

TÜRKİYE ÖZEL VE KAMU SAĞLIK SİGORTACILIğI PRİM/HASAR-SAĞLIK HARCAMASI DEĞERLENDİRMESİ

Güvenç KOÇKAYA

Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği, Ufuk Üniversitesi Cad. No:3 The Paragon K:23 Söğütözü/Ankara, E-posta: guvenc.kockaya@sepd.org.tr, Tel: 0531 276 71 02

Kağan ATİKELER

Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği, Ufuk Üniversitesi Cad. No:3 The Paragon K:23 Söğütözü/Ankara, E-posta: kagan.atikeler@sepd.org.tr, Tel: 0536 838 08 04

Fatma Betül YENİLMEZ

Sağlık Ekonomisi ve Politikası Derneği, Ufuk Üniversitesi Cad. No:3 The Paragon K:23 Söğütözü/Ankara, E-posta: fatmabetul.yenilmez@sepd.org.tr, Tel: 0532 674 44 49

ÖZ

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından 2002 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan reformların sağlık sisteminde önemli iyileştirmeler getirdiği görülmektedir. Bu değişimlerle sağlık hizmetine erişimin ve sunulan hizmetin kalitesinin artırılması hedeflenmiş, hakkaniyetli ve verimli hizmet sunumu sağlanması amaçlanmıştır. Sosyal Güvenlik Kurumu(SGK) nüfusun neredeyse tamamını kapsayan tek kamu finansmanı kuruluşudur. Kamu sağlık sigortasına ek olarak nüfusun %3’ünü kapsayan özel sağlık sigortaları da bulunmaktadır.

Çalışmanın amacı sağlık sigortacılığındaki prim/hasar değerlendir-mesini yapmaktır. Bu amaçla 2009-2013 yıllarına ait Özel Sağlık Sigortaları(ÖSS) Birliği’nden elde edilen resmi verilerden toplanan prim miktarı ve hasar verileri ile SGK verilerinden alınan sağlık sigortası verileri kullanılarak, tanımlayıcı değerlendirme ile özel sigortalar ile devletin prim ve maliyet verileri değerlendirilmiştir.

2013 yılında toplam toplanan prim ÖSS için 2,3 milyar TL olurken hasar 1,7 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. Kişi başına toplanan prim 822 TL olurken, kişi başı hasar 631 TL olarak gerçekleşmiştir. Brüt prim-hasar farkı özel sağlık sigortaları için toplamda 638 milyon TL olmuştur. ÖSS sektörü için ortalama brüt hasar/prim oranı %26 olarak bulunmuştur. Aynı yıl SGK tarafından toplanan prim toplamda 53 milyar TL olurken, toplam sağlık harcaması 49,9 milyar TL olmuştur. Aynı zamanda kişi

başı toplanan prim 691 TL olurken, kişi başı sağlık harcaması ise 650 TL olmuştur. SGK'ın brüt prim-hasar/sağlık harcaması farkı bu süreçte 4,1 milyar TL'ye tekabül etmiş, oransal olarak ise %6 olmuştur.

SGK tüm vatandaşlardan sağlık sigortası kapsamında topladığı primler ile sağlık sisteminde tek ödeyici kuruluştur. SGK topladığı primleri ve maliyetleri belirlerken aynı zamanda geri ödeyici kuruluş olarak ilaçlar, tıbbi cihazlar, hastane yatış maliyetleri gibi sağlık hizmet sunumunun maliyetlerini de belirlemektedir. Bu durum SGK'nın tüm nüfusu kapsayan geniş kapsamlı sağlık hizmet sunumundaki başarısını göstermektedir. Ancak SGK'nın kişi başı topladığı prim özel sağlık sigortalarının topladığı kişi başı primden düşük kalırken, kişi başı maliyet ise yüksek kalmıştır. Verimlilik noktasında oluşan soru işaretlerini gelecekte bu durumun detaylı incelenmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Sigortacılığı, Prim/Hasar Değerlendirmesi, Sağlıkta Dönüşüm Programı

TURKEY HEALTH INSURANCE PREMIUM/CLAIMS-HEALTHCARE EXPENSES IDENTIFICATION

ABSTRACT

Reforms under Health Transformation Program was commenced in 2002 by Ministry of Health in Turkey brings significant improvements. These changes targeted at improving access to health services(HS) and quality of HS. Social Security Institution(SSI) is only government payer covering of population. In addition to public health insurance(HI) there are also private HI companies(PHIC) covering 3% of population.

Aim of analysis is to understand difference between premium/claims of HI system in Turkey. With this aim the official data of premiums and claims of PHIC for years 2009-2013 was obtained from Turkish PHIC Association together with same data of government HI for the same years was obtained from SSI. Descriptive analysis were conducted with premiums and claims data of government and private health insurers.

Total collected premium of PHIC were 2.3 billion TL and claims were 1.7 billion TL on the year 2013. Premiums and claims of PHIC per capita were 822 TL and 631

TL in 2013, respectively. Difference of premium/claims of all PHC was equal to 638 million TL or 26%. Same year, premiums and claims of SSI for HI were 53 billion and 49.9 billion TL. Premiums and claims of SSI per capita were 691 TL and 650 TL in 2013, respectively. Difference of premiums/claims of SSI HI was 4.1 billion and 6%.

SSI has become monopsonic payer in health system with HI premium collection from all citizens. SSI determines its revenues and costs as it also determines the premium levels and reimbursement price of HS. This shows the success of SSI's management while covering the whole population for a very comprehensive health care package. However, the SSI's per capita premium is lower and its claims is higher than private sector averages. Question marks that come upon the productivity issue imply that the situation should be examined thoroughly.

Keywords: Health Insurance, Premiums/Claims Analysis, Health Transformation Programme

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetlerinin finansmanın nasıl sağlanacağı her ülkenin cevabını aradığı önemli bir sorudur. Sağlık harcamalarının ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile karşılaştırılması yapılmakta ve bu konu önemli bir tartışma olarak öne çıkmaktadır. Gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmet sunumundaki maliyet artışı, ilaç maliyetlerindeki artış, yaşlanan nüfus ve artan ortalama yaşam süresi ülkelerin sağlık harcamalarında artışa neden olmuştur [1].

