

TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Emine ORHANER*

ÖZET

Devlet, halk sağlığı için sağlık hizmetlerini gerçekleştirmektedir. Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesine yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesi ve sürdürülmesinde devlet önemli bir rol üstlenmiştir. Sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesinin artması için daha fazla harcama yapmak gerekmektedir. Özellikle sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için finansmanın hangi kaynaklardan ve nasıl karşılanacağı önemli bir konudur. Ülkemizde sağlık harcamalarında finansman kaynaklarından en önemlisi vergilerdir. İkinci bir kaynak ise kamu sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası nedeniyle sigortalı, işveren ve devletin ödediği primlerdir. Ayrıca özel kesim, sağlık hizmetleri karşılığında doğrudan ödemelerde bulunmakta ya da bağış ve yardımlar yapmaktadır.

Ülkemizde sağlık harcamalarının finansmanında karşılaşılan zorlukları gidermek ve toplumun tümünü sağlık hizmetinden yararlandırmak amacıyla Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı hazırlanmış ve 2005 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulmuştur. Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girmesi sağlık sisteminde olumlu ve olumsuz birçok değişikliğe neden olacaktır. Çalışmada sağlık finansman reformuna ihtiyaç duyulmasının nedenleri üzerinde durulmuş Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı eleştirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetleri, sağlık hizmetleri finansmanı, sağlık sigortası, genel sağlık sigortası.

FINANCING HEALTH SERVICES IN TURKEY AND GENERAL HEALTH INSURANCE

ABSTRACT

State, provides the health services for public health. It is the state primary body that, enhances the health conditions, and eliminates the hazards which threat the public health, and obtains health services. To increase quantity and quality of health services, more expenditure is needed. Resources and covering ways of the finance for associations which give the health services, is a very special and important topic. In our country, the most important finance sources for health expenditures are taxes. The

* Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi (Prof. Dr.)

secondary sources are public health insurance and because of private health insurances, premium which are paid by insureds, employers and state.

In addition, the private sector directly make payments or donations to utilize the health services. In our country there are difficulties in finance of health expenditure. Moreover, the whole society can not benefit from the health services. Because of these reasons, plan of "General health insurance law" was prepared and presented to The Grand National Assembly of Turkey in 2005.

The activation of general health insurance, will cause both positive and negative changes. In this work, reasons of neccessity of health financing reform is empnasized, and the plan of general health insurance law is criticized.

Key Words: Health services, financing health services, health insurance, general health insurance.

GİRİŞ

Ülkemizde insan sağlığını koruyacak ve geliştirecek çabaları, birçok ülkede olduğu gibi devlet göstermektedir. Anayasanın 56.maddesi sağlık ile ilgili şu hükümleri getirmektedir.

"Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir (1982 Anayasası)".

Görüldüğü üzere sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenlemek görevi, devletindir.

Sağlık hizmetlerinin üretiminde devletin birinci derecede rol oynamasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz:

- a) Sağlık hizmetlerinin üretilmesi, iyileştirilmesi, kişiler açısından önemli olduğu kadar toplumun bütünü açısından da önemlidir.
- b) Sağlık hizmetleri talebinin belirlenmesi; insanların bilgisizliği, gelir dağılımındaki eşitsizlik, sağlık hizmetleri kalitesi, vb. nedenlerle oldukça zordur. Devlet sağlık hizmetleri talebini elindeki bilgilerle daha iyi tahmin edebilir.
- c) Sağlık hizmetlerinde özel kesim girişimleri, sağlık hizmetlerine olan talebi karşılamaya yeterli değildir.
- d) Özel kesimde firmalar karlılık oranına göre hareket ettikleri için sağlık yatırımları belli bölgelerde yoğunlaşabilir.
- e) Sağlık hizmetlerinde bölünemezlik söz konusudur. Birçok hastalık ülke çapında mücadeleyi gerektirmektedir.

- f) Piyasa büyüklüğü; hastane, dispanser, poliklinik, laboratuvar gibi sağlık hizmeti üreten birimlerin ekonomik olarak kurulup işletilmesini engellemektedir (Önertürk, 1984: 24).

Devlet, gerek ekonomik kalkınmayı sağlamak gerekse geleceklerini planlamada istekli ve akılcı davranan sağlıklı insanları yetiştirmek için sağlık hizmetlerinin, yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmesine çalışmaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, yaygınlaştırılması için sağlık hizmeti veren kurumların harcamalarının artması kaçınılmazdır. Sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde yapılan sağlık harcamalarının finansmanı vergilerden, sigorta primlerinden ve doğrudan ödemelerden karşılanmakta ancak finansman kaynakları yeterli olmamaktadır.

Son yıllarda özel sağlık sigortaları teşvik edilmekte, bağış ve yardımlar alınmakta, teşhis, tedavi ve ilaç harcamalarında kişilerin katkısı artırılmaktadır. Bütün bu tedbirlere rağmen devletin, sağlık hizmetleri konusunda yaptığı harcamaları karşılamakta zorlandığı. Sağlık Finansmanı Reformu'na gittiği görülmektedir. Sağlık Finansmanı Reformunda ise Genel Sağlık Sigortası sistemi önerilmektedir.

Bu çalışmada, Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısının hazırlanma gerekçeleri üzerinde durulacak ve Genel Sağlık Sigortası, ülkemizin ekonomik ve sosyal şartları göz önüne alınarak eleştirilecektir.

1. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETLERİ

Bir ülkenin en değerli serveti olan insanın, iktisadi faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi sonra eğitim seviyesinin yükseltilmesi gerekmektedir (Serin, 1972: 64). Özellikle kalkınma çabası içinde bulunan ülkeler kalkınma çabasının gerektirdiği ve insan unsuru ile ilgili bulunan sağlık hizmetlerini iyileştirmek zorundadırlar. Üstelik sağlık düzeyi ile ilgili veriler, ülkenin kalkınmışlık derecesini ortaya koyan en önemli verilerdir.

Sağlık hizmetleri insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına etki eden bütün faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Konusunda Kanun (5.1.1961 gün ve 224 sayılı) sağlık hizmetlerini şöyle tanımlamaktadır. "Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için gerçekleştirilen tıbbi faaliyetlerdir". Bu tanıma göre sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilite edici sağlık hizmetleri, sağlığı geliştirici hizmetler olmak üzere dört grupta toplanabilir. Ülkemizde devlet adına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini yürütülmesi T.C. Sağlık Bakanlığı'nın görevidir.

