

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

SAĞLIĞIN FİNANSMANI VE
TÜRKİYE İÇİN
SAĞLIK FİNANSMAN MODELİ ÖNERİSİ

Doktora Tezi

Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar

Ankara – 2007

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
ANABİLİM DALI

SAĞLIĞIN FİNANSMANI VE
TÜRKİYE İÇİN
SAĞLIK FİNANSMAN MODELİ ÖNERİSİ

Doktora Tezi

Gülbiye Yenimahalleli-Yaşar

Tez Danışmanı

Prof.Dr.Şerife Türcan Özşuca

Ankara – 2007

GİRİŞ

Bu çalışmanın amacı; ülkemizde yaklaşık yirmi yıldır tartışılmakta olan sağlık finansman sistemi sorunlarını özel bir teorik değerlendirme çerçevesi ile ortaya koymak, sağlık finansmanının amaçlarına ulaşp ulaşmadığını da gösteren bu teorik çerçeve kapsamında Türkiye için seçenek olabilecek kamu veya özel nitelikli finansman yöntemlerini değerlendirmek, bu değerlendirme sırasında başta Avrupa Birliği ülkeleri olmak üzere gelişmiş ülkelerdeki deneyimleri aktarmak ve Türkiye için bir model önerisinde bulunmaktır.

Bu amaçla, birinci bölümde sağlık finansmanının kavramsal ve tarihsel gelişimi ele alınmıştır. Analiz kolaylığı sağlaması açısından tarihsel gelişim, özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri alt başlıkları ile incelenmiştir. Özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri belirlenirken, uluslararası kuruluşlar ve akademik çevrelerce az gelişmiş ülkeler için finansman seçeneği olarak sunulan ve Ortaçağ Avrupa'sının karşılıklı yardımlaşma sandıklarına benzer özellikler taşıyan “toplum finansmanı” gibi çağdaş sosyal koruma özellikleri taşımayan, daha çok geçiş aşaması için önerilen ve Türkiye için finansman seçeneği olamayacak uygulamalar kapsam dışında bırakılmıştır.

İkinci bölümde Türkiye’de sağlık finansmanının tarihsel gelişimi yine özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri alt başlıkları ile ele alınmıştır. Sağlık harcamaları genel vergilerle finanse edilen aktif devlet memurları, Emekli Sandığı’nın iştirakçileri olmaları ve ulusal sağlık hesaplarında Emekli Sandığı kapsamında değerlendirilmeleri nedeniyle, bu çalışma kapsamında da Emekli Sandığı kapsamında ele alınmışlardır. Ağırlıklı olarak sosyal sigortacılık yönteminin hakim olduğu ülkemizde 2006 yılındaki dönüşüm öncesi parçalı yapıyı ortaya koyabilmek ve değerlendirebilmek için sosyal sağlık sigortacılığı; sosyal sağlık güvencesi sağlayan kurumlar, nüfus kapsamı, yararlanma koşulları, sunulan sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi, prim matrahı ve prim oranları ile hastalık sigortalarının gelir gider dengeleri alt başlıkları ile incelenmiştir. Sosyal sigortacılık sisteminde köklü dönüşümleri beraberinde getiren “Genel Sağlık Sigortası” sisteminin daha ayrıntılı bir şekilde ortaya konabilmesi için ayrı bir başlık altında incelenmesi tercih edilmiştir. Genel Sağlık

Sigortası sistemi de sosyal sağlık sigortacılığındaki sistematik kullanılarak ele alınmıştır. Bu bölüm, sağlık finansmanı ile ilişkileri dolayısıyla Türkiye’de hizmet sunuculara ödeme yöntemlerine de yer vermiştir. Ayrıca, son bölümde ele alınan model önerisinin nasıl bir sağlık durumuna ve sağlık sistemine sahip bir ülke için nerildiğinin değerlendirilebilmesi için Türkiye’de sağlık durumu ve Türk sağlık sistemine ilişkin dar kapsamlı bir değerlendirme de yapılmıştır.

Çalışmanın nc bölümü, sağlık finansmanını değerlendirmek için oluşturulan ltleri ele almaktadır. Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik ve sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini içeren bu ölçütler oldukça tartıřmalđ kavramlardır. nc bölüm ayrıca, birinci bölümde ele alınan özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemlerini anılan ölçütler çerçevesinde değerlendirmektedir. Ancak bu kez sosyal boyutu nedeniyle kamusal nitelikli finansman yöntemleri ilk sırada ele alınarak, birinci ve ikinci bölümdeki tarihsel gelişime dayalı sistematik tersine çevrilmiştir.

Çalışmanın dördüncü ve son bölümü, Türkiye’de sağlık finansmanını değerlendirme ltleri kapsamında ele almakta, Türkiye için finansman seçeneklerini tartışmakta ve model önerisinde bulunmaktadır. Bu değerlendirme, 2007 yılının Temmuz ayında yürürlüğe girmesi ngrlen Genel Sağlık Sigortası sistemini de içermektedir. Dolayısıyla Genel Sağlık Sigortası sisteminin ülkemizdeki finansman sorunlarını hangi boyutlarda zeeğini, dahası çözüm için uygun bir seçenek olup olmadığını da tartışmaktadır.

Çalışma, Türkiye’de oldukça kısıtlı araştırmalara sahip sağlık finansmanı alanının kapsamlı ilk araştırması olup, sağlık finansmanı konusundaki teorilerin yanı sıra AB lkelerindeki uygulamaları da yansıtarak akademik yaşama ayrı bir katkı sağlamayı hedeflemektedir. Ayrıca çalışmanın sağlık finansman politikalarında köklü dönüşümler yaşandığı ülkemizde karar vericilere yol gstereeği ve alternatif finansman yöntemlerinin hangi boyutlarda tartışılması gerektiği konusunda aydınlatıcı olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM:

Sağlık finansmanını konu alan bu çalışma, sağlık finansmanını değerlendirebilmek için özel bir teorik analiz çerçevesi oluşturmuştur. “Değerlendirme ölçütleri” olarak adlandırılan bu teorik analiz çerçevesi, sağlık ekonomisi ve sağlık politikası yazınında sıkça kullanılan tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik ve sağlık finansmanının sürdürülebilirliği ölçütlerinden oluşmaktadır.

Çalışma süresince sağlık finansmanı alanındaki teori ve uygulamalar, literatür taraması ile incelenmiştir. Bu çerçevede 2006 yılının güz dönemine kadar olan süre içerisinde basılan akademik dergiler, kitaplar, internet kaynakları ile hükümet ve araştırma kuruluşu raporları taranmıştır.

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar.....	VIII
Tablolar Dizini.....	X
Şekiller Dizini.....	XII
Giriş	
Yöntem	
1. BÖLÜM: SAĞLIK FİNANSMANININ KAVRAMSAL VE TARİHSEL	
GELİŞİMİ.....	1
1.1. Sağlık ve Sağlık Finansmanı Kavramları.....	1
1.1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı.....	1
1.1.2. Sağlık Finansmanı Kavramı.....	4
1.1.3. Sağlık Finansmanının Amaçları.....	5
1.1.4. Sağlık Finansmanının İşlevleri.....	5
1.2. Sağlık Finansmanının Tarihsel Gelişimi.....	15
1.2.1. Özel Nitelikli Finansmanın Gelişimi.....	16
1.2.1.1. Cepten Ödemeler.....	16
1.2.1.1.1. Doğrudan Ödemeler.....	17
1.2.1.1.2. Kullanıcı Katkıları.....	17
1.2.1.1.3. Enformel Ödemeler.....	19
1.2.1.2. Özel Sağlık Sigortacılığı.....	19
1.2.1.3. Tıbbi Tasarruf Hesapları.....	29
1.2.2. Kamusal Nitelikli Finansmanın Gelişimi.....	31
1.2.2.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....	31
1.2.2.2. Vergilerle Finansman.....	41

2. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK FİNANSMANININ TARİHSEL

GELİŞİMİ VE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ.....46

2.1. Türkiye’de Özel Nitelikli Sağlık Finansmanının Gelişimi.....48

2.1.1. Türkiye’de Cepten Ödemeler.....48

2.1.2. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı.....55

2.2. Türkiye’de Kamusal Nitelikli Sağlık Finansmanının Gelişimi.....57

2.2.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....57

2.2.1.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortası Sağlayan Kurumlar.....60

2.2.1.1.1.Sosyal Güvenlik Kurumunun Yürürlükten Kaldırdığı

Kurumlar.....61

a) Sosyal Sigortalar Kurumu.....61

b) Emekli Sandığı.....63

c) Bağ-Kur.....65

2.2.1.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu.....66

2.2.1.2. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortaları Nüfus Kapsamı.....67

2.2.1.3. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortalarından Yararlanma Koşulları....76

2.2.1.4. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortalarında Sağlık Yardımlarının

Kapsamı ve Süresi.....78

2.2.1.5. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortaları Prim Oranları ve

Prim Matrahı.....82

2.2.1.6. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortaları Gelir – Gider Dengeleri.....85

2.2.2. Türkiye’de Vergilerle Finansman.....90

2.2.2.1. Türkiye’de Yeşil Kart Uygulaması.....90

2.2.2.2. Türkiye’de Diğer Sosyal Sağlık Yardımları ve Hizmetleri.....95

2.2.3. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası.....	99
2.2.3.1. Genel Sağlık Sigortası Nüfus Kapsamı.....	102
2.2.3.2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Koşulları.....	105
2.2.3.3.Genel Sağlık Sigortasında Sağlık Yardımlarının Kapsamı ve Süresi	107
2.2.3.4. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları ve Prim Matrahı.....	110
2.2.3.5. Genel Sağlık Sigortasının Gelirleri.....	114
2.3. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yöntemleri.....	117
2.4. Türkiye’de Sağlık Durumu ve Türk Sağlık Sistemi.....	123

3. BÖLÜM: SAĞLIK FİNANSMANINI DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN BU ÖLÇÜTLER KAPSAMDA İNCELENMESİ.....129

3.1. Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri.....	129
3.1.1. Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım	129
3.1.2. Sağlık Finansmanında Adalet.....	132
3.1.2.1.Sağlık Finansmanında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması	134
3.1.2.2.Sağlık Finansmanında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması	136
3.1.3. Sağlık Finansmanında Verimlilik.....	138
3.1.4. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik.....	144
3.2. Finansman Yöntemlerinin Değerlendirme Ölçütleri Kapsamında İncelenmesi....	149
3.2.1. Kamusal Nitelikli Finansman Yöntemleri.....	150
3.2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı.....	150
3.2.1.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı İle Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	150

3.2.1.1.2. Sosyal Sağlık Sigortacılığında Adalet.....	153
a) Sosyal Sağlık Sigortacılığında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	153
b) Sosyal Sağlık Sigortacılığında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	157
3.2.1.1.3. Sosyal Sağlık Sigortacılığında Verimlilik.....	159
3.2.1.1.4. Sosyal Sağlık Sigortacılığında Sürdürülebilirlik.....	164
3.2.1.2. Vergilerle Finansman.....	170
3.2.1.2.1. Vergilerle Finansman İle Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	171
3.2.1.2.2. Vergilerle Finansmanda Adalet.....	173
a) Vergilerle Finansmanda Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	173
b) Vergilerle Finansmanda Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	177
3.2.1.2.3. Vergilerle Finansmanda Verimlilik.....	178
3.2.1.2.4. Vergilerle Finansmanda Sürdürülebilirlik.....	179
3.2.2. Özel Nitelikli Finansman Yöntemleri.....	179
3.2.2.1. Özel Sağlık Sigortacılığı.....	179
3.2.2.1.1. Özel Sağlık Sigortacılığı ile Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	179
3.2.2.1.2. Özel Sağlık Sigortacılığında Adalet.....	180
a) Özel Sağlık Sigortacılığında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	180

b) Özel Sağlık Sigortacılığında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	183
3.2.2.1.3. Özel Sağlık Sigortacılığında Verimlilik.....	184
3.2.2.1.4. Özel Sağlık Sigortacılığında Sürdürülebilirlik.....	187
3.2.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesapları.....	187
3.2.2.2.1. Tıbbi Tasarruf Hesapları ile Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım.....	187
3.2.2.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Adalet.....	188
a) Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	188
b) Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	189
3.2.2.2.3. Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Verimlilik.....	190
3.2.2.2.4. Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Sürdürülebilirlik.....	191
3.2.2.3. Cepten Ödemeler.....	191
3.2.2.3.1. Cepten Ödemelerde Adalet.....	191
a) Cepten Ödemelerde Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	191
b) Cepten Ödemelerde Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması.....	193
3.2.2.3.2. Cepten Ödemelerde Verimlilik.....	194

4.BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK FİNANSMANININ DEĞERLENDİRME	
ÖLÇÜTLERİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ VE FİNANSMAN	
MODELİ ÖNERİSİ.....	197
4.1. Türkiye’de Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine	
Ulaşım.....	197
4.2. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Adalet.....	209
4.2.1. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden	
Dağıtılması.....	209
4.2.2. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden	
Dağıtılması.....	217
4.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Verimlilik.....	220
4.3.1. Türkiye’de Sağlık Finansmanının Maliyetleri Kontrol Altına Almaya Etkisi	220
4.3.2. Türkiye’de Sağlık Finansmanının Genel Ekonomiye Etkisi.....	221
4.3.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanının Kaynak Tahsisi Verimliliği ve Teknik	
Verimliliğe Etkisi.....	224
4.4. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik.....	228
4.4.1. Sağlık Finansmanında Geliri Azaltan Sosyo-Ekonomik Sorunlar	229
4.4.1.1. İşgücüne Katılım ve İstihdam Yapısından Kaynaklanan Sorunlar..	229
4.4.1.1.1. Kayıt Dışı ve Enformel İstihdam.....	233
4.4.1.1.2. İşsizlikteki Artış.....	240
4.4.1.2. Ekonomik Büyüme	245
4.4.1.3. Gelir Dağılımı ve Yoksulluk.....	248
4.4.1.4. Prime Esas Ücret Düzeyinin Düşüklüğü ve Prim Tahsilatının Tam	
Olarak Yapılamaması.....	253
4.4.1.5. Aktif Pasif Sigortalı Oranındaki Düşüş.....	255

4.4.2. Sağlık Finansmanında Gider Arttırıcı Uygulamalar.....	256
4.4.2.1. Prim Karşılığı Olmayan Ödemeler ve Fonların Verimsiz Kullanımı.....	256
4.4.2.2. Sağlık Harcamalarının Artması.....	259
4.4.3. Sağlık Finansmanının Sürdürülebilirliğini Etkileyen Diğer Etmenler.....	268
4.4.3.1. Demografik Yapı.....	268
4.4.3.2. Vergi Yapısı.....	271
4.4.3.3. Kurumsal Kapasite.....	272
4.4.3.4. Kültürel Etmenler.....	273
4.4.3.5. Çevresel – Politik Etmenler.....	273
4.5. Değerlendirme Ölçütleri Doğrultusunda Türkiye İçin Sağlık Finansman	
Seçenekleri ve Model Önerisi.....	274
4.5.1. Türkiye İçin Sağlık Finansman Seçenekleri.....	276
4.5.1.1. Sosyal Sigortacılık Yöntemiyle Finansman.....	276
4.5.1.2. Vergilerle Finansman.....	283
4.5.2. Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi.....	285
4.5.2.1. Kısa Dönemde Sosyal Sigortacılıkla Finansmanın Sürdürülmesi.....	285
4.5.2.2. Uzun Dönemde Vergilerle Finansmana Geçilmesi.....	289

Sonuç

Özet

Abstract

Kaynakça

KISALTMALAR

AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
Bağ-Kur	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BSB	Bağımsız Sosyal Bilimciler
DB	Dünya Bankası
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DRG	Diagnosis Related Group
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ES	Emekli Sandığı
EU	European Union
GSMH	Gayrı Safi Milli Hasıla
GSS	Genel Sağlık Sigortası
GSYİH	Gayrı Safi Yurtiçi Hasıla
HFA-DB	Health For All Data Base
İHEB	İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi
ILO	International Labour Office
IMF	International Money Fund
KHK	Kanun Hükmünde Kararname
KDV	Katma Değer Vergisi
LSE	London School of Economics and Political Sciences
LSHTM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
NHS	National Health Services

OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
RG	Resmi Gazete
SAGP	Satın Alım Gücü Paritesi
SB	Sağlık Bakanlığı
SSGSS	Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SSYB	Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
TBMM	Türkiye Büyük Millet Meclisi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
TTB	Türk Tabipleri Birliği
UÇÖ	Uluslararası Çalışma Örgütü
UHS	Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları
UK	United Kingdom
UNICEF	The United Nations Children's Fund
USA	United States of America
USAID	United States Agency for International Development
WB	The World Bank
WHO	The World Health Organisation
WTO	The World Trade Organisation

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sağlık Finansmanının İşlevleri İle İlgili Politikalar.....	6
Tablo 2: Sağlık Finansmanında Fon Havuzlama Kuruluşları ve Tahsis Yöntemleri.....	8
Tablo 3:Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yapan Kuruluş Örnekleri.....	11
Tablo 4: Sağlık Hizmetleri Sunucularına Ödeme Yöntemleri ve Güdüler.....	14
Tablo 5: Sağlık Hizmetleri Finansmanında Piyasa Başarısızlığı.....	25
Tablo 6: Farklı Tıbbi Tasarruf Hesapları Uygulamaları.....	30
Tablo 7: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (%, 1992-2004).....	49
Tablo 8: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Cepten Ödemelerin Oranı ve OECD Ülkeleri Ortalaması (%, 1992-2004).....	50
Tablo 9: Kamu ve Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Cepten Ödemelerin Amaçlarına Göre Dağılımı (%).....	51
Tablo 10: Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Alanında Faaliyet Gösteren Şirket ve Sigortalı Sayısı (1997-2004).....	56
Tablo 11: Sosyal Sağlık Sigortası Programlarının Kapsadığı Nüfus (1950-2005).....	68
Tablo 12: SSK Hastalık Sigortasının Gelir Gider Dengesi (1990-2004).....	85
Tablo 13: SSK Ödemeler Dengesinin Yıllar İtibariyle Gelişimi, SSK’ya Yapılan Bütçe Transferi ve SSK Hast. Sig. Açığının SSK Açığı İçerisindeki Yeri...	86
Tablo 14: Emekli Sandığı Sağlık Ödemeleri ve Kişi Başı Sağlık Ödemesi (1990-2005).	87
Tablo 15: Emekli Sandığı Gelir Gider Dengesi (YTL, 1980-2005).....	88
Tablo 16: Bağ-Kur Sağlık Sigortası Prim Tahsilatı ve Sağlık Giderleri (Milyar TL)....	89
Tablo 17: Bağ-Kur’da Toplam Gelir ve Giderler (1985-2004).....	90
Tablo 18: Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarları (1992-2006).....	94
Tablo 19: AB-15 Ülkeleri ve Türkiye’nin Bazı Sağlık Göstergeleri (2003).....	123

Tablo 20: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH'ya Oranı (1980-2003).....	142
Tablo 21: Sağlık Hizmetleri İçin Cepten Ödemeler (Gelir Dilimine Göre, 2001).....	204
Tablo 22: Genel Bütçe Vergi Gelirleri Tahsilatının Yüzde Dağılımı (1960-2005).....	210
Tablo 23: Türkiye'de Cari Sağlık Harcamasının Fonksiyonel Dağılımı (1999-2000).....	226
Tablo 24: Türkiye'de Cari Sağlık Harcamasının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı (1999-2000).....	227
Tablo 25: Türkiye'de İşgücünün Durumu (Bin Kişi).....	230
Tablo 26: İstihdam Edilenlerin Kayıtlılık Durumu, 1990-2005, 15+ (Bin Kişi).....	234
Tablo 27: İşteki Durumuna Göre Kayıt Dışı İstihdam, Tarım Dışı, 15+(Bin Kişi).....	236
Tablo 28: İşsizlik ve Tarım Dışı İşsizlik Oranları (% , 1990-2005).....	240
Tablo 29: Özellikleri İtibariyle İşsizlik Oranları (2000-2005).....	242
Tablo 30: Türkiye'de Temel Ekonomik Büyüklükler (1990-2005).....	246
Tablo 31: Türkiye'de Kişisel Gelir Dağılımı (1963-2003).....	249
Tablo 32: Çeşitli Ölçütlere Göre Gıda ve Gıda-Dışı Harcamalar Bakımından En Yoksul Kesimler, (% , 2002-2003).....	250
Tablo 33: SSK'nın Prim Tahsilat Oranları (% , 1993-2004).....	255
Tablo 34: SSK Sağlık Harcamaları (1995-2005, Bin TYL).....	260
Tablo 35: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları (1995-2005, Bin YTL).....	261
Tablo 36: Bağ-Kur Sağlık Harcamaları (1996-2005, Bin YTL).....	265
Tablo 37: Türkiye'de Cari Sağlık Harcamasının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı (1999-2004).....	267
Tablo 38: Bazı Ülkelerde ve Türkiye'de Yaşlanma Hızı	269

ŞEKİLLER DİZİNİ

1.Sağlık Hizmetleri Üçgeni.....	4
2.Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi.....	6
3.Sağlık Finansman Kaynakları, Toplanma Yönetmeleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri...	7

1.BÖLÜM: SAĞLIK FİNANSMANININ KAVRAMSAL VE TARİHSEL GELİŞİMİ

1.1. Sağlık ve Sağlık Finansmanı Kavramları

1.1.1. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hakkı

Sağlık kavramı, İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar hastalık, sakatlık veya ölümle ilişkilendirilen dar bir bakış açısıyla ele alınmıştır. 1946 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası ile “*yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali*” olarak tanımlanan sağlık, dar anlamlı geleneksel tanımını aşarak sağlık ile sosyal etmenler arasında doğrudan bir ilişki kuran kapsamlı ve çağdaş bir yaklaşıma kavuşmuştur (WHO, 1996a:1). Bu yaklaşım sağlığı hastalığa indirgemekten kurtarmış, sağlığın korunması hatta geliştirilmesini öne çıkarmış ve bireyi değil toplumu merkeze alan toplumcu bir yaklaşımı benimsemiştir. Ancak yeni sağlık tanımındaki “tam iyilik hali” kavramı belirsiz olduğu gerekçesiyle eleştirilere de uğramıştır (Hansluwka, 1985:1207-1224; Saracci, 1997:1409).

Çağdaş hukuk sistemlerinde kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yaşama hakkı gelmektedir. Bu hak gerçekleşmediği takdirde diğer hakların gerçekleşme ve kullanılma şansı yoktur. Gerek uluslararası belgelerde gerekse birçok ülke anayasasında temel hakların odak noktasını yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkı oluşturmaktadır¹. Yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesidir. Bu nedenle devlet bireylerin yaşama hakkını güvenceye kavuştururken, tıbbın ulaştığı son gelişmeleri de göz önüne alarak

¹ Ancak Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Anayasası gibi bazı ülke anayasalarında sağlık hakkına hiç yer verilmemiştir. Fransa, Macaristan, İsrail, Panama, Hindistan gibi bazı ülke anayasalarında devletin sağlıkla ilgileceği belirtilmiştir. İtalya, Bulgaristan, Polonya ve Romanya gibi ülkelerde ise bireyin sağlık hakkına sahip olduğu açıkça vurgulanmıştır (Makas, 2003:191).

gerekli sağlık olanaklarını seferber etmek durumundadır. Çünkü sosyal devlet, bireylerin sağlıklı bir yaşam sürdürmeleri için ne gerekiyorsa onu yapmak veya yaptırmakla yükümlüdür (Makas, 2003:191).

DSÖ Anayasası sağlık tanımına çağdaş bir yaklaşım getirmenin yanı sıra, sağlık hakkını da benimseyen ilk uluslararası belgedir². Sağlık hakkı DSÖ'nün dışında ilk kez 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (İHEB)'nde yer almıştır. İHEB'nin 22.maddesi “herkesin toplumun bir üyesi olarak sosyal güvenliğe hakkı vardır” diyerek, sağlık hakkını sosyal güvenlik hakkı kapsamında düzenlemiştir. Nitekim Uluslararası Çalışma Örgütü (UÇÖ)'nün sosyal güvenlik alanında uluslararası düzeyde asgari normlarını düzenleyen 102 Sayılı Sözleşmesi dokuz riskten biri olarak hastalık riskini de saymaktadır. İHEB'nin 25. maddesi sağlık hakkını açıkça düzenlemiştir. Bu maddeye göre; “Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır...Herkes işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ve kendi iradesi dışındaki koşullardan doğan geçim sıkıntısı durumunda sosyal güvenlik hakkına sahiptir” (Siyasal Bilgiler Fakültesi, 1992:6-7).

Bu iki uluslararası belge dışında 1963 tarihli Her Türlü Irk Ayrımcılığının Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi, 1979 tarihli Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi, 1989 tarihli Çocuk Hakları Sözleşmesi gibi uluslararası belgeler ile 1961 tarihli Avrupa Sosyal Şartı gibi bölgesel insan hakları belgelerinde de sağlık hakkı güvence altına alınmıştır (WHO, 2002:9-10).

² DSÖ daha sonra 1978 Alma-Ata Bildirgesi ile 1998 Dünya Sağlık Bildirgesi'nde aynı hakkı yenilemiştir.

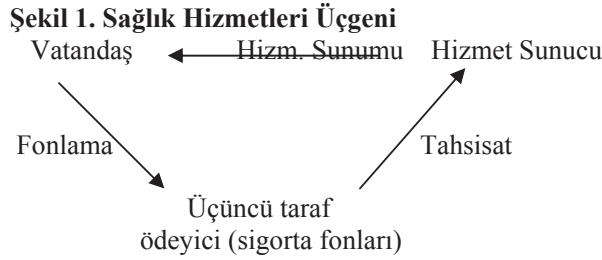
Ülkemizde sağlık hakkı 1961 ve 1982 Anayasalarında yer almıştır. 1961 Anayasası'nın 14. maddesi sağlık hakkını açıkça düzenlemiştir. 49. maddesi ise devletin, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevli olduğunu ve yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alacağını belirtmiştir. Benzer şekilde 1982 Anayasası da 17. maddesi ile herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu ifade etmiştir. Ancak 56.maddesi, herkesin sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahip olduğunu belirterek, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak amacıyla devletin sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermeyi düzenlemesini öngörerek, devlete yalnızca düzenleyici bir rol vermiştir (Yıldırım, 1994:48). Ayrıca 56. madde sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortasının kurulabileceğini de belirtmiştir.

Ülkelerin sağlık hakkını güvence altına alma taahhüdü, “sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar” olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin (Fişek, 1985:4-6; Akdur, 2003:12) öncelikle bir kamu hizmeti olarak algılanıp yerine getirilmesine yol açmış, böyle olmadığı durumlarda kamunun en azından piyasayı düzenleme görevi bulunduğu kabul edilmiştir. Bu nedenle sağlık hakkını güvence altına almanın ilk koşulu ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun yeterli, ulaşılabilir, sürdürülebilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunmaktır (WHO, 2000a:24). İkinci koşul ise bu hizmetlerin ödenebilir olmasını sağlamak amacıyla hastalığın finansal riskine karşı güvence sağlamaktır (WHO, 2000a:8). Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı olarak da adlandırılan bu iki koşul, “temel amacı sağlığı geliştirmek, sağlığı bozulanları yeniden sağlıklarına kavuşturmak veya sağlığı korumak

olan bütün eylemleri içeren bir sistem” olarak tanımlanan sağlık sistemini oluşturmaktadır (WHO, 2000a:5; Mossialos ve Dixon, 2002a:4).

1.1.2. Sağlık Finansmanı Kavramı

Genel olarak sağlık finansmanı, sağlık sektöründe finansal kaynakların harekete geçirilmesi ve kullanılmasını içeren geniş kapsamlı bir kavramdır (Lee ve Goodman, 2002: 98). Sağlık hizmetlerinin sunumunu da dikkate alan başka bir tanım, sağlık hizmetleri finansmanını kaynak aktarımı şeklinde basitleştirmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:2-3). Bu yaklaşıma göre, hizmet sunucu sağlık hizmetleri kaynaklarını hastalara, hastalar veya finansal koruma sağlayan üçüncü taraf ödeyiciler ise finansal kaynakları hizmeti sunanlara aktarmaktadırlar (Şekil 1).



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002a:2.

Bir mal veya hizmet karşılığında en basit ödeme şekli doğrudan ödemedir. Burada tüketici (birinci taraf) bir mal veya hizmet karşılığını doğrudan hizmet sunana (ikinci taraf) ödemektedir. Sağlık sistemleri, hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamak için üçüncü taraf ödeyicileri geliştirmiştir. Özel ve kamu kuruluşu olabilen üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek için, güvence altına aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı olarak gelir toplamaktadır. Toplanan gelir ya doğrudan ödedikleri hizmet bedelini geri ödemek için hastalara (geri ödeme) ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır. Sağlık sistemleri

sadece hastalanmanın finansal riskine karşı güvence sağlamakla kalmamış, zamanla kişilerarası yeniden dağıtım aracı haline de gelmişlerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:2-3).

1.1.3. Sağlık Finansmanının Amaçları

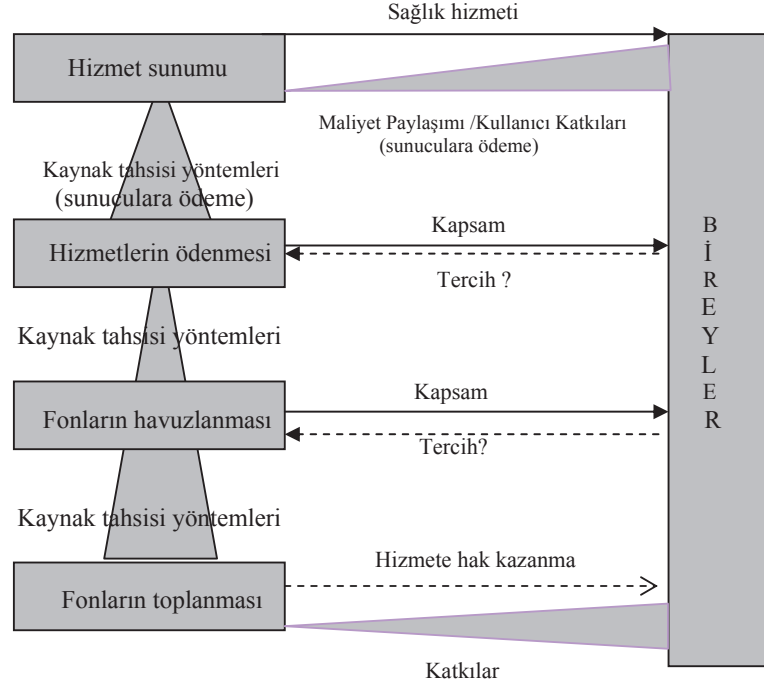
Sağlık finansmanının amacı, tüm bireylerin sağlık hizmetlerine finansal açıdan ulaşabilmesini sağlamak için yeterli ve sürdürülebilir kaynak yaratmaktır. Ayrıca bu kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, herkese finansal koruma sağlarken finansmanda adaleti gözetmek ve kaynak oluşturma yöntemlerinin hane halklarını yoksullaştırmasını engellemek hedefleri de bulunmaktadır (WHO 2000a:95; WHO, 2004:18; WHO-WB, 2004:11-12).

Sağlık sistemlerinin sağlık finansmanı ile ilgili amacı, başlangıçta herkese, yeterli düzeyde ve adaletli bir yöntemle finansal kaynak sağlamak olmuştur. Ancak zaman içinde yaşanan ekonomik ve demografik sorunlar kaynakların sürdürülebilmesi için verimli kullanılmaları gerektiğini gündeme getirmiştir. Kaynak sorunu nedeniyle cepten ödemelerin hemen her sağlık sisteminde varlığını sürdürmesi veya kullanıcı katkıları uygulaması ile yeniden gündeme gelmesi, bu yöntemle finansman sırasında hane halklarının yoksullaşmamasının gözetilmesini finansmanda adaleti sağlamak için kaçınılmaz kılmıştır (Cutler, 2002:881).

1.1.4. Sağlık Finansmanının İşlevleri

Sağlık finansmanının üç temel işlevi bulunmaktadır. Bu işlevler; gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapmadır (Murray ve Frenk, 2000:724; WHO, 2000a:95-96, Kutzin, 2001:174). Şekil 2 bu işlevlerin birbirleri ve toplumla olan ilişkilerini, Tablo 1 ise bu işlevler ile ilgili politikaları göstermektedir.

Şekil 2: Sağlık Finansmanının İşlevleri ve Toplum İlişkisi



Kaynak: Kutzin, 2001:174.

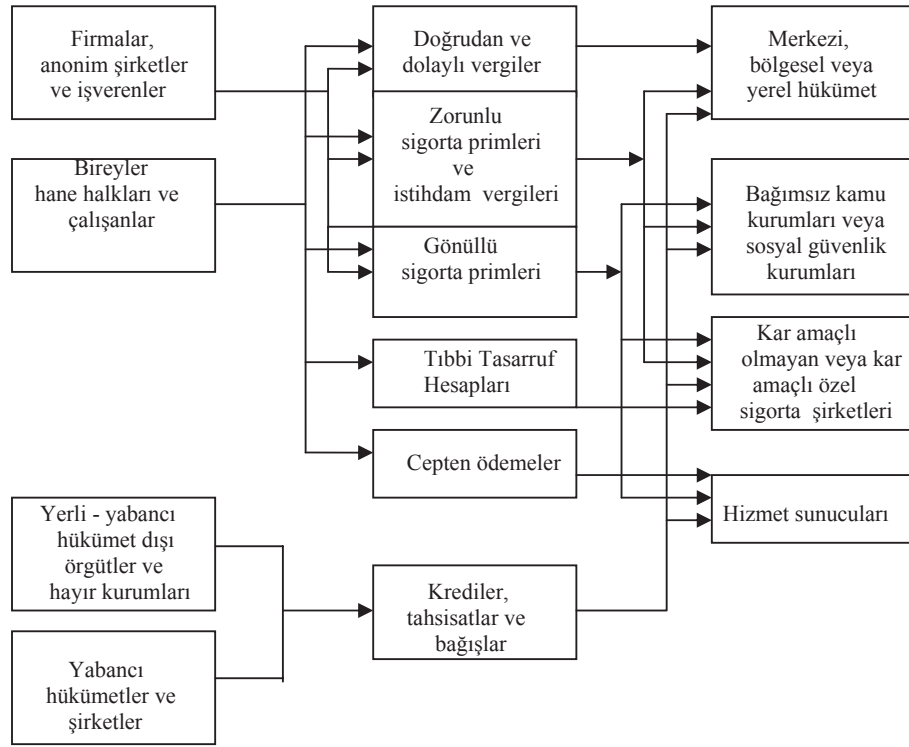
Tablo 1: Sağlık Finansmanının İşlevleri İle İlgili Politikalar

Finansman İşlevi	İlgili Politika
Gelir Oluşturma	- Kimden ne kadar para toplanmalı? - Kimleri ve neleri kapsamalı?
Fon havuzlama	- Kaynakları nasıl havuzlamalı? - Kaynakları hizmet sunuculara nasıl tahsis etmeli?
Hizmet Sunuculara Ödeme Yapma	- Hizmetler kimden alınmalı ve nasıl ödenmeli? - Hangi fiyatla ödenmeli ve nasıl ödenmeli?

Kaynak: Dixon, Langenbrunner ve Mossialos, 2004:53.

Sağlık finansmanında gelir toplama; sağlık sisteminin hane halkları, şirketler ve donörlerden para toplama yöntemlerini gösteren bir fon oluşturma sürecidir (WHO, 2000a:95). Gelir toplama işlevi; kimin, hangi yöntemle, ne kadar ödeme yapacağı; bu ödemelerin kimleri ve neleri kapsayacağı ve ödemeleri toplayacak kurumları kapsamaktadır (Tablo 1; Mossialos ve Dixon, 2002a:5). Şekil 3; finansman kaynakları, toplanma yöntemleri ve toplayıcı kurumlar arasındaki çeşitliliği ve aralarındaki ilişkileri göstermektedir.

Şekil 3: Sağlık Finansman Kaynakları, Toplama Yöntemleri ve Toplayıcı Kurum Örnekleri



Kaynak: Mossialos ve Dixon, 2002a:5.

Kaynaklar genel olarak hane halkları ve şirketlerden toplanmaktadır. Toplama yöntemlerini; vergiler, sosyal sağlık sigortası primleri, özel sağlık sigortası primleri, bireysel tıbbi tasarruf hesapları, cepten ödemeler, borçlar ve bağışlar oluşturmaktadır. Gelir toplama yöntemleri “finansman yöntemleri” olarak da adlandırılmaktadır. Geliri toplayan kuruluşlar kar amaçlı özel kuruluşlar, kar amacı taşımayan özel kuruluşlar ve kamu kuruluşları olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:4).

Sağlık finansmanı için gelir toplamanın en önemli özelliği anılan gelirlerin hizmetin kullanımı öncesinde (cepten ödemeler dışında) toplanmasıdır. Cepten ödemelerin varlığı bazı bireylerin veya bazı hizmetlerin güvence altına alınmadığı anlamına gelmektedir. Hizmetin kullanımı öncesinde toplanan gelirlerin düzeyi, finansal riski yayma derecesi ve gelir düzeyi çok düşük olan bireylerin hangi oranda

sübvansede edildiği sağlık finansmanının gelir toplama başarısı ve finansmanda adalet açısından çok önemlidir (WHO, 2000a:97).

Sağlık finansmanında fon havuzlama; sağlık hizmetlerine yapılacak ödemelerin riskinin fonlara katkı sağlayan tüm üyelerce paylaşılması temeline dayanan bir gelir biriktirme ve yönetim şeklidir. Geleneksel olarak “sigorta işlevi” adıyla da anılan fon havuzlamanın temel amacı, belirsiz sağlık ihtiyacının finansal riskini paylaşmaktır (WHO; 2000a:96; Kutzin, 2000:9). Ayrıca fon havuzlama sağlık hizmetleri talebini destekleyip fon akışını garantilediğinden hizmet sunucular için belirsizliği azaltmakta ve yeni yatırımlara yönelmeyi teşvik etmektedir (WHO; 2000a:97). Gelir toplama işlevinde olduğu üzere fon havuzlama işlevini de farklı kurumlar yapabilmektedir. Ancak, geliri havuzlayan kuruluşlar ile gelir toplayan kuruluşlar genellikle aynı kuruluşlardır (Tablo 2, Şekil 3).

Tablo 2: Sağlık Finansmanında Fon Havuzlama Kuruluşları ve Tahsis Yöntemleri

Havuzlama Kuruluşları	Tahsis Yöntemleri
Sağlık Bakanlığı • Merkez • Yerel birimler (il, bölge sağlık otoriteleri)	Kamu (merkezi veya yerel) gelirleri • Altyapı veya kullanımla ilişkili tarihsel model • “İhtiyaç-tabanlı” ağırlıklı birikim formülü • Sigortasız kalmamak için sübvansede prim ödemesi
Yerel kamu sağlık birimi Bölge sağlık kurulları	
Sosyal sağlık sigortası fonları Özel sigorta şirketleri	Tahsis edilmiş/zorunlu katkılar (primler) • Gelirin veya ücretin yüzdesi • Genellikle sigorta fonunu tüketicinin tercih ettiği sigortalılar için riske göre ayarlanmış tahsis • Riske göre ayarlanmış olsun ya da olmasın “sistem dışında kalma hakkı”
“Kendi kendine sigorta” şirketleri olarak işverenler Üyelerinin sahip olduğu “karşılıklı” sigortalar	
Fon sahibi sunucular ve sunucu tabanlı sigorta sistemleri	Gönüllü katkılar • Bireysel riske göre veya topluma oranlanmış prim ödemesi

Kaynak: Kutzin, 2001:177.

Sağlık finansmanında adalet, fon havuzlama yöntemi ile de yakından ilişkilidir. Tıbbi tasarruf hesaplarında olduğu üzere, gelirin bireysel bazda toplandığı durumlarda herhangi bir risk paylaşımından söz etmek mümkün değildir (WHO, 2000a:99).

Riskin üyeler arasında paylaşılması ve düşük gelirlilerin sübvansiyonu için farklı sağlık sistemlerinde farklı örgütsel ve teknik düzenlemeler bulunmaktadır (Londono ve Frenk, 1997:1-36). Sağlık finansmanında tek bir havuzun bulunması, hem riskin hem de gelirin ülkedeki bütün üyeler arasında yeniden dağıtımını en üst düzeyde sağlamaktadır. Bu nedenle fon havuzlamanın farklı kuruluşlar tarafından yapılmasından kaçınılması önerilmektedir (WHO, 2000a:93). Ayrıca büyük fonlar yoluyla, ölçek ekonomisinin avantajları kullanılmakta, katkı oranları azaltılmakta (WHO, 2000a:101) ve dayanışma daha büyük ölçüde gerçekleşmektedir. Ancak bu durum, çok sayıda havuzun bulunduğu Almanya, Hollanda, Arjantin, Kolombiya ve Türkiye (Genel Sağlık Sigortası Yasası öncesi) gibi ülkelerde karşılıklı sübvansiyonun bulunmadığı anlamına gelmemekte, bu ülkelerde dayanışma daha düşük düzeylerde gerçekleşmektedir.

Son yıllarda bazı ülkeler zorunlu sosyal sigorta ile fon havuzlamada bazı değişiklikler yapmışlardır. Örneğin Şili 1981 yılında çıkardığı bir yasa ile gelir düzeyi yüksek olanlara kamu sigortacılık sistemine (FONASA) prim yatırmama, onun yerine bireysel risk temeline dayanan ve rekabet halindeki özel sağlık sigortalarına (ISAPRE) prim yatırma seçeneği tanımıştır. Bu durum gelire ve bireysel hastalık riski farkına dayanan iki farklı sistemin doğmasına neden olarak dayanışmayı zayıflatmıştır. Şili dışında üyelerine fon tercih etme hakkı tanıyan veya bu hakkı genişleten Arjantin, Kolombiya, Almanya, İsrail ve Hollanda gibi bazı ülkeler, bu tercihi birtakım risk uyum yöntemleriyle birlikte uygulamışlardır. Risk uyum yöntemi, fonlara tahsis edilecek

kaynakların fonlara üye olan bireylerin görelî riskine göre belirlenmesi anlamına gelmektedir. Bu nedenle risk uyum yöntemi, kaynakların ilk önce tek bir fonda toplanmasını gerektirmektedir. Bu fonda toplanan kaynaklar daha sonra rekabet halindeki diğer fonlara, her fonun üye sayısına ve görelî risk derecesine göre dağıtılmaktadır.

Her fona üyelerinin ihtiyacına göre kaynak aktararak adaleti arttırmayı, tercih hakkını genişleterek tüketici tatminini arttırmayı ve rekabet yoluyla hem sektörel verimliliği arttırmayı hem de fonların belli riskleri seçme güdülerini azaltmayı hedefleyen risk uyum yöntemi ile bazı başarılar elde edilmiştir. Örneğin 1994 yılından önce fon seçme hakkının bulunduğu ancak risk uyum yönteminin bulunmadığı Almanya’da, her fon standart bir yardım paketi için kendi prim oranını belirlemek zorunda kaldığından, sağlık finansman sistemi adaletsiz bir yapıdaydı. Çünkü hastalık risklerinin yüksek olduğu yaşlılar ve yoksullar gibi üyelerin çoğunlukta bulunduğu fonlar daha yüksek prim oranı tespit etmek zorunda kalıyordu. Risk uyum yöntemi bu tür yüksek riskli fonların prim oranlarının düşmesine neden olarak finansmanda adaleti arttırmıştır. Öte yandan oldukça teknik ve karmaşık bir konu olan ve genellikle bireysel sağlık harcamalarını yüzde 1 oranında belirleyen demografik değişkenlere (yaş, cinsiyet gibi) göre yapılan risk uyum yönteminin rekabet halindeki fonların daha az riskli grupları seçme isteği konusundaki “risk seçimi riskini” azaltma yönünde çok başarılı bir uygulama olmadığı da belirtilmektedir (Kutzin, 2000:12).

Sağlık finansmanında hizmet sunuculara ödeme yapma; toplanan gelirlerin üyelerin sağlık hizmetleri kullanımı karşılığında hizmet sunuculara aktarılmasıdır. Fon havuzlamada olduğu üzere ödeme yapmada da kimin adına ödeme yapılacağı bellidir

(Şekil 2). Fon havuzlayan ve ödeme yapan kurumlar genellikle aynı olmaktadır (Tablo 1 ve 3). Ödeme pasif veya stratejik olabilmektedir. Pasif ödeme fatura karşılığı ödemedir. Stratejik ödeme ise hangi müdahalenin nasıl ve kim tarafından ödeneceğinin sürekli tartışıldığı daha dinamik bir ödeme şeklidir³ (WHO, 2000a:97).

Tablo 3: Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yapan Kuruluş Örnekleri

Sağlık Bakanlığı
• Merkez
• Yerel birimler (il veya bölge sağlık idareleri)
Yerel kamu sağlık otoritesi
Bölge sağlık kurulları
Sosyal sağlık sigortası fonları
Özel sigorta fonları
Sağlık “planları”
İşverenler
Üyelerinin-sahip olduğu “karşılıklı” sigortacılar (member-owned mutual insurers)
Fon sahibi sunucular

Kaynak: Kutzin, 2001:181.

Gelir toplama ve fon havuzlama yöntemlerinde olduğu gibi, hizmet sunuculara ödeme yöntemlerinde de farklılıklar bulunmaktadır. Hizmet sunuculara ödeme yöntemleri; hizmet başına ödeme, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme, bütçe ve ücret ödemeleridir (WHO, 2004:37-39).

Hizmet başına ödeme; ayakta veya yatarak tedavilerde hastaya sunulan her hizmet için yapılan ödemedir. Bu yöntemin en büyük avantajı, ihtiyaç duyulan her hizmetin sağlanmasını garanti ederek hizmette kaliteyi arttırmasıdır. Diğer yandan en büyük dezavantajı ise, hizmet sunucuların daha fazla kar elde etmek amacıyla hastaya ihtiyacı olmayan hizmetleri sunması veya sunmuş gibi gösterebilmesine olanak tanımasıdır. Bu kaygıyla, gereksiz hizmet sunumunu kontrol altına almak için bu yöntemle bütçe yöntemi birlikte kullanılmaktadır. Ayrıca hizmet sunucuların gereksiz hizmet sunması, kullanıcı katkıları yoluyla da engellenmeye çalışılmaktadır. Bu

³ Son zamanlarda başta Şili, Macaristan, Yeni Zelanda ve İngiltere olmak üzere birçok ülke stratejik ödeme yöntemini tercih etmektedir (WHO, 2000a:97).

yöntemin diğer bir dezavantajı, faturalama, geri ödeme ve fatura edilen hizmetlerin gerçekten sağlanıp sağlanmadığı ile ilgili denetim maliyetlerinin yönetim maliyetlerini arttırmasıdır. (WHO, 2004:37).

Gün başına ödeme; ödemenin hastanın yattığı gün sayısına göre yapılmasına dayanan, kolay ve yönetim maliyeti düşük bir yöntemdir. Ancak bu yöntemde de hizmet sunucular daha fazla kar elde etmek için hastanın gereğinden daha uzun süre yatırılmasını veya hastanın gerekmediği halde hastaneye yatırılmasını sağlayabilmektedirler. Gereksiz yere uzun süre yatırmayı engellemek için, belli bir süreden sonra günlük ödeme bedeli azaltılabilmektedir (WHO, 2004:37-38).

Vaka başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde, hastaya konulacak teşhise göre yapılan ödemedir. En önemli şekli, hastanın teşhis grubuna göre, belirlenen sabit bir fiyat üzerinden, o teşhis doğrultusunda yapılan her hizmetin kapsama dahil olduğu Teşhise Dayalı Grup (DRG) ödemesidir. Bu yöntemde teşhis gruplarının çok net bir şekilde belirlenmesi önemlidir. Maliyetleri kontrol etmek açısından önemli olan bu yöntem, gereksiz hizmet sunumunu arttırmaktadır. Ayrıca hizmet sunucuların daha ciddi ve dolayısıyla daha pahalı olan vakaları tercih edip, daha karmaşık, teşhis ve tedavisi daha ucuz olan hastaları başka yerlere göndermeleri mümkündür. Bu nedenle hastalığın doğru teşhis edilip edilmediği ve karmaşık vakaların diğer hizmet sunucularına gönderilip gönderilmediğini denetlemek çok önemlidir. Bu denetimler de oldukça maliyetlidir (WHO, 2004:38).

Kişi başına ödeme; hem ayakta hem de yatarak tedavilerde kullanılan, hizmet sunulan kişi sayısına göre belirlenen ve yönetimi kolay olan bir ödeme şeklidir. Daha önceki yöntemlerden farklı olarak hizmet veya hizmet bileşimleri başına ödeme

yapılmadığından, gereksiz hizmet sunumuna neden olmamaktadır. Fakat bu kez tam tersi bir şekilde, gerekli hizmetin sunulmasını sağlamak zorlaşabilmektedir. Ayrıca hastaların daha üst basamak sağlık hizmetlerine sevkı, bu yöntemin maliyetleri kontrol altına alma özelliğini kısıtlamaktadır. Bu yöntemde, hizmetin gereğinden az kullanımını engellemek için hizmet kullanım veya işgal oranları gibi yöntemlerle denetim yapmak önemlidir (WHO, 2004:38).

Bütçe ödemesi; maliyetleri kontrol altına almak için hizmet sunuculara yapılan katı veya sabit ödemelerdir. Yetersiz olduğunda gerekli hizmetlerin sağlanmasını engelleyebilmektedir (WHO, 2004:39).

Ücret ödemesi; hizmet sunucuların personel ödemeleri için kullanıldığından, ilaç ve diğer tıbbi malzeme maliyetlerini kapsamamaktadır. Personel motivasyonunun düşük olduğu durumlarda hizmet sunumunu olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durumun engellenmesi için performansa dayalı ödemeler teşvik edilmektedir (WHO, 2004:39).

Ödeme yöntemlerinin en önemli özelliği, bu yöntemlerin hizmet sunucularının davranışlarını etkileyebilmesidir (Tablo 4). Bu konudaki deneysel çalışmalar ödeme yöntemlerinin; hastalığın teşhisi, hizmetin şekli (örneğin, anjinin tıbbi ya da cerrahi tedavisi), reçeteye yazılan ilaçların miktarı ve türleri, hizmetlerin niceliği, hastanede yatış süresi, ayakta tedavi edilen hastaların yatarak tedavi edilenlere oranı, uzman doktora gönderilme ve tahlil istenme sıklığı gibi konularda ölçülebilen etkilere sahip olduğunu göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 1999:130).

Yöntemlerdeki farklılıkların yanı sıra, ödeme yapan kuruluşlar da farklı olabilmektedir (Tablo 2, 3). Genellikle havuzlama işlevi ile hizmet satın alma işlevi aynı kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir (Kutzin, 2001: 180-181).

Tablo 4: Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yöntemleri ve Güdüler

Ödeme şekli	Fiyat veya bütçe belirlendiğinde	Ödeme yapıldığında	Ücret/bütçe birimi veya esası	“Yönlendirilen” ödeme	Tedavi güdüsü
Bütçeler (parça başına veya küresel)	İleriye yönelik	İleriye yönelik	Belli bir dönem için sunucunun sunduğu tüm hizmetler veya girdiler	Çok sayıda ölçüt, örn. Müzakere edilmiş sözleşmeler, hasta-yoğunluğu, fiziksel kapasite v.s.	Düşük hizmet sunumu, hastaları diğer hizmet sunuculara gönderme
Ücretler	İleriye yönelik	İleriye yönelik	Personel zamanı (çalışılan zaman)	Sözleşme	Düşük hizmet sunumu, hastaları diğer hizmet sunuculara gönderme
Sevklı hizmetler için fon sahipliği olmadan kişi başına ödeme	İleriye yönelik	İleriye yönelik	Dönem başına, her kişi için kapsamdaki hizmetin beklenen maliyeti	Tüketici tercihi veya çalışılan bölgedeki nüfusun büyüklüğü	Üye sağlıkları; düşük hizmet sunumu, yeniden kayıt süreci ile durumu hafifletmek
Fon sahipliği ile kişi başına ödeme	İleriye yönelik	İleriye yönelik	Dönem başına, her kişi için kapsamdaki hizmetin beklenen maliyeti	Tüketici tercihi veya çalışılan bölgedeki nüfusun büyüklüğü	Üye sağlıklı insanlar
Vaka-başına ödeme	İleriye yönelik	Geriye dönük	Paket tedavi, çoğunlukla hastane hizmetleri	Düzenleme veya sözleşmede belirlenmiş ücret tarifi; hastanın sunucuyu seçmesi	Her vaka kategorisinde durumu ciddi olmayan hastaların artışı; vaka başına hizmetin azalması
Ücret tarifesine göre hizmet başına ödeme	İleriye yönelik	Geriye dönük	Üzerinde anlaşılan her hizmet birimi veya girdisi	Düzenleme veya sözleşmede belirlenmiş ücret tarifi; hastanın sunucuyu seçmesi	Vaka başı hizmetin ve hasta yoğunluğunun artması
Ücret tarifi olmadan (veya informal bir şekilde) hizmet başına ödeme	Geriye dönük	Geriye dönük	Hizmet sunulan her birim	Hastanın sunucuyu seçmesi; hasta ve sunucu arasında müzakere	Sunulan hizmetlerin toplam hacminin artması
Karışık, örn. Ücret + hizmet başına ödeme	Belirli karışımlara bağlı	Belirli karışımlara bağlı	Belirli karışımlara bağlı	Belirli karışımlara bağlı	Belirli karışımlara bağlı

Kaynak: Kutzin, 2001:182

1.2. Sağlık Finansmanının Tarihsel Gelişimi

Sağlık hizmetleri, Ortaçağ Avrupa'sının zanaatçıları arasında özel sigortacılık ile başlayan hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan sistemlerin kurulmasına kadar olan dönemde cepten ödemeler ile finanse edilmiş veya hayır kurumlarınca ücretsiz olarak sağlanmıştır. Sağlık finansmanı, 19. yüzyılın sonlarına doğru sosyal dayanışma ilkesine dayanan ve işçi işveren primleri ile finanse edilen sosyal sigortacılık yöntemi ile 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ise kamu yararı gözetilerek tüm nüfusu kapsayan ve vergilerle finanse edilen ulusal sağlık hizmetleri sistemleri ile tanışmıştır.

Son yıllarda yeterli ve sürdürülebilir kaynak oluşturmak ve kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak amacıyla, tıbbi tasarruf hesapları ve kullanıcı katkıları gibi sosyal dayanışma boyutu bulunmayan finansman yöntemleri de gündeme gelmektedir.

Çalışmada sağlık finansmanının tarihsel gelişimi, analiz kolaylığı sağlamak amacıyla, özel ve kamusal nitelikli finansman yöntemleri alt başlıkları altında incelenecektir⁴. Özel nitelikli finansman yöntemleri kapsamında; cepten ödemeler, özel sağlık sigortacılığı ve tıbbi tasarruf hesapları ele alınacaktır. Kamusal nitelikli finansman yöntemleri kapsamında ise sosyal sağlık sigortacılığı ve vergilerle finansman yöntemleri incelenecektir.

⁴ Yazında, sağlık finansman yöntemlerinin sınıflandırılması konusunda herhangi bir yaklaşım birliği bulunmamaktadır. Bazı akademisyenler bu yöntemleri hiçbir sınıflandırmaya tabi tutmamaktadır. Örneğin Roemer; genel vergi gelirleri, sosyal güvenlik, gönüllü sigorta, yardımlar ile kişi ve ailelerden toplanan gelirler olarak ele almaktadır (Roemer, 1991: 64-66). Öte yandan DSÖ; kamu finansmanı, özel finansman (doğrudan ve dolaylı ödeme), sağlık sigortası (kamu veya sosyal sigorta, özel sigorta, işveren temelli sigorta) ve dış kaynaklar olarak kendine özgü bir sınıflandırma yapmaktadır (WHO, 1993: 11-18). Diğer bazıları ise kamu ve özel finansman yöntemlerini birbirinden ayırmayı tercih etmektedirler. Örneğin Hoare ve Mills; genel vergi gelirleri, açıkların finanse edilmesi ve enflasyonun kullanılması, özel amaçlı vergiler, sosyal sigorta, piyango ve bahis gibi gelirleri kamu ve yarı kamu finansman kaynakları olarak; özel sağlık sigortası, işverenlerce finanse edilen sistemler, gönüllü ve hayır kuruluşlarının katkıları, toplumsal finansman ve doğrudan hanehalkı harcamalarını ise özel finansman kaynakları olarak incelemektedir (Hoare ve Mills, 1986:16-28).

1.2.1. Özel Nitelikli Finansmanın Gelişimi

Özel nitelikli finansmanın bilinen en eski şekli cepten ödemelerdir. Hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama düşüncesi özel sağlık sigortacılığını doğurmuştur. Özel sağlık sigortacılığı sorunlarına çözüm getirmek amacıyla, yirminci yüzyılın son çeyreğinde tıbbi tasarruf hesapları gündeme gelmiştir.

1.2.1.1. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, bireylerin sağlık hizmetleri kullanımı için doğrudan cepten ödeyerek yaptıkları tüm harcamalar olup, hastalık riski için herhangi bir finansal koruma sağlamamaktadır. Cepten ödemeler; doğrudan ödeme, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme olarak üç başlık altında incelenmektedir. Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan bütün hizmetler için yapılan ödemelerdir. Kullanıcı katkıları; güvence kapsamında kalan hizmetlerin kullanımı sırasında yapılan ödemelerdir. Enformel ödemeler ise; sosyal güvence kapsamı içinde olan hizmetler için yapılan ve formel olmayan ödemelerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:22).

Cepten ödemelerin bilinen ilk uygulamaları Mezopotamya'da M.Ö. 2000 yılları civarında geçerli olan Hammurabi yasalarına kadar uzanmakta, bu yasalarda hekimlik yapan kişiye yapılacak ödemeleri düzenleyen maddeler bulunmaktadır (Singer ve Underwood 1962; aktaran Çilingiroğlu, 1997:392). Hastalık riskine karşı finansal koruma sağlayan özel ve özellikle kamusal nitelikli finansman yöntemlerinin doğması ve yaygınlaşması, cepten ödemelerin finansmandaki ağırlığını zaman içinde azaltmıştır. Ancak 1970'li yıllarda başlayan sağlık harcamalarının hızlı artışı ve dünya ölçeğinde yaşanan makroekonomik daralma gibi sorunlar ile temel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çabaları, ek kaynak yaratma ve kaynakların verimli kullanılması

ihtiyacını gündeme getirmiştir. Bu ihtiyaç, kullanıcı katkısı ve enformel ödeme gibi yeni cepten ödeme şekillerinin doğmasına neden olmuştur.

1.2.1.1.1. Doğrudan Ödemeler

Doğrudan ödemeler; sosyal güvence kapsamı dışında kalan ve hizmet arzının sınırlı olduğu veya uzun bekleme süreleri nedeniyle hizmete ulaşımın aksadığı durumlarda yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler genellikle dışçiler, güvence kapsamı dışındaki ilaçlar için eczaneler, özel hekim muayeneleri, özel hastaneler, özel laboratuvarlar veya test klinikleri gibi özel sektör hizmet sunucularına yapılmaktadır. Bazı ülkelerde özel sağlık hizmetleri için yapılan harcamalar vergilerle desteklenerek özel sektörden hizmet alımı teşvik edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:22). Portekiz’de bu amaçla yapılan vergi desteği miktarı dolaysız vergilerin yüzde 4,8’ine, GSMH’nın binde 2-3’üne ulaşmaktadır (Dixon ve Mossialos, 2000:56).

1.2.1.1.2. Kullanıcı Katkıları

1978 yılında DSÖ ve UNICEF önderliğinde yapılan Alma Ata Konferansı’nda, üye ülkelerin temel sağlık hizmetlerini bütün vatandaşlarına (özellikle kırsal bölgelere) yaygınlaştırma taahhüdünde bulunması, gözlerin bu taahhüdü yerine getirecek finansal kaynakların varlığına çevrilmesine neden olmuştur. Bu dönemde temel sağlık hizmetleri yaklaşımı hem ideolojik olarak genel bir kabul görmüş, hem de en maliyet-etkili strateji olarak değerlendirilmiştir. Ancak kaynakların elverişliliği üzerine yapılan araştırmalardan biri, 1980’li yılların ilk yarısında, temel sağlık hizmetlerinin tüm dünyaya yaygınlaştırılmasının dünya çapında yıllık 50 milyar dolar açığa neden olacağını tahmin etmiştir (De Ferranti, 1985:20). Bu nedenle anılan hedefe ulaşmak için ek kaynak yaratılması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (Lee ve Goodman, 2002:99).

Ayrıca, yapısal uyum politikaları uygulayan gelişmekte olan ülkelerin kamu kaynaklarıyla böyle bir hedefe ulaşmasının neredeyse imkansız olduğu öne sürülmüştür (Abel-Smith, 1986).

Bu dönemde elindeki uzman kadrolar nedeniyle sağlık sektöründe politika belirleme konularında öne çıkmaya başlayan Dünya Bankası (DB), ek kaynak yaratmak için kamu hizmetlerinden “kullanıcı katkıları” alınması (De Ferranti, 1985), varolan kaynakların daha verimli kullanılması için kamu hizmetlerinin gözden geçirilmesi ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlığın özel sektöre açılması önerilerinde bulunmuştur (WB, 1987). Ancak ekonomik kaygılarla ortaya atılan bu önerilerin sağlık hizmetleri finansmanında adalet tartışmalarını doğurması da gecikmemiştir.

Kullanıcı katkılarının iki durumda kullanılabileceği belirtilmektedir. İlki, sağlık harcamalarının genelde düşük ve düşmekte olduğu durumlarda, sağlık hizmetleri için varolandan daha fazla kaynak yaratmak amacıyla kullanılmasıdır. İkincisi ise, ilkinin tersi durumunda, yani sağlık harcamalarının yüksek olduğu ve hızla yükselmeye devam ettiği durumlarda, talebi azaltarak verimliliği arttırmak ve maliyetleri kısıtlamak amacıyla kullanılmasıdır (Creese, 1997:202). Kullanıcı katkıları yoluyla toplanacak ek gelir, gelir düzeyi düşük olan vatandaşların desteklenmesi veya finansman sistemindeki adaletsizliklerin azaltılması için kullanılabilir. Ancak, kullanıcı katkılarının finansmanda adalet konusunda olumsuz etkisi bulunmaktadır. Çünkü kullanıcı katkıları finansman yükünün topluma yayılmasını ve riskin paylaşılmasını engellemektedir (Creese, 1991). Dolayısıyla sağlık finansman kaynakları içerisinde kullanıcı katkılarının oranı arttıkça, finansman yükünün gelir düzeyi düşük olan bireyler ile sağlık durumu

daha kötü olan bireylere kayma olasılığı artmakta (Rice ve Morrison, 1994) ve dayanışma azalmaktadır (Van de Ven, 1983; Mossialos ve Dixon, 2002a:23).

Abel-Smith ve Kutzin’e göre de kullanıcı katkıları belli durumlarda uygulanabilmektedir (Abel-Smith, 1994; Kutzin, 1998): Herkesi sosyal sağlık güvencesi altına alan bir sağlık sigortasının bulunmadığı, hükümetin sağlık hizmetlerini finanse etmek için yeterli kaynağa sahip olmadığı ve bireylerin sigorta veya vergi ile sistemi finanse etmeye gönüllü olmadığı durumlar başlıcalarını oluşturmaktadır.

1.2.1.1.3. Enformel Ödemeler

Enformel ödemeler, genellikle kamu sektöründe gerek tedavi sonrası “teşekkür hediyeleri”, gerekse tedavi öncesi doktorlara büyük zarflarla sunulan “benimle özel olarak ilgilenin” paralarından oluşmaktadır. Enformel ödemeler kayda geçmediği ve birçok ülkede yasadışı olduğu için varlığı ve miktarı konusundaki iddialar tartışmalıdır. Enformel ödemelerin temel nedenleri; kamu sistemindeki finansal kaynakların yetersizliği, özel sağlık hizmetlerinin yetersizliği, hizmet sunucuları etkileme arzusu ve kültürel geleneklerdir (Mossialos ve Dixon, 2002a:24).

1.2.1.2. Özel Sağlık Sigortacılığı

Hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama fikri ilk olarak Ortaçağ Avrupa’sının zanaatçıları arasında, sonradan hastalık fonlarına dönüşecek sandıkların kurulması ile başlamıştır. Her üyenin fonlara düzenli katkılarda bulunduğu bu uygulama, daha fazla istihdam olanağı yaratan endüstrileşme süreci ile genişlemiş ve çeşitlenmiştir. 18. yüzyıl sonları ile 19. yüzyıl başlarında, aynı endüstrilerde çalışan bazı işçiler ile aynı yerleşim yerinde bulunan küçük çiftçiler karşılıklı yardımlaşma

sandıkları oluşturmaya başlamışlardır. Karşılıklı yardım sandıkları terimi, daha sonra sosyal güvenlik çerçevesinde ortaya çıkacak olan sosyal sağlık sigortasının gelişimini anlamak açısından çok önemlidir. İhtiyacı olanlara destek sağlamak amacıyla, haftalık gelir üzerinden sabit bir miktarda katkı toplayan bu sandıklar, kar amacı gtmemektedirler. Temel ilkeler; dayanışmayı sağlamak, üyelerinin sandıkların yönetiminde söz sahibi olması ve yardımların üyelerin değişen ihtiyaçlarına göre belirlenebilmesidir. yelerine para yardımı ile başlayan ilk uygulamalar, bazı sandıkların düzenli olarak sözleşmeli doktor istihdam etmeleri ile devam etmiş ve daha sonra özellikle sağlık hizmeti sunumunun yetersiz olduğu ülkelerde yeleri için hizmet sunumunu garantilemek amacıyla kendi sağlık tesislerini kurmaya yönelik uygulamalara dönüşmüştür (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:7; Abel-Smith, 1994:68).

Gönüllülük ilkesine dayanan ve 19. yüzyıla gelene kadar daha çok İngiltere, Hollanda ve Danimarka’da gözlenen bu uygulamalar⁵, 19. yüzyıl boyunca Avusturya, Almanya ve İsviçre’de de oldukça gelişmiştir. Daha sonra Avustralya ve Yeni Zelanda’ya küçük ölçekte de olsa yayılmıştır. Sandıklar Kuzey Avrupa’da yerel bölgelere, Orta Avrupa’da ise genellikle işverenlere dayalı olarak gelişmiştir. Fonlara genellikle işverenler de katkıda bulunmaktadır ve bu katkı zamanla ücretin belli bir oranında olmaya başlamıştır. Kuzey Avrupa ile Orta Avrupa’daki uygulamalar açısından ikinci farklılık, hastane hizmetlerinin önemli oranda kamu ve hayır kurumları tarafından, parası olmayanlara ücretsiz olarak sunulduğu Kuzey Avrupa lkelerinde bu hizmetlerin hastalık fonlarınca sağlanan yardımlar kapsamına alınmamasıdır. Hastane

⁵ Karşılıklı yardım sandıkları, 1804 yılında 10 milyon nüfuslu İngiltere’de yaklaşık 1 milyon kişi kapsamaktadır. 1900 yılına gelindiğinde, resmi olarak kayıtlı olan kurumların yaklaşık 7 milyon, resmi kaydı olmayan kurumların ise birkaç milyon yesi bulunduğu belirtilmektedir (Abel-Smith, 1994:68).

hizmetleri daha çok Orta ve daha sonraları Güney Avrupa ülkelerinde yardım kapsamında olmuştur (Abel-Smith, 1994:68-69).

Gönüllü veya özel sağlık sigortacılığı olarak da adlandırılacak olan karşılıklı yardım sandıkları uygulaması daha geç tarihlerde ve daha küçük ölçekte Arjantin, Brezilya ve Uruguay'da da başlamıştır. Uygulamanın Latin Amerika'daki en önemli işlevi, belli ulusların göçmenleri için hayır kurumları tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden daha iyi hizmet sağlamayı garanti altına almasıdır.

Özel sağlık sigortacılığı tarihinde en ilginç gelişme Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yaşanmıştır. I. Dünya Savaşı öncesinde ABD'nin bazı kentlerinde başlayan Avrupa modeli karşılıklı yardım sandıkları uygulaması, ABD'deki tıbbi profesyonellerin doktorlarla sözleşme yapılmasına karşı çıkması nedeniyle uygulanamamıştır. Bu baskıya rağmen, 1929 tarihinden itibaren Batı Eyaletlerde kurulan sandıklar, 1949 yılına gelindiğinde yüzün üzerine çıkmıştır. Ancak on yıl sonra sadece birkaç tane kalmışlardır. O döneme kadar her ikisi de hizmet sunucular tarafından kurulan “Blue Cross” ve “Blue Shilds” sağlık sigortası piyasasına hakim olmuştur (Abel-Smith, 1994:70). Bu tarihsel gelişim, ABD'nde, özel sigortacılığın ağırlıklı olarak uygulanan finansman yöntemi olmasına neden olmuştur. ABD'nin yanı sıra, Avustralya ve İsviçre gibi kimi ülkeler de özel sağlık sigortacılığına ağırlıklı bir yer vermişlerdir (Mossialos ve Thompson, 2002:128).

Özel sağlık sigortacılığının hazırladığı zemin üzerine doğup gelişen sosyal sağlık sigortacılığı ve sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı gibi kamu nitelikli finansman uygulamaları, başta Avrupa olmak üzere birçok ülkede, özel sağlık sigortacılığını

sınırlandırmış ve büyük ölçüde zorunlu kamu finansmanını tamamlayıcı nitelikli sigorta şekline dönüştürmüştür (Mossialos ve Thompson, 2002:128).

Günümüzde özel sağlık sigortaları; işlevlerine, primlerin hesaplanma şekillerine, yardımların belirlenmesine ve sigorta şirketlerinin statüsüne göre farklılaşmaktadır. İşlevleri açısından iki tür özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Birincisi, zorunlu sağlık sigortası yerine geçen “ikame edici özel sağlık sigortası”, diğeri ise, zorunlu sağlık sigortası ile birlikte görülen “tamamlayıcı özel sağlık sigortası”dır. Primlerin hesaplanma şekilleri açısından; bireysel, grupsal ve toplumsal riske göre belirlenen özel sağlık sigortaları mevcuttur. Statü açısından sigorta şirketleri, kar amaçlı olanlar ve olmayanlar olarak farklılaşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:19).

İkame edici özel sağlık sigortaları zorunlu kamu sigortalarının alternatifidir. Bu sigorta, zorunlu kamu sigortaları kapsamı dışında kalan bireyler ile zorunlu kamu sigortaları kapsamından çıkma hakkı olan sigortalılar tarafından tercih edilebilmektedir. Almanya ve Hollanda’da geliri belirli bir düzeyin üzerinde olan sigortalılar, zorunlu kamu sisteminden gönüllü olarak çıkma hakkına sahiptirler ve böyle bir tercihte bulunan sigortalılar, genellikle özel sağlık sigortalarına yönelmektedirler. Tamamlayıcı özel sağlık sigortası genellikle; zorunlu kamu sigortası dışında kalan hizmetlerin tamamı veya bir kısmı için, zorunlu sistem tarafından yalnızca bir miktarı ödenen hizmetler için ve sağlık hizmetlerine ulaşımı hızlandırmak için tercih edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:19-20).

Primlerin bireysel riske göre belirlenmesi, sigortalının olası sağlık ihtiyacını değerlendiren birtakım aktüeryal hesaplarla yapılmaktadır. Bu yöntem özel sağlık sigortacılığı piyasasında en çok kullanılan yöntemdir. Primlerin işverenlerce ödendiği

sistemlerde bu hesaplama genellikle grup riskine göre, diğer bir deyişle o işyerinde çalışan grubun ortalama riskine göre belirlenmektedir. Bazı özel sigortalar ise bir coğrafik bölgede yaşayanların ortalama riskine göre, yani toplumsal riske göre belirlenmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:20; Maynard ve Dixon, 2002:111-112).

Özel sağlık sigortası primlerini toplayan kuruluşlar bağımsız, özel, kar amaçlı kuruluşlar olabileceği gibi özel, kar amaçsız kuruluşlar da⁶ olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:20). Özel sağlık sigortaları birçok ülkede⁷ vergi indirimleri yoluyla devlet tarafından sübvansede edilmektedir.

Teoride özel sağlık sigortasının en büyük avantajı, gelir düzeyi görece olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkan verebilmesidir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, yenilikleri ve verimliliği destekleyerek (esneklik ve kâr güdüsü ile) kamu sektörü reformunu körüklemesi ve tüketicilerin tercihini arttırması da söz konusudur (Maynard ve Dixon, 2002:111).

Bu potansiyel avantajların gerçekleşip gerçekleşmemesi özel sağlık sigortalarının performansı ile yakından ilişkilidir. Özel sağlık sigortalarının performansı, özel sağlık sigortaları piyasasının düzenlenmesine bağlıdır. Düzenlemenin yokluğu veya yetersizliği piyasanın verimli bir şekilde çalışmasını engelleyerek “piyasa başarısızlığına” neden olmaktadır. Piyasa başarısızlığı ise aşağıda belirtilen istenmeyen durumlara yol açmaktadır:

⁶ Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Lüksemburg, Hollanda, İspanya, İsviçre ve İngiltere’de olduğu üzere.

⁷ Türkiye, Avustralya, İrlanda ve Portekiz.

- İhtiyacı olacağını düşünen bireylerin sigortayı tercih etme oranlarının artması ve bireylerin sigorta olacakları zaman varolan hastalıklarını gizleyebilmeleri (ters seçim),
- sigorta şirketlerinin genetik ve kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, özürlüler ve doğum çağındaki kadınlar gibi yüksek riskli grupları sigortalamaktan kaçınabilmeleri,
- riske göre belirlenmiş primlerin miktarının doğru olarak belirlenmesindeki zorluklar,
- bireylerin, sigortalandıktan sonra, hizmete ihtiyaç doğuracak riskli davranışlarda bulunabilmeleri ve hizmeti gereğinden fazla kullanmaları (ahlaki tehlike⁸). Örneğin sağlıklı bir yaşam sürdürmek için herhangi bir çaba göstermemeleri, nezle ve grip gibi hastalıklar için hekime başvurmaları,

⁸ Ahlaki tehlike ekonomistler tarafından, sigortalı olmanın bireylerin davranışlarını değiştirebileceği durumunu tanımlamak için kullanılmaktadır. İşyerinde sınırsız miktarda ücretsiz Pepsi sunulduğunda Pepsi'ye ücret ödenmesi gereken duruma oranla daha fazla Pepsi tüketildiği, yangın sigortasına sahip bir bireyin yangın tehlikesine daha az duyarız olduğu, hükümetlerin bankadaki tasarruf ve kredi hesaplarını yüksek limitlerle sigortaladığı durumlarda bireylerin daha riskli yatırımlara yöneldiği gözlemlenen olaylardır. Dolayısıyla insan hayatını güvenli bir hale getirme amacını taşıyan sigorta, riskli ve savurgan davranışlar yaratma çelişkilerini de barındırmaktadır. Bu nedenle sigorta güvencesi, karmaşık ve problemlili bir süreç haline gelmektedir.

Ücretsiz hizmet alabilme güvencesinin daha fazla hizmet talebine yol açması sağlık hizmetleri için de geçerlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde ahlaki tehlikenin önlenmesi için talebi etkileyecek birtakım uygulamalara başvurulmaktadır. Bu uygulamalar sağlık harcamalarının belirlenmiş bir yüzdesinin sigortalı tarafından ödenmesi veya sigorta şirketinin ödemesi gereken sağlık harcamalarında belirli bir kesintiye gidebilmesidir. Ancak araştırmalar gereksiz talebi azaltmaya yönelik bu uygulamaların gerekli olan talebi de olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Örneğin 1970'lerin sonunda RAND Corporation tarafından yapılan bir araştırma ile, yüksek tansiyonu olan ve yüksek kesintili bir sigorta programına üye olan düşük gelirli bir sigortalı, düşük kesintili ve gelir düzeyi görece olarak daha yüksek olan diğer sigortalılara oranla daha az tansiyon takibi yaptırabildiği için bu sigortalının yüksek tansiyondan ölüm olasılığının diğerlerine göre yüzde 10 daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ayrıca örneğin ciltteki benlerin düzenli kontrolü ortaya çıkma olasılığı olan cilt kanserinin erken teşhisi nedeniyle sağlık harcamalarında önemli bir tasarruf sağlayacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetleri alanında örneğin diş temizletme, tansiyon takibi, ciltteki benlerin izlenmesi, düzenli mamografi çekirme gibi koruyucu hizmetlerden düzenli olarak yararlanma, kaynak israfı veya kaynakların verimsiz kullanılması olarak değerlendirilmemelidir. Bu hizmetler gerçekte harcamalarda önemli oranlarda tasarruflar sağlanmasına neden olmaktadır (Gladwell, 2005:2-3).

- bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla hastalığa yakalanma riskinin başkalarının hastalığa yakalanma olasılığından bağımsız olmaması,
- şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimleri.

Piyasa başarısızlığı yaşlılar, özürlüler ve düşük gelirli gibi riskli grupların sigorta hizmetlerine ulaşmasını engelleyebileceği gibi, sigorta şirketlerinin daha az riskli gruplar üzerinden aşırı karlar elde etmesini de sağlamaktadır (Maynard ve Dixon, 2002:110; Hsiao, 1995a:167-171). Tablo 5 sağlık finansmanında yaşanan piyasa başarısızlığı durumları, sonuçları, başarısızlığı ortadan kaldıracak önlemler ve bu önlemlerin deneysel sonuçları konusunda yapılan tartışmaları ayrıntılı bir şekilde sunmaktadır.

Tablo 5: Sağlık Hizmetleri Finansmanında Piyasa Başarısızlığı

Piyasa Başarısızlığı	Sonuçları	Başarısızlığı Ortadan Kaldıracak Önlemler	Deneysel Sonuçlar
Ters seçim	Riskin havuzlanma oranı düşük, sigorta piyasası yok, sadece bazı bireyler sigortalı	Eğitim, vergi desteği, zorunlu genel kapsam, ömür boyu üyelik	Etkili değil Etkili Etkili
Risk seçimi	Özürlü, hasta, fakir ve yaşlılar için sigorta yok	Açık üyelik Bireyler için toplum riskine göre belirlenmiş primler	Kısmen etkili Teknik olarak olanaksız
Tekel veya sigorta karteli	Aşırı kâr, düşük kaliteli ürünler, düşük üretim	Anti-tröst yasaları	Etkili
Sigorta etkisi	Hastalar tarafından hizmetlerin aşırı kullanımı, ahlâki tehlike	Kesinti , birlikte sigorta, Hastaları I.basamak hizmetlerinde tutma, Bekleme listeleri	Kısmen etkili Hasta memnuniyetsizliği

Kaynak: Hsiao, 1995a:171.

Sağlık yardımına ihtiyacı olacağını bilen bireylerin sigortayı tercih etme oranları daha fazla olduğu için (ters seçim), sigortalar genellikle bireysel riske göre

oranlanmıştır ve hizmeti kullanma riski daha yüksek olan bireylerden talep edilen primler daha yüksek olmaktadır. Bu nedenle özel sağlık sigortaları sağlıklı, genç ve daha az hizmet ihtiyacı olacak bireyler lehine çalışmaktadır (Maynard ve Dixon, 2002:111). Ters seçimi önlemek için çeşitli ülkelerde farklı çözümler denenmiştir. Örneğin belirli bir gelirin altında kazancı olanlara zorunlu sosyal sağlık sigortası öngören Almanya, 1993 tarihindeki değişikten önce sigortalıların aynı sigorta kuruluşunda kalmalarını şart koşmuş, diğer bir deyişle sigorta kuruluşu değiştirme hakkı tanımamıştır. İşverene dayalı özel sigortacılığın bulunduğu ABD’de ters seçimi önlemek için aynı işveren için çalışan işçilerin en az yüzde 75’nin sigorta kapsamında olması öngörülmektedir. New York Eyaleti ise zorunlu bir yeniden sigorta havuzu kullanmaktadır. Yapılan araştırmalar bu tür yasal önlemlerin ters seçimi azalttığını göstermektedir (Hsiao, 1995a:169).

Düzenleyici önlemler risk seçimini önlemek için de kullanılmaktadır. Örneğin bazı ABD eyaletleri sigorta planlarının her yıl belli dönemlerde üyelerini halka açıklamalarını ve primlerinin toplumsal riske göre belirlenmesini şart koşmaktadır. Ancak sigorta şirketleri, yüksek risklileri kapsam dışında bırakan bir takım yöntemlerle bu önlemlerin etkili olmasını engelleyebilmektedir. Örneğin bu amaçla, göreceli olarak daha sağlıklı bireyler istihdam eden daha varlıklı şirketlerle anlaşmalar yapmaktadırlar. Ayrıca kalp ve kas-iskelet sistemi hastalarını tespit etmek için sigorta şirketlerinin asansörsüz bir binanın beşinci katında hizmet vermeyi tercih ettikleri de bilinen uygulamalardandır (Hsiao, 1995a:169). Risk seçimini önlemek için prim oranları sınırlandırılmasına da gidilmektedir. Fakat böyle bir uygulama da birçok ters etkiye neden olabilmektedir. Bu nedenle, riske göre belirlenmiş primlerin sübvansiyon edilmesi önerilmektedir. Bu yaklaşıma göre, yeterli bir şekilde belirlenen sübvansiyonlar prim

oranı kısıtlamasını ortadan kaldırmakta ve sonuçta ters etkilerden kaçınılmasına neden olmaktadır. Böylece sübvansiyon yaklaşımı yüksek riskli bireylerin kapsama alınma oranını arttırmak için tercih edilen bir strateji olmaktadır (Van de Ven ve diğerleri, 2000:311).

Ahlaki tehlikeyi ve maliyet enflasyonunu önlemek için her hizmet için sabit bir miktarda katkı öngören birlikte ödeme, belli bir limitten sonrasının sigorta tarafından ödendiği kesintili ödemeler ve toplam maliyetlerin belli bir oranının sigortalı tarafından ödendiği birlikte sigorta gibi yöntemler kullanılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:6). Sağlık hizmetlerinin talep esnekliği konusunda yapılan araştırmalar, talebin fiyat esnekliğinin 0'dan büyük ve 1'den küçük olduğunu belirlediğinden bu tür maliyet paylaşımları talebi azaltabilmektedir. Ancak hizmet sunucuların talebi belirlemedeki etkisi dikkate alındığında, talep yönlü stratejilerin maliyetleri azaltmak için kullanılmasının pek etkili bir yöntem olmayacağı ileri sürülmektedir (Hsiao, 1995a:170).

Özel sağlık sigortasının en büyük dezavantajı prim miktarlarını ve yardım paketlerini belirlemekte yaşanan zorluklardır. Adalet ve dayanışma kaygılarıyla primlerin toplumsal riske göre belirlendiği durumlarda, görel olarak daha sağlıklı bireylerin toplumsal riske göre belirlenmiş prim oranlarını yüksek bularak, bireysel riske göre belirlenmiş bir sigortayı tercih etmeleri söz konusu olabilmektedir. Bu durumda geriye kalan görel olarak daha az sağlıklı bireylerin sigorta primlerini ödemesi zorlaşabilmektedir. Bu nedenle, tüm nüfusu kapsayan tek bir havuzlama sisteminin olmadığı durumlarda havuzlamayı düzenleyecek kuralların çok iyi belirlenmesi gerekmektedir. Aksi halde piyasanın bölünmesi, piyasadaki kaymağın toplanması ve özel risk gruplarının dışlanması söz konusu olabilmektedir (Maynard ve Dixon, 2002:112).

ABD’de özel sigortaların yüzde 90’ı işveren sigortasından oluşmakta olup, çoğu grup riskine göre belirlenmiştir. Ancak grup riski avantajından sadece büyük firmalar yararlanabilmektedirler, çünkü küçük firmaların istihdam kapasitesi de küçük olduğundan primlerin grup riskine göre belirlenmesi bir avantaj oluşturmamaktadır. 1998 yılı verilerine göre ABD’de işverenin finanse ettiği sağlık sigortası planlarının yüzde 47’si 200’den az işçi çalıştıran işyerlerini kapsamaktadır. Ayrıca küçük firmaların ödedikleri ortalama prim oranı, büyük firmaların ödediklerinden yüzde 10 daha fazla olup, sağlanan yardımlar da daha kısıtlıdır (Maynard ve Dixon, 2002:112).

Sağlık sigortası piyasasında rekabetin yaşanabilmesi için, bireylerin farklı yardım paketlerini karşılaştırılabilmesi gerekmektedir. Minimum standart paketin düzenlenemediği durumlarda, tüketici tercihinin bağlı olan rekabetin potansiyel olumlu rolü azalmaktadır (Maynard ve Dixon, 2002:111).

Vergilendirme, özel sağlık sigortacılığında önemli bir sübvansiyon aracıdır. Vergi gelirleri, gelir düzeyi çok düşük gruplar ile sigorta kapsamı dışında kalan grupların sağlık harcamalarının sübvansiyonu için kullanılabilir. Sübvansiyon, faturaların ödenmesi, yapılan ihtiyaç testi sonucunda belli bir nakit para ödenmesi veya devletin doğrudan ödemesi şeklinde olabilmektedir. Bu uygulamanın amacı, gelir düzeyi düşük kesimin olabildiğince sigorta kapsamına alınması ve piyasanın ters seçim sorunlarını çözmektir. Özel sağlık sigortalarının sübvansiyonu için kullanılacak vergi-harcama düzenlemelerinden biri vergi yardımıdır. Vergi yardımında özel sağlık sigortası primleri, verginin ödenmesinden önceki gayri safi toplam gelirden düşülmektedir. Diğer vergi kredisidir. Vergi kredisinde ise, bu primler, ödenmesi

gereken vergiden düşülmektedir. Vergi-harcama sübvansiyonları genellikle ulusal sağlık hesaplarında görünmediğinden gizli bir kamu harcaması olarak kalmaktadır. Özellikle artan kamu harcamalarına tepkinin olduğu ülkelerde bu durum politik bir avantajdır (Mossialos ve Dixon, 2002a:20-21).

1.2.1.3. Tıbbi Tasarruf Hesapları

Uluslararası yazında oldukça tartışmalı konulardan biri olan tıbbi tasarruf hesapları, yeni bir sağlık finansman yöntemi olarak ilk kez 1984 yılında Singapur'da uygulanmaya başlamıştır (Hsiao, 1995b ve 2001; Massaro ve Wong, 1995; Ham 1996; Chia ve Tsui, 2005; Dixon, 2002; Deber, Forget ve Roos, 2004; Rice ve Morrison, 1994; Saltman, 1998). Tıbbi tasarruf hesapları; bireyler, hane halkları ve firmaların gelecekte karşılaşılabilecekleri sağlık risklerine karşı, gönüllü veya zorunlu olarak, kendilerine ait banka hesaplarına, önceden para yatırımları ve bu parayı yalnızca sağlık harcamaları için kullanmaları esaslarına dayanmaktadır (Dixon, 2002:409).

Sadece Singapur, ABD, Çin ve Güney Afrika'da uygulanan yöntem, özel sağlık sigortası piyasasının doğasından kaynaklanan ters seçim, ahlâki tehlike, üçüncü taraf ödeyicilerin sorunları ve yüksek yönetsel maliyetlere çözüm getirmesi beklentileri ile doğmuştur (Maynard ve Dixon, 2002:121). Ayrıca ABD'de, sağlık sigortası maliyetlerini ödemekte zorluk çeken bağımsız çalışanlar ile küçük işverenler için alternatif bir finansman yöntemi olacağı düşünülmüştür. Ancak ABD'deki ilgi beklenenden daha az olmuştur (Mossialos ve Dixon, 2002a:21-22).

Tıbbi tasarruf hesapları uygulaması ülkelere göre farklılaşmakta (Tablo 6) ve çoğunlukla başka finansman yöntemleri ile desteklenmektedir. ABD'de yüksek-kesintili

bir afet sigortası ile birlikte yürütülmekte, Singapur’da gelir düzeyi çok düşük olan kesim için hükümet tarafından finanse edilen bir güvenlik ağı (Medifund) veya vergilerle finanse edilen hizmetler (Hong Kong önerisi) ile desteklenmektedir. Bu destek mekanizmaları gönüllü (Singapur-MediShield) veya zorunlu (ABD ve Güney Afrika) olabilmektedir. Primler, bazı ülkelerde tüm nüfus veya toplumun belli bir kesimi için zorunlu (Singapur-Medisave ve Çin) olurken, bazılarında gönüllü (ABD ve Güney Afrika) olabilmektedir (Dixon, 2002:409).

Tablo 6: Farklı Tıbbi Tasarruf Hesapları Uygulamaları

Destekleyen finansman mekanizmasının durumu	Tıbbi Tasarruf Hesapları Primleri	
	Zorunlu	Gönüllü
Yok	Singapur (1990’dan önce)	----
Gönüllü	Singapur MediShield (1990’dan sonra)	----
Zorunlu	Çin (kentsel işgücü)	ABD (federal) Güney Afrika

Kaynak: Dixon, 2002:409.

Tıbbi tasarruf hesapları konusundaki bu farklı düzenlemeler prim oranları için de geçerlidir. Prim oranları devlet tarafından belirlenmekte veya bireylere bırakılmaktadır. Devlet tarafından belirlendiği durumlarda, genellikle sabit bir oran olarak veya yaşa ve gelire bağlı olarak belirlenmektedir. Özellikle vergi kolaylığı sağlandığı durumlarda, aylık veya yıllık primler ile hesapta toplanacak para miktarı konusunda sınırlandırmalar söz konusu olabilmektedir. Fonların yönetimi ya devlet tarafından (Singapur) yapılmakta ve toplanan paralar devlet bonolarına yatırılmakta ya da ABD’de olduğu gibi özel sağlık sigortalarının bir parçası olarak bankalar tarafından yönetilmektedir. Ayrıca toplanan paraların hangi sağlık hizmetlerine harcanacağı da belirlenmekte, tasarrufların sağlık dışındaki alanlara harcanması durumunda vergi kolaylığı avantajlarından yararlanılamamakta ve harcanmayan tasarruflar miras yoluyla devredilebilmektedir (Dixon, 2002:409).

Deneysel alışmalar sınırlı olduğu için, tıbbi tasarruf hesaplarının etkileri konusundaki gözlemler de yetersizdir (Dixon, 2002:408; Mossialos ve Dixon, 2002a:21). Tıbbi tasarruf hesaplarının, ahlaki tehlikeyi azaltacağı, sigortanın verimliliğini arttıracaağı, tüketicilerini oğaltacağı ve sağlık harcamalarını azaltacağı iddia edilmektedir. Diğer yandan, bu yöntemin ters seçime neden olacağı, adaleti azaltacağı, maliyetleri arttıracaağı ve gerekli olan hizmetlerin kullanılmasını engelleyeceği ileri sürülmektedir (Dixon, 2002:410). Yapılan sınırlı deneysel araştırmalar, risk havuzlaması yapmaması, kaynak tahsisi kontrolü konusundaki yetersizliği, hizmet başına ödeme yapması ve sisteme katılım için finansal engellerin bulunması gibi durumların genel olarak adaletsizliğe ve verimsizliğe yol atığını göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:272-300; Dixon, 2002:414).

1.2.2. Kamusal Nitelikli Finansmanın Gelişimi

Kamusal nitelikli sağlık finansman yöntemlerinin doğuşu, özel nitelikli finansman yöntemleri ile kıyaslandığında oldukça yakın bir tarihe, 19. yüzyılın sonlarına dayanmaktadır. 19. yüzyıl sonunda sosyal sigortacılık yöntemi ile başlayan kamusal nitelikli finansmanı, 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkan vergilerle finansman izlemiştir.

1.2.2.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Gönüllü sağlık sigortacılığının hazırladığı zemin üzerine kurulan zorunlu sağlık sigortacılığı yasal olarak ilk kez 1883 yılında, Otto Van Bismarck nderliğinde,

Almanya’da başlatılmıştır⁹. Bu uygulama belirli endüstrilerde, belli bir ücret düzeyi altında çalışanların hastalık fonuna üye olma zorunluluğunu ve fonun finansmanının işçi ve işverenlerden alınan zorunlu katkılarla gerçekleştirilmesini gerektirmektedir (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:8).

Almanya’da tüm ülke çapında başlatılan bu uygulamanın yerel düzeyde ve bazı sektörlerde birçok öncülü bulunmaktadır. Örneğin Almanya’nın bazı eyaletlerinde 18. yüzyıldan itibaren kamu görevlileri için zorunlu olarak uygulanan sağlık sigortası bulunmaktadır. Ancak asıl öncülün madenlerdeki uygulamalar olduğu kabul edilmektedir. 16. yüzyıldan itibaren birçok eyalette madencilere sağlık hizmeti sunulması, hatta bazı işverenlerin kendi doktorlarını istihdam edip, kendi küçük hastanelerini kurmaları ve sağlık sigortalarına madencilerin yanı sıra işverenlerin de karlarının belli bir oranında katkıda bulunması, 1883 yılında kabul edilen yasadaki yükümlülöklere benzer uygulamalardır. Ayrıca 1848 devriminden hemen sonra belediyelere işçilerine sağlık ve diğer yardımları sağlayan karşılıklı refah sandıkları kurup, bu sandıklara işverenlerin de işçi katkılarının en fazla yüzde 50’si oranında katkı sağlaması ve sandıkların yönetiminde temsil edilmeleri hakkını tanıyan bir yasa kabul edilmiştir. Bu düzenleme daha sonra diğer eyaletlere de yayılmıştır ve 1868 yılına kadar sadece Prusya’da yaklaşık 4.000 fon, yarım milyondan fazla üyeye ulaşmıştır. Dolayısıyla 1883 yılındaki yasal düzenleme, uygulamayı ülke düzeyine taşımış, işverenlerin yükümlölüklerini açıklığa kavuşturmuş ve katkıların zorunlu hale getirilmesini sağlamıştır (Abel-Smith, 1994:70-71).

⁹ Almanya’da başlayan zorunlu hastalık sigortası çok kısa bir süre sonra iş kazası (1884) ile sakatlık ve yaşlılık (1889) sigortalarının da ortaya çıkmasına neden olmuş ve bu uygulamalar zaman içinde evrilerek diğer birçok ülkenin sosyal güvenlik sistemine örnek oluşturmuştur (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:3).

Zorunlu sağlık sigortacılığın 1883 yılında Almanya’da ortaya çıkmasının iki önemli nedeni bulunmaktadır. Birincisi yoksulluğu azaltmak, ikincisi ve daha önemlisi, gelişen sosyalist ve devrimci baskı karşısında işçilerin işverenlere ve devlete olan bağlılığını arttırmak, diğer bir deyişle onları sistemle bütünleştirmektir (Abel-Smith, 1994:71; Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:2).

İşçilerin ve ailelerinin beklentilerine yanıt vermesi ve devletin sağlık alanındaki sosyal kaygılarını somut bir şekilde ifade etmesi nedeniyle, zorunlu sağlık sigortasının politik kabul edilirliliği hızla artmıştır. Ayrıca zorunlu sağlık sigortası, geleneksel olarak hayır kurumları veya kamu yardımları ile sunulan sağlık hizmetleri sunumunun gelişiminde de önemli bir rol oynamıştır. Almanya’yı takiben 1887 yılında Avusturya, 1902 yılında Norveç, 1910 yılında İngiltere ve 1921 yılında Fransa (ancak uygulama 1930 yılında olmak üzere) sağlık sigortası uygulamalarını başlatmıştır. Böylece 1930’lu yılların başında “hastalık ve analık sigortası” olarak anılan zorunlu sağlık sigortası Avrupa’nın çoğu endüstrileşmiş ülkesinde başlatılmış bulunmaktadır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:8).

Sürekli çalışanlar için yapılan bu düzenlemeleri çiftçiler, balıkçılar gibi görel olarak daha düşük ücretle ve işveren katkısının olmayacağı bağımsız çalışanların kapsam altına alınması izlemiştir. Çok kolay olmayacağı düşünölen bu uygulama için bazı öneriler geliştirilmiştir. Birinci öneri, tüm sigortalılara İskandinav ülkelerinde olduğu gibi kaliteli hizmet sunan ve büyük oranda kamu tarafından sübvans edilen kamu hastaneleri ile hizmet sunarak sigorta maliyetlerini düşük tutmaktır. İkinci öneri, ülkede bulunan diğer fonların düşük gelirli bağımsız çalışanları karşılıklı olarak sübvans etmesidir. Üçüncü öneri, ya tüm zorunlu sağlık sigortalarını ya da sadece

belirli bazı bağımsız çalışanların sigorta fonlarını kamu fonlarıyla sübvansetmektedir. Ayrıca bağımsız çalışanlardan katkı toplanması da oldukça zor bir uygulamadır. Bu nedenle çiftçilerden katkı toplayabilmek için birçok yöntem geliştirilmiştir. İtalya’da potansiyel kar getirisine göre toprak üzerinden, Brezilya’da tarım üretimi üzerinden vergi alınması yoluyla katkı toplanmıştır. Hollanda, Fransa ve Belçika’da ise katkılar gelir vergisinin bir bölümü olarak toplanmıştır (Abel-Smith, 1994:73).

Bağımsız çalışanların sisteme dahil edilmesinden sonra sıra işsizler, yaşlılar ve özürlülere gelmiştir. Bazı ülkeler bu kimseleri sigortalıların bağımlıları olarak sisteme dahil etmiştir. Bazıları yaşlılık, maluliyet ve işsizlik sigortaları ile sosyal güvenlik sisteminin pasif üyeleri olarak ya herhangi bir ilave katkı sağlamadan ya da makul bir katkı miktarı ile sağlık hizmetlerine ulaşmalarını sağlamıştır. Bazıları ise primlerinin yerel veya merkezi düzeydeki sosyal yardım programları ile ödenmesini öngörmüştür (Abel-Smith, 1994:74).

Gelişmekte olan ülkelerde sosyal sağlık sigortasının tarihi gelişimi üzerine bilinenler oldukça sınırlıdır (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:13). Son 60 yıllık bilgilerin görece olarak daha iyi korunduğu Latin Amerika ülkelerinde sosyal sağlık sigortacılığı 20. yüzyılın ilk çeyreğinde ortaya çıkmaya başlamıştır (Tiryaki ve Tatar, 2000:125; Abel-Smith, 1994:72). Afrika ve Asya ülkelerindeki gelişim ise II. Dünya Savaşı sonrasında başlamıştır (Belek, 2000:93).

Avrupa’daki gelişmiş ülkelere daha farklı ekonomik ve sosyal koşullara sahip gelişmekte olan ülkeler, sosyal sağlık sigortalarını, gerek kapsam gerekse sağlık hizmeti sunumu açısından kendilerine özgü bazı özelliklerle uygulamaya koymuşlardır. Bu

özelliklerden biri, sağlık hizmetleri sunumundaki yetersizlikler nedeniyle sağlık sigortası kuruluşlarının sadece kendi üyeleri için kendi hastanelerini ve polikliniklerini kurmalarıdır. Bu uygulama Latin Amerika ülkelerinde başlamış ve 1950’li yıllardan itibaren Mısır, Libya ve Türkiye’de görülmüştür. İkinci özellik gelişmiş ülkelerde de gözlenen “dereceli uygulama”dır. Dereceli uygulama, sosyal sağlık sigortası kapsamının başlangıçta belli ölçütlerle (coğrafik bölge, işyeri büyüklüğü ve bağımlılar) sınırlandırılmasıdır. Önce büyük işyerleri ve belirli sektörlerdeki bağımlı çalışanlardan başlanmış, zamanla kapsam genişletilerek sigortalıların bağımlıları ile bağımsız çalışanlar da sisteme dahil edilmiştir. Üçüncü özellik, hizmeti kullananlar ve prim ödeyenlere temsilcileri veya seçilmiş bir yönetim organı yoluyla sağlık sigortası yönetimine katılma fırsatı tanınmasıdır. Bu durum, bu yeni kurumların güçlendirilmesi için oldukça değerli bir uygulama olmuştur (Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990:14-15).

