

**DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE
SOSYAL SİGORTALAR KAPSAMINDA
SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI**

A. İlhan ORAL

(Doktora Tezi)

Eskişehir-2001

**DÜNYADA ve TÜRKİYE'DE SOSYAL SİGORTALAR KAPSAMINDA
SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI**

A. İlhan ORAL

DOKTORA TEZİ

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Danışmanı: Prof.Dr. Nüvit GEREK

Eskişehir

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Ağustos 2001

DOKTORA TEZ ÖZÜ

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SOSYAL SİGORTALAR KAPSAMINDA SAĞLIK SİGORTASI UYGULAMALARI

A. İlhan ORAL

Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı

Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ağustos 2001

Danışman:Prof.Dr. Nüvit GEREK

İnsan varoluşundan beri geleceğinden endişe duymuş ve yarınlarının güvende olmasını istemiştir. Bu nedenle geleceğini tehdit eden risklere karşı korunma yöntemleri geliştirmeye çalışmıştır. Tarihin ilk dönemlerinde bireysel olarak denenen bu yöntemler sonradan, aynı risklerle karşı karşıya kalan insanların bir araya gelerek dayanışma yapmasıyla kollektif olarak uygulanmaya başlanmıştır. Bu çabaların sonucunda modern sosyal güvenlik sistemlerinin en önemli aracı olan “sosyal sigorta” yöntemi ortaya çıkmıştır. Modern sosyal güvenlik sistemleri insana en çok zarar veren sosyal riskleri dokuz temel grupta toplamıştır. Bunlar, iş kazası, meslek hastalıkları, hastalık, analık, yaşlılık, malullük, ölüm, işsizlik ve aile yükleridir. Bu riskler içinde hastalık riski yapısı itibariyle diğerlerinden daha farklı bir yere sahiptir. Çünkü her insan yaşamı boyunca sağlıklı olmayı ve sağlıklı kalmayı istemektedir. Buna ek olarak, sosyal devlet kavramının ortaya çıkmasıyla birlikte sağlık, insan için vazgeçilmez temel bir hak haline gelmiştir. Bu hakkı sağlama, koruma ve geliştirme görevi de olanakları ölçüsünde devletlere verilmiştir. Buradan hareketle her devlet içinde bulunduğu koşullara göre hastalık riskine karşı sosyal sağlık güvencesi sağlama konusunda farklı yasal düzenlemeler yapmıştır.

Bu çalışmada dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkelerinde uygulanan farklı yapılarıdaki kamu sağlık sigortaları incelenmiş ve bu sistemlerin Türkiye’de uygulanan kamu sağlık sigortaları ile karşılaştırılma olanağı elde edilmiştir. Ayrıca ülkemizdeki kamu sağlık sigortacılığında karşılaşılan sorunlar ele alınmış ve bunların çözüm yolları üzerinde durulmuştur.

ABSTRACT

Human-kind has always been anxious about his future and wanted his future to be safe. Based on this phenomena, he has always tried to develop some precautions against these risks which may influence his future. The methods towards these risks have first been applied individually and then people have started to work together on these risks and methods collaboratively. As a result of these efforts, the method of "social insurance" , which is the modern vehicle of social security systems, has been formed. The modern social security systems have ordered these risks under the nine headings. These are; work injury, occupational disease, sickness, maternity, old age, disability, death, unemployment and family burdens. The structure of sickness risk among these risks has a different placement when compared to the others since every person wants to be and stay healthy during their life. In addition to this, with the formation of the concept "social state", health has become an unavoidable basic right for people. The development, saving and providing responsibility of this right has been given to the governments when possible. Therefore, every nation has put some legal regulations to provide health security for its citizens.

In this study, the public health insurance systems of some developing and developed countries have been investigated and these systems have been compared with the systems applied in Turkey. Moreover, the problems faced in public health insurance systems in Turkey have been dealt with and some solutions towards these problems have been put forward.

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

A.İlhan ORAL'ın "Dünyada ve Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları" başlıklı tezi 12 Eylül 2001 tarihinde, aşağıdaki jüri tarafından Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri (İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Hukuku) Anabilim Dalında Doktora tezi olarak değerlendirilerek kabul edilmiştir.

İmza

Üye (Tez Danışmanı) : Prof.Dr.Nüvit GEREK
Üye : Prof.Dr.Ömer Zühtü ALTAN
Üye : Prof.Dr.Yusuf ALPER
Üye : Prof.Dr.Nükhet SARAÇEL
Üye : Yrd.Doç.Dr.Ufuk AYDIN

Prof.Dr.Ömer Zühtü ALTAN
Anadolu Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü



İÇİNDEKİLER

ÖZ.....	iii
ABSTRACT.....	iv
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI.....	v
ÖZGEÇMİŞ.....	vi
TABLolar	xviii
KISALTMALAR.....	xix
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİK VE SOSYAL GÜVENLİĞE İLİŞKİN TEMEL KAVRAMLAR

1.Sosyal Güvenlik Kavramı.....	3
1.1.Sosyal Güvenliğin Tanımı.....	3
1.1.1.Geniş Anlamda Sosyal Güvenlik.....	4
1.1.2.Dar Anlamda Sosyal Güvenlik.....	5
1.2.Sosyal Güvenliğin Amaçları.....	6
1.3.Sosyal Güvenliğin Araçları.....	6
2.Sosyal Riskler.....	7
2.1.Ortaya Çıkış Nedenlerine Göre Sosyal Riskler.....	7
2.2.Sonuçlarına Göre Sosyal Riskler.....	8
3.Sosyal Güvenlik Teknikleri.....	8
3.1.Bireysel Teknikler.....	8
3.2.Başkalarının Katkısını Gerektiren Teknikler.....	9
3.2.1.Yardım.....	9
3.2.2.Sorumluluk.....	10
3.3.Kollektif Teknikler.....	10
3.3.1.Yardımlaşma Sandıkları.....	10
3.3.2.Sosyal Sigorta.....	10
3.3.3.Sosyal Yardım Ve Sosyal Hizmet.....	11
3.4.Özel Sigorta Tekniği.....	12
4.Özel Sigorta Sosyal Sigorta Ayırımı.....	12

5.Sosyal Güvenliğin Temel Prensipleri.....	13
6.Sosyal Güvenliğin Finansmanı.....	14
6.1.Finansman Kaynakları.....	14
6.1.1.Primler.....	15
6.1.1.1.Ödeyenlerine Göre Primler.....	15
6.1.1.2.Nispi Primler-Mutlak Primler.....	16
6.1.1.3.Tek Prim-Sigorta Kollarına Göre Ayrı Prim.....	17
6.1.1.4.Safi Prim-Gayri Safi Prim.....	17
6.1.2.Devletin Ulusal Bütçeden Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katkısı.....	18
6.1.3.Vergilerin Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katkısı.....	18
6.1.4.Fon Gelirlerinin Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katkısı.....	19
6.2.Finansman Yöntemi.....	19
6.2.1.Dağıtım Yöntemi.....	19
6.2.2.Kapitalizasyon (Biriktirme) Yöntemi.....	20
6.2.2.1.Bireysel Kapitalizasyon.....	20
6.2.2.2.Kollektif (Toplu) Kapitalizasyon.....	21
6.2.2.3.Sosyal Güvenlik Fonlarının Yatırım İlkeleri.....	21
7.Ödenen Primlerin Karşılıkları.....	22
7.1.Karşılıkların Özellikleri.....	23
7.2.Karşılık İle Kazanç Arasındaki İlişki.....	24
7.2.1.Kazancın İkamesi.....	24
7.2.2.Kazancın Telafisi.....	24
7.3.Karşılıkların Çeşitleri.....	24
7.3.1.Parasal Karşılıklar.....	25
7.3.2.Hizmet Olarak Karşılıklar.....	26

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE BAZI ÜLKELERDE SAĞLIK SİGORTALARI UYGULAMALARI

1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı.....	28
2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	29
2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	29

2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri.....	30
2.2.1.Kendi Kendine Bakım.....	30
2.2.2.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	30
2.2.3.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	31
2.2.4.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	31
2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri.....	31
3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	32
3.1.Sağlık Hizmetlerinin Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi.....	32
3.2.Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi.....	32
3.3.Sağlık Hizmetlerinde Kişinin Talebini Hekimin Belirlemesi.....	33
3.4.Sağlık Hizmetlerinin Kamu Malı Niteliğinde Olması.....	33
3.5.Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması.....	34
3.6.Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı Olması.....	34
4.Sağlık Sistemlerinin Çeşitleri.....	34
4.1.İsteğe Bağlı Sistem.....	35
4.2.Zorunlu Sağlık Sistemi.....	35
4.3.Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi.....	35
4.4.Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi.....	36
5.Sağlık Sigortası Sistemi.....	36
5.1.Sağlık Sigortasının Tanımı.....	36
5.2.Sağlık Sigortasının Gelişimi.....	37
5.3.Sağlık Sigortasının Amacı.....	38
5.4.Sağlık Sigortasının Karşılıkları.....	38
5.4.1.Sağlık Yardımlar.....	38
5.4.2.Parasal Yardımları.....	39
6.Genel Sağlık Sigortası.....	40
7.Özel Sağlık Sigortası.....	41
7.1.Tıbbi Harcamalar.....	41
7.2.İşgöremezlik Geliri.....	42
8.Sosyal Sağlık Sigortası.....	43
9.Gelişmekte Olan Bazı Asya Ülkelerinde Sağlık Sigortası Uygulamaları.....	44
9.1.Çin	44
9.1.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri	44

9.1.2.Örgütsel Yapı.....	45
9.1.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi.....	45
9.1.2.2.Sağlık Hizmetleri.....	46
9.1.3.Ulusal Sağlık Sigortası.....	46
9.1.3.1.Hükümet Çalışanları Sağlık Sigortası (Gangfei-Yilao).....	47
9.1.3.2.Kırsal Sağlık Sistemi Kooperatifleri	47
9.1.3.3.İşçi Sigortaları (Laobao-Yilao).....	47
9.1.3.3.1.Kapsamı.....	48
9.1.3.3.2.Yararlanma Koşulları.....	48
9.1.3.3.3.Sağlanan Yardımlar.....	48
9.1.3.3.4.Finansman.....	49
9.2.Hindistan.....	49
9.2.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri	50
9.2.2.Örgütsel Yapı.....	50
9.2.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi.....	51
9.2.2.2.Sağlık Hizmetleri.....	51
9.2.3.Ulusal Sağlık Sigortası.....	52
9.2.3.1.Merkezi Hükümet Sağlık Sigortaları Programı (CGHIS).....	52
9.2.3.2.İşçilerin Devlet Sigortası Kurumu (ESIC).....	52
9.2.3.2.1.Kapsamı.....	53
9.2.3.2.2.Yararlanma Koşulları.....	53
9.2.3.2.3.Sağlanan Yardımlar.....	53
9.2.3.2.3.1.Sağlık Yardımları.....	53
9.2.3.2.3.2.Parasal Yardımlar.....	54
9.2.3.2.4.Finansman.....	54
9.3.Güney Kore.....	55
9.3.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri	55
9.3.2.Örgütsel Yapı.....	56
9.3.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi.....	56
9.3.2.2.Sağlık Hizmetleri.....	57
9.3.3.Ulusal Sağlık Sigortaları.....	58
9.3.3.1.Sağlık Sigortası.....	58
9.3.3.1.1.Kapsamı.....	59

10.1.2.3.2.Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preffered Provide Organization-PPO).....	74
10.1.2.3.3.Belirlenmiş Üretici Organizasyonları (Exclusive Provider Organization-EPO).....	74
10.1.2.4.Halk Sağlığı Uygulamaları.....	74
10.1.2.4.1.Ulusal Düzeyde Uygulamalar.....	75
10.1.2.4.2.Eyalet Düzeyindeki Uygulamalar.....	75
10.1.2.4.3.Yerel Düzeydeki Uygulamalar.....	75
10.1.3.Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortaları.....	75
10.1.3.1.Kar Amaçlı Özel Sağlık Sigorta Şirketleri.....	76
10.1.3.2.Blue Cross ve Blue Shield Planları.....	76
10.1.3.3.Bağımsız Sigorta Planları.....	77
10.1.3.4.Kamu Sigortaları.....	77
10.1.3.4.1.Medicare Programı.....	77
10.1.3.4.1.1.Kapsamı.....	77
10.1.3.4.1.2.Sağlanan Sağlık Yardımları.....	78
10.1.3.4.1.3.Sağlanan Parasal Yardımlar.....	79
10.1.3.4.1.4.Finansman.....	79
10.1.3.4.2.Medicaid Programı.....	79
10.1.3.4.2.1.Kapsam.....	80
10.1.3.4.2.2.Sağlanan Yardımlar.....	80
10.1.3.4.2.3.Finansman.....	81
10.2.Almanya.....	81
10.2.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri.....	81
10.2.2.Örgütsel Yapı.....	82
10.2.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi.....	82
10.2.2.2.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	83
10.2.2.3.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	84
10.2.2.4.Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmetleri.....	84
10.2.2.5.Sağlık Sigortalarının İdari Yapısı.....	85
10.2.2.5.1.Sağlık Sigortalarının Kapsamı.....	87
10.2.2.5.2.Sağlanan Yardımlar.....	88
10.2.2.5.2.1.Sağlık Yardımları.....	88

10.2.2.5.2.2.Parasal Yardımlar.....	88
10.2.2.5.2.3.Finansman.....	89
10.3.Fransa.....	89
10.3.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri	90
10.3.2.Örgütsel Yapı.....	90
10.3.2.1.Ulusal Sağlık Sigortasının Gelişimi.....	91
10.3.2.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	91
10.3.2.3.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	92
10.3.3.Ulusal Sağlık Sigortası.....	92
10.3.3.1.Kapsam.....	93
10.3.3.2.Yararlanma Koşulları.....	94
10.3.3.2.1.Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları.....	94
10.3.3.2.2.Parasal Yardımlardan Yararlanma Koşulları.....	94
10.3.3.3.Sağlanan Yardımlar.....	95
10.3.3.3.1.Sağlık Yardımları.....	95
10.3.3.3.2.Parasal Yardımlar.....	96
10.3.3.4.Finansman.....	97
10.4.İngiltere (Birleşik Krallık).....	97
10.4.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri	98
10.4.2.Örgütsel Yapı.....	98
10.4.2.1.Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service-NHS).....	99
10.4.2.1.1.NHS'nin Gelişimi.....	99
10.4.2.1.2.NHS'nin İdari Yapısı.....	100
10.4.2.1.2.1.Bölge Sağlık Yönetimleri (RHA).....	100
10.4.2.1.2.2.Alt Bölge Sağlık Yönetimleri (DHA).....	101
10.4.2.1.2.3.Aile Sağlık Servisleri (FHS).....	101
10.4.2.1.2.4.Yerel Sağlık Yönetimleri (LA).....	101
10.4.2.1.3.NHS'nin Sağlık Hizmetlerinin Yapısı.....	101
10.4.2.1.3.1.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	102
10.4.2.1.3.2.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	103
10.4.2.1.3.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri.....	104
10.4.2.1.4.NHS'nin Finansman Yapısı.....	104
10.4.2.2.Ulusal Sigorta.....	105

10.4.2.2.1.Kapsam.....	105
10.4.2.2.2.Hak Kazanma Koşulları.....	106
10.4.2.2.3.Sağlanan Yardımlar.....	106
10.4.2.2.4.Finansman.....	106
10.5.İtalya	107
10.5.1.Nüfus Yapısı Ve Sağlık Verileri	107
10.5.2.Örgütsel Yapı.....	108
10.5.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi.....	108
10.5.2.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	109
10.5.2.3.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri.....	109
10.5.3.Ulusal Sağlık Sigortası.....	110
10.5.3.1. Kapsam.....	110
10.5.3.2.Yararlanma Koşulları.....	111
10.5.3.3.Sağlanan Yardımlar.....	111
10.5.3.3.1.Sağlık Yardımları.....	111
10.5.3.3.2.Parasal Yardımlar.....	112
10.5.3.4.Finansman.....	112
11.Ulusal Sağlık Sigortası Uygulayan Ülkelerdeki Durumun Değerlendirilmesi.....	113

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTALARINDAN SAĞLANAN HİZMETLER VE YAPILAN HARCAMALAR

1.Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi.....	116
1.1.Selçuklular Dönemi.....	116
1.2.Osmanlılar Dönemi.....	117
1.3.Cumhuriyet Dönemi.....	118
2.Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına Geçme Amacıyla Yapılan Çalışmalar.....	122
2.1.Genel Sağlık Sigortası Kurulması Üzerine Rapor.....	122
2.2.Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası.....	124
2.3.Kanun Tasarılarında Genel Sağlık Sigortası.....	125
2.3.1. 1974 tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı.....	126
2.3.2. 1984 tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı.....	127

2.3.3. 1990 tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı.....	128
2.3.4. 1997 tarihli Sağlık Finansmanı Kurumu ve İşleyişi Kanunu Tasarısı....	129
2.3.5. 1998 tarihli Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyişi Kanunu Tasarısı.....	131
2.4.Kanunlarda Genel Sağlık Sigortası.....	133
2.4.1. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun....	133
2.4.2. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu.....	135
2.4.3. 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşlanması Hakkında Kanun....	137
2.5.Türkiye'ye Sağlık Sigortası Konusunda Yapılan Dış Kaynaklı Öneriler.....	138
2.5.1.Uluslararası Çalışma Örgütü'nün Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projeleri.....	138
2.5.2.Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu Raporu.....	139
3.Türkiye'de Uygulanmakta Olan Kamu Sağlık Sigortaları.....	141
3.1.Sosyal Sigortalar Kurumu Hastalık Sigortası.....	142
3.1.1.Hastalık Sigortası.....	142
3.1.2.Hastalık Sigortasından Yararlanma Koşulları.....	143
3.1.2.1.Hastalanma.....	143
3.1.2.2.Hastalanan Kişinin Sigortalı veya Sigortalının Yakını ya da Sosyal Sigortalar Hükümlerine Göre Gelir Almakta Olması.....	143
3.1.2.3.Belirli Bir Süre Prim Ödemiş Olma.....	145
3.1.2.4.Kuruma Başvurma.....	146
3.1.3.Hastalık Sigortası Yardımları.....	147
3.1.3.1.Sağlık Yardımları.....	147
3.1.3.2.Geçici İşgöremezlik Ödeneği.....	149
3.1.4.Sigortalılık Niteliğini Kaybedenlere Yapılacak Yardımlar.....	150
3.1.5.Sigortalının Aile Bireylerine Yapılacak Yardımlar.....	151
3.1.6.Kurumdan Gelir veya Aylık Almakta Olanlarla Bunların Aile Bireylerine Yapılacak Yardımlar.....	152
3.2.TC Emekli Sandığı Sağlık Sigortası.....	153
3.2.1.Sandığın Kapsamı.....	154
3.2.2.Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları.....	157
3.2.3.Aktif İştirakçilere Sağlık Yardımları.....	157

3.2.4.Emekli, Adi Malullük ve Vazife Malullüğü Aylığı Almakta Olanlar.....	158
3.3.Bağ-Kur Sağlık Sigortası.....	161
3.3.1.Kapsam.....	162
3.3.1.1. 1479 sayılı Kanun Bakımından.....	162
3.3.1.2. 2926 sayılı Kanun Bakımından.....	163
3.3.2.Yararlanma Koşulları.....	164
3.3.3.Sağlık Yardımları.....	164
4.Türkiye'de Sağlık Harcamaları.....	166
4.1.Kamu Sağlık Harcamaları.....	166
4.1.1.Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları.....	166
4.1.2.Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamalar.....	168
4.1.3.Bağ-Kur Sağlık Harcamaları.....	171
4.1.4.TC Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları.....	172
4.1.5.Üniversitelerin Sağlık Harcamaları.....	173
4.1.6.Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin Sağlık Harcamaları.....	175
4.1.7.Belediyelerin Sağlık Harcamaları.....	175
4.1.8.Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) Sağlık Harcamaları.....	176
4.1.9.Bakanlıkların Sağlık Harcamaları.....	177
4.1.10.Fonlardan Yapılan Sağlık Harcamaları.....	178
4.2.Özel Sağlık Harcamaları.....	179
5.Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Finansmanı.....	179
5.1.Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları Düzeyinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı.....	179
5.1.1.Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Finansmanı.....	179
5.1.2.TC Emekli Sandığı'nın Finansmanı.....	180
5.1.3.Bağ-Kur'un Finansmanı.....	182
5.2.Ülke Düzeyinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı.....	183
6.Türkiye'de Sağlık Politikasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	185
6.1.Yapısal Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	185
6.1.1.Norm ve Standart Birliği.....	185
6.1.2.Rasyonel Yönetim.....	186
6.1.3.Kaliteli Hizmet.....	187

6.1.4.Aktif-Pasif Oranı.....	188
6.1.5.Kayıt Dışı Çalışma.....	190
6.1.6.Sevk Zinciri.....	191
6.1.7.Aidiyet Bağı.....	192
6.1.8.Aile Hekimliği.....	193
6.1.9.Özerklik.....	194
6.1.10.İnsangücü Planlaması.....	195
6.1.11.Mevzuat Karmaşası.....	196
6.1.12.Genel Sağlık Sigortası.....	197
6.1.13.GSMH'den Sağlığa Ayrılan Pay.....	198
6.1.14.İlaç Harcamaları.....	199
6.1.15.Yatırım Planlaması.....	199
6.1.16.İstikrar Programları.....	200
6.1.17.Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	201
6.1.18.Etkili Hizmet.....	202
6.1.19.Sağlık Teknolojisi.....	203
6.2.Finansal Sorunlar ve Çözüm Önerileri.....	204
6.2.1.Prim Tahsilatı.....	204
6.2.2.Prime Esas Kazanç Sınırları.....	205
6.2.3.Af ve Tahkim Kanunları.....	207
6.2.4.Maliyete Katılım.....	208
6.2.5.Fonların Ayrılması.....	208
6.2.6.Devletin Finansmana Katkısı.....	208
SONUÇ.....	210
YARARLANILAN KAYNAKLAR.....	215

TABLOLAR

Tablo 1. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Sağlık Verileri.....	115
Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları.....	167
Tablo 3. Sağlık Bakanlığı Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması.....	167
Tablo 4. SSK Kuruluşlarında Çalışan Personelin Dağılımı.....	169
Tablo 5. SSK Sağlık Harcamaları Dağılımı.....	169
Tablo 6. SSK Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması.....	170
Tablo 7. SSK'da Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcaması.....	170
Tablo 8. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları Dağılımı.....	171
Tablo 9. Bağ-Kur Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması.....	172
Tablo 10. TC Emekli Sandığı Sağlık Harcamalarının Dağılımı.....	173
Tablo 11. Üniversitelerin Toplam Sağlık Harcamaları ve Kaynakları.....	174
Tablo 12. Üniversitelerin Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı.....	174
Tablo 13. MSB ve TSK'nın Yapmış Olduğu Sağlık Harcamaları.....	175
Tablo 14. Belediyelerin Sağlık Harcamaları.....	176
Tablo 15. KİT'lerin Sağlık Harcamalarının Dağılımı.....	177
Tablo 16. Bakanlıkların Sağlık Harcamalarının Dağılımı.....	177
Tablo 17. Fon Kaynaklı Sağlık Harcamaları.....	178
Tablo 18. Toplam Özel Sektör Sağlık Harcamaları.....	179
Tablo 19. Toplam Sağlık Harcamaları.....	183
Tablo 20. Sağlık Harcamalarının GSMH İçindeki Payı.....	183
Tablo 21. Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması.....	184
Tablo 22. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları.....	184

KISALTMALAR

AFDC:	Ailelere ve Bağımlı Çocuklara Yardım Kurumu
age:	Adı Geçen Eser
ASKES:	İşçilerin Zorunlu Sağlık Sigorta Programı
AT:	Avrupa Topluluğu
ATAUM:	Avrupa Topluluğu Araştırma Uygulama Merkezi
BYKP:	Beş Yıllık Kalkınma Planı
C:	Cilt
CGHIS:	Merkezi Hükümet Sağlık Sigortası Programı
DHA:	Alt Bölge Sağlık Yönetimleri
DHO:	Alt Bölge Sağlık Ofisi
DPT:	Devlet Planlama Teşkilatı
EPO:	Belirlenmiş Üretici Organizasyonu
ESIC:	Devlet İşçi Sigortaları Kurumu
FF:	Fransız Frangı
FHS:	Aile Sağlık Servisleri
GP:	Pratisyen Hekim
GSIS:	Hükümet Hizmeti Sigorta Sistemi
GSMH:	Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH:	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
HMO:	Sağlığa Destek Organizasyonları
İTİA:	İktisadi Ticari İlimler Akademisi
LA:	Yerel Sağlık Yönetimleri
KHK:	Kanun Hükmünde Kararname
KİT:	Kamu İktisadi Teşebbüsleri
m:	Madde
MSB:	Milli Savunma Bakanlığı
NHS:	Ulusal Sağlık Sistemi
OECD:	Avrupa Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı
ÖİK:	Özel İhtisas Komisyonu
PHO:	Eyalet Sağlık Ofisi
PPO:	Tercihli Hizmet Organizasyonu
PTKT:	Gönüllü Sağlık Sigortası Programı

RHA:	Bölge Sağlık Yönetimleri
RHO:	Bölge Sağlık Ofisi
Rs:	Rupee
s:	Sayfa
S:	Sayı
Sağ-Kur:	Sağlık Sigortası Kurumu
SKN:	Milli Sağlık Sistemi
SSI:	Tamamlayıcı Sosyal Güvenlik Geliri
SSS:	Sosyal Güvenlik Sistemi
SSK:	Sosyal Sigortalar Kanunu
SSYB:	Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı
T:	Tarih
TCESK:	Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Kanunu
TİSK:	Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu
TOBB:	Türkiye Odalar Borsalar Birliği
TÜGİAD:	Türkiye Genç İş Adamları Derneği
TÜSİAD:	Türkiye Sanayici ve İş Adamları Derneği
TSK:	Türk Silahlı Kuvvetleri
TTB:	Türk Tabipler Birliği
TTK:	Türk Tarih Kurumu
USC:	Yerel Sağlık Merkezleri
vb:	Ve Benzeri
vd:	Ve Devamı
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
Y:	Yıl

GİRİŞ

İnsan doğası gereği, tarih boyunca sürekli kendisini güvence altında hissetmek istemiştir. Bu nedenle kendisini korumak amacıyla çeşitli önlemler almaya çalışmış ve içinde bulunduğu toplumun koşullarına göre bireysel ya da kollektif tedbirlere başvurmuştur. İnsanların bu çabaları daha sonra sistemli bir yapıya dönüşmüş ve modern sosyal güvenlik sistemleri ortaya çıkmıştır. Modern sosyal güvenlik sistemleri tüm risklere karşı değil, insana en çok zarar veren ve en sık rastlanan sosyal risklere karşı sosyal koruma sağlamıştır. Tüm dünyada kabul gören bu riskler, iş kazaları ve meslek hastalıkları hastalık, analık, yaşlılık, malullük, ölüm, işsizlik ve aile yardımlarıdır.

Bu risklerden hastalık riski, yapısı itibariyle diğerlerinden farklı bir konuma sahip olmuştur. Çünkü insanlar her yaşta ve her zaman sağlıklı yaşamak istemektedirler. Bu nedenle hastalık riski sosyal güvenlik kapsamına katılan ilk riskler arasında yer almıştır.

Ayrıca sağlıklı olma hakkı bir çok uluslararası belgede temel bir insan hakkı olarak tanınmış ve sağlığın korunması görevi de imkanlar ölçüsünde devlete verilmiştir. Devletler kendilerine verilen bu görev doğrultusunda sağlık riskine karşı çeşitli modeller geliştirmişlerdir. Bu modellerin tümünde temelde sigortalılara sosyal sağlık güvencesi sağlama amacı olmasına karşın, izledikleri yöntemlerde farklılıklar ortaya çıkmıştır.

Bizim bu çalışmayı yapmaktaki temel amacımız Dünyada uygulanan farklı yapıdaki sosyal sağlık sistemlerini ülkeler ölçeğinde incelemek ve bunları ülkemizdeki sosyal sağlık sistemiyle karşılaştırarak sorunları ele almak ve çözüm önerileri sunmaktır. Ayrıca ülkemizde uygulanan sosyal sağlık sistemini tüm topluma yayma düşüncesini tartışmak ve öneriler sunmak da yine amaçlarımız arasındadır.

Bu çalışmada ele alınan ülkeler, gelişmişlik düzeyleri ve o ülkede benimsenen sağlık sistemi göz önünde bulundurularak seçilmiştir. Gelişmiş ülkelerden kısıtlı bir kamu sağlık sistemi olmasına karşın ABD, sigortaya dayalı (Bismark modeli) sistemi benimseyen refah yönelimli Almanya ve Fransa ile vergiye dayalı (Beveridge modeli) sistemi benimseyen ve çok yönlü hizmet sunan İngiltere ve İtalya seçilmiştir. Gelişmekte olan ülkeler arasından ise sosyalist eğilimli Çin, liberal eğilimli yoksul bir

ülke olan Endonezya, refah yönelimli Hindistan ve liberal eğilimli geçiş ülkeleri olan Güney Kore ve Filipinler seçilmiştir.

Bu çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyal güvenliğe ilişkin temel kavramlara yer verilmiştir.

İkinci bölümde sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları tanıtılmış ve ülkeler ölçeğinde sağlık sistemleri incelenerek bir değerlendirme yapılmıştır.

Üçüncü bölümde ise Türkiye'deki kamu sağlık hizmetleri, sağlık harcamaları, kamu sağlık sisteminin gelişimi, yapısı ve içinde bulunduğu sorunlar incelenmiş ve bu sorunların çözümüne yönelik bir değerlendirmeye yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SOSYAL GÜVENLİĞE İLİŞKİN TEMEL KAVRAMLAR

1.Sosyal Güvenlik Kavramı

İnsan, yaradılışından bu yana, yaşamı sırasında karşılaşılabileceği risklere karşı korunmak ve geleceğinden emin olmak ihtiyacı hissetmiştir. Bu amaçla bireysel veya toplu olarak önlemler almaya çalışmıştır. Bu önlemler ilk çağlarda sistemli bir yapıdan uzak bir biçimde ve bireysel ölçülerde yürütülmüştür. Ancak 20. yüzyılda sosyal adaleti ve sosyal refahı sağlamayı hedefleyen sosyal devletin ortaya çıkmasıyla birlikte bu önlemler sosyal güvenlik adı verilen bir sistem içinde ele alınmaya başlanmıştır¹. Diğer bir ifadeyle risklerden korunma ve meydana gelebilecek riskleri önleme, sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin birlikte oluşturduğu ve insan onuruna yaraşır bir sistem haline dönüşmüştür².

1.1.Sosyal Güvenliğin Tanımı

Bu güne kadar sosyal güvenliğin birçok tanımı yapılmıştır. Ancak sosyal güvenliğin herkes tarafından kabul edilen bir tanımını yapmak oldukça zordur. Bu zorluk, “sosyal güvenlik” kavramı ile, sosyal güvenliğin amaç ve hedeflerini ifade eden “sosyal güvenlik politikaları” kavramı ve bu politikalar doğrultusunda oluşturulan hukuki yapı ve kurumları ifade eden “sosyal güvenlik sistemi” kavramının zaman zaman birbirinin yerine kullanılmasından kaynaklanmaktadır. Ancak, bu kavramların tümünün odak noktasında ise bireylerin sosyal risklere karşı korunması ilkesi

¹ Nüvit Gerek, *Sosyal Güvenlik Hukuku* (Anadolu Üniversitesi, 2000), s.2.

² Ö. Zühtü Altan, *Sosyal Politika* (Anadolu Üniversitesi, 1999), s.59.

bulunmaktadır. Bu noktadan hareketle Dilik, sosyal güvenliği şöyle tanımlamaktadır³: “Belirli sosyal risklerin yol açabileceği gelir kayıpları ve gider artışlarına karşı kişilerin güvenliklerinin sağlanmasıdır.” Tunçomağ’a göre, sosyal güvenlik, kişilerin gelirleri ne olursa olsun, belli sayıdaki tehlikeler karşısında ekonomik güvence sağlama görevine sahip kurum veya kurumlar topluluğudur⁴. Alper ise, sosyal güvenliği, “sebebi ne olursa olsun tehlikeye maruz kalarak muhtaç duruma düşen fertlerin ve ailelerin uğradıkları tehlikenin zararlarından kurtarılarak, yaşadıkları toplum içinde, diğer insanların hizmetine ihtiyaç duymadan, insan haysiyetine yaraşır asgari bir hayat standardına kavuşturulmaları” şeklinde tanımlamıştır⁵.

Sosyal güvenliğe ilişkin yukarıda bazı tanımlar verilmiştir. Ancak, sosyal güvenlik kavramını, geniş anlamda sosyal güvenlik ve bu kavrama işlerlik kazandıran kurumsal yapı anlamında da dar anlamda sosyal güvenlik olarak biraz daha açmakta yarar vardır.

1.1.1.Geniş Anlamda Sosyal Güvenlik

Sosyal güvenlik anlayışının zaman içinde daha geniş boyutlarda ele alınması yönünde eğilimler ortaya çıkmıştır. Aşağıda da üzerinde durulacağı üzere bu eğilimler, yalnız sosyal güvenlik tanımının ötesinde bireye ekonomik güvence sağlama, riskleri ortaya çıkmadan önleme ve kişiliği geliştirme gibi konuları da sosyal güvenliğin amaçları arasında değerlendirerek sosyal güvenliğin boyutlarını genişletmiştir.

i. Bireye Ekonomik Güvence Sağlanması: Risklerin sonuçlarını telafi etme, sosyal güvenlik politikalarının sadece bir yönüdür. Diğer yönleriyle bu politikaların temel amacı bireye yaşamının her döneminde yeterli bir gelir düzeyi sağlayarak, sosyal güvenlik gereksinimini sürekli tatmin etmektir. Bu açıdan bakıldığında sosyal güvenlik hukuku, bireysel güvenceyi sağlamaya yönelik bir “yeniden dağıtım hukuku” olmaktadır⁶.

ii. Risklerin Ortaya Çıkmadan Önlenmesi: Sosyal güvenlik, ilk ortaya çıktığı dönemlerde sosyal risklerin sonuçlarını telafi etmeye çalışmıştır. Ancak bir süre sonra

³ Sait Dilik, *Sosyal Güvenlik* (TTK, 1991), s.10.

