir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün Ekim 2010'de yayınlanan raporunda finansal sürdürülebilirlik konusunda öngörüsü şöyledir: Türkiye Hükümeti'nin acil duruma hazırlık alanında siyaseten son derece kararlı olduğu, buna bağlı olarak da bu alana ulusal bütçeden kayda değer meblağlar tahsis ettiği ve dış finansmanları kabul ettiği görülmüştür. Bununla birlikte, küresel ekonomi daralma evresindedir ve Sağlık Bakanlığı mevcut kaynaklara orta ve uzun vadede güvenemeyebilir. Dolayısıyla araştırma fonlarının kullanılması için mekanizmaların temin edilmesi ve sürdürülebilirlik ve etkinliğin de araştırma alanları olarak kabul edilmesi önemle tavsiye edilmektedir⁴⁰⁹.

⁴⁰⁸ (Çevrimiçi) www.sgk.gov.tr, 10.10.2009.

⁴⁰⁹ (Çevrimiçi) <http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73090/h/turreporttur.pdf>, 12.12.2011.

Grafik 36: Sağlık Bakanlığı Bütçesindeki Değişimin Oransal Görünümü (1999-2008)



Kaynak: Bütçe verilerinden derlenmiştir. (Çevrimiçi) <http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar.pdf>, 10/07/2012.

Sağlık Bakanlığı bütçesinin GSYİH içindeki oranı, GSYİH'daki sürekli artış nedeniyle oransal olarak fazla bir değişim göstermemiştir. Oysa aynı bütçenin konsolide bütçeye oranı özellikle 2004 yılından sonra ciddi şekilde artmıştır.

2.1.2. Toplumsal Açıdan Sürdürülebilirlik

Sağlık sektöründe reform hareketlerini değişim doğrultusunda tetikleyen dış unsurların başta geleni, uluslararası kuruluşlardır. Özellikle Dünya Bankası bu konuda 1980'lerin sonlarından itibaren gerek hazırladığı rapor ve dokümanlar ve gerekse bu alana sağladığı fon ve danışmanlık hizmetleri ile sağlık reformu çalışmalarını “piyasa ekonomisi” merkezli yönlendirmektedir. Dünya Bankası'nın bu çabaları, özellikle “istikrar tedbirleri” kapsamında gelişmekte olan ülkelerin ekonomik yapılarını piyasa odaklı bir yaklaşımla “yeniden yapılandırmaları” için çalışan IMF tarafından da desteklenmektedir.

Sağlık konusunda artarak devam eden bir küresel işbirliği söz konusudur. Başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere sağlığın birçok alanında hizmet veren UNICEF, UNFPA, UNEP, FAO, ILO gibi uluslararası kurumlar bu kapsamda sayılabilir. Türkiye de bu kurumların çalışmalarına aktif olarak katılmakta ve işbirlikleri geliştirmektedir. Özellikle Dünya Sağlık Örgütü Ljubljana Bildirgesi'ni

yayınlanmış ve bildirge üye ülkelerce benimsenmiştir. 2000’li yıllarda sağlık politikalarına yön vermek üzere hazırlanan bildirgede, temel ve idari olmak üzere iki yönlü ilkeler demetine yer verilmektedir. Temel ilkeler kapsamında;⁴¹⁰

- İnsan onuru, eşitlik, dayanışma ve mesleki ahlak gibi değerler tarafından motive olmak;
- Sağlıkla ilgili kazanımları hedeflemek,
- Toplumu hizmetin merkezinde görmek,
- Sağlık hizmetlerinde kaliteye odaklanmak,
- Sağlam bir finansman yapısı oluşturmak,
- Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerine yönelmek.

Bildirgenin idari ilkeler kapsamında ise; sağlık politikasının geliştirilmesi, vatandaş tercihlerinin ve önceliklerinin dikkate alınması, sağlık sisteminin sunumunun yeniden yapılandırılması, yönetim mekanizmalarının güçlendirilmesi, denenmiş yöntem ve araştırmalardan yararlanılması şeklinde ilkeler yer almaktadır.

Toplumsal açıdan sürdürülebilirlik için yukarıdaki ilkeler önemlidir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda bu ilkelerin temel alındığı görülmektedir. Türkiye’de de uygulanan prim toplama esasına dayalı sosyal güvenlik sistemlerinde aktüeryal denge, diğer bir deyişle kaç çalışanın kaç emekliyi finanse ettiği temel öneme sahiptir. Sistemin sağlıklı işleyebilmesi için en az 4 çalışana 1 emekli oranının korunması gerekmektedir. Türkiye’de evvelce makul olan aktüeryal denge son yıllarda 1,99’a kadar düşmüştür.⁴¹¹ Bu son derece düşük aktüeryal denge oranının temel nedeni başlıca erken emeklilik ve kayıtdışı istihdam olarak tanımlanabilir. Bahse konu durum Sosyal Güvenlik Sisteminin yüksek oranlarda açık vermesine neden olmaktadır. Sistem, sağlığa kaynak ayırmakta zorlanmaktadır. Sosyal Güvenlik Reformuyla birlikte uzun vadede aktüeryal dengesizliğin düzeltilmesi hedeflenmektedir. Örneğin, mevcut oranın 2015 yılında 2,17’ye yükseleceği

⁴¹⁰ Asuman Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı: 64, 2007, s. 33-57.

⁴¹¹ (Çevrimiçi), www.sgk.gov.tr, 10.10.2009.

öngörülmektedir⁴¹². Aktüeryal denge düzeldikçe sağlığa daha fazla kaynak aktarabilmek de mümkün olacaktır.

Erişim; sağlık hizmetleri kullanımında karşılaşılabilecek fiziksel ve iktisadi engellerin düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde bir yandan toplam sigortalı sayısı önemli ölçüde artmış, diğer yandan ilaç ve tedavi masraflarını ceplerinden karşılayanların oranı belirgin şekilde gerilemiştir.

Tablo 23: İlaç ve Tedavi Masraflarının Karşılama Kanalları (%) (2003-2007)

	2003	2004	2005	2006	2007
Kamu tarafından karşılanan	62,7	68,2	70,4	78,6	81,4
Cepten karşılanan	32,1	28,2	26,1	19	16,5

Kaynak: TÜİK, Yaşam Memnuniyeti Araştırması. (Çevrimiçi) http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=15, 10/10/2012.

Hakkaniyet; sağlık durumu, sağlık hizmetleri kullanımı ve erişimi konularında farklı sosyo-ekonomik veya bölgesel gruplar arasında farklılık olmaması durumudur. Sosyal güvenlik alanında yapılan reformlar sonucu farklı sosyal güvenceye tabi kişilerin kişi başı harcama seviyeleri belirgin şekilde birbirine yaklaşmıştır. Sabit fiyatlarla incelendiğinde SSK ve Yeşil Kart kapsamında yapılan kişi başı harcamalar artarken, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve aktif devlet memurları için gerçekleşen kişi başı harcamalar gerilemiştir. Bu göstergeler ışığında sistemde hakkaniyet düzeyinde iyileşme olduğunu söylemek mümkündür.

Reform süreci etkinlik göstergeleri açısından değerlendirildiğinde bir iyileşme trendi gözlenmektedir. Kişi başına düşen doktor sayısında artış sınırlıdır ama doktor başına düşen muayene sayısı belirgin şekilde artmıştır. Paralel şekilde yatak doluluk oranlarında, aynı yatağın bir hasta tarafından kullanım süresinde ve yatak devir hızında da iyileşmeler vardır.

Kalite, sağlık alanında Türkiye için değerlendirilmesi en zor kriterlerden birisidir. Sağlık sisteminin işleyişi için gerekli kaynakların varlığı (yapısal kalite), sistem tarafından kaliteli hizmet sunumu (süreç kalitesi) ve kullanıcılar tarafından

⁴¹² DPT, **Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyon Raporu**, Ankara, DPT Yayınları, No: 2592, ÖİK: 604, s.35.

algılanan kalite (çıktı kalitesi) olarak üç ayrı kategoride incelenebilir.⁴¹³ Türkiye için süreç kalitesi ile ilgili verilere erişilememiştir. Bu nedenle analiz yapısal kalite ve algılanan kalite alanlarında yapılmıştır. Çıktı kalitesinin bir diğer boyutu olan sağlık durumu ise etkililik kapsamında incelenmiştir.

Yapısal kalitenin en belirgin göstergeleri kişi başına düşen sağlık personeli sayılarıdır. Bu göstergelere göre Türkiye’de kişi başına düşen doktor ve hemşire sayılarında 1999–2006 yılları arasında çok az artış gözlenmektedir. Özellikle kişi başı hemşire sayısının doktor sayısının altında olması çarpıcıdır.

Tablo 24: Kişi Başına Düşen Doktor ve Hemşire Sayıları (2000-2006)

	Türkiye-2000	Türkiye-2006	WHO-Avrupa
Kişi Başı Doktor	1,3	1,6	3,4
Kişi Başı Hemşire	1,1	1,2	7,2

Kaynak: *European Health for All Database (HFA-DB), TÜİK.*

Algılanan kalite incelendiğinde ise daha beklenen bir tablo göze çarpmaktadır. 2000–2008 yılları arasında Devlet Hastanelerinden memnuniyet oranında önemli bir gelişme olmuştur. 2000 yılında % 4,2 olan Devlet Hastanelerinden memnuniyet oranı, 2004 yılında % 5,4’e, 2008 yılında ise % 6’ya yükselmiştir⁴¹⁴.

Etkililik, sağlık hizmetlerinin amaçlarına ulaşması olarak özetlenebilir. Türkiye’de doğuştan yaşam beklentisi ve bebek ölüm hızlarında süregelen bir iyileşme söz konusudur. Bu tip göstergelerde kısa sürede belirgin bir değişiklik beklemek yanlış olur ancak iyileşmenin reform döneminde de devam ettiği fakat hızının azaldığı gözlenmiştir.

Sağlık ekonomisi değerlendirme yöntemleri Türkiye’de yeni gündeme gelmekte olan bir konudur. Şimdi ilaçların geri ödenmesine ilişkin düzenlemelerde

⁴¹³ TEPAV, Sağlık Reformunun Çıktılar İtibariyle Değerlendirilmesi, (Çevrimiçi) <http://www.tepav.org.tr/upload/files.pdf>, 05.05.2012.

⁴¹⁴ TEPAV, Toplumun Kamu Yönetimine ve Kamu Hizmetlerine Bakışı Araştırması (Çevrimiçi) http://www.tepav.org.tr/upload/files/haber/1255422920r8846.Toplumun_Kamu_Yonetimine_ve_Kamu_Hizmetlerine_Bakisi.pdf, 11.11.2011.

sağlık ekonomisi değerlendirme yöntemlerinden yararlanılması söz konusudur. Buna karşılık, ne yazık ki Türkiye henüz bahsi geçen konuda, temel bilgi ve verilerin istatistiki anlamda sağlıklı ve güncel olarak sağlanabildiği bir ülke değildir. Çoğu güncel veriye erişim mümkün değildir, bir kısım bilgi güncelliğini çoktan yitirmiştir, diğer bir kısım veri ise hiç bulunmamaktadır.

Örneğin, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı tarafından OECD sağlık hesapları sistemine göre ilk kez hazırlanan Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları çalışması 1999-2000 yıllarını kapsamaktadır. Bu çalışma bütünüyle henüz güncellenmemiştir. Sadece sağlık harcamalarına ilişkin kısıtlı bir bölümü Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2004 yılına kadar geliştirilmiştir. Oysaki 2000 yılından bu yana Türkiye'nin neredeyse tüm ekonomik parametreleri önemli değişiklikler arz etmektedir. Dolayısıyla 2008 yılında 2000 yılı verileriyle yapılan bir değerlendirmenin gerçekleri yansıtmaması, dolayısıyla sağlıklı olmaması ihtimali çok yüksektir. Sağlık ise risklerin asgariye indirilmesi gereken bir alandır ⁴¹⁵.

Toplumsal açıdan sürdürülebilir olmasının bir gereği de çağdaş ve topluma faydalı sonuçlar doğurmasıdır.

Sağlık ekonomisi değerlendirme yöntemlerinden sonuç alabilmek için bir veri tabanı oluşturulması gereklidir. Bu veri tabanında hastalığın yaygınlığı, evreleri, halen uygulanmakta olan tedavi yöntemleri ve bunlardan alınan sonuçlar, tedavilerin yararlılık oranlarının ölçümü gibi istatistiki bilgilere ihtiyaç bulunmaktadır⁴¹⁶. Ayrıca, hastanede yatarak tedavinin, USG, MR, röntgen gibi teşhis yöntemlerinin, çeşitli ameliyatların sübvansede edilmemiş gerçek maliyetleri, işgücü kaybının ekonomiye günlük maliyeti, doktora gitmenin ulaşım masrafları ve ne kadar işgücü kaybına yol açtığı gibi daha genel nitelikte bilgilerin de derlenmesi gereklidir. Kısaca sistematik ve herkes tarafından erişilebilecek, kullanılabilecek bir veri tabanına ihtiyaç vardır.

Kısacası Türkiye'nin de artık sağlık ekonomisinde yararlanılabilecek bir veri tabanı oluşturması gerekmektedir. Bu vakit alan bir süreçtir, zira çoğu hastalığın

⁴¹⁵ Can Buharalı, **a.g.e.**, s. 23.

⁴¹⁶ Can Buharalı, **a.g.e.**, s. 24.

seyrine ilişkin veriler uzun yılları kapsamaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından oluşturulan ve hastaya konan tanı, hastaya ilişkin yaş, cinsiyet gibi istatistiki bilgiler ile toplam harcama gibi sigortalılara verilen hizmetlere ilişkin bilgileri derleyen bir veri sisteminden veri toplama ve derleme amacıyla yararlanılabilir. Medula sistemi bunu yapmaktadır. Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği aile hekimliği yöntemi de merkezi bir bilgi sistemi olarak fonksiyon görebilir. Sağlık sektöründe geri ödeme sistemine gönderilecek faturaların hazırlanmasını ve kontrol edilmesini sağlayan ve kolaylaştıran bir yazılım olan MEDULA'dan belki belli bilgileri almak açısından faydalanmak mümkün olabilir. Veri tabanı konusunda SGK ile SB çekişmesi anlamsız sonuçlar doğurabilir.

Toplumsal açıdan sürdürülebilir olmasının bir gereği de, oluşturulacak verileri değerlendirecek ve bu çerçevede gerekli çalışmaları yürütecek bir işgücüne ihtiyaç bulunmaktadır. Hâlihazırda Türkiye'de bu alanda kapsamlı akademik programlar sınırlıdır ve henüz gelişme aşamasındadır. Konuyla ilgilenenlerin sayısı fazla değildir ve daha çok kişisel çabalarıyla uzmanlıklarını ilerletmeye çalışmaktadırlar.⁴¹⁷

2.1.3. Sürdürülebilirlik Penceresinden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

Türkiye'nin yapısal reform projelerini tartıştığı ve yaşama geçirmeye başladığı son yıllarda; kaynaklarımızı maliyet etkili bir biçimde kullanarak, harcanana değer kaliteli bir hizmeti vatandaşlarımıza sunabilmek, artık hizmet sektöründe ve sosyal alanlarda da kaçınılmaz olmuştur. Önceliklerimizi ortaya koyarak, insanların yaşam standardının yükseltilmesi ve sağlık alanında yapısal reform ihtiyacı; konunun tüm paydaşları tarafından daha yüksek sesle ve hazırlıklı olarak ortaya konulmaktadır⁴¹⁸.