Bu gelişmelere rağmen, istihdama dayalı olduğu için sosyal sigorta yöntemiyle herkese sağlık güvencesi sağlamak, çok yakın zamanda ve sadece bazı ülkelerle sınırlı olmak üzere mümkün olmuştur. Avrupa’da İsviçre 1996, Belçika 1998, Fransa 2000 yılında tüm nüfusa yüzde yüz oranında sosyal sağlık güvencesi sağlamıştır (Busse, Saltman ve Dubois, 2004:34-60). Bugün ağırlıklı olarak sosyal sigortacılık ile finanse edilen yaklaşık 60 ülke içerisinde (Gottret ve Schieber, 2006:17) yalnızca 27’si sosyal sağlık sigortacılığı ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı başaramıştır (Carrin ve diğerleri, 2001; Carrin ve James, 2005).

Günümüzde sosyal sağlık sigortası tarihsel özünü korumakla birlikte ülkelerin sosyal, ekonomik, kurumsal ve ideolojik yapılarındaki farklılıklara bağlı olarak yapısı, işleyişi ve teknik yönleri açılarından oldukça farklılaşmaktadır (Saltman ve Figueras,

1997:117; Ron, Abel-Smith ve Tamburi, 1990; Normand ve Weber, 1994). Günümüz sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bazı temel özellikleri şunlardır (Normand ve Busse, 2002:62-69; Busse, Saltman ve Dubois, 2004:34-60; ILO, 1999:10; Saltman ve Figueras, 1997:118)¹⁰:

a) Üyeliğin zorunlu oluşu hala sistemin en temel özelliklerinden birisidir. Ancak istisnalar da mümkündür. Fransa'da üyelik zorunlu değildir. Bu nedenle Fransa'daki sistem gönüllü sosyal sağlık sigortacılığı olarak da adlandırılmaktadır.

b) Zorunlu işçi ve işveren katkısı ile başlayan ilk uygulama, zaman içinde sosyal sigortanın ulusal refaha yaptığı katkının bedeli olarak devleti de finansmana katmıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:3). Bugün sosyal sağlık sigortası sistemleri genel olarak işçi - işveren primleri ve devlet katkısı ile finanse edilmektedir. Primler genellikle ücretin belli bir oranında tespit edilmekte olup, işçi ve işveren arasında paylaştırılmaktadır¹¹. Ancak prim oranları, işçi ve işveren prim oranları, prim tavanı bulunması, ücrete dayalı olmayan ek ödemelerin varlığı, düşük ücretlilerin ve ücret geliri olmayanların primlerinin hesaplanması, primlerin toplanması ve finansmanda genel vergilerin rolü konularında farklılıklar bulunmaktadır.

Prim oranları, bazı ülkelerde standart bir oran, bazılarında ise üyelik statüsü ve hastalık fonlarına göre değişiklik göstermektedir¹². Prim oranları Almanya ve

¹⁰ Aşağıda sıralanan bu özelliklere ait genel bilgiler anılan kaynaklara dayanmakta olup, kullanılan veriler aksi belirtilmedikçe 2002/2003 yıllarına aittir.

¹¹ Batı Avrupa'da sosyal sağlık sigortası sistemine sahip Avusturya, Belçika, Fransa, Almanya, Lüksemburg, Hollanda ve İsviçre'de durum böyledir. Ancak diğerlerinden farklı olarak, İsviçre'de primler gelire göre belirlenmekte birlikte, sigorta kuruluşunun bulunduğu bölge itibarıyla farklılaşan (genellikle kantonlar arasında) topluma göre belirlenen risk uygulaması da bulunmaktadır.

¹² Örneğin Belçika (ücretin yüzde 7,4'ü), Fransa (ücretin yüzde 13,6'sı), Lüksemburg (ücretin yüzde 5,1'i) ve Hollanda (AWBZ için yüzde 10,25, ZFW için yüzde 8,45, denizciler için yüzde 4,6) gibi

Lüksemburg’da olduğu gibi işçi ve işveren arasında eşit oranlarda paylaşılabileceği gibi, Fransa’da olduğu gibi işveren ağırlıklı¹³ veya Hollanda’da olduğu gibi işçi ağırlıklı olabilmektedir¹⁴. Bu konuda en ilginç iki örnek, primlerin yüzde 100’ünün işçiler tarafından ödendiği İsrail¹⁵ ve İsviçre’dir. Ayrıca bazı ülkelerde¹⁶ prim tavanı uygulaması bulunmakta iken, bazı ülkelerde¹⁷ böyle bir uygulama bulunmamaktadır.

Belçika, Fransa ve Hollanda gibi bazı ülkelerde primlerin yanı sıra ek ödemeler de bulunmaktadır. Belçika ve Hollanda’da primlerin yanı sıra, sigorta kuruluşlarına göre değişen oranlarda ve ücrete dayalı olmayan kişi başı katkılar alınmaktadır. Belçika’da düşük miktarda olan bu ek katkılar¹⁸, Hollanda’da sigortalıların yanı sıra bağımlılarından da alınmakta ve kişi başına yıllık 345€’yu bulmaktadır (2000 yılının başlarında sigorta kuruluşu gelirlerinin de yüzde 10’unu oluşturmaktadır). Tamamlayıcı finansman araçları olarak da adlandırılan bu ek gelirlerin uygulanmasının nedeni, Fransa’da olduğu gibi sigorta kuruluşuna ek gelir sağlamak veya Hollanda’da olduğu gibi sigorta kuruluşları arasında fiyat rekabeti yaratmaktadır. Ek ödemelerin tersi uygulamalarla karşılaşmak da mümkündür. Örneğin adaletle ilgili kaygılara rağmen, Almanya’da 1989 yılından itibaren (1997’de tüm sosyal sağlık sigortalarına yaygınlaştırılmıştır) sağlık hizmeti kullanımı az olanlar bir aylık prim ödemesinden muaf tutulmaktadır, “no claim bonuses”. İsviçre’de de benzer bir uygulama 1990’ların

ülkelerde sosyal sağlık sigortası sistemine üye olan herkes için aynı oran uygulanırken, Avusturya’da istihdam statüsüne göre yüzde 6,4 ile yüzde 9,1 arasında değişen oranlar uygulanmakta, Almanya’da ise sigorta kuruluşlarına göre değişmektedir.

¹³ Fransa’da 1970’lerde sırasıyla yüzde 20 - 80 olan işçi işveren primleri, 1980’lerin sonu ve 1990’ların başında yüzde 30 - 70 olmuş, 1999 yılında ise yüzde 6 - 94 oranları ile bugünkü seviyesine ulaşmıştır.

¹⁴ Hollanda’da işçi ve işveren primleri sırasıyla yüzde 65 - 35’tir.

¹⁵ İsrail’de 1997’ye kadar primler işçi ve işveren tarafından birlikte ödenmekte iken, 1998’den sonra işveren primi kaldırılarak, işverenlerin ödeyecekleri miktar genel vergilere yansıtılmıştır.

¹⁶ Avusturya, Almanya, İsrail, Lüksemburg ve Hollanda gibi.

¹⁷ Fransa ve Belçika gibi.

¹⁸ Belçika’da 1998’de yıllık ortalama 2.23€ olan bu ek prim, 2003 yılında 12€’ya çıkarılmıştır.

başından beri uygulanmaktadır, ancak 2002 yılında nüfusun sadece yüzde 0,12'si bu uygulamadan faydalanmak için başvuruda bulunmuştur.

Düşük ücretlilerin ve ücret geliri olmayanların primlerinin hesaplanmasında da farklı uygulamalar bulunmaktadır. Örneğin bir emeklinin ne kadar prim ödeyeceği ülkeler arasında farklılaşmaktadır. Birçok ülkede emekliler, emekli maaşları üzerinden halen çalışanların ödediği yüzde oranında (veya İsviçre'deki gibi kişi başı aynı miktarda) sağlık sigortası primi ödemektedir. Emeklilerin sağlık sigortası primleri Almanya ve Lüksemburg'da olduğu gibi ya emekliler ve emekli sandıkları (işveren payı olarak) tarafından birlikte ödenmekte ya da Hollanda'da olduğu gibi sadece emekliler tarafından ödenmektedir. Prim oranı Belçika'da olduğu gibi çalışanlara göre daha düşük¹⁹ veya Avusturya'da olduğu gibi çalışanlara göre daha yüksek²⁰ olabilmektedir. Düşük gelirliilere uygulanan prim miktarları genel olarak diğer çalışanların ödediği prim miktarlarından düşük olmasına rağmen tersi durumlara da rastlanmaktadır. Fransa ve Lüksemburg gibi bazı ülkeler belli bir gelirin altında kalanlardan hiç prim almamakta, İsrail gibi bazı ülkeler ise daha düşük oranda prim almaktadır. Almanya'da ilginç bir uygulama dikkati çekmektedir. Almanya, aylık 400€'ya kadar geliri olanlardan hiç prim almamakta, 800€'ya kadar olanlardan ise daha düşük oranda prim almaktadır. Ancak, aylık 400€'ya kadar geliri olanlar (yüzde 11'lik prim oranları bulunmaktadır ve tümü işveren tarafından ödemektedir), ikinci bir işte çalışıyor olabilecekleri veya aileye ve topluma dayalı düzenlemelerden faydalanacakları düşüncesiyle, sağlık sigortasından yararlanma olanağına sahip değildirler. Avusturya, Belçika ve Hollanda sabit bir düşük prim almaktadır, ancak sabit olması nedeniyle gelir azaldıkça gerçek oran artmaktadır.

¹⁹ Belçika'da işçi primi yüzde 3,84 iken emekliler yüzde 3,55 ödemektedir.

²⁰ Avusturya'da en yüksek işçi primi yüzde 9,1 iken emekliler yüzde 11 ödemektedir, ancak bu miktarın yaklaşık üçte birini (yüzde 3,75) emekliler, geriye kalan yaklaşık üçte ikisini ise emekli sandıkları ödemektedir.

Primler Avusturya, Almanya ve İsviçre'deki gibi sosyal sağlık sigortası kuruluşları, Lüksemburg'taki sigorta birlikleri ve Belçika ve Fransa'daki gibi kamu otoritelerince toplanabilmektedir.

Sosyal sağlık sigortaları ile finansmanda genel vergilerin önemli bir rolü bulunmaktadır. Örneğin Avusturya ve İsviçre'de hastane hizmetleri büyük oranda vergilerle finanse edildiğinden, anılan ülkelerin toplam sağlık harcamaları içerisinde sağlık sigortasının payı düşüktür. Örneğin Avusturya'da bu oran yüzde 50'den azdır. Hollanda'da hastane hizmetleri sadece sigorta fonlarınca karşılanmasına rağmen, bu hizmetler için önemli oranda vergi sübvansiyonu sağlanmaktadır. Almanya ve Avusturya'da bulunan sağlık sigortaları hiçbir sübvansiyon almazken (çiftçiler hariç), Almanya'da 16 eyalet hükümeti bütün büyük sermaye yatırımları için ödeme yapmaktadır. Vergi sübvansiyonları Hollanda'nın (birleşik hastalık fonları kuruluşlarına ödenmektedir) yanı sıra, Belçika²¹, İsrail²² ve Lüksemburg'da da önemli oranlardadır. Dolayısıyla sosyal sağlık sigortası sistemine sahip ülkelerin sağlık hizmetlerinin ne oranda ücrete dayalı primlerle finanse edildiğini ortaya koymanın iki yolu bulunmaktadır. Birincisi, sosyal sağlık sigortaları gelirlerinin ne oranda ücrete dayalı primlerle finanse edildiği, diğeri ise toplam sağlık harcamalarının ne oranda sosyal sağlık sigortalarınca karşılandığıdır. Örneğin Almanya ve Hollanda toplam sağlık harcamalarının yüzde 60'ından fazlasını, İsrail yüzde 25'ini ücrete dayalı primlerle finanse etmektedir.

²¹ Belçika'daki yüksek vergi desteğinin nedeni, 1981 yılında uluslararası rekabet açısından daha güçlü olabilmek için sosyal güvenlik primlerinin kasıtlı olarak yüzde 6,17'ye düşürülüp KDV'nin artırılmasından kaynaklanmaktadır.

²² İsrail'de yüksek vergi desteğinin nedeni ise daha önce belirtildiği üzere, 1997 yılında işveren primlerinin genel vergilendirme ile yer değiştirmesinden kaynaklanmaktadır.

Devlet katkısı düzenli primler şeklinde olabileceği gibi yasal olarak sistem dışında kalanların sübvansiyonu veya bazı sağlık hizmetlerinin sübvansiyonu şeklinde de olabilmektedir.

c) Bağımsız, yarı-kamu kuruluşu niteliğinde, genellikle risk havuzlaması yapıp kar amacı gütmeyen sosyal sağlık sigortaları varlıklarını sürdürmektedir. Ancak bu kuruluşlar sayıları, büyüklükleri, yapıları, kar amacı taşıyıp taşıyamamaları ve risk havuzlaması bulunup bulunmaması açılarından oldukça farklılaşmaktadır.

Sigorta kuruluşları Avusturya, Fransa ve Lüksemburg²³ gibi bazı ülkelerde mesleki statüye, Avusturya gibi bazılarında ise meslek grubu ve/veya ikamet edilen bölgeye göre değişen oldukça küçük, sabit sayıda ve sigortalılarca üyeliğin tercih edilemediği fonlar şeklinde olabildiği gibi, Almanya²⁴, Hollanda²⁵, Belçika²⁶, İsrail, İsviçre²⁷ gibi bazılarında çok sayıda ve rekabetçi yapılar ve rejimler (Fransa²⁸, İsviçre²⁹) şeklinde olabilmektedir. Çok sayıda ve rekabetçi yapıya sahip ülkelere en az sayıda

²³ Lüksemburg'da 9 tane sağlık sigortası fonu bulunmaktadır. Bunlar; el emeği ile çalışanlar, özel sektördeki beyaz yakalı işçiler, bağımsız çalışanlar, tarım çalışanları, kamu çalışanları, yerel otorilerde çalışan kamu çalışanları, ARBED'de el emeği ile çalışanlar, ARBED'de beyaz yakalı işçiler ve tren yolu çalışanlarının üye olduğu sigortalardır.

²⁴ Almanya'da 1990'lı yılların başlarında 1000 adet olan hastalık fonu, 2002 yılında rekabet ve profesyonel yönetim kaygılarıyla birleşmeler sonucu 355'e düşmüştür. Bu ülkede hastalık fonları tarihi olarak coğrafik bölgeler ile meslek veya işveren temeline dayanmakta ve orijinal olarak 7 gruba ayrılmaktadır: 17 genel bölgesel fon, 12 vekil "substitute" fon, 287 işyerine dayalı fon, 24 esnaf fonu, 13 çiftçi fonu, 1 madenci ve 1 denizci fonu.

²⁵ Hollanda'da II.Dünya Savaşı'ndan sonra 250 hastalık fonu bulunmakta iken, 2003 yılında bazıları aynı sigorta şirketine ait 22 hastalık fonu bulunmaktadır (Ocak 2003).

²⁶ Belçika'da 100 hastalık fonu bulunmakta ve üyelik dine veya politik tercihe göre belirlenmektedir. 2 özel kuruluş (hiçbir yasa kapsamına giremeyenlere sağlık sigortası sunan kuruluş ile tren yolu çalışanlarına hizmet sunan kuruluş) dışındaki kuruluşlar 5 fona üyedir. Bunlar; Hristiyanlar, Tarafsız (Nötr) Olanlar, Sosyalistler, Liberaller ile Özgür ve Profesyonel olanlardır.

²⁷ İsviçre'de 1965 yılında yaklaşık 1000 adet olan hastalık fonu sayısı, 2001 yılında 100'ün altına düşmüştür.

²⁸ Fransa'da en büyük hastalık fonu (Regime Generale) çalışanları, endüstri işçilerini, emeklileri, işsizleri ve bağımlılarını kapsamaktadır. 2000 yılında nüfusun yüzde 84'ünü kapsamı altına alan fonun bir ulusal ofisi, 16 bölgesel koordinatörlüğü ve 129 yerel bürosu "caisses" bulunmaktadır.

²⁹ İsviçre'de hastalık fonları özel veya kamu kuruluşlarınca sağlanmakta ve birlik, kuruluş, yardımlaşma sandığı, kar amacı gütmeyen şirket olarak kurulabilmektedir.

sosyal sağlık sigortasına sahip ülke 4 sigorta fonu ile İsrail, en çoğuna sahip ülke ise 355 ile Almanya’dır.

Sigorta kuruluşları Almanya, Avusturya, Belçika, Fransa ve Lüksemburg gibi ülkelerde kar amacı taşımamakta iken, Hollanda ve İsviçre’de kar amacı taşımaktadır. Kar amacı taşımayan ülkelerdeki kuruluşların yönetimi işçi ve işveren arasında genellikle eşit oranda³⁰ paylaştırılmış olup, yetkileri yasalarla belirlenmiştir. Kar amacı taşıyan ülkelerden biri olan Hollanda’da sosyal sağlık sigortaları, özel sağlık sigortaları ile birleşerek hem kamu hem de özel sağlık sigortası sunabilmektedir. İsviçre’de ise zorunlu sağlık sigortası kamuya ait sosyal sağlık sigortası kuruluşlarının yanı sıra, özel sağlık sigortalarınca da sunulabilmektedir.

1.2.2.2. Vergilerle Finansman

Zorunlu sağlık sigortası ile kapsamı genişletme tartışmalarının son aşaması, bu hizmetin tüm nüfusa kamu finansmanı yoluyla yayılmasıdır. Bu durum vergilerle finanse edilen ve tüm nüfusu kapsayan “ulusal sağlık hizmetleri” sistemlerinin doğmasına yol açmıştır. İlk girişim 1920 yılında Macaristan’da olmuştur. Eski Sovyetler Birliği, arlık döneminde başlatılan kamu finansman yöntemini 1938 yılına kadar büyük oranda tüm nüfusa yaygınlaştırmıştır. Ancak ulusal sağlık hizmetleri sistemini 1938 yılında başlatan ilk lke Yeni Zelanda’dır (WHO 2000a:12). İngiltere 1948 yılında bu uygulamayı başlatan ilk Batı Avrupa lkesi olmuştur. Bu uygulamaları II.Dünya Savaşı’nı takiben henüz tüm nüfusu kapsam altına almayı başaramamış eski Sovyetler Birliği, Macaristan, Avrupa’daki diğer eski sosyalist lkeler, Japonya, İskandinav lkeleri ve Şili, 1970’li yıllarda Kanada, 1980’li yıllarda İtalya, Portekiz,

³⁰ Fransa’da işçi ve işveren sırasıyla 2:1, Almanya’da ise sadece işçilerce yönetilmektedir.

Brezilya, Yunanistan ve İspanya, 1990 yılında Güney Kore ve 1994 yılında Tayvan izlemiştir (Abel-Smith, 1994:73; WHO 2000a:13).

Az gelişmiş ülkelere bakıldığında Afrika ve Asya'nın birçok eski sömürge ülkesinin, ücretsiz veya neredeyse ücretsiz denilebilecek sağlık hizmetlerini büyük oranda yaygınlaştırmayı başardığı görülmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için daha fazla hastane inşa edilmiş, yabancı doktorların yerini yerel olarak eğitilenler almış ve hizmetler kırsal bölgelere yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır. Bu ülkeler değişik boyutlarda yardımcı sağlık personeli de kullanmışlardır. Ancak hizmetler sadece vergilerle finanse edildiği için sınırlı vergilendirme kapasitesi ile tüm nüfusa ücretsiz sağlık hizmeti sunma uygulaması zamanla sorunlar yaşanmasına yol açmış ve gelişmekte olan ülke ekonomilerinde istikrarı bozan 1980'lerdeki ekonomik kriz, sorunu daha da ciddi bir tabloya dönüştürmüştür (Abel-Smith, 1994:75).

Günümüzde genel vergi gelirleri neredeyse bütün ülkelerde sağlık hizmetlerinin finansmanı için kullanılmaktadır. Bu gelirler özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir finansman kaynağıdır (Hoare ve Mills, 1986:16-18). Bugün 191 DSÖ üyesinin 106'sı ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilmektedir (Gottret ve Schieber, 2006:17). Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı vergi kaynakları, toplanma düzeyleri ve vergi türleri açısından farklılaşarak heterojen bir yapı göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:14).

Vergi kaynakları dolaysız ve dolaylı vergiler olarak ikiye ayrılmaktadır. Dolaysız vergiler, faktör gelirleri (rant, ücret, faiz, kâr) ve servet üzerinden alınmaktadırlar (Ünsal, 2001:104). Gelir vergileri oranı gelir artışı ile arttığında (artan

oranlı) vergi adaleti sağlanmakta ve gelir düşük gelirli lehine yeniden dağıtılmaktadır. Dolaysız vergilerin gelirin belli bir oranında olması (oransal) ve gelir artışı ile azalması (azalan oranlı) da söz konusudur. Bu durumda vergi adaleti konusunda sorunlar yaşanabilmektedir.

Dolaylı vergiler, mallar ve işlemler üzerinden (satış vergisi, katma değer vergisi, özel tüketim vergisi, ithalat ve ihracat vergileri gibi) ³¹ alınan vergilerdir (Ünsal, 2001:104). Dolaylı vergiler gelirle ilişkili olmayıp tüketilen mal miktarı ile ilişkili olduğundan, gelir artışı ile birlikte azalan oranlı olma özelliğine sahiptirler. Yani düşük gelir grubunda yer alan bireyler, gelirlerinin oransal olarak daha büyük bir kısmını dolaylı vergilere (özellikle alkol ve tütün gibi yüksek vergi alınan mallara) harcamaktadırlar³². Yine birçok dolaylı verginin sabit bir miktar olarak (sürücü ehliyeti gibi) tespit edilmesi de benzer sonuca neden olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:14). Lüks tüketim mallarına yüksek oranda, zorunlu tüketim mallarına ise hiç dolaylı vergi uygulanmadığı durumlarda dolaylı vergilerin vergi adaleti sağlaması mümkündür. Ancak, dolaylı vergiler yoluyla vergi adaleti sağlanamadığında, sağlık sisteminin dolaylı vergilerle finansmanı da arzu edilmemektedir.

Toplanma düzeyleri açısından vergiler ulusal ve yerel vergiler olarak iki şekilde ele alınmaktadır. Ulusal düzeyde alınan vergiler Arnavutluk, Yunanistan, Polonya, Portekiz, İspanya, İngiltere gibi birçok ülkede sağlık finansmanının temel kaynağıdır. Ulusal vergilendirme yoluyla kaynak sağlama, sağlık sektörü ve diğer kamu politikası

³¹ Dolaylı vergiler; spesifik vergiler ve ad volarem vergiler olarak adlandırılan iki tür vergiden oluşmaktadır. Spesifik vergiler birim mal üzerinden, ad volarem vergiler ise malın satış değeri üzerinden alınırlar (Ünsal, E.M., 2001:104).

³² Ayrıca, yüksek gelir grubunu oluşturan bireyler daha fazla tasarruf yaparlar ve tasarruflar üzerinden genellikle dolaylı vergi alınmaz.

alanlarına yapılan harcamalar konusunda bir tercih yapmayı gerektirmektedir. Vergileri ulusal olarak toplamanın avantajı, yönetimde ölçek ekonomisinden faydalanmaktır (Mossialos ve Dixon, 2002a:15-16).

Yerel vergilendirme, vergilerin genellikle belirli bir coğrafi bölgeye göre belirlenmesidir. Bulgaristan, Danimarka, Finlandiya, Norveç, İsveç, İtalya gibi birçok ülkede sağlık finansman kaynağı olarak kullanılmaktadır. Yerel vergilendirmenin; daha şeffaf, sorumluluğu arttıran, yerel tercihlere yanıt veren ve sağlığa ayrılan kaynakları ulusal önceliklerle rekabet etmekten koruyan özelliklere sahip olduğu iddia edilmektedir. Ancak, bu düşünceye katılmayanlar, sağlık harcamalarının yerel bütçelerden sağlanmasının bir adalet durumu yaratabileceğini savunmaktadırlar. Çünkü yerel politikacılar risk değişimi konusuna pek duyarlı değildir. Ayrıca farklı bölgelerde farklı vergi oranlarının uygulanması durumunda yatay adaletsizlik de söz konusu olabilmektedir. Dahası, refah düzeyindeki bölgesel farklılıklar nedeniyle, aynı vergi oranı, refah düzeyi daha yüksek (düşük) bölgeler için daha fazla (az) gelir anlamına gelebilmektedir. İç göç, özellikle gençlerin kırsal bölgelerden kentlere doğru göç etmesi, bölgesel eşitsizliği arttırabilmektedir. Yerel vergiler teorik olarak adaletli ve adaletsiz olabilmektedir. Yerel vergilendirme, gelirin tüm ülke yerine belli bir bölgede yeniden dağıtımını sağlamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:15).

Türleri açısından vergiler genel amaçlı vergiler ve özel amaçlı vergiler olarak iki sınıfa ayrılmaktadır. Genel amaçlı vergiler çeşitli amaçlar için kullanılmak üzere toplanan vergilerdir. En önemli avantajları; geniş bir gelir tabanı oluşturması ve sağlık sektörü ile diğer kamu harcamaları arasında tercih yapmaya olanak sağlamasıdır. Özel amaçlı vergiler, sadece sağlık sektöründe kullanılmak üzere toplanan dolaysız ve dolaylı

vergilerdir ve birçok ülkede uygulanmaktadır. Örneğin Fransa ve İtalya’da sigorta primine benzer bir şekilde gelir üzerinden, İngiltere ve Belçika’da ise sigara üzerinden alınmaktadır. Genel amaçlı vergilere göre birçok avantajı bulunmaktadır. Örneğin; daha görülebilir olduklarından vergi vermeye direnci azaltabilmektedirler ve vergilendirme ile harcama arasındaki gerçek ilişki sağlık hizmetleri finansmanını daha şeffaf ve yanıt verir bir hale getirmektedir. Bu vergiler politik müdahaleye daha az açıktırlar. Diğer yandan, sağlık sektörü için toplanan vergilerin diğer vergilerle birleştirilmesi durumunda, gelir ve harcama arasındaki ilişkiyi zayıflatarak halkın bu vergilere olan güvenini azaltması mümkündür. Ayrıca özel amaçlı vergiler bütçeleme sürecinde katılıklara neden olmaktadır. Çünkü harcamalar politika kararlarına göre değil, toplanan gelire göre belirlenmektedir. Bunların dışında, sağlık hizmetlerini diğer kamu sektörü harcamalarından ayırmak, diğer sektörlerin de özel amaçlı vergiler talep etmelerine neden olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:16).

2. BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK FİNANSMANININ TARİHSEL GELİŞİMİ VE TÜRK SAĞLIK SİSTEMİ

Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanının tarihsel gelişimi sosyal güvenliğin tarihsel gelişiminden bağımsız olmamıştır. Sağlık finansmanında geleneksel olarak tanımlanabilecek özel uygulamaların Anadolu’daki ilk örnekleri, Avrupa’daki uygulamalara benzer tarihlerde, 13. yüzyılda, Osmanlı İmparatorluğu döneminde “Ahilik” adı verilen meslek örgütleriyle ortaya çıkmıştır. Avrupa’daki uygulamalarda olduğu üzere, karşılıklı yardımlaşma ve dayanışmayı ilke edinen bu kurumda, üyelerin hastalık, kaza ve ölüm gibi risklerle karşılaştıklarında faizsiz para alabilecekleri ortak bir kasa bulunmaktadır. Amacından uzaklaşan bu kurumun yerini 15. yüzyıldan itibaren yine meslek örgütü olan ve “Lonca” adı verilen yeni bir sistem almıştır. Loncalar hastalık, kaza, yaşlılık ve ölüm risklerine karşı gelir kaybını gidermek amacıyla “orta sandığı” veya “teavün sandığı” adı verilen bir tür dayanışma sandıkları kurmuşlardır. 19. yüzyılın sonuna doğru Loncaların ortadan kalkması ile doğan boşluk, sosyal yardımın güçlü aracı olarak oluşan “Vakıflar” ile doldurulmuştur (Fişek, 1997:45). Sadece ücret ödeyebilenlerin sağlık hizmetlerinden faydalandığı bu dönemde, çok yetersiz olmakla birlikte vakıf hastaneleri ve daha yaygın bir nitelik gösteren Kızılay gibi yardım kurumları, sağlık hizmetleri sunumu açısından önemli işlevler göstermişlerdir (Talas, 1997:455-456; Fişek, Özşuca ve Suğle, 1998:9-10).

Osmanlı İmparatorluğu döneminde Zonguldak Havza’sında çıkarılan Dilaver Paşa (1865) ve Maadin Nizamnameleri (1869) sınırlı da olsa çalışanlar için birtakım “sağlık ve sosyal güvenlik” hakları getirmiştir. Dilaver Paşa Nizamnamesi, hafif hastaların madende bulundurulacak bir doktor tarafından tedavi edileceği, ağır hastaların ise evlerine gönderilecekleri hükümlerine yer vermiştir. Maadin

Nizamnamesi ise, iş kazalarına karşı gerekli önlemlerin alınmasını ve madenlerde bir doktorla birlikte gerekli ilaçların bulundurulmasını gerekli kılmıştır (Talas, 1997:456-457; Güzel ve Okur, 1994:30; Fişek Özşuca ve Suğle, 1998:10).

Hastalık sigortası ülkemizde ilk kez, sınırlı bir biçimde 10.9.1921 tarihinde 151 sayılı Ereğli Havza-i Fahmiyesi Maden Amelesinin Hukukuna Müteallik Kanun ile kurulmuştur (Güzel ve Okur, 2004:290). Bu Yasa bölgedeki işçi işveren ilişkilerini düzenleyip, işçiler yararına düzenlemelere sahip olması nedeniyle “ilk kapsamlı iş yasamız” olarak da adlandırılmaktadır. Genel nitelikli yasa ise 1950 yılında “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu” ile çıkarılmıştır. Ayrıca 28.4.1921 tarih ve 114 sayılı “Zonguldak ve Ereğli Havza-i Fahmiyesinde Mevcut Kömür Tozlarının Amele Menfai-i Umumiyesine Olarak Furuhtuna Dair Kanun”, kömür tozlarının açık arttırma yoluyla satılarak işçiler yararına kullanılması ile ilgili düzenlemelere sahip olduğundan “ilk sosyal yardım yasası” olarak nitelendirilmektedir (Talas, 1997:458-459; Fişek Özşuca ve Suğle, 1998:11).

Bunların yanı sıra, 1930 tarihli “Umumi Hıfzısıhha Kanunu” belli sayıda işçi çalıştıran işverenlerin hastalık, kaza ve analık hallerinde işçilerine sağlık yardımı yapmasını düzenleyen hükümlere yer vermiştir. Ayrıca 1930 tarih ve 1580 sayılı “Belediye Yasası”, 1965 yılında 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası çıkana kadar fakir hastaların ücretsiz bakılması ve bu hastalara parasız ilaç verilmesini öngörmüştür (Fişek, 1985:169).

2.1. Türkiye’de Özel Nitelikli Sağlık Finansmanının Gelişimi

Türkiye’de sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin Avrupa’daki uygulamalardan daha geç bir tarihte başlamış olması ve Avrupa’daki uygulamalara benzer şekilde kapsamın zaman içinde genişlemesi, cepten ödemelerin finansmanda ağırlıklı bir yer tutmasına neden olmuştur. Ayrıca Türkiye’de özel sağlık sigortacılığı Avrupa’daki uygulamalardan farklı olarak finansmanda oldukça düşük bir ağırlığa sahiptir.

2.1.1. Türkiye’de Cipten Ödemeler

Türkiye’de sağlık finansmanı ve sağlık harcamalarına ilişkin istatistikler yakın döneme ait verileri kapsamaktadır³³. 1992 yılında, toplam sağlık harcamalarının yüzde 31’ini oluşturan cepten ödemeler, zaman içinde azalarak 2004 yılında yüzde 20’ye düşmüştür (Tablo 7). Ancak 2001-2004 verileri Türkiye İstatistik Kurumu’nun (TÜİK) geçici verileri olduğundan, 2000 yılındaki yüzde 29 rakamını kullanmak daha sağlıklı bir değerlendirme yapılmasını sağlayacaktır. 1992-2000 dönemi arasında cepten ödemelerde sadece yüzde 2’lik bir azalma söz konusudur. Oysa ki, 1990 yılında yaklaşık 36,5 milyon kişiye sosyal sağlık güvencesi sağlayan sosyal güvenlik kurumlarının sigortalı sayısı 2000 yılında 55 milyona ulaşmış (Tablo 11), Yeşil Kart verilen kişi sayısı 10 milyonu geçmiştir (Tablo 18). 2000 yılı nüfus sayısı dikkate alındığında yaklaşık yüzde 40’lık bir kapsam genişlemesine rağmen, sadece yüzde 2’lik bir cepten harcama azalışı, oldukça tartışmalı olan istatistiklere rağmen düşündürücüdür. Bu durum ancak, çok hızlı artan sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin oranının azalması olasılığı ile açıklanabilir. Nitekim son yıllarda cepten

³³ Türkiye’de sağlık finansmanı ve harcamalarına ilişkin bazı veriler DPT’de bulunmaktadır. Ancak cepten ödemeler gibi daha ayrıntılı bilgileri içeren araştırmalar 1990’lı yıllarda Sağlık Bakanlığı’na bağlı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü kurulduktan sonra yapılmaya başlanmıştır. 1992 – 1998 yılları arasını kapsayan araştırmalar Prof.Dr.Mehmet Tokat’a yaptırılmıştır (Tokat, 1997, 1998, 2001a, 2001b). 1999-2000 yılları için bu istatistikler Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması ile belirlenmiştir (SB, 2004a). 2000 yılından sonraki veriler ise TÜİK’in yaptığı araştırmalara dayanmaktadır.

ödemeleri arttırması beklenen uygulamaların ortaya konması, cepten ödemelerin azalması olasılığını ortadan kaldırmaktadır. Örneğin, Maliye Bakanlığı tarafından 29.4.2006 tarihinde yayınlanan (6) sıra numaralı 2006 Yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği³⁴, yüzün üzerinde ilacın sosyal güvenlik kurumları tarafından geri ödemesini durdurmuştur³⁵.

Tablo 7: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları (% , 1992-2004)

Finansman Kaynağı	1992 (1)	1993 (1)	1994 (1)	1995 (1)	1996 (1)	1997 (1)	1998 (1)	1999 (2)	2000 (2)	2001 (3)	2002 (3)	2003 (3)	2004 (3)
Vergi + Fon	46	47	46	43	43	43	40	27	26	32	31	30	31
Sigorta Prim.	23	22	24	27	25	28	31	33	36	35	38	40	40
Cepten Öd.	31	31	30	30	32	29	28	30	29	24	22	21	20
Diğer özel	...	...	...	...	...	...	...	10	9	9	9	9	9
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: (1) Tokat, 1998:72; 2001a:43; 2001b:47, (2) SB, 2004a:21-22, (3) TÜİK geçici verileri.

OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye’de cepten ödeme miktarı yüksektir (Tablo 8). 1992-2004 tarihleri arasında OECD ülkelerinde cepten ödemelerin toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı yüzde 20-21 arasında seyretmiştir. TÜİK verilerinin gerçeğe yakın veriler olduğu varsayılırsa, 2003-2004 yıllarındaki verilerin OECD ortalamasına eşitlendiği söylenebilir. Ancak, son yıllarda özellikle formel cepten

³⁴ 29.4.2006 tarih ve 26153 sayılı R.G.

³⁵ Maliye Bakanlığı Geri Ödeme Komisyonu’nun 30.06.2006 tarihindeki toplantısından sonra yapılan değişiklikle, ilaç harcamalarında tasarruf için 116 adet ilacın sosyal güvenlik kurumları tarafından geri ödemesi durdurulmuştur. Maliyetleri kısıtlamak için alınan bu tedbir, hangi eliminasyon ölçütlerine göre karar alındığının (endikasyon mu yoksa etken madde temelinde mi) belirtilmemesi, yeterli ve bilimsel gerekçelendirme yapılmaması, ilgili tarafların görüşlerinin alınmamış olması, hekimlerin reçete düzenleme hakkına sınırlama getiriyor olması ile vergi ve primini ödemiş olmasına rağmen vatandaşın ilaca ulaşımını engellemekte olduğu gerekçeleriyle yoğun bir eleştiri almıştır. Ayrıca böyle bir kısıtın tezgah üstü ilaç satışını arttırarak ilaç kullanımını kontrolsüz bir şekilde arttıracığı, halk sağlığını riske edeceği, geri ödeme kurumlarının ilaç harcamaları azalsa bile ülke olarak ilaca yapılan toplam harcamanın artacağı belirtilmiştir (TTB, 2006a). Bu kez 12.9.2006 tarihinde değişikliğe uğrayan ve 14.9.2006 tarihinde yürürlüğe giren aynı tebliğ, bazı ilaçları daha liste dışına çıkarmış veya listeye eklemiştir. Ancak yukarıda belirtilen eleştiriler bu değişikliğe de yöneltilmiştir (TTB, 2006b).

ödemeleri arttıracak düzenlemelerin getirilmesi, cepten ödeme miktarının artması beklentisini doğurmaktadır.

Tablo 8: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde Cepten Ödemelerin Oranı ve OECD Ülkeleri Ortalaması (% 1992-2004)

Cepten Ödemeler/TSH	1992 (1)	1993 (1)	1994 (1)	1995 (1)	1996 (1)	1997 (1)	1998 (1)	1999 (2)	2000 (2)	2001 (3)	2002 (3)	2003 (3)	2004 (3)
Türkiye	31	31	30	30	32	29	28	30	29	24	22	21	20
OECD Ort. (4)	20	20	20	20	20	20	20	20	21	20	20	21	-

Kaynak: (1)Tokat, 1998:72, 2001a:43 ve 2001b:47, (2) SB, 2004a:21-22, (3) TÜİK, (4) OECD, 2005.

Ülkemizde cepten ödemelerin üç türü de bulunmaktadır. Ancak cepten ödemelerin ne kadarının doğrudan ödeme, ne kadarının kullanıcı katkısı, ne kadarının enformel ödeme olduğunu gösteren istatistikler mevcut değildir.

Türkiye’de orta büyüklükte bir şehirde sağlık sektöründe cepten ödemelerin kapsamı ve nedenleri ile ilgili 2003 tarihli bir araştırma, enformel ödemelerin toplam cepten ödemelerin yüzde 25’ini oluşturduğunu göstermektedir (Tatar ve diğerleri, 2003:9). Araştırmaya göre, kamu sektöründe gerçekleşen cepten ödemelerin yüzde 62’si formel kullanıcı katkıları, yüzde 38’i ise enformel ödemedir (Tablo 9). Özel sağlık sektöründeki hizmetler için bu rakamlar sırasıyla yüzde 78 ve yüzde 22’dir. Kamu sektöründe formel cepten ödemelerin yüzde 70,3’ü ile enformel ödemelerin yüzde 50,5’i ilaç için yapılan ödemelerdir. Kamudaki diğer formel ödemeler yüzde 10’un altında kalırken, diğer enformel ödemeler yüzde 23,5 ile hekimin cerrahi hizmetleri ve yüzde 11,1 ile bağışlardan oluşmaktadır. İlaç için yapılan cepten ödemeler özel sektörden hizmet satın alınması durumunda da formel ödemelerin yüzde 49,7 ile en yüksek oranı oluşturmaktadır. Bu sektöre yapılan formel ödemelerde ikinci sırayı yüzde 29,8 ile hekimin tıbbi hizmetleri almaktadır. Özel sektörde yapılan enformel ödemeler

açısından ise, hekimin tıbbi hizmetleri için yapılanlar yüzde 99 ile en yüksek rakamı oluşturmaktadır.

Tablo 9: Kamu ve Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Cepten Ödemelerin Amaçlarına Göre Dağılımı (%)

Amaçlarına Göre Cepten Ödeme Şekilleri	Kamu Hizmet Sunucuları		Özel Hizmet Sunucuları		Toplam
	Formel	Enformel	Formel	Enformel	
Bağış	-	11,1	-	-	1,3
Hekimin tıbbi hizmetleri	9,2	2,3	29,8	99,0	32,6
Hekimin cerrahi hizmetleri	8,2	23,5	-	-	4,4
İlaçlar	70,3	50,5	49,7	1,0	46,7
Hemşire/diğer personelin hizmetleri	-	1,5	-	-	0,2
Laboratuvar/görüntü testleri	8,3	-	12,2	-	8,2
Diğer hizmetler	4,0	11,1	8,3	-	6,6
Toplam	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kaynak: Tatar ve diğerleri, 2003:43.

Türkiye’de doğrudan ödemeler ile hizmet kullanımı sırasında alınan kullanıcı katkıları, son yıllarda sosyal sigorta programlarının yaşadığı finansal sıkıntılar dolayısıyla artmaktadır. Formel kullanıcı katkılarının en önemlisini oluşturan ilaçlardan alınan katkı payları, ayaktan tedavilerde alınmaktadır. SSK’da aktif sigortalılar ve bağımlıları için ayakta tedavilerde ilaç bedelleri üzerinden alınan yüzde 20 oranındaki ilaç katkı payı, 1981 yılında 2422 sayılı Yasa ile başlatılmıştır (506, m.33, 35, 42). Benzer bir hüküm, 1983 tarih ve 2795 sayılı Yasa ile SSK kapsamında gelir ve aylık almakta olanlar ile bağımlıları için, yüzde 10 oranı öngörülerek düzenlenmiştir (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:24). Daha sonra 1999 tarih ve 4447 sayılı Yasa ile, gelir ve aylık almakta olanlar ile bağımlılarının, ayakta tedavilerinde verilen ilaç bedellerinin sanayi kesiminde çalışan 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan asgari ücret miktarını aşmayacağı öngörülerek bu katkıya üst sınır getirilmiştir (506, m.36).

4447 sayılı Yasa ile sigortalıların çocukları ile geçindirmekle yükümlü bulundukları eşlerinin protez araç ve gereç bedelleri üzerinden de yüzde 20 oranında

katkı payı alınmaya başlanmıştır. Sigortalının çocuklarından alınacak katkı miktarının, 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin bir buçuk katından fazla olamayacağı öngörülmüştür (506, ek m.32). Ayrıca Kurumdan sürekli iş göremezlik geliri, malullük ve yaşlılık aylığı almakta olanların geçindirmekle yükümlü bulundukları eşleri ile Kurumdan hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eşlerin protez araç ve gereçleri üzerinden yüzde 10 katkı payı alınmaktadır. Ancak sigortalıların eşlerinden alınacak katkı payı 16 yaşından büyük işçilere uygulanan aylık asgari ücretin bir buçuk katından, gelir ve aylık alanların eşleri ile hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eşten alınan katkı payı ise asgari ücret tutarından fazla olamayacaktır (506, ek m.32, m.36). Protezlerin pahalı ve yaşamsal sağlık araçları olması ve yüksek katkı paylarının sosyal sigorta hakkını kullanılamaz hale getirebileceği gerekçesiyle protez araç ve gereçleri için katkı payı alınması eleştirilmektedir (Makas, 2003:213-214).

2925 sayılı Yasa, 506 sayılı Yasaya paralel bir biçimde ayakta yapılan tedavilerde ilaç bedellerinin yüzde 20'sinin sigortalı, yüzde 10'unun ise gelir ve aylık almakta olanlar ile bunların eş ve geçindirmekle yükümlü bulundukları çocukları ile gelir veya aylık almakta olan eş ve çocuklar tarafından ödenmesini öngörmüştür (2925, m.14, 17).

4447 sayılı Yasa, 1479 sayılı Bağ-Kur Yasası'nda da benzer değişiklikler yapmıştır. Bu değişiklik, ayakta yapılan tedavilerde poliklinik muayene ücretinin ve verilen ilaç bedellerinin yüzde 20'sinin sigortalı ve aile bireyleri, yüzde 10'unun aylık alanlar ve aile bireyleri tarafından karşılanmasıdır. Ayrıca protez araç ve gereç bedellerinin de yüzde 20'si sigortalı ve aile bireyleri, yüzde 10'u aylık alanlar ve hak sahipleri ile bunların aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Ancak katkı payı tutarı

sigortalılarda birinci gelir basamağının bir buçuk katını, aylık alanlarda ise birinci gelir basamağının yüzde 65'ini geçemeyecektir (1479, ek m.13). 2926 sayılı Yasa kapsamında olanlara yapılacak sağlık yardımları hususunda 1479 sayılı Yasadaki esaslar geçerli kabul edilmiştir (2926, ek m.3). 1479 sayılı Yasa 506 sayılı Yasa'dan farklı olarak poliklinik muayene ücreti için de katkı payı öngörmüştür. Bu durum eşitliği bozan ve hizmete ulaşım açısından adaletsizlik yaratan bir uygulamadır.

SSK ve Bağ-Kur'daki uygulamaya paralel bir biçimde, aktif memurlar ve aile bireylerinin ayakta ve meskende tedavileri durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin yüzde 20'si (657, m.209, Yönetmelik m.19)³⁶, aylık alanlar ve aile bireylerinin ise yüzde 10'u (5434, g.m.139) kendilerince katılım payı olarak ödenmektedir. Ancak bazı hastalıklarda kullanılan ilaçlar için katılım payı alınmamaktadır³⁷. Ayrıca 4447 sayılı Yasa 1.1.2000 tarihinden itibaren protez, ortez, tıbbi araç ve gereç bedellerinin yüzde 10'unun hak sahipleri tarafından ödenmesini öngörmüştür³⁸(5434, g.m.139). Bunların dışında, 4565 sayılı Yasayla 2000 yılından itibaren memurun eş, çocuk ve bakmakla yükümlü olduğu ana babasının yurtdışı tedavi giderleri üzerinden yüzde 4'ü oranında katılım payı alınması öngörülmüştür³⁹. Alınacak katkı payı net aylığı veya asgari ücretin üç katını geçemeyecektir.

21.4.2005 tarih ve 5335 sayılı Yasa⁴⁰, 3816 sayılı Yeşil Kart Yasası'nda yer alan "hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin" (3816, m.3/a) ibaresini kaldırarak, Yeşil

³⁶ 14.7.1965 tarih ve 657 sayılı Yasa(R.G. 23.7.1965 tarih ve 12056 sayı)

³⁷ Katılım payı alınmayacak ilaçları belirleyecek kurum, Sağlık Bakanlığı'dır.

³⁸ 25.8.1999 tarih ve 4447 sayılı Kanunun 25 ve 63/d maddesi uyarınca. Ancak ödenecek miktar ek 19.maddedeki aylıklardan fazla olamayacaktır.

³⁹ 19.2.2000 tarih ve 4565 sayılı Kanun. Er ve erbaşlar ile Terörle Mücadele Kanunu hükümlerine göre yurtdışına gönderilenlerden katılım payı alınmayacaktır. (R.G.12.4.1991 tarih ve 20843 mükerrer sayı)

⁴⁰ Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, 27.4.2005 tarih ve 25798 sayılı R.G.

Kart'lılardan ilaç ve diğer tıbbi araç gereç için katkı payı alınmasına yol açmıştır (5335, m.29/g). 5335 sayılı Yasa ayrıca, 178 sayılı Maliye Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname'de de değişiklik yaparak (178 KHK, m.10/r), Yeşil Kart sahiplerinin ayakta veya meskende tedavileri durumunda kullanılan ilaç bedellerinin yüzde 20'sine kadar katılım payı alınması hususunda Maliye Bakanlığına yetki vermiştir. Bu hüküm çerçevesinde, 25.5.2005 tarihinden itibaren Yeşil Kart sahiplerinin ayakta veya meskende tedavisi sırasında resmi sağlık kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerce gerekli görülen ilaçlara ait bedellerin yüzde 20'sinin Yeşil Kart sahipleri tarafından karşılanması, Maliye Bakanlığının ilgili genelgesi ile öngörülmüştür⁴¹. Ancak ödeme güçlerini aşması halinde, Yeşil Kart sahiplerinin ödemiş oldukları katılım payı bedelleri, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Vakıflarınca, vakıf imkanları ve mevzuatı dahilinde karşılanacaktır.

Genellikle az gelişmiş ülkelerin sağlık finansman sorunlarından biri olan enformel ödemeler Türkiye'de yüksektir. 2003 yılında toplam cepten ödemelerin yüzde 25'ini oluşturan enformel ödemelerin yüzde 73'ünü "nakit para ödemeleri" oluşturmaktadır (Tatar ve diğerleri, 2003:37). Geriye kalan yüzde 27, hediyeler ve aynı katkılardan oluşmaktadır. Bu durum sağlık profesyonellerine yapılan enformel ödemelerin "verdikleri hizmet için teşekkür etme" amacını aştığını göstermektedir. Enformel ödemeler kamu sektöründe daha yüksektir. Enformel ödeme teorik olarak nüfusun en yoksullarını kapsayan Yeşil Kartlılar tarafından da yapılmaktadır. Yeşil Kartlılar toplam enformel ödemelerinin yüzde 64'ünü, cerrahi hizmetler için "bıçak

⁴¹ Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün 23.5.2005 tarih ve 9492 sayılı Genelgesi. Hasta katılım payına tekabül eden bu tutarlar, eczacılar tarafından ilacın verilmesi sırasında ilgililerden tahsil edilecek ve buna ilişkin perakende satış fişinin tarih ve numarası reçetenin arkasına yazılacaktır. Tedavi yardımına ilişkin Bütçe Uygulama Talimatında kamu personeli için hasta katılım payından muaf olduğu belirtilen hastalık grupları ve ilaçlar için, sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi kaydıyla, yeşil kart sahiplerinden de hasta katılım payı alınmayacaktır.

parası” olarak yapmaktadır (Tatar ve diğ erleri, 2003:45). Kamu sektöründe gelir düzeyi d    k olanlar yüksek olanlara oranla, yaşlılar gençlere oranla daha fazla enformel ödeme yapmaktadır. Kamu sektörüne en yüksek oranda enformel ödeme yapanların işsizler olması da ilginç bir sonuçtur. Tedavi talebinde bulunmama, tedaviyi geciktirme veya tedaviyi yarım bırakma açısından, yüzde 33 oranla, maddi yetersizlik ikinci sırayı almaktadır. İlk sırada yüzde 53 oranında hastalığın önemsiz olması nedeniyle, kendi kendine tedavi gelmektedir. Tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizlik, Yeşil Kart’lılarda yüzde 93, sigortalı olanlarda ise yüzde 73 oranındadır (Tatar ve diğ erleri, 2003:64).

2.1.2. Türkiye’de  zel Sağlık Sigortacılığı

Ülkemizde ilk özel sağlık sigortası 1950’li yıllarda gemi işçileri için gündelik tazminat uygulaması şeklinde Ankara Sigorta tarafından ba latılmı , benzeri bir uygulama 1970’li yıllarda Başak ve Anadolu Sigorta tarafından banka mudileri için yapılmıştır. Bugünkü sistemin ilk  rne i ise, 1983 yılında “grup bazında”  ark sigorta tarafından ba latılmı tır. Teminatların kapsamı zamanla geni lemi  ve başlangıçta sadece Türkiye içinde geçerli olan teminatlar daha sonra aynı limitlerle yurtdışında da geçerli olmaya ba lamı tır (Karacık, 2001:1488).

Türkiye’de 1980’li yıllardan itibaren özel sağlık sigortalarına olan talep artmış, bu talep artışı özel sigorta şirketlerinin sağlık sigortası alanında uzmanla malarını beraberinde getirmiştir. Bu gelişmeler Bakanlar Kurulu Kararı ile 1990 yılından itibaren özel sigortacılık içerisinde ayrı bir hastalık bran ı oluşturulmasını sağlamıştır. Ancak  zel sağlık sigortacılığı sektörü 1999 ve 2000 yıllarında durağanlık dönemine girmiştir (Karacık, 2001:1488). Bu dura anlı ı ortadan kaldırmak ve özel sağlık sigortacılı ını teşvik etmek için özel sağlık sigortalarından alınan Banka ve Sigorta Muamele Vergisi

4697 sayılı Yasa ile 7.10.2001 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır⁴². Bu durum sigortalıların özel sağlık sigortaları için ödedikleri primlerin yüzde 5 ucuzlaması anlamına gelmiştir. Aynı Yasa ile getirilen bir başka teşvik, bordro ile ücret alanların ödeyeceği özel sağlık sigortası priminin, primin ödendiği ayda elde edilen brüt kazancın yüzde 5'ini ve asgari ücretin yıllık tutarını aşmamak şartıyla, gelir vergisi matrahından indirilebilmesidir.

31.12.2004 tarihi itibarıyla 28 adet özel sağlık sigortası şirketi 320.506'sı bireysel, 525.093'ü grup sigortalı olmak üzere toplam 845.599 kişiye özel sağlık sigortası hizmeti sunmaktadır (Tablo 10) .

Tablo 10: Türkiye’de Özel Sağlık Sigortası Alanında Faaliyet Gösteren Şirket ve Sigortalı Sayısı (1997-2004)

Yıllar	Şirket Sayısı	Sigortalı Sayısı
1997	39	527.991
1998	36	599.703
1999	35	743.399
2000	35	690.363
2001	38	655.703
2002	37	697.505
2003	36	704.545
2004	28	845.599

Kaynak: Başbakanlık, Hazine Müst., Sigortacılık Gen. Müd., Sağlık Sig. Dai. Başk. özel bilgi notu ve (Sivacı, 2004).

⁴² 4697 sayılı Kanunun 12.m R.G. 10.7.2001 tarih ve 24458 sayı.

2.2. Türkiye’de Kamusal Nitelikli Sağlık Finansmanının Gelişimi

Türkiye’de hastalık riski için finansal koruma sağlayan kamusal nitelikli ilk Yasa, 1950 yılında bağımlı çalışanlar için, sigortacılık tekniği öngörülerek yürürlüğe girmiştir. Bunu 1965 yılında sağlık harcamaları kurumlarınca karşılanmak üzere kamu çalışanlarının, 1971 yılında emekli memurların, 1985 yılında bağımsız çalışanların güvence altına alınması izlemiştir. Ayrıca, çeşitli tarihlerde çıkarılan birçok özel yasa, bazı kişi veya grupların genel bütçeden finansman yoluyla sağlık güvencesine kavuşturulmasına olanak sağlamıştır. Bu yasaların en geniş kapsamlısı 1992 yılında çıkarılan Yeşil Kart Yasa’sıdır. 2006 yılında kabul edilen Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasası (SSGSS), tek bir finansman kurumu ile bütün vatandaşların sosyal sigortacılık yöntemiyle sağlık güvencesine kavuşturulmasını öngörmektedir. SSGSS Yasası ile ülkemizde sosyal sigortacılık finansmanına ilk kez katılacak olan devlet, yukarıda anılan genel bütçe ile finansmanı sağlanan kişi ve grupların finansmanını da yüzde yüz oranında sağlayacaktır.

2.2.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı

1936 tarihli ve 3008 sayılı İş Yasası Türkiye’de ilk kez sosyal sigortaların kurulmasını öngörmüş (m.100-107) ve sosyal güvenliğin bugün de geçerli kimi temel ilkelerini belirlemiştir (Güzel ve Okur, 2004:31). Bu yasaya dayanılarak 16.7.1945 tarihinde çıkarılan İşçi Sigortaları Kurumu Yasası ile İşçi Sigortaları Kurumu doğmuştur. İşçi Sigortaları Kurumu’nun kurulmasından sonra diğer sosyal riskleri de güvence altına alan birtakım yasalar çıkarılmış, hastalık sigortası 4.1.1950 tarih ve 5502 sayılı Yasa’yla analık sigortası ile beraber düzenlenmiştir (Güzel ve Okur, 2004:33). Ancak 5502 sayılı Yasa’yla hastalık sigortası yalnız bağımlı çalışanlar için yürürlüğe girmiş, dahası bağımlı çalışanların büyük bir kesimi kapsam dışında bırakılmıştır.

1.3.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Sosyal Sigortalar Yasası ile Sosyal Sigortalar Kurumu kurulmuş ve o güne kadar değişik tarihlerde kurulan, dağınık bir görünüm sunan sosyal sigorta kolları, kapsamları genişletilerek, tek bir çatı altında toplanmıştır. Ancak 506 sayılı yasa ile de tüm bağımlı çalışanlara sağlık güvencesi sağlanamamıştır. Örneğin Avrupa'daki uygulamalara benzer şekilde, tarımda bağımlı çalışanlar daha geç bir tarihte, 1983 yılında 2925 sayılı yasayla sosyal sağlık güvencesine kavuşmuştur⁴³. Buna karşılık sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması ilkesi çerçevesinde sağlık güvencesi açısından kapsam zamanla genişlemiş ve bağımlı çalışan statüsü taşımayanların bir bölümü de diğer sosyal risklerin yanı sıra hastalık riski açısından kısmen veya tamamen sosyal güvenceye kavuşturulmuştur⁴⁴. Ayrıca isteğe bağlı sigorta⁴⁵ ve topluluk sigortası⁴⁶ gibi uygulamaların başlatılması kapsam dışında kalan bir kısım nüfusa daha kapsama girme olanağı tanımıştır.

506 sayılı Yasa'nın geçici 20. maddesi ile bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret ve sanayi odaları, borsalar ve bunların birliklerine de kendi personelleri için özel sandıklar kurma hakkı tanınmıştır. Bu sandıklar, diğer sosyal risklerin yanı sıra hastalık riskine karşı da güvence sağlamaktadır (Fişek, Özsuca ve Şuğle, 1998:15).

⁴³ Kabul tarihi: 17.10.1983, RG.20.10.1983 tarih ve 18197 sayı.

⁴⁴ Hizmet sözleşmesine göre çalışmayıp SSK kapsamına alınan ilk grup koruma bekçileridir (506, m.2). Ayrıca 1977 yılında "ev hizmetlerinde ücretle ve sürekli çalışanlar" 1978 yılında "genelev kadınları" (506, ek m.13) ve "film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları, müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışanlar, düşünür ve yazarlar" (506, e.m.10), 2003 yılında "ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular" (506, m.2) ve yine 2003 yılında "köy sınırları içinde yapılan inşaat, tamirat, tesisat ve benzeri işlerde çalışanlar" (506, m.3) hastalık sigortası kapsamına alınmışlardır.

⁴⁵ İsteğe bağlı sigortalılık uzun dönem sigorta kolları için uygulanan bir sistemdir, ancak pasif sigortalılar ve aile bireyleri sağlık yardımlarından faydalanmaktadır.

⁴⁶ 1969 yılında 1136 sayılı yasayla avukatlar, 1972 yılında 1512 sayılı yasayla noterler 506 sayılı yasa kapsamında "topluluk sigortası" yoluyla sosyal güvenceye kavuşturulmuşlardır. Ancak avukatlar ve noterler uzun vadeli sigorta kolları açısından zorunlu sigortalı iken, hastalık sigortası (ayrıca iş kazası meslek hastalıkları ile analık) açısından isteğe bağlı sigortalıdırlar (1136., m.186; 1512, m.201).

Diğer yandan 8.6.1949 tarihinde çıkartılan 5434 sayılı Emekli Sandığı (ES) Yasası ile o güne kadar dağınık halde bulunan ve emekli memurlara sosyal güvence sağlayan yasa ve sandıklar birleştirilerek, emekli olan memurların sağlık güvencesi düzenli bir sosyal güvenlik rejimine dönüştürülmüştür (Güzel ve Okur, 2004:33, 459). Halen çalışan devlet memurlarının sağlık yardımları ise 1965 tarih ve 657 sayılı Yasa⁴⁷ çerçevesinde kurumlarınca karşılanmaktadır.

2.9.1971 tarihinde 1479 sayılı “Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” ile Bağ-Kur’un kurulması ile kimi sınırlamalarla da olsa bağımsız çalışanlar ilk etapta uzun vadeli sigorta kapsamına alınmıştır. SSK’da olduğu üzere Bağ-Kur kapsamına alınanlar da zamanla genişlemiştir⁴⁸. Bağ-Kur sigortalıları 1985 yılında kabul edilen 3235 sayılı yasa ile aşamalı bir biçimde sağlık güvencesine kavuşmuştur⁴⁹. Bağımlı çalışanlarda olduğu üzere bağımsız çalışanlarda da tarımda çalışanlar daha sonraki bir tarihte, 4386 sayılı yasayla 1998 yılında⁵⁰ sağlık güvencesi kapsamına alınmışlardır.

Her üç sosyal güvenlik kurumu ve aktif çalışan memurlar için tanınan sağlık güvencesi, sosyal güvenliğin toplumun tüm bireylerini kapsama alma hedefine uygun olarak, belli koşullarla ve birtakım farklılıklarla da olsa, sigortalıların bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine de, onların adına herhangi bir prim veya katkı ödenmeden sağlanmaktadır.

⁴⁷ Kabul tarihi 14.07.1965, R.G. 23.7.1965 tarih ve 12056 sayı.

⁴⁸ Örneğin, 1977 yılında 2108 sayılı yasayla köy ve mahalle muhtarları, 1979 yılında 2229 sayılı yasayla ev kadınları, 1983 yılında 2926 sayılı yasayla tarımda kendi adına ve hesabına çalışanlar kapsama alınmıştır.

⁴⁹ 05.11.1985 tarihli yasa, R.G. 9.11.1985 tarih ve 18923 sayı.

⁵⁰ 04.11.1998 tarihli yasa, R.G.

Ülkemizde sigortacılık ilkesi ile sağlık yardımı sunan SSK, ES ve Bağ-Kur istihdam statüsü gözetilerek kurulmuştur. Bu nedenle kapsamı genişleten Yasalara rağmen, sigortacılık yöntemiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak mümkün olamamıştır. Ayrıca üç kurumun diğer sigorta kollarında olduğu üzere sağlık yardımları konusunda da farklı norm ve standartları bulunmaktadır. Bu farklı norm ve standartlar hizmete hak kazanma koşulları, bakmakla yükümlü olunan aile bireyleri, sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi ve prim oranları gibi konularda gözlenmektedir.

Türkiye’de primli rejim alanında yapılan son düzenleme, yukarıda belirtilen norm ve standart farklılıklarını ortadan kaldırmayı ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı amaçlayan 31.5.2006 tarih ve 5510 sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu”nun kabulüdür⁵¹. Hem sosyal güvenlik alanında hem de sağlık finansmanı alanında köklü değişimleri beraberinde getiren Yasa, şimdiye kadar kurulan sosyal güvenlik rejimlerini aynı çatı altında birleştirmiş, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarını birbirinden ayırmış, ilk kez zorunlu devlet katkısını getirmiş ve tüm nüfusu zorunlu sağlık sigortası kapsamı altına alan (dolayısıyla sağlık yardımları ve hizmetlerini içeren primsiz rejim uygulamalarını da yeniden düzenleyip yasa kapsamına alan) genel sağlık sigortası (GSS) sistemini getirmiştir. Sistemin idari yapılanması ise, üç sosyal güvenlik kurumunu bünyesine alıp tek bir çatı altında toplayan 16 Mayıs 2006 tarih ve 5502 sayılı “Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu”⁵² ile kurulmuştur.

2.2.1.1. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortacılığı Sağlayan Kurumlar

Ülkemizde sosyal sağlık sigortacılığı yöntemi ile finansman sağlayan tek bir kurum bulunmaktadır. Bu Kurum, 24 Kasım 2006 tarihinde yapılan Olağanüstü Genel

⁵¹ 16.6.2006 tarih ve 26200 sayılı R.G.

⁵² 20.05.2006 tarih ve 26173 sayılı R.G.

Kurulu ile Yönetim Kurulu'nu belirleyerek, SSK, Bağ-Kur ve ES'nı fiilen yürürlükten kaldıran Sosyal Güvenlik Kurumu'dur. Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan önce, Kurumun nasıl bir yapı üzerine kurulduğunu görebilmek amacıyla yürürlükten kaldırılan kurumlara kısaca değinmekte yarar görülmektedir.

2.2.1.1.1. Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Yürürlükten Kaldırdığı Kurumlar

a) Sosyal Sigortalar Kurumu

1965 yılında kurulan Sosyal Sigortalar Kurumu, yürürlükten kalktığı tarihte Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ilgili kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun⁵³ ilgili kuruluşu olup, idari ve mali özerkliği olan kamu tüzel kişiliğine sahip bir Kurumdur⁵⁴. Kurum 2000 yılında 616 sayılı KHK ile Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü'nden, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı'na dönüştürülmüştür. Ayrıca Başkanlığa bağlı birimler Sigorta İşleri Genel Müdürlüğü ve Sağlık İşleri Genel Müdürlüğü bünyesinde toplanarak, sağlık ve sigorta işlemleri birbirinden ayrılmıştır.

SSK, kamu ve özel sektörde bir veya birkaç işveren tarafından hizmet sözleşmesi ile çalıştırılanları hastalık sigortası kapsamı altına almıştır. Ancak Yasa, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılması ilkesi doğrultusunda, hizmet sözleşmesine göre çalışmayanların bir bölümünü de diğer sosyal risklerin yanı sıra hastalık riski açısından kısmen veya tamamen sosyal güvenceye kavuşturmuştur⁵⁵. Ayrıca Kurum 1983 tarih ve

⁵³ 16.5.2006 tarih ve 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, m.1.

⁵⁴ 29.7.2003 tarih ve 4958 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu, m.1.

⁵⁵ Hizmet sözleşmesine göre çalışmayıp SSK kapsamına alınan ilk grup koruma bekçileridir (506., m.2). Ayrıca 1977 yılında “ev hizmetlerinde ücretle ve sürekli çalışanlar” 1978 yılında “genelev kadınları” (506, ek m.13) ve “film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları, müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışanlar, düşünür ve yazarlar” (506, e.m.10), 2003 yılında “ceza infaz kurumları ile tutukevleri bünyesinde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular” (506, m.2) ve yine 2003 yılında “köy sınırları içinde yapılan inşaat, tamirat, tesisat ve benzeri işlerde çalışanlar” (506, m.3) hastalık sigortası kapsamına alınmışlardır.

2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu⁵⁶ ile süreksiz tarım işçilerine, 506 sayılı Kanuna koşturularak hastalık sigortası yardımları sağlamaktadır. Bunların dışında, ikili anlaşmalar gereği dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye’de bulunan eş-çocuklarının, emekli olup Türkiye’de oturanlar ile eş ve çocuklarının, izinli olarak Türkiye’de bulunan sigortalılar ile eş ve çocuklarının tedavileri de Kurumca sağlanmaktadır (SSK, 2005).

Kurum 506 sayılı yasanın öngördüğü tedavi yardımlarını 20.02.2005 tarihine kadar, sağlık tesisi işletmeciliği ile sağlamıştır⁵⁷. Bu tarihe kadar Kurumda sağlanamayan veya yeterince karşılanamayan tetkik ve tedaviler, 506 sayılı Yasanın 123. maddesi uyarınca Kurum dışından hizmet satın alınması yoluyla temin edilmiştir⁵⁸. Ancak sosyal güvenlik sistemindeki reform çalışmaları kapsamında Kurum, sadece sigortacılık hizmeti sağlayan bir yapıya dönüştürülmüştür. Bu kapsamda ilk etapta 616 sayılı KHK ile sağlık ve sigorta işleri ayrılmıştır. Daha sonra sağlık hizmetlerinde kaynak tasarrufu, hizmette etkinlik ve verimliliği sağlamak için Bağ-Kur, ES üyesi, aktif devlet memuru ve Yeşil Kart sahibi hastaların SSK’ya bağlı sağlık tesislerinden, SSK sağlık yardımından yararlanan hastaların ise SB’na bağlı sağlık tesislerinden yararlanması öngörülmüştür. Bu amaçla SB, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığı arasında protokoller düzenlenmiştir. Protokol Temmuz 2003 tarihinde altı pilot ilde başlatılmış ve 01.01.2004 tarihinden itibaren tüm Türkiye’de uygulamaya konulmuştur. İkinci etapta 5283 sayılı Yasa⁵⁹ ile SSK’ya bağlı sağlık kuruluşları

⁵⁶ Kabul tarihi: 17.10.1983, RG.20.10.1983 tarih ve 18197 sayı.

⁵⁷ Kurumun 2004 yılında 126 genel dal (hizmet, bölge, eğitim) hastanesi, 22 özel dal (hizmet, meslek, eğitim) hastanesi, 213 dispanser, 178 sağlık istasyonu, 6 dispanser ve ağız-diş sağlığı merkezi, 3 ağız-diş sağlığı merkezi, 2 dispanser ve hemodiyaliz merkezi ve 1 KBB ve çene cerrahi merkezi bulunmaktadır.

⁵⁸ 01.01.2004-31.12.2004 tarihleri arasında, çeşitli dallarda toplam 722 kişi ve kuruluş ile 2.036 sözleşme yapılarak hizmet satın alınmıştır (SSK, 2005).

⁵⁹“Bazı Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Ait Sağlık Birimlerinin Sağlık Bakanlığına Devredilmesine Dair Kanun”, 19.01.2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

20.02.2005 tarihinde SB'na devredilmiştir⁶⁰. Kurum; SB, Türk Silahlı Kuvvetleri, Tıp Fakültesi Hastaneleri ile protokoller düzenleyerek, özel sağlık tesisleri ile sözleşmeler yaparak hizmet satın alma yöntemi uygulamıştır (4958, m.14/B).

SSK hastalık sigortasının temel finansman kaynağı, işçi ve işverenlerin ödedikleri hastalık sigortası primleridir⁶¹. Ayrıca protez araç ve gereçleri ile ilaçlardan alınan kullanıcı katkıları diğer gelirler arasındadır (SSK, 2004). Ancak, finansmanın devlet katkısını içermemesi, çağımızda sosyal güvenliğin ulusal gelirin yeniden dağıtımını sağlayıcı görevini ortadan kaldırmaktadır (Talas; 1997:469-471; Güzel ve Okur, 2004:164). 1990'lı yıllardan itibaren ortaya çıkan Kurum açıkları, merkezi devlet kaynaklarıyla karşılanmıştır.

b) Emekli Sandığı

İlk emekli (tekaüt) sandığı 1866 yılında “Askeri Personel Sandığı” adı ile kurulmuştur. Bunu, 1880 (1881) tarihli “Mülki İdare Sandığı”, 1890 tarihli “Seyri Sefain Tekaüt Sandığı”, 1909 yılında “Askeri ve Mülki Amirler Sandığı” ve 1917 tarihli “Şirketi Hayriye Tekaüt Sandığı”nın kurulması izlemiştir (<http://www.emekli.gov.tr>).

Cumhuriyetin kurulmasından sonra da kurumlara özgü emekli sandıkları oluşturulmaya devam edilmiştir. 1921 yılından itibaren başta Ereğli Kömür Havzası Amele Birliği Biriktirme ve Yardımlaşma Sandığı olmak üzere 11 ayrı emeklilik sandığı kurulmuştur⁶². Farklı kurumlarda çalışan kamu personelinin, ayrı sandıklarda farklı mevzuatlara tabi tutulmasının yarattığı sakıncaları ortadan kaldırmak amacıyla,

⁶⁰Devir, Sağlık Bakanlığı - SSK Sağlık Tesisleri Devir Protokolü ile yapılmıştır.

⁶¹ Hastalık sigortası primi, sigorta yardımları ile kurum yönetim giderleri karşılığı olarak işçi ve işverenlerden, sigortalının kazancının belli bir yüzdesi üzerinden SSK hesabına zorunlu olarak alınan parayı ifade etmektedir.

⁶²Diğer bazıları; 1934 yılında Devlet Demiryolları ve Limanları İşçileri Emekli Sandığı ve 1940 yılında Köy Öğretmenleri ve Köy Memurları Emeklilik Sandığı'dır.

5434 sayılı Yasa ile 1949 yılında Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü kurulmuştur⁶³. ES, Maliye ve Gümrük Bakanlığının ilgili kuruluşu olup, tüzel kişiliğe sahip olmuştur.

ES kapsamında sağlık yardımlarından; ES Yasasına göre kamu kesiminde çalışan memurlarla askeri personelden emekli veya malullük aylığı alanlar, bunların bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri ile dul ve yetim aylığı alanlar faydalanmaktadır⁶⁴.

Temelde memur statüsünde çalışanlara sosyal güvence sağlamak için kurulan ES, başlangıçta iştirakçilerine ve onların aile bireylerine sadece yaşlılık, malullük ve ölüm hallerinde sosyal güvence sağlamıştır. Ancak Kurum Yasasına 8.7.1971 tarih ve 1425 sayılı Yasayla eklenen geçici 139. madde ile Kurumun iştirakçilerine ve aile bireylerine sağlık yardımı da yapılmaya başlanmıştır. İştirakçilere sağlanan sağlık yardımı devletçe (çalıştıkları kurumca) finanse edilmektedir⁶⁵. Dolayısıyla Sandık, iştirakçilerinin ve aile bireylerinin sağlık yardımlarını ancak iştirakçilere aylık bağlandıktan sonra yapmaktadır.

Kurumun finansman kaynağını aktif çalışan memurların ücretlerinden yapılan iştirakçi keseneği ve kurumlarından alınan karşılıklar oluşturmuştur. Ancak kesenek ve karşılıklar uzun vadeli sigorta kolları (maluliyet, yaşlılık ve ölüm) için alınmakta, sağlık kesenek ve karşılığı bulunmamaktadır. Sağlık kesenek ve karşılığı bulunmaması tartışmalı bir konudur. Bir görüş ES'nin uzun vadeli sigorta kolları için ödenen kesenek

⁶³ 08.06.1949 tarihinde TBMM 'de kabul edilmiş ve 01.01.1950 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

⁶⁴ Ancak, özel kanunlar uyarınca sağlık yardımından yararlananlar, Sandıktan emekli veya malullük aylığı alanların diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarına tabi görevlerde çalışan veya bu kuruluşlardan aylık alan eşleri ile Sandıktan dul aylığı alanlardan diğer Sosyal Güvenlik Kurumlarına tabi görevlerde çalışan veya bu kuruluşlardan yaşlılık veya malullük aylığı alanlar Sandıkça sağlanan sağlık yardımından yararlanamamaktadırlar.

⁶⁵ Aktif memurların hastalık sigortası dışında analık sigortası da çalıştıkları kurumca karşılanmaktadır.

ve karşılık oranının toplamının yüzde 36 ile SSK ve Bağ-Kur'daki toplam prim oranına (sırasıyla yüzde 37,5-43 ve yüzde 40) yakın olduğunu ve bu nedenle açıkça belirtilmemiş olmasına rağmen, hastalık primini zımnen kapsadığını belirtmektedir. Diğer bir görüş, hastalık sigortası için herhangi bir prim öngörülmediğini vurgulayarak, prim karşılığı olmayan sağlık yardımının sosyal sigortacılıkta nimet-külfet ilkesini bozduğunu ve bu durumun Kurumun finansman açığının en önemli nedenini oluşturduğunu savunmaktadır (Duygulu ve Pehlivan, 2004:61-63). Kurumun diğer finansman kaynakları; genel devlet bütçesinden sağlanan sübvansiyon, depozitolardan alınan faizler ve diğer yatırımlardan elde edilen gelirlerdir⁶⁶ (Savaş, Karahan ve Saka, 2002:42). Ayrıca 8.7.1971 tarih ve 1425 sayılı Yasa, Kurumun nakit açığının Maliye Bakanlığı bütçesinin sosyal transferler bölümüne konacak bir ödenekle karşılanmasını öngörmüştür. Bu nedenle son yıllarda açık veren Kurum, sağlık giderlerini doğrudan Maliye Bakanlığı'na fatura etmektedir⁶⁷. Emekli Sandığı kamu ve özel sektör hizmet sunucularından hizmet satın alarak sağlık hizmeti sağlamaktadır.

c) Bağ-Kur

1971 yılında kurulan Bağ-Kur 1.10.1972 tarihinden itibaren tüm yurttan uygulamaya geçmiştir ve bir işverene bağlı olmaksızın kendi adı ve hesabına çalışanlara

⁶⁶ Sandık, emeklilik keseneğine esas aylıkları üzerinden iştirakçiden aylık olarak aldığı yüzde 16 keseneğin dışında, giriş keseneği, artış keseneği, fiili ve itibari hizmet zammı keseneği almaktadır. Buna karşılık iştirakçilerin kurumlarından her ay yüzde 20 olarak alınan aylık kesenek dışında, ek karşılıklar, öğrenci keseneği, yönetim giderlerine katılma payı, fiili ve itibari hizmet zammı karşılığı, emekli ikramiyesi karşılığı, kadrosuzluk tazminatı karşılığı ve ölüm yardımı karşılığı alınmaktadır.

Kurum kesenek ve karşılık dışındaki öteki gelirleri ise;

- İştirakçilerin aylık ve ücretlerinden kurumlarınca kesilip Sandığa gönderilecek olan disiplin para cezaları (5434, m.14),
- Sandık gelirlerini zamanında tahakkuk edip kesmeyen veya kesip de göndermeyen Kurum sorumlu memurlarından yüzde 10 fazlasıyla tahsil edilecek paralar (5434, m.14, m.17),
- Kurumlarda harç pulları dışında her çeşit pul, bilet ve yardım makbuzu satışlarından alınan gelirin yarısı (5434, m.14),⁶⁶
- Sandık gelirlerinin işletilmesinden elde edilecek karlar (5434, m.14),
- Bağışlar ve başka gelirler,
- Yıl sonu bütçesinin açık vermesi halinde Genel Bütçeden yapılan katkıdır (5434, g.m.146).

⁶⁷ Sağlık İşleri Müdürü Ahmet Genç ile yapılan özel görüşme (Kasım 2005).

hizmet sunmuştur. 1984 yılında çıkarılan 2926 sayılı “Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanunu” ile tarımda bağımsız çalışanlar da Bağ-Kur kapsamına alınmıştır. Ayrıca bazı kişiler isteğe bağlı sigortalılıktan faydalanabilmişlerdir. Başlangıçta sadece uzun vadeli risklere karşı koruma sağlayan Bağ-Kur, 1985 yılından itibaren kademeli olarak sağlık sigortası uygulamasına başlamış ve 1988 yılında tüm illeri kapsam altına almıştır. Tarımda bağımsız çalışanlar ise 1998 yılında kapsama alınmıştır. Kurum, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı, özel hukuk hükümlerine tabi tüzel kişiliğe haiz bir kamu sektörü kuruluşu olup, idari ve mali bakımdan özerk bir yapıda olmuştur.

Bağ-Kur kapsamında sağlık yardımlarından; Bağ-Kur’a bağlı üyeler, 2926 sayılı Yasaya tabi zorunlu sigortalılar ile bunların eşleri, bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; anılan Kanunlara tabi yaşlılık ve malullük aylığı almakta olanlar ile eşleri ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları ve söz konusu Yasalara tabi ölüm aylığı almakta olanlar yararlanmışlardır.

Bağ-Kur, üyelerinden toplanan primlerle finanse edilmiştir. Prim miktarı sigortalının bulunduğu basamağın gösterge tutarı ile Genel Bütçe Yasası ile kabul edilen katsayının çarpımı sonucu bulunacak tutar üzerinden ödenmiştir. Kamu ve özel sektör hizmet sunucularından hizmet satın alan Bağ-Kur’un, gelirleri ile harcamaları arasındaki fark merkezi devlet kaynaklarıyla karşılanmıştır.

2.2.1.1.2. Sosyal Güvenlik Kurumu

16.5.2006 tarih ve 5502 sayılı Yasa ile kurulan Sosyal Güvenlik Kurumu, kamu tüzel kişiliğini haiz, idarî ve malî açıdan özerk, özel hukuk hükümlerine tabi, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı’nın ilgili kuruluşudur. 5510 sayılı Yasa, kısa ve uzun

vadeli sigorta kollarının yürütülmesinden Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nı sorumlu tutarak (5510, m.3) diğer üç finansman kurumunu yürürlükten kaldırmıştır.

Genel Sağlık Sigortası'nın işleyişi Kurumun Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğünce yürütülecektir. Kurum, kamu ve özel sektörde bulunan sözleşmeli ve sözleşmesiz sağlık kurumlarından alınan hizmetleri finanse edecektir. Genel Sağlık Sigortası'nın genel gelirleri; işçi, işveren ve devlet primi ile katılım paylarıdır.

2.2.1.2. Türkiye'de Sosyal Sağlık Sigortaları Nüfus Kapsamı

Ülkemizde sosyal sağlık sigortaları 2005 yılında 67.944.526 kişiyle nüfusun yüzde 94,3'üne sağlık güvencesi sağlamaktadır (Tablo 11). Sağlık sigortası nüfus kapsamının tarihsel gelişimine bakıldığında, 1950 ve 1960 yılları için sadece Emekli Sandığı verilerine sahip Tablo 11'de sağlık güvencesi altındaki nüfus büyüklüğünün sırasıyla yüzde 4 ve 5,8 olduğu görülmektedir. SSK hastalık sigortasının 1950 ve 1960 yıllarındaki bağımlı sayıları bilinemediğinden, kapsama dahil edilememiştir. Bağımlılar, bugün kullanılan katsayı ile hesaplandığında, 1950 yılında nüfusun yaklaşık yüzde 6'sının, 1960 yılında ise yaklaşık yüzde 10'unun SSK kapsamında sağlık güvencesine sahip olduğu görülmektedir. Bu durumda 1950 yılındaki genel kapsam yaklaşık yüzde 10'a, 1960 yılındaki kapsam ise yaklaşık yüzde 16'ya ulaşmaktadır. 1970 yılında kapsam yaklaşık bir buçuk katından daha fazla artarak yüzde 25,8'e çıkmıştır. 1980 yılında daha büyük bir artışla yüzde 46,5'e çıkmıştır. Bu tarihten itibaren özellikle SSK ve Bağ-Kur sigorta kapsamının genişlemeye devam etmesi ile kapsam 1990 yılında nüfusun yüzde 64,4'üne, 2000 yılında yüzde 81'ine ve 2005 yılında ise yüzde 94,3'üne ulaşmıştır.

Tablo 11: Sosyal Sağlık Sigortası Programlarının Kapsadığı Nüfus (1950-2005)

Kuruluşlar	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
I. EMEKLİ SANDIĞI TOPLAMI	841.342	1.612.385	3.300.481	5.384.620	6.445.900	8.311.050	14.214.271	10.126.993	10.656.669	10.528.010	10.554.232
1. Aktif Sigortalılar	199.825	359.303	823.829	1.325.000	1.560.000	2.163.698	2.236.050	2.372.777	2.508.741	2.404.091	2.402.409
2. Aylık Alanlar (Em, mal, dul,yet)	9.302	61.862	180.895	454.016	706.202	1.296.935	2.375.893	2.470.896	2.567.057	2.679.679	2.695.426
3. Bağlımlılar *	632.215	1.191.220	2.295.757	3.605.604	4.179.698	4.850.417	9.602.328**	5.283.320	5.580.871	5.444.240	5.456.397
II. SSK TOPLAMI	-	-	5.783.854	10.674.172	19.187.970	31.348.417	30.373.478	32.329.008	34.558.641	37.469.597	41.093.872
1. Aktif Sigortalılar (1)	292.606	620.900	1.313.500	2.204.807	3.286.929	5.283.234	5.078.068	5.438.542	5.847.153	6.400.251	7.159.637
2. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	-	-	-	-	74.407	184.675	142.306	149.163	165.268	176.717	178.178
3. Aylık Alanlar (Em, mal, dul,yet)	2.637	25.552	145.446	635.815	1.596.634	3.339.327	3.560.638	3.747.573	3.935.523	4.120.866	4.308.186
4. Bağlımlılar (2)	*	*	4.324.908	7.833.550	14.230.000	22.541.181	21.592.466	22.993.730	24.610.697	26.771.763	29.447.871
III. BAĞ-KUR TOPLAMI	-	-	-	4.540.317	10.580.661	15.036.318	15.513.916	15.785.792	16.119.647	16.233.984	15.990.253
1. Aktif Sigortalılar, 1479 s.K.	-	-	-	1.100.500	1.967.379	2.181.586	2.436.656	2.420.641	2.450.408	2.438.614	2.329.901
2. Tarımdaki Aktif Sigortalılar (3)	-	-	-	-	752.075	876.148	899.999	900.691	933.441	1.009.935	1.024.471
3. İsteğe bağlı sigortalılar (4)	-	-	-	-	106.019	254.960	249.306	237.801	236.398	-	-
4. Aylık Alanlar (Em, mal, dul,yet)	-	-	-	138.317	595.889	1.277.444	1.343.840	1.393.670	1.446.804	1.519.190	1.600.294
5. Bağlımlılar	-	-	-	3.301.500	7.911.324	10.446.180	10.584.115	10.832.989	11.052.596	11.266.245	11.035.587
IV. ÖZEL SANDIKLAR TOP.	-	-	84.490	196.130	312.186	323.569	322.688	324.302	295.653	301.441	306.169
1. Aktif Sigortalılar	-	-	35.000	77.737	84.072	78.495	73.090	71.641	70.925	73.412	75.552
2. Aylık Alanlar (Em, mal, dul,yet)	-	-	-	11.943	32.409	71.266	63.455	77.738	71.715	74.367	76.027
3. Bağlımlılar	-	-	49.490	106.450	195.705	173.808	186.143	174.923	153.013	153.662	154.590
V. GENEL TOPLAM	841.342	1.612.385	9.168.825	20.795.239	36.526.667	55.019.354	60.424.353	58.566.095	61.630.610	64.533.032	67.944.526
1. Aktif Sigortalılar	199.825	359.303	2.172.329	4.708.044	6.898.380	9.707.013	9.823.864	10.303.601	10.877.227	11.316.368	11.967.499
2. Tarımdaki Aktif Sigortalılar	-	-	-	-	826.482	1.060.823	1.042.305	1.049.854	1.098.709	1.186.652	1.202.649
3. Toplam Aktif Sigortalılar	199.825	359.303	2.172.329	4.708.044	8.130.881	11.866.753	10.866.169	11.353.455	11.975.916	12.503.020	13.170.148
4. İsteğe bağlı sigortalılar	-	-	-	-	106.019	254.960	249.306	237.801	236.398	-	-
5. Aylık Alanlar (Em, mal, dul,yet)	9.302	61.862	326.341	1.240.091	2.931.134	5.984.972	7.343.826	7.689.877	8.021.099	8.394.102	8.679.933
6. Bağlımlılar	632.215	1.191.220	6.670.155	14.847.104	26.516.727	38.011.586	41.965.052	39.284.962	41.397.177	43.635.910	46.094.445
VI. SAĞ. SİGOR. NÜFUS ORANI (yüzde)	4,0	5,8	25,8	46,5	64,4	81,0	87,7	83,8	87,0	89,9	94,3
VII. GENEL NÜFUS TOPLAMI	20.947.188	27.754.820	35.605.176	44.736.957	56.709.000	67.913.000	68.898.000	69.875.000	70.847.000	71.813.500	72.065.000

Kaynak: 1950 – 2000 verileri için DPT, 2001 – 2005 verileri için SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı istatistikleri kullanılmıştır. Genel nüfus toplamı istatistikleri de DPT'ye aittir (2005 yılı nüfus sayışı DPT 2006 Yılı Programı'ndan alınmıştır)

(1) SSK aktif sigortalılarından yararlanmayan isteğe bağlı sigortalılar ile topluluk sigortalıları dahil edilmemiştir.

(2) SSK'da eş, çocuk, ana babanın (aile ferdi) sayısı sağlıklı bilgi olmadıktan Kurumca yapılan anketler sonucu belirlenen katkılara dayanmaktadır. Aile ferdi = (zorunlu sigortalılar) x 3,17 + (Malullük + Yaşlılık aylığı alanlar) x 2,23 + (Tarım sigortalısı) x 4.

(3) Bağ-Kur tarım sigortalıları 1998 yılında hastalık sigortasından yararlanmaya başladıklarından 1990 yılı rakamı toplama dahil edilmemiştir.

(4) Bağ-Kur isteğe bağlı sigortalılar 2003 yılından itibaren hastalık sigortasından yararlanmadıkları için 2004-2005 rakamları tabloya konulmamıştır.

* Bağlımlı sayılarına ait veriler mevcut değildir.

** 2001 yılı bağli sayısında bir sorun olduğu kabul edilmektedir. Ancak başka bir istatistik mevcut değildir.

Türkiye’de sosyal sağlık güvencesi sağlamış olan en büyük kurum SSK’dır. SSK’da hastalık sigortası kapsamında sağlık yardımlarından yararlandırılanlar; sigortalının kendisi (çıraklar dahil⁶⁸), eşi, bakmakla yükümlü olduğu çocukları ile ana ve babaları; kurumdan gelir ve aylık almakta olanlar ile bunların bakmakla yükümlü oldukları eş, çocuk ve ana babaları; hak sahibi olarak gelir ve aylık almakta olan eş, çocuk ana ve babasıdır. Ayrıca sigortalılık niteliğinin yitirildiği tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödeyenlerin⁶⁹, sigortalılık niteliğinin kaybindan itibaren 6 ay süre ile kendisi, karısı, geçindirmekle yükümlü olduğu kocası, çocukları ile ana ve babaları sağlık yardımlarından faydalanmıştır⁷⁰.

Sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları, “18 yaşını veya ortaöğrenim yapıyorsa 20 yaşını, yüksek öğrenim yapıyorsa 25 yaşını doldurmamış veya 18 yaşını doldurmuş olup da çalışamayacak durumda malul erkek çocukları ile yaşları ne olursa olsun evli bulunmayan ve sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olarak çalışmayan veya bunlardan aylık yahut gelir almayan kız çocukları”nı kapsamıştır. Ayrıca geçici iş göremezlik ödeneği verilmesine hak kazanmadan önce sigortalı

⁶⁸ Çıraklar sadece iş kazaları meslek hastalıkları ve hastalık sigortasından faydalanmaktadırlar. Aile bireylerine hastalık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı tanınmamıştır (3308, m.35). 5.6.1986 tarih ve 3308 sayı (R.G. 19.6.1986 tarih ve 19139 sayı).

4 Aile bireyleri sigortalının “eş ve çocukları” ile “sigortalının ölümünde hak sahibi olan kimselerdir”. (506, m.2/IV)

⁶⁹ Sigortalılık niteliğinin yitirildiği tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödeyenlerin, sigortalılık niteliğinin kaybindan itibaren 6 ay süre ile kendisi, karısı, geçindirmekle yükümlü olduğu kocası, çocukları ile ana ve babaları sağlık yardımlarından faydalanır (m.40). Hastalık sigortası bakımından sigortalılık niteliği ödenen primin ilişkin olduğu günü takip eden 10. günden başlayarak yitirilmiş sayılır (m.107/I). Ayrıca sigortalının ücretsiz izinli olması, greve katılması veya lokavta uğraması halinde, sigortalılık niteliği bu sürelerin sona ermesini takip eden 10. günden başlayarak yitirilmiş sayılır (m.107/II).

⁷⁰ Zorunlu sigortalıların dışında 506 sayılı Kanunun 86.maddesi uyarınca, SSK Kanunu gereği sigortalı sayılmayanlar için, belli koşullar çerçevesinde, SSK Kanununda güvence altına alınan risklerden birine, birkaçına veya hepsine toplu olarak tabi tutulan avukatlar, noterler, gümrük komisyoncuları, sigorta üreticileri, gazete dağıtıcıları gibi topluluk sigortasından yararlananlar hastalık sigortası açısından isteğe bağlı sigortalıdır. 2004 yılı itibariyle toplam 47.918 topluluk sigortalısından (SSK, 2004:7) ne kadarının isteğe bağlı hastalık sigortası kapsamında yer aldığı SSK’nın istatistik yapısı gereği bilinmemektedir. Ayrıca 506 sayılı Kanunun 85.maddesi uyarınca uzun dönem sigorta kolları açısından isteğe bağlı sigortalı olanlar, aylık almaya başladıktan sonra aileleri ile birlikte sağlık yardımlarından faydalanmaktadırlar.

tarafından evlat edinilmiş veya nesebi düzeltilmiş yahut babalığı hükme bağlanmış çocuklar da bu kapsamda yer almıştır (506, m.106). Eşin sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için, sigortalının kendisini geçindirmekle yükümlü olması koşulu aranmamıştır (506, m.35)⁷¹. Ancak bu koşul kurumdan gelir ve aylık alanların eşleri için aranmıştır (506, m.36). Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler madde 106'da, sigortalının karısı ve çalışamayacak durumda malul veya 60 yaşını doldurmuş⁷² kocası olarak belirtilmiştir. Ana ve babanın sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için, geçimlerinin sigortalı tarafından sağlanması şarttır (506, m.42).

2925 sayılı Yasa ile sigortalıya, eşine, bakmakla yükümlü olduğu çocuklarına, kurumdan gelir veya aylık almakta olanlara ve bunların eşleri ile geçindirmekle yükümlü oldukları çocuklarına ve hak sahibi olarak kurumdan gelir ve aylık almakta olan eş ve çocuklara sağlık yardımı sağlanmıştır. 2925 Yasa kapsamında sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu kimseler, sigortalının karısı ile çalışamayacak durumda malul veya 55 yaşını doldurmuş kocasıdır (2925, m.35). Sigortalının çocukları ile ilgili olarak 506 sayılı yasadaki 18, 20 ve 25 yaş sınırlamaları geçerliliğini sürdürmekte, ancak 18 yaşını doldurmuş olmakla beraber çalışamayacak durumda malul olan çocuklar için kız erkek ayrımı yapmadan malul olan tüm çocukların sağlık yardımlarından yararlanması öngörülmüştür. 2925 sayılı Yasa, 506 sayılı Yasa'dan farklı olarak ana ve babalara sağlık yardımı sağlamamıştır.

SSK, 2005 yılında 41.093.872 kişiyle nüfusun yüzde 56'sına sağlık yardımı sağlamıştır (Tablo 11). 1970 yılında nüfusun yüzde 16,2'sine sağlık güvencesi sağlayan

⁷¹29.7.2003 tarih ve 4958 sayılı Yasa'yla 506, m.106/I,a hükmü değiştirilerek, sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu kimseler arasında eşi de sayılmıştır (R.G.06.08.2003 tarih ve 25191 sayı).

⁷² 55 olan yaş sınırı 4447 sayılı Yasa ile 60 yaşa yükseltilmiştir.

SSK, kapsamın zaman içinde genişlemesiyle 1980 yılında nüfusun yüzde 23,9’una, 1990 yılında yüzde 33,9’una, 2000 yılında yüzde 46,2’sine ve 2005 yılında yüzde 56 ile nüfusun yarısından fazlasına sağlık güvencesi sağlamıştır⁷³.

Ülkemizde sosyal sağlık sigortası nüfus kapsamı açısından ikinci sırayı Bağ-Kur sigortalıları almaktadır. Bağ-Kur hastalık sigortası sağlık yardımlarından yararlananlar; 1479 sayılı Yasaya göre sigortalılığı devam edenler ile eş, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ve ana babaları; Kurum’dan yaşlılık veya malullük aylığı almakta olanlar ile bunların eşleri, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ve ana babaları ile ölüm aylığı alanlardır (1479, ek m.11). Ayrıca Bağ-Kur hastalık sigortası yardımları, sigortalılık niteliğinin kaybedildiği tarihten itibaren 90 gün içinde meydana gelecek hastalık hallerinde devam etmektedir (1479, Ek m.14). Bağ-Kur Sağlık Sigortası Yardımları Yönetmeliği⁷⁴ evlat edinilmiş, tanınmış, nesebi düzeltilmiş, hükümle babasına bağlanmış çocuklarla, sigortalının ölümünden sonra doğan çocukların kapsama alındığını belirtmiştir (m.5). Yönetmelik 506 sayılı Yasa kapsamındaki çocuklar için aranan yaş sınırı (18, 20, 25), 18 yaşını doldurmakla beraber malul durumda bulunan erkek çocuklarla, evli olmayan ve geçimini sağlayacak geliri bulunmayan kız çocukları ile ilgili koşulları aynen benimsemiştir.

⁷³ 2005 yılında SSK sağlık yardımından yararlananların 7.159.637 kişisi 506 sayılı Yasa kapsamında aktif sigortalı, 178.178 kişisi 2925 sayılı Yasa kapsamında tarımda aktif sigortalı, 4.308.186 kişisi her iki Yasa kapsamında aylık ve gelir alanlar, 41.407.762 kişisi ise bağımlılardan oluşmaktadır. SSK kapsamında sadece uzun vadeli sigorta kolları için prim ödeyen isteğe bağlı sigortalılar, aktif sigortalı oldukları dönemde sağlık yardımlarından faydalanamamakta, ancak pasif sigortalı olduklarında aile bireyleri ile birlikte yararlanabilmektedirler. Dolayısıyla bu gruptaki sigortalılar herhangi bir hastalık primi ödemedikleri halde pasif sigortalı olduklarında aile bireyleri ile birlikte sağlık yardımlarından faydalanmaktadır. 2005 yılında toplam 266.558 isteğe bağlı aktif sigortalı bulunmaktadır (SSK, 2005). Ancak SSK’dan aylık alanlar içerisinde ne kadarının isteğe bağlı sigorta yoluyla emekli olduğunu gösteren veriler bulunmamaktadır. Ayrıca hastalık sigortası açısından isteğe bağlı olan topluluk sigortalıları SSK hastalık sigortasından yararlanamamaktadır. 2005 yılında 47.332 topluluk sigortalısı bulunmaktadır.

⁷⁴ R.G. 25.8.1986 tarih ve 19202 sayı.

2926 sayılı Yasa kapsamında tarımda kendi adına ve hesabına çalışanlar, bu Yasaya göre yaşlılık ve malullük aylığı alanlar ile bunların eşleri, bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları ve ölüm aylığı almakta olanlar 1479 sayılı Yasanın ilgili hükümlerine göre sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar (2926, ek m.1).

Bağ-Kur, 2005 yılında 15.990.253 kişiyle, nüfusun yüzde 21,8'ine, sağlık yardımı sunmuştur (Tablo 11). 1980 yılında nüfusun yüzde 10,1'ine sağlık yardımı sunan Bağ-Kur, zamanla kapsamın genişlemesiyle 1990 yılında yüzde 18,7'sine, 2000 yılında ise yüzde 22,1'ine sağlık güvencesi sağlamıştır⁷⁵.

Sosyal sağlık sigortaları açısından üçüncü sırayı Emekli Sandığı üyeleri ve aktif çalışan memurlar almaktadır. ES'nda sağlık yardımlarından tüm iştirakçiler değil, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamına girenler ve aile bireyleri yararlanmıştır⁷⁶. Ayrıca 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Yasası, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Yasası, 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Yasası kapsamına girenler ile 5434 sayılı Yasa gereğince aylık alanlar ve aile bireyleri de sağlık yardımlarından faydalanmışlardır (Maliye Bakanlığı, 2005b:1-2; Güzel ve Okur, 2004:473).

⁷⁵ 2005 yılında sağlık yardımlarından faydalanan Bağ-Kur'luların 2.329.901 kişisi 1479 sayılı Yasa kapsamında aktif sigortalı, 1.024.471 kişisi 2926 sayılı Yasa kapsamında aktif sigortalı, 1.600.294 kişisi aylık ve gelir alan ve 11.035.587 kişisi aile bireyidir. SSK'daki uygulamanın aksine Bağ-Kur sağlık yardımlarından yararlanabilen isteğe bağlı sigortalılar ve aile bireyleri, 2003 yılında yapılan bir değişiklikle sağlık yardımı kapsamından çıkarılmışlardır (1479, ek m.11 - 24.7.2003 tarih ve 4956 sayılı Yasa'nın 37.md ile, 2.8.2003 tarih ve 25187 sayılı R.G.). Bu nedenle 2005 yılı itibarıyla toplam 226.250 isteğe bağlı sigortalı ve rakamı bilinmeyen aile bireyi sağlık yardımlarından faydalanamamaktadır (Bağ-Kur, 2005).

⁷⁶ Bu çerçevede 657 sayılı Kanunun 1.maddesi kapsamına giren memurlar ile Ek geçici madde 9'da anılan Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme Genel Müdürlüğünde, Et ve Balık Kurumunda, Petrol Ofisinde çalışanlar, geçici madde 16'da anılan Devlet Sanatçıları ve Sanatkarlar ile özel kanunlarında tedavi ve cenaze giderleri konusunda 657 sayılı Yasa kapsamına girenler sağlık yardımlarından yararlanmaktadır.