⁴ Kenan Tunçomağ, *Sosyal Sigortalar* (İstanbul Üniversitesi, 1982), s.5.

⁵ Yusuf Alper, *Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar* (Alfa, 1999), s.5.

⁶ Ali Güzel ve Ali Rıza Okur, *Sosyal Güvenlik Hukuku* (Beta, 1996), s.5.

bu risklerin ortaya çıkmasının önlenmesinin daha kolay ve daha ucuz olduğunun anlaşılması üzerine, riskleri telafi eden önlemlere ilaveten bu risklerin ortaya çıkmasını engelleyen önlemlerden ve tekniklerden de yararlanılmasına başlanmıştır⁷.

iii. Kişiliğin Geliştirilmesi: Sosyal güvenliğin bir diğer yönü ise, kişiliğin geliştirilmesi ile ilgilidir. İnsan Hakları Evrensel Bildirisinin 22. maddesinde “herkes toplumun bir ferdi olarak sosyal güvenlik hakkına sahiptir; sosyal güvenlik, bireyin onuru kişiliğinin geliştirilmesi için kaçınılmaz ekonomik, sosyal ve kültürel hakların tatmin edilmesi temeline dayanır.” denilmektedir. Bu düşünceye göre, kendisini sosyal güvenlik sayesinde ekonomik güvenceye sahip gören ve sosyal risklere karşı korunan bireyler, kişiliklerini geliştirme imkanına daha rahat kavuşabileceklerdir⁸.

1.1.2.Dar Anlamda Sosyal Güvenlik

Dar anlamda sosyal güvenlik ise, insanın karşılaşacağı risklerin sonuçlarına karşı korunması ve ona bu konuda bir güvenliğin sağlanması düşüncesinden hareketle ortaya çıkmıştır⁹. Sosyal güvenlikle sağlanacak risklerin neler olacağı ülkelerin ekonomik ve siyasal yapısına bağlı olarak değişmekle birlikte çağdaş sosyal güvenlik sistemleri bütün sosyal riskleri değil, iş kazaları, hastalık, işsizlik, yaşlılık, malullük, ölüm gibi en çok rastlanan ve en çok zarar veren sosyal riskleri kapsamlarına alarak sosyal koruma sağlamaya çalışmaktadır. Sosyal güvenliğin kapsamı böylece daralmış olmaktadır. Ancak bu daralma, kavrama belirginlik kazandırmaktadır. Sosyal güvenlik sistemlerinin büyük bölümünde ekonomik güvence, gelirin yeniden dağıtımı şeklinde sağlanmaktadır. Gelirden yapılan kesintiler, biriken fonlar aracılığıyla sosyal güvenlikten yararlanan kişiler arasında yeniden dağıtılmaktadır. Diğer bir ifadeyle, dar anlamda sosyal güvenlik, sosyal risklerle karşılaşan bireylerin ekonomik güvencelerini sağlamaya yönelik yeniden dağıtım konusundaki organizasyonun tümünü ifade etmektedir¹⁰.

⁷ Gerek, (2000), a.g.e., s.7.

⁸ Aynı, s.8; Güzel ve Okur, a.g.e., s.6.

⁹ Kadir Arıcı, *Sosyal Güvenlik Dersleri* (Sargin, 1999), s.3.

¹⁰ Güzel ve Okur, a.g.e., s.8.

1.2.Sosyal Güvenliğin Amaçları

Sosyal güvenliğin temel amacı her şeyden önce her hangi bir nedenle kısmen ya da tamamen çalışamaz duruma düşen ve bu nedenle gelir kaybına uğrayan ve muhtaç duruma düşenlere, insan onuruna yaraşır asgari bir hayat sürmeleri için gerekli olan geliri sağlamaktır¹¹. Sosyal Güvenlik hastalanma yahut sakatlanma suretiyle kazanma gücünü kısmen ya da tamamen kaybedenleri, iyileştirmek için onlara sağlık yardımları yapmakta, sakatları yeniden çalışma hayatına döndürmek için rehabilitasyon hizmeti sağlamakta ve kazaları engelleyen önlemler almaya çalışmaktadır. İşsizliği yenmeye, çalışanlara işsiz kaldıkları sürece yardım yapmaya, dar gelirli insanların konut ihtiyaçlarını uygun ölçüde karşılamaya çaba göstermekte ve aileye ek maddi yükler getiren, evlenme, doğum, gibi olaylarda aileye yardım etmektedir.

Sosyal güvenlik doğuşu itibariyle ekonomik yönden güçsüzleri, insanca yaşamak için yeterli geliri olmayanları korumayı amaçlamıştır. Bir toplum içinde yaşayan bu insanların ihtiyaçlarını kendilerinin sağlamasının olanaksız olduğu düşüncesinden hareketle ekonomik yönden güçlü olanların da bu sisteme katkıda bulunmalarını sağlamaktadır. Böylelikle toplumdaki ekonomik eşitsizliklerin bir ölçüde azaltılması ve sosyal adaletin sağlanmasına yardımcı olunmaktadır¹².

Görüldüğü gibi sosyal güvenlik yoksulluğu önlemenin ötesinde daha geniş amaçlara sahiptir. Geniş anlamda bireylere, sosyal riskler karşısında bir güvenlik duygusu sağlama fonksiyonu görmektedir. Sosyal güvenliğin temel görevleri bireylere ve ailelerine iktisadi ve sosyal risklerden dolayı hayat seviyeleri veya hayat standartlarında belirli bir çizginin altına düşülmeyeceği garantisini vermektedir¹³.

1.3.Sosyal Güvenliğin Araçları

Sosyal güvenlik yukarıda belirttiğimiz amaçlarına ulaşabilmek için sosyal sigortalardan, sosyal yardımlardan ve sosyal hizmetlerden yararlanmaktadır. Diğer bir ifadeyle sosyal güvenlik bir amaçken sosyal güvenliği sağlayacak olan sosyal sigortalar,

¹¹ Abdurrahman Ayhan, *Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kurumlarında Geçen Hizmet Sürelerinin Birleştirilmesi Sorunu ve Uygulaması* (Anadolu Üniversitesi, 1983), s.9.

¹² Can Tuncay, *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri* (Beta, 1992), s.6.

¹³ Yusuf Alper ve İsmail Tatoğlu, *21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik* (Uludağ Üniversitesi, 1994), s.18.

sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler de onun en önemli ve etkili araçları olmaktadır. Ancak sosyal güvenliğin sağlanması amacıyla kullanılan bu araçlar arasında da kullanılan kaynağın sağlanması bakımından farklılık vardır. Sosyal sigortalarda yardım göreceği kişi de sisteme katkıda bulunurken, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerde böyle bir katkı söz konusu değildir. Bunlarda kaynak kısmen veya tamamen devlet tarafından karşılanmaktadır¹⁴.

2.Sosyal Riskler

Sosyal riskler, insanı doğrudan doğruya ya da dolaylı olarak etkileyen risklerdir. Sosyal güvenlik anlamında risk, insanı can, mal veya sağlık yönünden etkileyerek gelir azalmasına, gider artışına ya da gelir kesilmesine neden olan, gerçekleşmesi kesin ya da olası olan her türlü olaylardır. Sosyal riskler ortaya çıkış nedenlerine göre ve sonuçlarına göre iki farklı şekilde sınıflandırılabilir.

2.1.Ortaya Çıkış Nedenlerine Göre Sosyal Riskler

Ortaya çıkış nedenlerine göre sosyal riskler üç grupta ele alınmaktadır.

i.Mesleki Riskler: İş kazaları ve meslek hastalıkları bu grupta yer almaktadır. Yapılan iş veya meslekle doğrudan doğruya ilgilidirler. Bu risklerin tazmini, artık hiçbir sosyal güvenlik sisteminde tartışma konusu değildir¹⁵.

ii.Fizyolojik Riskler: Kişinin kendi bünyesinde meydana gelen ve mesleki risklerin dışında kalan risklerdir. Bunlar, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm riskleridir¹⁶.

iii.Sosyo-ekonomik Riskler: Sosyo-ekonomik riskler içinde sosyal güvenlik sistemine en son alınan risk işsizlik riskidir. Bunun yanında, evlenme, çocuk sahibi olma ve konut ihtiyacı da sosyo-ekonomik riskler içinde yer almaktadır¹⁷.

¹⁴ Tuncay, (1992), a.g.e., s.6.

¹⁵ Müjdat Şakar, Sosyal Sigortalar Uygulaması (Beta, 1996), s.19.

¹⁶ Aynı, s.19.

¹⁷ Tuncay, (1992), a.g.e., s.8 vd.

2.2.Sonuçlarına Göre Sosyal Riskler

Sonuçlarına göre sosyal riskler iki başlık altında toplanmaktadır. Bu kapsamdaki risklerden bazıları bireyin gelirinde bir azalmaya yol açarken, bazılarının da bireyin giderlerinde artışa neden olmaktadır.

i.Gelir Azalmasına Yol Açan Sosyal Riskler: Bu grupta iş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık, analık ve işsizlik riskleri yer almaktadır. Bu riskler geçici olarak gelir azalışına neden olan risklerdir. Ayrıca bunlara sürekli gelir azalışına neden olan sürekli kısmi iş göremezlik, sürekli tam iş görmezlik, yaşlanma ve ölüm gibi riskler de eklenmektedir¹⁸.

ii.Gider Artışına Yol Açan Sosyal Riskler: Gider artışına yol açan sosyal riskler, hem gelirleri olumsuz yönde etkilemekte hem de öngörülmeyen harcamalara neden olarak bireylerin ekonomik durumlarını sarsabilmektedirler. İş kazası ve meslek hastalıkları, hastalık, analık, yaşlılık, çocuk sahibi olma, işsizlik ve ölüm riskleri neden oldukları olaylar nedeniyle bireye fazladan harcama yaptırarak gider artışına neden olan risklerdir¹⁹.

3.Sosyal Güvenlik Teknikleri

İnsanoğlu sosyal güvenliği sağlamak amacıyla tarih boyunca çeşitli yöntem ve teknikler uygulamıştır. Sosyal risklere karşı bazen bireysel, bazen de dayanışma halinde toplu olarak çözüm aramıştır. Ancak insanların denediği teknikler toplumun ve dolayısıyla ihtiyaçların değişmesiyle birlikte değişmiş ve gelişme göstermiştir.

3.1.Bireysel Teknikler

Bireysel teknikler diğer insanların katkısının olmadığı bireyin kendi sosyal güvenliğini kendisinin sağladığı tekniklerdir. Bunun da başlıca örneği bireysel tasarruflardır. Tasarruf en genel anlamıyla gelirin tüketilmeyen kısmıdır. Bu teknikte birey gelecekte karşılaşılabileceği riskleri düşünerek kendisini ve ailesini güvence altına

¹⁸ Dilik, (1991), a.g.e., s.70 vd.

¹⁹ Gerek, (2000), a.g.e., s.5 vd ; Güzel ve Okur, a.g.e., s.4; Arıcı, a.g.e., s.24 vd ; Dilik, (1991), a.g.e., s.95 vd.

almak için gelirinin bir bölümünü biriktirmektedir. Tasarruf tekniğinin çeşitli görünümleri vardır²⁰. Bankalarda mevduat hesabı açtırma, tahvil, hisse senedi, altın ve döviz satın alma en sık rastlanan yöntemlerdir.

Kişisel tasarrufların her şeye rağmen yararları vardır, ancak tam bir güvence sağladıklarını ve yeterli düzeyde olduklarını söylemek pek mümkün olmamaktadır. Çünkü sadece emek geliri ile yaşamını sürdürmekte olanlar açısından tasarrufun fazla bir anlamı yoktur. Bu durumdaki insanların yeterli tasarrufu sağlayarak kendilerini koruyabilmeleri zaten son derece güçtür. Kaldı ki, sosyal güvenceye en çok ihtiyacı olanlar sabit gelirli gruplardır²¹.

3.2.Başkalarının Katkısını Gerektiren Teknikler

Kendi imkanlarıyla sosyal korunma sağlayamayan bireyin toplumdan gelecek yardımı beklemekten başka çaresi yoktur. Başkasının katılımını gerektiren tekniklerin iki türü vardır.

3.2.1.Yardım

İhtiyaç içerisinde bulunan kimselere tarihin her döneminde yardım eli uzatılmıştır. Akrabalık ve cemaat ilişkileri, örf ve adetler, dini ve ahlaki duygular bu yardımın kaynağını oluşturmuştur. İslam toplumlarında görülen fitre, zekat gibi dini yardımlar, özel ve tüzel kişilerden gelen yardımlar, vakıfların yardımları bu tekniği meydana getirmektedir²². Ancak yardımların çoğunlukla isteğe bağlı olması, talep eden açısından onur kırıcı olarak görülmesi, düzensiz ve gelişmiş güzel olması, bugünün sosyal güvenlik sistemi içinde yetersiz kalmasına neden olmaktadır²³.

²⁰ Güzel ve Okur, a.g.e., s.8 vd.; Gerek, (2000), a.g.e., s.9; Tuncay, (1992), a.g.e., s.9.

²¹ Gerek, (2000), a.g.e., s.10; Güzel ve Okur, a.g.e., s.9.

²² Ali Çubuk, Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik (Gazi Üniversitesi, 1996), s.166.

²³ Tuncay, (1992), a.g.e., s.11.

3.2.2.Sorumluluk

Bir insanın, diğerk bir insana zarar vermesi durumunda, bazı koşullar altında zarar veren zararı tazmine mecbur olmaktadır. Yani zarardan sorumlu olanın zararı tazmin etmesi tekniği söz konusu olmaktadır. Ancak bu teknik de yeterli sosyal güvenlik sağlayamamaktadır. Çünkü başkalarına sorumluluk yükleyerek toplumun güvenliğini garanti altına almak mümkün değildir. Kısaca belirtmek gerekirse bazı yararları olsa bile sosyal güvenlik sağlamada bu yöntem yeterli görölmemektedir²⁴.

3.3.Kollektif Teknikler

Bu teknikte birbirine benzer güç koşullarda yaşayan ve benzer sosyal risklerle karşı karşıya bulunan insanlar, toplu olarak yardımlaşma sandıkları kurarak, sosyal sigortaları ve sosyal yardım hizmetleri oluşturarak korunmaya çalışmışlardır.

3.3.1.Yardımlaşma Sandıkları

Sosyal risklere karşı kendilerini güvence altına almak isteyen bireyler tarafından kabul edilmiş bir tekniktir. Yardım sandıkları ticari amaç gütmeyen kuruluşlar içinde karşılıklı olarak birbirlerini garanti eden üyelere meydana gelmektedir. Bu teknikte risklerin yükü karşılıklı dayanışma ve toplu tasarruf temeline dayanmaktadır²⁵. Yardımlaşma sandıkları, toplumun belli bir grup ya da kesimini kapsaması, sağladığı yardımların yeterli olmaması bakımından tam bir sosyal güvenlik sistemi olarak kabul edilmemektedir.

3.3.2.Sosyal Sigortalar

Sosyal güvenlik sistemi içinde en gelişmiş ve en yaygın uygulamaya sahip teknik, sosyal sigortalardır. Bu teknikte, sosyal riskleri karşılamak için öngörülen önlemlerin giderleri topluca karşılanmaktadır²⁶. Sosyal sigortalar, çalışanların maruz

²⁴ Çubuk, a.g.e., s.167.

²⁵ Tunçomağ, a.g.e., s.11.

²⁶ Cahit Talas, *Toplumsal Ekonomi* (İmge, 1997), s.403.

kalabilecekleri belli sosyal riskleri karşılamak amacıyla zorunlu olarak işçi ve işverenlerin katılımıyla devlet tarafından kurulan örgütlü kurumlardır. İlgililerin maddi katkısıyla finanse edildiği için “primli sosyal güvenlik” rejimi içinde yer almaktadırlar. Genel olarak işçi, işveren ve devlet üçlüsünün mali desteğiyle yürütülmektedir. Başlıca özelliği katılımın zorunlu olmasıdır²⁷.

Sosyal sigortaların uzun bir geçmişi yoktur. İlk olarak Almanya’da 19. yüzyılın sonlarına doğru kurulmaya başlanmış olan sosyal sigorta kolları, 1929 bunalımının sonuna dek gerek kapsadığı riskler ve kesimler gerekse sağladığı yardımlar yönünden hızlı bir gelişme gösterememiştir. Ancak 1929 ekonomik bunalımı ve II. Dünya savaşından sonra devlet güvencesindeki sosyal sigortalar büyük önem kazanmış ve yaygınlaşmıştır²⁸. Sosyal sigortaların dokuz temel kolu vardır. Türkiye’nin de taraf olduğu 1952 yılında kabul edilen 102 sayılı Sosyal Güvenliğin Asgari Normları Hakkında Uluslararası Çalışma Sözleşmesinde bu dokuz temel kol sayılmıştır. Bunlar, hastalık, analık, malullük, yaşlılık, iş kazası ve meslek hastalığı, ölüm, aile yardımları ve işsizliktir²⁹.

3.3.3.Sosyal Yardım ve Sosyal Hizmetler

Sosyal yardımlar ve sosyal hizmetler ilk olarak 19. yüzyılda uygulamaya konmuş ve bugün sosyal sigortalarla birlikte sosyal güvenliğin iki temel tekniğini oluşturmuşlardır. Sosyal sigortalar gibi sosyal yardımlar da, kamu sorumluluğu ilkelerinden hareketle ortaya çıkmıştır. Ancak niteliklerinde bazı farklılıklar göze çarpmaktadır. Sosyal yardımlar ve hizmetler genellikle vergilerle finanse edilmekte ve herhangi bir koşul söz konusu olmaksızın ihtiyaç içinde bulunanlara sunulmaktadır. Sosyal yardımlar ve hizmetler, tek yanlı olarak devlet tarafından yapılmakta ve yararlanan kişinin herhangi bir mali katkısı söz konusu olmadığından “primsiz sosyal güvenlik” rejimi içinde yer almaktadır. Sosyal yardımlar daha çok parasal olarak, sosyal hizmetler ise hizmet biçiminde sunulmaktadır³⁰.

²⁷ Tuncay, (1992), a.g.e., s.14.

²⁸ Altan, a.g.e., s.59.

²⁹ Tuncay, (1992), a.g.e., s.14.

³⁰ Talas, a.g.e., s.406.

3.4.Özel Sigorta Tekniği

Özel sigorta tekniği de, riskin mali sonuçlarını bir topluluk arasında yayma ilkesine dayanmaktadır. Bu özelliği nedeniyle özel sigorta ile yardım sandıkları ilk bakışta benzer uygulamalar gibi görölmektedir. Ancak özel sigortayı yardım sandıklarından ayıran en önemli fark, ticari bir nitelik taşıması ve kar amacı gütmesidir. Ayrıca özel sigorta, ticaret hukuku ilkelerine göre oluşturulmuş bir sigorta şirketi tarafından yürütölmektedir. Sigortacı sigortalılardan prim toplamakta ve sigortalının önceden belirlenen riskle karşılaşması halinde ona belli bir tazminat ödemektedir. Özel sigortalar isteğe bağlı olup, bütün sosyal riskleri kapsamına almamıştır.

Sigortalıların ödedikleri primlerle alabildikleri yardım karşılaştırıldığında özel sigortaların maliyetinin sosyal sigortalara göre çok yüksek olduğu görölmektedir. Yardım sandıkları gibi, özel sigortaların da sosyal güvenliğin sağlanması yarar olmaktadır. Ancak bu yarar sınırlıdır. Bunlar zorunlu sosyal güvenlik sistemlerinin sağladığı sosyal güvenceyi tamamlayıcı teknikler olarak düşünölmektedir³¹.

4.Özel Sigorta-Sosyal Sigorta Ayrımı

Riskin doğuracağı zararların bireyler arasında paylaşılması hem özel sigortaların hem de sosyal sigortaların temel ilkesidir. Sigortalı sayısı ne kadar çok olursa riskin meydana getireceği mali yük de o derece azalacaktır.

Zararın peşinen paylaşılması ilkesinde özel sigorta ile sosyal sigorta arasında fark vardır. Özel sigortalarda katılım kişilerin isteğine bağlı olduğu halde sosyal sigortalarda katılım zorunludur Burada amaç sosyal sigortaların getirmiş olduğu hak ve yükümlölüklerin, yasal bir zorunlulukla hizmet akdi ile çalışanlarla bunların işverenlerine istek ve iradelerine bakılmaksızın uygulanmasını sađlamaktır³².

Sosyal sigorta ile özel sigorta arasında primlerin ödenmesi bakımından da bazı farklılıklar görölmektedir. Genel olarak özel sigortalarda sigorta tarafından güvence

³¹ Gerek, (2000), a.g.e., s.12.

³² Abdurrahman Ayhan, "Sosyal Sigorta ve Özel Sigorta Arasındaki İlişki ve Farklara Genel Bir Bakış", Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi, Haziran 1987, C.V, S.1, s.403.

altına alınan kişi bütün primini kendisi ödemektedir. Oysa sosyal sigortalarda prim sigortalı, işveren ve bazı durumlarda da devlet tarafından ödenebilmektedir³³.

Sosyal sigortalar genel çıkarları, özel sigortalar ise özel çıkarları kişi yararına koruyucu tekniklerdir. Sosyal sigortalar gelir kayıplarını telafi ederken, özel sigortalar daha çok mal varlığına gelen zararların tazmini sağlamaya çalışmaktadır³⁴.

Özel sigortalar esas itibariyle isteğe bağlı olduklarından herkese açıktır. Yani özel sigortaların belli bir kapsamı yoktur. Sosyal sigortalarda ise kapsam kanunla önceden tespit edilmektedir. Dolayısıyla kanunda belirtilenlerin dışındakiler sosyal sigortaya dahil olamamaktadırlar³⁵.

Sosyal sigortalarda sigortalının ödediği primler ile elde edilen karşılıklar birbiriyle orantılı değildir. Amaç geliri kesilene gelir sağlamak ya da düşük gelirlinin gelirini artırmaktır. Çalışanlar gelirleri üzerinden aynı oranda prim ödeseler bile sigortadan yararlanma, içinde bulunulan duruma göre farklı olabilmektedir³⁶.

Sigorta kuruluşları bakımından da her iki sigorta arasında fark mevcuttur. Sosyal sigortalar devlet veya özel hukuk tüzel kişiler tarafından yürütülmektedir. Özel sigortaların sözleşme esasına göre çalışmasına karşın, sosyal sigortaları düzenleyen hükümler çeşitli kanunlarda düzenlenmiştir. Özel sigortalar için kanunlar, düzenleyici rol oynarken, sosyal sigortalar için emredici özelliğe sahiptir³⁷.

5.Sosyal Güvenliğin Temel Prensipleri

Sosyal güvenlik, temel insan haklarından biri olarak kabul edilmiş ve bu hakkın gereklerini yerine getirme görevi devlete verilmiştir. Devlet bu görevi, öncelikle bir sosyal güvenlik sistemi oluşturmak ve faaliyetlerinde sürekliliği sağlamak suretiyle yerini getirmektedir³⁸. Sosyal güvenlik sistemi ile doğrudan ilgili tarafların sistemin finansmanına katılımı gerekli olup tarafların finansmana katılım şekilleri ve yükleri, ülkelerin iktisadi ve sosyal yapılarına bağlı olarak değişmektedir. Ancak genel olarak ağırlık sigortalı ve işveren üzerinde bulunmaktadır. Devlet prim ödeyen üçüncü taraf

³³ İhsan Erkul, "Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimine Kısa Bir Bakış", Eskişehir İTİA Dergisi, Haziran 1968, C.IV, S.2, s.198.

³⁴ Turan Yazgan, **Sosyal Sigorta** (İstanbul Üniversitesi, 1997), s.31.

³⁵ Ayhan, (1987), **a.g.e.**, s.406.

³⁶ Aynı, s.408.

³⁷ Çubuk, **a.g.e.**, s.187.

³⁸ Alper, (1999), **a.g.e.**, s.18.

olarak değil, açıkları kapatan veya harcamaların belirli bir miktarını karşılayan taraf olarak sistemin içinde yerini almıştır³⁹.

Sosyal güvenlik garantisinin sağlanması, hiçbir toplumda ferdin inisiyatifine bırakılmamıştır. Öncelikle sosyal sigorta kurumları, finansmanından yönetimine bu zorunluluk ilkesi doğrultusunda yapılandırılmıştır⁴⁰.

Temel ilkeleri bakımından sosyal güvenlik toplumun tümünü kapsar. Ancak bu kapsam tüm risk alanlarında değil, en sık rastlanan ve en çok zarar veren sosyal risklerden oluşur⁴¹. Ayrıca, sosyal güvenlik sisteminin sağladığı koruma, riski cazip kılmaz. Sosyal güvenlik insanları çalışmadan alıkoymayacak ve tasarrufu unutturmayacak bir seviyededir⁴². Bununla beraber sosyal güvenlik kurumları toplumda temel birimin aile olduğu düşüncesinden hareketle yükümlülük açısından bireylerle ilişki kurarken, sağlanan sosyal güvenlik garantisi bakımından bireyi ailesi ile birlikte dikkate alır⁴³.

6.Sosyal Güvenliğin Finansmanı

Sosyal güvenlikle sağlanacak korumanın yeterli ve sürekli olması açısından finansman yapısı önem kazanan bir konudur. Bu yüzden sosyal güvenliği sağlayabilmek için öncelikle sosyal korumayı sağlayacak kurumları oluşturmak ve bu kurumları yeterli finansman kaynaklarına kavuşturmak gerekmektedir.

6.1.Finansman Kaynakları

Sosyal güvenliğin en önemli finansman kaynağı primlerdir. Daha sonra ise devletin ulusal bütçeden yaptığı yardımlar, vergi gelirleri ve fon gelirleriyle sosyal güvenliğin finansmanı gelmektedir. Bu kaynaklar aşağıda ayrıntılı olarak incelenecektir⁴⁴.

³⁹ Aynı, s.18.

⁴⁰ Aynı, s.18.

⁴¹ Şakar, (1996), a.g.e., s.20 vd.

⁴² Alper, (1999), a.g.e., s.19.

⁴³ Aynı, s.19.

⁴⁴ Sait Dilik, Sosyal Piyasa Ekonomisinin Vazgeçilmez Bir Parçası Sosyal Güvenlik (Ankara, 1992), s.40.

6.1.1.Primler

Primler, sosyal güvenlik sistemlerin sağladığı korunma duygusunun ve sağladığı karşılıkların bedeli olan ödemelerdir⁴⁵. Ücret ve gelirler üzerinden alınması dolayısıyla ücretin bir parçası gibi, sigorta yardımlarına karşılık ödendiği için bir bedel gibi ve zorunlu olarak tahsil edildiği için de bir vergi gibi olarak görülmesine karşın prim, sahip olduğu bu özellikler dolayısıyla kendine has özellikleri olan bir finansman aracıdır⁴⁶.

6.1.1.1.Ödeyenlerine Göre Primler

Bugün birçok ülkede sosyal güvenliğin finansmanı üçlü bir yöntemle karşılanmaktadır. Yani primler sigortalılar, işverenler ve belli durumlarda da devlet tarafından karşılanmaktadır.

i. Sigortalıdan Alınan Primler: Sosyal güvenlik yardımlarından yararlanan herkesin sistemin finansmanına katılması doğal karşılanmaktadır. Bu nedenle sigortalıların sosyal güvenliğin finansmanına katılması, kişisel sorumluluk ilkesiyle açıklanmaktadır. Öte yandan sigortalının ödediği primlerin sosyal güvenliğe finansman sağlamasının yanında nesiller arası bir dayanışmaya da katkıda bulunduğu bir gerçektir. Sigortalının ödediği primlerin en önemli özelliği zorunlu bir tasarruf aracı olmasıdır. Buna ek olarak isteğe bağlı tasarrufa göre, daha düzenli olması ve gelir devam ettiği sürece kesintisiz olması öne çıkan özellikler arasında sayılmaktadır⁴⁷.

ii. İşverenden Alınan Primler: İşverenlerin sosyal güvenliğin finansmanına katılmaları genel kural olarak kabul edilmiştir. Sigortalının uğradığı bir kısım risklerden (iş kazası, meslek hastalığı vb.) doğrudan doğruya işverenin sorumlu görülmesi işverenlerin de finansmana katılmasının temelinde yatan nedenlerden biridir. Sosyal güvenliğin sağlanmasına işverenin katılmasının bir diğer nedeni de işçinin verimliliğini ve dolayısıyla işin kalitesini artırması, çalışma ahengi ve moralini yükseltmesi sonuçta işverenin kazancını artırmasıdır⁴⁸.

⁴⁵ Yazgan, a.g.e., s.88.

⁴⁶ Alper, (1999), a.g.e., s.130.

⁴⁷ Yazgan, a.g.e., s.94; Çubuk, a.g.e., s.204.

⁴⁸ Talas, a.g.e., s.436.

iii. Devlet Primleri: Devlet bugün sosyal güvenliğin hem yönteminde hem de finansmanında önemli görevler üstlenmiştir. İşveren sıfatıyla ödediği primler ve bütçe açıklarını karşılamak için yaptığı ödemeler dışında devletin üçüncü bir taraf olarak prim ödediği de görülmektedir. Devletin üçüncü bir taraf olarak prim ödemesi sigortalı ve işverenlerin ödediği primlerinin azalmasını sağlamaktadır. Bu katkının da düşük gelir grupları açısından küçümsenmeyecek bir etkisi olmaktadır. Ayrıca bu katkı sosyal güvenliğin yeni kurulduğu ülkelerde daha çabuk benimsenmesine yardımcı olmaktadır⁴⁹.

6.1.1.2.Nispi Primler - Mutlak Primler

Primler nispi olarak belirlenebildiği gibi, mutlak olarak da belirlenebilmektedir.

i. Nispi Primler: Esas itibariyle primler nispidir ve kazancın belli bir oranını ifade etmektedir. Primler, tespit edilen oranda kesilerek sigortalılar üzerindeki nispi yük eşit olarak dağıtılmış olur. Nispi primler sabit oranlı olabileceği gibi, artan oranlı da olabilmektedir. Sabit oranlı primlerin geliri yeniden dağıtıcı fonksiyonunun olduğu pek söylenemez. Çünkü bu yöntemde her gelir grubundan aynı oranda prim kesilmektedir. Bu durumda da alt gelir gruplarına daha çok yük getirilmiş olmaktadır. Artan oranlı primlerde ise gelir arttıkça prim de artacağından gelir dağılımına etkisi daha fazla olacaktır⁵⁰.

ii. Mutlak Primler: Sigortalıların gelirlerine göre dilimlere ayrılarak her dilime uygun olarak belirlenen primlere mutlak primler denir. Burada oran değil miktar önem kazanmaktadır. Bazı durumlarda da kazanç düzeyi hiç dikkate alınmaksızın herkesten maktu prim tahsil edilebilmektedir. Mutlak primler daha çok kazanç miktarının tespitinde güçlük çekilen ve daha çok kendi nam ve hesabına çalışanlar için uygulanmaktadır. Mutlak primlerin geçerli olduğu sosyal sigortalarda sigortalılar belli sınırlar içinde kazanç dilimlerini ve dolayısıyla primlerini kendileri tespit edebilmektedir⁵¹.

⁴⁹ Çubuk, a.g.e., s.205.

⁵⁰ Aynı, s.206.

⁵¹ Aynı, s.206.

6.1.1.3.Tek Prim - Sigorta Kollarına Göre Ayrı Prim

Primler sosyal sigortaların kapsama aldığı risklerin hepsi için tespit edilmiş bir tek miktar veya oran olabileceği gibi, her sigorta kolu için tespit edilmiş ayrı ayrı miktar veya oranlarda olabilmektedir. Sigorta kollarına göre prim sigorta kollarının daha net ve kesin hesaplarla yönetimini kolaylaştırmaktadır. Bu yöntemde her sigorta kolu kendi gelirine göre gideri ayarlamaya mecbur olurken prim yüklerinin de sağlanan menfaate göre dağıtılmasına yardımcı olmaktadır. Tek prim sistemi ise bürokrasinin azaltılması ve basitleştirilmesi bakımından tercih edilmektedir. Tek prim sisteminin anlaşılması, benimsenmesi, muhasebesi ve kontrolü kolay olduğundan küçük işletmelerin yaygın olduğu ülkelerde tercih edilmektedir. Tek prim sistemi psikolojik açıdan daha çok vergi karakteri hissettirmektedir⁵².

6.1.1.4.Safi Prim - Gayri Safi Prim

Sosyal sigorta kapsamı içine alınmış nüfusun karşılaşacağı kesin veya olası tehlikeler sonucu kendisi veya diğer hak sahiplerinin talep edeceği karşılıkların hazır değerleri şeklinde hesaplanan prime safi prim denilmektedir. Gayri safi prim ise sosyal sigortaların faaliyetlerinin yürütülmesini sağlamak amacıyla yapılması gereken masrafların ve çeşitli ödemelerin safi prime eklenmesi sonucu elde edilen prime denilmektedir. Gayri safi primler öyle tespit edilmelidir ki, sosyal sigortaların bütün karşılıkları ve harcamalarıyla, her çeşit yönetim masraflarından prim dışı bütün gelirleri düşüldüğü zaman bulunacak miktara eşit bir gelir olmalıdır. Bu gelir de matematik karşılıkların, ödenmiş prim karşılıklarının ve olağanüstü karşılıkların ayrılabilmesine olanak tanımalıdır. Sigortanın karşılık dışı harcamalarının gelişi güzel artması gayri safi primlerin de artırılmasını zorunlu kılmaktadır. Gayri safi prim oranlarının düşük tutulabilmesi, sosyal sigortaların prim dışı gelirlerinin artırılması ve bunları verimli olarak kullanabilmesine bağlıdır⁵³.