Sağlık hizmet sunumuna yaklaşımda önemle üstünde durulması gereken diğer bir husus finansman yönteminin verimliliğidir. Genel olarak kabul görmüş olan dört ana finansman sistem modeli benimsenmiştir: Beveridge modeli, Bismark modeli, ulusal sağlık sigortası modeli ve cepten ödeme modeli. Türkiye’de kamu sağlık finansmanı karma bir sistem olan genel sağlık sigortası kapsamında toplanan sosyal güvenlik primleri, vergiler, özel sigorta primleri ve cepten ödemeler ile sağlanmaktadır [2].

Türkiye’de 1990’lı yıllardan itibaren sağlık finansmanı açısından bazı krizler yaşanmıştır. Gelişmiş ülkelerde de yaşanan benzeri krizlerin nedenleri ile ülkemizdeki krizlerin nedenleri arasında farklılıklar görülmektedir. Türkiye’deki sorunların temelinde sosyal güvenlik fonlarındaki denetimsiz harcamalar, kayıt-dışıktan kaynaklanan prim toplama sorunları, sigortacılık tekniklerini göz ardı ederek uygulanan sosyal güvenlik politikaları bulunmaktadır [3].

Bakanlar Kurulu’nun 2007 yılında “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Tasarısı”nın gerekçesini sosyal güvenlik sisteminin yaşadığı finansman sorunu oluşturmaktadır. İlgili kanun tasarısının gerekçesinde sosyal güvenlik kurumlarının açıklarını kapatmak için kamu bütçesinden yapılan aktarımlarındaki payın giderek arttığına değinilmiştir. Aynı tasarıda Türkiye’nin genç nüfusunun doğru tasarlanacak bir sosyal güvenlik sistemi ile açık vermek yerine, fon birikimi ile ekonomiye olumlu katkı sağlayabileceğine değinilmiştir. Finansman ile ilgili sorunlar temelde gelirleri azaltıcı faktörler “Erken emeklilik uygulaması, prime esas kazancın düşük gösterilmesi, kayıt dışı istihdamın yüksekliği, prim tahsilat oranının düşüklüğü, afla ödeme kolaylığı gibi uygulamalarla prim ödeme eğiliminin azalması, ödenmeyen primlerin gecikme cezalarına uygulanan aflar, prime esas kazanç sınırlarının düşüklüğü ve fon gelirlerinin yetersizliği, gider artırıcı faktörler ise; erken yaşta emeklilik uygulamaları, primi alınmadan yapılan sigorta ödemeleri, borçlanma kanunları, uzayan ortalama ömür nedeniyle artan aylık ödemeleri ve

sağlık yardımlarının yanı sıra prim gelirleri ile ödenen aylıklar arasındaki ilişkinin zayıflığı” olarak sıralanmıştır [4].

Türkiye 2003 yılında başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık sisteminde yapılan köklü değişikliklere sahne olmuş, bunlardan önemli biri de Sosyal Güvenlik Reformu olmuştur. Sosyal Güvenlik Reformu ile Genel Sağlık Sigortası sistemi uygulamasına geçilmiştir. Yeni uygulama ile tüm vatandaşların sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaşmıştır [5].

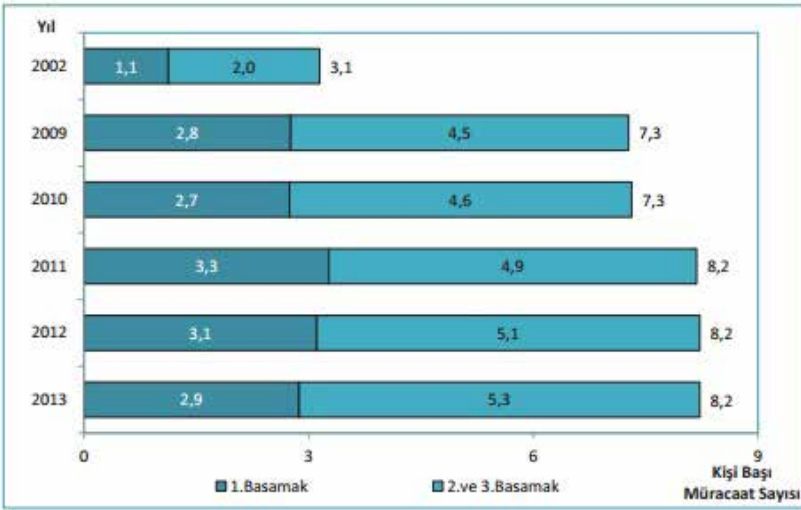
Türkiye’de 2012 yılı itibariyle tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Sağlık sigortacılığı kapsamında SGK’nın elinde tuttuğu güç Türkiye’nin nüfusu da göz önüne alınırsa önemli boyutlara ulaşmıştır. SGK’nın aynı zamanda sağlık hizmet sunumunda ilaç, tıbbi cihaz ve sağlık hizmetlerinin geri ödeme fiyatlarını da belirliyor oluşu, kurumu önemli bir güç haline getirmiştir. Diğer ülkelere baktığımızda sağlık hizmetleri için kamu finansmanının Türkiye’nin altında kaldığı görülmektedir. Bunun bir nedeni özel sağlık sigortalarının Türkiye’de diğer ülkelere göre oransal olarak çok daha az sayıda kişiyi kapsamasıdır.

ABD’de kamu finansmanı yaşlılar ve düşük gelir seviyesindeki kişileri kapsamakta, 65 yaş altı nüfusta özel sağlık sigortasına sahip nüfus oranı %65 olmaktadır [6]. Tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının etkisinin görüldüğü Fransa’da özel sağlık sigortasına sahip nüfus oranı %92 olurken, Kanada’da bu oran %65’tir [7]. Sağlık hizmetlerinin benzeri şekilde devlet güvencesi kapsamında olduğu Almanya’da özel sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %10 olmaktadır. Bu oran Fransa ve Kanada için %14 olmaktadır [8]. Birleşik Krallık nüfusunun %10,9’u özel sağlık sigortasına sahiptir ve özel sağlık sigortalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı %15’lerde seyretmektedir [9].