Bunların dışında, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'ne göre yurtdışında sürekli görevde bulunan devlet memuru; geçici görev, bilgi ve görgü arttırmak veya staj yapmak üzere yurtdışına gönderilen devlet memuru ve yurtdışında sürekli görevde bulunan devlet memurunun herhangi bir şekilde sağlık yardımından yararlanamayan eşi, bakmakla yükümlü olduğu ana babası ve aile yardımı ödeneğine hak kazanan çocukları da 657 kapsamında sağlık yardımlarından faydalanmıştır (m.3). Bu durumda eşin sağlık yardımından faydalanabilmesi için başka bir yerden sağlık yardımı almıyor olması⁷⁷, çocukların sağlık yardımından faydalanabilmesi için aile ödeneğine hak kazanma koşullarını taşıması gerekmiştir⁷⁸. Aile ödeneklerine hak kazanan çocuklar; evli olmayan ve 19 yaşını doldurmamış erkek çocuklar (yüksek öğrenim yapıyorlarsa 25 yaşını geçmemek üzere öğrenimleri süresince); evli olmayan ve 25 yaşını doldurmamış kız çocuklar ve çalışamayacak derecede malul olan çocuklardır (657, m.206).

Emekli Sandığı kapsamında Sağlık yardımlarından faydalanmış olan hak sahipleri ise; emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlarla bunların bakmakla yükümlü bulundukları eşleri, çocukları, ana ve babaları ile dul ve yetim aylığı bağlananlardır (5434, g.m.139)⁷⁹. Hak sahiplerinin muayene ve tedavileri ile ilgili tüzük⁸⁰ eşle ilgili olarak, “karı veya malul ve muhtaç yahut 65 yaşını doldurmuş ve muhtaç olmaları şartıyla kocaları” diyerek (m.2/B,a), eşin kadın veya erkek oluşuna göre ayrıma gitmiştir. Her üç sosyal güvenlik kuruluşunda da kız çocukları ve kadın

⁷⁷ 4.7.2001 tarih ve 631 sayılı KHK ile eklenmiştir (R.G.13.7.2001 tarih ve 24461 mükerrer sayı).

⁷⁸ “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği”, m.3, (R.G.11.8.1973 tarih ve 14622 sayı).

⁷⁹ Hak sahipleri genel sağlık sigortası ile sağlık yardımı sağlanana kadar, resmi veya özel sağlık kurumlarında muayene ve tedavi edilebileceklerdir.

⁸⁰ “Emekli, Adi Malullük veya Vazife Malullüğü Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Bulundukları Aile Fertleri Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ve Tedavileri Hakkında Tüzük”, R.G. 16.7.1973 tarih ve 14596 sayı.

olan eşin, tedavi yardımlarından hak sahibi olarak faydalanabilmeleri açısından, erkek çocuk ve erkek eşe oranla daha avantajlı oldukları gözlenmektedir. Paternalist bir anlayışa dayanan bu düzenlemeler, gerçekte sosyal güvenlik sisteminin ataerkil bakış açısını yansıtarak aile içindeki cinsiyete dayalı işbölümünün sürdürülmesinin araçlarından biri haline dönüşmektedir (Fişek, 2003). Diğer yandan 5434 sayılı Yasa “bakmakla yükümlü bulunduğu aile bireyleri”nden söz ettiğinden, tüzük hükümlerinin yasaya uyumlu hale getirilmesi gerekmektedir (Makas, 2003:203). Tüzüğe göre erkek ve kız çocuklar, evli olmamaları ve yaş sınırı (18, 20, 25) altında olmaları koşuluyla sağlık yardımlarından faydalanmaktadırlar (m.2/B, b). Ayrıca tüzük “evli olmayan ve yardım edilmediği takdirde muhtaç duruma düşecek kız çocukları ile yaşları ne olursa olsun malul ve muhtaç erkek çocukları”nın sağlık yardımlarından faydalanacağını belirtmiştir (m.2/B, c). Ana ve babanın sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için, özel yasalara göre sağlık yardımı alamıyor olmaları, aylık alanların bunları bakmakla yükümlü olması ve yardım edilmediği takdirde muhtaç duruma düşecek olmaları şarttır (5434, g.m.139).

Emekli Sandığı, 2005 yılında toplam 10.554.232 kişiyle nüfusun yüzde 14,4’üne sağlık yardımı sağlamıştır⁸¹ (Tablo 11). 1950 yılında yüzde 4’üne sağlık güvencesi sağlayan Emekli Sandığı, 1970 yılında yüzde 9,3’üne, 1980 yılında yüzde 12’sine, 1990 yılında yüzde 11,4’üne ve 2000 yılında yüzde 12,2’sine sağlık yardımı sağlamıştır.

Sosyal sağlık sigortaları kapsamı açısından dördüncü ve son sırayı 506 sayılı Kanunun 20.maddesi uyarınca kurulan özel sandıklar almıştır. Bu kapsamda bankalar, sigorta ve reasürans şirketleri, ticaret odaları, sanayi odaları, borsalar veya bunların

⁸¹ Bu kişilerin 2.402.409’u aktif memur, 2.695.426’sı aylık ve gelir alan ve 5.456.397 kişisi ise aile bireyleridir.

birlikleri kendi personelleri için vakıf statüsünde özel sandıklar kurmuşlardır⁸². Sandıklar üyelerine, 506 sayılı Kanunla sağlanan haklardan az olmamak üzere, hastalık halinde sosyal güvence sağlamışlardır. Ayrıca Sandık üyelerinin eşleri analık, eş ve çocukları ise hastalık sigortası kapsamında sağlık ve sosyal güvenlik yardımlarından yararlanmışlardır. Geçici 20.madde sandıkları SSK'daki düzelemeden farklı olarak aile bireyi olarak ana ve babayı kapsam altına almamıştır.

Sandıklar, 2005 yılında 306.169 kişiye sağlık yardımı sunmuştur⁸³ (Tablo 11). GSS hazırlık sürecinde sandıkların 2005 tarih ve 5411 sayılı Bankacılık Yasasının⁸⁴ geçici 23.maddesi uyarınca üç yıl içinde SSK'ya devredilmesi öngörülmüştür.

Yapılan açıklamalar sağlık yardımlarından yararlanacak kişiler açısından sigorta kurumları arasında farklılıklar olduğunu ortaya koymaktadır. Bağ-Kur'da ve 2925 sayılı Yasa'da eşin sağlık yardımlarından faydalanması için herhangi bir şart bulunmazken, SSK'da kurumdan gelir ve aylık alanların eşlerinin geçiminin gelir ve aylık alanlarca sağlanması koşulu aranmaktadır. 506 sayılı Yasa kapsamında sigortalılık niteliğini yitirenler ve aile bireyleri sigortalılık niteliğini yitirdiği tarihten itibaren 6 ay süre ile sağlık yardımlarından faydalanırken, Bağ-Kur'lular ve 2926 sayılı Yasa kapsamındakiler 3 ay süresince yararlanabilmekte (1479, ek m.14/b), 2925 sayılı Yasa kapsamındakiler hiç yararlanamamaktadır. SSK'da erkek eşin bu haktan yararlanabilmesi için sigortalı tarafından geçindirmekle yükümlü olması aranmışken, Bağ-Kur'da böyle bir şart yoktur. 506 sayılı Yasa kapsamında kız çocuğu hangi yaşta olursa olsun evli olmaması ve sosyal güvenlik kurumlarına tabi olarak çalışmaması veya

⁸² Sandıkların statüleri ve statü değişiklikleri Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca onaylanmakta, mali durumları ise Çalışma, Maliye ve Ticaret Bakanlıklarınca müştereken kontrol edilmektedir (506, g.m.20).

⁸³ Kapsamdakilerin 75.552'si aktif sigortalı, 76.027'si aylık ve gelir alan ve 154.590'ı eş ve çocuklardır.

⁸⁴ 5411 sayılı Kanunun kabul tarihi: 19.10.2005 (RG. 1.11.2005 tarih ve 25983 mükerrer sayı).

bunlardan gelir veya aylık almaması gerekirken; 2925 sayılı Yasa’da kız erkek ayrımı yapılmaksızın 18 yaşını doldurmuş olmakla beraber çalışamayacak durumda malul çocuklar sağlık güvencesi kapsamına alınarak kapsam sınırlı tutulmuştur. Bağ-Kur 506 sayılı Yasa’ya paralel bir biçimde kız çocukların sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için evli olmamaları ve geçimini sağlayacak gelirlerinin bulunmamasını yeterli görmüştür (Makas, 2003:204-206).

2.2.1.3. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortalarından Yararlanma Koşulları

Ülkemizde sosyal sigorta kapsamında sağlık yardımlarından yararlanabilmek için SSK ve Bağ-Kur’da belli bir süre prim ödeme şartı aranmaktadır. Ayrıca her üç kurum hizmetten yararlanacak aile bireylerinin de bazı koşulları taşımasını istemektedir.

SSK’da sigortalıların sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 90 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları zorunludur⁸⁵. Sigortalının sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için belli bir süre sigortalı olma ve prim ödeme koşulları, 1999 yılında, sağlık yardımlarından yararlanabilmek için danişıklı bir şekilde sigortalanma durumuna çözüm olması için getirilmiştir (Güzel ve Okur, 2004:291). Nitekim bu uygulamadan önce sigortasız hastaneye yatıp sigortalı olarak taburcu olmanın çok rastlanılan bir olay olduğu belirtilmektedir (Kılıçdaroğlu, 1999:15). Özellikle tedavi masrafı yüksek kronik hastalıklara yakalananların bu yolu tercih etmesi kurumun nimet külfet dengesini

⁸⁵ 25.8.1999 tarih ve 4447 sayılı Yasa ile 32.maddeye yeni bir hüküm eklenerek prim ödeme koşulu getirilmiştir. Buna göre sigortalıların sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için “60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki altı ay içinde olmak üzere toplam olarak 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları şarttır” (4447, m.3). Ancak 32.maddenin bu son fıkrası önce 24.8.2000 tarih ve 616 sayılı KHK ile son olarak da 29.7.2003 tarih ve 4958 sayılı Kanunla yeniden düzenlenmiş ve 29. madde ile prim ödeme gün sayısı 90 güne indirilmiştir.

zedelemiş ve kurumu mali açıdan sıkıntıya sokmuştur⁸⁶. Sağlık korumasından yoksun ve yüksek tedavi maliyetleri ile karşı karşıya kalan bu kişilerin ölüme terk edilmeleri düşünülemeyeceği için, tedavi masraflarının sosyal devlet ilkesi gereği devletçe karşılanacağı bir yapılanmaya gidilmesi yerinde olacaktır. SSK'da yabancı bir ülkede tedavisi yapılacak sigortalılar için, “hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 300 gün” hastalık sigortası primi ödemiş olma koşulu aranmaktadır⁸⁷ (Güzel ve Okur, 2004:291-292).

Sigortalının eş, çocuk ve ana babasının sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için sigortalının onları geçindirmekle yükümlü olması ve sigortalının hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması zorunludur (506, m.35, m. 42, m.106).

Sigortalılık niteliğini yitirenlerin ve bunların geçindirmekle yükümlü oldukları aile bireylerinin, bu niteliğin yitirilişinden itibaren altı ay içinde meydana gelecek hastalıkları halinde sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için, sigortalılık niteliğinin yitirildiği tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları gerekmektedir (506, m.40).

2925 sayılı Yasaya tabi tarım sigortalısının ve eş ve çocuklarının sağlık yardımlarından faydalanabilmesi için hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde bu Yasaya göre 120 gün prim ödemiş olması gereklidir (2925, m.14, m.16).

⁸⁶ Yapılan araştırmalar kronik diyaliz hastalarının yüzde 86'sının, kanser hastalarının yüzde 90'ının ve by-pass ameliyatı olan hastaların yüzde 80'inin SSK sağlık yardımlarından faydalandığını göstermektedir (Makas, 2003:196).

⁸⁷ Daha önce 120 gün olan prim ödeme koşulu, 1.6.1994 tarih ve 3995 sayılı Kanunun 3.maddesi ile 300 güne çıkarılmıştır (R.G. 7.6.1994 tarih ve 21953 sayı).

Bağ-Kur sağlık sigortasından yararlanmanın temel koşulu, ilk kez sigortalı olanların en az sekiz ay, yeniden sigortalı olanların ise en az dört ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları⁸⁸ ile hem sağlık hem de sigorta prim borçlarının bulunmamasıdır⁸⁹ (1479, ek m.12, 4956, m.38). Aylık bağlanmış olanların da sağlık yardımından yararlanabilmesi için, sekiz ay sağlık sigortası primi ödemiş olmaları gerekmektedir (Güzel ve Okur, 2004:548, 551).

Diğer iki sosyal güvenlik kurumundan farklı olarak, kamu kesiminde sağlık yardımlarından yararlanan aktif iştirakçiler ile Emekli Sandığı üyelerinin herhangi bir prim ödeme koşulu aranmamaktadır.

2.2.1.4. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortalarında Sağlık Yardımlarının

Kapsamı ve Süresi

Ülkemizde sosyal sağlık sigortaları tarafından sağlanan sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi konusunda farklılıklar bulunmaktadır. SSK’da sigortalıya yapılacak sağlık yardımları “...sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma ve kendi ihtiyaçlarını görme kabiliyetini arttırma amacını gütmektedir” (506, m. 33). Bu bağlamda SSK hastalık sigortası kapsamında sigortalıya, iş kazaları ile meslek hastalıkları sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklarda; sağlık yardımı yapılması, protez araç ve gereçlerinin sağlanması, geçici iş göremezlik ödeneğinin verilmesi ve gerekli hallerde muayene ve tedavi için yurt dışına gönderilmesi öngörülmüştür (506,

⁸⁸ 28.8.2000 tarih ve 619 s.KHK ilk defa sigortalı olanlar için en az 8 ay sağlık sigortası primi ödeme koşulunun yanı sıra, yeniden sigortalı olanlar için en az 4 ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödeme koşulunu da öngörmüştür. Anayasa mahkemesince iptal edilen kararnamenin ilgili maddesi 24.7.2003 tarih ve 4956 sayılı Kanunun 38. maddesi ile yeniden aynı şekilde düzenlemiştir.

⁸⁹ 4447 sadece sağlık sigortası primi borcu olmamayı ararken, 619 sayılı KHK hem sağlık hem de diğer sigorta prim borcu olmamayı gerekli bulmuş ve bu durum 4956 sayılı Yasa değişikliğinde de aynen benimsenmiştir.

m.32). Yapılacak sağlık yardımları ise; hekime muayene ettirme, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar muayenelerini yaptırma ve tedaviyi sağlama, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık kurumlarına yatırma, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme araçlarını sağlamaktır.

506 sayılı Kanun, Kurumdan gelir ve aylık almakta olanlarla bunların geçindirmekle yükümlü oldukları aile bireyleri ile gelir ve aylık almakta olan eş, çocuk ve ana babaya sağlanan sağlık yardımlarının kapsamını, sağlık yardımları ve protez araç gereçlerinin sağlanması ile sınırlandırmıştır (506, m.36). Yasa, diğer aile bireylerine tanınan protez araç ve gereç imkanını ana ve babaya tanımamıştır (506, ek m.32). Ayrıca Yasa kapsamında sigortalıya sağlanan yurt dışı tedavi olanağı sigortalının aile bireylerine tanınmamıştır. Yargıtay acil ve zorunlu hallerde bunun olanaklı olduğuna karar vererek, soruna oldukça yerinde bir çözüm getirmiştir⁹⁰ (Güzel ve Okur, 2004:307). Ancak, 3395 sayılı Yasa ile 32. maddeye eklenen E fıkrasında açıkça “sigortalı”dan söz edilerek hak sahiplerinin yurt dışına gönderilmeleri engellenmiştir.

2925 sayılı Yasa, sağlık yardımı ile protez araç ve gereçlerinin sağlanması, onarılması ve yenilenmesi yardımlarını sunmaktadır (2925, m.13). Sigortalının eş ve çocuklarına ise yalnızca dar anlamda sağlık yardımları (hekime muayene ettirme, gerekli klinik ve laboratuvar incelemelerinin yapılması, gerekiyorsa sağlık kurumuna yatırılması ve tedavi süresince gerekli olan ilaç ve iyileştirme malzemelerinin sağlanması) yapılmaktadır. Bu Yasa kapsamındaki sağlık yardımları 506 sayılı Kanunun 33. maddesinde sayılan sağlık yardımları ile aynıdır (2925, m.14, 17).

⁹⁰ Yargıtay 10 HD.19.9.1980 4823/5124.

506 sayılı Yasanın 34.maddesi sigortalıya sağlanacak sağlık yardımlarına süre kısıtlaması getirmekte idi⁹¹. Ancak insan sağlığının korunması açısından isabetli bir düzenleme olmayan bu kısıtlılık, Anayasa Mahkemesi’nin 17.1.1991 tarihli kararı ile ortadan kaldırılmıştır (Güzel ve Okur, 2004:297, 307). Ancak 2925 sayılı Yasadaki benzer hüküm varlığını sürdürmektedir (2925, m.15).

1479 sayılı Yasa kapsamında sunulan sağlık yardımları; “hekim muayenesi, teşhis için gerekli klinik ve laboratuvar incelemesinin yapılması, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık kurumuna yatırma, tedavi için gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması”dır (1479, ek m.13). Bağ-Kur’da sağlık yardımlarının süresi hastanın iyileşmesine kadardır (1479, ek m.14). 2926 sayılı Yasa kapsamında yapılacak sağlık yardımları için 1479 sayılı Yasadaki esaslar geçerli kabul edilmiştir (2926, ek m.3).

Emekli Sandığı kapsamında hem iştirakçiler hem de hak sahipleri için sağlanan sağlık yardımları, ilgili Yönetmelikler⁹² ve Yıllık Bütçe Uygulama Talimatları⁹³ hükümleri ile düzenlenmekte olup, düzenlemeler iştirakçiler ve hak sahipleri için benzerlikler göstermektedir (Güzel ve Okur, 2004:473, 505). ES kapsamında sağlanan sağlık yardımları; hekim muayenesi, klinik ve laboratuvar incelemeleri, gerektiğinde sağlık kurumlarına yatırma, tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması ve tedavi için yurt dışına göndermedir (5434, geçici m.139).

⁹¹ Buna göre sigortalıya sağlanacak sağlık yardımları “...sigortalının Kurumca tedavi altına alındığı tarihten başlayarak altı ayı geçemez”. Ancak, “... tedaviye devam edilirse malullük halinin önlenebileceği veya önemli oranda azaltılabileceği anlaşılırsa, bu süre 18 aya kadar uzatılır”. Tedaviyi 18 ayla kısıtlayan hüküm 2925 sayılı Kanunun 25.maddesinde de yer almaktadır.

⁹²Bazı hükümleri 18.3.1983 tarihinde değiştirilen “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği” (R.G.11.8.1973 tarih ve 14622 sayı) ile “Emekli ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Bulundukları Aile Fertleri Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ve Tedavileri Hakkında Yönetmelik” (R.G. 6.9.2003 tarih ve 25221 sayı)

⁹³2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı (Sıra No.4) (Tedavi Yardımı), (R.G. 9.2.2005 tarih ve 25722 M.Sayı).

4375 sayılı Kanunla 1998 yılından itibaren memurun eş, çocuk ve bakmakla yükümlü olduğu ana babası da tedavi için yurtdışına gönderilmeye başlanmıştır⁹⁴. Ancak 5434 sayılı Yasa kapsamında sağlık yardımlarından faydalananların yurtdışı tedavi süresi 2 yıla sınırlandırılmıştır (5434, g.m.139). Emekli Sandığında yurtiçinde tedavi süresini kısıtlayan herhangi bir hüküm bulunmamaktadır⁹⁵.

Sağlık yardımlarından yararlanacak kişiler ve yararlanma koşullarında olduğu üzere, sağlık yardımlarının kapsamı ve süresi konusunda da sosyal güvenlik kurumları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin protez araç ve gereçlerinin sağlanması ve yurt dışı tedavi olanağı tüm kurumlarda ve tüm kapsama alınanlara sağlanmamıştır. 2925 sayılı Yasaya tabi sigortalıların eş ve çocukları protez araç ve gereç yardımından yararlanamamaktadır. Sağlık yardımlarının kapsamı ile ilgili olarak Bağ-Kur ve ES SSK'nın aksine kapsamdakilerin tümüne aynı yardımların yapılmasını öngörmüştür. Kurumlar arasında en kapsamlı ve en yüksek standartta sağlık yardımı Emekli Sandığına, en düşük seviyede sağlık yardımı ise Bağ-Kur tarafından sağlanmaktadır. Örneğin Bağ-Kur'da yurt dışı tedavi olanağı sağlanmamıştır. Yurtdışı tedavi olanağı SSK'da sadece sigortalıya tanınmışken, Emekli Sandığı'nda iştirakçi ve aile bireylerine, kurumdan gelir ve aylık almakta olanlar ve aile bireylerine ve dul ve yetim aylığı alanlara tanınmıştır (Makas, 2003:213-214).

⁹⁴ R.G. 2.8.1998 tarih ve 23421 sayı.

⁹⁵ 657 sayılı Yasa 209.maddesi ve 5434 sayılı Yasanın geçici 139. maddeleri gereğince sağlık yardımlarından faydalananların 2003 yılından itibaren "... resmî veya özel sağlık kurum veya kuruluşlarında ... muayene ve tedavi" olmaları olanağı sağlanmıştır⁹⁵. Emekli Sandığı Sağlık İşleri Müdürlüğü'nden alınan bilgiye göre anılan tarihten itibaren özel sektör hizmetlerini kullanma eğilimi sürekli artmaktadır.

2.2.1.5. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortaları Prim Oranları ve Prim

Matrahı

Ülkemizde istihdam statüsüne göre belirlenen sosyal sağlık sigortacılığı, farklı kurumlarla parçalı bir yapı sergilemektedir. Farklı kurumların varlığı farklı prim oranlarına neden olmaktadır. SSK hastalık sigortası prim oranı, sigortalının prime esas kazancının yüzde 11’i olup, yüzde 5’i sigortalı ve yüzde 6’sı işveren payı olarak ödenmektedir⁹⁶ (506, m.73). SSK’da çırakların hastalık sigortası prim oranı yüzde 4’tür (506, m.73)⁹⁷. 2925 sayılı Yasa tüm riskler için yüzde 30 oranında tek bir prim öngörmüştür⁹⁸ (Güzel ve Okur, 2004:165).

506 sayılı Yasa, sigortalılar ile işverenlerin ödeyecekleri primlerin hesabında sigortalının aylık brüt kazancını esas almaktadır⁹⁹. Yasa kapsamında prim hesabına esas tutulacak günlük kazanç ise aylık kazancın otuzda biridir. Ancak, ücret alınmamış çalışılmayan günler hesaba katılmayarak, prime esas günlük kazanç çalışılan ve ücret alınan gün sayısına bölünerek hesaplanmaktadır. Bu sayı aynı zamanda o ay için prim ödeme gün sayısını oluşturmaktadır (506, m.77). Alınacak primlerin hesabına esas

⁹⁶ 5502 sayılı Yasayla 1951 yılında belirlenen yüzde 2 oranındaki işçi ve işveren payı 22 yıl boyunca değiştirilmemiştir. 1.4.1973 tarihinden itibaren yüzde yüz artışla uygulanan yüzde 4’lük işçi ve işveren payı ise yaklaşık iki yıl uygulandıktan sonra yeniden artış yoluna gidilmiştir. 1.7.1975 tarihinden itibaren halen geçerli olan yüzde 5 işçi, yüzde 6 işveren payı uygulanmaktadır. Uzun yıllar arttırılmayan prim oranlarının 1970’lerden itibaren sırasıyla 2.5 ve 3 kat arttırılmasının, aktüeryal hesapların iyi yapılamamasından ve sosyal güvenlik kurumlarında yaşanan diğer finansman sorunlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

⁹⁷ 3008 sayılı Mesleki Eğitim Kanunu bu primin tamamının asgari ücretin yüzde 50’si üzerinden Milli Eğitim Bakanlığı bütçesine konulacak ödenekle karşılanmasını öngörmüştür (m.25).

⁹⁸ 506 sayılı Yasa çerçevesinde isteğe bağlı ve topluluk sigortası kapsamındaki sigortalıların prim oranları da tek bir prim şeklinde olup, yüzde 25’tir⁹⁸. Daha önce yüzde 30 olan oran, 24.6.2004 tarih ve 5198 sayılı Kanunun 13.maddesi ile 1.7.2004 tarihinden itibaren yüzde 25 olarak belirlenmiştir (R.G. 6.7.2004 tarih ve 25514 sayı).

⁹⁹ Ödenecek primlerin hesabında; sigortalının o ay içinde hak ettiği ücretler; prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan sigortalılara o ay içinde ödenenler; idare veya kaza mercilerince verilen karar gereğince ilk iki maddede belirtilen kazanç niteliğinde olanlardan o ay içinde yapılan ödemelerin brüt toplamı esas alınmaktadır. Ancak “ölüm, doğum, evlenme yardımları, yolluklar, kıdem, ihbar ve kasa tazminatları, aynı yardımlar ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığınca miktarları yıllar itibariyle belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları” prime esas kazançlar kapsamı dışında tutulmuştur. Fakat bunların dışındaki her türlü ödeme prime tabidir.

tutulacak günlük kazancın alt sınırı 2003 tarih ve 4857 sayılı İş Kanununu 39.maddesine göre 16 yaşından büyükler için belirlenen günlük asgari ücret, üst sınır ise günlük asgari ücretin 6.5 katıdır (506, m.78)¹⁰⁰.

Bağ-Kur sigortalısının hastalık sigortası prim oranı, sigortalının bulunduğu basamak gösterge tutarının yüzde 20'sidir¹⁰¹. Ayrıca ek finansman yaratabilmek amacıyla 8. basamağa kadar olan sigortalıların sağlık primlerini bulundukları basamaktan değil, 8. basamak üzerinden ödemesi esası getirilmiştir¹⁰² (Güzel ve Okur, 2004:548, 551). Bunların dışında Kurumdan aylık almakta olanlardan da on yıl süre ile sağlık sigortası primi alınması öngörülmüş ve prim oranı yüzde 10 olarak belirlenmiştir (3235, geçici m.7/1).

Emekli Sandığı'nın finansmanı iştirakçiden kesilen kesenekler ile kurumlarından alınan karşılıklardan oluşmaktadır. İştirakçilerden her ay emeklilik keseneğine esas aylıkları üzerinden yüzde 16 emeklilik keseneği,¹⁰³ çalıştıkları kurumlardan ise emeklilik keseneğine esas aylık üzerinden yüzde 20 karşılık¹⁰⁴ alınmaktadır¹⁰⁵ (5434, m.14).

¹⁰⁰ Daha önce prime esas kazancın hesaplanmasında kullanılan katsayı ve gösterge sistemi 4447 sayılı Yasa ile 1.1.2000 tarihinden geçerli olmak üzere yürürlükten kaldırılmıştır. 4447 ile getirilen yeni sisteme göre prime esas günlük kazancın alt sınırı 4.000.000 TL., üst sınırı ise alt sınırın 3 katı olup 5 katına kadar yükseltmeye Bakanlar Kurulu yetkili kılınmıştır. Daha sonra 2004 yılında 5198 sayılı Yasayla İş Kanunu'nda yapılan değişiklikle alt sınır için asgari ücret, üst sınır için asgari ücretin 6.5 katı belirlenmiştir.

¹⁰¹ 3235 sayılı Yasayla sigortalının bulunduğu basamak gösterge tutarının yüzde 12'i olarak belirlenen sağlık sigortası prim oranı (ek m.15), 4447 sayılı Kanunla 1999'dan itibaren yüzde 15'e, 4736 sayılı Yasa'yla 2002 tarihinden itibaren yüzde 20'ye çıkarılmıştır.

¹⁰² 4447 ve 4956 sayılı Yasalarla.

¹⁰³ Daha önce yüzde 10 olan bu oran 3284 sayılı Kanunla kademeli olarak yüzde 12'ye, 375 sayılı KHK m.26 ile kademeli olarak yüzde 14'e, 418 sayılı KHK m.46/c ile yüzde 15'e çıkarılmıştır. Yüzde 15 oranı ise 3.4.2003 tarihli ve 4839 sayılı Kanunun 1 inci maddesi ile "yüzde 16" olarak değiştirilmiştir.

¹⁰⁴ Eskiden yüzde 18 olan bu oran, 3284 sayılı Kanunla aşamalı olarak yüzde 20'ye çıkarılmıştır. 1986'da yüzde 18, 1987 ve 1988'de yüzde 19, 1989'dan itibaren ise yüzde 20'ye çıkarılmıştır.

¹⁰⁵ Başlangıçta iştirakçi ve kurumu için aynı miktarda (yüzde 5) tespit edilen kesenek ve karşılık oranı 1959 yılına kadar değişmemiş, bu tarihte iki taraf için de aynı miktarda arttırılarak (yüzde 1) denge korunmuştur. Ancak 1969 yılında kesenek yüzde 8'e çıkarılırken karşılık yüzde 14'e çıkarılarak, arada önemli bir fark oluşturulmuştur. 1981 yılındaki değişiklikle (yüzde 10 ve yüzde 18) aradaki fark biraz daha açılmıştır. 1987'de oranlar yine 1'er puan arttırılmış, ancak 1989'da birer puanlık artışta karşılık

Aktif memurlar herhangi bir sağlık sigortası primi ödememekte,¹⁰⁶ sağlık harcamaları kendi kurumlarınca karşılanmaktadır. Emekli memurların sağlık harcamaları ES tarafından karşılanmaktadır¹⁰⁷. Aktif memurların sağlık primi ödemiyor olması ve ES’nda kişi başi sağlık harcamasının diğer sosyal güvenlik kuruluşlarına oranla daha yüksek olması, 1987 yılından itibaren gözlenen ES açıklarının en büyük nedeni olarak gösterilmektedir. Bu nedenle ES, Kurumun açık vermeye başladığı tarihten itibaren sağlık faturalarını doğrudan Maliye Bakanlığı’na¹⁰⁸ havale etmektedir¹⁰⁹. Dolayısıyla emekli veya aktif çalışan olsun tüm memurların sağlık harcamaları gerçekte vergilerle finanse edilmektedir.

506 sayılı Yasanın geçici 20.maddesi kapsamında kurulan sandıkların prim oranları, sandıkların prim oranlarını belirleme yetkisinin bulunması nedeniyle değişiklik göstermektedir. İşçi primi yüzde 9-19,5 arasında, işveren primi yüzde 12,5-26,5 arasında, toplam katkı payı ise yüzde 21,5-46 arasında deđişmektedir¹¹⁰.

yüzde 20’de sabitlenirken, kesenek artışını sürdürmüş ve 2003 yılında bugün uygulanan rakama (yüzde 16’ya) ulaşmıştır. Bu artışlarda aktüeryal hesapların doğru yapılamaması, aktif pasif dengesinin bozulması ve çeşitli yanlış uygulamalarla Kurum giderlerinin arttırılmasının katkısı bulunmaktadır (Akbulak ve Akbulak, 2004:37-55; Duygulu ve Pehlivan, 2004:137-173).

¹⁰⁶ Aktif memurlar yalnızca emeklilik keseneği (yüzde 20 kurum, yüzde 16 iştirakçi keseneği) ödemektedirler.

¹⁰⁷ ES tarafından emekli memurlar için yapılan sağlık harcamalarının herhangi bir sağlık sigortası primi karşılığına dayalı olup olmaması tartışmalı bir konudur. Kimi yazarlar aktif memurların emeklilik için ödedikleri keseneğin miktarını dikkate alarak, bu keseneğin sağlık keseneğini de zımnen içerdiğini iddia etmektedirler.

¹⁰⁸ 8.7.1971 yılında 1425 sayılı yasayla ES’nın nakit açığının, Maliye Bakanlığı’nın sosyal transferler bölümüne konulan özel bir ödenekle karşılanıyor olması ve Kurumun 1987 yılından itibaren birkaç yıl dışında (1990, 1991 ve 1992) sürekli açık vermesi bu durumu sürekli bir hale getirmiştir.

¹⁰⁹ ES Sağlık İşleri Daire Başkanı Ahmet Genç ile Kasım 2005 tarihinde yapılan özel görüşme.

¹¹⁰ En yüksek primi alan kurum, yüzde 19,5 işçi ve yüzde 26,5 işveren primi ile Milli Reasürans, en düşük primi alan kurum ise yüzde 9 işçi ve yüzde 12,5 işveren primi ile İmar Bankası’dır.

2.2.1.6. Türkiye’de Sosyal Sağlık Sigortaları Gelir – Gider Dengeleri

Ülkemiz sosyal sağlık sigortacılığı sisteminde kayıt dışı istihdamın yüksekliği, işsizlik oranının yüksekliği, prime esas kazançların düşüklüğü, prim tahsilatının tam olarak yapılamaması gibi gelir oluşturma sorunlarının yanı sıra, sağlık harcamalarının artışı ve aktif pasif dengesinin bozulması gibi hastalık sigortası giderlerini arttıran sorunlar hastalık sigortası gelir gider dengelerini bozmuştur (Başbakanlık, 2005).

SSK hastalık sigortası 1994 yılındaki ekonomik krizden sonra açık vermeye başlamıştır(Tablo 12). 1995 yılında gelirler¹¹¹ giderlerin yüzde 69’unu karşılayabilmiştir ve krizin etkisi 1997 yılına kadar sürmüştür. 1997 ve 1998 yıllarında açık vermeyen program, 1999 ekonomik krizi ile birlikte tekrar açık vermiş, ancak 2000 yılında denge sağlamayı başarabilmiştir. Bu kez, 2001 krizi açığa neden olmuş ve açık sürekli hale gelmiştir. 2004 yılında gelirler giderlerin yüzde 88’ini karşılayabilmiştir. Gelir gider dengesini bozan diğer bir etmen de sağlık harcamalarındaki artış olmuştur (Tablo 34).

Tablo 12: SSK Hastalık Sigortasının Gelir Gider Dengesi (1990-2004)

YILLAR	GELİR (Milyar T.L.)	GİDER (Milyar T.L.)	FARK (Milyar T.L.)	Gelirin Gideri Karş. Yüzdesi
1990	3.266,6	2.394,3	872,3	136
1991	6.258,0	4.397,8	1.860,2	142
1992	9.898,3	8.124,2	1.774,1	122
1993	16.408,3	13.084,7	3.323,5	125
1994	23.272,3	25.147,5	- 1.875,2	92
1995	32.404,7	47.129,0	- 14.724,3	69
1996	90.754,4	93.578,3	- 2.823,9	97
1997	219.164,0	211.458,3	7.705,7	103
1998	429.880,5	429.019,7	860,8	100
1999	749.913,7	786.492,6	- 36.578,9	95
2000	1.460.074,7	1.348.617,7	111.457,0	108
2001	2.219.037,9	2.374.737,5	- 155.699,6	93
2002	3.230.837,5	3.732.042,0	- 501.204,5	87
2003	4.575.458,9	5.221.722,6	- 646.263,7	88
2004	6.111.697,5	6.906.368,9	- 794.671,4	88

Kaynak: SSK Çalışma raporları (1995-2004).

¹¹¹ SSK hastalık sigortasının prim geliri dışındaki diğer gelirleri, ilaç ile protez araç ve gereçleri üzerinden alınan katılım paylarıdır. SSK hastalık sigortasının giderleri ise tedavi giderleri, sigorta giderleri ve yönetim giderleri olarak sınıflandırılmaktadır.

Sosyal Sigortalar Kurumu, hastalık sigortasından daha önceki bir tarihte, 1992 yılından itibaren açık vermeye başlamıştır (Tablo 13). Dalgalı bir seyir izleyen gelirin gideri karşılama oranı 1992-2004 yılları arasında ortalama yüzde 79,2 civarında seyretmiştir. 1994 krizini izleyen 1995 yılında gelirin gideri karşılama oranı yüzde 62,9'a kadar düşmüştür. Bu tarihten itibaren artış gösteren oran bu kez 1999 krizi ile yüzde 77,6'dan yüzde 69,1'e düşmüştür. 2000 yılında önemli bir artışla yüzde 92,4'e çıkan oran, 2001 krizinden sonra tekrar düşüşe geçerek, 2004 yılında yüzde 72,5'e inmiştir. Hastalık sigortasının kurum açığı içindeki oranı, 1994-2004 yılları arasında yüzde 2-21 aralığında, ortalama yüzde 13 civarında seyretmiştir. Oran 1994 krizini takiben 1995 yılında yüzde 18'e çıkmış, 2001 krizinden itibaren de yüzde 20'leri aşmıştır. SSK hastalık sigortasının finansmanı giderlerin yıl içindeki gelirlerle karşılanması esasına dayandığından, finansman açığı SSK'ya yapılan bütçe transferi ile kapatılmaktadır. Açıklar için SSK'ya yapılan bütçe transferleri, bazı yıllarda açığın üzerinde, bazı yıllarda ise altında kalmıştır.

Tablo 13: SSK Ödemeler Dengesinin Yıllar İtibariyle Gelişimi, SSK'ya Yapılan Bütçe Transferi ve SSK Hastalık Sigortası Açığının SSK Açığı İçerisindeki Yeri (Milyar TL)

Yıllar	Gelirler Toplamı	Giderler Toplamı	Gelir Gider Farkı	Gelirin Gideri Karş. Yüzdesi	SSK'ya yapılan Bütçe Transferi	Hastalık Sigortası Açığı	HS Açığı /Kur. Açığı
1990	10.703,0	9.304,0	1.399,0	115,0	0	---	---
1991	18.511,0	18.383,0	128,0	100,6	0	---	---
1992	32.789,0	35.345,0	- 2.556,0	92,7	0	---	---
1993	52.168,0	60.252,0	- 8.084,0	86,5	0	---	---
1994	90.335,0	109.734,0	- 19.399,0	82,3	14.480	- 1.875,2	9,7
1995	138.158,0	219.493,0	- 81.335,0	62,9	59.200	- 14.724,3	18,1
1996	342.436,0	486.819,0	- 144.383,0	70,3	146.000	- 2.823,9	2,0
1997	724.389,0	1.060.389,0	- 336.000,0	68,3	337.000	---	---
1998	1.550.018,0	1.997.018,0	- 447.000,0	77,6	451.000	---	---
1999	2.494.835,0	3.605.835,0	-1.111.000,0	69,1	1.111.000	- 36.578,9	3,3
2000	4.894.718,0	5.294.718,0	- 400.000,0	92,4	400.000	---	---
2001	7.698.531,0	8.806.531,0	-1.108.000,0	87,4	1.108.000	- 155.699,6	14,0
2002	11.132.049,0	13.518.049,0	-2.386.000,0	82,3	2.386.000	- 501.204,5	21,0
2003	15.973.824,2	19.131.707,7	-3.157.883,5	83,4	4.808.000	- 646.263,7	20,5
2004	21.747.754,3	26.912.601,7	-5.164.847,4	80,8	5.757.000	- 794.671,4	15,4
2005	21.972.650,0	30.312.650,0	-8.340.000,0	72,5	7.507.267	---	---

Kaynak: SSK Aylık İstatistik Bültenleri (Ekim 2005 - Eylül 2006); SSK Çalışma Raporları (1995-2004).

Sağlık harcamaları için herhangi bir geliri bulunmayan Emekli Sandığı'nın sağlık ödemeleri ile kişi başı sağlık ödemesi sürekli bir artış içindedir (Tablo 14). Emekli Sandığı, 2005 yılında 851 \$ kişi başı sağlık ödemesi ile sosyal güvenlik kurumları arasında en yüksek ödemeye sahip kurumdur.

Tablo 14: Emekli Sandığı Sağlık Ödemeleri ve Kişi Başı Sağlık Ödemesi (1990-2005)

Yıllar	Sağlık Ödemeleri		Kişi Sayısı	Kişi Başına Sağlık Ödemesi (\$)
	(Milyon TL)	Dolar (\$)		
1990	312.783	120.024.175	1.123.141	107
1995	17.858.065	367.830.597	1.545.788	238
2000	623.072.600	927.515.724	2.203.003	421
2002	1.840.221.231	1.123.330.375	2.406.354	467
2004	2.795.695.601	1.969.633.346	2.552.141	772
2005	2.917.045.576	2.176.899.683	2.557.141	851

Kaynak: <http://www.emekli.gov.tr>

Emekli Sandığı, 1987 yılından bu yana açık vermektedir (Tablo 15). 1990-1992 yılları dışında sürekli bir açık durumu söz konusudur. 1987-2005 tarihleri arasında gelirin gideri karşılama durumu ortalama yüzde 82,4 civarında seyretmiştir. SSK'dan farklı olarak 1994 krizi ES açığını fazla etkilememiş, hatta 1995 yılında oranda yaklaşık yüzde 7'lik bir artış gözlenmiştir. Ancak 1999 krizi oranı yüzde 80'lerden 70'lere, 2001 krizi ise yüzde 60'lara düşürmüştür. 2005 yılında gelirin gideri karşılama durumu yüzde 67,8'dir. SSK'dan farklı olarak Emekli Sandığı'na yapılan bütçe transferleri açığın hep üzerinde olmuştur. Emekli Sandığı'nın nakit açığı 1971 yılından bu yana Maliye Bakanlığı bütçesinin sosyal transferler bölümüne konulan özel bir ödenekle karşılanmaktadır (5434, g.m.146).

Tablo 15: Emekli Sandığı Gelir-Gider Dengesi (YTL, 1980-2005)

Yıllar	Gelirler	Giderler	Fark	Gelirin Gideri Karşılama Yüzdesi	ES'na Yapılan Bütçe Transferi
1980	50.747	44.760	5.987	113,3	
1987	422.273	500.560	- 78.287	84,3	
1988	568.780	792.145	- 223.365	71,8	
1989	2.153.093	2.392.359	- 239.266	90,0	1.500.000
1990	5.346.434	5.092.844	253.590	105,0	528.000
1991	9.485.809	8.616.909	868.900	110,1	1.707.000
1992	17.476.280	16.112.726	1.363.554	108,5	7.126.000
1993	27.498.058	31.450.714	- 3.952.656	87,4	11.230.000
1994	47.875.632	53.930.240	- 6.054.608	88,8	21.570.000
1995	103.543.112	108.362.222	- 4.819.110	95,6	41.000.000
1996	220.793.655	260.272.479	- 39.478.824	84,8	119.200.000
1997	465.317.434	573.548.058	- 108.230.624	81,1	300.000.000
1998	914.083.750	1.109.524.985	- 195.441.235	82,4	550.000.000
1999	1.508.714.904	2.016.291.584	- 507.576.680	74,8	1.035.000.000
2000	2.138.765.110	2.976.238.608	- 837.473.498	71,9	1.775.000.000
2001	3.217.177.726	4.800.176.358	- 1.582.998.632	67,0	2.675.000.000
2002	4.981.388.344	7.629.741.972	- 2.648.353.628	65,3	4.676.000.000
2003	6.814.266.712	10.346.934.283	- 3.532.667.571	65,9	6.145.000.000
2004	7.780.452.224	12.245.126.168	- 4.464.673.944	63,5	7.800.000.000
2005	9.556.918.351	14.096.141.737	- 4.539.223.386	67,8	8.889.000.000

Kaynak: <http://www.emekli.gov.tr>

Bağ-Kur'da sağlık sigortası prim tahsilatının gideri karşılama oranı 1994 ekonomik krizini takiben yüzde 126,5'ten yüzde 91,9'a inmiş ve açık durumu artarak devam etmiştir (Tablo 16). 1999 krizi ile yüzde 34,5'e kadar inen gelirin gideri karşılama oranı, 2004 yılına kadar iyileşme göstererek bu yılda yüzde 52,8'e çıkmış, ancak 2005 yılında tekrar yüzde 47,1'e düşmüştür¹¹²(Bağ-Kur, 2005). Bağ-Kur sağlık sigortası gelir gider dengesini bozan diğer önemli bir etmen sağlık harcamalarındaki artıştır. Gelirin gideri karşılama oranının yüzde 34,5'e kadar düştüğü 1999 yılında sağlık harcamalarının bir önceki yıla göre artış oranı yüzde 105,4 olmuştur. 2002

¹¹² Bağ-Kur sağlık sigortasının gelirleri; sağlık sigortası primleri, sağlık hizmetlerinde kullanılmak şartıyla gerçek ve tüzel kişiler tarafından yapılacak bağışlar ve vasiyetler ile diğer gelirlerden oluşmaktadır (1479, ek m.15). Sağlık sigortasının giderleri ise, yatarak ve ayakta yapılan tedaviler ile kurumca sağlanacak ilaç, ortez, protez ve iyileştirme vasıtalarına yapılan ödemelerden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin gerektirdiği giderler Sağlık Bakanlığının yataklı tedavi kurumları için belirlediği fiyat tarifesini aşmamaktadır (1479, m.17).

tarihinden sonraki iyileşmede sağlık harcaması artış oranının yüzde 79'lardan yüzde 17'lere (2004) çekilmesinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 16: Bağ-Kur Sağlık Sigortası Prim Tahsilatı ve Sağlık Giderleri (Milyar TL)

Yıllar	Prim Tahsilatı	Yıllık Artış Oranı (%)	Sağlık Gideri	Yıllık Artış Oranı (%)	Karşılama Oranı (%)
1990	307,3	-	277,5	-	110,7
1991	480,2	56,3	421,6	51,9	113,9
1992	1.463,6	204,9	524,2	24,3	279,2
1993	1.782,1	21,7	1.060,8	102,4	168,0
1994	3.778,1	112,0	2.987,2	181,6	126,5
1995	7.396,0	95,7	8.044,7	169,3	91,9
1996	15.162,9	105,0	18.411,9	128,7	82,4
1997	43.269,6	185,4	54.499,5	196,0	79,4
1998	75.973,1	75,6	201.254,1	269,3	37,7
1999	142.706,5	87,8	413.417,2	105,4	34,5
2000	285.075,0	99,8	730.295,6	76,6	39,0
2001	518.815,7	82,0	1.228.848,9	68,3	42,2
2002	964.303,0	85,9	2.195.308,2	78,7	43,9
2003	1.410.561,1	46,3	3.183.146,3	45,0	44,3
2004	1.965.189,0	39,3	3.719.356,0	16,8	52,8
2005	1.707.701,0	-13,1	3.625.815,0	-2,5	47,1

Kaynak: Bağ-Kur, 2005; <http://www.bagkur.gov.tr>.

Bağ-Kur'da gelirin gideri karşılayamamaya başladığı 1989 yılında gelirin gideri karşılama oranı yüzde 88,6'dır (Tablo 17). Oran 1991'de yüzde 64,3'e düşmüş, 1992'deki iyileşmeden sonra hızla düşmeye devam etmiş, 1994 ekonomik krizi ile yüzde 49,4'e inmiştir. Bu tarihten sonra da düşüşünü sürdüren oran 1999 krizi ile yüzde 31,6'ya kadar düşmüştür. Daha sonra iyileşme göstererek yüzde 43'lere ulaşan oran, 2005 yılında tekrar yüzde 33,8'e düşmüştür. Bağ-Kur'a yapılan bütçe transferine bakıldığında, 1989, 1990 ve 1992 yıllarında açığa rağmen herhangi bir bütçe transferinin yapılmamış olduğu, 1996 ve 1998 yıllarında açığın biraz üzerinde transfer yapıldığı, diğer yıllarda ise açığın altında transferler yapıldığı gözlenmektedir.

Tablo 17: Bağ-Kur’da Toplam Gelir ve Giderler (1985-2004)

Yıllar	Gelir (Milyar TL)	Gider (Milyar TL)	Fark (Milyar TL)	Bütçe Transferi	Gelirin Gideri Karşılama Durumu
1985	105,8	53,1	52,7	-	199,2
1989	582,1	656,9	- 74,8	0	88,6
1990	1.034,7	1.194,5	- 159,8	0	86,6
1991	1.339,2	2.081,2	- 742,0	300	64,3
1992	4.034,5	4.601,9	- 567,4	0	87,7
1993	5.224,5	8.616,5	- 3.392,0	2.700	60,6
1994	9.826,2	19.894,5	- 10.068,3	4.530	49,4
1995	20.054,8	40.788,2	- 20.733,4	8.000	49,2
1996	43.599,5	108.124,8	- 64.525,3	70.100	40,3
1997	130.041,6	307.274,1	- 177.232,5	123.000	42,3
1998	220.139,7	650.472,5	- 430.332,8	435.000	33,8
1999	414.138,1	1.309.598,8	- 895.460,7	796.145	31,6
2000	725.912,8	1.899.118,3	-1.173.205,5	1.051.460	38,2
2001	1.280.348,1	3.059.214,4	-1.778.866,3	1.740.000	41,9
2002	2.101.540,0	5.032.115,1	-2.930.575,1	2.622.000	41,8
2003	2.982.986,0	8.061.199,0	-5.078.213,0	4.930.000	37,0
2004	4.241.518,0	9.953.538,0	-5.712.020,0	5.336.000	42,6
2005	3.726.768,0	11.020.036,0	-7.293.268,0	6.926.000	33,8

Kaynak: Bağ-Kur, 2005; <http://www.bagkur.gov.tr>

2.2.2. Türkiye’de Vergilerle Finansman

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanı genellikle “sağlık yardımı” mantığı ile işlemiştir. Vergilerle finansmanın en önemli uygulaması Yeşil Kart’tır. Bunun dışında bazı özel yasalarla bazı nüfus gruplarına sosyal sağlık yardımı yapılması öngörülmüştür.

2.2.2.1. Türkiye’de Yeşil Kart Uygulaması

18.6.1992 tarih ve 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılınması Hakkında Kanun”¹¹³, GSS uygulamasına geçilinceye kadar, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin Devlet tarafından karşılanması ilke ve esaslarını belirlemektedir.

¹¹³ 3.7.1992 tarih ve 21273 sayılı R.G.

3816 sayılı Yasa kapsamında Yeşil Kart, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu Kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı¹¹⁴ İş Yasası'na göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primleri dışındaki miktarının 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarına, il ve ilçe idare kurullarının kararına bağlı olarak valilikler ve kaymakamlıklarca verilmektedir (3816, m.2, 6, 8). Bu miktarı üç katına kadar arttırmaya Bakanlar Kurulu yetkili kılınmıştır (3816, m.2). Aylık ve gelir payları bu miktarın üzerine çıkanların Yeşil Kart'ları geri alınmaktadır (3816, m. 3).

Bu Yasa kapsamına girecek durumda olmadığı halde gerçek dışı beyan veya gerçeğin gizlenmesi suretiyle Yeşil Kart alarak ücretsiz tedaviden yararlananlar ve yararlandırılanlar ile aylık geliri veya gelir payı bu Yasa kapsamı dışına çıkmayı gerektirmesine rağmen Yeşil Kart'tan yararlanmaya veya yararlandırmaya devam edenlere yapılan harcamalar kendilerinden, velilerinden veya kanunen bakmakla yükümlü bulunan yakınlarından iki misli olarak geri alınabileceği gibi, bu belgeleri kullanan ve düzenleyenler hakkında ayrıca genel hükümlere göre ceza kovuşturması yapılmaktadır (3816, m, 10).

¹¹⁴ Bu Yasa kapsamında aylık gelir veya gelir payı, aynı hanede yaşayan eş, ana, baba ve çocuklar ile üçüncü dereceye kadar hısımların gelirleri esas alınarak hesaplanır. Hanehalkı gelirinin hesaplanmasında her bir kişinin; a) Hizmet karşılığı olarak ücret veya yevmiye gibi nakdi gelirleri, b) Nakdi tarım gelirlerinin tutarı, c) Menkul veya gayrimenkul kira, faiz ve temettü gelirleri, d) Devletten, özel teşebbüslerden veya başka kişi ve kuruluşlardan elde ettikleri nakdi transfer ve hibe gelirleri, e) Yukarıdaki bendlerde belirtilen türlerden aynı gelirleri göz önünde tutulur. Hanehalkının her birinin yukarıdaki fıkraya göre elde ettikleri nakdi ve aynı bütün gelirlerinin toplamı hanede yaşayan hısımların sayısına bölünerek her birinin gelir payının ikinci maddede belirtilen miktarın altında olup olmadığı tespit edilir (m.4).

Yeşil Kart sahipleri Türkiye’deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak gördükleri tedavi hizmetleri ve her türlü masraflar için hiçbir ücret ve bedel ödememektedir (3816, m.3). Yasa yataklı tedavi kurumlarında yatarak görülen tedavi masraflarını karşılamak ile sınırlı tutulmuş, başta ayaktan tedaviler olmak üzere ilaç ve diğer tıbbi malzemeleri güvence altına almamıştır. Ancak Yeşil Kart Yasası kapsamında olmayan sağlık hizmetlerinin ücret ve bedellerinin 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanununca karşılanmasını öngörmüştür (3816, m.11). Bu durum Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide yazılan tüm reçeteleri ve Yeşil Kart Yasası kapsamı dışında kalan diğer tüm hizmetleri için ilçe sosyal yardımlaşma ve dayanışma fonlarına başvurmasını gerektirmiştir.

Uygulamadaki bu sıkıntıyı gidermek ve GSS uygulamasına hazırlık amacıyla 14.7.2004 tarih ve 5222 sayılı Kanunla¹¹⁵ Yeşil Kart’lıların 1.1.2005 tarihinden itibaren ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedellerinin de Yeşil Kart Yasası kapsamında ödenmesi olanağı getirilmiştir (5222, m.1; 3816, m.2). Anılan Yasa değişikliği ile ayrıca, doksan günün aşılması kaydıyla, Yeşil Kart sahibi anne veya babanın yeni doğan bebeğinin acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektiren giderleri ile acil tıbbi müdahale ve tedavi gerektirdiği için hastaneye yatırılan hastaların Yeşil Kart çıkarılıncaya kadar hastanede yapılan tüm masrafları kapsam altına alınmıştır (5222, m.1).

2006 yılı sonu itibariyle toplam 18.022.969 kişi başvuru yapmasına rağmen, 13.418.559 kişi Yeşil Kart alabilmiştir (Tablo 18). Yıllar itibariyle başvurular yaklaşık

¹¹⁵“Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”. (RG. 21.07.2004 tarih ve 25529 sayı). Başlangıçta üç ilde pilot olarak başlatılan uygulama 1.1.2005 tarihinden itibaren tüm ülkeye yaygınlaştırılmıştır.

1-2 milyon arasında seyrederken, 2004 yılında sadece 176.024 kişi başvurmuştur. Benzer bir durum kart verilen kişi sayısı için de geçerlidir. 2003 ve 2004 yıllarında kart verilen kişi sayısında önemli bir düşüş görülmektedir. Bu düşüş, Yeşil Kart verilirken Kanunda belirtilen gelir esasının yanı sıra, uygulamada servet esasının da gözetilmeye başlanması ve bireylerin beyanlarının daha sıkı takip edilmesi ve yaklaşık 14 yıldır devam eden uygulamanın halihazırda önemli bir nüfus grubunu kapsam altına almış olması ile açıklanabilir.

Ayrıca bu düşüşte Yeşil Kart Yönetmeliği'nde 13.6.2003 tarihinde yapılan değişikliğin de önemli bir payı bulunmaktadır. Yeşil Kart yönetmeliğinde değişiklik yapan yönetmelik¹¹⁶ 13.6.2003 tarihinden itibaren bir yıl süre içerisinde “Yeşil Kart Bilgi Sistemi Uygulaması”na¹¹⁷ geçilmesini, bu kapsamda daha önce düz bir kart olan Yeşil Kart'ın kendinden kopyalı reçeteleri olan cüzdanlar (otokopili) şeklinde düzenlenmesini¹¹⁸ ve hizmet kullanımı sırasında TC kimlik kartı ile provizyon uygulamasına geçilmesini öngörmüştür. Bu durum usulsüz kullanımları engellenmiş ve harcamaları denetim altına almıştır. Yeşil Kart Bilgi Sistemi'ne geçiş ile Yeşil Kart'ların yenilenmesi sonucunda Yeşil Kart sayılarında önemli bir düşüş yaşanmıştır. 2005 tarihi itibarıyla yeni cüzdana sahip toplam Yeşil Kart sayısı 10.811.554 kişiye düşmüş, 2006 yılında tekrar 12.550.892 kişiye yükselmiştir. 2006 yılındaki yükselişin

¹¹⁶ “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”, m.1 (RG.13.6.2003 tarih ve 25137 sayı). Bu yönetmelik 5222 sayılı Kanunun kabulünden sonra Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Devlet Tarafından Karşılanması ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkında Yönetmeliğin Bazı Maddelerinde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Yönetmelik ile yine değiştirilmiştir 22.12.2004 tarih ve 25678 sayılı R.G.).

¹¹⁷ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 21.07.2003 tarih ve 14347 (2003/83) sayılı; 12.2.2004 tarih ve 2277 (2004/16) sayılı ve 1.11.2004 tarih ve 18642 (2004/132) sayılı Genelgeleri.

¹¹⁸ Ancak belirlenen sürede bütün kartların değiştirilemediği fark edilip bu süre başlangıçta işlemler bitine kadar uzatılmış, daha sonra 1 Şubat 2005 ile sınırlandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 17.1.2005 tarih ve 01100 sayılı yazısı ile tüm illere gönderilen 2005/3 sayılı Genelge).

nedeni Yeşil Kartların yenilenmesi işlemlerinin uzaması, dolayısıyla 2005 yılında henüz tamamlanmamış olmasıdır.

Tablo 18: Yeşil Kart Verilen Kişi Sayısı ve Harcama Miktarları (1992-2006)

Yıllar	Başvuran Kişi Sayısı	Kart Verilen Kişi Sayısı	Gönderilen Ödenek (Milyar TL)	Harcanan Miktar (Milyar TL)	Reel Harc. 1994=100	Reel Değ. (%)	Harc. Oranı
1992/93	2.971.722	2.211.341	1.170	745,4	---	---	---
1994	1.498.213	1.460.111	1.400	2.046,9	20,5	---	---
1995	1.674.712	1.325.276	3.800	5.977,3	31,8	---	55,1
1996	970.889	716.338	7.500	9.695,3	28,6	---	- 10,1
1997	1.298.526	953.912	20.000	23.242,4	36,9	---	29,0
1998	1.345.953	1.093.465	30.000	53.580,0	46,1	---	24,9
1999	1.352.148	961.186	36.970	111.880,3	58,3	---	26,5
2000	1.610.828	1.404.677	90.000	167.091,9	56,2	---	- 3,6
2001	1.674.706	1.372.419	103.425	304.436,4	66,4	---	18,1
2002	2.137.520	1.502.452	160.000	545.764,7	82,1	---	23,6
2003	1.311.728	294.921	648.300	740.887,9	88,9	---	8,3
2004	176.024	122.461	678.600	938.418,6	101,9	---	14,6
2004 Top.	18.022.969	13.418.559	1.781.165	2.903.767,1	---	---	---
2005	---	10.811.554	1.701.000	1.756.154,4	173,1	---	69,9
2006*	---	12.550.892	2.192.000	2.579.000,0	---	---	---
Genel Top	18.022.969	12.550.892	5.674.165	7.238.921,5	---	---	---

Kaynak: SB; 2004b: 68; SB Tedavi Hizmetleri Gen. Müd. (THGM) 27.11.2006 tarihli özel bilgi notu.

*2006 yılı Yeşil Kart sayısı SB THGM, gönderilen ödenek ve harcama miktarı SB Strateji Geliştirme Başkanlığı Döner Sermayeli İşletmeler Uygulama Daire Başkanlığı.

Yeşil Kart finansmanı Sağlık Bakanlığı bütçesine konulan özel bir ödenekle karşılanmaktadır. Tablo 18, 1992/93 ve 1996 yılları dışında gönderilen ödeneklerin harcama miktarını karşılamadığını göstermektedir¹¹⁹. 2004 yılı sonunda gönderilen toplam ödenek miktarı 1.781.165 milyar TL iken, yapılan toplam harcama 2.903.767 milyar TL'dir. 5222 sayılı Kanunla ayakta tedavilerde ilaç ve diğer araç gereç bedellerinin ödenmeye başlanması ile Yeşil Kart harcamalarında önemli bir artış gözlenmiştir. 2005 yılında 1.756.154,4 milyar TL harcama ile 1992-2004 dönemi arasında yapılan toplam harcamaların yüzde 60'ı, 2006 yılında 2.579.000 milyar TL ile ise yüzde 88,8'i oranında bir harcama yapılmıştır. Böylece 14 yıl içerisinde Yeşil Kart için yapılan toplam harcama miktarı 2006 yılı sonu itibariyle 7.238.921,3 milyar TL'ye

¹¹⁹ Sağlık Bakanlığından alınan bilgiye göre eksik kalan miktarlar için Sağlık Bakanlığı hizmet alınan hastanelere borçlanmakta, bütçeden kaynak aktarıldığında borcunu ödemektedir.

ulaşmıştır. Harcamalardaki reel artışa bakıldığında, 1996 ve 2000 yılları dışındaki yıllarda sürekli artışlar gözlenmektedir. Bu artışlarda Yeşil Kart alan kişi sayısının artmasının da etkisi bulunmaktadır. 2004 yılına kadar en düşük harcama, yeni kart verilenlerin önemli oranda azaldığı 2003 ve 2004 yıllarıdır. Yeşil Kart'lıların ayakta tedavileri için gerekli görülen ilaçların da kapsama alındığı 2005 yılında reel harcamalar bir önceki yıla göre yüzde 69,9 oranında artmıştır.

Bu artış 25.5.2005 tarihinden itibaren Yeşil Kart sahiplerinin ayakta veya meskende tedavisi sırasında resmi sağlık kurum ve kuruluşlarındaki hekimlerce gerekli görülen ilaçlara ait bedellerin yüzde 20'sinin Yeşil Kart sahipleri tarafından karşılanmasının öngörülmesine neden olmuştur¹²⁰. Yeşil Kart sahiplerinin ödemiş oldukları katılım payı bedelleri, ödeme güçlerini aşması halinde Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Vakıflarınca, vakıf imkanları ve mevzuatı dahilinde karşılanmaktadır.

2.2.2.2. Türkiye’de Diğer Sosyal Sağlık Yardımları ve Hizmetleri

Ülkemizde primli sistemi tamamlayıcı niteliği bulunan ve primsiz sistem olarak adlandırılan sosyal yardım ve hizmet programlarını düzenleyen yasalar, sağlık güvencesi olmayanlara ve birçok durumda aile bireylerine sağlık yardımı da sağlamaktadır.

Bu çerçevede, 211 sayılı “Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu”¹²¹ ile er ve erbaşlara sağlık yardımı sağlanmaktadır. Yasa kapsamında vatani hizmet görevinde

¹²⁰ Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü’nün 23.5.2005 tarih ve 9492 sayılı Genelgesi.

¹²¹ RG.10.01.1961 tarih ve 10703 sayı

bulunan kişiler bu hizmetleri sırasında ortaya çıkan hastalık hallerinde muayene ve tedavi ettirilmektedirler. Bu tedavi periyodik sağlık yardımlarını da kapsamaktadır (211, m.60). Anılan kişilerin vazife malulü olmaları halinde ise resmi sağlık kurumlarında yapılan sağlık yardımları Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. Bu yardımların kapsamına aile bireyleri de dahildir. Yasa kapsamında olanlardan koşulları uygun olanlara Yeşil Kart verilmektedir. 2004 yılı itibariyle gazi ve gazi eşi, Terörle Mücadele Kanunu ve 4082 sayılı Yasa kapsamında 13.454 kişi sağlık yardımlarından faydalanmaktadır¹²².

1005 sayılı “İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun”¹²³ ile Kurtuluş Savaşı’na katılan ve bu nedenle kendilerine istiklal madalyası verilmiş bulunan Türk vatandaşları, Kore Savaşı ve Kıbrıs Barış Harekâtı’na katılmış olan vatandaşlardan yaşadıkları sürece aylık bağlananlar ve eşleri ile dul eşlerine devlet hastanelerinde ücretsiz tedavi ile ilaç temini olanağı sağlanmış olup, yapılacak sağlık yardımları genel bütçeden karşılanmaktadır¹²⁴. 2004 yılı itibariyle toplam 52.642 kişi 1005 sayılı Yasa kapsamında sağlık yardımından faydalanmaktadır (Maliye Bakanlığı, 2005a:210).

10.7.1976 tarih ve 2022 sayılı “65 Yaşını Doldurmuş, Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun” ile muhtaç olmak koşuluyla 65 yaşını doldurmuş yaşlılara ve 18 yaşından büyük özürlüler ile kanunen

¹²² DPT, Sosyal Güvenlik Dairesi’nden 22.11.2005 tarihinde elde edilen özel bilgi notu. İstatistiklerin 3713 sayılı “Terörle Mücadele Yasası” ve 4082 sayılı yasa kapsamındakiler ile birlikte tutulması nedeniyle gazi ve gazi eşi sayısı tam olarak bilinmemektedir

¹²³ 24.2.1968 tarih ve 1005 sayılı Yasa, RG.24.2.1968 tarih ve 12835 sayı.

¹²⁴ Emekli Sandığı’ndan alınan bilgiye göre ES, 1005 sayılı Yasa kapsamında olanlara yalnızca aylık bağlamakta, bu kapsamda olanların sağlık karnesi ve sağlık harcamaları Genelkurmay Başkanlığı tarafından sağlanmaktadır.

bakmakla yükümlü olunan 18 yaşını tamamlamamış özürlü yakını bulunan Türk vatandaşlarına aylık bağlanmaktadır¹²⁵. 2002 tarih ve 4736 sayılı Kanun¹²⁶ birkaç istisna dışında kamu kurumlarından ücretsiz yararlanmayı ortadan kaldırıncaya kadar bu Yasa kapsamında bulunanlar devlet hastanelerinde ücretsiz tedavi olanağına sahip olmuştur. 2002 tarihinden itibaren koşulları uygun olan 2022 sayılı Yasa kapsamındakilere Yeşil Kart verilmiş, Yeşil Kart alamayanlar Başbakanlık Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü yardımlarından yararlanmaya başlamışlardır. 2004 tarihi itibarıyla toplam 1.092.457 kişi 2022 sayılı Yasa kapsamındadır (Maliye Bakanlığı, 2005a:208).

3.11.1980 tarih ve 2330 sayılı “Görevleri Nedeniyle Yaralanan Yahut Ölen Bazı Kamu Görevlilerine Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun”¹²⁷ asayiş hizmetlerinde bulunan görevliler ile yakınlarının zarara uğramaları ve bu kişilerin kanuni açıdan sağlık güvencesine sahip olmamaları halinde gerekli sağlık yardımının devlet, devlet üniversitesi, SSK ve askeri hastanelerde ücretsiz olarak verilmesini öngörmüştür (2330, m.2 ve m.7). Anılan Yasa kapsamında bulunanlar kamu kurumlarından ücretsiz yararlanmayı kaldıran 4736 sayılı Yasa’nın ilgili hükmünden muaf tutuldukları için hastanelerden ücretsiz yararlanmayı sürdürmekte, ancak diğer tedavi masrafları Emekli Sandığına karşılanmaktadır¹²⁸.

¹²⁵ Bu Kanuna göre bağlanacak aylıklar devlet bütçesine konulan ödeneklerle karşılanmakta, ancak ödemeler Emekli Sandığı aracılığı ile yapılmaktadır.

¹²⁶ 4736 sayılı “Kamu Kurum ve Kuruluşlarının Ürettikleri Mal ve Hizmet Tarifeleri İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”, (RG.19.01.2002 tarih ve 24645 sayı)

¹²⁷ 2330 sayılı Yasa 3.11.1980 tarihli. (RG. 6.11.1980 tarih ve 17152 sayı)

¹²⁸ ES, 2330 kapsamında aylık alanların sayısı ile bu kişiler için yapılan sağlık harcamalarına ilişkin verilerin bulunmadığını belirtmiştir.

24.5.1983 tarih ve 2828 sayılı “Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ile korunmaya muhtaç çocuklara, muhtaç sakatlar ve muhtaç yaşlılara sağlık ve sosyal güvenlik hizmeti sunulmaktadır¹²⁹.

28.5.1986 tarih ve 3292 sayılı “Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun” kapsamında aylık alanlara sağlık hizmeti de sunulmaktadır. Bu çerçevede 2006 tarihi itibariyle toplam 251 kişiye sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu Yasa kapsamında sağlık hizmetlerinden yararlananlar; 15.12.1948 tarih ve 5269 sayılı Yasa uyarınca Sivas Kongrelerince seçilen Temsil Heyeti Üyeleri, 18.7.1951 tarih ve 5814 sayılı Yasa uyarınca TBMM I.dönem milletvekilleri, 11.10.1983 tarih ve 2913 sayılı Yasa uyarınca dünya olimpiyat ve Avrupa şampiyonluğunu kazanan sporcular, 3275, 870, 2378 ve diğer özel yasalara göre vatani hizmet tertibinden aylık alanlar ve Bakanlar Kurulu kararıyla vatani hizmet tertibinden aylık bağlananlar ile aile bireyleridir (<http://www.bumko.gov.tr>).

28.5.1986 tarih ve 3294 sayılı Yasa’yla kurulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, il ve ilçelerde bulunan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kanalıyla tüm yoksul vatandaşlara, aralarında sağlık yardımının da bulunduğu birçok ayni ve nakdi yardım yapmaktadır. Kurumun 7.12.2005 tarihi itibariyle 81 il ve 850 ilçede toplam 931 vakfı bulunmaktadır. Kurum 2004 yılı itibariyle 242.959 kişiye 20.568.586.257.201 TL nakdi, 1.516.895 kişiye 114.779.680.566.979 TL ayni sağlık yardımı yapmıştır¹³⁰.

¹²⁹Kamu tüzel kişiliğine sahip katma bütçeli bir kuruluş olması nedeniyle finansmanı genel bütçeden yapılan Hazine yardımı ile sağlanmaktadır Kurum kapsamında bulunan kişi sayısı ve anılan kişilere ait sağlık harcaması miktarları başvuruya yanıt alınamaması nedeniyle Kurumdan temin edilememiştir.

¹³⁰ Kurumun Sağlık Yardımları Dairesi’nden alınan özel bilgi.

12.4.1991 tarih ve 3713 sayılı “Terörle Mücadele Kanunu”¹³¹ çerçevesinde yaralanan, sakatlanan, ölen veya öldürülenler hakkında 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Yasa hükümleri uygulanmaktadır (3713, m.21). 2330 sayılı Yasa kapsamında bulunup tedavi giderleri kamu kurum ve kuruluşlarınca karşılanamayanların tedavileri ise Devlet, devlet üniversitesi, Sosyal Sigortalar Kurumu hastaneleri ile askeri hastanelerde ücretsiz olarak yapılmaktadır (2330, m.7). 2330 sayılı Yasa kapsamında bulunanların saldırıya maruz kalan eş, fûru, ana, baba ve kardeşleri de bu kapsama dahildir (2330, m.2). Terör eylemlerinden dolayı yaralananların tedavilerinin Devlet tarafından yapılacağı 3713 sayılı Yasa’da da yer almaktadır (3713, m.22). Anılan Yasa kapsamında bulunanların sağlık yardımları Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır¹³².

2.2.3. Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası

Türkiye’de GSS düşüncesi ilk kez 1946 yılında gündeme gelmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı (SB)’nin bu girişimi başarısızlığa uğramıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:85-94). Bu tarihten sonra SB’nin GSS kurulması hedefi çeşitli zamanlarda gündeme gelmiştir. Bu hedef 1963 yılındaki Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı’na da yansımış ve dördüncü plan dışındaki bütün planlarda yer almıştır (Özsarı ve Varlık, 1998:2002-2005). Bu amaçla ilk kez 1968 yılında SB’nca hazırlanan bir rapor, 224 sayılı Sosyalleştirme Yasası’nın tüm yurda yayılması aşamasından önce mutlaka bir GSS sisteminin aşamalı olarak hayata geçirilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu rapordan sonra çeşitli tarihlerde bir dizi Yasa tasarısı ve taslağı hazırlanmıştır. 1968 tarihli raporu Yasa maddeleri haline getiren ilk tasarı 1974 yılında hazırlanmış, ancak

¹³¹ RG. 12/4/1991 tarih ve 20843 Mükerrer sayı

¹³² Yıllar itibarıyla kişi ve sağlık harcaması sayıları ES’nden elde edilememiştir.

yasalaşamamıştır. Bu konudaki çabalar 1982 Anayasa'sına da yansımış ve Anayasa'nın 56.maddesinde "...kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir" ibaresi yer almıştır.

DSÖ Avrupa Bölgesi'nin 1984 yılında "Herkes İçin Sağlık" politikasını belirlemesi, bu bölgede ulusal sağlık politikası belirleme çalışmalarını başlatmıştır¹³³. 1980'li yılların sonunda DSÖ uzmanları desteği ile Türkiye'de de başlayan çalışmaların bir boyutu da sağlık finansmanı ile ilgilidir. Ayrıca bu dönemde DB ile "sağlık sektörünün finansman yapısı" konusunda yürütülen çalışmalar, 1990 yılında DB ile SB arasında "Sağlık Projesi İkraz Anlaşması"nın yapılmasına ve projenin yürütülmesi için SB bünyesinde Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü'nün kurulmasına yol açmıştır. SB bu çalışmalar içerisindeyken, DPT sağlık planının temel ilkelerini belirlemek üzere 1990 yılında "Sağlık Sektörü Master Plan Etüdü" çalışmasını yaptırmıştır. Sağlık sektörü reformu için dört formül öneren bu Plan'ın "ara formül" önerisi benimsenmiştir. Bu ara formül GSS ile birlikte vergilere dayalı finansmanı tavsiye etmektedir (DPT, 1990).

1992 ve 1993 yıllarında Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri'nin yapılmasına da neden olan Master Plan Etüdü, Türkiye'de sağlık finansmanını da içeren sağlık reformu sürecini başlatmıştır (Morlock ve diğerleri, 2004:45). Kongre çalışmaları sonucunda 1993 yılında hazırlanan resmi "Ulusal Sağlık Politikası" dokümanı 1999 yılına kadar bütün vatandaşları kapsayacak bir GSS sistemi kurulmasını hedeflemiştir (SB, 1993:57-59; Ergör ve Öztekin, 2000:194). Bu çalışmalar paralelinde 1992 yılında Yeşil Kart uygulaması başlatılmıştır.

¹³³ DSÖ'nün altı bölgesi bulunmaktadır. Bu bölgeler; Avrupa Bölgesi, Afrika Bölgesi, Güney-Doğu Asya Bölgesi, Amerika Bölgesi, Batı Pasifik Bölgesi ve Doğu Akdeniz Bölgesi'dir (DSÖ, 1998:250-265). Türkiye Avrupa Bölgesi'ne üyedir. Aralık 2006 tarihi itibarıyla Avrupa bölgesinin 53 üyesi bulunmaktadır (<http://www.who.dk>).

SB ve DPT çalışmalarının yanı sıra, Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığı, açtığı bir ihale ile “Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu”na, “Sağlık Finansmanı Politikası Seçenekleri Araştırması”nı yaptırmıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:93).

Bu gelişmelerle 1990’ların başından itibaren yoğunlaşan GSS tartışmaları, iktidara gelen her hükümet tarafından benimsenmiş, bu tarihten sonraki bütün kalkınma planlarında yer almış, sadece hazırlanan tasarı ve taslaklar farklı iktidarlar döneminde farklı isimler almıştır¹³⁴. Tasarı ve taslak isimleri farklı olsa da 1990’lardaki sağlık reformu programı sağlık finansman reformu, hastaneler ve sağlık işletmeleri reformu, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri reformu, teşkilat ve yönetim reformu, insan kaynakları reformu ve sağlık enformasyon sistemleri konularını kapsamıştır. Bu reform arayışlarının sağlık finansmanı ile ilgili kısmı ancak 59. Hükümet döneminde SSGSS Yasası’nın kabulü ile noktalanmıştır. 59. Hükümet yukarıda belirtilen diğer sağlık reformlarını “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile hayata geçirmektedir. Başta GSS olmak üzere 1990’lı yıllardan bu yana önerilen ve 59. Hükümet tarafından uygulamaya geçirilmekte olan sağlık reformlarının en çok eleştirilen yönü, sağlık hizmetlerinde kamunun ağırlığının azalması, özel sektöre ve bireysel sorumluluğa artan bir önem verilmesi ve sağlık hizmetlerine rekabet ve sözleşme gibi piyasa araçlarının uygulanmasını içeren yeni liberal eğilimlerdir.

¹³⁴ Örneğin Nisan 1997 tarihinde “Sağlık Finansmanı Kurumu Kuruluş ve İşleyiş Kanunu Tasarısı Taslağı ve Gerekçeleri” hazırlanmış, ancak TBMM’ye sunulamamıştır. Benzer bir taslak bir sonraki hükümet tarafından 1998 yılında “Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyiş Yasa Tasarısı Taslağı” adıyla TBMM’ye sunulmuştur (Müderisoğlu, Say ve İçki, 1998:165-196; Özçatal, 1999:80-89).

2.2.3.1. Genel Sağlık Sigortası Nüfus Kapsamı

Zorunlu sigortalılığı (5510, m.92) öngören yasa 60. maddesinde sigortalı sayılacakları ayrıntılı bir şekilde tanımlamıştır¹³⁵. GSS kapsamında sağlık hizmetleri ve diğer haklardan sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişiler de yararlandırılmaktadır (5510, m.62).

Yasa kapsama alınacakları sekiz ayrı kategoride toplamıştır:

a) *Bir işverene bağlı olarak çalışanlar*¹³⁶ (m.60a/1): Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar (mevcut sistemdeki SSK'lılar) ve kamu idarelerindeki kadro ve pozisyonlarda sürekli olarak çalışanlar, sözleşmeli çalışanlar ve açıktan vekil atananlar (mevcut sistemdeki devlet memurları).

b) *Kendi adına ve hesabına çalışanlar*¹³⁷ (m.60a/2): Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına bağımsız çalışanlardan;

- ticari kazanç veya serbest meslek kazancı nedeniyle gerçek veya basit usulde gelir vergisi mükellefi olanlar,
- gelir vergisinden muaf olup, esnaf ve sanatkar sicili ile birlikte kanunla kurulan meslek odalarına usulüne uygun olarak kayıtlı olanlar,
- anonim şirketlerin kurucu ortakları ve/veya yönetim kurulu üyesi olan ortakları,
- sermayesi paylara bölünmüş komandit şirketlerin komandite ortakları, diğer şirket ve donatma iştiraklerinin ise tüm ortakları ve
- tarımsal faaliyette bulunanlar.

c) *İsteğe bağlı sigortalılar*¹³⁷ (m.60/b).

¹³⁵ Ancak askerlik hizmetlerini er ve erbaş olarak yapmakta olanlar ile yedek subay okulu öğrencileri ve tutuklu ve hükümlüler sağlık hizmetlerinin ilgili kanunları gereği yürütülmekte olması ve GSS sisteminin bu kişilerin bulundukları ortamlarda işletilmesinin yaratacağı sorunlar dikkate alınarak kapsam dışında tutulmuştur (5510, m.6, m.60). Bunların dışında yurtdışında herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna üye olanlar ile Türkiye'de oturma izni almış olup bir yıldan daha kısa süre bulunan yabancılar kapsam dışında bırakılmıştır (5510, m.6, m.60).

¹³⁶ Sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı olarak tescil edildikleri tarihten itibaren ayrıca bir bildirimle gerek kalmaksızın genel sağlık sigortalısı olarak tescil edilmiş sayılmaktadırlar (5510, m.61).

d) Primi devlet tarafından ödenecekler¹³⁷ (m.60c/1,2,3,4,5,6,7,8,9):

- 18/6/1992 tarihli ve 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun kapsamında Yeşil Kart verilen kişiler,
- Vatansızlar ve sığınmacılar,
- 1/7/1976 tarihli ve 2022 sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alanlar,
- 24/2/1968 tarihli ve 1005 sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre şeref aylığı alan kişiler,
- 28/5/1986 tarih ve 3292 sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 3/11/1980 tarih ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun hükümlerine göre aylık alan kişiler,
- 24/5/1983 tarih ve 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu hükümlerine göre koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz faydalananlar,
- Harp malullüğü aylığı alanlar ve Terörle Mücadele Kanunu kapsamında aylık alanlar,
- 18/3/1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanununun 74. maddesinin ikinci fıkrasına göre görevlendirilen kişiler.

e) Türk vatandaşı olmayanlar¹³⁸ (m.60/d): Oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayıp bir yıldan daha uzun süre Türkiye’de ikamet edenler.

¹³⁷ İlgili mevzuatları gereği yeşil kart aldıkları, aylığa hak kazandıkları, vatansız ve sığınmacı sayıldıkları, koruma, bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden ücretsiz yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren GSS’lısı sayılıp ilgili Kurumların bir ay içinde verecekleri GSS giriş bildirgesi ile tescil edilmektedirler (5510, m.61).

f) *İşsizlik sigortası kapsamında olanlar*¹³⁹ (m.60/e): Yalnızca 4447 sayılı Yasa gereği işsizlik ödeneğinden yararlandırılan kişiler.

g) *Gelir ve aylık almakta olanlar*¹⁴⁰ (m.60/f): Bu Yasa ve Yasa'dan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik yasalarına göre gelir ve aylık bağlananlar.

h) *Hiçbir madde kapsamına girmeyen diğer kişiler*¹⁴¹ (m.60/g): Başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanlar.

Sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kişi: Genel sağlık sigortalısının, sigortalı veya isteğe bağlı sigortalı sayılmayan, kendi sigortalılığı nedeniyle gelir veya aylık bağlanmamış olan; eşini; 18 yaşını, lise ve denge öğrenim veya 5/6/1986 tarihli ve 3308 sayılı Mesleki Eğitim Kanununda belirtilen aday çıraklık ve çıraklık eğitimi ile işletmelerde mesleki eğitim görmesi halinde 20 yaşını, yüksek öğrenim görmesi halinde 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan çocukları ile yaşına bakılmaksızın bu Kanuna göre malul olduğu tespit edilen evli olmayan çocuklarını ve geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı Kurumca belirlenen kriterlere göre tespit edilen ana ve babasını kapsamaktadır (5510, m.3/10).

GSS Yasası mevcut sistemden farklı olarak, isteğe bağlı sigortalıları, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı

¹³⁸ Türkiye'deki yerleşim süresinin bir yılı geçtiği tarihten itibaren GSS sigortalısı sayılıp bu tarihten itibaren bir ay içerisinde verecekleri GSS giriş bildirgesi ile tescil edilirler (5510, m.61).

¹³⁹ İşsizlik ödeneğinden yararlanmaya başladıkları tarihten itibaren GSS kapsamında sayılır ve tescilleri Türkiye İş Kurumu tarafından ödenek bağlandığı tarihten itibaren bir ay içerisinde yapılır (5510, m.61).

¹⁴⁰ Gelir ve aylığa hak kazandıkları tarihten itibaren herhangi bir tescile gerek kalmadan GSS sigortalısı sayılırlar (5510, m.61).

¹⁴¹ Diğer bentlere göre GSS sigortalısı olmadıkları tarihten itibaren bir ay içinde verecekleri GSS giriş bildirgesi ile tescil edilirler (5510, m.61). GSS giriş bildirgesini süresi içinde vermeyenler hakkında 102.maddenin a bendi gereğince "aylık asgari ücret tutarında" idari para cezası öngörülmüştür (5510, m.61/V, m.102a).

olmayanları ve 60.madde dışında kalıp başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanları ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişileri, primleri kendilerince ödenmek üzere, zorunlu sigortalı olarak kapsama almıştır. Öte yandan, mevcut sistemde kapsam altında bulunan “yaşları ne olursa olsun evli bulunmayan ve sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi olarak çalışmayan veya bunlardan aylık yahut gelir almayan ve yardım edilmediği takdirde muhtaç duruma düşecek kız çocukları”¹⁴² kapsam dışında bırakmıştır. Yasa’nın çocuklar için getirdiği yeni bir düzenleme, 18 yaşına kadar olan bütün çocukların “ana ya da babasının tescil edilmiş olmasına bakılmaksızın ve ayrıca bir işleme gerek olmaksızın...” sağlık hizmetlerinden yararlandırılmasıdır (5510, m.61).

2.2.3.2. Genel Sağlık Sigortasından Yararlanma Koşulları

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmeleri için; bu Yasa veya Yasa’dan önce yürürlükte bulunan sosyal güvenlik kanunlarına göre gelir veya aylık bağlanmış olan kişiler dışındaki tüm GSS sigortalılarının, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün genel sağlık sigortası primi ödeme gün sayısının bulunması gerekmektedir (5510, m.67/a).

Ayrıca kendi adına ve hesabına çalışanların, isteğe bağlı sigortalıların, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişilerin; 60.madde dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanların ve bakmakla yükümlü olduğu

¹⁴² 24 Kasım 2006 tarihinde yürürlükten kaldırılan üç sosyal güvenlik kurumunda da yer alan bu ibare, 657 sayılı Yasa kapsamında sağlık yardımlarından faydalananlar için geçerli değildir. 657 sayılı Yasa kapsamında yalnızca, “evli olmayan ve 25 yaşını doldurmamış kız çocukları” sağlık yardımlarından faydalanabilmektedir (657, m.206).

kişilerin, sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihte, 30 gün prim ödeme koşulu ile birlikte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil, genel sağlık sigortası prim borcunun bulunmaması şart koşulmuştur (5510, m.67/b). Bu hükmün sosyal devletin asli görevlerinden olan vatandaşların sosyal güvenlik haklarını sağlama ödevini adil, makul ve ölçüsüzce sınırlandırarak sosyal devlet, demokratik toplum düzeninin gereklerine uygunluk ve ölçülülük ilkeleri ile bağdaşmadığı ve bu nedenle Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesiyle açılan yerinde iptal istemi, Anayasa Mahkemesince reddedilmiştir¹⁴³. Mahkeme, kısa ve uzun vadeli sigorta dalları ve genel sağlık sigortası prim borcu bulunmaması koşulunun arandığı kişilerin ortak özelliğinin prim sorumluluk ve yükümlülüğünün kendilerinde olduğu, ayrıca prim borcu olmama koşulunun (5510, g.m.12/son) Yasa'nın yürürlüğe girmesinden sonra tahakkuk edecek prim borçları için uygulanacağını belirterek, Kurumun amacına uygun olarak hizmet verebilmesinin sahip olduğu parasal kaynaklara bağlı olduğunu, temel kaynağı prim olan Kurumda sigortalıların kuralda belirtilen süre kadar prim ödemek suretiyle Kurum ile ilişkilerini devam ettirmelerini ve Kurumun sağladığı haklardan bu surette yararlanmalarını öngören böyle bir düzenlemenin sistemin doğal bir sonucu olduğuna karar vermiştir. Bu karar, primini ödeme yükümlülüğünü düzenli olarak yerine getiremeyeceklerin sağlık hizmetlerine ulaşamamasını onaylayarak, sağlık hakkının adil bir şekilde sağlanması engellemiştir.

“18 yaşını doldurmamış olan kişiler, tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler, acil haller, iş kazası ve meslek hastalığı halleri, bildiri zorunlu bulaşıcı hastalıklar, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile analık durumunda sağlanan sağlık hizmetleri, afet ve savaş ile grev ve lokavt hali” durumlarında yukarıda belirtilen

¹⁴³ 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112.

prim ödeme gün sayısı ile prim borcu bulunmama şartlarını taşımak gerekli görülmemiştir (5510, m.67).

2.2.3.3. Genel Sağlık Sigortasında Sağlık Yardımlarının Kapsamı ve Süresi

5510 sayılı Yasa ile Kurumca finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri:

- a) Kişiyi ve madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- b) Hastalık sebebiyle ayakta veya yatarak hekim tarafından yapılacak muayene, teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takip ve rehabilitasyon, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri ile acil sağlık hizmetleri,
- c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak yapılacak her türlü teşhis ve tedavi, doğum, rahim tahliyesi, tıbbi sterilizasyon ve acil hizmetler,
- d) Ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, teşhis için gerekli klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri, tıbbi müdahale ve tedaviler, diş çekimi ve tedavisi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almamış kişilerin diş protezlerinin 70.maddeye göre belirlenen tutarlarının yüzde 50'si,
- e) 23 yaşından büyük, 39 yaşından küçük evli olan sigortalı kadının veya sigortalı erkeğin eşinin; en az beş yıldır GSS sigortalısı veya bakmakla yükümlü olunan kişi olup 900 gün GSS prim gün sayısının olması koşuluyla, 2 defa yardımcı üreme yöntemiyle çocuk sahibi olması için gerekli üreme yöntemi tedavileri,

f) Teşhis ve tedavi için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, aşı, ilaç, ortez, protez, tıbbi araç ve gereç sağlanması ve yenilenmesi hizmetleridir¹⁴⁴ (5510, m.63).

“18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almamış kişilerin diş protezlerinin 70.maddeye göre belirlenen tutarlarının yüzde 50’si”nin Kurumca ödeneceğine ilişkin düzenleme, diş protez giderlerine yaşa bağlı sınırlama getirmesi ve 18-45 yaş arasındaki kişilerin diş protez giderlerinin Kurumca karşılanmamasının eşitlik ilkesine aykırı olduğu ve bireyin yaşamının dönemleri arasında farklı uygulama öngördüğü gerekçesiyle Anayasa’ya aykırılık iddiası ile iptal davası açılmış, Mahkeme kuralın sadece Yasa’nın 4. maddesinde belirtilen kamu görevlileri yönünden Anayasa’ya aykırılık nedeniyle iptaline karar vererek, eşitlik ilkesine aykırı bir turum sergilemiştir¹⁴⁵.

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavi yöntemleri ile yukarıda f) maddesinde belirtilen sağlık hizmetlerinin türlerini, miktarlarını ve kullanım sürelerini Sağlık Bakanlığı’nın görüşünü alarak belirlemeye yetkili kılınmıştır (5510, m.63). Bu madde ile hangi hizmetlerin kapsam altında olduğu genel hatları ile belirtilerek, kapsama alınacak sağlık hizmeti türleri, miktarları ve kullanım süreleri konusunda Kuruma sınırları belirli olmayan bir yetki tanınmaktadır. Bu durum sağlık hizmetlerinin kapsamı konusunda Kurumun mali durumunu gözetecek yönetmelikler çıkarmasına olanak tanımaktadır. Bu

¹⁴⁴ Kurumca sağlanmayacak sağlık hizmetleri ise; tedavi amacı dışında yapılacak her çeşit estetik amaçlı tedavi ve ortodontik tedavi ve Sağlık Bakanlığınca izin ve ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleridir (5510, m.64).

¹⁴⁵ 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112.

yetkinin sağlık hakkını kısıtlayarak, finansmanı sağlanacak sağlık hizmetlerinin kapsamını da belirleme yetkisi vermesi nedeniyle Anayasa'ya aykırı olduğu gerekçesiyle açılan iptal istemi, Anayasa Mahkemesi tarafından reddedilmiştir¹⁴⁶

Ayrıca tedavi için yerleşim yeri dışına yapılan sevklerde; ayakta tedavide kendisinin ve bir kişi ile sınırlı olmak üzere refakatçisinin gidiş ve dönüş yol gider ve gündelikleri; yatarak tedavide gidiş ve dönüş tarihleri için gündelikleri ile yol gideri ve hekimin tıbben göreceği lüzum üzerine yanında kalan refakatçinin yatak ve yemek giderleri bir kişi ile sınırlı olmak üzere Kurumca karşılanmaktadır (5510, m.65).

Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar ile kamu idarelerinde çalışanlardan;

- a) geçici görevle yurtdışına gönderilenler acil hallerde,
- b) sürekli görevle yurtdışına gönderilenler ve bakmakla yükümlü kişileri,
- c) Sağlık Bakanlığının onayı ile yurt içinde tedavisi mümkün olmayanlara yurtdışında tedavi olanağı sağlanmaktadır (5510, m.66). Ancak, a) ve b) maddelerinde belirtilenlere Kurumca sağlanacak sağlık hizmeti bedelleri, yurt içinde sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına ödenen tutarı geçemeyecek, bu tutarı aşan kısım işveren tarafından denecektir. Uluslar arası sosyal güvenlik sözleşmeleri ise saklı tutulacaktır (5510, m.66).

5510 sayılı Yasa, tedavi süresi ile ilgili herhangi bir düzenlemeye yer vermemiştir. Ancak 60.maddede sayılı GSS'lısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavinin kişinin iyileşmesine kadar süreceği belirtilmiştir (5510,

¹⁴⁶ 15.12.2006 tarih ve Esas Sayısı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112.

m.63). Buradan genel olarak tedavi süresinin hastalığın iyileşmesine kadar devam edeceği sonucu zımnen çıkarılabilmektedir.

2.2.3.4. Genel Sağlık Sigortası Prim Oranları ve Prim Matrahı

GSS'nın temel finansman kaynağı primler olup, GSS primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tabi olanlar için prime esas kazancın yüzde 12,5'dir. Bu primin yüzde 5'i sigortalı, yüzde 7,5'i işveren payıdır. Ancak "yalnızca GSS'na tabi olanların GSS primi, prime esas kazancın yüzde 12'sidir". Ayrıca sigortalının prime esas kazancı üzerinden yüzde 3 oranında devlet katkısı da öngörülerek (5510, m.81) sosyal güvenlik tarihimizde bir ilk kez zorunlu devlet katkısı uygulaması başlatılmıştır.

GSS Yasası'na göre primler (m.87):

- Hizmet akdi ile çalıştırılanlar; kamu idarelerinde çalışanlar; hizmet akdi ile çalışmamakla birlikte ceza ve infaz kurumları ile tutukevi bünyesinde oluşturulan tesis, atölye ve benzeri ünitelerde çalıştırılan hükümlü ve tutuklular ile bu üç kapsamda sayılan kişilerden sosyal destek primi ödeyenler için işverenlerince;
- Köy ve mahalle muhtarları; 4.maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde tanımlanan bağımsız çalışanlar; bu iki kapsamda sayılan kişilerden sosyal güvenlik destek primine tabi olanlar; isteğe bağlı sigortalılar; oturma izni almış ve yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan yabancılar; 60.maddede sayılan sigorta kapsamı dışında kalanlar ile başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayanlar için kendilerince;
- Yeşil Kartlılar; vatansızlar ve sığınmacılar; 65 yaş aylığı kapsamında bulunanlar; istiklal madalyası verilmiş bulunanlar; vatani hizmet tertibinden aylık bağlananlar; nakdi tazminat alan ve aylık bağlananlar; sosyal hizmetler kapsamında

bulunanlar; harp malullüğü ve terörle mücadele kanunu kapsamında aylık alanlar ve 442 sayılı köy kanununun 74.maddesinin 2.fikrasına göre görevlendirilenler için merkezi yönetim bütçesince;

- 4447 sayılı yasa kapsamında işsizlik ödeneğinden yararlanan kişiler ve Türkiye İş Kurumu kapsamındaki kursiyerler için Türkiye İş Kurumunca;

- Çıraklar ve stajyerlerin primleri Milli Eğitim Bakanlığı ve yüksek öğrenim gören stajyerler için Yüksek Öğretim Kurumunca ve

- Harp malulleri; terörle mücadele ve nakdi tazminat aylığı kanununa göre aylıkları hesaplanarak ödenen veya asayiş ve güvenliğin sağlanması ile ilgili kanunlara göre vazife malullüğü aylığı almış olanlardan, GSS Yasasına tabi sigortalı olarak çalışanlar için işverenleri veya kendilerince karşılanacaktır (5510, m.87).

Bir işverene bağlı olarak çalışanların prime esas kazançlarının hesabında;

- Hak edilen ücretler ile prim, ikramiye ve bu nitelikteki her çeşit istihkaktan o ay için yapılan ödemelerin brüt toplamı esas alınır.

- Ölüm, doğum, evlenme yardımları, görev yollukları, kıdem tazminatı, iş sonu tazminatı veya kıdem tazminatı mahiyetindeki toplu ödeme, keşif ücreti, ihbar ve kasa tazminatları, emekli ikramiyesi ile Bakanlıkça tutarları yıllar itibariyle belirlenecek yemek, çocuk ve aile zamları, özel sağlık sigortalarına ve bireysel emeklilik sistemine ödenen ve aylık toplamı asgari ücretin yüzde 30'unu geçmeyen özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payları tutarları, görevin yerine getirilmesi için zorunlu olarak yapılan ayni yardımlar ile Bakanlıkça belirlenecek diğer ayni yardımların asgari ücretin yüzde 30'unu geçmeyen kısmı, prime esas kazançta tabi tutulmaz.

- Kamu kurumlarında çalışan devlet memurlarına ödenen döner sermaye katkı payları ve döner sermayeden başka adla yapılan bu nitelikteki her türlü ödemeler ile ikramiyeler ve benzeri ödemelerden en yüksek devlet memuru aylığının yüzde 200'ünü aşan kısmı prime esas kazançta tabidir (5510, m.80).

Saatlik, günlük, haftalık veya aylık olarak belirli bir ücrete dayanmış olmayıp da komisyon ücreti ve kara katılma gibi belirsiz zaman ve tutar üzerinden ücret alan sigortalıların prim ve ödeneklerinin hesabında esas tutulacak günlük kazançları asgari ücretin otuzda biridir (5510, m.82). Yasa gereğince primlerin hesabına esas tutulacak günlük kazanç, sigortalının bir ay için prime esas tutulan kazancının otuzda biridir. Yasa kapsamında alınacak primlerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı asgari ücretin otuzda biri, üst sınırı ise günlük kazanç alt sınırının 6,5 katıdır (5510, m.82).

Kendi adına ve hesabına çalışanların aylık prime esas kazançları yukarıda belirtilen prime esas günlük kazanç alt sınırı ile üst sınırı arasında kalmak kaydıyla kendileri tarafından beyan edilecek günlük kazancın otuz katıdır (5510, m.82). Yalnızca GSS'na tabi olan bakımından prime esas kazancın tespitinde; Türk vatandaşı olmayanlar ve 60.madde kapsamında sayılmayan diğer kişiler için prime esas günlük kazancın alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı, primi devlet tarafından ödenecekler için asgari ücret, işsizlik sigortasına tabi olanlar ile sosyal güvenlik kurumlarından gelir ve aylık almakta olanlar için prime esas asgari kazanç tutarı esas alınmaktadır (5510, m.80).

Türk vatandaşı olmayanlar ile 60.madde kapsamında sayılmayan diğer kişiler için prime esas günlük kazancın alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı oranında prim öngörülmesi, bu grubun gelir düzeyinin yüksek olduğu varsayımına dayanmaktadır.

Ancak bu varsayımın hangi verilere dayandığı açıklanmamıştır. Bu düzenleme ile bugünkü koşullarda net asgari ücretin biraz altında ancak üçte birinden fazla geliri olan (ve bu nedenle Yeşil Kart alamayan) kişiler prime esas günlük kazancın alt sınırının iki katının otuz günlük tutarını GSS primi olarak ödemek zorunda kalacaklardır. Bu durum finansman adaletiyle bağdaşmadığı gibi anılan kişilerin prim ödeyemeyerek GSS kapsamı dışında kalması ile sonuçlanabilecektir. Ayrıca 88. maddenin 13.fıkrasına göre, “Kurumun süresi içinde ödenmeyen prim ve diğer alacaklarının tahsilinde, Amme Alacaklarının Tahsil Usulü Hakkında Kanunun 51., 102. ve 106. maddeleri hariç, diğer maddeleri uygulanır” ibaresi gereğince bu kişiler, prim borçları nedeniyle hizmete ulaşamadıkları gibi icra takibine de uğrayacaklardır.

89.maddenin 2 fıkrası gecikme cezası da öngörmektedir. Buna göre “Kurumun prim ve diğer alacakları süresi içinde ve tam olarak ödenmezse, ödenmeyen kısmı sürenin bittiği tarihten itibaren ilk üç aylık sürede her bir ay için yüzde 3 oranında gecikme cezası uygulanarak arttırılır. Ayrıca her ay için bulunan tutarlara ödeme süresinin bittiği tarihten başlamak üzere borç ödeninceye kadar her ay için ayrı ayrı Hazine Müsteşarlığınca açıklanacak bir önceki aya ait Yeni Türk Lirası cinsinden iskontolu ihraç edilen Devlet içi borçlanma senetlerinin aylık ortalama faizi bileşik bazda uygulanarak gecikme zammı hesaplanır...Bakanlar Kurulu ilk üç ay için ödenen gecikme cezası oranını iki katına kadar arttırmaya veya bu oranı yüzde 1 oranına kadar indirmeye, yeniden kanuni oranına getirmeye ve uygulama tarihini belirlemeye yetkili kılınmıştır. Dava ve icra takibi açılmış olsa bile, prim ve diğer Kurum alacaklarının ödenmemiş kısmı için gecikme cezası ve gecikme zammı tahsil edilir”.

2.2.3.5. Genel Sağlık Sigortasının Gelirleri

GSS'nin en temel geliri primlerdir¹⁴⁷. İkinci temel finansman kaynağı katılım paylarıdır. Yasa kapsamında katılım payı alınacak hizmetler:

- a) Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi
- b) Ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri
- c) Ayakta tedavide sağlanan ilaçlardır.

