

Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Genel Görünümü ve Türkiye'deki Gelişim Süreci

General View of Complementary Health Insurance and the Development Process in Turkey

F. Özge VAROĞLU*

ÖZET

Sağlık hizmeti sunumunda ülkeler açısından ortak ve olması gereken hedef, kişilere en uygun şartlarda, kaliteli, etkin, eşit, kolay erişilebilir ve teknolojinin getirdiği yeniliklere uygun koşulların sağlanmasıdır. Ancak söz konusu durumda, sağlık harcamaları önlenemez şekilde artmaktadır. Gönüllü özel sağlık sigortası türlerinden birisi olan tamamlayıcı sağlık sigortası, dünya genelinde birçok ülkenin risk ve maliyet paylaşımı yoluyla sağlık alanında kamu üzerinde oluşan mali baskıyı dengeleyerek sosyal güvenlik sistemlerini rahatlatmak ve finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla kullandığı bir araç ve alternatif bir model niteliği taşımaktadır. Bu çalışmada öncelikle Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının tanım, kapsam, başlıca uygulanma nedenleri ve faydaları açısından genel görünümü ortaya konmuştur. Daha sonra bu görünümü desteklemek amacıyla Fransa, Almanya ve Hollanda örneklerinden bahsedilmiş, Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının gelişim süreci ve gelinen son durum değerlendirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Genel sağlık sigortası, tamamlayıcı sağlık sigortası, sağlık harcaması, cepten yapılan ödemeler

ABSTRACT

For countries, in the provision of health services, the aim which is common and supposed to be is to ensure that people have equal conditions, easy access, high quality and appropriate conditions brought about by technology innovations. However in such cases the increasing of health expenditures can not be prevented. The complementary health insurance which is a kind of voluntary health insurance has been using an alternative model to ensure financial sustainability and to relieve the social security systems by sharing of risks and costs in many countries throughout the world. In this study, firstly, definition, coverage, primary implementation reasons of complementary health insurances and in terms of benefits of it general view of complementary health insurance has presented. Then in order to support this general view French, German and Dutch example has been mentioned and improvement process of complementary health insurance in Turkey and current situation has been evaluated.

Keywords: Universal health insurance, complementary health insurance, health expenditures, out of pocket payments

* Sosyal Güvenlik Uzmanı, Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Ziyabey Cad. No:6 Balgat/ANKARA, fgokce2@sgk.gov.tr, 0312 207 8606

1- Giriş

Tüm dünyada, özellikle 1970'li yıllardan itibaren nüfus yapısının değişmesi, doğuşta yaşam beklentisinin artması ve nüfusun giderek yaşlanması, kişilerin eğitim düzeylerinin ve gelirlerinin artmasıyla beklentilerinin ve ihtiyaçlarının farklılaşması, tıbbi teknoloji alanındaki gelişmelere bağlı olarak maliyetlerin yükselmesi, sağlığın çok yönlü ve geniş kapsamlı bir alan olması sosyal refah devleti anlayışıyla birlikte ülkelerin sağlık hizmetleri sunumu ve dolayısıyla harcama miktarları üzerinde önemli bir baskıyla karşı karşıya gelmeleri sonucunu doğurmuştur.

Ülkeler, sağlık harcamalarını karşılayabilecekleri bir düzeyde tutmak ve mali sürdürülebilirliklerini sağlamak amacıyla prim oranlarının ve/veya vergilerin artırılması, sunulan sağlık hizmetleri kapsamının daraltılması, önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla önem verilmesi, fiyat tarifelerinin düşürülmesi, özel sigorta sektöründen yararlanılması gibi çeşitli araçlara ihtiyaç duymaktadır.

Özel sigorta sektörü, ülkelerin sağlık alanındaki harcamalarını risk ve maliyet paylaşımı yoluyla dengeleyerek kamu üzerinde oluşan mali baskıyı azaltan, sağlık hizmetleri sunumunda kapasite kullanımını artırarak maliyet avantajı sağlayan, daha geniş bir çerçevede hekim ve hastane seçme özgürlüğünün tanınmasıyla kişilerin memnuniyet düzeylerini artıran, kamu sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmetleri ile en uygun şartlar arasında oluşan farkı karşılayan esnek bir araç olarak karşımıza çıkmaktadır. (Çelik vd., 2003, s.33-34).

Sosyal güvenlik sistemleri, çok sayıda kişiye belli sayıda ve tanımlanmış risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasının tarafların isteğine uygun olarak özel sigorta sektöründen karşılanması, hem sosyal sigorta kuruluşlarının yükünü hafifleterek sosyal güvenlik sistemini rahatlatmakta hem de sigortalıların arzulanan kalite ve ölçüde hizmetten faydalanmalarını sağlamaktadır (Orhaner, 2000, s.49).

Özel sağlık sigortası türleri arasında yer alan tamamlayıcı sağlık sigortası

uygulaması da özellikle Avrupa ülkelerinin, sosyal güvenlik felsefesinin gereklerine aykırı düşmeden sosyal güvenlik sistemlerini rahatlatmak ve mali sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla başvurdukları önlemlerden birisidir.

2- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Nedir?