⁵² Yazgan, a.g.e., s.104.

⁵³ Çubuk, a.g.e., s.207.

6.1.2.Devletin Ulusal Bütçeden Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katkısı

Vergi tekniğiyle finansmanın dışındaki yöntemi benimseyen ülkelerde, işçi ve işverenlerden alınan primlerin yanı sıra sosyal güvenliğin diğer bir finansal kaynağını da devlet katkıları oluşturmaktadır⁵⁴. Son yıllarda sosyal güvenliğin kapsamının genişletilmesi ve bu nedenle finansman gereksiniminin artması buna karşılık sigortalı ve işverenlerden alınan primlerin belli sınırlara dayanmış olması devlet katkılarının artırılmasını zorunlu hale getirmiştir. Ayrıca devletin sosyal sigortaların finansmanına katılmasını haklı kılan çeşitli faktörler vardır. Özellikle halkın sağlığının korunması, yaşlılara, çocuklara ve hastalara yardım yapılması modern devletin görevleri arasında sayılmaktadır. Bu nedenle devletin sosyal güvenliğin finansmanına yaptığı katkı, sosyal sigortalar uygulamasından önce yaptığı ya da yapmak zorunda olduğu giderlerin karşılığı olarak görülmektedir. Ayrıca devletin finansmana katkısının sigortalı ve işverenlerden alınan primlerin daha uygun miktarlarda kalmasını sağlamak gibi bir yararı da bulunmaktadır.⁵⁵ Sonuç olarak devlet primlere benzer biçimde ödemelerde bulunarak, sağlanan sosyal gelirlerle ilgili ödemelere katılarak, sosyal güvenlik kurumlarının kuruluş ve yönetim giderlerini karşılayarak, bu kurumların bilanço açıklarını kapatarak, vergi indirim ve bağışıklığı gibi kolaylıklar sağlayarak sosyal güvenliğin finansmanına katkı sağlamaktadır⁵⁶.

6.1.3.Vergilerin Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katkısı

Diğer bir finansman şekli de vergi gelirleri ile finansmandır. Devletin sosyal güvenliğin finansmanı için ihtiyaç duyacağı kaynak iki şekilde sağlanabilir. Bunlardan biri genel bütçe gelirlerinden bu amaçla bir kaynak ayrılmasıdır ki bu durumda vergi gelirleri de dahil bütün devlet gelirleri bu maksatla kullanılabilir. Diğerisi ise devletin sosyal güvenlik vergisi vb. adlarla vergi ödeme gücü olanlardan veya bütün vatandaşlardan alacağı ayrı bir vergi ile bu finansmanın sağlanması ya da belirli

⁵⁴ Franco Reviglio, "Sosyal Güvenlik Sektörü ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Finansmanı", Çev: Nüvit Gerek, *Eskişehir İTİA Dergisi*, Ocak 1977, C.XIII, S.1, s.465.

⁵⁵ Nükhet Saraçel, *Türkiye'de Sosyal Sigortaların Finansmanı ve Uygulama Sorunları* (Anadolu Üniversitesi, 1997), s.28.

⁵⁶ Dilik, (1991), a.g.e., s.235.

vergilerin bu amaçla bir kaynak olarak ayrılmasıdır. Sosyal sigortaların vergilerle finanse edilmesi yaygın bir uygulama değildir. Daha çok sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin finansmanında bu yöntem tercih edilmektedir⁵⁷.

6.1.4.Fon Gelirlerinin Sosyal Güvenliğin Finansmanına Katkısı

Her hangi bir sosyal güvenlik kurumu tahsil ettiği prim gelirleri ile devletin katkılarını tahsil ettiği anda kullanamayacağına göre en azından yılı yılına finansman metodunun uygulanması halinde bile bir faiz gelirine sahip olacaktır. Bunun yanında fonların çeşitli yerlerde kullanılmasından doğan, faiz, rant ve kar gibi gelir unsurlarına da sahip olabilecektir. Bütün bu birikimler iyi kullanılması ölçüsünde prim yükünün hafifletilmesine de katkıda bulunacaktır⁵⁸.

6.2.Finansman Yöntemi

Sosyal güvenlik kurumları elde ettikleri gelirlerle, sosyal korumayı amaçlayan görevlerini en iyi şekilde yerine getirmek ve sürdürmek durumundadır. Bu nedenle de ülkenin koşullarına en uygun finansman yönteminin seçilerek uygulanması gerekmektedir. Bu konuda dağıtım yöntemi ve kapitalizasyon (biriktirme) yöntemi olmak üzere iki yöntem bulunmaktadır. Sosyal güvenlik kurumlarının finansmanında bu iki yöntemden yalnız biri uygulanabildiği gibi her iki yöntem de bir arada uygulanabilmektedir⁵⁹.

6.2.1.Dağıtım Yöntemi

Dağıtım yöntemi, belirli bir döneme ait gelirlerin yine aynı dönemdeki giderleri karşılamak üzere tahsis edildiği bir yöntemdir⁶⁰. Bu yöntemin en belirgin özelliği uygulamada yedek fonlara fazla gerek duymamasıdır. Gelirler ve giderler arasında

⁵⁷ Arıcı, a.g.e., s.113.

⁵⁸ Yazgan, a.g.e., s.120.

⁵⁹ Ercan Güven, *Sosyal Sigortalar* (Eskişehir İktisat ve Ticari İlimler Akademisi ,1976), s.50; Saraçel, a.g.e., s.51.

⁶⁰ Dilik, (1992), a.g.e., s.42.

belirli bir süre için denge kurulması bu ihtiyacı ortadan kaldırmaktadır⁶¹. Bu belirli süre genellikle bir yıldır ve bu nedenle yılı yılına finansman olarak da adlandırılmaktadır. Beklenmeyen durumlar için fon ayrılması durumunda bu yöneme, yumuşak ya da değiştirilmiş dağıtım yöntemi denilmektedir. Bu şekilde herhangi bir yedek fonu öngörmeyen dağıtım yöntemine ise tam dağıtım yöntemi denilmektedir⁶². Dağıtım yönteminin birtakım yararları vardır. Fon biriktirmenin gerektirdiği karışık hesaplar bu yöntemde bulunmamaktadır. Ayrıca fonların işletilmesi gibi bir sorun da yoktur. Diğer yandan bu yöntemde finansman kaynaklarının hayat pahalılığındaki değişmelere ayarlanması da kolaydır. Sayılan bu avantajlarına karşın dağıtım yönteminin bazı dezavantajları da vardır. Örneğin, prim ödeyenlerin sayısının azalması veya prim gelirlerinin azalması sosyal korumayı tehlikeye düşüreceğinden bu yöntemin iyi ayarlanması ve sıkı kontrolü gerekmektedir⁶³.

Hastalık, analık ve iş kazalarının sürekli iş görmezliğe neden olmayan kısmı dağıtım yönteminin uygulanmasına uygun sigorta kollarıdır. Çünkü bu risklerin önceden kestirilmesi veya tahmin edilmesi daha kolaydır. Dağıtım yöntemi özellikle geçici riskleri karşılayan sigorta kolları için uygun olmakla beraber bugün dünyada sosyal sigortaları tek bir yöntemle yürüten bir ülke bulunmamaktadır⁶⁴.

6.2.2.Kapitalizasyon (Biriktirme) Yöntemi

Bu yöntem ileride ortaya çıkması beklenen sosyal risklerin getireceği harcamaları karşılamak amacıyla fon biriktirmeye dayanır. Fon biriktirme bireysel ve kolektif olmak üzere iki türlü olabilmektedir.

6.2.2.1.Bireysel Kapitalizasyon

Bu yöntemde her sigortalı için ödenen primler bireysel fonda toplanmakta ve ileride kendisine yapılacak yardım ve ödemelerin kaynağını oluşturmaktadır. Mali açıdan böyle bir yöntem günümüz sosyal güvenlik eğilimleri karşısında pek geçerli

⁶¹ Güven, a.g.e., s.50.

⁶² Saraçel, a.g.e., s.52; Talas, a.g.e., s.443.

⁶³ Saraçel, a.g.e., s.52; Güzel ve Okur, a.g.e., s.72.

⁶⁴ Tuncay, (1992), a.g.e., s.109.

görülmemektedir. Çünkü bu yöntem sosyal güvenlik sistemlerinin temelinde bulunan dayanışma ve riskleri dağıtma ilkesiyle bağdaşmamaktadır. Bu yöntem birçok ülkede terkedilmiş durumdadır⁶⁵.

Biriktirme yönteminde, belli bir dönemde toplanan primlerin yine o dönem içinde dağıtımı mümkün değildir. Bu yöntemin uygulandığı sistemlerde büyük fonlar oluşturulmakta ve bu fonlar işletilerek ek gelir sağlanmaktadır. Kapitalizasyon yöntemi özellikle uzun dönemli ödemeleri gerektiren yaşlılık, malullük ve ölüm gibi sosyal sigorta kolları için en uygun yöntem olarak kabul edilmektedir⁶⁶.

6.2.2.2.Kollektif (Toplu) Kapitalizasyon

Toplu kapitalizasyon bugün en yaygın uygulanan yöntemdir. Bu yöntemde primler ortak bir fonda toplanmakta ve tüm sigortalılara yapılan yardımlar ve ödemeler bu fondan karşılanmaktadır. Ayrıca bu yöntemde biriken fonlar, işletilerek çeşitli kanallardan tekrar ekonomiye döndürülmektedir. Fonların işletilmesinden elde edilen faiz ve benzeri gelirler, para değerinde düşme olmaması koşuluyla, ileride sağlanacak sosyal korumanın finansmanını kolaylaştırmaktadır⁶⁷. Fon biriktirme yöntemi, ekonomisi istikrarlı olan, enflasyonun kabul edilebilir ölçülerde seyrettiği ülkelerde yaşlılık, malullük ve ölüm gibi uzun dönemli sigorta kollarında başarıyla uygulanmaktadır. Ancak, enflasyonun yüksek olduğu ülkelerde paranın değer kaybetmesi fondaki birikimin reel satın alma gücünü düşürmektedir. Bazı durumlarda fonların işletilmesi bile bu erimeyi önleyememektedir. Bu nedenle birçok ülkede kapitalizasyon yöntemi yerine dağıtım yöntemi tercih edilmektedir⁶⁸.

6.2.2.3.Sosyal Güvenlik Fonlarının Yatırım İlkeleri

Sosyal güvenlik sistemi içinde fon biriktirme yöntemine geçilmesinden sonra bu fonların nasıl işletileceği sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu oldukça karmaşık ve güç bir sorun olmakla beraber sistemin sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için bazı ilkelere

⁶⁵ Güven; a.g.e., s.50.

⁶⁶ Talas, a.g.e., s.445.

⁶⁷ Güven, a.g.e., s.50.

⁶⁸ Güzel ve Okur, a.g.e., s.71.

uyulması gerekmektedir. Bunlar güven, verimlilik, likidite, kararlılık ve sosyal fayda ilkeleridir⁶⁹.

Güven ilkesinin anlamı fon gelirlerinin düzenli olarak tahsil edilmesi, ana paranın vade sonunda kolaylıkla geri alınabilmesi ve diğer yandan fonların enflasyona karşı reel satın alma gücünün korunmasıdır⁷⁰.

Verimlilik ilkesi, fonların en yüksek geliri getirecek alanlara yatırılmasını gerektirir ki bu genel bir işletmecilik ilkesidir. Ancak, sosyal güvenlik fonlarının çok yüksek gelir getirse bile spekülatif yatırımlarda değerlendirilmemesi gerekmektedir. Bu durum da yine verimlilik ilkesinin bir sonucudur⁷¹.

Likidite ise, sosyal güvenlik fonlarının her an nakde çevrilebilir bir şekilde değerlendirilmesini öngören ilkedir. Sosyal sigortalıların kapsamında bulunan risklerin ortaya çıkma zamanı belirsizlik gösterdiği için fonların her an nakde çevrilebilir bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir⁷².

Kararlılık ilkesi ise, fonların işletilmesinden elde edilecek gelirlerin miktarında bir sürekliliğin sağlanmasıdır⁷³.

Sosyal fayda ilkesi ise fonların sosyal fayda gözetilerek değerlendirilmesini ifade eder.

Sosyal sigorta fonları işletilirken sayılan bu ilkelerin tümünün birlikte uygulanması güçtür. Ancak sosyal güvenliğin temel amacının sosyal koruma sağlamak olduğu unutulmamalı ve onlara yapılan taahhütlerin kesintisiz ve en iyi şekilde yerine getirilmesine çalışılmalıdır. Bu nedenle güvenlik ve kararlılık temel ilkeler olmalıdır. Bu ilkeler çerçevesinde de likidite ve verimlilik ilkelerine uyma konusunda özen gösterilmelidir⁷⁴.

7.Ödenen Primlerin Karşılıkları

Sigortalılar prim ödemeleri nedeniyle birtakım karşılıklar elde etmektedirler.

⁶⁹ Dilik, (1992), a.g.e., s.47.

⁷⁰ Dilik, (1991), a.g.e., s.268.

⁷¹ Saraçel, a.g.e., s.74.

⁷² Arıcı, a.g.e., s.124.

⁷³ Dilik, (1991), a.g.e., s.268.

⁷⁴ Saraçel, a.g.e., s.74.

7.1.Karşılıkların Özellikleri

Karşılık tehlikenin vereceği zararlarla ilgilidir. Sosyal korumanın amacı tehlikeye uğrayan sigortalıların tehlikenin zararlarına karşı korunmasını sağlamaktır. Sosyal sigortalar, tehlike sonucu sigortalının gelirinde ve sağlığında meydana gelecek kayıpları karşılıklar aracılığıyla telafi ederek gidermeye çalışır⁷⁵.

Karşılık, zararı telafi veya tazmin etmektedir. Tehlike sonucunda gelirin kesilmesi ile beden veya ruh bütünlüğünün bozulması, birlikte meydana gelebilmektedir. Sosyal sigortada karşılık, gelirin kesilmesinde telafi edici rol oynamakta ve bu rolüyle özel sigorta karşılıklarından ayrılmaktadır. Çünkü özel sigortalarda tazmin söz konusu olmaktadır. Telafi niteliği sosyal güvenliğin amaçlarına da uygundur. Sosyal sigorta karşılıklarının telafi edici niteliği, beden ve ruh bütünlüğünün bozulmasında ise tümüyle tazmin fonksiyonuna sahiptir⁷⁶.

Karşılıklardan tasarruf mümkündür. Sosyal sigortalar, karşılıklardan tasarruf sağlamak için çeşitli tedbirler alabilmektedir. Bunlar tehlikeyi önleyici tedbirlerin geliştirilmesi olabileceği gibi, mesleki eğitim faaliyetleri ve rehabilitasyon hizmetleri de olabilmektedir⁷⁷.

Karşılık bir garantidir. Bu garanti geçim garantisi olarak da adlandırılmaktadır. Gelir garantisi, hem gelir kaybı, hem de gider artışlarını kapsamaktadır⁷⁸.

Karşılık talep edilebilir bir haktır. Sosyal sigorta anlayışındaki gelişmeler sonucunda karşılığın bir lütuf değil, bir hak olduğu fikri kabul görmüştür. Kanunlarda belirlenen şartların yerine getirilmesi koşuluyla sigortalı, karşılık talebine hak kazanmaktadır. Karşılığın talep edilebilmesi için tek koşul tehlikenin gerçekleşmiş olmasıdır. Bu itibarla hak otomatik olarak kazanılmış olmaktadır. Talebe olumsuz cevap verilmesi durumunda her türlü hukuki yola başvuru serbesttir⁷⁹.

⁷⁵ Çubuk, a.g.e., s.212.

⁷⁶ Yazgan, a.g.e., s.132.

⁷⁷ Aynı, s.133.

⁷⁸ Aynı, s.134.

⁷⁹ Çubuk, a.g.e., s.213.

7.2.Karşılık İle Kazanç Arasındaki İlişki

Karşılıkla kazanç arasında genel bir ilişki vardır. Prime esas kazanç bir alt ve üst sınırla tespit edilmektedir. Üst sınırı aşan kazançlar prim hesabında dikkate alınmaktadır. Karşılıklar kazancı ikame edebildiği gibi telafi de etmektedir.

7.2.1.Kazancın İkamesi

Sosyal sigortalarda karşılıkların, kazançların yerine aynen geçmesi mümkün değildir. Ancak kesilen veya eksilen kazanç, ödenen karşılıkla ikame edilmektedir. Karşılıkların miktarı kişiyi çalışmama düşüncesine itecek boyutta olmamalıdır. Karşılıklar için temel kriter riskin verdiği zararın ölçüsüdür. Kazanç ikamesinde, bu zararın karşılanması amaçlanır. Yani sadece ihtiyaçlar çerçevesinde karşılık sağlanır⁸⁰.

7.2.2.Kazancın Telafisi

Karşılıklar kazancın kesilmesini telafi etmektedir. Ancak, bu telafi yapılırken karşılıklar boş zaman talebini artıracak şekilde olmamalıdır. Yani karşılıklar hem tehlikenin zararlarından kurtulma anlamında bu zararları telafi edecek hem de tehlikenin zararlarının devam ettiği süreyi kısaltmada bireyi çaba harcamaya yöneltecek bir seviyede olmalıdır. Boş zamanın değeri, karşılık miktarının azaldığı oranda ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bireyler, bir an önce düzelmeye çalışmaktadır. Diğer önemli bir nokta ise karşılıkların bireylere tasarrufu unutturmamasıdır. Karşılık, zararı tam ikame edecek bir miktar olmamalıdır⁸¹.

7.3.Karşılıkların Çeşitleri

Karşılıklar, parasal karşılıklar ve hizmet olarak karşılıklar olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

⁸⁰ Aynı, s.213.

⁸¹ Yazgan, a.g.e., s.137 vd.

7.3.1.Parasal Karşılıklar

Parasal karşılıklar, uğranılan zararı maddi anlamda telafi eden karşılıklardır. Bunlar geçici karşılıklar, sürekli karşılıklar, toptan ödeme, sermaye ödemesi ve maktu ödemeler olmak üzere beşe ayrılmaktadır.

i. Geçici Karşılıklar: Herhangi bir tehlikenin zararı geçici ise, ödenen karşılıklar da geçici karşılık adını almaktadır. Analık, hastalık, iş kazası ve meslek hastalıkları ile işsizlik tehlikelerine uğrayan sigortalılar verilen karşılıklar geçici karşılıklardır.⁸²

ii. Sürekli Karşılıklar: Uğranılan tehlikenin zararlarının ömür boyu devam etmesi halinde ödenen karşılıklara sürekli karşılıklar denilmektedir. İş kazası ve meslek hastalıkları ve her çeşit hastalık ve kazalar bireyi kısmen veya tamamen çalışma gücünden mahrum edebilmektedir. Bu durumda sürekli karşılık ödenmektedir. Ayrıca çalışma gücünde bir eksilme olup olmadığına bakılmaksızın, bazı kişilere belirli koşulların gerçekleşmesi durumunda aynı hak tanınmıştır. Örneğin, sigortalının ölümü durumunda bile bakmakla yükümlü oldukları kişilere sürekli karşılıklar ödenmektedir.⁸³

iii. Toptan Ödeme: Toptan ödeme, genellikle sürekli karşılık gerektiren tehlikelerin ortaya çıktığı durumlarda görülen bir ödeme şeklidir. Toptan ödeme, işten çekilme sebebiyle sigortalının o güne kadar ödediği primler ve işveren primlerinin toplamının kısmen veya tamamen, faizsiz veya faizli olarak ödenmesidir. Toptan ödemenin yapılabilmesi için aylık bağlama koşullarının gerçekleşmemiş olması gerekmektedir. Tehlikeye uğrayan kişi, aylık alma şartlarını gerçekleştirmişse, esas olan aylığın bağlanmasıdır. Çünkü karşılıkların amacı sürekli bir geçim garantisi sağlamaktır. Tehlikeye uğramadığı halde belirli bir asgari süre prim ödemiş olanlara da toptan ödeme yapılabilmektedir. Kadın sigortalıların evlenme sebebiyle işten ayrılmaları hali bu duruma bir örnektir. Bu tür ödemeler herhangi bir tehlike nedeniyle ödenmediğinden işveren prim payları ödenmeyebilir⁸⁴.

iv. Sermaye Ödemesi: Sermaye ödemesi, sürekli iş görmezlik gelirin peşin değerinin sigortalıya bir defada ödenmesi demektir. Esas olan gelirin devamlılığının sağlanması olduğu için, tam sürekli işgöremezlik gelirlerinin, dul-yetim aylıklarının,

⁸² Yazgan, a.g.e., s.141.

⁸³ Çubuk, a.g.e., s.215.

⁸⁴ Yazgan, a.g.e.,s.144.

yaşlılık aylıklarının veya malullük aylıklarının sermaye ödemesi mümkün olmamakta, sadece kısmi sürekli işgöremezlik geliri için sermaye ödemesi söz konusu olabilmektedir⁸⁵.

v. Maktu Ödemeler: Maktu ödemeler, sosyal sigorta karşılıklarından bir kısmının, daha önceden tespit edilmiş bir miktar üzerinden bir defada ödenmesidir. Bu tür ödemeler, gelir kesilmesi durumunda sigortalıya katkıda bulunmak ve ortaya çıkan diğer masrafları telafi etmek amacıyla yapılmaktadır. Bu masraflar geçici bir süre devam eden harcamalar için yapılırsa, geçici karşılıklar içinde sayılabilir. Bütün maktu ödemelerin ücretle ilgisi yoktur ve herkese eşit olarak ödenmektedir. Çocuk ve aile ödenekleri genellikle bu gruba dahildirler⁸⁶.

7.3.2.Hizmet Olarak Karşılıklar

Gelir garantisine sahip olmak bazı durumlarda yeterli olmayabilmektedir. Bu durumda karşılıklar kişilere hizmet olarak sunulur. Bu hizmetler, bakım, gözetim hizmetleri ve sağlık hizmetleridir.

i. Bakım, Gözetim Hizmetleri: Bakım, gözetim hizmetleri yaşlılar, maluller ve sürekli işgöremez durumda olanlar ile çocuklar için söz konusudur. Bu hizmetler de duruma göre bazı farklılıklar gösterir. Yaşlılık aylığının, malullük aylığının ve sürekli işgöremezlik gelirinin bakıma muhtaç durumda olanlar için tam bir koruma sağladığını söylemek mümkün değildir. Bu durumdaki sigortalılara ihtiyaçlarına cevap veren bir ortam sağlamak esastır. Huzurevleri tarafından sağlanan bu hizmetler bu durumdaki yaşlıların ihtiyaçlarına cevap verebilmektedir. Yaşlılık aylığı, bu hizmeti satın alabildiği zaman sigortalı geçim garantisini sağlamış olmaktadır. Başkasının bakımına muhtaç olan ve malullük aylığı ile sürekli işgöremezlik geliri almakta olanlara da bu geliriyle satın alabilecekleri aile ortamına benzer hizmetlerin sunulmasıyla korunmaları sağlanmış olmaktadır⁸⁷.

Çocuklar için de hizmet olarak bu tür karşılıklara ihtiyaç vardır. Sosyal sigortalar çocuklar için bakımevleri ve yetiştirme yurtları açarak bu tür karşılıkları

⁸⁵ Aynı, s.145.

⁸⁶ Çubuk, a.g.e., s.215.

⁸⁷ Yazgan, a.g.e., s.148 vd.

sunabilmektedir. Bu hizmetler sosyal refah hizmetleri olarak adlandırılmakta ve parayla giderilemeyecek ihtiyaçları tatmin etmeyi amaçlamaktadır⁸⁸.

ii. Sağlık Hizmetleri: Hizmet olarak sağlanan karşılıkların ikinci grubunda sağlık hizmetleri vardır. Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri tehlike gerçekleşmeden önce bir önlem olarak başvurulmuş hizmetlerdir. Bu hizmetler sosyal sigorta kurumlarından çok devletin görevidir ve kapsamı çok geniştir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise tehlikenin zararlarını telafi edici hizmetlerdir. Sosyal sigortalar bu hizmetleri, hizmet satın alma ve hizmet sunma olarak iki şekilde yapmaktadır. Bunun dışında ulusal sağlık sigortası ile karşılıksız olarak da bu hizmetlerin sunulması mümkündür. Hizmetin satın alınması, sigortalının bütün tedavi masraflarının ilaç bedellerinin kurum tarafından ödenmesi biçiminde olabilmektedir. Hizmet sunumu ise sosyal sigorta kurumunun dispanser, hastane, vb. kurumlarını bizzat kurarak sigortalılara sağlık hizmeti sağlaması şeklinde ortaya çıkmaktadır⁸⁹. Rehabilitasyon hizmetleri de tıbbi ve mesleki rehabilitasyon olarak sunulmakta ve bireyleri karşılaştıkları tehlikelerden sonra yeniden hayata ve mesleki çalışmalara yöneltmeyi amaçlamaktadır⁹⁰.

⁸⁸ Çubuk, a.g.e., s.216.

⁸⁹ Aynı, s.217.

⁹⁰ Zafer Öztekin, "Sağlık Kavramı ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri", Hacettepe Tıp Dergisi, 2000, C.31, S.1, s.73.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK HİZMETLERİ VE BAZI ÜLKELERDE SAĞLIK SİGORTALARI UYGULAMALARI

1.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

Sağlık hizmetleri, 5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanununun 2. maddesinde şöyle tanımlanmıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, beden ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir.”⁹¹ Buna göre sağlık hizmetleri, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması ve iyileştirilmesi olarak ifade edilebilmektedir. Sağlık hizmetlerine ilişkin bir başka tanım da şöyledir: “kişilerin ve toplumların sağlığını korumak, hastalandıklarında tedavilerini yapmak, tam olarak iyileşemeyip sakat kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmelerini sağlamak ve toplumun sağlık düzeyini yükseltmek için yapılan planlı çalışmaların tümüdür”⁹².

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Sağlık hizmetlerinin diğer bir amacı ise her türlü korumaya rağmen hastalananların tedavisini yapmaktır. Sağlık hizmetlerinin üçüncü bir amacı ise sakatların başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir⁹³.

⁹¹ Ayşe Yiğit Şakar, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları* (Sağlık-İş, 1999), s.10.

⁹² Öztekin, a.g.e., s.73.

⁹³ Aynı, s.74.

2.Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri yukarıda da belirtildiği gibi koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici sağlık hizmetleri ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere üçe ayrılmaktadır.

2.1.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Toplumu meydana getiren fertlerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için yapılan çalışmalara koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir. Bu hizmetler doğrudan kişilere ya da çevreye yönelik olabilmektedir. Kişiye yönelik olanlar, bağışıklık kazandırma, ilaçla koruma, erken teşhis, sağlık eğitimi, iyi beslenme, aile planlaması ve okul sağlığı gibi hizmetlerdir. Çevreye yönelik olanlar ise, suların ve atıkların kontrolü, hava kirliliği ve gürültü ile mücadele, endüstri hijyeni, kemirici ve başı boş hayvanlarla mücadele olarak sıralanmaktadır⁹⁴.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde anahtar kuruluş, sağlık ocaklarıdır. Küçük yerleşim birimlerinde her 5-10 bin nüfusa bir sağlık ocağı düşecek şekilde bir planlama yapılmakta ve hizmetler daha etkili bir şekilde yürütülmektedir. Sağlık ocağındaki hizmetler bölgedeki tüm nüfusun tespiti ile başlamaktadır. Her sağlık ocağının bölgesindeki gebe kadınlarla bebek ve çocuklar 6 yaşa kadar periyodik olarak ebe-hemşireler tarafından izlenmektedir ve gerekli durumlarda çevre halkına sağlık eğitimi verilmektedir. Herhangi bir bulaşıcı hastalık çıktığı yerde incelenip gerekli tedbirler alınmakta ve ihbarı yapılmaktadır. Ocak hekiminin yönetiminde okul sağlığı, çevre sağlığı, aile planlaması, ilaçla koruma gibi diğer koruyucu hizmetler yürütülmektedir⁹⁵.

Çevre sağlığına yönelik koruyucu hizmetler çeşitli mesleklerin işbirliğini gerektiren çalışmalardır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı genellikle danışmanlık, eğitim ve denetim işlevlerini üstlenmektedir⁹⁶. Çevre sağlığı hizmetlerinin en önemli kısmını ise su ve gıda kontrolleri ile atıkların kontrolü oluşturmaktadır⁹⁷.

Tehlikelerin önlenmesi aslında bireylerin ve toplumun güvenliğine ek bir güvenlik sağlamaktadır. Alınan koruyucu önlemler parasal sağlık yardımı

⁹⁴ Said Bodur, *Aile Sağlığı* (Ankara, 1991), s.7; Nurdan Kural ve Zeynep Polat, *Sağlık Bilgisi ve İlk Yardım* (Eskişehir, 1998), s.101.

⁹⁵ Bodur, a.g.e., s.8.

⁹⁶ Aynı, s.10 vd.

⁹⁷ Kural ve Polat, a.g.e., s.103.

ödemelerinden ve sağlık harcamalarından tasarruf sağlar. Bazı koruyucu önlemler ise harcamaların yapılmasını geciktirebilir⁹⁸.

2.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere tedavi edici hizmetler ya da tıbbi bakım hizmetleri denilmektedir. Tedavi edici sağlık hizmetleri ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının zararlarından kurtaran bir hizmettir. Çünkü tehlikelerin büyük çoğunluğu bireyin çalışma gücünü geçici veya sürekli olarak ortadan kaldıran tehlikelerdir⁹⁹.

Tedavi edici sağlık hizmetleri dört basamakta ele alınmaktadır.

2.2.1.Kendi Kendine Bakım

Kendi kendine bakım, hastanın kendi kendini iyileştirmeye çalışması ya da yakınlarının ve çevresindekilerin hastayı iyileştirmeye çalışması amacıyla yapılan tedavilerdir. Bu amaçla evde yapılan ilaçlar ya da eczaneden alınan ilaçlar kullanılmaktadır¹⁰⁰.

2.2.2.Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Birinci basamak tedavi hizmetleri, hastanın ilk başvurduğu hekim tarafından muayene ve tedavisini kapsamaktadır. Hastanın muayene edildiği yer genellikle yataksız bir tedavi kurumu olmakla birlikte, hastanın bulunduğu yer, evi ya da başka bir mekan da olabilmektedir¹⁰¹. Birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlar, yataklı tedavi kuruluşlarının yani hastanelerin önünde birer filtre görevi yapmaktadırlar. Bir başka deyişle, hastalar öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurmakta, buradaki hekim uygun gördüğü takdirde hastanelere gönderilmektedir. Yapılan birçok araştırma birinci basamağa başvuran hastaların yaklaşık %90'ının buralarda yeterli

⁹⁸ Alper ve Tatoğlu, a.g.e., s.49.

⁹⁹ Şakar, (1999), a.g.e., s.18.

¹⁰⁰ Kayıhan Pala, "2000'e Doğru Türkiye'de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Temmuz-Ağustos 1995, C.10, S.68, s.64.

¹⁰¹ Öztekin, a.g.e., s.75; Aynı, s.64.

bakım ve tedavi gördüğünü, %10'unun ise hastanelere yani ikinci basamağa gönderildiğini ortaya çıkarmıştır¹⁰².

2.2.3.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Hastalıkları birinci basamak tedavi hizmetleri ile giderilemeyen hastaların hastaneye sevk edilerek, hastanelerde yapılan tedavi hizmetlerine ikinci basamak tedavi hizmetleri denilmektedir. Bu tedavide hastalar hastanelere yatırılarak tedavi edilmektedir. Hastanelerin temel özelliği yataklı sağlık kuruluşları olarak hizmet vermeleridir. Poliklinik hizmetleri sunmak hastanelerin temel görevleri arasında değildir¹⁰³.

2.2.4.Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri

Bazen hastaların büyük ölçüde uzmanlaşma gerektiren bir tedaviye ya da bakıma ihtiyacı olmaktadır. Bu gibi durumlarda, hastanın en üst düzeyde tıp teknolojisi uygulayan yataklı bir sağlık kurumunda tedavi edilmesiyle sağlanan hizmetlere üçüncü basamak sağlık hizmetleri, bu tür tedavilerin yapıldığı hastanelere de ihtisas hastaneleri denilmektedir¹⁰⁴. Üçüncü basamak sağlık kuruluşları genellikle ya belli bir hastalığın tedavisi ile ilgilenmekte ya da belli yaş gruplarına hizmet vermektedirler. Doğum ve Çocuk Bakımevleri, Çocuk Hastaneleri, Göğüs Hastalıkları Hastaneleri, Onkoloji Hastaneleri, Kemik Hastalıkları Hastaneleri ile Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastaneleri üçüncü basamak tedavi hizmeti veren hastanelerden bazılarıdır. Üniversite hastaneleri de bu grupta yer almaktadır¹⁰⁵.

2.3.Rehabilitasyon Hizmetleri

Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine rağmen, sakatlanan ve çalışma gücünü kaybeden kişilere yapılan tıbbi ve sosyal yardımlara rehabilitasyon yani

¹⁰² Öztekin, a.g.e., s.75.

¹⁰³ Pala, a.g.e., s.64; Kural ve Polat, a.g.e., s.105.

¹⁰⁴ Nuri Kalkay, Çağdaş Hekimliğin Sorunları (İstanbul, 1981), s.115.