Katılım payı a) maddesinde belirtilen hizmetler için başlangıçta 2 YTL ve her yıl Kurumca belirlenecek miktar, b) ve c) maddeleri için yüzde 10-20 arasında olmak üzere sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibariyle hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak Kurumca belirlenecek miktar kadar olacaktır (5510, m.68/II). a) bendinde sayılan ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi için katılım payı alınması, ilk kez uygulanacak ek kullanıcı katkısıdır¹⁴⁸.

5510 sayılı Yasa'nın 68. maddesinin ikinci fıkrasının Kuruma verdiği katılım paylarının belirtilen sınırlar altında belirlenmesi veya bu payı hiç almama yetkisinin, Anayasa'nın 73 üncü maddesinin son fıkrasında belirtilen vergi, resim, harç ve benzeri yükümlülüklerden olduğu, Anayasa'nın Bakanlar Kurulunca kullanılmasına imkan tanıdığı bu yetkinin Kuruma verildiği, bu nedenlerle kuralın Anayasa'ya aykırı olduğu;

¹⁴⁷ Kurumun prim gelirleri; yönetim giderleri, GSS'den sağlanan sağlık hizmetleri ve diğer haklar dışında başka bir amaçla kullanılamamaktadır (5510, m.54).

¹⁴⁸ TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda kabul edilen 2007 Yılı Merkezi Yönetim Bütçe Yasa Tasarısı, henüz uygulamaya girmeyen GSS Yasasının bazı maddelerinde değişiklik öngörmüştür. Buna göre birinci basamak sağlık hizmetleri için ödenecek 2 YTL'lik katılım payının hiç alınmaması ya da daha düşük tutarda belirlenmesinde Sosyal Güvenlik Kurumu yetkili olacaktır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayenelerde ise önceki basamaklardan sevkli olarak başvurulup başvurulmadığı dikkate alınarak katkı yarısına kadar indirilebilecek, önceki basamakların atlanması durumunda katkı payı 5 katına kadar arttırılabilecektir (Cumhuriyet Gazetesi, 2 Aralık 2006, s.13).

ayrıca emekli ve malullük, dul ve yetim aylığı alan sigortalılardan katılım payı alınmasının öngörülmesi nedeniyle Anayasa'nın sosyal devlet, sosyal hukuk devleti ve sosyal güvenlik hakkını düzenleyen maddelerine aykırı olduğu gerekçesiyle açılan iptal davasında, kural yalnızca Yasa'nın 4. maddesinde belirtilen kamu görevlileri için iptal edilerek,¹⁴⁹ eşitliğe aykırı bir karar verilmiştir.

Yasa, sevk zincirine uyulmaması durumunda b) maddesinde yer alan hizmetler için uygulanacak katılım payının yüzde 50 oranında artırılmasını öngörmüştür. Bu katılım payı miktarı asgari ücretin yüzde 75'ini geçemeyecektir. Bunun yanı sıra, yardımcı üreme tedavisinde katılım payı ilk denemede yüzde 30, ikinci denemede yüzde 25 oranında uygulanacak ve üst limit dikkate alınmayacaktır (5510, m.68)¹⁵⁰.

Yeşil Kart sahipleri, vatansızlar ve sığınmacılar ile 65 yaş Yasası'na tabi vatandaşların ödemiş oldukları katılım payları talepleri halinde, Sosyal Dayanışma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası hükümlerine göre kendilerine geri ödenebilecektir (5510, m.68).

Yasa kapsamında katılım payı alınmayacak haller, sağlık hizmetleri ve kişiler:

- a) İş kazası ve meslek hastalığı halleri ile askeri tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri,

¹⁴⁹ 15.12.2006 tarih ve Esas Sayı 2006/111, Karar Sayısı 2006/112

¹⁵⁰ Katılım paylarını, gelir ve aylık alan kişilerin gelir ve aylıklarından, çalışanların ücret ve maaşlarından mahsup edilmek üzere tahsiline ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye Kurum yetkilidir. Sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenecektir (5510, m.68). Ayrıca katılım paylarını tahsil etmeyen sağlık hizmeti sunucularına, fiilin her tekrarında tahsil edilmeyen katılım payının 10 katı tutarında idari para cezası uygulanması öngörülmüştür (5510, m.68, m.102j). Ödeme usulleri ise Kurumca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenecektir (5510, m.68).

- b) Afet ve savaş hali (5510, m.75) nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri,
- a) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri,
- b) Sağlık kurulu raporu ile belgelendirmek şartıyla; Kurumca belirlenecek kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz orteş, proteş, iyileştirme araç ve gereçleri ile organ transplantasyonları,
- c) Kontrol muayeneleri,
- d) İstiklal madalyası verilmiş bulunanlar, vatani hizmet tertibinden aylık bağlananlar, nakdi tazminat alan ve aylık bağlananlar, sosyal hizmetler kapsamında bulunanlar ve harp malullüğü ve terörle mücadele kanunu kapsamında aylık alanlar, vazife malulleri ile askeri öğrenciler olarak sıralanmıştır (5510, m.69).

Yasa'da katılım payı dışındaki diğer cepten ödemeler;

- a) İş kazası ve meslek hastalığı, afet ve savaş hali ile acil haller dışında sevk zincirine uyulmadan sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularından alınan sağlık hizmetlerinin yüzde 70'i Kurumca, yüzde 30'u genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü kişisi tarafından (5510, m.70),
- b) Sevk zincirine uyulmak kaydıyla, sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularından alınacak sağlık hizmetlerinin, sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller üzerinden yüzde 70'si; sevk zincirine uyulmadan sözleşmesiz kurumlardan hizmet alınması durumunda ise yüzde 50'si fatura karşılığı ödenir (5510, m.73). Geriye kalanı GSS sigortalısı ve bakmakla yükümlü kişisi tarafından ödenmek zorundadır¹⁵¹.

¹⁵¹ Mevcut sistemde sözleşmesiz sağlık hizmeti sunucularına hiçbir ödeme yapılmamaktadır.

2.3.Türkiye’de Sağlık Hizmeti Sunucularına Ödeme Yöntemleri

Sağlık finansmanı açısından ödeme yöntemlerinin önemi, bazı ödeme yöntemlerinin maliyetleri arttıracak bir takım güdüler yaratmasıdır (Tablo 4). Maliyetleri kontrol altına almak sağlık finansmanının önemli sorunlarından biri olduğundan, ödeme yöntemleri üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir.

Türkiye’de yürürlükten kaldırılan üç sosyal güvenlik kuruluşu da esas olarak hizmet başına ödeme yöntemini kullanmıştır. Sosyal güvenlik kuruluşları tarafından ödenecek hizmetler ve bedelleri, ilgili mali yılın tedavi yardımına ilişkin bütçe uygulama talimatları ile belirlenmektedir. Bu talimatlar doğrultusunda hazırlanan “Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğleri”; kapsama dahil hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımına ilişkin işlemlerde, kurumlararası uygulama birliğinin sağlanması, geri ödeme kriterlerinin ve bunlara ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesi amacını taşımaktadır¹⁵². Temelde Emekli Sandığı iştirakçileri ve Sandık kapsamında sağlık yardımlarından faydalananlar için hazırlanan Tebliğler diğer sosyal güvenlik kuruluşlarınca da kullanılmaktadır¹⁵³.

¹⁵² Tebliğler; 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 5234 sayılı Kanunla değişik 209 uncu maddesi, 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanununun geçici 139 uncu maddesi, 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine 5234 sayılı Kanunla eklenen (p) ve (r) bendleri, Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ile Emekli ve Malullük Aylığı Bağlanmış Olanlarla Bunların Kanunen Bakmakla Yükümlü Bulundukları Aile Fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ile Tedavileri Hakkında Yönetmelik ve kapsama dahil kişilerin tedavi yardımı sağlanmasına ilişkin ilgili diğer mevzuatları hükümleri çerçevesinde düzenlenmektedir.

¹⁵³ Bağ-Kur’da sağlık hizmetlerinin gerektirdiği giderler ek 11 inci maddede sayılan kuruluşların yataklı tedavi kurumlarında yapılacak muayene, tedavi, tahlil, müdahale, ameliyat tedavilerine ait fiyat tarifeleri esas alınarak Kurum tarafından ilgili kuruluşlara ödenir. Ancak diğer sağlık kuruluşlarından yapılan tedavilerde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’nın resmi kuruluşları için tespit ettiği ücret tarifeleri esas alınır (1479, ek md.17). Ek madde 11’e göre; “Sağlık hizmeti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alınmak suretiyle yürütülür. Sağlık hizmetinin hangi sağlık kuruluşlarından satın alınacağını tespitine Bakanlar Kurulu yetkilidir”.

Ülkemizde ağırlıklı olarak kullanılan hizmet başına ödeme yönteminde hastaya yapılan her türlü müdahale, tahlil ve diğer hizmetlerin önceden belirlenen birim fiyatlar üzerinden ödenmesi söz konusudur. Bu yöntemde hizmet sunuculara sundukları her hizmet için ödeme yapıldığından, sunucuların sunulan hizmet miktarını kontrol altında tutmak gibi bir güduları olmayacağından, bu yöntem maliyet kontrolü esasına dayanmamaktadır. Dolayısıyla bu ödeme sisteminde, hizmet sunucuların sunulan hizmet miktarını olabildiğince arttırarak karlarını veya döner sermaye gelirlerini arttırmaları söz konusudur. Kamu hastanelerinde döner sermayeden hekim ve diğer hastane personeline ek ödeme yapılıyor olması, kamu hastanelerinin de özel hastaneler gibi davranacağı varsayılmaktadır. Birim fiyatların gerçek maliyetleri yansıtmadığı durumlarda ise hizmet sunucuların özellikle marjinal maliyeti düşük olan hizmetleri aşırı miktarlarda sunmaları beklenen bir sonuçtur.

Devlet Memurları Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderliği Yönetmeliği'nde yapılan değişiklik ile¹⁵⁴ 30.5.2003 tarihinden itibaren kamu personeli ile bunların bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerinin özel sağlık kurumlarından yararlanması uygulaması başlatılmıştır¹⁵⁵. Emekli Sandığı'nın bu uygulamasına Bağ-Kur ve SSK da katılmıştır. Özel sağlık kurum ve kuruluşlarından hizmet satın alınması, ülkemizde “taniya dayalı fiyat (paket) ödemesi” yöntemini gündeme getirmiştir. 2006 tarihli ve (6) sıra nolu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'ne göre¹⁵⁶, “özel sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan taniya dayalı (paket) tedavilere ait bedeller, özel sağlık kurum ve

¹⁵⁴ 17.04.2003 tarih ve 25082 sayılı Resmi Gazete.

¹⁵⁵ Bu amaçla Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığınca ortaklaşa olarak “Teşhis ve Tedavi Amacıyla Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarına Hasta Sevkine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkındaki Tebliğ” hazırlanmıştır (30.05.2003 tarih ve 25123 sayılı Resmi Gazete). Başlangıçta sözleşme yapma şartı aranmaksızın hizmet alınmış olmasına rağmen, 15.1.2004 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı, Emekli Sandığı ve ilgili dernekler arasında protokoller yapılması zorunlu hale getirilmiştir (Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü'nün 25.12.03 tarih ve B.07.0.BMK.0.18.104.2002 / 34723 sayılı Genelgesi).

¹⁵⁶ 29.4.2006 tarih ve 26153 sayılı Resmî Gazete.

kuruluşlarını temsil eden derneklerle imzalanan Özel Tedavi Protokolü gereğince, anılan protokol ve eklerinde yer alan usul ve esaslar çerçevesinde” ödenmektedir (md.21.3.1.).

Özel sağlık kuruluşlarından hizmet satın alınması ile başlayan “taniya dayalı fiyat (paket) ödemesi” Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün 29.6.2004 tarih ve B100THG010012/0314 – 10825 sayılı genelgesi ile isteğe bağlı olarak kamu hizmet sunucularına da yaygınlaştırılmıştır¹⁵⁷.

Taniya dayalı fiyat (paket) ödemesi, sunulan hizmetin gerekenden az, hatta belirlenen vaka başına ödemenin gerçek maliyetleri yansıtmadığı durumlarda da sunulabilecek en asgari düzeyde olmasına, dolayısıyla gerekli tedavilerin zamanında verilmemesine sebep olabilmektedir. Birim başına ödemenin gerçek maliyetleri yansıtmaması durumunda, hastaneler birim fiyatlarda yüksek oranlarda maliyetlerden sapma olan hasta grubunu kabul etmeyecek şekilde yeni düzenlemeler yapabilecek ve hatta orta vadede o tür hizmetlerin sunulmadığı üniteler haline dönüşme yolunu seçebileceklerdir. Şu an var olan uygulamalarda bunun işaretleri özellikle SSK’lı hastalarda görülmektedir. Ödeme zamanında yapılmadığından, hastanelerin SSK’lı hastalara randevu verme konusunda isteksiz davrandıkları gözlenmektedir. Bu tarz uygulamaların yaygınlaştığı hallerde, hastaya yapılması gereken müdahale geciktiği için hastalığın ilerlemesi, dolayısıyla daha sonra maliyeti yüksek hizmetlerin sunulması

¹⁵⁷ (6) sıra nolu Tedavi Yardımı Uygulama Tebliği’ne göre, “Resmi sağlık kurumlarında bu Tebliğe ekli Taniya Dayalı (Paket) Fiyat Listesinde (EK-9) yer alan işlemler, bu listedeki fiyatlar üzerinden fatura edilecektir. Üniversite hastaneleri ile eğitim ve araştırma hastanelerinde ise sadece yanında (*) işareti olan paket işlemler uygulanacak ve faturalandırmada (EK-9) listesinde yer alan bu fiyatlara %10 ilave edilecektir. Paket işlemlere ait bedellerin ödenmesinde, (EK-9) listenin ekinde yer alan Taniya Dayalı (Paket) Fiyat Uygulama İlkelerinde belirtilen esaslar dikkate alınacaktır. Resmi sağlık kurumları tarafından yapılan tedavilere bağlı olarak düzenlenecek faturalar, bu esaslar ile fiyatlara uygun olarak düzenlenecektir” (md.21.3.1).

gerekliliği ile karşılaşmak söz konusu olabilecektir. Diğer bir olasılık ise, hastanelerin kabul ettikleri hastaları kar marjı yüksek teşhis gruplarına aitmiş gibi kayıt etmeleridir. Bu durumun önüne geçmek için teşhis gruplarının beklenen maliyetler açısından homojen tanımlanması ve birim ödemelerin gerçek maliyetleri yansıtır olması gerekmektedir.

Maliye Bakanlığı tarafından (6) sıra numaralı 2006 Yılı Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğ'inde yapılan değişiklikle (8 sıra numaralı tebliğ)¹⁵⁸, sağlık harcamalarında kaynak tasarrufu yapmak ve kaynakların etkin kullanımını sağlamak, sağlık kurum ve kuruluşlarının faturalama işlemlerinin, geri ödeme kurumlarının ise fatura ödeme ve inceleme işlemlerinin kolaylaştırılması için sağlık hizmetlerinde birkaç istisna dışında (m.2.1) hizmet başı ödeme yerine vaka başı ödeme uygulamasına 1 Temmuz 2006 tarihinden itibaren geçilmesini öngörmüştür. Ancak hizmetlerin düşük fiyatlandırılmış olması nedeniyle sağlık hizmet sunucularından, hekimlik uygulamalarına ve sağlık hizmetlerine ulaşıma getireceği kısıtlılık nedeniyle sağlık çalışanlarından ve kamuoyundan büyük bir tepki alan tebliğin, Danıştay'ın 13.10.2006 tarih ve E:2006/4184 sayılı kararı ile yürütmesi durdurulmuştur.

Danıştay'ın kararı, Tebliğ'le getirilen Vaka Başına (Başvuru Başı) Ödeme modeline geçiş nedenlerinin açık ve net bir biçimde ortaya konmadığı; düzenleme yapılırken, sağlık hizmetinin, tıp biliminin gerekli ve zorunlu kıldığı biçimde yerine getirilmesi amacının göz ardı edildiği; getirilen yeni modelin, sağlık hizmetinin sunumunda çağdaş tanı ve tedavi araçlarından yararlanmayı engellediği; uygulamada toplumun sağlığını bozucu, sağlık hizmetindeki kalitenin gelişmesini engelleyici

¹⁵⁸ 1.7.2006 tarih ve 26215 sayılı R.G.

nitelikte olduğu; içerdđi sınırlayıcı hükümler nedeniyle, sonraki evrelerde hastalığın tedavisi için yapılacak harcamaların artmasına yol açacağı; sağlık hizmetinin yerine getirilmesiyle ilgili olarak yapılacak düzenlemelerin, Anayasa'da belirlenen temel ilkelere uygun olmasının zorunlu olduğu; getirilen düzenlemelerin, kapsamındakilerin sağlık hakkına ulaşmalarını ve bu haktan en iyi biçimde yararlanmalarını engelleyici, dolayısıyla bireyin ve toplumun sağlığını olumsuz yönde etkileyici hükümler taşıdığı; tüm bu nedenlerle, kamu yararı ve hizmet gerekleri yönünden hukuka aykırı olduğu" gerekçelerine dayanmaktadır.

SSK sağlık tesislerini Sağlık Bakanlığı'na devrettikten sonra üç sosyal güvenlik kuruluşu da sözleşmeler yoluyla kamu ve özel sektörden hizmet satın alma yoluna gitmiştir¹⁵⁹. Acil durumlarda sözleşmesiz kurumlardan hizmet alınması da söz konusu olmuştur. Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği'nin 15 ve 25 inci maddelerine göre, "vakanın acil olması nedeniyle gerekli başvurma ve yollama işlemleri yapılmadan doğrudan sağlık kurum ve kuruluşunca tedavi sağlandığı takdirde, tedavi giderlerinin ödenebilmesi için hastanın taburcu edildiği tarihten itibaren lüzumlu işlem ve belgelerin usulü dairesinde; a) Yurt içinde (resmi tatil günleri hariç) 30 gün, b)Yurt dışında 90 gün içerisinde hazırlanıp ilgili kuruma verilmesi gerekmektedir. Acil vakalara ilişkin tedavilerde de ilgili sağlık kurumu tarafından (6) nolu Tebliğ eki (EK-8) ve (EK-9) fiyat tarifelerinde yer alan fiyatlar uygulanır. Gerekli

¹⁵⁹ Ayrıca SSK Kurum Kanunu'nun 14.maddesi B) bendine göre; "Sağlık Hizmetleri Satınalma Daire Başkanlığının görevleri şunlardır:

1) Her türlü sağlık kuruluşu ve kişilerden sağlık hizmeti satın alınması ile ilgili protokolleri hazırlamak, Genel Müdürün teklifi ve Yönetim Kurulunun onayı ile yürütülmesini sağlamak.

2) Kuruma bağlı sağlık kuruluşlarından, sigortalı ve hak sahipleri dışındaki kişi ve kuruluşlara, sağlık hizmeti verilmesi ile ilgili usul ve esasları tespit ederek uygulanmasını sağlamak.

3) Kurumca sunulan sağlık hizmetleri ile ilgili ücret tarifelerini hazırlamak ve uygulamak.

4) Hizmet satın alınan kuruluşların hizmet üretimlerini, hazırlanan sözleşmeler çerçevesinde nitelik ve nicelik yönünden denetlemek (4958, 14/B).

tedavi işlem ve belgeleri tamamlanmadan yapılan giderlerin bedeli bunların tamamlanmasından sonra ilgili masraf belgeleri verilmek suretiyle kurumdan alınır (6 nolu Tebliğ, md.3).

Sosyal güvenlik kuruluşları dışında Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü de kamu adına ödeme yapan kurumlardır. Anılan kamu kurumları aktif memurlar ve Yeşil Kartlılar için sosyal güvenlik kuruluşları benzeri hizmet başına ve tanıya dayalı fiyat (paket) ödemesinin yanı sıra, bütçe ve maaş ödemesi gibi başka ödeme yöntemlerini de kullanmaktadırlar. Sağlık Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatı için bütçe yöntemini kullanarak fon aktarmaktadır. Kamu kurumlarında çalışan bütün sağlık personeli devlet memuru olarak maaş ödemesi ile genel bütçeden yapılan ödeme ile finanse edilmektedir.

GSS Yasası, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu'nun belirleyeceği fiyatlar üzerinden sözleşmeli kurumlara (5510, m.72) ödeme yapılacağından söz etmekte, ancak ödeme yönteminden söz etmemektedir. Ancak acil hallerde sözleşmesiz sağlık hizmet sunucularından alınan hizmetler için sözleşmeli sağlık hizmeti sunucuları için belirlenen bedeller karşılığında, sigortalı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiye fatura karşılığı olarak ödeme yapılacağına belirtilmesi (5510, m.73) hizmet başına ödemenin sürdürüleceği izlenimini vermektedir. Ayrıca hizmet sunucuların sundukları hizmetleri kayıt etme ve bildirme zorunluluğunun öngörülmesi bir çeşit aktif ödeme yönteminin (Kutzin, 2000:17) uygulanacağını da düşündürmektedir.

2.4. Türkiye’de Sağlık Durumu ve Türk Sağlık Sistemi

Türkiye anne ve bebek ölüm oranları açısından Avrupa bölgesindeki ülkeler arasında en yüksek düzeye sahip ülkedir (Tablo 19). 2003 yılında Türkiye’de bebek ölüm oranı binde 20,9 ile AB ülkeleri ortalamasından (binde 4,5) yaklaşık beş kat daha fazladır. Anne ölüm oranı açısından çok daha büyük bir fark gözlenmektedir. Türkiye’de 1998 yılında yüz binde 130 olan anne ölüm oranı aynı yıl için AB ülkelerinde yalnızca yüz binde 6,9’dur. Öte yandan doğuşta beklenen ortalama ömür AB ülkelerine oranla yaklaşık 10 yıl düşüktür. 2003 yılında Türkiye’de 68,7 yıl olan doğuşta beklenen ortalama ömür süresi AB ülkelerinde 79,1’dir. Ayrıca bu göstergeler Türkiye’nin bölgelerine göre de farklılaşmaktadır (Hamzaoglu ve Özcan, 2005:45). Bu düşük sağlık durumu gelir dağılımı adaletsizliği, hızlı kentleşme ve sağlık sistemi yetersizlikleri ile iç içedir (European Observatory, 2004:1).

Tablo 19: AB-15 Ülkeleri ve Türkiye’nin Bazı Sağlık Göstergeleri (2003)

Göstergeler	Türkiye	AB-15 Ülkeleri
Bebek ölüm oranı (binde)	20,9	4,5
Anne ölüm oranı (yüz binde) ¹	130	6,9
Doğumda beklenen ortalama ömür	68,7	79,1
100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı	257,4	583,6
Özel sektör yatak sayısının toplam hastane yataklarına oranı ⁴ (yüzde)	7,3	22,7
Yatak işgal oranı (yüzde) ³	58,8	77,0
100.000 kişiye düşen doktor sayısı	139,2	360,6
100.000 kişiye düşen hemşire sayısı	247,7	725,4
Sağlık harcamalarının GSMH içindeki büyüklüğü (yüzde)	7,5	8,9
Kişi başı sağlık harcaması (SAGP, ABD \$)	505,2	2294,6
Toplam sağlık harc. içinde top. ilaç harcamalarının yeri ² (yüzde)	24,8	-
Toplam sağlık harc. içinde hastane harcamalarının yeri ² (yüzde)	19,2	-
Kamu sağlık harc. nın toplam sağlık harc. oranı (yüzde)	70,9	-
Bir yılda kişi başı ortalama poliklinik muayenesi sayısı ¹	2,1	6,3
Ortalama yatış günü sayısı	5,8	9,7

Kaynak: DPT ve WHO- HFADB, 2006. ¹1998, ²2000, ³2001, ⁴2002.

Beş yaş altı bebek ölümlerin en büyük nedenini 2003 yılında yüzde 40 ile enfeksiyon hastalıkları oluşturmaktadır. Bu durum koruyucu sağlık hizmetleri

yetersizliğinin en önemli belirtisidir. Yetişkin ölümlerinin en önemli nedenini ise yüzde 48 ile dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Yetişkin ölümleri açısından ikinci sırayı yüzde 13 ile kanserler almaktadır (Hamzaoglu ve Özcan, 2005:48, 50). İlki gelişmiş ülkelerin profiline uymazken, ikincisi uymaktadır.

Türkiye’de sağlık politikası kararları Parlamento, DPT, Sağlık Bakanlığı, YÖK, Belediyeler ve Anayasa Mahkemesi tarafından verilmektedir (Ministry of Health, 2004:29). Türkiye’nin bugünkü sağlık sistemi 1961 tarihli 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası ile kurulmuştur. Nüfusa göre örgütlenmeyi, entegre sağlık hizmetini, kademeli sağlık hizmetini, toplum katılımını, ekip hizmetini, öncelikli hizmeti ve tek elden yönetimi ilke edinen 224 sayılı Yasa, planlı döneme geçilen 1963 yılından beri uygulanmaya çalışılan ve özellikle temel sağlık hizmetlerinin tüm ülkeye yaygınlaştırılması konusunda önemli bir adımdır¹⁶⁰. 1983 yılında ülkenin tamamını kapsam altına alan sistem çeşitli nedenlerle tam olarak uygulanamamıştır¹⁶¹ (Fişek, 1985:166; Eren, 1985:116).

¹⁶⁰ Bu Yasa ırk, cins, mezhep farkı gözetmeksizin ülkede yaşayan herkesin, her türlü sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanmasını esas almaktadır. Ayrıca, hastalar devlet bütçesinden ayrılan ödenek karşılığı sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak faydalanacaklar, hastalar tedavi için ücretini ödeme koşulu ile istedikleri hekimi veya sağlık kurumunu seçebilecekler, köy ve kentlerde birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık ocakları kurulacak ve bu ocaklar hastane ile işbirliği yaparak hasta tedavi hizmetlerini yürütecekler, sağlık personeli kamu kesiminde ücretsiz olarak çalışacak, kamu sağlık kuruluşları tek elden idare edilecek, personel ve finansman sıkıntısı nedeni ile uygulama 15 yılda tamamlanacak ve teşkilatın her kademesine halkın da katılacağı kurullar kurulacaktır (Yenimahalleli, 1998:25; Fişek, 1985:170; Akdur, 1998:1988-1989; Öztekin, 2001:62-63; SSB, 1973:231-246).

¹⁶¹ Sosyalleştirme Yasası’nın mimarı Dr. Nusret Fişek’e göre, sosyalleştirme 1963-1965 yılları arasında başarı ile uygulanmış, ancak 1966 yılından sonra başarısız bir uygulamaya dönüşmüştür. Fişek’e göre bu başarısızlığın altı nedeni bulunmaktadır:

- Bazı Sağlık Bakanları ve üst düzey yöneticiler kanunun uygulanması gereğine inanmamışlar ve personelin güvenliğini sarsmışlardır.
- Hastane ve sağlık ocaklarına yeterli sayıda hekim atanmamıştır.
- Hekim ve diğer sağlık personelinin okullarında aldığı eğitim, hizmetin gerektirdiği şekilde olmamıştır.
- Sağlık ocağı ile hastaneler arası işbirliği kurulmamış, sevk zinciri işlememiştir.
- İl düzeyinde sağlık yönetimi yetersiz kalmış, sağlık ocaklarını denetleyecek grup başkanlıkları kurulmamıştır.
- Hizmetlerin yürütülmesi için yasal açıdan zorunlu olan ödenekler hiçbir zaman yeterli düzeyde verilmemiş, araç, gereç ve ilaç sıkıntısı her zaman büyük sorun olmuştur (Fişek, N., 1985:166)

Türkiye’de 24 Ocak 1980 kararları ile başlayan liberalleşme süreci sağlık sektörüne de yansımıştır. 1982 Anayasası’nın devletin sağlık hakkını sağlama ödevini ortadan kaldırıp, devleti yalnızca sağlık hizmetlerini düzenlemekle sorumlu tutması, kamu sağlık hizmetlerini zayıflatmıştır. Bu nedenle, Soyer ve Belek, bu tarihten itibaren sağlık hizmetlerinde devletçilik döneminin sona erdiğini iddia etmektedir (Soyer ve Belek, 1998:55). Anayasa’daki bu değişikliğe paralel olarak 1987 yılında çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile sağlık hizmetleri hastalar tarafından satın alınan bir hizmet haline getirilerek, sağlık işletmeleri yoluyla kendi kendini finanse edecek bir sağlık sistemi yaratılması yoluna gidilmiştir¹⁶² (Kerman, 2004:32-34). Ancak, 1982 Anayasası’nda sosyal devlet ilkesinin korunuyor olması ve sosyal politikanın öneminin kavranmış olması bu uygulamaya izin vermemiş ve 3359 sayılı Yasanın bazı maddeleri sosyal devlet ilkesi ve personel rejimi ile bağdaşmadığı gerekçesiyle Anayasa Mahkemesi tarafından iptal edilmiştir (Dirican ve Bilgel, 1993:553).

59. AKP Hükümeti’nin Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Kamu Yönetimi Temel Kanunu Tasarısı, 3359 sayılı Yasa paralelinde düzenlemeler içermektedir. Program ve Tasarı, Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısında ve sağlık hizmetleri sunumunda önemli değişiklikler yapmayı planlamaktadır. Öngörülen yeniden yapılanma ile Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı il özel idarelerine, belediyelere, hatta özel sektöre devredilebilecektir (Güler, 2003; SB, 2003). Ayrıca henüz pilot proje olarak yürütülen “Birinci Basamakta Aile Hekimliği Uygulaması” ile tedavi ağırlıklı, özel hekimliğe dayalı, ikili bir birinci basamak sistemi (kentlerde aile hekimliği, kırsal bölgelerde sağlık ocakları) kurulması planlanmaktadır (TTB, 2006c). GSS Yasası ile kamu ve özel

¹⁶² Bazı bilim adamlarına göre 3359 sayılı yasa, sosyalleştirme yarasını geçersiz kılmak ve kamu sağlık hizmetleri için daha bol kaynak yaratmak amacıyla çıkarılmıştır (Dirican ve Bilgel, 1993:553).

sağlık kuruluşları ile sözleşmeler yoluyla hizmet satın alınmasının öngörülmesi, ayrıca sözleşmesiz kuruluşların hizmetlerinin kullanılması durumunda fatura bedellerinin yüzde 70'inin ödenmesi, sözleşmeli olsun olmasın özel sektör hizmet sunucularının sağlık hizmetleri sunumunu destekleyen düzenlemelerdir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın tam olarak hayata geçirilmediği bugünün Türkiye'sinde sağlık hizmetleri farklı politik tercihleri yansıtan 224 ve 3359 sayılı Yasalara dayalı olarak kamu ve yarı-kamu sağlık kuruluşları, özel sektör sağlık kuruluşları ve Kızılay gibi hayır kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Sağlık Bakanlığı sağlık hizmetleri sunumunda en büyük payı olan kurumdur ve Belediyeler ile birlikte koruyucu sağlık hizmetlerinin tek sunucusudur. Sağlık Bakanlığı aynı zamanda ülkenin sağlık politikası ve sağlık hizmetlerinden sorumlu kurumudur. Bakanlığa bağlı olarak sunulan sağlık hizmetleri iller düzeyinde Valiliklere bağlı İl Sağlık Müdürlükleri kanalıyla yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı genel bütçeden ayrılan kaynaklarla finanse edilmektedir. Sağlık Bakanlığına devredilene kadar kendi sağlık tesislerine sahip olan SSK, 2005 yılına kadar ikinci büyük hizmet sunucu kurum olmuştur. Milli Savunma Bakanlığı, personeline hizmet sunmak için kendi sağlık tesislerine sahiptir¹⁶³. Birçok ilde Yüksek Öğretim Kurumu'na bağlı üniversite hastaneleri bulunmaktadır. Bunların dışında özellikle 1980'den sonraki liberalleştirme politikaları ile birçok özel hastane, poliklinik, laboratuvar ve teşhis merkezi özel sektörde sağlık hizmeti sunmaktadır (European Observatory, 2004:3; Ministry of Health, 2004:29).

Türkiye'de sağlık hizmetleri birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler olarak sınıflandırılmaktadır. Birinci basamak hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından iller

¹⁶³ Bugün Milli Savunma Bakanlığı sosyal güvenlik kuruluşları ile protokoller düzenleyerek kendi personeli dışındaki bireylere de sağlık hizmeti sunmaktadır.

düzeyinde sağlık ocakları, sağlık merkezleri, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, verem savaş dispanserleri ve dernekleri ile sunulan temel sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. İkinci basamak hizmetler genel hastane hizmetlerini, üçüncü basamak hizmetler ise eğitim hastaneleri ve üniversite hastanelerinin sunduğu hizmetleri kapsamaktadır. 224 sayılı Yasa basamaklar arasında sevk sistemini öngörmesine rağmen, bu sistem uygulanmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri genel olarak kırsal bölgelerde daha iyi bir altyapıya sahiptir (European Observatory, 2004:4). İkinci basamak hizmetler açısından 100.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısına bakıldığında, AB ortalamasının oldukça gerisinde olduğumuz gözlenmektedir. 2003 yılında Türkiye’de 100.000 kişiye 257 hastane yatağı düşerken, AB ülkelerinde 584 yatak düşmektedir. AB ile kıyaslandığında bu yatakların daha düşük bir kısmı özel sektördedir. Yetersiz olan yatak sayısının verimli kullanılması da söz konusu değildir. 2001 yılında AB ülkelerinde yüzde 77 olan yatak işgal (kullanım) oranı Türkiye’de yüzde 59’dur (Tablo 19).

AB ülkeleri ile kıyaslandığında sağlık insangücü açısından da yetersizlikler bulunmaktadır. 2003 yılında AB ülkelerinde 100.000 kişiye yaklaşık 361 doktor düşerken, Türkiye’de 139 doktor düşmektedir. Ayrıca doktorların uzmanlaşmayı tercih etmeleri pratisyen hekim ihtiyacını arttırmaktadır. Bunun yanı sıra AB ülkeleri ile kıyaslandığında hemşire sayısı da yetersizdir. 2003 yılında Türkiye’de 100.000 kişiye 248 hemşire düşerken, AB ülkelerinde 725 hemşire düşmektedir (Tablo 19).

Sağlık hizmetleri Maliye Bakanlığı, SSK, Bağ-Kur, ES, özel sigorta şirketleri ve 506 sayılı yasa kapsamındaki geçici 20.madde sandıkları tarafından finanse edilmektedir (Ministry of Health, 2004:29). Türkiye’de sağlık hizmetlerine GSMH’den

ayrılan pay 2003 yılında yüzde 7,5 ile yüzde 8,9 olan AB ülkeleri ortalamasından düşüktür (Tablo 19). Kişi başı sağlık harcaması açısından bakıldığında yaklaşık beş kata yakın bir fark gözlenmektedir. 2003 yılında Türkiye’de satın alım gücü paritesi (SAGP) ile 505 ABD \$ olan kişi başı sağlık harcaması AB ülkelerinde ortalama 2.295 ABD \$’dır. Toplam ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı Türkiye’de 2000 yılında yüzde 24,8 iken, aynı yıl için bu oran sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edildiği Danimarka’da yüzde 8,8, sigortacılıkla finanse edildiği Almanya’da yüzde 13,6’dır. Toplam sağlık harcamalarının içerisinde toplam hastane harcamalarının yeri 2000 yılında Türkiye’de yüzde 19,2 ile Avrupa bölgesindeki en düşük orandır. Bu oran aynı yıl Almanya yüzde 36,7, Avrupa bölgesindeki en yüksek birkaç ülkeden biri olan Danimarka’da ise yüzde 53,2’dir. Toplam sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının ağırlığı açısından bakıldığında 2003 yılında Türkiye yüzde 70,9 ile genel olarak birçok AB ülkesine yakın bir orana sahiptir. Bu oran aynı yıl için Danimarka’da yüzde 83, Almanya’da ise yüzde 78,2’dir (WHO, Health For All-Data Base, 2006).

Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili önemli göstergelerden biri olan bir yılda kişi başı ortalama poliklinik muayenesi sayısı, 1998 yılında Türkiye’de 2,1 iken, AB ülkelerinde 6,3’tür (Tablo 19). İkinci önemli göstergelerden biri olan ortalama yatış günü sayısı, 2003 yılında Türkiye’de 5,8 gün iken, AB ülkelerinde 9,6 gündür. Sağlık hizmetleri kullanımı ile ilgili göstergeler, hem sağlık güvencesi yetersizliği hem de sağlık sistemi yetersizliğinin en önemli göstergeleridir. Sağlık sisteminin durumu ile ilgili olarak yukarıda sunulan veriler sağlık insangücü ve sağlık hizmetleri sunumunda yetersizlikler olduğunu ortaya koymaktadır. Gerek insangücü gerekse hizmet sunumunun bölgelere göre önemli düzeylerde farklılaşması bu yetersizliği oldukça önemli bir sorun haline getirmektedir.

3. BÖLÜM: SAĞLIK FİNANSMANINI DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ VE FİNANSMAN YÖNTEMLERİNİN BU KAPSAMDA İNCELENMESİ

3.1. Sağlık Finansmanını Değerlendirme Ölçütleri

Sağlık finansmanını değerlendirebilmek için, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık hizmetleri finansmanında adalet ve gelirin yeniden dağıtılması, sağlık hizmetleri finansmanında verimlilik ve sağlık hizmetleri finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleri dikkate alınacaktır (Mills ve Gilson, 1988:85; WHO, 1993:5-11; Mossialos ve Dixon, 2002b:272).

3.1.1. Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine

Ulaşım

1946 yılında DSÖ Anayasası ile sağlığın bir hak olarak kabul edilmesi ve bu hakkın başta İHEB olmak üzere birçok uluslararası belgede yer alması, bu uluslararası belgelerin ülkelerin sağlık hakkını anayasalarıyla güvence altına almasına yol açması, 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren Ulusal Sağlık Hizmetleri sistemine sahip ülkelerin tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamaya başlamış olması ve 1978 Alma-Ata Bildirgesi'nde yer alan “herkes için sağlık” sloganı ile temel sağlık hizmetlerinin toplumun tümüne yaygınlaştırılmasının hedeflenmesi, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması hedefinin yaygınlaşmasına yol açmıştır (WHO, 2005; WHO 2004:3).

“Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak” kavramı yeterli sağlık hizmetlerini, ödenebilir bir fiyatla, tüm nüfusun hizmetine sunmaktır. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlama kavramı iki farklı kapsamı bir arada bulundurmaktadır. Birincisi yeterli sağlık hizmeti sunmak, ikincisi bu hizmetleri ödenebilir bir fiyatla tüm nüfusa

sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinin ödenebilir fiyatla tüm nüfusa sağlanması, hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlanması anlamına gelmektedir (Carrin ve James, 2005:46; WHO, 2004:3; Kutzin, 2000:2; WHO, 2005). Yeterli sağlık hizmeti sunmak sağlık sistemlerinin finansman dışındaki işlevlerinden biri olduğundan¹⁶⁴ (Mossialos ve Dixon, 2002a:4), burada sadece sağlık finansmanı işlevini ilgilendiren tüm nüfusun hastalığın finansal riskine karşı korunması konusu dikkate alınacaktır.

Tüm nüfusa sağlık sigortası sağlanması yazında “kapsamın genişliği” olarak da adlandırılmaktadır. Tüm nüfusa sağlık sigortası sağlanması bazı durumlarda hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlamak için yeterli olmamaktadır. Herhangi bir cepten ödeme yapmadan ulaşılabilecek sağlık hizmetleri kapsamını gösteren “kapsamın derinliği” kavramı da hastalığın finansal riskine karşı koruma sağlama ile doğrudan ilişkilidir ve hizmete ulaşımı önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin Kore Cumhuriyeti’nde 1977’den 1989’a kadar olan süreçte nüfusun tamamı ulusal sağlık sigortası sistemi ile kapsam altına alınmıştır. Bu önemli bir gelişme olmasına rağmen kapsamın derinliği açısından bakıldığında Kore Cumhuriyeti’nin aynı başarıyı gösteremediği gözlenmektedir. Ayakta tedavilerde sabit bir ödeme dışında yüzde 30 ile 55 arasında değişen oranlarda, yatarak tedavilerde yüzde 20 oranında kullanıcı katkısı alınması; hastanelerde uzman doktora ulaşabilmek için ek ödemeler yapılması; hastane yatış gününe sigortanın belli bir sınır koyması ve birçok hizmetin kapsam dışında bırakılması, 1992 yılında Kore Cumhuriyeti’nde, toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin oranını yaklaşık yüzde 65’e çıkarmıştır. Bu durum ulusal sağlık sigortası yoluyla tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayan Kore’nin vatandaşlarına sağlık

¹⁶⁴ Sağlık sistemlerinin finansman, hizmet sunumu, kaynak yaratma ve yönetim işlevleri bulunmaktadır. Finansman işlevi gelir toplama, fon havuzlama ve hizmet sunuculara ödeme yapma alt işlevlerine sahiptir. Hizmet sunumu ise kişisel sağlık hizmetleri ve kişisel olmayan sağlık hizmetleri olarak iki işlevle değerlendirilmektedir (Murray ve Frenk, 2000:723-725).

hizmetlerine ulaşım için eşit fırsat tanımadığı ve gerçek bir finansal koruma sağlamadığını göstermektedir (Kutzin, 2000:3) Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması konusu incelenirken, kullanıcı katkıları gibi hizmete ulaşımı etkileyebilecek cepten ödemelerin değerlendirilmesi oldukça önem taşımaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:282-284).

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın en önemli özelliği, tüm bireylerin toplam sağlık harcamalarının finansmanını paylaşması, diğer bir deyişle riskin toplumsal düzeyde havuzlanmasıdır. Risk havuzu büyüdüğü ölçüde bireylerin kendi sağlık riskinin finansal yükünü taşıma oranı azalmaktadır (WHO, 2004:3).

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamanın iki temel yöntemi bulunmaktadır. Birinci yöntem, temel finansman kaynağının genel vergi gelirleri olduğu ulusal sağlık sistemidir. Bu sistemin en temel özelliklerinden biri vatandaşlık veya ikamet esası ile ülkede yaşayan tüm bireylere sağlık güvencesi sağlamasıdır. İkinci yöntem işçi, işveren ve devlet tarafından finanse edilen sosyal sağlık sigortası sistemidir. Güvence kapsamı genellikle meslek veya istihdamla ilişkili olsa da, yakın tarihlerde sosyal sağlık sigortası yöntemi ile de tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak mümkün hale gelmiştir. Pratikte genellikle bu iki seçenek bir arada uygulanmaktadır¹⁶⁵ (Carrin ve James, 2005:46; WHO, 2004:3-4; WHO, 2005:1).

Hangi finansman yöntemi tercih edilirse edilsin tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması genellikle uzun bir süreci kapsamaktadır. Sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edilen Japonya’da ilk sosyal sağlık sigortacılığı yasası ile tüm nüfusa sosyal

¹⁶⁵ Ayrıca anılan her iki sistemde de özel sağlık sigortaları tamamlayıcı bir rol oynamaktadır.

sağlık güvencesi öngören yasa arasında 36 yıl bulunmaktadır¹⁶⁶. Benzer bir süre vergilerle finanse edilen İngiltere’de tüm nüfusun kapsam altına alınması için de gerekmiştir. Yüksek ekonomik büyüme, formel istihdamın artışı, sistemi yönetebilecek tecrübeli personelin varlığı, dayanışma kavramının toplum tarafından benimsenmesi, hükümet yönetiminin etkililiği ve vatandaşların hükümete olan güveni gibi etmenler bu süreci hızlandırmaktadır (WHO, 2005:3).

3.1.2. Sağlık Finansmanında Adalet

Adalet kavramı farklı şekillerde tanımlanmaktadır. Adalet, her toplumun ulaşmak istediği ancak tanımında uzlaşamadığı, güzellik gibi, görelî bir kavram olarak tanımlanabildiği gibi (McLachlan ve Maynard, 1982:520), sosyal adaletin bir parçası olarak da tanımlanabilmektedir (Le Grand, 1987).

Sağlık hizmetlerinde adalet kavramı da farklı teorilerde farklı tanımlar bulmaktadır. Liberal yaklaşım, doğal insan hakları noktasından hareketle herkesin yaşama hakkı olduğunu iddia etmektedir. Faydacı yaklaşım, bireysel fayda miktarını en üst düzeye çıkarmayı savunmaktadır. Marksist teori, “ödeme gücüne göre katkı”, “ihtiyaca göre hizmet” ilkelerini benimsemektedir. Rawlcı teori, toplumun en yoksul kesimleri lehine olumlu etkileri olması durumunda adaletin sağlandığını kabul etmektedir. Desert ise adaleti, daha erdemli olanları ödüllendiren bir sistem olarak tanımlamaktadır (William, 1993: 289; Wagstaff ve van Doorslaer, 1993a:9; Gillon, 1986).

¹⁶⁶ Japonya’da 1922 yılında kabul edilen ilk sağlık sigortası yasası bazı işçilerle sınırlı kalmıştır. Zorunlu ulusal sağlık sigortası ise 1958 yılında başlatılmıştır (Cutler, 2002:884).

Liberal ve Marksist teori sağlık hizmetleri literatüründe en çok ilgi gören teoriler olmuşlardır. Ayrıca Marksist teorinin ortaya attığı iki ilke yalnızca bu teoriye ait olmamış, yirminci yüzyılda çok büyük destek gören eşitlikçi yaklaşım teorisinin de temel ilkelerini oluşturmuştur. Eşitlikçi görüşe göre sağlık hizmetlerine ulaşım, seçim sandığına ve adalet hizmetlerine ulaşım gibi her vatandaşa tanınan ve gelir ve servet ile ilişkili olmaması gereken bir vatandaşlık hakkıdır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1993a:10; William, 1993:291-292; Gillon, 1986).

Liberal ve eşitlikçi teoriler sağlık sistemleri konusunda oldukça farklı görüşlere sahiptir. Eşitlikçi teori devletin, ihtiyaca göre hizmet, ödeme gücüne göre katkı ilkelerini içeren İngiliz Ulusal Sağlık Hizmetleri benzeri uygulamaları benimsemesini önermektedir. Liberal teori, tam tersi bir şekilde, gönüllülük (ve ödeme gücü) esasına dayalı olan özel sağlık sektörünü savunmaktadır. Bu teoriye göre devlet, yalnızca yoksullara en temel sağlık hizmetlerini sağlayarak sağlık sistemine en düşük düzeyde dahil olmalıdır. Siyasal tercihe bağlı olarak değişse de pratikte birçok ülkede sağlık hizmetleri finansmanı ve sunumu, her iki teoriden de izler taşıyarak hem devlet hem de özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Eşitlikçi teori daha çok Avrupa bölgesindeki ülkeler tarafından, liberal teori ise ABD tarafından benimsenmiştir (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:8). Eşitlikçi teori ayrıca OECD ve DSÖ gibi uluslararası örgütlerce de benimsenmektedir (OECD, 1992; WHO, 2000a).

Sağlık finansmanı konusundaki deneysel yazın, sağlık hizmetlerinin ne oranda ödeme gücüne göre finanse edildiği konusuna odaklanmıştır. Tarihsel kökenini Aristo'nun "eşitsizlere eşitsiz, eşitlere eşit davranma" yaklaşımından alan bu ilke, "dikey ve yatay adalet" kavramları ile açıklanmaktadır. Dikey adalet, farklı ödeme

gücüne sahip bireylerin farklı miktarlarda; yatay adalet, aynı ödeme gücüne sahip bireylerin aynı miktarda katkı yapması öngörmektedir. Ayrıca her iki kavram gelirin yeniden dağıtımı ile yakından ilişkilidir (Culyer, 1993:305; Wagstaff ve van Doorslaer, 1993a:15; Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:16).

3.1.2.1. Sağlık Finansmanında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Sağlık finansmanında adalet konusunda yapılan deneysel çalışmalar genellikle dikey adalet konusuna odaklanmıştır. Sağlık finansmanında dikey adalet, kimin ne kadar ödediği sorusuna yanıt aramaktadır. Bu konunun en önemli ve en tartışmalı yönü, ödeme gücüne göre katkının nasıl belirleneceğidir. Ödeme gücü belirlenirken bazı sağlık sistemlerinde yalnızca vergi öncesi gelir dikkate alınmakta, bazılarında ise vergi öncesi gelire diğer gelir getiren menkul ve gayrimenkul mal varlıkları da eklenerek hesaplama yapılmaktadır. Deneysel çalışmalarda ilk yöntem daha yaygın olarak kullanılmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1993a:16).

Sağlık finansmanında dikey adaleti ölçmek için birçok indeks geliştirilmiştir. Bu indekslerin en önemlisi Kakwani Artan Oranlılık İndeksi'dir (Kakwani, 1977). Bu indeks finansman sisteminin oransallıktan ne kadar uzaklaştığını ölçmektedir. Pozitif değerler artan oranlılığı, negatif değerler ise azalan oranlılığı göstermektedir. Bu indekse göre, gelire bağlı olarak belirlenen ödeme gücü gelir artışı ile birlikte oransal olarak artıyorsa finansman yöntemi veya sistemi “artan oranlı”, gelir artışı ile birlikte oransal olarak azalıyorsa “azalan oranlı” ve gelirin sabit bir oranında belirlendiyse “oransal”dır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1993b: 20-48; Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:18-22; Mossialos ve Dixon, 2002b:273).

Dikey adalet, gelirin yeniden dağıtılmasını da sağlamaktadır. Yapılan araştırmalar, dikey adaletin yatay adalete oranla daha önemli bir yeniden dağıtım etkisine sahip olduğunu göstermektedir (Van Doorslaer ve diğerleri, 1998).

Gelirin yeniden dağıtılmasını etkileyen diğer bir etmen sağlık harcamaları içerisinde kamu harcamalarının oranıdır. Gelirin yeniden dağıtımı hesaplanırken her iki etmenin birlikte incelenmesi oldukça önemlidir. Çünkü birbirinden ayrı olan bu etmenler birlikte incelendiğinde ilginç sonuçlarla karşılaşmak mümkündür. Örneğin aynı yeniden dağıtım etkisine ulaşabilmek için oransal bir sistemin artan oranlı bir sisteme göre yardımları düşük gelirliler lehine daha eşitsiz bir şekilde dağıtması gerekmektedir (Ervik, 1998). Daha fazla kaynağın daha az artan oranlı bir sistemde toplandığı ancak yardımların düşük gelirliler lehine eşitsiz bir şekilde dağıtıldığı bir sistemde, daha az kaynağın daha artan oranlı bir sistemde toplandığı, ancak yardımların düşük gelirliler lehine eşitsiz dağıtılmadığı bir sisteme göre düşük gelirliler lehine net etkinin daha fazla olması mümkündür. Bazı ülkelerde sağlık harcamalarının yeniden dağıtıcı etkisini kamu harcamalarındaki yeniden dağıtıcı etkiden ayırt etmek zordur. Sağlık yardımlarının maddi değil aynı olması bu ölçümü daha da zorlaştırmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:279-280).

Bir sistemin yeniden dağıtıcı etkisini tam olarak görebilmek boylamsal bir bakış açısını gerektirmektedir. Sistem herhangi bir zaman noktasında analiz edilirse yaşam süresi içerisinde refah içinde yaşanan (veya sağlıklı) dönemler ile göreceli olarak daha yoksul yaşanan (veya hasta) dönemler arasındaki yeniden dağıtıcı etki analiz edilemez. Yeniden dağıtıcı etki ile ilgili çalışmaların çoğu herhangi bir zaman dilimini kapsar. Refah devleti ile ilgili boylamsal çalışmalar genellikle yaşam boyu zenginlik

ile yaşam boyu yoksulluk arasındaki yeniden dağıtımı inceler ve bu dağıtım göreceli olarak düzdür. Bu nedenle refah devleti Robin Hood stili bir yeniden dağıtıcı etki yerine daha çok bir tasarruf bankasına benzetilir (Hills, 1995; Mossialos ve Dixon, 2002b:280).

3.1.2.2. Sağlık Finansmanında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Aynı gelir düzeyine sahip bireylerin eşit miktarda katkı yapmasını öngören yatay adalet, sağlık ekonomisi yazınında dikey adaletle oranla daha az ilgi görmektedir (Culyer, 1993:305; Wagstaff ve van Doorslaer, 1993a:15). Çünkü eşit ödeme gücüne sahip olanlar, cinsiyet, evlilik durumu, sendikalı olup olmama, ikamet edilen yer gibi farklılıklardan etkilenmeden aynı miktarda katkı sağlamaktadır.

Yine de farklı sağlık sistemlerinde bazı yatay adaletsizlik durumları gözlenebilmektedir. Örneğin, özel sağlık sigortacılığında; yaşlılar, kronik hastalar gibi yüksek riskli gruplar daha düşük riskli olan aynı gelir düzeyine sahip bireylerden daha yüksek prim ödemektedirler. Dolaysız vergilerle finansmanda; ipotekli konut faizi ve özel sağlık sigortası primleri gibi ödemelerin vergi desteği dolayısıyla bireylerin gelirlerinden düşülmesi, vergi desteği alanların daha düşük vergi vermesine yol açarak yatay adaleti bozmaktadır. Sosyal sigorta yöntemiyle finansmanda; farklı meslek gruplarının, farklı sigorta kurumlarına, farklı oranda katkı sağlaması yatay adaletsizliğe yol açmaktadır. Örneğin farklı kategorilerde bireyler için farklı sigorta düzenlemeleri bulunan Hollanda’da yapılan bir araştırma, 1981 yılında 17.000 Dfl geliri olan bir bireyin gelirinin yüzde 2’sini sağlık hizmetlerine harcadığını, ancak aynı gelir düzeyine sahip bireyin 65 yaşın üzerinde olması ve 65 yaşın altında olmasına rağmen bağımsız çalışması durumunda bu kez yüzde 13’ünü harcadığını göstermektedir. Sosyal sigorta

yöntemiyle finansmanda bireysel kazanca göre belirlenen sosyal sağlık sigortası primleri, bireylerin ve hanelerin diğer gelirlerini dikkate almadığı için birçok durumda ödeme gücünün doğru tespit edilememesine neden olmaktadır. Bu durum aynı gelir düzeyine sahip hanelerin farklı oranlarda katkı yapması ile sonuçlanabilmektedir. Sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerindeki bu tür yatay adaletsizlik durumları özellikle kamu ve özel sigortacılığın birlikte uygulandığı Almanya ve Hollanda'da finansmanda reform baskısının en önemli nedenini oluşturmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:22). Cepten ödemelerin belediyeler, yaş grupları gibi belirleyicilere bağlı olarak değişmesi de yatay adaletsizlik yaratmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1993a:16; van Doorslaer ve diğerleri, 1999:293).

Kamu finansmanında ve gelir dağılımında yatay adaletsizlik ölçümü için bir dizi yöntem geliştirilmiştir. Bu yöntemlerden en önemlisi Aronson ve arkadaşlarının geliştirdiği, eşitlere uygulanan eşitsiz durumları gösteren yatay adaletsizlik ve eşitsizlik durumlarını yeniden sıralayan bir yöntemdir (Aronson, Johnson ve Lampert, 1994). Yeniden sıralama ve yatay adaletsizlik arasında açık bir fark bulunmaktadır. Yeniden sıralama, eşit vergi öncesi gelire (veya katkıya esas kazanca) sahip olanlar arasındaki vergi değişimini (veya sağlık hizmetleri harcamalarını) ölçmektedir. Herhangi bir değişim olmaması yatay adaletsizliğin olmadığını göstermektedir. Vergi öncesi geliri eşit olan her gruptaki değişimi ölçmek için Gini katsayısı kullanılmaktadır¹⁶⁷ (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:22-23).

¹⁶⁷ Dolayısıyla yatay adaletsizlik gelir dağılıma etki ile ölçülmektedir. Bir verginin yeniden dağıtıcı etkisi bu verginin Gini katsayısını ne kadar azalttığı ile ölçülmektedir. Bu yöntemle yatay adaletsizlik, aynı vergi öncesi gelire sahip bireylerin yaptıkları sağlık harcamalarının değişim miktarı ölçülerek hesaplanmaktadır. Herhangi bir değişim olmaması yatay adaletsizlik olmadığını göstermektedir.

Van Doorslaer ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırma, yatay adaletin gelirin yeniden dağıtımı ile ilişkili olduğunu deneysel olarak kanıtlamıştır (Van Doorslaer ve diğerleri, 1998). Bu araştırmaya göre, yatay adaletin sağlanması gelirin yeniden dağıtımına katkı yaptığı gibi, yatay adaletsizliğin varlığı dikey yeniden dağıtım etkisini bile azaltabilmektedir. Bu durum sosyal sağlık sigortacılığının ağırlıklı olarak finanse edildiği Fransa ve Almanya gibi ülkelerde gözlenmektedir. Fransa’da yatay adaletsizlik pozitif yeniden dağıtıcı etkiyi azaltırken, Almanya’da negatif yeniden dağıtıma neden olmaktadır. Bu iki ülkedeki yatay adaletsizliğin temel nedenleri, prim oranlarının, prim muafiyetlerinin ve yaşlılar gibi gruplarca ödenen daha düşük prim oranlarının (Fransa’da) sigorta kuruluşlarına göre değişmesidir (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:25).

3.1.3. Sağlık Finansmanında Verimlilik

Sağlık finansmanında verimlilik, yakın zamana kadar, sağlık hizmetlerinin verimli kullanılması ile özdeşleştirilmiş ve teknik verimlilik, kaynak tahsisi verimliliği ve yönetsel verimlilik gibi genel verimlilik kavramları ile incelenmiştir. Teknik verimlilik, herhangi bir sağlık hizmetinin olası en düşük maliyetle sağlanması; kaynak tahsisi verimliliği, sağlık durumu göstergeleri dikkate alınarak kaynakların farklı sağlık hizmetleri arasında uygun bir şekilde dağılıp dağılmadığının incelenmesi; yönetsel verimlilik ise sistemin yönetiminde kullanılan kaynakların miktarı ile değerlendirilmiştir (WHO,1993:8-9).

Günümüzde finansman yöntemleri ile kaynak tahsisi ve teknik verimlilik arasında açık bir kavramsal ilişki bulunmadığı öne sürülmektedir. Bu ilişki deneysel çalışmalarla da ispatlanamamıştır (Mossialos ve Dixon, 2002b:288; Jonsson ve Musgrove, 1997). Çünkü kaynak tahsisi ve teknik verimlilik gelir oluşturmada ziyade

hizmet sunuculara ödeme yapmanın bir fonksiyonudur. Buna rağmen, bazı sağlık finansman yöntemleri kaynak tahsisi ve teknik verimliliği dolaylı olarak etkileyebilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:273). Örneğin vergilerle finansmanda gelir toplama ve ödemenin aynı kurum tarafından yapılması gerekmediğinden ödemenin verimliliği ile finansman yöntemi arasında güçlü bir ilişki yokken, özel sağlık sigortacılığında geliri toplayan, havuzlayan ve ödeyen aynı kurum olduğu için ödemenin verimliliği önem kazanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:290).

Bugün kaynak tahsisi verimliliği üç yöntemle değerlendirilmektedir. Bu yöntemler; kaynakların sağlık sektörü ve ekonominin diğer sektörleri arasındaki dağılımı; kaynakların sağlık sektöründeki farklı hizmetlere, örneğin koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine dağılımı ve kaynakların ilaç gibi özel klinik hizmetlere tahsisidir. Verilerin sınırlı olması ve metodolojik sorunlar nedeniyle kaynak tahsisi verimliliğini ölçmek zordur. Sağlık harcamalarının sektörlere göre analizi sağlık sisteminin kaynak tahsisi verimliliğini göstermektedir. Ancak bu analiz, kaynak tahsisinin sağlık göstergeleri üzerindeki etkisini göstermek yerine, farklı sektörlerin göreceli değeri ve etkililiğini yansıtmaktadır. Halbuki kaynakların verimli bir şekilde tahsis edilip edilmediğinin en önemli göstergesi, bu tahsisin sağlık durumuna yansımadır. Bu durumu kaynak tahsisi verimliliği ile ölçmek mümkün değildir. OECD ülkelerindeki veriler, ayakta tedavi oranının ülkelere göre değişiklik gösterdiğini, ancak bunun finansman yöntemi ile sistematik bir ilişkisinin olmadığını göstermektedir. Birçok sağlık finansman sisteminde ilaç harcamaları diğer bütün harcama kalemlerinden daha hızlı artmaktadır. Ancak veriler ilaç harcamalarındaki bu artışın diğer hizmetlerin azalmasına neden olup olmadığını göstermemektedir. Örneğin ilaç harcamalarının artışının hastaneye başvuru oranları veya hastanede yatış süresini azaltıp azaltmadığını

gösteren veriler bulunmamaktadır. Bu nedenle bu artışın israftan veya ilaç firmalarının baskısından kaynaklanma olasılığı da bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:289).

Birim maliyetleri azaltıp sağlık statüsünü en üst düzeye çıkarmayı amaçlayan teknik verimlilik, sağlık hizmetleri için ödeme yapan kuruluşlar tarafından büyük önem taşımaktadır. Teknik verimlilik ile finansman yöntemi arasında kavramsal bir ilişkinin bulunmadığını yenilemekte fayda vardır. Ancak pratikte dolaylı bazı ilişkiler kurmak mümkündür. Ödeme şeklinin ve hizmet sunumunun özel bazı düzenlemeleri ile finansman yöntemi arasındaki tarihsel ilişki, teknik verimlilikte bazı değişimlere neden olabilmektedir. Örneğin, OECD ülkeleri arasında hemşirelerin doktorlara oranını analiz eden bir araştırma, doktor arzının girdi bileşimini doğrudan belirlediğini tespit etmiştir. Buna göre doktor arzının optimal talep miktarını aştığı durumda, doktorlar hemşirelerin yerine kullanılmaktadırlar. Ayrıca pratisyen ve uzman doktorlar arasındaki oran da önemlidir. Bu oran OECD ülkelerinin bir kısmında neredeyse eşittir, ancak finansman yöntemini bu değişkenlerle ilişkilendirmek mümkün değildir (OECD, 2000; Mossialos, Dixon, 2002b:290).

Maliyetleri, dolayısıyla teknik verimliliği doğrudan etkileyecek teknolojik girdi düzeyi ülkelere göre değişmektedir (Banta, 1995). Ancak yüksek teknolojili hizmet kullanımının yaygınlaşması, finansman yönteminden çok yapılacak geri ödeme veya ödemenin sınırlandırılması ile ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde girdilerin fiyatları da teknik verimliliği etkilemektedir. Örneğin sağlık harcamalarının yüksek olduğu ABD, İsviçre ve Kanada gibi ülkelerde doktor ve hemşire ücretleri tüm ülkelerdeki ortalama ücretlerden daha yüksek, İsveç, Japonya ve İngiltere gibi en düşük harcama yapan ülkelerinkinden daha düşüktür. Doktorların diğer ülke ortalamasına oranla daha yüksek

cret aldđđı ülkelerde doktorlar hizmet başına cretlendirilmektedir (National Forum on Health, Kanada, 1998). Dolayısıyla ücretlerdeki değişikliği de belirleyen finansman yönteminden çok ödeme şekli olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:290).

Toplam sağlık harcamaları içerisinde yönetim maliyetlerini ölçen yönetsel verimlilik, sağlık finansman yönteminin türü ve örgütlenmesi ile ilişkilidir. Yönetsel maliyetlerin artışı zelleştirme, rekabet, desantralizasyon ve fonların sayısı ile doğru orantılıdır (OECD, 2000). Kar amaçlı sigorta şirketleri arasındaki rekabet, sözleşmeler, kar ve pazarlama ek maliyetler yaratmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:290).

1970’lerde başlayan makroekonomik daralma ve akabinde sağlık harcamalarının hızlı artışı, 1980’li ve 1990’lı yıllarda maliyetleri kontrol altına alma ve bu maliyetlerin ekonomiyi olumsuz yönde etkilemesi tartışmalarını da gündeme getirmiştir. Bu durum, sağlık hizmetlerinde kaynak tahsisi ve teknik verimliliğin sağlık finansmanı ile daha yakından ilişkilendirilmesine, ayrıca sağlık finansman yöntemlerinin maliyetlere ve ekonomiye etkisinin incelenmeye başlamasına neden olmuştur. Sağlık finansman yöntemlerinin ekonomiye etkisi; bu yöntemlerin iş hareketliliğine, işgücü piyasası esnekliğine, işgücü maliyetlerine ve uluslararası rekabete etkisi incelenerek değerlendirilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:285-290).

Farklı finansman yöntemleri sağlık hizmetleri maliyetlerini doğrudan etkilemektedir. Toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı açısından bakıldığında, en maliyetli finansman yöntemi özel sağlık sigortacılığı ile finansmandır (Tablo 20). Özel sağlık sigortacılığına sahip ABD ve İsviçre gibi lkeler, OECD lkeleri içerisinde en yüksek orana sahip ülkelerdir. 2003 yılında toplam sağlık

harcamalarının GSMH içindeki oranı OECD ülkelerinde ortalama yüzde 8,8 iken, ABD’de yüzde 15, İsviçre’de ise yüzde 11,5 olmuştur.

Tablo 20: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH’ya Oranı (1980-2003)

Ülkeler	1980	1985	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Özel Sağ.Sig. sahip ülkeler								
ABD	8.7	10.0	11.9	13.3	13.1	13.9	14.6	15.0
İsviçre	7.3	7.7	8.3	9.7	10.4	10.9	11.2	11.5
Sos. Sağ. Sig. Sahip ülkeler								
Avustralya	7.0	7.4	7.8	8.2	9.0	9.1	9.3	9.3
Avusturya	7.6	6.6	7.1	8.2	7.7	7.6	7.7	7.5
Belçika	6.4	7.2	7.4	8.7	8.8	9.0	9.1	9.6
Çek Cum.	-	-	5.0	7.3	7.1	7.3	7.4	7.5
Fransa	7.1	8.2	8.6	9.5	9.3	9.4	9.7	10.1
Almanya	8.7	9.0	8.5	10.6	10.6	10.8	10.9	11.1
Macaristan	-	-	-	7.5	7.1	7.4	7.8	8.4
Japonya	6.5	6.7	5.9	6.8	7.6	7.8	7.9	7.9
Lüksemburg	5.9	5.9	6.1	6.4	5.5	5.9	6.2	6.9
Meksika	-	-	4.8	5.6	5.6	6.0	6.1	6.2
Hollanda	7.5	7.4	8.0	8.4	8.2	8.5	9.1	9.8
Polonya	-	-	4.9	5.6	5.7	6.0	6.1	6.5
Slovakya	-	-	-	-	5.5	5.6	5.7	5.9
Türkiye	3.3	2.2	3.6	3.4	6.6	-	-	7.4
Vergilerle fin. sahip ülkeler								
İzlanda	6.2	7.3	8.0	8.4	9.2	9.2	9.9	10.5
Norveç	7.0	6.6	7.7	7.9	7.7	8.1	8.7	10.3
Kanada	7.1	8.2	9.0	9.2	8.9	9.4	9.6	9.9
Yunanistan	6.6	-	7.4	9.6	9.7	9.4	9.5	9.9
Portekiz	5.6	6.0	6.2	8.2	9.2	9.3	9.3	9.6
İsveç	9.1	8.7	8.4	8.1	8.4	8.8	9.2	9.4
Danimarka	9.1	8.7	8.5	8.2	8.4	8.6	8.8	9.0
İtalya	-	-	8.0	7.4	8.1	8.3	8.5	8.4
Yeni Zelanda	5.9.	5.2	6.9	7.2	7.9	8.0	8.5	8.1
İspanya	5.4	5.5	6.7	7.6	7.5	7.5	7.6	7.7
İngiltere	5.6	5.9	6.0	7.0	7.3	7.5	7.7	7.7
Finlandiya	6.4	7.2	7.8	7.5	6.7	7.0	7.3	7.4
İrlanda	8.4	7.6	6.1	6.8	6.4	6.9	7.3	7.4
Kore	-	4.0	4.4	4.4	5.1	5.9	5.3	5.6
ÖSS Ort.	8.0	8.8	10.1	11.5	11.7	12.4	12.9	13.2
SSS. Ort.	6.7	6.7	6.5	7.4	7.4	7.7	7.9	8.1
Verg. Ort.	6.7	6.7	7.2	7.7	7.9	8.1	8.4	8.6
Genel Ort.	6.9	6.9	7,1	7,8	7,9	8,2	8,6	8,8

Kaynak: OECD Health Data 2004, 2005; OECD, 2005:71.

Tablo 20’deki ortalamalar aksini gösterse de, ikinci sırayı sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edildiği ülkeler almaktadır. Bu

ülkelere ait ortalamanın düşük görünmesinin nedeni, Türkiye (2003 yılı hariç), Slovakya, Polonya, Meksika ve Lüksemburg gibi çok düşük oranlara sahip ülkelerin ortalamayı düşürmesidir. Nitekim OECD ülkelerinde bu konuda yapılan karşılaştırmalı bir çalışma, ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa sahip ülkelerin ağırlıklı olarak vergilerle finanse edilen ülkelere oranla daha maliyetli olduklarını belirlemiştir (OECD, 2000). Bu durum, sosyal sigortacılığa sahip ülkelerde fonlar arasında rekabet, fonların tercih edilebilmesi ve kullanıcı katkıları yoluyla finansal yükün bir kısmının bireylere aktarılması gibi piyasa uygulamalarını içeren bir dizi reform yapılmasına neden olmuştur. Sağlık finansmanında adalet konusundaki tartışmaları da alevlendiren bu reformlar, maliyetleri kontrol altına almada başarıya ulaşmıştır. Örneğin ağırlıklı olarak sigortacılıkla finanse edilen ülkelere, GSMH içerisinde en yüksek toplam sağlık harcaması oranına sahip ülkelere Almanya, bu oranı 1995-2003 tarihleri arasında, yalnızca 0.5'lik bir artışla yüzde 10.6-11.1 arasında tutmayı başarmıştır (Tablo 20). Maliyet kontrol politikalarının uygulandığı ülkelere bir diğeri olan İngiltere'de aynı dönemler arasında bu artış 0.7 oranında olmuştur. ABD'de ise yüzde 1,7 olarak gerçekleşmiştir.

Sosyal veya özel, mesleğe bağlı olarak belirlenen sigortacılık, vergilerle finansmana göre işgücü piyasasındaki hareketliliği olumsuz yönde etkileyerek, genel olarak ekonominin verimsizliğine neden olabilmektedir. Emeğin serbest bir piyasada dolaşması gerektiğini savunan ekonomistler, emeğin hareketliliğinin azalmasının ekonomiyi olumsuz yönde etkilediğini iddia etmektedirler. Bu durumda iş değişikliği nedeniyle sağlık sigortasını veya bazı sağlık yardımlarını kaybedecek olanlar daha verimli çalışabilecekleri işlerden vazgeçerek ekonomiyi olumsuz yönde etkilemektedirler. Aksini iddia edenler, emeğe ve tecrübeli personele yatırımın, insan

sermayesine yatırım dolayısıyla işletme için daha karlı olacağını, böylece işgücü hareketliliğinin azalmasından işletmenin karlı çıkacağını savunmaktadır. Çok farklı değişkenleri bir arada bulundurması dolayısıyla işgücü hareketliliğinin boyutlarını ölçmek oldukça zordur. Örneğin daha az sağlıklı olanların daha az hareketliliğinin yalnızca finansman sisteminden kaynaklandığını iddia etmek ve ispatlamak kolay değildir. Ayrıca sigorta primlerinin işgücü maliyetlerini artırarak istihdamı ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilemesi de mümkündür (Mossialos ve Dixon, 2002b:286-287).

Sosyal sigorta primlerinin ve ABD'deki işverene dayalı sigortacılığın işgücü maliyetlerini arttırarak, istihdamı azaltacağı ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkileyeceği konusunda yaygın bir kabul bulunmaktadır (OECD, 1994). Ancak bu konu oldukça tartışmalıdır. Bu tartışma, bu bölümde, “Finansman Yöntemlerinin Değerlendirme Ölçütleri Kapsamında İncelenmesi” konu başlığı altında finansman yöntemleri özelinde yapılacaktır.

3.1.4. Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik

Sağlık finansmanda gelir oluşturma sürecini, mevcut finansman düzeyinin sürdürülmesini ve gelirin arttırılmasını etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bu etmenler durumsal, yapısal, çevresel - politik ve kültürel etmenler olarak sınıflandırılmaktadır (WHO, 1993: 3-5; Mossialos ve Dixon, 2002a:12). Bu etmenlere bağlı olarak sürdürülebilirlik; finansal sürdürülebilirlik, sosyal sürdürülebilirlik, politik sürdürülebilirlik gibi adlar almaktadır.

Sağlık finansmanında sürdürülebilirliği etkileyen durumsal etmenler, politika kararlarını doğrudan etkileyen geçici ve süreksiz etmenlerdir. Bu etmenler eski Sovyetler ve Doğu Bloku ülkelerindeki devrim, İspanya ve Portekiz'deki diktatörlüklerin sona ermesi gibi büyük politik olayları kapsadığı gibi, yeni siyasal partilerin iktidara gelmesi ve dolayısıyla sağlık bakanlarının değişmesi gibi ülke içindeki politik değişimleri de içermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:12).

Sağlık finansmanının sürdürülebilirliğini etkileyen yapısal etmenler; ekonomik yapı, siyasal kurumlar ve demografik yapı gibi sabit nitelikli etmenlerdir. Ekonomik büyüme, enformel sektörün büyüklüğü, emek gelirinin sermaye gelirine oranı, işgücüne katılım oranı, istihdam şekli, sendikalaşma oranı, sermaye hareketliliği, gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ağır borç yükü gibi ekonominin durumu ve işgücü piyasası ile ilgili özellikler gelir oluşturmayı ve finansmanın sürdürülebilirliğini doğrudan etkilemektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:12). Yapısal etmenler, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde yeterli düzeyde gelir oluşturmayı ve bu gelirin sürdürülebilirliğini en çok etkileyen etmenler olmuşlardır. Enformel sektörün ve tarım sektörünün büyüklüğü ile ağır borç yükü gibi etmenler nedeniyle zayıf olan gelişmekte olan ülke ekonomileri, bu ülkelerin sağlık hizmetleri için yeterli finansal kaynak oluşturmasını engellemiştir. Kurumsal kapasite yetersizliği, yetersiz kaynakların verimli kullanılması konusunda da büyük sorunlar yaşanmasına neden olmuştur.

Ayrıca yakın geçmişte ekonomik ve demografik yapıda meydana gelen değişimler, sağlık finansman sistemlerinin sürdürülebilirliğini tehdit ederek, sağlık finansman sistemlerindeki dayanışmayı azaltan ve sonradan “sağlık reformu” olarak adlandırılacak köklü dönüşümlere neden olmuştur (Saltman ve Figueras, 1997:2;

Figueras, Saltman ve Mossialos, 1997). Temel neden 1970’li yıllarda başlayan makroekonomik daralma ve çeşitli nedenlerle sağlık harcamalarının hızlı artışıdır¹⁶⁸. 1970’li yılların ilk yarısında görülen petrol krizi, düşük veya negatif büyüme oranları ve yüksek işsizlik, bütçe açıklarına neden olarak, bir yandan sağlık hizmetlerinin miktar ve kalitesini etkilemiş ve sağlık durumunun bozulmasına yol açmış, diğer yandan maliyetlerin kontrol altına alınması ve kaynakların verimli kullanılması tartışmasını başlatmıştır (Kanovos ve McKee, 1998:42-43; Abel-Smith, 1986). Ayrıca temel ihraç mallarının fiyatlarının düşmesi ve güçsüz vergi yapıları nedeniyle gelişmekte olan ülkelerdeki mali açıkların boyutları daha büyük olmuş ve bu ülkeler dış borçlarını arttırarak yapısal uyum politikaları uygulamaya zorlanmışlardır (Abel-Smith, 1986). Bu durum maliyetlerin azaltılmasına, kaynakların verimli kullanılmasına ve ek gelir yaratmaya yönelik bir dizi sağlık finansman reformunun gerçekleştirilmesine neden olmuştur. Bu reformlar verimsiz çalıştıkları iddiası ile kamu hizmet alanının daraltılması; kamu hizmetlerinde rekabet, tercih, sözleşmeler gibi piyasa araçlarının kullanılmaya başlanması; özel sektörün teşviki ve bireylerin finansmanda daha fazla sorumluluk alması gibi yeni liberal uygulamalara dayanmaktadır.

Ekonomik ve demografik etmenler bugün de sağlık finansmanının sürdürülebilirliği konusunda en büyük tehdidi oluşturan etmenlerdir. 2005 yılında Japonya’da yapılan bir forumda Asya Pasifik Bölgesi’ndeki ülkelerin finansal sürdürülebilirliğini tehdit edecek iki etmenden birinin ekonomik gelişme, diğerinin ise

¹⁶⁸ Bu dönemde sağlık harcamalarının artış nedenlerini araştıran birçok çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda sağlık harcamalarını arttıran en önemli etmenler; sağlık güvencesi sunulan nüfus kapsamının artması, nüfusun yaşlanması, sağlık sektörünün emek yoğun bir sektör olması, teknolojiye hızlı değişimler, halkın beklentilerinin artması ve hizmet sunucuların baskılarının artması olarak belirtilmektedir (Abel-Smith, 1996; Barer et al, 1987; McGrail et al 2000; Blank ve Burau, 2004; Baumol, 1993 ve 1995; Altman ve Blendon, 1979; Mossialos, Dixon, 2002a:11).

demografik etmenler olduğu belirtilmiştir (Schieber, 2005). Avrupa’da sosyal sağlık sigortalarının sŸrdŸrŸlebilirliėi konusunda yapılan bir çalışma, bu bŸlgedeki en bŸyŸk tehdidin de finansal sŸrdŸrŸlebilirlik olduğunu belirtmektedir (Saltman, 2004).

Ayrıca siyasi kurumların istikrarı, yŸnetim kapasitesi, yozlaşma dŸzeyi ve bu yozlaşma ile mŸcadele etme isteği, karar alma organlarının yapısı ve politik gŸcŸn bŸlgesel ve ulusal dŸzeydeki dengesi gibi politik yapı ve kurumlar finansman mekanizmasının işleyişini etkileyebilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:12).

NŸfusun yaş yapısı, bağımlılık oranı ve hanehalkı yapısı gibi demografik yapıdaki değişimler hem gelir oluşturma kapasitesini etkilemekte, hem de sağlık hizmetlerine olan talebi belirlemektedir. Son yıllarda gŸzlenen sağlık harcamalarının hızlı artışının gelişmiş Ÿlkelerdeki en bŸyŸk nedenlerinden biri nŸfusun yaşlanmasıdır (Barer ve diğerleri, 1987; McGrail ve diğerleri, 2000).

Çevresel ve politik etmenler; politik sistem sınırları dışında bulunan, ancak kararları etkileyen olaylar, yapılar ve değerlerdir. Ŗrneėin savaş veya i kargaşa gibi etmenler bir yandan gelir oluşturmayı olumsuz yŸnde etkilerken, diğer yandan finansman sistemini değiştirme şansı tanımaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:12). Avrupa Birliği (EU), DSŖ, DB, Uluslararası Para Fonu (IMF) ve DŸnya Ticaret ŖrgŸtŸ (WTO) gibi uluslararası ŖrgŸtlerin kararları Ÿlkelerin sağlık finansman sistemlerini etkileyebilmektedir. Avrupa Adalet Divanı’nın malların ve hizmetlerin serbest dolaşımı ile ilgili kararı, Ÿye Ÿlkelerin ilaç ve ayakta tedavi hizmetlerinin finansmanı ve geri Ŗdemesi konusundaki politikalarını etkileyebilecektir (Kanavos, 2000; Kanavos ve McKee, 2000). DSŖ’nŸn 1978 yılındaki Alma-Ata Bildirgesi sağlık finansmanının

yaygınlaştırılmasını sağlamıştır (WHO, 1993:4). DB'nın kullanıcı katkıları konusundaki önerisi tüm dünya da büyük bir ilgi görmüştür (de Ferranti, 1985; WB, 1987). WTO'nün kararları hem gelir toplama hem de fon havuzlama düzenlemelerini küresel ölçekte etkileme gücüne sahiptir (Price, Pollock ve Shaoul, 1999). Hatta küresel ölçekte sağlık finansman reformu tartışmalarının gerek konferanslar, gerek yayınlar, gerekse de oluşturulan özel komisyonlarla, "küresel politika ağları" olarak adlandırılan göreceli olarak küçük ancak oldukça iç içe geçmiş bir karar vericiler (DB, WHO, UNICEF, Amerika Birleşik Devletleri Yardım Fonu - USAID), teknik danışmanlar ve akademisyenler (Londra Ekonomi ve Siyasal Bilgiler Fakültesi - LSE, Londra Hijyen ve Tropik Hastalıklar Fakültesi - LSHTM, Harvard, Johns Hopkins Üniversitesi) ağı ile belirlendiği de öne sürülmektedir (Lee ve Goodman, 2002:97-119). Bunların yanı sıra, bilimde özellikle genetikteki gelişmeler ve bu gelişmeler doğrultusunda öngörüleebilecek sağlık ihtiyaçları, sigortacılık sistemindeki aktüeryal hesapları etkileyebilecektir (Murthy, Dixon ve Mossialos, 2001).

Kültürel etmenler, toplumdaki grupların değerlere olan bağlılığı veya genel olarak toplumun yapısı ile ilgilidir. Yasa gücüne ve kamuya güven, profesyonellerin durumu, ideolojik tercihler, enformel ödemeler ve hediyelere kültürel bakış, enformel ağların algılanması, karar verme süreci gibi etmenler kültürel etmenleri oluşturmaktadır. Devlete ve hükümete olan güvensizlik bazı ülkelerde vergi ve prim toplamayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri için ne kadar para harcanması gerektiği, sağlık finansmanının nasıl olması gerektiği, finansman sisteminde yüksek ve düşük gelirli ile hasta ve sağlıklı olanlar arasında dayanışmanın ne oranda olması gerektiği konularındaki kamuoyu görüşü, sağlık finansman politikalarını şekillendirmektedir. Sağlık finansmanına karşı tutumu ölçen karşılaştırmalı bir çalışma,

AB ülkelerindeki vatandaşların çoğunun hükümetlerin gelir durumuna bakılmaksızın herkese sağlık hizmeti sunması gerektiğine inandıklarını göstermektedir¹⁶⁹ (Mossialos, 1998; Mossialos ve Dixon, 2002a:13).

Ayrıca iletişim araçlarının gelişmesi nedeniyle eğitim düzeyinin artması; yaşam tarzı, beslenme, geleneksel aile yapıları, değerler ve beklentilerindeki değişiklikler birbirinden farklı birçok etkiye neden olmaktadır. Örneğin bu kültürel değişimler ruh sağlığının korunmasına yönelik hizmetlerin artırılmasını gerektirebileceği gibi sağlık hizmetlerine olan talebi de arttırabilmektedir (WHO, 1993:4).

3.2. Finansman Yöntemlerinin Değerlendirme Ölçütleri Kapsamında İncelenmesi

Bu konu başlığı altında I.Bölüm’de tarihsel gelişimi incelenen finansman yöntemleri bu çalışma için geliştirilen sağlık finansmanını değerlendirme ölçütleri kapsamında ele alınıp incelenecektir. Analiz kolaylığı sağlamak amacıyla sağlık finansman yöntemleri yine kamusal ve özel nitelikli finansman yöntemleri olarak sınıflandırılarak ele alınacaktır. Ancak bu kez I.Bölüm’de tarihsel gelişime göre sıralandığı için özel nitelikli finansman yöntemleri ile başlayan sıralama yerine, sağlık finansman hedeflerine ulaşmayı sağlayabilecek kamusal nitelikli finansman yöntemleri ilk sırada ele alınarak değerlendirilecektir. Bu çerçevede hem kamusal hem özel nitelikli finansman yöntemleri tek tek tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik ve sağlık finansmanında sürdürülebilirlik açılarından incelenecektir.

¹⁶⁹Yunanistan, İrlanda, İtalya, Portekiz, İspanya, İsveç ve İngiltere’deki vatandaşların çoğu devletin sağlık hizmetleri için daha fazla harcama yapması gerektiğini düşünmektedir.

3.2.1. Kamusal Nitelikli Finansman Yöntemleri

3.2.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı

Günümüzde, yaklaşık 60 ülke sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse etmektedir. Bu ülkeler çoğunlukla gelişmiş ve orta gelir düzeyine sahip ülkelerdir (Gottret ve Schieber, 2006:17).

3.2.1.1.1. Sosyal Sağlık Sigortacılığı İle Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi

Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım

Sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerinde tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması zorunlu bir hedef olarak benimsenmemiştir. Aksine sosyal sigorta hakkı gelir gruplarına, meslek gruplarına ve yapılan katkılara göre değişmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:282). Ancak son yıllarda tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak sağlık finansmanının temel amaçlarından biri haline geldiğinden, sosyal sağlık sigortacılığı ile de tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması hedeflenmiş ve bazı ülkelerde bu yöntemle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak mümkün olmuştur. Örneğin tüm dünya da 27 ülke sosyal sağlık sigortacılığı ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı başarmıştır¹⁷⁰ (WHO, 2004).

Son yıllarda birçok az gelişmiş ve gelişmekte olan ülke varolan sosyal sağlık sigortası sistemlerini bağımsız çalışanlar ve düşük gelirli işçiler gibi gruplara yayarak bu yöntemle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı hedeflemektedir (Carrin ve James,

¹⁷⁰ Ayrıca bazı ülkelerde sosyal sağlık sigortacılığı vergilerle finansmana paralel bir sistem olarak varlık göstermektedir. Bu durumda bazı meslek grupları vergilerle finanse edilen gruplara oranla daha avantajlıdır. Üyeliğin herkese açık olmadığı böyle bir sistemde sosyal sağlık sigortası üyeleri ulusal sağlık sistemi dışında tutulabileceği gibi, hem vergilerle finansmandan yararlanmaları hem de sosyal sigortadan yararlanmaları mümkündür. Örneğin ulusal sağlık sisteminin (vergilerle finansmanın) bulunduğu Portekiz’de meslek esasına göre belirlenen ve nüfusun yüzde 25’ini kapsayan sigorta fonları üyeleri özel doktorlara gidebilmekte, hastane hizmetlerine daha hızlı ulaşabilmekte ve ulusal sağlık sisteminin kapsamadığı bazı hizmetlere ulaşabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:283; Dixon ve Mossialos, 2000).

2005:45). Ancak yaşlılar, işsizler ve özürllülerin kapsam altına alınması oldukça sıkıntılı bir konudur. Örneğin sosyal sağlık sigortacılığı ile finanse edilen Merkezi ve Doğu Avrupa ülkeleri ile Bağımsız Devletler Topluluğu ülkelerinin çoğunun anayasasında tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması garanti altına alınmasına rağmen, bu hedefe ulaşmak pratikte mümkün olamamaktadır. Genellikle ücrete dayalı gelirlerle finanse edilen sosyal sağlık sigortası sistemlerinin tüm nüfusu kapsam altına alamaması nedeniyle kapsam dışında kalanlar ya devlet tarafından sübvansiyonla edilmekte ya da açıklar hizmet sunumu sırasında enformel ödemelerle kapatılmaktadır. Ayrıca formel istihdamın çok sınırlı olduğu ülkelerde işsizlerin vergilerle sübvansiyonu da oldukça sıkıntılı bir durumdur (Mossialos ve Dixon, 2002b: 283).

Sosyal sigorta yoluyla tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi sağlanması belli bir zaman sürecini gerektirmektedir. İlk sosyal sağlık sigortası yasası ile tüm nüfusa sosyal sağlık sigortası sağlamayı hedefleyen yasa arasındaki süre Avusturya’da 79, Belçika’da 118, Almanya’da 127, İsrail’de 84, Lüksemburg’da 72, Japonya’da 36 yıl olmuştur (Carrin ve James, 2005:48; WHO, 2005). Ülkemizde bu süre 56 yıldır. Ayrıca sağlık güvencesi sağlanan nüfus kapsamındaki artış basit doğrusal bir artış olmamaktadır¹⁷¹.

Sosyal sağlık sigortası yöntemiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlama sürecini kısaltmaya yardımcı olacak bazı etmenler bulunmaktadır. Bu etmenlerin birincisi, genel gelir düzeyi ve ekonomik büyüme oranıdır. Kişi başı gelir arttığı oranda bireylerin ve kurumların sosyal sağlık sigortası primi ödeme kapasitesi artmaktadır. Ayrıca gelir

¹⁷¹ Nüfus kapsamının yüzde 25’ten yüzde 50’ye çıkarılması kapsamın yüzde 50’den yüzde 75’e çıkarılmasından daha kısa bir süreci kapsayabilmektedir. Almanya’da kapsamın yüzde 10’dan yüzde 50’ye çıkarılması için 47 yıl gerekmişken (1883’ten 1930’a), yüzde 50’den yüzde 88’e çıkarılması için 58 yıl gerekmiştir (Carrin ve James, 2005:48).

düzeyinin artması vergi gelirlerini de arttırabilecek ve sosyal sigorta sistemini sübvansetmeyi kolaylaştıracaktır. İkinci etmen ekonominin yapısıdır. Enformel sektörün büyük olduğu ekonomilerde gelirin belirlenmesi, vergilendirilmesi ve primlerin toplanması zorlaşmaktadır. Üçüncü etmen, nüfusun kır ve kent arasındaki dağılımıdır. Altyapı ve iletişimde en azından minimum düzeyde bir kalitenin sağlandığı ve nüfusun yoğun olarak yaşadığı kentlerde sosyal sağlık sigortası hizmeti vermek daha kolaydır. Dördüncü etmen, yönetim yeteneğidir. Sosyal sigorta sistemi muhasebe, bankacılık ve bilgi yönetiminde yeterli sayıda tecrübeli işgücü gerektirmektedir. Beşinci etmen, toplumdaki dayanışma düzeyidir. Dayanışmacı bir toplumda bireyler diğer bireyleri desteklemeye gönüllüdür. Altıncı etmen, hükümetin zorunlu sağlık sigortasını kurma ve uygulama sürecini etkileyen yönetim kapasitesidir (Carrin ve James, 2005:56-57).

Sosyal sağlık sigortacılığı yöntemiyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması, tüm nüfusun sağlık hizmetlerine ulaşımı ile aynı anlama gelmemektedir. Kapsam dışında kalan ve cepten ödenmesi gereken hizmetlerin oranı ile kullanıcı katkılarının düzeyi sağlık hizmetlerine ulaşımı doğrudan etkilemektedir. Son yirmi yıldır cepten ödemelerin düzeyi birçok ülkede artmaktadır. AB ülkelerinde böyle bir eğilim vardır ve sosyal sağlık sigortası ile finanse edilen ülkeler, vergilerle finanse edilenlerden farklı olarak, pratisyen hekim, uzman hekim ve yatarak tedavilerden kullanıcı katkısı alma eğilimindedir (Jemai, Thomson ve Mossialos, 2004:1-2).

Hizmetin gereksiz kullanımını engelleyerek verimliliği arttırması ve hizmetin sürdürülebilirliği ve genişletilmesi için ek gelir yaratması amaçlarıyla uygulanan kullanıcı katkıları, farklı sosyal sağlık sigortası sistemlerinde farklı sonuçlar doğurmaktadır. Kullanıcı katkıları çoğunlukla talebin azalması ile sonuçlanmaktadır.

Örneğin, Almanya’da 2003 yılında kabul edilen bir yasayla getirilen ek kullanıcı katkıları, 2004 yılının ilk üç ayında hekime başvuru oranını yüzde 4,6 oranında azaltmıştır (Mosebach, 2005:4). Belçika, Danimarka ve İsveç’te ayakta tedaviler için kullanıcı katkısı başlatılması veya mevcut kullanıcı katkıları miktarının arttırılması pratisyen hekime başvuruyu azaltmıştır. Hollanda’da yatarak tedavilerde gün başına uygulanan kullanıcı katkısının arttırılması, hastanede yatılan gün sayısını azaltmıştır. Yapılan diğer araştırmalar da kullanıcı katkılarının AB ülkelerinde sağlık hizmetlerine ulaşım açısından önemli bir engel oluşturduğunu göstermektedir. Ayrıca kullanıcı katkılarını telafi etmek için özel sağlık sigortası yaptırmanın oldukça yaygın olması, özel sağlık sigortasını daha yüksek gelirlilerin yaptıracağından hareketle, finansmanda adaleti daha da bozmaktadır (Jemai, Thomson ve Mossialos, 2004:3-4). AB ülkelerinde bu tür sonuçlar doğuran kullanıcı katkılarının az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki adaletsiz yapıları daha da adaletsiz hale getirmesi kaçınılmazdır.

3.2.1.1.2. Sosyal Sağlık Sigortacılığında Adalet

a) Sosyal Sağlık Sigortacılığında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden

Dağıtılması

Sosyal sağlık sigortanın doğuşu, sağlık yardımlarının yanı sıra, hastalık nedeniyle oluşan gelir kaybının telafi edilmesine dayandığından, bu sistemlerin finansmanı gelirle orantılıdır. Bu nedenle vergilendirme ile finansmandan farklı olarak, sosyal sağlık sigortası sistemlerinin temel amacı gelirin yeniden dağıtımı değildir. Finansmanın sadece ücret gelirine dayalı olması, yani yatırım ve tasarruflardaki gelirin dikkate alınmaması sosyal sağlık sigortası sistemlerini, vergilerle finanse edilen sistemlere oranla daha adaletsiz yapmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:275).

Bazı OECD ülkelerinde sağlık finansmanında dikey adaletle ilgili olarak, 1980 ve 1990 yılları verileri ile yapılan araştırmalar (Wagstaff ve van Doorslaer, 1992; Wagstaff ve diğerleri, 1999)¹⁷², Almanya, Hollanda ve İspanya (1980¹⁷³) dışındaki ülkelerde sosyal sağlık sigortası sistemlerinin artan oranlı bir yapı sergilediğini ortaya koymuştur. Belirtilen üç ülkede azalan oranlı yapılar olmasının nedeninin, her üç ülke nüfusunun bir kısmının zorunlu sağlık sigortası dışına çıkma hakkından kaynaklandığı belirtilmektedir. Almanya ve Hollanda’da geliri belirli bir düzeyin üzerinde olanlar ile İspanya’da devlet memuru olanlar bu haktan yararlanabilmektedir. Devlet memurları ve bağımsız çalışanların zorunlu kamu sistemine dahil olmadığı Almanya’da nüfusun yaklaşık yüzde 12’si kamu finansmanı veya özel sağlık sigortalarını seçme hakkına sahiptir. Bu ülkede nüfusun yüzde 9’u özel sigortalarının kapsamı altındadır. Hollanda’da nüfusun yüzde 31’nin kamu sisteminden çekilme hakkı bulunmaktadır. Bu durumda Almanya ve Hollanda’da hastalık riski daha az olan ve kamu sisteminden çıkma hakkı bulunan yüksek gelirli kişiler genellikle özel sağlık sigortacılığına yönelmekte, hastalanma riski daha yüksek olanlar, dolayısıyla özel sigortalara daha yüksek prim ödemesi gerekenler genellikle zorunlu sosyal sigorta sisteminde kalmayı tercih etmektedir. Bu durum, gelir düzeyi düşük ve hastalık riski daha yüksek olanların zorunlu sosyal sigorta sisteminde yoğunlaşmasına neden olarak, sosyal sağlık sigortası primlerini arttırmaktadır. Bu sorunu çözmek için Hollanda’da özel sağlık sigortalılarından alınan zorunlu bir katkı, zorunlu kamu sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin sübvansiyonu için kullanılmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1992; Wagstaff ve diğerleri, 1999; Wagstaff ve van Doorslaer, 1997; Mossialos ve Dixon, 2002b:275) .

¹⁷² Bu ülkeler Danimarka, Finlandiya, Fransa, Almanya, İrlanda, İtalya, Hollanda, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Birleşik Krallık gibi Avrupa ülkeleri ile ABD’dir.

¹⁷³ İspanya 1986 yılından itibaren sağlık hizmetlerini vergilerle finanse etmektedir.

Almanya ve Hollanda'nın aksine yüksek gelirliilerin sistem dışına çıkmasına izin verilmediği Fransa'da, emekliler ve işsizler gibi düşük gelirliilerin daha düşük oranlarda prim ödemesi de öngörülerek sistemin artan oranlılığı sağlanmıştır. Ayrıca İrlanda, İtalya ve İngiltere gibi ülkelerde önemli bir gelir kaynağı olmayan sosyal sigortacılık, artan oranlı bir yapıya sahiptir. Bu durum büyük oranda düşük gelir gruplarının prim ödemekten muaf tutulması ve ödemenin hane gelirine göre değil bireysel kazançla göre belirlenmesinden kaynaklanmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:20).

Ayrıca Wagstaff ve van Doorslaer'in 1997 yılında, Hollanda'nın herkesi kapsayan uzun dönem bakımla ilgili kamu programı (AWBZ) ile ilgili olarak yaptığı çalışma (Wagstaff ve van Doorslaer, 1997), anılan programın zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemine oranla daha adaletli olduğunu tespit etmiştir. Araştırmacılar sistemin artan oranlılığını belirleyen kaynakları araştırırken, prim tavanı uygulamasının sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerini daha adaletsiz kıldığı konusundaki teorik iddiayı destekleyen sonuçlara ulaşmışlardır. Aksine, emekliler ve katkıdan muaf tutulan diğer bazı gruplara uygulanan muafiyetin kaldırılmasının, sistemi azalan oranlı bir yapıya büründürerek adaleti zayıflattığını belirlemişlerdir. Almanya, primlerin gelire oranlı olduğu, ancak prim tavanı bulunan bir ülkedir. Ayrıca Almanya'da 1999 yılında aylık geliri 322 Euro'nun altında olanlara da yüzde 10'luk prim uygulaması başlatılmıştır. Bu durum Almanya'nın azalan oranlı olan sağlık finansman yapısını daha adaletsiz bir hale getirebilmektedir. Nitekim prim tavanı, prim tabanı ve sistem dışına çıkış olanağı olmayan Fransa gibi ülkelerde, sosyal sağlık sigortası primleri vergilerle finansmana benzer şekilde artan oranlı, dolayısıyla adaletli bir yapı sergilemektedir (Wagstaff ve diğerleri, 1999:283-285; Mossialos ve Dixon, 2002b:276).

Hollanda’da sigorta şirketleri arasında rekabetin başlatılması, bu uygulamanın artan oranlılık üzerinde çok küçük bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu uygulama ile orta gelirli grupların yükü hafifçe artmış, yüksek gelir gruplarının yükü hafifçe azalmış ve düşük gelir gruplarının yükü ise nötr kalmıştır (Mossiaos ve Dixon, 2002b:276).

Gelirin yeniden dağıtılması açısından sosyal sağlık sigortacılığının üç tür kişilerarası yeniden dağıtım sağladığı gözlenmektedir¹⁷⁴. Almanya’nın zorunlu sağlık sigorta sisteminde kişiler arası yeniden dağıtımın üç örneği de bulunmaktadır:

1. Bireysel hastalık riskleri çok değişiklik gösterdiği için, risk oranlaması yerine risk uyumunun seçilmesi kişiler arasında hem yatay hem dikey yeniden dağıtımı arttırmıştır.
2. Bağımlılar için ek bir ödeme yapılmaması, bekar olanların ya da çocuksuzların geniş aileleri sübvans etmesini sağlamaktadır. Ayrıca tüm sigortalıların ödedikleri prim veya hizmetten yararlanma süresine bakılmaksızın tüm sağlık hizmetlerinden eşit olarak yararlanması kişilerarası yeniden dağıtımı arttırmaktadır.
3. Halen çalışanlar ile emekliler arasında nesillerarası bir yeniden dağıtım sağlanmaktadır. Bu yeniden dağıtım yaşlı nüfusun ve doğuşta beklenen yaşam süresinin artması ile artmaktadır (Mossialos, Dixon, 2002b:281).

