

## TÜRK SOSYAL GÜVENLİK REFORMU ÇERÇEVESİNDE GENEL SAĞLIK SİGORTASININ TEMEL ÖZELLİKLERİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ

*Ferhat SEÇGİNEL\**

### Özet

*Türk Sosyal Güvenlik Sistemi yaklaşık 60 yıllık bir geçmişe sahiptir. Bu geçen süre içinde dünyadaki ekonomik gelişmelerden çok sistemin işletilmesiyle ilgili hatalardan dolayı Türk Sosyal Güvenlik Sistemi tıkanma noktasına gelmiştir. Yapılmasının zorunlu olmasının toplumun tüm taraflarınca istisnasız kabul edildiği Türk Sosyal Güvenlik Reformu 1 Ekim 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu makalede sağlık hizmetleri üzerinde durulacağından Sosyal Güvenlik Reformu ile oluşturulan Genel Sağlık Sigortası üzerine yoğunlaşılacaktır.*

*Genel Sağlık Sigortası Türk Sosyal Güvenlik Sistemi için yeni bir kavram olmakla birlikte gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde çok uzun bir tarihsel geçmişe sahip ve oturmuş bir sistemdir. Genel Sağlık Sigortası geniş bir konu olup bu makalede sağlık hizmetlerinden yararlanmada getirdiği kolaylıklar ve yükümlülükler vurgulanmaya çalışılmıştır. Bu kolaylıklar ve yükümlülükler sağlık hizmetini kullanacaklar açısından irdelenmiştir.*

**Anahtar Kelimeler:** *Genel Sağlık Sigortası, aile hekimliği, tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri, üçüncü basamak tedavi hizmetleri.*

### Abstract

*Turkish Social Security System has a history of about 60 years. During this period more than the economic developments in the world because of mistakes*

\* Uludağ Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri, Yüksek Lisans Öğrencisi.

connected with the management of it Turkish Social Security System arrived at the point of congestion. Fulfilment of which accepted as a must by all parties of the community Turkish Social Security Reform entered into force on 1st October 2008. As health services will be dwelled upon in this article General Health Insurance formed by the Social Security Reform will be intensified on.

Although General Health Insurance is a new concept for the Turkish Social Security System it is an established system with a very long historical past in the developed West European countries. General Health Insurance being a matter of wide expansion, facilities and obligations it brought into the utilization of health services have been tried to intensified upon in this article. These facilities and obligations have been studied from the point of view of the future users of the health services.

**Key Words:** General Health Insurance, parental medicare, medical health services, protective health services, rehabilitation services, first scale medical services, second scale medical services, third scale medical services

## GİRİŞ

Sağlık bireyin fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal açıdan çevresiyle uyum içinde işlev görebilme yeteneği olarak tanımlanabilir (Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi, 1994; 41) Sağlık hizmetleri bireylerin fiziksel ve ruhsal yönden zayıfladıkları anlarda devreye girer. Bu bakımdan, bireylerden üst düzeyde verim alabilmek için sağlık hizmetleri toplumun tüm kesimini kapsayacak nitelikte etkin olarak işletilmesi gereken zorunlu bir ihtiyaç olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü her birey yaşamının belli dönemlerinde fiziksel veya ruhsal olarak sağlık hizmetinden yararlanmak zorunda kalmaktadır. Bu zorunluluk hali ise, belirli bir süre için geçerli olabileceği gibi, bir ömür boyu süren bir hal de alabilmektedir.

Sağlık hizmetinin sunumu değişik biçimlerde olabilmektedir. Tamamen kamunun ağırlıkta olduğu bir sistem kurulabileceği gibi, özel kesimin ağırlıkta olduğu bir sistem de kurulabilmektedir. Bir başka deyişle sağlık sisteminin kurulması ile ilgili değişmez ve genel geçer fizik kanunlarından söz edilemez. Üstelik ülkeler ekonomik, sosyal ve demografik vb gibi nedenlerle de mevcut sağlık sistemlerini değiştirebilmektedirler. Nitekim ülkemizde 1 Ekim 2008 tarihinde gerçekleştirilen sosyal güvenlik reformuyla getirilen Genel Sağlık Sigortası ile sağlık sistemini değiştirmektedir.

Genel Sağlık Sigortası'nı tartışmadan önce sağlık hizmeti kavramı ile sağlık hizmetlerinin genel özelliklerini incelemek yararlı olacaktır. Bu amaçla çalışmada öncelikle sağlık hizmeti kavramı ile sağlık hizmetlerinin temel özellikleri ile sınıflandırılmasına yer verilmiştir. Daha sonra da uygulama alanında Türkiye'nin 2008 Sosyal Güvenlik Reformu'yla getirdiği



Genel Sağlık Sigortası hakkında kıyaslama yapabilmek amacıyla Almanya, İngiltere ve ABD sağlık sistemlerinin özellikleri incelenmiştir. Türk Sosyal Güvenlik Reformu çerçevesinde genel sağlık sigortasının en can alıcı yönleri vurgulanmaya çalışılmıştır.