Kamu sağlık sigortası sistemleri genel olarak kişilerin karşılaştığı tüm sağlık risklerini karşılama olanağına sahip değildir. Diğer bir ifadeyle, kamu sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ile en uygun şartlar arasında bir fark oluşmaktadır. Bu fark, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda sağlık hizmetlerini alan kişi tarafından doğrudan cepten harcama yapılması ya da gönüllü özel sağlık sigortası kullanılması yoluyla ödenmektedir (Çelik vd., 2003, s.7-8).

Kamu tarafından sağlanan zorunlu sağlık sigortasının yanında ek bir seçenek olarak var olan gönüllü özel sağlık sigortaları ikame edici, destekleyici ve tamamlayıcı sağlık sigortası olmak üzere üç farklı şekilde uygulanmaktadır. Buna göre (Mossialos ve Thomson, 2004, s.16);

1) İkame Edici Sağlık Sigortası: Kamu sağlık sigortası sisteminin sunduğu sağlık hizmetlerini benzer şekilde kapsayan ve bu sistemi ikame eden niteliğe sahip bir özel sağlık sigortası türüdür.

2) Destekleyici Sağlık Sigortası: Sağlık hizmetlerine erişimi hızlandıran ve kamu sağlık sigortası sisteminin kapsamadığı sağlık hizmetlerini içine alarak tüketim seçeneklerini artıran bir özel sağlık sigortası türüdür.

3) Tamamlayıcı Sağlık Sigortası: Kamu sağlık sigortası sistemi tarafından kapsanmasına karşın belli bir tutarın üzerinde ödeme yapılmayan ya da sadece bir kısmı kapsanan sağlık hizmetleri ile kamu sağlık sigortası tarafından uygulanan katılım paylarını içeren bir özel sağlık sigortası türüdür.

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasıyla, sağlık hizmetlerinden

faydalanan kişiler, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendilerinin ödemek zorunda olduğu tutarı gerekse yatarak tedavide sağlanan şartların iyileştirilmesi için vermeleri gereken farkı, tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığıyla riski diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına sahip olmaktadır (Çelik vd., 2003, s.38).

Tamamlayıcı sağlık sigortasının sağladığı faydalar, kamu sağlık sigortasının kapsamından büyük oranda etkilenmektedir. Geri ödeme oranları, ülkeden ülkeye ve ülkelerdeki çeşitli sigorta poliçesi alternatiflerine göre farklılık göstermektedir (Mossialos ve Thomson, 2004, s.66).

3- Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Kapsamı

Tamamlayıcı sağlık sigortası, genel olarak hastanede yatarak tedavi, ayakta tedavi, reçeteli ilaçların temini, hekim muayenesi, ambulans hizmeti, tedavi sonrası evde bakım, fizik tedavi ve benzeri sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Check-up, analık ve doğum hizmetleri, kronik hastalıkların tedavisi, ağız ve diş sağlığı tedavileri, psikiyatrik tedaviler, yurt dışında yapılan tedaviler, alternatif tıp ve benzeri sağlık hizmetleri de tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerinde yer alabilmektedir. Yaşlılıktaki tedaviler, estetik ameliyatlara, AIDS'e bağlı hastalıklar, alkol ve uyuşturucu kullanımına ilişkin tedaviler ile tehlikeli sporlardan kaynaklanan rahatsızlıklar ise kapsam dışında kalmaktadır (Çelik vd., 2003, s.39).

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası piyasasına ilişkin olarak bazı OECD ülkelerinin 2008 yılı için genel görünümünün yer aldığı Tablo 1 incelendiğinde tamamlayıcı sağlık sigortasının genel olarak tüm nüfusa yönelik uygulandığı ve tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri açısından ülkelerin birbirine benzediği görülmektedir.

Tablo 1'e göre Fransa ve Hollanda'da 2006 yılında nüfusun % 92'si tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortasından faydalanırken, bu oran Belçika'da %73, Danimarka'da % 56, İrlanda'da ise % 51 olarak gerçekleşmiştir.

Tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortaları kapsamının ülkeden ülkeye

farklılık gösterdiği görülmekle birlikte genellikle ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile göz tedavileri, fizik tedavi, özel hastanede tedavi ve uzman bakım seçimi ile hastanede tek kişilik oda ve daha fazla konfor kapsama dâhil olan sağlık hizmetleri arasındadır. Fransa, İrlanda, Belçika ve Almanya'da katılım paylarının geri ödenmesi, Hollanda ve Macaristan'da ise önleyici sağlık hizmetleri ön plana çıkmaktadır.

Tablo 1: Bazı OECD Ülkelerinde Gönüllü Özel Sağlık Sigortaları Piyasasının Genel Görünümü (2008)