¹⁰⁵ Öztekin, a.g.e., s.75; Pala, a.g.e., s.76.

esenlendirme hizmetleri denilmektedir. Rehabilitasyonda temel amaç, bireyi yeniden üretici duruma getirerek başkalarına bağımlı olmaktan kurtarmaktır¹⁰⁶. İki tür rehabilitasyon vardır. Bunlardan ilki bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesi, yani tıbbi rehabilitasyondur. Diğeri ise mesleki rehabilitasyondur. Bu yardım, sakatlıkları nedeniyle eski işini yapamayacak durumda olanlara ve belli bir işte çalışamayanlara iş öğretme, iş bulma ve işe alıştırma çalışmalarını kapsamaktadır¹⁰⁷.

3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinin, sosyal güvenlik kavramı içinde özel bir yeri olduğu gibi, sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden farklı kılan bazı temel özellikleri de vardır. Bu özellikleri ayrı ayrı ele almakta yarar görülmektedir.

3.1.Sağlık Hizmetlerinin Fiyatındaki Değişmelerin Talebi Etkilememesi

Hasta için sağlık hizmetlerinin kullanılması tıpkı beslenme ve barınma gibi temel zorunlu bir ihtiyaçtır. Bu nedenle sağlık hizmetleri talebinde bulunan kişilerin, sağlık hizmetlerinin fiyatlarında meydana gelecek değişmelere karşı gösterecekleri duyarlılık zayıftır. Yani sağlık hizmetinin fiyatının yüksekliği bu hizmete olan ihtiyacın şiddetini dolayısıyla da talebini azaltmadığı gibi, fiyatın düşmesi de bu hizmetin tüketimini önemli ölçüde artırmamaktadır. Örneğin, ameliyat fiyatlarının düşüklüğü veya yüksekliği bu hizmete olan talebi etkilememektedir¹⁰⁸.

3.2.Sağlık Hizmetleri Talebinin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetlerine olan talep beslenme ve barınmada olduğu gibi süreklilik göstermemektedir. Kimin ne zaman, sağlık hizmetlerine muhtaç kalacağı önceden kestirilememektedir. Yani sağlık hizmetlerinde ekonomik fizibilite yapmak hem hizmetten yararlanacaklar için hem de hizmeti arz edenler için oldukça zordur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin ekonomik yatırım riski yüksektir. Ayrıca sağlık hizmetleri

¹⁰⁶ Kural ve Polat, a.g.e., s.106.

¹⁰⁷ Öztekin, a.g.e., s.76.

¹⁰⁸ Mehmet Tokat, Sağlık Ekonomisi (Anadolu Üniversitesi, 1998), s.3.

piyasasını böyle bir riske karşı koruyacak bir sistemle donatmak gereği, tüm dünyada genel kabul gören bir yaklaşımdır. Bunun bir sonucu olarak da birçok ülke sağlık sisteminde sağlık sigortalarını devreye sokarak, önceden ödeme yöntemiyle risk paylaşımını uygulamaya koyan düzenlemeler yapmak suretiyle bazı önlemler almıştır¹⁰⁹.

3.3.Sağlık Hizmetlerinde Kişinin Talebini Hekimin Belirlemesi

İnsanlar serbest piyasada alınıp satılan birçok mal ve hizmet hakkında bilgi sahibidir. Böylece kendi kendilerine satın alma kararı verebilmektedirler. Mal ve hizmetler arasında seçim yapabilmekte ve satın alma kararından vazgeçebilmektedirler. Ancak sağlık alanında karar verirken mutlaka bir uzmandan yardım alınması gerekmektedir. Bu nedenle kişinin sağlık hizmetini talep etmesi veya hizmeti kontrol etmesi mümkün olmadığından ya da çok kısıtlı olduğundan serbest piyasa koşulları oluşmamaktadır. Yani arzı da, talebi de, fiyatı da sadece hizmeti arz eden belirlemekte ve kontrol etmektedir¹¹⁰.

3.4.Sağlık Hizmetlerinin Kamu Malı Niteliğinde Olması

Sağlık hizmeti bir “kamu malı” olarak kabul edilmiş ve düzenlemeler buna göre yapılmıştır. Kamu hukukunda, “kamu mallarını” üretenler ve arz edenler kim olursa olsun, bunların yeterli nitelik, kalite ve fiyatla mevcut bulundurulmasından ve bunların ihtiyaç sahiplerine en uygun koşullarla sunulmasından devlet sorumlu tutulmuştur. Bu anlayış çerçevesinde devletin, bir kamu malı olan sağlık hizmetlerindeki görev ve sorumlulukları da “devredilemez” yükümlülükler haline gelmiştir. Devlet sağlık hizmetlerini ister kendisi bizzat üretsin, ister bunları başkalarından sağlasın bu hizmetleri bulundurmakla yükümlüdür¹¹¹.

¹⁰⁹ Aynı, s.4.

¹¹⁰ Erdal Sargutan, *Türk Sağlık Sektörünün Yapısı* (Ankara, 1993), s.16.

¹¹¹ Aynı, s.18.

3.5.Sağlık Hizmetlerinin İkamesinin Olmaması

Mal veya hizmetlerin ikame özelliği, yani birinin sağlayacağı faydanın bir diğeri tarafından sağlanabilmesi, onun yerine geçebilme özelliği, tüketiciyi pazarın olumsuzluklarına karşı koruyan önemli özelliklerden biridir. Tüketicinin talep ettiği mal veya hizmetin fiyatının yükselmesi durumunda, tüketici bu mal veya hizmetten elde edeceği faydayı başka bir mal ya da hizmetten sağlayarak, fiyat yükselmelerine karşı kendini koruyabilmektedir. Ancak sağlık hizmetleri talebinde durum böyle değildir. Hasta olan kişi iyileşebilmek için kendisine önerilen sağlık hizmetlerinden birini seçerek tedavi olmak durumundadır Hastanın bir uzman tarafından kendisine önerilen tedavi yöntemini kabul etmeyip, hastalığı kendi haline bırakarak iyileşebilmesi pek mümkün görünmemektedir. Buna ek olarak önerilen tedavi yönteminin başka mal veya hizmetle ikame edilme şansı ya hemen hemen hiç yoktur ya da sınırlıdır. Örneğin mide ameliyatını ikame edecek bir başka yol bulunmamaktadır¹¹².

3.6.Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaçlı Olması

İnsan sağlığının değerinin ölçülemez olması anlayışının, birçok kesim tarafından kabul görmesi sağlık hizmetlerinin kar amacından çok sosyal bir amaçla sunulmasını beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla “maliyet” , “fayda” ve “karlılık” gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmakta ve klasik anlamlarını yitirmektedirler. Bu nedenle sağlık hizmetleri tümüyle serbest piyasa koşullarına bırakılmamakta ve sosyal devletin gereği olarak sosyal sigorta, sosyal yardım ve sosyal hizmet gibi tekniklerden yararlanarak sağlık hizmetleri sunulmaktadır¹¹³.

4.Sağlık Sistemlerinin Çeşitleri

Dünyada hastalık riskine karşı uygulanan dört temel korunma yöntemi vardır.

¹¹² Tokat, (1998), a.g.e., s.6.

¹¹³ Aynı, s.7.

4.1.İsteğe Bağlı Sistem

Batı ülkelerinin çoğunda hastalık riskine karşı kamu hizmeti niteliğinde zorunlu sağlık programları oluşturulmuştur. Ancak bazı ülkelerde sağlık programlarına katılmak kişinin isteğine bırakılmıştır. Bunun bir örneğini İsviçre oluşturmaktadır. Bu ülkede Federal Kanun sağlık sigortasını zorunlu kılmamış; isteğe bağlı olarak kabul etmiştir. Buna rağmen İsviçrelielerin %97'si isteğe bağlı sağlık sigortasına katılmışlardır. ABD'de de genel ve zorunlu bir sağlık sigortası bulunmamaktadır. Uygulanmakta olan zorunlu kamu rejimi sadece yaşlıları kapsamaktadır. Yaşlılar dışında kalan nüfus isteğe bağlı olarak özel sigorta yaptırmak durumundadır¹¹⁴. Bu tür sağlık yöntemi uygulayan orta gelirli ülkeler arasında en tipik örnek Filipinler'dir. Filipinler'deki sağlık harcamalarının %75'i özel sektöre aittir¹¹⁵.

4.2.Zorunlu Sağlık Sistemi

Türkiye'de ve sosyal sigortalar modelinin uygulandığı diğer ülkelerde, tüm sosyal risklerde olduğu gibi hastalık riskine karşı da zorunlu sigortalılık esası benimsenmiştir. Eskiden yaygın olan bu model yerini ulusal sağlık sigortası modeline bırakmış durumdadır. Halen Almanya, Fransa, Belçika, Avusturya ve Japonya bu sistemi uygulamaktadır¹¹⁶.

4.3.Ulusal Sağlık Sigortası Sistemi

Bu sistemin, zorunlu hastalık sigortasından farkı, ulusal düzeyde olması, herkesi kapsaması ve herkes için prim ödeme koşulunun aranmamasıdır. Bununla birlikte, uygulamada değişik finansman kaynaklarına başvurulduğu görülmektedir. Devlet tarafından sübvansiyon yapılabildiği gibi, işçi ve işverenlerden de prim alınabilmektedir. Kanada, Finlandiya, Norveç ve İsveç gibi ülkeler sağlık sigortasını ülkede yaşayan herkesi kapsayacak biçimde genelleştirmişlerdir. Japonya sağlık

¹¹⁴ TOBB, Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu (Ankara, 1993), s.267.

¹¹⁵ İlker Belek, Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası (İstanbul, 1994), s.93.

¹¹⁶ TOBB, a.g.e., s.268.

sigortası dışında kalan sigorta kolları için bu sistemi benimserken, Hollanda sadece uzun süre tedavi gerektiren hastalıklar için bu sistemi kabul etmiştir¹¹⁷.

4.4.Ulusal Sağlık Hizmetleri Sistemi

Bu sistemde toplumda yaşayan herkes tüm hastalıklara karşı korunmaktadır. Ulusal sağlık sigortası sistemi ile aralarındaki temel fark, finansmanının ve sağlık hizmetlerinin aynı kamu kurumu tarafından sağlanmış olmasıdır. 1948 yılında İngiltere’de uygulamaya konan bu sistem 1970 yılından itibaren diğer Avrupa ülkelerinde de benimsenmeye başlanmıştır. Danimarka, İzlanda, İtalya, Portekiz ve Yunanistan bu modeli benimseyen ülkeler arasında bulunmaktadır¹¹⁸.

5.Sağlık Sigortası Sistemi

Sağlık sigortasına geçmeden önce hastalığın tanımını yapmak gerekmektedir. Sosyal sigortalar anlamında hastalık, tıbbi bakım ve tedavi gerektiren ve işgöremezlik sonucunu doğuran bedensel ve ruhsal bozukluk hali olarak tanımlanmıştır. Sağlık sigortası açısından hastalık geçici tam iş görmezlik durumudur. Bu niteliği itibariyle sigortalının geçici gelir kaybına neden olan risklerden biridir¹¹⁹.

5.1.Sağlık Sigortasının Tanımı

Sağlık sigortası, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile analık sigortaları kapsamı dışında kalan tüm hastalık ve kaza hallerinde belirli yardımların yapılmasını sağlayan bir sigorta koludur¹²⁰.Sağlık sigortaları, hastalanan sigortalı kadar sigortalının ailesini de göz önünde bulundurmaktadır. Bu sigortayla bir yandan sigortalı ve aile bireylerinin iyileşmeleri için sağlık yardımları yapılırken, diğer bir yandan da sigortalıya iş

¹¹⁷ Aynı, s.268.

¹¹⁸ Aynı, s.268.

¹¹⁹ Can Tuncay, (1992), a.g.e., s.194 vd.

¹²⁰ Ercan Güven ve Nüvit Gerek, *Sosyal Güvenlik Hukuku* (Anadolu Üniversitesi, 1995), s.131; Şakar, (1996), a.g.e., s.89.

göremediği sürece parasal yardım yapılmaktadır¹²¹. Sigortalıya sunulan sağlık yardımları belirli bir süre devam edebildiği gibi, sınırsız olarak da verilebilmektedir¹²².

5.2.Sağlık Sigortasının Gelişimi

Almanya, 19. yüzyılın sonlarındaki dönemin ekonomik, sosyal ve hukuki koşulların etkisiyle diğer Avrupa ülkelerine de örnek olacak bir sosyal sigorta modeli geliştirmiştir. İşte bu model içinde dünyada ilk kez uygulamaya konan sağlık sigortası modeli de yer almıştır. Sağlık sigortaları 1883 yılında Almanya'da kurulmuş ve oradan diğer Avrupa ülkelerine yayılmıştır. Sosyal sigortaların Almanya'da kurulması da bir tesadüf değildir. Bu yapı, o dönemdeki Almanya'nın koruyucu, baba devlet yapısı ve Bismark'ın ülkeye sosyal devlet görünümü kazandırma gayretlerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır¹²³.

Tarih içindeki gelişimi bakımından sağlık sigortası, sosyal sigortaların ilk temel kolu olmuştur. Çünkü insan her yaşta hastalık riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir. İyi kurulmuş bir sosyal sağlık sigortası herkese en geniş anlamı ile sürekli olarak bütün sağlık yardımlarının yapılmasını sağlamakla ve hastanın aile yükümlülüklerini de göz önünde bulundurarak verilecek günlük ya da aylık ödeneğin miktarını belirlemekle yükümlüdür. Birçok ülke hastalık durumunda kendi topraklarında yaşayan herkese tam anlamıyla iyi bir sağlık hizmeti sağlamaktadır. Genel sağlık yardımlarının yapılabilmesi için sigortaya bağlı olmak koşulu da aranmamaktadır. Bazı ülkelerde ise, yeterli gelire sahip bulunmayan kişilere devlet ve diğer kamu kuruluşlarına ait sağlık tesislerinden ücretsiz yararlanma olanağı tanınmıştır. Sosyal sigortalara bağlı olanlar ise sosyal sigortaların kendi sağlık kurumlarından ya da sosyal sigortaların sağladığı kurumlardan yararlanmaktadır¹²⁴.

¹²¹ Tuncay, (1992), a.g.e., s.194.

¹²² Yasemin Yeğinboy ve Bahattin Taylan, *Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası* (İzmir, 1993), s.49.

¹²³ Güven ve Gerek, a.g.e., s.15; Tuncay, (1992), a.g.e., s.17.

¹²⁴ Talas, a.g.e., s.423 vd.

5.3.Sağlık Sigortasının Amacı

Sağlık sigortasının sağlık yardımlarından yapılan korumayla sigortalının sağlığını korumak, çalışma gücünü yeniden kazandırmak ve kendi ihtiyaçlarına göre yeteneklerini artırmak amaçlandığı gibi sigortalının aile bireylerinin de sağlığını korumak amaçlanmaktadır¹²⁵.

Sağlık sigortaları ayrıca bireyin iş göremediği sürece düzenli bir gelirden mahrum kalmamasını sağlamak, yani hastalık durumunun sigortalıyı ekonomik açıdan olumsuz etkilemesini önlemek amacıyla para yardımı da yapmaktadır. Sigortalıya sağlanan bu para yardımına işgöremezlik ödeneği adı verilmektedir¹²⁶.

5.4.Sağlık Sigortasının Karşılıkları

Sağlık sigortasından yapılan yardımlar sağlık yardımları ve parasal yardımlar olmak üzere iki bölümde incelenmektedir.

5.4.1.Sağlık Yardımları

Sağlık yardımları sayesinde sigortalı tedavi edilerek mümkün olduğu ölçüde hızlı bir şekilde üretici duruma yeniden döndürülmektedir. Sağlık yardımlarının kapsamında sigortalı veya aile bireylerine yapılan yardımlar şunlardır.

- i. Hekim yardımı,
- ii. Hastalığın teşhisi,
- iii. Uzman muayenesi,
- iv. Gebelik muayeneleri,
- v. İlaç yardımları,
- vi. Cerrahi müdahaleler,
- vii. Hastanede tedavi,
- viii. Diş hastalıkları tedavisi.

¹²⁵ Aynı, s.424; Güven ve Gerek, a.g.e., s.132.

¹²⁶ Güven ve Gerek, a.g.e., s.132.

Bu sağlık yardımlarının yapılması bazı koşullara bağlanmıştır. Bunların başında sigortalının belirli bir dđnem prim ödemesi koşulu gelmektedir. Diğer bir koşul ise belirli bir süre çalışmış olma koşuludur. Ancak, bazı sosyal güvenlik sistemleri bu tür koşulları aramamaktadır. Hastalık çalışmaya başlanıldığı anda ortaya çıksa bile gerekli sağlık yardımları yapılmaktadır. Bununla birlikte sağlık yardımlarının süresi sınırsız değildir. Her sosyal güvenlik sistemi kendi koşullarına göre bir takım sınırlamalar getirmektedir¹²⁷.

5.4.2.Parasal Yardımlar

Hastalık durumunda sadece sağlık yardımları yeterli olmamaktadır. Sağlık yardımlarının yanında hastalık süresince işgöremezlik ödeneği adı verilen parasal bir yardımın da yapılması gerekmektedir. Genel olarak işgöremezlik ödeneğine hak kazanmak için belirli bir çalışma süresinin geçirilmiş olması hemen hemen bütün sağlık sigortası rejimlerinde aranan bir koşul haline gelmiştir. Ödeneklerin hesaplanmasında üç ayrı yöntem kullanılmaktadır. Bunlar:

- i. Ücretin belli bir oranının ödenmesi
- ii. Bu oranın aile ödenekleri ile tamamlanması,
- iii. Aile ödenekleri ile tamamlanacak herkes için bir ödenek verilmesi,

Birinci yol daha çok Güney Amerika ülkelerinde uygulanmakta ve sigortalıya ücretinin %50'si ile %90'ı arasında değişen bir oranda ödenek verilmektedir. İkinci yol genel olarak Avrupa ülkelerinde uygulama alanı bulan bir yöntemdir. Üçüncü yol ise İngiltere, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi ücretler arasındaki farkın az olduğu ülkelerde uygulanmaktadır. Birinci yol ailenin yükünü göz önünde bulundurmadığı için geri bir yöntem olarak kabul edilmektedir¹²⁸.

Hastalık süresince işgöremezlik ödeneği verilmesi genel olarak belirli bir süreyle sınırlandırılmıştır. Hastalık sosyal güvenlik bakımından geçici bir durumdur. Hastalık, iyileşmeyle, maluliyetle ya da ölümle son bulmaktadır. Ancak hastalık çok uzun sürer ve hasta iyileşemeyerek sürekli olarak çalışamayacak bir duruma gelirse hastalık sigortasının yerini malullük sigortası almaktadır. Ölüm durumunda ise ödenek ölen

¹²⁷ Talas, a.g.e., s.424.

¹²⁸ Aynı, s.425.

sigortalının geride bıraktığı bakmakla yükümlü olduğu kimselere verilmektedir. Ödeneklerin süresi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte genellikle 26 hafta olarak kabul edilmiştir. Ancak hastanın iyileşme ihtimalinin olduğu durumlarda bu süre bir yıla kadar çıkarılmaktadır¹²⁹.

6.Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik güçlerine ve istekli olup olmamalarına bakılmaksızın, gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı, toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkili bir şekilde faydalanmasını sağlamayı amaçlayan bir sosyal güvenlik aracıdır¹³⁰. Genel sağlık sigortasında bireyler, sağlık hizmetlerinin finansmanına gelirleri ölçüsünde katılmaktadırlar. Toplanan Primler devletin diğer gelirlerinden ayrı bir fonda biriktirilmekte ve yapılacak yardımlar zamanı geldiğinde bu fondan ödenmektedir. Bazı durumlarda sigortanın finansmanına devlet de katılmaktadır. Bu katkı ödeme gücü olmayanların primlerinin ödenmesi şeklinde olabileceği gibi, toplanan primler giderleri karşılamadığı durumlarda gelir-gider dengesindeki açığı kapatmak şeklinde de olabilmektedir. Genel sağlık sigortası, kapsamında bulunanlar için zorunlu olarak uygulanan bir sigortadır. Sağlık insan için temel bir haktır. İnsan her yaşta hastalanabilmektedir. Bu sistemde sigortalılar sağlıklı oldukları dönemlerde prim ödeyerek sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesine katkıda bulunmakta ve hastalandıkları zaman bu hizmetlerden ücretsiz olarak yararlanmaktadırlar. Genel sağlık sigortası, özel bir örgüt aracılığıyla sağlık vergisi toplayan bir kamu kuruluşu görünümündedir. Gelişmiş ülkeler yurttaşlarına hem koruyucu hem de tedavi edici hekimlik bakımından etkili bir sağlık hizmeti sunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle birlikte genellikle sağlık sigortası yöntemi veya vergiler yoluyla finansman yöntemi uygulanarak sağlanmaktadır¹³¹.

¹²⁹ Aynı, s.425 vd.

¹³⁰ DPT, 6. Beş Yıllık Kalkınma Planı, ÖİK Raporu (Ankara, 1991), s.166.

¹³¹ Orhan Arıkan, "Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye", Maliye Yazıları, Şubat-Mart 1987, S.5, s.26.

7.Özel Sağlık Sigortası

İnceleme konumuz dışında olmasına rağmen özel sağlık sigortalarına da kısaca değinmekte yarar vardır.

Özel sağlık sigortalarına hastalık sigortası, kaza sigortası veya işgöremezlik sigortası adı verilmektedir. Öngörülmeleyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını önlemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişen özellikler göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır¹³². Ek olarak daha özel hizmet almak isteyenlere cevap veren bir sistemdir¹³³. Bu sistemde özel sektörde yer alan üçüncü bir kurum prim toplamaktadır. Prim düzeyi aktüeryal hesapla belirlenmektedir. Aktüeryal hesaplama yapılırken hastalık riski ve hizmet kullanım sıklığı dikkate alınmakla birlikte gelir düzeyi dikkate alınmamaktadır. Ayrıca hastalık riski üzerinden aktüeryal prim düzeyi hesaplanırken yaş ve cinsiyet gibi bileşenler de göz önünde bulundurulmaktadır. Yani riski yüksek olanlardan yüksek prim alınmaktadır¹³⁴. Özel sağlık sigortasının amacı, kişilerin sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek riskleri teminat altına almaktır. Kişilerin sigorta başlangıç tarihinden önce meydana gelmiş bulunan birtakım hastalıkları varsa bu durum teminat dışı bırakılmaktadır. Şunu belirtmek gerekir ki riskin gerçekleşmesi durumunda sigortanın görevi, sigortalının sigortalımadan önceki haline kavuşturulmasıdır. Özel sigorta asla zenginleştirme amacı gütmemektedir¹³⁵. Özel sağlık sigortaları başlıca iki konuda güvence sağlamaktadır. Bunlar, tıbbi harcamalar ve işgöremezlik gelirleridir.

7.1.Tıbbi Harcamalar

Tıbbi harcama tazminatları üç esas üzerinde sağlanmaktadır. Birincisi, değere dayanan poliçe ile sağlanan tazminatlardır. Burada sigortacı, poliçe ile belirli bir olayın ortaya çıkması halinde sigortalıya belirli bir parasal miktarın ödenmesini taahhüt etmektedir. Örneğin, sigortalıya hastanede yatılan her gün başına belirli miktar para ödenmektedir. Sigortalı bu parayı dilediği gibi kullanmakta serbesttir. Bu tür sağlık

¹³² Ali İhsan Karacan, *Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri* (İstanbul, 1994), s.183.

¹³³ Fahrettin Tatar, "Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Mart-Nisan 1996, C.11, S.72, s.47.

¹³⁴ Belek, (1994), a.g.e., s.85.

¹³⁵ Mehmet Özkan, *Sigorta İşlemleri ve Muhasebesi* (Marmara Üniversitesi, 1995), s.34.

poliçeleri sosyal güvenlik sisteminin olanaklarına ek olarak kullanılmaktadır. İkinci yöntem garanti tazminatları sistemidir. Bu yöntemde, öngörülen durumların gerçekleşmesi halinde belirli bir parasal değerden çok belirli hizmetler için ödeme yapılmaktadır. Tıbbi harcamalar sigortasında ise hastane giderleri, ameliyat giderleri, doktor giderleri gibi masraflar karşılanmaktadır¹³⁶.

7.2. İşgöremezlik Geliri

İşgöremezlik geliri sigortası, sigortalının hastalık veya başka bir sağlık sorunu nedeniyle çalışmadığı ve gelir kaybına uğradığı zamanlarda gerek kişisel gerekse grup olarak ihtiyaçlarını karşılamak üzere geliştirilmiş bir sigortadır. İşgöremezliğin tanımı ilgili ülkenin yasal tanımıyla poliçede öngörülen koşullara göre belirlenmektedir. Sağlık sigortası iki şekilde sağlanmaktadır. Birincisi kişisel sağlık sigortası poliçesidir. Bu poliçeler bir kişi ile onun eşi, evlenmemiş çocukları ile bakmakla yükümlü olduğu ana ve babalarına koruma sağlamaktadır. Yığın halinde yapılan pazarlama yöntemleri dışında sigortalı poliçeyi almadan önce sigortalanabilirliğini kanıtlamak zorundadır¹³⁷. Ayrıca hastalık sigortası poliçesi iyi niyet çerçevesinde doldurulmalıdır. Kişinin sağlık beyanının gerçeğe aykırı olduğu anlaşılırsa sigorta şirketinin poliçeyi iptal etme hakkı olduğu gibi daha önceden sigortalı adına yaptığı ödemeleri hukuki yoldan geri alma hakkı da bulunmaktadır¹³⁸. Sağlık sigortasının ikinci şekli ise grup sağlık sigortasıdır. Grup sağlık sigortasında tek bir poliçe altında bir grubun sağlık riskleri sigortalanmaktadır. Bu tür sigortalarda poliçe sahibi genellikle işverenler, dernekler veya vakıflar olmaktadır. Poliçe sahibi bütün primi ödeyebileceği gibi sigortadan yararlanan herkesten belirli ölçüde prime katılmasını da isteyebilmektedir. Grup sigortaları kişisel sigortalardan daha ucuzdur. Ayrıca grup sigortaları da sigortadan yararlanan kişi ve onun ailesi için sağlık yardımlarını öngörmektedir¹³⁹.

¹³⁶ Karacan, a.g.e., s.183.

¹³⁷ Aynı, s.183.

¹³⁸ Özkan, a.g.e., s.36.

¹³⁹ Karacan, a.g.e., s.184.

8.Sosyal Sağlık Sigortası

Sosyal sağlık sigortası sigortalanan toplum kesiminin düzenli ve belirli bir gelire sahip olduğu ve üyeliğin zorunlu olduğu bir kamu sigortasıdır. Bu nedenle kırsal nüfusa, marjinal sektörde çalışanlara, işsizlere uygulanması son derece zordur. Gelişmiş ve yüksek milli gelire sahip ülkelerde nüfusun tamamının kapsanması olanağı varken, gelişmekte olan ve tarımın egemen olduğu ülkelerde kapsam daha dar kalmaktadır. Sigorta ile garanti altına alınan hizmetlerin kapsamı sigorta fonunun dolayısıyla da ülke ekonomisinin gücüyle orantılıdır¹⁴⁰.

Sadece sağlık hizmetlerinin değil yaşlılık, malullük, ölüm vb. risklerin de kapsama alındığı sosyal sigortalar, işverenlerin, işçilerin, bağımsız çalışanların, devletin ve bazı ülkelerde de emeklilerin ve işsizlerin katkısıyla finanse edilmektedir. Prim oranı işçinin ücretinin belli bir yüzdesi olarak belirlenmektedir. Gelir düzeyleri ne olursa olsun tüm sigortalılardan aynı oranda prim alınmaktadır¹⁴¹. Sosyal güvenlik sistemi içinde sağlık bakım hizmetleri doğrudan yöntemle ve dolaylı yöntemle sağlanabilmektedir. Dolaylı yöntemde sağlık hizmetlerinin mevcut kamu veya özel kuruluşlardan satın alınarak sunulmaktadır. Doğrudan yöntemde ise sosyal güvenlik kurumları kendilerine ait tesislerde sağlık hizmeti sunmaktadırlar. Bu yöntem genellikle gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Bunun temel nedeni de bu ülkelerde sosyal güvenlik sisteminin kuruluş aşamasında yeterli kamu ve özel sağlık tesisi bulunmamasıdır¹⁴².

Sosyal sağlık sigortaları toplumsal eşitliği de etkilemektedir. Ancak bu etki kapsanan nüfusun büyüklüğüne bağlı olarak olumlu veya olumsuz olabilmektedir. Eğer dar bir nüfus kapsanabiliyorsa sigortalanamayan nüfusun özelliklerine göre eşitsizlik doğuran bir sonuç ortaya çıkabilecektir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda durum böyledir. Bu ülkelerde belirli bir işi ve geliri olanlar genellikle sanayi ve hizmet sektöründe istihdam edilmektedir. Bu nüfus grubunun sigortalınması da var olan sağlık hizmetlerinin, zaten sağlık hizmetlerinden yararlanabilen gruba yönlendirilmesi sonucunu doğurmaktadır. Böylece kırsal nüfus, işsizler, belirli bir geliri olmayanlar gibi

¹⁴⁰ İlker Belek, "Nasıl Bir Sağlık Sistemi III", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Mart-Nisan 2000, C.15, S.2, s.94.

¹⁴¹ WHO, *Avrupa Sağlık Reformu* (Ankara, 1998), s.135.

¹⁴² Tatar, a.g.e., s.46.

bazı kesimler sağlık güvencesinden mahrum kalmaktadırlar. Diğer yandan gelişmiş ülkelerde en üst gelir grupları sosyal sigorta programlarına üyelik konusunda serbest bırakılmışlardır. Buradaki temel gerekçe bu kesimlerin kendi sağlık ihtiyaçlarını kendi imkanlarıyla karşılayabiliyor olmalarıdır. Ancak üst gelir grubunun zorunlu sigorta kapsamı dışında tutulması gelirin yeniden dağıtımına da engel olmaktadır¹⁴³. Bu durumun ülkelerdeki kesimler arası eşitsizlikleri daha da artıracığı düşünülmektedir.

9.Gelişmekte Olan Bazı Asya Ülkelerinde Sağlık Sigortası Uygulamaları

9.1.Çin

Geçmişi M.Ö. 1211’li yıllara kadar uzanan Çin köklü tarihi, büyük nüfusu ve sahip olduğu topraklarla dev bir ülkedir. Ayrıca dünyanın en fazla nüfusa sahip ülkesi olmakla birlikte Rusya ile Kanada’dan sonra coğrafya bakımından en geniş üçüncü ülkesi konumundadır. Çin 1912 de imparatorluktan cumhuriyet yönetimine geçmiş ve ülkeyi komünist parti yönetmiştir. Ülke 1930’lu yıllarda komünizmin etkisinde kalmaya başlamış ve 1949 yılında komünist yönetim ülkeye hakim olmuştur. 1965 ve 1976 yılları arasında Mao’nun yönetiminde kültürel bir devrimi başarmış olan Çin bu gelişme hızını kesmemiş ve 1976’da Mao’nun ölümünden günümüze kadar geçen zaman içinde sürekli modernleşme çabaları içinde olmuştur¹⁴⁴.

9.1.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre, nüfusu 1.273.640.000 olan ülkede, nüfusun yıllık büyüme oranı %1’dir. Yüksek yıllık büyüme hızıyla ülke nüfusuna yaklaşık her yıl 12.000.000 insan katılmaktadır. Nüfusun yaklaşık %10’u 60 ve daha yukarı yaş grubundadır¹⁴⁵. 1949’da ortalama 32 olan yaşam süresi 1960’da 47’ye, 1991’de 69’a yükselmiştir¹⁴⁶. 1999 verilerine göre, ortalama yaşam süresi erkeklerde 68,1 kadınlarda ise 71,3

¹⁴³ Belek, (2000), a.g.e., s.94.

¹⁴⁴ Marie L. Lassey, William R. Lassey ve Martin J. Jinks, **Health Care Systems Around The World**, Prentice-Hall, (New Jersey, 1997), s.286.

¹⁴⁵ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

¹⁴⁶ Lassey, Lassey ve Jinks, a.g.e., s.286.

düzeyine yükselmiştir¹⁴⁷. Nüfusun %31'i şehirlerde, %69'u kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Gayri safi yurtiçi hasılanın %2,7'sinin sağlık için harcadığı ülkede kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içinde payı ise %24,9'dur¹⁴⁸. Kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla ise 1.866 \$ düzeyindedir¹⁴⁹.

9.1.2.Örgütsel Yapı

Sağlık konusu bir çok bakanlığın çalışma alanına girmektedir. Bu bakanlıklardan en önemlileri Kamu Sağlığı Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Maliye Bakanlığıdır. Kamu Sağlığı Bakanlığı Kamu Sağlık Büroları aracılığıyla faaliyette bulunmakta ve ülkedeki sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Kendi yetki sahalarındaki tüm sağlık çalışmalarından sorumlu olan Kamu Sağlık Bürolarının takip ettiği sağlık politikaları merkezi hükümet tarafından belirlenmektedir. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının sağlığa yönelik faaliyetlerini yürüten ve yöneten en önemli bölüm Sağlık Sigortaları Kurumudur. Ülkedeki merkezi hükümete ve eyalet hükümetlerine bağlı işçiler ve bağımlıları bu kuruluşun kapsamındadırlar. Merkezi hükümetin çalışanları ise bağımlıları hariç olmak üzere Maliye Bakanlığına bağlı bir sigorta kurumunun kapsamındadırlar¹⁵⁰.

9.1.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

Köklü bir tarihi geçmişi olan Çin'de sağlığa olan ilgi hep var olmuştur. Çinliler toplum sağlığı açısından akupunktur, bitkisel ilaçlar vb. geleneksel tedavi yöntemlerine büyük önem vermişlerdir. Ancak modern anlamda sağlık çalışmaları 19. yüzyılda başlamıştır. Çin'deki ilk Sağlık Sigortası Kanunu 1951 yılında çıkarılmıştır. Bu kanunla öncelikli olarak kentsel bölgelerde çalışan işçiler ve emekliler kapsama alınmıştır. Daha sonra 1952 yılında yine kentsel bölgelerde yaşayan memurlar, kamu çalışanları, gaziler ve öğrenciler kapsama alınmışlardır. Kırsal bölgelere yönelik ilk sağlık sigortası çalışması ise 1978 yılında başlamıştır. Ancak 1950'lerden beri Kırsal Sağlık Birlikleri

¹⁴⁷ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

¹⁴⁸ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable08.pdf>; <http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (China)

¹⁴⁹ <http://tbc2.senet.com.au/health/health.htm>.