## **A. Sağlık Hizmeti Kavramı, Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri ve Sınıflandırılması**

### **1. Sağlık Hizmeti Kavramı**

Sağlık hizmeti niteliği gereği, dünyada üretilen tüm mal ve sunulan tüm hizmetlerden farklıdır. En önemli farklılığı ise, toplum kesimlerinin bütününe ilgilendirmesidir. Bunun yanı sıra sağlık hizmetleri içinde bulunduğu piyasanın koşullarından da etkilenmektedir. Bu koşullar da “sağlık hizmetlerinin dışsallığı, belirsizlik altında tercih, asimetrik bilgilenme, hastalık riskinin ve tüketim miktarının önceden belirlenmemesi” olarak sıralanmaktadır.(Mutlu, Işık, 2002)

### **2. Sağlık Hizmetlerinin Temel Özellikleri**

Gözlük, kulaklık gibi sağlık ile ilgili mallar ekonomide mevcut olan mallar ile kıyaslanamaz. Kişinin hastalığının veya rahatsızlığının şiddetinden bağımsız olarak ortaya çıkan sağlık gereksinimi, sağlık alanı dışındaki gereksinimle karşılanamaz. Örneğin biraz birikimi olan bir birey parasını dolara ya da euroya yatırabilir. Ancak diş ağrısı çeken biri apandisit ameliyatı olmayı tercih edemez. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin genel özelliklerini sıralamak yararlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinin temel özellikleri yedi başlık altında toplanarak incelenmektedir. Bunlar:

1) Bunlardan ilki sağlık hizmeti gereksiniminin rastlantı sonucu doğmasıdır. Bu yöndeki gereksinim zaman, mekân ve yoğunluk bakımından belirlenmesi imkânsız olduğu gibi gereksinime ihtiyaç duyacak bireyler de belirsizdir. Yüksek gelir düzeyine sahip olmak sağlık gereksiniminin karşılanmasının garantisi değildir. Örneğin çok yüksek bir gelir düzeyine sahip olan biri çalışma koşulları veya kendisine aktarılmış olan genetik miras nedeniyle, ağır bir hastalık geçirme durumunda olabilir. Gelir bu noktada uygulanacak tedavinin masrafını karşılamada etkili olmakta, ancak yaşanacak sıkıntıya çözüm getirememektedir.

2) Yine sağlık hizmetlerinin belki de en önemli özelliklerinden biri de “ikame edilemezlik” özelliğidir. Buna göre sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmet ikame edilemez. (Saltık, 1995:38) Burada diğer piyasalardan farklı olarak tüketicinin ucuz olana yönelme imkânı yoktur. Böbrek yetmezliği çeken biri daha ucuz olan diş tedavisine



yönelemez. Oysaki buzdolabı alan biri gelirin düzeyi, aile hayatının olup olmaması gibi kendi kişisel durumuna göre bir tüketim davranışı sergileyebilecektir.

3) Sağlık hizmetlerinin bir başka özelliği ise bu hizmetlerin ertelenememesidir. Bir başka deyişle sağlık ihtiyacı ortaya çıktığı anda karşılanmalıdır. Sağlık hizmetinin ertelenmesi söz konusu değildir. Örneğin kalp krizi gibi durumlarda saniyelerle yarışan nitelikte bir müdahale gerekir.

4) Yine sağlık hizmetinin kapsam ve boyutunu hizmeti kullanan değil de doktor saptamaktadır. Sağlık malının tüketicisi ekonomik ödeme gücü nedeniyle doktorla verilecek hizmetin boyutunu tartışamaz ve pazarlık edemez. Hastahane yatma ve verilecek ilacın süresini, dozunu ve içeriğini çoğu kez tek yanlı olarak tıbbi ölçütler içinde doktor kendisi saptamaktadır. Bu durum, sağlık hizmetinin tüketicisinin diğer mal ve hizmet tüketimlerinde olduğu gibi anlamlı bir inisiyatifini ortadan kaldırmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinden yaralanan bireylerin verilen hizmeti deneme şansları da yoktur. (Saltık, 1995:38)

5) Sağlık hizmetleri sonucunda doğacak faydanın parasal miktarını belirleme imkânı yoktur. Etkin bir şekilde sunumu yapılan sağlık hizmetleri bireylerin ve dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini yükseltmektedir. Sağlık düzeyinin yükselmesi ise daha çok ve daha verimli çalışma sonucunda toplumsal refahın artması demektir. Bu refah artışının parasal olarak ifade edilmesi zordur. Örneğin akciğer kanseri tedavisindeki bir gelişme toplumda mutlaka bir refah artışı sağlayacaktır. Ancak "Akciğer kanseri tedavisinde sağlanan gelişme için katlanılan 100 liralık maliyete karşılık 200 liralık getiri elde edilmiştir" şeklinde ifadeler kullanmak mümkün değildir. Parasal olarak getirisi ölçülemese de sağlık için yapılan harcamalarla yaratılan artı değer, diğer piyasalardan farklı olarak ilave çalışma gerektirmeden ekonomiye eklenmektedir.

6) Sağlık hizmetinin fiyatı taşıdığı toplumsal yarar ve dışsallıklar\* nedeniyle gerçek maliyetini yansıtmamaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin bütçe üzerinde yaratacağı yük hakkında tahmin yapmak olanaksızdır.