Almanya’da sosyal sağlık sigortası sisteminin yeniden dağıtım etkisi konusunda, 1990 yılı verileri ile yapılan bir araştırma, katkılarının gelir eşitliğini sağlamada verimli

¹⁷⁴ Sosyal sağlık sigortacılığının gelir dağılımı üzerine etkilerinin daha kolay anlaşılabilmesi için sigortalılara sağlanan sosyal gelirleri bir an için eşit kabul etmek mümkündür. X ekseninin gelir düzeyini Y ekseninin primler ve sosyal gelirleri gösterdiği bir şekilde, sağlanan yardımlar X eksenine paralel bir doğru olacaktır. Y ekseninin herhangi bir noktasından başlayan ödenen primler doğrusunun sağlanan gelirler doğrusunu kestiği noktada sigortalıların ödedikleri primlerle bunlara sağlanan sosyal gelirler birbirine eşittir. Bu noktadan sola doğru gidildikçe ödenen primlerin miktarı düşmektedir, dolayısıyla gelir dağılımı bu bölgede bulunan sigortalıların lehine değişmektedir. Sağa doğru gidildikçe sigortalılarca ödenen prim miktarı artmaktadır. Bu bölgede bulunan sigortalılar gelir düzeyi açısından kayıplara uğramaktadır. Şüphesiz bu varsayım gerçeğe sadece kısmen uygundur (Dilik, 1992:232-233).

bir araç olmadığını, gelirin yeniden dağıtımı için bunun yerine vergi sisteminin kullanılması gerektiğini belirtmektedir (Lutz ve Schneider, 1998, aktaran Mossialos ve Dixon, 2002b:281). Başka bir çalışma, kişilerarası yeniden dağıtım için gelire bağlı sigorta primlerinin kullanılmasının olumsuz ekonomik etki yapması nedeniyle, bu amaca genel kamu bütçesi ile ulaşılmasını önermektedir (Schmahl, 1998, aktaran Mossialos ve Dixon, 2002b:281).

b) Sosyal Sağlık Sigortacılığında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden

Dağıtılması

Sosyal sağlık sigortacılığı bazı durumlarda yatay adaleti bozmaktadır. Benzer gelir düzeyine sahip hane halklarının farklı oranlarda prim ödemesi nedenlerden ilkinin oluşturmaktadır. Türkiye ve Fransa gibi ülkelerde bağımlı ve bağımsız çalışanlar farklı oranlarda prim ödemektedir; Almanya'da ödenecek prim çok sayıda bulunan hastalık fonlarına göre değişmektedir; İtalya'da meslek gruplarına, Portekiz'de ise yapılan iş gruplarına göre değişmektedir. İkinci neden, prim miktarının hane gelirine göre değil, bireysel ücret düzeyine göre belirlenmesidir. Bu durum benzer hane gelirine sahip olanların, hanede çalışıp prim ödeyen kişi sayısının farklılığı dolayısıyla farklı oranlarda katkı yapmasını doğurabilmektedir. Üçüncü olarak, bir ülkede bulunan sosyal sağlık sigorta sisteminin ülkenin tüm vatandaşlarını kapsamaması durumunda benzer gelir düzeyine sahip hane halklarından sisteme dahil olmayanlar aynı düzeyde katkı yapamayacaklardır. Dördüncü olarak, sosyal sigorta sistemlerine üyelik bireysel temelde olduğundan, Almanya ve Hollanda gibi hastalık fonuna üyeliğin bireysel istihdam statüsü ile ilişkili olduğu benzer gelir düzeyine sahip hane halklarından birinin yüksek ücret alan bir üyesi özel sigortayı tercih edebilecekken, aynı gelir düzeyini iki kişi çalışarak yakalayan bir hanehalkı hastalık fonu kapsamında kalabilecektir. Son

olarak, bazı sosyal sigorta sistemleri bağımlıları için ek katkı talebinde bulunmamakta, bu durum ek katkı gerektiren sistemlerde yatay adaletsizliğe neden olmaktadır (van Doorslaer ve diğerleri, 1999:296-297).

Wagstaff ve van Doorslaer tarafından, Aronson ve arkadaşlarının geliştirdiği yöntemle yapılan bir araştırma, Hollanda sağlık sisteminin gelir düzeyi daha yüksek olanlar lehine bir yeniden dağıtım sağladığını tespit etmiştir (Wagstaff ve van Doorslaer, 1997). Bu durumun sağlık sigortası sistemine ödenen primlerin ikili yapısından kaynaklandığını iddia etmektedirler. Kamu sisteminde kalanlar gelirleriyle orantılı katkılar yapmakta iken, zorunlu kamu sisteminden ayrılma hakkı bulunanlar gelirleri ile orantılı katkıda bulunmamaktadırlar. Ayrıca aynı gelir düzeyine sahip bireylerin aynı oranda katkı sağlaması durumunda, yeniden dağıtıcı etkinin 1987 yılındakinden yüzde 14 daha düşük olabileceğini belirleyerek, yeniden dağıtıcı etkinin bir kısmının yatay adaletsizlik ve yeniden sıralamadan kaynaklandığını göstermişlerdir. Bunların dışında, herhangi bir sigorta kuruluşunun katkı ile ilgili kurallarını değiştirmesinin yeniden dağıtıcı etkinin her bir bileşenini nasıl etkileneceğini de incelemişlerdir. Örneğin katkıdan muaf olmanın ve prim tavanı uygulamasının kaldırılmasının, gerçek ve olası yeniden dağıtıcı etki arasındaki aralığı daralttığını göstermişlerdir (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:25).

Çok sayıda sosyal sağlık sigortası fonu arasında rekabetin bulunduğu Almanya ve Hollanda'da, sosyal sağlık sigortası sistemlerinin bölgeye veya Avusturya'da olduğu gibi mesleğe göre belirlendiği sistemlere oranla yatay adaletsizlik daha düşüktür (Mossialos ve Dixon, 2002b:278).

3.2.1.1.3. Sosyal Sağlık Sigortacılığında Verimlilik

Yapılan araştırmalar sosyal sağlık sigortacılığının vergilerle finanse edilen sistemlere göre daha maliyetli olduğunu göstermektedir. OECD verilerine bakılığında, OECD ülkelerinde sağlık finansmanının ağırlıklı olarak vergilerle finanse edildiği ülkelerde toplam sağlık harcamalarının daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 20; OECD, 2000). Gözlemler sınırlı olmakla birlikte, bu durum vergiler ve sosyal sigorta ile finansman arasındaki farka bağlanmakta ve dört farklı hipotezle açıklanmaktadır. Bu hipotezler; sosyal sağlık sigortacılığının daha şeffaf olmasının, politik müdahaleye daha az açık olmasının, primler ve yardımlar arasında daha güçlü bir bağlantının bulunmasının ve sosyal sağlık sigortası sistemlerinde hizmet sunuculara ödeme yapan kurumların sayısının çokluğunun harcamaları arttırdığıdır.

Sosyal sağlık sigortacılığında şeffaflığın daha fazla olması, anılan sistemde primlerin arttırılmasına, vergilerle finanse edilen ülkelere oranla daha az karşı çıkılması ile açıklanmaktadır. AB ülkelerinde yapılan bir araştırma, sosyal sağlık sigortacılığının uygulandığı ülkelerde bireylerin hükümetin toplam sağlık harcamalarını bugünkü düzeyinde sürdürmesi gerektiğini, ancak vergilerle finanse edilen ülkelerdeki bireylerin hükümetin sağlığa daha fazla kaynak aktarması gerektiğini düşündüklerini ortaya koymaktadır (Mossialos, 1998; Mossialos ve Dixon, 2002b:285). Almanya’da yapılan başka bir araştırma, bireylerin, bazı hizmetlerin kapsam dışında bırakılması veya hizmet kullanımı sırasında katkı payı alınması gibi sunulan yardımlarda kısıtlılığa gidilmesi yerine primlerin arttırılmasını tercih ettiklerini göstermektedir (Hinrichs, 1995). Benzer bir şekilde vergilerle finanse edilen sistemlerde, harcamaların da arttığı durumlarda kamuoyunun vergi artışını desteklediğini göstermektedir (Mossialos ve King 1999; Commission on Taxation and Citizenship, 2000).

Sosyal sağlık sigortası primlerinin sadece sağlık sektörü için kullanılması nedeniyle daha az politik müdahaleye açık oldukları varsayılmaktadır. Yapılan araştırmalar sosyal sigortalarla finanse edilen sistemlerin vergilerle finanse edilen sistemlere oranla daha istikrarlı gelir sağladığını göstermektedir. Örneğin sağlığın yarı yarıya sosyal sigorta ve vergilerle finanse edildiği Belçika’da sigortadan gelen gelirler daha fazla artmaktadır (Nonneman ve van Doorslaer, 1994).

Primler ile sunulan hizmetler arasında güçlü bir bağlantının bulunduğu belirtilmektedir. Almanya için yapılan bir çalışma bu ilişkiyi desteklemektedir (Hinrichs, 1995).

Sosyal sağlık sigortacılığında hizmet sunuculara ödeme yapan kurumların çokluğu ile toplam sağlık harcamalarının artışı arasında bir ilişki olduğu öne sürülmektedir. Yazında vergilerle finansmanda tek bir ödeyici kurumun varlığının maliyetlerin kontrol altına alınmasını sağladığı iddia edilmektedir. Bu durum tek bir sosyal sağlık sigorta kurumunun bulunduğu sistemler için de geçerlidir. Bu nedenle Avrupa’da, sosyal sağlık sigortacılığında geleneksel olarak kullanılan geri ödeme sistemi yerine vergilerle finansmanda kullanılan küresel bütçe ve kişi başı ödeme sistemlerine geçme eğilimi (örneğin Fransa’da) bulunmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:286).

Sağlık finansmanının ekonomiye etkisi iş hareketliliği ve işgücü piyasası esnekliği ile işgücü maliyetleri ve uluslararası rekabete etki açılarından değerlendirilmektedir. Vergilerle finansmana göre mesleğe bağlı sigortacılığın varlığı işgücü piyasasındaki

hareketliliği olumsuz yönde etkileyerek (işe kilitlenmeye yol açarak) ekonominin verimsizliğine neden olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:287).

İşgücü hareketsizliği oldukça tartışmalı bir konudur. Mesleğe bağlı sosyal sigortacılığın işgücü hareketliliğini olumsuz etkilediği iddia edilmektedir. 1996 yılına kadar nüfusun yaklaşık yarısının sigorta kapsamının mesleğe veya coğrafik bölgeye bağlı olarak belirlendiği Almanya’da, bu konudaki gözlemler oldukça sınırlıdır. Ancak iş değişikliği sonucunda sigorta kuruluşunun değiştirilmesi gerektiğinde, özellikle daha fazla prim ödenecek sigortaya kayıt olmayı gerektiren bir durumun iş hareketsizliğine neden olmuş olabileceği belirtilmektedir (Busse, 2000). Bugün Almanya’da farklı sigorta kuruluşlarınca sağlanan sağlık yardımları aynıdır ve sosyal sağlık sigortası üyeliği farklı sigorta kuruluşlarına taşınabilmektedir. Ancak sigorta kuruluşlarının prim oranları farklılaşmaktadır. Bu nedenle iş değişikliği sağlanan yardımları değil, bu yardımların fiyatını değiştirmektedir. Özellikle sosyal sigortacılık sisteminden çıkma hakkı olup özel sigortaları tercih edenlerin ödedikleri primler daha da farklılaşmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:287-288).

Son yıllarda sosyal sağlık sigortası primlerinin arttırılmasının istihdamı azaltacağı, bu nedenle istihdamı arttırmak için işgücü maliyetlerinin kısılması gerektiği konusunda yaygın bir kabul vardır (OECD, 1994). Bu oldukça tartışmalı bir konudur. Almanya’da sosyal sigorta primlerinin istihdama etkisini inceleyen bir araştırma, bu etkinin oldukça küçük bir oranda gerçekleştiğini ortaya koyarak, prim oranlarının ve sosyal sağlık sigortası yardımlarının azaltılmasının istihdamı arttırmayacağı sonucuna ulaşmıştır (Riphahn ve Bauer, 1998). Diğer yandan, küreselleşme çağında, Almanya’da sağlık maliyetlerinin, emek piyasası esnekliğini olumsuz yönde etkilediğini ve işsizliği

arttırdığını iddia eden görüşler de bulunmaktadır. Sigorta primlerinin azaltılması yoluyla işgücü maliyetlerinin düşürülmesi gerektiği, Schroeder tarafından açıklanan ve Almanya'nın uluslararası alandaki rekabetini güçlendirmeyi hedefleyen "Gündem 2010" belgesinde de dile getirilmiştir (Mosebach, 2005:4).

Bu nedenle Almanya'da son yıllarda gerçekleştirilen sağlık finansman reformu önerilerinin bir amacı da, gelire dayalı zorunlu sigorta katkılarının Alman ekonomisinin rekabet edebilirliğini engellememesi için sağlık sistemini zamanla emek piyasasına bağımlı kılmaktan kurtarmak olmuştur. 1974 yılından bu yana emek piyasasında yaşanan dönüşümler ve bu tarihten itibaren sağlık harcamalarının hızlı artışında sistemin istihdama dayalı olmasının büyük etkisinin bulunduğu düşünülmüş¹⁷⁵ ve bu düşünce halen gündemden düşmeyen reformların başlamasına neden olmuştur. 2002 yılında hızlanan son dönem reform çalışmaları, 2003 yılında Zorunlu Sağlık Sigortası Modernizasyon Yasası ile sonuçlanmıştır¹⁷⁶. Fakat yasanın kabulünden hemen sonra gözler yasadaki beklenen sağlık finansman reformu politikalarının uygulanmasına çevrilmiştir. Beklenen politika hedefi, üzerinde her kesimin uzlaştığı, zorunlu sağlık sigortası katkılarının düşürülmesi yoluyla işgücü maliyetlerinin azaltılmasıdır. Sağlık finansman politikası belirlemek amacıyla oluşturulan özel bir uzmanlar komisyonu, primlerin artışının kontrol altına alınması için iki öneride bulunmuştur (Mosebach, 2005:5).

¹⁷⁵ 1996 yılına kadar olan dönemde sağlık sigortası güvencesinden yararlananların çok az bir kısmı tam zamanlı istihdam edilenlerden oluşmaktadır. Ayrıca 1981 yılında ücret ve gelirlerin GSMH içindeki oranı yüzde 76,8 iken 1996 yılında yüzde 69'a düşmüştür. Ücret ve gelirlerdeki bu azalmanın üç nedeni bulunmaktadır. Birincisi, prim tavanı üzerinde bulunan ücretlilerin oranının azalmasıdır. Ayrıca bu grupta yer alanların özel sigortayı tercih etme haklarının bulunması sağlık sigortası sisteminde gelirin yeniden dağıtımını azaltmaktadır. İkincisi, istihdamın yüzde 32'sinin prim tabanı altında kalan bir ücrete sahip olması nedeniyle sisteme katkıda bulunamaması veya çok sınırlı katkıda bulunmasıdır. Kısmi çalışanlar ve geçici işçiler çok sınırlı bir katkıda bulunmaktadırlar. Örneğin kısmi çalışanlar 325 Euro veya daha az kazananlar sınıfına sokulmakta ve bu istihdam türü için yalnızca işverenden yüzde 10 oranında sabit bir prim alınmaktadır. Üçüncüsü toplam yardımlarda ücretin payının düşmesidir. Sağlanan toplam yardımların yalnızca üçte ikisi ücretle karşılanmaktadır (Amelung, Glied, Topan, 2003:704-708).

¹⁷⁶ Yeni yasa, yeni kullanıcı katkıları getirmekte, sağlanan yardımları azaltmakta ve hizmet sunumunun verimli, etkili ve hastaların ihtiyaçlarına yanıt verecek bir şekilde düzenlenmesini öngörmektedir.

Birinci öneri “vatandaşlığa dayanan sigorta” uygulamasıdır. Bu uygulama artık istihdamla ilişkili olmayan hastalık fonlarının, kendi sağlık hizmetlerini seçme hakkı olan herhangi bir Alman vatandaşı tarafından tercih edilebilmesine dayanmaktadır. Bu öneri geliri belirli bir düzeyin üzerinde olanların zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi dışına çıkma hakkını da ortadan kaldırmaktadır. İkinci öneri sabit oranlı bir sigorta sistemidir. Bu uygulamada temel bir hizmet paketi için herkes sabit oranlı bir prim ödeyecek, gelir düzeyi düşük vatandaşlar hükümet tarafından vergilerle sübvansede edilecektir. Bu durumda sistemin yeniden dağıtıcı etkisi vergilerle sağlanacaktır. Bu öneri geliri belirli bir düzeyin üzerinde olanların zorunlu sağlık sigortacılığı sistemi dışına çıkma hakkını da ortadan kaldırmamaktadır. Sonuçta iktidar 2004 Kasım ayında, gelire göre uyumlandırılmış sabit oranlı bir katkı (169 Euro) üzerinde uzlaşmıştır. Bu katkı yine işçi ve işveren arasında paylaşılacaktır. Çalışanın toplam gelirin yüzde 7’si (maksimum 109 Euro) çalışan primi, çalışanın toplam gelirin yüzde 6,5’i işveren payı olarak ödenecektir. Bir sigortalı için ödenecek katkı miktarının 169 Euro’yu geçmesi durumunda, geçen miktar hükümet tarafından yönetilen İşverenlerin Dayanışma Fonu’na aktarılacak, katkı miktarının 169 Euro’nun altında kalması durumunda ise eksik kısım anılan Fon tarafından karşılanacaktır. Bu nedenle düşük gelir grupları düşük katkı ödeyeceklerdir. Geliri belirli bir düzeyin üzerinde kalanların durumunun ne olacağı henüz netleşmemiştir (Mosebach, 2005:5-6).

Bu reformlar sonucunda sağlık sigortası finansmanı hala büyük oranda istihdamla ilişkili yapısını sürdürmesine rağmen, örgütlenmedeki bu değişim, finansman sisteminin tercih edilen hastalık fonuna daha az bağlı olması anlamına gelmektedir. Bu durumda iki farkla sigorta primleri bir çeşit sosyal sigorta vergisine dönüşmektedir.

Birinci fark prim tavanı olması, ikincisi ise prim oranlarının hastalık fonlarına göre değişmesidir. Reformlar kapsamında tartışılan birçok finansman seçeneği, sistemi emek piyasasından daha da uzaklaştırabilecektir. Örneğin finansal koruma mevcut sistemde kapsam dışında kalan işlerde çalışanlara ve yine mevcut sistemde kapsama dahil olmayan devlet memurları ve bağımsız çalışanlara yaygınlaştırılabilecektir. Taban, prim tavanı ve prim tabanı uygulamalarının kaldırılması yoluyla da genişleyebilecektir. Hatta bazı yazarlar mali tabana büyük bir vergi ekleyerek, sistemi istihdamdan daha da uzaklaştırmayı önermektedir. Ancak bütün bu öneriler sistemin işverene dayalı özgün özelliğine aykırıdır ve sistemin kazanımlarını tehlikeye attığı konusunda önemli şüpheler uyandırmaktadır (Amelung, Glied ve Topan, 2003:708-709, 711).

Artan sağlık yardımlarının işgücü maliyetlerini arttırması durumunda, bir seçenek sadece işçi primlerinin arttırılmasıdır. Bu da ücret kesintisi anlamına gelmektedir. Bu durumun kabulü işçilerin artan sağlık yardımlarına verdikleri önem derecesine göre değişmektedir (Summers, 1989).

3.2.1.1.4. Sosyal Sağlık Sigortacılığında Sürdürülebilirlik

Sosyal sağlık sigortacılığındaki istikrarın sürdürülmesini engelleyebilecek etmenler ile ilgili bir çalışma (Saltman, 2004:3-20), günümüzde yaşanan hızlı ekonomik, teknolojik ve politik değişimlerin sosyal sağlık sigortacılığının ekonomik, politik ve sosyal açıdan sürdürülebilirliğini önemli düzeyde etkileyeceğini belirtmektedir.

Ekonomik sürdürülebilirlik açısından en önemli sorun, sosyal sağlık sigortacılığı ile finansmanın sosyal karakteri ile verimli bir ekonomi arasındaki yapısal gerilimin

nasıl azaltılacağıdır. Bu açıdan ulusal, bölgesel ve küresel ölçekte sorunlar yaşanabilecektir. Ulusal ölçekte yaşanabilecek sorunlardan en önemlisi sağlık finansmanı için yeterli finansal kaynak yaratmaktır. İkinci sorun, kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak, diğer bir deyişle sağlık finansmanında verimliliği arttırmaktır. Üçüncü sorun ise, dayanışmacı bir sistemin kendi kendini yönetme ilkesini tehlikeye atmadan, piyasa tipi finansman araçlarının sisteme ne oranda dahil edileceğidir.

1970’li yıllarda gözlenen makroekonomik daralma ve sağlık harcamalarının hızlı artışı sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli düzeyde finansal kaynak sağlanmasını tehlikeye sokmuş ve maliyetleri kısıtlamak ve verimliliği arttırmak için bir dizi reformu gündeme getirmiştir. Bu reformların en önemli özellikleri kamu finansman alanının daraltılması, rekabet, tercih ve sözleşmeler gibi piyasa araçlarının kullanılmaya başlanması, özel sektörün teşviki ve bireylerin finansmanda daha fazla sorumluluk alması gibi yeni liberal uygulamalara dayanmaktadır (Saltman ve Figueras, 1997:2; Figueras, Saltman ve Mossialos, 1997). Dolayısıyla yukarıda belirtilen üç ekonomik sorun, bu dönemdeki tecrübelerden yola çıkılarak belirlenmiş ve bu reformların yeniden şekillendirdiği sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin yakın gelecekteki ekonomik sürdürülebilirlik sorunlarıdır. Bu nedenle bu reformların sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerini nasıl yeniden şekillendirdiğini ayrıntılı bir şekilde incelemekte yarar görülmektedir.

1980 ve 1990’lı yıllarda sosyal sağlık sigortaları finansmanında gözlenen reformlardan ilki hastalık fonları arasında rekabetin başlatılması ve bireylere sigorta kuruluşunu seçme hakkının tanınmasıdır. Almanya’da 1993 yılında, Hollanda’da ise 1995 yılında hastalık fonları arasında rekabet ve fonları tercih etme hakkı başlatılmıştır.

Hastalık fonları arasındaki rekabet Almanya’da 1993 yılında 1221 olan hastalık fonu sayısını 2000 yılında 420’ye düşürmüş, Hollanda’da ise 1985 ve 1993 yılındaki birleşmelerden sonra sırasıyla 53’e ve 26’ya düşmüş olan hastalık fonlarını 30’a çıkarmıştır. Sigortalıların büyük çoğunluğu için fon tercihi başlatan¹⁷⁷ her iki ülkede de fon değişimi yapabilmek için 12 ayın dolmasını beklemek (Almanya’da 1996’dan itibaren) gerekmektedir. Ancak Almanya’da geliri belirli bir düzeyin üstünde olanlar 2 ay önceden haber vermek kaydıyla diledikleri zaman fon değiştirebilmektedirler. Özel sektöre geçişi de tercih etme hakkı olan bu yüksek gelirli özel sektörü tercih ettikten sonra tekrar kamuya dönememektedirler (Normand ve Busse, 2002:65).

Reformların ikincisi, ek katkı uygulamalarının başlatılması ve katkılardaki değişikliklerdir. Belçika, Fransa ve Hollanda’da ücrete dayalı ek katkılar alınmaya başlanmıştır. Örneğin, Belçika ve Hollanda’da gelirlerle ilişkili olmayan ve kişi başına ödenen ek katkılar alınmaya başlanmıştır. Belçika’da fonlar arasında değişen bu prim küçük bir miktardadır. Hollanda’da fonlar arasında fiyat rekabeti sağlamayı amaçlayan bu ek katkı yıllık 180 Euro’yu bulmaktadır (hastalık fonunun yıllık gelirinin onda biri). Ayrıca bu ek katkılar yalnızca fon üyeleri için değil, onların bağımlıları için de alınmaktadır. Fransa bir yandan işçi primini ücret gelinine bağlı olmayan bir genel sosyal katkıya dönüştürürken, diğer yandan maliyetleri kontrol etmek ve fonların finansmanını arttırmak için ek bir “sosyal açık karşılık primi” toplamaktadır. Bu uygulamaların tersi uygulamalar da gözlenmektedir. Almanya 1989 yılından bu yana (ve 1997’de bir piyasa aracı olarak tüm fonlara yayarak) hizmeti kullanmayanlara primlerinin belli bir oranını geri ödemektedir (Normand ve Busse, 2002:66).

¹⁷⁷ Örneğin Almanya’da çiftçiler, madenciler ve denizcilerin fon değiştirme hakkı bulunmamaktadır (Normand ve Busse, 2002:65).

Ayrıca emeklilerden alınan primler Almanya ve Lüksemburg'taki gibi genellikle emekli ve emeklilik aylığı alınan fon tarafından birlikte ödenirken, Hollanda'da tamamen emekliden alınmaya başlanmıştır (Normand ve Busse, 2002:66).

Fransa çok farklı bir katkı sistemi uygulamaya başlamıştır. 1995 yılında işgücü maliyetlerini azaltmak, kamu açığını düşürmek ve sosyal güvenlik amaçlarına ulaşmak için genel sosyal verginin tabanını genişletmiştir. Tasarruflar, teşvikler, emeklilik ve ücret gelirleri gibi her çeşit gelir vergilendirilmiştir. 1991 yılında toplam gelirlerin yüzde 1,1 oranında toplanarak aile yardımları için kullanılmıştır. 1996'da bu gelir sağlığa tahsis edilmiştir. 1998 yılında sağlık için alınan işçi primleri sağlığa ayrılan özel vergi ile yer değiştirmiştir. Aynı yıl, işçi primleri 5,5'ten 0,75'e indirilirken, özel sağlık vergileri 3,4'ten 7,5'e çıkarılmıştır. İşveren primleri aynen korunmuştur.

Avusturya, Almanya, Hollanda ve Lüksemburg'da prim tavanı uygulaması başlatılmıştır. Hollanda'da prim tavanı sigorta fonlarına göre değişebilmektedir (Normand ve Busse, 2002:66).

Üçüncü reform, risk havuzlamada meydana gelen değişimlerdir. Belçika ve Hollanda'da 1990'ların ortalarından önce ulusal düzeyde toplanan primler hastalık fonlarına geriye doğru yaptıkları harcamalar doğrultusunda dağıtılırken, bu tarihten itibaren kaynak tahsisinde ileriye yönelik kişi başı risk belirleme yöntemiyle dağıtılmaya başlanmıştır. Almanya'da fonlar arasında rekabet başladığında, her fonun eşit bir düzeyden başlamasını sağlamak için risk-yapısı telafisi sistemi (1994 ve 1995) başlatılmıştır. İkinci aşamada (1995) uygulamaya emekli sigortalılar da dahil edilmiştir. Risk-yapısı telafisi sisteminin amacı, üyelerin yaş ve cinsiyet durumuna bağlı olarak

değişen farklı gelir ve harcama düzeyleri arasındaki farkı azaltmaktır. Bu uygulama ile her hastalık fonu gelir veya harcamalarındaki değişikliklere bağlı olarak telafi edileceklerdir. Almanya’da fonlar arası tercih ve telafi ödemesi, sistemi dört şekilde etkilemiştir.

- a. Fonlar arasındaki hareketlilik artmıştır (daha düşük prim düzeyine sahip olanlar daha çok tercih edilmeye başlanmışlardır).
- b. Düşük prim oranı kadar daha iyi hizmet paketine sahip olan fonlar da yoğun olarak tercih edilmeye başlanmıştır.
- c. Risk-telifisi ödemesi fonlar arasındaki prim farklılıklarını azaltmıştır.
- d. Fonlar arasındaki hareketlilik farklı risk yapılarına göre değişmektedir. Örneğin daha sağlıklı, daha genç, daha yüksek gelire sahip olanlar hem daha sık fon değiştirmekte, hem de daha ucuz fonları tercih etmektedir (Normand ve Busse, 2002: 59-79).

Gelişmekte olan ülkelere bakıldığında; birçok ülkede gelirin azalması, maliyetlerin artması ve maliyetlerin kısıtlanması için gereken güdülerin eksikliği, sosyal sağlık sigortası sisteminde de verimlilik ve maliyetlerin kısıtlanması konularını gündeme getirmiştir. Ayrıca Latin Amerika ülkelerinde sosyal sigorta sisteminin kötü yönetilmesi gelir düzeyi yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasına da prim ödemesine neden olarak “ikili sigorta” olgusunu gündeme getirmiştir. Bu durum başta Şili olmak üzere birçok Latin Amerika ülkesinde, sosyal sigorta sisteminde rekabet ve üyelere sigorta kuruluşunu seçme hakkı gibi birçok piyasa uygulamasının başlatılmasına neden olmuştur. Şili (Viveros-Long, 1986), Kolombiya, Peru ve Arjantin’de sosyal sigorta yerine özel sigortalar seçilebilmektedir (McPake, 2000:137).

Maliyetlerin kısıtlanması ve verimlilik amaçlarına ulaşmak için sosyal sigorta sisteminde yapılan bir dizi piyasa uygulaması, gelişmiş ülkelerde hedeflenen amaçlara ulaşılmasını sağlarken geliştirmekte olan ülkelere sağlık statüsünün bozulması ile sonuçlanabilmiştir¹⁷⁸. Bu durum gelişmiş ülkelerdeki sosyal sigorta sistemleri ile geliştirmekte olan ülkelerdeki sistemlerin bulunduğu konumdan kaynaklanmaktadır. Geliştirmekte olan ülkelerin temel amaçları arasında yer alan tüm nüfusun kapsam altına alınması ve dayanışma (Kutzin ve Barnum, 1992; Carrin ve James 2005), gelişmiş ülkelere önemli oranda sağlandığından, gelişmiş ülkelerin sosyal dayanışmayı zayıflatan bu tür özelleştirme uygulamalarından daha az oranda etkilenmesine neden olmuştur.

Ulusal ölçekte yaşanan ve ekonomik sürdürülebilirliği etkileyen sorunların ikincisi varolan kaynakların verimli kullanılmasını sağlamak, diğer bir deyişle sağlık finansmanında verimliliği arttırmaktır. Üçüncü sorun ise, dayanışmacı bir sistemin kendi kendini yönetme ilkesini tehlikeye atmadan piyasa tipi finansman yöntemlerinin sisteme ne oranda dahil edileceğini belirlemek, yani rekabet ve dayanışmayı bir araya getirip uyumlaştırmaktır. Bu amaçla, örgütsel verimliliği arttırmak için korumasız grupları daha fazla tehlikeye atmadan özel rekabet güdülerini kullanmak; dayanışmayı arttırmak için gelişmiş düzenleyici önlemler ve risk uyumu düzenlemeleri yapmak; dayanışmacı bir sağlık sigortası sisteminde zorunlu sigortalar ve ticari rakipler için eşit kurallar belirlemek; ekonomik verimliliği arttırmak için gerekli istikrar, şeffaflık ve demokrasinin düzeyini tespit etmek gibi politikalar uygulanabilecek politika seçeneklerinin başlıcalarıdır.

¹⁷⁸ Özellikle Kolombiya’da salgın hastalıklar artmıştır (Yepes ve Sanchez, 2000).

Ekonomik sürdürülebilirlik sorunları, AB gibi oluşumlar nedeniyle, bölgesel düzeyde de yaşanmaktadır. Örneğin farklı ülkelerin farklı finansman sistemlerinin sağladığı farklı yardımlar arasındaki rekabet ve sağlık finansman sistemlerinin kamu-özel karışımını destekleyen, ilaç sektörü düzenlemelerini içeren ve kar amaçlı sigorta şirketlerinin desteklenmesini isteyen AB ortak pazarından gelen baskılar bu tür sorunlardandır. Ayrıca küresel şirketler ve piyasalar ücret düzeyleri ve sağlanan yardımlar konusunda küresel ölçekte baskı yapmaktadırlar (Saltman, 2004:10).

Sağlık sigortacılığının politik sürdürülebilirliği onların, devlet değil toplum tarafından ne kadar benimsendiklerine, kamu-özel finansmanın nasıl planlandığına ve tarafların çoğunun sistemi sürdürme tercihine bağlıdır. Sağlık finansman sistemlerinde devletin yönetim ve karar verici rolü değişmektedir.

Sosyal sağlık finansman sistemleri bir dizi sosyal değer ve inanış üzerine kuruludur ve onun ekonomik olmayan yönü hem bireyler hem de politikacılar tarafından oldukça iyi bilinmektedir. Bugün ekonomik avantaja karşı olan bu sosyal avantaj ile ekonomik avantaj arasında makul bir denge bulunmaktadır. Ancak gelecek açısından en önemli sorun ekonomik sıkıntılar nedeniyle bu sistemlerin sosyal boyutunun ne oranda tahrip edileceğidir.

3.2.1.2. Vergilerle Finansman

Bugün DSÖ'ye üye 191 ülkenin 106'sı sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak vergilerle finanse etmektedir (Gottret ve Schieber, 2006:17).

3.2.1.2.1. Vergilerle Finansman İle Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi

Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım

Vergilerle finansmanın en temel özelliklerinden biri tüm nüfusu kapsam altına almasıdır. 1938 yılında vergilerle finansman sistemini başlatan Yeni Zelanda “herkes için ücretsiz hizmet” politikasını benimsemiştir. 1948 yılında kurulan İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi “tüm nüfusa, yaygın ve ücretsiz hizmet sunumu” ilkesiyle yola çıkmıştır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edildiği gelişmiş ülkelerin hemen hepsi tüm nüfusa, oldukça kapsamlı bir biçimde sağlık hizmeti sunmaktadır. Tüm nüfus kapsamı bazen vatandaşlık bazen ikamet esası ile belirlenmiştir. İngiltere ve İskandinav ülkeleri gibi Kuzey Avrupa ülkeleri ile Avustralya ve Yeni Zelanda gibi Avustralya - Asya ülkeleri ikamete dayalı bir sistem benimsemiştir. Bu ülkelerde kapsam altına alınmayan kişiler illegal göçmenler gibi çok sınırlı sayıdaki gruplardan oluşmaktadır. İtalya, İspanya ve Portekiz gibi Güney Avrupa ülkeleri ise vatandaşlığa dayalı sistemler kurmuşlardır. Ancak zamanla kapsam vatandaş olmayanlara da genişletilmiştir. İtalya 1998 yılından beri vatandaş olmayan ancak yasal yollarla ülkeye gelmiş göçmenleri de kapsama almıştır. Ayrıca illegal yollarla gelen göçmenlere de bulaşıcı hastalıklar, bebekler ve gebe kadınlar için kısıtlı da olsa birtakım sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006:283-285).

Vergilerle finansman yoluyla tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak her şeyden önce politik bir tercihtir. Kuzey Avrupa ve Avustralya-Asya bölgesinde vergilerle finanse edilen ülkelerin tüm nüfusu kapsam altına alma hedefi 1930 ve 1940’lı yıllardan bu yana politik bir hedef olarak varlığını sürdürmektedir. İtalya bu politik hedefi illegal göçmenlere kadar yaygınlaştırmıştır. ABD’de en sonuncusu Clinton döneminde olmak üzere, birçok girişime ve sürekli büyüyen ekonomiye rağmen, vergilerle finansman hala

politik açıdan üzerinde uzlaşılamayan bir konudur (Gottret ve Schieber, 2006:284-285). Navarro tarafından hazırlanan ve neden bazı ülkelerde ulusal sağlık sistemi, bazılarında ulusal sağlık sigortası varken, ABD’de her ikisinin de olmadığını tartışan bir araştırma, anılan sistemlerin kurulmasında özellikle işçi sınıfı ve sosyal demokrat hareketin güçlü olmasının etkili olduğunu ortaya koymaktadır (Navarro, 1989). Avrupa’da son yıllarda sağlık sigortacılığından vergilerle finansmana geçen İspanya, bu tercihi 1982 yılında iktidara gelen sosyalist PSOE partisi tarafından¹⁷⁹ (WHO, 2000a:13; WHO, 2000b), Yunanistan 1983 yılında sosyalist PASOK iktidarınca (WHO, 1996b:4), İtalya 1978 yılında Komünist, Sosyalist ve Sosyal Demokrat Partilerin, Hristiyan Demokrat ve Cumhuriyetçi Partiler ile koalisyon ortağı olarak bulunduğu dönemde (Donatini ve diğerleri, 2001) ve Portekiz 1979 yılında 48 yıl süren Salazar-Caetano diktatörlüğünü deviren 1974 demokratik devrimini takiben (Bentes ve diğerleri, 2004:6-14) başlatmıştır.

Daha önce de belirtildiği üzere, tüm nüfusu kapsam altına almak sağlık hizmetlerine ulaşım için yeterli bir ölçüt değildir. Teoride tüm nüfusu kapsam altına almak, pratikte bazı engellerle karşılaşılmayacağı anlamına gelmemektedir. Sağlık hizmetleri kullanım araştırmaları, ihtiyaçla ilişkili çarpık bir dağıtımı ortaya koymaktadır. Örneğin yüksek gelirli gruplar, daha fazla sağlık ihtiyacı duyması gereken düşük gelirli gruplara oranla daha fazla hizmet kullanmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1993b). Hizmet kullanımını engelleyen finansal ve finansal olmayan birçok etmen bulunmaktadır. Bazı grupların daha fazla hizmet talep etmesinin de birçok nedeni bulunabilmektedir. Örneğin sağlık hizmetlerine ulaşım hem zaman hem de kazançlar açısından maliyetli olabilmektedir. Düşük gelirli yüksek gelirliye oranla daha fazla

¹⁷⁹ 1986 yılında yasalaşmıştır.

zamana sahip olmasına rağmen, daha kaliteli sağlık hizmeti için daha az maddi güce sahiptir (Mossialos ve Dixon, 2002b:283; Le Grand, 1982).

Tüm nüfusun kapsam altına alındığı ulusal sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının varlığı hizmet kullanımını olumsuz etkilemektedir. Avrupa’da yapılan araştırmalar, tüm sağlık sistemlerinde kullanıcı katkılarının finansmanda adaleti bozduğu ve sağlık hizmetlerine ulaşımı engellediğini göstermektedir. İngiltere’de reçeteli ilaçlardan alınan kullanıcı katkıları bu ilaçların kullanımını azaltmaktadır (Jemiai, Thomson ve Mossialos, 2004:3-4). Gelişmekte olan ülkelerde yaklaşık yüzde 40’lar civarında olan cepten ödemeler, kapsamın derinliğini azaltarak tüm nüfusun kapsam altına alınması hedefini gündemde tutmaktadır (Gottret ve Schieber, 2006:249).

ABD’de kullanıcı katkılarının özellikle düşük gelirliilerin gerekli sağlık hizmetlerine ulaşmasını engelleyerek sağlık durumunu bozduğunu gösteren araştırmalar bulunmasına rağmen (Newhouse and the Experiment Group, 1993), AB’de kullanıcı katkıları dolayısıyla azalan kullanımın sağlık göstergelerine etkisini inceleyen çalışmalar bulunmamaktadır (Jemiai, Thomson ve Mossialos, 2004:3-4).

3.2.1.2.2. Vergilerle Finansmanda Adalet

a) Vergilerle Finansmanda Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Wagstaff ve arkadaşlarının yaptığı deneysel çalışmalar (Wagstaff ve van Doorslaer, 1992; Wagstaff ve diğerleri, 1999), araştırma kapsamındaki 13 ülkede dolaysız vergilerin artan oranlı bir yapıya, dolaylı vergilerin ise tüm ülkelerde azalan oranlı bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ancak sağlık finansmanında dolaylı ve dolaysız vergilerin birlikte kullanıldığı ülkelerde, dolaylı vergilerin adaletsiz

yapısının artan oranlılık düzeyini azalttığı, hatta dolaylı vergilerin ağırlıklı ve cepten ödemelerin yüksek olduğu (1990) Portekiz gibi ülkelerde sistemi azalan oranlı bir yapıya dönüştürdüğü gözlenmiştir (Wagstaff ve diğerleri, 1999: 283, 290; van Doorslaer ve diğerleri, 1999:292; Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:21).

Artan oranlılık araştırmaları ülkelerin mevcut finansman sistemlerinin incelenmesi için kullanılabileceği gibi, hazırlanan sağlık finansman reformlarının bu açıdan analizini de olanaklı kılmaktadır (Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:21). ABD'nin sağlık finansman sisteminin azalan oranlılığı konusunda yapılan çalışmaların büyük çoğunluğu, tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi sağlanmasının gerekliliğine değinerek, bu konuya yönelik reform önerileri içermektedir. Yapılan araştırmalar, vergilerle finansman dışındaki bütün önerilerin ABD sisteminin azalan oranlılığını daha da arttıracaklarını göstermektedir (Holahan ve Zedlewski, 1992; Rasell ve Tang, 1994).

Marjinal vergi bandı ve her bandın oranına bağlı olan gelir vergisinin artan oranlılığı, 1980'li yıllarda Avrupa'da gerçekleştirilen vergi reformlarının ana eksenini oluşturmuştur. Bu reformlar vergi tabanını genişletme ve farklı gelir kaynaklarına daha adaletli davranma konusuna odaklanmıştır. Reformlar ile belli gelir kaynakları üzerindeki yükün azaltılması ve dolayısıyla ekonomiye olabilecek olumsuz etkinin ortadan kaldırılması hedeflenmiştir. Ancak reformlar istenilen amaca ulaşılmasını sağlayamamış, aksine her ikisi de azalan oranlılığa yol açan, gelir bandı sayısı ile marjinal vergi oranının azalması ile sonuçlanmıştır.

Reformların başarısızlığına rağmen, Avrupa'da gelir vergisinin artan oranlı bir yapı sergilediği gözlenmektedir. "Lüksemburg Gelir Çalışması" ile elde edilen

hanehalkı mikro-veri setlerinin analizi ile Avustralya, Kanada, Fransa, Almanya, Hollanda, İsveç, İsviçre ve İngiltere’de vergi öncesi ve sonrası gelir eşitliği analiz edilmiştir. Bu analiz sonucunda, en yüksek gelire sahip olan yüzde 20’lik dilimden diğer gelir dilimlerine dağılım sağlandığı, dolayısıyla gelir vergisinin artan oranlı olduğu belirlenmiştir. Avustralya, Kanada, Almanya, Hollanda ve İngiltere’de gelir en yüksek yüzde 40’lık gelir diliminden daha düşük yüzde 60’lık dilime doğru aktarılmaktadır (Zandvakili, 1994; Mossialos ve Dixon, 2002b:274).

Avrupa bölgesinde gelir düzeyi daha düşük olan ülkelerde kişisel gelir vergisinin gelirin yeniden dağıtımına daha büyük ölçüde katkı sağladığı gözlenmektedir. 1997 yılında ortalama ücret düzeyi üzerinden alınan gelir vergisi Çek Cumhuriyeti’nde yüzde 10, Polonya’da yüzde 18 ve Estonya’da yüzde 25’tir. Gelir dağılımı öncesinde yoksulluk sınırı altında olanların, Çek Cumhuriyeti’nde ve Slovakya’da yüzde 80’inden fazlası, Polonya ve Macaristan’da ise yüzde 50’den fazlası gelir dağılımı sonrası yoksulluk sınırı üstüne çıkmaktadır. Bu oran İngiltere’de yüzde 30’dan düşüktür (Kangas, 2000; Mossialos ve Dixon, 2002b:274).

Mallar ve hizmetler üzerinden alınan dolaylı vergiler fiyat ve miktar üzerinden alındığı için, ödeme yükünün dağılımı önem taşımaktadır. İngiltere’de en düşük gelir dilimine sahip hanehalkları gelirlerinin yüzde 32’sini dolaylı vergilere harcarken, en yüksek gelir dilimine sahip hanehalkları yüzde 11’ini harcamaktadır (Glennerster, 1997). Sağlık açısından bakıldığında, yapılan araştırmalar sağlığa zararlı ürünlere yüksek dolaylı vergilerin konmasının bu ürünlerin tüketiminin azalmasına neden olduğunu kanıtlamıştır. Sigaranın göreceli fiyat esnekliği ile ilgili bir araştırma, düşük gelir düzeyine sahip hane halklarının fiyat artışlarına karşı daha duyarlı olduğunu ve bu

hanehalklarında sigarayı bırakma oranının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. (Townsend, Roderick ve Cooper, 1994). Ancak, alkol ve sigara gibi sağlığa zararlı olan ürünler gelir düzeyi daha düşük olan hane halkları arasında yoğun olarak kullanıldığı için, bu ürünlere konan yüksek dolaylı vergiler adaletsizliği arttırdığından, bazı yazarlar bu uygulamaya karşı çıkmaktadır (Manning ve diğerleri, 1989).

Yerel düzeyde toplanan vergiler genellikle sabit oranlı olarak toplandığından, ulusal düzeyde toplanan vergilere göre daha adaletsizdirler. Danimarka, Finlandiya, İsveç ve İsviçre’de ulusal düzeyde toplanan gelir vergilerinin, yerel düzeyde toplananlara oranla daha adaletli olduğu yönünde bulgular bulunmaktadır (Wagstaff ve diğerleri, 1999).

1990’lı yılların başlarında, sekiz ülkede, vergilerin ve yardım sistemlerinin yeniden dağıtımına etkisi ile ilgili olarak yapılan bir araştırma, İsveç’in gelir eşitsizliğini yüzde 50’lere kadar indirmeyi başardığını göstermektedir (Ervik, 1998). Bu ülkeler içerisinde gelir eşitsizliğini yüzde 20’den az bir oranla azaltan ABD en alt sırada yer alırken, İngiltere yüzde 25 ile Avrupa ülkeleri içerisinde en düşük sırada yer almıştır. Almanya ve Danimarka gelir eşitsizliğini yüzde 40’lar düzeyinde azaltmayı başarmıştır. Araştırmanın önemli bir diğer bulgusu, sosyal transferlerin vergilendirmeden daha güçlü bir yeniden dağıtım etkisi olduğudur. Bu nedenle vergi adaletinin daha düşük olduğu ülkelerin bu eksiklerini sosyal transferlerle desteklemeleri önerilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:280).

Sağlık hizmetleri kullanımı araştırmaları ile aynı yardımların gelir grupları arasındaki dağılımı belirlenmeye çalışılmıştır. İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi ile ilgili

bir araştırma, maddi yardımların gelir düzeyi en düşük olan gruplara ulaşarak yeniden dağıtımı daha büyük oranda sağladığını tespit etmiştir. Ancak aynı yazarca yapılan başka bir araştırma bu kez, aynı yardımların orta gelir düzeyine sahip nüfus gruplarına daha büyük oranda ulaştığını belirlemiştir(Le Grand, 1982). Ayrıca sağlık yardımlarının ihtiyaca göre belirlenmesinin, gelir düzeyi daha yüksek olanlar lehine dağılmasına neden olduğu belirtilmektedir (Le Grand, 1982; Mossialos ve Dixon, 2002b:280).

b) Vergilerle Finansmanda Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Genellikle dikey adaleti sağlayan dolaysız vergiler bazı durumlarda yatay adaleti sağlayamamaktadır. Bu durum Nordik ülkeleri ile İsviçre’de olduğu gibi yerel vergilerin coğrafi bölgelere göre değişmesinden; bazı gelir türlerinin gelir vergisi kapsamı dışında tutulmasından ve ipotekli konut faizi ödemeleri, özel sağlık sigortası harcamaları gibi ödeme ve harcamaların vergiden düşülebilmelerinden kaynaklanmaktadır (van Doorslaer ve diğerleri, 1999:296). 1997 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 25’inin federal ve kantonal vergilendirme ile karşılandığı İsviçre’de, kantonlar arasındaki vergi yükü oldukça büyük değişiklikler göstermektedir. Ulusal ortalama 100 alındığında, Zug kantonu yüzde 55,5 ile en düşük vergi yüküne, Jura kantonu yüzde 135,3 ile en yüksek vergi yüküne sahip kanton olmaktadır. Bölgeler arasındaki adaletsiz vergi yükünü ulusal kaynakları kullanarak daha adaletli hale getirebilmek mümkündür. İsveç’te yerel vergilerin yanı sıra, ulusal vergiler de toplanmakta ve bu ulusal vergiler gelir düzeyi daha düşük bölgelerin desteklenmesi için kullanılmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:278).

Farklı finansman sistemlerinde yatay adaletsizliğin boyutlarını inceleyen bir araştırma, Portekiz’de ücretlilere ve bağımsız çalışanlara farklı vergi kurallarının

uygulanmasının, Danimarka ile İsveç'te vergi oranlarının coğrafik bölgelere göre belirlenmesinin yatay adaletsizliğe neden olduğunu belirlemiştir (van Doorslaer ve diğerleri, 1999).

3.2.1.2.3. Vergilerle Finansmanda Verimlilik

OECD verileri, maliyetleri kontrol etmek açısından vergilerle finansmanın sosyal sağlık sigortasıyla finansmana oranla daha avantajlı olduğu göstermektedir (Tablo 20). Bu durumu açıklayan hipotezlerden en önemlisi, ulusal sağlık hizmetlerine sahip ülkelerin bütçeleme ve kişi başı ödeme gibi maliyetlerin kontrol edilebilmesini sağlayan ödeme yöntemlerine sahip olmasıdır.

Vergilerle finanse edilen bazı ülkeler özellikle ilaç maliyetlerini düşürme gibi maliyet azaltıcı ve dolayısıyla teknik verimliliği arttırıcı düzenlemeler konusunda oldukça başarılı olmuşlardır (UK, Department of Health, 2000). Ancak fiyatları kontrol etme ve jenerik ilaç kullanımını destekleme, finansman yönteminden çok reçete yazan doktorların, eczacıların ve hastaların davranışları ile ilgilidir (Mossialos ve Dixon, 2002b:290).

Vergilerle finansmanın verimlilik açısından en önemli avantajı, bu yöntemin emek piyasasını ve dolayısıyla ekonomiyi ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilememesidir. Sosyal sigorta ile finansmandan farklı olarak, ulusal sağlık hizmetleri sistemine sahip İngiltere'de, sağlığın vergilerle finanse edilmesinin İngiliz ekonomisinin uluslararası rekabetine katkı sağladığı belirtilmektedir (UK, Department of Health, 2000).

3.2.1.2.4. Vergilerle Finansmanda Sürdürülebilirlik

Gelişmekte olan ülkelerin büyük bir kısmı vergilerle finansman hedefine ulaşmak için planlar yapmış olmalarına rağmen, çoğu bunu gerçekleştirememiştir. Ancak vergilerle finansman hala birçok gelişmekte olan ülkenin temel öncelikleri arasındadır. Bu nedenle, son yıllarda kamu sisteminde görülen yaygın verimsizlik ve yozlaşma için bir dizi reform önerisi gündeme gelmiştir. Bir öneri, kamu çalışanlarının performansını arttıracak ve yoğun bürokrasiyi azaltacak düzenlemeleri içeren kamu hizmetleri reformudur (Cassels, 1995). Bu reform, sağlık sektörünün ötesinde ülkedeki vergi sisteminin verimliliğini arttırmayı amaçlamaktadır. Bir diğer öneri, bütçe reformudur. Bütçe reformu ile hedeflenen, yetenekli ve verimli çalışan yöneticilere daha fazla sorumluluk vererek bütçe performansını arttırmaktır (Issaka-Tinorgah ve Waddington, 1993). Üçüncü öneri, yerelleştirmedir. Yerelleştirme, karar vericilerin politikadan etkilenen bireylere yakın olmasını sağlayarak, yönetim, planlama ve politika işlevlerinde verimliliği ve etkililiği arttırmayı hedeflemektedir (Mills ve diğerleri, 1990, Collins, 1996). Ancak, bugüne kadar yapılan gözlemler, bu politikalardan beklenen sonuçların büyük bir hayal kırıklığı yarattığı şeklindedir (McPake, 2000:136).

3.2.2. Özel Nitelikli Finansman Yöntemleri

3.2.2.1. Özel Sağlık Sigortacılığı

3.2.2.1.1. Özel Sağlık Sigortacılığı İle Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi

Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım

Gönüllülük esasına ve ödeme gücüne dayanan özel sağlık sigortacılığı, dayanışmayı sağlamaktan uzak olduğu ve zorunlu olmadığı için bu yöntemle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması arzu edilen bir durum değildir. Özel sağlık sigortacılığının temel finansman yöntemi olarak benimsendiği ülkelerde nüfusun büyük

bir bölümü sigortaya ulaşamamaktadır. Özel sağlık sigortacılığının benimsendiği ABD’de yoksullar için devletçe finanse edilen ve nüfusun yüzde 17’sini oluşturan Medicaid sistemi dışında, nüfusun ancak yüzde 71’i özel sağlık sigortasına ulaşabilmekte ve geriye kalan yüzde 12 kapsam dışında kalmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:282).

Özel sağlık sigortasına ulaşımı etkileyen birçok etmen bulunmaktadır. Bunlar; formel istihdam, işyerinin büyüklüğü, işverenin statüsü (kamu veya özel) ve sigorta primini ödeyebilme gücü gibi koşullardır. İrlanda, Almanya ve Hollanda’da özel sigorta kapsamına girme hakkı gelirle ilişkili olup, Almanya ve İspanya’da sadece kamu çalışanlarına sağlanmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:282).

ABD’de yapılan araştırmalar, kullanıcı katkılarının özellikle düşük gelirliilerin sağlık hizmetlerine ulaşmasını engellediğini ve birçok sağlık göstergesini düşürdüğünü göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:283; Newhouse and the Insurance Experiment Group, 1993).

3.2.2.1.2. Özel Sağlık Sigortacılığında Adalet

a) Özel Sağlık Sigortacılığında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden

Dağıtılması

Özel sağlık sigortacılığında dikey adalet özel sağlık sigortasının işlevi ile yakından ilişkilidir. Wagstaff ve arkadaşlarınca yapılan araştırma, özel sağlık sigortasının artan oranlılığı açısından ülkeleri üç temel gruba ayırmaktadır. Birinci grup, özel sağlık sigortacılığının ikame edici işleve sahip olduğu Almanya ve Hollanda ile temel finansman kaynağı olarak kullanıldığı İsviçre (1996’dan önce) ve ABD gibi

lkeleri kapsamaktadır. İsviçre’de diğerk ülkelerden farklı olarak neredeyse tüm nüfus özel sağlık sigortası kapsamı altındadır. Diğerk ülkelerde ya Almanya ve Hollanda’da olduğu gibi belli özel gruplarla sınırlı kalmakta ya da ABD’de olduğu gibi kamu finansmanı yokluğundan kaynaklanan nedenlerle tercih edilmektedir. Bu gruptaki ülkelerden İsviçre ve ABD’de bu yöntemle yapılan katkılar, gelir artışı karşısında azalan oranlı bir yapı göstermektedir. Almanya ve Hollanda’da ise genellikle yüksek gelirli gruplar tarafından tercih edildiği için artan oranlıdır.

İkinci grup, özel sağlık sigortacılığının genellikle tamamlayıcı bir işleve sahip olduğu (oğunlukla ifte kapsam) İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere gibi ülkeleri kapsamaktadır. Tamamlayıcı işleve sahip olan bu tür özel sağlık sigortacılığı, İspanya dışındaki ülkelerde artan oranlı çıkmıştır. Artan oranlı olmasının nedeni, bu tür sigortanın “lüks hizmet” kapsamına girmesidir.

nc grup, özel sağlık sigortacılığının kamu finansman sisteminin öngördüğü kullanıcı katkılarını telafi etmek için, yani yine tamamlayıcı bir işlevle kullanıldığı Danimarka ve Fransa’yı kapsamaktadır. Bu amaçla kullanılan özel sağlık sigortacılığı Danimarka’da artan oranlı, Fransa’da azalan oranlı bir yapıya sahiptir. Bu durum, muhtemelen daha yüksek kullanıcı katkılarına sahip Fransa’da, bu amaçla kullanılan özel sağlık sigortacılığının, genellikle gelir düzeyi daha düşük gruplar tarafından tercih edilmesinden kaynaklamaktadır. Her üç gruba da uymayan ve sağlık hizmetlerinin ağırlıklı olarak vergilerle finanse edildiği İrlanda’da, özel sağlık sigortası primlerinin net vergi yardımı olarak hesaplanması ve dolayısıyla gelir düzeyi daha yüksek olan hanehalklarının sbvvanse edilmesi nedeniyle azalan oranlı bir yapı göstermektedir (Wagstaff ve diğerkleri, 1999:283; Wagstaff ve van Doorslaer, 1998:20-21).

Özel sağlık sigortacılığının artan oranlı olduğu ülkelerde, bu yöntemle dikey adalet sağlanmış olsa bile, bu adalet yalnızca özel sağlık sigortası üyeleri arasında olup, sistemin adaletine herhangi bir katkı sağlanmamaktadır. Bazı yazarlar, gelir düzeyi yüksek olanları tamamlayıcı özel sağlık sigortası yaptırmaya teşvik etmenin, onların daha fazla katkı yapmasına neden olacağı ve bu durumun genel olarak sağlık finansman sisteminin adaletini arttıracığını savunmaktadırlar (Mossialos ve Dixon, 2002b:276). Ancak aksine, bazı ülkelerde özel sağlık sigortaları, sağlık hizmetleri sunumunu gelir düzeyi daha yüksek olanlar lehine çevirmektedir (Mossialos ve Thompson, 2002).

AB ülkelerindeki veriler, ister ikame edici ister tamamlayıcı olsun, özel sağlık sigortasının, genellikle gelir düzeyi yüksek olan bireyler tarafından tercih edildiğini göstermektedir (Mossialos ve Thomson, 2002:128-160). Almanya’da gelir düzeyi yüksek olduğu için zorunlu sosyal sağlık sigortası sistemi dışında kalmayı tercih etme hakkı olanlardan özel sağlık sigortası yaptırmayı seçenler; yaşa, ikametgaha, cinsiyete ve istihdama göre değişmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:276).

Gelir düzeyi düşük grupların tamamlayıcı özel sağlık sigortası yaptıramayacak olması, bu grubun daha fazla cepten ödeme yapmasına yol açarak finansman yükünün düşük gelirlilere yüklenmesine yol açabilecektir. Nüfusun yüzde 85’inin tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih ettiği Fransa’da, düşük gelirliler, Fransız asıllı olmayan vatandaşlar ve yaşları 20-24 ile 70’in üstünde olanlar, genellikle tamamlayıcı sağlık sigortası yaptıramamaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:276).

Özel sağlık sigortacılığında vergi-harcama sübvansiyonları kamu kaynaklarının hem adaletsiz hem de verimsiz kullanılmasına yol açmaktadır. Çünkü, özel sağlık sigortası sahipleri genellikle yüksek gelirlidir ve bu sübvansiyonlar yüksek gelirliileri desteklemektedir. Ayrıca vergi yardımının miktarı, marjinal vergi oranı yüksek olan vergi mükellefleri için daha yüksektir, bu durum da adaletsizliğe yol açmaktadır. Dolayısıyla vergi-harcama sübvansiyonu yoluyla özel sağlık sigortalarının desteklenmesi, sağlık finansman sistemindeki tüm kaynakların daha adaletsiz bir yöne kaymasına neden olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:21).

b) Özel Sağlık Sigortacılığında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Özel sağlık sigortacılığında yatay adalet üzerinde iki etmen belirleyici olmaktadır. Birinci etmen, belirli bir gelir düzeyinde bulunan hane halklarının ne tür ve ne oranda özel sigortalı olduğudur¹⁸⁰. Ayrıca bazı ülkelerde tamamlayıcı sigorta olarak tercih edilen özel sağlık sigortası çok yaygın iken, bazılarında çok düşük bir orana sahiptir (van Doorslaer ve diğerleri, 1999:297).

İkinci etmen, özel sağlık sigortasına ödenen primin büyüklüğüdür. Özel sağlık sigortalarında primlerin gelire göre değil hastalık riskine göre belirlenmesi, prim miktarını değiştirmekte, dolayısıyla yatay adaletsizliğe neden olmaktadır. Bu nedenle, aynı gelire sahip iki kişiden genetik olarak hastalık riski daha yüksek olan daha fazla prim ödemek zorunda kalmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:279).

¹⁸⁰ İtalya, Portekiz ve Birleşik Krallık gibi ülkeler özel sağlık sigortasını tamamlayıcı bir sigorta türü olarak kullanmaktadırlar, fakat İsviçre gibi ülkelerde özel sigortacılık temel finansman kaynağıdır.

3.2.2.1.3. Özel Sağlık Sigortacılığında Verimlilik

Özel sağlık sigortacılığı en maliyetli finansman yöntemidir (Tablo 20). Özel sağlık sigortacılığında maliyetleri kısıtlamak için en etkili yöntemin piyasayı rekabete açmak olduğu iddia edilmektedir. Rekabetçi bir piyasa yoluyla maliyetleri kontrol altında tutmayı savunanların bazıları, bunun için piyasanın çok iyi bir şekilde düzenlenmiş olması gerektiğini belirtmektedirler. Diğer bir deyişle, etkili yönetimli bakım “managed-care” tekniği uygulanmadığı sürece özel sağlık sigortacılığında maliyetleri kontrol etmek oldukça zordur (Mossialos ve Dixon, 2002a:20; Ellwood ve diğerleri, 1992; Maynard ve Dixon, 2002:115). Diğer bazıları ise, vergi desteği dahil devletin hiçbir şekilde müdahale etmemesi gerektiğini belirtmektedirler (Friedman, 1988). Ayrıca çok fazla sigorta kuruluşunun varlığı, makroekonomik düzeyde maliyetleri kontrol etmeyi zorlaştırmaktadır.

Aday ve arkadaşları (Aday ve diğerleri, 1998), ABD’nin diğer endüstrileşmiş ülkelerle karşılaştırıldığında kaynak tahsisi verimliliğine ulaşamadığını belirtmektedir. Bu durum sağlık hizmetlerinin özel sektör tarafından sunulması ve dolayısıyla kar maksimizasyonu ilkesi ile hareket edilmesinden kaynaklanmaktadır. Kar maksimizasyonu ilkesi ile hareket eden hizmet sunucular, koruyucu sağlık hizmetleri gibi maliyet etkililiği en yüksek, ancak kar oranı en düşük hizmetlerin yeterli oranda sunulmasını sağlayamayacakları gibi, birçok etkisiz ve uygun olmayan hizmet sunum sürecinin varlığı, sistemi sürece-yönlendirilmiş hizmet konusuna odaklamaktadır (aktaran Mossialos ve Dixon, 2002b:289).

Özel sağlık sigortalarında faturalama, sözleşme yapma, kullanımı gözden geçirme ve pazarlama gibi yönetim maliyetleri yüksektir. Ayrıca riskin belirlenmesi

sırasında riskin değerlendirilmesi, primlerin belirlenmesi, karmaşık hizmet paketlerinin belirlenmesi ve gözden geçirilmesi, ödeme veya geri ödeme ile ilgili talepler de önemli düzeyde yönetim maliyetlerine neden olmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002a:20).

Mesleğe bağlı olarak belirlenen özel sigortacılık, işgücü hareketsizliğine neden olarak ekonominin verimliliğini de azaltmaktadır. Özel sağlık sigortacılığında mesleğe bağlılık, özel sigortacılığın işverene dayalı olması durumunda söz konusudur. Bu konunun en yoğun olarak tartışıldığı ülke, özel sağlık sigortacılığının yüzde 90'ının işverene dayalı olduğu ABD'dir (Gruber, 1998:1). ABD'de küçük ölçekli işletmelerin çoğu büyük işletmelere oranla daha dar kapsamlı sigorta imkanı sağlayabilmektedir. Bu durum küçük işletmelerin nitelikli personel çalıştırmasını engelleyebilmektedir. Clinton, 1994 yılında önerdiği sağlık reformunda, küçük işletmelerden oluşan girişimci bir toplumda işgücü hareketliliğinin en önemli konulardan biri olduğuna değinerek, mevcut sağlık sisteminin bu durumu engellediğini belirtmiştir. ABD'de sigorta hakkını kaybetme kaygısı nedeniyle birçok çalışan iş değiştirmeyi tercih etmemektedir. Yapılan araştırmalar, çalışanların yüzde 11-30'unun sağlık sigortasını kaybetmemek için iş değiştirmediğini göstermektedir. Yüzde 20'sinin ise daha yüksek sağlık maliyeti gerektirecek duruma sahip olma, belli bir süreden sonra sigorta kapsamına girme, kullanıcı katkıları ve kesintiler açısından daha önce elde ettiği avantajları kaybetme, sigorta şirketi seçme konusundaki kısıtlılıklar ve yeni sigorta şirketinin hali hazırda sağlık hizmetlerini kullandığı sağlık kuruluşları ile anlaşmalı olmaması gibi koşullar nedeniyle işini değiştirmekten sakındığını belirtmektedir (Gruber 1998:23-24).

Ağırlıklı olarak işverene dayalı özel sağlık sigortacılığının bulunduğu ABD'de, bu nedenle işgücü maliyetlerinin artışı ve bunun istihdama ve uluslararası rekabete

olumsuz yansıdığı konusundaki iddialar tartışmalıdır. Başta sanayiciler olmak üzere bazı gruplar, bazı işverenlerin özel sağlık sigortası finansmanına katılmasının zorunlu tutulmasının yüksek işgücü maliyetlerine neden olduğunu ve bu durumun uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilediğini gerekçe göstererek bu uygulamaya karşı çıkmaktadırlar (Mossialos ve Dixon, 2002b:288). Ancak yapılan araştırmalar, ABD’de işverene dayalı özel sağlık sigortacılığının gönüllü yapısı ve esnekliğinin, bu potansiyel olumsuz etkiyi ortadan kaldırdığını göstermektedir. İşgücü maliyetlerinin görece olarak yükselmesi durumunda, işçi primi oranlarının arttırılarak bu maliyetin çalışanlara aktarılması çok kolaydır. Örneğin iki kazanca sahip ailelerin artışı ile birlikte işverenlerin, bekarlara ve evlilere yaptığı katkının farklılaştığı gözlenmektedir. Eşlerin her ikisinin de istihdamda bulunması durumunda işveren bu kişiler için yaptığı katkıyı azaltma eğilimindedir. Benzer bir şekilde rekabet avantajını yitirdiğini gören işverenlerin daha düşük maliyetli hizmetleri kapsama alması mümkündür. Ayrıca ABD ekonomisi sadece yüzde 13,5 ithalat oranı ile dış ticaret baskısından oldukça uzaktır (Amelung, Glied ve Topan, 2003:710-711).

Primlerin arttırılmasının istihdamı azaltacağı, bu nedenle istihdamı arttırmak için işgücü maliyetlerinin kısılması gerektiği konusunda yaygın bir genel kabul vardır (OECD, 1994). Ancak ABD’de yapılan araştırmalar, işverenin finanse ettiği sigorta yardımlarının istihdama çok kısıtlı veya hiç etkisi olmadığını göstermektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b: 287; Gruber ve Krueger, 1991; Gruber 1998).

Kullanıcı katkılarını telafi etmek için yaptırılan tamamlayıcı sigortalar, kullanıcı katkılarının gereksiz hizmetin kullanımını önleme etkisini ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca kamu finansman sistemi kapsamı dışında kalan hizmetler için tamamlayıcı özel

sağlık sigortası yaptırılması sağlık yardımları açısından ikili bir sistem doğmasına da neden olmaktadır.

Özel sağlık sigortacılığında vergi-harcama sübvansiyonlarında verimsizlikler söz konusu olabilmektedir. Verimsizlik nedenlerinin ilki, vergi-harcama sübvansiyonları uygulamasını yönetmenin karmaşık olması, bu nedenle işlem maliyetlerinin yüksek oluşudur. İkincisi, piyasada oluşan fiyatı çarpıtarak özel sağlık sigortalarına olan talebi etkileyeceğinden, sigorta ödemelerini arttıracaktır. Üçüncüsü, vergi-harcama sübvansiyonunun sahtekarlık ve vergi kaçakçılığı için yeni fırsatlar yaratma olasılığı taşımasıdır (Mossialos ve Dixon, 2002a:21) .

3.2.2.1.4. Özel Sağlık Sigortacılığında Sürdürülebilirlik

Özel sağlık sigortacılığı, finansal sürdürülebilirlik açısından oldukça sorunlu bir finansman yöntemidir. Çünkü bu yöntemle finanse edilen ABD gibi ülkelerin toplam sağlık harcamalarının GSMH'daki oranı, OECD ülkeleri ortalamasının neredeyse iki katına yaklaşmıştır (Tablo 20).

3.2.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesapları

3.2.2.2.1. Tıbbi Tasarruf Hesapları İle Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi

Sağlanması ve Sağlık Hizmetlerine Ulaşım

Tıbbi Tasarruf Hesapları, risk havuzlaması yapmadığı için dayanışmayı sağlamamaktadır. Ayrıca bazı ülkelerde gönüllü bir uygulamadır. Bu nedenle tüm nüfusun kapsam altına alınması için uygun bir sağlık finansman yöntemi olarak görülmemektedir (Deber, Forget ve Roos, 2004:49; Saltman, 1998).

Bu yöntemle sağlık hizmetlerine ulaşım, ödeme gücüne ve ödeme isteğine bağlıdır. Bireylerin ödeme gücünün farklı olacağı dikkate alındığında, sağlık hizmetlerine ulaşımında eşitsizler görülmesi kaçınılmazdır (Hsiao, 2001:736).

Tıbbi tasarruf hesapları yönteminde kendi sağlık harcamalarını ödeyen bireylerin riskli davranışlardan sakınarak sağlıklarını koruyacakları, böylece sağlık hizmetlerini fazla kullanmayarak sağlık maliyetlerini arttırmayacakları ve ahlaki tehlikenin oluşmayacağı iddia edilmektedir. Ancak yapılan araştırmalar, kullanıcı katkılarının gerekli olan hizmetlerin kullanımını da olumsuz yönde (özellikle koruyucu hizmetlerin) etkilediğini göstermektedir (Rice ve Morrison, 1994; Saltman, 1998).

3.2.2.2.2. Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Adalet

a) Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden

Dağıtılması

Tıbbi tasarruf hesapları, riski havuzlamadığı için gelir düzeyi düşük olanlar ile yüksek olanlar, hastalar ile sağlıklı olanlar arasında bir yeniden dağıtım sağlamamaktadır. Tıbbi tasarruf hesapları bireyseldir ve kaynaklar sadece aynı bireyin sağlıklı olduğu dönemler ile hasta olduğu dönemler arasında dağıtılmaktadır. Tıbbi tasarruf hesaplarının zamansal bir yeniden dağıtım sağladığı da savunulmaktadır. Ancak kişilerarası dağıtım sağlamaması nedeniyle, gelirle sağlık arasındaki paralellik dikkate alındığında, hastalık yükünün gelir düzeyi düşük olan bireyler üzerinde kalmasına neden olarak, adaletsizliğe yol açtığı iddia edilmektedir (Hurley, 2000; Dixon, 2002:410). Bu nedenle Singapur'da düşük gelirli hanelerin sağlık finansmanında karşılaştıkları sorunları çözmek için Medifund adlı bir kamu fonu bulunmaktadır.

Tıbbi tasarruf hesapları için uygulanan teşvikler de adaletsizliklere neden olmaktadır. ABD’de tıbbi tasarruflardan elde edilen faizler üzerinden vergi alınmamakta, tasarruflar için yapılan katkılar vergiden düşülebilmekte ve tasarruflar emeklilik, ölüm ve maluliyet durumlarında kullanılabilmektedir. Bu nedenle tıbbi tasarruf hesapları, ABD’de yüksek oranda vergi verenlere, tasarruf yapacak oranda yüksek geliri olanlara ve hastalık riski az olanlara avantaj sağlamaktadır. Bu durum ABD’de özel sağlık sigortalarına paralel bir sistem olarak çalışan tıbbi tasarruf hesapları sisteminin daha riskli olan bireyleri özel sağlık sigortalarına kaydırmasına, dolayısıyla özel sağlık sigortası piyasasındaki prim oranlarının yükselmesine ve sigortasızların sayısının artmasına neden olmaktadır (Jefferson, 1999), Bu nedenlerle tıbbi tasarruf hesapları sisteminin ABD’nin adaletsiz finansman yapısını daha da adaletsiz hale getirdiği belirtilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:277).

b) Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden

Dağıtılması

Yeni bir finansman yöntemi olması, tıbbi tasarruf hesapları konusunda yeterince gözlem ve araştırma yapılmasını engellemektedir. Benzer gelir düzeyine sahip hanhalklarının aynı oranda katkı yapmasını gerektiren yatay adalet, tıbbi tasarruf hesaplarının gönüllü olduğu ülkelerde sağlanamamaktadır. Çünkü benzer hane gelirine sahip hanhalklarından sisteme katılmayanlar aynı oranda katkı sağlamayacaktır. Ayrıca aynı oranda sağlansa bile bu katkıların yeniden dağıtımına herhangi bir etkisi bulunmamaktadır.

3.2.2.2.3. Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Verimlilik

Tıbbi tasarruf hesapları sisteminde bireyler diledikleri sağlık hizmet sunucusundan hizmet alabilmektedir. Bu durumda bireylerin en ucuz hizmeti talep edeceğinden hareketle, tıbbi tasarruf hesaplarının genel olarak sağlık hizmetleri maliyetlerini azaltacağı söylenebilir. Ancak sağlık hizmetleri kullanımında bilgi asimetrisinin bulunması¹⁸¹ fiyat rekabetini engelleyecek ve rekabet ancak otelcilik hizmetleri, yüksek teknoloji kullanımı gibi doğrudan sağlık hizmetleri ile ilgili olmayan alanlarda söz konusu olacaktır. Singapur'daki deneyimler, talep yanlı bu stratejinin maliyetleri kısıtlamadığı ve verimliliği sağlayamadığını göstermektedir (Hsiao, 2001: 736). Ayrıca hizmet başına ödemenin kullanılıyor olması, yüksek maliyetli hizmetlerin tercihe ve hizmetin gereksiz kullanımına neden olabilmektedir (Dixon, 2002:410).

Tıbbi tasarruf hesapları yönteminde, bireylerin sağlık harcamalarını doğrudan yapmalarının yönetim maliyetlerini azaltması beklenmektedir. Ancak bireylerin tıbbi tasarruf hesapları planları ve hizmet sunucuları seçme hakkı arttıkça, yönetim maliyetleri artmaktadır. Ayrıca ABD'de olduğu gibi hem özel sağlık sigortaları hem de tıbbi tasarruf hesapları uygulamasının bir arada yürütülmesi, sigorta piyasasında bölünmeye neden olarak verimliliği azaltmaktadır. Bu bölünme risk bölünmesine de neden olmaktadır. Nitekim ABD ve Güney Afrika'da tıbbi tasarruf hesapları daha eğitilmiş, daha genç ve daha sağlıklı gruplar tarafından tercih edilmekte (ters seçim), dolayısıyla daha yüksek riskli gruplar ya cepten ödeme yapmakta ya da yönetimli bakım planlarına yığılmaktadır. Bu durumun sigortasızların oranını bile arttırdığı iddia

¹⁸¹ Sağlık hizmetleri kullanımında bilgi asimetrisi, hastaya konacak teşhis ve uygulanacak olan tedavi konusunda doktor ve hastanın aynı düzeyde bilgi sahibi olmaması anlamına gelmektedir. Dolayısıyla bireyler sağlık hizmetlerini talep ettiklerinde piyasadaki sıradan bir tüketici olarak hangi teşhis ve tedavinin daha doğru, hangi fiyatın daha makul vb. olduğuna karar veremezler. Bu nedenle talebi çok büyük oranda hekim belirler.

edilmektedir. Bu nedenle tıbbi tasarruf hesapları adaletsizliğe yol açmaktadır. Nitekim tıbbi tasarruf hesapları Çin’de kırsal ve kentsel bölge arasındaki adaletsizlikleri arttırmakta, Singapur’da ise ters seçime neden olmaktadır (Jefferson, 1999; Zabinski ve diğerleri, 1999; Dixon, 2002:410, 414; Hsiao, 2001:734). Deneysel araştırmalar sınırlı olmasına rağmen, tıbbi tasarruf hesaplarının, kaynak tahsisi kontrolü konusunda yetersiz olduğu ve bu durumun verimsizliğe yol açtığı da iddia edilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:272-300; Dixon, 2002:414).

3.2.2.2.4. Tıbbi Tasarruf Hesaplarında Sürdürülebilirlik

Diğer finansman yöntemlerine oranla oldukça yakın bir tarihte ve sadece birkaç ülkede uygulanan tıbbi tasarruf hesaplarının sürdürülebilirliğine yönelik kaygılar henüz gündeme gelmemiştir.

3.2.2.3. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, finansal korumanın olmaması anlamına geldiğinden hiçbir finansman sisteminde arzulanan bir yöntemdir. Bu nedenle cepten ödemelerle tüm nüfusun kapsam altına alınması gibi bir hedef olamayacağından, cepten ödemeler bu ölçüt çerçevesinde incelenmeyecektir. Ayrıca tercih edilmeyen bir yöntemin sürdürülebilirliği de tartışma konusu olamayacağından, cepten ödemeler bu ölçüt açısından da değerlendirilmeyecektir.

3.2.2.3.1. Cepten Ödemelerde Adalet

a) Cepten Ödemelerde Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Yapılan araştırmalar, cepten ödemelerin her türünün sağlık finansmanı için azalan oranlı bir gelir kaynağı olduğunu, dolayısıyla dikey adaleti sağlayamadığını göstermektedir. Wagstaff ve arkadaşlarının yaptığı araştırma, cepten ödemelerin

araştırma kapsamında olan tüm ülkelerde azalan oranlı olduğunu tespit etmiştir. Bu durum, gelir düzeyi yüksek olanların tümünün özel sağlık sigortasına sahip olmadığı İrlanda ve Hollanda gibi ülkelerde özel sigorta kapsamının tam olmamasına bağlanmaktadır. İsviçre ve ABD gibi daha yüksek azalan oranlılığa sahip ülkelerde ise, düşük gelirli bireylerin Avrupa'daki ülkelerde olduğu üzere kronik hastalık, emeklilik durumu ve düşük gelire sahip olma gibi nedenlerle cepten ödeme kapsamı dışında tutulmamasından kaynaklandığı belirtilmektedir (Wagstaff ve diğerleri, 1999:283; Wagstaff ve van Doorslaer 1998:21).

Kullanıcı katkıları gibi cepten ödeme türleri sağlık hizmetleri kullanımı ile paralellik göstermektedir. Gelirle sağlık arasındaki doğrudan ilişki nedeniyle hizmeti daha fazla kullanan gelir düzeyi daha düşük hastalar, daha fazla katkı sağlayacağından bu yöntemle finansman azalan oranlıdır ve dikey adaleti sağlayamamaktadır. Bu durum Portekiz, İsviçre ve ABD gibi doğrudan ödemelerin daha yüksek olduğu sistemlerin azalan oranlı yapısını daha da bozmaktadır. Hırvatistan'da cepten ödemelerle ilgili bir araştırma, en düşük gelir diliminde yer alanların gelirlerinin yüzde 5'ini kullanıcı katkıları için ödediklerini, diğer yandan en yüksek gelir diliminde yer alanların yüzde 0,6'sını harcadıklarını göstermektedir. Dahası enformel ödeme gibi ödemeler dikkate alındığında oranlar sırasıyla yüzde 17,3 ile 2,9'a çıkmaktadır (Mastilica ve Bozиков, 1999; Mossialos ve Dixon, 2002b:277).

Kullanıcı katkılarının adaleti arttırdığını iddia edenler de bulunmaktadır. Ancak kullanıcı katkıları uygulamasında adalet, düşük gelirli, emekliler ve kronik hastalar gibi gelir düzeyi düşük grupların etkili bir şekilde uygulama dışında tutulması ve bu yolla toplanan paraların gelir düzeyi düşük bireyleri sübvans etmek için kullanılması

durumunda sağlanabilmektedir. Bugün hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler, kullanıcı katkıları uygulamasında adaleti sağlamak konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. Çünkü etkili bir muaf tutma yöntemi uygulansa ve katkılar gelir düzeyi düşük bireylerin sübvansiyonu için kullanılsa bile, bu yolla ek gelir sağlanması genellikle vergilerin azaltılmasına yol açmakta, bu durum da gelir düzeyi daha yüksek olan bireyler açısından daha avantajlı bir durum yaratmaktadır (Mossialos ve Dixon, 2002b:277).

b) Cepten Ödemelerde Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Kullanıcı katkıları uygulamasında adaletsizlik, katkı payı ödemekten muaf tutulmanın gelire veya ihtiyaç testine göre yapılması durumunda azaltılabilmektedir. Ancak muafiyetin yaş, hastalık gibi ölçütlere göre yapılması yatay adaletsizliğe neden olabilmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002b:279).

Cepten ödemelerden kaynaklı yatay adaletsizliği, benzer gelir düzeyine sahip hanehalklarının farklı düzeylerde sağlık hizmetleri kullanımı belirlemektedir. Daha riskli olanların ve daha düşük gelirli olanların daha fazla hizmet kullanacağından hareketle, bu gruplar aleyhine bir yatay adaletsizlik söz konusu olacaktır. Almanya’da kullanıcı katkıları yükü düşük gelirli kronik hastalar üzerindedir. Ayrıca bir araştırma, Almanya’da 2003 yılında kabul edilen ve kullanıcı katkılarını arttıran yasanın 65 yaşın üzerindeki her yaş grubu, kronik hastalar ve düşük emeklilik aylığına sahip olanların kullanıcı katkıları yükünü arttıracaklarını göstermektedir (Mosebach, 2005:4). Bu nedenle birçok ülkede yüksek riskli ve düşük gelirli bazı gruplar kullanıcı katkılarından muaf tutulmaktadır.

Yatay adaletsizliği farklı tercihler de etkilemektedir. Fransa’da kullanıcı katkıları için tamamlayıcı özel sigorta yaptırılabilir. Tamamlayıcı özel sigorta yaptırmanın gönüllü olması ve ödeme gücüne göre değişmesi yatay adaleti bozabilecektir. Çünkü bu tür sigortayı tercih etmeyenlerin veya ödeme gücü olmayanların daha fazla sağlık harcaması ile yüz yüze kalması mümkündür. Ayrıca kullanıcı katkılarının bölgelere¹⁸², mesleki statüye¹⁸³ ve istihdam türüne¹⁸⁴ göre değişmesi de yatay adaletsizliğe neden olmaktadır (van Doorslaer ve diğerleri, 1999:298; Mossialos ve Dixon, 2002b:279).

Teorik modeller sağlık hizmetlerinde talep esnekliğinin en yüksek olduğu kesimin gelir düzeyi en düşük olan gruplar olduğunu göstermektedir. Bu nedenle kullanıcı katkıları, “ceteris paribus”, adaleti sağlamaktan öte, yüksek gelir grupları ile düşük gelir grupları arasındaki hizmete ulaşım farklılığını ikincisinin aleyhine daha da bozmaktadır. Deneysel çalışmalar da bu durumu kanıtlamaktadır (McPake, 1993:1397). Bu soruna sahip ülkelerin yatay adaletle ulaşması için sağlık hizmetleri finansmanı ve organizasyonu için daha fazla kaynak ayırması gerekmektedir (Carrin, 2002:58).

3.2.2.3.2. Cepten Ödemelerde Verimlilik

Kullanıcı katkılarının sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratacağı iddia edilmektedir (de Ferranti, 1985). Bu iddiaya göre, sağlık harcamalarının düşük ve düşmekte olduğu durumlarda sağlık hizmetleri için varolandan daha fazla kaynak yaratılması için kullanıcı katkıları kullanılmalıdır. Ancak kullanıcı katkıları yoluyla ek gelir elde edilmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin esnek olmaması varsayımına

¹⁸² Finlandiya’da belediyelere, Almanya’da yerel hastalık fonlarına.

¹⁸³ Avustralya’da hastalık fonlarına.

¹⁸⁴ Belçika, Fransa ve Hollanda’da ücretliler ve bağımsız çalışanlara.

dayanmaktadır. Bu varsayımdan hareketle kullanıcı katkıları talebi azaltmayacak ve gerekli ek gelirin yaratılmasını sağlayacaktır (Kutzin, 1998). Fakat kullanıcı katkılarının ek kaynak yaratacağı şüphelidir. Çünkü ek kaynak yaratabilmesi için hastanın hizmeti kullanmaya devam etmesi gerekmektedir. Halbuki bu durumda hizmetin kullanımı azalacağından ek gelir yaratma kapasitesi de azalacaktır (Towse, 1999:27). Ayrıca, muafiyetler nedeniyle kullanıcı katkılarını toplamak, ek yönetim maliyeti getireceğinden (Van de Ven 1983; Rice ve Morrison, 1994; Evans ve Barer, 1995), kullanıcı katkıları yoluyla elde edilecek ek gelirin anılan maliyetlerin üstünde olması gerekmektedir (Mossialos ve Dixon, 2002a:22-23).

İkinci iddia, kullanıcı katkılarının sağlık harcamalarının yüksek olduğu ve hızla yükselmeye devam ettiği durumlarda talebi azaltarak verimliliği arttıracığı ve böylece maliyetleri kısıtlayacağıdır. Bu iddia, cepten ödemelerin hizmetin gereksiz kullanımını önleyerek verimliliği arttıracığı varsayımına dayanmaktadır. Ancak yapılan araştırmalar kullanıcı katkılarının gerekli olan hizmete ulaşımı da olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir.

Yapılan araştırmalar kullanıcı katkılarındaki artışın orta ve düşük gelirli ülkelerin kırılgan sistemleri için büyük bir yoksulluk tuzağı oluşturduğunu ortaya koymaktadır. Tıbbi yoksulluk tuzağı olarak adlandırılan bu durumun boyutları ulusal hanehalkı araştırmaları ve yoksulluğu azaltmayı hedefleyen katılımcı çalışmalarla ortaya konmakta ve ana etkiler dört başlık altında toplanmaktadır. Bunlar; tedavi edilmemiş hastalıkların varlığı, sağlık hizmeti kullanımında azalma, uzun dönemde yoksullaşma ve bilinçsiz ilaç kullanımıdır (Whitehead, Dahlgren ve Evans, 2001:833-

836). Bu kaygılara rağmen cepten ödemelerin miktarı birçok sağlık sisteminde artmaktadır (Jemai, Thomson ve Mossialos, 2004:3-4).

DSÖ, düşük maliyetli, öngörülebilir ihtiyaçlar dışında, özellikle düşük gelir gruplarının gerekli sağlık hizmetleri kullanımına olan negatif etkisi dolayısıyla kullanıcı katkılarının bir finansman yöntemi olarak seçilmemesini önermektedir. Ancak kullanıcı katkıları gereksiz olduğu kanıtlanmış bazı özel müdahalelerin kullanımını azaltmak için uygulanabilir (WHO, 2000a:99).

4.BÖLÜM: TÜRKİYE’DE SAĞLIK FİNANSMANININ DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ KAPSAMINDA İNCELENMESİ VE FİNANSMAN MODELİ ÖNERİSİ

Çalışmanın bu son bölümünde Türkiye’de sağlık finansmanının değerlendirilmesi; yine tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik ve sağlık finansmanında sürdürülebilirlik ölçütleri dikkate alınarak yapılacaktır. Bu değerlendirme sonucunda, Türkiye için sağlık finansman seçenekleri tartışılacak ve model önerisinde bulunulacaktır.

4.1. Türkiye’de Tüm Nüfusa Sağlık Güvencesi Sağlanması ve Sağlık

Hizmetlerine Ulaşım

Türkiye’de sağlık sigortası kapsamında olmamak ve sigorta kapsamında bulunmaya rağmen sağlık hizmetlerine ulaşamamak önemli sorunlardır. İstatistiklerin güvenilir olmaması nedeniyle sosyal sağlık güvencesi kapsamında bulunan kişi sayısı konusunda farklı rakamlarla karşılaşmak mümkündür. Tablo 11, 2004 yılında nüfusun yüzde 89,9’unun sosyal sağlık güvencesi kapsamında olduğunu göstermektedir. Buna aynı yıla ait 13.418.559 Yeşil Kartlı sayısı eklendiğinde (Tablo 18) oran yüzde 108,6’ya çıkmaktadır¹⁸⁵. DB, 2003 yılı raporunda Yeşil Kart’lıların eklenmesiyle 1999-2000 yıllarında tüm nüfusun (yüzde 100,41) sağlık sigortası kapsamına ulaştığını belirtmektedir (WB, 2003:30). Hatta aynı DB araştırması, sosyal sağlık sigortasına sahip nüfus oranının 15 ilde toplam il nüfusunu aştığını ortaya koymaktadır¹⁸⁶.

¹⁸⁵ 2005 yılında yeşil kart sayısı azalmış olmasına rağmen sosyal sigortalar kapsamındaki nüfusun artması nedeniyle, sosyal güvence kapsamındaki nüfus 2005 yılı için de yüzde 108,6 çıkmaktadır. Ancak 2005 yılı SSK sağlık karnesi sayılarına ulaşamadığından hesaplamalar 2004 yılı verileri ile yapılmıştır.

¹⁸⁶ Bunlardan en yüksek orana sahip olanlar Zonguldak, Sinop, Tekirdağ, Denizli, İstanbul, Bursa ve Kocaeli’dir.

Sağlık güvencesi kapsamındaki nüfusun toplam nüfus sayısını aşması, rakamların gerçeği yansıtmadığını göstermektedir. Sosyal sağlık sigortası kapsamının nüfus sayısından fazla olmasının ilk nedeni, sosyal güvenlik kuruluşu değiştirildiğinde eski kaydın silinmemesi nedeniyle bir kişinin aynı anda birden fazla sosyal güvenlik kurumuna üye görünebilmesidir¹⁸⁷. İkincisi, bağımlı sayılarının tahmini katsayılara göre hesaplanması nedeniyle sayısı tam olarak bilinmeyen bağımlıların mevcut durumdan daha yüksek hesaplanması¹⁸⁸, üçüncüsü ise kayıtların düzenli tutulmamasından kaynaklanan istatistiki veri yanlışlığıdır.

Türkiye’de herhangi bir sosyal güvenlik kurumunun sağlık güvencesi altında olmak sağlık hizmetlerine ulaşabilmek ile aynı anlama gelmemektedir. SSK ve Bağ-Kur’da sağlık güvencesi kapsamında görünen birçok sigortalı ve bağımlısı prim yükümlülüklerini yerine getirmemeleri veya getirememeleri nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır.

İstatistiki verilerin gerçeği yansıtmaması ve prim yükümlülüklerinin yerine getirilmemesi veya getirilememesi nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşamaması, sağlık

¹⁸⁷ Bu durum SSK’da görülen bir sorundur.

¹⁸⁸ SSK ve ES’nda bağımlı sayıları katsayılara göre hesaplanmaktadır. SSK’da bağımlı sayısını hesaplamak için zorunlu sigortalılar 3.17, aylık alanlar 2.23 ve tarım sigortalıları 4 rakamı ile çarpılmaktadır. Ancak Kurum yetkililerince yaklaşık 30-40 yıl önceki bir araştırmaya dayandığı belirtilen bu katsayıların, sigorta kapsamının genişlediği ve doğurganlık oranlarının azaldığı günümüzde gerçeği yansıtmaktan uzak olduğu düşünülmektedir. Emekli Sandığı’nın katsayısı ise 2’dir. ES, 2002 tarihinden itibaren katsayı yerine sağlık karnesi sayılarını dikkate almaktadır (SSK, 2002:6).

Bağımlı sayılarının katsayılara göre tahmini olarak hesaplanmasını yanı sıra, bağımlıların hanede bulunan farklı sosyal güvenlik kuruluşuna aktif veya pasif üye olan bireylerin her birinden yararlanabildiği de gözlenen bir durumdur. Örneğin, eşi SSK’lı, oğlu aktif memur olan bir anne veya baba gerekli koşulları taşıdığı takdirde her iki kurumdan da sağlık karnesi alabilmektedir. Çünkü bağımlı olacak kişinin herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kaydı olup olmadığı incelenirken, sadece aktif veya pasif üyeliği araştırılmakta, bağımlılık durumu dikkate alınmamaktadır.

güvencesine sahip nüfusun daha güvenilir verilerle hesaplanması ihtiyacını doğurmuştur. Bu ihtiyaç, “sağlık karnesine sahiplik” ölçütünü gündeme getirmiştir¹⁸⁹.

2004 yılında SSK sağlık sigortasından yararlanan 37.469.597 kişiden (Tablo 11) yüzde 73,6’sı¹⁹⁰ sağlık karnesine sahiptir¹⁹¹. Bu durumda yüzde 26,4’ü¹⁹² sağlık güvencesi kapsamında görünmekle birlikte sağlık hizmetlerine ulaşamamaktadır¹⁹³. Benzer bir durum Bağ-Kur için de geçerlidir. 2004 yılında Bağ-Kur kapsamında bulunan toplam 16.233.984 kişiden yalnızca yüzde 60,2’si¹⁹⁴ sağlık karnesine sahiptir. Diğer bir deyişle, yüzde 40’ın¹⁹⁵ sağlık karnesi bulunmamaktadır (<http://www.bagkur.gov.tr>). Aktif memurların prim ödeme sorunu bulunmamaktadır. 2004 yılında toplam 10.528.010 kişi Emekli Sandığı kapsamında sağlık güvencesi altındadır.

Sağlık karnesi sayıları dikkate alındığında, 2004 yılında üç sosyal güvenlik kuruluşunun sağlık sigortası imkanından yararlanan nüfus sayısı 47.903.682 kişi ile nüfusun¹⁹⁶ yüzde 66,7’sidir. Özel sandıklar eklendiğinde nüfus sayısı 48.205.123 kişiye, nüfus kapsamı da yüzde 67,1’e çıkmaktadır. Dolayısıyla nüfusun yüzde 22,7’si SSK ve

¹⁸⁹ Başta DPT olmak üzere birçok kurum sağlık karnesi rakamlarını esas almaya başlamıştır. Ancak karne sayılarına da ihtiyatla yaklaşılması gerekmektedir. ES üye sayısı ile karne sayısı konusunda tam bir örtüşme olmasına rağmen, Maliye Bakanlığı yetkilileri aktif memurların aile bireylerini tam olarak bilemediklerini belirtmektedirler. Bağ-Kur’da sağlık karneleri her yıl vize edildiğinden rakamlar oldukça güvenilirdir. En büyük sorun yine SSK’da yaşanmaktadır. SSK’da sigortalılığı sona erenlerin bilgi işlem kayıtlarından düşülmesi konusunda önemli sorunlar bulunmaktadır.

¹⁹⁰ 27.595.000 kişi

¹⁹¹ SSK Bilgi İşlem Dairesi sigortalı kayıtlarını sicil numarasını esas alarak tutmaktadır. Bağımlılara da aktif sigortalı ya da emeklinin sicil numarası verildiğinden aynı sicil numarasına ait karne sayısı görülememektedir. Bu nedenle rakamlar DPT Sosyal Güvenlik Dairesi ile yapılan özel görüşme sonucunda elde edilmiştir.

¹⁹² 9.874.597 kişi

¹⁹³ SSK sağlık sigortası kapsamında olma ile sağlık karnesi sahipliği arasında büyük farkların olması kurumlar arasında farklı yaklaşımlarla değerlendirilmektedir. DPT, aradaki farkın sağlık karnesi alma hakkı olup almayanlardan kaynaklandığını belirtirken, SSK, sigortalıların karne almama yoluna gitmeyeceklerini vurgulayarak, farkın, bağımlıları tespit eden katsayıların yüksekliğinden kaynaklandığını iddia etmektedir.

¹⁹⁴ 9.780.672 kişi

¹⁹⁵ 6.453.312 kişi

¹⁹⁶ 2004 yılı nüfus sayısı 71.813.500 kişidir (<http://www.dpt.gov.tr>).

Bağ-Kur kapsamında görünmesine rağmen, fiili olarak hizmete ulaşamamaktadır. Sosyal sağlık sigortası kapsamını gösteren rakama 2004 yılına ait 13.418.559 Yeşil Kartlı sayısı eklendiğinde, 2004 yılında 61.623.682 kişiyle nüfusun fiili olarak yüzde 85,8'i sağlık güvencesi kapsamında, yüzde 14,2'si¹⁹⁷ ise sağlık güvencesi kapsamı dışında kalmaktadır.

Sağlık karnesi bazında yapılan hesaplama ile tespit edilen güvencesizlik rakamını doğrulayan araştırmalar olduğu gibi, daha yüksek olabileceğini gösteren araştırmalar da bulunmaktadır. DB tarafından yapılan bir araştırma, 50'den fazla ilde, Yeşil Kart dahil, nüfusun yüzde 10'undan fazlasının sağlık güvencesi bulunmadığını belirlemiştir (WB, 2003:29). Başbakanlığa göre nüfusun yaklaşık yüzde 20'si etkili olarak sağlık hizmetleri kapsamına ulaşamamaktadır (Başbakanlık, 2005:16). 2002-2003 yıllarını kapsayan Sağlık Bakanlığı Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması (SB UHSHA), herhangi bir sigortası olmayan kişi sayısının nüfusun yüzde 35,5'i kadarı olduğunu saptamıştır (SB, 2004c:2). Bu tarihten itibaren Yeşil Kart alan kişi sayısının artmasının bu rakamı bir miktar aşağıya çektiği düşünülmektedir¹⁹⁸.

Sağlık karnesi bazında yapılan hesaplamayı TÜİK verileri de doğrulamaktadır. 2004 yılı istatistiklerine göre 11 milyon 549 bin kişi esas işlerinden dolayı herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı bulunmamaktadır. Bu rakamın toplam istihdama oranı yüzde 53, toplam nüfusa oranı yüzde ise 16,4'tür. Yüzde 16,4 içinde bulunan bazı kimselerin hane reisi oldukları düşünülürse (yüzde 64,3'ü erkektir) geçindirmekle yükümlü oldukları eş, çocuk ve ana babalarının da güvencesiz kalacağı dikkate alındığında, bu rakamın daha yüksek olabileceği öne sürülebilir. Öte yandan, kayıt dışı

¹⁹⁷ 10.189.818 kişi

¹⁹⁸ 2002-2004 yılları arasında dağıtılan yeşil kart sayısı toplamı 1.919.834'dir (Tablo, 18).

Çalışanların bir kısmının bağımlı statüsü ile sistemden yararlanma olasılığı da bulunmaktadır.

Ülkemizde tüm nüfusa sağlanamayan sağlık güvencesi kapsamı kıra, kente, gelir gruplarına ve bölgelere göre de farklılaşmaktadır. SB UHSHA'na göre, kırsal nüfusun yüzde 45,4'ünün sağlık sigortası yokken, kentsel nüfusun yüzde 29,9'unun sağlık sigortası bulunmamaktadır (SB, 2004c:7). Bu durum kırsal nüfusun sağlık hizmetleri talebini ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine ulaşımını olumsuz yönde etkilemektedir. DB araştırması da benzer bir durumu tespit etmiştir. Bu araştırmaya göre, Orta Anadolu ve Karadeniz Bölgesi dışında sağlık hizmetleri talebi genellikle kırsal bölgelerde daha düşüktür (WB, 2003:9). Kırsal bölgedeki yüksek güvencesizlik durumu, kırsal bölgede sağlık durumunun daha kötü olmasını açıklayan nedenlerden biridir. Boratav yaptığı bir araştırmada, kır ve kent arasında sağlıkla ilgili göstergeler bakımından gözlenen büyük farkın, kırsal nüfusun istisnalar dışında sosyal güvenlik sisteminin dışında kalması ile açıklanabileceğini belirtmektedir (Boratav, 2004:73).

Gelir gruplarına bakıldığında, düşük gelirliilerin daha büyük oranda kapsam dışında kaldığı görölmektedir. SB UHSHA'na göre, 0-199 milyon T.L. gelire sahip en düşük birinci gelir diliminde yer alanlar yüzde 55,2 ile en yüksek sigortasızlık oranına, 1.799 milyon T.L.'den fazla gelire sahip en yüksek beşinci gelir diliminde yer alanlar ise yüzde 15,5 ile en düşük sigortasızlık oranına sahiptir (SB, 2004c:2, 6). Bu durum sağlık hizmetleri talebini ve sağlık hizmetlerine ulaşımı doğrudan etkilemektedir. DB tarafından 2001 yılında 66 ilde 4.000 hanehalkı ile yürütölen bir araştırmaya göre, beş gelir dilimi içerisinde en düşük ilk iki dilimde yer alan hane halklarından sağlık hizmetine ihtiyaç duyanlar arasında sağlık hizmeti talebinde bulunma oranı, ortalama

yüzde 68'lerde kalırken, en yüksek gelir diliminde ortalama yüzde 77'ye çıkmaktadır (WB, 2003:8). Ayrıca en son ayakta tedavi için başvuranların, en düşük birinci dilimde yüzde 46'sı sigortalı iken, en yüksek beşinci dilimde yüzde 86'sı sigortalıdır (Tablo 21). Dolayısıyla sağlık sigortasına sahip olma ile hizmet talebinde bulunma ve hizmete ulaşma arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (WB, 2003:9).