1990'lı yıllardan bugüne süregelen, sağlık hizmetlerinin; finansman, hizmet sunumu, organizasyon, insan gücü, bilgi teknolojisi ve yasal alt yapı gibi

⁴¹⁷ A.e., s. 25.

⁴¹⁸ T.C. Başbakanlık, **Stratejik Plan 2011-2015**, Ankara, Ağustos 2010, s. 12.

parçalarından oluşan bir bütünle yeniden yapılandırma süreci, yeterince olgunlaşmıştır. Başlangıçta, DPT ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya konulan çözüm önerileri; artık, sektörün tüm ilgili taraflarınca oluşturulan tartışma ve üretim platformlarında, Türkiye sağlık sektörünün sorunlarına tutarlı, kalıcı ve uzun soluklu çözümler bulabilmek amacıyla, dünyadaki gelişmeleri de izleyerek, katılımcı bir sürece girmiştir.

Türkiye, sağlık alanında bugün geldiği nokta itibarıyla, mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinden çok, bu hizmetlerin yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç duymaktadır. Bu yeniden yapılanmanın ana ilkesi; herkesin ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlamak üzere, kamu ile özel sektör arasında haksız rekabet değil sinerji oluşturmak ve küçülerek güçlenip yerelde yönetilen sağlık birimleri kurmak olmalıdır⁴¹⁹.

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında hedefler; finansmanda Genel Sağlık Sigortası ile ilişkilendirilmiş tamamlayıcı sağlık sigortasına, sunumda; fırsat eşitliği ve eşit şartlarda rekabete, yönetimde ise etkililiğe, yerinden ve katılımcı yönetimi sağlamaya odaklanmalıdır.

Temel insan hakları arasında yer alan sağlık hakkının hayata geçirilmesinde, sigortacılık prensipleri kabul edilmiş ise, ister özel ister sosyal sigortacılık olsun, bazı farklılıklar olmakla birlikte; yöntem açısından ciddi değişiklikler söz konusu değildir. Uygulama için; kimlerin ve hangi sağlık yardımlarının kapsanacağı, bunların hangi koşullarda sunulacağı, finansmanın ne şekilde sağlanacağı, sistem için önemlidir.

Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında değildir. Bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntemi ortaya çıkarmaktadır. Birincisi, riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılmasıdır. İkincisi ise, riskin paylaşılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın

⁴¹⁹ Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, (Çevrimiçi) www.tamamlayici-sigorta.com/ts.doc, 18 Kasım 2011.

yetersiz kaldığı ya da kişilerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlara yönelik olarak, Bireysel Emeklilik Kanunu Türkiye’de hayata geçirilmiş bulunmaktadır. Aynı uygulamanın sağlık alanında da Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile hayata geçirilmesi kaçınılmaz olarak görülmektedir⁴²⁰.

Sosyal sigortanın temel teminat paketi ile gayesi, kişilere asgari yaşama koşullarını garanti etmesidir. Azami koşullar ise, tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla karşılanacaktır. Bir diğer deyişle, her ne şekilde olursa olsun, Devlet’in sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark oluşur. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. İşte, tamamlayıcı sağlık sigortası, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, üzerine alan bir sağlık sigortası türüdür.

Tamamlayıcı sigortanın uygulandığı sistemin mevcut sistemden en büyük farkı; mevcut sistemde kişilerin kamu sağlık tesislerinden hizmet almak istemediği durumda özele gidilmekte, ancak burada da bir üst sınır konduğu için kalite iyileştirilememektedir. Tamamlayıcı Sigorta’da ise kişileri hekim ve hastanesini seçme özgürlüğü ilkesini hayata geçirecek kamu ya da özel sağlık kuruluşundan alınan hizmetin kamu tarafından belirlenen fiyat tarifesi (SUT) kadarının ödeme yükümlülüğünü getirmesidir. Kalan kısmı için ise tamamlayıcı sigorta karşılayacaktır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulanan ülkelerin başında, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Hollanda gelmektedir. Avrupa’daki özel sağlık sigortası uygulamaları çoğu kez Tamamlayıcı Sağlık Sigortası şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsamayan) hizmetleri kapsar. Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan Dünya Sağlık Raporu 2000’de, sağlık fonlarının cepten ödemelerde, sağlık riskine değil de gelire bağlı olan (vergilendirmeye ya da sigortaya dayanan) ön-ödeme şekillerine kaydırılması için tamamlayıcı sağlık sigortası iyi bir örnek olarak gösterilmektedir.

⁴²⁰ Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, **a.g.e.**,s. 9.

GSS sisteminin etkin bir şekilde işleyebilmesi için sevk zinciri hayati öneme sahip bir uygulamadır⁴²¹.

İster primli sisteme, isterse vergi ile finansmana dayansın GSS’de öncelikle karar verilmesi gereken konuların başında, temel teminat paketinin kapsamının belirlenmesi gelmektedir. Temel Teminat Paketi, sistemin harcama düzeyini ve alınması gereken primleri doğrudan etkilemesi nedeniyle stratejik bir öneme sahiptir. Aynı zamanda Temel Teminat Paketi belirlendikten sonra, uygulamada değiştirilmesi oldukça zor olan hassas bir konudur. Kamuoyunda kapsamın sürekli genişletilmesi yönündeki baskıların, finansal riskleri ile birlikte değerlendirilerek sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sistemi kurulması oldukça önem taşımaktadır.

Kapsam üzerinde oluşabilecek riskleri azaltmanın en yaygın ve mantıklı yolu, alternatif yaratılması ve GSS sisteminin talepleri karşılamayan kısmı için çözüm olanaklarını bünyesinde barındırmasıdır. Aksi takdirde kapsam sürekli genişleme eğilimi gösterecek ve Türkiye için finansal açıdan sürdürülemez noktaya ulaşacaktır. Bu noktada çözüm olarak Genel Sağlık Sigortasının “sigortası” fonksiyonunu üstlenen tamamlayıcı sağlık sigortası ortaya çıkmaktadır.

İncelenen ülkelere bu kapsamda bakıldığında, kamu sağlık sistemlerinin, özel sağlık sigortalarıyla ilişkilerinin olduğu görülür:

ALMANYA: Avrupa’da kişi başına en yüksek sağlık harcaması 3.089 \$ ile Almanya’dadır. Tüm sağlık harcamalarının % 78,4’ü devlet tarafından yapılmaktadır. Almanya’da devlet sağlık sistemi yüksek maliyetlere rağmen kaliteli hizmet sunmaktadır. Aylık geliri belli bir düzeyin üzerinde olanlar devlet sağlık sistemini veya özel sağlık sigortası sistemini seçme hakkına sahiptirler. Bunların yanında devlet memurları ve serbest çalışanlar da devlet sağlık sistemine katılmak zorunda değildir. Tüm toplumun % 99.9’u herhangi bir sağlık sistemine dahildir. Nüfusun yaklaşık % 9’unun tüm tıbbi giderlerin teminat altına alındığı özel sağlık

⁴²¹ Ali Pekten, “Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Nisan-Haziran 2006, Sayı: 61, s.119-139.

sigortası teminatı, % 8'inin de daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılamak üzere tamamlayıcı sağlık sigortası bulunmaktadır.

FRANSA: Fransa'da kişi başına yıllık sağlık harcaması 2.616 \$'dır. Fransız devlet sağlık sistemi nüfusun % 99'unu kapsamaktadır. Toplam sağlık harcamalarının % 80'i bu sistem tarafından karşılanmakta, geri kalan kısım da kişilerin kendi ödemeleri ve özel sağlık sigortaları tarafından ödenmektedir. Devletin sağlık fonları tarafından ödenmeyen teminatları içeren özel sağlık sigortası sektörü önemli bir yer tutmaktadır. Nüfusun % 85'inin grup ya da ferdi ek sağlık sigortası teminatı bulunmaktadır. Tüm teminatları ile özel sağlık sigortası alanların oranı ise % 14 'dür.

İNGİLTERE: İngiltere'de kişi başına yıllık sağlık harcaması 1.325 \$'dır. Sağlık hizmeti NHS tarafından verilmektedir. İngiltere'de devlet, sağlık için yapılan tüm harcamaların % 84'ünü karşılamaktadır. Aile hekimliği sistemi çok gelişmiştir ve sağlık sorunlarında öncelikle aile hekimine gidilmesi zorunludur⁴²². NHS kaza, acil durum ve hayatı tehdit eden akut hastalıklarda yüksek standartta hizmet vermektedir. Ancak acil olmayan ameliyatlar için birkaç yılı bulan bekleme listeleri söz konusu olmaktadır ve bu durum özel sağlık sigortalarının çıkış noktası olmuştur. Nüfusun %11'i tarafından alınan tamamlayıcı sağlık sigortaları giderek artmaktadır.

HOLLANDA: Hollanda da kişi başına yıllık sağlık harcaması 2.232 \$ ile ilk sıralardadır. Tüm sağlık harcamalarının % 77'si devlet tarafından karşılanmaktadır. Hollanda'da nüfusun % 31'i özel sağlık sigortası sahibidir. Hastalık fonları tarafından kapsanmayanlar ile serbest çalışanlar özel sağlık sigortası kapsamındadır. Ayrıca nüfusun diğer kalanı için de dış bakımı gibi teminatlar veren tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri bulunmaktadır. Sağlık harcamalarının finansmanına yönelik reformlar devlet sektörü hastalık fonları ve özel sağlık sigortalarının işbirliği içinde çalışmasına olanak sağlamaktadır. Bu işbirliği ile işverenlere çalışanları için sosyal ve özel teminatların birleştirildiği paketler oluşturulabilmiştir. Bu durum ayrıca kaynakların daha iyi kullanımını da sağlamış, hastalık fonları piyasa

⁴²² Yalçın Bostancı, "Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası"(Yayınlanmamış Doktora Tezi), Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, s.71.

konusunda tecrübe sahibi olurken, sigorta şirketleri de hastalık fonlarının portföyünü kullanma fırsatını elde etmişlerdir.

ABD: Kişi başına yıllık sağlık harcamasının en yüksek olduğu ülkedir. Sosyal güvenlik sistemleri eyaletlere göre değişmekle birlikte devletin verdiği sağlık güvencesinin kapsamı dar ve nicelik yönünden yetersizdir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları bir ihtiyaç konumundadır. Nüfusun % 74'ü devlet sigortasına tamamlayıcı veya her şeyi kapsayan özel sağlık sigortasına sahiptirler.

Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının sürdürülebilir olmasının sigortası, tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin varlığıdır⁴²³. 5510 sayılı yasada 17.04.2008 tarihinde değişiklik yapan 5754 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 58. Maddesi ile alınan yetki kullanılmamaktadır. “5510 sayılı Kanunun 98’inci maddesine ikinci fıkradan sonra gelmek üzere aşağıdaki fıkra eklenmiştir: Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı veya destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usûl ve esaslar, Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir.” Yetkisi dikkate alınarak uygulamaya yön verilmelidir. İlk aşamada, branş bazında sözleşme yapılan hastaneler ve branşlar için; üçlü fatura sistemine geçilmesi, yani SGK tarafından ödenen bedelin SGK’ya, özel sağlık sigortası tarafından taahhüt edilen bedelin özel sağlık sigortası kuruluşuna ve kullanıcı katkısı olan bedelin de kişiye fatura edilebilmesinin sağlanacağı ve böylelikle Genel Sağlık Sigortası’na ek olarak tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanabileceği model kurulmalıdır. İkinci aşamada ise; bu sistematığın sadece branş bazında sözleşme yapılan bölümlere ve hastanelere değil tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla tüm bölümlere de yaygınlaştırılması, 5510 sayılı Yasa’nın 2006 yılında yasalaşan ilk haline uygun olarak, sağlık kuruluşlarının, sevkli ve sevksiz gelme durumuna göre, fatura bedelinin SGK tarafından belli miktarları ödenerek ve SGK tarafından ödenenin üstünün ödenmesindeki sınır (ilave ücretin tavanı) kaldırılarak bu kapsamda tamamlayıcı sağlık sigortası sisteminin devreye sokulması sağlanmalıdır.

⁴²³ Haluk Egeli, Ahmet Özen, **a.g.e.**, s. 26.

Son 10 yılda Türkiye’deki sağlık sistemindeki gelişim incelendiğinde, genel sağlık sigortasının kapsamının genişletildiği ve sağlık hizmetlerine erişimin arttırıldığını açıklamıştık. Buradaki en önemli husus, yapılan kapsam değişikliği neticesinde oluşan kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin uzun vadede sağlanabilmesidir. Türkiye’de sağlık alanındaki değişiklikler (serbest eczaneler ile ilaca erişimin sağlanması, özel hastaneler ile anlaşmaların artması, kritik-pahalı tedavilere erişimin sağlanması vb.) ile öne çıkan resim neticesinde, genel sağlık sigortasının yaygınlaştığı görülmektedir. Ancak, gerek genel sağlık sigortasının kapsamının genişliği, gerek değişen demografik ve ekonomik göstergeler neticesinde mali açıdan sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması için etkinlik çalışmalarına önem verildiği görülmektedir. Tasarruf çalışmalarının belirli bir düzeye ulaştığı noktada, tamamlayıcı sigorta modelinin benimsenmesi bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Böylelikle SGK primi ödeyen çalışanlar, tamamlayıcı sigorta dahilinde, tercihleri dahilinde ek alanlarda özel sigorta sahibi olabileceklerdir. Böylelikle genel sigorta sisteminin kapsamadığı alanları kapsayan ve ona tamamlayıcı nitelikte olan tamamlayıcı sigorta ile kişilerin SGK’ya ödedikleri prime ilave daha düşük primlerle özel sağlık sigortası alması söz konusu olabilecek, bu da erişimi kolaylaştıracak için sektör hareketlenecektir⁴²⁴.

2.2. Sağlık Sektörünün Değerlendirilmesi

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu’nun yürürlüğe girmesi ile birlikte hem Sosyal Güvenlik Kurumlarının birleşmesi ile bu alanda, hem de ödeyici kurumun tekleşmesi anlamında sağlık-sosyal güvenlik anlamında değişimin başlangıcı olmuştur. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu’nun bu değişen rolü ile birlikte, eş zamanlı yürütülen Sağlıkta Dönüşüm Programı, sağlık hizmet sunucuları açısından da yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur.

⁴²⁴ Deloitte-Yased, a.g.e., s. 88.

2.2.1. Sağlık Hizmet Sunumunun Değerlendirilmesi

Sağlık hizmetlerinin etkin sunumu, toplumsal gelişmenin en temel öğelerinden birisini oluşturmaktadır. Hizmet sunumunda etkinliğin sağlanmasında öncelikle sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin artırılması ve bu bağlamda devletin yarı kamusal mal niteliği olan bu hizmetlere önem vermesi bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Birçok ülkede sağlığın dışsal faydasının yüksek olmasının getirdiği bir sonuç olarak kamu sektöründe ağırlıklı bir yapılanma söz konusudur. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin gerek sunumunda gerek finansmanında özel sektör de yer almaktadır⁴²⁵.