7) Nihayet yedinci ve son özellik ise sağlık hizmetlerinin sahip oldukları bu özellikleri itibari ile diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerle aynı değerde tutulamazlar. Ayrıca bu özellikler sağlık hizmetlerinin neden tamamıyla özel sektör kesimine bırakılamayacağını da göstermektedir.

\* Negatif dışsallığa örnek olarak bir fabrikanın atıklarını yakınındaki bir göle boşaltması sonucunda gölde balıkçılıkla uğraşanların uğradıkları gelir kaybı gösterilebilir.

### 3. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri; *koruyucu sağlık hizmetleri*, *tedavi edici sağlık hizmetleri* ve *rehabilitasyon hizmetleri* olmak üzere üçe ayrılarak incelenmektedir.

#### a. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinden ilki koruyucu sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler hastalık daha ortaya çıkmadan önce alınan her türlü önlem ve mücadeleyi içerir. Koruyucu sağlık hizmeti sonucunda doğan faydadan, bireysel veya kolektif uygulanmasından bağımsız olarak, toplumun tamamı faydalanır. Bireysel koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak aşırı doğurganlığın kontrolü, kişisel hijyen ve sağlık eğitimi hizmetleri verilebilir. Bu noktada medya etkin bir güç olarak kullanılabilir. Doğru medya araçlarının kullanılması halinde bireysel sağlık hizmetleri daha çok kişiye ulaşacak ve daha yüksek fayda sağlayacaktır. Çevresel sağlık hizmetleri olarak da bilinen kolektif koruyucu sağlık hizmetleri ise; toplumun tamamına yönelik düzenlemeleri içermektedir. Bunlar negatif dışsallıkların ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalardır. Fabrikaların üretim sonucunda oluşan atıklarının toplum sağlığına uygun değerlerde çevreye salınması buna bir örnektir.

Koruyucu sağlık hizmetleri risk oluşmadan müdahalede bulunduğu ve toplumun tamamına gelir düzeyinden bağımsız olarak sunum yaptığı için sadece kamu tarafından sunulabilecek hizmet türüdür. Sınırlı risk karşısında ve belirli bir gelir düzeyinde olanlara hizmet sunumu yapan özel kesimin hiçbir şekilde koruyucu sağlık hizmetlerini sunması söz konusu değildir.

#### b. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetlerinden ikincisi olan tedavi edici sağlık hizmetleri ise; fiziksel veya ruhsal yönden rahatsızlık yaşayan bireylerin bu sıkıntılarını ortadan kaldırmaya yöneliktir. Çalışma ilişkisi yönünden ise “kişilerin çalışma gücündeki geçici veya sürekli kayıp nedeni ile kazancın da kesilmesi ile neticelenen çalışma gücünün kişiye yeniden fazlası ile kazandırılma gayretleri” olarak tanımlanmaktadır. (Yazgan, 1977: 150) Tedavi edici sağlık hizmetleri kişiye yönelik uygulandığı için koruyucu sağlık hizmetlerinin aksine özel faydası sosyal faydasından daha fazladır. Bununla birlikte kişinin elde ettiği faydayı topluma yansıtması nedeniyle dolaylı da olsa sosyal bir fayda özelliği de bulunmaktadır.

Tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumunu kamu kesimi yanında özel sektör de üstelenebilmektedir. Özel kesimin sunduğu hizmetin bedelini ödeme gücü olan bireyler böyle bir tercihte de bulunabilirler.



### **c. Rehabilitasyon Hizmetleri**

Sağlık hizmetlerinin üçüncüsü olan rehabilitasyon hizmetleri çalışma gücünün bir kısmını ya da tamamını kaybetmiş bireylere sunulur. Bu kayıp doğuştan veya daha sonra yaşanan bir olaydan sonra meydana gelebilir. Devlet bu kişilere, kısıtlı olma durumlarını ortadan kaldıracak her türlü imkânı sağlamalıdır. Protez araç gereç temininin sağlanması ve bu yöndeki teknolojik gelişmenin takip edilerek meydana gelen ilerlemelerden bu kişilerin yararlandırılması örnek olarak gösterilebilir. Rehabilitasyon hizmetleri kişinin maddi yönden sıkıntıya düşmesini önlediği gibi sağladığı aidiyetlik duygusu ile toplumdan kopmasını da önler. Bu hisle çalışma şevkinin artması sonucu toplumsal refah yükselir ve toplumsal bütünlük artar.

### **B. Genel Sağlık Sigortası ve Temel Özellikleri**

Genel Sağlık Sigortası ilk olarak gelişmiş Batı Avrupa ülkelerinde ortaya çıkmıştır. Genel Sağlık Sigortası'nda aile hekimliği sistemi vardır. Aile hekimi sağlık hizmetini yaş, cinsiyet, din, ırk ayrımı yapmadan bireylere ve ailelere sunan tıp doktorudur. Genel olarak aile hekiminin konusunda en az üç yıl uzmanlığının bulunması şartı aranır.