Dünyadaki örneklere bakıldığında Türkiye’de SGK’nın gerek kapsam bakımından, gerekse toplam sağlık harcamalarının içindeki payı bakımından yüksek oranlara sahip olduğu görülmektedir. SGK’nın ülkemizde monopsonik güç ve aynı zamanda temel alıcı olması sebebiyle sağlık politikalarına olan doğrudan etkisi bilinmektedir. SGK’nın sahip olduğu bu monopsonik güç, özellikle sağlık hizmetlerinin geri ödeme usülleri ve miktarları noktasında sık sık tartışılmaktadır. Kapsamın “Evrensel Kapsam” olarak belirlenmesi ve hizmet sunumunda teminat paketlerinin çok geniş olmasının gelecekte yaşlı nüfustaki artışla beraber finansman sorunlarını ortaya çıkarabileceği görülmektedir. Sağlık sigortalarının sürdürülebilirliği toplanan primlerin yanı sıra yapılan harcamaların denetimine de

bağlıdır. Bu bağlamda SGK harcamalar ile ilgili usul ve miktarları belirli aralıklarla güncellenen Sağlıkta Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlemektedir.

Şekil 1: Yıllara ve Hizmet Kapsamına Göre Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



Kaynak : Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013, [10]

Sağlık hizmetlerinin kullanımı tüm hizmet basamaklarında yıllara göre belirgin bir artış göstermiştir. 1. Basamakta kişi başı yıllık başvuru sayısı 2002 yılında 1,1 iken 2013 yılında 2,9 olmuştur. 2. ve 3. Basamakta kişi başı yıllık başvuru sayısı 2,0 iken, 2013 yılında 5,3 olmuştur. Sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması sağlık hizmet sunumunun finansmanında çeşitli düzenlemeleri beraberinde getirmiştir (Şekil 1).

Tablo 1: Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı

	2002	2010	2011	2012	2013
Sağlık Ocağı	69.103.517	84.629.163	*	*	*
Aile Hekimliği	*	108.976.049	240.298.753	221.672.029	212.318.024
Verem Savaş Dispanseri	2.012.458	2.378.998	2.219.534	2.143.765	1.815.805
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	2.980.481	3.831.859	944.842	630.583	536.707
TMS'ler tarafından yapılan diğer muayeneler	*	*	*	10.035.342	4.999.980
Özel Poliklinikler	731.132	2.497.352	882.973	655.432	582.265
Birinci Basamak Toplamı	74.827.588	202.313.421	244.346.102	235.137.151	220.252.781
Özel Tıp Merkezleri	9.824.802	33.788.328	29.040.707	32.012.211	31.256.100
Hastaneler	124.313.659	302.984.218	337.849.536	354.636.935	378.812.243
2 ve 3 üncü Basamak Toplamı	134.138.461	336.772.546	366.890.243	386.649.146	410.068.343
Genel Toplam	208.966.049	539.085.967	611.236.345	621.786.297	630.321.134

Kaynak : Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013 [10]

Tablo 2: Sağlık Harcamalarının GSMH'ye Oranı

TÜİK Sağlık Harcamaları İle İlgili Göstergeler, 2009-2013					
Sağlık Harcamasının Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı (%)					
	2009	2010	2011	2012	2013
Toplam Sağlık Harcaması	6,1%	5,6%	5,3%	5,2%	5,4%
Genel Devlet	4,9%	4,4%	4,2%	4,1%	4,2%
Özel Sektör	1,2%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%
Perakende Satış	2,1%	1,8%	1,6%	1,3%	1,4%
Genel Devlet	1,7%	1,4%	1,2%	1,0%	1,0%
Özel Sektör	0,4%	0,4%	0,3%	0,3%	0,4%

Kaynak : TÜİK Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2014 [14]

Toplam sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı yıllar içinde değişkenlik gösterse de 2005 yılından 2013 yılına gelindiğinde %5,4 olarak gerçekleşmiştir. Ancak bu süreç içinde kamu harcamalarının oranı %3,7'den %4,2'ye yükselmiştir.

Bu durum özel sektörün sağlık harcamalarındaki payının azaldığını göstermektedir. 2005-2013 yılları arasında perakende satışın GSMH'ye oranında yaklaşık %25 azalma meydana gelmiştir. Kamu ve özel sektörde oransal olarak benzeri bir azalış gerçekleşmiştir (Tablo 2).

Çalışmamızın amacı Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Güvenlik Reformu ile sağlık hizmetlerine erişimin ve harcamanın artmış olduğu ülkemizde özel sağlık sigortacılığı ve kamu sağlık sigortacılığının prim/hasar-sağlık harcaması açısından karşılaştırılmasını yapmaktır.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Araştırmaya yönelik yapılan literatür taraması 2009-2015 yıllarını kapsamaktadır. Araştırma kelimeleri sağlık sigortası (health insurance), prim/hasar oranı (premium/claims), sağlık sigortası gelirleri (health insurance income) ve sağlık harcamaları (healthcare expenses) olarak belirlenerek Türkçe ve İngilizce dillerinde yapılmıştır. PubMed veri tabanı kullanılmıştır. 45.599 makaleye ulaşılmıştır. Araştırma içeriğine kamu ve özel sektör prim/hasar-sağlık harcamalarının karşılaştırıldığı tam olarak uygun ya da paralel bir çalışma tespit edilememiştir. Sağlık sigortası ve harcamaları olarak OECD Avrupa ülkelerini genel olarak içermektedir. Ek olarak; Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.) verileri ayrıntılı olarak sunulmuştur.

Yunanistan, Amerika Birleşik Devletleri ve Polonya dışındaki bütün OECD ülkelerinde temel sağlık hizmetleri için genel sağlık sigortası vardır [11].

Sağlık sigorta sisteminin sağlık bakımı ihtiyacının karşılanmasında en büyük belirleyicisi olan (A.B.D.) 2000-2010 yılları arasında 18 yaş altı çocuklarda özel sağlık sigortası oranı %67'den %54'e gerilemiştir. Aynı dönemde uygulanan "Çocuk Sağlık Sigortası Programı"nı (Children's Health Insurance Program (CHIP)) içeren Medicaid (A.B.D. sağlık sistemindeki kamu sağlık sigortası) sigorta sistemi %20'den %36'ya yükselmiştir. Sigortasız çocuk oranı ise 200 yılında %13 iken 2010 yılında %8'e gerilemiştir [12].