Ülke	Sigorta Türü	Finans	Kapsam Özellikleri	Yüksek Katılım Payı (%) (2008)	Toplam Sağlık Harcı (%) (2008)
Avusturya	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, ev rehabilitasyonu, genetik testler, kaplama dışındaki diğer hizmetler ve ayrılmaz diğerler	92,2	9,0
	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Diğer hastanelerde tedavi, tedavi sonrası bakım, tedavi sonrası rehabilitasyon ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,2	
Belçika	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Kapsam paylarına ve diğer katkıları için katılımcıların katkıları dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	91	14,4
	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, rehabilitasyon, genetik testler, kaplama dışındaki diğer sağlık hizmetleri, tedavi sonrası rehabilitasyon ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,2	1,0
Danimarka	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	
	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Kapsam paylarına geri ödenmesi, diğer sağlık hizmetleri, tedavi sonrası rehabilitasyon ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	12,8
Fransa	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	12,8
	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	9,0
Almanya	Tamamlayıcı Sigorta	Genel Hükümetler	Kapsam paylarına ve diğer katkıları için katılımcıların katkıları dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	
	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	
İtalya	Genel Hükümetler	Genel Hükümetler	Kapsam paylarına ve diğer katkıları için katılımcıların katkıları dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	
Hollanda	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi, rehabilitasyon, genetik testler, kaplama dışındaki diğer sağlık hizmetleri, tedavi sonrası rehabilitasyon ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	2,9
	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	
Macaristan	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri, dişli tedavi, rehabilitasyon, genetik testler, kaplama dışındaki diğer sağlık hizmetleri, tedavi sonrası rehabilitasyon ve genetik testler dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	8,1	1,2
	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Diğer sağlık hizmetleri dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	8,1	
İrlanda	Tamamlayıcı Sigorta	Üstün Sektör	Kapsam paylarına geri ödenmesi	92,9	
	Destekleyici Sigorta	Üstün Sektör	Kapsam paylarına ve diğer katkıları için katılımcıların katkıları dışında kalan diğer sağlık hizmetleri	92,9	8,4

Kaynak: E. Mossialos, S. Thomson, 2009, s. 16-18.

Aşağıda yer alan Tablo 2'de bazı OECD ülkeleri için gönüllü özel sağlık sigortası üyelerinin yaş, eğitim durumu, gelir ve çalışma statüsü gibi özelliklerine ilişkin bilgiler düzenlenmiştir. Tablo 2'ye göre bu kişilerin ortak noktaları iyi eğitimli ve yüksek gelirli olmalarıdır. Yaş aralığı ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte genel olarak çalışma yaşında olan

yetişkin bireylerin, Almanya'da ise tüm nüfusun kapsama dâhil olduğu görülmektedir.

Çalışma statüsü açısından bakıldığında ağırlıklı olarak kamu çalışanları, serbest çalışanlar, yöneticiler, işçiler ve çalışma hayatları sırasında özel sigortası olan kişilerin kapsamda yer aldığı anlaşılmaktadır. İtalya'da geniş ailelerin, İrlanda'da ise en az bir çocuklu çiftlerin özel sağlık sigortasını daha çok tercih ettiği, Almanya'da kapsama dâhil olan erkeklerin oranının kadınlara göre daha fazla, çocukların oranının ise tüm nüfusla kıyaslandığında daha az olduğu görülmektedir. Belçika'da ise kapsama dâhil olan çiftlerin oranının bekârlara göre daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir.

4- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamasının Çeşitli Bileşenleri

a- Poliçe Çeşitleri

Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri, bireysel poliçeler ve grup poliçeleri olarak ikiye ayrılmakta olup grup poliçeleri sigorta şirketleri için ön planda yer almaktadır. Bu durumun nedeni, grup poliçelerinin genellikle birim başına daha düşük maliyetle daha yüksek hacimli iş sağlması, daha genç, sağlıklı ve homojen bir grubu kapsamasıdır. Grup poliçelerinde, primler grupla ilişkili olarak belirlenirken, bireysel poliçelerde, primler daha çok riske göre uyarlanmakta ve dolayısıyla fiyatları daha yüksek olmaktadır (Mossialos ve Thomson, 2004, s.72).

b- Hizmet Sunucuları

Tamamlayıcı sağlık sigortası sunucuları, dağılımları ülkeden ülkeye önemli ölçüde değişmekle birlikte yasal statülerine, sağlık konusundaki uzmanlık derecelerine ve kâr amaçlı olup olmamalarına göre meslek kuruluşları, yardım kuruluşları ve ticari şirketler olarak üçe ayrılmakta, katılımculara geniş bir sağlık hizmet sunucusu seçeneği sunmaktadır (Mossialos ve Thomson, 2004, s.67, 83).

Tablo 2: Bazı OECD Ülkelerinde Özel Sağlık Sigortaları Tarafından Kapsanan Kişilerin Özellikleri (Değişik Yıllarda)

Ülke	Yaş	Eğitim Durumu	Gelir	Çalışma Statüsü	Diğer
Avusturya	30-40	İyi eğitilmiş	Yüksek gelirli	%50 serbest çalışanlar, %44 devlet memurları, %40 çalışanlar, %32 işçiler, %25 çiftçiler	-
Belçika	Çalışma yaşında olanlar	İyi eğitilmiş	Yüksek gelirli	Çalışanların %86,5'u (işveren vasıtasıyla), Devlet memurları	Çiftlerin oranı bekarlara göre daha yüksektir.
Fransa	30-80	İyi eğitilmiş	Yüksek gelirli	Çalışanlar ve vasıflı işçiler	-
Almanya	Hepsi	İyi eğitilmiş	Yüksek gelirli	Yüksek gelirli çalışanlar, serbest çalışanlar, kamu çalışanları ve çalışma hayatları sırasında özel sigortalı olan emekliler	Erkeklerin oranı kadınlara göre daha fazladır, çocukların oranı ise tüm nüfusla kıyaslandığında azdır.
İtalya	-	İyi eğitilmiş	Yüksek gelirli	Yöneticiler, profesyoneller, serbest çalışanlar	Geniş aileler
İrlanda	35-64	-	Yüksek sosyal sınıflar	Çalışanlar	En az bir çocuğu çiftler

