



1. GİRİŞ

İnsanı yaşatmak hedefini sağlıklı toplum vizyonu ile değerlendirecek olursak etkili sağlık politikalarını ve bu politikaların finansmanını oluşturmak; atılacak adımların başında gelmektedir. 'Sağlık hizmeti sunumunda sağlık sigortasının yeri' konusu da tam olarak burada karşımıza çıkmaktadır. Bu durumu açıklayabilmek için devletin sağlık hizmeti sunumunda üstleneceği rol, vatandaşa yükleyeceği sorumluluklar ya da temel olarak sağlık hizmet sunumunun finansmanının nasıl kurgulanacağı konularının irdelenmesi önem arz etmektedir.

Devletler, toplumun sağlık koşullarını iyileştirme, sağlığı olumsuz etkileyecek etmenleri yok etme, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini etkin ve sürdürülebilir kılma süreçlerinde önemli bir rol üstlenmektedir. Bu süreçte sağlık hizmetinin miktar ve kalitelerinin artması aynı zamanda harcamaların da artması demektir. Artışın dengeli ve kontrollü dağılımı için finansmanın hangi kaynaklardan ve hangi şekilde karşılanacağı konusu elzemdir (Orhaner, 2006). Söz konusu sağlık hizmetlerinin finansmanındaki temel amaç ise sürdürülebilir bir kaynak oluşturmak ve toplumun finansal olarak hizmetlere erişimini sağlayabilmektir. Sağlık harcamalarının ülke ekonomisinden aldıkları pay ve finansman dünya üzerinde devamlı olarak tartışılmakta ve politika karar vericilerinin gündem konularında yer almaktadır (Tatar, 2011). Nitekim ülkelerin sağlık hizmeti finansmanına

Sağlık Hizmeti Sunumunda Sağlık Sigortasının Yeri Ve Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması

The Place Of Health Insurance In Health Service Provision And The General Health Insurance Practice In Turkey

Umutcan ALTUN

Yüksek Lisans Öğrencisi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul/Türkiye

ÖZET

Sağlık sigortası; kişilerin sağlık bakım masraflarını finanse eden bir araçtır ve finansman kaynakları geçmişten günümüze çeşitlilik kazanmıştır. Eşit ve sağlıklı bir toplumu/nüfusu oluşturmanın yolu güçlü bir sağlık sistemi oluşturabilmekten geçmektedir. Sağlık hizmetine erişimde politikalar yapılırken ve sağlıklı toplumu inşa edebilmek için finansman oluşturulurken reformlarda hakkaniyet gözetilmelidir. Sağlıklı toplumu oluşturabilmek için bir anlamda sistem dışında kimseyi bırakmamayı hedefleyen Genel Sağlık Sigortası uygulaması Türkiye sağlık sisteminin önemli bir dönüm noktası niteliğindedir.

Bu çalışmada, sağlık hizmeti sunumunda sağlık sigortasının yeri ve önemini literatür desteğiyle ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu çerçevede Türkiye'deki genel sağlık sigortası uygulamasına da değinilmiş ve kapsamlı bir derleme ile özellikle finansman yöntemlerinin sağlık politikalarındaki rolü değerlendirilmiştir. Çalışma derleme yöntemi olarak tasarlanmıştır. Sonuç olarak sağlık sigortacılığının sağlık sistemlerinin üç temel amacı olan genel sağlık durumunu iyileştirmek, cevap verebilirlik, finansal koruma ve adalet faktörlerinin tümüne hizmet ettiği görülmektedir. Bu nedenle sağlık sistemlerinin planlanması ve uygulanması aşamasında sağlık sigortasının ve faydalarının göz önünde bulundurulması büyük önem taşımaktadır. Ayrıca sağlık sigortası, özel sağlık sigortası ve kamu sağlık sigortası (Genel Sağlık Sigortası) olmak üzere iki farklı açıdan değerlendirilmelidir. Bu sayede sağlık sigortasının sağlık sistemindeki yeri tam olarak belirlenebilmekte ve erişilebilirlikte eşitlik ilkesine uygun olarak tüm vatandaşlara hizmet sunulabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sistemi, Sağlık Hizmetleri Finansmanı, Sağlık Sigortası, Genel Sağlık Sigortası

ABSTRACT

Health insurance; It is a tool that finances the health care expenses of individuals and the sources of financing have diversified from past to present. The way to create an equal and healthy society/population is to create a strong health system. Equity should be taken into account in reforms while making policies in accessing health services and creating financing to build a healthy society. The General Health Insurance application, which aims not to leave anyone outside the system in order to create a healthy society, is an important turning point in the Turkish health system. In this study, it is aimed to reveal the place and importance of health insurance in the provision of health services with the support of the literature. In this context, the general health insurance practice in Turkey was also mentioned and the role of financing methods in health policies was evaluated with a comprehensive compilation. The study was designed as a compilation method. As a result, it is seen that health insurance serves all of the three main objectives of health systems, which are to improve the general health status, responsiveness, financial protection and fairness. For this reason, it is of great importance to consider health insurance and its benefits during the planning and implementation of health systems. In addition, health insurance should be evaluated from two different perspectives as private health insurance and public health insurance (General Health Insurance). In this way, the place of health insurance in the health system can be determined exactly and service can be provided to all citizens in accordance with the principle of equality in accessibility.

Key words: Health System, Health Services Financing, Health Insurance, General Health Insurance

yönelik uyguladığı yöntem, ülkelerin sağlık ve esenlik hallerinin ana ölçütüdür. Bu özellikle, sağlık için yeterince ve hakkaniyetli bir erişimin sunulması amacıyla gereken sağlık harcamasını yapamamış/yapamayan düşük gelirli ülkeler için geçerlidir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010).

Özetle, sağlık sigortası; kişilerin sağlık bakım masraflarını finanse eden bir araçtır ve finansman kaynakları geçmişten günümüze çeşitlilik kazanmıştır. Bireyler işverenler tarafından özel sağlık sigortasına dahil olabileceği gibi bireysel olarak da sigortalanabilmekte; diğer birçokları da hükümetler/devletler tarafından sağlanan programların kapsamı altına dahil olmaktadır (Berchick ve diğerleri, 2019). Sağlık sigortasının sürekli olarak gündem içerisinde yer almasının sebebi genel olarak sağlık alanındaki (sektördeki, hizmetlere erişimdeki vb.) eşitsizlikler üzerindeki endişeler olmuştur. Bu endişeler doğrudan doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı ve anne ölüm oranı gibi ülke sağlık sisteminin seviyesini belirleyen göstergelerle de ilişkilidir (Watson ve diğerleri, 2021). Söz konusu bu göstergelere yani sağlıklı olma durumuna yönelik yapılan 100'den fazla makalenin literatür taraması çalışmasına göre (Levy ve Meltzer, 2004) sigortalıların sigortasızlara göre daha iyi sağlık sonuçlarına sahip olduğu görülmüştür. Yapılan bu çalışmada da sağlık hizmetlerinde sigortanın yerini literatür desteğiyle sunmak amaçlanmıştır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Sağlık

Sağlık, herhangi dünyevi bir nitelik ile mukayese edilemeyecek bir kavramdır. Bu kavramın dünya genelinde atfedildiği değere hizmet için kurulmuş olan Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bir anayasası bulunmaktadır. Söz konusu bu anayasa 1946 yılında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından kabul edilmiş; sonrasında 61 Devletin imzası ile 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmiştir. DSÖ anayasasında sağlık; 'sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir' şeklinde tanımlanmaktadır (DSÖ, 2021). Çok boyutlu ve çok faktör etkisi altında olan sağlığı etkileyen dört ana faktör şu şekilde sıralanabilmektedir; çevre, davranış, sağlık hizmetleri ve genetik (Şantaş, 2020).

