

# *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi*

## *Financing Health Care Services: Development of Social Health Insurance in Turkey*

Mehtap TATAR\*

### ÖZET

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarını belirleyenlerin gündemlerindeki en önemli konular arasında yer almaktadır. Hangi finansman ve sunum yöntemini benimserse benimsesin temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır. Türkiye’de de sağlık hizmetlerinin sunum ve finansmanı ile ilişkili düzenlemeler özellikle 2003 yılından sonra “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile birlikte ivme kazanmış ve hizmetlerin hem sunumunda hem de finansmanında radikal değişiklikler gerçekleşmiştir. Bu makalenin amacı Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan yöntem olan sosyal sigorta modelini teorik boyutları ile ortaya koymak olarak belirlenmiştir. Bu amaçla ilk olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemler çeşitli boyutları ile ele alınmış daha sonra sosyal sağlık sigortasının dünyada ve Türkiye’de gelişimi irdelenmiştir. Makalede ayrıca, sosyal sağlık sigortasının örgütlenmesi ile ilgili temel konular ele alınarak Türkiye’deki mevcut uygulamalar değerlendirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık hizmetleri finansmanı, sağlıkta finansman modelleri, sosyal sağlık sigortası, sağlık reformları, Türkiye’de sosyal sağlık sigortası

### ABSTRACT

Health care financing and share of health expenditures in the economic wellbeing of countries have long been among the priority topics of policy makers’ agendas. Regardless of the selected method of health care provision and financing, the main goal should be to provide health care services with an acceptable quality, accessibility, efficiency and effectiveness. The Turkish health care system has witnessed a radical transformation process since the “Health Transformation” program after 2003 and radical changes have been made both in the provision and financing of health care services. This article aims to present the theoretical aspects of social health insurance adopted as the main financing model of the Turkish health care system. First, different models of health care financing are elaborated in detail followed by an analysis of the development of social health insurance in Turkey. The article also focused on the organizational issues of social health insurance and presented contemporary issues in the Turkish system.

**Key Words:** Financing health care services, health care financing models, social health insurance, health care reforms, social health insurance in Turkey

\* Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık İdaresi Bölümü, mtatar@hacettepe.edu.tr

## GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyinden aldığı pay her ülkede tartışılmakta ve sağlık politikalarını belirleyenlerin gündemlerindeki en önemli konular arasında yer almaktadır. Birçok başka faktörün yanında, artan ortalama yaşam süresi, gelişen teknoloji ve hastalıkların yapısında meydana gelen değişim nedeniyle hızla yükselen sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için çok çeşitli düzenlemeler yapılmaktadır. Hangi finansman ve sunum yöntemini benimserse benimsesin temel amaç, her ülkede sağlık hizmetlerinin kabul edilebilir bir kalite ve erişim düzeyinde hakkaniyetli ve verimli bir şekilde sunumu olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edildiği ve bu finansman yükünün toplum tarafından nasıl paylaşıldığı ise verilen hizmetin miktarının, kalitesinin, erişimin ve hakkaniyetin önemli bir belirleyicisidir.

Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ülkeden ülkeye farklılık göstermekte, ayrıca aynı finansman yöntemi benimsense dahi özellikle sağlık hizmetlerini sunanlara ödeme yöntemleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenme şekli ve hizmete erişim için geliştirilen kurallardaki farklılıklar nedeniyle her ülkede farklı sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle aşağıda daha ayrıntılı olarak ele alınacak olan finansman yöntemlerinde tartışılan konuların her ülkede farklılık gösterebileceğini göz ardı etmemek gerekir. Ayrıca, incelenen finansman modellerinin tümü ya da birkaçı, bir ülkede farklı rol ve ağırlıklarla aynı anda bulunabilir. Dünyadaki uygulamalar incelendiğinde hemen her ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında hem vergiler hem sosyal sigorta primleri hem hane halklarının cepten yaptığı ödemeler hem de özel sağlık sigortasının aynı anda mevcut olabildiği görülmektedir. Bu nedenle ülkeler sağlık finansman modelleri açısından sınıflanırken sistemde ağırlıklı rol alan finansman şekline göre sınıflandırılırlar. Örneğin, sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edildiği sistemlere örnek olarak gösterilen İngiltere’de aynı anda diğer finansman yöntemleri de kullanılmakla birlikte (cepten yapılan ödemeler, özel sağlık sigortası ve sosyal sigorta), bunlar finansman içindeki payının vergilere göre daha az olması nedeniyle belirleyici rol oynamamaktadır. Aynı durum, sağlık hizmetlerinin finansmanının sosyal sigorta ilkelerine göre yapıldığı

ülkelere örnek olarak gösterilen Almanya için de söz konusudur. Bu nedenle bir ülkenin sağlık finansman modelini tanımlarken kullanılan sınıflama, o ülkede o türde finansmanın daha ağırlıklı olarak kullanıldığının göstergesidir.

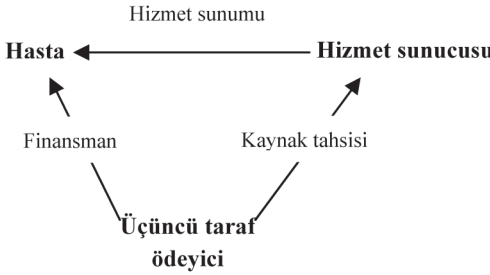
Bu çalışmada temel amaç, Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan yöntem olan sosyal sigorta modelini teorik boyutları ile ortaya koymak ve Türkiye’de gelişimini incelemektir. Bu amaçla ilk olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılan yöntemler çeşitli boyutları ile ele alınacak daha sonra sosyal sağlık sigortasının dünyada ve Türkiye’de gelişimi irdelenecektir. Son bölümde ise sosyal sağlık sigortasının Türkiye’de geleceği tartışılacaktır.

## **I- SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANINDA KULLANILAN YÖNTEMLER**

Modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmetlerinin finansmanında, hizmeti veren ile alan arasında doğrudan bir finansal akışın sağlanması yerine ağırlıklı olarak üçüncü taraf ödeyicinin finansman rolünü üstlendiği bir model benimsenmiştir. Bunun en önemli nedenlerinden biri, bireyin sağlık hizmetine ne zaman ihtiyacı olacağına belirsiz olması ve bu ihtiyaç ortaya çıktığında katlanması gereken maliyetlerin belirsizliğidir. Sağlık ve sağlık hizmetlerinin niteliği gereği çoğu zaman bu maliyet bireysel olarak katlanılabilecek boyutların çok üzerinde olup üçüncü tarafın müdahalesi olmadığı takdirde bireyin gerçek sağlık hizmeti ihtiyacından daha az hizmet alması ile sonuçlanabilir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı, en basit haliyle hizmeti sunanlar ile finanse edenler arasında bir kaynak değişimi ya da transferi süreci olarak tanımlanabilir. Şekil 1’de de görüldüğü üzere, bu süreçte, hizmet sunucuları, kendilerine başvuran bireylerin sağlık ihtiyaçlarını gidermeye yönelik hizmetleri sunarlar ve hastalar ya da ülkenin benimsediği finansman modeline göre üçüncü taraf ödeyici hizmetin karşılığını hizmet sunana aktarır. Bazı durumlarda kaynak akışı doğrudan doğruya hasta ile hizmet sunucusu arasında gerçekleşebilir. Örneğin, sunulan hizmetin maliyetinin bireysel olarak katlanılabilecek düzeyde olması, bireyin ya da sunulan sağlık hizmetinin üçüncü taraf ödeyicinin kapsamı içinde olmaması gibi. Bu veya benzeri durumlarda sağlık hizmetle-

rinin önemli bir bölümünde üçüncü taraf ödeyici önemli bir rol oynar. Ayrıca, üçüncü taraf ödeyicinin arada olduğu durumlarda bile, örneğin, katkı payları gibi düzenlemelerle hastalar halen finansmana katkıda bulunabilirler.

**Şekil 1.** Sağlık Hizmetleri Üçgeni



Kaynak: Mossialos ve Dixon (2002)

Bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelinin belirlenmesi, birçok farklı dinamiğin etki sahibi olduğu bir süreçtir. Bu süreçte göz önüne alınması gereken en temel kriterler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Hoare ve Mills, 1986; Roberts vd., 2004):

*Ülkenin Sosyo-Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi.* Herhangi bir ülkenin sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyinin en önemli göstergelerinden biri kişi başına düşen milli gelir olup aynı zamanda ülkenin kaynaklarını harekete geçirebilme gücünün de önemli bir belirleyicisidir. Gelir düzeyi, hane halklarının sağlık hizmetlerini ödeme kapasitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu gibi vergi tabanının, kayıtlı ekonomide çalışan işgücü miktarının ve desteklenmesi gereken yoksul miktarının da önemli bir göstergesidir. Bu nedenle, seçilecek finansman modelinin ülkenin ekonomik gerçekleri ile uyumlu olması, sürdürülebilir bir finansman modelinin de ön şartıdır.

*Mali Kapasite.* Sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyiyle yakından ilişkili olmakla birlikte hedeflenen sağlık harcaması düzeyine ulaşabilmede kaynakları harekete geçirebilme gücü de finansman stratejisinin önemli bir belirleyicisidir. Bu noktada sorgulanması gereken en kritik

konu, seçilen stratejinin sürdürülebilir olup olmadığıdır. Örneğin sosyal sigorta modelini benimsemiş bir ülkede istihdamın önemli bir bölümünün kayıt dışında olması ya da prim toplamanın güç olması, sistemin sürdürülebilirliğine ilişkin birçok sorunun ortaya çıkmasına neden olacaktır. Benzer şekilde, sağlık hizmetlerini vergilere dayalı bir modele göre finanse etmeyi benimsemiş ülkelerde; vergi toplama kapasitesi, vergi yapısı, vergilerin adil olup olmadığı ve toplumda nasıl dağıldığı soruları sorulmalıdır. Ülkenin mali kapasitesinin önemli belirleyicilerinden biri gelişmişlik düzeyidir. Örneğin Schneider (2003) tarafından yapılan bir çalışmada; Meksika, Filipinler, Mısır ve Tayland’da kayıt dışı ekonominin Gayrisafi Yurtiçi Hasılanın (GSYH) yarısından fazlasını oluşturduğu, Japonya ve ABD’de ise bu oranın sadece %10 civarında olduğu belirlenmiştir. Bu durumda, birinci gruptaki ülkelerde gerek vergi gerekse de sosyal sigorta ağırlıklı sistemlerin benimsenmesinde ortaya çıkabilecek olumsuzlukların mutlaka göz önüne alınması gerekmektedir.