Kaynak: E. Mossialos, S. Thomson, 2009, s. 31-34.

c- Primlerin Belirlenmesi

Tamamlayıcı sağlık sigortası primleri genel olarak gelirle ilişkilendirilmekte ve riskle orantılı olarak bir topluluk ya da grup temeline göre belirlenmektedir. Topluluk ya da grup ilişkili primlerin hesaplanmasında tanımlanmış grubun ya da topluluğun ortalama riski temel alınmaktadır. Riskle ilişkili primler, bireyin gelecekteki sağlık/hastalık riski değerlerine dayanmakta ve bu nedenle bir ya da birden çok risk faktörüne göre değişiklik göstermektedir. Bu yöntem primlerin uygulamaya konmasında kullanılmakta ve risk oranlarında kullanılan değişkenler maliyetleri ve erişimi etkileyebilmektedir (Mossialos ve Thomson, 2004, s.75).

ç- Vergilerin Rolü

Ülkelerde uygulanan vergi kanunları, kişilerin ve firmaların, sağlanan teşvikler ve alınan caydırıcı önlemler yoluyla tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi satın alma davranışlarına yansımaktadır.

Vergi teşvikleri genellikle vergiden kurtulma şeklinde gerçekleşirken, kişilere ve firmalara tamamlayıcı sağlık sigortası prim maliyetlerinin tümünü ya da bir kısmını, gelir ya da kurumlar vergisinden düşme olanağı vermektedir. (Mossialos ve Thomson, 2004, s.90).

Tamamlayıcı sağlık sigortası için kullanılan teşviklerden birisi de hasarsızlık indirimi olarak da tabir edilen ve hastalığı olmayan ya da az miktarda olan kullanıcıları teşvik eden, ödüllendiren ve sigorta şirketleri tarafından uygulanmakta olan yöntemdir (Mossialos ve Thomson, 2004, s.82).

5- Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Uygulanma Nedenleri Nelerdir?

Tamamlayıcı sağlık sigortasının uygulanmasında en önemli nedenler kamu sağlık harcamaları üzerindeki harcama baskısı ve cepten yapılan sağlık harcamaları olarak göze çarpmaktadır.

a- Kamu Sağlık Harcamaları Üzerindeki Harcama Baskısı

2001–2009 yılları arasında bazı OECD ülkelerinde, gayri safi yurtiçi hâsıla (GSYİH) içinde toplam sağlık harcamalarının izlediği seyir Tablo 3'te yer almaktadır. Japonya hariç olmak üzere, Tablo 3'te yer alan ülkelerin tümünde sağlık harcamaları yıllar içinde artış göstermiştir. ABD, İspanya, Polonya, İrlanda, Hollanda, Fransa ve Danimarka artışın en fazla gerçekleştiği ülkeler olarak göze çarpmaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artış ülke ekonomileri üzerinde önemli bir baskı oluşturmakta, sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve kapsamının daralarak sağlık hizmetlerinden memnuniyetin azalması ihtimalini ortaya çıkarmaktadır.

Tablo 3: Bazı OECD Ülkelerinde GSYİH İçindeki Yüzdesine Göre Yıllara Göre Toplam Sağlık Harcamaları (%)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ABD	14,3	15,7	15,7	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4
Almanya	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Avustralya	8,1	8,4	8,3	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	-
Avusturya	10,1	10,1	10,3	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
Belçika	8,3	8,5	10,0	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Danimarka	9,1	9,3	9,5	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
Estonya	4,9	4,8	5,0	5,1	5,0	5,0	5,2	6,1	7,0
Fransa	10,2	10,5	10,9	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
Hollanda	8,3	8,9	9,8	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
İngiltere	7,2	7,6	7,8	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
İrlanda	6,7	7,1	7,4	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
İspanya	7,2	7,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
İtalya	8,2	8,3	8,3	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
Japonya	8,7	8,0	8,1	8,1	8,2	8,2	8,2	8,2	-
Kore	5,1	4,9	5,2	5,3	5,7	6,0	6,3	6,5	6,9
Polonya	5,9	6,3	6,2	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
Portekiz	9,3	9,3	9,8	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	-
Slovenya	8,6	8,6	8,6	8,4	8,4	8,3	7,8	8,4	9,3
Türkiye	5,2	5,4	5,3	5,4	5,4	5,8	6,0	6,1	-

Kaynak: OECD Health Data 2010. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA> (05.10.2011)

Sağlık harcamalarında gerçekleşen artışlar, kişi başına düşen sağlık harcamalarına da yansımaktadır. Tablo 4'te de belirtildiği üzere, 2000–2008 yılları arasında birçok ülkede kişi başına düşen sağlık harcaması yaklaşık iki kat ya da daha fazla artış göstermiştir. OECD ülkelerinin birçoğunda kişi başına düşen sağlık harcaması miktarı yakın değerlere sahipken Türkiye, Polonya ve Estonya gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarının 2000–2008 yılları arasında iki kat artış göstermesine karşın harcama miktarının diğer OECD ülkelerine göre çok düşük seviyelerde kaldığı dikkat çekmektedir.