2003-2013 yılları arasında 18-64 yaş arası yetişkin nüfusun özel kapsamlı sigorta oranı %71.4'den %65.1'e gerilemiştir. Medicaid kapsamı %6.6'dan %10.2'ye çıkmıştır. Sigortasız 18-64 yaş yetişkin grubundaki oran ise aynı yıllar arasında %6'dan %19.3 ila %20.5'e yükselmiştir [12].

2013 yılında kişisel sağlık bakım harcamaları toplam 2.5 trilyon dolar olarak belirlenmiş ve 2012 yılına göre %3.8 artış gözlemlenmiştir. Kişi başı sağlık

harcaması toplam A.B.D. nüfusu için 2013 yılında 7.826 dolar, 2012 yılında ise 7.597 dolar olarak gerçekleşmiştir [12].

2013 yılında hastane giderleri tüm kişisel sağlık harcamalarının %38'ini oluşturmuştur. İlaç harcamaları ise 2012 yılında 264.4 milyar dolar iken bu maliyet 2013 yılında 271.1 milyar dolar olarak belirlenmiştir [12].

Amerika Birleşik Devletleri'nde, Ödenebilir Bakım Yasası'nın hayata geçmesinin ardından sigortasız nüfusun yüzdesi 2013'teki %14.4'lük seviyeden 2014'te %11.5'e inmiştir ve 2015'te daha da azalması beklenmektedir [11].

Tüm Avrupa ülkeleri kamu ve özel sağlık sigortacılığını içeren karma bir finansman sistemine sahiptir. Kamu finansmanı genel kamu gelirlerini ve sosyal güvenlik fonlarını kapsamaktadır. Başka bir deyişle, hükümet programları, genel vergilendirme, sosyal güvenlik sigortası ve genel işçi vergilendirmelerini içermektedir. Özel finansman ise, hane halkı cepten harcamalarını, özel sağlık sigortalarını ve diğer özel fonları kapsamaktadır. Bazı zorunluluklar dışında tamamen gönüllü ve gelirle ilgili olmayan primleri içermektedir. Bazı ülkelerde kamu gelirlerini sınırlandırmak için kamu sağlık bakımı hizmetlerini satın almaktadır. Diğer ülkelerde ise sosyal sigortalar ile kamu gelirlerine destek olmaktadır. Ayrıca özel sağlık sigortacılığının yerini kamu tarafından desteklenen tamamlayıcı ve destekleyici sigortalara bırakacağı öngörülmektedir [11].

Çoğu Avrupa ülkelerin evrensel (veya kısmi-evrensel) sağlık bakım hizmetlerini içermektedir. Bunlar doktor konsültasyonu, test ve tedaviler ve hastane bakımı gibi temel sağlık bakım ihtiyaçlarıdır. Bir çok ülkede ise, dış sağlığı hizmetleri ve reçeteli ilaçlarda kısmen kamu tarafından karşılanmaktadır. Türkiye'de olduğu gibi bazı ülkelerde tamamlayıcı sağlık kapsamı temel sağlık sigortası kapsamına ek olarak özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Destekleyici sigortalar ile sağlık hizmetleri karşılanabilmekte veya daha hızlı erişim ya da bakım sunucularından daha çok seçeneği kapsayan duplikasyon sigorta sistemleri bulunmaktadır [11].

Tüm Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetleri finansmanı ana kaynağı kamu sektörüdür. 2010 yılında Avrupa Birliği (AB)'nde sağlık bakımının ortalama %73'ü kamu tarafından karşılanmaktaydı. Kamu Sağlık sigortası Hollanda, Finlandiya hariç İskandinavya ülkeleri, Lüksemburg, Çek Cumhuriyeti, Birleşik Krallık ve Romanya'da %80 üzerindedir [11].

OECD 2013 verilerine göre; OECD ülkelerinde toplam sağlık sigortası harcamaları 2003 yılında %8.7 iken 2007 ve 2009 yıllarında en yüksek seviyeye ulaşarak %9.4 olmuş ve 2013 yılında %8.3'e gerilemiştir [13].

En yüksek sağlık sigortası primleri Birleşik Krallık ve Almanya'da gerçekleştirilmektedir ve sıra ile yaklaşık 340 milyon dolar ve yaklaşık 333 milyon dolardır. En düşük primler ise Slovakya ve Portekiz'e aittir (2806 milyon dolar ve 16995 milyon dolar)[13].

Sağlık harcamaları incelendiğinde Norveç kamu sağlık harcaması kişi başına 4981 dolar ve özel sağlık harcaması kişi başı 882 dolar olarak Avrupa ülkelerinde en yüksek düzeydedir. Sağlık harcaması en düşük olan Hindistan kişi başına 69 dolar kamu harcaması ve 146 dolar özel sağlık harcaması yapmaktadır. OECD ortalamasında bu oran kamu sağlık harcamalarında kişi başına 2536 dolar ve özel sağlık harcamalarında kişi başına 917 dolardır[13].

Sigorta kapsamında ödenen ilaç harcamaları Macaristan'da toplam sağlık harcamalarının %30.6'sını, Danimarka'da ise %6.3'ünü oluşturmaktadır[13].

OECD ülkelerinde kişi başına düşen doğrudan sağlık sigortası prim ödemeleri 2013 yılı verilerine, göre 3147 dolardır. OECD 2013 verilerine göre; Türkiye verileri incelenecek olursa kamu sağlık harcamaları kişi başına 737 dolar ve özel sağlık harcamaları kişi başına 204 dolar olarak belirlenmiştir[13].

3. METOD

Çalışmamızda özel ve kamu sağlık sigortacılığının prim/hasar değerlendirmesini yapmak için 2009-2013 yıllarına ait Özel Sağlık Sigortaları Birliği'nden elde edilen resmi verilerden toplanan prim miktarı, hasar(sağlık harcaması) ve kapsanan nüfus verileri ile, aynı yıllara ait Sosyal Güvenlik Kurumu verilerinden alınan toplanan prim, yapılan sağlık harcaması ve kapsanan nüfus verileri kullanılmıştır. Toplanan prim ve hasar/sağlık harcaması arasındaki fark temel gelir-gider dengesi açısından karşılaştırılmıştır. Benzer şekilde toplanan prim ve hasar/sağlık harcaması rakamları kapsanan nüfus sayısına bölünerek kişi başı prim ve hasar/sağlık harcaması değerine ulaşılmıştır. Bu veriler ile tanımlayıcı değerlendirme yapılarak özel ve kamu sağlık sigortacılığı açısından prim ve hasar/sağlık harcaması verileri genel olarak değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Türkiye Sigortalar Birliği'nin Genel Sigorta verilerine göre 2013 yılında toplam özel sağlık sigortalı birey sayısı 2 milyon 788 bin 611'dir. En fazla prim üretimine sahip olan Yapı Kredi sigorta, tüm sigorta prim üretiminin yaklaşık %23'üne sahiptir. İlk 10 şirket bazında incelendiğinde, toplam prim üretimi bakımından 2009