*Uygulanabilirlik.* Sağlık hizmetlerinin finansmanında hangi model benimsenirse benimsensin kaynakların yaratılması ve yaratılan kaynakların harcaması en önemli iki süreç olarak ortaya çıkmaktadır. Seçilen finansman yöntemine göre, gereksinim duyulan kayıt ve veriler ile yönetsel süreçler de farklılık gösterecektir. Sistemin işleyişini sağlamada gerekli yönetsel kapasite, insan gücünün nitelikleri ve bununla ilgili gereksinimler, finansman yönteminin toplum tarafından ne kadar kabul edilebilir olduğu gibi konular da mutlaka tartışılması gereken konulardır.

*Verimlilik.* Hangi finansman modeli seçilirse seçilsin, her modelin kendine özgü bir yönetsel maliyeti bulunacaktır. Seçilen modelin yönetim maliyetleri, elde edilen gelirler içinde önemli bir yer tutuyorsa bu durumda modelin verimlilik açısından sorgulanması gerekecektir. Örneğin sağlık hizmetlerinin özel sağlık sigortası ile finansmanının yönetsel maliyeti çok yüksek olup bu maliyetlerin elde edilen gelir ile mutlaka ilişkilendirilmesi gereklidir.

*Hakkaniyet.* Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemine karar verilirken sorgulanması gereken en önemli konulardan bir diğeri, ödeme yükünü ağırlıklı olarak toplumun hangi kesiminin üstlendiğidir. Aşağıda daha detaylı olarak ele alınacağı üzere bazı finansman yöntemleri

nüfusun özellikle gelir düzeyi düşük ve/veya sağlık statüsü daha kötü alt gruplarını göreceli olarak olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle seçilen finansman yönteminin bu gruplar üzerindeki etkisinin mutlaka incelenmesi gerekir.

*Talep/Kullanım ve Tüketici Davranışı.* Sağlık hizmetlerinin finansmanında seçilen yöntem, kullanılan hizmetin türü ve düzeyini önemli ölçüde etkileyebilir. Bazı yöntemler hizmet sunucularını daha çok hizmet vermeye yönlendirirken bazıları bireylerin daha çok ya da gereksiz sağlık hizmeti talep etmesine yol açabilir. Örneğin; sigorta, ister özel ister kamu kaynaklı olsun, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımını artıran bir finansman yöntemidir. Bu nedenle hem sosyal hem de özel sağlık sigortası sistemlerinde gereksiz kullanımı engellemek amacıyla çeşitli düzeylerde kullanıcı katkılarının kullanımı söz konusudur.

*Arz/Hizmet Sunumu ve Hizmet Sunucusu Davranışı.* Seçilen finansman yöntemi sağlık hizmetini sunan kişi ya da kurumların davranışını doğrudan etkileyebilir. Özellikle, finansman modeli içinde belirlenen ve hizmet sunucusuna hangi hizmetler için ne kadar ödeme yapılacağını ortaya koyan geri ödeme yöntemleri hizmet sunucusunu daha az/fazla hizmet sunmaya yönlendirebilir. Bu yönde yapılan araştırmalar; hizmet sunucularının, sosyal güvence kapsamındaki bireyler için daha serbest davrandıklarını, hizmet başına ödeme yöntemleri ile geri ödeme yapılan hekimlerin daha çok sağlık hizmeti sunma eğiliminde olduğunu göstermiştir.

Yukarıda kısaca özetlenenler bir ülkede sağlık hizmetlerinin finansman modelini belirlerken göz önüne alınması gereken temel kriterler olup her model için farklı sonuçları söz konusudur. Bu kriterlere ek olarak sağlık hizmetlerinin geçmişten gelen finansman ve örgütlenme şekli, buna ilişkin olarak toplumda oluşmuş genel anlayış ve kabuller, kültürel etmenler ve geçmişten itibaren yaşanan deneyimler de seçilen finansman modelinin hem şeklinin belirlenmesinde hem de işleyişinde önemli rol sahibidir. Burada özellikle vurgulanması gereken önemli konular, hem toplum hem de finansman sistemi açısından mükemmel bir modelin olmadığı, her modelin kendine göre avantaj ve dezavantajlarının olduğu ve bir ülkede çok iyi işleyen bir modelin bir başka ülke-

de, tamamen o ülkeden kaynaklanan faktörler nedeniyle aynı sonuçları vermeyebileceğidir. Bu nedenle aşağıda genel olarak ele alınan sağlık finansman modelleri ile ilgili tartışılan konuların her ortamda farklı bir şekilde ortaya çıkabileceğini göz önüne almak gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin finansman modellerini çeşitli yönleri ile incelemeye başlamadan önce, hangi model seçilirse seçilsin öncelikli olarak ele alınması gereken konular ve cevaplanması gereken sorular üzerinde durulması gerekmektedir. Roberts ve arkadaşlarına göre (2004) bir finansman modeli incelenirken ya da etkisi değerlendirilirken öncelikle seçilen modelin hakkaniyet üzerine yaptığı etki, risk havuzlama derecesi ve genel ekonomi üzerinde yaptığı etkinin ele alınması gerekmektedir. Bu konularla ilgili olarak ise aşağıdaki soruların sorulması önceliklidir:

1. Finansal yükü kim üstleniyor? Yüksek risk grupları ile düşük risk grupları açısından ele alındığında seçilen finansman yöntemi yüksek risk gruplarını ne dereceye kadar koruma altına alıyor? Bu soruların cevabı, seçilen yöntemin hakkaniyet derecesinin en önemli belirleyicisidir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında temel ilke, gelir durumu yüksek ve sağlık statüsü daha iyi bireylerden, gelir durumu ve sağlık statüsü kötü bireylere doğru bir finansman akışının sağlanmasıdır. Bir başka ifade ile fonlar hangi finansman modeli ile bir havuzda toplanırsa toplansın, o havuza, gelir durumu yüksek olanların gelirleri ile orantılı olarak daha çok katkıda bulunması; ama sağlık statüleri de daha iyi olduğu için o havuzu daha az kullanmaları gerekmektedir. Bunun tersine işlediği durumlarda, söz konusu ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında hakkaniyetin sağlanması açısından çok önemli sorunlar ortaya çıkacaktır.
2. Finansman yönteminin yatırımları teşvik ve istihdam fırsatları gibi ekonomik etkileri neler olabilir? Genel ekonomik dengelerle sağlık hizmetlerinin finansman modeli arasındaki bağlantıyı kurmak, sistemin sürdürülebilirliğini sağlamada son derece önemlidir. Örneğin sosyal sigorta modelinin benimsendiği bir ülkede çalışan ve işverenden alınacak primlerin miktarının çok yüksek olması, işverenin yeni yatırımlar yapıp istihdam yaratma kararlarını olumsuz yönde etkileyebilir ya da kayıt dışı ekonominin güçlenmesine neden olabilir. Benzer durum, vergi

oranları için de söz konusudur. Bu durumda, finansman kaynaklarının yaratılmasında karşılaşılan güçlükler nedeniyle havuzda toplumun sağlık ihtiyacını karşılamaya yetecek fonların toplanamaması ve verilen sağlık hizmetinin miktar ve nitelik olarak olumsuz etkilenmesi söz konusu olabilecektir.

Sağlık hizmetlerinin finansman yöntemlerine geçmeden önce üç temel sağlık finansman modelinden söz etmek gerekmektedir. En genel anlamıyla Beveridge, Bismarck modeli ve özel sağlık sigortası olarak sınıflandırılabilir bu modeller, finansman kaynakları, karar verme mekanizmaları, hizmet sunucularının örgütlenmesi gibi konularda önemli ölçüde farklılaşmaktadır. Tabloda bu modeller çeşitli özellikleri ile birlikte özet olarak sunulmaktadır.

**Tablo 1:** Sağlık Sistemleri Modelleri

	<b>Beveridge Modeli</b>	<b>Bismarck Modeli</b>	<b>Özel Sigorta</b>
Örnek	Ulusal Sağlık Hizmeti Örn. Birleşik Krallık	Sosyal Sağlık Sigortası Örn. Almanya	Birleşik Amerika
Karar verme mekanizması	Devlet tarafından karar verme ve yönetim	Sigorta fonu ve hekim birlikleri tarafından karar verme ve yönetim	Özel girişimcilik ilkeleri
Kaynaklar	Vergiler	Çalışanların ve işverenlerin katkıları	Özel finansman
Sağlık hizmetleri sunucuları	Kamu	Kamu/Özel	Özel

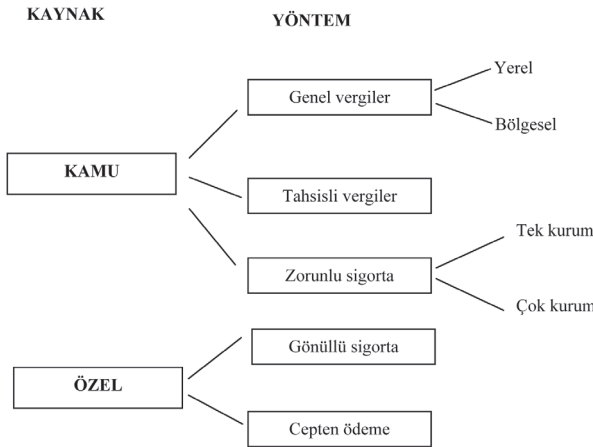
Kaynak: Wild ve Gibis (2003)

Beveridge modelinin ortaya çıkışı İkinci Dünya Savaşı sonrası Birleşik Krallık'ta gerçekleştiği için bu model genellikle Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) ile özdeşleşmiştir. Günümüzde, Danimarka, Finlandiya, İrlanda, İspanya, İsveç, İtalya, Norveç, Portekiz, Yunanistan gibi ülkelerde kullanılan modelin temel özelliği sağlık hizmetlerinin vergilere dayalı olarak finanse edilmesidir. Devletin sağlık hizmetlerinin finansmanını bütçe aracılığı ile kontrol etmesi, tüm vatandaşların belirlenmiş katkı payları dışında sağlık



hizmetlerine erişiminin ücretsiz olması, hekimlere verdikleri hizmetin karşılığının maaş ya da kişi başına ödeme yöntemi ile ödenmesi, kurumlar içinse merkezi idare tarafından belirlenen bütçelerin kullanılması, bu modelin diğer özellikleridir. Bismarck modeli ise 1883 yılında Almanya’da Bismarck tarafından geliştirilmiş ve daha sonra birçok ülkede uygulanır hale gelmiştir. Bu model de çıkış kaynağı nedeniyle Almanya sağlık sistemi ile özdeşleşmekle birlikte bugün başta Avusturya, Belçika, Fransa, Hollanda, İsviçre olmak üzere hem gelişmiş hem de gelişmekte olan birçok ülkede uygulanmaktadır. Özellikle 1990 sonrası sağlık politikalarında Dünya Bankasının sağlık reformu ile ilgili girişimleri nedeniyle en çok başvurulan sağlık finansman yöntemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Özel sağlık sigortasının ise ana kaynağı Amerika Birleşik Devletleri olup aşağıda açıklanacak nedenlerden ötürü günümüzde ağırlıklı olarak kullanılması önerilmeyen sağlık finansman modellerinden biridir.

**Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Finansman Yöntemleri**



Kaynak: Appleby (1992)

Şekil 2’de de görüldüğü üzere sağlık hizmetlerinde finansman kaynakları önce özel ve kamu olarak ikiye daha sonra da kendi içinde alt dallara ayrılmaktadır. Aşağıda bu yöntemler daha ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

## A- Vergilere Dayalı Finansman

Sağlık hizmetlerinin finansmanında sıklıkla kullanılan vergi yolu ile finansmanda vatandaşlardan çeşitli şekillerde toplanarak bir havuzda biriken ve daha sonra devletin karar mekanizmaları çerçevesinde çeşitli sektörlere dağıtılan kaynakların kullanımı söz konusudur. Vergiye dayalı finansmanda vatandaşlar sağlık hizmetleri ile ilgili bireysel katkılarını ödedikleri vergiler yoluyla yaparlar ve hizmeti kullanma aşamasında sistem tarafından belirlenen katkı payları dışında bir ödemede bulunmazlar. Bu finansman türünde cevaplanması gereken en kritik sorular, ülkenin vergi toplama kapasitesinin ne olduğu ve toplanan vergilerin adil olup olmadığıdır. Bu iki sorunun cevabı, vergi yoluyla finansmanın sağlık hizmetlerinin performansı üzerindeki olumlu ya da olumsuz etkilerinin de en önemli belirleyicileridir. Vergi toplama kapasitesi ile ilgili olarak göz önüne alınması gereken en kritik konu, toplanan vergilerin ekonomik etkisinin ne olacağıdır. Toplanan vergilerin çok yüksek olması daha çok gelir elde etme konusundaki motivasyonu azaltabileceği gibi ülkenin uluslararası rekabet gücünü ve yatırım potansiyelini de olumsuz yönde etkileyebilir.

Bir vergi sistemi içinde toplanan vergilerin türü, o sistemin ne kadar hakkaniyetli olduğunun ve farklı gelir gruplarını ne yönde etkilediğinin de önemli bir belirleyicisidir. Bu açıdan bakıldığında en önemli ayırım doğrudan vergiler ile dolaylı vergiler arasındaki ayırmadır. Doğrudan vergiler, bireylerin, hane halklarının ya da firmaların doğrudan doğruya gelirleri ya da kârları üzerinden alınan vergilerdir. Bir verginin hakkaniyetli olup olmadığı en önemli belirleyicisi, artan oranlı (progressive) olup olmamasıdır ve bunun sağlanabilmesi için vergi oranının yüksek gelir gruplarında daha yüksek, düşük gelir gruplarında ise daha düşük olması gerekir. Ancak informal ekonominin yaygın olduğu ülkelerde kayıt dışı gelirin yüksek oranda olması nedeniyle doğrudan vergilerin toplanmasında sorunlar ortaya çıkabilir (Mossialos, Dixon, 2002).

Dolaylı vergiler ise mal ve hizmetlerin el değiştirmesi sonucunda ödenen vergilerdir. Katma değer vergisi, gümrük vergisi gibi vergiler bu kapsamdaki vergilere örnek olarak verilebilir. Dolaylı vergilerin en önemli özelliği, bireyin geliri ile değil tüketimi ile ilişkili olduğu için

azalan oranlı (regressive) olabilmeleridir. Bu tür vergiler, görünebilir olmaları ve ödemekten kaçınmanın mümkün olmaması nedeniyle özellikle kayıt dışı ekonominin yaygın olduğu ekonomilerde sıklıkla kullanılmaktadır. Toplanan vergilerin içinde dolaylı vergilerin yüksek olduğu durumlarda sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından ortaya çıkan en önemli problem, finansal yükü kimin üstlendiği ile ilişkilidir. Bu vergiler kişilerin gelir düzeyi ile ilişkili olmadığı için genel vergi havuzunda gelir düzeyi düşük olanların, yüksek gelir grubundakilere oranla daha çok katkıda bulunması anlamına gelmektedir. Bu tür bir vergi yapısında sağlık hizmetlerinin vergiler yoluyla finanse edilmesi ise düşük gelir grubundakilerin yüksek gelir grubundakilerin sağlık hizmetlerini finanse etmesi anlamını taşıyacaktır.

Vergilere dayalı finansmanda kritik dönemlerden biri, ülkenin ekonomik durgunluk içinde olduğu dönemdir. Bu dönemde, üretimin düşmesi ile azalan gelirler ve yeni vergilerin uygulamaya konması ya da mevcut vergilerin oranlarının artmasının politik olarak istenmemesi gibi nedenlerle tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de maliyet sınırlama konuları daha sıklıkla tartışılmakta ve özellikle “Sağlık hizmetlerinden kim yararlanıyor?” sorusu daha sıklıkla gündeme gelmektedir. Bu sorunun cevabı gerek vergi ile finanse edilen sistemlerde gerekse de sosyal sigorta ile finanse edilen sistemlerde “Kimin sağlık hizmetine ihtiyacı varsa o yararlanır.” şeklinde olmakla birlikte, finansal sınırlılık dönemlerinde hem maddi durumu iyi olanlar hem de daha kötü olanlar ilave sağlık finansman (özel sigorta, cepten ödeme gibi) yöntemlerine başvurabilmektedir (Evans, 2002).

## **B- Cepten Yapılan Ödemeler**

Cepten yapılan ödemeler, her sağlık sisteminde var olmakla birlikte, sağlık hizmetleri ihtiyacının ne zaman, nerede ortaya çıkacağını ve ne kadar maliyeti olacağını bilinmemesi nedeniyle tek başına bir sağlık hizmeti finansman yöntemi olması uygun değildir. Bu kategorideki ödemeler, bireylerin herhangi bir mal ve hizmeti satın alması durumunda bir geri ödeme kurumu ya da devlet tarafından ödenmeyen ve ceplerinden doğrudan yaptıkları ödemelerdir. Cepten yapılan ödemeler, modern sağlık sistemlerinde özellikle kullanıcı katkıları için yapılmak-

tadır. Kullanıcı katkılarının ortaya çıkışının en önemli nedeni sağlık hizmetleri talebini düzenlemek, özellikle gereksiz talebi engellemektir. Cepten yapılan ödemeleri savunanlar, bu ödemelerin hem gereksiz talebi engellemekte önemli rol oynayacağı hem de ilave kaynak yaratacağını öne sürmektedir. Bireyin geliri ile ilişkilendirilmediği durumlarda cepten yapılan ödemeler, hem hakkaniyet hem de risk koruma açısından en olumsuz sonuçlara neden olan 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. Bu nedenle bir sağlık sisteminde cepten yapılan ödemeler ancak zorunlu durumlarda başvuru, başvurulduğu zaman ise mümkünse bireyin gelir durumu ile ilişkilendirilen bir finansman yöntemi olmalıdır. Sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının olumsuz etkilerini en aza indirmek için bazı muafiyetler getirilebilmekte, ülke örnekleri incelendiğinde; diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların, kanser ile ilgili harcamaların ve bazı ülkelerde düşük gelir grubundakilerin katkı paylarından muaf tutulduğu görülmektedir.

### C- Özel Sağlık Sigortası

Bu finansman yönteminde geri ödeme kurumu özel sağlık sigortası olup bireylerin ya da kurumların sağlık risklerini sigortalaması söz konusudur. Özel sağlık sigortası da birçok açıdan, cepten yapılan ödemelerde olduğu gibi bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak başvurulmaması gereken finansman yöntemlerinden biridir. Bu yöntem, farklı düzeylerde ve farklı amaçlarla kullanılabilir. Örneğin bazı ülkelerde (ABD), nüfusun önemli bir bölümü için temel sağlık finansman kurumuyken bazı ülkelerde kamu sistemi ile birlikte tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir (Fransa). Bir başka ifade ile özel sağlık sigortası, kamu sağlık hizmetlerinin finanse etmediği bölümü finanse etmek için kullanılmaktadır. Sosyal sigorta ile özel sigorta arasındaki en önemli fark risklerin havuzlanma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sosyal sigortada bireylerin ödemesi gereken primler, doğrudan gelir ile ilişkili olup bireyin sağlık statüsü ile hiçbir ilişkisi bulunmazken, özel sektörde bireyin ödeyeceği prim önemli ölçüde sağlık riskleri ya da sağlık statüsü ile ilişkilendirilir. Bir başka ifade ile özel sağlık sigortasında herhangi bir has-

talığı olan (diyabet, hipertansiyon gibi) ya da hastalanma riski yüksek olanlar (sigara, alkol kullananlar gibi) diğerlerine göre daha çok prim ödeyebilirler. Bu durum, bir sağlık finansman sisteminde olması gereken özellikler arasında sayılan ve önemli bir yer tutan sağlık statüsü iyi olandan kötü olana doğru bir finansman akışının tam tersine işlediğini göstermektedir. Ayrıca, özel sağlık sigortalarının bir başka özelliği olan ters seçim (adverse selection) konusu da bu finansman türünün ağırlıklı olarak sağlık hizmetlerinin finansmanında kullanılmasının önünde bir engel oluşturmaktadır. Buna göre, bir özel sağlık sigortası kurumunun yaşayabilmesi için yüksek riskli hastalardan daha yüksek prim alması gerekmektedir. Ancak bu durumda primler gereksiz yere yükseleceği için özellikle sağlık statüsü iyi olan ve sağlık riski az olanlar bu yüksek primleri ödemek istemeyecek, bu durumda da sigorta havuzunda ağırlıklı olarak yüksek riskli hastalar bulunacaktır. Bu durum özellikle sigorta kurumu açısından gelir ve gider dengesinin sağlanamamasına yol açacak ve zaman içinde finansmanın sürdürülebilirliği olumsuz yönde etkilenecektir. Tüm bu özelliklerinden dolayı özel sağlık sigortası da cepten yapılan harcamalarda olduğu gibi, bir sağlık sisteminin finansmanında ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem olmayıp vergilere ya da sosyal sigortaya dayalı finansmanı tamamlar ya da destekler nitelikte olmak durumundadır.