2.2. Sağlık Hizmetleri

Kavram olarak incelendiğinde sağlık hizmeti, sağlık sektöründe merkez konumda olan 'asıl sağlık hizmetleri' anlamına gelmektedir. Sağlık çıktısını, ürününü, hizmetini ve sonucunu üreten/oluşturan tüm birey, örgüt, ürün ve hizmetlerin teşhis ve tedavi gibi ortak sağlık hizmeti üretimleri 'sağlık hizmetleri' olarak tanımlanabilmektedir (Sargutan, 2005). Daha basit bir tanımla; kişilerin bir şekilde sağlığını etkileyen, hastalığı tedavi eden, koruyan ve rehabilite eden her faaliyet sağlık hizmeti olarak yorumlanabilmektedir. Bu anlamda insan yaşamını doğrudan ilgilendiren sağlık hizmeti; farklı birçok bileşenin bir arada bulunduğu ve farklı örgütlerde gerçekleşen bir hizmet çeşididir.

2.2.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden en temel olanı toplumsal bir nitelik taşıyor olması ve nüfusun tamamını ilgilendiriyor olmasıdır. Kendine has özellikleri olan sağlık hizmeti diğer sektörlerden yapı ve işleyiş yönleriyle ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin beş temel özelliği aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Bağcı ve Atasever, 2020):

2.2.1.1. Hizmet Sürecine Hastanın Katılımı

Sağlık hizmetini sunan organizasyonlar ile hastalar karşılıklı etkileşim içerisinde, çünkü hastalar hizmet sürecinin hem girdisi olarak kabul edilir hem de hizmet veya tedavinin tamamlanmasından sonra hizmetin çıktısı olarak kabul edilir. Sağlık sektörü bu ilişki anlamıyla diğer sektörlerden temel olarak ayrılmaktadır.

'Kullanıcı katılımı' şeklinde işletme literatüründe adlandırılan bu kavram, sağlık hizmetleri açısından incelendiğinde 'hasta ve toplum katılımı' olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir etkileşimi esas alan bu kavram; hizmetlerin iyileştirilmesi, kullanıcılar (hastalar) ile karar vericilerin arasındaki iş birliği ve iletişime yönelik dayanıklı ilişkiler oluşturulması anlamına gelen çok boyutlu bir kavramdır (Bayın, 2016).

2.2.1.2. Eş Zamanlılık ve Dayanıksızlık

Eş zamanlı şekilde üretilen ve tüketilen sağlık hizmeti, stoklanamazdır; yani üretildiği gibi tüketilmektedir. Söz konusu bu eş zamanlılık durumu kalite kontrol süreçlerinde sorunlara yol açabilmektedir. Diğer sektörlerde kusurlu ürünler/mallar satışa sunulmayabilir veya ürün hatası düzeltilebilir, fakat sağlık hizmetlerinin kalitesiz hali yalnızca gelecek hastalar için iyileştirilebilmekte ya da düzeltilebilmektedir.

2.2.1.3 Bilgi Asimetrisi

Süreç içerisinde gerçekleştirilen işlemin taraflarından birinin ya da daha fazlasının diğer tarafa göre daha çok ya da daha iyi bilgi sahibi olması durumuna bilgi asimetrisi denilmektedir. Sağlıklı karar verebilmek için tarafların bilgilerinin yakın olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde ise sağlık hizmetinin sunum tarafında olanların talep tarafında olanlara göre bilgisi daha fazladır. Söz konusu bu durum diğer sektörlerde kıyasla daha yüksek boyutlardadır. Sağlık hizmetlerinde bilgi asimetrisi kaçınılmaz bir durumdur ve bu durum da hastaların aldıkları hizmette dezavantajlı sonuçlar doğurabilmektedir. Hastalar aldığı hizmet karşısında düzey, seyir, uygun tedavi, iyileşme, hastalığın ilerlemesi gibi durumlara ya da hizmet maliyetlerine sunuculara oranla çok daha az hakimdir (Temel ve Aydın, 2018).

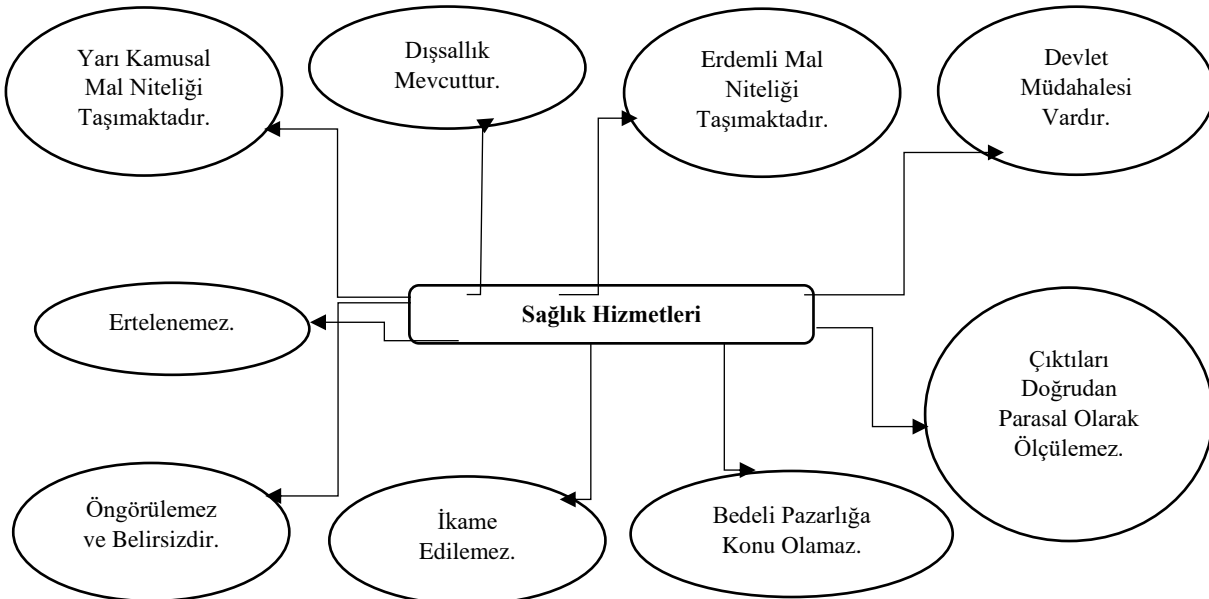
2.2.1.4 Soyutluk

Katılımcıların (hastaların) neden ödeme yaptıkları çok açık değildir. Alınan hizmetlerin süresinin uzaması kalite algısında değişimlere neden olabilmektedir. Az önce bahsedilen bilgi asimetrisinin yoğun karşılaştığı sağlık sektöründe; hastalar yeterli bilgi düzeyini sağlayamadığından hizmeti alıp almama konusunda kararsız kalabilmektedir. Söz konusu bu belirsizlikler içerisinde arz edenler de yer bulmaktadır. Hiçbir sağlık hizmeti sunucusu belirli kalıplar (standart yol ve yöntemler) dışında tedavilerin sonuçlarını kesin olarak tahmin edememektedirler.

2.2.1.5 Heterojenlik

Sağlık hizmet sunucularından ve katılımcılardan (hastalardan) kaynaklanan farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet sunucuları için; sunulacak hizmetin şekli ve uygulanması noktasında alınacak kararlar bireysel karar yargılarını içerdiğinden farklılık gösterebilmektedir. Hastalar için; kişiler kendi sağlık durumlarına göre farklı hizmet taleplerinde bulunurlar ve aynı hastane veya aynı doktordan dahi alınan hizmet bir hasta için kaliteli olarak yorumlanabilirken diğer bir hasta için kalitesiz olarak yorumlanabilmektedir.

Sağlık hizmetinin yukarıda bahsedilen temel özelliklerine ek olarak sahip olduğu diğer özellikleri de Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Sağlık Hizmetlerinin (Diğer) Genel Özellikleri
Kaynak: Gençoğlu, 2018. Metin içi bilgiler görselleştirilmiştir.