¹⁵⁰ Milton I. Roemer, *National Health System of the World* (Oxford University Press, 1991), s.594.

bazı birinci basamak sağlık hizmetlerini bu bölgelerde sağlamışlardır. Bu kanunlar 1986, 1989, 1994 ve 1998 yıllarında bazı değişikliklere uğramış ve günümüze ulaşmıştır¹⁵¹.

9.1.2.2.Sağlık Hizmetleri

Çin'in büyük nüfusuna rağmen sağlık hizmetlerini yeterli düzeyde sunabilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerine verdiği önemle açıklanmaktadır. Ülke 21 eyalet, 5 özerk bölge ve merkezi yönetimin kontrolünde 3 büyük belediyeden oluşmaktadır. Bu bölgelerin her birinde Kamu Sağlık Büroları bulunmaktadır. Bu bürolar kendi bölgelerindeki sağlık hizmetlerinin yürütümünden sorumludurlar. Kamu Sağlık Bürolarının altında o bölgenin ya da eyaletin ihtiyaçları doğrultusunda alt sağlık merkezleri bulunmaktadır¹⁵². Ülkenin sağlık hizmetleri idari yapısında olduğu gibi eyalet, il, kasaba ve köy hiyerarşisine sahiptir¹⁵³. İllerde hastaneler, kasabalarda sağlık merkezleri, köylerde sağlık istasyonları hizmet vermektedir. Kasabalardaki sağlık merkezlerinde ve köylerdeki sağlık istasyonlarında önleyici sağlık hizmetlerine yönelik olarak nüfus açısından büyük önem taşıyan aile planlaması, aşılama, çevre sağlığı ve kişisel sağlık eğitimi gibi hizmetler sunulmaktadır. İllerdeki hastanelerde ise uzmanlık gerektiren tedaviler, cerrahi müdahaleler ve salgınlarla mücadele gibi ikinci basamak sağlık hizmetleri sunulmaktadır¹⁵⁴.

9.1.3.Ulusal Sağlık Sigortası

Çin'de kamusal sağlık sigortaları üç temel sigorta kuruluşu tarafından yürütülmektedir. Bunlar Hükümet Çalışanları Sağlık Sigortası, İşçi Sağlık Sigortası ve Kırsal Sağlık Sistemi Kooperatifleridir.

¹⁵¹ US Social Security Administration, **Social Security Programs Throughout The World-1999** (USA, 1999), s.79; <http://cob.mtholyoke.edu/courses/sgabriel/chinahealth.htm>.

¹⁵² Roemer, **a.g.e.**, s.602.

¹⁵³ Belek, (2000), **a.g.e.**, s.102.

¹⁵⁴ <http://cob.mtholyoke.edu/courses/sgabriel/chinahealth.htm>.

9.1.3.1.Hükümet Çalışanları Sağlık Sigortası (Gongfei Yilao)

Hükümet çalışanları sağlık sigortası merkezi hükümet, eyalet, il, kasaba ve köyler düzeyindeki tüm hükümet çalışanlarını kapsamına alan bir sigortadır. Bu sigortanın kapsamında, ayrıca siyasi parti çalışanları, gaziler, öğrenciler de bulunmaktadır. Sigortalıların bakmakla yükümlü olduğu kişiler sağlık güvencesi dışında tutulmuş sadece sigortalının kendisi güvence altına alınmıştır. Sigortanın finansmanı tümüyle devlet tarafından karşılanmaktadır. 200'den fazla çalışanın bulunduğu işyerlerinde bir klinik bulundurmaları zorunluluğu getirilmiştir. Sigortalıların bakımları bu kliniklerde ya da hastanelerde yapılmaktadır. Sigortalı sağlık kuruluşuna başvurduğunda gereken tedavi ücretini ödemekte ve ödediği ücret devlet tarafından sonradan kendisine iade edilmektedir¹⁵⁵.

9.1.3.2.Kırsal Sağlık Sistemi Kooperatifleri

Bu sistem genellikle Kırsal Sağlık Kooperatifleri adıyla bilinmektedir. Kırsal Sağlık Kooperatifleri gönüllü sigortalılığın esas olduğu kuruluşlar olmasına karşın kasaba ve köylerdeki nüfusun büyük çoğunluğu bu kooperatiflere yıllık gelirlerinin %0,5'i ile %2'si arasında bir katkı karşılığında aile olarak sigortalanmaktadır¹⁵⁶. Kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetleri köylerdeki sağlık istasyonları ya da kasabalardaki sağlık merkezleri tarafından yerine getirilmektedir. Sigortalılar kendi bölgelerindeki sağlık istasyonlarında ya da sağlık merkezlerinde tedavi gördüklerinde, tedavi giderlerini bizzat ödemekte ve daha sonra bu giderlerin tamamı sigorta kurumunca geri ödeme yoluyla sigortalıya iade edilmektedir. Sigortalının kendi bölgesi dışında tedavi olması durumunda ise geri ödeme oranı %40 oranında azalmaktadır¹⁵⁷.

9.1.3.3.İşçi Sigortaları (Laobao Yilao)

Ulusal düzeyde ve eyaletler düzeyinde uygulanan bir sigortadır.

¹⁵⁵ Aviva Ron, Brian Abel-Smith ve Giovanni Tamburi, *Health Insurance in Developing Countries* (Ceneva, 1990), ILO Press, s.94; <http://cob.mtholyoke.edu/courses/sgabriel/chinahealth.htm>; <http://asahi-net.or.jp/~ID5K-SRI/ful214.htm>.

¹⁵⁶ Belek, (2000), *a.g.e.*, s.102.

¹⁵⁷ Roemer, *a.g.e.*, s.599.

9.1.3.3.1.Kapsamı

İşçi sigortalarının kapsamında devlette ya da kollektif işletmelerde sürekli ve sözleşmeli çalışan işçiler, emekliler ve bağımlılar bulunmaktadır. Devlet 100'den fazla işçinin çalıştığı işyerlerinde, işçi sigortaları uygulamasını zorunlu tutmaktadır¹⁵⁸.

9.1.3.3.2.Yararlanma Koşulları

Sağlık yardımlarından yararlanmak için herhangi bir koşul gerekmemektedir. Sigortalı olmak yeterlidir¹⁵⁹.

9.1.3.3.3.Sağlanan Yardımlar

İşçi sigortalarından sağlanan yardımlar sağlık yardımları ve parasal yardımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlık yardımları, işverenin hastanesinde ya da kliniğinde verilmektedir. Devlet 1000'den fazla işçi çalıştıran işyerlerine hastane, 200 ile 1000 arasında işçi çalıştıran işyerlerine de kendi kliniklerini açma zorunluluğu getirmiştir¹⁶⁰. Bu tesislerde sigortalıya sunulan sağlık hizmetleri şunlardır:

- i. Doktor tedavisi,
- ii. Hastanede yatarak tedavi,
- iii. Cerrahi müdahale ve
- iv. İlaç yardımlarıdır.

Sigortalılara sunulan yukarıdaki sağlık hizmetlerinin yarısını sigortalı, yarısını da çalıştığı işletme karşılamaktadır. Sigortalının tedavisi için başka bir bölgeye götürülmesi gerektiğinde yol masrafları sigortalı tarafından karşılanmaktadır. Devlette ya da diğer işletmelerde çalışan işçilerin doğum kontrolüne yönelik tedavi ve cerrahi müdahaleleri nüfus politikası amaçları doğrultusunda çalıştıkları işletme ya da devlet tarafından ücretsiz karşılanmaktadır. Sigortalılara sağlanan sağlık yardımları sigortalı işbaşı yapacak duruma gelene kadar devam etmektedir. Ancak geçici ve sözleşmeli

¹⁵⁸ <http://cob.mtholyoke.edu/courses/sgabriel/chinahealth.htm>.

¹⁵⁹ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.80.

¹⁶⁰ <http://cob.mtholyoke.edu/courses/sgabriel/chinahealth.htm>.

işçiler hizmet sürelerinin uzunluğuna göre belirli bir süre bu hizmetlerden yararlanabilmektedirler¹⁶¹.

İşçi sigortalarından yapılan parasal yardımların miktarı, sigortalının hizmet süresine bağlı olarak ücretin %60 ile %100 arasında değişmektedir. Hizmeti 2 yıldan az olan sigortalılara ücretinin %60'ı, hizmeti 2 yıl ile 4 yıl arasında olan sigortalılara ücretinin %70'i, hizmeti 4 yıl ile 6 yıl arasında olan sigortalılara ücretinin %80'i, hizmeti 6 yıl ile 8 yıl arasında olan sigortalılara ücretinin %90'ı, hizmeti 8 yıldan fazla olan sigortalılara ise ücretinin %100'ü ödenmektedir. Parasal yardımlar işveren tarafından yapılmakta ve her yıl için en çok 6 ay süre ile ödenmektedir. Hastalık nedeniyle sürekli malullük ortaya çıkması durumunda sigortalıya hizmet süresine göre ücretinin %40 ile %60 arasında bir gelir ödenmeye devam edilmektedir¹⁶².

9.1.3.3.4.Finansman

Sistemin finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalı ücretinin %2'si oranında finansmana katılmaktadır. İşverenin prim oranı ise sigortalının ücretinin %6'sıdır. Devletin finansmana katılımı ise merkezi düzeyde ve eyalet düzeyinde sisteme ihtiyaç olduğu ölçüde destek olmak şeklindedir¹⁶³.

9.2.Hindistan

Hindistan'ı kolonileştirmeye çalışan ilk ülke 1500'lü yıllarda Portekiz olmuştur. Daha sonra Almanlar ve 1609'da İngilizler ülkeye gelmiş ve son olarak 1830'da İngilizler kontrolü ele geçirmişlerdir. İlk olarak Raca'nın yetkilerini kısıtlamışlardır. I. Dünya Savaşından sonra bağımsızlık hareketleri başlamış ve 1937'de federal yasama meclisiyle doruğa yükselmiştir. Pasif direnişlerle ülkedeki İngiliz yönetimi engellenmeye çalışılmıştır. Sonunda 1947'de İngiliz hükümeti yabancılar kanunlarını kaldırmış ve Müslüman Pakistan ve Hindu Hindistan olmak üzere iki bağımsız ülke doğmuştur¹⁶⁴. Hindistan bugün 25 eyalet ve 7 birlik topraklarından oluşan 32 bölgenin

¹⁶¹ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.95.

¹⁶² US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.80.

¹⁶³ Aynı, s.80.

¹⁶⁴ Roemer, a.g.e., s.526.

federasyon halinde birleştirildiği bir ülke olmuştur¹⁶⁵. 1949 yılında anayasal federal devlet olan Hindistan, merkezi hükümetin kontrolünde ulusal politikaları uygulayan bağımsız bir devlet haline gelmiştir. 1930'da kurulan Kongre Partisi bağımsızlığın kazanıldığı günden beri büyük oranda kontrolü elinde tutmaktadır. Ülke 1951 yılından beri 5 yıllık merkezi planlarla kalkınmaya çalışmaktadır.

9.2.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre, Hindistan'ın nüfusu 998.059.000'dir. Nüfus artış oranı ise yıllık %1,8'dir. Bu oran günümüzde oldukça yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Nüfusun yaklaşık %7,5'i 65 yaş ve üzerindeki gruptadır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 59,6 kadınlarda 61,2'dir¹⁶⁶. Gayri safi yurt içi hasılanın %5,2'sinin sağlık için harcandığı ülkede, kamu sağlık harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içindeki payı %13,0'dır. Ülke sağlık harcamaları bakımından özel sektör ağırlıklı bir finansmana sahiptir¹⁶⁷. Kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasıla 1360 \$'dır. Ülkede konuşulan 24 değişik dil olmakla birlikte resmi dil olan Hintçe nüfusun %30'u tarafından kullanılmaktadır¹⁶⁸. Ayrıca Hindistan'da 1000 hastaya yaklaşık olarak 0,4 doktor, 0,3 hemşire düşmektedir¹⁶⁹.

9.2.2.Örgütsel Yapı

Hindistan'da sağlık politikalarını Sağlık ve Aile Refah Bakanlığı yönlendirmektedir. Merkezi bakanlık ulusal araştırmalar, eğitim faaliyetleri, aile planlaması, ilaç üretimi, sağlık meslek gruplarının düzenlenmesi gibi işleri planlamaktadır. Sağlık ve Aile Refah Bakanlığının sağlık hizmetlerinin finansmanın 1/3'ünü merkezi hükümet, 2/3'ü de federal hükümetler karşılamaktadır. Ayrıca aile planlaması hizmetleri de merkezi hükümet tarafından desteklenmektedir. Ülke Sağlık ve Aile Refah Bakanlığının idari yapısı açısından 408 ana bölgeye ayrılmıştır. Bu bölgeler belirlenirken coğrafi büyüklük ve nüfus göz önünde bulundurulmuştur. Yaklaşık olarak

¹⁶⁵ <http://www.slackinc.com/EYE/osni/199709/indiapop.htm>.

¹⁶⁶ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

¹⁶⁷ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable08.pdf>.

¹⁶⁸ <http://www.slackinc.com/EYE/osni/199709/indiapop.htm>.

¹⁶⁹ <http://www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3523/47A.HTM>.

bir bölge 2.000.000 nüfusa karşılık gelecek şekilde planlanmıştır. Her bölgenin başında federal devlet tarafından atanan sağlık idarecileri vardır. Sağlık idarecileri Sağlık ve Aile Refah Bakanlığının tüm yerel çalışmalarından sorumludurlar¹⁷⁰.

9.2.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

1923'de İşçi Düzenleme Yasasının yürürlüğe girmesinden sonra işverenlerin sorumluluklarında birtakım eksiklikler olduğu daha belirgin bir hale gelmiştir. 1928 yılından itibaren sağlık sigortası sorunu zaman zaman ortaya konulmuş ancak herhangi bir ilerleme kaydedilmemiştir. 1942 yılında sadece pamuk, hint keneviri, tekstil ve ağır sanayi kapsayan bir sağlık sigortası uygulanmasına karar verilmiştir. 1946 yılında Yasama Meclisinde "İşçilerin Devlet Sigortası Poliçesi" topluma tanıtılmış ve 1948 yılında "İşçilerin Devlet Sigortası Yasası" meclisten geçirilmiştir. Hindistan'da aşamalı olarak uygulanan bu kanun sağlık sigortasının başlangıcı kabul edilmektedir. Sağlık sigortası öncelikle 1950'de iki endüstrileşmiş şehir olan Delhi ve Kampur'da yürürlüğe konmuştur. Bu programın uygulanması sırasında elde edilen deneyimler ışığında bazı değişiklikler gerektiği anlaşılmış ve sağlık sigortası 1966, 1974 ve 1984 yıllarında önemli değişikliklere uğrayarak günümüze ulaşmıştır¹⁷¹.

9.2.2.2.Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, Sağlık ve Aile Refah Bakanlığının gözetiminde merkezi hükümet ve eyalet yönetimleri tarafından sağlanmaktadır. En uç bölgelerde birinci basamak sağlık hizmetleri yaklaşık 20.000 ile 30.000 arasında bir nüfusa hizmet edecek şekilde planlanmıştır. Bu merkezlerde sağlık memurları (medical officers) görev yapmaktadır. Az nüfuslu köylerde (1000'in altında) gönüllü eğitilmiş sağlık rehberleri hizmet vermektedir. Şehirlerde birinci basamak sağlık hizmetleri belediyeler tarafından yürütülmektedir. Buna ek olarak hükümetten yardım alan ulusal gönüllü yardım örgütleri özellikle şehirlerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesine destek olmaktadır.

¹⁷⁰ Roemer, a.g.e., s.529.

¹⁷¹ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.115.

Ayrıca son 10 yılda ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini büyük ölçüde özel sektör yürütmektedir¹⁷².

9.2.3.Ulusal Sağlık Sigortası

Sağlık hizmeti veren iki temel sosyal sigorta kurumu vardır. Bunlardan ilki Merkezi Hükümetin Sağlık Sigortası Programı (CGHIS) ve Devlet İşçi Sigortaları Kurumu (ESIC) dir. Ülkede kamuya ait zorunlu katılımı öngören iki sigorta kurumu olmasına rağmen bunların kapsadıkları nüfus ülke nüfusuyla kıyaslanmayacak ölçüde küçüktür. Her iki sigortanın kapsadığı nüfus, toplam nüfusun %3'üdür¹⁷³.

9.2.3.1.Merkezi Hükümet Sağlık Sigortaları Programı (CGHIS)

Zorunlu sağlık sigortası olan CGHIS'nin finansmanında genel sabit bir oran vardır. Finansmana katkı aile başına 5 Rs (Rupee) ile 50 Rs arasındadır. Bu program Delhi'nin de aralarında olduğu 16 şehir de başlatılmıştır. CGHIS 312 dispenser işletmektedir. İlk tedaviden sonra gerekirse doktor hastayı, uzman bir doktora sevk edebilmekte ya da, hasta belli koşullarda doğrudan doğruya uzman doktora gidebilmektedir. Doktorların ve diğer sağlık personelinin ücreti maaşlar yoluyla ödenmektedir. CGHIS hastanede tedavi, bakım hizmeti, ayakta tedavi, gerekli ilaçlar, laboratuvar hizmetleri, röntgen, ambulans hizmeti, aşılama gibi hizmetleri sağlamaktadır¹⁷⁴.

9.2.3.2.İşçilerin Devlet Sigortası Kurumu (ESIC)

ESIC 1948'de kurulmuş ve halen faaliyetini sürdüren bir sigorta kuruluşudur. Ülkedeki özel sektöre ait sanayi işçilerinin ve ailelerinin sosyal güvenliğini sağlamaktadır¹⁷⁵.

¹⁷² Aynı, s.112.

¹⁷³ <http://www.karvy.com/articles/healthinsurancerevolution.htm>.

¹⁷⁴ <http://delhimarket.com/doctors/cghs.html>.

¹⁷⁵ Roemer, a.g.e., s.530.

9.2.3.2.1.Kapsam

Hindistan'da 20 ve daha fazla işçi çalıştıran mevsimsel olmayan işlerin yapıldığı işyerlerine öncelik verilmekle birlikte ESIC'in kapsamında bulunan işyerleri şu şekilde sıralanmıştır:

- i. 19 ve daha az işçi çalıştıran az enerji kullanan işyerleri ve enerji kullanmayan 20 ve daha fazla işçi çalıştıran işyerleri
- ii. 20 ve daha fazla işçi çalıştıran dükkan, otel, restoran, sinema, tiyatro, gazete gibi işyerleri
- iii. 10 ve daha fazla işçi çalıştıran enerji kullanan üretime yönelik işyerleri

Kapsamda olan işyerlerinde aylık geliri 6500 Rs'nin altında olanlar sağlık sigortası kapsamındadır. Ayrıca emekliler ve malullerin sigorta kapsamında olmaları için aylık 10 Rs prim ödemeleri gerekmektedir¹⁷⁶.

9.2.3.2.2.Yararlanma Koşulları

ESIC bünyesinde hem parasal yardım hem de sağlık yardımları yapılmaktadır. Parasal yardımlardan yararlanabilmek için belirlenmiş olan 6 aylık süre içinde 78 gün prim ödemiş olmak gerekmektedir. Sağlık yardımlarından yararlanmak için istihdam edilmek ve sigortalı olmak yeterlidir¹⁷⁷.

9.2.3.2.3.Sağlanan Yardımlar

Sağlık Sigortaları kapsamında sigortalılara sağlık yardımı ve parasal yardım yapılmaktadır.

9.2.3.2.3.1.Sağlık Yardımları

Sağlık sigortasından sağlanan sağlık yardımları şunlardır¹⁷⁸:

¹⁷⁶ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.115; US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.170.

¹⁷⁷ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.171.

¹⁷⁸ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.117.

- i. Dispanserlerde yapılan ayakta hasta bakımını ve kurum tesislerinde sağlık memurlarına danışma ile ilaç temini
- ii. Gerekli durumlarda uzmana danışma, özel ilaçların sağlanması, laboratuvar ve röntgen hizmetleri
- iii. Yatarak tedavi, uzman doktor hizmeti, ilaç sağlama ve diyet hizmeti
- iv. Çocuklara yönelik her türlü koruyucu bağışıklama
- v. Aile sağlığı hizmeti ve aile planlaması (Kısırlaştırma ameliyatları ücretsiz yapılmakta ve kısırlaştırma karşılığında sigortalılara 7 ile 14 günlük ücret arasında ikramiye vermektedir.)
- vi. İşitme cihazı, takma diş, gözlük vb. protezler sağlama hizmeti.

9.2.3.2.3.2.Parasal Yardımlar

Parasal yardımların miktarı ücretin bağlı olduğu sınıfa göre günlük 14 Rs ile 125 Rs arasında değişmektedir. Sağlık yardımı ödenecek süre 2 altı aylık zaman dilimi içinde 91 gündür. Sağlık yardımları 2 günlük bekleme süresinden sonra 3. günden itibaren ödenmeye başlanmaktadır. Yardım miktarı bazı özel hastalıklarda %40 oranında artırılabilir.

9.2.3.2.4.Finansman

Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar sağlık sigortasının finansmanına aylık kazançlarının %1,75'i oranında katılmaktadırlar. Günlük ücreti 25 Rs'nin altında olanlar prim ödemeksizin sağlık sigortasından yararlanmaktadırlar. İşverenler ise sigortalının aylık kazancının %3,75' oranında prim ödemektedirler. Eyalet hükümetleri de yapılan sağlık harcamalarının %12,5'ini ödemek suretiyle finansmana katılmaktadırlar¹⁷⁹.

¹⁷⁹ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.170.

9.3.Güney Kore

Kore, II. Dünya Savaşı sonrasında Japonların Kore yarımadasındaki hakimiyetlerini kaybetmelerinden sonra kurulan bir devlettir. 1910 ile 1945 yılları arasında Japonların hakimiyetinde kalan bölgede 1948 yılında iki ayrı devlet kurulmuştur. Kuzeyde kalan devlet Sovyetler Birliği'ne yakınlaşmış ve daha sonra sosyalizmi benimseyerek bu ekseninde ilerlemeye devam etmiştir. Güney'de kalan ülke ise Amerika'nın etkisi altına girmiş ve serbest rekabeti benimseyerek liberal ülkeler arasındaki yerini almıştır. 1950 de Kuzey ve Güney Kore kendilerini siyasi ve mali açıdan destekleyen ülkelerin de etkisiyle uzun süren bir savaşın içine girmişler ve bu savaşta büyük can ve mal kaybına uğramışlardır. Savaştan sonra da bu ülkeler bağımsız iki ülke olarak varlıklarını devam ettirebilmişlerdir¹⁸⁰.

9.3.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre nüfusu 46.480.000¹⁸¹ olan Kore nüfus yoğunluğu en yüksek ülkelerden biridir. Nüfus yoğunluğu kilometre kareye 450 kişi civarındadır. Yaklaşık olarak 6.000.000 Koreli ülke dışında, 500.000'ne yakın yabancı da Kore'de yaşamaktadır. Kore de yaygın kültür ve dil Korelilerin oluşturduğu etnik grubun kültürü ve dilidir. Ülkenin dini Budizm, Hıristiyanlık ve Konfüçyüs doktrindir¹⁸².

Yıllık nüfus artış oranı %0,9 olan ülkede nüfusun yaklaşık %10'u 65 ve daha yukarı yaş grubundandır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 69,2 kadınlarda 76,3'tür¹⁸³.

Kore'nin 1961 yılında milli geliri kişi başına 82\$ civarında gerçekleşmiştir. Gelişmekte olan ülkeler arasında en düşük milli gelire sahip olan bu ülke 1962 yılından itibaren uyguladığı beş yıllık kalkınma planlarıyla 1995 yılında 10.000 \$ üzerinde kişi başına milli gelire ulaşmıştır. Kore 30 yıllık bir zaman diliminde tarım ülkesi olmaktan çıkmış ve yüksek şehirleşme oranına sahip bir endüstri toplumu haline gelmiştir. 1995 verilerine göre nüfusun %88'i şehirlerde, %12'si kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Okuma-yazma oranı %97 civarındadır. Toplam gayri safi yurtiçi hasılanın %6,7'sinin

¹⁸⁰ Roemer, a.g.e., s.303.

¹⁸¹ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

¹⁸² http://dhp.m.snu.ac.kr/cykim/e_shin.htm.

¹⁸³ <http://filestore.who.int/who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

sağlığa harcandığı ülkede her 1000 kişiye 1,2 doktor ve 3,2 hastane yatağı düşmektedir¹⁸⁴.

9.3.2.Örgütsel Yapı

Kore'de sağlık sisteminin en tepesinde Sağlık Bakanlığı bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortalarına ilişkin faaliyetler Sağlık Bakanlığının denetiminde yürütülmektedir. Bakanlığın altında bakanlığa bağlı olarak çalışan Ulusal Sağlık Sigortası Federasyonu bulunmaktadır. Federasyon bireysel sağlık sigorta birliklerini desteklemek, yol göstermek ve sağlık bakım hizmeti veren kuruluşlarla anlaşmalar yapmak veya bunları iptal etmek gibi çalışmalarını yürütmektedir. Bakanlığa bağlı bir diğer kuruluş Ulusal Sağlık Sigortaları Kurumudur. Kurum, Ulusal Sağlık Sigortaları programlarını yürütmektedir. İşverenlerden, sigortalılardan ve bağımsız çalışanlardan prim toplama, sigortalılarla ilgili kayıtları tutma ve tıbbi bakım sağlama gibi işleri yerine getirmektedir. Ulusal Sağlık Sigortası kurumunun altında 140 Tıbbi Sigorta Kurumu vardır. Bunlar, koşulları sağlayan sigortalıların ve bağımlılarının muayeneleri, prim toplama ve tıbbi bakım sağlama hizmetlerini yerine getirmektedirler¹⁸⁵.

9.3.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

Kore, sağlık sigortasını çok geç uygulamaya koyan bir ülkedir. Sağlık sigortaları konusunda ilk adım 1963'te atılmıştır. 1963'te 4'ü işveren destekli sigorta ortaklığı, 7'si esas olarak bağımsız çalışanlar için kar amacı gütmeyen sigorta kooperatifleri tarafından destekli toplam 11 devlet destekli pilot sigorta programı uygulamaya konulmuştur. 1970'li yılların ikinci yarısında büyüyen gelir dağılımı dengesizliğinin ve toplum katmanlarındaki artan huzursuzluk sonucunda sosyal barış artan öneme sahip bir konu haline gelmiştir. Kentleşme ve eğitimli halkın artan beklentileri sonucu devlet özellikle sosyal güvenlik ve sağlık programlarında refahı artırıcı önlemler almaya mecbur kalmış ve 22 Aralık 1976'da Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Böylelikle Kore'de modern sağlık sigortasının temelleri atılmış olmuştur. Bu tarihten

¹⁸⁴ http://dhp.m.snu.ac.kr/cykim/e_shin.htm.

¹⁸⁵ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.207.

sonra, Kore'de sağlık sigortası alanında hızlı bir gelişme kaydedilmiştir. 1977 Temmuzunda ülkede 500 veya daha çok işçi çalıştıran işletmelerdeki işçiler için zorunlu sigortalık kabul edilmiştir. Program 500'den az işçinin çalıştığı işyerlerine ise gönüllü katılım olanağı vermiştir. Zorunlu kapsama alanı için gerekli işçi sayısı olan 500 işçi, 1979'da 300 işçiye, 1981'de 100 işçiye, 1983'te 16 işçiye ve son olarak ta 1988'de 5 işçiye kadar indirilerek programın kapsamı genişletilmiştir. Bunlara ek olarak 1979'da yasama organı tüm devlet memurları, öğretmenler ve eğitim kuruluşlarındaki çalışanlar için sağlık programını zorunlu hale getirmiştir. 1980'de tüm askeri personel, 1981'de emekliler ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler de zorunlu sağlık sigortası kapsamına girmişlerdir. 1981 yılında hükümet uyguladığı 3 pilot bölgedeki çalışmasıyla çiftçiler ve bağımsız çalışanları da sağlık sigortası kapsamına almıştır. 1982'de bu çalışmaya 3 bölge daha dahil edilmiştir. Aynı yıl sanatçılar ve taksi sürücüsü gibi serbest çalışanlar da kapsama alınmışlardır. 1988'de bölgesel sağlık sigortası ülkedeki tüm kırsal kesimi kapsayacak şekilde genişletilmiştir¹⁸⁶. 1977'de halkın %8,8'i sağlık sigortası kapsamındayken 1988'de bu oran %66'nın üstüne çıkmış, 1996'da ise %96,2'ye ulaşmıştır¹⁸⁷.

9.3.2.2.Sağlık Hizmetleri

Kore'de Sağlık Bakanlığının kurduğu sağlık merkezleri sağlık hizmetlerinin başlangıç noktası olmuştur. Bu sağlık merkezleri büyük nüfuslu şehirlerde, küçük şehirlerde ve ilçelerde hizmet vermektedir. Hükümet bu sağlık merkezleri sistemiyle önleyici sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlamayı hedeflemiştir. Tüm merkezlerde bir doktor ve birkaç sağlık personelinden oluşan bir sağlık ekibi bulunmaktadır. Ülkede sağlık merkezlerinin sayısındaki artışa bağlı olarak bazı kasaba ve köylerdeki sağlık merkezlerinde ise yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Hastalar sağlık merkezlerinin gerekli görmesi durumunda hastanelere sevk edilmektedir¹⁸⁸.

¹⁸⁶ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.149 vd.

¹⁸⁷ WHO Regional Committee for The Western Pacific, *Evaluation Of Health Care Policy and Programme In Korea* (Seoul, 1996), s.13.

¹⁸⁸ Roemer, a.g.e., s.306.

Kore sağlık sisteminde özel sektörün ağırlığı oldukça fazladır. Özellikle şehirlerde hastane yataklarının %85'i özel sektöre aittir. Devlet sağlık merkezlerini, klinikleri, genel hastaneleri ve özel ihtisas hastanelerini işletmektedir. Kırsal kesimdeki birinci basamak sağlık hizmetlerini ve ana-çocuk sağlığı hizmetlerini sağlamak da yine devletin sorumluluğundadır. Ayrıca devlet şehirlerdeki özel sağlık hizmetlerinin dağılımını dengelemek ve bütçenin elverdiği ölçüde kırsal kesime yönelik sağlık hizmetlerini uygulamakla yükümlüdür¹⁸⁹.

9.3.3.Ulusal Sağlık Sigortası

Kore zorunlu sağlık sigortası sistemiyle 1977 yılında tanışmıştır. Bu sistem üç temel prensip üzerine kurulmuştur. Bunlardan ilki zorunlu kapsam, ikincisi bireysel kazanç temelinde göre katkı, üçüncüsü bireysel katkıdan bağımsız yardım düzeyidir¹⁹⁰.

Ulusal sağlık sigortası iki bölüme ayrılmaktadır. Bunlar yoksullara sağlık yardımı ve çalışan nüfus için sağlık sigortasıdır. 1995 yılında nüfusun %4,3'ü yoksulluk nedeniyle sağlık yardımı almıştır. Yoksullara yapılan sağlık yardımı tümüyle devlet tarafından karşılanmaktadır. Çalışan nüfusun sağlık sigortası ise Ulusal Sağlık Sigortası Federasyonuna bağlı Sağlık Sigorta Kurumları tarafından prim karşılığında sağlanmaktadır¹⁹¹.

9.3.3.1.Sağlık Sigortası

Şu anda Kore'de çalışan nüfusa sağlık sigortası sağlayan dört ana grup vardır. Bunlar¹⁹²:

- i. Sanayi ve ticari sektörde çalışan işçilerin sigorta kurumları
- ii. Devlet memurları ve özel okul öğretmenlerinin sigorta kurumları
- iii. Bağımsız çalışanların sigorta kurumları ve
- iv. Kırsal kesimde kendi işinde çalışanların sigorta kurumlarıdır.

¹⁸⁹ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.141.

¹⁹⁰ http://dphm.snu.ac.kr/cykim/e_shin.htm.

¹⁹¹ Aynı.

¹⁹² Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.150.

9.3.3.1.1.Kapsam

Sağlık sigortası yoksulluk nedeniyle sağlık yardımı alanlar dışında kalan tüm Kore halkını kapsamaktadır. Ayrıca ülkede 1 yıl veya daha fazla süredir yerleşmiş bulunan yabancılar da sağlık sigortasından yararlanırlar¹⁹³.

9.3.3.1.2.Yararlanma Koşulları

Sağlık yardımlarından yararlanmak için herhangi bir süre ya da prim ödeme koşulu aranmamaktadır¹⁹⁴.

9.3.3.1.3.Sağlanan Yardımlar

Sağlık sigortası kapsamında sigortalılara sağlanan yardımlar şunlardır:

- i. Tıbbi tedaviler,
- ii. Cerrahi hizmetler,
- iii. Hastanede tedavi,
- iv. İlaç hizmetleridir.

Kore’de sigortalılar sağlık hizmetlerinden tümüyle ücretsiz yararlanmamakta, kendilerine sağlanan hizmetler için harcamalara katkıda bulunmaktadırlar. Sigortalıların, hastanede ya da kliniklerde yatarak tedavilerde, harcamaların %20’sine, ayakta tedavilerde de %30 ile %55 arasında bir miktara katılmaları zorunludur¹⁹⁵. Sigortalıların bağımlıları da aynı koşullarda sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar.

9.3.3.1.4.Finansman

Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar arasında da farklı oranlarda katkı söz konusudur. İşçiler

¹⁹³ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.207.

¹⁹⁴ Aynı, s.207.