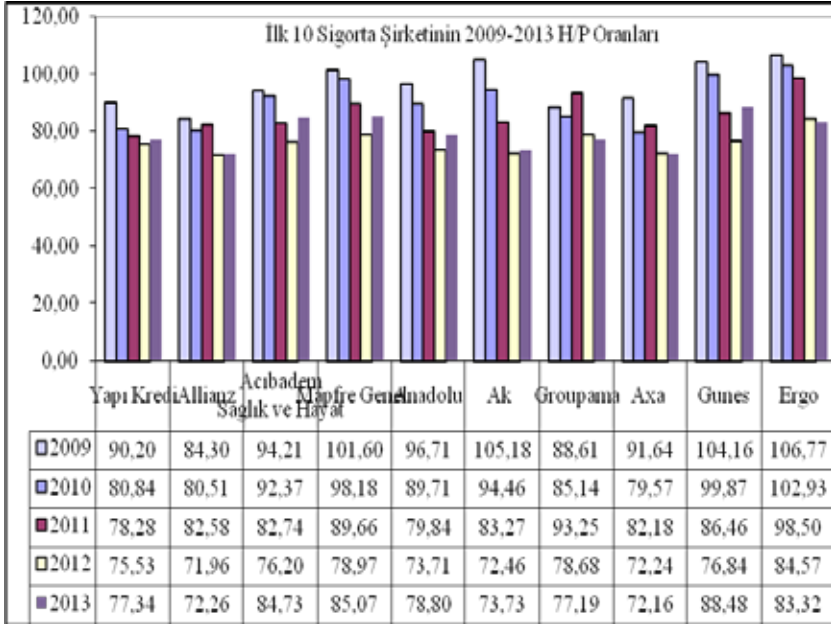
yılından 2013 yılına gelindiğinde yaklaşık %80'lik bir artış olduğu görülmektedir. (Tablo 3).

Tablo 3: Şirket Bazında Özel Sağlık Sigortaları Prim Üretimi

DİREKT PRİM ÜRETİMİ	2013	2012	2011	2010	2009
Yapı Kredi Sigorta	546.935.366	498.607.576	413.156.479	309.299.789	260.899.938
Allianz Sigorta	356.134.719	348.116.943	318.784.645	302.600.248	261.868.882
Acıbadem Sigorta	270.410.939	217.252.679	158.994.613	115.065.173	102.030.316
Mapfre Genel Sigorta	268.293.402	216.790.629	112.738.340	139.851.239	115.199.638
Anadolu Anonim Türk Sigorta Şirketi	223.616.488	205.408.985	179.755.990	172.947.838	150.684.801
Aksigorta	180.662.938	171.540.927	153.083.619	136.461.183	116.003.655
Groupama Sigorta	93.674.827	88.696.993	131.601.410	95.224.654	68.550.565
Güneş Sigorta	83.497.202	62.542.737	64.720.747	54.685.677	57.305.837
Axa Sigorta	85.168.766	77.272.284	72.098.223	59.501.323	44.977.752
Eureko Sigorta	49.695.527	49.380.012	45.519.277	42.175.604	26.697.857
İLK 10 ŞİRKET TOPLAM	2.158.090.174	1.935.609.765	1.650.453.341	1.427.812.728	1.204.219.239
DİĞER ŞİRKETLER	207.115.953	216.119.164	268.164.857	170.805.668	114.903.449
TOPLAM	2.365.206.126	2.151.728.930	1.918.618.197	1.598.618.396	1.319.122.687

Kaynak : TSRB Genel Sigorta Verileri

Türkiye'deki ilk 10 sigorta şirketinin 2009-2013 yılları arasındaki hasar/prim oranlarına göre; 2009-2013 yılları arasında toplanan prim miktarındaki artış oranı hasar artış oranından daha fazla olmuştur. 2009 yılında %93,10 olarak gerçekleşen Hasar/Prim oranı 2013 yılına gelindiğinde %76,70'e inmiştir. Bu durum özel sağlık sigortacılığındaki primin hasarı karşılama oranını arttırdığını göstermektedir. Çalışmamızda kullanılan verilerde hastalık ve seyahat sağlık branşı primleri kapsam dışı bırakılmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: İlk 10 Sigorta Şirketinin 2009-2013 Hasar/Prim Oranları

Kaynak : TSRB Genel Sigorta Verileri

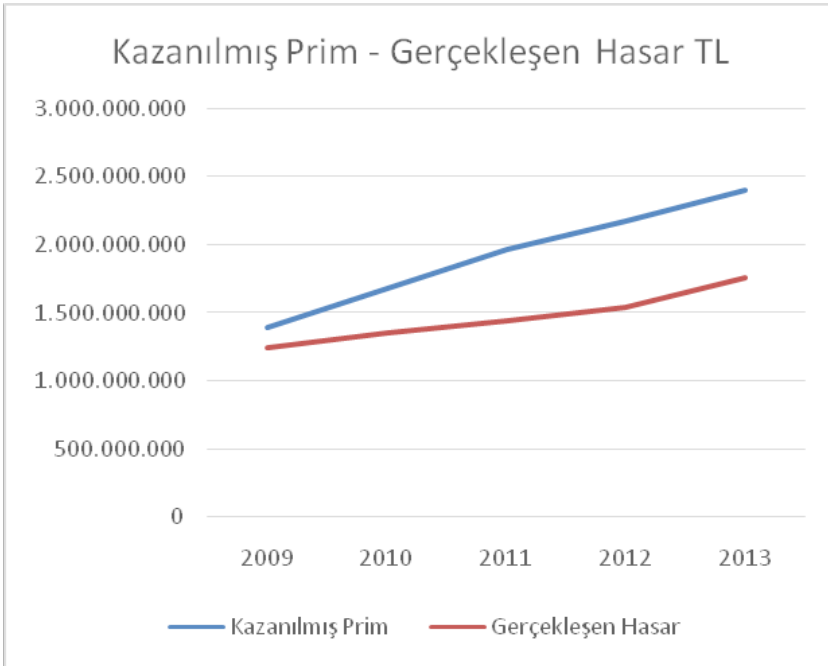
Hasar/Prim oranlarındaki değişimin yanı sıra sağlık sigortası için alınan primdeki değişimi ve teknik kar ve teknik kar/Alınan prim oranlarına göre alınan prim yıllar içinde düzenli bir artış göstermiştir. 2009 yılında alınan prim 1.390.157 bin TL iken 2013 yılına gelindiğinde 2.398.077 bin TL tutarına yükselmiştir (Tablo 5).