Şekil 1’e göre, sağlık hizmetlerinin ihtiyacı/tüketimi öngörülemez ve belirsizdir; ne zaman ve nasıl ortaya çıkacağı kestirilememektedir. Sağlık durumunun daha kötüye gitmemesi adına erteleme yapılmamalıdır. Yalnızca gerekli olan hizmetler kullanılmalıdır ya da kullanılabilir ve farklı sektörlerden çözüm aranmaz, bu anlamda sağlık hizmetlerinin ikamesi yoktur. Yeterli seviyede sağlanan hizmetler; yaşam süreleri ve sağlık düzeyleri gibi faktörlere etki eder, fakat bunların parasal olarak ölçülmesinde çeşitli zorluklar vardır.

Gerek sağlık personelinin yeterlilikleri gerekse sosyal fayda yönündeki üretim ile sağlık hizmetlerine devlet müdahalesi vardır. Tüketimi sonucunda topluma dışsal yarar sağlarken hizmeti alan kişilere de özel yarar sağlaması yönünden sağlık hizmetleri yarı kamusal mal niteliğindedir. Dış faydaya yönelik üretilen ve yüksek maliyetleri olan mallar ‘erdemli mal’ niteliği taşımaktadır. Nitekim sağlık hizmetleri de dış faydası yüksek olan

bir hizmet türüdür, söz konusu bu hizmetin piyasa ekonomisinin işleyişine bırakılması sağlık ve refah düzeyini olumsuz yönde etkileyecektir. Hizmetler genellikle devletler tarafından bağlayıcı bir şekilde önceden belirlenmektedir, bu anlamda bedeli pazarlığa konu olamaz.

2.2.2 Sağlık Hizmetlerinin Kullanımını Etkileyen Faktörler

Sağlığı etkileyen unsurlardan biri olan (ya da diğer deyişle sağlığın sosyal belirleyicelerinden biri) sağlık hizmetinin kullanımı; gereksinim duyan kişilerce talep edilmesi durumu olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık hizmetlerini kullanma durumu bireylerin sağlık sistemleriyle bağlantısı olarak kabul edilmekte ve sağlık hizmetlerine erişimi göstermektedir (Şantaş, 2017).

2.2.2.1 Hazırlayıcı Faktörler

Hazırlayıcı faktörler, bireylerin sağlık hizmetlerini kullanım eğilimleri şeklinde adlandırılabilir ve bu durum bireylerin kişilik özelliklerince belirlenmektedir. Bu anlamda bu faktör, bireylerin hizmete ihtiyaç duymasını ve o hizmeti kullanmasını sağlayan tüm etkenler, yani kişilerin sağlık hizmetlerini kullanım eğilimleri olarak tanımlanmaktadır (Gökkaya ve Erdem, 2017).

2.2.2.2 Kolaylaştırıcı Faktörler

Kişiler hizmet almaya hazır olsalar bile hizmetlerden faydalanmaları için imkanların hazır olması gerekmektedir. Bu anlamda, hastaların hizmetleri kullanımı ile bu hizmet kullanımından doyum almalarını sağlayan araçlar kolaylaştırıcı faktörler olarak ifade edilmektedir. Bir diğer anlamda hazırlayıcı faktörlerin var olması hastaların hizmetlerden faydalanacağı anlamına gelmez; bu yüzden hizmetlere erişim durumları önem arz etmektedir (Gökkaya ve Erdem, 2017).

2.2.2.3 Sağlık İhtiyacı Faktörleri

Söz konusu sağlık ihtiyacı faktörleri kendi içerisinde algılanan ve değerlendirilen ihtiyaç olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Algılanan ihtiyaç; bireylerin kendisinin belirlediği sağlık ihtiyaçları olarak tanımlanabilmektedir. Bireyler duygu, düşünce ve algılamalarıyla bu ihtiyacı ortaya çıkarmaktadır. Değerlendirilen ihtiyaç ise sağlık uzmanlarının ya da profesyonellerinin bireysel bilgilerine ve becerilerine yönelik belirledikleri ihtiyaçlardır. Yani kişiler sağlık hizmeti ihtiyaçlarının farkında olduktan sonra hizmetin gerekli olup olmamasına ya da ne çeşit sağlık hizmetinin gerekli olacağına doktor karar vermektedir. Kişilerin bireysel talepleri uzmanlar tarafından değerlendirilmektedir (Gökkaya ve Erdem, 2017).

2.2.3 Sağlık Hizmetlerinin Türleri / Sınıflandırılması

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması 1978 yılından itibaren genel kabul görmüş halde dört ana başlığın altında toplanmaktadır. Bunlar; koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri, rehabilite edici sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Kendi içerisinde de alt başlıklara ayrılan bu sınıflandırmanın en yeni olanı sağlığın geliştirilmesi hizmetleridir. Söz konusu sınıflandırma başlığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1986'da Ottawa Sözleşmesiyle gündeme getirilmiştir. Söz konusu sözleşme 'Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine' yöneliktir (Bağcı ve Atasever, 2020).

2.2.3.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının korunmasına yöneliktir ve toplum sağlığının birnevi temelini oluşturmaktadır. Bireylere veya çevreye yönelik uygulanan bu hizmetler sağlığa yönelik tehdit oluşturabilecek olumsuz etkenleri önlemek, azaltmak ya da ortadan kaldırmak için yapılmaktadır. Bu anlamda koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde kişiye ve çevreye yönelik olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Tamer, 2020; Bağcı ve Atasever, 2020).

2.2.3.1.1. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Kişilerin sağlığını korumaya yönelik olan bu sağlık hizmetleri toplum sağlığının korunması açısından önem arz etmektedir. Kısaca bu hizmetlere kişilerin iyilik halini hedef alan sağlık hizmetleri denilebilmektedir (Tamer, 2020). Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri aşağıdakiler gibi örneklendirilebilir (Hayran, 2012):

- ✓ Bağışıklama
- ✓ Hastalıkların erken tanı ve tedavisi
- ✓ Kişisel temizlik ve bakım
- ✓ Yeterli ve dengeli beslenme

- ✓ Sağlık eğitimi

2.2.3.1.2. Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bu sağlık hizmetleri; bireylerin çevrelerinde var olan ve sağlığı olumsuz etkileyebilecek biyolojik, fiziksel, kimyasal ve sosyal etkenlerin kontrol altına alınmasını amaçlayan sağlık hizmetleri olarak tanımlanabilmektedir (Bağcı ve Atasever, 2020). Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri de aşağıdakiler gibi örneklendirilebilir (Hayran, 2012):

- ✓ Besin kontrolü ve güvenliği
- ✓ Yeterli ve temiz su sağlanması
- ✓ Hava kirliliğinin kontrolü, atıkların kontrolü
- ✓ Konut sağlığı
- ✓ İş ortamında sağlığı tehdit edebilecek etkenlerin kontrolü

2.2.3.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlığın bozukluklarının (hastalıkların da denilebilir) neden olduğu durumu veya engelliliği iyileştirmek ve hastalık etmenlerini ortadan kaldırabilmek amacıyla sağlanan sağlık hizmetleridir (Bağcı ve Atasever, 2020). Bir diğer tanımla tedavi edici sağlık hizmetleri; kişilerin sağlık bütünlüğünü korumak ve kötüleşen sağlığı iyileştirmek için sağlık uzmanlarınca hizmet verilmesidir (Erol ve Özdemir, 2014). Bu sağlık hizmetleri aşağıdaki gibi üç grupta ele alınmaktadır (Hayran, 2012):

2.2.3.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastaların/hastalıkların evlerde, muayenehanelerde veya polikliniklerde yatırılmadan yani ayakta tedavileri amacıyla düzenlenmiş olan hizmetlerdir. Birinci basamak sağlık hizmeti veren ülkemizdeki bazı kuruluşlar aşağıdaki gibidir:

- ✓ Sağlık ocakları
- ✓ Özel muayenehaneler
- ✓ Aile Hekimlikleri
- ✓ Anne-Çocuk Sağlığı Merkezleri