Son yıllarda artan nüfus yoğunluğu bir yandan sağlık harcamalarının artmasına neden olurken; diğer yandan da sağlık hizmetlerinin finansman yapısına ilişkin tartışmaların hem kamu kesiminde (performans sistemi) hem de özel kesimde (SUT fiyatları ve katkı payının sınırlandırılması nedeniyle) artarak yaşanmasına neden olmuştur. Özellikle bütçe açıkları nedeniyle birçok kamu hizmetinin finansmanının ağırlaştığı ve sağlık alanında piyasaya dayalı uygulamaların artmaya başladığı görülmektedir. Bütçe açıklarının getirdiği finansman sorunlarının yanı sıra, özellikle son 20 yılda ortaya çıkan küresel gelişmeler de sağlık sektörünün piyasa yönlü açılımını hızlandırmaktadır.

Sağlık sistemi reformlarının kısa vadede sadece sağlık istatistiklerinin sonuçları ile analizi olanaklı değildir. Aile hekimliği örneğinde olduğu gibi reformla gelen değişikliklerin hayata geçirilmesi sonuç alınması, benimsenmesi zamana yayılabileceği gibi, kısa vadede gerçekleştirilen değişikliklerin sağlık göstergelerine yansımaları da uzun zaman alabilmektedir. Bu nedenle, doğru bir değerlendirme yapılabilmesi için sağlık reformlarının sürdürülebilirlik, erişim, hakkaniyet, kalite, etkililik ve etkinlik gibi kriterler açısından incelenmesi bir yöntem olarak benimsenmiştir.

Sürdürülebilirlik; sistemin dışarıdan müdahale olmadan işleyişini sürdürebilme kapasitesi olarak tanımlanabilir. Sağlık harcamalarının milli gelir

⁴²⁵ Asuman Altay, a.g.e., s. 37.

içindeki payının değişimi, sistemin sürdürülebilirliği açısından önemli bir göstergedir. Ulusal Sağlık Hesapları verisine göre, toplam sağlık harcamalarının milli gelir içindeki oranı 2004 sonrası dönemde, beklenenin tersine artmamış, yaşanan hızlı ekonomik büyümenin de katkısıyla GSYİH'daki sürekli artış nedeniyle oransal olarak mevcut seviyesini korumuştur.

Küreselleşme olgusunun temel hareket noktasını oluşturan liberal iktisadi yaklaşımlar, sağlık sektöründe gerek yerel gerek küresel piyasalar açısından ağırlıklı olarak kamu-özel işbirliklerini ortaya çıkarmaktadır⁴²⁶. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar birçok ülkenin sağlık politikalarını etkilerken; sağlık alanında özelleştirme uygulamalarını da desteklemektedir. Özellikle piyasa ekonomisi sürecinde bir yandan etkinlik diğer yandan da hizmet kalitesinin artırılma çabaları özelleştirmenin sağlık alanındaki yoğunluğunu arttırmıştır. Küresel gelişmelerin bir diğer etkisi de sağlık alanında küresel kamu mallarının oluşumudur. Öyle ki; sağlık ve sağlık hizmetleri günümüzde en önemli küresel kamu malı özelliğine sahip olup; Birleşmiş Milletler, Dünya Bankası ve IMF gibi küresel kuruluşların başta gelen ilgi alanını oluşturduğu söylenebilir.

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda, artan nüfus, artan ihtiyaçlar, küresel sermayenin çok geniş hizmet alanlarında yatırım yapma istekliliği ve gücü, kamusal hizmet kapsamında yer alan hizmetlerin; kalite, verimlilik hususları dikkate alınarak, artan bir şekilde özel sektör tarafından da üretilmesini kaçınılmaz kılmaktadır⁴²⁷. Gelişmekte olan ülkelerin piyasa ekonomilerini geliştirmeleri ve kalkınma/ büyüme hedefine ulaşmada piyasa güçlerince yaratılacak başta istihdam ve gelir gibi ekonomik dinamikler ve buna bağlı olarak sosyal kültürel gelişmeler, olması gereken bir süreçtir. Ancak burada önemle üstünde durulması gereken, bu ülkelerde henüz sistemiği oluşturulamamış, yeterince yaygınlaştırılmamış temel kamusal hizmet alanlarına ihtiyaç duyan kitlelerin fazla olmasıdır.

⁴²⁶ H. Ömer Köse, “Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü”, **a.g.e.**, s. 33.

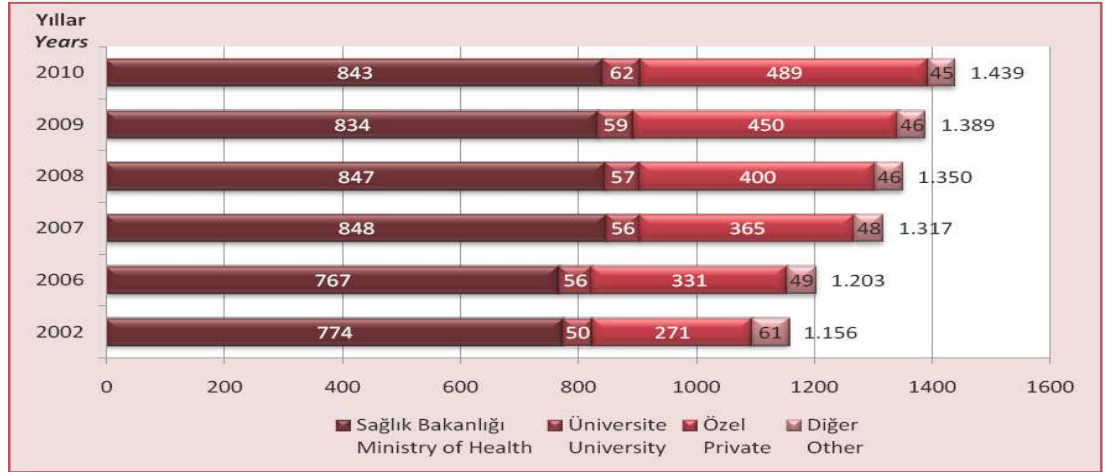
⁴²⁷ Kamil Göl, Sağlıkta Neoliberal Dönüşüm: Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Piyasalaştırılması, (Çevrimiçi) <http://www.muhalet.org/yazi-saglikta-neoliberal-donusum-dunyada-ve-turkiyede-sagligin-piyasalasmasi-prof-dr-kamil-gol-0-1514.aspx> , 16 Ekim 2012.

Sağlıkta Dönüşüm Programının dördüncü adımı kamu hastanelerinin özelleştirilmesidir. Küresel sermayenin artmasına ve hareket hızına paralel olarak, birçok alanda olduğu gibi sağlık sektöründe de özelleştirme çabaları ortaya çıkmıştır. Kamu kurumlarının özelleştirilmesinin yanı sıra belki de daha çok sağlık sektörünün piyasaya açılması ve böylece yeni yatırım ve girişimlerle piyasada üretilen ve rekabete konu olan mal ve hizmetler olmaları amaçlanmaktadır. Tedavi hizmetlerinden çok bu alanda tıp teknolojileri önde gelmektedir. Ancak son zamanlarda uluslararası yatırımların ülkemizde de sağlık sektörüne artan bir ilgilerinin olduğu da bilinmektedir. Farklı özel sağlık gruplarının uluslararası fonlar ve şirketlerle ortaklıklar kurdukları basın yolu ile duyurulmuştur.

Kalite, verimli hizmet, insan onuruna yakışır hizmet ve rekabet gereği bu uluslararası işbirliğini zorunlu kılmıştır. Küreselleşmenin sağlık sektörüne olumlu etkilerinin sözü edilen kuruluşların çabalarıyla da önemli ölçüde arttığı söylenebilir. Özellikle küreselleşme, iletişim süreçlerini hızlandırmış, bilgiden kısa sürede yararlanma olanaklarını ortaya çıkarmış ve rekabeti gündeme getirmiştir. Sağlık hizmetlerinde misafir (hasta) odaklı bir anlayışın öne çıkması ile özellikle sağlık hizmeti tüketicisi bireylerin davranış ve algılamalarında olumlu gelişmeler kaydedilmektedir. Toplam kalite yönetimi, hasta memnuniyeti, sürecin hizmet yönünün iyileştirilmesi, verilen sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik açısından ölçülebilmesi, hasta bakım kalitesi, hasta hakları gibi daha önce çok bilinmeyen ya da üzerinde durulmayan konular öncelik kazanmıştır. Özellikle sağlığın Anayasal bir hak olduğu ve herkese eşit olarak sunulması gereği üzerinde durulmaktadır. Tüm bu algılamaların ulus devletlerin sağlık hizmetlerin sunumu kapsamında yer alması, yukarıda sözü edilen uluslararası kuruluşlar aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Uluslararası kuruluşlar, bu çabaları ile artan hastalıklarla ve bunlara yol açan özellikle yoksulluk vb. sorunlarla mücadelede gelişmemiş ülkelere çok önemli katkılarda bulunmaktadır. Bunun yanında özellikle tıp teknolojileri ve ilaç tedavi hizmetleri konusundaki gelişmelerden birçok ülkenin yararlanması, bu kuruluşların destek ve yönlendirmeleriyle söz konusu olmaktadır.

Diğer yandan, sağlık gibi dışsal faydası oldukça yüksek olan bir hizmetin piyasalaştırılmasının, özellikle makro iktisadi istikrarsızlık ve yoksulluk sorununun olduğu ülkelerde sağlık hizmetlerinin toplumsallaştırılmasını engelleyebileceği eleştirisi yapılmaktadır.⁴²⁸

Grafik 37: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı (2010).



Kaynak: SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010.

2005 yılından 2010 yılına gelindiğinde hastane sayısında ve yatak kapasitesindeki değişimi, sahiplik açısından değerlendirdiğimizde, değişim gözler önüne serilecektir.

Tablo 25: Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarındaki Hastane Sayısı ve Yatak Sayısının Karşılaştırılması (2005-2010)

Kamu ve Özel Sağlık Kurumları	Hastane Sayısı		Yatak Sayısı	
	2005	2010	2005	2010
Sağlık Bakanlığı	789	843	120.359	119.891
Üniversiteler	50	62	26.162	35.001
Özel Sağlık kuruluşları	247	489	11.824	28.063
Diğer (Milli Sav. Bak., KİT, Belediye, vb.)	86	45	22.452	16.995
Toplam	1.172	1.439	180.797	199.950

Kaynak: SB Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010.

⁴²⁸ Altay, a.g.e., s. 42.

2005 yılından 2010 yılına, hastane sayısında % 100, yatak sayısında ise % 237 artış sağlanmış olsa da, Türkiye’de halen sağlık hizmetleri arzında özel kesimin payı düşüktür. Kamu kesiminin (özel hariç diğer tüm hastaneler) hastane sayısında % 66, yatak sayısında ise % 86 ağırlığı bulunmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetleri konusunda zaman içinde önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu bağlamda; özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesinde temel bir başarıya ulaşıldığı, vatandaşlara temel bir sağlık hakkı verildiği ve sigortalı sayısının artırıldığı söylenebilir. Bununla birlikte şu hususu da belirtmek gerekir ki; koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin verilmesinde tam bir kurumsallaşma maalesef sağlanamamıştır⁴²⁹.

Türkiye’de sağlık göstergelerindeki gelişmelere bakıldığında, aşağıdaki tablodan da izlenebileceği gibi fiziki ve mekansal göstergeler açısından bazı gelişmeler söz konusu olmakla birlikte, örneğin yatak kapasitelerinin artışına paralel kullanımlarının % 70’lere ulaşamadığı görülmektedir. Türkiye’de hekim başına düşen nüfus hala çok yüksektir. Buna karşın hekim sayısı artırılamamakta ve sağlık işgücü dağılımı bölgelere ve sağlık birimlerine göre etkinleştirilememektedir⁴³⁰.

Tablo 26: Yıllar İtibariyle Sağlık İstatistikleri (2004-2006)

Fiziki Mekân Göstergeleri				
	2004	2005	2006 (1)	AB (2)
Yatak Sayısı	187.788	192.658	197. 170	–
Yatak Başına Düşen Nüfus	378	374	372	154
Yatak Kullanım Oranı (Yüzde)	64,9	64,5	–	77,5
Sağlık İnsan Gücü Göstergeleri				
	2004	2005	2006 (1)	AB (2)
Hekim Sayısı	99.300	100.800	103.150	–
Hekim Başına Düşen Nüfus	716	715	707	288

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, DPT, WHO. (1) DPT tahminidir. (2) AB-25 ülkelerine ait olup, verisi bulunan en yakın yıl verilmiştir.

⁴²⁹ Bostancı, a.g.e., s. 72.

⁴³⁰ İpek Özkal Sayan, Aziz Küçük, “Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 67, No: 1, 2012, s. 171-203.

Genel olarak kabul edilen anlayışa göre; birinci basamağa başvuran hastaların % 95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Sevk hızının standart değeri % 5-10 arasında olmalıdır. Türkiye genelinde son yıllarda birinci basamaktan hastanelere sevk oranının % 14,4 gibi yüksek bir değere ulaştığı görülmektedir. II. Basamak sağlık kuruluşları olan özel ve kamu hastanelerinin poliklinik yüklerinin yüksek oluşu ve buna karşılık hastane polikliniklerinde muayene edilen kişilerin sadece % 4,4'ünün yatırılarak tedavi edilmeleri, Türkiye'de birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen tedavi edici hizmetlerin gerekli nitelikten oldukça uzak olduğunun en açık göstergesidir⁴³¹.

Aile hekimliği bir sağlık hizmet modeli olarak uygulamaya tam anlamıyla konulursa, şu anda sunulan hizmet modelinin kapsamında yer alan “çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri” ve “adli hekimlik hizmetleri” dışındaki hizmetlerin tümünü verebilecek bir yapıya sahip olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte, kentsel alanlarda etkin yürüyebilecek bu sistem kırsal alanlarda beklenen verimi veremeyecektir. Henüz aile hekimi sayısı kentler için dahi yeterli düzeyde değildir. Sırf bu yüzden sevk zincirinin zorunlu olarak uygulanamadığı belirtilmektedir. Bu uygulamanın kentsel alanlarda kademeli olarak uygulanmasına imkân tanınarak yaygınlaştırılması, gerek aile hekimlerinin yetiştirilmesi, gerek konunun tüm taraflarca anlaşılmasının sağlanması ile mümkün hale getirilebilir. Halkın çoğu birinci basamak sağlık hizmetlerinden, hastalıklarına tanı konulmasını ve bunların tedavi edilmesini bekler durumdadır.

Yukarıda vurgulandığı gibi, sağlık sisteminin sürdürülebilir olması için bir yandan küresel sermayenin etkisi ile gelişen sağlık yatırımları ve artan özel sağlık hizmet sunucuları Türk sağlık sisteminin gelişmesine yarayacak olan olumlu bir gelişmedir, diğer yandan kaliteli birinci basamak sağlık hizmetleri, tamamlayıcı sağlık sigortası ve doğru işleyen sevk zinciri sistemi de o kadar olumlu ve gerekli bir süreçtir. Sağlıkta dönüşüm programı sürecinde popülist kaygılardan uzaklaşılarak sürekliliği önemseyen bir bakış açısı geliştirilmelidir.

⁴³¹ Altay, a.g.e., s. 44.