Genel Sağlık Sigortası'nın uygulanmasında sağlık hizmetlerinin basamaklandırılması söz konusudur. Burada sağlık hizmetleri tedavi açısından basamaklandırılmakta; birinci basamak sağlık hizmeti, ikinci basamak sağlık hizmeti ve üçüncü basamak sağlık hizmeti olmak üzere üçlü bir sınıflandırmaya tabi tutulmaktadır.

#### **1. Birinci Basamak Tedavi Hizmeti**

Kişilerin ilk olarak başvurup ayakta ya da olanak dâhilinde evlerinde tedavi edilmeleridir. Birinci basamak sağlık hizmeti sağlık ocakları, ana çocuk sağlığı gibi yerlerde sunulur. Hastalığın tedavisinde birinci basamak sağlık hizmetleri yetersiz kaldığında ikinci basamak sağlık hizmetlerine geçilir.

#### **2. İkinci Basamak Tedavi Hizmeti**

İkinci basamak tedavi hizmetleri hastanelerde sunulur. İkinci basamak tedavi hizmetleri birinci basamak da tedavi edilemeyen hastalara uygulanır. Bu basamakta hasta, devlet hastanelerinde veya özel hastanelerde ayakta ya da yatarak tedavi edilir. İkinci basamakta tedavi edilemeyen hastalar üçüncü basamaktaki sağlık kuruluşlarına sevk edilir.

### **3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmeti**

Tedavi hizmetleri özel uzmanlık ve yüksek teknoloji gerektiren uygulamaların yapıldığı üniversite hastaneleri gibi sağlık kuruluşlarında yapılır. Üçüncü basamakta ikinci basamakta tedavisi yapılamayan hastalara hizmet verilir. Tedavi hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmak için birinci basamaktan başlayan sevk zincirinin uygulanması gerekir. Tedavi basamaklarının atlanılması bir alt basamakta çözümlenebilecek sağlık sorunlarının bir üst basamakta birikmesine neden olur. Bu durum kaynak israfına neden olduğu gibi bir üst kuruluştan yararlanacak hastalara sunulacak olan hizmetlerin azalmasına da neden olur. Bunun sonucu olarak da daha az kişiye sağlık hizmeti sunulmuş olur.

### **4. İngiltere, Almanya ve ABD Sağlık Sistemlerinin Özellikleri**

Türkiye’de Sosyal Güvenlik Reformu ile gündeme gelen Genel Sağlık Sigortası’nı değerlendirebilmek için İngiltere, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri’nde genel sağlık hizmetleri ile Genel Sağlık Sigortası’nın incelenmesi yararlı olacaktır.

#### **a. İngiltere Sağlık Sistemi**

İngiltere’de aile hekimliği uygulamalarının 1601 yılında başladığı görülmektedir. Gerçek anlamda aile hekimliği veya İngiltere’de ki ismiyle genel pratisyenlik 1947 de Aile Hekimleri Kraliyet Koleji’nin kurulmasıyla başlamıştır. Tamamen vergilerle finanse edilen İngiliz Sağlık Sistemi’nde her İngiliz vatandaşına bir genel pratisyenin listesine üye olma ve tüm birinci basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz faydalanma imkânı sunulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri ev ziyaretleri, aşılamalar, tetkik ve tedavi hizmetleri yanında, gerek duyulan vakalarda ikinci basamak hizmetleri için bir uygun hastane departmanı ile temas kurma, gerekli bilgileri aktarma, randevu alma ve ikinci basamak ile ilgili işlemler tamamlandıktan sonra hastanın sürekli takibini içermektedir. (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı)

İngiliz Sağlık Sistemi’nde ikinci basamak sağlık hizmetleri ile üçüncü basamak sağlık hizmetleri kamu tarafından verilmektedir. 1980 sonrası ekonomik yapıda liberal politikaların öne çıkması, İngiltere’nin ulusal sağlık hizmetlerinde-national health services (NHS)- reform yapmasına neden olmuştur. 1991 yılında gerçekleştirilen reformun ana hedefi sağlık hizmeti sunanlar arasında kontrollü bir rekabet oluşturmaktır. Bunun için hizmetin sunumu ve finansmanı kurumsal olarak birbirinden ayrılmıştır. Sağlık idareleri, sorumluluk alanlarındaki nüfusun sağlık ihtiyaçlarını tespit eden, hizmeti refakat eden kurumlardan satın alan ve



hizmet kalitesini ölçen birimler haline gelirken, NHS hastaneleri vakıf yapısına bürünerek özerkleşmiş ve hizmetlerini satar hale gelmişlerdir.

Sağlık personeli açısından bakıldığında tüm tıp fakültelerinde aile hekimliği bölümünün olduğu görülmektedir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi 1979 da zorunlu hale getirilmiştir ve 1 yıllık intörlük döneminden sonra, 2 yıllık hastane eğitimini ve daha sonra da eğiticilik eğitimi almış bir aile hekiminin yanında geçecek olan 1 yıllık bir eğitim süresini kapsamaktadır.\*

İngiliz sağlık sisteminde kişiler ilk olarak kayıtlı oldukları aile hekimine başvurmak zorundadırlar. Aile hekiminden sevk almayanlar, ikinci basamağa acil durumlar dışında başvuramazlar. Aile hekimlerinin ikinci basamağa sevk oranı % 10 dolayındadır. Aile hekimlerine ödeme kayıtlı kişi başına yapılmakla birlikte, koruyucu hizmetlerin etkinliğini arttırmak için hizmet başına ödemeler de yapılabilir.