Tablo 4: Bazı OECD Ülkelerinde Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

Ülkeler	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (ABD doları)	
	2000	2008
ABD	4703	7164
Almanya	2667	3922
Avustralya	2266	3365
Avusturya	2859	4150
Belçika	2478	4096
Danimarka	2377	3814
Estonya	523	1325
Fransa	2535	3851
Hollanda	2331	4233
İngiltere	1833	3222
İrlanda	1743	3796
İspanya	1529	2941
İtalya	2063	2836
Japonya	1969	2817
Polonya	584	1271
Portekiz	1507	2578
Slovenya	1451	2420
Türkiye	454	845
Yunanistan	1449	3010

Kaynak: WHO Health Data 2011, http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf (05.10.2011)

b- Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları

Kamu sağlık sigortasının kapsamadığı hizmetler, kapsamasına rağmen belirli bir tutarın üzerinde ödeme yapmadığı hizmetler, katılım payı

aldığı hizmetler ve daha lüks hizmet talepleri için kişilerin karşı karşıya kaldıkları tutarların karşılanma yöntemlerinden birisi de cepten yapılan sağlık harcamalarıdır.

“Cepten yapılan sağlık harcaması, doğrudan hastalar ya da hane halkı tarafından sağlık hizmetleri için yapılan ödemelerdir. Cepten yapılan sağlık harcamaları birçok ülkede toplam sağlık harcamalarının büyüklüğü ve payı bakımından kamu tarafından yapılan sağlık harcamalarından sonra ikinci finansman kaynağıdır” (Bora Başara ve Şahin, 2008, s.321).

Tablo 5: Dünya Geneline Gelir Gruplarında Özel Sağlık Harcamalarının İçinde Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarının Payı

Gelir Grupları	Gelir Gruplarının Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması (%)	
	2000	2008
Düşük Gelir Grubu	87,4	85,7
Alt Orta Gelir Grubu	92,2	82,7
Üst Orta Gelir Grubu	71,3	70,0
Yüksek Gelir Grubu	38,9	38,0

Kaynak: WHO Health Data 2011, http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf (05.10.2011)

Gelir gruplarının cepten yapılan sağlık harcamalarında kişi başına düşen harcama miktarını gösteren Tablo 5'e göre gelir düzeyi düşük olan kişiler sağlık konusunda daha az güvenceye sahiptir ve dolayısıyla daha fazla cepten harcama yapmak zorunda kalmaktadır. 2008 yılında düşük gelir grubunda kişi başına düşen cepten sağlık harcaması oranı %85,7 iken yüksek gelir grubunda bu oran %38 olarak gerçekleşmiştir. Alt orta ve üst orta gelir grubu için sırasıyla %82,7 ve %70 olan oranlar da yüksek gelir grubuna göre oldukça fazladır.

Cepten yapılan sağlık harcamalarının yaygınlaşmasının ve sağlık sistemi finansmanının ana kaynaklarından biri haline gelmesinin eşitlik ve erişimde önemli derecede negatif etkiye neden olduğu bilinmektedir (Liu vd., 2005, s.70).

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının ise kişilerin, belirli miktarlarda prim ödeyerek risk ve maliyet paylaşımı yoluyla cepten sağlık harcaması yapmasını engelleyici bir rol üstlenebileceği düşünülmektedir.

6- Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamasında Ülke Örnekleri

Tamamlayıcı sağlık sigortası konusunda dünya örnekleri göz önüne alındığında amaç, kapsam, fonksiyon ve sağlanan faydalar bakımından ortak noktalarda birleşmiş olduğu açıkça görülmektedir. Bu ülkeler arasında en önemli örnekleri Fransa, Almanya ve Hollanda oluşturmaktadır.

a- Fransa

Fransa kamu sağlık sigortası sistemi ağırlıklı olarak katılım paylarına dayanmaktadır. Hastalar, katılım paylarıyla aile hekimlerine ya da uzman doktorlara muayene oldukları, hastanede yatarak tedavi gördükleri, reçeteli ilaçları, gözlük ya da diş protezi gibi tıbbi malzemeleri satın aldıkları zaman karşı karşıya gelmektedir. Katılım payı oranları, sağlık hizmetleri ve tıbbi malzemelerin türüne göre değişmektedir (Couffinal ve Paris, 2003, s.3).

Katılım payı, kamu sağlık sigortasından faydalanan kişilerin yüksek oranda cepten harcama yapmasını zorunlu hale getirdiğinden, Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortasının öncelikli amacı kamu sağlık sigortasının, sağlık hizmetleri ve tıbbi malzeme sunumunda uyguladığı katılım paylarını kapsam altına alarak kamu sağlık sigortası sistemini tamamlayıcı bir rol oynamaktır (Mossialos ve Thomson, 2004, s.2).

2000 yılında, Fransa Hükümeti CMU-C (Kamu Sağlık Sigortasının Tamamlayıcı Sözleşmesi)

adı verilen ve kişi başına düşen hane halkı geliri, aylık, her yıl ayrıca belirlenen bir seviyenin altında olanların sağlık hizmetlerine erişimini sağlayan ücretsiz tamamlayıcı sağlık sigortası planını başlatmıştır (Saliba ve Ventelou, 2007, s.169).