2.2.2. Ödeme Kurumunun Değerlendirilmesi

Türkiye’de işsizlik sigortasındaki devlet katkısı dışında, devletin sosyal güvenliğe yasal/düzenli bir katkısı söz konusu değildir. Türkiye’deki primli sosyal güvenlik sistemi, tamamen çalışanlardan ve işverenlerden (çalışanlar adına) yapılan kesintilere dayanmaktadır. Ancak 1990’lı yılların ortalarından başlayarak sosyal güvenlik sisteminin mali sorunlarının artmasıyla birlikte bütçeden sosyal güvenliğe kaynak aktarılmaya başlanmıştır. Bu transferler “açık” ve “kara delik” olarak nitelenmiştir. Oysa devletin sosyal güvenliğe aktardığı kaynaklar sosyal devlet olmanın gereğidir. Ancak basın aracılığı ile kamuoyuna istikrarsızlığın kaynağı olarak sosyal güvenliğe aktarılan kaynaklar gösterildiği için yapılan reformların temel amacı bu açıkların kapatılması olmaktadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan ve “Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi” başlığıyla Temmuz 2004’te kamuoyuna sunulan ve Nisan 2005’te revize edilen ve “Beyaz Kitap” olarak bilinen rapor “reformun” temel yaklaşımını ve amacını ortaya koyuyor⁴³². “Beyaz Kitap”, sosyal güvenlik reformunu, bütçeden karşılanan “sosyal güvenlik açıklarını” kapatma gerekçesine dayandırmaktadır. 2004 yılı Temmuz ayında yayınlanan kitabın önsözünde yer alan şu ifade, reformun asıl hedefini açıkça ortaya koymaktadır: *“Devlet bütçesinden karşılanan bu açıklar, ülkemizin borçlarını ve faiz oranlarını artırmakta, hayat pahalılığına, yatırımlarda daralma ve işsizliğe yol açmaktadır. Bunun sonucunda işsizlik oranı artmakta ve gelir dağılımı giderek bozulmaktadır. Sosyal güvenlik sistemimizin mevcut yapısı, ülke ekonomisinin geleceğini ve toplumsal barışı tehdit etmektedir”*.

Daha önce de vurgulandığı üzere; sosyal güvenliğin finansmanında vergiye ve prime dayalı sistemler yer almaktadır. Avrupa’da sosyal geleneklere bağlı olarak farklı modeller varlığını sürdürmekle birlikte, son yıllarda iki sistemin birbirine yaklaştığı, karma bir sistem olduğu gözlenmektedir. AB ülkelerinde sosyal güvenlik uygulamaları birbirlerinden önemli farklılıklar göstermelerine karşın karşı

⁴³² (Çevrimiçi) www.calisma.gov.tr, 20.11.2011.

karşıya oldukları sorunlarda ortak iki temel yön görülmektedir: Birincisi, milli gelirden sosyal güvenliğe ayrılan kaynakların yüksekliği; ikincisi ise sosyal güvenliğin finansmanında devlet katkısının büyüklüğüdür.

Türkiye’de kamu sağlık ödemelerinin kompozisyonu detaylı olarak incelendiğinde reform sürecinde sağlık ödemelerinin yıllara göre farklı kaynaklardan büyüdüğü görülmektedir. 2005- 2007 yılları arasında sosyal güvenlik kapsamındaki genişleme ile büyümenin ana kaynağı devlet hastanelerine yapılan tedavi ödemeleri olurken, 2008 yılında özel hastanelere yapılan ödemeler artışa sebep olmuştur. 2009 yılında ise tedavi ödemelerindeki artış yavaşlamış, 2004 yılından itibaren durağan seyreden ilaç ödemelerindeki artış büyümeye yol açmıştır⁴³³.

Tablo 27: Sosyal Güvenlik Kurumu Bütçe Transferleri, Bin TL, (1998-2010)

YILLAR	BÜTÇE TRANSFERLERİ	BÜTÇE TRANSFERLERİ / GSYİH, %
1998	1.496.000	2,13
1999	2.936.145	2,81
2000	3.226.460	1,94
2001	5.523.000	2,30
2002	9.684.000	2,76
2003	15.883.617	3,49
2004	18.830.000	3,37
2005	23.322.000	3,59
2006	22.892.000	3,02
2007	33.060.313	3,92
2008	35.016.403	3,68
2009	52.599.691	5,52
2010	55.244.258	5,00

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu 2010 İstatistik Yıllığı

GSYİH değerleri, 1998 yılı bazlı olup, TÜİK'ten alınmıştır. 2006 yılı ve öncesindeki bütçe transferleri; açık ve faturalı ödemelerden oluşmaktadır. 2007 yılına açık, faturalı ödemeler ve ek ödeme, 2008, 2009 ve 2010 yıllarında ise bütçe transferlerine ek ödeme, açık ve faturalı ödemelerle devlet katkısı, 2009 ve 2010 yıllarında da teşvik dahildir.

Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sağlık harcamaları sürdürülebilirlik açısından değerlendirildiğinde en önemli gösterge kurumun prim gelirlerine oranla sağlık

⁴³³ Teksöz, Helvacıoğlu, Genel Sağlık Sigortası’nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi, **a.g.e.**, s.5.

harcamalarının payıdır. 2005 ve 2008 yılları arasında sağlık harcamalarının toplam prim gelirleri içindeki payı 2004 yılı seviyesinin altında kalmıştır. Sağlık harcamalarının prim gelirleri içindeki payının artmamasının sebebi yüksek prim geliri artışıdır. Bu dönemde yaşanan hızlı ekonomik büyüme, istihdamın sektörel dağılımındaki yapısal değişim ve işgücü verimliliği artışı bir yandan sigortalı sayısının artmasına diğer yandan kurumun prim gelirlerinin yükselmesine neden olmuştur.

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 altında çıkmaktadır. 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 verecektir⁴³⁴.

Sağlık harcamaları temelde sağlık hizmeti talebine bağlı olan genel ekonomiye duyarsız harcamalardır. 2009 yılında yaşanan ekonomik daralma sonucu sağlık harcamalarının milli gelire oranı önceki yıllara göre daha yüksek artış göstermektedir. Kamu sağlık ödemelerinin milli gelire oranı 2009 yılında bu nedenle artmıştır. Harcamalar belirtilen şekilde gerçekleşirken ekonomideki daralmanın etkisiyle kayıtlı istihdam ve ücret seviyeleri gerilemiş, bunun sonucu olarak prim gelirlerinin azalması SGK’nın mali yapısını olumsuz etkilemiştir. Sağlık ödemelerinin prim gelirlerine oranı reform dönemi boyunca 2002 yılındaki seviyenin altındadır. Yani 2002 ile 2008 yılları arasında prim gelirleri reforma rağmen sağlık ödemelerinden hızlı büyümüştür. Ancak trend krizin etkisi ile son bulmuştur. Bu göstergeler ışığında reform sürecinin mali sürdürülebilirlik açısından iyi yönetildiğini söylemek mümkündür.

⁴³⁴ Tepav-Mir, Mali İzleme Raporu, İstikrar Enstitüsü, 2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve, (Çevrimiçi) <http://www.tepav.org.tr>, 20/11/2012.

Tablo 28: SGK Toplam Sağlık Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (2001-2010)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (Milyon TL)	Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH'ya Oranı (Yüzde)
2001	4.576	1,9
2002	7.629	2,18
2003	10.662	2,34
2004	13.150	2,35
2005	13.608	2,1
2006	17.667	2,33
2007	19.984	2,38
2008	25.346	2,67
2009	28.811	3,03
2010	32.080	2,92 (Aralık)

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı 2010

- * 2007 yılı Kasım ve Aralık aylarına ait 4/b ve 4/c'lilere ilişkin sağlık ödemeleri 4/a üzerinden yapılmıştır.
- * , 4/b ve 4/c kapsamındakilerin sağlık ödemeleri 2008 yılı Ocak ayından itibaren SGK adına tek bir yerden yapılmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında uzun yıllar çok yönlü bir finansman sistemi benimsenmiştir. SB özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanında vergisel kaynaklara başvururken, sosyal güvenlik ödemeleri kapsamında yer alan SSK, hem hizmet sunucusu hem de hizmet alıcısı olarak hizmetlerin finansman boyutunu oluşturmuştur. Son yıllardaki reform hareketleri kapsamında genel sağlık sigortası sistemin oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesi ile sosyal güvenlik kurumu hastanelerinin SB’ye devri yoluyla hizmet sunumunda da çok başlı yapıdan uzaklaşmaya çalışıldığı gözlenmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanı, sağlık alanında yapılan yeniden yapılandırma reformu kapsamında ele alınmaktadır. Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin sunulmasında temel olarak bireye yönelik sağlık hizmetlerinin “prim sistemi” ile karşılanması gerektiği ifade edilmektedir. Bu bağlamda sosyal sigorta ile finansman yanında, özellikle son reform çalışmasında özel finansman hizmetlerine katkı boyutunda özel sağlık sigortası finansmanı ortaya çıkmaktadır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası olarak adlandırılan bu sigorta ile sistemin güvence altına alınacağı ve Genel Sağlık Sigortası ile elde edilen kazanımların, kaliteli şekilde sürdürülebilir kılınacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağını devlet bütçesi oluşturmaktadır. Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin karşılanmasında ve yoksullara yönelik sağlık hizmetleri sunumunda finansman kaynağı bütçelerdir⁴³⁵. Sağlık hizmeti sunan kurumların giderlerinin düzenli fonlanabilmesi için finansman kaynaklarının sürekliliği önemlidir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynakları, artan nüfusa ve değişen risk unsurlarına paralel olarak artmamaktadır. Özellikle bütçe kaynağını oluşturan vergi gelirleri, artan bu yükü karşılamakta zorlanmaktadır.

Türkiye’de sosyal sigorta sistemi, işveren, çalışan ve devlet katkısı (bütçe transferi) ile finanse edilmektedir. Herhangi bir geliri ve mülkü olmayan yoksullara genel sağlık hizmeti, yeşil kart uygulaması ile devlet tarafından verilmektedir.

Türkiye’de, reform tasarısına göre devlet toplam prim tahsilatının dörtte biri oranında sosyal güvenliğe katkıda bulunacaktır. Böylece toplam sosyal güvenlik harcamalarının beşte biri devlet tarafından karşılanmış olacaktır. Bu oranlar şu an devletin sağladığı katkının miktarının ve oranının ciddi bir biçimde gerilemesine yol açacaktır. Aşağıdaki tabloda da görüldüğü gibi, reform sonrası devlet katkısı yüzde 20’ye gerileyecektir. (Nakit hareketler tablosu dikkate alınarak hazırlanan geçici gerçekleşme rakamlarıdır.)

⁴³⁵ (Çevrimiçi) http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf, 22/05/2012.

Tablo 29: Sosyal Güvenlik Kurumu Gelir ve Gider Dengesi, (Bin TL), (2000-2010)

Yıllar	Gelirler	Artış Oranı (%)	Giderler	Artış Oranı (%)	Açık	Toplam Gelirlerin Toplam Giderleri Karşılama Oranı %
2000	8.575.831		10.987.036	-	-2.411.206	78,10%
2001	13.360.579	55,8	17.830.745	62,3	-4.470.166	74,90%
2002	20.018.189	49,8	27.982.464	56,9	-7.964.275	71,50%
2003	27.916.539	39,5	41.336.077	47,7	-13.419.538	67,50%
2004	34.689.248	24,3	50.621.522	22,5	-15.932.374	68,50%
2005	41.249.438	18,9	59.941.373	18,4	-18.691.935	68,80%
2006	53.830.886	30,5	71.867.475	19,9	-18.036.589	74,90%
2007	56.874.830	5,7	81.915.401	14	-25.070.571	69,40%
2008	67.257.484	18,3	93.159.462	13,7	-25.901.978	72,20%
2009	78.072.788	16,1	106.775.443	14,6	28.702.655	72,80%
2010	94.679.381		121.403.499		-26.724.118	78,00%

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı 2010.

Tablo 30: Sosyal Güvenlik Kurumu Prim Gelirleri, Emekli Aylığı ve Sağlık Ödemeleri, (Bin TL), (2000-2010)

Yıllar	Devlet Katkısı Hariç Prim Gelirleri	Değişim Oranı (%)	Emekli Aylığı Ödemeleri	Sağlık Ödemeleri	Toplam Ödeme	Prim Gelirlerinin Emekli Aylıklarını ve Sağlık Ödemelerini Karşılama Oranı
2000	6.575.348		6.756.700	2.633.552	9.390.252	70,00%
2001	9.739.521	48,1	10.696.600	4.575.995	15.272.595	63,80%
2002	14.821.913	52,2	16.687.400	7.629.027	24.316.427	61,00%
2003	21.178.426	42,9	25.174.200	10.661.817	35.835.918	59,10%
2004	27.423.790	29,5	30.660.700	13.150.129	43.810.829	62,60%
2005	30.882.405	12,6	38.537.100	13.607.884	52.144.984	59,20%
2006	41.619.875	34,8	45.075.855	17.666.674	62.742.529	66,30%
2007	44.051.677	5,8	52.311.728	19.983.613	72.295.341	60,90%
2008	54.546.453	23,8	59.136.539	25.345.913	84.482.452	64,60%
2009	54.579.182	0,1	68.603.972	28.810.684	97.414.656	56,00%
2010	66.763.423		78.957.499	32.080.050	111.037.549	60,10%

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı 2010.

Sağlık harcamalarındaki artışa kurumsal olarak bakıldığında bütçenin sağlık harcamaları içindeki payı düşerken sosyal güvenlik sistemine ilişkin çıkarılan yasal

düzenlemelerin uygulanmasına paralel olarak SGK'nın payının arttığı görülmektedir. 2000 yılında merkezi yönetim bütçesi kapsamındaki kurumların payı % 40,6 seviyesinde iken, bu pay 2012 yılında % 26,3'e düşmektedir. SGK payı ise aynı dönemde sırası ile % 54,3 ve % 71,8'dir.

Aradaki farkın vatandaşlarca daha fazla prim, daha fazla katkı payı, daha düşük emekli aylığı olarak finanse edileceği açıktır. Reform devlet katkısını azaltmakta, halen devletin ödediği katkının çalışanlar tarafından ödenmesini öngörmektedir diyenler olsa da kanaatimizce ister genel bütçeden ister primler yoluyla SGK bütçesinden ödensin, harcanan kaynak etkin kullanılmamış demektir.

Tablo 31: Sosyal Güvenliğe Devlet Katkısı (2009)

	Milyar TL
SSK, Emekli Sandığı, Bağ-kur Prim Gelirleri	23,40
Toplam Devlet Katkısı	18,80
Toplam Harcama	42,20
Devlet Katkısının Prim Tahsilatına Oranı	80%
Devlet Katkısının Sosyal Güvenlik Harcamaları İçindeki Oranı	45%
Reform Sonrası Durum	
SSK, Emekli Sandığı, Bağkur Prim Gelirleri	23,40
Toplam Devlet Katkısı	5,85
Toplam Harcama	29,25
Devlet Katkısının Prim Tahsilatına Oranı	25%
Devlet Katkısının Sosyal Güvenlik Harcamaları İçindeki Oranı	20%

Kaynak: (Çevrimiçi) T.C. Sağlık Bakanlığı, www.saglik.gov.tr , 28.02.2009.

Sağlık hizmetleri tüketiminin giderek artması, bu hizmetleri kaliteli ve yeterli düzeyde satın almak isteyen kesimlerin, finansmanının tamamına veya bir kısmına katlanarak donanımlı ve iyi yetişmiş personel ve teknoloji destekli sağlık hizmeti talebini artırmıştır. Bu da özel kesim finansman modellerinin gündeme gelmesine yol açmıştır.