### **b. Almanya Sağlık Sistemi**

Almanya dünyada sağlık hizmetlerinin en güçlü olduğu ülkeler arasında kabul edilmektedir. Hastanelerin, doktor muayenehanelerinin ve tıbbi kuruluşların oluşturduğu geniş bir hizmet ağı herkesin sağlık hizmetlerine kolayca ulaşmasını sağlamaktadır. Sağlık sektörü aynı zamanda dört milyonu aşan çalışan sayısı ile Almanya'daki en büyük işgücü sektörüdür. Toplamda gayri safi yurtiçi hâsılanın yüzde 27,4'ü sosyal giderlere ayrılmakta ve yüzde 10,7'si sağlık giderlerine yönelmektedir ki bu rakam, OECD ülkeleri oranının yüzde 1,7 puan üstündedir. (OECD 2006)

Almanya'da egemen olan Bismarck Modeli Sağlık Sigortası Sistemi'nin finansman kaynağı kazanç esasına dayalı sigorta primleridir. Sistemin işleyişi şu şekilde olmaktadır:

- 1) Vergi veya işverenler ile çalışanların zorunlu katkıları ile finansman sağlanmaktadır.
  - 2) Sağlanan finansman devlet dışı sigorta kurumlarında toplanmaktadır.
  - 3) Sigorta kurumları hastane, aile hekimi ve diğer sağlık hizmeti sunanlarla kontrat yapmakta veya hizmet karşılığında para ödemektedirler.
- Bununla birlikte doğum oranlarının azalması ve ortalama yaşam süresinin yükselmesi gibi demografik değişiklikler yanında sağlık hizmetlerinin sunumunda primlerini ödeyemeyen sigortalıların da sağlık hizmetlerinden yararlanması sağlık alanında reform ihtiyacı doğurmuştur.

\* İntörn Türkçe sözlüklerde aday hekim, temel bilim derslerini tamamlamış, klinik stajlarına başlamış tıp öğrencisi olarak tanımlanmaktadır.



Bu ihtiyacı karşılamak adına çıkarılan Masrafları Düşürme Yasası sonucunda Almanya OECD ülkeleri içinde sağlık harcamalarının kişi başına en az yükseldiği ülke konumuna gelmiştir. 2000 ile 2005 yılları arasında Almanya'da sağlık harcamaları her yıl için yüzde 1,3 artarken, bu oran OECD'de ortalama yüzde 4,3 düzeyinde olmuştur. (OECD 2006)

Almanya sağlık alanında duyduğu reform ihtiyacı nedeniyle 2007 yılında ana ögesi bir sağlık fonunun kurulması olan yeni bir reform gerçekleştirmiştir. 2009 yılından itibaren yasal hastalık sigortası (**Hastalık Sigortası**) sahiplerinin prim miktarları eşitlenecektir. Hastalık sigortaları her sigortalı için sağlık fonundan aynı miktarda ödenti alacaklardır. Aynı zamanda, hastalık sigortalarının hizmetlerinin – örneğin çocukların primden muaf olarak sigortalanması gibi durumlar için – vergi kaynaklarından finansman yöntemine de geçilecek ve federal kaynaklardan her yıl artan miktarlarla sağlanacak finansman toplam 14 milyar Euro'ya kadar çıkabilecektir. Yine 2009'dan itibaren herkes için sigorta zorunluluğu getirilecek ve özel sigorta şirketleri bir taban tarifeden herkesi sigortalamak zorunda olacaklardır.

### c. ABD Sağlık Sistemi

Amerika Birleşik Devletleri'nde karşımıza büyük ölçüde özel sigortalar tarafından finanse edilen ve özel sağlık kurumlarına dayanan bir model çıkmaktadır. 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. Pek çok son derece prestijli teşhis ve tedavi merkezinin mevcudiyetine, araştırma ve geliştirmeye verilen büyük öneme rağmen ülkenin sağlık göstergeleri böylesi bir sağlık harcaması ile uyumlu değildir. Amerika Birleşik Devletleri sağlık için bu oranda bir harcama yaparken yaklaşık 43,3 milyon Amerikalı, çoğunluğu temel sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere hiçbir sağlık güvencesine sahip değildir. Bu rakam her yıl 1,2 milyon artmaktadır. Buna ek olarak 1991 yılı tahminlerine göre yaklaşık 50 milyon Amerikalı sadece kısmi sağlık sigortasına sahiptir. Yine 1993 yılı verilerine göre 41 milyon Amerikalı hiçbir sağlık garantisine sahip olmayıp bu rakam nüfusun %16,1'ne denk gelmektedir. Amerika'daki 15 yaş altı nüfustan 11,1 milyonu sağlık garantisi kapsamı dışında olup hükümetin tahmin ettiği rakamla arasında 1,5 milyondan daha fazla fark vardır. (New York Times, 25 Ocak 1995) 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 özel finansmana dayanan ABD sağlık sistemi içinde yer alan kamu finansmanına birer örnektir.