Fransa'da, kamu sağlık sigortası kapsamına dâhil olan, ancak piyasa

fiyatı ile kamu sağlık sigortasının geri 6dediği fiyat arasında fark bulunan, kapsama dâhil olmayan sağlık hizmetlerinde, lüks hizmet taleplerinde ve katılım paylarının ödenmesinde tamamlayıcı sağlık sigortasının rolü yıllar içinde giderek artmıştır (Buchmueller ve Couffinhal, 2004).

b- Almanya

Almanya'da temel sağlık hizmetlerine erişim kamu tarafından eşit koşullarda ve kalitede herkes için sağlanırken kapsam dışında kalan sağlık hizmetleri ve tıbbi malzemeler, alternatif tedavi yöntemleri, daha lüks hizmet talepleri vb. özel sigortalar tarafından karşılanarak hem kamu üzerindeki harcama baskısı azaltılmakta hem de kamu sağlık sigortasının sürdürülebilirliğine katkıda bulunmaktadır.

Özel sağlık sigorta şirketleri çok geniş bir aralıkta, kamu sağlık sigortasının geri ödemesinin dışında tutulmuş ve tamamen veya kısmen gözlük, işitme cihazı, bazı sağlık kontrolleri ve tanı hizmetleri, dış sağlığı hizmetleri, tıbbi malzemeler ve ilaçlar için katılım payları, hastanede tek ya da iki kişilik odada kalma, bazı uzman tedavileri gibi ek sağlık hizmetlerini kapsayan tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri önerebilmektedir (Mossialos ve Thomson, 2009).

Almanya'da tamamlayıcı sağlık sigortası piyasası önemli bir büyüklüğe sahiptir. 2006 yılı rakamlarına göre 18 milyonu aşkın kişi tamamlayıcı sağlık sigortasından yararlanmaktadır (Ettelt vd., 2009).

c- Hollanda

Hollanda'da yürürlükte olan sağlık sigortası sisteminde hükümet, karşılanabilir bulduğu sağlık hizmetlerini sağlık hizmetleri temel paketi altında sunmaktadır. Bu paket, sağlık hizmetlerini, Sağlık Sigortası Kanunu ve İstisnai Tıbbi Giderler Kanunu'na göre genel olarak karşılamaktadır (Stolk ve Rutten, 2005).

Bahsedilen bu iki sigorta kanunu dışında kalan sağlık hizmetleri için

ise isteğe bağlı bir tamamlayıcı sağlık sigortası seçeneği bulunmakta ve bu seçenek fizik tedavi, psikoterapi, yetişkinler için ağız ve diş sağlığı hizmetleri, önleyici sağlık hizmetlerinin çeşitli şekilleri, aile planlaması, optik hizmetleri, homeopati gibi alternatif tıp tedavilerini içermektedir (Bartholomee ve Maarse, 2006).

Kişilerin ekonomik durumları arasında mevcut olan farkın yarattığı eşitsizliği gidermek amacıyla Hollanda'da devlet düşük gelirli gruplara tamamlayıcı sağlık sigortası edinmeleri konusunda gelirleri ile ilişkili olarak yardım sağlamaktadır.

7- Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Türkiye'deki Gelişim Süreci

a- Türkiye'de Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına İhtiyaç Duyulma Nedeni

Türkiye'de yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası (GSS) sistemi ile tüm nüfusu tek bir çatı altında toplayan, geniş kapsamlı bir temel teminat paketi kapsamında muayene, tedavi, ilaç ve tıbbi malzeme gibi sağlık hizmetlerini sunan bir sağlık sigortası sistemi hayata geçirilmiştir. Her ne kadar kapsamı oldukça geniş de olsa, GSS sistemi içinde kişilerin cepten sağlık harcaması yapmasını gerektiren çeşitli durumlar mevcuttur. Bahsedilen durumlar aşağıda belirtilen formel ve enformel şekillerde ortaya çıkmaktadır.

1) Formel harcamalar

-Temel Teminat Paketi Dışında Kalan Sağlık Hizmetleri

GSS'nin sunduğu temel teminat paketi, Sağlık Bakanlığı'nın tedavi olarak kabul ettiği sağlık hizmetleriyle ve Sağlık Uygulama Tebliği'nde koşulları belirlenmiş olan geri ödeme tutarlarıyla sınırlandırılmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun 63'üncü maddesinde belirtilmiştir.

- Finansmanı Sağlanmayan Sağlık Hizmetleri

5510 sayılı Kanun'un 64'üncü maddesinde sayılan (estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti, yabancı ülke vatandaşlarının genel sağlık sigortalısı olduğu tarihten önce mevcut olan kronik hastalıklarının tedavisi vb.) sağlık hizmetlerinin ise SGK tarafından finansmanı sağlanmamaktadır.

- Katılım Payları

SGK tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri arasında katılım payı alınacak olan hizmetler 5510 sayılı Kanun'un 68'inci maddesine göre aşağıda sayılmıştır;

- a) Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi
- b) Vücut dışı protez ve ortezler
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar
- d) Kurumca belirlenecek hastalık gruplarına göre yatarak tedavide finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri

- İlave Ücret

5510 sayılı Kanun'un "Sağlık hizmetlerinin sağlanma yöntemi ve sağlık giderlerinin ödenmesi" başlıklı 73'üncü maddesine göre kamu idaresi sağlık hizmeti sunucuları dışındaki vakıf üniversiteleri dâhil sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen sağlık hizmetleri bedeline ek olarak genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerden ilave ücret alabilmektedir.