Sağlık koşullarının iyileştirilmesi, sağlığı bozacak faktörlerin yok edilmesini kapsayan ve toplumun bütününe yönelik olan koruyucu sağlık hizmetlerini, devlet, karşılıksız olarak gerçekleştirilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise kişilerin sağlığı bozulduğunda kişilere verilen muayene, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleridir. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde amaç, alınacak sağlık önlemlerine rağmen oluşabilecek hastalık durumlarında erken teşhis, hızlı ve etkin tedavi ve hastanın kısa sürede sağlığına kavuşturulabilmesidir (Tengilimoğlu-Çalık, 2000: 12). Tedavi edici sağlık hizmetlerini Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra diğer bakanlıklar, üniversiteler ve diğer özel kuruluşlar da sunmaktadırlar. Tedavi edici sağlık hizmetlerinin finansmanına kişiler kısmen ya da tamamen katılmak durumundadırlar.

1.1. Sağlık Hizmetleri Arzı

Sağlık hizmetleri arzı, sağlık kurumlarının belli bir zamanda belli bir fiyattan sağlık hizmetinden satmaya razı oldukları miktardır (Orhaner, 2000: 17). Sağlık hizmeti ise sağlık ocağı, hastane, laboratuvar, vb. sermaye unsurları ile hekim, hemşire, hastabakıcı, laborant, vb. emek unsurlarından oluşan ekonomik bir maldır.

Sağlık hizmetini arzeden üretici ve satıcılar için sağlık hizmetleri arzını belirleyen en önemli unsur, sağlık hizmetlerinin üretim maliyetidir. Sağlık hizmeti ile ilgili hekim, hemşire, idari personel, vb. ve sağlık ocağı, hastane gibi binalar, çeşitli tıbbi araç ve gereçler üretim girdilerini oluşturmaktadır. Bu üretim girdileri için yapılan harcamalar sağlık hizmetlerinin üretim maliyetini oluşturmaktadır.

Sağlık hizmetleri arzında fiyatlarda görülen değişme de etkilidir. Ancak sağlık hizmetleri arzında kamu kesimi için fiyatların etkisi düşük iken özel kesim için yüksektir. Özel kesim, fiyatlar yüksek ise sağlık yatırımı yapmaktan vazgeçebilmektedir.

Sağlık hizmetleri arzını belirleyen bir diğer unsur da, hekim sayısı, teknoloji, hastane, araç-gerecin uyumlu artışıdır. Hekim sayısı artmadığı sürece, hastane, sağlık ocağı sayısının artması sağlık hizmetleri arzında gelişme olduğunu göstermez. Sağlık hizmetleri arzının artışında, teşhis ve tedavi araçlarında, ilaç endüstrisinde ileri teknolojiye sahip olmak sağlık kurumlarını finansman yönüyle zorlamaktadır. Diğer taraftan sağlık hizmetleri arzında kamu denetimi nedeniyle özel firmaların piyasaya girişi kolay olmamaktadır.

Tablo 1. Sağlık Arzına Yönelik Göstergelerde Gelişmeler

Fiziki Mekan Göstergeleri	Yıllar	
	2003	2004
- Yatak sayısı	180 797	187 788
- Yatak başına düşen nüfus	389	378
- Yatak kullanım oranı (%)	61,0	64,9
Sağlık İnsangücü Göstergeleri		
- Hekim sayısı	97 763	99 304

- Hekim başına düşen nüfus	718	716
- Hemşire sayısı	80 900	84 400
- Hemşire başına düşen nüfus	881	850

Kaynak: DPT, 2006 Yılı Programı, Ankara 2005, s.148.

Tablo 1'den görüleceği üzere 2004 yılı itibarıyla ülkemizde 716 kişiye bir hekim düşmektedir. Oysa 1980 yılında dahi hekim başına düşen nüfus ABD'de 520, Fransa'da 580, İspanya'da 460, İtalya'da 340, Yunanistan'da 420 kişidir (Kongar, 1989: 15). Ülkemizde özellikle ekonomik gelişme düzeyi düşük bölgelerde hekim sayısı az olduğu için hekim başına düşen nüfus daha fazla olmaktadır. Sekizinci beş yıllık kalkınma planı öncesinde yapılan çalışmalarda, hasta yataklarının % 38'i, hekimlerin % 40'ünün üç büyük ilde bulunduğu ifade edilmektedir (DPT, 2000: 18).

Sağlık alanında sabit sermaye yatırımlarına bakıldığında kamu kesiminin özel kesime göre ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Sağlık Sektöründe Sabit Sermaye Yatırımlarının Toplam İçinde Payları (%) (milyon YTL)

Yıllar	Kamu		Özel		Toplam	
	Miktar	%	Miktar	%	Miktar	%
2003	986	5,6	1592	4,0	2578	4,4
2004	1141	5,7	2329	3,8	3470	4,3
2005	1602	6,3	3004	4,2	4606	4,8

Kaynak: DPT Temel Ekonomik Göstergeler, Ağustos 2005 s.35'den faydalanılarak hazırlanmıştır.

Özel kesim, sabit sermaye yatırımlarında sırasıyla imalat, ulaştırma ve konut sektörlerini tercih etmekte dolayısıyla sağlık sektöründe sabit sermaye yatırımlarının toplam içindeki payı düşük olmaktadır.

Tablo 3. Kamu ve Özel Sağlık Kurumlarında Hastane ve Yatak Sayısı (2003 yılı)

Kamu ve Özel Sağlık Kurumları	Hastane Sayısı		Yatak Sayısı	
	Miktar	%	Miktar	%
Sağlık Bakanlığı	789	67,3	120359	66,5
Üniversiteler	50	4,2	26162	14,4
Özel Sağlık Kuruluşları	247	21,1	11824	6,5
Diğer (Milli Sav.Bak., KİT, Belediye, vb.)	86	7,4	22452	12,6
Toplam	1172	100,0	180797	100,0

Kaynak: DPT, 2005 Yılı Programı, Ankara, s. 142.

Ülkemizde halen sağlık hizmetleri arzında özel kesimin payı düşüktür. Kamu kesiminin ise hastane sayısında % 78,9 yatak sayısında ise % 93,5 ağırlığı bulunmaktadır.

1.2. Sağlık Hizmetleri Talebi

Sağlık hizmetleri talebi, kişinin belli bir sağlık sorunuyla ilgili olarak sağlık kurumlarından faydalanabilme imkanınıdır. Sağlık hizmetleri talebinde fiyat önemli bir faktör değildir. Çünkü kişi sağlık sigortasına sahip ise Yeşil Kartı varsa sağlık hizmetlerinin fiyatı talebi etkilememektedir. Sağlık hizmetleri talebini etkileyen en önemli unsur sağlık ihtiyacının hayatın devami için zorunlu ve önemli bir ihtiyaç olmasıdır. Sağlık hizmetleri ikame edilemez. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebinde diğer malların fiyatı talebi etkileyen önemli bir unsur değildir.