Özellikle 2011 ve 2012 yıllarında bir önceki yıla göre teknik kar rakamlarında belirgin bir artış meydana gelmiştir. 2010 yılında teknik kar açısından zarar edildiği görülürken, 2011 yılında teknik kar pozitif rakamlara çıkmıştır. 2012'de teknik kar'da belirgin bir artış meydana gelmiştir. Yine aynı yıllarda hasar-prim oranında belirgin bir düşüş görülmüştür.

Tablo 5: 2009-2013 Yılları için Sağlık Branşında Alınan Prim, Ödenen Hasar, Prim-Hasar Farkı

Yıl	Alınan Prim (TL)	Sigortalı Sayısı	Kişi Başı Prim (TL)	Gerçekleşen Hasar (TL)	Kişi Başı Hasar (TL)	Prim-Hasar Farkı (TL)	Prim-Hasar Farkı Oranı
2009	1.390.157.525	1.458.021	953	1.239.942.829	850	150.214.696	%11
2010	1.675.377.354	1.666.023	1.006	1.354.550.161	813	320.827.193	%19
2011	1.962.821.974	2.549.216	770	1.436.729.973	564	526.092.000	%27
2012	2.169.817.633	2.579.520	841	1.538.745.399	597	631.072.233	%29
2013	2.398.077.778	2.788.611	860	1.759.895.366	631	638.182.411	%27

Kaynak : TSSRB Genel Sigorta Verileri

Şekil 2: Özel Sağlık Sigortalıları Alınan Prim – Gerçekleşen Hasar

Kaynak : TSSRB Genel Sigorta Verileri

Özel sağlık sigortalarının 2013 yılında topladığı prim 2,3 milyar TL olurken, toplam hasar/sağlık maliyeti 1,7 milyar TL olarak gerçekleşmiş, brüt karı 638 milyon TL olmuştur. Diğer bir ifade ile; özel sağlık sigortacılığında prim-hasar arası firmalar için brüt karlılığı oluşturabilecek farkın toplanan prime/gelire oranı %26 olmuştur. 2009-2013 yılları arasında kişi başına toplanan prim ise 953 TL`den 860 TL`ye, kişi başı gerçekleşen hasar ise 850 TL`den 631 TL`ye gerilemiştir. Diğer bir ifade ile; 2009-2013 yılları arasında özel sağlık sigortalarının kişi başı gelirleri %9 azalırken, giderleri %25 azalmıştır. Aynı yıllarda kişi başı giderlerin gelire oranı %89`dan, %73`e gerilemiştir. Diğer bir ifade ile gelirlerin giderleri karşılama oranında %17 lik bir avantaj sağlanmıştır.

Özel sağlık sigortalarının brüt prim-hasar farkının arttığı yıllar içerisinde, SGK`nın Genel Sağlık Sigortası gelirleri ile giderleri arasında fark kapanmış ve 2013 yılında ise gelirler-giderleri geçmiştir. GSS`nin 2013 yılında prim-hasar/sağlık harcaması arasındaki fark 3.4 milyar TL`ye tekabül etmiş, oransal olarak ise %6 olmuştur. 2009-2013 yılları arasında SGK Genel Sağlık Sigortası kişi başı gelirleri 281 TL`den 849 TL`ye, giderleri 492 TL`den 795 TL`ye yükselmiştir. Diğer bir ifade ile; 2009-2013 yılları arasında GSS`nin kişi başı gelirleri %202 artarken, giderleri %61 artmıştır. Aynı yıllarda kişi başı giderlerin gelire oranı %175`den, %93`e gerilemiştir. Diğer bir ifade ile; gelirlerin giderleri karşılama oranında %46`lık bir avantaj sağlanmıştır.

Kişi başı gelir açısından değerlendirildiğinde; 2009-2013 yılları arasında SGK kişi başı geliri artarken, Özel Sağlık Sigortalarının azalmıştır. Kamu ile özel sağlık sigortaları arasında kişi başı gelirden 10 TL`lik, diğer ifade ile %1`lik bir fark oluşmuştur. Kişi başı giderler açısından değerlendirildiğinde SGK giderleri artarken, özel sağlık sigortası giderleri azalmıştır. Kamu ile özel sağlık sigortaları arasında kişi başı giderde 164 TL, diğer bir ifade ile %20`lik bir fark oluşmuştur.

Tablo 6: Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Gelir-Gider Dengesi

	2009	2010	2011	2012	2013
Kapsanan Kişi Sayısı	58.591.574	61.506.194	64.088.819	62.899.043	62.806.374
Gelirler	16.479 milyon TL	25.054 milyon TL	33.871 milyon TL	41.790 milyon TL	53.369 milyon TL
Prim Gelirleri	13.319 milyon TL	19.890 milyon TL	26.321 milyon TL	33.342 milyon TL	42.778 milyon TL
Devlet Katkısı	3.160 milyon TL	5.164 milyon TL	7.549 milyon TL	8.448 milyon TL	10.590 milyon TL
Diğer	0	0	0	0	
Kişi Başı Gelir	281 TL	407 TL	528 TL	664 TL	849 TL
Giderler	28.863 milyon TL	32.556 milyon TL	36.542 milyon TL	44.151 milyon TL	49.938 milyon TL
İlaç	13.161 milyon TL	13.547 milyon TL	14.144 milyon TL	14.300 milyon TL	15.590 milyon TL
Reçete Bedeli	0	0	0	0	83 milyon TL
Tedavi	15.129 milyon TL	18.469 milyon TL	21.848 milyon TL	29.206 milyon TL	33.508 milyon TL
Yolluk	53 milyon TL	47 milyon TL	42 milyon TL	40 milyon TL	49 milyon TL
Diğer	521 milyon TL	493 milyon TL	508 milyon TL	605 milyon TL	708 milyon TL
Kişi Başı Gider	492 TL	529 TL	675 TL	701 TL	795 TL
Gider/Gelir	%175	%129	%107	%105	%93
Gelir-Gider	- 12.384 milyon TL	-7.502 milyon TL	-2.671 milyon TL	-2.351 milyon TL	3.431 milyon TL

Kaynak: Akçe H, (2014). [15].