2) Enformel harcamalar

- Hediyeler ve bıçak parası adı altında verilen paralardır ve bu harcamalar kayıt dışı kalarak ekonomi üzerinde olumsuz bir etki yaratmaktadır.

b- Bugüne Kadar Yapılan Çalışmalar

GSS sisteminin yürürlüğe girmesi sürecinde ve öncesinde çeşitli devlet kurumlarının fikir birliğiyle hazırlanan hemen tüm yasa tasarı ve taslaklarında GSS'nin sunacağı temel teminat paketi dışında ek sağlık

hizmeti almak isteyen kişilerin söz konusu hizmetlerin tutarını cepten harcama yapmak ya da özel sigorta sektöründen yararlanmak suretiyle karşılayabilecekleri belirtilmiştir.

2004 yılında Hazine Müsteşarlığı bünyesinde Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sigorta Denetleme Kurulu, Türkiye Sigorta ve Reasürans Şirketleri Birliği, Sağlık Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı temsilcilerinden oluşan “Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Özel İhtisas Komisyonu” kurulmuş ve bahsi geçen komisyon konuya ilişkin ayrıntılı çalışmalar yürütmüştür (Sigortacı Gazetesi, 2010).

5510 sayılı Kanun’un 98’inci maddesinde “Yıllık veya daha uzun süreli tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortalarına ilişkin usul ve esaslar Kurumun uygun görüşü alınarak Hazine Müsteşarlığı tarafından belirlenir” hükmüne yer verilmiştir. Bunun yanı sıra SGK, GSS Genel Müdürlüğü Sağlık Sigortacılığı Daire Başkanlığı’na da tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortasına ilişkin politika üretme, bu amaçla teknik komisyon oluşturma, çalışmalarını koordine etme ve Hazine Müsteşarlığı ile gerekli koordinasyonu sağlama görevi verilmiştir (www.sgk.gov.tr).

2011 yılının Ekim ayında yayımlanan Orta Vadeli Programda (2012-2014), “Sosyal Güvenlik Sisteminin Etkinliğinin Artırılması” başlığı altında, sosyal güvenlik sisteminin nüfusun tümünü kapsayan, toplumun değişen ihtiyaçlarını karşılayabilen, mali sürdürülebilirliğe ve etkin denetim mekanizmasına sahip, kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulması amacı çerçevesinde “tamamlayıcı emeklilik ve sağlık sigortası modellerinin geliştirileceği” konusuna yer verilmiştir. (Orta Vadeli Program (2012-2014), 2011, s.54).

c- Son Durum

Yukarıda bahsi geçen çalışmalar çerçevesinde 28.06.2012 tarihinde SGK tarafından 2012/25 sayılı ve “Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları” konulu genelge yayımlanmıştır (www.sgk.gov.tr).

Söz konusu genelge tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına geçiş sürecinde, özel sağlık sigortası sahibi olan genel sağlık sigortalılarının aldıkları sağlık hizmetlerine ilişkin olarak çoklu fatura kesilmesine olanak tanıyarak, geri ödeme konusunda yaşanan uygulama farklılıklarını ortadan kaldırmayı amaçlayan bir düzenleme niteliği taşımaktadır. Zira tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına ilişkin asıl düzenlemenin daha önce belirtildiği üzere, 5510 sayılı Kanun'un 98'inci maddesine istinaden Hazine Müsteşarlığı tarafından yapılması gerekmektedir.

Tamamlayıcı veya Destekleyici Sağlık Sigortası Uygulamaları Genelgesi ile Kurum tarafından finansmanı sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedelin Kuruma, tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ilişkin bedelin özel sağlık sigortası şirketine, tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi kapsamında yer almayan ve hasta tarafından karşılanması gereken bedelin ise hastaya fatura edilmesi hususu düzenlenmektedir.

5510 sayılı Kanun'un 98'inci maddesinin ikinci fıkrasında; "Bu Kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya ödeme konusu yapılamaz." hükmüne yer verilmiştir. Bu doğrultuda Türkiye'de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasında katılım payları, tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası poliçeleri kapsamında değerlendirilmeyecektir.

Sonuç

Dünya genelinde, ülkelerin sağlık alanındaki harcamalarını dengelemek ve bu alanda mali sürdürülebilirliklerini sağlamak amacıyla yararlandıkları araçların başında özel sağlık sigortası sistemi gelmektedir.

Kamunun üzerindeki mali riski paylaşarak, kişilerin riskin gerçekleşmesi durumunda baş edemeyecekleri ekonomik zararları, dayanışma anlayışı içinde toplumdaki diğer kişilerle paylaşarak önlemlerini sağlayan bir

unsur olarak özel sağlık sigorta sektörü sisteminin kullanılması, gelişmiş düzenleyici önlemler ve denetimler altında sağlık finansmanında kaynak yaratmak, kaynakların etkin kullanılmasını sağlamak ve ekonomik verimliliği artırmak için uygulanabilecek bir politika niteliği taşımaktadır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası, özel sağlık sigortası türlerinden birisi olarak kişilerin ihtiyaçları ve beklentileri yönünde, eşit, kolay ulaşılabılır, etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu doğrultusunda gerek sistem üzerinde oluşan mali baskıyı azaltmak gerekse sistemin karşılamadığı ve/veya kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kaldığı alanlarda ek bir seçenek oluşturmak için Fransa, Hollanda ve Almanya gibi ülkelerde uzun yıllardır kullanılan bir araç olarak ön plana çıkmaktadır.