Sigortalı olmama durumu bölgelere göre de büyük farklılıklar göstermektedir. Orta Anadolu Bölgesi'nde nüfusun yüzde 28,7'si sosyal sigorta kapsamı dışındayken, Doğu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri'nin yüzde 47,5'i sigorta kapsamı dışındadır (SB, 2004c:7). DB araştırması da benzer verilere sahiptir. Bu araştırmaya göre en yüksek sigortasızlık oranına sahip il yüzde 67 ile Şırnak'tır. Şırnak'ı sırasıyla yüzde 60 ile Osmaniye, yüzde 52 ile Hakkari ve Urfa, yüzde 51 ile Ağrı, yüzde 47 ile Muş ve Van, yüzde 45 ile Diyarbakır, yüzde 43 ile Iğdır, yüzde 42 ile Ardahan ve yüzde 41 ile Mardin, Maraş ve Kilis izlemektedir (WB, 2003:29). Hasta olanlar arasında tedavi talebinde bulunanların bölgeye göre değişmesi ile sağlık güvencesi arasında bir paralellik kurmak mümkündür. Hasta olanlar arasında en düşük düzeyde tedavi talebinde bulunanların Güney Doğu ve Doğu Anadolu Bölgeleri olması bu paralelliği doğrulamaktadır (WB, 2003:9).

Sağlık hizmetlerine ulaşım için sağlık güvencesi yeterli olmamaktadır. Sağlık güvencesine rağmen hizmete ulaşımı engelleyen diğer bazı etmenler de söz konusudur. Bu etmenlerden sağlık finansmanı ile ilişkili olanı cepten ödemelerin düzeyi, diğer bir anlatımla kapsamın derinliğidir¹⁹⁹. Daha önce vurgulandığı üzere, cepten ödemelerin

¹⁹⁹ Hizmet sunumundan kaynaklanan yetersizlikler de hizmete ulaşımı önemli oranda etkilemektedir. Ayrıca eğitim, yaş, kültür gibi sosyo-kültürel etmenler hizmet talebini doğrudan etkilemektedir (Gulliford ve diğerleri, 2002).

varlığı ya tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanmadığının (kapsamın genişliğinin) ya da tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanmasına rağmen bazı hizmetlerin kapsam dışında bırakıldığının (kapsamın derinliği) göstergesidir. Ülkemizde 2000 yılı verileri ile toplam sağlık harcamalarının yüzde 29'unu oluşturan cepten ödemeler oldukça yüksek bir orandadır²⁰⁰ (Tablo 7, 8). Buna rağmen, her geçen gün birçok ilaç ve tıbbi malzeme kapsam dışında bırakılmaktadır (Maliye Bakanlığı 6 Sıra Nolu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 2006; TTB 2006a ve 2006b).

Ülkemizde cepten ödemelerin yüksek oluşu hizmete ulaşımı önemli oranda aksatmaktadır. Kapsamda olan hizmetler için yapılan enformel ödemelerin, toplam cepten ödemelerin yüzde 25'ini oluşturması üzerinde önemle durulması gereken bir sorundur. Dahası enformel ödemelerin yüzde 73'ünün “nakit para ödemelerinden” oluşması, enformel ödemelerin “hizmet için teşekkür etme” amacını aştığını göstermektedir. Ayrıca bu ödemelerin, kamu sektöründe, gelir düzeyi daha düşük olanlar, yaşlılar ve işsizler tarafından daha yüksek oranlarda yapılıyor olması, sağlık göstergeleri daha bozuk olan bu grupların sağlık göstergelerinin iyileşmesini engellemektedir. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlansa bile, özellikle kamu hastanelerindeki hastaların muayenahaneye yönlendirilmesi ve başta cerrahi hizmetler için yapılanlar olmak üzere enformel ödemelerin kontrol altına alınamaması, yukarıda anılan dezavantajlı grupların hizmete ulaşımını engellemeye devam edecektir. Nitekim tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizlik, Yeşil Kartlılarda yüzde 93, sigortalı olanlarda ise yüzde 73 oranındadır (Tatar ve diğerleri, 2003:64).

²⁰⁰ 2001-2004 verileri TÜİK geçici verileri olduğundan 2000 yılı verileri kullanılmıştır.

DB araştırması da düşük gelirliilerin daha fazla cepten ödeme yaptığını tespit etmiştir. 2001 yılında yapılan araştırmaya göre, en son ayakta tedavi sırasında yapılan cepten ödeme miktarı birinci gelir diliminde 43,1 milyon TL iken, beşinci gelir diliminde 38,6 milyon TL’dir. Ayrıca cepten ödeme tüm gelir dilimlerinde kentlerde daha yüksektir (Tablo 21). Birbirine yakın olan rakamların bütçedeki büyüklüğü dikkate alındığında, gelir düzeyi daha düşük olanların daha olumsuz etkileneceği açıktır.

Tablo 21: Sağlık Hizmetleri İçin Cepten Ödemeler (Gelir Dilimine Göre), 2001

Gelir Dilimleri	Yerleşim	Sağlık Kurumuna Son Başvuruda Cepten Yapılan Harcama		Sağlık Kurumuna Son Başvuru Sırasında Sağlık Sigortası Sahipliği	
I.Dilim	Kırsal	42,300,000	43,100,000	% 28	% 46
	Kentsel	43,400,000		% 54	
II.Dilim	Kırsal	23,500,000	37,000,000	% 62	% 73
	Kentsel	42,000,000		% 77	
III.Dilim	Kırsal	55,200,000	40,800,000	% 50	% 70
	Kentsel	37,000,000		% 75	
IV.Dilim	Kırsal	26,000,000	30,300,000	% 81	% 86
	Kentsel	31,200,000		% 87	
V.Dilim	Kırsal	27,900,000	38,600,000	% 58	% 86
	Kentsel	40,600,000		% 88	

Kaynak: WB, 2003:9

Tüm nüfusun sağlık güvencesi kapsamında olmamasının ve cepten ödemelerin yüksekliğinin en önemli sonucu, sağlık hizmetlerine ulaşamamaktan dolayı genel sağlık göstergelerinde gerekli iyileşmelerin gözlenememesidir. Tablo 19’da yer alan Türkiye’de sağlık göstergeleri ile ilgili veriler bu durumu tüm açıklığı ile ortaya koymaktadır. Boratav’ın yaptığı araştırma da, sosyal sigortalı olmanın sağlıkla ilgili göstergeleri olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Boratav’a göre, “...düzenli ve formel istihdam koşullarında çalışan kentli ücretli-maaşlı gruplar, sosyal güvenlik sisteminin parasız sağlık hizmetlerinin olanaklarını sonuna kadar kullanmaktadırlar ve bu durum sağlık göstergelerinde de olumlu yansımalar gerçekleştirmiştir...”. Boratav’ın araştırmasında, sigortasızlar arasında en büyük iki grubu oluşturan işsizler ve esnaf/marjinaller, sağlık göstergeleri açısından en geride kalan gruplar olarak karşımıza

çıkılmaktadır (Boratav, 2004:72). Aynı tespit 1996 yılında Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu tarafından hazırlanan “Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Araştırması”nda da dile getirilmiştir. Araştırmaya göre, “en kötü sağlık statüsüne sahip olanlar, genellikle, sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanı en az olanlardır” (Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, 1995a ve 1995b).

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanabilmesi ve sosyal güvenlik kurumları arasında norm ve standart birliği oluşturmak amacıyla Genel Sağlık Sigortası Yasası kabul edilmiştir. GSS Yasası; mevcut sistemle kapsam altına alınmayan işsizlik sigortası dışındaki işsizler, isteğe bağlı sigortalılar, oturma izni almış ve bir yıldan daha uzun süre Türkiye’de ikamet eden yabancılar ile Yasanın 60. maddesinde sayılmayan diğer kişileri de primleri kendilerince ödenmek kaydıyla kapsam altına almıştır.

Ancak Yasa’nın kabulü tüm nüfusa fiili olarak sağlık güvencesi sağlamak için yeterli bir adım değildir. Mevcut sistemde sosyal sağlık güvencesi kapsamına ulaşmayı engelleyen yüksek kayıt dışı istihdam, yüksek işsizlik oranları, prim yükümlülüklerini yerine getirmeme veya getirememe gibi etmenler GSS sisteminin de fiili olarak tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamasını engelleyecektir. Ayrıca GSS ile sisteme yeni katılan ve primlerini kendileri ödemek zorunda bulunanlardan gelir düzeyi aylık asgari ücretin üçte birinden biraz daha yüksek olanlar (ve bu nedenle Yeşil Kart alamayanlar) prim ödeme zorluğu çekebileceklerdir. Nitekim SB UHSHA’na göre 0-199 milyon TL. gelire sahip olan birinci gelir diliminde yer alanlar yüzde 55,2 ile en yüksek sigortasızlık durumuna sahiptir. Bu gelir diliminde geriye kalan yaklaşık yüzde 45’lik kesimin büyük çoğunluğunun Yeşil Kart almış olma olasılığı yüksektir. Dahası, primlerini kendileri ödeyerek sisteme yeni katılacak olan en düşük gelir diliminde yer

alan bu kişilerin prim miktarlarının hangi ölçütlere göre prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı olarak belirlendiği ortaya konmamıştır. Bu durum prim ödemeyi daha da zorlaştıracak, hatta engelleyebilecektir. 2006 tarihindeki asgari ücret düzeyi dikkate alınarak hesaplama yapıldığında, bu kişilerin 531,00 YTL asgari ücret²⁰¹ üzerinden yüzde 12 prim oranının iki katı tutarı karşılığı 127,5 YTL prim ödemeleri gerekmektedir. Mevcut sistemde SSK ve Bağ-Kur sigortalılarının büyük bir kısmının asgari prime esas kazanç üzerinden prim ödedikleri dikkate alındığında, bu oldukça adaletsiz bir durumdur. SSK’da 2004 Eylül itibariyle asgari ücret üzerinden prim ödeyenlerin toplam sigortalılara oranı yüzde 43,6’dır. Hatta yüzde 70’i asgari ücrete çok yakın bir kazanç üzerinden ödeme yapmaktadır²⁰². Aynı tarihte üst sınır üzerinden prim ödeyenlerin oranı sadece yüzde 3,4’tür (SSK, 2004:29). Bağ-Kur’da da Mayıs 2006 tarihi itibariyle toplam sigortalıların yüzde 49,9’u 1.-11. basamaklar arasında, yüzde 42,3’ü ise 12. basamak üzerinden prim ödemektedir. Geriye kalan yaklaşık yüzde 7-8 12-24. basamaklar arasında ödemede bulunmaktadır (<http://www.bagkur.gov.tr>).

GSS uygulamasında sigortalının sağlık hizmeti sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısının aranmasının hizmete ulaşımı olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir (5510, m.67). Sosyal güvenlik sistemimiz içinde ilk kez 1999 yılında 4447 sayılı Yasa’yla başlatılan bu uygulama, sağlık güvencesinden yararlanabilmek için bireylerin danışıklı bir şekilde sigortalı olma yoluna gitmeleri, bu durum da sosyal güvenlik kurumlarının (özellikle SSK’nın) finansman sorunlarını daha da ağırlaştırdığı gerekçesine dayanmakta idi.

²⁰¹ 1.1.2006- 31.12.2006 tarihleri arasında geçerlidir. 23/12/2005 tarih ve 26032 sayılı R.G.

²⁰² Eylül 2004’te kazanç aralığı 14,805,000 – 96,232,500 TL’dir. Sigortalıların yüzde 70’i 14,805,000 - 21,000,000 kazanç aralığında ödeme yapmıştır.

Ancak tek bir finansman havuzu ile tüm nüfusu sosyal sağlık güvencesi kapsamına alma amacı taşıyan ve finansmanına devletin de katıldığı bir sistemin prim ödeme koşulunu sürdürmesi, sosyal devlet ilkesi ile çelişen bir durumdur. Çünkü bu koşul, 11 aydan daha uzun süreyle primini ödeme yükümlülüğünü yerine getiremeyenlerin hizmetten yararlanamayacağı anlamına gelmektedir. Öte yandan, tüm GSS sigortalıları için geçerli olan bu durum için birtakım istisnalar getirilerek temel bazı sağlık hizmetleri güvence altına alınmıştır.

Kendi adına ve hesabına çalışanlar, isteğe bağlı sigortalı olan kişiler, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülke mevzuatı kapsamında sigortalı olmayan kişiler, 60.madde dışında kalan ve başka bir ülkede sağlık sigortasından yararlanma hakkı bulunmayan GSS sigortalıları ve bakmakla yükümlü olduğu kişileri için 30 gün prim ödeme koşulu ile birlikte, sağlık hizmeti sunucusuna başvurdıkları tarihte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil genel sağlık sigortası prim borçlarının bulunmaması şartının aranması, hem Yasanın norm ve standart birliği sağlama amacına aykırıdır hem de sigortalı olmaya rağmen sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlükler yaşanacağını göstermektedir.

Bunların yanı sıra, GSS'nin bağımsız çalışanlar için başka bir düzenlemesi daha bulunmaktadır. Bu düzenleme, beş yılı aşan süreye ilişkin prim borcu bulunan bağımsız çalışanların, borçlarını Kurumca bildirilecek belirli bir süre içinde ödemedikleri takdirde, sigortalılıklarının durdurulmak suretiyle tamamen kapsam dışında bırakılmalarıdır. Ancak sigortalılıkları durdurulana Yasa'da belirtilen kurallar çerçevesinde borçlarını ödeyenler tekrar sisteme kabul edileceklerdir (5510, m.88). Yasa'nın birçok ülkede olduğu üzere bağımsız çalışanlar için özel ödeme düzenlemeleri

belirlemek yerine, bu grubu sistem dışında bırakma yoluna gitmesi, tüm nüfusu kapsam altına alma hedefine aykırıdır ve dayanışmayı zayıflatan bir uygulamadır. Ayrıca bu düzenleme, özel sağlık sigortası yaptırmayı teşvik edebilecektir. Sistemin izin vermesi nedeniyle, daha genç ve daha sağlıklı olup düşük özel sağlık sigortası primi ödeme olasılığı bulunanların böyle bir tercihte bulunmaları muhtemeldir. Ancak Şili, Almanya ve Hollanda'daki tecrübeler, bu durumun daha riskli olanların kamu sisteminde kalmasına neden olarak, hem sistemin finansman açısından sıkıntıya girmesi hem de sistemdeki dayanışmanın zayıflaması ile sonuçlanabileceğini göstermektedir. Ayrıca özel sağlık sigortası için ödenecek primlerin bireysel emeklilik primleri ile birlikte asgari ücretin yüzde 30'unu geçmeyen kısmının prime esas kazançlara dahil edilmemesi (5510, m.80) özel sektörü teşvik eden diğer bir uygulamadır. Teşvik tercihinin adaletsiz olan bu tür teşvikler yerine, sosyal sigorta primini ödemekte zorlanan düşük gelirli bireyler için kullanılması daha adaletli bir yaklaşım olacaktır.

GSS Yasası mevcut sosyal sağlık sigortası sisteminde varolan kullanıcı katkılarını sürdürmenin yanı sıra, ek katkılar öngörmektedir. Ayrıca mevcut sistemde gelir ve aylık alanlar ile aileleri için yüzde 10 olan katkı miktarının GSS Yasa'sında alt sınır olarak belirtilmesi, bu katkıların yüzde 10-20 arasında belirlenebilmesine fırsat tanımaktadır. Yasa, mevcut sistemde bulunmayan "ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi" için başlangıçta 2 YTL ve her yıl Kurumca belirlenecek miktar oranında yeni bir katkı payı alınmasını öngörmüştür (5510, m.68). Hatta bu katkı payı Yeşil Kartlılar, vatansızlar, sığınmacılar ve 65 yaş aylığı kapsamında olanlar gibi gelirlerinin çok düşük olması nedeniyle tamamen devlet tarafından finanse edilen grupları da kapsamaktadır. Düşük gelirli bu gruplar talepleri halinde anılan katkıları Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu'ndan geri alabileceklerdir. Ancak belirli bir

zamanı, eforu ve ek ulaşım masrafını gerektirebilecek böyle bir telafi mekanizmasının beklenen etkiyi yapmama olasılığı yüksektir. Tatar ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı araştırma, bu grupların ek katkılara ne kadar hassas olduğunu göstermektedir. Bu nedenlerle, GSS'deki ek katkıların sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda yaşanan sorunları daha da artırma olasılığı yüksektir.

4.2. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Adalet

Türkiye’de sağlık finansmanında adalet konusu vergilerle finansmanda, sosyal sağlık sigortası ile finansmanda, özel sağlık sigortası ile finansmanda ve cepten ödemeler ile finansmanda dikey adalet ve gelirin yeniden dağıtılması ile yatay adalet ve gelirin yeniden dağıtılması konuları çerçevesinde ele alınacaktır.

4.2.1. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Dikey Adalet ve Gelirin Yeniden Dağıtılması

Türkiye’de 2000 yılında sağlık harcamalarının yüzde 26’sı vergilerle finanse edilmiştir²⁰³ (Tablo 7). Abuzer Pınar tarafından, 1994 ve 2002 yılı TÜİK Hanehalkı Gelir ve Tüketim Harcamaları Anketi verileri ve net mali yansıma analizi yöntemi ile yapılan bir araştırma, Türkiye’de dolaysız vergilerin önemli bir bölümünü oluşturan gelir vergisinin²⁰⁴ genellikle artan oranlı bir tarife ile tahsil edildiğini, bu nedenle adaletli bir yapıya sahip olduğunu tespit etmiştir. Bu araştırmaya göre, 1994 yılında yaklaşık yüzde 2,3’lük, 2002 yılında ise yüzde 1,8’lik bir gelir, üst gelir grubundan alt gelir gruplarına dağılmaktadır. Ancak bu dağılımdan en büyük payı orta ve orta altı gelir grupları almakta, en düşük pay ise en alt gelir grubuna gitmektedir. Araştırmacı bunun en önemli nedeninin kayıt dışı gelir olduğunu belirtmektedir. 1994 yılında

²⁰³ 2001-2004 verileri TÜİK geçici verileri olduğu için 2000 yılı verileri kullanılmıştır.

²⁰⁴ 2005 yılında yüzde 93,5’i (<http://www.gib.gov.tr>).

Türkiye’de kayıt dışı çalışanların yaklaşık yüzde 30’u alt gelir, yüzde 60’ı orta ve orta üstü gelir, yüzde 10’u da (2002’de yüzde 12’si) üst gelir grubunda yer almaktadır. Gelir vergisinin artan oranlı yapısı nedeniyle, gelir arttıkça kayıt dışılıktan kaynaklanan vergi kaybı da yükseleceğinden, gelir vergisi yoluyla alt gruplara yeniden dağılan gelirin önemli bir bölümü orta gelir gruplarına yansımaktadır (Pınar, 2004:29).

Türkiye’de genel bütçe vergi gelirleri içerisinde dolaysız vergilerin oranı azalmaktadır. 1960 yılında genel bütçe vergi gelirlerinin yüzde 42’si dolaysız vergilerden oluşmakta iken, bu oran 1965 yılında yüzde 33,1’e düşmüştür (Tablo 22). Daha sonra artış eğilimine giren oran en yüksek seviyesine yüzde 62,8 ile 1980 yılında ulaşmıştır. Ancak 1984 yılında Katma Değer Vergisi (KDV) uygulamasının başlatılması (Uluatam, 2005:404) dolaysız vergilerin payını önemli oranda azaltmıştır. 1985 yılında

Tablo 22: Genel Bütçe Vergi Gelirleri Tahsilatının Yüzde Dağılımı*, 1960-2005

Yıllar	Dolaysız Vergiler			Dolaylı Vergiler		
	Gelir	Servet	Toplam	Mal ve Hizm.	Dış Ticaret	Toplam
1960	40,4	1,6	42,0	31,7	26,3	58,0
1965	31,2	1,9	33,1	38,7	28,2	66,9
1970	35,5	2,1	37,6	38,2	24,2	62,4
1975	45,8	0,9	46,7	32,3	21,0	53,3
1980	61,9	0,9	62,8	27,4	9,8	37,2
1985	46,3	0,6	46,9	33,6	19,5	53,1
1990	51,2	0,9	52,1	30,2	17,7	47,9
1991	51,4	0,9	52,3	31,4	16,3	47,7
1992	49,5	0,9	50,4	33,5	16,1	49,6
1993	47,6	1,0	48,6	34,0	17,4	51,4
1994**	41,9	6,3	48,2	36,5	15,3	51,8
1995	39,9	0,8	40,7	41,3	18,0	59,3
1996	38,6	0,8	39,4	43,3	17,3	60,6
1997	40,0	0,7	40,7	41,9	17,4	59,3
1998	45,8	0,8	46,6	39,1	14,3	53,4
1999	44,2	1,2	45,4	41,3	13,3	54,6
2000	39,6	1,3	40,9	42,9	16,2	59,1
2001	39,3	1,1	40,4	45,6	14,0	59,6
2002	32,4	1,2	33,6	50,4	16,0	66,4
2003	30,5	2,5	33,0	52,1	14,9	67,0
2004	29,0	1,8	30,8	52,4	16,8	69,2
2005	28,7	2,0	30,7	53,1	16,2	69,3

* Sosyal güvenlik katkı payları dahil değildir. **Ekonomik Denge Vergisi, Net Aktif Vergisi ve Ek Motorlu Taşıtlar Vergisi dahildir.

Kaynak: <http://www.gib.gov.tr>, genel bütçe vergi gelirleri tahsilatının dağılımı (1923-2005) tablosundan hesaplanmıştır.

dolaysız vergilerin genel bütçe gelirleri içindeki payı yüzde 46,9'a inmiştir. 1990-1992 döneminde yüzde 50'ler civarında seyreden oran, 1993'ten itibaren azalarak 1996'da yüzde 39,6'ya düşmüştür. 1996-2001 arasında yüzde 40'lar düzeyinde seyreden oran, 2001 yılından sonra yaklaşık on puan düşerek 2005 yılında yüzde 30,7'ye inmiştir.

Türkiye'de 2005 yılında, toplam vergi gelirleri içerisinde gelir vergisinin oranı yüzde 19,1 kurumlar vergisinin oranı ise yüzde 9,6'dır. Dolayısıyla 2005 yılında gelir ve kurumlar vergilerinin toplam vergiler içindeki toplam oranı yüzde 28,7'dir. Gelir ve kurumlar vergisi üzerinden alınan vergiler toplamı 1965 yılında yüzde 29,6 iken, zaman içinde artarak 1980 yılında yüzde 51,8'e çıkmıştır. Daha sonra küçük dalgalanmalarla azalma eğilime girmiş ve 2003 yılında yüzde 23,7'ye düşmüştür. Aynı yıllarda OECD ülkeleri ortalaması yüzde 34-38 arasında seyretmiştir. OECD ortalaması 2003 yılında yüzde 34,4 ile Türkiye'nin oldukça üstündedir (<http://www.gib.gov.tr>).

Türkiye'de dolaysız vergiler içerisinde servet vergisinin payı çok düşüktür (Tablo 22). 2005 yılında dolaysız vergilerin yalnızca yüzde 6,5'i servet vergisinden oluşmaktadır. 2005 yılında servet vergisinin genel bütçe vergi gelirleri içindeki oranı ise sadece yüzde 2'dir (Tablo 22). Bu durum ülkemizde servet üzerinden önemli bir vergi alınmadığını göstermektedir. Türkiye'de servet unsurları üzerinden alınan verginin toplam vergi gelirleri içindeki payı 1965 yılında yüzde 10,5 iken zaman içinde azalarak 1990'da yüzde 2,3'e düşmüş, sonra tekrar artarak 2003 yılında 3,2'ye yükselmiştir. 2003 yılında OECD ortalaması yüzde 5,6'dır. Benzer bir şekilde servet vergisinin GSYİH içindeki payı 1965 yılında 1,1 iken, 1990'da yüzde 0,5'e düşmüş, 2003 yılında tekrar yüzde 1,0'e yükselmiştir. 2003 yılında yüzde 1,9 olan OECD ülkeleri ortalaması Türkiye'nin yaklaşık iki katıdır (<http://www.gib.gov.tr>).

Pınar, yukarıda belirtilen araştırmasında, menkul ve gayri menkul gelirlerini kapsayan servet vergisi de dikkate alındığında, 1994 yılında üst gelir grubundan yaklaşık olarak yüzde 8,7'lik bir gelirin alt gruplara dağıldığını, ancak yine en büyük payı orta üstü gelir grubunun aldığını belirlemiştir. 2002 yılı için bu dağılım yüzde 2 oranına düşmektedir. Araştırmacı bu durumun veri ve varsayım farkından kaynaklanmış olabileceğini düşünerek ikinci rakamın daha gerçekçi olduğunu belirtmektedir (Pınar, 2004:29-30).

Türkiye'de vergilerin önemli bir bölümünü dolaylı vergiler oluşturmaktadır. 1980 yılında genel bütçe vergi gelirlerinin yüzde 37,2'sini oluşturan dolaylı vergiler, 1984 yılında KDV uygulamasının başlatılmasıyla genel bir artış eğilimine girmiş ve 1996 yılında yüzde 60,6'ya çıkmıştır. 1998 yılında yüzde 53,4'e inen oran, özellikle 1999'dan itibaren hızla artarak 2005 yılında yüzde 69',3'e ulaşmıştır (Tablo 22)²⁰⁵. Mal ve hizmetler üzerinden alınan dolaylı vergiler, 2005 yılında genel bütçe vergi gelirleri içindeki toplam dolaylı vergiler içerisinde yüzde 76,6'lık bir paya sahiptir. Genel bütçe vergi gelirleri içerisinde 2003 yılında yüzde 52,1'lik bir paya sahip olan mal ve hizmetler üzerinden alınan vergilerin toplam vergi gelirleri içindeki payı yüzde 49,5'tir. 1965 yılında toplam vergi gelirlerinin yüzde 53,9'unu oluşturan mal ve hizmetlerden alınan dolaylı vergiler zamanla azalarak 1980 yılında yüzde 25,6'ya gerilemiş, ancak bu

²⁰⁵ Dolaylı vergilerin 1999 sonunda hızlı artmasının iki nedeni bulunmaktadır. Birincisi 1999 yılında gerçekleşen deprem vesilesiyle dolaylı vergilerin artırılmasıdır. İkincisi ise 1998 yılında dönemin Maliye Bakanı Zekeriya Temizel tarafından başlatılan ve 22.07.1998 tarih ve 4369 sayılı ile yasalaşan vergi tabanının genişletilmesi, kayıt dışı ekonominin kayda alınması, vergi sisteminin daha basit ve açık hale getirilmesi, vergi adaletinin sağlanması, ekonomiye uyum ve ceza sistemine caydırıcılık kazandırılmasına yönelik düzenlemelerin bir yıl sonra geri tepmesi, ancak anılan yasayla öngörülen gelir ve kurumlar vergisi indirimlerinin varlığını sürdürmesidir. Bu çerçevede en düşük gelir vergisi oranı yüzde 25'ten yüzde 15'e, en yüksek oran da yüzde 55'ten yüzde 40'a düşürülmüştür (DPT, 2001b:17). Dolaysız vergilerde yapılan en son indirim, 2006 yılından itibaren kurumlar vergisinin yüzde 30'dan yüzde 20'ye indirilmesidir. Ayrıca AKP iktidarı en yüksek gelir vergisi oranının yüzde 40'tan yüzde 35'e indirileceğini de açıklamıştır (ntv-msnbc, 30.11.2005).

tarihten sonra tekrar artarak 2003 yılında yüzde 49,5'e yükselmiştir. 2003 yılında OECD ülkeleri ortalaması yüzde 32,1 ile ülkemizin yaklaşık üçte ikisi kadardır (<http://www.gib.gov.tr>).

Toplam vergi gelirleri açısından bakıldığında, 2005 yılı için dahilde ve ithalde toplam KDV oranı yüzde 32,1'dir. Sadece KDV bile yüzde 28,7 olan dolaysız vergi gelirlerinden fazladır. Özel tüketim vergisi 2005 yılında yüzde 28,2 ile neredeyse dolaysız vergilere eşittir. Özel tüketim vergisinin genel tüketim vergisi sayılan KDV'yle çok yakın bir orana sahip olması gelişmiş ülkelerde pek rastlanan bir durum değildir (Oyan, 2006). Nitekim OECD ülkeleri ortalamasına bakıldığında, 2003 yılında genel tüketim vergilerinin toplam vergi gelirleri içindeki payının yüzde 18,9, özel tüketim vergilerinin payının ise yüzde 11,5 olduğu görülmektedir (<http://www.gib.gov.tr>).

Türkiye'de KDV yükü, en düşük gelir dilimi için 1994 yılında yüzde 14, 2002 yılında yüzde 16 iken, en yüksek gelir dilimi için her iki yıl için de yüzde 9'dur (Pınar, 2004:33). Türkiye'de KDV'ye ilişkin mali yansıma hesaplamaları, bu verginin gelir dağılımı üzerinde etkisiz, hatta küçük oranlarda da olsa düşük gelir aleyhine bir sonuç doğurduğunu göstermektedir. Bunun en önemli nedeni, düşük gelir gruplarının harcama bileşiminin büyük ölçüde düşük oranlı KDV'ye tabi mallardan oluşmasıdır. Standart oranın altındaki oranlarda KDV'ye tabi harcamalar düşük gelirli grupların yüzde 47'sini oluştururken, yüksek gelirli grupların yüzde 31'ini oluşturmaktadır. Buna rağmen, KDV vergisinin adaleti ciddi bir tartışma konusudur. Çünkü en düşük gelir grubunun ortalama KDV yükü en yüksek gelir grubunun 1.5 katından fazladır. Ülkemizde son yirmi yılda dolaylı vergilerin vergi gelirleri içindeki payının artması, kamu finansmanını kolaylaştırmasına ve tasarrufları arttırmasına rağmen, bu tasarrufların

kullanılma biçimleri ve vergi düzenlemeleri, gelir vergisinin de artan oranlılığının etkisini azaltmıştır (Pınar, 2004:31-34).

Türkiye’de vergi yükü adaletli dağıtılmamaktadır. Vergi yükünün tüketiciye yansıtıldığı yüzde 70 civarındaki dolaylı vergi oranı vergi adaletini sağlamaktan uzaktır. Geriye kalan yüzde 19,1’lik gelir vergisinin yarısının da ücretliler üzerinden alınıyor olması, ayrıca gelir düzeyi yüksek olmayan vatandaşların motorlu taşıtlar vergisi gibi birtakım servet vergileri ödedikleri de dikkate alındığında, orta ve düşük gelir düzeyine yansıyan vergi yükünün yüzde 82-83’lere ulaşması olasıdır. Buna karşılık ülke toplam gelirlerinin yüzde 60’ını oluşturan kar, faiz ve kira sahipleri üzerinden alınan vergiler, genel vergi gelirlerinin sadece yüzde 17-18’inden ibaret kalmaktadır (Oyan, 2006). Bu nedenle bugünkü vergi yapısı sağlık hizmetleri finansmanında dikey adaleti sağlamaktan uzaktır.

Türkiye’de 2000 yılı verilerine göre sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 36’sı sosyal sigorta yöntemiyle finanse edilmektedir²⁰⁶ (Tablo 7). Diğer ülkelerde olduğu üzere ülkemizde de sosyal sağlık sigortanın doğuş nedeni hastalık dolayısıyla oluşan gelir kaybının telafi edilmesine dayandığından, sosyal sağlık sigortası sistemimizin finansmanı ücret ve kazançla orantılıdır. Finansmanın sadece ücret ve kazanca dayalı olması, diğer bir deyişle yatırım ve tasarruflardaki gelirin dikkate alınmaması, ülkemizdeki sosyal sağlık sigortası sistemi finansmanını adaletsiz yapmaktadır. Ayrıca prime esas kazancın üst sınırının bulunması bu adaletsizliğin daha da bozulmasına neden olmaktadır.

²⁰⁶ 2001-2004 verileri TÜİK geçici verileri olduğu için 2000 yılı verileri dikkate alınmıştır.

Ülkemiz sosyal sağlık sigortası sisteminde üç çeşit yeniden dağıtım bulunmaktadır:

1. Primlerin değişiklik gösteren bireysel hastalık riskine göre değil, ücret ve kazançla göre alınıyor olması, kişilerarasında hem dikey hem yatay gelir dağılımına neden olmaktadır.
2. Bağımlılar için ek bir ödeme yapılmıyor olması, bekar olanların ya da çocuksuzların geniş aileleri sübvans etmesini sağlayarak kişilerarası yeniden dağıtımı arttırmaktadır.
3. Halen çalışanlar ile emekliler arasında nesillerarası bir yeniden dağıtım sağlanmaktadır. Bu yeniden dağıtım yaşlı nüfusun ve doğuştan beklenen yaşam süresinin artması ile artmaktadır.

Ancak, hastalarla sağlıklı olanlar, bekarlarla geniş aileye sahip olanlar, çalışanlarla emekliler ve sınırlı da olsa işsizler arasında görülen bu yeniden dağıtım sadece sigortalılar arasında yaşanmaktadır. Ülkemizde sağlık karnesi dikkate alınarak yapılan hesaplama göre, yeniden dağıtım sağlanan nüfus oranı yüzde 66,7'dir. Almanya'da yapılan araştırmalar, adaletli bir vergi yapısına sahip bir ülkede, vergilerle finansmanın primlerle finansmana oranla daha adaletli ve verimli olacağını ortaya koymaktadır (Schmahl, 1998).

Türkiye'de 2000 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde cepten ödemelerin oranı yüzde 29'dur²⁰⁷ (Tablo 7). OECD ülkelerine oranla oldukça yüksek olan bu rakam, toplam sağlık harcamaları içerisinde vergilerin payından daha yüksektir. Sağlık finansmanında azalan oranlı bir yapıya sahip olan ve gelirle ilişkili olmayıp hizmet

²⁰⁷ 2001-2004 verileri TÜİK geçici verileri olduğu için 2000 yılı verileri dikkate alınmıştır.

kullanımı ile paralellik gösteren cepten ödemelerin her türü dikey adaleti sağlamaktan uzaktır. Bu nedenle ülkemizde cepten ödemelerin yüksekliği, finansman sistemindeki dikey adaletsizliğin boyutlarını daha da arttırmaktadır.

Türkiye’de 2000 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde sadece yüzde 3,7’lik bir paya sahip olan özel sağlık sigortacılığı (SB, 2004a), gelire göre değil hastalık riskine göre prim belirlediği için finansmanda dikey adaleti sağlayamamaktadır.

Finansmanda adaleti sağlamayı hedefleyen GSS Yasası, ülkemizde ilk kez zorunlu devlet katkısı uygulamasını başlatmıştır. Bu olumlu gelişmenin GSS ile finansmanda dikey adaleti artırarak gelirin yeniden dağıtılmasına katkı sağlaması beklenmektedir. Ancak bu katkı, kamu gelirlerinin adaletli bir şekilde toplanması ile mümkün olabilecektir.

Türkiye’nin mevcut sosyal sağlık sigortası sisteminde, finansmanda dikey adalet ve gelirin yeniden dağıtımının düzeyi, herhangi bir iyileştirmeye gidilmediği sürece GSS sisteminde de geçerli olacaktır. Yine mevcut sistemde olduğu üzere, GSS sisteminde de prim tavanı uygulamasının benimsenmesi, finansmanda dikey adaleti azaltacaktır. GSS’nin tüm nüfusu kapsam altına alması, mevcut sistemde yalnızca sigortalı olanlar arasında gerçekleşen yeniden dağıtımın, tüm ülke çapında gerçekleşmesini mümkün kılacaktır. Ancak Yasanın tüm nüfusu kapsam altına alma hedefini fiili olarak gerçekleştirememesi olasılığı, finansmanda dikey adaleti sağlama ve gelirin yeniden dağıtımının en üst düzeyde gerçekleşmesini engelleyecektir.

GSS Yasası'nın primleri kendilerince ödenecekler için getirdiği prime esas günlük kazancın alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı oranındaki asgari prim miktarı, gelir ile ilişkilendirilmediği için dikey adaletsizliğe neden olacaktır. Ayrıca mevcut sistemde gelir ve aylık alanlar ile aile bireyleri için yüzde 10 olarak belirlenen kullanıcı katkıları oranlarının yüzde 10-20 arasında belirlenebilecek olması ve ek kullanıcı katkılarının öngörülmesi, finansmanda dikey adaleti azaltacak ve gelirin yeniden dağıtımını bozacaktır.

4.2.2.Türkiye’de Sağlık Finansmanında Yatay Adalet ve Gelirin Yeniden

Dağıtılması

Genellikle dikey adaleti sağlayan dolaysız vergiler bazı durumlarda yatay adaleti sağlayamamaktadır. Ülkemizde özel sağlık sigortası primleri vergiden düşülebilmektedir (<http://www.gib.gov.tr>). Ayrıca özel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar için KDV’den yararlanılmaktadır. Bu durum özel sağlık sigortası yaptırmayan veya özel sağlık harcaması yapmayan benzer gelirli hanhalklarının böyle bir destekten yararlanmasını engelleyerek yatay adaletsizliğe neden olmaktadır.

Ülkemizdeki sosyal sağlık sigortacılığı sisteminde yatay adaleti bozan bazı uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamaların ilki, benzer gelir düzeyine sahip hanhalklarının bağımlı, bağımsız ve kamu çalışanı olmalarına bağlı olarak farklı oranlarda prim ödemeleridir. İkincisi, prim miktarının hane gelirine göre değil bireysel ücret düzeyine göre belirlenmesidir. Bu durum benzer gelire sahip hanelerin, hanede çalışıp prim ödeyen kişi sayısının farklılığına bağlı olarak, farklı oranlarda katkı yapmasını doğurabilmektedir. Üçüncüsü, mevcut sosyal sağlık sigorta sisteminin ülkenin tüm vatandaşlarını kapsamaması nedeniyle, benzer gelir düzeyine sahip

hanehalklarından sisteme dahil olan ve olmayanların aynı düzeyde katkı sağlamamalarıdır. Bu durumda, aynı oranda gelir elde eden hanehalklarından kayıt dışı çalışanlar sisteme herhangi bir katkıda bulunmamaktadırlar.

Özel sağlık sigortaları ile finansmanda yatay adalet konusuna bakıldığında iki etmenin belirleyici olduğu görülmektedir. Birincisi, belirli bir gelir düzeyinde bulunan hanehalklarının ne oranda özel sigortalı olduğudur. Ülkemizde özel sağlık sigortacılığı, hem ikame edici hem tamamlayıcı sigorta olarak kullanılmaktadır. Benzer gelire sahip hanelerden birinin ikame edici, diğerinin tamamlayıcı özel sigortayı tercih etmesi, sigorta için ödenecek primlere doğrudan etki edeceğinden yatay adalet bozulacaktır. İkinci etmen, özel sağlık sigortasına ödenen primin büyüklüğüdür (van Doorslaer ve diğerleri, 1999:297). Ülkemizde benzer hane gelirine sahip olanlardan özel sağlık sigortasına sahip olanların hangi miktarlarda prim ödedikleri de bilinmemektedir. Ancak, benzer hane gelirine sahip olanların aynı düzeyde özel sağlık sigortası yaptırdıkları varsayılsa bile, özel sağlık sigortacılığında primlerin gelire göre değil hastalık riskine göre belirleniyor olması yatay adaletsizliği kaçınılmaz kılmaktadır. Çünkü aynı gelire sahip iki kişiden genetik olarak hastalık riski daha yüksek olan daha fazla prim ödemek zorundadır.

Türkiye’de kronik hastalar için heyet raporu ile kullanılan bazı ilaçlar dışında, kullanıcı katkıları için herhangi bir muafiyet sistemi bulunmadığından, benzer hane gelirine sahip olanlardan sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyanlar daha fazla kullanıcı katkısı ödediğinden yatay adalet bozulmaktadır. Bu durum özellikle gelir düzeyi düşük hanelerin hizmete ulaşımını olumsuz yönde etkilemektedir. Tatar ve arkadaşlarının yaptığı araştırma kullanıcı katkılarının en çok yoksulların, yaşlıların ve

işsizlerin hizmete ulaşımını engellediğini göstermektedir (Tatar ve diğerleri, 2003:56). Ayrıca ülkemizde farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı güvenceler sağlaması, cepten ödemelerin miktarının sosyal güvenlik kuruluşu üyeliğine göre değişmesine neden olarak yatay adaleti azaltmaktadır.

GSS Yasası katkılar ve sağlanan yardımlar açısından büyük ölçüde norm ve standart birliği sağlayacağı için bazı yatay adaletsizlik durumları ortadan kalkacaktır. GSS ile tek bir kurum tarafından istihdam statüsüne bağlı olarak değişmeyen tek bir prim oranı üzerinden katkı toplanması, mevcut sisteme oranla yatay adaleti arttıracak bir uygulamadır. Ancak GSS'nin neden olacağı bazı yatay adaletsizlik durumları da bulunmaktadır. Örneğin özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı paylarının aylık asgari ücretin yüzde 30'unu geçmeyen kısmının prime esas kazançtan düşülebilecek olması yatay adaletsizliğe neden olabilecektir. Çünkü benzer hane gelirine sahip olanlardan özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payı ödeyenlerin prime esas kazançları, dolayısıyla yaptıkları katkı miktarı azalacaktır. Ayrıca prim miktarı hane gelirine göre değil, bireysel ücret gelirine göre belirlenmeye devam edeceği için mevcut sosyal sigorta sisteminde görülen yatay adaletsizlik durumları GSS sisteminde de gözlenecektir. Örneğin benzer gelir düzeyine sahip hanelerin yaptıkları katkılar hanede bulunan aktif çalışan bireylerin sayısına göre farklılaşacaktır. GSS tüm nüfusu zorunlu olarak kapsam altına almasına rağmen, fiili kapsamın daha dar olma olasılığı, benzer hane gelirine sahip olanlardan çeşitli nedenlerle sistem dışında kalanların sisteme aynı katkıyı sağlamamasına neden olacaktır. Örneğin primini ödeme yükümlülüğünü yerine getirmeyen veya getiremeyen bağımsız çalışanların bir kısmı sistemden ayrılarak aynı katkıyı sağlayamayacaklardır. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu'nun mevcut kullanıcı katkılarının bir kısmını

yükseltme yetkisinin bulunması ve ek kullanıcı katkıları öngörmesi yatay adaleti bozacaktır.

4.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Verimlilik

Türkiye’de sağlık finansmanında verimlilik konusu; finansmanın maliyetleri kontrol altına almaya etkisi, finansmanın genel ekonomiye etkisi (iş hareketliliği, işgücü piyasası esnekliği, işgücü maliyetleri, uluslararası rekabete etkisi), finansmanın kaynak dağılımı verimliliği ve teknik verimlilik ile ilişkisi açılarından ele alınıp incelenecektir.

4.3.1. Türkiye’de Sağlık Finansmanının Maliyetleri Kontrol Altına Almaya Etkisi

Benzer gelir düzeyine sahip olup benzer oranda sağlık harcaması yapan ülkelerle kıyaslandığında sağlık durumumuzun daha bozuk olması (Başbakanlık, 2005), sosyal sağlık sigortacılığı sistemimizin maliyetli bir sistem olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, SSK hastaneleri SB’na devredilene kadar SSK açısından tam tersi bir durum söz konusu olmuştur. Kuruluşundan 5283 sayılı Yasa’nın kabul edildiği 6.1.2005 tarihine kadarki 40 yıl boyunca sağlık hizmeti ihtiyacını kendi sağlık tesisleri ile karşılayan ve bir ilaç fabrikasına sahip olan SSK, kişi başı sağlık harcaması Yeşil Kart sahiplerinden sonra en düşük olan sosyal güvenlik kuruluşudur²⁰⁸ (SB, 2004a:26). SSK hastanelerinin SB’na devri ve SSK’nın serbest eczanelerden ilaç almaya başlaması ile SSK’nın sağlık harcamalarında önemli oranda artış görülmüştür (Tablo 34). Diğer yandan, OECD

²⁰⁸ 5283 sayılı Yasa’dan önce bir ilaç fabrikasına sahip olmanın yanı sıra, kendi hastaneleri ve hastaneler içinde eczaneleri bulunan SSK, ilaçları üretici veya ithalatçı firmalar ile depolardan ihaleler yoluyla almakta idi. Bu dönemde ayakta sağlık hizmeti alan SSK’lıların ilaçları hastanelerde bulunan eczanelerden sağlanmakta idi. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunumu ile ilaç temin etme ve dağıtım ağının genelde sağlık harcamalarının, özelde ise ilaç harcamalarının düşük olmasına katkıda bulunma olasılığı yüksektir (Liu, Çelik ve Şahin, 2005:xiii). Diğer yandan ülkemizdeki veriler SSK üyelerinin sağlık durumlarını görmeye izin vermediği için bu düşük harcama durumunun düşük sağlık statüsü ile sonuçlanıp sonuçlanmadığını değerlendirmek mümkün değildir. Ayrıca SSK’nın kendi sağlık tesisleri ile sunduğu hizmetlerin kalitesi de sıklıkla tartışma konusu olmuştur.

lkelerinde politik müdahaleye daha az açık olan sosyal sağlık sigortacılığı sistemleri, ülkemizde tam tersi bir Şekilde politik müdahaleye açık olmuş ve sosyal güvenlik kurumlarının gelirleri birçok iktidar döneminde herhangi bir kamu geliri gibi algılanıp, ucuz kredi olarak kullanılmıştır (Akbulak ve Akbulak, 2004:170-172).

GSS uygulaması ile sağlık sistemi maliyetlerinin artması beklenmektedir (Başbakanlık, 2005:74-75). Yapılan projeksiyonlar GSS ile birlikte finansman açığında büyük bir artış olacağı ve kamu sağlık harcamalarının 2025 yılında GSYİH’nın yüzde 8,8’ine ulaşacağını göstermektedir. Mevcut sistemin devam etmesi durumunda bu oran yüzde 4,2 dolayında olacaktır. Sağlık maliyetlerinin ‘‘Sağlıkta Dönüşüm Reformu’’ (Sağlık Bakanlığı, 2003) kapsamında pilot uygulama olarak başlatılan ‘‘Aile Hekimliği Modeli’’ ve diğer bazı sağlık reformları ile kontrol altına alınması planlanmaktadır. Aynı projeksiyon, sağlık reformlarının planlandığı gibi uygulanması durumunda oranın yüzde 3,7’ler seviyesine çekileceğini göstermektedir.

4.3.2. Türkiye’de Sağlık Finansmanının Ekonomiye Etkisi

Türkiye’de istihdam statüsüne bağlı olan sosyal sağlık sigortacılığının işgücü piyasasındaki hareketlilik, dolayısıyla ekonomideki verimlilik üzerindeki etkisini ortaya koyan çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak sosyal güvenlik kurumlarında, yardımlara hak kazanma koşulları ve yardım miktarındaki farklılıklar nedeniyle kurumlararası yapay geçiş çabalarının gündeme geldiği bilinmektedir. Birçok Bağ-Kur sigortalısı kendi iŐyerini bir yakınının üzerine devrederek kendi işyerinde SSK’ya tabi olarak çalışma yoluna gidebilmektedir (Makas, 2003:319). Genellikle daha fazla emeklilik aylığı almak için tercih edilen ve yasal düzenlemelerle nlenmeye çalışılan bu yapay geçiŐlerin, sağlık yardımlarından yararlanmak için gerçekleŐtirilmesi de mümkündür.

Bağ-Kur sağlık sigortası prim borcu bulunan bir sigortalı sağlık hizmetlerinden yararlanamamaktadır. Sigortalının çok maliyetli bir hastalığa yakalanması böyle bir geçişe neden olabilecektir. SSK'da gözlenen bu durumların önüne geçebilmek için 4447 sayılı Yasa ile belirli bir süre prim ödemiş olma koşulu aranmaya başlanmıştır.

Ülkemizde sağlık yardımlarının kapsamı ve bu yardımlardan yararlanma koşulları açısından en avantajlı kurum ES'dır. Sağlık yardımları ile kamuda istihdam isteği arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar bulunmamakla birlikte, Türkiye'de kamuda istihdam başta iş güvencesi olmak üzere sosyal haklar açısından tercih edilen bir durumdur. Bu nedenle piyasada daha verimli işlerde çalışabilecek olan birçok kamu çalışanı kamudan ayrılmayı tercih etmemektedir. Özellikle daha az sağlıklı olanların daha büyük oranda bu tercihte bulunması olasıdır.

Ayrıca kayıt dışı istihdamın büyüklüğü nedeniyle, birçok kişinin sağlık ve diğer sosyal güvenlik yardımlarından yararlanabilmek için düşük ücretler ve kötü koşullarla SSK kapsamındaki işleri tercih ettiği gözlenmektedir. Türkiye'de işgücü devrini ve eğilimini etkileyen sosyo-ekonomik etmenleri belirlemek amacıyla Adapazarı'nda yapılan bir araştırma, bireylerin çalıştığı işi tercih etme nedenleri içerisinde sosyal güvence yüzde 31,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Birinci sırayı yüzde 41,1 ile beceriye uygun olma almaktadır. Aynı araştırmada işten ayrılma nedenleri içerisinde sosyal güvenliğin bulunmaması yüzde 23,4 ile ilk sırada bulunmaktadır. İşe devam etmedeki etmenlerin önemi açısından da sosyal güvenlik yüzde 38,3 ile yine ilk sırada yer almaktadır (Hira, 1999: 106, 111, 132).

Türkiye’de işgücü maliyetleri AB ve OECD ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça yüksektir²⁰⁹ (Gürsel ve diğerleri, 2004:200; Coşkun, 2006; Tüzmen, 2006; Uysal, 2006). Türkiye’de işveren payına düşen ödemelerin brüt ücret içindeki oranı, sektörlerle göre farklılaşarak, yüzde 20-40 arasında değişmektedir. İşgücü maliyetinin toplam maliyet içindeki payının yüksek olduğu emek yoğun sektörlerde bu oran, diğer sektörlerden daha yüksektir. Bu orana işçinin payına düşen gelir vergisi ve diğer kesintiler de eklendiğinde, istihdam vergileri olarak adlandırılan kesintiler yüzde 40-60’lara çıkmaktadır (Gürsel ve diğerleri, 2004:200). Uysal’a göre Türkiye, ücretler üzerindeki vergi yükü ve sosyal güvenlik priminin toplam işgücü maliyetine oranı açısından, yüzde 42,1 ile OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır (Uysal, 2006). Bu durum sadece uluslararası rekabette dezavantaj yaratmamakta, işsizliğin ve kayıt dışı istihdamın artışını da körüklemektedir. Bu nedenle rakamın yüzde 25’lere çekilmesi gerektiği belirtilmektedir (Uysal, 2006).

Yatırım Ortamını İyileştirme Koordinasyon Kurulu’nun İstihdam Çalışma Grubu tarafından hazırlanan raporunda, SSK primlerinin yüksekliğine yer verilerek, sorunun çözümü için vergi ve primini düzenli ödeyen işyerlerine indirim uygulanması gerektiği kararına varılmış, bu indirimin bir sonraki yılda ödenecek vergi ve SSK primlerinden mahsup edilmesinin uygun olacağı belirtilmiştir. Bu uygulama ile özellikle emek yoğun sektörlerde rahatlama ve uluslararası rekabette güç kazanmanın sağlanacağı iddia edilmektedir (Tüzmen, 2006; Coşkun, 2006).

Yapılan araştırmalar, işgücü maliyetlerinde çeşitli yollardan sağlanabilecek bir indirimin, örneğin gelir vergisinin veya çeşitli prim indirimlerinden sağlanacak

²⁰⁹ Vergi sisteminin zaman içinde bozulması, erken emeklilik programları ve SSK fonlarının devlet tarafından kullanılması işgücü maliyetlerinin artmasına neden olmuştur (Gürsel ve diğerleri, 2004:200).

düşüşlerin, istihdam üzerinde olumlu etkide bulunacağını göstermektedir. Kayıtlı özel sektör açısından işgücü talebinin işgücü maliyeti esnekliklerine dayanılarak yapılan tahminde, işgücü maliyetinde yüzde 15’lik bir düşüşün istihdamı yaklaşık yüzde 3,5 arttıracığı belirlenmiştir. Ancak kayıt dışı istihdam üzerinde etkili olmayacak bu durum toplam istihdam artışını aşağıya çekebilecektir. Ayrıca yapısal etmenler, özellikle işsizliğin belirli bir seviyenin altına düşmesiyle kendilerini daha kuvvetli bir şekilde hissettirerek belirli bir noktada baraj oluşturabilecektir (Gürsel ve diğerleri, 2002:199-200).

Sigortacılık ilkesini benimseyen GSS uygulaması da benzer verimlilik sorunları doğurabilecektir. GSS, üyeliğin istihdam statüsüne göre belirlendiği mevcut sistemde bulunan farklı yararlanma koşullarının bir kısmını olduğu gibi korumaktadır. Örneğin bağımsız çalışanların ve primlerini kendileri ödeyecek olan diğer üyelerin, hizmet talebinde bulunduklarında belirli bir süre prim ödeme koşullarının yanı sıra, hem kısa hem de uzun vadeli sigorta kollarına ait prim borcu bulunmaması gerekmektedir. Bu durum bireylerin bağımsız çalışma statüsünden kaçınmalarına neden olabilecektir. Öte yandan, GSS Yasası ile istihdam statüsüne göre üyelik kaldırılıp tek bir finansman kurumunun kurulması ve birçok açıdan norm ve standart birliğinin sağlanacak olması, işgücü piyasasındaki yapay geçişleri ortadan kaldırabilecektir.

4.3.3. Türkiye’de Sağlık Finansmanının Kaynak Tahsisi Verimliliği ve

Teknik Verimliliğe Etkisi

Kaynak tahsisi verimliliğini değerlendirmenin üç yöntemi bulunmaktadır. Bunlar; kaynakların sağlık sektörü ve ekonominin diğer sektörleri arasındaki dağılımı, kaynakların sağlık sektöründeki farklı hizmetlere örneğin koruyucu veya tedavi edici

sağlık hizmetlerine dağılımı ve kaynakların özel klinik hizmetlere (örneğin hangi ilaçlar hangi oranda ödenmektedir) tahsisidir (Mossialos ve Dixon, 2002b:288-289).

Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, 1985 yılında yüzde 2,2, 1995 yılında yüzde 3,4, 1998 yılında yüzde 4,8 iken 2002 yılında yüzde 6,5’e ulaşmasına rağmen, yüzde 8,6 olan OECD ortalamasının altındadır (WHO HFA-DB, 2006).

Türkiye’de kaynakların sağlık sektörü içindeki dağılımı açısından en önemli sorun, kaynak tahsisinin verimli bir şekilde yapılmasını sağlayacak (il düzeyinde ihtiyaç analizi, hastalık profili, ölüm oranları, sağlık sistemini kullanım durumu gibi) verilerin bulunmamasıdır (Akbulut, 2003:100-101). Bu veri yetersizliği, Sağlık Bakanlığı’nın ihtiyaca veya kullanıma dayalı olarak belirlenen çağdaş bir kaynak tahsisi yöntemi yerine, geleneksel “Tarihsel Kullanım Yöntemi”ni kullanmasına neden olmaktadır. Bu yöntem, bütçeden Bakanlığa ayrılan paranın hastaneler, sağlık ocakları gibi sağlık kurum ve kuruluşlarına aktarılması işlemiyle yürütülmektedir.

Ülkemizde çağdaş bir kaynak tahsisi yöntemi bulunmaması, kaynakların farklı sağlık fonksiyonlarına göre dağılımında politik kararların etkili olmasına yol açmaktadır. Akbulut’un yaptığı araştırma, tahsis işlemlerinin politik kararlardan etkilendiğini göstermektedir. Araştırma, temel sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi (sağlık ocağı dağılımı gibi) konusunda İstanbul, Kırşehir, Kocaeli, Kütahya gibi bazı illerin mevcut kaynak tahsisi sistemine göre oldukça dezavantajlı durumda olduklarını, buna karşılık Konya, Kayseri ve Yozgat gibi kimi illerin ise çoğunlukla avantajlı olduklarını göstermektedir. Ayrıca ödeneklerin tahsisinde illeri sağlık ocağı sayısına göre gruplandıran ve bu gruplara göre ödenek tahsis eden Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık

Hizmetleri Genel Müdürlüğü, sağlık ocağı sayısında bir değişiklik olmamasına rağmen illerin ödeneklerini arttırıp azaltma yoluna gidebilmiştir (Akbulut, 2003: 101-102).

Kaynakların çeşitli sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, ülkemizde maliyet etkililiği en yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların düşük olduğunu göstermektedir. 1999 ve 2000 yılları itibariyle “koruma ve halk sağlığı hizmetleri” için ayrılan kaynaklar, toplam cari sağlık harcamalarının sırasıyla yüzde 2,85 ve yüzde 2,41’idir (Tablo 23). Aynı yıllar için OECD ortalaması yüzde 2,9’dur (OECD Health Data, 2005).

Tablo 23: Türkiye’de Cari Sağlık Harcamasının Fonksiyonel Dağılımı (1999-2000)

Fonksiyonel Sınıflama	Cari Sağlık Harcaması yüzde Dağılım	
	1999	2000
Yatarak Tedavi	21.20	19,89
Ayakta Tedavi	31,00	29,74
Rehabilite Edici Hizmetler	0,95	0,88
Yardımcı Sağlık Hizmetleri	3.56	3.48
Tıbbi Malzemeler	28.36	29.07
Koruma ve Halk Sağlığı Hizmetleri	2.85	2.41
Sağlık Yönetimi ve Sigortası	1.99	2.27
Sınıflanamayan Diğer	10.10	12.26
Toplam	100,01	100,00

Kaynak: SB, 2004a: 24.

Koruma ve halk sağlığı hizmetleri için ayrılan kaynakların OECD ortalamasına yakın olması, koruyucu hizmetler için ayrılan kaynakların yetersiz olmadığı anlamına gelmemektedir. Türkiye’de 1999 ve 2000 yıllarındaki cari sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımında, “halk sağlığı programları sunumu ve yönetimi” için yapılan harcamaların toplam cari sağlık harcamaları içerisindeki payı sırasıyla yüzde 0,12 ve yüzde 0,44 (Tablo 24) ile 2000 yılında yüzde 2,3 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır (OECD Health Data, 2005). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin

fonksiyonlarına göre dağılımındaki rakamın gerçeği yansıttığı konusunda kuşkuya düşülmektedir.

Tablo 24: Türkiye’de Cari Sağlık Harcamasının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı (1999-2000)

Hizmet Sunucuları	Cari Sağlık Harcaması (%)	
	1999	2000
Hastaneler	39,43	38,03
Ayaktan Sağlık Hizmeti Sunucuları	24,06	23,71
Perakende Satış ve Diğer Tıbbi Malz. Sunucuları	27,57	28,36
Halk Sağlığı Programları Sunumu ve Yönetimi	0,12	0,44
Genel Sağlık Yönetimi ve Sigorta	1,98	2,13
Sınıflanamayan Diğer Kategori	6,83	7,33

Kaynak: SB, 2004a: 22.

Koruyucu hizmetler, sağlık hizmeti sunucuları arasında sadece Sağlık Bakanlığı tarafından sunulmaktadır. 2004 yılında Sağlık Bakanlığı bütçesinin de yalnızca yüzde 31,65’i temel sağlık hizmetlerine harcanmıştır. Bu miktar tedavi hizmetlerine ayrılan yüzde 56,98’in yaklaşık yarısıdır (SB, 2004b:25). Koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların arttırılması, bebek ve anne ölüm oranlarını iyileştireceği gibi, toplam sağlık harcamaları içerisinde yüksek olan ilaç harcamalarının da düşmesini sağlayacaktır. Türkiye 1999 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 32,4’ünü, 2000 yılında yüzde 33,5’ini ilaçlara harcamıştır. Bu oran gelişmiş ülkelerde yüzde 15’ler düzeyinde seyretmektedir (SB, 2004a:26; DPT, 2001a:127).

Öte yandan, hastane harcamalarının önemli bir kısmının ayaktan tedavilere harcanması, kaynakların verimli kullanılmadığının diğer bir göstergesidir (Kartal, Özbay ve Erişti, 2004:15). Türkiye 2000 yılında hastane harcamalarının yüzde 38,1’ini ayaktan tedavi hizmetleri için yapmıştır. Gelişmiş ülkelerde yüzde 15-20 arasında

seyreden bu oranın (Erten ve Baysal, 2005:5) ülkemizde yüksek oluşu, sevk zincirinin etkili bir şekilde uygulanmadığını göstermektedir.

GSS sisteminin orta dönemde işgücü verimliliğini arttırması, ayrıca sosyal güvenlik sisteminin tek çatı altında toplanmasının kamu ve özel sektör arasında işgücü hareketliliğini arttırarak, işgücü verimliliğini yükseltmesi olasıdır (Başbakanlık, 2005:96).

GSS Yasası koruyucu sağlık hizmetlerini sigorta kapsamına almaktadır. Bu durum, anılan hizmetleri yerine getirmekle sorumlu bulunan Sağlık Bakanlığı hizmetleri ile çakışıp kaynakların verimsiz kullanımına yol açabilecektir. Diğer yandan, bazı koruyucu hizmetlerin GSS kapsamına devredilmesi, çeşitli nedenlerle GSS güvencesine ulaşamayanların bu koruyucu hizmetlere de ulaşamamasına neden olabilecektir.

Mevcut sistemde bulunmayan kullanıcı katkılarının ve bazı cepten ödemelerin GSS ile getirilmiş olması, kaynakların verimli kullanımına katkı sağlayabilecektir.

4.4. Türkiye’de Sağlık Finansmanında Sürdürülebilirlik

Türkiye’de sağlık finansman sisteminin büyük bir bölümü sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır. Bu nedenle, 1990’ların başından bu yana bozulan makro ekonomik dengeler ve çözülen kamu maliyesinin bir uzantısı olarak sürdürülemez boyutlarda mali ve idari kriz içine giren sosyal güvenlik sistemi (Yeldan ve Köse, 1999:87), sağlık finansmanını da etkilemiştir. Türk sosyal güvenlik sisteminde yaşanan bu mali kriz, gelişmiş ülkelerin genellikle yaşlanan nüfuslarına dayalı demografik sorunlardan farklı olarak, ekonominin yapısal nitelikli bir dizi sorununun bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır.

Sağlık finansman sistemindeki sorunların bir bölümü gelir azaltıcı, diğer bir bölümü gider arttırıcı gelişme ve uygulamalara dayanmaktadır. Sağlık finansmanında gelir azaltıcı etmenler sosyo-ekonomik yapıdan kaynaklanırken, gider arttırıcı etmenler prim karşılığı olmayan ödemeler gibi sigortacılıkta nimet-külfet ilkesine dayanmayan ve bu nedenle aktüeryal dengeleri bozan uygulamalar ile sağlık harcamalarının artışından kaynaklanmaktadır. Ayrıca, Türkiye'nin demografik yapısı, vergi yapısı, finansman kurumlarının kapasitesi, kültürel etmenler ve çevresel-politik etmenler sağlık finansmanı etkileyen diğer etmenlerdir.

4.4.1. Sağlık Finansmanında Geliri Azaltan Sosyo-Ekonomik Sorunlar

Türkiye'de sağlık finansmanında geliri azaltan etmenlerin bir bölümü kayıt dışı ve enformel istihdam, işsizlikteki artış, eksik istihdam gibi işgücüne katılım ve istihdamın yapısından kaynaklanmaktadır. Diğer bir bölümü ise ekonomik büyüme, gelir dağılımı, yoksulluk gibi sosyo- ekonomik sorunlar ile prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü, prim tahsilatının tam olarak yapılamaması ve aktif pasif oranındaki düşüş gibi sosyal güvenlik sisteminin yapısından kaynaklanan sorunlardır.

4.4.1.1. İşgücüne Katılım ve İstihdam Yapısından Kaynaklanan Sorunlar

Türkiye'de işgücü piyasasının yapısı, sağlık finansmanını kapsamlı ve sürdürülebilir kılmada kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle işgücü piyasasının yapı ve niteliklerinin bilinmesi, sağlık finansman sistemindeki kısıtların ortaya konması ve önerilecek politikaları belirleme açısından önem taşımaktadır.

Türkiye'de hızı düşmekle birlikte artmaya devam eden nüfus, çalışabilir nüfusu da her yıl arttırmaktadır. Nüfus artışının sürmesi, 15 yaş ve üzerindeki çalışabilir

nüfusun toplam nüfustan daha hızlı artmasına neden olmaktadır. 2005 yılında çalışma çağındaki nüfus yaklaşık 50,8 milyon kişi olup, nüfus yıllık ortalama yüzde 1,5 oranında artarken çalışma çağındaki nüfus yüzde 1,9 oranında artmaktadır. Fırsat penceresi olarak adlandırılan bu durumdan yararlanabilmek için istihdamın büyüme hızı çok önemlidir. Ancak, Türkiye’de çalışma yaşına gelmiş nüfustaki artış hızı işgücüne yansımamaktadır. İşgücüne katılım oranı 1950’li yıllardan bu yana gerilemektedir. 1963 yılında yüzde 67 olan oran, 1989’da yüzde 58,1’e, 2005 yılında yüzde 48,3’e gerilemiştir (Tablo 25).

Tablo 25: Türkiye’de İşgücünün Durumu (Bin Kişi)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kurumsal olmayan sivil nüfus	66,187	67,296	68,393	69,479	70,556	71,611
Çalışma yaşındaki (15+) nüfus	46,211	47,158	48,041	48,912	49,906	50,826
İşgücü	23,078	23,491	23,818	23,640	24,289	24,565
İstihdam Edilenler	21,581	21,524	21,355	21,147	21,791	22,046
-Eksik istihdam	1,591	1,404	1,297	1,143	995	817
-Diğer	19,990	21,120	20,057	20,004	20,796	21,229
İşsizler	1,497	1,967	2,464	2,493	2,498	2,520
İşgücüne dahil olmayanlar	23,133	23,667	24,223	25,272	25,616	26,260
Oranlar (%)						
15 yaş altı nüfus oranı	30.2	29.9	29.8	29.6	29.3	29.0
15 yaş ve üstü nüfus oranı	69.8	70.1	70.2	70.4	70.7	71.0
İşgücüne katılma oranı	49.9	49.8	49.6	48.3	48.7	48.3
İşgücüne dahil olmayanla. oranı	50.1	51.2	50.4	51.7	51.3	51.7
İşsizlik oranı	6.5	8.4	10.3	10.5	10.3	10.3
Eksik istihdam oranı	6.9	6.0	5.4	4.8	4.1	3.3

Kaynak: TÜİK.

İşgücüne katılım oranı AB-15 ve OECD ülkeleri arasında yüzde 70’ler düzeyindedir. Türkiye, OECD ülkeleri arasında en düşük işgücüne katılım oranına sahip ülkedir (Türkan, 2005:6). Türkiye’de çalışma çağına gelmiş nüfusun yüzde 43,4’ü istihdam edilmekte olup, bu oran birçok ülkede yüzde 50’nin üzerinde, AB-15 ülkelerinde ise ortalama yüzde 65 civarındadır (Özşuca, 2006:7). Ülkemizde artan nüfusun işgücüne katılamaması, bir yandan aktif sigortalı sayısını düşürmekte diğer yandan bağımlı sayısını arttırmaktadır. Bu durum hem gelir azaltıcı hem de gider

arttırıcı sonuçlar doğurarak, büyük oranda sosyal sigortacılık ile finanse edilen sağlık hizmetlerinin finansman ayağını zayıflatmaktadır.

Türkiye’de erkeklerle kadınların işgücüne katılım oranında önemli farklılıklar bulunmaktadır. 1988 yılında kadınların ve erkeklerin işgücüne katılım oranı sırasıyla yüzde 34,3 ve 81,2 iken, bu oranlar sürekli gerileyerek, 2005 yılında sırasıyla yüzde 24,8 ve yüzde 72,2’ye düşmüştür²¹⁰. Ülkemizde erkeklerin yaklaşık üçte biri kadar olan kadınların işgücüne katılım oranı, 2005 yılında yüzde 60,3 olan OECD ortalamasının da 2.4’te biridir. Kadınların işgücüne katılım oranının düşüklüğü, GSS Yasası ile bağımlı olma statüsünden çıkarılan 18 yaşını tamamlamış (yüksek öğretim durumunda 25 yaşını tamamlamış), evli olmayan ve bakmakla yükümlü bulunan kız çocuklarının sağlık güvencesi için dezavantaj oluşturacaktır.

2005 yılında Türkiye’de istihdam edilenlerin yüzde 29,5’i tarım sektöründe, yüzde 70,5’i tarım dışı sektörde çalışmaktadır. Tarım sektöründe istihdamın payı erkeklerde yüzde 21,7 iken kadınlarda yüzde 51,6’dır. Türkiye’de tarım sektöründeki

²¹⁰ Kentsel yerlerde kadınların işgücüne katılım oranı 1989 yılında yüzde 17,8 iken, küçük bir artışla 2005 yılında yüzde 19,3’e çıkmıştır. Bu durum, tarım dışı kadın işgücü arzının düşüş eğiliminin sona erdiğinin göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Gürsel ve diğerleri, 2002:50). Diğer taraftan, kentsel yerde erkeklerin istihdamında 1988 yılına oranla yaklaşık dört puanlık bir düşüş vardır. 1988 yılında yüzde 75,7 olan oran, 2005 yılında yüzde 71,5’e gerilemiştir. Bu düşüş, erkeklerin okullaşma oranındaki artış ve erken emeklilikle açıklanmaktadır (Özşuca, 2003:45). Kadınların işgücüne katılım oranları kırsal yerlerde yüzde 50’lerden, 2005 yılında yüzde 33,7’ye çekilmiştir. Türkiye’de kadınların işgücüne katılımının düşük olmasının gerisinde kırdan kente göç olgusu bulunmaktadır. Kırdan ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınlar, kente göç ettiklerinde iş bulmakta zorlanmaktadırlar. Kadınların işgücüne katılım kararlarında evli olmaları, çocuk sahibi olmaları ve eğitim düzeyleri etkili olmaktadır. Kadınların çalışma kararlarındaki en önemli etmen eğitim düzeyidir. Kadınlarda işgücü arzının en yüksek olduğu eğitim durumu lise altı eğitimidir. Bunu lise düzeyinde eğitime sahip olanlar ile yüksek eğitimliler izlemektedir. Son yıllarda lise altı eğitim düzeyine sahip kadınların işgücü arzı azalırken, lise dengi ve yüksek eğitimlilerin arzı artmaktadır. 2005 yılında yüksek eğitimli erkeklerin işgücüne katılım oranı, erkeklerin ortalama işgücüne katılım oranının 1.2 katı iken, yüksek eğitimli kadınların oranı 3.2 katıdır. 2005 yılında kentsel yerlerde lise altı eğitimli kadınlarda işgücüne katılım oranı yüzde 12,9 iken, lise düzeyinde yüzde 29,9, yüksek eğitim düzeyinde yüzde 69,9’dur. Kadınların eğitim düzeyi arttıkça istihdamlarının artıyor olması, demografik fırsat döneminde, kadın işgücünün eğitim düzeyinin yükseltilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Erkeklerin işgücüne katılım oranları da eğitim düzeyi yükseldikçe artmaktadır (Özşuca, 2003:46-48).

daralma nedeniyle tarım dışı istihdamın payı sürekli bir artış içindedir. 1989 yılında yüzde 52,6 olan oran, 2005 yılında yüzde 70'e yükselmiştir²¹¹. Ancak diğer ülkeler ile kıyaslandığında tarım sektöründe istihdam hala yüksektir (Özşuca, 2003:48-49; Gürsel ve diğerleri, 2002:126). Bu oran Polonya ve Meksika gibi gelişmekte olan ülkelerde sırasıyla yüzde 18 ve 16 iken, gelişmiş AB-15 ülkelerinde yüzde 3,7'dir (Türkan, 2005:60). Ülkemizde tarım sektöründe istihdamın yüksekliği, sağlık güvencesine ulaşımı olumsuz yönde etkilemektedir (SB, 2004c:7, WB, 2003:73). Çünkü tarım sektöründe kayıt dışı çalışmanın yüksek olduğu yevmiyeli, kendi adına ve hesabına ve ücretsiz aile işçisi şeklindeki çalışma biçimleri yaygındır. Ayrıca kırsal alanda genel ortalamanın 1.6 katı olan ve sürekli artan yoksulluk oranı (Tablo 32) sağlık güvencesine ulaşımı daha da zorlaştırmaktadır.

Türkiye'de istihdam edilenlerin işteki durumuna bakıldığında, 2005 yılında çalışanların yüzde 47'sinin ücretli, yüzde 7'sinin yevmiyeli, yüzde 29,8'inin kendi hesabına ve işveren, yüzde 16'sının ise ücretsiz aile işçisi olduğu görülmektedir. 1988 yılında sırasıyla yüzde 33,1, yüzde 7,2, yüzde 29,4 ve yüzde 30,2 olan oranlar, son 15 yıl içerisinde ücretlilerde önemli bir artış, ücretsiz aile işçilerinde ise önemli bir azalış olduğunu göstermektedir (Özşuca, 2003:51-52). Bu durum, tarım sektöründeki daralma ve köyden kente göçten kaynaklanmaktadır. 2005 yılında tarım dışı istihdamda bu oranlar sırasıyla yüzde 65,8, yüzde 7,6, yüzde 23,2 ve yüzde 3,3 iken, tarımsal

²¹¹2005 yılında toplam istihdam içerisinde sanayinin payı yüzde 19,4, inşaatın payı yüzde 5,3, hizmetlerin payı yüzde 45,8'dir. Bu sektörlerin tarım dışı istihdamdaki paylarına bakıldığında, 2005 yılında sırasıyla yüzde 27,5, yüzde 7,5 ve yüzde 65 olarak gerçekleştikleri görülmektedir. 1989 yılında sırasıyla yüzde 29,7, yüzde 9,8 ve yüzde 60,5 olan rakamlar incelendiğinde, sanayi ve inşaat sektörlerinde yaklaşık işyeri puanlık düşüşler olduğu, buna karşılık hizmetler sektöründe yaklaşık 5 puanlık bir artış olduğu gözlenmektedir. Hizmet sektörü içinde en ağırlıklı payı oluşturan turizm sektörünün emek yoğun bir sektör olması, bu sektörün net istihdam artışında önemli bir rolü olduğunu göstermektedir (Özşuca, 2003:48-49; Gürsel ve diğerleri, 2002:126).

istihdamda sırasıyla yüzde 1,8, yüzde 6,2, yüzde 45,8 ve yüzde 46,3'tür. Tarım dışı istihdamda ağırlığı ücretliler oluştururken, tarımsal istihdamda kendi hesabına çalışanlar ve işverenler ile ücretsiz aile işçileri oluşturmaktadır.

4.4.1.1.1. Kayıt Dışı ve Enformel İstihdam

Ülkemizde istihdamda yaygın bir kayıt dışılık söz konusudur ve kayıt dışı istihdam yapısal özellikler taşımaktadır. Tarım, kırsal alanlar, küçük ölçekli işletmeler, kadın, çocuk, yaşlı ve eğitimsiz nüfus kayıt dışı istihdam açısından kırılgan kesimleri oluşturmaktadır (Özşuca, 2006:9). Bu kırılganlık anılan grupların sağlık güvencesine ulaşımını olumsuz yönde etkilemektedir.

Türkiye’de kayıt dışı istihdamın bir çok nedeni bulunmaktadır. Bu nedenlerin bir kısmı ekonomik ve sosyal yapıdan, diğer bir kısmı idari ve mali yapıdan kaynaklanmaktadır²¹²(Güloğlu, 2005). Kayıt dışı istihdamın yaygınlığı, hem ekonomi hem de sosyal yaşamda çarpıklıklara neden olmaktadır. Kayıt dışı istihdamın kısa dönemdeki yansımaları vergi gelirleri dolayısıyla kamu maliyesinde, prim gelirleri dolayısıyla da sosyal sigorta kurumlarında kolayca görülmektedir (Kılıçdaroğlu, 2004:34). Pınar tarafından yapılan araştırma, kayıt dışı çalışanların tümünün kayıt içinde olması durumunda vergi gelirlerinde 1994 yılında yüzde 4,2, 2002 yılında ise yüzde 18 civarında (artışın nedeni 2002 yılında kayıt dışı çalışmanın artmış olmasıdır) bir vergi geliri artışı sağlanabileceğini göstermektedir (Pınar, 2004:6). Türk-İş tarafından yapılan bir araştırma, kayıt dışı istihdam nedeniyle SSK’nın 09.01.2003 tarihi

²¹² Nüfus artışı, işsizlik, kentleşme ve iç göç, çocuk işgücü, yabancı kaçak işçilik, enflasyon, işletmelerin yapısı, rekabet gücü, emek piyasasındaki yapısal değişim ve standart dışı istihdam biçimleri, istihdamın sektörel yapısındaki değişim gibi ekonomik ve sosyal yapılar kayıt dışı istihdamı arttırmaktadır. Diğer yandan vergi sistemi, ücretliler üzerindeki yasal kesintilerin yüksek olması, çalışma yasaları, yargı sistemi, bürokrasi, denetimlerin yetersizliği gibi mali, idari ve yasal düzenlemeler arzu edilmeden kayıt dışı istihdamı beslemektedir (Güloğlu, 2005).

itibariyle asgari prime esas kazanç üzerinden yıllık sigorta prim kaybının 5,3 katrilyon TL, işsizlik sigortası prim kaybının da 472 trilyon TL olduğunu ortaya koymaktadır (Türk-İş, 2003; Duygulu ve Pehlivan, 2004:37).

Ülkemizde esas işlerinden dolayı herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmayanlar, 2005 yılında 11,050 bin kişi ile istihdam edilenlerin yarısını oluşturmaktadır (Tablo 26). Yüksek tarım istihdamı bu rakamın yüksek olmasında önemli bir paya sahiptir. 2005 yılında kentsel yerde çalışanların yüzde 36'sı, kırsal yerde çalışanların yüzde 69'u kayıt dışı çalışmaktadır²¹³. Bu nedenle toplam istihdamda tarım sektörü dışarıda tutulduğunda kayıt dışı istihdam oranı 2005 yılında yüzde 34,2'dir (Tablo 26). 1990 yılında yüzde 24,5 olan bu oran, 1999 ekonomik kriz yılına kadar yüzde 25'ler civarında seyretmiş, bu tarihten itibaren yükselerek 2005 yılında yüzde 34,2'ye çıkmıştır. Dolayısıyla 1990-2005 yılları arasında toplam istihdamdaki

Tablo 26: İstihdam Edilenlerin Kayıtlılık Durumu, 1990-2005, 15+ (Bin Kişi)

Yıllar	Toplam İstihdam	Bir Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Kayıtlı Olmayanlar		Tarım Dışı İstihdam	Bir Sosyal Güvenlik Kuruluşuna Kayıtlı Olmayanlar	
		Kişi	%		Kişi	%
1990	18 539	10 314	55.6	9 848	2 465	25.0
1991	19 288	9 878	51.2	10 076	2 531	25.1
1992	19 459	9 578	49.2	10 742	2 707	25.2
1993	18 500	8 784	47.5	10 638	2 656	25.0
1994	20 006	9 138	45.7	11 194	2 942	26.3
1995	20 586	10 134	49.2	11 506	3 040	26.4
1996	21 194	11 153	52.6	11 935	2 975	24.9
1997	21 204	10 946	51.6	12 367	3 060	24.7
1998	21 779	10 953	50.3	12 740	2 961	23.2
1999	22 048	11 494	52.1	13 193	3 580	27.1
2000	20 581	10 925	50.6	13 812	4 038	29.2
2001	21 524	11 382	52.9	13 435	3 960	29.5
2002	21 354	11 133	52.1	13 896	4 410	31.7
2003	21 147	10 948	51.7	13 982	4 411	31.5
2004	21 791	11 549	53.0	14 391	4 888	34.0
2005	22 046	11 050	50.1	15 553	5 323	34.2

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketleri

(1990-1999 yılları verileri Nisan ve Ekim ayı verilerinin ortalamaları alınarak hesaplanmıştır).

²¹³ TÜİK kentsel yerleri 20.000'den daha fazla, kırsal yerleri ise 20.000'den daha az nüfuslu yerleşim yerleri olarak tanımlamaktadır.

yüzde 5,5'lik kayıt dışılık azalışı gerçekte tarım sektöründeki daralmadan kaynaklanmakta, aksine tarım dışı istihdam dikkate alındığında kayıt dışı istihdam artmaktadır²¹⁴.

2005 yılında tarım dışı sektörde bulunan toplam kayıt dışı istihdamın yüzde 43,6'sını ücretli çalışanlar oluşturmaktadır²¹⁵ (Tablo 27). Dolayısıyla tüm kayıt dışı çalışanların yaklaşık yarısına yakını SSK kapsamındaki kayıt dışılık oluşturmaktadır. Ancak SSK'da sigortalı olarak çalışması gerekenleri hiç sigortalı olarak bildirmemek (kaçak sigortalılık) kayıt dışılıklardan sadece biridir. Bunun dışında; geç bildirme, çalışma gün sayısını eksik bildirme, prime esas kazançları eksik bildirme ve zorunlu sigortalı olması gerekenleri isteğe bağlı sigortalı olarak bildirme de gözlenen yaygın kayıt dışılık uygulamalarıdır ve bunlardan bir veya birkaçı aynı anda ortaya çıkabilmektedir (Duygulu ve Pehlivan, 2004:34). Yevmiyeli çalışanların kayıt dışındaki tarım dışı istihdama oranı yüzde 20,1'dir²¹⁶. Tarım dışındaki kayıt dışı istihdam içinde kendi hesabına çalışanların payı yüzde 24,4'tür²¹⁷ (Tablo 27). Ücretsiz aile işçilerinin

²¹⁴ Bu durumun tarım dışı üretim faaliyetlerinde rekabet gücünün korunması kaygısından kaynaklandığı belirtilmektedir (Türkan, 2005:28). Türkiye'de kayıt dışı istihdama paralel bir şekilde kayıt dışı ekonomi de yüksektir. Genel olarak "belgelenmeyen veya belgelendirilemeyen, kamu otoritelerinin kayıt altına alma faaliyetlerinin dışında kalan her türlü ekonomik faaliyet alanı" (Alper, 2004:56) olarak tanımlanan kayıt dışı ekonominin, GSMH'nın yaklaşık yüzde 40-60'ı arasında değiştiği tahmin edilmektedir (Tanrıverdi, 2004:31).

²¹⁵ Tarım dışında ücretli çalışanların sayısı 1990-1998 yılları arasında ortalama yüzde 35 düzeyinde iken, 1999 yılındaki krizle birlikte yüzde 29'a düşmüştür. Daha sonra sırasıyla bir ve iki puanlık artışla 2001 krizinin yaşandığı yılda yüzde 32,8'e çıkmıştır. Bu tarihten itibaren hızla artıp 2002 yılında yüzde 39,3'e, 2005 yılında yüzde 43,6'ya ulaşmıştır (Tablo 27).

²¹⁶ Yevmiyeli çalışanların tarım dışı kayıt dışı istihdamdaki yeri 1990'larda yüzde 20'ler civarında iken, 1997'de yaklaşık yüzde 40'lara çıkmış, sonra tekrar gerileyerek 2005 yılında yüzde 20,4 ile 1990 seviyesine inmiştir (Tablo 27). Yevmiyeli çalışanlarda kayıt dışı istihdam mevsimselliğe bağlı olarak dönemler arasında farklılık göstermektedir (Gürsel ve diğerleri, 2002:100).

²¹⁷ Kendi hesabına çalışanlarda 1990'da yüzde 29,1 olan kayıt dışılık oranı, yaklaşık beş puan gerileyerek 2005 yılında yüzde 24,4'e düşmüştür (Tablo 27).

payı yüzde 9, işverenin payı ise yüzde 4,1'dir. Bu durumda Bağ-Kur açısından kayıt dışılık yüzde 36 civarındadır.

Tablo 27: İşteki Durumuna Göre Kayıt Dışı İstihdam, Tarım Dışı, 15+ (Bin Kişi)

Yıllar	Toplam İstihdam	Ücretli ve Maaşlı		Yevmiyeli		İşveren	Kendi Hesabına		Ücretsiz Aile İşçisi
		Kişi	%	Kişi	%		Kişi	%	
1990	2464	936	38,0	503	20,4	1	716	29,1	307
1991	2529	917	36,2	681	26,9	0	628	24,8	302
1992	2707	892	33,0	778	28,7	2	642	23,7	392
1993	2655	931	35,1	890	33,5	3	542	20,4	288
1994	2941	1065	36,2	1028	34,9	6	487	16,6	355
1995	3039	1008	33,2	1022	33,6	37	602	19,8	370
1996	2974	1083	36,4	1045	35,1	4	478	16,1	364
1997	3059	1016	33,2	1200	39,2	7	536	17,5	300
1998	2960	1042	35,2	1083	36,6	4	543	18,3	288
1999	3579	1037	29,0	1276	35,6	41	798	22,3	426
2000	4038	1224	30,3	1390	34,4	115	901	22,3	408
2001	3959	1299	32,8	1187	30,0	139	897	22,7	437
2002	4409	1734	39,3	1132	25,7	168	897	20,3	479
2003	4411	1688	38,3	1210	27,4	146	943	21,4	424
2004	4888	1920	39,3	1259	25,8	169	1089	22,3	451
2005	5323	2322	43,6	1070	20,1	218	1297	24,4	417

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketleri

(1990-1999 yılları verileri Nisan ve Ekim ayı verilerinin ortalamaları alınarak hesaplanmıştır).

Tarım dışı sektörde işteki durumuna göre kayıt dışı istihdam incelendiğinde, 2005 yılında ücretli çalışanların yüzde 22,4'ünün, yevmiyeli çalışanların yüzde 67,3'ünün, kendi hesabına çalışanların yüzde 23,8'inin herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna kayıtlı olmadan çalıştığı görülmektedir. İşveren olarak çalışanlarda kayıt dışı istihdam yüzde 19,3 ile ücretli ve kendi hesabına çalışanlara yakındır. Dolayısıyla en yaygın kayıt dışılık yevmiyeli çalışanlarda gözlenmektedir.

Tarım dışı sektörde kayıt dışı istihdam daha çok küçük işletmelerde yaygındır (Gürsel ve diğerleri, 2002:101). 2003 yılında 1-4 işçi çalıştıran işyerlerinde kayıt dışılık oranı yüzde 73,3, 5-9 işçi çalıştıranlarda yüzde 64,9, 10-24 işçi çalıştıranlarda yüzde 29,7, 25-49 işçi çalıştıranlardan yüzde 14,7 iken 50'den fazla işçi çalıştıranlarda

yalnızca yüzde 4,9'dur (Türkan, 2005:29). 1988 yılında 10 ve daha fazla işi çalıştıran işletmelerin toplam işyerleri içindeki oranı yüzde 28,2 iken, bu oran 2001 yılında yüzde 32,9'a çıkmıştır. ABD ve İngiltere'de 100 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerlerinin toplam istihdam içindeki payı yüzde 80'dir (Özşuca, 2003:53-54)²¹⁸.

Kayıtlılık oranları bölgelere göre de farklılaşmaktadır. En yüksek kayıtlılık oranı yüzde 75,3 ile Ege Bölgesi'nde, en düşük kayıtlılık oranı ise yüzde 47,7 ile Güney Doğu Anadolu Bölgesi'ndedir. Bu durum, Güney Doğu Anadolu Bölgesi'ndeki yüksek güvencesizlik durumunu da açıklamaktadır (SB, 2004c:7, WB, 2003:29). 2003 yılında tarım dışı sektörde ücret, maaş ve yevmiye karşılığı kayıtlı çalışanlar kayıtsız çalışanlara oranla iki kat fazla gelir elde etmektedir. Gerek kayıtlı gerek kayıt dışı çalışanların ortalama gelirlerinin en yüksek olduğu bölge Marmara Bölgesi'dir.

Ülkemizde 2005 yılında kayıtlı istihdamın yüzde 16,4'ünü oluşturan kadınlar, kayıt dışı istihdamın yüzde 35,2'sini oluşturmaktadır. Kadınların toplam istihdam içindeki payı yüzde 25,8'dir. AB-15 ülkelerinde kadınların istihdam içindeki payı yüzde 44 civarındadır. 2005 yılında kadın istihdamının kayıt dışılık oranı yüzde 68,3'tür. Erkeklerde bu oran yüzde 43,8 ile daha düşüktür. Dolayısıyla kayıt dışı istihdam açısından kadınlar dezavantajlı grubu oluşturmaktadır²¹⁹.

Türkiye'de istihdamın yaş yapısı esas alındığında, kayıt dışı istihdam faaliyetlerinin çok genç ve çok yaşlı çalışan gruplarında yoğunlaştığı görülmektedir.

²¹⁸ Türkiye'de sayısı fazla olan küçük işletmeler, kayıt dışı istihdam açısından bir tehdit oluşturmalarına rağmen, istihdam yaratma kapasitesi açısından önemlidir. 1989-2001 yılları arasında toplam istihdam yüzde 14,7 artarken, 10 ve daha az işçi çalıştıran işyerlerindeki istihdam artışı yüzde 34 ile bu oranın iki buçuk katına yakın olmuştur (Özşuca, 2003:53-54).

²¹⁹ Kadınlardaki kayıt dışı istihdam oranının yüksekliği, kadınların yoğun olarak çalıştıkları tarım, tekstil, giyim gibi sektörlerin özelliklerinden kaynaklandığı kadar, sosyal ve mali haklar açısından işverenle pazarlık güçlerinin erkeklere göre daha az olmasından da kaynaklanmaktadır (Türkan, 2005:30).

Ortalama istihdam yaşının 36,8 olduğu 2003 yılında, 15-24 ve 50-64 yaş gruplarında kayıt dışılık oranı iki grup için de ortalama yüzde 73 ile yüzde 51,7 olan genel kayıt dışılık oranının oldukça üstündedir. Bu oran 15-19 yaş grubunda yüzde 86'ya, 60-64 yaş grubunda yüzde 83,3'e çıkmaktadır. Anılan yılda 25-49 yaş grubunda kayıt dışılık oranı ortalama yüzde 42,2 ile genel kayıt dışılık oranının altındadır²²⁰(Türkan, 2005:31).

Türkiye'de istihdamın eğitim durumuna bakıldığında, 2003 yılında kayıtlı istihdamın ortalama eğitim yılının 9,1 ile 5,3 olan ortalama kayıt dışı istihdam eğitim yılının oldukça üzerinde olduğu görülmektedir. 2000-2003 yılları arasında toplam istihdamın yüzde 61,1'ini oluşturan ilköğretim eğitimi, kayıtlı istihdamın yüzde 51,8'ini, kayıt dışı istihdamın ise yüzde 70,5'ini oluşturmaktadır. Herhangi bir eğitim kurumunu bitirmemiş olanların kayıtlı istihdam içindeki payı yüzde 2,3 iken, kayıt dışındaki payı 8.5 kat artarak yüzde 19,6'ya ulaşmaktadır. Bu durumda en fazla ilköğretim eğitime sahip olan çalışanların kayıt dışı istihdamdaki payı yüzde 90'a yükselmektedir. Öte yandan, üniversite mezunlarının kayıt dışı istihdam içindeki payı yüzde 1,3 ile oldukça sınırlı bir düzeyde kalmaktadır. Bu durum kadın, genç, yaşlı istihdamının yanı sıra, eğitim düzeyi düşük olanların da kayıt dışılık açısından kırılgan olduklarını göstermektedir (Türkan, 2005:32; Gürsel ve diğerleri, 2004:38, 40, 42).

Türkiye'de kayıt dışı istihdamın yanı sıra, enformel sektör de istihdamın önemli bir sorunudur. Enformel ve kayıt dışı sektör birbiri ile kısmen örtüşmektedir. Ancak enformel sektörü kayıt dışı sektörden ayıran en önemli özellik, bu sektörün kayıtlı

²²⁰ 2003 yılında yaş grupları itibariyle kayıt dışılık oranı: 15-19 yaş grubunda yüzde 86, 20-24 yaş grubunda yüzde 59,9, 25-29 yaş grubunda yüzde 43,0, 30-34 yaş grubunda yüzde 39,6, 35-39 yaş grubunda yüzde 40,7, 40-44 yaş grubunda yüzde 39,9, 45-49 yaş grubunda yüzde 48,4, 50-54 yaş grubunda yüzde 59,9, 55-59 yaş grubunda yüzde 74,2, 60-64 yaş grubunda yüzde 83,3 ve 65+ yüzde 87,6'dır (Türkan, 2005:31).

sektörü de içeriyor olmasıdır. TÜİK enformel sektörü; şirketleşmemiş (hukuki durumu bireysel mülkiyet veya adi ortaklık olan), basit usulde vergi veren veya hiç vergi vermeyen ve 10 kişiden az çalışanı olan, tarım dışı tüm iktisadi birimlerde çalışanlar olarak tanımlamaktadır (Gürsel ve diğerleri, 2002:96-97).

Türkiye’de tarım sektöründe çalışanların tamamına yakını enformel sektör istihdamı olarak tanımlanmaktadır. Bu açıdan bakıldığında enformel sektör daha çok kentsel yerlerin bir sorunu olarak değerlendirilmektedir. TÜİK verilerine göre 2003 yılında tarım dışı sektörde istihdam edilenlerin yüzde 26,7’si enformel sektörde çalışmaktadır. Genel inanın aksine enformel sektörde istihdam edilen kadınların oranı erkeklere kıyasla daha düşüktür. Tarım dışı sektörde çalışan kadınların yüzde 19,9’u enformel sektörde çalışırken, erkeklerin yüzde 28,1’i bu sektörde çalışmaktadır. Formel sektörde çalışan erkeklerin ortalama geliri enformel sektörde çalışan erkeklerin yaklaşık 1.8 katı iken, kadınların 2.7 katı kadardır. Eğitim durumu ile enformel sektör istihdamı arasında ters yönlü bir ilişki vardır. Eğitim durumu yükseldikçe enformel sektörde çalışma olasılığı azalmaktadır. Lise altı eğitilmişlerin yaklaşık yüzde 30,8’i enformel sektörde çalışırken, lise üstü eğitim seviyesine sahip olanların yüzde 1,4’ü enformel istihdam edilmektedir. Cinsiyete göre formel ve enformel sektörde ücretli çalışanlar incelendiğinde, erkeklerin yüzde 21,4’ü, kadınların ise yüzde 13,2’si enformel sektörde çalışmaktadır. Enformel sektörde çalışanların yüzde 96,5 ile neredeyse tamamına yakını vasıfsız işlerde çalışmaktadır (Gürsel ve diğerleri, 2004:47-55).

4.4.1.1.2. İşsizlikteki Artış

İşsizlik²²¹, Türkiye’de ithal ikameci sanayileşme döneminden bu yana önemi artan ekonomik ve toplumsal bir sorun olmuştur²²². Ancak günümüzün yüksek işsizlik sorunu esas olarak, 2001 krizi ile işsizlik oranının yüzde 10 bandını aşması ile başlamıştır²²³ (Tablo 28).

Tablo 28: İşsizlik ve Tarım Dışı İşsizlik Oranları 1990-2005, (%)

	İşsizlik Oranları			Tarım Dışı İşsizlik Oranları		
	Türkiye	Kent	Kır	Türkiye	Kent	Kır
1990	8,0	12,0	2,7	13,4	12,4	16,5
1991	8,1	12,7	4,7	14,2	12,9	17,9
1992	8,5	12,5	5,0	14,0	13,0	17,0
1993	8,9	12,6	5,5	14,2	12,9	18,6
1994	8,5	12,4	5,0	14,1	12,9	17,7
1995	7,2	10,7	4,8	12,0	11,1	14,7
1996	6,6	9,9	3,7	10,8	10,3	12,8
1997	6,8	9,9	3,8	10,9	10,3	12,9
1998	6,8	10,5	3,2	11,0	10,9	11,4
1999	7,6	11,4	3,8	11,9	11,9	12,1
2000	6,5	8,8	3,9	9,3	9,0	10,2
2001	8,4	11,6	4,7	12,4	11,9	14,3
2002	10,3	14,2	5,7	14,5	14,6	14,2
2003	10,5	13,8	6,5	13,8	14,0	13,0
2004	10,3	13,6	5,9	14,3	14,2	14,8
2005	10,3	12,7	6,8	13,6	13,2	14,8

Kaynak: TÜİK Hanehalkı İşgücü Anketleri

(1990-1999 yılı verileri Nisan ve Ekim ayı verilerinin ortalaması olarak alınmıştır).

²²¹ İşsizlik, çalışmayı arzu eden ve çalışmaya hazır olup iş arayanlar ile halen bir işte çalışanlar arasındaki fark olarak tanımlanmaktadır.

²²² 1960’lı yıllarda yaklaşık yüzde 3,5 civarında seyreden işsizlik oranı, 1960’lı yılların sonunda artış eğilimine girmiş, 1970’lerin ikinci yarısında yaşanan ekonomik kriz ile 1977 yılında yüzde 9,8 düzeyine yükselmiştir. 1980’li yıllarda uygulanan ekonomik istikrar programı ile emek piyasası yeniden yapılandırılmış, ancak bu yıllarda izlenen politikalar işsizlikte sınırlı bir azalma ortaya çıkarmıştır. 1982 yılında yüzde 7,0’ye gerileyen işsizlik oranı 1988’de tekrar yükselerek yüzde 8,4 düzeyine çıkmış ve 1990’ların başında yüzde 8-9 civarında seyretmiştir (Özşuca, 2003:61-62).

²²³ AB-15 ülkelerinde 2004 yılında işsizlik oranı yüzde 8,3’tür. Genişlemeden sonra bu oran yüzde 13,8’e çıkmıştır (WHO HFA-DB, 2006). Ancak işsizlik Türkiye’den farklı olarak birçok AB ülkesi ile OECD ülkesinde azalma eğilimindedir (OECD, 2006). Yapılan gözlemler ve araştırmalar Türkiye’de işsizlik sorununun tarım ağırlıklı ekonomiden sanayi ve hizmet ağırlıklı bir ekonomiye geçişin yarattığı sorunlardan ve işgücü piyasasının katılıklarından kaynaklandığını göstermektedir (Gürsel ve diğerleri, 2004:15-16). Ayrıca hızlı nüfus artışı, kentleşme, iç göç sorunu ve istihdam yapısı işsizliği arttıran etmenlerdir (Güloğlu, 2005:12).

Türkiye’de işsizlik sorunu tarım dışında kendini hissettirmektedir. Kendi hesabına ve ücretsiz aile işçiliğinin yaygın olduğu tarım sektöründe işsizlik oranının çok düşük olması şaşırtıcı bir durum değildir. Tarım sektöründeki aile üyeleri birkaç saat de olsa aile işletmesinin çalışmasına katkıda bulunmakta, bu durum da tanım gereği bu kişilerin istihdamda sayılmasını gerekli kılmaktadır (Gürsel ve diğerleri, 2002:178). 2005 yılında kentteki işsizlik oranı yüzde 12,7 ile kırsal bölgede yüzde 6,8 olan işsizlik oranının yaklaşık iki katıdır²²⁴ (Tablo 28). 1990 yılında yaklaşık 2.5 kat olan bu oran, tarım sektörünün ekonomideki ağırlığının azalması kırsal bölgedeki işsizlik oranını da arttırarak aradaki farkı azaltmıştır. Türkiye’de tarım dışı işsizlik oranı 2000 yılından itibaren önemli ölçüde artarak yüzde 9,3’ten 2005 yılında yüzde 13,6’ya ulaşmıştır (Tablo 28)²²⁵. 2005 yılında tarım dışı işsizlik kırsal bölgede yüzde 14,8 ile kentsel bölgedeki işsizlik oranından, 1,6 puan daha fazladır.

²²⁴ Halen istihdamın yaklaşık üçte birini oluşturan tarım sektörü, işsizlik olgusunun tarım istihdamındaki payının yüzde 5’ler civarında olan gelişmiş ülke ekonomileri ile karşılaştırılabilmesi için işsizlik konusunu tarım dışı kesimde ele almak gereğini ortaya çıkarmıştır. Tarım sektörünün açıklanan yapısı gereği bu sektörde işsizlik çok düşük seyretmekte ve işsizlik sorununu ülke genelinde adeta gizlemektedir. Toplam işsizlik ile tarım dışı işsizlik oranı arasında 3,4 puanlık bir fark bulunmaktadır ve bu fark işsizlik oranları açısından oldukça yüksek bulunmaktadır (Gürsel ve diğerleri, 2002:179).