Sağlık hizmetlerinin özel finansmanı, ülkelerin sahip oldukları koşullar tarafından belirlenmektedir. Bu hizmeti satın almak isteyen kişiler doğrudan ödeme ile finanse edebilecekleri gibi, özel sağlık sigortasına başvurmak suretiyle kurumsal bir destek alabilmektedirler. Genellikle gelir seviyesi yüksek olan kesimler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan finanse edebilmektedirler. Bunun yanında sosyal sigorta kapsamında yer almakla birlikte sahip oldukları riskleri azaltmak ve daha fazla güvence temin etmek için isteyen kişiler de ister tamamlayıcı olarak isterse ikame edici olarak özel sağlık sigortasına dahil olabilmektedirler.

Tablo 32: Sağlık Harcamalarının Yıllar İçindeki Değişimi, (Milyon TL), (2000-2010)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SGK	12.655	14.281	16.419	18.311	20.794	19.839	23.565	24.499	28.183	30.251	32.509
Tedavi	5.096	5.615	6.093	7.492	9.339	8.223	11.323	12.587	15.515	15.885	18.469
İlaç	6.674	7.595	9.255	9.643	10.119	10.233	11.167	10.859	11.917	13.819	13.547
Diğer	885	1.072	1.071	1.176	1.336	1.433	1.074	1.053	752	547	493
Bütçe	3.953	4.587	5.151	5.267	5.789	6.078	7.412	8.439	7.800	9.550	5.751
Tedavi	2.256	2.532	3.072	3.083	3.045	3.521	5.017	5.533	5.211	6.394	3.951
İlaç	1.697	2.055	2.079	2.184	2.743	2.557	2.395	2.907	2.589	3.156	1.800
TOPLAM	16.461	18.697	21.378	23.382	26.367	25.740	30.701	32.621	35.703	39.483	38.260
Tedavi	7.268	8.052	9.050	10.460	12.271	11.613	16.154	17.912	20.538	22.070	22.420
İlaç	8.308	9.574	11.256	11.746	12.760	12.694	13.473	13.657	14.413	16.871	15.347
Diğer	885	1.072	1.071	1.176	1.336	1.433	1.074	1.053	752	547	493

Kaynak: SGK İstatistik Yıllığı 2010.

SGK açısından 2012 ve izleyen dönemlerde yaşanacak olan üç temel risk alanı bulunmaktadır. Bunları aşağıdaki şekilde sıralayabiliriz: Genel sağlık sigortasının tam olarak uygulamaya girmesiyle birlikte artan sağlık harcamalarının ve ilaç harcamalarının yaratacağı mali baskı, başta prim tahsilâtı olmak üzere gelirlerin artmış olduğu düzeyin aynı şekilde sürdürülebilmesi ve emekli aylıklarına ilişkin alınan politika kararlarının yaratacağı harcama genişlemesi. SGK'ya bütçeden yapılan transferler, son dönemde uygulanan istihdam, ek ödeme, devlet katkısı, özürlü prim indirimi, faturalı ödemeler ve ek karşılıklar başlıkları altında sürekli artmaktadır. Bu tür transferler SGK dengesinin çok daha bozulmasının önüne geçmektedir. SGK'nın artan prim gelirleri yanında ortaya çıkan yükümlülük artışı

bütçe transferlerini de arttırmış ve kamusal yükümlölüklerin SGK kaynaklı olarak sürekli artmasına yol açmıştır. 2012 ve izleyen dönemde bütçeden yapılacak transferlerin % 5'lerin altına inmesi yukarıdaki risklerin etkin yönetimi ile mümkün görölmektedir⁴³⁶.

⁴³⁶Tepav-Mir, **a.g.e.**, s.42

SONUÇ

Sağlık alanında sosyal güvenliğin sağlanması arayışları, Türkiye’de GSS konusunu gündeme getirmiş, kamu ve özel sağlık sigortasının geliştirilmesi kayıt dışı çalışmanın engellenmesi ve GSS sisteminin kurulması için zaman içinde çeşitli çalışmalar yapılmış, hazırlanan 5510 sayılı Kanun nihayet 01.10.2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

GSS, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık risklerine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayan bir sosyal güvenlik aracıdır. Türkiye’de yürürlüğe giren GSS yasası, bireylerin sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ile orantılı olarak katılımını sağlamayı amaçlamaktadır. Alınan primler, devletin diğer gelirlerinden ayrı bir fonda toplanmakta ve yapılacak yardımlar bu fondan ödenmektedir. Belirlenmiş bir oranda sigorta finansmanına devletin de katkısı planlanmıştır. Devletin bu katkısı, ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi şeklinde olabileceği gibi primler gideri karşılamazsa aradaki açığı kapatma şeklinde de olabilmektedir.

Genel Sağlık Sigortası’nda kaynakların öngörülebilir, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla ve her şeyden önemlisi kamu yararına yönetimi gelecek nesiller için zorunludur. Yıllar geçtikçe; sağlık hizmet talebinin artacağı, buna karşın sağlık hizmet maliyetlerinin yükseleceği düşünülerek; Türkiye kaynaklarının en verimli kullanabileceği bir hizmet sunum modeli oluşturulmalıdır. Bugüne kadar yapılan doğrulara sahip çıkarken, kamu ve özel sektörden birinin eksikliğini diğerinin artışı ile birlikte değerlendirerek, ülke adına ortak bir fayda oluşturulmalıdır. Böylelikle; sürdürülebilir, öngörülmeven maliyetlerle karşılaşma riski en az olan, denetlenebilir, kaliteden ödün vermeyen bir Genel Sağlık Sigortası modeli oluşturulabilir.

Türkiye’de 2004 sonrası sağlık reformu süreci; sürdürülebilirlik, erişim, hakkaniyet, kalite, etkililik ve etkinlik gibi temel kriterlere göre incelendiğinde belirgin bir başarı ivmesinin yakalandığı görülmektedir. Reform ilk beş yıllık

uygulanmasında mali sürdürülebilirlik açısından iyi yönetilmiştir. Erişim ve hakkaniyet seviyelerindeki çarpıcı artışlara rağmen harcamaların milli gelir içindeki payı nispeten korunabilmiş, Sosyal Güvenlik Kurumu’nun gelirlerine oranla sağlık harcamalarının düzeyi reform öncesi düzeyinin altında kalmıştır. Sağlık reformunun kalite ve etkinlik alanlarında güçlendirilerek devam ettirilmesi gerekmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin, özellikle aile hekimliğinin, önlenebilir hastalıklara ilişkin risk faktörlerini azaltacak şekilde yaygınlaştırılması ile sistemin uzun dönemli mali sürdürülebilirliği korunurken, sağlık çıktılarına ilişkin toplam etkililiğin artırılması da mümkün olabilecektir. Reformun veya programın sonuçları yorumlanırken sağlık reformlarının sağlık göstergeleri üzerindeki yansımalarının uzun zamana yayıldığı, kalite ve etkililiğe yönelik kapsamlı bir analiz için yeterli veriye ulaşılamamış olması özellikle dikkate alınmalıdır.

Türkiye’de gelişmiş ülkelerde yaşanan eğilimlere paralel bir demografik geçiş ve bununla bağlantılı olarak yaşlılık ve sosyo-ekonomik faktörlere bağlı (epidemiyolojik) hastalık ve ölüm haline bağlı olarak sağlık, sosyal güvenlik problemlerinin ve harcamalarının yakın gelecekte artacağını beklemek gerekir. Buna karşılık, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlığa erişimin yaygınlaştırılması ile, istenmemiş olsa dahi, daha fazla hastanın daha fazla hastaneye “tedavi amacı” ile başvurması durumu yaratılmış olup, buna paralel olarak ilaç tüketimi artmış, özellikle üniversite hastanelerinin iş yükü çoğalmış ve tıp hizmetlerinin “olmazsa olmaz” ilkesi olan araştırma ve geliştirme hizmetlerinin aksaması ve uzman personel sıkıntısının artma riski baş göstermiştir. Bu bağlamda Sağlıkta Dönüşüm Programı ve sağlık harcamaları arasındaki ilişkiler çok daha yakından incelenmesi gereken bir konu haline gelmiştir.

Sağlık sektöründe, denetleyici ve yönlendirici yapısı ile güçlenen, kamu ve özel sektör ayrımı yapmaksızın bunlar arasında sinerji oluşturan, bürokrasiyi azaltarak, yerinden ve katılımcı yönetim ilkeleri çerçevesinde strateji belirleyen ve koordinatör rolü üstlenen bir Devlet (Sağlık Bakanlığı) yapısı kurulmalıdır.

Halen uygulanmakta olan kamu sigortacılığı ağırlıklı modelden, vatandaşların tamamını kapsayacak Genel Sağlık Sigortası’na geçiş ile birlikte, bu bağlamda

sunulan Temel Teminat Paketi dışında kalan riskler (katılım payları, devletçe karşılanmayan ve konforu etkileyen harcamalar vb) için tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi devreye alınmalıdır.

Devlet'in sunduğu temel teminat paketi ile oluşan ve hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumunda olan fark, özel sağlık sigortası şirketleri tarafından oluşturulan paketler ve dileyenlere sunulan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri ile karşılanmalıdır.

Temel teminat paketi ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ürünleri, geri ödeme kuruluşlarınca yapılacak yeni düzenlemelerle, kurumlarına ayrı ayrı faturalanarak ödenmeli ve böylelikle sağlık sigortacılığında mükerrer prim ödeme dönemi sona ermelidir.

Başta Almanya, Fransa ve Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde uygulandığı gibi, özel sağlık sigortaları, Türkiye'de, kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsamayan) hizmetleri kapsayan, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası seçeneği ile; kamunun mali riskini paylaşabilen, ödemelerini tümüyle provizyon sürecine dayalı olarak yapacağı için kontrol edebilen, sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskıyı azaltabilen, hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusundaki sınırlarını genişleterek oluşabilecek aşırı talepleri yönetebilen ve bütün bunların sonucunda sürdürülebilir bir sağlık sistemi sağlayacak olan bir süreci sağlamalıdır.

Kamu, tedavi edici sağlık hizmetlerinde kuralları belirleyen ve sistemi denetleyen konuma çekilmeli, halen uygulanmakta olan kamu ve özel sektör arasındaki haksız rekabet, eşit şartlarda rekabete ve sinerjiye dönüştürülerek "Temel Teminat Paketi" karşılığı Genel Sağlık Sigortası'na, kamu/özel ayrımı yapılmaksızın bütün sağlık kurum ve kuruluşları hizmet verebilmelidir.

Basamaklandırılmış sağlık hizmeti ve zorunlu sevk zinciri Türkiye için uygun bir sistem ve toplam verimliliğin artırılabilmesi için bir zorunluluk iken, sevk zincirinin henüz kurulamamış olması politik bir tercih olarak algılanmaktadır.

Türkiye’de son yıllarda sağlığa erişim, hem kamu politikaları doğrultusunda hem de olumlu ekonomik gelişmeler neticesinde gelişme kaydeden satın alım gücüyle birlikte artmaktadır. Bu olumlu gelişme karşısında; sağlık sektörüne ilişkin performans kriterleri, vatandaş algısı kapsamında olumlu karşılanmaktadır. Ek olarak TUIK tarafından gerçekleştirilen çalışmaya göre sağlıkta dönüşüm sürecinin olumlu bir sonucu olarak kamu sağlık hizmetlerindeki memnuniyet 2003 yılında %39,5’ten 2010 yılında %73’e çıkmıştır. Şüphesiz sağlık hizmetlerinin vatandaş tarafından daha fazla kullanılması, kamu sağlık sektörü finansmanının önemini arttırmaktadır. Ancak sağlık sisteminde gerek genel sağlık sigortasının kapsamının genişliği, gerek değişen demografik ve ekonomik göstergeler neticesinde artan kamu maliyetleri göz önüne alındığında kaliteli bir sisteme erişimin sürdürülebilirliğinin oldukça önem kazandığı ve zorlaştığı görülmektedir. Bunun en temel sebebi, yükselen maliyetlere karşılık politika belirleyiciler tarafından fiyat düşürmeye odaklı politikaların geliştirilmesi ve sonuç odaklı bir planlama yaklaşımından uzaklaşılmasıdır.

2011 yılı sonu itibariyle kamu sağlık harcamalarının 45 Milyar TL’ye ulaştığı, bu nedenle sağlık harcamalarında sürdürülebilirliğin kritik bir aşamaya geldiği, toplam sağlık harcamalarında kamunun payının %75 (OECD %72) olduğu, nüfusun hızla yaşlandığı Türkiye’de, konjonktür de dikkate alınarak; koruyucu sağlık hizmetleri önemsenmeli, hekime gereksiz başvuru azaltılmalı, akılcı ilaç kullanımı özendirilmeli, tamamlayıcı sağlık sigortası mutlaka uygulanmalı, kanıta dayalı tıp uygulamalarına geçilmeli, performans uygulaması ile kamu hastanelerindeki artan işlem sayısına dikkat edilmeli, sağlık uygulamalarındaki nicelik artışı nitelik azalışına neden olmamalı, SGK tarafından tıbbi sonuçlara göre ödeme modellerine geçilmeli ve suiistimallere karşı risk odaklı denetim seçenekleri uygulanmalıdır.

Türkiye kaynaklarının ister vergi ister prim temelinde olsun, maliyet etkili ve sürdürülebilir bir tasarımla yönetilmesi zorunluluğundan yola çıkılarak, Genel Sağlık Sigortası ile birlikte uygulanacak bir Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının, Genel Sağlık Sigortası’nın da sigortası olacağı unutulmamalıdır.

KAYNAKÇA

KİTAPLAR

- Akalın, Güneri : **Yüksek Öğretim Karma Malına Maliyet-Fayda Analizinin Uygulanması**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayını, No:444, Ankara–1980.
- Akdağ, Recep : **Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003–2010**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2011.
- Akdur, Recep : **Sağlık Sektörü Temel Kavramlar: Türkiye ve Avrupa Birliğinde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyum**, 2.bs, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 2006.
- Akgül, Aziz : **Genel Sağlık Sigortası Türkiye’nin Sorunlarına Çözüm Serisi: 5**, Ankara, Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları, 2003.
- Alper, Yusuf
Tatlıoğlu, İsmail : **21.Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**, 1. bs., Bursa, Etam Matbaası, 1994.
- Aviva, Ron
Abel-Smith, Brian
Tamburi, Giovanni : **Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Sigortası: Sosyal Güvenlik Yaklaşımı** (Çev. Canan Koç), Ankara, Eroğlu Matbaacılık, 1999.

- Aydın, Ufuk : **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar**, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 1117, 1999.
- B. Saltman, Richard
Figueras, Joseph : **European Health Care Reform, Analysis of Current Strategies**, Regional Office for Europe of the World Health Organization, 1997.
- B. Saltman, Richard
Figueras, Joseph : **Avrupa’da Sağlık Reformu- Mevcut Stratejilerin Analizi**, Ankara, WHO Avrupa Bölge Ofisi Yayınları, 1998.
- Bağ-Kur : **Bağ-Kur, İstatistik Yıllığı**, 1995–1996–1997.
- Belek, İlker : **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**, 1. bs, İstanbul, Sorun Yayınları, 1994.
- Bodenheimer, Thomas S.
Grumbach, Kevin : **Understanding Health Policy A Clinical Approach**, Lange Medical Books, 2002.
- Boyle, Sean : **Health Care Systems in Transition: United Kingdom**, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Vol. 13 No. 1 2011. (Çevrimiçi)
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, 10 Nisan 2012.