#### **D- Sosyal Sağlık Sigortası**

Sosyal sigortanın en önemli ilkesi sosyal dayanışma ilkesidir. Dayanışma, en genel anlamıyla “ortak bir amaç için herhangi bir hesap olmaksızın yapılan işbirliği” olarak tanımlanmaktadır (aktaran Saltman ve Dubois, 2004, s.27). Bu tanımdan da görüldüğü üzere birey tek ve bağımsız bir varlık olarak ele alınmak yerine birbirleri arasında karşılıksız bir işbirliğinden söz edilmektedir. Saltman ve Dubois’e göre (2004), sağlık hizmetlerinde sosyal adaleti sağlama olgusu, felsefi bir yaklaşım olup sosyal sağlık sigortası dayanışma ilkesi aracılığıyla bu yaklaşımın varlık kazanmasına neden olmaktadır.

Sosyal sağlık sigortasını özel sağlık sigortasından ayıran en önemli özelliklerden biri, sigortacılığın özünü oluşturan aktüerya kavramının sosyal sigortada öncelikli konular arasında yer almamasıdır. Sosyal si-

gortanın temel amacı, yukarıda tanımlanan dayanışma ilkesi çerçevesinde bireylerin korunmasını sağlamak olduğundan bireyin riskleri ve sağlık statüsüyle ödenecek primler arasında bir bağlantı kurulmaz. Bir başka ifade ile bireyin sağlık riskleri yüksekse daha fazla prim, düşükse daha az prim ödemez. Özel sağlık sigortasında ise bunun tam tersi bir durum söz konusudur.

Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finansmanında hem çalışanın hem de işverenin, belirlenmiş kurallar çerçevesinde bireyin geliri esas alınarak bir prim ödemesi, bu primlerin bir havuzda toplanması ve daha sonra sağlık ihtiyacı olanların bu havuzda biriken kaynakları kullanarak sağlık hizmetlerini alması söz konusudur. Sosyal sağlık sigortasında primlerin miktarı ve toplanma şekli, gelirlerin toplanması ve harcamaların yapılmasından sorumlu kurumların sayısı ve örgütlenme şekli ve sağlık hizmetlerinin sunum şekli ülkeden ülkeye farklılık göstermekle birlikte bazı temel özellikleri bulunmaktadır (Normand ve Busse, 2002):

1. Sigortalanan bireyler gelirleri temel alınarak düzenli olarak katkıda bulunurlar.
2. Sistem genellikle bağımsız ya da yarı özerk kurumlar tarafından yönetilir.
3. Sosyal sağlık sigortası toplumun tamamı ya da büyük bir bölümü için zorunludur. Bazı ülkelerde bu zorunluluk belirli bir gelir düzeyinin üzerindeki bireyler için kalkabilmekte (Hollanda) ya da bireyler belirli bir gelir grubunun üzerindeyse sosyal sigorta ile özel sigorta arasında tercih yapabilmektedir (Almanya).

Sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta ile finanse edilmesinin en önemli avantajlarından biri bu yöntemin sürekli ve öngörülebilir bir finansman sağlamasıdır. Bir ülkenin istihdam politikaları ve nüfusun gelişimi ile ilgili bilgiler, gelecekte beklenen sosyal sigorta gelir ve harcamaları ile ilgili öngörülerde bulunmayı, sosyal sigorta aracılığı ile toplanacak prim gelirlerinin ne olacağının kısa, orta ve uzun vadeli projeksiyonlarını yapmayı mümkün kılmaktadır. Bu projeksiyonlar sağlık hizmetlerini planlayanlara son derece değerli bilgiler sağlamakta ve sağlık hizmetlerinin hem sunum hem de finansmanı için sürdürülebilir politikalar

geliştirilebilmesine yardımcı olmaktadır. Sosyal sağlık sigortasının en önemli olumsuz yanı ise tarım sektörü ve informal sektörde çalışanları kapsamada karşılaşılan güçlükler ve maliyet kontrolü ile ilgili olarak yaşanan güçlüklerdir.

## **II- SOSYAL SAĞLIK SİGORTASI SİSTEMLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ**

Sosyal sağlık sigortasının örgütlenmesi ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Örgütlenme ile ilgili olarak ilk ele alınması gereken konu, sigortanın tek bir kurum olarak mı, yoksa birden çok kurum olarak mı örgütleneceğidir. Bu sorunun cevabının önemli belirleyicileri arasında kültürel ve sosyo-ekonomik faktörler ile devletin genel kurumsallaşma ilkeleri yer almaktadır. Örneğin, Avusturya ve Fransa’da mesleki gruplara göre örgütlenmiş az sayıda sigorta kurumu bulunurken Almanya ve Belçika’da çok sayıda sosyal sigorta kurumu hizmet vermektedir. Birden çok sigorta kurumunun olması durumunda, hangi bireylerin hangi kurullarla bu sigorta planlarından hangisinin kapsamına gireceği sorusunun cevaplanması gereklidir. Bazı durumlarda bireylere sigorta kurumları arasında tercih yapabilme, dolayısı ile sigorta kurumlarının birbirleri ile rekabet etmelerine olanak verilirken bazı durumlarda bu söz konusu olmamaktadır. Birinci gruptaki ülkelere örnek olarak Almanya, Hollanda, Belçika, İsviçre gibi ülkeler gösterilebilir. Bu ülkelerde sigorta kurumları arasında rekabet olup bireylerin kendilerini tercih etmelerini sağlamak için kurumların daha iyi hizmet verme ve bunu duyurma konusunda motivasyonları bulunmaktadır. Ancak sigorta kurumları arasında tercih yapabilme olanağı olmasına karşın birçok ülkede bu hakkın kullanımına ilişkin de kurullar getirilmiştir. Örneğin, Belçika’da bu değişim her üç ayda bir yapılabilirken Almanya’da bu süre on sekiz ayda bir gerçekleşebilmektedir (Busse, Saltman, Dubois, 2004). Sigorta kurumlarının az sayıda olduğu ve birbirleri arasında tercih hakkına olanak verilmediği ülkelere örnek olarak ise Fransa, Avusturya ve Lüksemburg gösterilebilir. Bu ülkelerde kimin hangi sigorta kurumunun kapsamına gireceği mesleki statü, işveren ya da ikamet yerine göre belirlenebilir. Türkiye’de de Sosyal Güvenlik Kurumunun (SGK) kurulmasından önceki dönem bu tür örgütlenmeye örnek olarak gösterilebilir.

Sosyal sigorta kurumunun tek olmasının en önemli avantajlarından biri primlerin daha etkili ve verimli toplanabilmesidir. Kurumun tek ya da az sayıda olması, kapsam altına alınacak nüfusun da büyüklük olarak bir sigorta kurumunun etkili ve verimli olarak hizmet vermesini sağlayacak büyüklükte olması anlamına gelmektedir. Özellikle sağlık gibi bireysel risklerin harcanacak sağlık hizmetlerinin miktarının en önemli belirleyicisi olduğu sigorta kollarında, sigortalı havuzunun geniş ve çeşitli olması, risklerin dağılımı konusunda önemli avantaj sağlamaktadır. Tek sigorta kurumunun en önemli avantajlarından bir diğeri sağlık harcamaları ve maliyetlerinin daha etkili bir şekilde kontrol edilebilmesidir. Yapılan harcamalar dağınık olmadığı ve farklı politikalara sahip birden çok kurum tarafından yapılmadığı için hem toplam sağlık harcamasının ne olduğu hem bunların hangi nüfus grupları ve sağlık hizmetlerinde yoğunlaştığı hem de kaynakların gerçekten etkili bir şekilde değerlendirilip değerlendirilmediğini belirlemek çok daha kolaydır. Ayrıca tek kurum tarafından belirlenecek politikaların izlenmesi ve değerlendirilmesi ile sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve finansmanında bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi daha kolay olacaktır. Birden çok sigorta kurumunun en önemli sorunlarından biri bu kurumların risk seçiminde bulunma eğilimleri, bir başka ifadeyle hastalanma riski daha az olanları sigorta kapsamına alma yönünde bir motivasyonlarının olmasıdır. Bu anlamda çok sayıda sosyal sağlık sigortası kurumlarından oluşan bir finansman modelinde, sosyal sigorta kurumları da özel sağlık sigortasına benzer bir motivasyona sahiptir. Bu risk seçimini engellemek için devletin ilave kurallar getirmesi gerekmektedir. Ancak tek ve zorunlu sigorta kurumunda tüm risklerin aynı havuzda toplanması söz konusu olup riskler arasında seçim yapmak mümkün değildir.

Sağlık hizmetlerinin tek bir sosyal güvenlik kurumu tarafından finanse edilmesi durumunda sigorta kurumunun sağlık hizmetlerinin tek alıcısı olarak sahip olduğu güç monopsonik güç olarak tanımlanmaktadır. Örneğin Türkiye’de SGK, monopsonik güce sahip bir sosyal sigorta kurumudur. Bu gücün en önemli özelliği ve pozitif yönü, satın alma gücünün yüksek olması ve hizmet alımını yaparken kaynakları etkili ve verimli bir şekilde kullanmasının mümkün olmasıdır. Ayrıca bu güç, hangi sağlık hizmetlerinin kapsam içine alınıp hangilerinin dışarı-



da bırakılacağını belirlemede ve kaynakların etkili kullanımını sağlama konusunda yardımcıdır. Ancak monopsonik güç, satın alınacak sağlık hizmetleri ile ilgili kuralları ve fiyatı belirleme gibi konuları da içerdiği için her zaman hizmet sunucularının sağlamaya istekli olduğu kural ve fiyatların oluşmasına da yol açmayabilir. Bu durum, zaman içinde her iki tarafın birbiri ile çatışmasına neden olabilmekle birlikte genellikle tek alıcı konumuna sahip sigorta kurumunun talepleri belirleyici rol oynamaktadır.