Diğer hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetleri de stoklanamaz. Bununla beraber sağlık hizmetlerine olan talep iyi belirlenirse buna göre sağlık hizmetleri arzı daha doğru belirlenebilir (Sargutan, 1993: 153). Sağlık hizmetlerine olan talebi ortaya koymada, bir kişinin ortalama yılda hekime (sağlık hizmetine) başvurma sayısı önemli bir ölçüt olmaktadır. OECD ülkelerinde bir kişi yılda ortalama 6,1 kez hekime başvururken Türkiye'de bu oran 0,5 ile 4 arasında değişmektedir (Sargutan, 1993: 141).

Ülkemizde sağlık hizmetlerine olan talebin düşük olmasının nedenlerini şöyle sıralayabiliriz:

- a) Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli verilmeyişi sağlık hizmetlerine olan talebi geciktirmektedir.
- b) Halkın sağlık hizmeti almasında kolaylık sağlanması ve gecikmelerin önlenmesi için sağlık müracaat zinciri etkin çalışmamaktadır.
- c) Sağlık güvencesi olmayan kişiler kendi kendilerini tedavi etmekte, tedavide çaresiz kalırlarsa sağlık kurumlarına başvurumaktadırlar.
- d) Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortasına sahip kişiler sağlık hizmetlerinden memnun olmadıkları için mecbur kalmadıkça sağlık kurumlarına gitmemektedir.

1.3. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları

Bir taraftan sağlık hizmetlerine olan talebin artması diğer taraftan kaliteli sağlık hizmeti sunmak için sağlık kurumlarının modern teknolojiyi satın almak ve nitelikli personel istihdam etmek için çabaları sağlık giderlerini artırmaktadır. Sağlık hizmeti veren sağlık kurumları giderlerinin düzenli bir şekilde karşılanabilmesi için de finansmanın hangi kaynaklardan nasıl karşılanacağı önemli bir konudur.

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde en önemli finansman kaynağı devlet bütçesidir. Sağlık harcamalarının finansmanı, 1960 sonrası Planlı Kalkınma Dönemiyle birlikte ağırlıklı olarak bütçeden (hazineden) karşılanmıştır. Dünya Bankası, sağlığa ayırdığı 1993 Dünya Kalkınma Raporu'nda ulusal düzeyde tanımlanmış bir asgari sağlık hizmetleri

paketinin özellikle yoksullara yönelik olarak hükümet tarafından finanse edilmesini önermiştir. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında devlet payının büyük olmasını beklemek yanlış değildir.

Sağlık harcamalarında işveren, işçi ve devletin katkısıyla finanse edilen ve yaşlılık, sakatlık, emeklilik gibi konular yanında sağlık konusunda da başvuru sosyal sigortalar da önemli bir finansman kaynağıdır.

Özel kesim, sağlık harcamalarına doğrudan hizmet bedelini ödeyerek, bağış ve yardımlar yaparak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır.

Günümüzde hemen her ülkede hem kamu hem de özel kaynakların yer aldığı sağlık finansman sistemi, ülkemizde de görülmektedir. Ancak sağlık finansman kaynaklarının kombinasyonu ülkenin sosyo-kültürel dokusu, ekonomik ve siyasi yapısına göre zaman içinde farklılık gösterebilmektedir.

Tablo 4. Sağlık Harcamalarında Finansman Kaynaklarının Dağılımı (%)

Finansman Kaynağı	1996	2001
Devlet Bütçesi	43	42
Kamu Sağlık Sigortası	25	38
Özel Kesim	32	20
Toplam	100	100

Kaynak: Tokat, Mehmet, Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Ankara, 1998 ve Sağlık Bakanlığı bütçelerinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

1.3.1. Devlet Bütçesi

Kamu sağlık harcamalarında finansman kaynaklarının en önemlisi devlet bütçesi ya da bütçeye kaynak oluşturan vergilerdir. Bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan pay 2004 yılında % 3,3, 2005 yılı içinde % 3,9'dur (T.C. Maliye Bakanlığı, 2004). Dünya Sağlık Örgütü, koruyucu sağlık hizmetleri için genel bütçenin en az % 10'unun ayrılması gerektiğini savunurken Türkiye'de Sağlık Bakanlığının bütçe içindeki payı hiçbir dönem % 10 olmamıştır (www20.uludag.edu.tr).

Sağlık Bakanlığı başta devlet memuru ve emeklileriyle bunları aile bireylerine ayrıca sağlık güvencesi altında olsun ya da olmasın tüm ülke halkına sağlık hizmeti sunmakta, gelirleri; genel bütçe, döner sermaye ve fon gelirlerinden oluşmaktadır. Genel bütçe içinde payı fazla artış göstermeyen Sağlık Bakanlığı bütçesi son yıllarda bütçe dışı kaynaklardan daha fazla beslenir olmuştur. Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde fon ve döner sermaye gelirlerinin % 30-% 50 arasında değişmektedir.

Devlet bütçesinden Sağlık Bakanlığına ayrılan doğrudan katkının yanı sıra devletin sosyal güvenlik kuruluşlarına prim katkısı da söz konusudur. Ayrıca 1992 yılından itibaren devlet, finansman sıkıntısı çeken sosyal güvenlik kuruluşlarına bütçeden transfer harcaması yapmaktadır.

Devlet, ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerini de üstlenmektedir. Yeşil Kart Uygulaması ile ilgili kanunun 1992'de yürürlüğe girmesiyle devlet; hiçbir sosyal güvence si olmayan ve aylık geliri veya aile içindeki payı 1475 sayılı İş Kanunu'na göre belirlenen asgari ücretin, vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının tedavi hizmetlerini ve her türlü masraflarını karşılamaktadır. Yeşil Kart kapsamında 13.4 milyon kişi bulunmaktadır (DPT, 2004: 143).

1.3.2. Kamu Sağlık Sigortası

Sosyal sigortalar içinde sağlık sigortası, tarihi gelişim içinde sosyal sigortaların ilk ve başlıca kolu olmuştur. Çünkü her insan her yaşta hastalık tehlikesi ile karşılaşmaktadır. Sağlık sigortası, sigortalı ile eşi ve çocuklarının tedavi masraflarını ve ailesinin geçimini sağlamaktadır.

Sağlık sigortası ile kişiler, sağlıklı oldukları sürede verdikleri prim ve katkılarla hastalandıklarında ya da kazaya uğradıklarında kendileri için yapılacak sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadırlar. Sağlık sigortası ile sağlık hizmetlerinin satın alınması kolaylaşmakta ve diğer sigorta branşlarında olduğu gibi kişiler yarın endişesinden uzak kalmaktadırlar.

Türkiye'de 2003 yılı itibariyle nüfusun % 86.4'ü sosyal sigorta kapsamındadır. Sosyal sigorta kapsamında olanların % 15'i T.C. Emekli Sandığı'na, % 57,1'i Sosyal Sigortalar Kurumu'na, % 27,1'i Bağ-Kur'a, % 0,08'i özel sandıklara bağlıdır. Sosyal sigorta kapsamında olup sağlık sigortasından yararlananların genel nüfusa oranı ise % 85,4'dür (DPT, 2004: 165).