¹⁹⁵ http://dhp.m.snu.ac.kr/cykim/e_shin.htm; Aynı, s.207; WHO Regional Committee for The Western Pacific, a.g.e., s.14.

aylık brüt ücretlerinin %1 ile %4'ü arasında ortalama olarak %1,64 oranında, memurlar ve özel okul çalışanları brüt ücretlerinin %2,61'i oranında, kendi hesabına çalışanlar da gelirlerine, cinsiyetlerine ve yaşlarına göre belirlenecek bir orana göre prim ödemektedirler. İşverenler de işçilerin kazancının %1 ile %4 arasında ve ortalama olarak %1,64'ü civarında, özel okul çalışanları için de sigortalının ücretinin %1,26'sı oranında prim ödemektedirler. Devlet işçiler için katkıda bulunmamaktadır. Ancak memurlar için brüt ücretlerinin %2,1 oranında, özel okul çalışanları için %0,84 oranında ve bağımsız çalışanlarından primlerinin %30'u oranında katkıda bulunmaktadır¹⁹⁶.

9.3.3.2. Yoksullara Sağlık Yardımları

1977'de devlet sağlık hizmetlerini karşılayamayacak durumda olan bireyler için sağlık yardım programını yürürlüğe koymuştur. Bu programın kapsamını, çalışmayanlar, dar gelirliler ve yoksulluk sınırı altında bulunanlar oluşturmaktadır. Çalışmayanlar grubunu 65 yaş ve üstündekiler ile 18 yaş altındakiler, hamileler, özürlüler ve Geçim Koruma Yasası kapsamından yardım alanlar oluşturmaktadır. Dar gelirliler grubunu ise asgari yaşam gelirinden daha az kazananlar oluşturmaktadır. Yoksulluk sınırı yıllık olarak bölgelere göre devlet tarafından tespit edilmektedir. Çalışmayanların sağlık harcamaları tümüyle devlet tarafından karşılanmaktadır. Dar gelirlilerde ise durum biraz daha farklıdır. Devlet dar gelirlilerin sağlık harcamalarının %50'sini karşılamakta, kalan %50'lik kısım için de faizsiz borç sağlamaktadır¹⁹⁷.

9.4. Filipinler

Filipinler Güneydoğu Asya açıklarında 7000 adadan oluşan ve cumhuriyetle yönetilen bir devlettir. 1500'lü yıllarda İspanyolların istilasına uğramış ve uzun yıllar İspanyol kolonisi olarak kalmıştır. 1898-1899 İspanyol-Amerikan savaşından sonra ABD egemenliğine girmiş olan ülke 1946'da bağımsızlığını kazanmıştır. Katolik ve Amerikan emperyalizminin etkisi bugün dahi Filipinlerin kültürü üzerinde etkisini sürdürmektedir. Bu etki ulusal sağlık sisteminde de kendisini göstermektedir. Filipinler

¹⁹⁶ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.207.

¹⁹⁷ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.150.

II. Dünya Savaşını takiben 1946 yılında tam bağımsızlığını kazandıktan sonra serbest pazar ekonomisini benimsemiş ve bu doğrultuda sağlık sistemini de Amerikan toplumunun etkisinde şekillendirmiştir¹⁹⁸

9.4.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre, nüfusu 74.454.000 olan Filipinlerin nüfus artış hızı ise oldukça yüksek bir orandır. Bu oran 1999 yılında %2,3 olarak tespit edilmiştir. Ülkede nüfusun %5,6'sı 60 ve daha yukarı yaş grubundandır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 63,3 kadınlarda 69,3'tür¹⁹⁹. Halkın %58'inin şehirlerde, %42'sinin de kırsal bölgelerde yaşadığı Filipinler'de nüfusun %37'si yoksulluk sınırının altında yaşamaktadır. Kişi başına milli gelirin 1020 \$ olduğu ülkede²⁰⁰ sağlık harcamalarının toplam gayri safi yurt içi hasıladaki payı %3,4'tür. Sağlık harcamalarının %48,5'i kamu tarafından, %51,5'i de özel sektör tarafından karşılanmaktadır²⁰¹. Ülkede her 1000 kişiye 0,1 doktor ve 1,1 hastane yatağı düşmektedir²⁰².

9.4.2.Örgütsel Yapı

Filipinlerde sağlık konusu temel olarak hem Sağlık Bakanlığının hem de Çalışma Bakanlığının hizmet alanına girmektedir. Sosyal sigortalara yönelik sağlık yardımları Sağlık Bakanlığına bağlı ve onunla koordineli çalışan Filipinler Sağlık Sigortası Birliği tarafından yönetilmektedir²⁰³.

9.4.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

Filipinlerde modern sağlık sigortalarının geçmişi 1954 yılına kadar gitmektedir. Ülkedeki parasal sağlık yardımlarına yönelik ilk kanun 1954 yılında çıkarılmış ve 1997 yılında bu kanun yeniden düzenlenmiş ve bazı değişiklikler geçirmiştir. Sağlık

¹⁹⁸ Roemer, a.g.e., s.298.

¹⁹⁹ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

²⁰⁰ <http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (Philippines).

²⁰¹ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable08.pdf>.

²⁰² http://worldbank.org/data/wdi2000/pdfs/tab2_14.pdf.

²⁰³ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.284.

yardımlarına yönelik kanun ise 1969 da çıkarılmış ve 1996 yılında değişikliğe uğrayarak günümüze kadar gelmiştir²⁰⁴.

9.4.2.2.Sağlık Hizmetleri

Sağlık Bakanlığının hizmetleri beş farklı düzeyde yürütülmektedir. Bunun en tepesinde sağlık planlaması, finansal yönetim, işgücü geliştirme gibi fonksiyonlardan sorumlu bakan bulunmaktadır. Bakanın altında 12 Bölge Sağlık Ofisi (RHO) bulunmaktadır. Bölge Sağlık Ofisleri kamu sağlığı eğitimi, bölgesel laboratuvar yönetimi ve Manila'nın dışındaki sağlık merkezlerinin ve hastanelerin denetiminden sorumludurlar. Bölge Sağlık Ofislerinin altında 76 eyalette, önleyici sağlık hizmetlerinden ve bölge hastanesinin denetiminden sorumlu Eyalet Sağlık Ofisleri (PHO) bulunmaktadır. Eyalet Sağlık Ofisleri alt bölge hastanelerinin nihai sorumlusudurlar. Ülkede 228 Alt Bölge Sağlık Ofisi (DHO) bulunmaktadır. Başkanı bölge sağlık görevlisi olan alt bölge hastanelerinde birinci basamak sağlık hizmetleri ve acil hizmetler sunulmaktadır. Bölge sağlık görevlileri doktorlardan olabildiği gibi, doktorlar dışındaki yardımcı sağlık personelinden de olabilmektedir. Bölge sağlık görevlileri kırsal sağlık birimlerinden de sorumludurlar. Köylerdeki ve belediyelerdeki kırsal sağlık üniteleri ise, yardımcı sağlık personeli tarafından yürütülen ve gezici sağlık hizmetlerini de üstlenen birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği en alt düzey sağlık birimleridir. Kırsal sağlık üniteleri 20.000 ile 30.000 insana sağlık hizmeti götürmeyi amaçlamaktadır²⁰⁵.

9.4.3.Ulusal Sağlık Sigortası

Ulusal sağlık sigortası iki ana programdan oluşmaktadır. Bunlar Program I ve Program II'dir. Program I'in kapsamında özel işyerlerinde çalışanların sağlık sigortası olan Sosyal Güvenlik Sistemi (SSS) ve hükümette çalışanların sosyal güvenliğini sağlayan Hükümet Hizmeti Sigorta Sistemi (GSIS) bulunmaktadır. Program II ise Program I'in kapsamına girmeyen yoksul gruba sağlık yardımı yapmak üzere

²⁰⁴ Aynı, s.284.

²⁰⁵ Roemer, a.g.e., s.299.

kurulmuştur²⁰⁶. Askeri personelin sağlık sistemi, hükümette çalışanlarla, özel işyerlerinde çalışan işçilerin sağlık sigortalarından farklıdır. Onlar için de ayrı bir sistem bulunmaktadır.

9.4.3.1.Kapsam

Program I de bulunan özel işyerlerinde çalışan işçiler için zorunlu sigortalılık söz konusudur. Geçici veya sürekli bir işte çalışan ve 60 yaşının altında bulunanlar sigorta kapsamındadırlar. Kendi hesabına bağımsız çalışanlardan aylık geliri 1000 Pesos ve üzerinde olanlar da sigorta kapsamındadır. Yurt dışında yabancı şirketlerde çalışanlar da isterlerse gönüllü sigortalı olabilmektedirler²⁰⁷.

9.4.3.2.Yararlanma Koşulları

Sağlık sigortalarından parasal yardım ve sağlık yardımı yapılmaktadır. Parasal yardımlardan yararlanmak için hastalık döneminden önceki 12 aylık süre içinde 3 ay prim ödemiş olmak gerekmektedir. Sağlık yardımlarından yararlanmak için sigortaya kayıt olmak yeterlidir²⁰⁸.

9.4.3.3.Sağlanan Yardımlar

Sağlık sigortasından yapılan sağlık yardımları yatarak tedavi gören ve ayakta tedavi gören hastalar için farklıdır. Yatarak tedavi gören sigortalılara sağlanan yardımlar şunlardır²⁰⁹:

- i. Yatak ve yemek hizmeti,
- ii. Profesyonel sağlık hizmeti,
- iii. Teşhis, laboratuvar ve tıbbi muayene hizmeti
- iv. Cerrahi ve tıbbi donanım ve hizmet,
- v. İlaç yardımı ve

²⁰⁶ [http:// www. chanrobles. com/ legal4nhia. htm](http://www.chanrobles.com/legal4nhia.htm).

²⁰⁷ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.283.

²⁰⁸ Aynı, s.284.

²⁰⁹ [http:// www. chanrobles. com/ legal4nhia. htm](http://www.chanrobles.com/legal4nhia.htm).

vi. Sağlık eğitim hizmetidir.

Ayakta tedavi olan hastalara sağlanan sağlık yardımları da şunlardır²¹⁰:

- i. Profesyonel tıbbi bakım hizmeti,
- ii. Teşhis, laboratuvar ve tıbbi muayene hizmeti,
- iii. Kişisel önleyici hizmetler ve
- iv. İlaç yardımlarıdır.

Sağlık sigortasından yapılan para yardımlarında ise, sigortalılara günlük ortalama ücretinin %90'ı oranında ödenek verilmektedir. Bu ödenek hastalığın başlamasından itibaren 3 günlük bir bekleme süresinden sonra 4. günden itibaren verilmekte ve en çok bir takvim yılı içinde 120 gün sürdürülmektedir. Aynı hastalıktan dolayı 240 günden çok hastalık ödeneği verilmemektedir²¹¹.

9.4.3.4.Finansman

Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından sağlanmaktadır. Sigortalılar parasal sağlık yardımları için 23 gelir grubuna ayrılmışlardır. Bunlardan bağımlı çalışanlar ait oldukları gruba göre gelirlerinin %3,33'ünü, kendi hesabına çalışanlar ise %8,4'ünü prim olarak ödemektedirler. Sigortalılar sağlık yardımlarından yararlanabilmek için de 13 gelir grubuna ayrılmışlardır. Sigortalılar ait olduğu gelir grubuna göre gelirlerinin %1,25'ini prim olarak yatırmaları gerekmektedir. Emekliler, sigortalının bağımlıları ve sigortaya kayıtlı olan yoksullar için prim ödeme koşulu aranmamaktadır. İşverenler ise parasal sağlık yardımları için 23 gelir grubuna göre işçinin gelirinin ait olduğu grubun %5,07'sini, sağlık yardımları için de 13 gelir grubundan işçinin gelirlerinin dahil olduğu grubun %1,25'ini prim olarak ödemektedirler. Sağlık sigortalılarının finansmanına devletin katılımı ise bütçe açıklarını kapatmak ve yoksulların sağlık yardımlarına fon sağlamak şeklinde olmaktadır²¹².

²¹⁰ Aynı.

²¹¹ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.284.

²¹² Aynı, s.284.

9.5.Endonezya

Endonezya II. Dünya Savaşında Japon işgalinden sonra kurulan bağımsız bir devlettir. Ülke uzun yıllar Hollanda egemenliğinde kalmıştır. 1949 yılında büyük mücadelelerden sonra Hollanda'nın çekilmesiyle bağımsız bir devlet olarak kurulmuştur. 1965'de Endonezya Komünist Partisi yönetimi ele geçirmeye çalışmış ancak ordunun gerçekleştirdiği darbeyle Sukarta yönetiminde askeri yönetim başlamıştır. Bu dönemde anti-komünizm adına 300.000'e yakın insan öldürülmüştür. 1968'de iktidara gelen Suharto ise 30 yıla yakın bir süre ülkeyi yönetmiştir²¹³. Endonezya, 10'u büyük, 13.500'ü küçük adadan oluşan bir devlettir. Ekonomide tarımın ağırlığı büyüktür²¹⁴.

9.5.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

Endonezya dünyanın dördüncü büyük nüfusa sahip ülkesidir. 1999 verilerine göre nüfusu 209.255.000, yıllık nüfus artış oranı ise %1,5'dir. Genç nüfusun oranının yaşlı nüfusa oranının yüksek olması nedeniyle uluslararası alanda önemli bir yere sahiptir. Nüfusunun %7,3'lük bir kısmı 60 ve daha yukarı yaş grubundandır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 66,6 kadınlarda ise 69'dur²¹⁵. Nüfusun %90'ının Müslüman olduğu ülkede toplam nüfusun %35'i şehirlerde, %65'i de kırsal bölgelerde yaşamaktadır²¹⁶. Kişi başına milli geliri 580 \$'dır. Ülkenin toplam yurtiçi hasılasının %1,7'si sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının içinde kamu harcamalarının payı %36,8, özel harcamaların payı %63,2'dir²¹⁷.

9.5.2.Örgütsel Yapı

Endonezya'da sağlık konusu hem Sağlık Bakanlığının hem de Çalışma Bakanlığının hizmet alanına girmektedir. Sağlık sigortaları Çalışma Bakanlığının denetiminde faaliyet göstermektedir. Sağlık Bakanlığı ise sağlık hizmetlerinin genel

²¹³ <http://mark-frost.com/indonesia>.

²¹⁴ Roemer, a.g.e., s.449.

²¹⁵ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

²¹⁶ <http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (Indonesia).

²¹⁷ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable08.pdf>.

çerçevesini belirlemekte ve sağlık hizmetlerini en alt birimlere kadar götürmektedir. Ülke 27 eyalete bölünmüş durumdadır. Her eyalette başkanı eyalet valisince atanan ve Ulusal Sağlık Bakanlığına karşı sorumlu olan Eyalet Sağlık Büroları bulunmaktadır. Bürolarda uygulanan sağlık politikaları merkezi hükümet tarafından belirlenmektedir. Eyalet Sağlık Büroları, sayıları toplam 233'ü bulan bölgelere ayrılmış durumdadır. Her bölgede küçük bir hastane bulunmaktadır. Bölgeler de alt bölgelere ayrılmıştır. Alt bölgelerde sağlık merkezleri aracılığıyla hizmet verilmektedir. Sağlık merkezlerinde bir doktor, bir hemşire, bir ebe ve diğer sağlık personelinde oluşan toplam 10 kişilik bir ekip görev yapmaktadır²¹⁸.

9.5.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

Sağlık Sigortaları konusunda ilk çalışma 1957'de yapılmıştır. Ancak modern anlamda sağlık sigortaları 1968 yılında başlamıştır. İşçilerin Zorunlu Sağlık Sigorta Programı (ASKES) 1968 yılında çıkarılan bir kanunla yürürlüğe girmiştir. Daha sonra 1985 yılında gönüllü sigortalılığı başlatan PTKT planı yürürlüğe girmiştir. Bu kanunlar çeşitli değişiklikler geçirerek günümüze kadar gelmiştir. Ancak 1992 yılında yapılan önemli değişiklikle kapsamı oldukça genişletilmiştir²¹⁹.

9.5.2.2.Sağlık Hizmetleri

Endonezya'daki tüm hükümet politikaları 1945 tarihli Temel Kanunlara ve Milli Felsefeye dayanmaktadır. Sağlık faaliyetleri hükümetin yanı sıra toplum ve özel kişiler tarafından finanse edilmektedir. 1982 yılında Milli Sağlık Sistemi (SKN) geliştirilmiştir. SKN sağlığı geliştirmek amacı güden, politikaların ve stratejilerin formüle edildiği uzun dönemli bir plandır. SKN, toplumda optimum sağlık seviyesini sağlamak için çalışmaktadır. Bu plan, devlet tarafından Sağlık Bakanlığı aracılığıyla tesis edilen ve sağlığı tüm Endonezyalılar için temel bir hak olarak kabul eden bir sistemdir. SKN,

²¹⁸ Roemer, a.g.e., s.502.

²¹⁹ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.173; Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.134.

ulusal gelişmeyi gerçekleştirmek ve sağlıkta güvenliği sağlamak için toplumsal katılımın gerekliliğine inanmaktadır²²⁰.

Hükümet beş yıllık kalkınma planları geliştirerek sağlık hizmetlerini tüm nüfusa yaymaya çalışmaktadır. Sağlık hizmetlerinin en alt idari birimi sağlık merkezleri (puskesmas) dir. Bu merkezler hastane hizmetlerinin tümünün olmadığı kliniklerdir. Sağlık merkezleri her 30.000 kişiye hizmet vermek için kurulmuş birimlerdir. Sağlık merkezlerinin altında ise köylerde hizmet vermek üzere sağlık alt merkezleri ve uzak bölgelerdeki insanlara sağlık hizmeti götürmek için kurulan gezici sağlık ekipleri bulunmaktadır. Bu ekipler bir doktor ve bir ya da iki hemşireden oluşmaktadır.

Endonezya'da asıl ağırlık tamamı Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenen özel sağlık hizmetlerindedir. Hastanelerin yarısından çoğu özel sektör tarafından işletilmektedir. Bunların da çoğu dinsel örgütlere ait kurumlardır. Endonezya'da hükümet dışı sağlık kuruluşları önemli bir yer tutmaktadır²²¹.

9.5.3.Ulusal Sağlık Sigortası

1972 yılına kadar Endonezya'da tam bir sosyal güvenlik sistemi geliştirilmemiştir. İşverenler işçilerinin sağlığı ve refahı için koruyucu baba rolü üstlenmişler ve sosyal güvenliği sağlamaya çalışmışlardır. Bugün bile Endonezya'da batı standartlarında toplumun tümünü kapsayan bir sağlık sigortası bulunmamaktadır²²². Ancak ASKES planı ve PTKT planı olmak üzere iki sağlık sigortası programı toplumun az da olsa bir kısmını sağlık sigortası kapsamına almaya çalışmaktadır. ASKES aktif olarak çalışan veya emekli olmuş olan devlet memurları, emekli askeri personel ve onların bağımlılarına yönelik zorunlu sağlık sigortası sisteminin yaygın adıdır. Bu plan 1968'de hükümet tarafından uygulamaya konulmuştur. ASKES 1984'de yeniden organize edilmiştir. Bütçesi bakımından hem Sağlık Bakanlığına, hem de Maliye Bakanlığına karşı sorumlu olan bu kuruluş sigortalılarına sadece sağlık yardımı yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı ASKES'de uyguladığı ilkeleri nüfusun diğer grupları üzerine uygulamayı düşünmüş ve halk arasında bilinen adıyla PTKT planı ortaya çıkmıştır. PTKT planı ile hükümet özel işyerlerinde çalışan işçileri kapsamına alan,

²²⁰ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.134.

²²¹ Aynı, s.133.

²²² <http://209.41.108.131/guides/indonesia/ch10.htm>.

gönüllülük esasına dayanan bir program geliştirmiştir. Hükümetin buradaki amacı özel işyerlerinde çalışan işçilere de isterlerse temel sağlık hizmetlerini sunmaktır. Endonezya hükümeti verimliliğin yüksek olması için bu uygulamayı başlatmıştır. Çünkü onlara göre verimliliği etkileyen en önemli etken sağlıktır. Bu amaçla PTKT, sigortalıya ve bağımlılarına koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sunmaktadır²²³.

9.5.3.1.Kapsam

Zorunlu sağlık sigortaları kapsamında çalışan ve emekli devlet memurları, askeri personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişiler bulunmaktadır. Sağlık sigortaları bütün sanayi dallarına ve tüm eyaletlere yayılmış durumda değildir. Ancak sağlık sigortalarının yeni geliştiği Endonezya'da sigorta kapsamı yavaş bir ilerleme kaydetmektedir²²⁴.

9.5.3.2.Yararlanma Koşulları

Sağlık sigortalarından yararlanmak için herhangi bir koşulu yerine getirme zorunluluğu yoktur. Kapsamda olan tüm sigortalılar sağlık sigortalarından yararlanabilmektedirler²²⁵.

9.5.3.3.Sağlanan Yardımlar

Endonezya'da zorunlu sağlık sigortasından sadece sağlık yardımları yapılmaktadır. Nakit para yardımı ya da iş görmezlik ödeneği gibi bir uygulama yoktur. Sigortalılara sağlanan sağlık yardımları şunlardır:

- i. Tıbbi muayene ve tedavi,
- ii. Hastanede yatarak tedavi,
- iii. İlaç yardımı,
- iv. Diş tedavisi ve bakımı,
- v. Göz tedavisi ve bakımı,

²²³ Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.136.

²²⁴ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.173; Ron, Abel-Smith ve Tamburi, a.g.e., s.136.

²²⁵ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.173.

- vi. Aile planlaması hizmeti ve
- vii. Aşılama hizmetidir.

Sigortalıların bağımlıları da sigortalılara sağlanan hizmetlerin tamamından aynı koşullarla yararlanabilmektedirler²²⁶. Sağlık yardımlarının süresi 2 ayla sınırlandırılmıştır.

9.5.3.4.Finansmanı

Endonezya zorunlu sağlık sigortasının finansmanı sadece işveren tarafından karşılanmaktadır. Sigortalının ya da devletin finansmana herhangi bir katkısı bulunmamaktadır. İşveren, sağlık sigortasının finansmanı için sigortalının ücretinin %3'ü oranında prim ödemektedir. Sigortalı evli ise, işverenin ödeyeceği prim oranı sigortalının ücretinin %6'sı olmaktadır²²⁷.

10.Gelişmiş Bazı Batı Ülkelerinde Sağlık Sigortası Uygulamaları

10.1.Amerike Birleşik Devletleri (ABD)

ABD'de kamu sağlık sigortaları toplumun oldukça küçük bir kısmını kapsamaktadır. Ülkenin sağlık sistemi büyük ölçüde özel sigortalar tarafından yürütülmektedir. Buna rağmen farklı yapısı nedeniyle ABD sağlık sistemi de inceleme konumuz içine dahil edilmiştir.

19. yüzyılın başlarında Almanya, Fransa, İngiltere ve İsveç gibi Avrupa ülkeleri, hükümetler tarafından sağlanan fonlarla kamu kuruluşlarının yönetiminde sosyal yardım programları uygulamaya başlamışlardır. ABD ise dünyada o dönemde esen bu rüzgara kapılmamıştır. Bu durum ABD'nin zengin bir ülke olmasıyla açıklanmıştır. Büyük bir ülke olması, zengin topraklara sahip olması, sanayileşmenin hızlı gerçekleşmesi ve yeni iş alanlarının açılması ekonominin rayında gitmesini sağlamıştır. Ayrıca ABD'de Avrupa'daki gibi bir sosyal hiyerarşi geleneğinin olmaması nedeniyle bir grubun diğer bir gruba yardım ve destek sağlaması da söz konusu olmamıştır. Bu nedenle ABD'de

²²⁶ Aynı, s.173.

²²⁷ <http://209.41.108.131/guides/indonesia/ch10.htm>.

kamu yardım sistemleri Batı Avrupa ülkelerine göre geç gelişmiş ve uygulanmıştır. Ayrıca ABD’de özel sigortaların daha ağırlıklı bir gelişim gösterdiği görülmektedir²²⁸.

10.1.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

50 eyaletten oluşan ABD 1999 verilerine göre 276.218.000 nüfusa sahiptir²²⁹. Nüfusun %16’lık bir kısmı 65 ve daha yukarı yaşlardadır. Yıllık nüfus artış oranı ise %0,9 dur. Nüfusu Beyazlar, Afrikalı Amerikalılar, İspanyol kökenli Hispanikler, Amerikalı yerliler, Pasifik adalarından gelenler ve Uzak Doğululardan oluşmaktadır. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 73, kadınlarda 79 dur. Nüfusun %75’i şehirlerde %25’i de kırsal bölgelerde yaşamaktadır.

Ülkede sağlık bakım uygulamalarında tam bir birlik yoktur. Eyaletlerde farklı uygulamalar görülebilmektedir. ABD’de GSMH’nın %14’ü civarında bir kısım sağlık harcamalarına gitmektedir²³⁰. Kişi başına yıllık sağlık harcaması ise 4000 \$ civarındadır²³¹.

10.1.2.Örgütsel Yapı

ABD sağlık sisteminin temel özelliklerinden biri sağlık hizmeti alanlara birçok seçeneği sunabilmektir. ABD’de hastalar, özel sigortaları ve özel sağlık organizasyonlarının içinde bulunduğu çok geniş bir yelpazede kendilerine uygun olan hizmeti, hekimi ya da hastaneyi seçebilmektedirler. Burada üzerinde durulması gereken nokta yukarıda sayılan bu hizmetlerin kar amacı güden veya gütmeyen “özel” nitelikteki yapılanmalarla yürütülmesidir. Bu durumda da hizmet onu alabilecek durumda olanlara ulaştırabilmektedir. Gelir düzeyi bu tür organizasyonlara yetmeyenlere yönelik devlet desteği de gereken düzeyde değildir²³².

²²⁸ Filiz Atak, “ABD’de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları”, *Hazine Dergisi*, Temmuz 1996, S.3, s.41.

²²⁹ Worldbank Health Report 2000.

²³⁰ Lasse, Lasse ve Jinks, a.g.e., s.28; Worldbank Health Report 2000.

²³¹ http://www.worldbank.org/data/wdi/2000/pdfs/tab2_14.pdf.

²³² Bülent Kılıç, “ABD Sağlık Sistemi”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Kasım 1994-Şubat 1995, C.9, S.64-65, s.30.

10.1.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

ABD’de modern sağlık sigortalarının ortaya çıkışı 1929 yılında, Dallas’ta gerçekleşmiştir. Burada bir grup öğretmen bir hastaneyle önceden belirlenen aylık masraflara karşılık oda ve tedavi hizmetleri almayı sağlayan bir anlaşma yapmışlardır. Bu uygulama daha sonraları Blue Cross Planı adı verilen hizmetlerin muhtemelen ilk örneği olmuştur. Blue Cross Planı hem sigortalananlar için hem de hastane için cazip bir uygulama olmuştur. Çünkü bu hastaneler müşterilerinin gerekli ödemeyi yapabileceklerinden emin olmak istemektedirler. Blue Cross Planınca kapsanan hastalara ilişkin ödeme doğrudan hastanelere yapılmakta olduğundan hastanelerce de tercih edilen bir uygulama olmuştur. Daha sonra aynı prensipler doğrultusunda Blue Shield Planı başlatılmıştır. II. Dünya Savaşından sonra özel sigortalar oldukça hızlı bir gelişim göstermiştir. 1950’li yıllarda özel sigortalar hastane ve ameliyat giderlerini, doktor ve ilaç ücretlerini karşılamaktaydı. 1960’lı yıllara kadar kamunun elinde hiçbir sosyal güvenlik programı bulunmuyordu²³³.

1965 yılında “Medicare Act” ile yaşlılar, Medicaid” ile de yoksullar sağlık semsiyesi altına alınmışlardır. 1970’li ve 80’li yıllarda sağlık sigortaları dinamik bir değişime uğramış, sigorta kapsamaları genişletilmiştir. Bu doğrultuda primler de artmıştır. Bu dönemde bazı büyük firmalar vergi gibi bir takım külfetlerden kurtulmak için “self insurance” yani kendini sigortalama adı verilen bir yol benimsemişlerdir. Bu sistemde büyük firmalar belli bir miktar parayı sağlık giderleri için ayırmakta, ödeme gereği ortaya çıkıncaya kadar da paranın kontrolünü ellerinde tutmaktaydı²³⁴.

10.1.2.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

ABD için birinci basamak sağlık hizmetleri tanımlaması bazı yanlış anlamalara yol açmaktadır. Çünkü ABD sağlık sisteminin kendine özgü karmaşık yapısı içinde hastalara tanıdığı özgürlükler nedeniyle düzenli bir basamak ve sevk zinciri bulunmamaktadır. Tedavi edici hizmetler dışındaki birincil sağlık hizmetleri, ayrı örgütler aracılığıyla ve “Halk Sağlığı Hizmetleri” adı altında verilmektedir. Bu nedenle

²³³ Belek, (1994), a.g.e., s.103.

²³⁴ Atak, a.g.e., s.33 vd.

ABD için birinci basamak diye adlandırabileceğimiz yapı, bireylerin hastalandıklarında gidebilecekleri özel hekim muayenelerinden ya da hastanelerden oluşmaktadır²³⁵.

Hekimlerin çoğu özel sektörde çalışmakta ve ücretlerini hizmet başına almaktadırlar. Ödemeler ya sigorta tarafından ya da hasta tarafından doğrudan doğruya hekime yapılmaktadır²³⁶.

Hekimlerin yaklaşık %40'ı birinci basamak tedavi edici hizmetlerde çalışmaktadırlar. Bu hekimler tek başlarına çalışabildikleri gibi grup olarak da çalışabilmektedirler. Ancak son dönemde grup çalışması yaygınlaşmıştır. Hastalar muayene oldukları hekimler tarafından bir üst basamağa sevk edilebilecekleri gibi, kendileri de bir başka doktora ya da üst basamağa başvurabilmektedirler. Ancak bu imkan hastanın sahip olduğu sigorta poliçesi ve anlaşmalı doktorlarla sınırlıdır²³⁷.

10.1.2.3.Sağlık Organizasyonları

Son zamanlarda yaygın olarak kullanılmaya başlayan bu deyim yeniden düzenlenmiş bazı özel nitelikteki sağlık kuruluşlarını tanımlamak için kullanılmaktadır. Kar amacı gütmediklerini iddia eden bu yapılar sağlık harcamalarındaki aşırı artış nedeniyle gündeme gelen yeni düzenlemeler nedeniyle ortaya çıkmışlardır. Birçok türü olmasına rağmen günümüzde yaygın olan üç türü bulunmaktadır.

10.1.2.3.1.Sağlığa Destek Organizasyonları (Health Maintenance Organization-HMO)

Bireysel sigortalarda ve diğer sağlık hizmetlerinde ücretler, yapılan hizmete göre alınmaktadır. Oysa HMO'larda ücret hizmet başına değil kişi başına alınmaktadır. Hizmete göre ücret alma yönteminde hizmet ve ilaçların aşırı kullanımı israfa yol açmaktadır. Bu yöntemde hastalığı önlemeye değil, tedavi etmeye yönelik bir yaklaşım vardır. Bu sakıncalar karşısında HMO'lar bir alternatif olarak ortaya çıkmıştır. HMO'larda sigorta değil üyelik satın alınmaktadır. Üyelere belli bir yıllık prim karşılığında kendisi ve ailesi için ihtiyacı olduğu ölçüde tıbbi bakım sağlanmaktadır.

²³⁵ Kılıç, a.g.e., s.30.

²³⁶ Belek, (1994), a.g.e., s.106.

²³⁷ Kılıç, a.g.e., s.30.

HMO'larda bir grup doktor bireyden peşin aldıkları bir ücret karşılığında o bireyin tüm masraflarını üstlenmeyi kabul etmektedirler. Bu yapılanmada koruyucu hekimliğe büyük önem verilmekte ve sigortalıların hasta olmamaları için her türlü koruyucu önlem alınmaktadır. Aksi takdirde bireyin hastalanması kendisinden avans olarak alınan ücretten daha fazla bir gidere neden olabilecektir²³⁸.

Nüfusun yaklaşık %15 HMO'ların kapsamındadır. En yaygın olarak uygulandığı eyalet California'dır. Eyalet nüfusunun 1/3 kapsama dahildir. HMO'ların farklı uygulanma yöntemleri olsa da başlıca beş türü bulunmaktadır²³⁹.

- i. Kadrolu Hekim Modeli: HMO'nun merkezi bir ofisinde çalışan kadrolu hekimleri vardır. HMO'dan belli bir aylık alan bu doktorlar hasta kendilerine başvurduğunda hizmet vermektedir.
- ii. Grup Modeli: HMO birden çok uzmanın bir arada çalıştığı doktor grubuyla anlaşılmaktadır. Bu gruba ödemeler grubun bakmakla yükümlü olduğu nüfusa göre yapılmaktadır. Bu modelde grup aldığı parayı doktorlar arasında istediği gibi paylaşırabilmektedir.
- iii. Ağ Modeli: Grup modelinden farkı birden fazla özel grupla anlaşma yapılmış olmasıdır.
- iv. Bireysel Hizmet Modeli: HMO'lar tek tek çalışan özel doktorla ya da özel gruplarla anlaşma yapmaktadırlar. Bu en çok kullanılan modeldir. HMO'ların %60'ı bu şekilde çalışmaktadır. Bu doktorlar kendi muayenelerinde çalışmakta ve HMO dışında da hasta bakabilmektedirler.
- v. Açık Uçlu Model: En son geliştirilen modeldir. Bu modelde hastalar HMO'nun anlaşmalı olduğu doktorlar dışında da bir doktora da gidebilmekte, ancak bu durumda masrafların bir kısmına katılmak durumunda kalmaktadırlar.

HMO'ların uyguladığı modeller gün geçtikçe değişmektedir. Bu nedenle HMO modelleri iç içe geçmiş ve sürekli değişen, gelişen modeller olarak düşünülmelidir. HMO'ların sağlık harcamalarının azaltılması konusunda en başarılı organizasyonlar

²³⁸ Atak, a.g.e., s.36.