Tek sosyal sigorta kurumu yerine birden çok sigorta kurumunun bulunmasının da bazı avantajları bulunmaktadır. Bunlar arasında en önemlisi, bu kurumların birden çok sigorta kurumunun varlığı ile ortaya çıkan rekabet nedeniyle, üyelerinin taleplerine daha duyarlı olmasıdır. Tüketicilerin taleplerine cevap vermek ve kaliteli hizmet vermek motivasyonu, sigortalı sayısını artırmak için de gerekli olan bir motivasyondur. Ayrıca buna ilave olarak sigorta kurumları farklı risk grupları için farklı planlar düzenleyebilirler (Hussey ve Anderson, 2003).

Sosyal sağlık sigortası sistemlerinin örgütlenmesinde ele alınması gereken ikinci önemli konu kimlerin kapsam altına alınacağını belirlemesi konusudur. Kapsam altına alınacak kişiler ile ilgili kurallar yine ülkeden ülkeye ve sistemden sisteme farklılık gösterebilmektedir. Bazı ülkelerde sosyal sigorta sisteminin üyesi olmak zorunluymken bazılarında belirli koşullar altında sistemden çıkmaya olanak verilmektedir. Herkesin zorunlu olarak kapsam altında bulunması gereken ülkelere örnek olarak Fransa, İsrail, Hollanda ve İsviçre gösterilebilir. Belçika’da da evrensel kapsam olmakla birlikte nüfusun yaklaşık %88’ini kapsayan bir “genel plan” ve geri kalan kendi adına çalışanları kapsayan bir ikinci plan bulunmaktadır. Birinci plan kapsamlı bir teminat paketini kapsarken ikinci plan sadece temel sağlık risklerini kapsamaktadır. Almanya’da nüfusun yaklaşık %74’ü zorunlu sigorta kapsamında olup %6’lık bir bölüm yasal olarak kapsam dışındadır. Nüfusun geri kalan bölümü ise zorunlu olarak sigorta kapsamına girme eşik değeri olarak belirlenen eşik değerin üzerinde bir gelire sahip olduğu için sosyal sigorta kapsamı dışında kalma seçeneğine sahip bulunmaktadır. Bu seçeneğe sahip olan nüfusun yaklaşık %18’inde, %14’lük bir oran sosyal sağlık sigortası içinde kalmak %4 ise kapsam dışında kalarak özel

sağlık sigortası almak seçeneğine geçmiştir. Hollanda’da ise zorunlu sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasındaki tercih gelir durumu ile ilişkilendirilerek net ve kesin bir şekilde belirlenmiştir. Bu durumda sigortalı bireyler iki sistemden birini tercih etme seçeneği ile yüz yüze olmayıp gelir durumuna göre hangi sigorta kapsamına girmesi gerekiyorsa o sigorta kapsamına girmektedir (Busse, Saltman, Dubois, 2004). Genel eğilim, sosyal sağlık sigortasının başlangıçta nüfusun belirli bir bölümünü kapsaması ve daha sonra diğer nüfus gruplarına genişlemesi şeklinde gerçekleşmektedir. Sigortanın nüfusun tamamını kapsar hale gelmesi, bu sistemin çok uzun yıllar öncesine dayandığı ülkelerde bile yavaş olmuştur. İsviçre’de 1996, Belçika’da 1998, Fransa’da 2000 yılında sigorta nüfusun tamamını kapsar hale gelmiştir (Normand ve Busse, 2002).

Sosyal sağlık sigortasında kimlerin kapsam altına alınacağı belirlenmesinden sonra cevaplanması gereken önemli bir soru kapsam içindeki teminat paketinin hangi sağlık hizmetlerinden oluşacağıdır. Bir başka ifade ile kapsam altındaki nüfusun hangi sağlık hizmetlerinin geri ödeneceği, hangilerinin ödenmeyeceği ve ödenecek hizmetlerin nasıl ödeneceği sorularının cevaplanması, sosyal sağlık sigortacılığının en kritik aşamalarından biridir. Bu konu, hem bir bütün olarak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesini kapsadığı hem de tüm toplumun sağlık statüsünü ilgilendirecek politik sonuçları olması nedeniyle sosyal sağlık sigortası ile ilgili çatışmaların odağını da oluşturan bir konudur. Yukarıdaki diğer alanlarda olduğu gibi burada da ülkeler arasında farklılaşmalar mevcut olup bazı ülkelerde teminat paketinin belirlenmesi yasal güvence altına alınmıştır. Tablo 2’de seçilmiş bazı ülkelerde teminat paketinin belirlenmesinde kullanılan kriterler sunulmaktadır.

Tabloda kullanılan “tıbbi gereklilik”, “yeterli”, “uygun” gibi kavramlar kime ve neye göre tanımlanacağı çok belli olmayan belirsiz kavramlardır. Son yıllarda, özellikle geri ödemeye esas olacak sağlık hizmetlerinin belirlenmesinde kanıt dayalı karar vermenin bir yolu olarak önerilen ve yaygın bir şekilde kullanılmaya başlayan Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi (STD) uygulamaları, bu belirsizlikleri hem hizmeti sunanlar hem de kullananlar adına gidermeyi amaçlamaktadır. STD en geniş anlamıyla sağlık teknolojilerinin etkisini değerlendiren ve teknolojilerin kabul, uyarılma ve ret kararlarını rasyonel bir temele dayandıran bir yaklaşım (Hutton vd., 2006) olarak tanımlanmakta olup

özellikle ekonomik değerlendirme yöntemlerini kullanarak kaynakların maliyet etkililik kriterlerini sağlayan teknolojilere yönelmesi konusunda karar vericilere rehberlik yapmayı amaçlamaktadır.

**Tablo 2.** Seçilmiş Bazı Ülkelerde Hizmet ya da Teknolojilerin Teminat Paketi Kapsamına Alınma Şartları

Ülke	Kapsam şartı
Avusturya	Tıbben gerekli, yeterli, uygun
Belçika	Tıbben gerekli, maliyet etkili, güvenli
Fransa	Klinik açıdan etkili ve güvenli
Almanya	Tıbben gerekli, etkili ve maliyet etkili
İsrail	Etkili, uygun ve maliyet etkili
Lüksemburg	Yeterli, uygun, tıbben gerekli, etkili
Hollanda	Tıbben gerekli
İsviçre	Etkili, uygun, maliyet etkili

Gibis vd., (2004)

Sosyal sağlık sigortası ile ilgili olarak cevaplanması gereken son kritik soru, teminat paketi kapsamına alınan sağlık hizmetlerini sunan kişi ve kurumlara, verdikleri hizmetin karşılığının nasıl ödeneceğidir. Burada verilecek karar, sadece hizmetin hangi yöntemle geri ödeneceğinin belirlenmesi ile sınırlı olmayıp aynı zamanda hizmeti finanse edenle (sosyal sağlık sigortası) hizmeti sunan arasındaki etkileşim ve iletişimin de nasıl olacağını belirlemekle ilgilidir. Hizmet bedellerinin ödenmesi ile ilgili olarak uygulamada ortaya çıkan iki model sağlık hizmetlerinin doğrudan sosyal sigorta kurumu tarafından sunulduğu model ile (direkt model) hizmetlerin sigorta tarafından satın alınması şeklinde uygulanan modeldir (indirekt model). Birinci modelde, sosyal sigorta sağlık hizmetlerini hem sunan hem de finanse eden kurum olup Türkiye’nin Sağlıkta Dönüşüm öncesi dönemindeki örgütlenmeyi (SSK modeli) yansıtmaktadır. İkinci model ise hizmet sunanla finanse edenin birbirinden ayrıldığı ve sağlık hizmetlerinin, hizmeti satın alanın belirlediği kurallara göre çeşitli düzeylerde hem kamu hem de özel sektörden satın alındığı modeldir (SGK örneği).

Sağlık hizmetlerini sunanlara verdikleri hizmetlerin karşılığını ödemek üzere birçok yöntem geliştirilmiş olup bu yöntemlerin hepsi bir

arada ya da bir bölümünün belirli kombinasyonlarla aynı anda kullanılabilmesi söz konusudur. Geliştirilen ve yaygın bir şekilde kullanılan ödeme yöntemleri arasında hizmet başı ödeme, maaş, kişi başına ödeme, teşhisle ilişkili gruplar ve global bütçe gibi yöntemler sayılabilir. Seçilen yöntem, verilen sağlık hizmetinin hem niceliğinin hem de performans ve kalitesinin çok önemli bir belirleyicisidir.