Kamu sağlık sigortası ile sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte bu gelir ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. Ülkemizde T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, Vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları, sağlık sigortasını uygulayan sosyal güvenlik kuruluşlarıdır. Sağlık sigortasından yararlanma koşulları, sağlık yardım türleri, ödenecek prim miktarları ve süresi sosyal sigorta kurumlarının kuruluş kanunlarında belirtilmiştir. Bununla beraber sosyal güvenlik kuruluşları daha önce izledikleri yanlış politika, enflasyon, emeklilik yaşının küçük olması, devlet müdahaleleri ve insan ömrünün uzaması, vb. nedenlerle sigorta ödemelerinde zorlanmaktadır.

Tablo 5. Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Gelir-Gider Dengesi (Milyon YTL)

	<u>2002</u>	<u>2003</u>	<u>2004⁽¹⁾</u>	<u>2005⁽²⁾</u>
GELİRLER	19749	27395	34111	39448

- Prim Tahsilatları	15801	22493	28272	32615
GİDERLER	28146	40839	49888	57548
- Sigorta Giderleri	17890	26762	32696	38392
GELİR-GİDER FARKI	- 8397	- 13445	- 15787	-18100
- SSK	- 2686	- 4509	- 5696	- 6600
- Bağ-Kur	- 2735	- 4878	- 5291	- 6000
- Emekli Sandığı	- 2976	- 4058	- 4800	- 5500
BÜTÇE TRANSFERLERİ	8295	13312	15978	18100
FINANSMAN AÇIĞI	- 102	- 133	191	0
BÜTÇE TRANSFERLERİ/GSMH	3,0	3,7	3,8	3,8

1) Gerçekleşme Tahmini

2) Program

Kaynak: DPT, Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar, 2005.

Devlet bütçe transferleriyle sosyal güvenlik kuruluşlarının açıklarını kapatmaktadır. Sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir sıkıntısı Tablo 5'de açık bir şekilde görülmektedir. Tablo 5'den de görüleceği üzere bütçe transferlerinin, gayri safi milli hasılaya oranı 2002'de % 3 iken 2004 yılında % 3,8'dir. Dolayısıyla sosyal güvenlik kuruluşları diğer branşlarda olduğu gibi sağlık sigortasında da gider azaltıcı, gelir artırıcı önlemler almaya gerek duymaktadırlar.

1.3.3. Özel Kesim

Özel kesim, sağlık harcamalarının finansmanına doğrudan ödemelerle ya da kamu sağlık sigortası dışında kendi iradesiyle özel sağlık sigortası yaptırarak katılabilir. Bilindiği gibi hastalık insanların yaşamını, gelir düzeyini, iş yaşantısını etkilemektedir. Özellikle gelir seviyesi yüksek olan kişiler muayene, teşhis, tedavi, ilaç, vb. giderlerini doğrudan ödemektedirler. Bununla beraber kamu sağlık sigortası çok sayıda kişiye belli sayıda risklere karşı asgari güvence sağladığından daha fazlasını isteyen kişiler özel sağlık sigortası yaptırmaktadır.

Özel sağlık sigortası, bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sigortalının karşılaştığı hastalık ve/veya kaza sonucu yaralanması halinde ihtiyaç duyacağı muayene, tedavi ve ilaç masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür (Orhaner, 2000: 76). Türk Ticaret Kanununda belirtilen sigorta çeşitleri arasında uzun süre kaza sigortası içinde yer alan sağlık sigortası halen Hazine Müsteşarlığı'nca genel şartları onaylı sekiz sigorta çeşidinden biridir (Avcı, 1997: 30-31).

Özel sağlık sigortasında belirtilen genel teminat çerçevesi, yasanın emredici hükümlerine ve genel şartlarına aykırı olmamak kaydıyla poliçeye konacak özel hükümlerle genişletilip daraltılabilir (Ulaş, 1997: 162). Özel sağlık sigortasında süre genellikle bir yıl olarak kabul edilmektedir. Süre bitiminde sağlık sigortası yenilenebilir.

Özel sağlık sigortası ülkemizde 1991 yılından itibaren yaygınlaşmaya başlamıştır. Ancak ülkemizde kişi başına gelirin düşük olması (2004 yılında 4172 Dolar) kişilerin sağlık sigortası hakkında yeterince bilgili ve istekli olmaması, özel sigorta şirketlerine güven duyulmaması, vb. özel sağlık sigortasına talebi önlemektedir. Yapılan bir araştırmada özel sağlık sigortasına talepte bulunanların % 82'i özel kesimde çalışan ve/fakat SSK ve Bağ-Kur imkanlarını yetersiz bularak ek bir sağlık güvencesi arayışına giren sigortalılardır (Orhaner, 2000: 85).

Ülkemizde 2004 yılı sonu itibarıyla, sağlık sigortasında 28 şirket üretim yapmaktadır. Sigorta şirketlerinin hastalık branşında prim üretimi toplam prim üretiminin % 9,8'idir. Ülkemizde ilk üç şirket toplam üretimin % 50'sini sağlamaktadır (T.C. Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı, 2005).

1.3.4. Diğer Kaynaklar

Sağlık harcamalarının finansman kaynakları arasında yurtiçinde ve yurtdışında yaşayan T.C. vatandaşlarının bağış ve yardımları, uluslararası bazı kuruluşların (Dünya Bankası, UNICEF, vb.) yardım ve kredileri de sayılabilir.

2. SAĞLIK FİNANSMAN REFORMUNA İHTİYAÇ DUYULMASININ NEDENLERİ

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanında görülen durumu aşağıdaki başlıklar altında özetleyebiliriz;

- a) Sağlık harcamalarında kamu kesiminin payı % 70'in üzerindedir. Özel kesim sağlık harcamalarına, piyasa büyüklüğü, karlılık oranı, sağlık hizmetleri arzının birçok unsura bağlı olması, vb. nedenleriyle daha fazla katkıda bulunamamaktadır.
- b) Devlet gerek doğrudan gerekse dolaylı olarak (sosyal güvenlik kuruluşlarına transfer harcaması yaparak) her yıl daha fazla sağlık harcaması yapmaktadır.
- c) T.C. Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur, vakıf statüsünde ve tamamlayıcı sosyal sigorta sandıkları nüfusun yaklaşık % 85,4'üne sağlık yardımı yapmaktadır. Ancak söz konusu kuruluşlar arasında alınan prim oranları ve sağlık yardımları farklı uygulanmaktadır.
- d) Kamu sağlık sigortasına sahip olan kişiler sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu için uzun süre muayene, teşhis, tahlil ve tedavi için beklemektedir. Bu durum, kamu sosyal sigorta mensuplarının memnuniyetini engellemektedir.
- e) Kişi başına gelirin düşük olduğu ülkemizde kişilerin özel sağlık harcamalarının kısıtlı olacağı ve sağlık hizmetlerini devletten bekleyeceği açıktır.
- f) Özel sağlık sigortasında, sigorta şirketlerinin elinde sağlıklı verilerin olmayışı, uygun tarifenin bulunmasını zorlaştırmakta uygulanan tarifeler ya sigorta şirketi ya da sigortalı aleyhine olmaktadır. Net risk primini etkileyen yaş, cinsiyet, teminat türü, te-

minat kullanım maliyeti, iştirak oranı, vb. hakkında sağlıklı veriler ve istatistik bilgileri yeterli değildir.