²²⁵ 1990-1993 arasında ufak dalgalanmalarla artış eğiliminde olan oran, 1990’da yüzde 13,4’ten 1993’ta yüzde 14,2’ye çıkmıştır (Tablo 28). 1994 yılında azalma eğilimine giren tarım dışı işsizlik oranı 1995 yılında yüzde 12’ye, 1996-1998 yılları arasında yüzde 11’e düşmüş, ancak 1999 yılında tekrar yüzde 11,9’a çıkmıştır. 1999 yılında gözlenen artışın, aynı yıl yaşanan ekonomik kriz sonucunda GSYİH’nın yüzde 6,4 oranında gerilemesi nedeniyle konjonktürel işsizlikten kaynaklandığı öne sürülmektedir (Gürsel ve diğerleri, 2002:180). 2000 yılında yaklaşık 3 puanlık bir düşüşle yüzde 9,3’e inen oran, 2001 kriziyle 3 puanın üzerinde ani bir yükselişle 13,4’e, 2002 yılında ise yüzde 14,5 seviyesine çıkmıştır. 2000 yılındaki düşüş ilk bakışta şaşırtıcı bulunmakla birlikte, aynı yıl görülen yüzde 6’nın üzerindeki ekonomik büyümenin, daha da önemlisi ekonominin kalıcı ve sürdürülebilir bir büyüme politikasına geçtiği inancı ile istihdamda görülen önemli artışın etkili olduğu iddia edilmektedir. Ayrıca aynı yıl TÜİK’in işsizlik rakamlarını yeni bir yöntemle ve daha sağlıklı bir şekilde ölçmeye başlamasının da bu düşüşte etkili olabileceği belirtilmektedir (Gürsel ve diğerleri, 2002:181). 2001 yılında GSYİH yüzde 7,4 gerileyerek İkinci Dünya Savaşı’ndan bu yana en büyük düşüşünü sergilemiş ve işsizlik açısından “kara yıl” olarak nitelendirilmiştir. 2002 yılının 2. çeyreğinden itibaren başlayan büyüme işsizlik oranlarını düşürmeyi başaramamıştır. Tarım dışı işsizlik oranı yüzde 14,5 ile son 15 yılın en yüksek seviyesine çıkmıştır. 2003-2004 yılları arasında yaklaşık yüzde 14 civarında seyreden oran 2005 yılında yüzde 13,6’ya gerilemiştir. Ancak işgücü piyasası dinamikleri işsizlik oranında büyük bir düşüşün sağlanamayacağını göstermektedir (Gürsel ve diğerleri, 2002:181-182).

Ülkemizde kadınlardaki işsizlik oranı, işgücüne dahil olmama oranlarıyla da ilişkili olarak erkeklerdekinden daha düşük seyretmiştir. Ancak 2005 yılında hem erkekler hem de kadınlarda yüzde 10,3 düzeyinde seyreden genel işsizlik oranı aradaki farkı kapatmıştır (Tablo 29). Diğer yandan, tarım dışı işsizlik oranları açısından fark hala yüksektir. 2005 yılında tarım dışı işsizlik oranı erkeklerde yüzde 12,4 iken, kadınlarda yüzde 18,8'dir²²⁶.

Tablo 29: Özellikleri İtibariyle İşsizlik Oranları (2000-2005)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
	İşsizlik oranları, yüzde					
Genel işsizlik oranı	6,5	8,4	10,3	10,5	10,3	10,3
Erkek işsizlik oranı	6,6	8,7	10,7	10,7	10,5	10,3
Kadın işsizlik oranı	6,3	7,5	9,4	10,1	9,7	10,3
Kentsel işsizlik oranı	10,5	11,6	14,2	13,8	13,6	12,7
Kırsal işsizlik oranı	3,9	4,7	5,7	6,5	5,9	6,8
Tarım dışı işsizlik oranı		12,7	15,0	15,0	14,7	13,6
15-24 yaş işsizlik oranı		16,2	19,2	20,5	19,7	19,3
25+ yaş işsizlik oranı		6,1	7,9	8,0	8,0	8,0*
Okur-yazar olmayanlarda işsizlik oranı				7,0	3,7	4,3
Lise altı eğitimlilerde işsizlik oranı				10,2	9,1	9,4
Lise ve dengi mes. lis. işsizlik oranı				12,8	15,1	13,7
Yüksekokul ve fakülte işsizlik oranı				11,1	12,4	10,0
	Türetilmiş işsizlik oranları, yüzde					
I.Eksik istihdam dahil	13,4	14,4	15,8	15,4	14,4	13,5
II.İşbaşı yapmaya hazırlar dahil	10,9	12,3	14,0	14,0	14,6	15,8
III.Mevsimlik çalışanlar dahil	8,9	11,3	13,3	13,8	12,0	11,9
IV.(I + II + III) dahil	19,4	20,5	21,8	21,5	19,9	20,6

Kaynak: Türkan, 2005:13 ve TÜİK.

* Koyu renk rakamlar Ocak-Ağustos ayları ortalamasıdır.

Türkiye’de farklı yaş grupları içinde 15-24 yaş grubundaki okul çağındaki gençler en yüksek işsizlik oranına sahiptir. 1990 yılında yüzde 16,0 olan genç işsizlik oranı 2005 yılında hem erkeklerde hem de genç kadınlarda yüzde 19,3’e çıkmıştır. Genç işsizliği kır-kent ayrımına göre farklılaşmaktadır. 2005 yılında kırsal bölgede yüzde 14,1 olan genç işsizlik oranı, kentsel bölgede yüzde 22,8’ye ulaşmıştır. Genç erkeklerde

²²⁶ 1988-2005 tarihleri arasında erkeklerde tarım dışı işsizlik oranı yüzde 7,2 (2000 yılı III.Dönem) ile yüzde 15,8 (2004 yılı I.Dönem) arasında değişmiştir. Aynı tarihler arasında bu oran kadınlar için yüzde 12,8 (2000 yılı IV.Dönem) ile yüzde 33,4 (1988 Ekim) arasında değişmiştir. Bu dönemde kadın işsizlik oranı erkek işsizlik oranının ortalama iki katı olarak seyretmiştir.

kırsal bölgede yüzde 16,8 olan işsizlik, kırsal bölgedeki genç kadınlarda yüzde 9,8 ile daha düşüktür. Kentsel bölgede tam tersi bir durum söz konusudur. Kentsel bölgede göçlerin de etkisiyle genç erkeklerde yüzde 20,8 olan işsizlik oranı, bu kez genç kadınlarda yüzde 27,6 ile daha yüksektir. Son iki yılda istihdamdaki görece iyileşmenin genç yaş grubunda olması ve 25+ yaş grubunda işsizlik oranının yüzde 8’lerde sabitlenmesi, yaşlı nüfusun görece olarak istihdama katılımını giderek zorlaştırmaktadır (Türkan, 2005:14).

Türkiye’de eğitim düzeyi ile işsizlik arasında ters yönlü bir ilişki bulunmakta, vasıfsız nüfus grubunda işsizlik oranı daha düşük seyretmektedir. Okur-yazar olmayanlarda işsizlik oranı 2005 yılında yüzde 4’ler seviyesindedir (Tablo 29). İlköğretim eğitimi almış olanlarda da 2005 yılı için yüzde 9,4 ile görece bir düşüklük söz konusudur. Buna karşılık, lise ve dengi meslek lisesi mezunlarında işsizlik oranı yüzde 13,7’ye çıkmaktadır. Yüksekokul ve fakülte mezunlarında bu oran lise mezunlarına oranla oldukça düşük olup, yüzde 10 ile genel işsizlik oranı civarındadır²²⁷.

Ülkemizde işsizliğin yanı sıra, kendi isteği dışında normal çalışma süresinin altında çalışanlar olarak tanımlanan eksik istihdam²²⁸ da söz konusudur ve eksik istihdam rakamları genellikle işsizlik rakamları ile birlikte ele alınarak işsizlik oranına

²²⁷ Türkiye’de eğitim yükseldikçe işsizliğin azalmaması, lise eğitiminin yeterli iş vasfı kazandırılmamasına bağlanmaktadır. İlköğretim mezunlarında işsizlik oranının daha düşük olması ise, ekonomide yaratılan işlerin düşük kaliteli ve vasıfsız işgücü gerektiren işlerden oluşması ile açıklanmaktadır. Diğer yandan asgari ücretin görece olarak düşüklüğü ve istihdamı koruyucu önlemlerin güçlü olmaması düşük niteliklilerin iş bulma olasılıklarını arttırmaktadır (Özşuca, 2003:69-70). Ayrıca içsel ve dışsal nedenlerle artan rekabet, işgücü maliyetlerinden tasarruf ederek verimliliği artırma yönündeki genel eğilimin, düşük ücret alan kesimler lehine istihdam tercihinin dönüştüğünü göstermektedir (Türkan, 2005:14).

²²⁸ TÜİK eksik istihdamı iki farklı şekilde tanımlamaktadır. Birinci grup; görülebilir eksik istihdam olarak tanımlanan, teknik veya ekonomik nedenlerle geçici iş yavaşlatılması veya durdurulması, iş olmaması veya tam gün iş bulunmamasından kaynaklanan, 40 saatten daha az süre çalışıp, mevcut işinde veya ikinci bir işte daha fazla süre çalışmaya uygun olan kişilerdir. Diğer eksik istihdam olarak tanımlanan ikinci grup ise; mevcut işinden elde ettiği gelirin azlığı veya kendi mesleğinde istihdam edilmemesi gibi nedenlerle mevcut işini değiştirmek istediğini veya ikinci bir iş aradığını belirten kişilerden oluşmaktadır.

eklenmektedir. 2005 yılında yüzde 3,3 olan eksik istihdam oranı²²⁹ genel işsizlik oranına dahil edildiğinde genel işsizlik oranı yüzde 13,6'ya çıkmaktadır.

Erkekler ve kadınlar arasındaki eksik istihdam oranları önemli farklılıklar göstermektedir. Son 15 yılın ortalamasına bakıldığında, kırsal alanda erkeklerin eksik istihdamı yüzde 6,8 ile yüzde 1,5 ortalamaya sahip kadınların eksik istihdamından dört buçuk kat fazladır. Bu durum eksik istihdamın kırsal alanda daha çok erkeklerin sorunu olduğunu göstermektedir. Kentsel alanda erkeklerde ortalama yüzde 7,1 olan oran kadınlarda ortalama yüzde 4,5'e çıkarak aradaki fark azalmaktadır.

Eksik istihdam, yaş grubu açısından gençler arasında, eğitim düzeyi açısından ilkökul mezunları arasında daha yüksektir. Türleri açısından bakıldığında, gelir azlığı nedeniyle ikinci bir iş arayanlar Türkiye genelinde en büyük grubu oluşturmaktadır. Sektörler açısından, en yüksek eksik istihdam düzeyi hizmet ve inşaat sektörlerinde gerçekleşmektedir. Eksik istihdamın eğitim düzeyi düşük işgücü arasında yaygın olması, inşaat ve hizmet sektörlerindeki yoğunlaşmayı açıklamaktadır. İşteki durum açısından en yüksek eksik istihdam oranı yevmiyeli çalışanlarda gözlenmekte, bunu kendi hesabına çalışanlar ve ücretliler izlemektedir (Özşuca, 2003:79-87).

Ülkemizde eksik istihdamın yanı sıra, “mevsimlik çalışanlar” ile “iş aramayıp işbaşı yapmaya hazır olanlar” da işgücüne dahil olmaya karar verip işgücü piyasasına

²²⁹ Son 15 yılda toplam eksik istihdam 1991, 1994 ve 1999 ekonomik kriz yıllarındaki artışlar dışında, 2001 yılına kadar yüzde 6-8 arasında istikrarlı kalmıştır. Son 15 yıllık dönemde kentsel ve kırsal alanda farklılaşan ve küçük farklarla kentsel alanda daha yüksek gerçekleşen eksik istihdam, ortalamaya bakıldığında yüzde 4,9 ile her iki alanda da aynı düzeyde seyretmiştir. Türkiye’de kentsel bölgelerdeki işsizlik oranı, 2005 yılında yüzde 12,7 ile yüzde 6,8 olan kırsal alandaki işsizlik oranının yaklaşık iki katı olmasına rağmen, eksik istihdamın birbirine yakın, hatta aynı ortalamaya sahip olması, tarımda mevsimsel eksik istihdamın varlığı ile açıklanmaktadır (Özşuca, 2003:78).

yöneldiklerinde, işsizlik oranı iki katın üzerine yükselmektedir. 2005 yılının ilk dokuz aylık ortalaması esas alındığında, klasik genel işsizlik oranı yüzde 20,6'ya ulaşmaktadır (Türkan, 2005:14).

Türkiye’de işsizlik oranının, kayıt dışı istihdamın kırılgan gruplarını oluşturan kadınlar ve gençlerde yüksek olması bu grupların kırılganlığını daha da arttırmaktadır.

4.4.1.2. Ekonomik Büyüme

Türkiye’de 1980 sonrası uygulanan yapısal uyum politikaları kayıt dışı istihdamı arttırmıştır. Özellikle 1990’lardan itibaren izlenen yüksek reel faiz - düşük kur fiyatlamasına, dış borçlanmaya, spekülatif büyümeye ve dışa bağımlı sanayileşmeye dayalı ekonomik politika, istikrarsız bir ekonomiye yol açarak yüksek işsizlik, daha düşük reel kazanç ve kayıt dışı istihdam olarak kendini göstermiştir (Özşuca, 2006:8; Yeldan, 2006). Bu durum birçok kişinin sosyal güvenlik şemsiyesi dışında kalmasına neden olarak sağlık göstergelerinde beklenen iyileşmenin sağlanamamasına ve sosyal güvenlik sistemi paralelinde sağlık hizmetleri finansmanının da mali krize girmesine yol açmıştır.

Türkiye ekonomisi 1990-2001 döneminde üç kriz yaşamış, 2002-2005 döneminde hızlı büyüyen bir yapıya dönüşmüştür (Tablo 30). Türkiye 2002-2005 döneminde reel olarak ortalama yüzde 7,8 oranında büyümüştür. Ancak dış borçlanma ve spekülatif büyümeye dayalı söz konusu büyüme sürecinin ne kadar istikrarsız ve sürdürülemez olduğu 2006 yılının Mayıs ayının ikinci yarısında başlayan finansal çözülmeye ile kendini göstermiştir (Yeldan, 2006:1). Cari işlemler açığı Türkiye ekonomisinin 2006 yılı başında en önemli kırılganlık noktasını oluşturmuştur. 2002

yılında 1.5 milyar dolar düzeyinde olan cari açık, 2004 yılında 15.6 milyar dolara, 2005 yılında 23.8 milyar dolara yükselmiş olup, 2006 yılında milli gelirin yüzde 6,5'ine ulaşacağı öngörülmektedir. Bu açığın kısa vadeli ve dış borçları arttırıcı bir şekilde spekülative sıcak para akımları ile finanse edilmesi tehlike yaratmaktadır (Yeldan, 2006:2).

Tablo 30: Türkiye’de Temel Ekonomik Büyüklükler (1990-2005)

Yıllar	Kişi Başına GSMH (\$)*	Yıl Sonu Tüketici Eşya Fiyatlarıyla Enf. (%)	Büyüme (%)**
1990	2.682	60.4	9.4
1991	2.621	-	0.3
1992	2.708	66.0	6.4
1993	3.004	-	8.1
1994	2.184	125.5	- 6.1
1995	2.759	76.0	8.0
1996	2.928	79.8	7.1
1997	3.079	99.1	8.3
1998	3.255	69.7	3.9
1999	2.879	68.8	- 6.1
2000	2.965	39.0	6.3
2001	21.23	68.5	- 9.5
2002	2.598	29.7	7.9
2003	3.383	18.4	5.9
2004	4.172	9.3	9.9
2005	5.008	7.7	7.6

Kaynak: TÜİK. *Cari fiyatlarla

**Üretim Yöntemiyle GSMH (Alıcı fiyatlarıyla) – Sabit (1987) fiyatlarla

Türkiye ekonomisindeki spekülative büyüme istihdam yaratmadığı gibi (Gürsel ve diğerleri, 2004:19; Bağımsız Sosyal Bilimciler -BSB-, 2005:15-17 ve 2006:21; Yeldan, 2006:8-10), kayıt dışı istihdamı körüklemiştir. Yukarıda ayrıntılı bir şekilde tartışıldığı üzere, genel işsizlik oranı 2001 yılından itibaren yüzde 10’lar düzeyinde seyretmiş, ekonomik büyüme ile düşmesi beklenen işsizlikte önemli bir azalma meydana gelmemiştir. İşsizliğin azalmamasının nedeni, anılan dönemde sağlıklı bir istihdam artışının gerçekleştirilememesine bağlıdır. 2001 yılı sonrası on beş çeyrek dönemin yalnızca yedisinde istihdam artışları pozitif olarak gerçekleşmiştir. Tüm bu dönem için ortalama istihdam artış değeri yalnızca yüzde 0,6’dır.

İstihdamın sektörel dağılımına bakıldığında, 2001 krizinden bu yana tarımın toplam istihdamdaki payının yüzde 36,4 düzeyinden 2005 yılı sonunda yüzde 29,9'a gerilediği, bu 6,5 puanlık düşüşün sanayi kesimine yüzde 1,7, hizmet kesimine de 4,8 puanlık artış olarak yansıdığı görülmektedir. Böylece 2000-2005 döneminde sanayinin istihdamdaki payı yüzde 17,6'dan yüzde 19,3'3, hizmet sektörünün payı ise yüzde 46'dan yüzde 50,8'e çıkmıştır. Krizi izleyen yıllarda istihdam kayıplarına rağmen, 2001-2004 aralığında toplam istihdamda belirgin bir azalış yaşanmamıştır. Bu dönemde dikkati çeken en önemli durum, istihdamın kayıtlı ve kayıt dışı dağılımında yaşanan değişimdir. Anılan dönemde kayıtlı istihdam toplam 411 bin kişi azalırken, kayıt dışı istihdam 620 bin kişi artmıştır. 2005 yılında ise tam tersine kayıt dışı çalışanların bir kısmı kayıtlı hale dönüşmüştür. Bu durum, Türkiye'de kayıtlı – kayıt dışı istidam arasında önemli bir geçişkenlik olduğunu, bazı çalışanların zaman zaman sosyal güvenlik şemsiyesinden çıkarak işlerini korumaya çalıştıklarını göstermektedir (Türkan, 2005:67).

Türkiye'de artan işsizlik ücretler üzerinde de dikkate değer bir baskı oluşturmaktadır (Gürsel ve diğerleri, 2004:204). 1980 sonrasında Türkiye ekonomisinde ücret ve üretkenlik artışları arasındaki ilişki birincisinin aleyhine giderek bozulmuştur. Bu konuda yapılan bir çalışmada, 1980 yılı 100 endeks değeri olarak alınmış ve 2000 yılındaki değerleriyle karşılaştırıldığında ücret endeksinin 26,3'e indiği, buna karşılık emek verimliliğinin 136,2'ye çıktığı²³⁰ belirlenmiştir (BSB, 2005:17). Bu durum artan verimliliğin ücretle çalışanların refahını aynı düzeyde arttırmadığını göstermekte ve bir

²³⁰ Kamu kesimi imalat sanayinde verimlilik artışının ana nedeni yatırım ve teknolojik gelişmeye dayalı "sağlıklı" bir verimlilik artışı olmaktan çok, daha az işçi çalıştırmaya bağlı kişi başına katma değerın daha yüksek görünmesinden kaynaklı bir artıştır. Özel kesim imalat sanayindeki verimlilik artışının temel nedeni ise birim üretim başına daha az sayıda işçinin daha uzun çalışma süreleriyle çalışmış olmasından kaynaklanmaktadır.

düşük ücret ekonomisi izlenmektedir (Ekzen, 2005; BSB, 2005:18). Bu bozulma 2000-2004 yılları arasında da devam etmiş, reel ücret artışlarına rağmen 2004'ün ilk üç çeyreğinde reel ücretler 1997 seviyesine dahi ulaşamamıştır. Bu açıdan önemli olan bir başka gözlem de Türkiye'nin benzeri çevre ülke grubunda en kötü bozulma yaşayan ülke olmasıdır (BSB, 2005:18). Bu nedenle Türkiye'deki ekonomik büyüme eşitsiz gelişme ile birlikte gerçekleşmektedir (BSB, 2006:10).

Diğer taraftan, kamu borcunun azaltılması ve kamu finansmanının sürdürülebilirliği için 1998 yılından itibaren IMF ile yürütülen yapısal uyum programına rağmen, 2005 sonu itibariyle program öncesi dönemden farklı bir noktada olmadığımız görülmektedir. Son birkaç yılda gerçekleştirilen uzun süreli ve yüksek oranlı faiz dışı fazla ve özelleştirme gelirlerine karşılık, 2005 yılı sonunda iç borç faiz ödemeleri bütçe harcamalarının yaklaşık yüzde 32'si dolayındadır. İç borç faiz harcamaları yıllık vergi gelirleri toplamının yaklaşık yüzde 43'ünü alıp götürmektedir (BSB, 2006:9).

4.4.1.3. Gelir Dağılımı ve Yoksulluk

Türkiye'de gelir dağılımı eşitsizliği yıllar içinde azalmasına rağmen hala yüksek boyutlardadır (Tablo 31). 2003 yılında 0.42 olan gini katsayısı AB ülkelerinden yüksektir. Gini katsayısı, 2000 yılında Almanya'da 0.28, Finlandiya'da 0.27, Norveç'te 0.26 ve İsveç'te 0.25'tir (Hamzaoglu ve Özcan, 2005:107). Türkiye'de gini katsayısının yıllar itibariyle gelişimine bakıldığında, 1968 yılında 1963 yılına oranla eşitsizlikte 0.01 puanlık bir artış gözlenmektedir. Daha sonra 1983 yılına kadar eşitsizlikte azalma görülmüştür. 1983 yılında 1978 yılına göre yine 0.01'lik bir bozulma gözlenmiştir. Bu tarihten sonra 1987 yılına kadar önemli düzeyde bir gelişme görülmüş, 1987 yılında gini

katsayısı 0.43'e inmiştir. 1994 yılında 0.49'a çıkan rakam tekrar inerek 2002 yılında 0.44'e ve 2003 yılında 0.42 düzeyine düşmüştür.

Tablo 31: Türkiye’de Kişisel Gelir Dağılımı (1963-2003)

Yıllar	Birinci % 20	İkinci % 20	Üçüncü % 20	Dördüncü % 20	Beşinci % 20	Gini Katsayısı*
1963	4.5	8.5	11.5	18.5	57.0	0.55
1968	3.0	7.0	10.0	20.0	60.0	0.56
1973	3.5	8.0	12.5	19.5	56.5	0.51
1978	2.9	7.4	13.0	22.1	54.7	0.51
1983	2.7	7.0	12.6	21.9	55.8	0.52
1986	3.9	8.4	12.6	19.2	55.9	0.50
1987	5.2	9.6	14.1	21.2	49.9	0.43
1994	4.9	8.6	12.6	19.0	54.9	0.49
2002	5.3	9.8	14.0	20.8	50.1	0.44
2003	6.0	10.4	14.5	20.9	48.3	0.42

Kaynak: DPT Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2004 (<http://www.dpt.gov.tr>)

* Gini katsayısı “0”a yaklaştıkça gelir eşitsizliği azalmakta, “1”e yaklaştıkça artmaktadır.

Yüzde 20’lik gelir dilimleri açısından bakıldığında, 2003 yılında en yüksek gelirli yüzde 20’lik kesim gelirin yüzde 48,3’ünü, en düşük gelirli yüzde 20’lik kesim ise yüzde 6,0’sını almaktadır. Bu durumda geliri en yüksek olan kesim, geliri en düşük olan kesimin 8 katından fazla gelir elde etmektedir. Bu oran 1968 yılında 20 kat iken zaman içinde azalarak 8 kata inmesine rağmen, 2003 yılındaki 8 katlık fark, tek başına Türkiye’de önemli bir gelir dağılımı adaletsizliği olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de sosyal yardım ve hizmetleri de içeren sosyal güvenlik sisteminin 2004 yılındaki toplam harcamaları, GSMH içinde yüzde 11,7 paya sahiptir (Başbakanlık, 2005:39). Bu miktar 2005 yılında yüzde 12,1’e çıkmış olmasına rağmen (Özşuca, 2006:6), yoksulluğu önlemede yeterince etkili olamamıştır. 2004 yılında, nüfusun yüzde 1,3’ü yani 909 bin kişi sadece gıda harcamalarını içeren yoksulluk sınırının altında, yüzde 25,6’sı yani 17.991 bin kişi ise gıda ve gıda-dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır (Tablo 32). Bu durumda aynı yıl 13.418

bin kişiye verilen, ancak 2005 yılında 10.811 bin kişiye düşen Yeşil Kart sayısı, gıda ve gıda dışı harcamaları içeren yoksulluk sınırının altında yaşayanların yalnızca yüzde 60'ına sağlık güvencesi sağlamaktadır.

Kişi başı günlük harcaması satınalım gücü paritesine göre 1 Dolar'ın altında kalarak yaşamlarını sürdürenlerin oranı yüz binde 2, yani yaklaşık 11 bin kişidir. 2004 yılında, 4 kişilik hanenin aylık açlık sınırı 182 milyon TL, aylık yoksulluk sınırı ise 429 milyon TL'dir. 2003 yılında yüzde 1,3 olarak tahmin edilen açlık sınırının altında yaşayan fert oranı 2004 yılında da aynı kalmıştır (TÜİK, 2006). Buna karşın, yoksul birey oranı yüzde 28,2'den yüzde 25,6'ya düşmüştür. 2002'de yüzde 27 olan oran 2003'te yükselmiş, 2004'te 2002 seviyesinin altına düşmüştür.

Tablo 32: Çeşitli Ölçütlere Göre Gıda ve Gıda-Dışı Harcamalar Bakımından En Yoksul Kesimler, (% , 2002-2003)

Ölçütler	En Yoksul Kesim	Yoksulluk Or. (2002)	Yoksulluk Or. (2003)	Yoksulluk Or. (2004)
Yerleşim Yeri	Kırda Yaşayan	35,0	37,0	40,0
Cinsiyet	Kadın	27,2	28,3	26,0
Eğitim	Okur-yazar olmayan	41,1	42,4	45,1
Hanehalkı Kompozisyonu	Ataerkil veya geniş aile	34,3	32,7	32,0
İktisadi Faaliyet	Tarım sektörü	36,4	39,9	40,9
İşteki Durum	Yevmiyeli	45,0	43,1	37,5
İş Arama Nedeni	Engelli	36,0	-	-
Sosyal Sigorta	Sağlık Sigortası Olmayan	43,6	-	-
Genel Yoksulluk Oranı (gıda ve gıda-dışı yoksulluk)*		27,0	28,1	25,6

Kaynak: TÜİK 2002-2003 Hanehalkı Bütçe Anketleri; TÜİK, 2006; DPT 2006:91.

* Gıda ve gıda-dışı yoksulluk, gıda ve gıda-dışı harcamaların maliyetinin hanehalkının toplam tüketim harcamasından çok olduğu durumdur.

Yoksulluk özellikle kırdaki yaşayanlar, kadınlar, eğitim seviyesi düşük olanlar, geniş aileler, tarım sektöründe çalışanlar, yevmiyeliler, ücretsiz aile işçileri, işsizler ile tarım ve inşaat sektöründe çalışanlar arasında yaygındır (Tablo 32). Bu gruplar kayıt dışı istihdamda kırılgan kesimleri oluşturan gruplarla örtüşmekte, kayıt dışı istihdamdaki düşük ücret düzeyini doğrulamaktadır. 2003 yılı verileri, yevmiyeli

Çalışanlarda küçük bir düşüş dışındaki diğerk ölçütlerde, gıda ve gıda-dışı harcamalar bakımından yoksulluğın bir önceki yıla göre arttığını göstermektedir. 2004 yılında ise kırdı yaşayan ve tarım sektöründe çalışanlar dışındaki verilerde iyileşme gözlenmektedir. Ancak 2002 tarihinden itibaren GSYİH’da gözlenen hızlı gelişme, istihdama yansımadığı için yoksulluk verilerine de aynı oranda yansımamıştır.

Kırdı yaşayanların yoksulluk oranı 2002-2004 verilerine göre sürekli bir artış içindedir. 2002 yılında yüzde 35 olan kırdı yaşayanların yoksulluk oranı, 2003 yılında yüzde 37’ye, 2004 yılında yüzde 40’a çıkmıştır. Kentsel yerlerde yaşayanların yoksulluk oranı ise 2004 yılında yüzde 16,6 ile kırsal yerdeki yoksulluk oranının yaklaşık dörtte biridir.

Kadınlarn yoksulluk oranı 2003 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık bir puan artmıştır. 2002 yılında yüzde 27,2 olan oran, 2003 yılında yüzde 28,3 olmuş, ancak 2004 yılında iki puanın üzerinde bir düşüşle yüzde 26’ya inmiştir. 2004 yılında erkekler için yoksulluk oranı yüzde 25,2’dir.

Okur-yazar olmayanların yoksulluk oranı 2002-2004 yılları arasında sürekli bir artış göstermiştir. 2002’de yüzde 41,1 olan okur-yazar olmayanların yoksulluk oranı, 2003 yılında yüzde 42,4’e, 2004 yılında yüzde 45,1’e çıkmıştır. 2004 yılında ilköğretim mezunlarında bu oran yüzde 25,5, lise ve dengi meslek okulları mezunlarında yüzde 8,3, yüksekokul, fakülte ve üstü mezuniyete sahip bireylerde yüzde 1,3 olmuştur.

Türkiye’de hanehalkı büyüdükçe yoksulluk riski artmaktadır. 2004 yılında hanehalkı büyüklüğü 3 veya 4 kişiden oluşan hanelerde bulunan bireylerin yoksulluk

oranı yüzde 13,8 iken, 7 ve daha fazla olan hanelerdeki bireylerin yoksulluk oranı yüzde 52,0'dir. Hanehalkı türüne göre çekirdek ailede bireylerin yoksulluk oranı yüzde 23,2 iken, ataerkil veya geniş ailede yüzde 32,0, tek yetişkinli ailede ise yüzde 24,2 olmuştur (TÜİK, 2006).

Yoksulluk riski bireylerin çalışma durumlarına göre de farklılaşmaktadır. Tarım sektöründe çalışanlarda yoksulluk oranı 2003 yılında üçün üzerinde, 2004 yılında ise bir puanlık bir artış göstererek sırasıyla yüzde 36,4, 39,9 ve 40,9 olmuştur. Diğer yandan sanayi sektöründe çalışanlarda önemli bir iyileşme gözlenmiştir. Sanayi sektöründe yoksulluk oranı 2002 yılında yüzde 21 ve 2003 yılında yüzde 21,3 ile küçük bir artışla yakın oranlarda seyrederken, 2004 yılında yüzde 15,6'ya gerileyerek önemli bir düşük göstermiştir. Üç yıllık periyoda bakıldığında yoksulluk oranında en belirgin düşüşün görüldüğü sektör hizmet sektörü olmuştur. 2002 yılında yüzde 25,8 olan yoksulluk oranı, 2003 yılında yüzde 16,8'e, 2004 yılında ise yüzde 12,4'e gerileyerek yarı yarıya azalmıştır. Bu dönemde yevmiyeli çalışanlarda da iyileşme gözlenmektedir. Yevmiyeli çalışanlarda 2002 yılında yüzde 45 olan yoksulluk oranı, 2003 yılında yüzde 43,1'e, 2004 yılında yüzde 37,5'e düşmüştür. Ücretli ve maaşlı çalışanlarda yoksulluk oranı 2004 yılında yüzde 10,3'tür.

5510 sayılı Yasa'nın temel gerekçelerinden biri, mevcut sistemin yoksulluğa karşı güvence sağlayamıyor olmasıdır (Başbakanlık, 2005:43). Ancak sigortacılık yöntemine dayalı GSS Yasası, kayıt dışı istihdam ve yoksulluk açısından kırılgan kesimler için özel düzenlemeler yapmadan, kapsamı genişletemeyeceği gibi yoksulluğu da azaltamayacaktır. Ayrıca bu gruplar içinde primini kendileri ödeyip sisteme katılmak isteyenlerin ödemesi gereken asgari ücretin iki katı tutarındaki alt sınır, gıda ve gıda dışı

yoksul sayısının 2004 yılında yaklaşık 18 milyona ulaşmış olması nedeniyle adaletli değildir. Diğer taraftan Yeşil Kart koşullarının da gözden geçirilmesi ve ihtiyacı doğru olarak belirleyecek bir “ihtiyaç testi”nin geliştirilmesi de gereklidir.

4.4.1.4. Prime Esas Ücret Düzeyinin Düşüklüğü ve Prim Tahsilatının Tam Olarak Yapılamaması

Sosyal sigortanın başlıca finans kaynağı primler olduğu için, prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü yeterli düzeyde gelir oluşturmayı engellemekte, prim tahsilatının zamanında ve tam olarak yapılmaması da önemli gelir kayıplarına neden olmaktadır.

Emekli Sandığı’nda prime esas ücretin belirlenmesi ve prim tahsilatında herhangi bir sorun yaşanmamasına rağmen, ES kapsamındaki aktif sigortalıların kazançlarının büyük bir bölümünün prime esas ücret dışında kalması ES gelirlerini önemli oranda azaltmaktadır. Buna karşın bu kazançlar, emekli aylıkları hesabında dikkate alındığı için Kurumun giderleri artmakta ve aktüeryal yapısı zarar görmektedir (Akbulak ve Akbulak, 2004:157).

SSK ve Bağ-Kur’da ise sorun prime esas ücret miktarının düşüklüğünden ve primlerin tam olarak tahsil edilememesinden kaynaklanmaktadır. SSK’da primlerin önemli bir kısmı asgari ücret düzeyinden ödenmektedir. SSK’da prime esas ücret tabanı 1.7.2004 tarihinden önce asgari ücrete çok yakın ancak asgari ücretin üzerinde bir düzeyde seyretmiş,²³¹ anılan tarihten itibaren ise 5198 sayılı²³² Yasa’yla asgari ücret

²³¹ 1.1.2004 – 30.06.2004 tarihleri arasındaki 16 yaşını doldurmuş işçilerin bir günlük normal çalışma karşılığı asgari ücretleri 14.100.000.-TL (aylık 423.000.000.-TL) iken, 5073 sayılı kanunla (28.1.2004 tarih ve 25360 R.G.) değişik 506 sayılı kanunun 78.maddesi uyarınca “alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı 1.1.2004 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere 18.321.000.-TL’dir.

düzeyine indirilmiştir. 2004 yılı Eylül ayı itibariyle asgari ücret üzerinden prim ödeyenlerin toplam sigortalılara oranı yüzde 43'6'dır. Dahası sigortalıların yüzde 70'i asgari ücrete çok yakın bir kazanç üzerinden ödeme yapmaktadır²³³. Aynı tarihte üst sınır üzerinden prim ödeyenlerin oranı yalnızca yüzde 3,4'tür (SSK, 2004:29).

Bağ-Kur'da Mayıs 2006 tarihi itibariyle toplam sigortalıların yüzde 49,9'u 1.-11. basamaklar arasında, yüzde 42,3'ü 12. basamak üzerinden prim ödemektedir. Geriye kalan yaklaşık yüzde 7-8 ise 12-24.basamaklar arasında ödemede bulunmaktadır (<http://www.bagkur.gov.tr>).

Primlerini doğrudan kendileri toplayan SSK ve Bağ-Kur, prim tahsilatında da sıkıntı yaşamaktadır. SSK toplam primlerinin yaklaşık yüzde 80'ini tahsil edebilmektedir (Tablo 33). 1993 yılında yüzde 74,42 olan SSK prim tahsilat oranı, 1994 yılındaki ekonomik kriz nedeni ile yüzde 72,05'e gerilemiştir. Daha sonra artış eğilimine girerek 1997 yılında, yüzde 85,44 ile en yüksek seviyesine çıkmıştır. 1998 yılında bir miktar gerileyen oran, 1999 krizi ile yüzde 79,11'e düşmüştür. 2000 yılında yüzde 84'ün üzerine çıkan oran 2001 krizi ile tekrar gerileyerek yüzde 81,67'ye düşmüştür. 2002 yılında küçük bir artış gösteren tahsilat oranı, 2003 yılında yüzde 82,03'e gerilemiş, 2004 yılında yüzde 80,46 ile ekonomik kriz yılı olan 2001 yılındaki düzeyin altına inmiştir.

²³² “Kamu Görevlileri Sendikaları Kanunu, Sosyal Sigortalar Kanunu ve Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun” (6.7.2004 tarih ve 25514 R.G.). Yasa geriye yönelik düzenleme yapmıştır. Ancak 5073 sayılı kanunla 506 sayılı kanuna eklenen geçici 90.madde uyarınca, 1.1.2004-1.6.2004 tarihleri arasında “günlük kazancın alt sınırı altında kalan ve işverence ödenmesi gereken sigorta primlerinin Hazine tarafından karşılanması” öngörüldüğünden prim tahsilatı konusunda uygulamada herhangi bir sorun yaşanmamıştır.

²³³ Eylül 2004'te kazanç aralığı 14,805,000 – 96,232,500 TL'dir. Aynı tarihte sigortalıların yüzde 70'i 14,805,000 - 21,000,000 kazanç aralığında ödeme yapmıştır.

Tablo 33: SSK'nın Prim Tahsilat Oranları (% , 1993-2004)

1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
74,42	72,05	81,35	85,30	85,44	84,52	79,11	84,37	81,67	82,26	82,03	80,46

Kaynak: SSK Çalışma Raporları 1993-2004.

Gecikme cezası yaptırımı olmasına rağmen prim tahsilatının tam olarak yapılamamasının en önemli nedenlerinden biri, seçim yatırımı dolayısıyla neredeyse sıradan bir uygulama haline getirilen prim affı beklentisidir. Prim gelirlerinin tahsilatını olumsuz yönde etkileyen nedenlerden bir diğeri, 616 sayılı KHK ile sigorta müfettişlerinin inceleme yetkisinin kaldırılmış olmasıdır. Bu durumun kayıt dışı uygulamaları arttırdığı ve Kurumu zarara uğrattığı fark edildiğinde 4958 sayılı Yasa ile gerekli düzenlemeler yapılmıştır (Duygulu ve Pehlivan, 2004:26).

Bağ-Kur'un prim tahsilat oranı, prim ve gecikme zammı borcu bulunmayan aktif sigortalılara verilen ve her yıl vize edilmesi gereken sağlık karnesi sayılarından izlenebilir. 2005 yılında aktif sigortalılar içinde sağlık karnesi alanların oranı yüzde 84,9'dur. Diğer yandan 2005 yılında sağlık karnesi sahibi aktif sigortalıların bildirge dolduranlara oranı yalnızca yüzde 38,7'dir.

4.4.1.5. Aktif Pasif Sigortalı Oranındaki Düşüş

Kuruma bağlı aktif çalışan sigortalıların Kurumdan aylık alanlara oranını gösteren aktif/pasif oranı, primli sosyal sigorta sistemlerinde sosyal sigorta kuruluşlarının mali dengelerinin değerlendirilmesinde kullanılan en yaygın ölçütlerden biridir.

SSK'nın genel aktif pasif oranı 2004 yılında 1,69 iken sağlık sigortası aktif pasif oranı aynı yıl için 1,59'dır. 2004 yılında Emekli Sandığı'nda aktif pasif oranı 1,7 iken, Bağ-Kur'da 2,31'dir.

SSK'nın ilk kez aylık bağlamaya başladığı 1975 yılında 6,29 olan bu oran 1980'de 3,47'ye, 1985'te 2,45'e, 1990'da 2,39'a, 2000'de de 1,97'ye düşmüştür. Bu düşünün en önemli nedenleri, yasada yapılan değişikliklerle emeklilik koşullarının kolaylaştırılması ve borçlanma yasaları ile geçmişe yönelik hizmet kazandırılması yoluyla pasif sigortalıların artması, kayıt dışı istihdamın artışı ve işsizliğin artışı ile aktif sigortalıların sayısının azalmasıdır. Bağ-Kur'da aktif pasif oranı 2000 yılında 2,59 iken 2004'te 2,31'e düşmüştür. Emekli Sandığı'nın aktif pasif dengesi 1958 yılında 7,7 iken zaman içinde azalarak 1980 yılında 3,3'e, 1990 yılında 2,7'ye, 2000 yılında 1,9'a ve 2004 yılında 1,7'e düşmüştür.

OECD ülkelerinde 6 civarında olan aktif/pasif oranının en azından 4-5 civarında olması gerektiği belirtilmektedir (Duygulu ve Pehlivan, 2004:28; Okur, 2004:54). Türkiye'de kayıtsız işgücü kullanımının engellendiği ve tüm çalışanların sosyal güvenlik sistemi içerisinde yer aldığı bir durumda aktif pasif dengesinin 5+ üzerine çıkacağı belirtilmektedir (Yeldan ve Köse, 1999:88).

4.4.2. Sağlık Finansmanında Gider Arttırıcı Uygulamalar

4.4.2.1. Prim Karşılığı Olmayan Ödemeler ve Fonların Verimsiz Kullanımı

Türkiye'de gelir oluşturma'nın yetersizliğinin yanı sıra, toplanan gelirlerin verimsiz kullanımı da söz konusudur. Prim karşılığı olmayan kimi ödemelerin varlığı ve fonların verimli yatırımlara yönlendirilmemesi başlıca verimsizlik sorunlarıdır.

Ülkemizde sosyal güvenlik kuruluşları, prim karşılığı olmayan bazı sağlık yardımlarını yapmak zorunda bırakılmıştır. Emekli Sandığı Yasası'na 08.07.1971 tarih ve 1425 sayılı Yasa'yla eklenen geçici 139. madde; “kanunla düzenlenecek genel sağlık sigortası kapsamına alınacakları tarihe kadar” emekli, dul ve yetimler ile bunların bakmakla yükümlü oldukları kişilerin hastalanmaları halinde sağlık yardımlarından yararlanmalarını öngörerek, prim karşılığı olmayan bir hizmet sunumunu başlatmıştır. ES yapmakta olduğu sağlık yardımı karşılığında iştirakçi veya emeklilerden herhangi bir kesenek almamış ve uzun yıllar sağlık giderlerini kendi kaynaklarından karşılamıştır. Ancak, yine anılan 1971 tarihli Yasa ile nakit açığının Maliye Bakanlığı bütçesinin sosyal transferler bölümüne konacak bir ödenekten karşılanması öngörüldüğünden, Kurum açık vermeye başladığı tarihten itibaren sağlık harcamaları doğrudan Maliye Bakanlığınca karşılanmaktadır.

Diğer taraftan, SSK'da sadece yüzde 25 oranında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası primi ödeyen isteğe bağlı sigortalılar, emekli olduklarında hem kendileri hem de bağımlıları için sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar (Akbulak ve Akbulak, 2004:157).

Sosyal güvenlik kurumlarının hemen hiçbir konuda yönetim özerkliğine sahip olmaması ya anılan kurumların varlıklarının siyasi iktidarlarca diledikleri gibi kullanacakları kaynaklar olarak görülmesine neden olmuş (Akbulak ve Akbulak, 2004:170-172) ya da popülist kaygılarla sistemin aktüeryal dengesini gözetmeyen uygulamalara zemin hazırlamıştır (Fişek, Özşuca ve Şuğle, 1998:189-197).

Ülkemizde sağlık hizmetleri finansmanında sosyal güvenlik kuruluşlarınca yaygın olarak kullanılan hizmet başına ödeme yöntemi de maliyetleri arttırarak verimsizliğe neden olmaktadır .

GSS Yasası verimliliği sağlamak ve sürdürülebilirliği arttırmak amacıyla bir dizi kullanıcı katkısı ve cepten ödeme öngörmüştür. Ayrıca harcamaların doğru ve yerinde yapılıp yapılmadığını denetlemek için gerekli denetim ve provizyon mekanizmalarının kurulmasını öngörmekte, suistimaller için ağır mali ve cezai yaptırımlar içermektedir (Başbakanlık, 2005:69).

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun en yüksek karar ve yetki organı olan Yönetim Kurulu yönetiminde seçimle gelen 5 işçi, işveren, kamu çalışanı, bağımsız çalışan ve aylık ve gelir alanların temsilcisi ile atama ile gelen 5 hükümet temsilcisi bulunmaktadır²³⁴ (5502, m.5). Ancak, oylarda eşitlik olması durumunda başkanın bulunduğu tarafın çoğunluk sayılmasının öngörülmesi (5502, m.6), Kurumun özerkliğini tartışmalı hale getirmektedir. GSS Yasası ile sağlık hizmetlerinin kapsamı ve kullanıcı katkıları konusunda Kuruma oldukça geniş yetkiler verildiği dikkate alındığında, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun bu idari yapısı, tarafların itirazlarına rağmen, Kurumun sağlık hizmetlerinin kapsamını daraltacak ve kullanıcı katkılarını arttıracak kararları kolayca alabilmesinin ve Kurumun mali varlıklarının siyasi iktidarlarca kullanılabilmesinin önünü açabilecektir.

²³⁴ Sosyal Güvenlik Kurumu 23.11.2006 tarihinde yapılan Olağanüstü Genel Kurul Toplantısı ile Yönetim Kurulu'nu belirlenmiştir. Genel Kurul'da oy kullanan 66 delege SGK'nun beş yönetim kurulu asil ve yedek üyesini belirlemiştir. Toplam 10 kişiden oluşan yönetim kurulunun en yüksek karar, yetki ve sorumluluğunu taşıyacak başkan, başkan yardımcısı ve diğer 3 hükümet temsilcisi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığından gelecek temsilcilerden oluşacaktır. Temsilciler müşterek kararnameyle atanacaktır. SGK Başkanlığı'na vekâleten atanan Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşar Yardımcısı Birol Aydemir halen bu görevi sürdürmektedir (Radikal, 22.11.2006).

GSS sistemine geçilmesinin sağlık harcamaları ve kamu açığı üzerindeki olası etkilerini ölçmek amacıyla yapılan uzun dönemli projeksiyon, Sağlıkta Dönüşüm Programı gerçekleştirilmeden GSS sistemine geçildiği varsayımına dayanan projeksiyonda finansman açığının büyük bir artışla 2025 yılında GSYİH'nın yüzde 8,8'ine yükseleceği hesaplanmıştır (Başbakanlık, 2005:74).

4.4.2.2. Sağlık Harcamalarının Artması

Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı son yirmi yıl içerisinde yaklaşık üç kat artarak 1985'te yüzde 2,2'den 2002'de yüzde 6,5'e yükselmiştir²³⁵. Benzer bir şekilde Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması DPT verilerine göre 1980-2004 yılları arasında sürekli bir artış göstermiştir (<http://www.dpt.gov.tr>). 1980 yılında 4200 T.L. olan kişi başı sağlık harcaması miktarı, 2004 yılında 377.132.600 T.L.'ye ulaşmıştır. Dolar cinsinden bakıldığında dalgalı bir seyir izlemiş, ancak 1980'de kişi başına 55,5 \$'dan 2004'te 265,1 \$'a yükselmiştir. Satın alım gücü paritesi açısından bakıldığında ise 1980 yılında 82,3 \$'dan 2004 yılında 483,4 \$'a çıkmıştır.

Sağlık harcamalarının artışı sosyal güvenlik kuruluşları hastalık fonlarının gelir gider dengelerinin bozulmasına yol açmıştır. 1996 yılında yüzde 8,9 olan reel sağlık harcaması artış oranı, 1997 yılında yüzde 22'ye çıkmıştır (Tablo 34). Bu tarihten sonra gerileyerek 2002 yılında yüzde 9,8'e düşmüştür. 2003 yılında küçük bir artış gösteren oran 2004 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık 2 kat artarak yüzde 20,5'e çıkmıştır. SSK'da 2005 yılında 7.457.105 Bin Y.T.L. olan toplam sağlık harcaması bir önceki yıla

²³⁵ Türkiye'de sağlık harcamalarının artış nedenlerini araştıran spesifik çalışmalar bulunmamaktadır. Dolayısıyla tüm dünyada 1980'lerden itibaren sağlık harcamalarını arttıran etmenlerin ülkemizde de harcamaları arttırması olasıdır (bkz.dipnot 168).

oranla yalnızca yüzde 2 oranında artmıştır. Bu artış son 10 yılın en düşük artışdır. Bu düşük artışta 2005 yılından itibaren toplam sağlık harcamalarına geçici işgöremezlik ödeneği, yolluk, cenaze ve dış ülke sağlık harcamalarının dahil edilmemiş olması etkili olmuştur²³⁶. 1995-2005 tarihleri arasında SSK sağlık harcamaları reel olarak ortalama yüzde 12,1 oranında artmıştır.

Tablo 34: SSK Sağlık Harcamaları (1995-2005, Bin YTL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	1994=100 TÜFE**	Reel Sağ. Harc.	Reel Sağ. Harc. Değ. Oranı (%)	İlaç Harcaması	Reel İlaç Harc. 1994=100	Reel İlaç Harc. Değ. Oranı (%)	İlaç Harc. Top. Sağ. Harc. Oranı (%)
1995	44.754,5	188	238	-	17.141,8	91,1	-	38,3
1996	87.937,2	339,1	259,3	8,9	32.033,6	94,5	3,7	36,4
1997	199.230,4	629,9	316,3	22,0	71.224,4	113,0	19,6	35,7
1998	406.180,4	1.163,0	349,2	10,4	165.584,5	142,4	26,0	40,8
1999	748.699,5	1.917,4	390,5	11,8	304.016,7	158,5	11,3	40,6
2000	1.280.188,8	2.970,4	431,0	10,4	572.409,3	192,7	21,6	44,7
2001	2.257.957,6	4.586,3	492,3	14,2	992.615,6	216,4	12,3	44,0
2002	3.594.350,1	6.648,5	540,6	9,8	1.878.558,2	282,5	30,5	52,3
2003	4.981.193,7	8.330,4	597,9	10,6	2.101.495,7	252,3	-10,7	42,2
2004	6.635.691,0	9.212,1	720,3	20,5	2.687.750,1	291,8	15,6	40,5
2005*	7.457.105,0	10.146,0	735,0	2,0	3.552.940,0	350,2	20,0	47,6

Kaynak: Hamzaoglu ve Özcan, 2006:83 ve <http://www.calisma.gov.tr>²³⁸deki verilerden hesaplanmıştır.

*2005 yılı toplam sağlık harcamaları rakamı SSK Mart 2007 İstatistik Bülteni tablo 25'ten alınmıştır.

**TÜİK 1994 Temel Yıllı Tüketici Fiyatları Endeks Rakamları, 1994-2006. Aylık bazdaki rakamların aritmetik ortalaması alınmıştır.

1995-2005 tarihleri arasında ilaç harcamalarındaki reel artış oranları sağlık harcamalarındaki artış ile örtüşmemektedir. Bu dönemde ilaç harcamalarındaki ortalama reel artış sağlık harcamalarındaki ortalama reel artıştan birkaç puan fazlalıkla yüzde 15 olmuştur. İlaç harcamalarında dikkati çeken nokta 2003 yılında sağlık harcamalarındaki reel artışın yüzde 10,6 olmasına rağmen, ilaç harcamalarındaki reel artışın - 10,7 olarak gerçekleşmesidir. 2005 yılında ilaç harcamalarındaki reel artış ortalamanın beş puan üzerinde yüzde 20 oranında gerçekleşmiştir. Bu artışta SSK üyelerinin 2005 yılından itibaren serbest eczanelerden ilaç almaya başlamasının payı olduğu düşünülmektedir.

²³⁶ http://www.ssk.gov.tr/sskdownloads/anasayfa/istatistik/mart_2007.xls.

²³⁷ http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2005_bulten2/ssk_saglik_giderleri.htm.

²³⁸ http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2005_bulten2/ssk_saglik_giderleri.htm.

Toplam sağlık harcamaları içerisinde ilacın oranı 1995-1997 yılları arasında yüzde 38,3'ten yüzde 35,7'ye düşmüştür. Bu tarihten sonra oran hızlı bir artışla 2002 yılında yüzde 52,3'e çıkmıştır. Sonra gerileyerek 2004 yılında yüzde 40,5'e düşmüş, 2005 yılında tekrar yüzde 47,6'ya çıkmıştır. SSK'da 1995-2005 tarihleri arasında ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı ortalama yüzde 42,1 olmuştur. Bu oran ES ve Bağ-Kur'daki oranlardan yaklaşık 15-16 puan daha düşüktür. Oranın düşük seyretmesinde 2005 yılına kadar SSK'nın kendi ilaç fabrikasına sahip olması ve o döneme kadar serbest eczanelerden ilaç temini yerine ihalelerle ilaç temin etme yoluna gitmesi ve bunu kendi sağlık kurumlarının eczanelerinden dağıtmasıdır.

Sağlık harcamalarının artışı Emekli Sandığı için de önemli bir sorundur. 1996 yılında reel olarak yüzde 7,5 oranında artan sağlık harcamaları, 1997'de yüzde 30,6 artış ile en yüksek seviyesine çıkmış, 1998'de üçte bir oranında gerileyerek yüzde 20,5'e düşmüştür (Tablo 35).

Tablo 35: Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları (1995-2005, Bin YTL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harc.	1994=100 TÜFE*	Reel Sağ. Harc.	Reel Sağlık Harc. Değ. Oranı (%)	İlaç Harc.	Reel İlaç Harc.	Reel İlaç Harc. Değişim Oranı (%)	İlaç Harc.nın Top. Sağ. Harc. Oranı (%)
1995	17.858	188,0	95	-	-	-	-	-
1996	34.625	339,1	102,1	7.5	-	-	-	-
1997	84.040	629,9	133,4	30.6	-	-	-	-
1998	187.040	1.163,0	160,8	20.5	-	-	-	-
1999	360.267	1.917,4	187,9	16.8	-	-	-	-
2000	623.072	2.970,4	209,8	11.6	358.000	120,5	-	57.5
2001	1.089.395	4.586,3	237,5	13.2	660.000	143,9	19.4	60.6
2002	1.840.221	6.648,5	276,8	16.5	1.100.000	165,4	14.9	59.8
2003	2.498.189	8.330,4	299,9	8.3	1.517.000	182,1	10.0	60.7
2004	2.795.695	9.212,1	303,5	1.2	1.524.000	165,4	-9.2	54.5
2005	2.917.045	10.146,0	287,5	-5.3	1.607.000	158,4	-4.2	55.1

Kaynak: <http://www.calisma.gov.tr>²³⁹ deki verilerden hesaplanmıştır.

*TÜİK 1994 Temel Yıllı Tüketici Fiyatları Endeks Rakamları, 1994-2006. Aylık bazdaki rakamların aritmetik ortalaması alınmıştır.

²³⁹ <http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/2006/16.htm>

1999 ve 2000 yıllarında gerilemesini sürdüren oran 2001 yılından itibaren tekrar tırmanışa geçerek yüzde 13,2’den yüzde 16,5’e çıkmıştır. Ancak ES sağlık harcamaları artışı 2003 yılından itibaren önemli oranda gerileyerek 2004 yılında yalnızca yüzde 1,2 oranında artmış, 2005 yılında 2.917.045 Bin YTL toplam sağlık harcaması ile ilk kez 5,3 oranında azalışa dönmüştür. Bu azalış esas olarak ilaç harcamalarındaki azalıştan kaynaklanmaktadır. Nitekim 2004 ve 2005 yıllarında ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı 2003 yılına oranla yaklaşık 6 puan gerilemiştir. İlaç harcamalarındaki gerilemede, 2002 yılından itibaren sağlık karnelerinin kendinden kopyalı reçeteli karneler (otokopili) olarak yeniden düzenlenmesi²⁴⁰ ve 2005 yılında ilaç ödemelerinde “eşdeğer ilaç” ve “pozitif liste” uygulamasına geçilmiş olması etkili olmuştur.

Otokopili reçeteler karnelerin kullanımını denetim altına almıştır. Eşdeğer ilaç uygulaması ile eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde en ucuzunun yüzde 22 fazlasına kadarı dikkate alınarak ödeme yapılmaktadır (2006 tarihli Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, m.14.2)²⁴¹. Bu durumda kurumun ödeme miktarını aşan kısmı

²⁴⁰ 14.5.2001 tarihli ve 2001/2473 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliğinin 38 inci maddesi değiştirilerek gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

²⁴¹ Uygulama 17/09/2004 tarihli ve 5234 sayılı Kanunun 10 uncu maddesi ile 178 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 10 uncu maddesine eklenen (r) bendi ile başlatılmıştır. 2006 tarihli Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği’nin 14.2 maddesine göre; fiyatları en ucuz olarak referans alınacak ürünlerin eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekir. Bu amaçla, tavana esas en ucuz ilaç olarak belirlenen ilacın en az 5 ay piyasada bulunma ve ilgili eşdeğer ilaç grubuna dahil olan ilaçlar arasından en az yüzde 1 pazar payına sahip olması gözetilir. Söz konusu süre ve pazar payının her bir eşdeğer ilaç grubundaki ilaç sayısı dikkate alınarak yeniden belirlenmesine ve bunlara ilişkin tereddütlerin giderilmesine Geri Ödeme Komisyonu yetkilidir.

Eşdeğer ilaç uygulaması; temelde, sınırlandırılmış bir terapötik eşdeğerlik olarak, aynı endikasyon için kullanılacak aynı etken maddeyi içeren ürünlerin benzer dozaj formları arasında fiyat karşılaştırması esasına dayanır.

Bu esasa göre, belirlenen eşdeğer ilaç gruplarının her birinde:

a) Bu Tebliğin 14.1 inci maddesinde belirtildiği şekilde indirim oranları uygulanmak suretiyle, ilaçların indirimli kutu fiyatı bulunur.

b) İndirimli kutu fiyatı üzerinden, gruba dahil ilaçların ortak en küçük birimi başına düşen “indirimli birim bedel” hesaplanır.

c) Gruptaki ilaçlar için bulunan bu indirimli birim bedeller karşılaştırılarak o eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel bulunur.

hastalar tarafından ödenmektedir. Pozitif liste uygulaması ile ise, yalnızca ilaçta tedavi yardımına ilişkin (4) sıra numaralı 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın²⁴² “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi” nde yer alan ilaçlar ödenmeye başlanmıştır²⁴³. Bu uygulama ile birçok ilaç kapsam dışında bırakılarak ilaçtaki güvence oldukça daraltılmıştır.

Emekli Sandığı'nda 1995-2005 yılları arasında reel sağlık harcamaları ortalama yüzde 12,1 oranında artmıştır. Bu oran SSK'daki artış oranı ile aynıdır. 2001-2005 döneminde ilaç harcamalarındaki reel artış oranı ortalama yüzde 6,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu ortalama oran SSK'da 1996-2005 döneminde gerçekleşen ilaç artış oranının yaklaşık 2.5'te biridir. Öte yandan toplam sağlık harcamaları içerisinde ilacın yerine bakıldığında, ES'nda 2001-2005 yılları arasında yüzde 58 oranındaki rakam SSK'da aynı dönem için yüzde 45'tir. SSK'da sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının oranı son yıllarda artarken, ES'nda gerileme gözlenmektedir. Bu durumda ES'nda sağlık harcamalarındaki gerilemede ilaçtaki harcama miktarının gerilemesinin önemli bir rol oynadığı ortaya çıkmaktadır. Yine de ES'nda ilaç

d) Bulunan en ucuz fiyata % 22 ilave edilerek o gruptaki ilaçlar için ödenebilecek azami birim bedel bulunur.

e) Bu şekilde bulunan ödenebilecek azami birim bedel esas alınarak, gruptaki her bir ilacın ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanır ve ortaya çıkan bu kutu fiyatı, aynı ilacın indirimli kutu fiyatı ile karşılaştırılır.

f) İndirimli kutu fiyatının, azami birim bedelden yola çıkılarak hesaplanan kutu fiyatını aşan kısmı Kurumlar tarafından ödenmez.

²⁴² 9/2/2005 tarihli ve 25722 mükerrer sayılı Resmi Gazete.

²⁴³ Kurum ve kuruluşlarca bedeli ödenecek olan ilaçlar 2006 tarihli ve 6 nolu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'ne ekli Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) belirtilmiştir. Bu listede ticari isimleri ve barkod numaraları ile birlikte yer alan ilaçlar dışındakilerin bedelleri, reçeteye yazılsa dahi kurumlarca hiçbir şekilde ödenmeyecektir.

Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesinde (EK-2/D) yer alacak veya bu listeden çıkarılacak ilaçların saptanmasına ilişkin değerlendirmeler, 14/02/2004 tarih ve 25373 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan, 06/02/2004 tarih ve 2004/6781 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile oluşturulan “Geri Ödeme Komisyonu” tarafından yapılır. Etken maddesi geri ödeme listesinde olan bir ilacın eşdeğeri olanlar en ucuz eşdeğerinin altında fiyat taşıması halinde “Geri Ödeme Komisyonu” tarafından ivedilikle değerlendirilir. Geri ödeme komisyonunun çalışma usul ve esaslarına ilişkin karar Maliye Bakanlığının web sayfasında duyurulmuştur (2006 tarihli ve 6 nolu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, m.12.5).

harcamaları sağlık harcamaları içerisindeki en yüksek harcama kalemi olma özelliğini korumaktadır.

Emekli Sandığı sosyal güvenlik kurumları arasında kişi başı sağlık harcamasının en yüksek olduğu kurumdur. Emekli Sandığı ve aktif memurlar, 2004 yılında 1.342.100 TL. Dolar kuru üzerinden 363 \$ kişi başı sağlık harcaması yapmıştır. Aktif memurların dahil edilmediği Emekli Sandığı rakamı 2004 yılı için kişi başı 772 \$'dır. Bu rakam Bağ-Kur ve SSK'da sırasıyla 279 ve 172 \$ olmuştur (<http://www.emekli.gov.tr>).

Emekli Sandığı'nda 2005 yılı sağlık ödemelerinin Kurum açığına oranı yüzde 64'tür. Bu oran 2002 yılında yüzde 69, 2003 yılında yüzde 71 ve 2004 yılında yüzde 62'dir (<http://www.emekli.gov.tr>). Bu durum Emekli Sandığı açığının büyük oranda sağlık ödemelerinden kaynaklandığını göstermektedir.

Bağ-Kur gerek toplam sağlık harcaması, gerekse toplam ilaç harcaması açısından son on yılda en yüksek reel artışları gösteren kurum olmuştur. 1997 yılında bir önceki yıla oranla sağlık harcamalarının reel olarak yüzde 59,3 arttığı Bağ-Kur, 1998 yılında yüzde 100 rekor artışla sağlık harcaması yapmıştır (Tablo 36). 1997 ve 1998 yılları SSK ve ES'nda da artışın ortalamaların üzerinde olduğu yıllardır (SSK 1998 yılı hariç), ancak en yüksek oranlara sahip kurum Bağ-Kur olmuştur. 1998 yılından itibaren harcamalarını geriletmeyi başaran Bağ-Kur, bu tarihten sonra harcamalarını 1997-2005 yılları arasındaki ortalama yüzde 26,6 artışın altında tutmayı başarmıştır. 1999 yılında yüzde 24,6'ya gerileyen harcama artış yüzdesi 2000 yılında yüzde 14'e, 2001 yılında ise yüzde 9'a gerilemiştir. Bu azalışta 1999 ve 2001 krizlerinin etkisi olduğu düşünülmektedir. 2002 yılında tekrar yüzde 23,2 oranında artan sağlık

harcamaları, bu tarihten itibaren gittikçe azalarak 2003 yılında yüzde 15,7'ye, 2004 yılında yüzde 5,6'ya gerilemiştir. 2005 yılında 3.625.815 Bin Y.T.L. harcama ile sağlık harcamaları ilk kez yüzde 11,5 azalış olarak gerçekleşmiştir. 2004 ve 2005 yıllarındaki azalışta ilaç harcamalarındaki azalışın etkisi bulunmaktadır. Bu tarihlerde ilaç harcamaları hem reel olarak azalışa geçmiş hem de ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki oranı 2004 yılında 4, 2005 yılında 8 puanlık düşüşler kaydetmiştir. Bu azalışta Bağ-Kur'un da pozitif liste ve eşdeğer ilaç uygulamasına geçmiş olmasının etkisi bulunmaktadır. Buna rağmen Bağ-Kur, 1997-2005 döneminde toplam sağlık harcamalarında reel olarak ortalama yüzde 26,6 artış ile aynı dönemde ortalama yüzde 12,1 oranında gerçekleşen SSK ve ES artış oranlarının iki katından fazla bir artış oranına sahip olmuştur.

Tablo 36: Bağ-Kur Sağlık Harcamaları (1996-2005, Bin YTL)

Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması	1994=100 TÜFE*	Reel Sağlık Har. 1994=100	Reel Sağlık Har. Değiş. Oranı (%)	İlaç Harc.	Reel İlaç Har. 1994=100	Reel İlaç Har. Değişim Oranı (%)	İlaç Harc.nın Top. Sağlık Harc. Oranı (%)
1996	18.412	339,1	54,3	-	9.195	27,1	-	49,9
1997	54.500	629,9	86,5	59,3	24.971	39,6	46,1	45,8
1998	201.254	1.163,0	173,0	100,0	121.417	104,4	163,6	60,3
1999	413.417	1.917,4	215,6	24,6	231.419	120,7	15,6	56,0
2000	730.291	2.970,4	245,8	14,0	458.336	154,3	27,8	62,8
2001	1.228.806	4.586,3	267,9	9,0	780.446	170,2	10,3	63,5
2002	2.195.295	6.648,5	330,2	23,2	1.321.532	198,8	16,8	60,2
2003	3.183.120	8.330,4	382,1	15,7	1.997.220	238,7	20,6	62,7
2004	3.719.300	9.212,1	403,7	5,6	2.187.971	237,5	-0,1	58,8
2005	3.625.815	10.146,0	357,4	-11,5	1.840.940	181,4	-23,6	50,8

Kaynak: Bağ-Kur, 2005: Yıllar itibariyle sağlık giderleri tablosundan hesaplanmıştır.

*TÜİK 1994 Temel Yıllı Tüketici Fiyatları Endeks Rakamları, 1994-2006. Aylık bazdaki rakamların aritmetik ortalaması alınmıştır.

Bağ-Kur'un ilaç harcamaları toplam sağlık harcamasına benzer bir şekilde 1998 yılında yüzde 163,6 ile en yüksek seviyesine ulaşmıştır. Bu tarihten itibaren reel ilaç harcamalarını önemli oranda azaltmayı başaran Kurum, 2004 yılından bu yana ilaç

harcamalarında negatif artışlar sağlamayı başarmıştır. Buna rağmen 1997-2005 döneminde toplam ilaç harcamalarındaki reel artış oranı ortalama yüzde 30,8 ile SSK'nın yaklaşık iki, ES'nın ise yaklaşık beş katı olmuştur. Aynı dönemde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki oranı yüzde 57,1 ile ES'na çok yakın bir oranda gerçekleşmiştir.

Bağ-Kur 2005 tarihinde 1479 sayılı Yasa kapsamında topladığı primlerle giderlerinin ancak yüzde 25,8'ini, 2926 sayılı Yasa'yla topladığı primlerle ise yüzde 36,1'ini karşılayabilmektedir (<http://www.bagkur.gov.tr>).

Türkiye'de cari sağlık harcamalarının finansman kurumlarına dağılımına bakıldığında, sosyal güvenlik kuruluşlarının finansmandaki ağırlığının gittikçe arttığı görülmektedir. 1999 yılında cari sağlık harcamalarının yüzde 32,71'ini yapan sosyal güvenlik kuruluşları, 2004 yılında yüzde 40,01'ini karşılamaktadır (Tablo 37). Beş yılda yaklaşık yüzde 7'inin üzerinde bir artış söz konusudur. SSK'da yüzde 0,5'lik küçük bir artış görülmektedir. Ancak 2004 tarihinden sonra gerçekleşen SSK hastanelerinin SB'na devri, SSK'nın özel sektörden hizmet satın almaya başlaması ve özellikle ilaçların özel eczanelerden verilmeye başlanması son yıllarda SSK'nın sağlık harcamalarını önemli ölçüde arttırmıştır. ES toplam sağlık harcamaları içindeki oranını sadece yüzde 1 oranında arttırmıştır. Bağ-Kur'da yüzde 3'e yakın olan bu artış, sosyal güvenlik kuruluşları içerisinde en yüksek orana sahiptir.

Tablo 37: Türkiye’de Cari Sağlık Harcamasının Finansman Kurumlarına Göre Dağılımı (1999-2004)

Finansman Kurumu	Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Yeri (%)					
	1999 (1)	2000 (1)	2001 (2)	2002 (2)	2003 (2)	2004 (2)
Merkezi Hükümet	24.98	21.77	26.87	26,01	25.13	26.47
Yerel Yönetimler	2.31	4.16	5.01	4.59	5.07	4.41
Sosyal Güvenlik Fonları	32.71	35.75	35.09	38.30	40.10	40.01
SSK	---	19.20	17.10	17.91	18.60	19.70
Emekli Sandığı	---	7.62	8.55	9.32	9.46	8.73
Bağ-Kur	---	8.93	9.44	11.07	12.04	11.58
Toplam Kamu	60.0	61.67	66.98	68,90	70.30	70.89
Hanehalkı cepten ödemeleri	29.95	28.60	24.25	22.00	20.75	20.12
Diğer	2.02	1.49	8.77	9.10	8.95	8.99
Toplam Özel	40.0	38.33	33.02	31.10	29.70	29.11
Toplam	100	100	100	100	100	100

Kaynak: (1) OECD, 2004: 11; SB 2004:21-22.

(2) TÜİK geçici verileri.

Bu artışlara rağmen Türkiye, gerek toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı, gerekse kişi başı sağlık harcaması açısından OECD ülkelerinin gerisinde yer almaktadır. Ülkemizde 1980-2004 tarihleri arasındaki son yirmi beş yıl içerisinde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı OECD ve DSÖ verilerine göre yüzde 2,2-7,5 arasında seyretmiştir. Bu oran aynı tarihler arasında OECD ülkeleri için ortalama yüzde 6,9 – 9,2 arasındadır. DSÖ verilerine göre ülkemizde 2004 yılında yüzde 7,5’e çıkmış olan toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki yeri, aynı yıl yüzde 9,2 olan OECD ortalamasına yaklaşmış olmakla birlikte hala düşüktür (OECD Health Data, 2005; WHO HFA-DB, 2006).

OECD verilerine göre ülkemiz kişi başına sağlık harcaması açısından OECD ülkeleri arasında en düşük sıradadır. Satın alım gücü paritesi açısından, 1980-2003 yılları arasında OECD ülkelerinde kişi başına sağlık harcaması ortalaması 661-2472 \$ arasında seyretmiştir. Bu oran Türkiye’de 75-505 \$ ile OECD ortalamasının yaklaşık dokuzda birinden beşte birine inmiş olmasına rağmen, hala çok düşüktür (OECD Health Data, 2005; WHO HFA-DB, 2006).

4.4.3. Sağlık Finansmanının Sürdürülebilirliğini Etkileyen Diğer Etmenler

4.4.3.1. Demografik Yapı

Türkiye, 2000 yılı nüfus sayımına göre 67.8 milyon kişi ile dünya nüfus sıralamasında 20. sıradadır (Morlock ve diğerleri, 2004:48). Gelişen sağlık koşulları, yüksek doğurganlık ve artan yaşam umudunun etkisiyle Türkiye’de nüfus artışı özellikle 1950’li yıllarda yüksek oranlarda seyretmiş, ancak 2005 yılına gelindiğinde yaklaşık 19 puan gerilemiştir. 1952 yılında binde 27,7 ve 1957’de binde 28,5 olan yıllık nüfus artış hızı zamanla azalarak, 1977’de binde 20,6’ya gerilemiştir. Ancak 1982’de tekrar binde 24,9’a yükselmiştir. 1982 tarihinden itibaren yine yavaşlama eğilimine girerek, 1987’de binde 21,7’ye ve 1994’te binde 18,3’e gerilemiştir. Nüfus artış hızı gerilemesini sürdürerek 2001 yılında binde 14,9’a, 2005 yılında binde 10’a inmiştir. 2010, 2015 ve 2020 yıllarında da binde 10 civarında seyretmesi beklenmektedir (<http://www.tuik.gov.tr>). Türkiye’nin nüfus artış hızı 2004 yılında binde 9,3 olan AB ortalamasına oldukça yaklaşmıştır (WHO HFA-DB, 2006). Türkiye’de toplam doğurganlık hızı 2003 yılında kadın başına 2,2 ile AB ülkelerindeki orandan daha yüksektir. AB ülkelerinde 2003 yılında bu oran 1,2’dir. Demografik geçiş sürecini tamamlamış gelişmiş ülkelerdeki deneyimler, nüfus artışının tekrar anlamlı bir artış eğilimine girmediğini göstermektedir. Bu nedenle demografik geçiş sürecini yaşayan Türkiye nüfusunun da artık artış eğilimine girmeyeceği, hatta uzun vadede negatif artışların söz konusu olacağı tahmin edilmektedir²⁴⁴ (TÜSİAD, 1999:56).

²⁴⁴ Birçok gelişmiş ülke, yaklaşık 60 yıl önce demografik değişimden geçmeye başlamıştır. Bu değişimin iki ögesi bulunmaktadır. Birincisi, çocuk ölüm oranlarının azalması ve aile planlamasındaki ilerlemelerden dolayı doğurganlık oranının düşmesidir. İkincisi ise, tıp bilimlerindeki gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin toplumsallaşması ile bireylerin ortalama yaşam süresinin uzamasıdır. Bu değişimde üç evre yaşanmaktadır. Birinci evre, bağımlı nüfusun çalışabilir nüfusa oranla fazla olduğu evredir. Bu evrede çocuk ölüm oranları azalmaya başlamakla birlikte, doğurganlık hızları hala yüksektir. İkinci evrede doğurganlık hızları azalmaya ve ortalama ömür yavaş yavaş artmaya başlar. Bu evrede 70-100 yılı bulabilecek bir dönemde bağımlılık oranları azalır. Türkiye’nin de şu an içinde bulunduğu ikinci evre “demografik fırsat penceresi” olarak adlandırılan ve doğru kullanıldığı takdirde ülke ekonomisine önemli katkıları olan bir evredir. Üçüncü evrede sayıları bağımlı sayılarına oranla yüksek olan üretken kesim

Türkiye oldukça genç bir nüfusa sahiptir. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre, nüfusun yüzde 7'si 65 yaş ve üzerindedir. Nüfusun yüzde 9'u 5 yaş altında, yüzde 20'si 5-14 yaş arasında ve yüzde 64'ü 15-64 yaş arasındadır (TNSA, 2003). 65 yaş ve üzerindeki nüfus AB-15 ülkeleri arasında 2003 yılında ortalama yüzde 16,8'dir. Geleceğe ilişkin projeksiyonlar Türkiye'de de nüfusun hızla yaşlanacağını göstermektedir (Tablo 38). Bu projeksiyonlara göre 2039 yılında Türkiye'de, 65 yaş ve üstü nüfus, yaşlı nüfus olarak nitelendirilen yüzde 14 seviyesine çıkacaktır. Türkiye 2003 yılında yüzde 29 olan 15 yaş altı nüfus ile oldukça genç bir nüfusa sahiptir. Aynı yıl için AB ülkelerinde bu oran yüzde 16,4'tür. Buna karşılık, 15-64 yaş arasındaki üretken nüfusun toplam nüfus içindeki payı AB-15 ortalamaları civarında sahiptir (Türkan, 2005:6). 1970'lerden bu yana sürekli bir artış eğiliminde olan üretken nüfus, 1970'te yüzde 53,8 iken, zamanla artarak 1990'da yüzde 60,7'ye, 2003 yılında yüzde 64'e çıkmıştır (<http://www.tuik.gov.tr>). Türkiye'de nüfus artış hızı düşerken üretken nüfustaki artış, demografik açıdan bir "fırsat penceresi" olarak değerlendirilmekte ve ekonomik gelişmeyi hızlandırma olanağı sunmaktadır (Morlock ve diğerleri, 2004:49).

Tablo 38: Bazı Ülkelerde ve Türkiye'de Yaşlanma Hızı (*)

Ülkeler	% 7 Oranına Ulaşılan Yıl	% 14 Oranına Ulaşılan Yıl	Geçiş Süreci (Yıl)
Japonya	1970	1996	26
Fransa	1865	1980	115
Almanya	1930	1975	45
İsveç	1890	1975	85
İngiltere	1930	1975	45
ABD	1945	2020	75
Türkiye	2012	2039	27

Kaynak: Başbakanlık, 2005:35

*65 yaş ve üstü nüfusun 0-64 yaş arasındaki nüfusa oranının yüzde 7'den yüzde 14'e geçiş süreci.

yaşlanır, dolayısıyla bağımlılık oranları artar ve hep yüksek kalır. Bu durum nüfus içindeki payları azalmış olan genç ve orta yaşlı kesimin daha büyük bir emekli kesimin ekonomik yükünü omuzlaması anlamına gelir (Başbakanlık, 2005:37).

15 yaş altı nüfus ile 65 yaş ve üzeri nüfusun çalışabilir nüfusa oranını gösteren bağımlılık oranı, Türkiye’de 2000 yılında yüzde 55,1’dir. Aynı yıl için bu oran Japonya’da yüzde 25,3’tir. Yapılan projeksiyonlar Türkiye’deki bağımlılık oranının 2025 yılına kadar geriledikten sonra, bu tarihten itibaren artış eğilimine gireceğini, 2035 yılından itibaren de hızla artacağını göstermektedir. Bu nedenle Türkiye’nin nüfus yapısının 2039 yılına kadar sosyal güvenlik sistemi ve ülke ekonomisinin gelişimine katkı sağlaması beklenmektedir. Ancak genç nüfus potansiyelinin kullanılabilmesi için, çalışabilir nüfus artışına paralel olarak istihdamın da artırılması gereklidir. Bu durumun sağlık finansmanı ve daha genel anlamda sosyal güvenliğe olumlu yansımaları için, istihdam artışının yanı sıra kayıt dışı istihdamın kayıt altına alınması da gereklidir. Aksi halde, sosyal güvenlik sistemi için bir fırsat olan gelecek yaklaşık 20 yıl bir tehdide dönüşebilecektir (Başbakanlık, 2005:36-37).

Nüfusun kır ve kent arasındaki dağılımı, sosyal sağlık sigortacılığı yöntemi ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanabilmesinde önemli bir etmendir. Sağlık finansmanı yazını, nüfusun daha yoğun olduğu ve minimum düzeyde alt yapının sağlandığı şehirlerde hizmet sunmanın daha kolay olacağını, bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması açısından şehirleşme oranının önemli bir avantaj oluşturacağını belirtmektedir (Carrin ve James, 2005:56). Türkiye kuruluşundan bu yana şehir nüfusu sürekli artan bir ülkedir. 1927 yılında yüzde 24 olan şehir nüfusu, 1960 yılında yüzde 32’ye, 1975’te yüzde 42’ye, 1985’te yüzde 53’e, 2000 yılında yüzde 65’e (<http://www.tuik.gov.tr>) ve 2003 yılında yüzde 67’ye çıkmıştır. AB-15 ülkelerinde bu oran 2003 yılında yüzde 80 iken, Mayıs 2004 tarihindeki genişlemeden sonra yüzde 65,5’e düşmüştür (WHO HFA-DB, 2006).

4.4.3.2. Vergi Yapısı

Türkiye vergi sisteminin en önemli sorunları, vergi yükünün tabana yayılamaması ve vergi adaletinin sağlanamamasıdır. En geniş anlamıyla vergi yükü, toplam vergi gelirlerinin GSYİH içindeki payı ile ölçülmektedir. Ülkemizde sosyal güvenlik primlerinin de dahil olduğu toplam vergi gelirlerinin GSYİH içindeki payı 2003 yılında yüzde 32,8 iken, OECD ortalaması yüzde 36,3'tür. Bu oran 1990'lı yıllara gelmeden yüzde 20'lerin altında seyretmiş, bu tarihten itibaren düzenli bir artış göstermiştir (DPT, 2001b:9, <http://www.gib.gov.tr>). Sosyal güvenlik primlerinin hariç tutulduğu vergi yükü ise, 2003 yılında yüzde 25,9 ile yüzde 26,8 olan OECD ortalamasına oldukça yakındır.

Ülkemizde dolaylı vergilerin yüzde 70'lere ulaşmış olması, servet unsurları üzerinden önemli miktarlarda vergi alınmaması ve genel tüketim vergisinin yanı sıra özel tüketim vergisinin oldukça yüksek olması, vergi adaletini bozan uygulamalardır.

Türkiye'de vergi mükellefi tabanı, ekonominin, nüfusun ve işyeri sayısının arttığı oranda genişlememektedir. TÜİK verilerine göre 2005 yılında kurulan şirket sayısı 47.000, kapanan şirket sayısı 8.000, dolayısıyla net şirket artışı sayısı 39.000 iken (Oyan, 2006) kurumlar vergisi mükellef sayısında azalma görülmektedir. 2004 Aralık ayında 632.093 olan kurumlar vergisi mükellefi 2005 yılı Aralık ayında 593.166'ya düşmüştür (<http://www.gib.gov.tr>).

Benzer bir durum gelir vergisi mükellef sayısında da yaşanmaktadır. Nüfus artmasına, ekonomi de büyümesine rağmen gelir vergisi mükellef sayısı azalmaktadır. 2005 yılı Ocak ayında 5.338.379 olan gelir vergisi faal mükellef sayısı, 2006 Mayıs

ayında 5.322.723'e düşmüştür (<http://www.gib.gov.tr>). Yani gelir vergisi faal mükellef sayısında 15.656 kişilik bir azalma söz konusudur. Bu durum, kayıt dışına geçiş veya hiç kayda girmeden iş kuranların sayısının artışı ile açıklanabilir (Oyan, 2005a).

Mükellef sayısının artmamasından çıkarılacak ilk sonuç, ülkemizde vergi tabanının genişlemiyor olduğudur. Ayrıca vergi mükelleflerinin yüzde 90'ından fazlasının asgari ücretten daha az vergi ödemesi (Oyan, 2006) vergi mükelleflerinin sembolik kazançlar açıkladığı anlamına gelmektedir. Vergi tabanını genişletmemek ve sembolik kazançlar üzerinden vergi alınması, vergi yükünün dolaylı vergilere kaydırılmasına neden olarak vergide adaleti iyice bozmaktadır (Oyan, 2005b).

4.4.3.3. Kurumsal Kapasite

Türkiye'deki siyaset kültürü, hükümet değişikliklerinde bürokratların da değiştirilmesine dayandığından, başta sosyal sigorta kurumları olmak üzere kamu kurumlarının istikrarlı bir şekilde yönetilmesini engellemektedir. Ayrıca özerk olması gereken sosyal güvenlik kurumlarının bağlı kurumlar olarak algılanması, bu kurumların mali kaynaklarının verimli bir şekilde yönetilmesini tehlikeye atmaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu Yasası da, Kurumun özerk yapısını zedeleyecek uygulamalara zemin hazırlayacak niteliktedir (Tozan, 2006).

Ülkemizde atamalar büyük oranda siyasi tercihlere dayalı olarak yapılmakta, ayrıca kamu kurumlarında etik dışı uygulamalar bulunmaktadır. Hesap verme mekanizmalarının işlevsiz olması ve etik konusuna yeterince önem verilmemesi sorunu daha da ağırlaştırmaktadır (TÜSİAD, 2005:17).

4.4.3.4. Kültürel Etmenler

Türkiye’de yasa gücüne ve kamuya duyulan güvensizlik (TÜSiAD, 2005:17), vergi ve sosyal güvenlik primi ödeme performansını da olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık sisteminde tam zamanlı çalışmanın bulunmaması ve hekimlerin son yıllarda azalan reel ücretleri, muayenehanecilik sistemini oldukça geliştirmiştir²⁴⁵. Bu durum sağlık finansmanında enformel ödemeleri arttıran önemli nedenlerdendir. Ayrıca toplumda enformel ağların varlığı, bireylerin koşulları taşımadığı halde Yeşil Kart almasına neden olabilmektedir²⁴⁶.

4.4.3.5. Çevresel – Politik Etmenler

Türkiye’de 1990’lı yılların başında sağlık finansman reformu tartışmalarının başlatılması ve reformun içeriği konusunda başta DSÖ olmak üzere, DB ve OECD gibi uluslararası kuruluşlar etkili olmuştur. Yapısal uyum politikalarını yönlendiren IMF ise bu politikaların hayata geçirilmesi için “stand-by anlaşmaları” ile baskı uygulamıştır.

Kredi vermesi nedeniyle politika belirlemede ön plana çıkan Dünya Bankası, bir yandan yaptığı araştırmalarla ülke ihtiyaçlarını belirlemiş (WB, 2003), diğer yandan verdiği kredilerin hangi alanlarda kullanılacağını belirleyerek ulusal politikaları yönlendirmiştir. Bu politikaların o döneme kadar izlenmiş olan ulusal politikalara aykırı olup olmadığı ise tartışma konusu dahi olmamıştır. Bu konudaki son örnek, Dünya Bankası’nın biçimlendirdiği ve kredi desteği verdiği Sağlıkta Dönüşüm Programı ile

²⁴⁵ Türkiye’de 1981 yılında kabul edilen 2368 sayılı Yasa ile kamu sektöründe ve sosyalleştirilmiş sağlık hizmetinde çalışan hekimlere özel muayenehane açma izni verilmiştir (Kerman, 2004:31).

²⁴⁶ Sağlık Bakanlığı’nın 2003 yılında uygulamaya koyduğu “Yeşil Kart Bilgi Sistemi” ile yeşil kart sistemindeki denetimin artması, 2004 yılında 13.418.559 olan yeşil kart sayısının, 2005 yılında 10.811.554’e inmesine neden olmuştur.

2006 yılında yapılan ve sağlık finansmanını da kapsayan değişiklikler ile 60 yıllık sosyal güvenlik sistemini köklü bir şekilde dönüştüren Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa'sının kabulüdür. Bu dönüşümde, IMF'nin de katkısı büyüktür. Nitekim, reform süreci 1998 IMF Yakın İzleme Anlaşması ile öngörülmüş ve 1999, 2002 ve 2005 anlaşmalarının önemli bileşenlerinden biri olarak gündeme gelmiş, dahası kredi verme koşulları arasında yer almıştır (Erdoğan, 2006:213; Mülkiyeliler Birliği, 2006:4; <http://www.hazine.gov.tr>).

4.5. Değerlendirme Ölçütleri Doğrultusunda Türkiye İçin Sağlık Finansman Seçenekleri ve Model Önerisi

Tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi sağlayabilecek iki finansman yöntemi bulunmaktadır. Biri sosyal sigortacılık yöntemiyle finansman, diğeri vergilerle finansmandır.

DSÖ, 2005 yılındaki 58. Genel Kurulu'nda, tüm üye ülkeleri, sağlık hizmetleri finansmanı için önceden yapılan katkılarla (prim veya vergi), riskin tüm nüfus arasında dağıtıldığı ve sağlık hizmetleri kullanımı dolayısıyla kimsenin yüksek miktarlarda cepten sağlık harcamasına ve yoksullaşmaya maruz kalmadığı sağlık finansman sistemlerini kurmaya davet etmiştir (WHO, WHA58.33, 25 Mayıs 2005). Bu çerçevede DSÖ, henüz tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi sağlamamış üye ülkelere önceden yapılan katkılara dayalı sistemlerini genişletmeleri ve cepten ödemeleri (kullanıcı katkıları dahil) azaltmalarını önermektedir. DSÖ bunun yaygın ve adaletli vergiye dayalı bir sistem, sosyal sigortaya dayalı bir sistem veya ikisinin karışımından oluşan bir sistem ile sağlanabileceğini belirtmektedir (WHO, 2005:1).

I. ve III. Bölüm'deki tartışmalar hem teorik hem de deneysel çalışmalar doğrultusunda, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamak, finansmanda adalet ve verimlilik açılarından vergilerle finansmanın sosyal sağlık sigortacılığı ile finansmana oranla daha avantajlı bir yöntem olduğunu ortaya koymaktadır. Buna rağmen son yıllarda, DSÖ ve DB gibi uluslararası kuruluşların etkisiyle, sosyal sigortacılık yöntemi daha yaygın bir politika seçeneği haline gelmiştir. Bunun en büyük nedeni, finansmanın bütün yükünü devlete yüklemeyip çeşitli kesimler arasında dağıtma fikridir (Carrin, 2002:58). Öte yandan artan küreselleşmenin uluslararası rekabeti sertleştirmesi, başta Almanya olmak üzere, sosyal sigortacılık ile finanse edilen birçok ülkenin sağlık finansman yöntemini istihdama bağlı olmaktan çıkarma eğilimi içine girmesine neden olmuş, Almanya'daki sistemin Bismarck'tan Beveridge'e doğru evrildiği tartışılmaya başlanmıştır (Mosebach, 2005:3-6; Lisac ve Schlette, 2006:31-32).

Sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık sigortası yöntemiyle finansmanı, formel sektörü artan, dinamik, gelişmiş bir batı Avrupa ülkesi için uygun bir seçenek olarak değerlendirilmektedir. Ancak birçok gelişmekte olan ülkede sağlık hizmetlerine politik tercih olarak yeterli düzeyde kaynak aktarılmaması, bu kaynakların tüm vatandaşlara adaletli bir şekilde dağıtılmaması ve kamu kaynaklarının verimsiz kullanılması sorunları en iyi şekilde formüle edilmiş bir sigorta sisteminin bile başarısız olmasına neden olabilmektedir (Savodoff, 2004:183-184).

Sağlık hakkını anayasal düzeyde güvence altına alan ve tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlama, finansmanda adalet, verimlilik ve sürdürülebilirlik hedeflerine ulaşma arzusunda olan Türkiye için de iki seçenek söz konusudur. Bu seçeneklerden ilki bugün olduğu şekilde ağırlıklı olarak sosyal sigortacılık sisteminin sürdürülmesidir.

İkincisi ise vergilendirmeye dayalı yeni bir finansman modelinin benimsenmesidir. Her sağlık finansman sisteminde birden çok yöntemin bir arada bulunmasından hareketle, her iki sistemin de belirli ölçülerde bir diğerine yer vermesi olanaklıdır.

4.5.1. Türkiye İçin Sağlık Finansman Seçenekleri

4.5.1.1. Sosyal Sigortacılık Yöntemiyle Finansman

Türkiye, GSS Yasası'nın kabulü ile, sağlık hizmetlerini ağırlıklı olarak sosyal sigortacılık yöntemiyle finanse etme tercihini sürdürdüğünü ortaya koymuştur. Yukarıda da belirtildiği üzere, bu tercihte OECD, DB ve IMF gibi uluslararası kuruluşların etkisi büyüktür.

Bu bölüm başında tartışıldığı üzere, ülkemizde sosyal sigortacılık yöntemi ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sunulması ve sağlık hizmetlerine ulaşımın sağlanması önünde önemli sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunların en önemlileri istihdam yapısından kaynaklanan sorunlardır. İşgücüne katılım oranının düşüklüğü, kayıt dışı istihdamın ve işsizliğin yüksekliği istihdama dayalı olan sosyal sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaştırılmasını engellemektedir.

İstihdam yapısından kaynaklanan sorunların başında işgücüne katılım oranının düşüklüğü yer almaktadır. AB-15 ve OECD ülkelerinde yüzde 70'ler düzeyinde seyreden işgücüne katılım oranı ülkemizde 2005 yılında yüzde 48,3'tür. Türkiye'de nüfus artış hızından daha yüksek bir oranda artan çalışma çağına gelmiş nüfusun yalnızca yüzde 43,4'ü istihdam edilmektedir. Bu oran AB-15 ülkelerinde ortalama yüzde 65 civarındadır. Artan nüfusun işgücüne katılamaması, bir yandan sağlık güvencesinin tüm nüfusa yaygınlaştırılmasını engellemekte, diğer yandan sistemin aktif

sigortalı sayısını düşürüp bağımlı sayısını arttırarak finansman ayağını zayıflatmaktadır. Ayrıca işgücüne katılımın cinsiyetler ve sektörler arasındaki dağılımı, kadınların ve tarım sektöründe çalışanların sağlık güvencesine ulaşmada dezavantajlı gruplar olmaları sonucunu doğurmaktadır.

İstihdam yapısından kaynaklanan sorunların ikincisi ve en önemlilerinden biri, kayıt dışı istihdamdır. 1990 yılında bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olmadan istihdam edilenlerin oranı yüzde 55,6 iken, 15 yıl içerisinde bu oran ancak yüzde 50,1'e çekilebilmiştir. Öte yandan, yüksek kayıt dışı çalışmaya sahip tarım sektörü dışarıda tutulduğunda, kayıt dışılıkta artış söz konusudur. 1990 yılında yüzde 25 olan tarım dışı kayıt dışı istihdam 2005 yılında yüzde 34,2'ye çıkmıştır (Tablo 26). Kayıt dışı istihdamın yüksekliği; tarım, kırsal alanlar, küçük ölçekli işletmeler, kadın, çocuk, yaşlı ve eğitimsiz nüfus gibi yoksulluğun da yüksek olduğu kesimlerin sağlık güvencesine ulaşmalarını engellemektedir. Bu çalışmada yapılan hesaplama, kayıt dışı istihdam ve işsizliğin yüksekliği nedeniyle 2004 yılında nüfusun yaklaşık yüzde 15'inin fiili olarak sağlık güvencesine ulaşamadığını göstermektedir.

İstihdam yapısından kaynaklanan sorunların üçüncüsü artan işsizliktir. 2001 yılındaki ekonomik krizden sonra işsizlik önemli bir sorun haline gelmiştir. 2000 yılında yüzde 6,5 olan işsizlik, 2005 yılında yüzde 10,3'e çıkmıştır. Tarım dışı işsizlik ise yüzde 13,6'dır (Tablo 28). Eksik istihdam, işgücü dışında olduğu varsayılan mevsimlik çalışanlar ve iş aramayıp işbaşı yapmaya hazır olanların işsizlik tanımına dahil edilmesi ile elde edilen türetilmiş işsizlik, bu rakamı iki katına yükseltmektedir (Özşuca, 2006:8; Türkan, 2005:65; Mülkiyeliler Birliği, 2006:3). İşsizliğin kayıt dışı istihdam açısından kırılgan olan gruplar arasında yer alan kadınlar, gençler ve kırsal

bölgelerde (tarım dışı işsizlik açısından) yüksek olması, bu grupların sağlık güvencesine ulaşmasını zorlaştırmaktadır.

Ülkemizde sosyal sigortacılık yöntemi ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanmasında istihdam yapısı dışındaki ikinci önemli sorun, istihdamı da doğrudan etkileyen ekonomik büyümedir. 2002 yılından bu yana gözlenen istikrarlı büyüme durumu istihdam yaratamamaktadır (Tablo 30). Ayrıca son yıllarda gözlenen ekonomik krizler kayıt dışılık ve işsizliği arttırmanın yanı sıra, reel kazançları düşürdüğü için kayıtlı olanların primlerini ödemelerini de zorlaştırmaktadır. Ekonomik krizlerin yaşandığı 1994, 1999 ve 2001 yıllarının SSK ve Bağ-Kur prim tahsilat oranlarında düşüşler söz konusudur (Tablo 33, 16). Bağ-Kur sağlık karnelerinin yıllık artış oranı da ekonomik kriz yıllarından etkilenmiştir. Ayrıca Bağ-Kur aktif sigortalıları 1996 yılında bir önceki yıla göre yüzde 0,9, 2002 yılında yüzde 0,7, 2004 yılında yüzde 0,5 ve 2005 yılında ise yüzde 4,5 oranında azalmıştır (Bağ-Kur, 2005).

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanmasında üçüncü önemli sorun, gelir dağılımı bozukluğu ve yoksulluk oranının yüksekliğidir (Tablo 31, 32). Yoksulluk oranının yüksek olduğu kesimler kayıt dışı istihdamın da yüksek olduğu kesimlerdir. Bunlar; kırdaki yaşayanlar, kadınlar, eğitim seviyesi düşük olanlar, geniş aileler, tarım sektöründe çalışanlar, yevmiyeliler, ücretsiz aile işçileri, tarım ve inşaat sektöründe çalışanlardır. Yoksulluk oranının yüksekliği, Bağ-Kur aktif sigortalılarındaki azalış ile yakından ilişkilidir. Ayrıca bu durum, GSS ile sisteme yeni katılan ve primlerini kendileri ödeyecek olanların prim ödeme yükümlülüklerini yerine getirmelerini zorlaştıracaktır. Mevcut sistemde 25 yaşın üzerinde olup, evli olmayan ve bakmakla yükümlü bulunan kız çocuklarının GSS ile kapsam dışına çıkarılmış olması, kadınların işgücüne

ulaşımındaki engeller, kadınlardaki yüksek yoksulluk oranı ve genç işsizliğinin yüksekliği dikkate alındığında, bu grupta yer alanların da prim ödemekte zorlanabilecekleri ortadadır.

Sağlık güvencesine ulaşamamanın yanı sıra, sağlık güvencesine sahip olup sağlık hizmetlerine ulaşamamak da söz konusudur. Bu durumun en önemli nedeni cepten ödemelerin yüksekliğidir (Tablo 8, 9). GSS Yasası'nın ek kullanıcı katkıları öngörmesi ve Kurumun kapsama alınacak sağlık hizmetlerini belirleme yetkisinin bulunması, bu sorunu daha da arttıracaktır. Ayrıca II.Bölüm'de "Türk Sağlık Sistemi" konu başlığı altında ele alınan sağlık hizmet sunumundaki yetersizlikler, GSS'nin sağlık güvencesini yaygınlařtıracakđı varsayılsa bile, sağlık hizmetlerine ulaşımı engelleyecek boyutlardadır. Bu sorunların yanı sıra, GSS Yasası'nın hizmete hak kazanmak için prim ödeme ve bazı sigortalılar için prim borcu bulunmama koşullarını öngörmesi, sağlık güvencesine ve sağlık hizmetlerine ulaşımı olumsuz yönde etkileyecektir.

Sağlık finansmanında adalet açısından bakıldığında, mevcut sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin hem dikey hem de yatay adaleti sağlayamadığı görölmektedir. Ülkemizde sosyal sağlık sigortacılığı ile dikey adaletin sağlanamamasının en büyük nedeni, finansmanın sadece ücret gelirine dayalı olmasıdır. Araştırmalar, sosyal sigortacılıkla finansmanda, ücret geliri ile birlikte diğer gelirlerin de dikkate alınmasının, dikey adaleti sağladığını göstermektedir²⁴⁷. Bu durumda Türkiye, ücret geliri yerine toplam gelir üzerinden katkı alma tercihinde bulunarak sosyal sigortacılık ile finansmanda dikey adaleti sağlayabilecektir. Bunun için öncelikle prim tavanı

²⁴⁷ Sosyal sağlık sigortacılığına sahip Fransa 1998 yılında ücrete dayalı olan primleri toplam gelire dayalı "genel sosyal katkı"ya dönüştürerek finansmanda adaleti sağlamıştır (Sandier, Paris ve Polton, 2004:35).

uygulamasının kaldırılması gereklidir. GSS Yasası, dikey adaleti sağlayacak veya arttıracak herhangi bir uygulamaya yer vermemiştir. Hatta öngördüğü ek kullanıcı katkıları ve cepten ödemeler dikey adaletsizliği daha da arttıracaktır.

GSS Yasası ile birkaç istisna dışında, katkılar ve sağlanan yardımlar açısından norm ve standart birliğinin sağlanmış olması, finansmanda yatay adalet katkısı sağlayacaktır. Yasanın tüm nüfusa fiili olarak güvence sağlayacağı varsayıldığında, finansmanda yatay adalet daha da artacaktır. Öte yandan, prim miktarının hane gelirine göre değil ücret gelirine göre belirlenmesi ve Yasa'nın cepten ödemeleri arttıracak olması, dikey adaletsizlikle birlikte yatay adaletsizliği de arttıracaktır. Ayrıca özel sağlık sigortası primlerinin prime esas kazançtan düşülecek olması, belirli bir süre prim ödeme yükümlülüğünü yerine getirmeyen Bağ-Kur'luların sistemden çıkarılacak olması da yatay adaletsizliği arttıracak uygulamalardır. Diğer yandan GSS Yasası, bağımlılar ve pasif sigortalılar için herhangi bir ek prim öngörmediği için gelirin yeniden dağıtımına katkı sağlayacaktır.