Amerikan modelinin en belirgin iki sonucu, son derece yüksek maliyetli olması ancak buna karşın ülkenin sağlık göstergelerinin son derece iyi olmaktan uzak olması olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık harcamaları pahalı ikinci ve üçüncü basamak hizmetlere yönelmekte, kârlı olmayan birinci basamak hizmetleri özel sektörün ilgisi dışında kalmakta, ikinci plana itilmekte, birinci basamak hizmetleri kamu tarafından da iyi örgütlenemediği bu pahalı ikinci ve üçüncü hizmetlere erişimi sınırlı kesimler maliyet etkili birinci basamak hizmetlerden de yoksun kalmaktadır.

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 olmasıdır.

### **C. Türk Sosyal Güvenlik Reformu Çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası Kavramı ve Genel Sağlık Sigortasının Özellikleri**

Sosyal güvenlik reformunun Genel Sağlık Sigortası ayağı ile ilgili en dikkati çeken iddiası tüm nüfusu sağlık güvencesi anlamında kapsama almasıdır. Esnaf kadın sigortalılara doğum öncesi ve sonrası iş göremezlik ödeneği verilmesi sağlık güvencesinin kapsamını genişletme adına yapılan bir çalışma olarak değerlendirilebilir. 18 yaşın altındaki herkesin anne ve babalarının sigortalı olup olmadığına bakılmaksızın sağlık güvencesi altına alınması da aynı amaçla gerçekleştirilmiştir.

Finansman bakımından sigortalılara belli kolaylıklar sağlandığı görülmektedir. SSK statüsündekiler için hastalık sigortasından geçici iş göremezlik ödeneğinden yararlanmak için ödenmesi gereken prim gün sayısı 120 günden 90 güne indirilmiştir. Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için SSK ve Bağ-Kur statüsündekilerin ödemiş olmaları gereken prim gün sayıları kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler için 30 gün olarak belirlenmiştir. Bağ-Kur statüsündekiler açısından sağlık hizmetlerinden yararlanmak için hiç prim borcu olmama şartı 60 güne kadar prim borcu



olanların sağlık hizmetlerinden yararlanabileceği şeklinde değiştirilmiştir. Yine Bağ-Kur statüsündekilere prim ödeme yükümlülükleri, takip eden aydan başlatılmak ve 1 ay prim borcunu aksatmaları durumunda dahi sağlık yardımlarından yararlanma imkânı getirilmiştir.

Genel olarak sigortalılar herhangi bir ücret ödemediği sözleşmeli olmak kaydıyla sağlık kurumlarından yararlanabileceklerdir. Acil hallerde sözleşmesiz sağlık kurumlarına da gidilebilecektir. Ancak kamu sağlık kuruluşları standart hizmetler dışında kalan otelcilik hizmeti ve öğretim üyesi ücreti için ilave ücret alabileceklerdir. Sözleşmeli özel sağlık kuruluşları ve vakıf üniversitelerinin alabileceği ilave ücretlerin tavanını Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmet bedellerinin bir katına kadar olmak üzere Bakanlar Kurulu belirleyecek, Kurum da bu sınır içinde yeni bir tavan belirleyebilecektir. Kurum, ilave ücret alınmayacak göz hastalıkları gibi sağlık hizmetlerini belirleyecektir. Sağlık tesislerinin ilave ücret alma talepleri %20 ilave ücret alabilmeleri ile sınırlandırılmıştır. Mevcut uygulamaya paralel olarak; ayakta tedavilerde hekim ve diş hekimi muayenesinde, ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri ile ayakta tedavide sağlanan ilaçlardan katılım payı alınması öngörülmüştür. Geliri asgari ücretin üçte birinden az olanların sağlık sigortası primleri devlet tarafından ödenecektir. Yine sigortalılık niteliğini kaybettiği tarihten itibaren son bir yıl içinde 90 gün prim ödeme gün sayısı olan kişilere, sonrasındaki genel sağlık sigortalılığından kaynaklanan prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın 90 gün genel sağlık sigortası yardımlarından yararlanmaları sağlanacaktır. Yeni düzenleme ile sağlık sigortası bakımından bakmakla yükümlü olunan çocukların en fazla 25 yaşına kadar bu haklardan yararlanacağı öngörülmekle birlikte, Kanunun yürürlüğe girdiği tarihte sağlık yardımlarına müstahak olanların durumlarında değişiklik olana kadar mevcut haklarının verilmesine devam edilecektir. Ayrıca, kız çocukları isteğe bağlı sigorta kapsamında sağlık primlerini ödeyebileceği gibi prim ödeme gücünden yoksun iseler primleri devlet tarafından ödenerek sağlık yardımlarından yararlanmaları mümkün bulunmaktadır. Protez, ortez, iyileştirme araç ve gereçleri için sigortalılardan alınan katılım payı konusunda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Sadece 3713 sayılı Terörle Mücadele Kanunu'na göre aylık bağlanmış maluller ile aynı kanun kapsamına giren olaylar nedeniyle vazife malüllüğü aylığı alan er ve erbaşların sağlık kurulu raporuyla ihtiyaç duydukları her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç/gereçler için herhangi bir katılım payı veya fark alınmaksızın ve kısıtlama getirilmeksizin karşılanması yönünde düzenleme yapılmıştır.