4. TARTIŞMA

TÜİK verilerine göre, toplam sağlık harcamaları TL olarak yıllar içerisinde artış göstermiştir. Aynı dönemde kişi başı sağlık harcamaları 987 TL'den 1.110 TL'ye ve toplam sağlık harcamasının GSYİH'a oranı da 5,2'den 5,4'e yükselmiştir. Devletin toplam sağlık harcamalarındaki oranı %1'lik bir düşüş göstermiş, bu fark direk olarak cepten yapılan harcamalara yansımıştır. Yaşlanan nüfus ve uzayan

ortalama yaşam süresinin, sağlık giderlerini önümüzdeki yıllarda da arttırmaya devam edeceği söylenebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan süreçte Sosyal Sigortalar Kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında toplanmış ve nüfusun büyük çoğunluğunu kapsayan bir yapı oluşturulmuştur. Böylelikle sağlık hizmetlerine eşit ve hakkaniyetli erişim sağlanması amaçlanmıştır. Bu süreç sonunda Türkiye yüksek oranda devlet tarafından finanse edilen ve devlet tarafından sunulan gelişmiş bir sağlık sistemine sahip olmuştur.

Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası bu süreçte toplumun büyük çoğunluğunu kapsayan tek kamu finansmanı kuruluşudur. Sağlık hizmetlerine erişimin artması sağlık harcamalarında artış meydana getirmiş, bu durumda sağlık finansmanı için yeni önlem ve tedbirlerin alınmasını gerekli kılmıştır. Bu önlemler kısaca; yeni moleküller için zorunlu geri ödeme dosyasının sunulması (Sosyal Güvenlik Kurumu, ilaç firmalarının yeni moleküllerin geri ödeme listesine alınması başvuruları için zorunlu olarak tebliğ ile belirlenen formatta ve içeriğinin genel bilgiler, klinik bilgiler ve bütçe analizini kapsayan bir maliyet-etkililik analizi), Ödeme Komisyonu ve Medikal ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonunun kurulması (Sosyal Güvenlik Kurumu yönetmelik ile belirlenen şekilde iki farklı değerlendirme komisyonu oluşturularak, ilaç firmaları tarafından iletilen geri ödeme başvuru ve dosyalarının değerlendirmesini yapmaktadır) ve iskonto artışıdır (Sosyal Güvenlik Kurumu yıllar içerisinde yeni ürünler için zorunlu iskonto oranları %11`den birinci yıl %11 ve ikinci yıl %41 olarak değiştirilmiştir). Bunlara ek olarak; ülkemiz Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanmaya geçirilen referans fiyat uygulaması ve jenerik ilaçlardaki fiyatlandırmada sınır getirilmesi gibi politikalarında SGK'nın sağlık finansmanını lehine olarak desteklemiştir. Bu politikaların etkilerinin istatistiksel olarak gösterileceği ileri analizlerin yapılması gereklidir.

Bu dönüşüm sırasında, gerekli önlemlerin de alınabilmesi için 5510 sayılı kanunun 63. maddesi kapsamında Sosyal Güvenlik Kurumu'na finansman kapsamına alınacak sağlık hizmetlerini belirleme yetkisi tanınmıştır. Buna göre teşhis, tedavi ve ilaç için Sağlık Bakanlığı'nın, protez ve ortez için ise Sağlık Bakanlığı ve Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın görüşleri alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından teşhis, tedavi ve ilaç için ödenecek fiyatlar ve hizmetlerin kullanımı için uygulanacak kurallar belirlenmektedir [16].

Yine aynı kanun ile ilaç listelerinin, tıbbi malzeme ve tanı tedavi listelerinin oluşturulması yetkisi Sosyal Güvenlik Kurumu'na verilmiştir. Tüm bu kapsamlı yetkiler Sosyal Güvenlik Kurumu'nu sağlık hizmet sunumunun finansmanı

noktasında çok güçlü bir konuma getirmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumu aynı zamanda prim toplayan ve hizmetlere ödenecek tutarları belirleyen sosyal sigorta kuruluşudur.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun yıllar içerisinde almış olduğu önlemler ile sağlık sektöründe ortalama maliyetlerde azalma olduğu gerek özel sağlık sigortaları, gerekse SGK maliyetleri açısından gözlenebilmektedir. Bu durumun en önemli göstergesi kişi başı giderlerin gerek özel gerek kamu açısından yıllar içerisinde göreceli olarak azalmasıdır. Özel sektör açısından gelirlerde %9 azalma olurken, giderlerde %25 azalma olmuştur. Aynı yıllarda ise GSS'nin kişi başı gelirleri %202 artarken, giderleri %61 artmıştır. Bu durumun diğer bir kanıtı da özel sağlık sigortalarının 2009-2013 yılları arasında kişi başı giderlerin gelire oranı %89'dan, %73'e gerilemişken, GSS'nin %175'den, %93'e gerilemiştir.

Benzer bir durum prim-hasar/sağlık harcaması arasındaki farkın da değişmesinde gözlenmiştir. Özel sağlık sigortalarının 2009-2013 yılları arasında prim-hasar/sağlık harcaması arasındaki farkın primlere oranı %11'den, %26'ya yükselmiştir. GSS'de 2009 yılında prim-hasar/sağlık harcaması dengesi negatif iken, 2013 yılında pozitif olmuştur ve prim-hasar/sağlık harcaması arasındaki farkın primlere oranı %6 olarak gerçekleşmiştir[17].

Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu sonucunda, Sosyal Güvenlik Kurumu-Genel Sağlık Sigortası Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarından çoğunluğunu kapsayan zorunlu sağlık sigortası kapsamında topladığı primler ile Türkiye Sağlık Sistemi'nde tek ödeyici kuruluş durumuna gelmiştir. SGK topladığı primleri ve maliyetleri belirlerken aynı zamanda geri ödeyici kuruluş olarak ilaçlar, tıbbi cihazlar, hastane yatış maliyetleri gibi sağlık hizmet sunumunun maliyetlerini de belirleyerek sadece kendi maliyetlerini düşürmemiş, muhtemelen özel sağlık sigortalarının da maliyetlerini etkilemiş olabilir. Bu etkinin istatistiksel olarak olup olmadığına yönelik ileri analizlerin yapılması gereklidir.

Prim-hasar/sağlık harcamaları dengesinin gerek özel, gerekse kamu sağlık sigortacılığında pozitif yönde düzelmesi Genel Sağlık Sigortacılığı'nın (GSS) geniş kapsamlı sağlık hizmet sunumundaki başarısından da olabilir. Diğer taraftan verimlilik açısından değerlendirildiğinde, GSS'nin kişi başı topladığı prim özel sağlık sigortalarının topladığı kişi başı primden düşük kalırken, kişi başı maliyet ise yüksek kalmıştır. Verimlilik açısından gözlenen bu farklılık GSS'nin gerek toplumsal, gerekse sağlık sigortası açısından kapsayıcılığından kaynaklanabilir. Bu nedenle GSS'nin maliyet-etkililik çalışmalarına daha fazla önem vererek, kapsanacak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde ön planda tutmasında fayda olabilir.

Sağlık sigortalarının prim-hasar/sağlık harcaması dengesinin pozitif olarak artırılması sürdürülebilir bir sağlık sistemi için gereklilik olarak öne çıkmaktadır. GSS'nin sahip olduğu güç ile prim-hasar/sağlık harcaması arasındaki ilişkinin daha da geliştirilmesi bilimsel altyapının güçlendirilmesi ile artacaktır. Özel sağlık sigortalarının GSS'ye göre çok daha az bir nüfusu kapsamına rağmen prim-hasar/sağlık harcaması dengesinin daha iyi olmasının ayrıca incelenmesi gerekmektedir. Karlılık ve verimlilik esaslı incelemeler ile GSS'nin gelecekte sağlık hizmetleri noktasında daha önemli bir konuma gelirken daha güçlü bir konum alacağı da öngörülebilir.

GSS gelirleri ve giderleri sigortalı sayısı ve sağlık hizmetlerine erişimin artması ile birlikte bir artış gösterdiği gözlenebilir. Giderlerin artışında en temel kalem tedavi maliyetlerindeki artış olmuştur. İlaç harcamalarındaki artış ise tedavi maliyetlerindeki artışa kıyasla oldukça düşük seyretmiştir. Gelirlerde ise gerek sigortalı sayısının artmış olması önemli bir etki yaratmış olabilir. Geline noktada GSS için kişi başı prim-hasar/sağlık harcaması farkı pozitif olduğu için, artık sigortalı sayısının artırılması yönünde politikalar yapılabilir. Böylelikle GSS için daha fazla prim toplanması sağlanabilir. Bu gelişmeler sürdürülebilir sağlık finansmanı açısından önem arz etmektedir. Gelecekte yaşanan nüfus ve tedavi maliyetlerindeki artışla beraber giderlerin daha da artacağı öngörüldüğünde sağlık harcamalarının verimli kullanımı prensibinin önemi artacaktır. Diğer taraftan elde edilen gelirin tekrar sağlık sektörüne döndürülmesi ve daha kaliteli sağlık hizmetinin sunulması için çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

- [1] Tatar M., (2011). Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye’de Gelişimi, Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa 103-133, P-ISSN: 2146 – 4839
- [2] Daştan İ. ve Çetinkaya V., (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması, Ocak 2015, Cilt 5, Sayı 1, Sayfa 104-134, E-ISSN: 2148-483X
- [3] Atatanır H., (2009). Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Finansman Krizinin Aşılması Noktasında İzlenen Politikalar, Sosyal Güvenlik Uzmanlık Tezi, Ekim 2009, 28.06.2015 tarihinde http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/967ad877-bb45-4153-bde4-1e564deb79ba/2009_Hicran_Atan%C4%B1r.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=967ad877-bb45-4153-bde4-1e564deb79ba adresinden erişildi.
- [4] TBMM Dönem 23, Yasama Yılı 2, S.Sayı: 119, 2007, 28.06.2015 tarihinde <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss119.pdf> adresinden erişildi.
- [5] Sağlık Bakanlığı (SB) (Stratejik Plan 2013-2017, Ankara, Türkiye, 2012, 28.06.2015 tarihinde www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/stratejikplanturk.pdf adresinden erişildi.
- [6] Centre for Disease Control and Prevention, 2015, 28.06.2015 tarihinde <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-insurance.htm> adresinden erişildi.
- [7] Private Health Insurance in OECD Countries, (2004). OECD Working Papers No: 15, 2004
- [8] OECD Health Data, (2015), 28.06.2015 tarihinde http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT adresinden erişildi.
- [9] Arora S. ve Charlesworth A.,(2013). Public Payment and Private Provision, Research Report, Nuffield Trust, 2013, 28.06.2015 tarihinde http://www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/130522_public-payment-and-private-provision.pdf adresinden erişildi.
- [10] Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013, 28.06.2015 tarihinde <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf> adresinden erişildi.

[11] OECD, Health at a Glance,2015.

[12] U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Center for Health Statistics. Health, United States, 2011 with Special Features on Socioeconomic Status and Health. May 2012. Syf:16,34-35,45.

[13] OECD 2013 verileri. 25.11.2015 tarihinde <https://data.oecd.org/> adresinden erişildi.

[14] TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, (2014). 28.06.2015 tarihinde <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16161> adresinden erişildi.

[15] Halil Akçe, (2014). Sosyal Güvenlik Kurumu Sunumu, İzleme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı Sunumu, Ankara, Türkiye

[16] Resmi Gazete, Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği, (2013). 28.06.2015 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023-1.htm> adresinden erişildi.

[17] Türkiye Sigortalar Birliği (TSB), 2015, Türkiye’de Sigortacılık, 28.06.2015 tarihinde

<http://www.tsb.org.tr/turkiyede-sigortacilik.aspx?pageID=439> adresinden erişildi.

[18] Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2014, 18.11.2015 tarihinde

http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf adresinden erişildi