²³⁹ Kılıç, a.g.e., s.30.

olduğu düşünölmektedir. Bunu da koruyucu sağlık hizmetlerini iyi yapıp, hastane kullanımını azaltarak başardıkları görölmüştür.

10.1.2.3.2.Tercihli Hizmet Organizasyonları (Preffered Provide Organization-PPO)

HMO'larla rekabet halinde çalışan bu kuruluşlar üçüncü el sigorta şirketleri benzeri bir işlev görmektedir. Tek farkı hasta PPO'nun anlaşma yaptığı bir hekime giderse ücret ödememekte; ücret PPO tarafından ödenmektedir. Bu ücret sabit bir miktardır. Hasta PPO'nun anlaşması olmayan bir hekime giderse, ücretin %10-20 arasındaki bir kısmını kendisi karşılamak zorunda kalmaktadır. 1980'lerde yaygınlaşan bu sistemin HMO'dan farkı hekim seçiminde hastaların biraz daha serbest bırakılmasıdır²⁴⁰.

10.1.2.3.3.Belirlenmiş Üretici Organizasyonu (Exlusive Provider Organization-EPO)

Bu program çerçevesinde sigorta şirketleri ve patronlar sigortalıları kendilerinin belirlediği sağlık kurumlarını kullanmaya zorlamaktadır. Belirlenmiş kurumlar dışındakilerden yararlanmak isteyenler kendi ceplerinden ödeme yapmak durumunda bırakılmaktadır²⁴¹.

Yukarıdaki programların amacı harcamalardaki artışın önlenmesidir. Zaten uygulamalar arasında isimleri dışında çok büyük bir farklılığın olmadığı gözlenmektedir.

10.1.2.4.Halk Sağlığı Uygulamaları

ABD'de halk sağlığı uygulamaları üç ayrı düzeyde yapılmaktadır Bunlar, Federal Hükümet düzeyi, eyalet düzeyi ve yerel düzeydir²⁴².

²⁴⁰ Belek, (1994), a.g.e., s.105.

²⁴¹ Aynı, s.105.

²⁴² Kılıç, a.g.e., s.31.

10.1.2.4.1.Ulusal Düzeyde Uygulamalar

Federal Hükümet tarafından tüm ülke için geliştirilen özel politikaları ve ulusal düzeydeki örgütleri içermektedir. Sağlık Bakanlığı aracılığıyla, ABD Başkanına ve kabineye bağlı çalışmaktadır. Bu düzeydeki örgütlenme eyaletler arasında sağlık bakımından eşitliği sağlamayı amaçlamaktadır. Çünkü eyaletler genellikle sadece kendilerine yönelik programları hazırlamaktadırlar.

10.1.2.4.2.Eyalet Düzeyindeki Uygulamalar

Eyaletlerin sağlık idareleri bütçelerini, sağlık planlarını ve işgücü planlamalarını kendileri yapmakta ve eyalet valisine bağlı olarak eyalet düzeyindeki halk sağlığı uygulamalarını yürütmektedirler.

10.1.2.4.3.Yerel Düzeydeki Uygulamalar

Yerel sağlık idareleri, kent merkezindeki sağlık yönetimleri olup ulusal düzeydeki ve eyalet düzeyindeki halk sağlığı kurumlarının bir kolu gibi işlev görmekte ve tedavi edici hizmetler, çevre sağlığı hizmetleri ve destek hizmetleri gibi konularda hizmet vermektedirler.

10.1.3.Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sigortaları

ABD'de sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları konusunda hizmet veren 4 temel yapı vardır. Bunlar:

- i. Kar amaçlı özel sigorta şirketleri,
- ii. Blue Cross ve Blue Shield Planları
- iii. Bağımsız Sigorta Planları ve
- iv. Kamu Sigortaları (Medicare-Medicaid) dır.

Yukarıda sayılan bu dört sigorta grubu ABD'deki halkın %86'sını kapsamaktadır. Geriye kalan %14'lük nüfus ise sigortasızdır. Bunların büyük

çoğunluğunu yoksullar ve 19 yaş üzerinde olup anne ve babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan gençler oluşturmaktadır.

10.1.3.1.Kar Amaçlı Özel Sigorta Şirketleri

ABD’de özel sigorta şirketleri ikiye ayrılmaktadır. Bunlar kar amaçlı özel sigorta şirketleri ve kar amaçlı olmadıklarını iddia eden özel sigorta şirketleridir. Kar amaçlı özel sigorta şirketleri, özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluşturmaktadır. ABD’deki en büyük kar amaçlı şirketler Prudential ve Cigna’dır. Bunlar çoğunlukla işyerlerine yönelik grup sigortalar yapmaktadırlar. Daha küçük diğer şirketler ise bireysel sigortalara ağırlık vermişlerdir. Bireysel sigortalılar daha az tercih edilen sigorta türüdür. Bunun nedeni de hastaya giderler için daha az ödeme yapmasıdır. Oysa grup sigortasındaki farklı sigorta risklerine sahip hastalar eşit prim ödemektedirler. Ancak son dönemlerde bazı şirketler bu kuralı bozmakta ve grup sigortası içinde riski yüksek bireylerden diğerlerine göre daha yüksek prim almaktadır. Bu durum kar amaçlı çalışan özel sigortalıların aslında hastayı değil öncelikle kâr düşündüğünü göstermektedir. Özel sigorta şirketlerinde ödemelerle ilgili en yaygın uygulama da kesinti (deductible) uygulamasıdır. Buna göre, hasta o yıl içindeki harcamalarının bir kısmını kendisi karşılamak zorundadır. Örneğin, tedavilerde ilk 200 \$ hastaya aittir. Sigorta şirketi yıllık 200 \$ dan sonraki harcamaları karşılamaktadır²⁴³.

10.1.3.2.Blue Cross ve Blue Shield Planları

ABD’de özel sektörün büyük bir kısmı Blue Cross hastaneleri ve Blue Shield hekim ağının kontrolü altındadır. Bunlar temel amacı kar olmayan özel kuruluşlardır. 1930’lu yıllarda hastane sahipleriyle hekimlerin bir araya gelmesiyle kurulan bu kuruluşlardan Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield da hekim masraflarını sigorta etmektedir. Bu organizasyonların tamamının değişik derecelerde hekimlerin denetiminde olması nedeniyle, diğer özel sigorta şirketlerine göre daha geniş kapsamlı hizmet sunmaktadırlar. Tüm eyaletlerde hizmet vermesine karşın Blue Cross ve Blue Shield’in sektör içindeki güçleri eyaletten eyalete değişmektedir. Hem grup poliçe, hem

²⁴³ Aynı, s.32.

de bireysel poliçe yapabilmektedirler. Bu şirketlerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde yaparak daha ucuza mal etmeleridir²⁴⁴.

10.1.3.3.Bağımsız Sigorta Planları

HMO ve PPO vb. sağlık kuruluşlarının sigorta planlarıdır. HMO'lar ve PPO'ların sigorta hizmetleri sadece bağımsız planlar değildir. Bunlar isterlerse hastalarını Blue Cross ve Blue Shield ile özel kar amaçlı şirketlere de sigorta ettirebilmektedirler²⁴⁵.

10.1.3.4.Kamu Sigortaları

ABD'de 1965 yılına gelene kadar kamunun sağlık alanında bir yapılanması bulunmamaktadır. Kamu sağlık sigortaları ABD'de Medicare ve Medicaid'le başlamıştır. Bunların yönetimi Sağlık ve İnsan Bakanlığı denetimindeki, Sağlık Bakım Finans İdarelerince yapılmaktadır. Bunlar Sosyal Güvenlik İdaresi ve Kamu Sağlık Servisleriyle koordineli olarak çalışmaktadırlar.

10.1.3.4.1.Medicare Programı

1965'teki Sosyal Güvenlik Kanunundaki düzenlemeden sonra iki ayrı ancak koordineli çalışan sağlık sigorta planları kurulmuştur. Bu plan 65 ve yukarı yaşta kişiler için geçerli olup Medicare A ve Medicare B olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Medicare A zorunlu hastalık sigortası kısmı Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortasıdır²⁴⁶.

10.1.3.4.1.1.Kapsam

Zorunlu hastalık sigortası olan Medicare A emeklilik yaşı olan 65 ve üzerindeki kişileri kapsamaktadır. 65 yaşın altın da olup en az 2 yıldan beri malul olanlarda

²⁴⁴ Belek, (1994), a.g.e., s.104; Aynı, s.33.

²⁴⁵ Kılıç, a.g.e., s.33.

²⁴⁶ US Social Security Administration, *Social Security Programs in the United States* (July 1997), s.51.

Medicare A'nın kapsamına girmektedirler. Kronik böbrek hastaları da hangi yaşta olurlarsa olsunlar zorunlu sağlık sigortasının kapsamındadırlar. Ayrıca bir diğer koşul da Medicare A'nın kapsamına giren kişinin en azından 5 yıldır Amerika'da düzenli oturuyor olmasıdır. Medicare B ise gönüllü ek sağlık sigortası olması nedeniyle isteğe bağlıdır. Ancak yararlananlar 65 ve daha yukarı yaşta kişiler ve malûllük yardımı alan Medicare'e kayıtlı malullerdir²⁴⁷.

10.1.3.4.1.2.Sağlanan Sağlık Yardımları

Sağlık yardımları Medicare A için hastane tedavilerine, özel hemşirelik bakımını, evde bakım ve kan ihtiyacını kapsamaktadır. Ancak Medicare tedavi masraflarının tamamını karşılamamaktadır. Bu nedenle hastanede tedavilerde 60 güne kadar kalırlarda yıllık ilk 760 \$, 61-90 gün arasında kalırlarda günlük ilk 100 \$, 91-150 gün arasında kalırlarda ise ücretin tamamı hasta tarafından kalan kısmı da sigorta tarafından karşılanmaktadır. Özel hemşirelik gerektiren bakımlarda ise ilk 20 gün sigorta tarafından, devam eden 80 gün boyunca günlük ilk 92 \$ hasta tarafından ve 100 günden fazla özel hemşirelik gerektiren durumlarda da masrafların tamamı hasta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakım hizmetleri sınırsızdır ve ihtiyaç duyulduğu sürece yapılmaktadır. Bundan doğan harcamalarında %80'ni sigorta, %20'si de hasta tarafından karşılanmaktadır²⁴⁸.

Medicare B'nin sağlık yardımları ise, tıbbi giderleri (doktor ücreti, cerrahi hizmetler vs.) laboratuvar hizmetlerini, evde bakımı, ayakta tedaviyi ve kan hizmetlerini kapsamaktadır. Tıbbi giderler sınırsız olmakla birlikte ücretin ilk 100 \$ ve kalan masrafların %20'sini ve zihinsel sağlık hizmetlerinde masrafların %50'sini hasta karşılamaktadır. Laboratuvar hizmetleri de sınırsızdır ve tamamı sigorta tarafından karşılanmaktadır. Evde bakımda tedavi gerektirdiği müddetçe sınırsız olmakla birlikte ilk 100 \$ ve sonraki masrafların %20'si hasta tarafından ödenmektedir. Ayakta tedavilerde ise hizmet yine süre sınırına tabi değildir ve ilk 100 \$'dan sonraki masrafların %20'sini hasta ödemektedir. Kan ihtiyacında da sınır yoktur ve ilk 100 \$ ile

²⁴⁷ Eren Ögütöğulları, "Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Sigortası Programları", *Sosyal Güvenlik Dünyası*, Şubat-Haziran 2000, Y.2, S.7-8, s.83; US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.373.

²⁴⁸ US Social Security Administration, (1997), a.g.e., s.54.

ilk 3 ünite kan ve kalan masrafların %20'sini hasta karşılamak zorundadır. Sigortalıların bağımlıları da aynı koşullara tabidir²⁴⁹.

10.1.3.4.1.3.Sağlanan Parasal Yardımlar

ABD'de sağlık yardımlarının yanı sıra nakit para yardımı ve hastalık yardımı da uygulanmaktadır. Ancak bunların kamu sigortalarında yani Medicare içindeki yeri çok sınırlıdır. Amerika'da 45 eyalette parasal yardım yoktur. Parasal yardım sadece Rhode Island (1942), California (1946), New Jersey (1948), New York (1949), Hawaii (1969) ve Poerto Rico (1968) eyaletlerinde uygulanmaktadır. Nakit hastalık yardımı, yıllık 300 \$ ile 6900 \$ arasında değişmektedir. Hastalık yardımında da eyaletler arasında farklı uygulamalar vardır. Ancak haftalık maksimum hastalık yardımı 113 \$ ile 394 \$ arasında değişmektedir. Sigortalının çocuğunun olması durumunda bu ücretlere her çocuk için sabit miktarda ek ödeme yapılabilmektedir (Rhode Island'da 5 \$)²⁵⁰.

10.1.3.4.1.4.Finansman

Finansman sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Medicare A için sigortalılar ve işverenler, sigortalının kazancının %1,45'ini; kendi hesabına çalışanlar da kazançlarının %2,9'unu ödemektedirler. Devletin katkısı ise sigortalı olmayanlara ilişkin masrafların karşılanmasında görülmektedir. Medicare B de ise sigortalılara, sağlık yardımlarında ayda 45,50 \$ nakit para yardımı için vergiye tabi kazançların %1,2 si kadar prim kesilmektedir. İşverenlerden sağlık yardımları için kesinti yapılmamaktadır. Ancak, işverenden nakit para yardımları için yukarıda adı geçen 5 eyalette ücretin %0,5'i kadar prim kesilmektedir²⁵¹.

10.1.3.4.2.Medicaid Programı

Medicare bir sigorta olduğu halde aynı kanunla yürürlüğe girmiş olan Medicaid diğer programları destekleyen bir yardım programıdır. Ülkedeki yoksul kesime yardım

²⁴⁹ Aynı, s.55.

²⁵⁰ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.373.

²⁵¹ Aynı, s.373.

sağlamak amacıyla kurulmuştur. Her eyalet federal hükümetin çizdiği çerçeve içinde kendi sağlık programlarını düzenlemektedir²⁵².

10.1.3.4.2.1.Kapsam

Medicaid yardımlarından sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri (Supplementary Security Income- SSI) programından nakit yardım alan herkes yararlanmaktadır. SSI, yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisini sağlayan bir programdır. Aynı şekilde ailelere ve bağımlı çocuklara yardım (Aid to Families with Dependent Children- AFDC) programından yardım alanlar da Medicaid'in kapsamındadır. Bazı eyaletler, sağlık giderlerini kendileri karşılayamayacak ve sağlık faturalarını ödeyemeyecek durumda olan düşük gelir gruplarına da Medicaid yardımını yaygınlaştırmışlardır²⁵³.

10.1.3.4.2.2.Sağlanan Yardımlar

Medicaid yoksul insanlara tıbbi yardım sağlayan bir programdır. Sağlık harcamalarını karşılayamayan bu kesime verilen hizmetler şunlardır:

- i. Yatarak tedavi,
- ii. Ayakta tedavi,
- iii. Doğum öncesi hizmetler,
- iv. Aşılama,
- v. Doktor hizmeti,
- vi. Hemşirelik hizmeti,
- vii. Evde bakım ve özel hemşirelik,
- viii. Aile planlaması,
- ix. Kırsal sağlık klinikleri,
- x. Laboratuar ve Röntgen hizmetleri,
- xi. Erken teşhis ve tanı hizmeti,
- xii. Ambulans hizmeti,

²⁵² Ögütoğulları, a.g.e., s.84.

²⁵³ Aynı, s.373.

- xiii. Ebe ve hemşire hizmeti ve
- xiv. 21 yaş altı çocuklar için hemşirelik ve tedavi hizmetleridir.

10.1.3.4.2.3.Finansman

Medicaid hizmetlerinin finansmanı Federal Hükümet tarafından karşılanmaktadır. 1995 verilerine göre, Medicaid programında hasta başına yıllık ortalama 3311 \$ harcama yapılmıştır. Medicaid federal ve eyalet ortak programı olması nedeniyle federal devlet, eyalet bütçelerine göre giderlerin %50'si ile %78'i arasında yardım yapmaktadır²⁵⁴.

10.2.Almanya

16 eyaletten oluşan Almanya parlamenter demokrasi ile yönetilen bir devlettir. Siyasi yetki eyaletlerle federal hükümet arasında paylaşılmıştır. Kanun yapma gücü dört yılda bir seçilen Federal Meclis (Bundestag) ve eyalet hükümetlerince atanan Federal Konseye (Bundestrat) aittir. Devletin başı cumhurbaşkanıdır. Yürütme gücü ise Federal hükümeti oluşturan federal başbakan ve federal bakanlar tarafından kullanılmaktadır. Başbakan federal meclisin teklifi üzerine cumhurbaşkanı tarafından seçilmektedir. Bakanları seçme ve azletme yetkisi de başbakanın teklifi ile cumhurbaşkanına aittir²⁵⁵.

Almanya 1990'daki birleşmeden sonra Avrupa Birliğinin en büyük ülkelerinden biri haline gelmiştir.

10.2.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre, ülkenin nüfusu 82.170.000'dir. Ülkenin nüfus piramidi 1970 verileriyle karşılaştırıldığında, Almanya genç nüfusu azalan, orta yaş kuşağı artan bir ülke görünümündedir. 0-20 yaş grubunda ve 60-80 yaş grubunda bir azalma, 20-60 ve 80 ile üzeri yaş gruplarında artış gözlenmektedir. Bu görünümüyle Almanya bir çok

²⁵⁴ US Social Security Administration, (1997), a.g.e., s.65 vd.

²⁵⁵ WHO Regional Office for Europa, **Highlights On Health in Germany** (May 1999), s.5.

Avrupa ülkesi gibi genç nüfus eksikliği duyan bir ülke durumundadır²⁵⁶. Ülkedeki nüfus artış hızı %0,4'tür. Ortalama yaşam süresi ise erkeklerde 73,7 kadınlarda ise 80,1'dir²⁵⁷. Nüfusun %86'sı şehirlerde, %14'ü kırsal bölgelerde yaşamaktadır. Milli gelirin %10,3'ünün sağlığa harcadığı ülkede, kişi başına milli gelir 23.360 \$'dır. Ülkede her 1000 kişiye 3,2 doktor, 0,7 diş hekimi, 5,2 hemşire düşmektedir.

10.2.2.Örgütsel Yapı

Almanya sosyal sigortaları kuran ilk ülkedir. Birçok Avrupa ülkesinin kendisine örnek aldığı Alman sigorta sistemi, zorunluluk esasına dayanan sosyal sigorta modelidir. Bu model büyük ölçüde özel sigorta tekniğinin uyarlamasından ortaya çıkmıştır. Nüfusun %90'ı zorunlu sosyal sigorta kapsamındadır²⁵⁸.

10.2.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

Almanya'da sağlık sigortalarının geçmişi Prusya İmparatorluğu dönemine kadar gitmektedir. Bu dönemde düşük gelirli işçiler için karşılıklı yardım esasına dayanan bir yardım kanunu kabul edilmiştir. Bu yardımları sağlamak için işçinin ücretinin bir yüzdesi olarak işverenden prim kesilmiştir. Ancak yaratılan fonun yönetimi, işçiler ve işverenlerle birlikte yürütülmüştür. 1871'e gelene dek ülkede bu tür yardım mekanizmaları işletilmiştir²⁵⁹. Ancak 1871'de Bismark'ın Başkanlığa gelmesiyle daha sistemli, zorunlu ve sosyal sigorta esasına dayanan bir modele geçilmiştir. Bu dönemde Bismark hızla yaygınlaşan işçi hareketlerinin temsilcisi olan Sosyal Demokrat Partiyi bir tehdit olarak görmüş ve buna bir önlem olarak sosyal güvenlik yasalarının peş peşe kabul edip yürürlüğe konulmasını sağlamıştır²⁶⁰. 15 Temmuz 1883'te Hastalık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiştir. Bundan tam bir yıl sonra İş Kazaları Sigortası Kanunu ve 1889'da da Maluliyet ve Yaşlılık Sigortaları yürürlüğe girmiştir. 1911'de dağınk durumda bulunan bu kanunlar birleştirilmiştir 1924'de Kamu Yardımları Kanunu,

²⁵⁶ Aynı, s.5.

²⁵⁷ Worldbank Helth Report 2000.

²⁵⁸ Ulf Fink, "Alman Hastalık Sigortasının Reformu", *Türkiye'de ve Almanya'da Sosyal Güvenlik Sistemleri Reformu* (18-19 Aralık 1997, Ankara), s.105.

²⁵⁹ Roemer, a.g.e., s.131.

²⁶⁰ Erkul, a.g.e., s.194; Roemer, a.g.e., s.131.

1927'de de İşsizlik Sigortası Kanunu yürürlüğe konulmuştur. 1961 yılında Federal Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı sağlık ve sosyal ilişkilerin ulusal idarecisi olarak yeniden hayata geçirilmiştir. 1965'te hekimler için yasal ücretler kabul edilmiştir. Bu kanun 1982'de yeniden gözden geçirilmiş ve düzenlenmiştir. 1972'de hastanelerin finansmanına ilişkin kanun kabul edilmiştir. 1989'da Sağlık Sigortasında yapısal bir reform yapılmıştır. Bu reformla sağlık sistemine son şekli verilmiştir. Ayrıca bu reformla sağlık harcamalarının azaltılması konusu ele alınmıştır. 1994'te de uzun dönem bakım sigortası kabul edilmiştir²⁶².

10.2.2.2. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Ülkede, pratisyen hekimler birinci basamak sağlık hizmetlerini yürütmektedirler. Bu hekimler genellikle tüm ailenin hekimi olduklarından bunlara aile hekimi de denilmektedir. Pratisyen hekimler kendi muayenehanelerinde ya da polikliniklerde hizmet vermektedirler. Nüfusun %90'ından fazlası sigortalı olduğu için hekimler sigorta ile anlaşmayı tercih etmektedirler. Sigorta hekimlerine 68 yaş sınırı getirilmiştir. Aile hekimliği hizmetlerinin niteliğini artırmak amacıyla hekimler, 1994 yılından itibaren 3 yıllık bir eğitime tabi tutulmaktadırlar. Bu eğitimden sonra sigorta ile anlaşabilmektedirler. Pratisyen hekimler uzman müdahalesi gerektiren durumlarda hastaları bir uzmana ya da hastaneye sevk etmektedirler. Almanya'daki hekimler arasında uzmanlaşma oranı eski eyaletlerde %63 civarındadır. Anlaşmalı hekimler bireysel olarak çalışabileceği gibi grup pratiği adı verilen gruplar halinde de çalışabilmektedir²⁶³.

Bu sistemde her hastanın bir sigorta kartı bulunmaktadır. Hasta bu kartı verdiği hekime 3 ay süreyle bağlı kalmaktadır. Hasta geçerli bir sebebi olmadıkça hekimini değiştirememektedir. Kural olarak bu hekimine 24 saat ulaşabilmektedir²⁶⁴.

Öte yandan pratisyen hekimler birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamında sağlık sigortalarına katkıda bulunmak amacıyla bir kısım koruyucu sağlık hizmetini de kapsama almıştır. Bunlara 45 yaşın üstündeki erkeklerin yılda bir kez muayeneleri,

²⁶² Lassey, Lassey ve Jinks, a.g.e., s.130.

²⁶³ Sarper Erdoğan ve Galip Ekuklu, "Almanya'da Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Kasım 1994-Şubat 1995, C.9, S.64-65, s.7.

²⁶⁴ Aynı, s.71.

bebeklerin 0 yaş içinde 4 kez muayeneleri, kadınların 20 yaşından sonra yılda bir kez muayeneleri gibi hizmetler dahildir. Bu tür koruyucu hizmetlerle, risk doğmadan önlenmeye çalışılmaktadır²⁶⁴.

10.2.2.3.İkinci Basamak Tedavi Hizmetleri

Ayakta tedavi gören hasta hizmetleri ve hastanede bakım hizmetleri ayrılmıştır. Hastaneler ayakta tedavi hizmeti vermemektedirler. Hastanelerdeki hastaların hemen hemen tümü yatarak tedavi gören hastalardır. Hastane tedavisi, pratisyen hekimin ya da uzman bir doktorun sevkisi ile mümkündür. Hastane bakımı çocuklar ve emekliler için ücretsizdir. Diğer hastalar ise belli bir oranda katkı yaparak bu hizmetten yararlanmaktadırlar. Almanya hasta yatak sayısı ile Avrupa Birliği ülkeleri oldukça yüksek bir orana sahiptir. 1995 yılı verilerine göre her 1000 kişiye 11 yatak düşmektedir²⁶⁵.

Almanya'da hastanelerin mülkiyeti üç gruba aittir. Bunlar kamu sektörü, özel sektör ve dernekler ile vakıflardır. Hastanelerin %61 civarında bir kısmı devlete aittir. Özel sektörün hastanelerdeki payı %4 civarındadır. Kiliselerin halka açık derneklerin hastanelerinin oranı ise %34 civarındadır²⁶⁶. Hastaneler ayrıca uzun dönem bakım hizmetlerini de vermektedir. Ayrıca evde bakım hizmetleri de uzun dönem bakım sigortasıyla desteklenmiştir²⁶⁷.

10.2.2.4.Sağlık ve Sosyal Bakım Hizmeti

Bu hizmet zihinsel özür lülere ve yaşlılara yöneliktir. Almanya'da 1,2 milyon insan zihinsel işlevini kaybettiği için veya yaşlılık nedeniyle bakıma muhtaç durumdadır. Bunların yaklaşık %80'i ev ortamında yaşamaktadır. Evde bakılamayacak duruma gelenler yataklı kurumlara alınmakta ve burada bakılmaktadırlar. 700'ü yeni eyaletlerde olmak üzere toplam 4500 kurum bu tür hastalara tedavi ve bakım hizmeti sunmaktadır. Bu kurumlar sosyal yardım dernekleri, vakıflar ve özel girişimciler

²⁶⁴ Sarper Erdoğan ve Ahmet Saltık, "Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek: Alman Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, Temmuz-Ağustos 1996, C.11, S.74, s.19.

²⁶⁵ WHO, Regional Office For Europa, (May 1999), a.g.e., s.39.

²⁶⁶ Erdoğan ve Ekuklu, a.g.e., s.72.

²⁶⁷ WHO, Regional Office For Europa, (May 1999), a.g.e., s.39.

tarafından işletilmektedir. Konaklama ücreti kişinin kendisi tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca resmi kurumların tesislerinde çok az bir ücretle kalılabilmektedir. 1989 yılının başında yürürlüğe giren bir kanunla ileri bakım gerektiren zihinsel özürülere yönelik hizmetler de sigorta kapsamına alınmıştır²⁶⁹.

10.2.2.5.Sağlık Sigortalarının İdari Yapısı

Alman sağlık sistemi, zorunlu sigorta, federal organizasyon ve gezici-yerleşik sağlık bakım ünitelerinden oluşmaktadır²⁷⁰.

Çalışanlar ücretli bir işe girdikleri tarihten itibaren sigortalı sayılmaktadırlar. Bildirim yükümlülüğü işverene bırakılmıştır. Sosyal güvenlik genel rejimi, çağdaş dokuz riskle ilgili sigorta kollarını içermektedir. Sigorta tescil işlemini öncelikle sağlık sigortası yapmakta ve tescil ettiği sigortalıları hemen malullük, yaşlılık, ölüm ve işsizlik konusunda yetkili sigorta kuruluşlarına bildirmektedir. Bu işlemlerden sonra sigortalıya bundan sonraki bütün sigorta işlemlerinde kullanacağı bir sicil numarası verilmektedir. Almanya'da kural olarak her sosyal sigorta kolu için ayrı bir sosyal güvenlik kurumu yetkili kılınmıştır. Bu kurumlar sigorta ve sigortaya ilişkin ulusal ve uluslararası uygulamadaki tüm işlemleri üstlenmişlerdir²⁷¹. Almanya'da sağlık sigortasına yönelik işlemleri Sağlık ve Analık Sigortası yürütmektedir. Bu kurum Federal Sağlık Bakanlığı ve Federal Sağlık Enstitüsünün denetimindedir²⁷².

Sağlık sigortaları 6'sı zorunlu olmak üzere toplam 8 değişik sigorta kolunca yürütülmektedir²⁷³:

- i. Bölge Sağlık Sigortaları (Ortskran-Krankenkassen): Geçmiş Alman İmparatorluğuna dayanan bu en eski sigorta kurumunun 266 Bölge Sigortası bulunmaktadır.
- ii. İşyeri Sağlık Sigortaları (Betriebs-Krankenkassen): Büyük şirketlerin kendi çalışanları için oluşturduğu sağlık sigortalarıdır. Bölge sağlık sigortaları ile aynı işleve sahiptir. Toplam 690 işyeri sağlık sigortası

²⁶⁹ Erdoğan ve Ekuklu, a.g.e., s.73.

²⁷⁰ Jochen Clasen ve Richard Freeman, *Social Policy in Germany* (Harvester Wheatsheaf, 1994), s.86.

²⁷¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, A.T. Koordinasyonu Dairesi Başkanlığı, *A.T. Sosyal Güvenlik Kılavuzu* (Ocak, 2000), s.132.

²⁷² US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.141.

²⁷³ Erdoğan ve Saltık, a.g.e., s.74.

vardır. Bu sigortalıların en büyükleri Siemens Sağlık Sigortası ve Alman Demiryolları Sağlık Sigortasıdır.

- iii. Lonca Sağlık Sigortaları (Innugs-Krankenkassen): Esnaf loncaları tarafından kurulan bu sağlık sigortalılarının toplamı 150 civarındadır.
- iv. Çiftçi Sağlık Sigortası (Landwirtschaftliche-Krankenkassen): Bu sigorta bağımsız çalışan çiftçilere ve onlara yardım eden aile üyelerine yönelik kurulmuştur. Bu alanda 19 sigorta kurumu hizmet vermektedir.
- v. Deniz Sağlık Sigortası (See-Krankenkasse): Limanlarda ve gemilerde çalışanlara yönelik sağlık sigorta kurumudur.
- vi. Alman Madenciler Birliği Sigortası (Bundesknapps-Chaftskasse): Bu kurum madenlerde çalışan işçileri kapsamaktadır.
- vii. İşçi Yedek Sigortaları (Arbeiter-Ersatzkassen): İşçilere yönelik 8 sigorta kuruluşundan oluşmaktadır.
- viii. Memur Yedek Sigortaları (Angestellten-Ersatzkassen): Memurlara yönelik 7 sigorta kuruluşundan oluşmaktadır.

Bu sigortalara bağlı toplam 1100 civarında özerk sağlık sigorta kuruluşu faaliyet göstermektedir²⁷⁴.

Almanya'da belirli alt ve üst sınırlar arasında gelir elde eden herkes sağlık sigortasına üye olmak zorundadır. Üst sınır olarak belirlenmiş gelir düzeyinden fazla kazananlar zorunlu sigortalılık kapsamı dışında tutulmuşlardır²⁷⁵. Ancak yine de isterlerse gönüllü sigortalı olmalarına bir engel yoktur. Ayrıca emekli olmadan önce herhangi bir sağlık sigortasına kayıtlı olanlar, emekli olduklarında da aynı sigorta kurumundan emekli sigortalı (Rentnersicherte) olarak zorunlu sigortalılıklarını sürdürebilmektedirler²⁷⁶.

Sağlık sigortası uygulamasında aileyi sigortalama ilkesi geçerlidir. Buna göre, prim ödeyerek sağlık sigortası kapsamına giren her sigortalının, yeterli geliri olmayan birinci derece yakınları da prim ödemeksizin sigortalanmaktadır²⁷⁷. Ancak bunlar hastalık parası dışındaki hizmetlerden yararlanabilmektedirler. Her zorunlu sigortalının kendi mesleğine uygun düşen bir sigorta kurumu vardır²⁷⁸.

²⁷⁴ Michael Hill, *Social Policy* (Prentice-Hall, 1996), s.104.

²⁷⁵ Clasen ve Freeman, a.g.e., s.86.

²⁷⁶ Erdoğan ve Saltık, a.g.e., s.18.

²⁷⁷ Clasen ve Freeman, a.g.e., s.86.

²⁷⁸ Erdoğan ve Saltık, a.g.e., s.18.

Sağlık sigortaları, kamusal nitelikli kurumlar olsalar da karar ve yürütme yetkilerini kendi organları eliyle kullanan özerk kurumlardır. Alman sağlık sisteminde devletin görevi gerekli yasal düzenlemeleri yapmak ve hizmetlerin genel çerçevesini çizmektir. Sigortanın yönetim organı Temsilciler Meclisi ve Yönetim Kuruludur. Temsilciler Meclisi 6 yılda bir seçilir. Yönetim Kurulunu Temsilciler Meclisi kendi içinden seçmektedir. Hem Temsilciler Meclisinde, hem de Yönetim Kurulunda işçiler ve işverenler, eşit sayıda temsil edilmektedirler. Atanmış tüm memurlar Yönetim kuruluna bağlıdır. Ayrıca ilgili sigorta kurumuna üye olan herkesin seçilme hakkı vardır²⁷⁹.

10.2.2.5.1.Sağlık Sigortalarının Kapsamı

Sağlık sigortasının kapsamında bulunanlar şunlardır:

- i. Ücretli bir işte çalışanlar, mesleki eğitim görenler, stajyerler, yüksek öğrenim görenler, emekliler,
- ii. Yeterli staj süresine sahip sigorta aylığı sahipleri,
- iii. İşsizlik parası ve yardımı alanlar,
- iv. Mesleğe alıştırma faaliyetlerine katılanlar,
- v. Tarım işletmecileri,
- vi. Sanatkarlar ve gazeteciler ile,
- vii. İsteğe bağlı sigortalılardır.