### D. Türk Sosyal Güvenlik Sistemi Çerçevesinde Genel Sağlık Sigortasının Genel Bir Değerlendirmesi

Türk Sosyal Güvenlik Sistemi çerçevesinde Genel Sağlık Sigortası'nın temel özelliklerini şu başlıklar altında toplayabiliriz:

1. Toplumun tamamını sağlık güvencesi kapsamına alınmaya çalışılmıştır. Bunun için 18 yaşın altındaki herkesin Genel Sağlık Sigortası kapsamında olduğu belirlenmiştir. Türkiye'nin genel olarak genç bir nüfusa sahip olması itibarıyla adı geçen düzenleme olumlu bir girişim olarak değerlendirilebilir.

2. Sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Genel Sağlık Sigortası'nın daha çok tedavi edici sağlık hizmetlerini düzenlediği görülmektedir. Oysaki koruyucu sağlık hizmetleri tedavi edici sağlık hizmetlerine göre mali yönden üstünlükleri bulunmaktadır. Hastalığı önlemeye yönelik faaliyetlerin hastalık ortaya çıktıktan sonra yapılacak faaliyetlerden mali yönden daha ucuz oldukları açıktır. Rehabilitasyon hizmetleri ise dar kapsamda tutulmaya çalışılmıştır. Ancak doğuştan böyle bir tedavi yöntemine ihtiyaç duyanların durumunu dikkate alan bir düzenleme yapılmaması genel sağlık sigortasının toplumun tüm kesimini kapsama iddiasını zayıflatmaktadır.

3. Sağlık hizmeti sunumunda sigortalıların özel sağlık kurumlarından da hizmet alabileceği belirtilmiştir. Sigortalılar açısından olumlu bir düzenleme gibi görünmekle birlikte oluşacak masrafların devletin sağlık yükünü finansal açıdan nasıl arttırmayacağı merak konusudur. Çünkü emeklilik sisteminde ve sağlık sisteminde yapılan değişikliklerle sosyal güvenlik açığının azaltılması hedeflenmiştir.

4. Sağlık hizmeti sunumunun özel sağlık kurumlarına bırakılması son derece tehlikelidir. Çünkü sağlık hizmetlerinde öncelikle güdülmesi gereken amaç, kişinin sağlığına en kısa sürede ulaşmasını sağlamaktır. Özel kuruluşlar ise kâr amacı ile güden kuruluşlar olup sağlık hizmeti sunmaları bu anlayışlarını değiştirmeyecektir. Zaten böyle bir değişiklik kapitalist sistemin yapısına aykırıdır. Bu noktada sağlık kurumlarında çalışanlar çalıştıkları kurumun mali önceliğini sigortalının sağlığına kavuşma önceliğinden üstün tutacaklardır.

5. Sigortalılara sağlık sigortası primleri bakımından bir takım kolaylıklar sağlanmıştır. Bunlar içinde sağlık hizmetinden yararlanmada hiç prim borcu olmama şartının esnekleştirildiği görülmektedir. Ancak kişilerin birlikte yaşadıkları ailelerinin harcamaları dikkate alınarak tespit edilen gelirlerinin kişi başına asgari ücretin üçte biri olan 213 YTL'den çok olması halinde Genel Sağlık Sigortası primi ödemeleri gerekecektir. Bu düzenleme sağlığın kapsamını genişletmekten ziyade finansman sıkıntısının yükünü



azaltmaya yönelik bir düzenlemedir. Bu yükün sigortalılar üzerine yüklenmesi sosyal devlet ilkesiyle bağdaşmamaktadır.

6. Kamu kurumlarının sigortalılardan standart hizmetler dışında kalan otelcilik hizmetleri ve öğretim üyesi için ilave ücret almaları yeniden düzenlenmelidir. Sağlık hizmeti dışında kalan otelcilik hizmetlerinden ücret alınması bir noktaya kadar kabul edilebilir olmakla birlikte standart hizmetlerin ne olduğu açık değildir. Öğretim üyesinden ilave ücret alınması ise sigortalılar açısından parası olanın daha iyi sağlık hizmetlerinden yararlanması demektir ki bu da sağlık hizmetlerinden yararlanmada kişiler arasında fark gözetilmemesi ilkesine aykırıdır.

## SONUÇ

Sağlığın önemi değişik şekillerde ifade edilebilecek olsa da, bu önemi en güzel şekilde Kanuni Sultan Süleyman'ın huzurundaki yabancı elçilere söylediği şu sözler özetlemektedir:

“Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi  
Olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi,,

Burada Sultan Süleyman zamanında kişilerin kendi sağlıklarından sorumlu olduğu gerçeğine dikkat edilmelidir. Bugün gelinen nokta itibarıyla bu sorumluluk tamamen kişilere bırakılamaz. İnsan sağlığını tehdit eden unsurlar geçmişten günümüze artmıştır ve ironik olarak insan nüfusu arttıkça güçlenerek artacaklardır. İnsanlar çalıştıkları ve/veya yaşadıkları ortamın koşulları nedeniyle sağlıklarını yitirme tehlikesiyle karşı karşıyadırlar. Bu koşullar hava kirliliği, hareketsiz yaşam ve yapay gıdalar olarak sıralanabilir.