- g) Özel sağlık sigortasına sahip kişiler sınırlı sayıda özel hastane, laboratuvar, hekim, vb. imkanlarından yararlanmakta zorluk çektiği için yine devlet ve üniversite hastanelerine başvurmaktadır. Dolayısıyla özel sağlık sigortasıyla daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyen kişiler yine devlet ve üniversitelerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadır.
- h) Günümüz gelişmiş ülkeleri, tıbbın ve sağlık koşullarının gelişmesi ile doğumda hayat beklentisinin arttığını ve bunun sonucunda iki etkinin ortaya çıkacağını öne sürmektedirler: a) Yaşlılar gençlere göre daha sık tedaviye ihtiyaç duyacaklardır. b) Yaşlı nüfusun artması vergi ödeyenlerin sayısını azaltacak, sağlık harcamalarının finansmanı zorlanacaktır. Gerçekten yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun ve sağlık giderlerinin artması buna karşın ekonomik büyümenin yavaşlaması, doğum oranının düşmesi, sistemin finansmanını sağlayan çalışan kesimin artışının sınırlı kalması, önemli bir krize neden olmuştur (Erol, Yıldırım, 2004: 140).

Gelişmiş ülkelerde nüfus artmadığı halde yaşam ümidi artmakta ve yaşlı nüfus hızla artmaktadır. OECD üyesi ülkelerde 65 yaş üstü nüfusun 2050 yılında % 20'nin üstünde olacağı tahmin edilmektedir (Çelik, 2003: 32). Türkiye'de de yaşam ümidi artmaktadır. Tablo 6'dan görüleceği üzere erkek ve kadın için 1998 yılı için 66-70 olan ömür süresi 2003 yılı için 69-71 olmuştur.

Tablo 6. Bazı Ülkelerde 1998 Yılı İtibariyle Ortalama Ömür Süresi

Ülke	Erkek	Kadın
ABD	73	80
İsveç	76	81
Japonya	77	83
Alya	75	81
İngiltere	75	80
Avusturya	75	81
Türkiye	66	70

Kaynak: WHO, The World Health Report 1999, s.2'den faydalanılarak hazırlanmıştır.

- i) Sağlık hizmetlerinde teknolojik değişmeye bağlı olarak alınan araç-gereç çok sık değişmekte ve daha fazla gider yapmayı gerektirmektedir. Diğer taraftan ilaç endüstrisinde de çok uluslu şirketlerin ve yabancı firmaların yabancı para üzerinden ülkemize satmış oldukları ilaç hammadde ve nihai ürünler hem özel kesimin hem de kamu kesiminin çok daha fazla gider yapmasına neden olmaktadır. Kaldı ki ilaç kul-

lanımı konusunda gereksiz kullanım ve israf son bir iki yıldır önlenmeye çalışılmakta tüketimde sınırlamalar getirilmektedir.

Sayılan bu nedenlerle ülkemizde sağlık sistemini iyileştirmek için çeşitli reform çalışmalarına ihtiyaç duyulmuştur. Reform çalışmalarının amacı, sağlık hizmetlerinin tüm vatandaşların yararlanacağı şekle gelmesini sağlamaktır. Bu amaçla, Sağlık Finansman Reformu, Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Reformu, Organizasyon ve Yönetim Reformu, Hastane ve Sağlık İşletmeleri Reformu, vb. çalışmaları yapılmıştır. Çalışmamızla ilgili olarak Sağlık Finansman Reformu, önerdiği Genel Sağlık Sigortası Sistemi ile sağlık hizmetleri finansmanına yeni bir görünüş ve uygulama getirmektedir.

3. GENEL SAĞLIK SİGORTASI

Genel sağlık sigortası, dünyada bilinen önemli bir sağlık örgütlenme modelidir. Özellikle gelişmiş Batı ülkelerinde uygulanan genel sağlık sigortası modeli, mevcutlar arasında en pahalı örgütlenme modelidir. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanının büyük bölümü, sağlık hizmetlerinden yararlananlardan dolayı veya dolaysız bir şekilde alınan primlerden karşılanmaktadır.

Genel sağlık sigortası sisteminde ulaşım, eğitim, kentleşme, haberleşme alanlarında sağlam bir alt yapı geliştirildiği için sistem kendi iç tutarlılığına sahiptir. Genel sağlık sigortası halen Batı Avrupa, Kuzey Amerika ülkeleriyle Avustralya, Yeni Zelanda, Japonya ve İsrail'de uygulanmaktadır (Orhaner, 2000: 90).

3.1. Genel Sağlık Sigortasının Genel Hatlarıyla Tanıtımı, Gelişimi

Genel Sağlık Sigortası Sistemi, sağlık güvencesinden yoksun olan tüm nüfusu sigortalayarak, düşük gelir gruplarına devlet yardımı yaparak sağlık finansmanında yeni bir yapılanmayı gerekli kılmaktadır. Şüphesiz tüm vatandaşlarını sağlık hizmetinden yararlandıran Yeni Zelanda, İngiltere gibi örnek ülkeleri vermek mümkündür. Ancak Yeni Zelanda, sosyal güvenlik sisteminde 1993'de yaptığı değişikliklerle hastalık yardımlarında belli kısıtlamalara gitmiş, sağlık sisteminin finansmanı üzerine bir dizi tedbir almıştır (OECD, 1994: 239). İngiltere'de çeşitli türde tıbbi yardımlar, iş kazası yardımları, çocuk yardımı için herhangi bir sigorta kaydının bulunmasına gerek yoktur. Bu yardımlar için finansman kaynağı vergilerdir. Her İngiliz vatandaşı Ulusal Sağlık Hizmeti'nce seçilmiş bir pratisyen hekimin listesine kayıtlıdır. Kişinin bir uzmanca görülmesi veya hastaneye yatırılması gerektiğinde tek yetkili bu hekimdir. Hekimler ücretlerini devletten almaktadır.

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının gerçekleştirilmesi için değişik tarihlerde çalışmalar yapılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın 1967'de oluşturduğu komisyon ilk kez Genel Sağlık Sigortası tasarısını hazırlayıp Bakanlığa vermiş ancak bu tasarı hükümete

iletilmemiştir. Genel Sağlık Sigortası, 1969'da Sigorta Yasası olarak TBMM'ne sevk edilmiş fakat komisyonlarda görüşülmemiştir.