### III- SOSYAL SAĞLIK SİGORTASININ DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE GELİŞİMİ

Sosyal sigorta ve sosyal sağlık sigortasının gelişimini incelerken göz önüne alınması gereken önemli bir konu, bu finansman modelinin yaygın bir şekilde uygulandığı toplumlarda sosyal sağlık sigortacılığının geçmişinin çok eski olmasıdır. Almanya, 1883 yılında mevcut gönüllü sağlık sigortası sistemlerini devlet kontrolüne alarak sosyal sağlık sigortasını uygulamaya koyan ilk ülke olarak kabul edilmesine karşın Batı Avrupa'da bu kavramların ve uygulamaların ortaya çıkışının Orta Çağ'a kadar dayandığı ifade edilmektedir. Bu nedenle sosyal sigortanın Avrupa'nın birçok ülkesinde bir "yaşam tarzı" haline geldiği ve politik olarak bunun üzerinde çok büyük değişiklik yapılmasının neredeyse mümkün olmadığı ifade edilmektedir (Saltman ve Dubois, 2004). Saltman da (2004) bu görüşü destekleyerek sosyal sağlık sigortasının sadece basit bir finansman yöntemi olmayıp aynı zamanda bir "yaşam tarzı" olduğunu vurgulamaktadır. Bu bakış açısıyla, sosyal sağlık sigortası bir toplumda sosyal düzenin nasıl sağlandığının da önemli bir belirleyicisidir. Bir başka ifade ile sosyal sağlık sigortası sosyal bir uzlaşma sonucunda gelişen sosyal dokunun bir parçasıdır. Bu uzlaşmanın temel amacı ise toplumda bir bütün olarak denge sağlamaktır. Bu yaklaşım ve bakış açısı, esasen, sosyal sağlık sigortasını özel sağlık sigortasından farklılaştıran en önemli yaklaşımdır. Sosyal sigorta en genel anlamıyla toplumdaki kaynakları yeniden dağıtmayı amaçlayan bir sosyal gelir politikasıdır. Bu yeniden dağıtım sadece sağlıklı bireylerden sağlıksız bireylere doğru değil, gelir durumu iyi olandan daha kötü olana, gençten yaşlıya ve bireylerden ailelere doğru gerçekleşmektedir. Yeniden dağıtım üzerine yapılan bu vurgu sosyal sağlık sigortasını özel sağlık sigortasından ayıran bir diğer önemli özelliktir (Stone, 1993). Özet olarak, bu özellikleri nedeniyle sosyal sağlık sigortası ekonomik bir düzenleme

olmaktan çok sosyolojik ve psikolojik bir düzenleme olarak nitelendirilmekte ve ekonomik boyut zaman zaman ikinci planda kalmaktadır (Saltman, 2004). Cremer ve Pestieau (2003) tarafından da ifade edildiği üzere politik bilimciler sosyal koruma sistemlerini bu sistemler içinde sisteme katkı ve elde edilen faydalara göre sınıflamakta ve fayda kuralına göre üç ekonomik sistem tanımlamaktadır. Birinci kural hedeflenmiş faydaları içermekte ve ihtiyacı kanıtlanmış olanlara yardımı kapsamaktadır. İkinci kuralda sabit bir oran temeline dayalı olarak tüm vatandaşlar temel faydalara erişmektedir. Üçüncü kural, sosyal güvenlik statüsünün yapılan katkıya göre belirlenmesi kuralıdır. Bu durumda sisteme dahil olabilmek için çalışma koşulu bulunmaktadır.

Bugün Batı Avrupa’da yaygın olarak görülen sosyal sağlık sigortası sistemleri esasen yaklaşık 700 yıllık bir gelişim sürecinin sonucudur. Saltman ve Dubois (2004) sosyal sağlık sigortasının gelişimini aşağıdaki dönemler halinde ele almaktadır:

- Orta Çağın sonlarında az sayıda işçi bir araya gelerek kendi loncaları altında ortak yardımlaşma derneklerini kurmuştur. Bu türde kurulan ilk kayıtlı lonca fonları 1300 yılına kadar gitmektedir. Bu fonlar genellikle sadece lonca üyelerini kapsamış, bu da nüfusun çok az bir bölümünü kapsam altına almaları anlamına gelmiştir. Nüfusun geri kalan bölümü ise sosyal yardımlaşmayı dini örgütler ve yardım kuruluşlarından almak durumunda kalmışlardır. Bu gelişim süreci, esasen sosyal sigortanın çalışan ve çalışanın maaşı ile bağlantılı olma uygulamasının da temelini oluşturmuştur.
- 18. yüzyılın sonlarına doğru devlet, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında çok daha aktif bir rol almaya başlamıştır. Devletin fakirlere sağlık hizmeti sunması uygulaması ilk kez İsveç’te fakir hastalara hizmet veren hekimlere özel olarak Kraliyet fonlarından ödeme yapılması ile başlamıştır. Bu uygulama Norveç, Finlandiya gibi diğer Kuzey Avrupa ülkelerinde de uygulanmaya başlanmış ve devletin fakirlere hizmet sağlaması konusunda bilinen ilk uygulama olarak tarihe geçmiştir.
- Sosyal sağlık sigortasının gelişimini doğrudan olmasa da dolaylı olarak etkileyen bir başka gelişme, yeni ortaya çıkan dev-

letlerin loncaların ekonomik güçlerini kırma yönünde yaptıkları çabalar olmuştur. Örneğin Fransız Devrimi'nin ilk yasalarından biri, daha liberal bir işgücü piyasası oluşturabilmek ve sosyal adaleti sağlamak amacıyla loncaların 1789 yılında kapatılması olmuştur. Benzer şekilde, bunu izleyen yıllarda Hollanda ve Danimarka'da aynı yolu izlemiştir. Loncaların kapatılması ile bunların sağlık sigortası fonksiyonu önce bağımsız kuruluşlar olarak çalışmaya devam etmiş daha sonra devletin müdahalesi söz konusu olmuştur. Loncaların kapatılması ile devletin bu fonksiyonları üstlenmesi arasında geçen sürede hem kâr amacı gütmeyen hem de kâr amacı güden sağlık sigortası girişimleri ortaya çıkmıştır.

- Sosyal sağlık sigortacılığında modern dönemin başlangıcının 1883 yılında Almanya'da Bismarck tarafından geliştirilen sistem olduğu kabul edilmektedir. O dönemde özellikle işçi sigortalarından gelen baskılar ve güçlü bir Alman Devleti kurma isteği nedeniyle Bismarck, mesleklere özgü mevcut hastalık fonlarını devlet kontrolü altına alarak koruma yolunu tercih etmiştir. Ortaya çıkan bu yeni örgütlenme modeli sadece Almanya için değil birçok Batı Avrupa ülkesi ve özellikle gelişmekte olan birçok ülke için de örnek oluşturmuştur.
- Almanya'da Bismarck modelinin geliştirilmesini izleyen dönemde Avusturya, İsviçre, Danimarka, Belçika ve Fransa gibi ülkelerde de bu modelin geliştirilmesi süreci yaşanmıştır. Bu dönemden sonraki gelişme ise sigorta kapsamına giren nüfusun artırılması olmuş ve zaman içinde sigorta kapsamına giriş birçok çalışan için zorunlu hale getirilmiştir.
- Sosyal sağlık sigortasının gelişimindeki bir sonraki dönem Bismarck ve sonrasında sağlık hizmetlerinin finansmanında bu yöntemi benimseyen bazı ülkelerin İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra vergilere dayalı bir sisteme geçmesi olmuştur. Benzer bir gelişme 1978 ile 1986 yılları arasında diktatörlükten demokrasiye geçen İtalya, Portekiz, Yunanistan ve İspanya'da yaşanmıştır.

Türkiye’de ise Cumhuriyet döneminde sosyal sigorta ve sosyal sağlık sigortasının gelişimi incelendiğinde ilk olarak, 1934-1947 yılları arasında çeşitli devlet memurlarını kapsayan 11 ayrı emekli sandığının kurulduğu görülmektedir. Bu sandıklar 1950 yılında kurulan Emekli Sandığı altında birleştirilinceye kadar kendilerine bağlı olanlara hizmet vermişlerdir. Emekli Sandığı, temel olarak çeşitli yasalara bağlı olarak çalışan devlet memurlarının emeklilik ve emekli olduktan sonra sağlık haklarını korumak amacıyla kurulmuştur. Emekli Sandığının en önemli özelliği sağlık hizmetlerini dışarıdan satın alma yoluyla sağlaması olmuş ve verilen hizmetin kalitesi ve hizmete erişimin kolaylığı açısından değerlendirildiğinde aşağıda sunulan diğer sosyal güvenlik kurumları ile karşılaştırıldığında üst düzeyde hizmet sunmuştur.

Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının gelişimi incelenirken ele alınması gereken bir başka kurum, Sosyal Sigortalar Kurumudur (SSK). Bu çerçevede ilk olarak 1945 yılında 4772 sayılı İş Kazaları, Meslek Hastalıkları ve Analık Sigortası Kanunu ve 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiştir. Her iki kanunun kapsamına giren konular 1964 yılında yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile birleşmiştir. Bu kanunla İşçi Sigortaları Kurumunun adı Sosyal Sigortalar Kurumu olarak değişmiştir. Bu kanunla kurulan SSK, 2003 sonrası reform sürecinde Sosyal Güvenlik Kurumuna devredilinceye kadar özel sektör çalışanlarına ve işçi statüsündeki kamu çalışanlarına hizmet etmiş ve çalışanların bordrosu üzerinden hem işçi hem de işverenden prim toplayarak sosyal güvenlik ve sağlık hizmetlerini finanse etmiştir. SSK, kurulduğu yıllarda, gelişmekte olan ülkelerde sık görülen bir uygulama olarak sağlık hizmetlerini dışarıdan almak yerine kendi dispanserleri ve hastaneleri aracılığı ile verme yolunu tercih etmiştir. Sosyal sağlık sigortasında direkt yöntem olarak adlandırılan bu yöntem, özellikle sağlık hizmetlerini hem finanse eden hem de sunan kurumu aynı çatı altında toplaması nedeniyle zaman içinde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli problemlere yol açmıştır. Bu sistemlerin en önemli özelliği, kaynakların verimli kullanımı için sistem içerisinde herhangi bir motivasyonun olmaması ve hizmet alanların taleplerine duyarlı olmasını gerektirecek unsurların bulunmamasıdır. Nitekim, zaman içerisinde, bağımlılar ile birlikte nüfusun yarısını kapsayacak hale

gelmesine karşın özellikle hizmet kalitesi, yaygınlığı ve erişimi açısından önemli eksiklikleri söz konusu olmuştur.

Türkiye’de sosyal güvenlik kurumlarının gelişimi ile ilgili olarak ele alınması gereken bir başka kurum Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumudur (Bağ-Kur). Bağ-Kur 1971 yılında 1479 sayılı Kanun ile kurulmuş ve 1986 yılından itibaren bu kanuna tabi olanlara sağlık sigortası yardımları verilmeye başlanmıştır. Bağ-Kur kapsamı, daha sonra köy ve mahalle muhtarları (1977) ile herhangi bir sosyal güvenlik kurumuna tabi olmayan Türk vatandaşları ve ev kadınlarını da kapsayacak şekilde genişletilmiş (1979), 1984 yılında kendi nam ve hesabına tarımda çalışanlara da sosyal güvenlik sağlanmaya başlamış ve 1999 yılından sonra bu kapsamdakiler de sağlık yardımlarından yararlanır hale gelmiştir.