Sağlık hizmeti sosyal güvenliğin en önemli unsurlarından biridir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan, ihtiyacının en kısa sürede giderilmesini ve bunun kendisi için maliyetli olmamasını bekler. Sağlık hizmetini sunan ise oluşacak maliyetin nasıl karşılanacağı ile ilgilidir. Maliyetin karşılanmasından kastedilen sağlık hizmetinin bedelinin hizmeti kullananan ya da kullanmayandan alınmasıdır. Sağlık hizmetinin maliyetinin karşılanması sorunu özel ya da kamu için aynıdır. Aralarındaki fark sağlık hizmetinin bedelini sağlık hizmetini kullananan özel kesimin bireysel olarak ve hemen talep etmesine karşılık kamunun söz konusu bedeli topluma yaymasıdır. Kamu için çalışan bir sigortalının sağlığına kavuşturulması sağlık hizmetlerinin ve dolayısıyla sosyal güvenliğin sürdürülebilirliği bakımından son derece önemlidir. Bu sayede kamu sağlık hizmetinin finansmanında ihtiyaç duyduğu kaynağa ulaşmada sıkıntı çekmeyecektir.

Ülke örnekleri incelendiğinde bugün Türkiye’de uygulanmaya çalışılan Genel Sağlık Sigortası’nın ilk olarak İngiltere’de uygulanmaya başlandığı görülmektedir. Bu makalede sağlık sistemleri açısından üç ülke incelenmiştir. İngiltere ve Almanya sağlık sistemleri açısından son derece ileridirler. İngiltere’nin sağlık sisteminde reforma gitme nedeni daha çok ekonomik liberalizasyona uyum sağlamaktır. Böylece İngiltere sağlık hizmetinden mali yönden daha etkin bir yöntemle geçmeyi tercih etmiştir. Almanya ise daha çok kendi iç dinamiğinden kaynaklanan nedenlerle sağlık sisteminde reform gerçekleştirme ihtiyacı duymuştur. ABD sağlık sistemi en liberal ve kişiyi sağlıkta kendi kaderine terk eden bir anlayışla ortaya çıkmaktadır. Sağlık harcamalarının yüksekliğine karşılık sağlık hizmeti kapsamı dışındaki nüfusun büyüklüğü ve giderek artması ABD sağlık sisteminin Türkiye için örnek teşkil edemeyeceğinin kanıtıdır.

Türkiye açısından sosyal güvenlik reformu uzun süredir gerçekleştirilmeye çalışıldığı bir reformdur. Bu reformun en önemli ayağı sağlık hizmetlerini düzenleyen reformlardır. Bunun kanıtı sağlık hizmetlerini düzenleyen reformların Genel Sağlık Sigortası başlığı altında toplanmış olmasıdır.

Genel Sağlık Sigortası toplumun tamamını kapsama iddiasındadır. Bu iddianın toplumun 18 yaşının altındaki kesimler için geçerli olduğu söylenebilir. Çünkü kişilerin birlikte yaşadıkları ailelerinin harcamaları dikkate alınarak tespit edilen gelirlerinin kişi başına asgari ücretin üçte biri olan 213 YTL’den çok olması halinde Genel Sağlık Sigortası primi ödemeleri şartı söz konusu iddiayı baştan zayıflatmaktadır.

Sonuç olarak Genel Sağlık Sigortası sigortalılar açısından ve sağlık hizmeti sunucuları açısından birçok yenilikler getirmektedir. Söz konusu yeniliklerle sağlığın kapsamı genişletilmeye çalışılmış, ancak bunun finansman sorununa yol açmaması için genelde sigortalılara yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

## KAYNAKLAR

- Ana Britannica Genel Kültür Ansiklopedisi c. 27, s. 41, 1994.
- Ayşegül MUTLU-Abdülkadir IŞIK, “Sağlık Ekonomisi ve Politikaları”, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi, Yayın No:14, 2002.
- Ahmet SALTİK, “Sağlık Ekonomisinde Yeni Kavramlar”, Toplum ve Hekim, Temmuz-Ağustos, 1995.
- Turan YAZGAN, *Sosyal Sigorta*, İstanbul, 1977.
- OECD Health Data 2006 How does Germany Compare, [http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en\\_2649\\_33929\\_36957222\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/LongAbstract/0,3425,en_2649_33929_36957222_1_1_1_37407,00.html)), Erişim Tarihi: 22.10.2008.



New York Times, 25 January 1995, 43% of Noncitizens Lack Health Care.

<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=990CE6DD1531F936A15752C0A963958260&scp=2&sq=43,3%20million%20lack%20of%20health%20care&st=cse>, Erişim Tarihi: 21.10.2008.

Dünyada Aile Hekimliği Uygulamaları, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, <http://aile-hekimligi.uludag.edu.tr/uygulama.html>, Erişim Tarihi: 23.10.2008.