Genel Sağlık Sigortası alanında ilk geniş kapsamlı çalışma, Sağlık Bakanlığı'nca 1989 yılında başlatılmış ve Sağlık Sigortası Kurumu Kanun Tasarısı oluşturulmuştur. Ancak bu tasarıda çeşitli nedenlerle yasalasmamıştır. 1992 yılında kabul edilen 3816 sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun" ile Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilene kadar fakir vatandaşların sağlık hizmeti, ihtiyaçları karşılanmaya çalışılmıştır.

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında 1997 Programı içinde sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve etkin sunumu amacıyla "Aile Hekimliği" uygulamasına geçileceği, sosyal güvencesi olmayan kesimin sigortalanmasının sağlanacağı belirtilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Plan döneminde de Genel Sağlık Sigortası üzerinde çalışmalar yapılmış ve 2005 yılında Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM'ne gönderilmiştir.

Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı TBMM'de kanunlaştığında tüm nüfus sağlık güvencesine sahip olacaktır. Bu bağlamda Genel Sağlık Sigortası kapsamına, "Türkiye'de sürekli ikamet eden T.C. vatandaşları ile bunların yabancı uyruklu eş ve çocukları, sosyal sigorta kurumlarına tabi çalışan yabancılar ve Türkiye'nin onayladığı sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında olan kimseler ile sığınmacılar ve vatansızlar" girmektedir.

Genel Sağlık Sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkacak hastalık riskine karşı toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde faydalanmasını sağlayacaktır. Genel Sağlık Sigortasının işlemesiyle birlikte ülkemizde, sigortalılar sağlık yardımlarının sağlanmasında kamu ve özel kesime ait bütün sağlık tesislerinden hizmet alabileceklerdir.

Kişilere Genel Sağlık Sigortası kapsamında iş kazası ve meslek hastalığı hali hariç tıbbi gereklilik dışında estetik amaçlı yapılan tıbbi işlemlerin, yardımcı üreme tekniklerinin ve alternatif tıp uygulamalarının giderleri dışında geniş bir sağlık hizmeti sunulacaktır. On-line provizyon, tanı tedavi protokolleri ve paket anlaşmalar gibi çağdaş kontrol ve takip sistemleri ile sigortalıların sağlıkları korunabileceği gibi kaynakların israf edilmesi önlenecektir (Maliye Bakanlığı, 2005, s.110).

Genel Sağlık Sigortası uygulaması için sağlık sektöründe de bir dizi reforma ihtiyaç duyulmaktadır. Örneğin; aile hekimliği uygulamasında, hastanelerden sözleşmeler yoluyla hizmet alımında, sağlık hizmetlerinin planlama ve idaresinde reform, vb. gibi. Genel Sağlık Sigortasında aile hekimliği uygulaması önem taşımaktadır. Hastalar önce aile hekimine gidecek, aile hekimi duruma göre hastaya ilacını verip evine ya da gerekiyorsa hastaneye yollayacaktır. Daha önce 224 sayılı "Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun" ile çevreden merkeze doğru "sağlık evleri", "sağlık ocakları", "sağlık merkezleri" adıyla kurulan

kurumlarca hastaların, kısa sürede sağlık kurumlarına ulaşması düşünülmüştür. Ancak 1963 yılında ilk kez Muş'ta başlatılan bu uygulama, sosyo-ekonomik ve politik faktörler, en önemlisi de mali kaynak ve nitelikli işgücü yetersizliğiyle başarılı olamamıştır. Hastalar sözü edilen bu sağlık müracaat zincirine uymak yerine doğrudan büyük kentlerdeki sağlık tesislerine yoğun talepte bulunmuşlardır. Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı, sağlık müracaat zincirinde aile hekimlerini birinci basamak olarak görmektedir. Hastalar aile hekimi onay vermedikçe hastaneye gidemeyecektir. Halen birkaç pilot bölgede uygulaması başlatılan aile hekimliği, Genel Sağlık Sigortası uygulamasının başarılı olmasında mutlaka eksiksiz uygulanmalıdır. Ancak hekim sayısının yeterli olmaması, nüfusun artışı, halkın bilinç düzeyi, vb. aile hekimliğinin yaygınlaşması ve başarısında önemli engellerdir.

Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısına göre sigortalılar, işverenler ve devlet genel sağlık sigortası primi ödeyecektir. Prim oranı prime esas kazancın % 12,5'idir. Prim ödeme gücü olmayan yoksulluk sınırının altında gelir alanların (Sosyal Hizmetler ve Yardımlar Kanununda belirtilen gelir alt sınırı) primini devlet ödeyecektir. 1479 sayılı Bağ-Kur Kanununa göre prim ödeme gücü bulunanlar primin tamamını öderken 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ve 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununa göre sigortalı % 6, işveren % 6,5 prim ödeyecektir.

Genel Sağlık Sigortası hizmetlerinin yürütülebilmesi için Bakanlığa bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve kamu tüzel kişiliğini haiz Sağlık Sigortası Kurumu kurulacaktır. Ayrıca bu Kanun kapsamında sağlık hizmet ve yardımlarından yararlanmaya hak kazananlar Sağlık Sigortası Kurumu tarafından kendilerine verilen "Sağlık Belgesi"ni ibraz ederek hizmet satın alma sözleşmesi yapılan hekim ve sağlık kurumundan faydalanabilecektir.



Şekil 1. Hastanın sağlık hizmetlerinden yararlanma zinciri

3.2. Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı Üzerine Eleştiriler

Genel Sağlık Sigortasının ülkemizde uygulanmasının olumlu taraflarını şöyle sıralayabiliriz:

- a) Genel Sağlık Sigortası ile toplumun tüm fertleri sağlık hizmetlerinden faydalanacaktır. Böylelikle tıbbi bakım ve tedavi garantisini bütün ülke nüfusuna sağlayan Japonya, İngiltere, İsveç, Avustralya, vb. arasında Türkiye'de yer alacaktır.
- b) Genel Sağlık Sigortası ile sağlık hizmetlerine olan talep büyük kentlerdeki sağlık tesislerine kaymayacak her il ve ilçede aile hekimleri gerek görmezse hastaları hastaneye göndermeyecektir.
- c) Sağlık hizmeti sunan sağlık kurumları işletmecilik anlayışına uygun olarak daha verimli çalışacak bunun için sağlık kurumları arasında rekabete önem vereceklerdir. Rekabet ortamında her sağlık kurumunun teknolojiye, hizmet kalitesine, kaynak kullanımına, fiyata, nitelikli işgücü ve ücret durumuna, vb. önem vermesi gerekecektir.
- d) Genel Sağlık Sigortası ile nüfusun tümüne asgari sağlık hizmeti verileceğinden daha fazla daha iyi daha kaliteli hizmet bekleyen kişilerin özel sağlık sigortalarına talebi artacaktır. Özel sağlık sigortasının gelişmesi sigorta sektöründe mali kaynağın artması aynı zamanda kaliteli sağlık hizmeti veren özel sağlık kuruluşlarının da yurt genelinde artması ve yaygınlaşması anlamına gelecektir. Dolayısıyla özel kesimin sağlık yatırımlarını artıracığı, sağlık arzında daha fazla söz sahibi olacağı söylenebilir.
- e) Ülkemizde temel sağlık göstergeleri uluslararası standartlara daha uygun hale gelecektir. Aile hekimliği sistemi yerleştiğinde hastaları takip etmek, hastanın hastalık ilerlemeden aile hekimini daha sık ziyaret etmesi mümkün olacaktır. Yatak sayısı, hizmet kalitesi gelişecek, sağlık kurumları birer sağlık işletmesi olarak özerkleşecektir.
- f) Ülkemizde hasta yatak kullanma oranı ortalama % 62 iken il merkezlerinde bu oran % 75'in üstünde, ilçe merkezlerinde % 25'in altında kalmaktadır (DPT, 2003: 147). Genel Sağlık Sigortasının uygulamaya girmesiyle il merkezlerindeki hastanelere olan yoğun talep ilçe merkezlerine kayacaktır.
- g) Devletin sağlık hizmetlerinin üretimini daha fazla yerel yönetimlere bırakabileceği de beklenmelidir. Böylelikle merkezi yönetim sadece denetim işini sürdürerek bulunan mahallin sağlık ihtiyacını yerel yönetimlerin yerine getirmesini bekleyecektir.

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının uygulanması şu olumsuzlukları getirebilir:

- a) Genel Sağlık Sigortası uygulamaya girdiğinde, kısa vadede getireceği en önemli sorun kargaşadır. Hastaların daha önceki alışkanlıklarından vazgeçip aile hekimine gitmesi kolay olmayacaktır. Kaldı ki aile hekimliği konusunda çalışmaların hemen başlaması, kişilerin aile hekimini tanıması gerekmektedir. Bunun için aile hekimliğinin yeri, araç-gereçleri, idari personeli, teknik donatımı, vb. belirlenmeli bunun için şimdiden finansman kaynakları bulunmalıdır. Kısa vadede sağlık kurumları ve sağlık personelini sayıca artırmak, zordur. Hekim sayısının artması bilindiği gibi en az altı yılı gerektirmektedir.
- b) Genel Sağlık Sigortası uygulaması için de devletin finansman kaynağına ihtiyacı vardır. Halen sağlık harcamalarında en önemli finansman kaynağı devlet bütçesiydi. Genel Sağlık Sigortası ile devlet yine en önemli finansman kaynağıdır ancak prim ödeme gücü olan Bağ-Kur'ludan destek almaktadır. T.C. Emekli Sandığı sağlık primi olarak prim almazken bu uygulamayla çalışandan % 6, işverenden (devlet) % 6,5 prim alacaktır. Dolayısıyla T.C. Emekli Sandığı'nda sigortalı sağlık primi olarak % 6 katkı verecektir. Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı sigortalılar ise % 5 prim öderken % 6, işveren % 6 öderken % 6,5 prim ödeyecektir. Genel olarak sağlık primi artmış gözükmemektedir. Sigortalılar bunun farkında olarak daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyeceklerdir.
- c) Genel Sağlık Sigortası sağlık konusunda asgari sağlık hizmeti verecek daha fazla ve kaliteli sağlık hizmeti için kişiler özel sağlık sigortasına ihtiyaç duyacaklardır. Oysa sağlık hizmetlerinin kısa ve orta vadede artırılması mümkün değildir. Uzun vadede özellikle özel kesim sağlık hizmetleri arzında daha istekli olabilir.
- d) Yıllardır üç ana sosyal güvenlik kuruluşunun (Bağ-Kur, SSK, T.C. Emekli Sandığı) aynı çatı altında belli bir standart ve normda hizmet sunması sağlanamamıştır. Genel Sağlık Sigortası ile herhangi bir sosyal güvencesi olmayan vatandaşlar da sağlık güvencesine alınacağı için bu yeni grup için sunulan sağlık hizmetinin hangi sosyal güvenlik kuruluşuna yakın olacağı bilinmemektedir. Kaldı ki hangi sağlık hizmetlerinin Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınacağı (estetik operasyonlar, vb.) tartışma konusu olacaktır.
- e) Ülkemizde sağlık hizmetleri arzı yetersiz olduğu gibi şehirlerarası da büyük farklılıklar bulunmaktadır. Birçok şehrimizde hekim, araç-gereç yetersizdir. Bunların ihtiyaca cevap verebilir hale gelmesi orta ve uzun vadede mümkündür.
- f) Genel Sağlık Sigortası sistemi ulaşım, haberleşme, kentleşme, vb. alanlarında sağlam bir alt yapı gerektirmektedir. Oysa bu alanlarda eksiklikler bulunmaktadır. Elektrik kesintisi, haberleşmede tıkanıklıklar, bilgisayar sistemlerinde geçici duraksamalar, özellikle doğu bölgelerimizde kış aylarında kapalı yollar, vb. sağlık hizmetinden yararlanmayı güçleştirmektedir.

- g) Özel sağlık sigortası şirketlerinin prim tespitinde daha gerçekçi olması, zamanında ödeme ya da hizmet yapması ve güven yaratması gerekmektedir. Bugünkü şartlar devam ettiği sürece Genel Sağlık Sigortası uygulamaya girdiğinde özel sağlık sigortasına olan talep artışı sigorta şirketlerinin tutumu nedeniyle tersine dönebilir. Özel sağlık sigortası yaptırmak yerine kişiler sağlık hizmetini doğrudan satın almayı tercih edebilir.

SONUÇ

Sağlık hizmetleri, insanların yaşam sürelerine, kuvvet ve dirençlerine, enerji ve canlılıklarına, çevreyle uyum halinde yaşamalarına etki eden tüm faaliyetleri kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin sürdürülmesi insanların sağlıklı olmasını sağlayacaktır. Bir ülkede nüfusun sağlıklı insanlardan oluşması ülkenin ekonomik yönden gelişmesi için en önemli unsurdur.

Ekonomik kalkınmanın amacı insanlara daha yüksek bir yaşam düzeyi sağlamak olduğu için sağlık hizmetlerinin en iyi şekilde gerçekleştirilmesi ekonomik kalkınmanın amacıdır. Diğer taraftan insanların ekonomik faaliyetlere verimli bir şekilde katılması için önce sağlık şartlarının iyileştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi aynı zamanda kalkınmak için araçtır.