2.2.3.2.2. İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetlerinin yetersiz olduğu ya da yatış gerektiren ve uzmanlar kontrolünce gerçekleşmesi gereken hizmetlerdir. Örneğin;

- ✓ Tam teşekküllü devlet hastaneleri
- ✓ Vakıf hastaneleri – Özel hastaneler
- ✓ Yataklı diğer sağlık merkezleri

2.2.3.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Bu hizmetlerde de ikinci basamağın yetersiz kaldığı ya da daha ileri tetkik ve özel tedaviler gerektiren hastalar/hastalıklara yönelik hizmetlerdir. Bu basamakta yalnızca sağlık hizmeti sunumuna odaklanılmamakta, aynı zamanda üçüncü basamak hizmetler içerisinde olan kuruluşlarda eğitim ve araştırma faaliyetleri de yürütülmektedir. Bu hizmetleri sunan kuruluşlara örnekler de aşağıdaki gibidir;

- ✓ Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri
- ✓ Kanseri hastaneleri
- ✓ Meslek hastalıkları hastaneleri
- ✓ Üniversite Hastaneleri

2.2.3.3 Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri

Kazalara ya da hastalıklara yönelik gelişmiş olan kalıcı bozukluklar ya da sakatlıklara yönelik sağlık hizmetleridir. Bu hizmetlerde amaç söz konusu rahatsızlıkların günlük yaşamı etki altına almasını

önlemek/engellemektir. Rehabilitasyon edici sağlık hizmetleri; fiziksel ve ruhen başka bireylere bağımlı kalmadan yaşatmayı, kişilerin yaşam kalitelerini iyileştirmeyi esas almaktadır. Söz konusu bu sağlık hizmetleri de kendi içinde iki grup olarak ele alınabilmektedir (Hayran, 2012; Ağırbaş ve diğerleri, 2012).

2.2.3.3.1. Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziki olarak kalıcı bozuklukların ya da sakatlıkların düzeltilmesine ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik sağlanan hizmetlerdir. Bu hizmetin örnekleri aşağıdaki gibidir (Hayran, 2012):

- ✓ Postür bozukluklarının düzeltilmesi
- ✓ Ekstremiter protez kullanımı
- ✓ İşitme ve görme gibi kusurları en az indirmeye

2.2.3.3.2. Sosyal Rehabilitasyon Hizmetleri

Sakatlığı ya da herhangi özrü olan kimselerin günlük hayata adapte olarak aktif şekilde katılmasını, başka insanlara bağımlı olmayan bir hayat sürebilmesi için yapılan; işe uyum sağlama, yeni iş bulma veya öğretim çalışmalarıdır (Hayran, 2012).

2.3.3.4 Sağlık Geliştirilmesi Hizmetleri

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi; bireylerin sağlıklarını geliştirebilme ve sağlıklarıyla ilgili kontrolü sağlayabilme sürecidir. Temel sorumluluğun genelde bireyde toplandığı bu hizmetlerde bedenen ve ruhen yaşam kalitesini artırmak ve yaşam süresini uzatmak amaçlanmaktadır (Bağcı ve Atasever, 2020).

Sadece hastalığı iyileştirmek ya da önlemek ile ilgili olmayan bu hizmetlerde kişilerin uzun ve yüksek standartlı bir yaşam sürebilmelerini yine kendi davranışları nitelendirmektedir. Sağlık geliştirilmesi kişilerde sağlıklı bir hayat sürme ve uyum hissi uyandırabilmekte ve kişilerin enerjisini yükselterek şiddet ya da intihar gibi sosyal sorunların oranlarını da düşürmektedir (Bahar ve Açıl, 2014).

1986'da Cenevre'de Ottawa Sözleşmesi ile tanımlanmış olan sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yönelik üç temel strateji belirlenmiştir. Bunlar (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011);

- ✓ Sağlığın desteklenmesi
- ✓ İnsanların tam sağlık potansiyellerine erişmelerini sağlamak
- ✓ Sağlık arayışındaki toplumda farklı çıkarlar arasında arabuluculuk yapmak

Söz konusu bu stratejiler de beş eylem alanınca desteklenmektedir, bunlar; sağlıklı bir halk politikası oluşturmak, sağlığı destekleyici çevreler yaratmak, sağlık için toplum hareketini güçlendirmek, kişisel becerileri geliştirmek ve sağlık hizmetlerini yeniden yönlendirmek (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2011).

Küresel olan halk sağlığı problemlerini etkin/etkili bir biçimde ele almak ve hastalıklarla ilgili eşitsizlikleri başarılı bir şekilde azaltabilmek için sağlığın geliştirilmesi ve teşviki önem arz etmektedir. Bireylerin etkili olabilmeleri amacıyla sağlığı geliştirme eylemlerinin ve karar verme süreçlerinin merkezinde yer alması gerekmektedir (Aydın, 2019).

2.2.4 Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Toplum içerisinde istenilen seviyede sağlık hizmetinin sunulması amacıyla kaynakların piyasa ya da kamusal kaynaklarla sağlanması sağlık hizmetleri finansmanı şeklinde ifade edilmektedir. Ayrıca bu finansmanın; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunumunda yer alanlara ödeme yapma olarak üç ana fonksiyonu vardır. Kişisel seviyede olan ve öncesinde hesaplanması zor olan ya da hesaplanamayan yüksek riskler fazla sayıda kişi üzerinde hesaplanınca önceden hesaplanabilir duruma gelmektedir. Buradaki hedef ortaya çıkacak tahmini sağlık sorunlarından kaynaklanan finansal riskin paylaşılmasıdır. Piyasa ekonomisi (cepten ödeme, özel sağlık sigortası) aracılığıyla, kamu ekonomisi (zorunlu sağlık sigortası, vergilerle finansman) veya her ikisinin bütünsel olduğu yöntemler ile sağlık hizmetleri finanse edilmektedir (Önder ve diğerleri, 2016).

Ülkelerin sağlık hizmeti finansman modellerinin belirlenmesinde farklı dinamikler etkilidir. Finansman modelini belirlerken dikkat edilmesi gereken temel bileşenler aşağıdaki gibidir (Tatar, 2011):

- ✓ *Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi*: Sürdürülebilir bir model oluşturmak için ön şartlardan biri olan sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi; ülkenin ekonomik durumuyla oluşturulacak modelin doğrudan uyumlu

olması yönünden elzemdir. Bu düzeyin önemli göstergesi olarak kişi başına düşen milli gelir görülmektedir. Gelir düzeyleri; toplumun sağlık hizmetlerini karşılama/ödeme kapasitesinin belirleyicisidir.

- ✓ *Mali Kapasite:* Bu bileşen ülke sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi ile bağlantılıdır. Amaçlanan sağlık harcaması düzeyine erişebilmede kaynakları harekete geçirebilmek de finansman stratejilerini önemli belirleyicilerindedir. Seçilmiş olan stratejilerin sürdürülebilirliği sorgulanmalıdır.
- ✓ *Uygulanabilirlik:* Sistemin işlemesi için gereken yönetsel kapasite, insan gücü ve bunlarla ilgili gereklilikler; uygulanması düşünülen finansman yönteminin bireyler/toplum nezdinde kabul edilebilir olması gibi konular da kesinlikle irdelenmesi gereken konulardır.
- ✓ *Verimlilik:* Seçilen model ne olursa olsun, her bir modelin kendine has yönetsel maliyetleri olacaktır. Seçilmiş olan modellerin yönetim maliyetleri, elde edilen kazançlar/gelirler arasında fazlaca yer kaplıyorsa, yani maliyet gelirin payından çokça alıyorsa, model verimlilik yönünden sorgulanmalıdır.
- ✓ *Hakkaniyet:* Ödeme yükünün genelde nüfusun hangi kesimlerinin üstleneceği bir diğer elzem husustur. Bazı finansman türleri toplumun geliri az veya sağlık statüsü görece daha kötü olan alt gruplarını olumsuz olarak etkileyebilmektedir.
- ✓ *Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı:* Seçilmiş olan yöntemler hizmetlerin türünü ve düzeylerini büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Belirlenen yöntemler bireylerin fazla ya da gereksiz bir şekilde hizmet talep etmesine sebebiyet verebilirken; bazı yöntemler ise hizmet sunumu konumunda olanları daha fazla hizmet vermeye yönlendirebilmektedir. Bu anlamda sigorta, özel ya da kamu kaynaklı farketmeksizin bireylerin hizmet kullanımlarına artıran finansman yöntemidir. Bu sebeple sosyal ve özel sağlık sigorta sistemi içerisinde gereksiz olan kullanımı engelleyebilmek için farklı türlerde/düzeyleerde tüketici katkılarının kullanımları söz konusudur.
- ✓ *Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı:* Finansman yöntemleri sağlık hizmeti sunumunda yer alan kişi ya da kurumların davranışlarını direkt olarak etkileyebilmektedir. Finansman modelleri içerisinde belirlenmiş olan ve hizmet sunucularına hangi hizmetlere yönelik ne kadar ödeme yapılacağını belirleyen geri döneme yöntemleri hizmet sunucularının daha az ya da fazla hizmet sunumu yapmaya yönlendirebilmektedir.