Börekçi, Havva

Yurdakul, Mehmet Onur : **Avrupa Birliği ve Türkiye'nin Birliğe Katılım Sürecinde Masak**, Başbakanlık Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No: 411, Ankara, 2011.

Buharalı, Can

: **Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi**, Deloitte A.Ş., İstanbul, 2008.

Bulut, Ayşe

: **Türkiye'de Sağlık Reformunun Tarihçesi**, Çağlar Keyder-Nazan Üsündağ-Tuba Ağartan-Çağrı Yoltar (Eds.), Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları: Reformlar, Sorunlar, Tartışmalar, İletişim, 2007, İstanbul.

Chevreul, Karine

Durand– Zaleski, Isabelle

Bahrami, Stéphane

Hernández-Quevedo,

Cristina

Mladovsky, Philipa

: **Health Care Systems in Transition**, France, European Observatory on Health and Policies, Volume 12 No. 6 2010.

Çalışma ve Sosyal

Güvenlik Bakanlığı

: **Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerileri**, Ankara, Taslak Metin, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2004.

Çalışma ve Sosyal

Güvenlik Bakanlığı

: **A.T. Sosyal Güvenlik Kılavuzu**, Ankara, A.T. Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, Ocak 2000.

- Çalışma ve Sosyal
Güvenlik Bakanlığı : **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu**,
2000.
- DPT : **9. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sosyal Güvenlik
Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2006.
- DPT : **9. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Özel İhtisas
Komisyonu Raporu**, Ankara, 2007.
- DPT : **Gelir Dağılımı ve Yoksullukla Mücadele Özel
İhtisas Komisyonu Raporu**, Ankara, 2007, Yayın
No: DPT 2742-ÖİK 691.
- DPT : **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı**, Sosyal Güvenlik
Özel İhtisas Komisyon Raporu, Yayın No: 2592, ÖİK:
604, Ankara 2001.
- Duygulu, Ercan
Pehlivan, Pınar : **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları
ve Çözüm Önerileri**, Ankara, Maliye Hesap
Uzmanları Vakfı Yayınları, 2004.
- Egeli, Haluk : **Parafiskalite Ve Parafiskal Yükümlülükler**, 1. bs.,
İzmir, Altı Nokta Basım Yayın, 2011.
- Ergin, Hediye : **Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
Kanunu ve Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu**, 1.
bs, İstanbul, Beta Yayınları, Mayıs 2008.
- Erol, Ahmet
Yıldırım, Ali Ercan : **Tüm Yönleriyle Bireysel Emeklilik Sistemi**, 2. bs,
İstanbul, Yaklaşım Yayınları, 2004.

Ettelt, Stefanie
Ellen, Nolte
Thomson, Sarah
Mays, Nicholas

: **Politika Belgesi: Sağlık Hizmetlerinde Kapasite Planlama, Uluslararası Deneyimlerin İncelenmesi,**
T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Md.,
Yayın No: 785, Ankara.

Fişek, A. Gürhan
Özşuca, Şerife Türcan
Şuğle, Mehmet Ali

: **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi (1946/1996),**
Sosyal Sigortalar Kurumu Yayını, Yayın No: 598,
1999.

Gerek, Nüvit

: **Sosyal Güvenlik Hukuku,** Eskişehir, Anadolu
Üniversitesi Yayını, Yayın No:1574, 2004.

Grosse, Susanne
Figueras, Joseph

: **Snapshots of Health Systems,** Copenhagen, WHO,
2005.

Güzel, Ali
Okur, Ali Rıza

: **Sosyal Güvenlik Hukuku,** 8. bs, İstanbul, Beta
Yayınları, 2002.

Güzel, Ali
Okur, Ali Rıza
Canikoğlu, Nurşen

: **Sosyal Güvenlik Hukuku,** 12. bs, İstanbul, Beta
Yayınları, 2009.

- Hayran, Osman
Sur, Haydar : **Sağlık Hizmetleri El Kitabı**, İstanbul, Yüce Yayınları, 1998.
- Işık, Oğuz : **2000-2020 Sürecinde Nasıl Bir Dünya, Türkiye, Sağlık, Tıp Ortamı Öngörülebilir, Oluşturulabilir?**, TTB Merkez Konseyi, Nisan 2002.
- Kanavos, Panos
Üstel, İsmail
Costa-Font, Joan : **Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası**, Ankara, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005.
- Kazıcı, Ziya : **İslam Medeniyeti ve Müesseseleri Tarihi**, İstanbul, M.Ü. İlahiyat Fakültesi Vakfı, 2009.
- De Kervasdoue, Jane : **Toward 2020 Visions for Nursing**, France Public Press, 2002.
- Kongar, Bilgi : **Sağlık Sigortaları**, 1. bs., Ankara, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, 1989.
- Korkmaz, Esfender
Akgeyik, Tekin
Yılmaz Binhan, Elif
Oktayer, Nagihan
Susam, Nazan
Şeker, Murat : **Sosyal Güvenlikte Yeni Yaklaşım: Bireysel Emeklilik**, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası Yayın No:2006–21, 2007.

- Krause, Jürgen : **Das Krankenversicherungssystem der USA: Ursachen seiner Krise und Reformversuche**, Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1997.
- Kurtuluş, Sevgi : **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, İstanbul, Değişim Dinamikleri Yayınları, 1998.
- Leys, Colin : **Piyasa İle Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu**; Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları, Ed: Çağlar KEYDER, Nazan ÜSTÜNDAĞ, Tuba AĞARTAN, Çağrı YOLTAR, İletişim Yayınları, İstanbul, 2007.
- Lister, John : **Health Policy Reform: Driving the wrong way?**, University Press, 2005.
- Liu, Yuanli
Çelik, Yusuf
Şahin, Bayram : **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, SUVAK Yayınları, Ankara, 2005.
- Morlock, Laura
Waters, Hugh
Lyles, Alan
Özsarı, Haluk
Aktulay, Göksenin : **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, TÜSİAD, 2004, Yayın No: 380.

Mossialos, Elias

Figueras, Josep

Dixon, Anna

Kutzin, Joe

: **Funding of Health Care: Option for Europe**,
Buckingham, Open University Press, 2002.

Murat, Sedat

Şahin, Levent

: **AB'ye Uyum Sürecinde Genç İşsizliği**, İstanbul,
İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Yayın No:2011–
35,2011.

Murat, Sedat

Şahin, Levent

: **Dünden Bugüne İstanbul'da Ulaşım**, İstanbul,
İstanbul Ticaret Odası Yayınları, 2010, Yayın No: 58.

Mutlu, Ayşegül

Işık, Abdülkadir

: **Sağlık Ekonomisine Giriş**, Bursa, Ekin Yayınevi,
Bursa, 2012.

OECD

: **Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye**, (Çevrimiçi)
http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslararasi_acilimler_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf, 05 Ekim
2010.

Oliver, Adam

: **Health Economics**, Wiley, 2005.

Oral, İlhan

: **Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar
Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları**,
Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, No: 1331,
2002.

- Oral, İlhan : **Türk Sosyal Güvenlik Hukuku Açısından Toptan Ödeme**, Eskişehir, İİBF Yayınları, No:199, 2007.
- Orhaner, Emine : **Türkiye’de Sağlık Sigortası**, 1. bs, Ankara, Gazi Kitap Evi, 2000.
- Öztek, Zafer
Eren, Nevzat : **Sağlık Yönetimi, Halk Sağlığı Temel Bilgiler**, Ankara, Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı Yayını, 1997.
- Sağlık Bakanlığı : **Yataklı Tedavi Kurumları İstatistik Yıllığı**, 2005.
- Sağlık Bakanlığı : **Sağlık İstatistikleri**, 2004.
- Sağlık Bakanlığı : **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Ankara, 2008.
- Sağlık Bakanlığı : **Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010**, Ankara, Refik Saydım Hıfssısiha Merkezi Başkanlığı Hıfssısiha Merkezi Müdürlüğü, SB Yayın No:832.
- Sandier, Simone
Paris, Valerie
Polton, Dominique : **Health Care Systems in Transition: France**, Kopenhag, WHO Regional Office For Europe, Cilt: 6, Yayın No: 2, 2004.
- Roberts, Marc J
Hsiao, William
Bermen, Peter
R.Reich, Michael : **Sağlık Reformunun Doğru Yapılması**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Yayın No:784, 2010.

- Sargutan, Erdal : **Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri**, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayını, 2006.
- SB : **Sağlık İstatistikleri**, 2004.
- SB : **Aile Hekimliği Türkiye Modeli**, 2004.
- Serin, İlhan : **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, 1. bs., Ankara, Kazancı Yayınları, Ekim 2004.
- Seyyar, Ali : **Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri**, İstanbul, Özürlüler İdaresi Başkanlığı Yayınları, 2004.
- SGK : **Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği**, Resmi Gazete, 28 Ağustos 2008, Sayı: 26981.
- Sorman, Guy : **Liberal Çözüm: Dünyada Piyasa Ekonomisi Uygulamaları**, 1.bs., İstanbul, TÜSİAD Yayınları, 1987.
- Sözer, Ali Nazım : **Sosyal Devlet Uygulamaları**, İzmir, Türkiye İşçi Emeklileri Yayını, 1997.
- SSK Genel Müdürlüğü : **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Mevzuatı**, Ankara, Yayın No:590.
- Stanko, Dariusz : **Social Security in Theory and Practice: An Essay**, Econ WPA Public Economics Working Papers, No: 0401007, 2004.

- Şahinöz, Saime,
Şahinöz, Turgut
Aydın, Dursun
Eker, H. Hüseyin
Uzar, Ahmet. : **Yerel Yönetimlerde Sağlık Hizmetleri**, Ankara, Sağlık Eğitimi ve Yönetimi Derneği Yayınları 1, Mayıs 2007.
- Şakar, Ayşe Yiğit : **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, İstanbul, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayınları, No: 22, 1999.
- Şakar, Müjdat : **Sosyal Sigortalar Uygulaması**, Beta Yayınevi, 9.bs., 2009, İstanbul.
- Talas, Cahit : **Toplumsal Ekonomi**, 7. bs, Ankara, İmge Yayınları, 1997.
- T.C. Başbakanlık : **Stratejik Plan 2011–2015**, Ankara, Ağustos 2010.
- Tiemman, Sussanne : **Gesundheitssysteme in Europa, Experimentierfeld zwischen Stat und Markt**, Schriftenreihe der GVG.
- Tokat, Mehmet : **Türkiye’de Sağlık Sektörünün Finansmanı**, 1. bs, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, 1993.
- Tomanbay, İlhan : **Sosyal Çalışma Sözlüğü**, Ankara, 1999.
- TTB : **Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 Yılı**, TTB Yayınları, Ekim 2012, Ankara.
- Tuncay, Aziz Can : **Türk Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**, Beta Yayınları, 7. bs, İstanbul 1997.

- Tunçomağ, Kenan : **Sosyal Sigortalar**, 5. bs, İstanbul, Beta Yayınları, 2010.
- TİSK : **Rakamlarla Türkiye**, TİSK Yayınları, 2009.
- TÜİK : **İşgücü İstatistikleri**, 2011.
- TÜİK : **İstatistikî Göstergeler 1923–2004**, T.C. Başbakanlık Yayınları, Yayın No:0535.
- TÜSİAD : **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri; Türk Sanayiciler ve İşadamları Derneği**, Eylül 2004, Yayın No: 2004–09/380.
- Uğur, Suat : **Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Özel Emeklilik Programlarının Yeri Ve Gelişimi**, Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Yayın No: 244, Haziran 2004.
- Uşan, Fatih : **Türk Sosyal Güvenlik Hukukunun Temel Esasları**, Seçkin Yayınevi, 2.Baskı, Ankara 2009.
- Tuncay, A. Can
Ekmekçi, Ömer : **Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları**, Legal Yayınevi, 2.Baskı, İstanbul, 2009.

MAKALELER

- Abel-Smith, Brian : “Funding Health For All: Is The Insurance Answer?”, **World Health Forum**, Volume 7, 1987, s. 90–96.
- Akalın, Erdal : “Sağlık Reformu Amaçlar, İlkeler ve Ülkeler”, **Makro Bakış**, 2005, Sayı: 1, s. 9–15.
- Akdur, Recep : “Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık”, Ankara, **12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı**, 2008, s. 77–84.
- Aksoy, Burak : “Dünya sağlık sisteminden Türkiye için önemli dersler”, **SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Kış–2008, Sayı:5, s.32–37.
- Alaszewski, Andy : “Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom”, **Centre for Health Services Studies**, University of Kent at Centerbury, 2003, s. 10–21.
- Alceylan, Çetin : “Sosyal Güvenlik Açıklarımız ve Düünden Bugüne Sosyal Güvenlik Sistemimiz”, **Bütçe Dünyası**, Cilt 2, Sayı 26, 2007, s. 83–88.
- Alper, Yusuf : “Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Kriz ve Reform İhtiyacı, Ekonomik Denge”, **İşveren Dergisi**, Cilt:34, Sayı:5, Şubat 1996, s. 7–13.
- Alper, Yusuf : “İptal, Bir Fırsata Dönüşmelidir”, **Çimento İşveren**, Mart 2007, s. 4–19.

- Alper, Yusuf : “Sosyal Sigortalar Kurumu’nda Yeniden Yapılanma ve Denetim”, **Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi**, Cilt: 3 Sayı: 2, 2001, s. 44–48.
- Altay, Asuman : “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, Sayı 64, 2007, s.33–57.
- Arıcı, Kadir : “Sosyal Sigortada Adaletsizlik Kaynağı Norm Ve Standart Birliği Sorunu Çözülüyor Mu?”, **İşveren Dergisi**, Nisan 2008, s. 27–29.
- Arıcı, Kadir : “Sosyal Güvenlik Kurumunun Yeni Yapısı ve İşleyiş Esasları”, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri, 29–30 Kasım 2006, **Kamu-İş**, Ankara, 2007, s. 36–41.
- Arrow, Kenneth J. : “Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care”, **The American Economic Review**, Volume: 53, 1963, s. 37–39.
- Ataay, Faruk : “Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları”, **Amme İdaresi Dergisi**, Cilt: 41, Sayı: 3, 2008, Ankara, s. 169–184.
- B. Saltman, Richard
Figueras, Joseph : “Avrupa Ülkelerindeki Sağlık Reform Stratejilerinin Değerlendirilmesi”, (Çev. H. Hüseyin Yıldırım), **Toplum ve Hekim**, Cilt 14, Eylül- Ekim 1999, s. 390-396.

- Bandelow, Nils : “Das US-Amerikanische Krankenversicherungssystem”, **Ruhr-Universität Bochum Fakultät für Sozialwissenschaft Sektion Politikwissenschaft Seminar Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik im Vergleich**, 2004, s. 2–6.
- Başaran, Sermet :“Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Özürlüler”, **Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi**, Mart-Nisan 2003, Sayı:18, s. 9–12.
- Batirel, Ömer Faruk : “Sağlık Hizmetleri ve Devlet Politikası”, **MÜİBF Dergisi**, Cilt 3, Sayı 3, 1986, s. 172–176.
- Belek, İlker : “Nasıl Bir Sağlık Sistemi? I Üretim Temelli Örgütlenme”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt:14, Sayı: 5, Eylül-Ekim 1999, s. 368–76.
- Berg, Marc
Van Der Grinten, Tom : “Priority Setting in Dutch Health Care”, **University Press Draft**, June 2001, s. 12–34.
- Busse, Reinhard : “The Health System in Germany”, **Eurohealth**, Volume: 14, No: 1, 2008, s. 5–12.
- Busse, Reinhard
Riesberg, Annette : “Health Care Systems in Transation: Germany, Kopenhag”, **WHO Regional Office For Europe**, Cilt: 6, Yayın No: 9, 2004, s. 12–18.
- Can, İsmail : “Almanya’da Devletin Yapısı ve Vergi Sisteminin Anayasal Temelleri”, **Maliye Dergisi**, Sayı:145 Ocak-Nisan 2004, s. 25–33.