Türkiye’de GSS sisteminin yürürlüğe girmesiyle tüm nüfusu tek bir sosyal güvenlik sistemi altında toplayan bir sağlık sistemi uygulaması başlamıştır. Kanunda belirtilen sınırlar dâhilinde oldukça geniş bir teminat paketi sunan sistem aynı zamanda ilave ücretler, katılım payları, finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetleri gibi alanlarda kişilerin cepten harcama yapmasını gerektirmektedir.

Türkiye’de de tamamlayıcı sağlık sigortası uygulaması ile yapılmak istenen, risk ve maliyet paylaşımını gerçekleştirerek kişilerin sağlık giderlerine katılımını ortak bir havuzda toplamak, paylaşımı ve dayanışmayı artırarak, kişilerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini yükseltmektir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamaları konusunda son dönemde SGK tarafından yayımlanan genelge ile tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi kapsamında yer alan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin, özel sağlık sigortası şirketlerine fatura edilebilmesi hususu düzenlenmiştir. Söz konusu genelge, uygulamaya geçiş için Hazine Müsteşarlığı tarafından yapılacak asıl düzenleme öncesinde, geri ödeme konusundaki sıkıntıları ortadan kaldırmayı ve tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasının sorunsuz bir şekilde başlamasını amaçlamaktadır.

Çalışmada bahsedilen Fransa, Hollanda, Almanya gibi ülkelere benzer şekilde Türkiye’de uygulanacak tamamlayıcı sağlık sigortası modelinin de, zorunlu kamu sağlık sigortası ile özel sağlık sigortası arasında var olan geleneksel ayrımın dışına çıkarak, gelir ve risk dayanışması yoluyla tüm vatandaşların tamamlayıcı sağlık sigortasına erişimini sağlayan koşullarda uygulanması, örneğin kişilere tamamlayıcı sağlık sigortası poliçesi edinmeleri konusunda gelir düzeyleri ile ilişkili olarak katkı sağlanması da alternatif bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

KAYNAKÇA

BARTHOLOMEE, Yvonne ve Hans MAARSE, "Health Insurance Reform in the Netherlands", Eurohealth, Cilt: 12 Sayı: 2, Londra: 2006, s. 7-10.

BORA BAŞARA, Berrak ve İsmet ŞAHİN, "Türkiye'de Cepten Yapılan Sağlık Harcamalarını Etkileyen Etmenler", H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt: 26 Sayı: 2, 2008, s. 319-340.

BUCHMUELLER, Thomas C. ve Agnes COUFFINHAL, "Private Health Insurance in France" OECD Health Working Papers, No:12, 2004.

COUFFINHAL, Agnes ve Valerie PARİS, "Cost Sharing in France", IRDES Working Paper, Paris: 2003.

ÇELİK, Hüseyin ve diğerleri, "Tamamlayıcı Sağlık Sigortası", Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Gönüllü Çalışma Grubu, İstanbul, 2003.

ETTELT, Stefanie, "Germany", MOSSIALOS, Elias, THOMSON, Sarah, "Private health insurance in the European Union", European Commission, Brussels, Belgium, 2009, s. 195.

GRIGNON, Michel ve Bideau K. CHOPIN, "Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France" IRDES, Document de Travail Working Paper, Paris, Nisan 2009.

LİU, Yuanli, Yusuf ÇELİK, Bayram ŞAHİN, *Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları, Sağlıkta Umut Vakti*, Ankara, 2005.

MOSSIALOS, Elias ve Sarah THOMSON, "Voluntary Health Insurance in the European Union", WHO, 2004.

MOSSIALOS, Elias ve Sarah THOMSON, "Private Health Insurance and Access to Health Care in the European Union", Euro Observer, Bahar, 2004, Cilt: 6, Sayı: 1, 2004, s. 1-8.

MOSSIALOS, Elias ve Sarah THOMSON, *Private Health Insurance in the European Union: Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*, London School of Economics and Political Science, 2009, s. 16-18.

OECD, *OECD Health Data 2010*, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (05.10.2011)

Orta Vadeli Program (2012-2014), 13/10/2011 tarihli ve 28083 Mükerrer sayılı Resmî Gazete

KAYNAKÇA

ÖCEK, Zeliha, "Almanya Sağlık Sistemi", Toplum ve Hekim, Ocak-Şubat-Mart-Nisan, 2007, Ankara, Cilt: 22, Sayı:1-2.

SALİBA, Berengere ve Bruno VENTELOU, "Complementary Health Insurance in France Who Pays? Why? Who Will Suffer from Public Disengagement?", Health Policy, Sayı: 81, 2007, s. 166-182.

STOLK, A. Elly, F. Frans RUTTEN, "The Health Benefit Basket in the Netherlands", European Journal of Health Economics, Cilt: 22, Sayı :2, Aralık 2005.

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Kanunlar.aspx> (16.11.2012)

SGK, 2012-25 sayılı Genelge, <http://www.sgk.gov.tr>, (21/12/2012)

SGK, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/merkez_teskilati/ana_hizmet_birimleri/gss_genel_mudurlugu/hakkimizda/

Sigortacı Gazetesi, <http://www.sigortacigazetesi.com.tr/haziran-2010/> - (13.12.2012)

WHO, *WHO Health Data 2011* , http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011.Full.pdf (05.10.2011)