Tablo1. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri

Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı		
Piyasa Ekonomisi Aracılığıyla Finansman	Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansman	Bütünleştirilmiş Finansman
A-) Cepten Ödeme	A-) Vergilerle Finansman	A-) Piyasa + Kamu Ekonomisi
B-) Özel Sağlık Sigortası	B-) Zorunlu Sosyal Sigortası	

Kaynak: Gümüş ve Çelikay, 2010.

2.2.4.1 Sağlık Hizmetlerinde Piyasa Ekonomisi Finansmanı

Hizmet sunumu gerçekleştirilirken sağlık hizmetini sunanlar ve hizmeti talep edenler serbest piyasadaki arz ve talep doğrultusunda ortaya çıkan denge fiyatını kabul ederler. Söz konusu alınan hizmetin ortaya çıkaracağı maliyetler bireyler tarafından direkt ödenebileceği gibi özel sigorta kurumları aracılığıyla da bu maliyetler karşılanabilmektedir. Buradaki esas, bireylerin sağlık hizmetlerini direkt olarak kendileri ödemeleri yoluyla elde etmelerinde veya özel bir sağlık sigortası ile finansmanın sağlanmasında kamu müdahalesi söz konusu değildir (Gümüş ve Çelikay, 2010).

2.2.4.1.1. Cepten Ödeme

Kullanıcı katkısı, kayıt dışı ödeme ve doğrudan ödeme olarak cepten ödemeler üç şekilde gruplandırılabilir (Orhaner, 2017):

Doğrudan ödemeler; özel hekim muayeneleri, estetik operasyonları, özel laboratuvar tetkikleri, sosyal güvence dışında kalan ilaçlar vb. ödemelerdir. Çoğunlukla sağlık hizmetlerine erişimin zor olduğu durumlarda ve sosyal güvence kapsamının dışında hizmetlerden yararlanmada bu ödeme türü kullanılabilir.

Kullanıcı katkısı; fazla ve gereksiz hizmet kullanımının azaltılması veya ek gelir için kullanıcılardan katkı farkı alınmakta ve bu katkı farkları da cepten ödemeler içerisinde değerlendirilmektedir. Sağlık hizmetleri maliyetlerine destek olmak için alınan bu paylar sağlık harcama taleplerinin düşürülmesine sebebiyet vermektedir, fakat alınan katkı paylarının az geliri olan bireylerin sağlık taleplerini düşürmesinin hakkaniyetli olmayacağı düşünülmektedir.

Kayıt dışı ödeme; hasta yakınlarının ya da hastanın kendisi tarafından alınan hizmet sosyal güvence kapsamında olsa dahi anlaşmalar gereği ödedikleri ya da verdikleri hediyeler de cepten ödemeler adı altında yer almakta ve 'kayıt dışı' ödeme olarak bilinmektedir. Hangi miktarda olduğu bilinmeyen ya da ölçmesi neredeyse mümkün olmayan ödemelerdir.

2.2.4.1.2. Özel Sağlık Sigortası

Kişilerin tedavilerine, ilaç harcamalarına ve tıbbi yardımına yönelik teminat veren sigorta türüne özel sağlık sigortası denilmektedir ve özel sağlık sigortası; özel primler ile finanse edilmiş sigorta planlarını ifade etmektedir. Katılımcı ve sigorta kurumu arasında bir sözleşme bulunmaktadır: Bu sözleşme, teminatlar ve prim ödemeleri üzerinedir. Özel sağlık sigortası yüksek oranda isteğe bağlı olsa da bazı ülkelerdeki çalışma koşulları içerisinde zorunlu olarak da uygulandığı bilinmektedir. Söz konusu bu sözleşmeler bir zenginleştirme amacı gütmeyen, yalnızca katılımcının sigorta yaptırmadan önceki haline kavuşturulması amaçlanmaktadır (Yayar ve Daşçı, 2020; Tarım ve Gündük, 2019; Başoğlu, 2021). Özel ve kamu sağlık hizmetinin kişilerce algılanan kaliteleri, gelirleri ve sigorta primleri özel sağlık sigortası talebini belirleyen temel unsurlardır (Costa ve Garcia, 2003).

2.2.4.2 Kamu Ekonomisi Aracılığıyla Finansman

Sağlık hizmetlerinde kamu ekonomisi aracılığıyla finansman yöntemi içerisinde iki farklı kaynak vardır. Bunlardan biri vergilerle finansman (Beveridge modeli olarak geçer); diğeri ise zorunlu sosyal sigortasıdır (Bismarck modeli olarak geçer). Devlet yani kamu sektörü, sistemin toplumsal tabana yayılabilmesi ve daha etkin kullanılabilmesini sağlamak adına sağlık sistemine katılmaktadır. Bu anlamda, kamu eliyle kurulmuş olan sigortalara kişiler belirli miktarda (prim başlığı altında) aylık ödemeler yaparak finansmanın bir kısmını karşılamakta/üstlenmektedirler. Vergilerle finansman modelinde ise sağlanan sağlık hizmetinin giderleri kamu bütçesi tarafından karşılanmaktadır ve sağlık hizmeti sunumunda kullanılan kaynaklar vatandaşlardan vergiler yoluyla toplanmaktadır (Gümüş ve Çelikay, 2010; Atabey ve Meriç, 2016).

2.2.4.2.1. Vergilerle Finansman

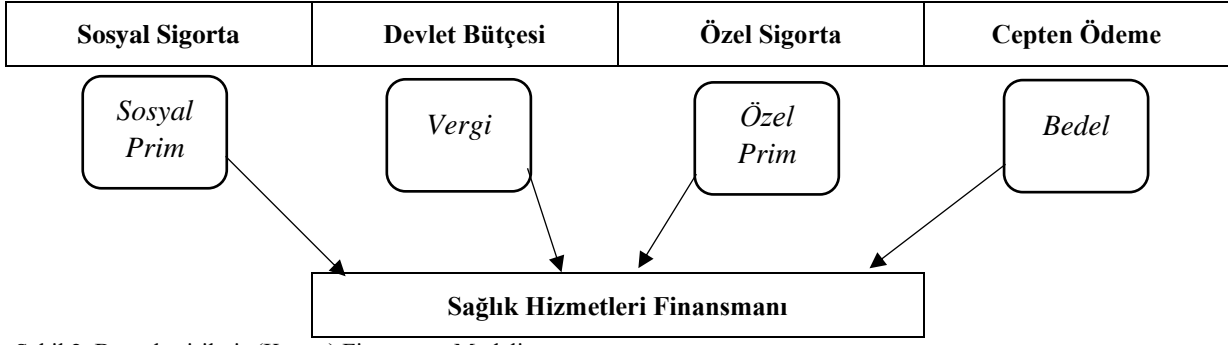
Sistemin başlangıcı 1920'li dönemlere tekabül etmektedir. Sovyetler Birliği'nin 1938 yılına dek kamu finansman yönetimi nüfusun tümüne yaygınlaştırmıştır. 1948 yılında Batı Avrupa ülkeleri arasından ilk olarak İngiltere bu uygulamayı başlatmıştır ve devamında Japonya, Kanada ile İskandinav ülkeleri sistemi uygulamışlardır. Şu anda da dünyanın birçok ülkesinde vergilerle finansman yöntemi uygulanmaktadır (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010). Bu yöntemin nihai amacı, toplum içerisindeki tüm bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesini ve varolan sosyal riskin toplumun geneline paylaştırılabilmesidir. Ayrıca Beveridge modeli adıyla bilinen bu sistem gerek koruyucu gerek tedavi edici hizmetlerinin genel bütçe ile karşılanmasını ve nüfusun tamamına uygulanması/sunulmasını esas alır (Gümüş ve Çelikay, 2010). Bu anlamda söz konusu Beveridge sistemi özetle; toplumun genel sorunlarına yönelik devletin sorumlulukları olduğunu ve devletin sosyal yönetim anlayışına sahip olması gerektiğini savunmaktadır (Albayrak ve Birinci, 2017).