Ülkemizde sağlık arzına yönelik göstergeler henüz ekonomik yönden gelişmiş ülkelerdeki göstergelerin gerisindedir. Sağlık hizmetleri arzında hekim, hastane, sağlık ocağı, sağlık personeli sayısı, teşhis, tedavi araçları istenilen miktar ve kalitede değildir. Sağlık arzının yetersizliği karşısında sağlık talebi de kişi başına gelirin düşük olması, büyük şehirler dışında hekim sayısının azlığı, hastane olanaklarının olmayışı, bilgisizlik, vb. nedenlerle düşüktür. Sağlık talebinin artması bir yerde sağlık arzının artmasına bağlı olacağından devletin sağlık arzını dolayısıyla sağlık harcamalarını artırması gerekmektedir.

Sağlık harcamalarının artması ise düzenli finansman kaynaklarının olmasına bağlıdır. Ülkemizde toplam sağlık harcamalarında kamu harcamalarının payı % 60'ın üzerindedir (DİE, 2005: 93). Devlet sağlık harcamalarında koruyucu sağlık hizmetlerini tek başına gerçekleştirmekte, tedavi edici sağlık hizmetlerinde de özel kesime göre daha fazla harcama yapmaktadır.

Sağlık harcamalarının finansman kaynaklarından en önemlisi devlet bütçesinden yapılan doğrudan ya da dolaylı ödemelerdir. Diğer taraftan nüfusun % 85'i sağlık sigortasından yararlanmaktadır. Sosyal sigorta kurumları sigorta kapsamında olan kişilerden, işverenlerden ve devletten sağlık primi adı altında gelir elde etmekte bu gelir ile sağlık giderlerini karşılamaktadır. Bununla beraber sosyal sigorta kurumları son yıllarda sigorta ödemelerinde zorlanmaktadır. Bunun en önemli nedenleri; emeklilik yaşının küçük olması, insan ömrünün uzaması, sosyal güvenlik kuruluşlarının izlediği yanlış fon değerlendirme politikalarıdır. Özel

kesim ise doğrudan ödemelerde bulunarak ya da özel sağlık sigortası yoluyla sağlık harcamalarının finansmanına katılmaktadır.

Günümüzde doğumdan beklenen yaşam süresinin artması, ilaç girdi maliyetlerinin artışı, nüfus artışı, teknolojiye değişiklikler, vb. devletin finansman konusunda zorlanmasına neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık harcamalarının finansmanında reform çalışmalarına gidilmiştir.

Sağlık harcamalarının finansmanı reformunda önerilen Genel Sağlık Sigortasının iki amacı bulunmaktadır: Toplumun sağlık sigortası kapsamına girmeyen % 15'lik kısmını da sağlık hizmetlerinden yararlandırmak ve sağlık harcamalarının finansmanına katkı sağlamak. Devlet, Genel Sağlık Sigortası ile sosyal güvenlik kuruluşlarından alacağı sağlık primini artırmakta, yoksulluk sınırının üstünde gelir elde edenlerden de isteğine bırakmaksızın prim toplamayı düşünmektedir.

Genel Sağlık Sigortası ülkede yaşayan herkesin yurtiçinde veya yurtdışı sağlık tesislerinde göreceği tedavileri, ilaç, iyileştirme araçları, aşı, serum, vb. ücretlerini karşılayacaktır. Uygulamada birinci basamak sağlık hizmetleri verilmeden ikinci basamak ya da üçüncü basamak sağlık hizmetlerini almak mümkün değildir.

Genel Sağlık Sigortası sigortalıya prim yükü getirirken kısa ve orta vadede sağlık hizmetlerinin çok kaliteli verileceğini beklemek hayal olacaktır. Daha kaliteli sağlık hizmeti bekleyenler, ABD, Japonya örneklerinde olduğu gibi özel sağlık sigortalarına yöneleceklerdir.

Aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması Genel Sağlık Sigortası Sisteminin etkin sürdürülmesi açısından mutlaka gereklidir. Aile hekimliği uygulaması hemen yaygınlaştırılmalı, halkımız, sağlık müracaat zincirindeki değişiklik üzerine bilgilendirilmelidir.

Özel sağlık sigortaları, 1991 yılından bu yana ümit edilen gelişmeyi gösterememiştir. Özel sağlık sigortalarının; pahalı olması, sağlık hizmetlerinde alt yapı yetersizliği, sağlık veri ve istatistiklerinin yeterli ve güvenilir olmaması, sigorta şirketlerine duyulan güvensizlik, vb. gelişmelerini engelleyen olumsuzluklardır. Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile özel sağlık sigortası hizmeti veren sigorta şirketlerinin değişen duruma uygun olarak kendilerini yenilemeleri gerekmektedir.

Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarısı getireceği olumlu ve olumsuz etkilerle Türk Sağlık Sisteminde önemli değişikliklere neden olacaktır. Sistemin mükemmel olması önceden alınacak tedbirlerle ve uygulama öncesinde kapsamlı çalışmalarla mümkündür.

KAYNAKÇA

Avcı, Adnan (1997), Özel Sigorta Kanunları Uygulaması ve Mevzuatı, Melisa Matbaacılık, İstanbul.

- Çelik, Abdülhalim (2002), Küreselleşme Sürecinde Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Dönüşümü ve Türkiye Kamu-İş Sendikası Yayını, Ankara.
- DPT (2000) Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Öncesinde Sosyal Sektörlerde Gelişmeler, Ankara.
- DPT (2003), 2004 Yılı Programı, Ankara.
- DPT (2004), 2005 Yılı Programı, Ankara.
- DPT (2005) Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar (17 Ekim 2004), Ankara.
- DPT (2005), 2006 Yılı Programı, Ankara.
- Erol, Ahmet-E.Yıldırım (2004), Tüm Yönleriyle Bireysel Emeklilik Sistemi, Yaklaşım Yayınları, Ankara.
- Kongar, Bilgi (1989), Sağlık Sigortaları, Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı, Ankara.
- Orhaner, Emine (2000), Türkiye'de Sağlık Sigortası, Gazi Kitabevi, Ankara.
- Önertürk, Pınar (1984), Refah Devletlerinde Sağlık Hizmetleri, Maliye ve Gümrük Bakanlığı Yayın No: 1984/262, Ankara.
- Sargutan, A.Erdal (1993), Türk Sağlık Hizmetleri Yapı ve Ürünlerinin İyileştirilmesi, Sağlık-İş Yayınları, Ankara.
- Serin, Necdet (1972), Eğitim Ekonomisi, Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Yayın No: 25, Ankara.
- Tengilimoğlu, Dilaver-C.Çalık (2000), Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Sunumunda Görülen Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Modern Hastane Yönetimi Dergisi, Yıl: 2000, Sayı: 3.
- Tokat, Mehmet (1998), Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996, Ankara.
- Ulaş, Işıl (1997), Uygulamalı Can Sigortası Hukuku, Turhan Kitabevi Yayınları, Ankara.
- WHO (1999), Health and Development in the 20th Century, The World Health Report, Geneva.
- www20.uludag.edu.tr, 02.02.2006.