- Çelikay, Ferdi
Gümüş, Erdal : “Sağlıkta Dönüşümün Ampirik Analizi”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, 2011, Cilt 66, No. 3, s. 55–92.
- Çetin, Rana : “İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları”, İstanbul, **Emek Dünyası Dergisi**, 2007, s. 3–11.
- Egeli, Haluk
Özen, Ahmet : “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Reform Sürecinin Değerlendirilmesi”, **Mevzuat Dergisi**, Ekim 2009, Sayı:142, s. 25–31.
- Enthoven, Alain C.
Kronick, Richard : “A consumer choice health plan for the 1990s”, **New England Journal of Medicine**, Volume 320, No: 1, 1989, s. 27–38.
- Erdoğan, M. Sarper
Ekuklu, Galip : “Almanya’da Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Kasım 1994, Cilt: 9, Sayı: 64–65, s. 66–73.
- Erdoğan, M. Sarper
Saltık, Ahmet : “Türkiye’de Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi”, Ankara, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 1996, Cilt: 11, Sayı: 74, s. 19–28.

- Ergör, Gül
Öztekin, Zafer : “The Development of National Health Policy in Turkey”, Exploring Health Policy Development in Europe, **WHO Regional Publications**, European Series, No:86, s. 97–101.
- Ersöz, Filiz :“Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi”, **İstatistikçiler Dergisi**, 2008, Sayı:2, s. 95–104.
- Ertan, Halil : “Sosyal Güvenlikte Kurumsallaşabilmek ve Sosyal Sigorta Sistemleri”, Ankara, **Çalışma ve Sosyal Güvenlik Dergisi**, Sayı 1, Cilt 10, Ocak-Mart 1999, s. 119–122.
- Eskiocak, Muzaffer : “Kentsel Bölgede Sağlık Örgütlenmesi: Çok Sektörlü Yaklaşım Aile Hekimliği Ülkemiz İçin Uygun Bir Model midir?”, **TTB Yayınları**, Ekim 2007, s.70–74.
- Figueras, Josep : “European Observatory on Health Systems and Policies”, **Health Care Systems in Transition**, 2011, Volume: 13, No:1, s. 21–28.
- Fisher, Elliott S.
Wennberg, John E. : “Health Care Quality, Geographic Variations, and the Challenge of Supply- Sensitive Care”, **Perspectives in Biology and Medicine**, Volume: 46, No: 1, 2003, s. 68–79.
- Fuchs, Victor R. : “The Competition Revolution In Health Care”, **Health Affairs**, Volume 7/3, 1988, s. 65–74.

- Gillion, Colin : “Social Security and Social Protection In The Developing World”, **Monthly Labour Review**, Eylül 1994, s. 24–31.
- Güzel, Ali : “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Öngörülen Reform Mevcut Sorunlara Çözüm mü?”, **Çalışma ve Toplum**, 2005, Sayı: 4, s. 61–76.
- Güzel, Ali : “Sosyal Güvenliğin Çağdaş Dinamikleri”, **Toprak İşveren Dergisi**, İstanbul, 1999, Sayı: 43, s. 10–15.
- Hindriks, Jean
De Donder, Philippe : “The Politics of Redistributive Social Insurance”, **Journal of Public Economics**, Volume: 87, 2003, s. 2639–2660.
- Hutton, Guy : “Indicators for Monitoring Health Sector Reform and the Sector-Wide Approach”, **Health Conference**, 27–28 November 2000, s.10–21.
- ILO : Social Security for All: Investing in Global Social and Economic Development, **Issues in Social Protection Discussion Paper**, Genova, No 16, 2006, s. 1–3.
- Joshua, Wiener M.
Jane, Tilly : “Cuellar Evans Alison; Consumer-Directed Home Care in The Netherlands, England and Germany”, **AARP Public Institut**, October 2003, s. 28–36.
- Kağan, Tufan : “Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Çalışma ve Toplum**, Sayı:8, s. 14–17.

- Kahya, Mehmet : “Sigorta Sektörünün Ekonomik Kalkınmadaki Yeri ve Önemi ile Fon Yaratma İşlevi ve Sermaye Piyasalarındaki Etkinliği”, **Reasürör**, Temmuz 2000, s. 24–28.
- Kania, H. J. Munich : “Sağlık Sigortaları Raporu” **Re-Aktüerler Derneği**, II. Uluslararası Semineri, İstanbul, 1992, s.1–5.
- Kesgin, Coşkun
Topuzoğlu, Ahmet : “Sağlığın Tanımı, Başaçıkma”, **Journal of İstanbul Kültür University**, Sayı: 2006/3, s. 47–49.
- Kılıç, Bülent : “ABD Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, 1994, Cilt: 9, s. 64–69.
- Kolata, Gina : “Research Suggests More Health Care May Not Be Better”, **The New York Times**, 21 July 2002, p. 17–22.
- Köse, H. Ömer : “Küreselleşme Sürecinde Devletin Yapısal ve İşlevsel Dönüşümü”, **Sayıştay Dergisi**, 2003, Sayı: 49, s. 3–46.
- Mc Canne, Don : Health Care Systems-Four Basic Models; **Physicians For A National Health Program (PNHP) Chicago**, (Çevrimiçi), <http://www.pnhp.org> 12 Aralık 2012.
- Muter,Naci Birol
Gökbunar, Ramazan : “Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sisteminin Makro Sorunları Ve Çözüm Önerileri”, **İstanbul, Marmara Üniversitesi İİBF Dergisi**, Cilt: 14,

Sayı: 1, 1998, s. 280–289.

- Oral, İlhan : “ABD ve İngiltere Kamu Sağlık Sigortaları Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme”, Eskişehir, **Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Cilt: 2, No:2, 2002, s. 61–78.
- Okur, Ali Rıza :“Sosyal Güvenlik Reformu ve Genel Sağlık Sigortası”, **Legal İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku Dergisi**, 2006/12, s.1288–1297.
- Orhaner, Emine : “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası”, **Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi**, Ankara, 2006, Sayı: 1, s.1–22.
- Ovalı, Fahri :“Amerikan sağlık sistemi Obama ile “değişiyor mu?” **SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi**, Aralık-Ocak-Şubat 2008–2009, Sayı: 9, s. 42–47.
- Öz, Ersan : “Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Durumu ve Reorganizasyon Arayışları”, **Sosyo-Ekonomi Dergisi**, Yıl: 1, Sayı: 2, Temmuz -Aralık 2005, s. 183–200.

Özdemir, Oya
Ocaktan, Esin

- Akdur, Recep : “Sağlık Reformu Sürecinde Türkiye ve Avrupa’da Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi”, Ankara, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası**, Cilt: 56, Sayı: 4, 2003, s. 212–219.
- Özdemir, Yusuf Ekrem : “Cumhuriyet Dönemi Sağlık Politikaları”, **Yeni Türkiye Dergisi**, Sayı: 39, Mayıs-Haziran 2001, s. 272–279.
- Özveri, Murat : “Yoksulluğun Yönetilmesi ve Sosyal Güvenlik Hakkı”, **Praksis**, Sayı: 9, 2003, s. 329–332.
- Pekten, Ali :“Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler”, **Sayıştay Dergisi**, Nisan-Haziran 2006, Sayı: 61, s.119–139.
- Sayan, İpek Özkal
Küçük, Aziz :“Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği”, **Ankara Üniversitesi SBF Dergisi**, Cilt 67, No: 1, 2012, s. 171–203.
- Sagher, Fauzi A. : “Healthcare Systems (Part 2) the French Experience”, **Jamahiriya Medical Journal**, Cilt: 8, No: 3, 2008, s.151–164.
- Saltık, Ahmet : “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Cilt: 10, Sayı: 68, 1995, s. 33–39.

- Schneider, Udo : “Asymmetric Information and the Demand for Health Care-the Case of Double Moral Hazard”, **Diskussionspapier**, April 2003, ISSN 1611–3837, Universiteat Bayrauth, s. 30–40.
- Schuster, Mark A.
McGlynn, Elizabeth A.
Brook, Robert H :“How Good is the Quality of Health Care in the United States?” **The Milbank Quarterly**, Volume 76–4, 1998, s. 531–560.
- Schopper, Doris
Baumann-Hölzle, Ruth
Tanner, Marcel : “Rationierung im Gesundheitswesen: Was könnte die Schweiz von anderen laendern lernen?”, **Schweizerische Aerztezeitung**, 2002, Nr.44, s.78–89.
- Soyer, Ata :“Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirme”, **Birikim Dergisi**, Sayı: 70, Şubat 1995, s. 44–48.
- Sözer, Ali Nazım : “Genel Sağlık Sigortası: Reform mu Deform mu? Sağlık Hakkı Açısından Mukayeseli bir Değerlendirme”, Yeni Düzenlemeler Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Mevzuatı Semineri (29–30 Kasım 2006), Ankara, **Kamu-İş Yayınları**, 2007, s.130–138.
- Tatar, Mehtap : “Genel Sağlık Sigortası Türkiye Modeli: Teori ve Uygulamalar”, **Makro Bakış: Sağlık Politikası Gündemi**, Sayı: 2, 2006, s. 4–21.

- Tekin, Fazıl : “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, Eskişehir, **Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 5, Sayı: 1, 1987,s. 33–40.
- Teksöz, Tuncay : “Mevcut sistem mali açıdan sürdürülebilirliğini yitirmiştir”, **TİSK İşveren Dergisi**, Kasım 2005, s. 27–31.
- Teksöz, Tuncay
Kaya, Yalçın
Helvacıoğlu, Kerem : “Sağlık Reformunun Sonuçları İtibariyle Değerlendirilmesi”, **Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı**, 2009. (Çevrimiçi), 15 Kasım 2011, <http://www.tepav.org.tr>, s. 2–8.
- Teksöz, Tuncay
Helvacıoğlu, Kerem : “Genel Sağlık Sigortası’nın Mali Sürdürülebilirlik Açısından Analizi: 2009’da ne oldu?” **TEPAV**, Kasım 2009, s. 2–7.
- TİSK : “Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Yeniden Yapılandırılması”, **TİSK İnceleme Yayınları**, 2007, Sayı: 160, s. 24–28.
- Tuncay, Can : “Sosyal Güvenlik Krizi Çözümlemeyecek mi?”, **MESS, Mercek Dergisi**, Ocak 1998, s. 63–67.
- Tuncay, Can :“TÜSİAD’ın Sosyal Güvenlik Raporunun Ardından”, **Çimento-İşveren Dergisi**, Ocak 1998, Sayı: 1, Cilt: 12, s. 18–24.

- Türk, Meral : “Fransız Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Mayıs – Haziran 2007, cilt 22, sayı: 3, s. 5–9.
- Tüylüoğlu, Şevket
Tekin, Mustafa : “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri” **Çukurova Üni. İİBF Dergisi**, Cilt:13. Sayı:1. Haziran 2009, s. 1–31.
- Uğurluoğlu, Ece
Özgen, Hacer :“Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet”, **H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi**, 2008,Cilt:11, Sayı:2, s. 134–157.
- Woolhandler, Steffi
Himmelstein, David U. : “The deteriorating administrative efficiency of the U.S. health care system”, **N Engl. J. Med.**, 1991, Volume 324, s. 1253-1258.
- Worz, Markus
Busse, Reinhard : Analyzing the Impact of Health-Care System Change in the EU Member States-Germany, **Health Economics**, Volume 14, s. 21–28.
- Yavaşı, Mahmut : “Avrupa Birliği Tek Sigorta Pazarı ve Hukuku”, **Reasürör**, Sayı: 35, s. 30–35.

Yılmaz, Binhan Elif

Şeker, Murat

: “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar Ve Bir Alan Araştırması”, İstanbul, **Sigorta Araştırmaları Dergisi**, Sayı: 2, 2006, s. 70–77.

Yücel, Ali

: “Sağlık Sigortası Sistemleri ve Özel Sigortanın Yeri”, **Reasürör**, No17, s.14–17.

Zengingönül, Oğul

: “Sosyal Politika-Esnek Çalışma Biçimleri Paradoksunda Avrupa Birliği Örneği”, Dokuz Eylül Üniversitesi, **Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt: 5, Sayı: 4, 2003, s. 166–169.

TEZLER

Arabacı, Rabian Yüksel

: “Gelirin Yeniden Dağılımında Bir Araç Olarak Sosyal Güvenlik”, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Bursa, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2007.

Ay, Gülender

: “Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Bireysel Emeklilik Sistemi”, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) İstanbul, Marmara Üniversitesi, 2003.

Bass, Elizabeth

: “Health Insurance Covarage in America: Are Immigrant Different?”, (Doctor Thesis), Chicago, University of Illinois At Chicago, 2003.

- Bostancı, Yalçın : “Sosyal Güvenlik Hukukunda Genel Sağlık Sigortası”(Yayınlanmamış Doktora Tezi), Konya, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Bolat, Murat : “Ekonomik ve Sosyal Yönleriyle Sağlık Kavramı”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997.
- Çelikoğlu, İlyas : “Sosyal Güvenlik Finansman Yöntemleri ve Türkiye Uygulaması”, (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Ankara, DPT Yayını, No 2355, 1994.
- Dalbay, Özkan : “ISO 9001: 2000 Kalite Yönetim Sistemi ve Kamu Hastanesinde Uygulamaya Yönelik Model Önerisi”, (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul, İstanbul Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2002.
- Gülcan, Erhan : “Avrupa Birliği’nde Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Karşılaştığı Sorunlar ve Türk Sosyal Güvenlik Sistemi”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2006.
- Günaydın, Ayşe : “Aile Hekimlerinin 5510 Sayılı Genel Sağlık Sigortası Kanununu Değerlendirmeleri”, (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kurşunlu, Elif : Avrupa Birliği Müktesebatının Uygulanması Çerçevesinde İdari Kapasite, Uzmanlık Tezi, Avrupa Birliği Genel Sekreterliği, Ankara, 2004.

Yıldız, Abdunnur : Türkiye Sosyal Güvenlik Sistemi İçinde Kamu Sosyal Güvenlik Harcamaları, (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2000.

İTERNET KAYNAKLARI

Ak, Mehmet Zeki, Cicioğlu, Şükrü, “Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması Gereği Ve Reform Paketi”, e-akademi Hukuk, **Ekonomi Ve Siyasal Bilimler Aylık İnternet Dergisi**, , Sayı: 54, (Çevrimiçi) www.e-akademi.org, 22 Ağustos 2006.

“Almanya Sağlık Sistemi”, (Çevrimiçi), <http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012/03/03/almanya-saglik-sistemi-germany-of-health-system/> 10 Ekim 2012.

Başgöl, Çiğdem- Keskin, İrem -Kara, Halil-Aksoy, Mustafa, Sağlık “Alanında Yeni Bir Hizmet: Evde Sağlık Hizmetleri”, (Çevrimiçi), www.asm.gov.tr/.../Dosyalar/.../02_02_2012_10_52_37.doc , 10 Ekim 2012.