2.2.4.2.2. Zorunlu Sosyal Sigortası

Kanuni yönden ilk olarak 1883'te Bismarck tarafından Almanya'da uygulanan bu sistem; hastalık fonuna zorunlu olarak üye olmayı ve fonun finansmanının işverenler ve işçilerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini esas almaktadır. Vergilerle finansman yöntemi olan Beveridge modeli gibi Bismarck modeli de birçok ülke sağlık sistemine örnek olmuştur. Örnek olarak Avrupa'da 1996 yılında İsviçre, 1998'de Belçika, 2000'de ise Fransa tüm nüfusun %100'ünü sosyal sağlık güvencesi altına alabilmiştir (İstanbuluoğlu ve diğerleri, 2010). Bu yöntem bir sağlık bakım yönetimi ve finansman şekli olarak risk havuzlamasına dayalıdır. Bu anlamda sosyal sağlık sigortası; insanların sağlık riskleriyle beraber hane halkının, bireylerin, işletmelerin ve devletin katkısını bir araya getirmektedir. Bu nedenle de bireyleri harcamalara ve sağlık yüklerine karşı korumaktadır. Ayrıca, modelde (Türkiye'deki Sosyal Güvenlik Kurumu örneği gibi) genelde bir düzenleyici kurum bulunmaktadır (Gözlü, 2020; Songur, 2016).

2.2.4.3. Bütünleştirilmiş (Karma) Finansman

Bireylerin bilgilerinin artmasıyla birlikte sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artması; sağlık hizmetlerinden yararlanma sayısını da artırmaktadır. Buna bağlı olarak hizmetin maliyetlerinin devamlı olarak artması söz konusu yukarıda açıklanan finansman modellerini zora sokabilmektedir ve hizmetin sunumu aşamasında talebin karşılanması noktasında yetersizlikler oluşmaktadır. Buna bağlı olarak finansman sistemleri bu açığı telafi edecek halde iş birliği içerisinde girmekte ve bütünleştirilmiş finansman modelleri oluşturmaktadırlar (Gümüş ve Çelikay, 2010.).



Şekil 2. Bütünleştirilmiş (Karma) Finansman Modeli
Kaynak: Gümüş ve Çelikay, 2010.

Ülkelerin sosyo-ekonomik, demografik, siyasi-idari yapıları ve sağlığa attıkları değerler varolan ya da kurulacak olan sağlık sistemlerinin ana özelliklerini belirlemektedir. Devletin sisteme müdahale edip etmeyeceği ve özel sektörün bu sistemdeki yeri de söz konusu ana özellikler etrafında netlik kazanmaktadır (Gümüş ve Çelikay, 2010.). Aşağıdaki tabloda (2012 yılı itibarıyla) yukarıda anlatılmış tüm finansman modellerinin ülke örnekleri yer almaktadır. Tabloda ülkelerde hangi finansman modelinin egemen olduğu gösterilmektedir.

Tablo 2. Ülkelerin Kullandığı Finansman Yöntemleri

Zorunlu Sosyal Sigortası	Almanya - Avusturya - Belçika - Bolivya - Çek Cum. - Endonezya - Estonya - Fransa - Güney Kore - Hırvatistan - Hollanda - İsrail - Japonya - Kosta Rika - Lüksemburg - Macaristan - Meksika - Slovakya - Slovenya - Şili - Türkiye
Vergilerle Finansman	Arnavutluk - Brezilya - Bulgaristan - Çin - Danimarka - Filipinler - Finlandiya - Grönland - İngiltere - İran - İspanya - İsveç - İtalya - İzlanda - Kanada - Kazakistan - Kuzey Kore - Küba - Litvanya - Norveç - Polonya - Portekiz - Romanya - Rusya
Çeften Ödeme	Afganistan - Azerbaycan - Bangladeş - Ermenistan - Fildişi Sahili - Gine - Gürcistan - Hindistan - Kamboçya - Kamerun - Kırgızistan - Lübnan - Nepal - Pakistan - Tacikistan - Togo - Uruguay - Vietnam
Özel Sağlık Sigortası	ABD
Bütünleştirilmiş (Karma)	Arjantin - Avustralya

Kaynak: Songur, 2016.

2.3 Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Uygulamaları

Türkiye’de sigortacılığın başlangıcı esas olarak 1850’lerden sonrasına dayanmaktadır. Bu dönemden önce zararı karşılamaya yönelik Anadolu’da sendikalar ya da esnaf kuruluşları olsa da gerçek anlamda sigorta ya da sigortacılıktan bahsedilemez. Türkiye’deki ilk sigorta uygulamaları İngiliz şirketlerin 1872’de temsilcilikler açmasıyla başlamıştır. İngilizleri takiben Alman, İtalyan, Fransız ve İtalyan şirketler de faaliyetlere katılmış ve Türkiye’de sigortacılık yaygınlaşmış, fakat bu şirketlere yönelik yasal hükümler olmadığından şirketler denetimsiz ve istedikleri şekilde çalışmalar gerçekleştirmiştir. Sonraki dönemlere bakıldığında birtakım kuruluşlar hakkında dar kapsamlı kanunlar çıkarıldığı bilinmektedir. 1936 yılında ise ilk kez İş Kanunu ile sosyal sigortalar hakkında genel çerçeve çizilmiş ve temel ilkeler belirlenmiştir (Gözlü, 2020).

Sosyal güvenlik ve sağlık sigortacılığı süreçleri ülkeden ülkeye farklılık gösterebilmektedir. Nitekim bu farklılıklar genel olarak kültürel ve sosyo-ekonomik durumlar ile devletlerin genel kurumsallaşma ilkelerine dayanmaktadır. Türkiye’de de 2000’li yıllardan öncesine bakıldığında tarihi gelişim aşamasında sosyal güvenlik kurumlarının çoklu ve parçalı bir yapıda olduğu bilinmektedir. Cumhuriyet’in ilk yıllarına bakıldığında da sosyal sigortalara benzeyen, fakat oldukça dar kapsamlı olan birçok emeklilik ve yardımlaşma sandıklarının kurulmasını öngören kanunlar çıkarılmıştır. Söz konusu bu kanunların ve oluşumların bir kısmını aşağıdaki gibi özetlemek mümkündür (Bağcı ve Atasever, 2020):

- ✓ 1926 tarihli ve 895 sayılı kanuna istinaden: İmalatı Harbiye Teavün ve Sigorta Sandığı
- ✓ 1934 tarihli 2454 sayılı kanuna istinaden: Devlet Demir Yolları ve Limanlar İdaresinin Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı
- ✓ 1935 tarihli: PTT Telgraf ve Telefon İdaresi Biriktirme ve Yardım Sandığı
- ✓ 1937 tarihli 3137 sayılı kanuna istinaden: Deniz Yolları ve Akay İşletmeleriyle Fabrika ve Havuzlar İdareleri Memur ve Müstahdemleri Tekaüt Sandığı
- ✓ 1937 tarihli tarihli 3202 sayılı kanuna istinaden: T.C. Ziraat Bankası Memurları Tekaüt Sandığı

- ✓ 1938 tarihli: Emlak ve Eytam Bankası Memurları Tekait Sandığı, T.C. Merkez Bankası Memurları Tekait Sandığı, Devlet Hava Yolları Umum Müdürlüğü Memur ve Müstahdemleri Tekait sandığı.