Türkiye’de nüfusun 2003 öncesinde sağlık hizmetleri güvencesi ile ilgili olarak analizinde, ele alınması gereken son iki grup aktif çalışan devlet memurları ve bireysel gelirleri belirli bir sınırın altında olanlardır. Birinci gruptakiler çeşitli kanunlarla devlet memuru olarak tanımlananlarla bunların bağımlıları olup bu grubun sağlık harcamaları, 2010 yılında SGK’ya aktarılan kadar, doğrudan Maliye Bakanlığı tarafından, çalıştığı kuruma aktarılan genel bütçeden ödenmiştir. İkinci grubun sağlık harcamaları ise yine Maliye Bakanlığı tarafından Sağlık Bakanlığına aktarılan kaynaklarla ödenmektedir. Bu gruptaki bireylere 1992 yılında çıkarılan bir kanunla Yeşil Kart olarak tanımlanan bir kart verilmiş ve 2005 yılına kadar sadece yatarak verilen tedavi hizmetlerinin karşılığı ödenmiştir.

Yukarıdaki özet bilgidен de anlaşılacağı üzere, Türkiye’de de diğer birçok ülkede olduğu gibi sosyal güvenlik sistemi ve bunun içinde sağlık hizmetlerinin sunumu kademeli olarak gelişmiştir. Önce nüfusun bazı bölümleri sosyal güvenlik kapsamına alınmış, daha sonra bunlara sağlık hizmetleri de verilmeye başlanmıştır. Ancak özellikle 2003 yılından önceki istatistiklerde yukarıda sözü edilen finansman kurumlarının kapsadığı nüfusun oranına ilişkin önemli eksiklikler bulunduğu belirlenmiştir. Örneğin, 2001 yılında sosyal güvenlik kapsamındaki nüfusun oranı %85,1 olarak belirlenmesine karşın (Devlet Planlama Teşkilatı, 2003), bu oran 2003 yılında yapılan iki büyük hane halkı araştırmasında da %67 olarak belirlenmiştir (Tatar ve Berman, 2003; Sağlık Bakan-



lığı, Başkent Üniversitesi 2003). Gerek kapsam altında bulunan nüfus oranının düşük olması gerekse de kapsanan nüfusun aldığı sağlık hizmetleri açısından sosyal güvenlik kurumları arasında çok büyük farklar olması gibi nedenlerle 2003 yılına gelindiğinde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından hakkaniyetli olmayan, erişim açısından önemli sorunları olan ve herkesin aynı kapsamda, aynı kalitede sağlık hizmetine ulaşamadığı bir sistem ortaya çıkmıştır.

Yukarıda açıklanan durum 2003 yılında açıklanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda da (Sağlık Bakanlığı, 2003) ayrıntılı bir şekilde ele alınmış ve izleyen yıllarda hem genel olarak sağlık sisteminin hem de özel olarak sosyal güvenlik sisteminin radikal bir biçimde değiştiği bir döneme girilmiştir. Dönüşüm programının açıklanmasını izleyen yıllarda, daha sonra yapılacak reformlara da temel oluşturması amacıyla ilk olarak Temmuz 2003’de SSK mensuplarının Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kurumlarından da yararlanmalarına olanak sağlayan düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenleme, SSK mensuplarının sağlık hizmetlerine erişimini geliştiren uygulamaların ilki olmuştur. SSK’lıların sağlık hizmetlerine erişimini geliştiren ikinci düzenleme, 2005 yılında bu kuruma bağlı vatandaşların da diğer sosyal güvenlik kurumlarında olduğu gibi reçetelerini serbest eczanelerden almalarına olanak sağlayan düzenleme olmuştur. Bu dönem ve sonrasında yapılan değişikliklerin bir bölümü özet olarak Tablo 3’de sunulmaktadır.

Tabloda da görüldüğü üzere, 2003 yılından itibaren hem sosyal güvenlik sistemi hem de sağlık sisteminde köklü değişiklikler yapılmış ve hem sosyal güvenlik kapsamının genişlemesi hem de sağlık hizmetlerine erişimin geliştirilmesi açısından önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Sağlık hizmetlerinde hem sunumda hem de finansmanda parçalanmış, kaynakları verimlilik ve etkililik ilkelerine göre kullanmayan, nüfusun farklı grupları arasında hakkaniyetsiz bir sistemden hizmet kapsamının ve teminat paketinin tüm nüfus için eşitlendiği, sağlık hizmetlerine erişimin özellikle daha önceki dezavantajlı gruplar için geliştirildiği bir sisteme geçilmiştir. Nitekim bu düzenlemelerin sonuçları hem sağlık harcamalarındaki artış hem hizmet kullanımında artış olarak sağlık göstergelerinde net bir şekilde ortaya çıkmıştır.

**Tablo 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı**

Tarih	Değişiklik
2003	Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklandı.
	Performansa dayalı ek ödeme pilot çalışması başladı.
	Devlet memurları özel hastanelerden yararlanmaya başladı.
2004	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde performansa dayalı ek ödemeye geçildi.
	Aile hekimliği pilot uygulaması başladı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası TBMM'ye gönderildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde ülkelerarası referans fiyatlamaya geçildi.
	İlaçta geri ödemede referans fiyatlama yöntemine geçildi.
İlaçta KDV oranı %8'e indirildi.	
2005	SSK sağlık kurumları ve bazı kamu sağlık kurumları Sağlık Bakanlığına devredildi.
	SSK üyeleri ilaçlarını serbest eczanelerden almaya başladı
	Yeşil Kart sahiplerinin ayakta sağlık harcamaları ve ilaçları ödenmeye başladı
	Yeşil Kart sahiplerinden ilaçta %20 katılım payı alınmaya başladı.
2006	Sağlık Bakanlığı hastanelerine global bütçe uygulamasına geçildi.
	Daha önce geri ödenen bazı ilaçlar pozitif listeden çıkarıldı.
	Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu çıkarıldı.
	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun bazı maddeleri iptal edildi.
2007	Ayakta ve yatan hastalarda paket fiyat uygulamasına geçildi.
	Sosyal Güvenlik Kurumunda MEDULA sistemi devreye girdi.
	Özel sağlık kurumlarının kuruluşu ile ilgili kapsamlı düzenlemeler yapıldı.
2008	Sosyal sigortalar ve genel sağlık sigortası ile ilgili kanunlar yürürlüğe girdi.
	18 yaş altında tüm nüfus güvence altına alındı.
2009	İlaçta geri ödeme bandı, eşdeğer gruptaki en ucuz + %15 olarak değiştirildi.
	Ödeme Komisyonunun çalışma esas ve usulleri yönergesi yayınlandı.
	Ayakta bakım hizmetleri için katkı payları getirildi.
2010	Yeşil Kartlılar özel hastanelerin acil servis ve yoğun bakımlarından ücretsiz yararlanmaya başladı.
	İlaçta global bütçe uygulamasına geçildi.
	İlaç fiyatlarının belirlenmesinde yeni indirim oranları getirildi.
	Aile hekimliği tüm yurttan yaygınlaştı.
	Özel hastaneler sınıflandırılarak alabilecekleri ilave ücretler belirlendi.
	Aktif kamu çalışanları ve bağımlıları SGK'ya devredildi.
Tam gün yasası ile ilgili düzenlemeler yapıldı.	
2011	Sağlık Bakanlığı hastanelerinde teşhisle ilişkili gruplara geçildi.
	Tam Gün Yasası üniversitelerde uygulanmaya başladı.

## IV- TÜRKİYE’DE SOSYAL SAĞLIK SİGORTASININ GELECEĞİ

Türkiye’de sosyal sağlık sigortasının geleceği ile ilgili tartışılarda genellikle tartışılan konu, “Türkiye’nin vergilere dayalı bir sağlık finansman sistemi” ile mi yoksa “sosyal sigorta ilkelerine dayalı bir finansman sistemi” ile mi finanse etmesi gerektiği üzerinde odaklanmaktadır. Daha önceki bölümlerde de ifade edildiği üzere bu tercih ülkelerin finansman sistemlerinin yapısı, sosyo-kültürel özellikleri ve sağlık ve sağlık finansman sistemlerinin tarihsel gelişimi ile yakından ilgilidir. Bu noktada temel iki yöntem olan vergi ile ve sosyal sigorta ile finansmanın her ülkenin kendi şartlarına göre farklılaşan avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Türkiye bu tercihini sosyal sigorta ile finansman yönünde kullanmış olup bundan sonra yapılması gereken bu tercihin en iyi işleyecek şekilde uygulanmasını sağlamaktır.

Sosyal sağlık sigortacılığının örgütlenmesi ile ilgili olarak yukarıda ele alınan konular açısından incelendiğinde Türkiye’de birden çok sosyal sağlık sigortası yerine tek bir sigorta kurumundan oluşan bir modelin tercih edildiği görülmektedir. Daha önce de ifade edildiği üzere, tek kurumun da birden çok kurumun da avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. SGK, bugün tek kurum olarak monopsonik güce sahiptir ve temel alıcı olarak sağlık hizmetleri ile ilgili kararları ve sağlık politikalarını doğrudan etkileyebilme gücü bulunmaktadır. Özellikle hangi sağlık hizmetlerinin nasıl finanse edileceği sorusunun cevabı hem sağlık hizmeti sunanları hem de sağlık hizmetini alanları etkilediği için SGK sağlık sektörü ile ilgili kararlarda birçok tarafın ilk başvurduğu kurum olarak karşımıza çıkmaktadır. SGK’nın sahip olduğu bu monopsonik güç, zaman zaman çeşitli taraflarca eleştirilmekte ve özellikle sağlık hizmetlerinin geri ödeme usulleri ve miktarları konusu sıklıkla tartışılmaktadır. Sosyal sağlık sigortasında ele alınan ikinci konu kimlerin kapsam altına alınacağı konusu olup, bu sorunun cevabı yasalarla açık bir şekilde verilmiştir. Türkiye’de kapsam altına alınacak nüfusun sınırları son derece geniş tutulmuş ve ilke olarak “evrensel kapsam” ilkesi benimsenmiştir. Benzer şekilde, teminat paketinin sınırları da son derece geniş tanımlanmıştır. Teminat paketi ile ilgili ilkeler zaman zaman revize edilen Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile yapılmakta ve bu tebliğde yapılan düzenlemeler SGK’nın hangi hizmetleri hangi kurullarla ödeyeceğini belirlemektedir. Son yıllarda özellikle sağlık