Bugün, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere, sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerinin en çok tartışılan yönü, bu sigorta yönteminin finansmanda verimliliği sağlayıp sağlayamadığıdır. Genellikle sağlık hizmetleri için ek kaynak yaratacağı öngörüsüyle desteklenen sosyal sağlık sigortacılığı yöntemi, maliyetleri kontrol altına alma konusunda başarılı olamamaktadır (Tablo 20). Ülkemizin mevcut finansman yapısı da maliyetleri arttırmaktadır. Yapılan projeksiyonlar, GSS sisteminin de maliyetleri arttıracığını göstermektedir (Başbakanlık, 2005:74-75). Ayrıca kurumsal kapasite ve yönetici nitelikleri ile ilgili sorunlar, kaynakların verimli kullanılmasını doğrudan etkileyecektir. Dahası, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun idari yapısı, geçmişte

yaşandığı üzere, Kurum kaynaklarının politik müdahaleye açık olmasına, dolayısıyla verimli olmayan bir biçimde kullanılmasına yol açabilecektir.

Sosyal sağlık sigortacılığı sistemlerinde verimlilik açısından en çok tartışılan ikinci konu, sigortacılığın iş hareketliliği ve işgücü piyasası esnekliğini bozarak ekonomiye, işgücü maliyetlerini arttırarak uluslararası rekabete olumsuz etkileri olduğudur. Bu nedenle sosyal sağlık sigortacılığının doğduğu Almanya’da, son yıllarda üst üste gerçekleştirilen sağlık finansman reformlarının odak noktasını, sağlık sigortacılığı ile istihdam bağlantısını azaltmak oluşturmaktadır (Mosebach, 2005:3-6). Hatta Bismarck sisteminin Beveridge sistemine dönüştüğü iddia edilmektedir (Lisac ve Schlette, 2006:31-32) Ülkemizde de sosyal sigorta primlerinin işgücü maliyetleri ve istihdam üzerinde olumsuz etkileri olduğu tartışılmaktadır. Bu durumun hem uluslararası rekabette dezavantaj yarattığı, hem de işsizlik, kayıt dışı istihdam gibi önemli ekonomik ve sosyal sorunları körüklediği ileri sürülmektedir.

Sosyal sağlık sigortacılığı sistemleri kaynakları genellikle tedavi edici hizmetlere tahsis ederek, hem kaynak tahsisi verimliliğini hem de teknik verimliliği olumsuz yönde etkilemektedir. Kaynakların öncelikli olarak maliyet etkililiği yüksek koruyucu sağlık hizmetlerine tahsisi, ülkemizde olduğu üzere, gelişmekte olan ülkelere hem yetersiz olan kaynakların daha verimli kullanılmasına yol açacak, hem de genellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin yetersizliğinden kaynaklanan beş yaş altı bebek ölümleri, anne ölümleri gibi en temel sağlık göstergelerinin iyileşmesini sağlayacaktır. Ancak benzer gelir düzeyine sahip ülkelere kıyasla sağlık göstergeleri daha bozuk olan ülkemizde, koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar oldukça kısıtlıdır.

GSS Yasası mevcut sistemden farklı olarak koruyucu sağlık hizmetlerini de sigortanın sağladığı yardımlar kapsamına almıştır. Ancak koruyucu sağlık hizmeti sunmak, sosyal devletin temel görevlerindendir ve bu hizmetlerin sigortacılık yoluyla sunulması yerine ulusal sağlık politikalarıyla geliştirilmesi gerekmektedir. Ülkemizde bu görevi yerine getirmek Sağlık Bakanlığı'nın ödevleri arasındadır. Bu nedenle GSS kapsamında koruyucu hizmet sunulması pratikte birbiri ile çakışan uygulamalara neden olabilecektir. Bu çakışmaları önlemek için bazı koruyucu hizmetlerin GSS kapsamında sunulması kararına varıldığı durumda, fiili olarak GSS kapsamına giremeyecek bireylerin hizmete ulaşımı konusunda sıkıntılar yaşanabilecektir. Ayrıca, bugüne kadar, ülkemizde, finanse edici kuruluşların koruyucu hizmetlere bakış açısı, ithal aşı gibi uygulamaları içeren, oldukça dar bir yaklaşıma sahip olmuştur.

Sosyal sigortacılık yöntemi ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamayı olumsuz yönde etkileyen istihdama katılım oranının düşüklüğü, kayıt dışı ve enformel istihdamın yüksekliği, işsizlikteki artış, eksik istihdam, son yıllarda yaşanan ekonomik krizler, gelir dağılımının bozukluğu ve yoksulluk gibi gelir azaltıcı etmenler, finansmanın sürdürülebilirliğini de doğrudan etkilemektedir. Ayrıca, prime esas ücret düzeyinin ve prim tahsilat oranının düşüklüğü ile aktif pasif oranındaki azalma da gelir azaltıcı etmenler arasındadır. Finansmanın sürdürülebilirliğini olumsuz yönde etkileyen gider arttırıcı uygulamalar da bulunmaktadır. Bunlar; prim karşılığı olmayan ödemeler ile sağlık harcamalarının artışıdır. GSS ile prim karşılığı olmayan ödemeler kaldırılmaktadır. Ayrıca prime esas ücret düzeyi ve aktif pasif oranında iyileşme söz konusu olabilecektir. Ancak sağlık harcamalarının artma olasılığı sürdürülebilirlik açısından önemli bir tehlikedir.

Ülkemizin demografik yapısı ve 2002 yılından bu yana ekonominin büyüme eğilimini sürdürmesinin finansmanın sürdürülebilirliğini olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir. Ancak demografik yapıdan kaynaklanan fırsatın finansmana olumlu yönde yansması için büyümenin istihdam yaratması gerekmektedir. Ekonomik büyümenin istihdam yaratmaması, bu avantajın kullanılmasını engellemektedir.

4.5.1.2. Vergilerle Finansman

Sağlık hizmetlerinin sosyal sağlık sigortacılığı ile finansmanının önündeki sorunlar, dikkatlerin vergilerle finansmana çekilmesine neden olmaktadır. Ancak yukarıda sosyal sigortacılık için sayılan sorunların önemli bir kısmı vergilerle finansmanı da olumsuz yönde etkilemektedir.

Sağlık hizmetlerinin vergilerle finansmanının en önemli özelliği ikamet veya vatandaşlık esası ile tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamasıdır. Ancak bu finansman yönteminde de sağlık hizmetlerine ulaşımı etkileyecek cepten ödemelerin düzeyi oldukça önemlidir. Cipten ödemelerin hizmete ulaşımı olumsuz yönde etkilememesi için birtakım muafiyet mekanizmalarının uygulanması gereklidir.

Vergilerle finansman yönteminde adalet, yaygın ve adaletli bir vergi sistemini gerektirmektedir. Türkiye’de adaletli ve tabana yayılmış bir vergi sisteminin bulunmaması, vergilerle finansmanı kısa dönem için uygun bir seçenek olmaktan çıkarmaktadır.

Vergilerle finansmanda sağlık maliyetleri sosyal sağlık sigortacılığı yöntemine kıyasla daha azdır. Bu durum, vergilerle finansmanın genellikle güçlü kamu hizmet

sunumu ile birlikte, koruyucu hizmetlere ağırlık vererek uygulanması ve ödeme yöntemlerinden kaynaklanmaktadır. Vergilerle finansmanın maliyetleri düşük tutması, sürekli artan sağlık ihtiyaçları ve harcamalarının ülke ekonomileri için bir tehdit oluşturmasını engellemektedir. Ayrıca istihdamla ilişkili olmayan finansman, işgücü maliyetlerini, işgücü piyasalarını ve daha genel açıdan ekonomiyi ve uluslararası rekabeti olumsuz yönde etkilememektedir. Bu durum 1970’li yıllardan bu yana yaşanan genel ekonomik daralma ve küreselleşme nedeniyle işgücü piyasalarında gözlenen bir dizi dönüşüm açısından oldukça avantajlı bir durumdur.

Vergilerle finansman, kaynak tahsisi ve teknik verimlilik açısından da avantajlıdır. Bu yöntemin koruyucu sağlık hizmetlerini öncelemesi, sağlık maliyetlerinin düşük olmasında oldukça etkilidir. Türkiye’nin sağlık göstergeleri dikkate alındığında, koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ihtiyacının önemi daha belirgin bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Ayrıca Türkiye’nin sağlık ocakları sistemine dayanan birinci basamak hizmetlerinin örgütlenişi, koruyucu sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde yürütülmesi için önemli bir avantajdır.

Vergilerle finansman da, gelir oluşturmayı engelleyen kayıt dışı ve enformel istihdam, işsizlik, eksik istihdam, ekonomik büyüme gibi etmenlerden etkilenecektir. Ancak, finansmanda gelir oluşturma sorunlarının önemli bir kısmı ortadan kalkacağından, gelişmiş ülkelerde olduğu üzere, enerjinin maliyetleri kontrol altına alacak ödeme yöntemlerine kanalize edilmesi mümkün olacaktır (Gottret ve Schieber, 2006:279-311). Bu durum finansman açısından en büyük tehditlerden biri olan artan sağlık harcamalarının kontrol altına alınması için önemli bir avantaj oluşturacaktır.

Vergilerle finansman açısından en önemli sorun, sağlık hizmetleri için yeterli miktarda kaynak ayrılmasının politik tercihlerden etkilenebilecek olmasıdır.

4.5.2. Türkiye İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi

Şimdiye kadar yapılan değerlendirmeler tüm nüfusa sosyal sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, finansmanda adalet, verimlilik ve sürdürülebilirlik açılarından Türkiye'nin önünde önemli yapısal engellerin bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu engellerin ortadan kaldırılması hem uzun bir zaman sürecini hem de önemli sosyo-ekonomik dönüşümleri gerektirmektedir. Diğer taraftan, bu ölçütler açısından daha avantajlı bir seçenek olarak görünen vergilerle finansmanın kısa dönemde uygulanmasını engelleyebilecek bazı etmenler de bulunmaktadır. Bu durum, kısa dönemde sosyal sigortacılıkla finansmanın sürdürülmesini kaçınılmaz kılmaktadır. Kaldı ki vergilerle finansman sistemine geçiş için belirli bir zaman süreci de gereklidir. Bu nedenlerle çalışma, kısa dönemde belirli iyileştirmelerle sosyal sigortacılıkla finansmanın sürdürülmesini, vergilerle finansmanın önündeki engellerin kaldırılabilceği orta ve uzun dönemde ise vergilerle finansmana geçilmesini önermektedir.

4.5.2.1. Kısa Dönemde Sosyal Sigortacılıkla Finansmanın Sürdürülmesi

Değerlendirme ölçütleri açısından bakıldığında, kısa dönemde GSS sisteminde sigorta kapsamı, finansmanda adalet ve verimlilik ile ilgili bir takım iyileştirici düzenlemeler yapmanın gerekliliği ortadadır. Bu çerçevede yapılabilecek düzenlemelerin bazıları aşağıda sunulmuştur.

1. Sigorta kapsamını genişletmek, finansmanda adaleti sağlamak ve sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmak için yapılması gereken ilk düzenleme yapılan katkılar ile kullanılan hizmet arasındaki ilişkinin ortadan kaldırılmasıdır. 2004 yılında nüfusun yaklaşık yüzde 23'ünün sosyal sağlık güvencesi kapsamında görünmesine rağmen fiili olarak sağlık güvencesine ulaşamamasına neden olan bu uygulama, üyesi olmaya çalıştığımız ve sağlık finansmanının doğuşu ve gelişimine önemli katkıları bulunan Batı Avrupa ülkelerinde bulunmamaktadır.

2. Sosyal sigortacılığın istihdamla ilişkisi ve yukarıda anılan sosyo-ekonomik sorunlar birlikte ele alındığında, bu yöntemle genişletilemeyen sağlık güvencesi kapsamı, Yeşil Kart gelir eşiği değiştirilerek veya Yeşil Kart verme koşulları değiştirilerek artırılabilir. Yoksulluk düzeyi, gelir dağılımının bozukluğu ve yüksek güvencesizlik oranı dikkate alındığında, Yeşil Kart verme koşullarının daha sağlıklı bir “ihtiyaç testi” ile belirlenmesi kaçınılmazdır. Kaldı ki diğer ülkeler ile kıyaslandığında, Yeşil Kart gelir eşiğinin oldukça düşük olduğu görülmektedir. Örneğin sosyal sigortacılık ile finanse edilen ve 2000 yılında tüm nüfusa yüzde 100 oranında kapsam sağlamayı başarmış olan Fransa’da, 2000 yılından bu yana vergiye tabi yıllık kazancı 6600 Euro’nun altında olanlar herhangi bir prim veya katkıda bulunmadan sistemden yararlanmaktadırlar (Sandier, Paris ve Polton, 2004:35).

3. Finansmanda adaleti sağlamak için prim tavanı yavaş yavaş yükseltilerek zaman içinde kaldırılabilir. Sosyal sigortacılık ile finanse edilen ülkeler finansmanda adaleti sağlamak için prim tavanı uygulamasına son vermek zorunda kalmışlardır. Örneğin Fransa, prim tavanı uygulamasını kaldırarak finansmanda dikey adaleti sağlamayı başarmıştır (Sandier, Paris ve Polton, 2004:36).

4. Finansmanda adaleti arttıracak diğ er bir uygulama, primlerin sadece ücret üzerinden değıl toplam gelir üzerinden alınmasıdır. Katkıların toplam gelir üzerinden alınması, hem dikey ve yatay adaletin sağılanmasına yol açacak, hem de gelirin yeniden dağıtımına katkıda bulunacaktır.

5. Cepten  demelerin hizmete ulaşıımı ve finansmanda adaleti olumsuz yönde etkilememesi için etkili muafiyet mekanizmalarının geliştirilmesi gerekmektedir.  rneğ n, gelir düzeyinin düşük olduğı kanıtlanmış olan Yeşil Kartlılar kullanıcı katkılarından muaf tutulabilirler.

6. Finansmanda verimliliğı arttırmak için koruyucu hizmetlere öncelik verilmelidir. Bütün resmi sağılık politikası belgelerinde (yasalar, DSÖ ile y r t len Orta Vadeli Programlar vb.) koruyucu sağılık hizmetlerine öncelik verilmesi kararı yer almasına rağımen bu durum bir temenni olmaktan öteye geçememekte, Sağılık Bakanlığı'nın koruyucu hizmetlere tahsis ettiğı kaynaklar sürekli azalmaktadır.

7. Finansmanda verimliliğı arttırmanın diğ er bir yolu Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özerk bir yapıya kavuşturulması ve Kuruma nitelikli yöneticiler atanmasıdır. Bu açıdan geçmiş yıllarda SSK kaynaklarının kullanılması konusunda yaşanan deneyimlerin g z önünde bulundurulması büyük bir önem taşımaktadır.

4.5.2.2. Uzun Dönemde Vergilerle Finansmana Geçilmesi

Şimdiye kadar yapılan tartışmalar ışığında sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesi Türkiye için uygun bir seçenek olarak değerlendirilmesine rağmen, kısa dönemde vergilerle finansman uygulanmasını engelleyecek bazı etmenler bulunmaktadır. Bu etmenlerin birkaçı aşağıda sunulmuştur:

1. Vergi yapısının adaletsiz olması ve vergi yükünün tabana yayılamaması: Adaletsiz vergi yapısı, sağlık finansmanının da adaletsiz olması sonucunu doğuracağından, vergi adaleti sağlanmadan sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesi uygun bir tercih olmayacaktır.
2. Kayıt dışı ve enformel istihdam ile işsizlik gibi istihdam piyasası sorunlarının vergi geliri kaybına da yol açması: Bu sorunlar yeterli miktarda vergi toplanmasını engelleyeceğinden, sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edilmesi için yeterli kaynak sağlanmasını da olumsuz yönde etkileyecektir.
3. Kamu borcu ve kamu finansmanının sürdürülebilirliği kaygıları: Türkiye'nin 1998 yılından bu yana kesintisiz olarak uyguladığı ve kamu borcu ile kamu finansmanının sürdürülebilirliğini sağlamayı amaçlayan yapısal uyum politikaları, bu konuda herhangi bir iyileşme sağlayamamakla kalmamış, işsizlik ve kayıt dışı istihdam gibi yapısal sorunları daha da arttırmıştır. Dolayısıyla öncelikle ekonomiyi yapısal uyum politikalarından arındırmak gerekmektedir.

4. Vergilerle finansmanı uygulamaya geçirecek siyasi irade eksikliği ve vergilerle finansman seçeneğinin birçok ülkede olduğu üzere²⁴⁸, ülkemizde de ideolojik bir tercih olarak algılanması ve bu nedenle özellikle kamu otoritelerinin gündemine gelmemesi: Bu algıda, son yıllarda ülkemizde de egemen bir politika haline gelen yeni liberal politikaların etkisi büyüktür. Bu etki 1990'lı yılların başlarından bu yana sağlık finansman reformu tartışmalarını etkileyen uluslararası kuruluşlarca yaygınlaştırılmaktadır.

5. Vergilerle finansmanı mümkün kılacak kamusal araçların 40 yılı aşkın bir süredir elden çıkarılmış olması: Örneğin sosyal hizmetlerin Sağlık Bakanlığı bünyesinden çıkarılması, Sağlık Bakanlığı aşı hizmetlerinin ortadan kaldırılması, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ile SSK hastanecilik hizmetlerinin ortadan kaldırılması, SSK ilaç fabrikasının kapatılması, sağlık ocakları ile kamu hastanelerinin performans sistemine geçmesi kamusal araçları kamu idaresinden uzaklaştıran uygulamaların bazılarıdır. Kamu idaresinin bu kamusal araçlara tekrar sahip olması belirli bir zaman sürecini gerektirmektedir.

Bütün bu nedenler Türkiye'de vergilerle finansman tercihinin orta veya uzun vadeli bir seçenek olmaya zorlamaktadır. Türkiye'de sağlık hizmetlerinin vergilerle finanse edildiği sistemin nasıl bir model olarak kurgulanması gerektiği ise bu çalışmanın sınırlarını aşarak başka bir çalışma konusu olmaktadır.

²⁴⁸ Japonya, Kore ve Kanada gibi ülkelerde vergilerle finanse edilen ulusal sağlık sistemleri sosyalist bir sistem olarak algılanmaktadır. Bu algının nedeni, tarihsel süreçte ulusal sağlık sistemlerinin sol veya sosyalist iktidarlarca benimsenmiş olmasıdır. Böyle bir algılamaya kapılmayan ülkeler, İskandinav ülkeleridir. İskandinav ülkeleri sağlık hizmetlerini, eğitim ve itfaiyecilik hizmetleri gibi yerel hükümetin rutin görevlerinden biri olarak görmektedir (Abel-Smith, 1994:74).

SONUÇ

Sağlık finansman yöntemlerini ve Türkiye’de sağlık finansmanının durumunu, tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik ve sağlık finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleri ile inceleyen bu çalışma, anılan ölçütler açısından Türkiye’nin mevcut sağlık finansman sisteminde önemli sorunları bulunduğunu ve birtakım önlemler alınmadığı takdirde bu sorunların büyük bir bölümünün Genel Sağlık Sigortası sisteminde de varlığını sürdüreceğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’nin ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa dayalı sağlık finansman yapısı, istihdam ile ilişkili olması nedeniyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayamamaktadır. 2005 yılı itibariyle istihdamın yarısının kayıt dışında olması ve türetilmiş işsizliğin yüzde 20’lere ulaşması, Yeşil Kart’a rağmen nüfusun yaklaşık yüzde 14’ünün kapsam dışında kalmasına neden olmaktadır. İşsizlik sigortası kapsamının dar olması, bu açıdan gereken korumayı sağlamaya destek olmaktan uzaktır.

Sağlık karnesi sayıları dikkate alındığında, 2004 yılında nüfusun yüzde 67,1’i sosyal sağlık sigortası kapsamındadır. Sağlık karnesi sayılarını dikkate almayan istatistikler bu oranın yüzde 89,9 olduğunu göstermektedir. Ancak prim ödeme yükümlülüklerinin yerine getirilmemesi ve istatistiklerin güvenilir olmaması, SSK ve Bağ-Kur kapsamında görünen tüm sigortalıların sağlık karnesine ulaşmasını engelleyerek bu rakamı aşağıya çekmektedir. Dolayısıyla nüfusun yüzde 22,8’si sosyal sağlık sigortası kapsamında görünmesine rağmen, fiili olarak hizmete ulaşamamaktadır. 2004 yılında sosyal sağlık sigortası kapsamındaki fiili nüfusun yüzde 57,2’si SSK, yüzde 20,3’ü Bağ-Kur, yüzde 21,8’i Emekli Sandığı ve yüzde 0,6’sı özel sandıklar kapsamındadır. Aynı yıla ait 13.418.559 Yeşil Kartlı sayısı eklendiğinde, 2004 yılında 61.623.682 kişiyle nüfusun fiili olarak yüzde 85,8’i sağlık güvencesi kapsamındadır.

Ülkemizde tüm nüfusa sağlanamayan sağlık güvencesi kapsamı kıra, kente, gelir gruplarına ve bölgelere göre de farklılaşmaktadır. Kırsal nüfusun yüzde 45,4’ünün sağlık sigortası yokken, kentsel nüfusun yüzde 29,9’unun sağlık sigortası bulunmamaktadır (SB, 2004c:7). Orta Anadolu ve Karadeniz Bölgesi dışında sağlık hizmetleri talebi genellikle kırsal bölgelerde daha düşüktür (WB, 2003:9). Bu durum

kırsal bölgedeki düşük sağlık durumunu açıklamaktadır (Boratav, 2004:73). Düşük gelirliiler daha büyük oranda kapsam dışında kalmaktadır. Birinci gelir diliminde yer alanların yüzde 55,2'si, beşinci gelir diliminde yer alanların yüzde 15,5'i sigorta kapsamı dışındadır (SB, 2004c:2, 6). Orta Anadolu Bölgesi'nde nüfusun yüzde 28,7'si sosyal sigorta kapsamı dışındayken, Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri'nin yüzde 47,5'i sigorta kapsamı dışındadır (SB, 2004c:7). Bu durum, düşük gelirliiler ile Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgelerindeki düşük sağlık durumunun önemli nedenlerinden biridir.

Ülkemizde sağlık hizmetlerine ulaşımı önemli oranda aksatan cepten ödemeler, 2000 yılı verileri ile toplam sağlık harcamalarının yüzde 29'u ile oldukça yüksek bir orandadır¹. Buna rağmen, her geçen gün birçok ilaç ve tıbbi malzemenin kapsam dışında bırakılması hizmete ulaşımı daha da zorlaştırmaktadır. Güvence kapsamında olan hizmetler için yapılan enformel cepten ödemelerin, toplam cepten ödemelerin yüzde 25'ini oluşturması üzerinde önemle durulması gereken bir sorundur. Çünkü enformel ödemelerin yüzde 73'ünü oluşturan “nakit para ödemeleri”, enformel ödemelerin “hizmet için teşekkür etme” amacını aştığını göstermektedir. Ayrıca bu ödemelerin, kamu sektöründe, gelir düzeyi daha düşük olanlar, yaşlılar ve işsizler tarafından daha yüksek oranlarda yapılıyor olması, finansmanda adaleti bozduğu gibi sağlık göstergeleri daha düşük olan bu grupların sağlık durumlarının iyileşmesini de engellemektedir. Bu nedenle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlansa bile, özellikle kamu hastanelerindeki hastaların muayenahaneye yönlendirilmesi ve başta cerrahi hizmetler için yapılanlar olmak üzere enformel ödemelerin kontrol altına alınamaması, yukarıda anılan dezavantajlı grupların hizmete ulaşımını engellemeye devam edecektir. Tedaviyi yarım bırakma nedenleri arasında maddi yetersizliğin Yeşil Kart'lılarda yüzde 93, sigortalı olanlarda yüzde 73 ile oldukça yüksek oranlarda olması, bu grupların cepten ödemeler konusunda ne kadar kırılgan olduklarının göstergesidir (Tatar ve diğerleri, 2003:64).

Tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanabilmesi ve sosyal güvenlik kurumları arasında norm ve standart birliği oluşturmak amacını taşıyan GSS Yasası; mevcut sistemle kapsam altına alınmayan işsizlik sigortası dışındaki işsizler, isteğe bağlı

¹ TÜİK verilerine göre 2004 yılında bu oran yüzde 20'ye düşmüştür. Ancak, 2001-2004 TÜİK verileri geçici veriler olduğundan değerlendirme 2000 yılı verileri ile yapılmıştır.

sigortalılar, oturma izni almış yabancılar ile Yasanın 60. maddesinde sayılmayan diğer kişileri de primleri kendilerince ödenmek kaydıyla kapsam altına almıştır. Ancak, bu gruplar için hizmet sunucusuna başvurduğu tarihten önceki bir yıl içinde toplam 30 gün GSS primi ödeme gün sayısı ile birlikte kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil GSS prim borçlarının bulunmaması şartlarının aranmasının, hizmete ulaşımı olumsuz yönde etkileyeceği açıktır. Çünkü mevcut sistemde SSK kapsamında bulunan nüfusun yüzde 27'si, Bağ-Kur kapsamında bulunan nüfusun ise yüzde 40'ı prim yükümlülüklerini yerine getirmemekten veya getirememekten dolayı sağlık karnesine ulaşamamaktadır. Benzer bir durum GSS sistemi için de söz konusu olabilecektir. Ayrıca bu gruplar için prime esas günlük kazanç alt sınırının iki katının otuz günlük tutarı olarak belirlenen asgari prim miktarı, 2004 yılında SSK'lıların yüzde 43,6'sının asgari ücret, yüzde 70'inin asgari ücrete çok yakın bir miktar, Bağ-Kur'luların da yüzde 92'sinin 1-12.basamaklar üzerinden prim ödedikleri dikkate alındığında, adaletli bir düzenleme olmayıp hizmete ulaşımı doğrudan etkileyecektir.

Kendi adına ve hesabına çalışanlar için mevcut sistemde yer alan kısa ve uzun vadeli sigorta primleri dahil GSS prim borçlarının bulunmaması şartlarının korunuyor olması, bu grupta gözlenen ve yüzde 40 gibi yüksek bir orana sahip hizmete ulaşamama durumunun GSS sisteminde de geçerliliğini koruyacağını göstermektedir. Ayrıca beş yıl boyunca prim ödeme yükümlülüğünü yerine getirmeyen kendi adına ve hesabına çalışanların sistem dışına çıkarılacak olması, GSS sisteminin temel amacını oluşturan sosyal korumanın tüm nüfusa yaygınlaştırılması ilkesi ile çelişmektedir. Bu durum dayanışmayı zayıflattığı gibi, daha sağlıklı olanların bilinçli olarak böyle bir yola başvurup daha az prim ödeme olasılıkları olan özel sağlık sigortalarına yönelmeleri sonucunu doğurabilecektir. Böyle bir tercih, benzer uygulamalara sahip Şili, Almanya ve Hollanda gibi ülkelerin sağlık finansman sistemlerinde gözlendiği üzere, daha riskli grupların kamu sisteminde yoğunlaşmasına neden olarak kamu sisteminin finansman yapısını zayıflatabilecektir.

GSS Yasası'nın mevcut sistemde bulunan kullanıcı katkılarını sürdürmenin yanı sıra ek katkılar öngörmesi, hizmete ulaşımı olumsuz yönde etkileyebilecektir. Kayıt dışı istihdam ile işsizliği azaltmak için gerekli önlemlerin alınmaması durumunda, GSS sisteminin de fiili olarak tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlaması oldukça zorlaşacaktır.

Sağlık finansmanında dikey adalet açısından yapılan inceleme, finansman kaynaklarını oluşturan vergiler, sosyal sigorta primleri ve cepten ödemelerde önemli sorunlar bulunduğunu ortaya koymaktadır. Farklı ödeme gücüne sahip bireylerin farklı miktarda katkı yapmasını öngören dikey adalette, gelire bağlı olarak belirlenen ödeme gücünün gelir artışı ile birlikte oransal olarak artması arzulanmaktadır. Ülkemizde yalnızca gelir vergisinde gözlenen artan oranlılık durumu, dolaysız vergilerin genel bütçe vergi gelirleri içinde yüzde 30'lar gibi oldukça düşük oranlarda seyrediyor olması nedeniyle, vergiler yoluyla finansmanda dikey adaleti sağlamaya yetmemektedir. Sosyal sağlık sigortası sistemi finansmanının ücret ve kazanca dayalı olması, diğer bir deyişle yatırım ve tasarruflardaki geliri dikkate almaması, sosyal sağlık sigortası sistemi finansmanını dikey açıdan adaletsiz kılmaktadır. Ayrıca deneysel çalışmalar dikkate alındığında, prime esas kazancın üst sınırının bulunması, bu adaletsizliği daha da arttırmaktadır. Ülkemizde 2000 yılında toplam sağlık harcamaları içerisinde yüzde 29 civarında olan cepten ödemeler, azalan oranlı bir yapıya sahip ve ödeme gücü yerine hizmet kullanımı ile ilişkili olması nedeniyle dikey adaleti sağlamaktan uzaktır.

Finansmanda adaleti sağlamayı hedefleyen GSS Yasası, ülkemizde ilk kez zorunlu devlet katkısı uygulamasını başlatmıştır. Bu olumlu gelişmenin GSS ile finansmanda dikey adaleti arttırarak gelirin yeniden dağıtımına katkı sağlaması beklenmektedir. Ancak, kamu gelirlerinin adaletli bir şekilde toplanması ile mümkün olabilecek bu katkı, bugünkü adaletsiz vergi yapısı dolayısıyla tersine de işleyebilecektir. Mevcut sosyal sağlık sigortası sisteminde, finansmanda dikey adalet ve gelirin yeniden dağıtımının düzeyi, herhangi bir iyileştirmeye gidilmediği sürece GSS sisteminde de geçerli olacaktır. GSS'nin tüm nüfusu kapsam altına alması, mevcut sistemde yalnızca sigortalılar arasında gerçekleşen yeniden dağıtımın, tüm ülke çapında gerçekleşmesini mümkün kılacaktır. Ancak Yasanın tüm nüfusu kapsam altına alma hedefini fiili olarak gerçekleştirememesi olasılığı, finansmanda dikey adaleti sağlama ve gelirin yeniden dağıtımının en üst düzeyde gerçekleşmesini engelleyebilecektir. GSS Yasası'nın primleri kendilerince ödenecekler için getirdiği prime esas günlük kazancın alt sınırının otuz günlük tutarının iki katı oranındaki prim miktarı, gelir ile ilişkilendirilmediği için dikey adaletsizliğe neden olabilecektir. Ayrıca mevcut sistemde gelir ve aylık alanlar ile aile bireyleri için yüzde 10 olarak belirlenen kullanıcı katkıları oranının yüzde 10-20 arasında belirlenebilecek olması ve ek kullanıcı katkılarının

öngörülmesi, finansmanda dikey adaleti azaltabilecek ve gelirin yeniden dağıtımını bozabilecektir.

Ülkemizde özel sağlık sigortası primlerinin vergiden düşülebiliyor olması ve özel sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar için KDV'den yararlanılması, özel sağlık sigortası yaptırmayan veya özel sağlık harcaması yapmayan benzer gelirli hanehalklarının böyle bir destekten yararlanmasını engelleyerek, benzer gelir düzeyine sahip olanların benzer miktarlarda katkı yapmasını öngören yatay adaletin sağlanamamasına neden olabilmektedir. Sosyal sağlık sigortacılığı sistemimizde de yatay adaleti bozan bazı uygulamalar bulunmaktadır. Benzer gelir düzeyine sahip hanehalklarının bağımlı, bağımsız ve kamu çalışanı olmalarına bağlı olarak farklı oranlarda prim ödemeleri bu uygulamaların ilkinin oluşturmaktadır. İkinci uygulama, prim miktarının hane gelirine göre değil bireysel ücret düzeyine göre belirlenmesidir. Bu durum benzer gelir düzeyine sahip hanelerin, hanede çalışıp prim ödeyen kişi sayısının farklılığına bağlı olarak, farklı oranlarda katkı yapmasını doğurabilmektedir. Üçüncüsü, mevcut sosyal sağlık sigorta sisteminin ülkenin tüm vatandaşlarını kapsamaması nedeniyle, benzer gelir düzeyine sahip hanehalklarından sisteme dahil olan ve olmayanların aynı düzeyde katkı sağlamamalarıdır. Örneğin, aynı oranda gelir elde eden hanehalklarından kayıt dışı çalışanlar sisteme herhangi bir katkıda bulunmamakla birlikte, bağımlı olarak sisteme dahil olabilmektedirler. Kronik hastalar için heyet raporu ile kullanılan bazı ilaçlar dışında, kullanıcı katkıları için herhangi bir muafiyet sisteminin bulunmaması, benzer hane gelirine sahip olanlardan sağlık hizmetlerine daha fazla ihtiyaç duyanların daha fazla kullanıcı katkısı ödemesine neden olarak yatay adaleti bozabilmektedir. Bu durum özellikle gelir düzeyi düşük hanelerin hizmete ulaşımını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ülkemizde farklı sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı güvenceler sağlaması, cepten ödemelerin miktarının sosyal güvenlik kuruluşu üyeliğine göre değişmesine neden olarak yatay adaleti azaltmaktadır.

GSS Yasası katkılar ve sağlanan yardımlar açısından büyük ölçüde norm ve standart birliği sağlayacağı için bazı yatay adaletsizlik durumları ortadan kalkacaktır. GSS ile tek bir kurum tarafından istihdam statüsüne bağlı olarak değişmeyen tek bir prim oranı üzerinden katkı toplanması, yatay adaleti arttıracaktır. Ancak GSS'nin neden olacağı bazı yatay adaletsizlik durumları da bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası primi

ve bireysel emeklilik katkı paylarının aylık asgari ücretin yüzde 30'unu geçmeyen kısmının prime esas kazançtan düşülebilecek olması, benzer hane gelirine sahip olanlardan özel sağlık sigortası primi ve bireysel emeklilik katkı payı ödeyenlerin prime esas kazançları, dolayısıyla yaptıkları katkı miktarı azalacağından yatay adaletsizlik ortaya çıkabilecektir. Ayrıca prim miktarı hane gelirine göre değil, bireysel ücret gelirine göre belirlenmeye devam edeceği için mevcut sosyal sigorta sisteminde görülen yatay adaletsizlik durumları GSS sisteminde de gözlenecektir. Örneğin benzer gelir düzeyine sahip hanelerin yaptıkları katkılar hanede bulunan aktif çalışan bireylerin sayısına göre farklılaşacaktır. GSS tüm nüfusu zorunlu olarak kapsam altına almasına rağmen, fiili kapsamın daha dar olma olasılığı, benzer hane gelirine sahip olanlardan çeşitli nedenlerle sistem dışında kalanların sisteme aynı katkıyı sağlamamasına neden olacaktır. Primini ödeme yükümlülüğünü yerine getirmeyen veya getiremeyen bağımsız çalışanların bir kısmı sistemden ayrılarak aynı katkıyı sağlayamayacaklardır. Ayrıca Sosyal Güvenlik Kurumu'nun mevcut kullanıcı katkılarının bir kısmını yükseltme yetkisinin bulunması ve GSS Yasası'nın ek kullanıcı katkıları öngörmesi yatay adaleti bozabilecektir. Anayasa Mahkemesi'nin GSS Yasası'nın öngördüğü hekim muayaneleri için kullanıcı katkısı alınması ve diş protezler için yaş sınırlaması getirilmesi uygulamalarını memurlar açısından iptal etmesi, yatay adaleti olumsuz yönde etkileyecek bir karardır².

Finansmanda verimlilik açısından bakıldığında, benzer gelir düzeyine sahip benzer oranda sağlık harcaması yapan ülkelerle kıyaslandığında sağlık durumumuzun daha bozuk olması (Başbakanlık, 2005), OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere ülkemizde de sosyal sağlık sigortacılığı sisteminin maliyetli bir sistem olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak SSK hastaneleri SB'na devredilene kadar SSK açısından tam tersi bir durum söz konusu olmuştur. Kuruluşundan 5283 sayılı Yasa'nın kabul edildiği 6.1.2005 tarihine kadarki 40 yıl boyunca sağlık hizmeti ihtiyacını kendi sağlık tesisleri ile karşılayan SSK, kişi başı sağlık harcaması Yeşil Kart sahiplerinden sonra en düşük olan sosyal güvenlik kuruluşu olmuştur (<http://www.emekli.gov.tr>). Diğer yandan, OECD ülkelerinde politik müdahaleye daha az açık olan sosyal sağlık sigortacılığı sistemleri, ülkemizde tam tersi bir şekilde politik müdahaleye açık olmuş ve sosyal

² 15.12.2006 tarih ve 2006/111 Esas Sayı, 2006/112 Karar Sayısı.

güvenlik kurumlarının gelirleri birçok iktidar döneminde herhangi bir kamu geliri gibi algılanıp, ucuz kredi olarak kullanılmıştır (Akbulak ve Akbulak, 2004:170-172).

GSS uygulamasının sağlık sistemi maliyetlerini arttırması beklenmektedir (Başbakanlık, 2005:74-75). Yapılan projeksiyonlar GSS ile birlikte finansman açığında büyük bir artış olacağı ve kamu sağlık harcamalarının 2025 yılında GSYİH'nın yüzde 8,8'ine ulaşacağını göstermektedir. Mevcut sistemin devam etmesi durumunda bu oran yüzde 4,2 dolayında olacaktır. Sağlık maliyetlerinin “Sağlıkta Dönüşüm Reformu” kapsamında pilot uygulama olarak başlatılan “Aile Hekimliği Modeli” ve diğer bazı sağlık reformları ile kontrol altına alınması planlanmaktadır. Aynı projeksiyon, sağlık reformlarının planlandığı gibi uygulanması durumunda oranın yüzde 3,7'ler seviyesine çekileceğini göstermektedir.

Türkiye’de sağlık finansmanının iş hareketliliği ve işgücü piyasası esnekliği, işgücü maliyetleri ve uluslararası rekabete etki açılarından genel ekonomiye etkisi incelendiğinde, sosyal güvenlik kurumlarında yardımlara hak kazanma koşulları ve yardım miktarındaki farklılıklar nedeniyle kurumlararası yapay geçiş çabalarının gündeme geldiği gözlenmektedir (Makas, 2003:319). Bu geçişkenlik kayıt dışı istihdam için de söz konusudur (Türkan, 2005:67). Türkiye’de işgücü devrini ve eğilimini etkileyen sosyo-ekonomik etmenleri belirlemek amacıyla Adapazarı’nda yapılan bir araştırmada, bireylerin çalıştığı işi tercih etme nedenleri içerisinde sosyal güvence yüzde 31,3 ile ikinci sırada yer almaktadır. Birinci sırayı yüzde 41,1 ile beceriye uygun olma almaktadır. Aynı araştırmada işten ayrılma nedenleri içerisinde sosyal güvenliğin bulunmaması yüzde 23,4 ile ilk sırada bulunmaktadır. İşe devam etmedeki etmenlerin önemi açısından da sosyal güvenlik yüzde 38,3 ile yine ilk sırada yer almaktadır (Hira, 1999: 106, 111, 132). Türkiye’de işgücü maliyetleri AB ve OECD ülkeleriyle kıyaslandığında oldukça yüksektir. Türkiye, ücretler üzerindeki vergi yükü ve sosyal güvenlik priminin toplam işgücü maliyetine oranı açısından, yüzde 42,1 ile OECD ülkeleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Bu durum sadece uluslararası rekabette dezavantaj yaratmamakta, işsizliğin ve kayıt dışı istihdamın artışını da körüklemektedir (Gürsel ve diğerleri, 2004:200; Coşkun, 2006; Tüzmen, 2006; Uysal, 2006).

Sigortacılık ilkesini benimseyen GSS uygulaması da benzer verimlilik sorunları doğurabilecektir. Ancak GSS ile finansman yükünün bir kısmının devlet tarafından

taşınacak olması, işgücü maliyetlerini ve bu maliyetlerin istihdama ve uluslararası rekabete olumsuz etkisini azaltabilecektir. GSS Yasası ile istihdam statüsüne göre üyeliğin kaldırılacak ve birçok açıdan norm ve standart birliğinin sağlanacak olması, işgücü piyasasındaki yapay geçişleri ortadan kaldıracaktır. Ancak GSS sistemi, üyeliğin istihdam statüsüne göre belirlendiği mevcut sistemde bulunan farklı yararlanma koşullarının bir kısmını olduğu gibi korumaktadır. Bağımsız çalışanların ve primlerini kendileri ödeyecek olan diğer üyelerin, hizmet talebinde bulunduklarında belirli bir süre prim ödeme koşullarının yanı sıra, hem kısa hem de uzun vadeli sigorta kollarına ait prim borcu bulunmaması koşulunun aranması, bireylerin bağımsız çalışma statüsünden kaçmalarına neden olabilecektir.

Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı, 2002 yılında yüzde 6,5'e ile yüzde 8,6 olan OECD ortalamasının altındadır (OECD Health Data, 2004; WHO HFA-DB, 2006). Türkiye'de kaynakların sağlık sektörü içindeki dağılımı açısından en önemli sorun, kaynak tahsisinin verimli bir şekilde yapılmasını sağlayacak (il düzeyinde ihtiyaç analizi, hastalık profili, ölüm oranları, sağlık sistemini kullanım durumu gibi) verilerin bulunmamasıdır (Akbulut, 2003:100-101). Kaynakların çeşitli sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, maliyet etkililiği en yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların çok düşük olduğunu göstermektedir. 2000 yılında cari sağlık harcamalarının hizmet sunucularına göre dağılımında, "halk sağlığı programları sunumu ve yönetimi" için yapılan harcamaların toplam cari sağlık harcamaları içerisindeki payı yüzde 0,44 ile yüzde 2,3 olan OECD ortalamasının oldukça altındadır (OECD Health Data, 2005). Bu nedenle Türkiye 2000 yılında toplam sağlık harcamalarının yüzde 33,5'ini ilaçlara harcamıştır. İlaç harcamalarının gelişmiş ülkelerdeki oranı yüzde 15'ler düzeyindedir (SB, 2004a:26; DPT, 2001a:127). Öte yandan, 2000 yılında hastane harcamalarının yüzde 38'inin ayaktan tedavi hizmetleri için yapılmış olması, gelişmiş ülkelerdeki yüzde 15-20'lik düzey dikkate alındığında, önemli bir verimsizlik göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Bu durum sevk sisteminin etkili bir şekilde uygulanmadığının en önemli göstergesidir.

GSS Yasası, koruyucu sağlık hizmetlerini sigorta kapsamına almaktadır. Bu durum, anılan hizmetleri yerine getirmekle sorumlu bulunan Sağlık Bakanlığı hizmetleri ile çakışıp kaynakların verimsiz kullanımına yol açabilecektir. Diğer yandan, bazı koruyucu hizmetlerin GSS kapsamına devredilmesi, çeşitli nedenlerle GSS güvencesine

ulaşamayanların koruyucu hizmetlere de ulaşamamasına neden olabilecektir. GSS sisteminin mevcut sistemde bulunmayan kullanıcı katkıları getirmesi, sağlık hizmetlerine ulaşımı engellerken kaynakların verimli kullanımına katkı sağlayabilecektir.

Türkiye’de sağlık finansman sisteminin büyük bir bölümü sosyal güvenlik sisteminin bir parçasıdır. Bu nedenle, 1990’ların başından bu yana bozulan makro ekonomik dengeler ve çözülen kamu maliyesinin bir uzantısı olarak sürdürülemez boyutlarda mali ve idari kriz içine giren sosyal güvenlik sistemi (Yeldan ve Köse, 1999:87), sağlık finansmanını da etkilemiştir. Türk sosyal güvenlik sisteminde yaşanan bu mali kriz, gelişmiş ölkelerin genellikle yaşanan nüfuslarına dayalı demografik sorunlardan farklı olarak, büyük oranda ekonominin yapısal nitelikli bir dizi sorununun bir yansıması olarak ortaya çıkmaktadır. Sosyal güvenlik sistemindeki sorunların bir bölümü gelir azaltıcı, diğer bir bölümü gider arttırıcı gelişme ve uygulamalara dayanmaktadır.

Sağlık finansmanında gelir azaltıcı etmenlerin başında; işgücüne katılım oranının düşüklüğü, kayıt dışı ve enformel istihdamın yaygınlığı ve işsizliğin artışı gibi istihdam yapısının bazı sorunları gelmektedir. Son birkaç yıldır artan ekonomik büyüme istihdam yaratmadığı gibi kayıt dışı istihdamı da körüklemektedir. Gelir dağılımının bozukluğu ve yoksulluğun yaygınlaşması, kayıt dışı istihdam açısından kırılgan olan kırdaki yaşayanlar, tarım sektöründe çalışanlar, kadınlar, eğitim seviyesi düşük olanlar gibi gruplar ile işsizlerin kırılganlığını daha da arttırmaktadır. Öte yandan, prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü ve prim tahsilatının tam olarak yapılamaması ve aktif pasif oranındaki düşüş diğer gelir azaltan etmenler olarak sistemin finansman ayağını zayıflatmaktadır. Gider arttırıcı etmenler; prim karşılığı olmayan ödemeler gibi sigortacılıkta nimet-kölfet ilkesine dayanmayan ve bu nedenle aktüeryal dengeleri bozan uygulamalar ile sağlık harcamalarının artışından kaynaklanmaktadır. Büyük bir bölümü sosyal güvenlik sisteminin düzenlenmesi ile doğrudan ilgili olmayan bu etmenlerin çoğu, GSS sisteminin finansman yapısını da zayıflatacak niteliktedir. Ayrıca, Türkiye’nin demografik yapısı, vergi yapısı, finansman kurumlarının kapasitesi, kültürel etmenler ve çevresel-politik etmenler de sağlık finansmanını doğrudan etkileyen diğer etmenler olarak varlıklarını sürdürmektedirler.

Bu sorunlar nedeniyle bu çalışma, çalışmada kullanılan değerlendirme ltleri doğrultusunda, Türkiye için kısa dönemde belirli iyileştirmelerle sosyal sigortacılık yöntemiyle finansmanının sürdürülmesini, orta ve uzun dönemde ise vergilerle finansmana geçilmesini önermektedir. Kısa dönemde sosyal sigortacılık ile finansmanda yapılabilecek iyileştirmeler: Primler ile kullanılacak hizmet arasındaki ilişkinin ortadan kaldırılması; Yeşil Kart sisteminin gözden geçirilerek daha sağlıklı bir ihtiyaç testinin belirlenmesi; prim tavanı uygulamasının kaldırılması ve primlerin yalnızca ücret üzerinden değil toplam gelir üzerinden alınması gibi finansmanda adaleti sağlayacak uygulamaların başlatılması; hem hizmete ulaşımı hem de finansmanda adaleti doğrudan etkileyen cepten demeler için etkili muafiyet mekanizmalarının geliştirilmesi ve koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özerk yapısının korunması ile Kuruma nitelikli yöneticiler atanması gibi finansmanda verimliliği arttıracak uygulamaların tercih edilmesidir.

ÖZET

Bu çalışma dünya da ve Türkiye’de uygulanan sağlık finansman yöntemlerini tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlanması ve sağlık hizmetlerine ulaşım, sağlık finansmanında adalet, sağlık finansmanında verimlilik ve sağlık finansmanının sürdürülebilirliği ölçütleri ile incelemektedir. Çalışma, Türk sağlık finansman sisteminde yaşanan sorunlara çözüm olması amacıyla kabul edilen ve 2007 Temmuz ayında yürürlüğe girmesi öngörülen Genel Sağlık Sigortası sistemini de değerlendirme kapsamına almıştır. Yapılan değerlendirme, Türk sağlık finansman sisteminde anılan ölçütler açısından önemli sorunlar bulunduğunu, dahası bu sorunların önemli bir bölümünün çözüm olması amaçlanan Genel Sağlık Sigortası sisteminde de varlığını sürdüreceğini ortaya koymaktadır.

Türkiye’nin istihdama dayalı sağlık finansman sistemi, kayıt dışı istihdam ve işsizliğin yüksekliği gibi sosyo-ekonomik sorunlar nedeniyle tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlayamamaktadır. Bu sorunların yanısıra ekonomik büyümenin yeterince istihdam yaratamaması, gelir dağılımının bozukluğu ve yaygın yoksulluk düzeyi sağlık güvencesinin yaygınlaştırılmasını engellemektedir. Bu sorunlar GSS sisteminin de tüm nüfusa sağlık güvencesi sağlamasını engelleyecektir. Ayrıca bugün olduğu üzere GSS sisteminde de bazı sigortalılar için prim borcu bulunmama koşulunun aranması, fiili kapsamı daraltacaktır. Yüksek cepten ödemeler ve GSS ile öngörülen ek kullanıcı katkıları, güvenceye rağmen hizmete ulaşımı engellemeye devam edecektir.

Ödeme gücünü belirleyecek tüm gelirler yerine ücret veya kazanca dayalı katkıların varlığı ve bu katkıların oransal oluşu, hem şimdiki sistemde hem de GSS sisteminde dikey adaletin sağlanmasını engellemektedir. İstihdam statüsüne göre farklılaştığı için mevcut sistemde yatay adaletin sağlanmasını engelleyen farklı prim oranları, tek bir prim oranı öngören GSS sisteminde yatay adaletin artmasına katkı sağlayacaktır. Cepten ödemelerin yüksekliği hem dikey hem yatay adaleti engellemeye devam edecektir. Her iki sistemde de, belirli bir süre prim ödemiş olma ve bazı sigortalılar için prim borcu bulunmama şartlarının dışında, yapılan katkı miktarı ile kullanılan hizmet arasında herhangi bir ilişkinin aranmaması ve kişilerin hastalık risklerinin farklılığı, kişilerarası yeniden dağıtımına katkı sağlamaktadır. Bağımlılar ve

pasif sigortalılar için ek katkı öngörülmemesi yeniden dağıtım olumlu yönde yansımaktadır.

Finansmanda verimlilik açısından yapılan değerlendirme, ağırlıklı olarak sosyal sigortacılığa dayalı bir sistemin varlığının maliyetleri kontrol etme sorunu yarattığını ortaya koymaktadır. GSS'nin de maliyetleri arttırması beklenmektedir. Sağlık finansmanının iş hareketliliği ve işgücü piyasası esnekliği, işgücü maliyetleri ve uluslararası rekabete etki açılarından genel ekonomiye etkisi incelendiğinde, sosyal güvenlik kurumlarında yardımlara hak kazanma koşulları ve yardım miktarındaki farklılıklar nedeniyle kurumlararası yapay geçiş çabalarının gündeme geldiği gözlenmektedir. Prim ödeme yükümlülüklerindeki farklılıklar dolayısıyla bu geçişkenliğin GSS sisteminde de devam etmesi beklenmektedir. Türkiye'de yüksek işgücü maliyetleri sadece uluslararası rekabette dezavantaj yaratmamakta, işsizliğin ve kayıt dışı istihdamın artışı da körüklemektedir.

Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı OECD ortalamasının altındadır. Kaynakların çeşitli sağlık hizmetleri arasındaki dağılımı, maliyet etkililiği en yüksek olan koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların çok düşük olduğunu göstermektedir. Öte yandan, hastane harcamalarının büyük bir çoğunluğunun ayaktan tedavi hizmetleri için yapılmış olması önemli bir verimsizlik göstergesi olup, sevk sisteminin etkili bir şekilde uygulanmadığını ortaya koymaktadır. GSS Yasası'nın koruyucu sağlık hizmetlerini sigorta kapsamına alması, anılan hizmetleri yerine getirmekle sorumlu bulunan Sağlık Bakanlığı hizmetleri ile çakışıp kaynakların verimsiz kullanımına yol açabilecektir.

Türk sağlık finansman sisteminde bir bölümü gelir azaltıcı, diğer bir bölümü gider arttırıcı özelliklere sahip gelişme ve uygulamalar finansmanda sürdürülebilirliği doğrudan etkilemektedir. Gelir azaltıcı etmenler; işgücüne katılım oranının düşüklüğü, kayıt dışı ve enformel istihdamın yaygınlığı, işsizliğin artışı gibi istihdam yapısı sorunları ile artan ekonomik büyümenin istihdam yaratamaması, gelir dağılımının bozukluğu, yoksulluğun yaygınlaşması, prime esas ücret düzeyinin düşüklüğü, prim tahsilatının tam olarak yapılamaması ve aktif pasif oranındaki düşüştür. Gider arttırıcı etmenler ise; prim karşılığı olmayan ödemeler ile sağlık harcamalarının artışından

kaynaklanmaktadır. Bu etmenlerin büyük bir bölümünün GSS sisteminde de varlığını sürdürecektir olması, GSS sisteminin de sürdürülebilirliğini tehlikeye atacaktır.

Sağlık finansmanında sürdürülebilirliği etkileyen bu yapısal sorunlar, çalışmada kullanılan ölçütlere sosyal sigortacılık yöntemi ile ulaşılmasını önemli oranda engellediğinden, çalışma Türkiye için vergilerle finansman yöntemine geçilmesini önermektedir. Ancak bu yapısal sorunların önemli bir bölümü ve vergi sisteminin adaletsizliği vergilerle finansman yöntemini de kısa dönem için uygun bir seçenek olmaktan çıkarmaktadır. Bu nedenle vergilerle finansmana orta veya uzun dönemde geçilmesi daha uygundur. Geçiş döneminde bazı iyileştirmelerle sosyal sigortacılıkla finansmanın sürdürülmesi yerindedir.

Kısa dönemde sosyal sigortacılık ile finansmanda yapılabilecek iyileştirmeler: Primler ile kullanılacak hizmet arasındaki ilişkinin ortadan kaldırılması; Yeşil Kart sisteminin gözden geçirilerek daha sağlıklı bir ihtiyaç testinin belirlenmesi; prim tavanı uygulamasının kaldırılması ve primlerin yalnızca ücret üzerinden değil toplam gelir üzerinden alınması gibi finansmanda adaleti sağlayacak uygulamaların başlatılması; hem hizmete ulaşımı hem de finansmanda adaleti doğrudan etkileyen cepten ödemeler için etkili muafiyet mekanizmalarının geliştirilmesi ve koruyucu hizmetlere öncelik verilmesi, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun özerk yapısının korunması ile Kuruma nitelikli yöneticiler atanması gibi finansmanda verimliliği arttıracak uygulamaların tercih edilmesidir.

ABSTRACT

This study provides a general overview on health funding mechanisms both in Turkey and world within the frame of a series of policy objectives: providing health-care coverage to all (universal coverage); access to health services as well as equity, efficiency and sustainability in health financing. The study also assesses the Social Insurance and the General Health Insurance (GHI) Act, which is planned to come into effect on July 7, 2007 and expected to bring solutions to the problems in health financing system in Turkey. The study indicated significant problems in terms of assessed topics and criteria above and that major parts of these problems will remain same in the new system as well.

The employment-based Turkish health financing system cannot provide universal coverage due to the socio-economic problems such as unregistered employment and high rates of unemployment. Besides these problems, universal coverage can't be fully realized due to the fact that economic growth cannot create adequate employment opportunities; income distribution is not just and poverty is a common problem in Turkey. These problems will also prevent GHI system from providing a universal coverage for whole population. Moreover, the provisions both in the current and GHI systems anticipating that some of the covered shouldn't have premium debt will narrow the coverage in practice. Despite coverage, high rates of out-of-pocket payments and new user fees introduced in the GHI system will limit the access to health services.

The income-related contribution and the proportional nature of this contribution hinder the vertical equity both in the current Turkish social health insurance system and the GHI system. On the other hand, different contribution rates, which vary in accordance with the occupational status and thus prevent the realization of horizontal equity in the current system, will increase the horizontal equity in GHI system as GHI system will introduce one contribution rate. High rates of out-of-pocket payments will continue to hinder both vertical and horizontal equity in GHI system. As individual health risks vary widely, both the current and GHI system imply a considerable volume of vertical and horizontal redistribution. Both systems anticipate no correlation between

the volume of contribution and benefited health services, which result in contribution to the interpersonal redistribution. Both systems require no extra cost for dependants as well as retired people, which also have positive effects on both interpersonal and general redistribution.

The study proved that Turkish health financing system is likely to increase health costs because it predominantly depends on social health insurance. The GHI system is another factor which is also expected to increase the health expenditures. Different contribution rates and volume of benefits in current financing system in Turkey may give rise to artificial job mobility. This artificial job mobility is likely to continue in the GHI system because of the disparity in contributions. High employment costs in Turkey have a negative impact on international competition and encourage the unrecorded employment and increase the unemployment rates.

The portion of overall total health expenditures in GDP in Turkey is lower than that of in OECD countries. The distribution of health sources shows that the sources allocated for the preventive health services, the cost-effectiveness of which is the highest, are pretty low. On the other hand, the expenditures for out-patient services constitute the most substantial part in hospital expenditures and this indicates a problem in referral system. Besides Ministry of Health, GHI system will also provide preventive health services, which is likely to lead duplications in terms of providing health services and thus inefficiency in use of allocated sources.

The developments and implementations, which lead a decrease in revenue and increase in health expenditures, affect the sustainability in financing health services. Among the factors leading a decrease in revenue are significant unrecorded employment and high rates of unemployment, low level of employment despite economic growth, deficiency in income distribution, widespread poverty, artificially deflated salaries in premium-based salaries, deficiency in implementation of collecting insurance premiums and low level of active passive ratio. The factors which lead an increase in health expenditures, on the other hand, include inefficient use of funds and high health expenditures. As most of these problems will remain same in GHI system, there will be sustainability problem in GHI system too.

Therefore, as structural problems are likely to hinder the achievement of scheduled objectives via social health insurance system, the study suggests a means of taxation for financing the health services. However, these structural problems and inequity in the current taxation system prevent from achieving the scheduled objectives via taxation in the short-term too. So, the taxation method can be a medium or a long term policy objective. In the short term, which will also be a transition period for switching the taxation method, some measures should be taken in order to improve universal coverage, access to health services, equity, efficiency and sustainability.

These measures, which will provide equity in financing health services, include the elimination of interaction between the volume of premiums and the benefited health services; introduction of a more reliable test for green card; elimination of premium ceiling-based implementation. Besides these measures, the premiums should be taken into consideration the overall income; effective exempt mechanisms should be developed for out-of-pocket payments which have a direct effect on both equity and access to services; preventive health services should be given priority. Preservation of the autonomous structure of the Social Security Institution as well as the employment of qualified directors in the institution are other essential measures in increasing the efficiency of financing health services.

KAYNAKÇA:

KİTAPLAR:

Abel-Smith B., (1994) **An Introduction To Health. Policy, Planning and Financing** Longman Group Limited, New York.

Abel-Smith, B., (1996), “Escalation of Health Care Costs: How Did We Get There?”, **Health Care Reform: The Will To Change** içinde, OECD Health Policy Studies N.8, Paris:OECD.

Aday, L.A. Et al, (1998), **Evaluating the Health Care System: Effectiveness, Efficiency and Equity**, Chicago, IL:Health Administration Press.

Akbulak, S. ve Akbulak,Y., (2004), “Sosyal Güvenlik Sisteminde Yaşanan Sorunlar ve Alınması Gereken Önlemler”, **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri** içinde, s.1-213, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları, Yayın No:17, Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması.

Akbulut, Y., (2003), **Sağlık Kaynaklarının Tahsisi: Sağlık Bakanlığı Uygulamaları ve Model Önerisi**, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Akdur, R., (2003), **Sağlık Sektörü -Temel Kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde Durum ve Türkiye’nin Birliğe Uyumu**, Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi No:17, Ankara.

Altman, S. and Blendon, R. (eds.), (1979), **Medical Technology. The Culprit Behind Health Care Costs?**, Washington DC: Government Printing Office.

Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, (1995a), **Nihai Sağlık Finansmanı Raporu, Politika Seçenekleri Çalışması, Bölüm 1:Politika.**

Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, (1995b), **Nihai Sağlık Finansmanı Raporu, Politika Seçenekleri Çalışması, Bölüm 2:Sosyal Güvenlik Kurumları.**

Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2005), **2005 Başında Türkiye'nin Ekonomik ve Siyasal Yaşamı Üzerine Değerlendirmeler**, Mart, Ankara, <http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org>, erişim tarihi: 11.04.2006.

Bağımsız Sosyal Bilimciler, (2006), **IMF Gözetiminde On Uzun Yıl, 1998-2008 Farklı Hükümetler Tek Siyaset**, Bağımsız Sosyal Bilimciler 2006 Yılı Raporu, Haziran, Ankara, <http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org>, erişim tarihi: 11.09.2006.

Bağ-Kur, (2005), **İstatistik Yıllığı**.

Banta, D., (1995), **An Approach to the Social Control of Hospital Technologies**, Current Concerns SHS Paper No:10, Geneva: World Health Organisation.

Baumol, W.J., (1995), **Health Care As A Handicraft Industry**, London: Office of Health Economics.

Başbakanlık, (2005), **Sosyal Güvenlik Reformu: Sorunlar ve Çözüm Önerileri**, Nisan, Ankara.

Bentes, M. et al, (2004), **Health Care Systems in Transition: Portugal**, WHO, Regional Office For Europe, Copenhagen.

Blank, R.H. and Burau, V., (2004), **Comparative Health Policy**, Palgrave Mcmillan

Boratav, K., (2004), **İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri**, İmge Kitabevi, 2.Baskı, Ankara.

Busse, R., (2000), **Health Care Systems in Transition: Germany**, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.

Busse, R., Saltman, R.B. and Dubois, H.F.W., (2004), "Organisation and Financing of Social Health Insurance Systems: Current Status and Recent Policy Developments", Saltman, R.B, Busse, R., Figueras, J. (eds.), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, s.33-80, European Observatory on Health Care Systems and Policy Series, Open University Press.

Carrin, G. et al, (2001), **The Impact of the Degree of Risk-Sharing in Health Financing on Health System Attainment**, WHO, Commission on Macroeconomics and Health.

Cassels, A., (1995), **Health Sector Reform: Key Issues in Less Developed Countries**, Forum on Health Sector Reform, Discussion Paper No.1, WHO/SHS/NHP/95.4. Geneva: WHO.

Collins, C, (1996), “Decentralization”, Janovsky, K. (ed), **Health Policy and Systems Development: An Agenda For Research** içinde, s.161-178, WHO/SHS/NHP/96.1. Geneva: WHO.

Commission on Taxation and Citizenship (2000), **Paying for Progress: A New Politics of Tax for Public Spending**, London: Fabian Society.

Culyer, A.J. (1993), “Health, Health Expenditures, and Equity”, Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F. (eds.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective** içinde, s. 299-319, Oxford Medical Publications.

Çilingiroğlu, N., (1997), “Sağlık Ekonomisi”, Bertan, M. ve Güler, Ç. (ed.), **Halk Sağlığı Temel Bilgiler** içinde, s.391-419, Güneş Kitabevi, 2. Baskı, Ankara.

De Ferranti, D., (1985), **Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview**, WB Staff Working Papers, No:721.

DPT, (1990), **Health Sector Masterplan Study Report On The Current Situation**, Price Waterhouse.

DPT, (2001a), **Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik**, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara.

DPT, (2001b), **Vergi Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, DPT:2597 – ÖİK: 608.

DPT, 2005, **Ekonomik ve Sosyal Göstergeler 1950-2003**, (<http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-03/esg.htm>, erişim tarihi 2 Nisan 2006), Ankara.

DPT, 2006, **2006 Yılı Programı**, (<http://ekutup.dpt.gov.tr/program/2006.pdf>, erişim tarihi 20 Haziran 2006), Ankara

Dilik, S., (1992), **Sosyal Güvenlik**, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Dirican, R. ve Bilgel, N., (1993), **Halk Sağlığı**, Uludağ Üniversitesi Güçlendirme Vakfı Yayını, No.70, Bursa.

Dixon, A., Langenbrunner, J. and Mossialos, E. (2004), “Facing the Challenges of Health Care”, Josep Figueras et al (eds), **Health Systems in Transition: Learning From Experience** içinde, s.52-84, European Observatory on Health Care Systems Series.

Donatini, A. et al, (2001), **Health Care Systems in Transition: Italy**, (eds. Rico, A., Cetani, T.) Regional Office For Europe, Copenhagen.

Duygulu, E. ve Pehlivan, P., (2004), “Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri”, **Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri** içinde, Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları No.17, Ekonomik ve Mali Araştırma Yarışması.

Dünya Sağlık Örgütü, (1998), **Dünya Sağlık Raporu 1998: 21. Yüzyılda Yaşam, Herkes İçin Bir Vizyon**, Metin, B., Akın, A. ve Güngör, İ. (Çev.Ed.), Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Eren, N., (1985), **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Hatipoğlu Yayınevi, 2.Baskı, Ankara.

Ergör, G. and Öztekin, Z., (2000), “The Development of National Health Policy in Turkey”, Ritsatakis, A. et al (eds), **Exploring Health Policy Development in Europe** içinde, s.194-208, WHO Regional Office For Europe, WHO Regional Publications, European Series, No:86, Copenhagen.

Ervik, R., (1998), **The Redistributive Aim of Social Policy: A Comparative Analysis of Taxes, Tax Expenditure Transfers and Direct Transfers in Eight Countries**, New York: Syracuse University Press.

European Observatory, (2004), **HIT Summary: Turkey**, Health Care Systems in Transition, European Observatory on Health Care Systems and Policies, <http://www.euro.who.int/observatory>.

Figueras, J, Saltman, R.B. and Mossialos, E., (1997), **Challenges in Evaluating Health Sector Reform: An Overview**, London: London School of Economics and Political Science.

Fişek, G., Özşuca, Ş.T. ve Şuğle, M.A. (1998), **Sosyal Sigortalar Kurumu Tarihi 1946-1996**, SSK - Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı.

Fişek, N.H., (1985), **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi – DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara.

Friedman, M., (1988), **Kapitalizm ve Özgürlük** (Çeviri:Doğan Erberk ve Nilgün Himmetoğlu), Altın Kitaplar Yayınevi, 1.Baskı, İstanbul.

Gillon, R., (1986), **Philosophical Medical Ethics**, John Wiley, Chichester.

Glennerster, H., (1997), **Paying for Welfare: Towards 2000**, 3.Baskı, Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall.

Gottret, P. and Schieber, G., (2006), **Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide**, The World Bank, Washington D.C.

Gruber, J. and Krueger, A.B., (1991), "The Incidence of Mandated Employer-Provided Insurance: Lessons from Workers' Compensation Insurance", Bradford, D., (ed.), **Tax Policy and the Economy**, Cambridge: MA:MIT Press.

Gruber, J., (1998), **Health Insurance and the Labor Market**, Cambridge: MA: National Bureau of Economic Research, Nber Working Paper Series, No:6762, <http://www.nber.org/papers/w6762.pdf>, erişim tarihi 15 Haziran 2006.

Güloğlu, T., (2005), **Türkiye'de Kayıt Dışı İstihdam Gerçeğine Bir Bakış**, <http://digitalcommons.ilr.conell.edu/intlvf/9>, erişim tarihi 05.06.2006.

Gürsel ve diğerleri, (2002), **Türkiye’de İşgücü Piyasası ve İşsizlik**, Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği, Yayın No. TÜSİAD-T/2002-12/354.

Gürsel ve diğerleri, (2004), **Türkiye’de İşgücü Piyasasının Kurumsal Yapısı ve İşsizlik**, Türk Sanayicileri ve İş Adamları Derneği, Yayın No. TÜSİAD-T/2004-11/381.

Güzel, A. ve Okur, A.R., (1994), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, 4.Bası.

Güzel, A. ve Okur, A.R., (2004), **Sosyal Güvenlik Hukuku**, Beta Yayınları, 10.Bası.

Hamzaoglu, O. ve Özcan, U. (Yay.haz.) (2005), **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2006**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Aralık 2005.

Hira, İ., (1999), **İşgücü Devrini ve Eğilimini Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler (Adapazarı Örneği)**, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyoloji Bölümü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Hoare G. and Mills A., (1986), **Paying for the Health Sector**, EPC Publication No:12, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

Hsiao, W.C., (1995a), “Abnormal Economics in the Health Sector”, Berman, P., (ed.), **Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable** içinde, s.161-179, Harvard Series on Population and International Health, Harvard University Press, Boston, Massachusetts.

ILO, (1999), **Social Health Insurance**, ILO - ISSA.

Issaka-Tinorgah, A. and Waddington, C., (1993), “Encouraging Efficiency Through Programme and Functional Budgeting: Lessons From Experience in Ghana and the Gambia”, Mills, A., Lee, K. (eds.), **Health Economics Research in Developing Countries** içinde, s.335-350, Oxford: Oxford Medical Publications.

Jonsson, B. and Musgrove, P. (1997), “Government Financing of Health Care”, Schieber, G.J. (ed.), **Innovations in Health Care Financing: Proceedings of a World Bank Conference, 10-11 March 1997**, Washington DC:World Bank.

Kanavos, P. and McKee, M., (1998), "Macroeconomic Constrains and Health Challenges Facing European Health Systems", Saltman, R.B., Figueras, J. and Sakellarides, C. (eds.), **Critical Challenges for Health Care Reform in Europe**, içinde s.23-52, Buckingham: Open University Press.

Kangas, O., (2000), **Social Policy in Settled and Transitional Countries: A Comparison of Institutions and Their Consequences**, Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health. <http://www.vn.fi/stm/english/tao/publicat/tandem/kangas/olli.htm>, erişim tarihi 10 Haziran 2006.

Kartal, M., Özbay, H. ve Erişti, H.E., (2004), **SHA Based Health Accounts in Thirteen OECD Countries, Country Studies: Turkey, National Health Accounts 2000**, OECD Health Technical Papers No:13, OECD.

Kerman, U., (2004), **Sosyal Devletin Tasfiyesi ve Sağlık**, Ankara Tabip Odası.

Kutzin, J., (1998), "The Appropriate Role for Patient Cost Sharing", Saltman, R.B., Figueras, J., Sakellarides, C. (eds.), **Critical Challenges for Health Care Reform in Europe**, içinde s.78-134, Buckingham: Open University Press.

Kutzin, J., (2000), **Towards Universal Health Care Coverage: A Goal-oriented Framework for Policy Analysis**, The World Bank.

Le Grand, J., (1982), **The Strategy of Equality: Redistribution and Social Services**, London: Allen & Unwin.

Lee, K. and Goodman, H., (2002), "Global Policy Networks: The Propagation of Health Care Financing Reform Since the 1980s", Lee, K., Buse, K., Fustukian, S., (eds.), **Health Policy in a Globalising World** içinde, s.97-119, Cambridge University Press.

Liu, Y., Çelik, Y. ve Şahin, B., (2005), **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Sağlıkta Umut Vakfı.

Makas, R., (2003), **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği**, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hukuk Anabilim Dalı Özel Hukuk Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Maliye Bakanlığı, (2005a), **2005 Yılı Bütçe Gerekçesi**, Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü (<http://www.bumko.gov.tr>).

Maliye Bakanlığı, (2005b), **Bütçe Uygulama Talimatı**.

Maliye Bakanlığı, (2006), **6 Sıra Nolu Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği**.

Maynard, A. and Dixon, A., (2002), “Private Health Insurance and Medical Savings Accounts: Theory and Experience, Mossialos, E. Et al., (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, s.109-127, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

McLachlan, G. and Maynard, A., (1982), “The Public/Private Mix in Health Care: The Emerging Lessons”, McLachlan, G. and Maynard, A., (eds.), **The Public/ Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change** içinde, The Nuffield Provincial Hospitals Trust, London.

McPake, B., (2000), “Reforms To Financing Systems in Poor Countries”, Mills, A., Dickens, A. (eds.) **Reforming Health Care** içinde, s.132-150, Kegan Paul International Limited.

Mills, A. and Gilson, L. (1988), **Health Economics for Developing Countries. A Survival Kit**, HEFP Working Paper 01/88, EPC Publication No:17, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.

Mills, A. Et al, (eds), (1990), **Health System Desantralization: Concepts, Issues and Country Experiences**, Geneva:WHO.

The Ministry of Health of Turkey, (2004), **Turkey Health Report**, School of Public Health, Ankara.

Morlock, L. ve diğerleri, (2004), **Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri**, TÜSİAD, Yayın No.TÜSİAD-T/2004-09/380.

Mossialos, E., (1998), **Citizens and Health Systems: Main Results from a Eurobarometer Survey**, Brussels: European Commission, Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs.

Mossialos, E. and Dixon, A., (2002a), “Funding Health Care: An Introduction”, Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, s.1-30, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

Mossialos, E. and Dixon, A., (2002b), “Funding Health Care in Europe: Weighing up the Options”, Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, s.272-300, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

Mossialos, E. and Thomson, M.S., (2002), “Voluntary Health Insurance in the European Union”, Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, s.128-160, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

Müderrişoğlu, A.E., Say, G.S. and İçki, A. (1998), “Health Care Finance Reform in Turkey: Transition to Universal Coverage”, Nitayarumphong, S. ve Mills, A. (eds), **Achieving Universal Coverage of Health Care: Experiences from Middle and Upper Income Countries** içinde, s.165-196, Ministry of Health, Thailand.

Mülkiyeliler Birliği, (2006), **Sosyal Güvenlik Reformu Üzerine Mülkiyeliler Birliği Görüşü**, <http://www.mulkiye.gov.tr>.

National Forum on Health (Canada) (1998), **Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere**, Quebec: Editions MultiMondes.

Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group, (1993), **“Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment”**, Cambridge, MA:Harvard University Press.

Normand C. and Weber A., (1994), **Social Health Insurance. A Guidebook For Planning**, WHO/ILO.

Normand, C. and Busse, R., (2002), “Social Health Insurance Financing”, Mossialos, E. Et al (eds.), **Funding Health Care: Options for Europe** içinde, s.59-79, European Observatory Health Care System Series, Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

OECD, (1992), **The Reform of Health Care: A Comparative Analyses of Seven OECD Countries**, Health Policy Studies No.2. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD, (1994), **The OECD Jobs Study Evidence and Explanation II. The Adjustment Potantial of the Labor Market**, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development

OECD, (2000), **OECD Health Data 2000: A Comparative Analysis of 29 Countries**, Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD, (2005), **Health at a Glance, OECD Health Indicators 2005**, OECD.

OECD, (2006), **Boosting Jobs and Incomes: Policy Lessons From Reassessing The OECD Jobs Strategy**, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Özçatal, Ö, (1999), **Türkiye’de Genel Sağlık Sigortasının Uygulanabilirliği**, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü.

Özşuca, Ş.T., (2003), **Esneklik ve Güvenlik İkileminde Türkiye Emek Piyasası**, İmaj Yayıncılık, Ankara.

Pınar, A., (2004), **Vergileri Kim Ödüyor ve Kamu Harcamalarından Kimler Yararlanıyor?**, Türkiye Ekonomik ve Sosyal Etüdler Vakfı, Ankara

Rasell, E. and Tang, K., (1994), **Paying for Health Care: Affordability and Equity in Proposals of Health Care Reform**. Working Paper. Washington D.C., Economic Policy Institute.

Riphahn, R.T. and Bauer, T. (1998), **Employment Effects of Payroll Taxes – An Empirical Test for Germany**, Discussion Paper Series, Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA), http://www.iza.org/publications/discussion_papers/dp11.pdf, erişim tarihi 15 Haziran 2005.

Roemer M.I., (1991), **National Health Systems Of The World. Vol II. Issues**, New York.

Ron A., Abel-Smith, B. and Tamburi, G., (1990), **Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach**, ILO, Geneva.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, (1973), **Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl**”, Sağlık Propagandası ve Tıbbi İstatistik Genel Müdürlüğü, Yayın No:422.

Sağlık Bakanlığı, (1993), **Ulusal Sağlık Politikası**, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Sağlık Bakanlığı, (1999), **Flagship Eğitim Programı Dokümanları**.

Sağlık Bakanlığı, (2003), **Sağlıkta Dönüşüm**, Haziran.

Sağlık Bakanlığı, (2004a), **OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000**, Kartal, M. ve Mollahaliloğlu, S. (ed.), Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Merkezi Müdürlüğü, Ankara

Sağlık Bakanlığı, (2004b), **Sağlık İstatistikleri 2003**, Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı.

Sağlık Bakanlığı, (2004c), **Türkiye Ulusal Hanehalkı Sağlık Harcamaları Araştırması 2002-2003**, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü ve Sağlıkta Umut Vakfı.

Sağlık Bakanlığı, (2005), **Yeşil Kart İstatistikleri Bilgi Notu**, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvencesi Olmayanlar Şubesi ve Bütçe Şubesi.

Saltman, R.B. and Figueras, J., (1997), **European Health Care Reform – Analysis of Current Strategies**, WHO Regional Publications, European Series, No:72.

Saltman, R.B. and Figueras, J., (1997), **Avrupa Sağlık Reformu – Mevcut Stratejilerin Analizi**, (Çeviri: Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü) Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi.

Saltman, R.B, (2004), “Social Health Insurance in Perspective: The Challenge of Sustaining Stability”, Saltman, R.B., Busse, R., Figueras, R. (eds), **Social Health Insurance Systems in Western Europe** içinde, s.3-21, Open University Press.

Sandier, S., Paris, V. ve Polton, D., (2004), **Health Care Systems in Transition: France**, Thomson, S. and Mossialos, E. (eds), European Observatory on Health Systems, V.6, N.2.

Savaş, B.S., Karahan, Ö. and Saka, Ö.R. (2002), **Health Care Systems in Transition: Turkey**, Thomson; S. and Mossialos, E. (eds), European Observatory on Health Systems, V.4, N.4.

Schmahl, W., (1998), “Financing Social Security in Germany: Proposals for Changing Its Structure and Some Possible Effects”, Black, S.W. (ed.), **Globalization, Technological Change and Labor Markets** içinde, Dordrecht: Kluwer Academic.

Sıvacı, C., (2004), **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**, Maliye Bakanlığı, Devlet Bütçe Uzmanlığı Araştırma Raporu.

Singer, C. ve Underwood, E.A., (1962), **A Short History of Medicine**, 2nd Edition, Oxford University Press.

Siyasal Bilgiler Fakültesi, (1992), **İnsan Haklarının Korunması Alanında Uluslararası Temel Belgeler**, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Yayınları: 573, İnsan Hakları Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları:5, Genişletilmiş 2.Baskı, Ankara.

SSK, (2002), **İstatistik Yıllığı**, Yayın No.653

SSK, (2004), **Çalışma Raporu**, Yayın No.685

SSK, (2005), **İstatistik Yıllığı**, Yayın No.687.

Soyer, A. ve Belek, İ. (1998), “Yeni Dünya Düzeni ve Özelleştirmeler”, **Türkiye’de Özel Sağlık Sektörü ve Sağlıkta Özelleştirme** içinde, Türk Tabipleri Birliği, Ankara.

Talas, C., (1997), **Toplumsal Ekonomi**, İmge Yayınevi

Tatar, M., Özgen, H., Şahin, B. et al. (2003), **Formal and Informal Household Spending on Health: A Case Study From Turkey**, MEMIO, Harvard School of Public Health and Hacettepe School of Health Administration.

Tokat, M. (1997), **1995 Yılı Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı**, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat, M. (1998), **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1992-1996**, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat, M. (2001a), **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1997**, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Tokat, M. (2001b), **Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998**, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara.

Türk-İş, (2003), **Sosyal Güvenlik Sorunları**, Ankara.

Türk Tabipleri Birliği, (2006a), **Maliye Bakanlığı'nın Bazı İlaçları Geri Ödeme Kapsamı Dışında Bırakması İle İlgili Türk Tabipleri Birliği İlaç Danışma Kurulu Raporu**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.

Türk Tabipleri Birliği, (2006b), **Ödenmeyecek: İlaç Yazan:IMF/AKP/UNAKITAN, 12/9/2006 Tarihli Maliye Bakanlığı İlaç Genelgesinin TTB İlaç Danışma Kurulu Değerlendirme Raporu**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.

Türk Tabipleri Birliği, (2006c), **Aile Hekimliğinde Son Durum**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Birinci Baskı, Ankara.

Türkan, E., (2005), **Türkiye'de İşgücünün Yapı ve Nitelikleri: Gelişme ve Değerlendirmeler**, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası, Aralık, Ankara.

TÜSİAD, (1999), **Türkiye'nin Fırsat Penceresi: Demografik Dönüşüm ve İzdüşümleri**, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, İstanbul.

TÜSİAD, (2005), **Devlette Etikten Etik Devlete: Kamu Yönetiminde Etik Yasal Altyapı, Saydamlık ve Ayrıcalıklar, Tespit ve Öneriler Cilt 2**, Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, Yayın No: TÜSİAD-T/2005-11-411.

United Kingdom, Department of Health (2000), **The NHS Plan: A Plan for Investment, a Plan for Reform**, London: The Stationery Office.

Uluatam, Ö., (2005), **Kamu Maliyesi**, İmaj Yayınevi, 9.Baskı, Ankara.

Ünsal, E.M., (2001), **Mikro İktisat**, İmaj Yayınevi, Dördüncü Baskı, Ankara.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Van der Burg, H. Et al, (1998), **Equity in the Delivery of Health Care: Some Further International Comparisons**, ECUITY Working Paper, No.10, Erasmus University, Rotterdam.

Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E., (1993a), “Equity in the Finance and Delivery of Health Care: Concepts and Definitions”, Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. and Rutten, F. (eds.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective** içinde, s. 7-19, Oxford Medical Publications.

Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E., (1993b), “Equity in the Finance of Health Care: Methods and Findings”, Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F. (eds.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective** içinde, s. 20-48, Oxford Medical Publications.

Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E., (1998), “Equity in Health Care Finance and Delivery”, A.J.Culyer and J.P.Newhouse (eds), **North Holland Handbook of Health Economics** içinde, chapter 40.

William, A., (1993), “Equity in Health Care: The Role of Ideology”, Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F. (eds.), **Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective** içinde, Oxford Medical Publications, s.287-298.

WB, (1987), **Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform**, The World Bank, Washington D.C., U.S.A.

WB, (2003), **Turkey: Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency**, (In Two Volumes), Vol.1: Main Report, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Report No.24358-TU.

WHO, (1993), **Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services**, Technical Report Series, N.829, Geneva.

WHO, (1996a), **Basic Documents**, Forty-First Edition, Geneva.

WHO, (1996b), **Health Care Systems in Transition: Greece**, Regional Office For Europe, Copenhagen.

WHO, (2000a), **The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance**, Geneva.

WHO, (2000b), **Health Care Systems in Transition: Spain**, Regional Office For Europe, Copenhagen.

WHO, (2002), **25 Questions and Answers on Health & Human Rights**, Health & Human Rights Publication Series, Issue No.1, July.

WHO, (2004), **Reaching Universal Coverage via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period**, by Guy Carrin and Chris James, Discussion Paper, N.2, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy (EIP)", Geneva.

WHO-WB, (2004), **Health System Metrics: Monitoring the Health System in Developing Countries**, October 6-7, Report, Glion, Switzerland.

WHO, (2005), **Achieving Universal Coverage: Developing the Health Financing System**, Technical Briefs for Policy-Makers, N.1, Department of Health Systems Financing Health Financing Policy, WHO/EIP/HSF/PB/05.01, Geneva.

Yenimahalleli, G., (1998), **Türkiye’de Sağlık İşkolunun Özellikleri ve Sendikal Örgütlenme**, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Yepes, F.J. and Sanchez, L.H., (2000), "Reforming Pluralist Systems: The Case Of Colombiya", Mills, A., Dickens, A. (eds.) **Reforming Health Care** içinde, s.188-200, Kegan Paul International Limited.

MAKALELER:

Abel-Smith, B., 1986, "The World Economic Crisis. Part 1: Repercussion on Health", **Health Policy and Planning**, Vol:1, N.3, p.202-213.

Akdur, R., 1998, "Türkiye'de Sağlık Politika ve Hizmetleri", **Yeni Türkiye** Sayı:23-24, s.1984-1995.

Alper, Y., 2004, "Kayıtdışı Ekonomi Sosyal Güvenlik Sistemini Çökertiyor", **Türk-İş Dergisi**, S.360, Mart-Nisan, s.55-61.

Amelung, V., Glied, S. and Topan, A., 2003, "Health Care and the Labor Market: Learning from the German Experience", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol.28, N.4, p.693-714.

Aronson, J.R., Johnson, P. and Lambert, P.J., 1994, "Redistributive Effect and Unequal Tax Treatment", **Economic Journal**, N.104, p.262-270.

Barer et al, 1987, "Aging and Health Care Utilization: New Evidence on Old Fallacies", **Social Science and Medicine**, Vol.24, N.10, p.851-862.

Baumol, W.J., 1993, "Health Care, Education and Cost of Disease: A Looming Crisis for Public Choice", **Public Choice**, Vol.77, N.1, p.17-28.

Belek, İ., 2000, "Nasıl Bir Sağlık Sistemi? III Sigorta Değil, Genel Vergi", **Toplum ve Hekim**, C.15, S.2, s.92-108.

Carrin, G., 2002, "Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge", **International Social Security Review**, Vol.55, N.2, p.57-69.

Carrin, G. and James, C., 2005, "Social Health Insurance: Key Factors Affecting the Transition Towards Universal Coverage", **International Social Security Review**, Vol.58, N.1, p.45-64.

Chia N.C. and Tsui, A.K.C., 2005, "Medical Savings Accounts in Singapore: How Much is Adequate?", **Journal of Health Economics**, Vol.24, N.5, p.855-875.

Coşkun, A., 2006, "İşgücü Maliyetlerinin Düşürülmesi Mutlaka Kayıtdışılıkla Mücadele İle Birlikte Ele Alınmalıdır", **İşveren Dergisi**, Mart.

Creese, A.L., 1991, "User Charges For Health Care: A Review of Recent Experience", **Health Policy and Planning**, Vol.6, N.4, p.309-319.

Creese, A., 1997, "User Fees", **British Medical Journal**, N.315, p.202-203.

Cutler, D.M., 2002, "Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform", **Journal of Economic Literature**, Vol.XL, p.881-906.

Deber, R.B., Forget, E.L. and Roos, L.L., 2004, "Medical Savings Accounts in a Universal System: Wishful Thinking Meets Evidence", **Health Policy**, Vol.70, N.1, p.49-66.

Dixon, A. and Mossialos, E., 2000, "Has the Portuguese NHS Achieved Its Objectives of Equity and Efficiency", **International Social Security Review**, Vol.53, N.4, p.49-78.

Dixon, A., 2002, "Are Medical Savings Accounts a Viable Option for Funding Health Care", **Croatian Medical Journal**, Vol.43, N.4, p.408-416.

Ekzen, N., 2005 "Düşük Ücret Ekonomisi", <http://www.bagimsizsosyalbilimciler.org>, erişim tarihi: 11.04.2006.

Ellwood, P.M., Enthoven, A.C., Etheridge, L., 1992, "The Jackson Hole Initiatives for The Twenty – First Century American Health Care System", **Health Economics**, V.1, N.3, p.149-168.

Erdoğan, S., 2006, "Sosyal Politikada Değişim ve Sosyal Güvenlik Reformu", **Mülkiye**, C.XXX, S.252, s.211-236.

Erten, H. ve Baysal, N., 2005, “Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Reformu ve Finansal Etkilerinin Uluslararası Karşılaştırmalarla Değerlendirilmesi”, **Ulusal Sağlık Hesapları Sempozyumu**, 25-27 Ekim 2005, Sağlık Bakanlığı, Sürmeli Otel, Ankara.

Evans, R.G. and Barer, M.L., 1995, “User Fees For Health Care: Why A Bad Ideas Keeps Coming Back (Or, What’s Health Got To Do With It?)”, **Canadian Journal of Aging**, Vol.14, N.2, p.360-390.

Fişek, G., 1997, “Sosyal Güvenliğimizdeki Çatışmaların Kökeni”, **Görüş Dergisi**, Sayı:33, Kasım-Aralık, s.44-48.

Fişek, G., 2003, “Sosyal Güvenliğin Cinsiyeti”, **Çalışma Ortamı Dergisi**, Sayı:70, Eylül-Ekim, s.14-15.

Gladwell, M., 2005, “The Moral-Hazard Myth:The Bad Idea Behind Our Failed Health-Care System”, **The New Yorker**, Department of Public Policy, United States of America. (http://www.newyorker.com/archieve/2005/08/29/050829fa_fact?printable=true, erişim tarihi 7 Mayıs 2007).

Gulliford, M. et al, 2002, “What Does Access to Health Care Mean?”, **Journal of Health Services Research and Policy**, Vol.7, N.3, p.186-188.

Güler, B.A., 2003, “Kamu Yönetimi Temel Kanunu”, **Tıp Dünyası**, Türk Tabipleri Birliği Türk Tabipleri Birliği Yayını, S.104, s.2.

Ham, C., 1996, “Learning From The Tigers: Stakeholder Health Care”, **Lancet**, Vol.347, N.9006, p.951-953.

Hansluwka, H.E., 1985, “Measuring the Health of Populations, Indicators and Interpretations”, **Social Science and Medicine**, Vol.20, N.12, p.1207-1224.

Hills, J. 1995, “Funding the Welfare State”, **Oxford Review of Economic Policy**, V.11, N.3, p.27-43.

Hinrichs, K., 1995, "The Impact of German Health Insurance Reforms on Redistribution and the Culture of Solidarity", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol:20, N:3, p.653-687.

Holahan, J. and Zedlewski, S. 1992, "Who Pays for Health Care in the United States? Implication for Health System Reform", **Inquiry**, N. 29, p.231-248.

Hsiao, W.C., 1995b, "Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore", **Health Affairs**, Vol.14, N.2, p.260-266.

Hsiao, W.C., 2001, "Behind the Ideology and Theory: What is the Empirical Evidence for Medical Savings Accounts", **Journal of Health Politics, Policy and Law**, Vol.26, N.4, p.733-737.

Hurley, J., 2000, "Medical Savings Accounts: Approach With Caution", **Journal of Health Services Research and Policy**, Vol.5, p.130-132.

Jefferson, R.T., 1999, "Medical Savings Accounts: Windfalls for the Healthy, Wealthy and Wise", **Catholic University Law Review**, Vol.48, N.3, p.685-723.

Jemai, N., Thomson, S. and Mossialos, E., 2004, "An Overview of Cost-Sharing for Health Services in the European Union", **Euro Observer**, Autumn, Vol.6, N.3, p.1-4.

Kakwani, N.C., 1977, "Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison", **Economic Journal**, Vol.87, N.345, p.71-80.

Kanavos, P., 2000, "The Single Market for Pharmaceuticals in the European Union in Light of European Court of Justice Rulings", **Pharmacoeconomics**, Vol.18, N.6, p.523-532.

Kanavos, P. and McKee, M., 2000, "Cross-Border Issues in the Provision of Health Services: Are We Moving Towards a European Health Care Policy", **Journal of Health Services Research and Policy**, Vol.5, N.4, p.231-236.

Karacık, A., 2001, "Türkiye’de Sağlık Sigortaları", **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı II**, S.40, Temmuz-Ağustos, s.1488-1493.

Kılıçdaroğlu, K., 1999, “Sosyal Güvenlik Sistemindeki Son Değişiklikler”, **Mercek**, Yıl:4, S.16, s.14-20.

Kılıçdaroğlu, K., 2004, “Gelir Dağılımını Olumsuz Etkiliyor”, **Türk-İş Dergisi**, S.360, Mart-Nisan, s.34-36.

Kutzin, J. and Barnum, H, 1992, “Institutional Features of Health Insurance Programs and Their Effects On Developing Country Health Systems”, **International Journal of Health Planning and Management**, Vol.7, p.51-72.

Kutzin, J., 2001, “A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements”, **Health Policy**, Vol.56, N.3, p.171-204.

Le Grand, J., 1987, “Equity, Health and Health Care”. **Social Justice Research**, Vol.1, p.257- 274.

Lisac, M. and Schlette, S., 2006, “Health Care Reform in Germany: Is Bismark Going Beveridge”, ”, **EuroHealth**, V.12, N.3, p.31-32.

Londono, J.L. and Frenk, J., 1997, “Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America”, **Health Policy**, Vol.41, N.1, p.1-36.

Manning, W.G. et al, 1989, “The Taxes of Sin: Do Smokers and Drinkers Pay Their Way?”, **Journal of the American Medical Association**, Vol.261, N.11, p.1604-1609.

Massaro, T.A. and Wong, Y.N., 1995, “Positive Experience With Medical Savings Accounts in Singapore”, **Health Affairs**, Vol.14, N.2, p.267-272.

Mastilica, M. and Bozikov, J., 1999, “Out-of-pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity”, **Croatian Medical Journal**, Vol.40, N.2, p.152-159.

McGrail, K. Et al, 2000, “Age, Cost of Acute and Long-Term Care and Proximity to Death: Evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Colombia”, **Age and Ageing**, Vol.29, N.3, p.249-253.

McPake, B., 1993, "User Charges for Health Services in Developing Countries: A Review of the Economic Literature", **Social Science and Medicine**, Vol.36, N.11, p.1397-1405.

Mosebach, K., 2005, "The Politics of Health Care Financing Reform in Germany", **Euro Observer, Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies**, V.7, N.1, p.3-6.

Mossialos, E. and King, D., 1999, "Citizens and Rationing: Analysis of a European Survey", **Health Policy**, Vol.49, N.1-2, p.75-135.

Murray, C.J.L. and Frenk, J., 2000, "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems", **Bulletin of World Health Organisation**, Vol.78, N.6, p.717-731.

Murthy, A., Dixon, A. and Mossialos, E., 2001, "Genetic Testing and Insurance: Implications of the UK Genetics and Insurance Commission (GAIC) Decision", **Journal of the Royal Society of Medicine**, Vol.94, N.2, p.57-60.

Navarro, V., 1989, "Why Some Countries Have National Health Insurance, Others Have National Health Services, And The U.S. Has Neither", **Social Science and Medicine**, Vol.28, N.9, p.887-898.

Nonneman, W. and Van Doorslaer, E., 1994, "The Role of the Sickness Funds in the Belgian Health Care Market", **Social Science and Medicine**, Vol.39, N.10, p.1483-1495.

Okur, A.R., 2004, "Çok Çatı, Tek Çatı, Yok Çatı", **Türk-İş**, S.362, s.53-55.

Oyan, O., 2005a, "Kayıtdışılığın Asıl Nedeni Vergi Mi?", **Dünya**, 29 Nisan.

Oyan, O., 2005b, "Vergi Adaleti Hangi Bahara?", **Birgün**, 3 Mayıs.

Oyan, O., 2006, "22.Dönem 4.Yasama Yılı 82.Birleşim Genel Kurul Tutanağı", 30 Mart 2006, <http://www.tbmm.gov.tr>

Özsarı, S.H. ve Varlık, M., 1998, "Sağlık Hizmetlerinin Cumhuriyet Dönemindeki Gelişimi ve Sağlıkta Yeniden Yapılanma", **Yeni Türkiye Cumhuriyet Özel Sayısı III**, Eylül-Aralık, S.23-24, s.1996-2021.

Özşuca, Ş.T., 2006, “Sosyal Güvenlik Reformu ve İşgücü Piyasası”, **Kamu’da Sosyal Politika**, C.1, S.2, s.5-10, Ekim.

Öztek, Z., 2001, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri”, **Yeni Türkiye Sağlık Özel Sayısı I**, Mayıs-Haziran, Sayı 39, s.60-64

Price, D., Pollock, A.M. and Shaoul, J., 1999, “How the World Trade Organisation is Shaping the Domestic Policies in Health Care”, **Lancet**, Vol.354, N.9193, p.1889-1992.

Rice, T. and Morrison, K.R., 1994, “Patient Cost Sharing For Medical Services: A Review of the Literature and Implications for Health Care Reform”, **Medical Care Review**, Vol.51, N.3, p.235-287.

Saltman, R.B., 1998, “Medical Savings Accounts: A Notably Uninteresting Policy Idea”, **European Journal of Public Health**, Vol.8, p.276-278.

Saracci, R., 1997, “The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health”, **British Medical Journal**, 314:1409 (10 May)

Savedoff, W.D., 2004, “Is There a Case for Social Insurance?”, **Health Policy and Planning**, Vol.19, N.3, p.183-184

Schieber, 2005, “Sustainable Health Sector Financing”, **High Level Forum on the Health MDGs in Asia-Pacific**, Tokyo, Japan, June, (<http://www.worldbank.org>).

Summers, L., 1989, “Some Simple Economics of Mandated Benefits”, **American Economic Review**, Vol.79, N.2, p.177-183.

Tanrıverdi, H., 2004, “İşsizlik ve Yoksulluk Kaynaklarından Biri”, **Türk-İş Dergisi**, S.360, Mart-Nisan, s.30-33.

Tiryaki, D. ve Tatar, M., 2000, “Sağlık Sigortası: Teori ve Uygulama”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C.5, S.4, s.123-139.

Townsend, J., Roderick, P. and Cooper, J., 1994, "Cigarette Smoking by Socioeconomic Group, Sex, and Age: Effects of Price, Income, and Health Publicity, **British Medical Journal**, Vol.309, N.6959, p.923-927.

Towse, A., 1999, "Could Charging Patients Fill The Cash Gap in Europe's Health Care Systems?", **Eurohealth**, Vol.5, N.3, p.27-29.

Tozan, C., 2006, "Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanının İstifası Düşündürücü", **Türk-İş Dergisi**, S.373, Temmuz-Ekim, s.94.

Türkiye İstatistik Kurumu, 2006, "Yoksulluk", **Haber Bülteni**, S.27, Şubat, Ankara.

Tüzmen, K., 2006, "Girdi Maliyetlerinin Düşürülmesini Hedefliyoruz", **İşveren Dergisi**, Mart.

Uysal, M., 2006, "Vergi ve Sigorta Primleri Toplamının Yüzde 25 Seviyelerine İndirilmesi Gerekmetedir", **İşveren Dergisi**, Mart.

Van de Ven, W.P.M.M., 1983, "Effects of Cost Sharing in Health Care", **Effective Health Care**, Vol.1, N.1, p.47-56.

Van de Ven, W.P.M.M. Et al., 2000, "Acces to Coverage for High-Risk in A Competitive Individual Health Insurance Market: Via Premium Rate Restrictions or Risk-Adjusted Premium Subsidies", **Journal of Health Economics**, Vol.19, N.3, p.311-339.

Van Doorslaer, E. Et al., 1999, "The Redistributive Effect of Health Care Finance in Twelve OECD Countries", **Journal of Health Economics**, Vol.18, N.3, p.291-313.

Viveros-Long, A., 1986, "Changes in Health Financing: The Chilean Experience", **Social Science and Medicine**, Vol.22, p.379-385.

Wagstaff, A. and van Doorslaer, E., 1992, "Equity in the finance of health care: some international comparisons", **Journal of Health Economics**, Vol.11, N.4, p.361-387.

Wagstaff, A. and Van Doorslaer, E., 1997, "Progressivity, Horizontal Equity and Reranking in Health Care Finance: A Decomposition Analysis for the Netherlands", **Journal of Health Economics**, Vol.16, N.5, p.499-516.

Wagstaff, A. Et al., 1999, "Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons", **Journal of Health Economics**, Vol.18, N.3, p.263-290.

Whitehead, M., Dahlgren, G. and Evans, T., 2001, "Equity and Health Sector Reforms: Can Low-Income Countries Escape the Medical Poverty Trap?", **The Lancet**, Vol.358, p. 833-836.

Yeldan, E. ve Köse, A.H., 1999, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminin Yapısal Sorunları Üzerine Gözlemler", **Mülkiye**, C.XXIII, S.217, s.87-96.

Yeldan, E., 2006, "2001 Krizi Sonrasında Türkiye: Dış Borçlanma ve Spekülasyona Dayalı Büyüme Çözülürken" (<http://www.bilkent.edu.tr>).

Yıldırım, A. 1994, "1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı", **Toplum ve Hekim**, C.9, S.60, s.46-48.

Zabinski et al., 1999, "Medical Savings Accounts: Microsimulation Results From a Model With Adverse Selection", **Journal of Health Economics**, Vol.18, N.2, p.195-218.

Zandvakili, S., 1994, "Income Distribution and Redistribution through Taxation: An International Comparison", **Empirical Economics**, N.19, p.473-491.

ELEKTRONİK VERİ TABANLARI

OECD, (2004), **Health Data**.

OECD, (2005), **Health Data**.

WHO HFA-DB, (2006), **World Health Organisation - Health For All Data Base**.