Bilen, Mahmut, Öncel, Abidin, “Sağlık Hizmetleri ve Kurumsal Etkinlik Analizi: Sosyal Güvenlik Reformu Ekseninde Bir Değerlendirme”, (Çevrimiçi) <http://www.iudergi.com/tr/index.php/sosyalsiyaset/article/viewFile/344/316>, 20 Ekim 2011.

Buharalı, Can, “Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Ekonomisi”, (Çevrimiçi) http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/Turkey-tr_Ishc_SaglikEkonomisi-2008_170908.pdf, 22 Mart 2010.

Buharalı, Can, “Türkiye’de Sağlık Ekonomisi ve İlaç Sanayi”, (Çevrimiçi) www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/.../turkey_tr_saglik_ilac_130711.pdf, 15 Mayıs 2012.

Burgermeister, Jane, “Germany reaches controversial deal on healthcare reform”, 2003, (Çevrimiçi) <http://www.bmj.com/cgi/content/extract/327/7409/250-a>, 29 Şubat 2011.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (Çevrimiçi) www.calisma.gov.tr, 20 Kasım 2011.

Coudron, Jose, “Frankreich: Gegendas Abgleiten Richtung Restwohlfahrtsstaatkaempfen. In Frankreich und in der Europaeischen Union Reformen für Fortschritt und Effektivitaet der Systeme der Sozialen Sicherung aufbauen”, 2004, (Çevrimiçi) www.rosalux.de/cms/fileadmin/rls_uploads/pdfsThemen/Sozialpolitik/Beitrag_Frankreich, 09 Kasım 2010.

Deloitte-Yased, “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, Haziran 2012 , s. 43. (Çevrimiçi) <http://www.yased.org.tr/webportal/Turkish/Yayinlar/Documents>, 10 Aralık 2012.

DPT, “Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)”, Ankara, 1963, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr , 12 Eylül 2010.

DPT, “İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)”, Ankara, 1967, (Çevrimiçi), www.dpt.gov.tr, 10 Ekim 2009.

DPT, “Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977)”, Ankara, 1973, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr 10 Nisan 2010.

DPT, “Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983)”, Ankara, 1979, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 10 Eylül 2010.

DPT, “Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)”, Ankara, 1985, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 10 Eylül 2010.

DPT, “Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)”, Ankara, 1989, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 10 Eylül 2010.

DPT, “Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000)”, Ankara, 1995, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 10 Eylül 2010.

DPT, “Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)”, Ankara, 2000, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 11 Eylül 2010.

DPT, “Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)”, Ankara, 2006, (Çevrimiçi) www.dpt.gov.tr, 11 Ekim 2010.

“Dutch Health Care Performance Report”, 2008, (Çevrimiçi) www.healthcareperformance.nl , 01 Haziran 2009.

Evan, Robert G., “Financing Health Care: Taxation and the Alternatives”, <http://ebookbrowse.com/evans-r-g-2002-taxation-and-the-alternatives-in-funding-health-care-financing-health-care-options-for-europe-pdf-d226479860> (Çevrimiçi), 10 Ekim 2012.

Göl, Kamil, “Sağlıkta Neoliberal Dönüşüm: Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Piyasalaştırılması”, (Çevrimiçi) <http://www.muhalet.org/yazi-saglikta-neoliberal-donusum-dunyada-ve-turkiyede-sagligin-piyasalasmasi-prof-dr-kamil-gol-0-1514.aspx>, 16 Ekim 2012.

Halil İbrahim Çiftçi, (Çevrimiçi), “Çeşitli Ülkelerde Sağlık Sistemleri ve Finansmanı”, http://tusad.net/tusadd/index.php?option=com_content&view=article&id=38:cetluelkelerde-salik-sistemi-ve-fnansmani&catid=22:salkta-finansman&Itemid=59, 27 Ekim 2012.

Health Insurance in France, (Çevrimiçi) <http://www.ess-europe.de/en/france.htm>, 12 Temmuz 2009.

“Health Insurance in France”, (Çevrimiçi) http://www.fnak.fr/dn_health_cover_system_france/HealthInsurance_infance.html, 04 Nisan 2009.

Hogberg, David. “Sweden's Single-Payer Health System Provides a Warning to Other Nations”, (Çevrimiçi) http://www.nationalcenter.org/NPA555_Sweden_Health_Care.html, 10 Ekim 2012.

İMDB, (Çevrimiçi) <http://www.imdb.com/media/rm4119040768/tt0386032>, 15 Mayıs 2012.

Keyder, Çağlar, Yoltar, Çağrı, Üstündağ, Nazan, “Dünya sağlık sistemleri dönüşümü perspektifinden, Türkiye’de sağlık hizmetleri kullanıcılarının sorunları, tercihleri ve alternatif sağlık modelleri”, (Çevrimiçi) http://www.spf.boun.edu.tr/docs/BU_SPF_Arastirma_Projesi-Saglik.pdf, 06 Temmuz 2011.

Koen, Vincent, “Public Expenditure Reform The Health Care Sector in The United Kingdom”, (Çevrimiçi) <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver> 10 Mart 2012.

Lafferty Publications, “The Health Insurance Opportunity”, (Çevrimiçi) http://www.who.int/health_financing/documents/europe_funding_options.pdf, 11 Haziran 2010.

Maliye Bakanlığı’ndan Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ, Sıra no:12, Resmi Gazete, Sayı: 27353. 18 Eylül 2009.

Milli Eğitim Bakanlığı, “Muhasebe ve Finansman, Sigorta Kuruluşları İşlemleri”, 344MV0045, Ankara 2011, s.4., (Çevrimiçi) <https://drive.google.com>, 13 Ekim 2012.

Musgrove, Philip, Zeramardini, Riadh, Carrin, Guy “Basic Patterns in National Health Expenditure”, (Çevrimiçi) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11953792>, 25 Aralık 2011.

Normand, Charles, Weber, Axel, “Social Health Insurance: A Guidebook for Planning”, (Çevrimiçi) <http://libdoc.who.int/publications/50786.pdf>, 20 Aralık 2010.

OECD, “Health Data”, (Çevrimiçi) www.oecd.org/health/healthdata, 11 Mayıs 2009.

Pala, Kayıhan, “Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?” (Çevrimiçi) http://www.nilufer.bel.tr/alt/pdf_doc/saglik_reformu.pdf, 16 Kasım 2011.

Pannarunothai, Supasit - Patmasiriwat, Direk - Srithamrongsawat, Samrit, “Universal Health Coverage in Thailand: Ideas for Reform and Policy Strugglin”, Health Policy, 2004, s. 18, (Çevrimiçi) <http://www.sciencedirect.com/science/article/>, 18 Aralık 2009.

Resmi Gazete, 2828, (Çevrimiçi) www.resmigazete.gov.tr, 24.05.1983.

Sağlık Bakanlığı (Çevrimiçi) www.saglik.gov.tr, 15 Mayıs 2012.

Sağlık Bakanlığı (Çevrimiçi) http://www.tusak.saglik.gov.tr/saglik_istatistikleri_yilligi_2010.pdf, 05 Mayıs 2012.

Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi) www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/13_05_seminer.pdf, 11 Kasım 2011.

Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi) <http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/abkd/usp/halk/04.doc>, 27 Aralık 2009.

Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi) <http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73090/h/turreporttur.pdf>, 12 Aralık 2011.

Sağlık Bakanlığı, (Çevrimiçi) www.sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/13_05_seminer.pdf, 11 Kasım 2011.

SGK İstatistikleri, “Aylık İstatistik Bülteni”, (Çevrimiçi) www.sgk.gov.tr, Aralık 2011, (Çevrimiçi) www.sgk.gov.tr, 20 Eylül 2011.

SGK İstatistikleri, Aylık İstatistik Bülteni, (Çevrimiçi) www.sgk.gov.tr, Şubat 2008, 11 Ekim 2009.

SGK, “5510 Sayılı Kanun Gereğince Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar, Sayılmayanlar”, Sigortalılığın Başlangıcı, Kuruma Bildirilmesi Hakkında Tebliğ, 28.09.2008 tarih, 27011 sayılı Resmi Gazete, 13 Eylül 2011.

Sheldon, Utrecht Tony, “Dutch government introduces swingeing cuts to health spending”, (Çevrimiçi) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1142528/>, 12 Temmuz 2010.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, (Çevrimiçi) www.sgk.gov.tr, 10 Ekim 2009.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası (SSGSS) Yasasının II. Uygulama Yılında Sağlık ve Sosyal Güvenlik Raporu, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası (SES), Ankara, 2010.

Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Tasarısının Gerekçesi, (Çevrimiçi) <http://www2.tbmm.gov.tr/d22/1/1-1008.pdf>, 18 Ekim 2012.

Soyer, Ata, “ABD’de Sağlık”, Evrensel Gazetesi, 2007, (Çevrimiçi)
<http://www.evrensel.net>, 29 Eylül 2010.

Sur, Haydar, “Sağlık Hizmetlerinin Geçmişi ve Gelişimi”, (Çevrimiçi)
<http://www.merih.net/m1/whaysur12.htm>, 10 Ekim 2012.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, (Çevrimiçi)
www.tamamlayici-sigorta.com/ts.doc, 18 Kasım 2011.

TBMM, (Çevrimiçi) www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1139m.html, 05 Kasım 2011.

TBMM, (Çevrimiçi) <http://pbk.tbmm.gov.tr/dokumanlar.pdf>, 10/07/2012.

TEPAV, “Sağlık Reformunun Çıktılar İtibariyle Değerlendirilmesi”, (Çevrimiçi)
http://www.tepav.org.tr/upload/files/1282135827-4.Saglik_Reformunun_Sonuclari_Itibariyle_Degerlendirilmesi.pdf, 05 Mayıs 2012.

TEPAV, “Toplumun Kamu Yönetimine ve Kamu Hizmetlerine Bakışı Araştırması”,(Çevrimiçi)
http://www.tepav.org.tr/upload/files/haber/1255422920r8846.Toplumun_Kamu_Yonetimine_ve_Kamu_Hizmetlerine_Bakisi.pdf, 11 Kasım 2011.

TEPAV-MİR, Mali İzleme Raporu, İstikrar Enstitüsü, 2012 Mali Yılı Bütçesi ve Makro Çerçeve, (Çevrimiçi) <http://www.tepav.org.tr>, 20 Kasım 2012.

TÜBİTAK, (Çevrimiçi) http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/EK-18.pdf, 22 Mayıs 2012.

TÜİK, (Çevrimiçi), <http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do>, 05 Kasım 2011.

TÜİK, Nüfus İstatistikleri (Çevrimiçi) http://www.tuik.gov.tr/Gosterge.do?metod=GostergeListe&alt_id=39, 05 Mayıs 2012.

TÜİK, (Çevrimiçi) http://www.tuik.gov.tr/Kitap.do?metod=KitapDetay&KT_ID=11&KITAP_ID=15, 10/10/2012.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, (Çevrimiçi), <http://www.tbmm.gov.tr/anayasa.htm>, 10. Kasım 2011.

US Social Security Administration, “Social Security Programs Throughout The World”, 1999, (Çevrimiçi) <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2010-2011/europe/index.html>, 11 Kasım 2010.

Üstünel, Aziz, “İngiliz ve Amerikan Sağlık Sisteminin Karşılaştırılması”, (Çevrimiçi) <http://www.merih.net/m1/waziust21.html>, 11 Haziran 2010.

Van de Ven, Wynand , “The future of the Dutch health insurance system”, (Çevrimiçi),http://www.cpb.nl/eng/pub/cpbreeksen/cpbreport/2000_2/s4_4.pdf, 10 Mayıs 2010.

WHO, “The World Health Report 2000”, (Çevrimiçi) https://www.who.int/health-systems-performance/docs/articles/lancet_navarro.pdf, 05 Kasım 2011.

World Bank, (Çevrimiçi) www.worldbank.org.tr, 10 Ekim 2009.

Yalçın, Türkan, Yıldırım, Hasan, “Sağlık Sistemlerinin Performansını Değerlendirmede Bir Çerçeve” (Çevrimiçi) <http://www.absaglik.com>, 21 Ağustos 2010.

Yılmaz, H.Hakan -Emil, Ferhat Social Expenditures at Different Levels of Government : Turkey. World Bank Background Paper, 2010, s.3 (Çevrimiçi) <http://www.worldbank.org.tr>, 17 Ekim 2012.

(Çevrimiçi) www.whitehouse.gov, 18 Ekim 2009.

(Çevrimiçi), “Health Consumer Powerhouse Euro Health Consumer Index 2012 Report”, <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>, 10 Ekim 2012.

(Çevrimiçi), www.dh.gov.uk/overseasvisitors, 05 Mayıs 2009.

Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemi, (Çevrimiçi), <http://saglikyonetimi.wordpress.com/2012/03/03/amerika-birlesik-devletleri-saglik-sistemi/> 16 Ekim 2012.

(Çevrimiçi) [http:// www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), 14 Kasım 2011.

(Çevrimiçi) <http://eski.tsrbs.org.tr/private/trk/sayi13/ince132.html>, 14 Ekim 2009.

(Çevrimiçi) <http://rega.basbakanlik.gov.tr/eskiler/2008/05/20080508-1.htm>, 29 Ocak 2010.

(Çevrimiçi) <http://wales.gov.uk/topics/health/nhswales/about/healthinformation/forms/?lang=en>, 11 Mayıs 2009.

(Çevrimiçi) http://www.sendika.org/yazi.php?yazi_no=30024, 07 Mayıs 2012.

(Çevrimiçi) http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0506100, 10 Haziran 2009.

(Çevrimiçi) http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0506200, 10 Haziran 2009.

(Çevrimiçi) <http://www.tahud.org.tr/modulus/bilgiler/index.php>, 17 Temmuz 2011.

Celal DAĞ'ın Özgeçmişı

1970 yılında Elazığ'da doğan Celal DAĞ, ilk, orta ve lise eğitimini Elazığ'da tamamlamıştır. 1987-1988 Eğitim öğretim yılında Dicle Üniversitesi Meslek Yüksek Okulunda bir yıl İşletme bölümünde okuduktan sonra, 1988-1989 öğretim yılında Anadolu Üniversitesi Kütahya İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde İşletme bölümüne girmiştir. Bir yıl bu okulda başarılı geçen çalışmaları sonucunda 1989 yılında yatay geçişle Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi'nde eğitimine devam etmiş, 3 yıl bu okulda İşletme bölümünde okuyan Celal DAĞ, 1992 yılında okul birincisi olarak mezun olmuştur. 1992-1993 yıllarında Almanya'nın Stuttgart Üniversitesi'ne master programı için giden Celal DAĞ, dil eğitimi sonrası yurda dönmüş, 1993 yılında İstanbul Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesinde yüksek lisansa başlamıştır. “Hastanelerde Toplam Kalite Yönetimi ve EFQM Mükemmellik Modeli” adlı tezi ile 2001 yılında yüksek lisans programını tamamlayan Celal DAĞ, 2003-2004 yıllarında Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezinde (ATAUM) Avrupa Birliği Uzmanlığı Sertifika Programına katılmış ve başarı ile tamamlamıştır.

İş yaşamına 1993 yılında SSK Teftiş Kurulu'nda Genel Müdürlük Müfettiş Yardımcısı olarak başlayan Celal DAĞ, sırasıyla Genel Müdürlük Müfettişi ve Genel Müdürlük Başmüfettişi unvanlarıyla kamuda 15 yıl görev yapmış, 2008 yılında ise özel sektöre geçmiştir. Halen Acıbadem Sağlık Grubunda Hastane Direktörü olarak görev yapmaktadır.