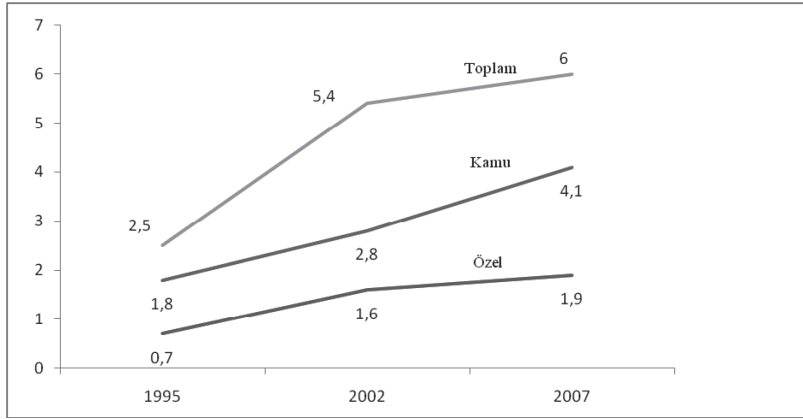
teknolojilerinin geri ödeme kararları ile ilgili olarak Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi ile ilişkili konular hem SGK hem de Sağlık Bakanlığı nezdinde yaygın bir şekilde tartışılmakta olup şimdilik sadece ilaç ile ilgili geri ödeme kararlarında kullanılmaktadır. Ancak, önümüzdeki dönemlerde sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinin kurumsallaşması yönünde adımlar atılması ve geri ödeme kararlarının kanıta dayalı olarak belirlenmesine ilişkin öngörüler bulunmaktadır. Yukarıda sosyal sağlık sigortacılığı ile ilgili olarak ele alınması gereken bir diğer konunun sağlık hizmeti sunucularına hangi yöntemlerle ödeme yapılacağına belirlenmesi olduğu belirtilmiştir. Türkiye’de şu anda sağlık hizmetlerini ödeme yöntemleri açısından bakıldığında karma bir yöntemin benimsendiği görülmektedir. Örneğin SGK, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde verilen hizmetleri ödemek için bakanlığa her yıl belirlenen şartlar çerçevesinde global bütçe aktarmakta ve bakanlık bu bütçeyi kendi hastaneleri arasında dağıtmaktadır. Aynı durum ilaç için de geçerlidir. İlaç harcamalarının yıllık olarak belirlenmiş bir global bütçe içinde kalması beklenmekte, bunun aşılması durumunda yeni düzenlemelere gidilmektedir. SGK belirli hizmetler için paket fiyat uygulamasını, belirli hizmetler için hizmet başına ödeme uygulamasını kullanmaktadır. Diğer sağlık sistemlerinde olduğu gibi Türkiye’de de tartışılan ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde kısmen uygulamaya geçen Teşhisle İlişkili Gruplara (TİG) göre ödeme yönteminin, izleyen yıllarda SGK tarafından diğer sağlık hizmetleri sunucuları için kullanılması söz konusu olabilir.

Sosyal sağlık sigortasının geleceği ile ilgili tartışmalarda en önemli konu sistemin sürdürülebilirliği ile ilgilidir. Tablo 3’de özetlenen ve sağlık hizmetlerinin hem sunumunda hem de finansmanında yapılan değişiklikler birbirine bağlı iki konuda büyük değişikliklere neden olmuş ve sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık harcamaları önemli ölçüde artmıştır (Şekil 3 ve Şekil 4).

Sağlık hizmetlerinde kullanımın artması, hizmete erişimin gelişmesinden olduğu kadar, benimsenen geri ödeme yöntemlerinde hizmet kullanımını teşvik eden unsurların olması nedeniyle de olabilir. Performansa dayalı ödeme yöntemi ile daha çok hizmet sunumunun teşvik edilmesi ikinci duruma örnek olarak gösterilebilir. Ancak, özellikle daha önce hizmet kapsamı dar olan nüfus gruplarının hizmet kapsamının genişlemesi (Yeşil Kart), hizmet sunucu yelpazesinin tüm nüfus için

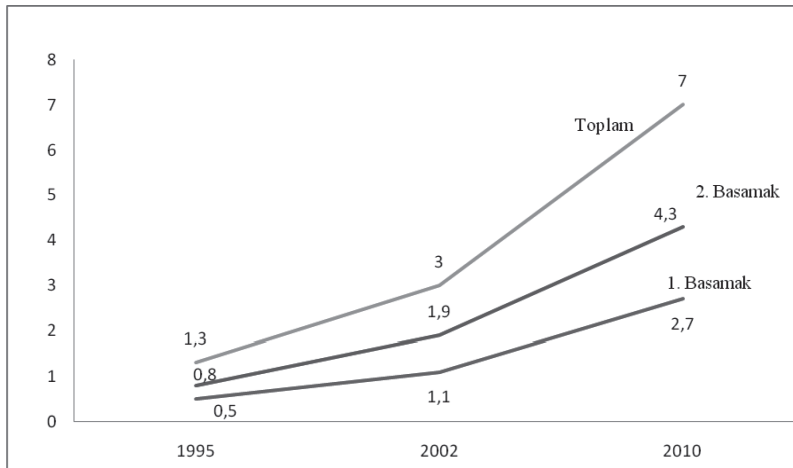
genişlemesi (kamu ve özel sektör) ve daha önce çeşitli erişim engelleri nedeniyle hizmet alamayanların hizmete kolay ulaşabilir hale gelmesi gibi nedenlerle daha önce karşılanmayan sağlık ihtiyaçları karşılanır hale gelmiş ve hem sağlık hizmetlerinin kullanımının hem de sağlık harcamalarının artması söz konusu olmuştur.

**Şekil 3.** Sağlık Harcamaları/GSYH



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

**Şekil 4.** Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Bir sağlık sisteminin en temel amaçlarından biri toplumun sağlık ihtiyaçlarını, finansal risk koruma ilkesini gözeterek herkese hakkaniyetli ve kabul edilebilir bir kalitede sunmaktır. Bu nedenle hizmet kullanımının ve sağlık harcamalarının artması mutlaka baskı altına alınması gereken konular olarak düşünülmemelidir. Ancak her iki konudaki artış gereksiz kullanım ve kaynakların verimsiz kullanımı nedeni ile ortaya çıkıyorsa bu durumda da geri ödeme kurumu toplumsal fayda için gereken önlemleri de almak durumundadır. Türkiye’de sosyal sağlık sigortasının sürdürülebilirliği ve geleceği açısından bu ve ilgili konuları irdeleyecek ve sağlık politikacılarına yön vererek kanıta dayalı politika belirlemelerine yardımcı olacak çalışmaların yapılması gerekmektedir.

## Kaynakça

- Busse, R., R.B. Saltman, H.F.W. Dubois (2004), “Organization and financing of social health insurance systems: Current status and recent policy developments”, Saltman, R.B., R. Busse ve J. Figueras (eds), *Social Health Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, (Berkshire: Open University Press): 33-80.
- Cremer, H., P. Pestieau (2003), “Social insurance competition between Bismarck and Beveridge”, *Journal of Urban Economics*, 54: 181-196.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (2003), *2003 Yılı Programı*, (Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı).
- Evans, R.G., (2002), “Financing health care: taxation and the alternatives”, Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), *Funding health care: options for Europe*, (Buckingham: Open University Press): 31-58.
- Gibis, B., P.W. Koch-Wulkan, J. Bultman (2004). “Shifting criteria for benefit decisions in social health insurance systems”, Saltman, R.B., R. Busse ve J. Figueras (eds), *Social Health Systems in Western Europe*, *European Observatory on Health Systems and Policies*, (Berkshire: Open University Press).
- Hoare, G., A. Mills (1986), *Paying for the Health Sector*, (London: EPC Publications) No 2.
- Hutton, J., C. McGrath, J. Frybourg, M. Tremblay, E. Bramley-Harker, C. Henshall (2006), “Framework for describing and classifying decision-making systems using technology assessment to determine the reimbursement of health technologies (fourth hurdle systems)”, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 22(1):10-18.
- Hussey, P., G.F. Anderson (2003), “A comparison of single-and multi-payer health insurance systems and options for reform”, *Health Policy*, 66: 215-228.
- Mossialos, E. ve A. Dixon (2002), “Funding health care: An introduction”,

Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), *Funding health care: options for Europe*, (Buckingham: Open University Press): 1-30.

Normand, C. ve R. Busse (2002), "Social Health Insurance Financing", Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras, J. Kutzin (eds), *Funding health care: options for Europe*, (Buckingham: Open University Press): 272-301.

Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman, M.R. Reich (2004), *Getting Health Reform Right. A Guide to Improving Performance and Equity*, (New York: Oxford University Press).

Sağlık Bakanlığı, (2003), *Sağlıkta Dönüşüm*, (Ankara: Sağlık Bakanlığı).

Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü ve Başkent Üniversitesi, (2003), *Ulusal Hastalık Yükü ve Maliyet Etkililik Çalışması*, (Ankara: Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü).

Saltman, B., (2004), "Social insurance in perspective: the challenge of sustaining stability Saltman, R.B., R. Busse ve J. Figueras (eds), *Social Health Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies,

(Berkshire: Open University Press): 3-20.

Saltman, R.B., H.F.W. Dubois (2004), "The historical and social base of social health insurance systems", Saltman, R.B., R. Busse ve J. Figueras (eds), *Social Health Systems in Western Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, (Berkshire: Open University Press): 21-33.

Schneider, F., (2002), *The Size and Development of Shadow Economies of 22 Transition and 21 OECD Countries*, (Bonn: Institute for the Study of Labor), Discussion Paper No 514.

Stone, D.A. (1993), "The struggle for the soul of health insurance", *Journal of Health Politics Policy and Law*, 18(2): 287-318.

Tatar, M. ve P. Berman (2003), *Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999, 2000*, (Ankara: Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü).

Wild, C. ve B. Gibis (2003), "Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands and Austria", *Health Policy*, 63: 187-196.