1945 tarihinde ise sosyal sigorta kollarıyla ilgili olarak çıkarılan ilk kanun; 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortaları Kanunudur. 1946 yılında kanunun yürürlüğe girmesiyle birlikte İşçi Sigortaları Kurumu kurulmuş ve bu yıla kadar kurulan birçok sandık birleştirilmiştir. Sonrasında ise 1949'da kabul edilmiş olan ve 1950'de yürürlüğe giren T.C Emekli Sandığı Kanunu ile birçok emeklilik sandığı uygulamaları da ortadan kaldırmış; çalışan ve işverene yönelik prime dayalı sosyal güvenlik yapısı oluşturulmuştur. Söz konusu sosyal güvenlik konusundaki uygulamalar daha önce de değinildiği üzere çeşitlilik göstermeye devam etmiş; devamında 1983'te 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu ve 2926 sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu; 1992'de Yeşil Kart uygulaması yürürlüğe girmiştir (Bağcı ve Atasever, 2020).

Tüm bu süreç sonunda bahsi geçen sosyal sigortalar, yardımlar, sağlık sigortacılığı ve sağlık hizmetleri sunumuyla finansmanı günümüzde; 2008 Mayıs ayı itibarı ile kabul edilmiş olan 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlanmaktadır. Bu kanunla hedeflenen nüfusu tamamı ile kapsamak ve prim yoluyla finansmana yönelik Bismarck Sisteminin etkili olduğu Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulanmaya başlanmıştır. 2012 Ocak ayından itibaren ise vatandaşın katılımı zorunlu kılınmış, işsizler ve yeşil kartlılar dahil tüm bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanmak adına sigortalanmış; sosyal güvence altına alınmıştır (Gülay, 2017). Bu anlamda Türkiye'de sosyal sigorta uygulamalarını sunan işletmelerin/kurumların biraraya getirilmesi sağlanmış ve sağlık sigortası alanında köklü bir değişiklik yaşanmıştır: 'Evrensel kapsam' ilkesini benimseyen Türkiye, sosyal sağlık sigortasının kapsam olarak geniş tutmuştur. Bugün, Türkiye'de tek sigorta kurumundan oluşmuş olan bir model bulunmaktadır. Tüm nüfusu sosyal sağlık sigortası kapsam altına alan bu uygulama genel sağlık sigortası olarak bilinmektedir. Nitekim genel sağlık sigortası 5510 sayılı Kanun'da 'kişilerin öncelikle sağlıklarının korunmasını, sağlık riskleri ile karşılaşmaları durumunda ise oluşan harcamaların finansmanını sağlayan sigorta' olarak tanımlanmıştır (Gözlü, 2020). Genel sağlık sigortasının finansmanı 4 temel kaynaktan sağlanmaktadır. Bunlar sırasıyla; işveren ve işçilerin kazancından alınan sosyal sağlık sigortası primleri, merkezi bütçeden aktarılan devlet katkıları ve prim ödemeye gücü olmayanlar için Hazine'den yapılan ödemeler, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşması olmayan sağlık işletmelerine yapılan ödemeleri de içeren cepten ödemeler ve katkı payı ödemeleri, özel sağlık sigortası primleridir (Gülay, 2017).

Tablo 3. Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması

(Milyon TL)

	2019	Pay (%)	2020	Pay (%)
Toplam	201 031	100	249 932	100
Genel Devlet	156 819	78	198 062	79,2
Merkezi Devlet	51 492	25,6	68 927	27,6
Mahalli İdareler	1 373	0,7	1 632	0,7
SGK	103 954	51,7	127 504	51
Özel Sektör	44 212	22	51 869	20,8
Hanehalkları	33 626	16,7	40 105	16
Sigorta Şirketleri	5 801	2,9	6 458	2,6
Diğer*	4 785	2,4	5 306	2,1

*: hane halklarına hizmet eden kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

Kaynak: TÜİK, 2021.

Tablo 2'de Türkiye'deki toplam sağlık harcamalarının devlet ve özel sektör karşılaştırması görülmektedir. Buna göre bu harcamaların %51,7'sini genel sağlık sigortasının yönetimini ve yürütülmesini yapan SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) oluşturmaktadır. SGK'nın ana gelir kaynağı sigorta primleridir ve bu anlamda sağlık finansmanında baskın ağırlık sosyal sigortalara aittir.

Özel sağlık sigorta primlerinin SGK'ya devredilse de tabloya göre önemli bir ağırlıkta olmadığı görülmektedir. Özel sağlık sigortaları için değerlendirme yapmak gerekirse; özel sağlık sigortaları finansman için kullanılan önemli yöntemlerdendir ve devletlerin sağlık politikaları ve örgütlenme planlamalarına göre sağlık sistemleri içerisinde yer almaktadır. Fakat Türkiye özel sağlık sigortalarda gelişmiş ülkelere oranla geridedir. Nitekim bu durum Türkiye'nin sosyal sağlık politikaları yaklaşımıyla sistemi yürütmesi ile açıklanabilmektedir. Türkiye'de genel olarak SGK kapsamının dışında olan sağlık hizmetlerinden yararlanmak için özel sağlık sigortasına başvurulmaktadır (Sevim ve Nal, 2021). Türkiye'de özel sağlık sigortacılığının başlangıcı 1983 yılına dayanmaktadır. Özel sağlık sigortasını sosyal sağlık sigortasından ayıran başlıca özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Orhaner, 2017):

- ✓ Herkes özel sağlık sigortası yaptırabilir (yaş, cinsiyet, statü vb farketmeksizin)

- ✓ İsteğe bağlıdır. Bireysel çıkarlar söz konusudur.
- ✓ Prim ve güvence çerçevesi kişinin isteğine bağlı tespit edilir.
- ✓ Sigorta süresi genel olarak 1 ya da 1 yıldan daha az süreli olarak yapılır.
- ✓ Şirketlerin amacı kar elde etmektir.
- ✓ Sigorta fiyatı risk yönetimine göre değişmektedir. Bu anlamda risk yönetiminde kişilerin yaşı, cinsiyeti, sağlık geçmişi, yaşam tarzı ve mesleği vb. dikkate alınmaktadır.

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigorta kavramının ortaya çıkması bireylerin mal ve hizmetlerinin zararlarına yönelik ekonomik kayıpları giderebilmek için atılmış adımlara dayanır. Diğer sektörlerdeki mal ve hizmetlerin alternatifi, geliştirilebilirliği, öngörülebilir olması vb. özelliklerden ayrılan; söz konusu insanoğlunun en değerli hazinesine yönelik olan 'sağlık' sigortası politika yapımcılar tarafından titizlikle ele alınmalıdır. Nitekim bir anlamda finansal risk korumasını esas alan sigortacılık bu yönden bakıldığında -söz konusu 'sağlık' olduğunda- diğer tüm sektörlerden ayrılarak ele alınmaktadır.

Eşit ve sağlıklı bir toplumu/nüfusu oluşturabilmenin yolu güçlü bir sağlık sistemi oluşturabilmekten geçmektedir. Devletler, erişilebilir olan bir sağlık hizmeti sağlamak, mevcut kaynakları etkin bir şekilde kullanabilmek ve tüm bunların asıl hedefi olan kişilerin sağlıklı yaşama hakkını teminat altına alabilmek için farklı sağlık sistemi modelleri geliştirmişlerdir (Tengilimoğlu ve diğerleri, 2021). Bu anlamda sağlık sigortacılığı sağlık sistemlerinin üç temel amacı olan genel sağlık durumunu iyileştirmek, cevap verebilirlik, finansal koruma ve adalet faktörlerinin tümüne hizmet etmektedir. Sağlık sigortacılığı; eşitlik ve hakkaniyetin sağlanmasını yapabilmek adına devletler tarafından dikkatle ele alınmalıdır. Bireylerin ödeme güçleri yeterli ve sağlık hakkı konusunda bilinçli olduğu durumlarda kendi sağlıklarını koruyacakları ortadadır. Kişiler bu minvalde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinden istekleri doğrultusunda yararlanabilmektedir. Gelir düzeyi yetersiz olanlar ve sağlık algısına atfedilen değeri daha düşük kişiler düşünülürse; bu bireylerin sağlıklı ilgili sorunlarını kendi tercihleri yoluyla çözüme kavuşturamayacakları ve sistem dışında kalacakları unutulmamalıdır. Sağlık hizmetine erişimde politikalar yapılırken ve sağlıklı toplumu inşa edebilmek için finansman oluşturulurken reformlarda hakkaniyet gözetilmelidir.

Son olarak genel sağlık sigortasını değerlendirmek gerekirse: Türkiye vatandaşlarının söz konusu Genel Sağlık Sigortası uygulamasından önce hastane kapılarından sağlık güvencesi olmadığı için geri çevrilmesi ile tedavi olamadan ölen bebek ve çocuklar düşünüldüğünde bu reform uygulamanın ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır. Sağlıklı toplumu oluşturabilmek için bir anlamda sistem dışında kimseyi bırakmamayı hedefleyen model Türkiye sağlık sisteminin önemli bir dönüm noktası olmuştur (Pekten, 2006).

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ., Gök, H., Akbulut, Y., & Önder, Ö. R. (2012). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetlerinde Birim Maliyet Hesaplanması. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*.
- Albayrak, E. T., & Birinci, M. (2017). Sosyal Devlet Modelleri: Sosyal Demokrat Model, İsveç-Norveç Örneği. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 1(1), 64-100.
- Atabey, S. E., & Meriç, M. (2016). Sağlık Harcamaları ve Evrensel Kapsama Açısından Türk ve Alman Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı İncelenmesi. *Sosyoekonomi*, 24(29), 113-131.
- AYDIN, N. (2019). Sağlığın Teşviki Ve Geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 2(1), 21-29.
- Bağcı H. ve Atasever M. (Ed.). (2020). Sağlık Hizmetleri. Türkiye Sağlık Sistemi (1. Baskı) İçinde (s.1-9). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Bağcı H. ve Atasever M. (Ed.). (2020). Türkiye'de Sağlığın Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Sistemi. Türkiye Sağlık Sistemi (1. Baskı) İçinde (s.191-214). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Bahar, Z., & Dilay, A. Ç. I. L. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(1), 59-67.
- Bakanlığı, T. S., & Müdürlüğü, T. S. H. G. (2011). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. *Bakanlık Yayın*, 814(1).

- Başoğlu, B. (2021). Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortaları Prim Üretimi ve Özel Sağlık Sigortaları Sistemine Katkıları Açısından Değerlendirilmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (46), 108-123.
- Bayın, G. (2016). Sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi sürecinde hasta ve toplum katılımının rolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(5).
- Berchick, E. R., Hood, E., & Barnett, J. C. (2019). *Health Insurance Coverage In The United States: 2018* (P. 2). Washington, Dc: Us Department Of Commerce.
- Costa, J., & Garcia, J. (2003). Demand For Private Health Insurance: How Important Is The Quality Gap?. *Health Economics*, 12(7), 587-599.
- Dünya Sağlık Örgütü (2021). Erişim Linki: <https://www.who.int/about/governance/constitution> Erişim Tarihi: 25.11.2021.
- Erol, H., & Özdemir, A. (2014). Türkiye'de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Gençoğlu, P. (2018). Türkiye'de illerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin kümeleme analizi aracılığıyla değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (52), 301-324.
- Gökkaya, D., & Erdem, R. (2017). Sağlık Hizmetleri Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Hastalık Şiddeti Algısıyla Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 149-184.
- Gözlü, K. (2020). Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı. F. Şantaş ve G. Şantaş (Ed.), Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Görünümü (1. Baskı) İçinde (S.1-17). Ankara: Nobel Yayın.
- Gözlü, K. (2020). Türkiye'de Sağlık Sigortacılığı. F. Şantaş Ve G. Şantaş (Ed.), Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Görünümü (1. Baskı) İçinde (S.207-228). Ankara: Nobel Yayın.
- Gülay, A. Türkiye'de sağlık sisteminin finansmanı ve ingiltere ile karşılaştırması.
- Gümüş, F. Ç. V. E., Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Hayran, O. (2012). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sistemleri. Sağlık Yönetimi Yazıları (2. Baskı) İçinde (s. 37-48). Ankara: SAGE Yayınları.
- İstanbuluoğlu, H., Güleç, M., & Oğur, R. (2010). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 85(2), 86-99.
- Levy, H., & Meltzer, D. (2004). What Do We Really Know About Whether Health Insurance Affects Health. *Health Policy And The Uninsured*, 179-204.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1), 1-22.
- Orhaner, E. Sağlık Harcamalarının Finansmanında Özel Sağlık Sigortalarının Rolü. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 398-412.
- Önder, M. E., Ersoy, E., & Karacaoğlu, K. (2016). Sağlıkta Yeni Bir Finansman Yöntemi Olan Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Hastaların Bilgi ve Memnuniyet Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma
- Pekten, A. (2006). Genel Sağlık Sigortası Sistemi ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, (61), 119-138.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi
- Sevim, E., & Mustafa, N. A. L. (2021). Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı Sisteminin Mevcut Durum Analizi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11(1), 157-174.
- Sonğur, C. (2016). Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi. *Sgd-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 197-224.
- Şantaş, F. (2017). Yoksulluğun Sağlık Statüsü ve Sağlık Hizmetleri Kullanımı İle İlişkisi. *Iğdir University Journal of Social Sciences*, (13).

- Şantaş, F. (2020). Türkiye Sağlık Sistemine İlişkin Genel Göstergeler. F. Şantaş ve G. Şantaş (Ed.), Türkiye Sağlık Sisteminin Genel Görünümü (1. Baskı) İçinde (S.1-17). Ankara: Nobel Yayın.
- Tamer, G. (Ed.). (2020). Sağlık Kavramının Tanımı, Önemi, Sağlığı Korumanın Nedenleri. Sağlık İşletmelerinde Örgüt Yönetimi ve Strateji (1. Baskı) İçinde (s.21-31). Ankara: Gece Kitaplığı.
- Tarım, M., & Güdük, Ö. (2019). Türkiye’de Bireylerin Özel Sağlık Sigortası Tercihini Etkileyen Nedenler ve Bilgi Düzeyleri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 196-200.
- Tatar, M. (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Temel, K., & Aydın, M. (2018). Sağlık Hizmetlerinde, Hasta-Hekim İlişkisinde Yaşanan Bilgi Asimetrisinin Ortaya Çıkardığı Ekonomik Sorunlar: Çanakkale Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4), 745-765.
- TÜİK (2021). Erişim Linki: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>. Erişim Tarihi: 10.12.2021.
- Watson, J., Yazbeck, A. S., & Hartel, L. (2021). Making Health Insurance Pro-Poor: Lessons From 20 Developing Countries. *Health Systems & Reform*, 7(2), E1917092.
- Yayar, R., & Daşçı, A. N. (2020). Özel Sağlık Sigortası Talebini Etkileyen Faktörlerin İkili Lojistik Regresyon Yöntemiyle Analizi: İstanbul Örneği. *Sgd-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 10(1), 19-40.