Zorunlu sağlık sigortası kapsamında bulunmak için yıllık kazancın yeni eyaletlerde 63.000 DM, eski eyaletlerde de 75.600 DM'nin altında olması gerekmektedir. Bu üst sınırlardan fazla kazancı olanlar isterlerse gönüllü sigortalı olabilmektedirler. Ayrıca aylık geliri eski eyaletlerde 630 DM, yeni eyaletlerde de 530 DM aşmayan kişiler ve eşleri ile belli bir yaşa kadar çocukları sağlık sigortası kapsamındadır²⁸⁰.

²⁷⁹ Erdoğan ve Ekuklu, a.g.e., s.67.

²⁸⁰ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.141.

10.2.2.5.2.Sağlanan Yardımlar

Sağlık sigortasından sağlanan yardımlar sağlık yardımları ve parasal yardımlar olarak ikiye ayrılmaktadır.

10.2.2.5.2.1.Sağlık Yardımları

Sağlık yardımları süresiz olarak sunulmaktadır. Sigortalının yararlandığı yardımlar şunlardır²⁸⁰:

- i. Bazı hastalıkları önleme ve erken teşhis,
- ii. Diş sağlığı ile ilgili önlemler,
- iii. Hastane hizmetleri,
- iv. Sürekli bakım hizmeti,
- v. Evde bakım hizmeti ve ev işleri yardımı,
- vi. Rehabilitasyon hizmetleri ve
- vii. Laboratuvar hizmetleridir.

Yardımlar hastalığın başladığı andan itibaren başlamaktadır. Sigortalılar (çocuklar ve düşük gelirliler hariç) kendileri için yapılan sağlık sigortası yardımlarına katılmak zorundadırlar. Sigortalılar ilaçlarda ilacın büyüklüğüne göre 8 ile 10 DM arasında, sargı malzemelerinde reçete başına 8 DM günlük, diş ve protezlerde harcamanın yarısı ve ulaşım masraflarının %25'i oranında katkıda bulunmaktadırlar²⁸¹.

10.2.2.5.2.2.Parasal Yardımlar

Kural olarak işveren hastalık nedeniyle çalışamaz duruma gelen sigortalıya ilk 6 hafta içinde ücretini tam olarak ödemeye devam etmekte ve 6 hafta sonra işverenden ücret almayan sigortalı için sağlık sigortası devreye girmektedir. Sigorta hastaya brüt ücretinin %70'ine denk bir ücret ödemektedir. Ancak bu miktar sigortalının net ücretinin %90'ını geçmeyecek bir oranda tespit edilmektedir. Aynı hastalık için alınan hastalık parası 3 yıl için 78 haftayı geçmemektedir²⁸². Başka yardımlardan (malullük

²⁸⁰ Erdoğan ve Ekuklu, a.g.e., s.68.

²⁸¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.134.

²⁸² US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.141.

gibi) yararlanan sigortalıya hastalık parası indirimli olarak ödenmektedir. Sigortalı muayene için çağırıldığında sigortanın belirttiği zamanda muayene yerinde bulunmak zorundadır. Kabul edilebilir bir nedeni olmaksızın muayeneye gelmeyenlerin hastalık parası ödemesi durdurulmaktadır²⁸³.

10.2.2.5.2.3.Finansman

Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve belli durumlarda devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar aylık kazançlarının %6,9'u oranında prim ödemektedirler. Eğer sigortalının geliri eski eyaletlerde 630 DM, yeni eyaletlerde 530 DM'dan daha az ise prim ödeme koşulu aranmamaktadır. Emeklilikler de gelirlerinin %6,9'u oranında finansmana katkıda bulunmaktadırlar. İşverenler, sigortalının aylık ücretinin %6,9'u oranında finansmana katılmaktadırlar. Sigortalının geliri eski eyaletlerde 630 DM yeni eyaletlerde 530 DM'nın altında ise, işverenin ödeyeceği prim oranı %13,8 olmaktadır. Devlet ise emekli çiftçilerin ve öğrencilerin sağlık hizmetlerini sübvansede etmektedir²⁸⁴.

10.3.Fransa

Anayasal bir cumhuriyet olan Fransa'da ülkenin yönetim şekline ilişkin son revizyon 4 Ekim 1958'de yapılmıştır. Cumhurbaşkanının 7 yıllık bir süre için doğrudan genel oyla seçildiği ülkede başbakanı cumhurbaşkanı atamaktadır. Ayrıca kabinenin diğer üyelerini de atama ve azletme yetkisi cumhurbaşkanına aittir. Yasama yetkisi ulusal meclis ve senato aracılığıyla kullanılmaktadır. Ulusal meclis doğrudan genel oyla, senato ise dolaylı oyla seçilmektedir²⁸⁵. Ülke 22 ana bölgeye ayrılmış durumdadır. Bu bölgelerin altında 96 şehir, şehirlerin de altında 36.000 komün bulunmaktadır. Bu bölümlenme yapılırken bölgelerin ulusal gelişmişlik düzeyleri ve bütçeleme politikaları göz önünde bulundurulmuştur. Fransa Avrupa Birliğinin kurucu üyesidir²⁸⁶.

²⁸³ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.135.

²⁸⁴ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.141.

²⁸⁵ WHO Regional Office for Europe, *Highlights on Health in France* (July 1997), s.5.

²⁸⁶ Brian Munday ve Peter Ely, *Social Care In Europe* (Prentice-Hall, 1996), s.38 vd.

10.3.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre, ülkenin nüfusu 58.100.000'dir²⁸⁷. Nüfus piramidi incelendiğinde yaşlanan ülke nüfusu göze çarpmaktadır. Fransa'nın nüfus yapısı 1970 verileri ile karşılaştırıldığında, 0-25 yaş grubunda azalma, 25 ve üzeri yaş gruplarında ise artış görülmektedir. Fransa yaşlanan nüfusu ile diğer Avrupa ülkeleriyle büyük benzerlik göstermektedir. Nüfus artış oranı %0,4'tür. Doğum oranının düşük olması ve ölüm oranlarındaki azalma ve artan ortalama yaşam süresi böyle bir yapının ortaya çıkmasına neden olmuştur²⁸⁸. Nüfusun %75'i şehirlerde %25'i de kırsal bölgelerde yaşamaktadır²⁸⁹.

Fransız halkının yaklaşık %6'sını göçmenler oluşturmaktadır. Gayri safi milli hasılanın %9'unun sağlığa harcadığı ülkede kişi başına düşen milli gelir 1999 verilerine göre²⁹⁰ 23.480 \$'dır. Fransa'da her 1000 kişiye 2,8 doktor, 0,7 diş hekimi, 5,5 hemşire düşmektedir. Ortalama yaşam süresi erkeklerde 74,9 kadınlarda ise 83,6'dır. Sağlıklı yaşam süreleri ise erkeklerde 63,8 kadınlarda ise 68,5 olarak tespit edilmiştir²⁹¹.

10.3.2.Örgütsel Yapı

Fransa'da sağlık sigortaları Sağlık ve Sosyal İşler Bakanlığının denetiminde Ulusal Sağlık Sigortası Kurumu tarafından yürütülmektedir. Ulusal Sağlık Sigortasının altında Bölge Sağlık Sigortaları bulunmaktadır. Bölge Sağlık Sigortalarının görevi bir alt basamaktaki yerel sigorta kurumlarının koordinasyonunu ve finansmanını sağlamaktır. Birinci basamaktaki sağlık sigortası olan yerel sağlık sigortaları sigortalıların kayıt işlemlerini, nakit para yardımlarının ödenmesini ve tıbbi yardım giderlerinin geri ödenmesini üstlenmiştir²⁹².

²⁸⁷ <http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (France).

²⁸⁸ WHO, Regional Office for Europe, (July 1997) a.g.e., s.5.

²⁸⁹ <http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (France).

²⁹⁰ Aynı.

²⁹¹ WHO Regional Office for Europe, (July 1997), a.g.e., s.6 vd; http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable_02.pdf.

²⁹² US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.141.

10.3.2.1.Ulusal Sağlık Sigortasının Gelişimi

Fransa ulusal sağlık sigortasının kökleri 19. yüzyılın başlarına kadar uzanmaktadır. Bu dönemde maden işçilerinin karşılıklı yardım temeline dayalı kurmuş oldukları hastalık sandıkları sağlık sigortalarının ilk örneklerini oluşturmaktadır. Modern anlamda sağlık sigortalarının kuruluşu 1928 yılında gerçekleşmiştir. Bu dönemde düşük gelirli işçiler için zorunlu katılımı gerektiren ilk kanun çıkarılmıştır. Bunu daha sonra 1930'da çıkarılan Sosyal Sigorta kanunu izlemiştir. Bu kanun doğrultusunda primler işveren tarafından sigortalıların ücretlerinden kesilmiştir²⁹⁴. Ayrıca bu kanunla çiftçiler, madenciler, küçük işletmelerde çalışanlar ve düşük gelirli beyaz yakalılar isterlerse gönüllü sigortalı olabilmişlerdir²⁹⁵. 1945'te çıkarılan bir kanunla tüm riskler kapsama alınmış ve yapılacak yardımlarda birlik sağlanmıştır. Bu kanunla işçilerle birlikte işverenlerden de prim kesilmesi karara bağlanmıştır²⁹⁶. Tüm bunların yönetimi de aynı yıl kurulan Ulusal Sağlık Sigortasına bırakılmıştır²⁹⁷. 1958'de hastane reform kanunu çıkarılmıştır. Sosyal Sigortalar Kanunu 1967'de nüfusun %76'sını kapsayacak ölçüde yeniden düzenlenmiştir. Bu şekilde tarım işçileri ve bağımsız çalışanlar da kapsama alınmışlardır. Bunların toplam nüfus içinde oranı %16'dır. Sosyal Sigortalar Kanunu daha sonra 1971, 1974 ve 1978 yılında revizyona uğrayarak günümüze gelmiştir. 1979 yılından itibaren de harcamalara bir sınır getirilmeye başlanmış ve sağlık harcamaları kontrol altına alınmaya çalışılmıştır²⁹⁸.

10.3.2.2.Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Ayakta tedavi hizmetlerinin %99'u Sosyal Sigortalar Kurumunun anlaşmalı olduğu hekimler tarafından yapılmaktadır. Hekim ücretlerinin ödenmesinde iki yöntemden yararlanılmaktadır. Birincisinde hizmetin fiyatı bellidir. Hasta hekim ücretini ödemekte ve sonradan sigorta kurumundan geri almaktadır. İkinci yöntemde ise, her hekim kendi ücretini belirlemektedir. Hasta ödemeyi yapmakta ve daha sonra

²⁹⁴ Lassey, Lassey ve Jinks, a.g.e., s.153.

²⁹⁵ Kerim Oder, *Fransa'da Sosyal Güvenlik* (Ankara, 1955), s.21.

²⁹⁶ Lassey, Lassey ve Jinks, a.g.e., s.153.

²⁹⁷ Belek, (1994), a.g.e., s.115.

²⁹⁸ Lassey, Lassey ve Jinks, a.g.e., s.154.

birinci yöntemdeki belirlenmiş ücreti sigortadan geri almaktadır. Fazla olan miktar varsa o kısmı sigortalının kendisi tarafından karşılamaktadır²⁹⁹.

Birinci basamaktaki hekimlerin hastaları ikinci basamağa sevk etmede etkili bir rolü yoktur. Hasta dilerse doğrudan doğruya uzman bir doktora ya da hastaneye başvurabilmektedir³⁰⁰.

10.3.2.3.İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri hastanelerde verilen sağlık hizmetleridir. Kamu hastanelerinin üç görevi bulunmaktadır. Bunlar koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmaktır. Kamu hastaneleri ayrıca acil servis hizmetlerini de sunmaktadır. Fransa'da kamuya ait çok yüksek standartlara sahip 29 hastane bulunmaktadır. Bunun dışında kamuya ait psikiyatri hastaneleri gibi uzmanlık hastaneleri ve rehabilitasyon merkezleri de bulunmaktadır³⁰¹. Toplam hastanelerin 1/3'e yakın bir kısmı kamunun elindedir. Ancak hastane yatak sayısı göz önünde bulundurulduğunda kamunun payının 2/3 olduğu görülmektedir³⁰². Hükümet kamu ve özel hastaneleri denetimi altında tutmaktadır. Bu amaçla 1996 yılında bölgesel hastaneleri kontrol eden idari fonksiyonu olan ve yöneticisi kabine tarafından atanan bürolar kurulmuştur³⁰³.

10.3.3.Ulusal Sağlık Sigortası

Nüfusun %99'u ulusal sağlık sigortasının kapsamındadır³⁰⁴. Ulusal Sağlık Sigortasında sigortalının katılabileceği üç program vardır. Bunlardan ilki ücretli çalışan işçiler ve ailelerine yönelik programdır. Buna genel program da denilmektedir. Bir diğeri ise çiftçiler ve tarım işçileri ve bunların ailelerine yönelik programdır. Üçüncüsü ise serbest meslek sahiplerine yönelik olan sağlık programıdır. Bütün bu programlar istendiği takdirde kar amacı olmayan sigortalar ya da özel sigorta kuruluşları tarafından

²⁹⁹ Belek, (1994), a.g.e., s.116.

³⁰⁰ WHO Regional Office for Europe, (July 1997), a.g.e., s.34.

³⁰¹ Aynı, s.34.

³⁰² Belek, (1994), a.g.e., s.116.

³⁰³ WHO Regional Office for Europe, (July 1997), a.g.e., s.36.

³⁰⁴ Belek, (1994), a.g.e., s.115.

desteklenebilmektedir. Çünkü Fransa'da sağlık sigortaları sağlık harcamalarının tamamını karşılamamaktadır. 1993 verilerine göre, sağlık harcamalarının %74'ü ulusal sağlık sigortasından, %6'sı özel sigorta şirketlerinden, %19'u hastalar tarafından, %1'i de geri ödemesi olmayan yerel veya devlet idarelerince karşılanmıştır. Zorunlu sağlık sigortası, gezici sağlık hizmeti veren özel sektörü de finanse etmektedir. Bunlar Sağlık Sigortasıyla yaptıkları anlaşmayla sosyal sağlık sigortası sistemi içinde yer almaktadırlar³⁰⁵.

10.3.3.1.Kapsam

Sağlık sigortasından parasal yardım ve sağlık yardımı yapılmaktadır. Sağlık sigortası kapsamında bulunanlar şunlardır:

- i. Bütün ücretliler ve ücretsiz çalışanlar,
- ii. Aylık sahipleri (malullük),
- iii. İşsizler,
- iv. İş kazası geliri alanlar,
- v. Gençler,
- vi. Askerlikten muaf olan gençler,
- vii. Sakatlar,
- viii. Yalnız yaşayan ve anne-baba yardımı alanlar,
- ix. Mesleki eğitim stajyerleri,
- x. Yüksek öğrenim öğrencileri ve
- xi. Tutuklulardır.

Yukarıda sayılan bu grupların hak sahipleri de sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar. Ancak parasal yardımlardan sadece sigortalının kendisi yararlanmaktadır.

Bütün sigortalılar bir hastalıktan ileri gelen iş görmezlik süresi boyunca hastalık parası almaktadırlar. İşsizler de işsizlik ödeneği aldıkları süre boyunca ve bu ödenek sona erdikten itibaren 1 yıl boyunca parasal yardımları almaya devam etmektedirler³⁰⁶.

³⁰⁵ WHO Regional Office for Europe, (July 1997), a.g.e., s.33.

³⁰⁶ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.216.

10.3.3.2.Yararlanma Koşulları

Sağlık yardımlarından ve parasal yardımlardan yararlanma koşulları farklıdır.

10.3.3.2.1.Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları

Sigortalının sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için hasta olduğu tarihten önceki bir ay içinde asgari saat ücretinin 60 katı üzerinden prim ödemiş olması veya 60 saat çalışmış olması ya da hastalık tarihinden önceki üç ay içinde asgari saat ücretinin en az 120 katı üzerinden prim ödemiş olması veya 120 saat çalışmış olması gerekmektedir. Bir diğer durumda da hastalık tarihinden önceki bir yıl içinde sigortalının asgari saat ücretinin en az 2030 katı prim ödemesi veya 1200 saat çalışmış olması gerekmektedir³⁰⁷.

Yardımlar hastalığın başlamasından itibaren süresiz olarak verilmektedir. Ancak bu yardımlar sigortalılığın sona ermesinden itibaren 1 yıl geçtikten sonra kesilmektedir.

Sigortalı sağlık giderlerini bizzat kendisi ödemektedir. Ancak harcamalara ilişkin belgeleri Sağlık Sigortası Kurumuna göndermesinden itibaren 15 gün içinde harcamalar kendisine geri ödenmektedir. Burada belirtmek gerekir ki, harcamaların tamamı geri ödenmemektedir. İleride de inceleneceği üzere katılım payı kesildikten sonra kalan kısım ödenmektedir. Böylelikle sigortalıların harcamalara doğrudan katılımı sağlanmış olmaktadır³⁰⁸.

10.3.3.2.2.Parasal Yardımlardan Yararlanma Koşulları

Parasal yardımlar günlük ödenekler şeklinde yapılmaktadır. Bu ödenekler ilke olarak hastalığın başladığı tarihten itibaren en çok 6 ay süresince ödenmektedir. Parasal yardımlardan yararlanabilmek için sigortalının hastalığın meydana gelmesinden önceki son üç takvim ayında en az 200 saat çalışmasının bulunması gerekmektedir. Eğer hastalığın meydana gelmesinden önceki son 12 ay boyunca sigortalı en az 800 saat

³⁰⁷ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.131.

³⁰⁸ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.218.

çalışmışsa (bu çalışmasının 200 saati ilk üç ay içinde olması koşuluyla) ilk 6 aylık ödenekten daha fazlasına hak kazanmaktadır.

Bir diğer koşul da hastalığın beyan edildiği ayın ilk gününden en az 1 yıl önce sigortaya tescil edilmiş olmaktır. Bu bir yıllık süreye ücretli izinler, irade dışı işsizlikler ve diğer çalışmış gibi kabul edilen süreler de dahildir³⁰⁹.

10.3.3.3.Sağlanan Yardımlar

Sağlık sigortasından sağlanan yardımlar sağlık yardımları ve parasal yardımlar olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

10.3.3.3.1.Sağlık Yardımları

Sigortalının hastalanması durumunda sağlık yardımlarını talep etme hakkı vardır. Sigortalının sigortalılık ilişkisi sona ermiş olsa bile sigortalılığın sona ermesinden itibaren bir yıl kendisine ve hak sahiplerine sağlık yardımlarından yararlanma hakkı tanınmıştır³¹⁰. Sigortalılara sağlanan sağlık yardımları ve katılım payları şöyledir³¹¹:

- i. Sağlık giderlerine katılım: Sigortalı kendisine sunulan hekim muayene ücretlerinin %30'una, yataklı tesislerde yapılan dış konsültasyon ücretinin %25'ine ve hastanede kalınan süre içinde tedavi giderlerinin %20'sine katılmak zorundadır.
- ii. Yatarak tedavi hizmeti: Sigortalı kamu sağlık tesisleri ve özel tesisler arasında seçim yapmakta serbesttir. Sigortalının hastanede yatarak tedavilerde katılımı genellikle giderlerin %20'sidir. Ayrıca sigortalı hastanede kaldığı gün başına 70 FF hastane giderlerine katılım payı ödemektedir.

³⁰⁹ Aynı, s.218.

³¹⁰ Otto Kaufman, "Fransa'da Sosyal Güvenlik", Çev: Tankut Centel, Çimento İşveren Dergisi, Ocak 1999, C.15, S.1, s.5.

³¹¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.218.

- iii. Sanatoryum hizmeti: Sigorta kuruluşunun ön izni ile sigortalı bu hizmetten yararlanabilmektedir. Bu hizmetten yararlanmak için katılım payı gerekmemektedir.
- iv. Diş tedavi hizmetleri: Önleyici, tedavi edici hizmetler ve diş çekimi sigorta kapsamına dahildir. Sigortalının giderlere katılım oranı %30'dur.
- v. İlaçlar: İlaçlara katılım ağır hastalıklarda kullanılan ilaçlar hariç olmak üzere %35 ile %65 arasında değişmektedir. Lüks ilaçların ise %100'ü sigortalı tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca uzun süreli hastalıklarda da sigortalıdan ilaç için katılım payı alınmaktadır.
- vi. Protezler, işitme ve görme cihazları: Sigortalılar sigortanın ön izni olması koşuluyla belirlenen tarifenin %35'ine katılmaktadır. Büyük protez ve cihazlarda ise katılım payı alınmamaktadır.
- vii. Diğer yardım ve hizmetler: Bunlar yardımcı sağlık hizmetleri, hastaneye nakil, koruyucu hekimlik hizmeti, sigortanın sağladığı sosyal amaçlı ek sosyal yardımlar ve rehabilitasyon ile kaplıca hizmetleridir. Bu hizmetler için de katılım payı gerekmemektedir.

10.3.3.3.2.Parasal Yardımlar

Hastalık sigortasından üç günlük bir bekleme süresinden sonra, işgöremezliğin dördüncü gününden itibaren son çalışma ayındaki ücretin yarısı tutarında bir ödeme yapılmaktadır. Bu miktar sigortalının en az 3 çocuk geçindirmek durumunda olması halinde 31. Günden itibaren ücretin 2/3'ne yükseltilmektedir³¹². Hastalık parasının tutarı günlük en az 48,06 FF, en çok da 241,16 FF olabilmektedir³¹³. Uzun süreli hastalıklarda hastalık parası üç yıl boyunca ödenmektedir. Bunun dışındaki durumlarda hastalık parası talep etme hakkı üç yıl içinde 360 günle sınırlandırılmıştır³¹⁴. Ayrıca sigorta kurumunun sigortalıyı hastalığı boyunca dilediği zaman denetleme yetkisi bulunmaktadır.

³¹² Kaufman, a.g.e., s.6.

³¹³ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.131.

³¹⁴ Kaufman, a.g.e., s.6.

10.3.3.4.Finansman

Sağlık sigortasının finansmanı sigortalı, işveren ve devlet tarafından karşılanmaktadır. Sigortalılar toplam aylık gelirlerinin %6,8'i oranında prim ödemektedirler. Emekliler ise toplam aylık kazançlarının %1,4'ü oranında prim ödemekle yükümlüdürler. Ancak düşük gelirli emekliler prim katkısından muaf tutulmuşlardır. İşsizler kendilerine garanti edilen asgari ücretin %2'si oranında finansmana katılmaktadırlar. Bunlara ilaveten öğrenciler ve gençler sabit bir oranla sigortaya katılabilmektedirler. İşverenlerin finansmana katılma oranı ise işçinin aylık ücretinin %12,8'i kadardır. Ayrıca işveren bu kesintileri kuruma yatırmakla da yükümlü tutulmuştur. Devlet ise otomobil sigortası gelirlerinin %12'si, ilaç reklam gelirlerinden alınan vergilerin bir kısmı ve alkol ile sigara üzerinden alınan vergilerle finansmana katkı sağlamaktadır. Ayrıca devlet yeni hastane inşaatlarına yapılan yardımlar ve birtakım sağlık ve sosyal hizmetlere yaptığı katkılarla da finansmana katkı sağlamaktadır³¹⁵.

10.4.İngiltere (Birleşik Krallık)

İngiltere (Birleşik Krallık), İskoçya, Galler, İngiltere ve Kuzey İrlanda'dan oluşan ve anayasal monarşi ile yönetilen bir ülkedir. Parlamentosu Avam Kamarası ve Lordlar Kamarası olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Avam Kamarası 650 üyeden oluşmakta ve 5 yıllık bir süre için seçimle belirlenmektedir. Lordlar Kamarası ise İngiliz asillerinden oluşmaktadır. Kanun yapma yetkisi iki Kamaraya da ait olmakla birlikte genellikle Avram Kamarası bu hakkı başlatmakta ve kullanmaktadır. Lordlar Kamarası ise teklif edilen kanunu değiştirme veya erteleme hakkına sahiptir. Ancak tasarını engelleme hakkı yoktur. Yürütme gücü kabineye aittir ve kabinenin başı başbakandır. Başbakan Avam Kamarasına karşı sorumludur. İngiltere 1973 yılından beri Avrupa Birliği üyesidir³¹⁶.

³¹⁵ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.131.

³¹⁶ WHO Regional Office for Europe, **Highlights On Health In The United Kingdom** (April 1997), s.5

10.4.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

İngiltere'nin nüfusu 1999³¹⁷ verilerine göre, 58.744.000'dir. Ülkenin nüfus piramidine bakıldığında ise azalan genç nüfus ve artan yaşlı nüfus dikkati çekmektedir. Nüfus piramidi 1970 verileriyle karşılaştırıldığında 0-25 yaş grubunda ve 55-70 yaş grubunda azalma, 25-55 ve 70-85 ve daha yukarı yaş gruplarında artma görülmektedir. Yani İngiltere azalan genç nüfus ve artan orta kuşak ve yaşlılar kuşağına sahip bir ülke haline gelmektedir. Ortalama yaşam süresinin artması, ölüm oranının, doğurganlığın ve bebek-anne ölümlerinin azalması bu tablonun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Yıllık nüfus artış oranı yaklaşık olarak %0,3 tür. Nüfusun yaklaşık %89'u şehirlerde, %11'i ise kırsal bölgelerde yaşamaktadır³¹⁸.

Nüfusun %94'ünü İngilizler (İngiliz, Galli, İskoç ve İrlandalı) oluşturmaktadır. Geri kalanı ise Hintliler, Pakistanlılar, Çinliler, Afrikalılar, Bangladeşliler ve Avrupalılardan meydana gelmektedir³¹⁹.

İngiltere'de 1999'da ortalama yaşam süresi erkekler için 73,5 kadınlar için ise 79'dur³²⁰. İyi ve sağlıklı yaşam beklentileri ise erkeklerde 59,7 kadınlarda ise 61,9 yaştır³²¹. Milli gelirin %8'inin sağlık harcamalarına ayrıldığı ülkede her 1000 kişiye 1,5 doktor, 0,4 diş hekimi ve 4,3 hemşire düşmektedir³²².

10.4.2.Örgütsel Yapı

İngiltere'de parasal yardımlar Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sağlık yardımları ise Sağlık Bakanlığı aracılığıyla yerine getirilmektedir³²³. Sosyal güvenlik rejimi üç ana bölümden oluşmaktadır³²⁴.

- i. Primli Rejim: Bu rejimi ulusal sigorta oluşturmaktadır. Hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan bir

³¹⁷ Worldbank Health Report 2000.

³¹⁸ WHO Regional Office for Europe, (April 1997), a.g.e., s.6.

³¹⁹ Lasse, Lasse ve Jinks, a.g.e., s.220.

³²⁰ Aynı, s.220.

³²¹ WHO Regional Office for Europe, (April 1997), a.g.e., s.12.

³²² Aynı, s.35 vd.

³²³ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.370.

³²⁴ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.170.

sistemdir. Bu sistemden yararlanmak için sigortalıların prim ödemesi gerekmektedir.

- ii. Primsiz Rejim: Bazı sakat kimselere ve bunlara bakanlara gelir desteği ve kira yardımı olarak uygulanan bir rejimdir. Çocuk yardımları da bu sistem içinde yer almaktadır. Bu riskler için genel bütçeden ayrılan ödenekler kullanılmaktadır.
- iii. Ulusal Sağlık Sistemi: İngiliz halkının ücretsiz olarak yararlandığı, diş ve göz hastalıklarını da kapsayan sağlık yardımları yapan bir kuruluştur. Bu kuruluşun finansmanı, genel bütçeden vergilerle karşılanmaktadır.

10.4.2.1.Ulusal Sağlık Sistemi (National Health Service-NHS)

Ulusal sağlık sistemi (NHS) kendine özgü yapısı ve örgütlenmesiyle dünyadaki sağlık sistemleri arasında önemli bir yere sahip örnek bir kuruluştur.

10.4.2.1.1.NHS'nin Gelişimi

NHS'nin kökleri 19. yüzyıldaki küçük işçi sigortalarına ve dostluk derneklerine kadar uzanmaktadır. 1911'de Lloyd George tarafından geliştirilen bu hizmet birimleri, belli gelir düzeyinin altındaki işçiler için Ulusal Sağlık Sigortası Kanununa dönüştürülmüştür. 1930'lu yıllarda Sağlık Bakanlığının girişimiyle Sovyetler Birliği'nde ve diğer Doğu Avrupa ülkelerinde biçimlenen sağlık hizmetleri modelleri incelenmeye başlanmış ve yeni tasarılar hazırlanmıştır³²⁵. 1942 yılında açıklanan Beveridge Raporuyla ayrıntılı bir sosyal güvenlik sisteminin yürürlüğe konacağı belirtilmiştir. Bu raporda, herkesin sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması gerektiği ifade edilmiştir. Sonunda NHS Kanunu 1946'da kabul edilerek 1948 yılında yürürlüğe girmiştir³²⁶. Sistem kısa zamanda benimsenmiş ve yerleşmiştir. Ancak 1974'te sistem ilk büyük değişikliğe uğramıştır. İngiltere'nin gurur kaynağı olan bu sistem Muhafazakar Partinin 1979'da iş başına gelmesinden sonra da boy hedefi haline gelmiş

³²⁵ Gazanfer Aksakoğlu, "İngiltere'de Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Kasım 1994-Şubat 1995, C.9, S.64-65, s.96.

³²⁶ Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, *Sekiz Avrupa Ülkesinin Milli Sağlık Programları Üzerine İnceleme* (1970), s.1.

ve birçok eleştiriye maruz kalmış ve değişiklik geçirmiştir. Bu dönemde bazı huzur evleri, çocuk yuvaları gibi sosyal kurumlar kapatılırken sağlık sistemi de özelleştirilmeye çalışılmıştır³²⁷. Sistem 1992 yılında bir değişikliğe daha uğramıştır. 1994 yılında İşgöremezlik Kanunu çıkarılmıştır. Bundan sonra sistem ufak tefek bazı değişiklikler geçirmiş olsa da halkın sahip çıkması ve sağlık personelinin direnmeleri sonucu varlığını sürdürebilmiştir³²⁸.

10.4.2.1.2.NHS'nin İdari Yapısı

Sağlık hizmetlerinin yönetimi Sağlık Bakanlığının sorumluluğundadır. Sağlık Bakanlığı yönetiminin bir parçası olan 8 Bölge Ofisi vardır. Bunların altında 14 Bölge Sağlık Yönetimi (Regional Health Authority-RHA), Bölge Sağlık Yönetimlerinin altında da 105 Alt Bölge Yönetimi (District Health Authority-DHA) ve 90 adet Aile Sağlık Servisleri (Family Health Service-FHS) hizmet vermektedir³²⁹. Sağlık Bakanlığına bağlı bu birimler dışında bir de Yerel Sağlık Yönetimleri (Lokal Authority-LA) sağlık hizmetleri konusunda faaliyet göstermektedir³³⁰.

10.4.2.1.2.1.Bölge Sağlık Yönetimleri (RHA)

İngiltere'de her biri 2 milyon ile 5 milyon arasında bir nüfustan sorumlu 14 RHA bulunmaktadır. Yöneticileri Sağlık Bakanlığı tarafından atanan RHA'lar Sağlık Bakanlığının hastanelerle ilgili yönetsel görevlerini yürüten birimlerdir. RHA'ların tümü hastane yönetim komiteleri, konsültanlar, uzman hekimler, özel dal hastaneleri ve kan transfüzyon merkezleri gibi özel birimlerle ilgilenmektedirler³³¹.

³²⁷ Aksakoğlu, a.g.e., s.96.

³²⁸ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.361.

³²⁹ WHO Regional Office For Europe, (April 1997), a.g.e., s.35.

³³⁰ Bülent Kılıç ve Çiğdem Bumin, "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Aralık 1993, S.56, s.33.

³³¹ Aynı, s.33.

10.4.2.1.2.2.Alt Bölge Sağlık Yönetimleri (DHA)

Ülkede sayıları 105'e ulaşmış olan DHA vardır. DHA'lar RHA'lara bağlı olarak hizmet vermektedirler³³². Her RHA'ya ortalama 10 ile 20 arasında DHA bağlıdır. DHA'lar genellikle 1 hastane, yaşlılar bakımevi ve ruh sağlığı birimi gibi üniteler içeren küçük birimlerden oluşmaktadır³³³.

10.4.2.1.2.3.Aile Sağlık Servisleri (FHS)

FHS'ler birinci basamak sağlık hizmetlerini organize eden birimlerdir. Ülkedeki tüm pratisyen hekimler (GP), diş hekimleri, eczacılar ve göz doktorları bu birime bağlı bulunmaktadır. GP'ler NHS çatısı altında çalışabilmek için bu servisle anlaşma yapmak zorundadırlar. FHS'lerin GP'lerin ülkedeki dağılımları ve sayıları konusunda da sorumlulukları bulunmaktadır.

10.4.2.1.2.4.Yerel Sağlık Yönetimleri (LA)

LA'lar, hizmet verecekleri coğrafi alan tanımlanmış, yasal statüleri bulunan ve yönetimleri seçilerek iş başına gelen birimlerdir. LA'lar ilk olarak yoksullar için geliştirmiş olup koruyucu hizmetler, bulaşıcı hastalıklar, hamile kadınlar ve çocukların takibi ile ilgilenmekteydiler. Ancak NHS'nin kuruluşundan sonra hastanecilikle ilgili faaliyetleri Sağlık Bakanlığına bağlanırken toplum sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri, huzur evleri gibi sosyal hizmetleri sürdürmeye devam etmişlerdir³³⁴.

10.4.2.1.3.NHS'nin Sağlık Hizmetlerinin Yapısı

NHS'de ücretsiz olarak verilen sağlık hizmetleri üç basamakta gerçekleştirilmektedir. Basamaklar arasında çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşlarıdır. Birinci basamakta GP'ler, diş hekimleri ve göz doktorları bulunmakta ve hastaların muayene ve

³³² WHO Regional Office For Europe, (April 1997), a.g.e., s.35.

³³³ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.33.

³³⁴ Aynı, s.33.

tedavilerini yapmaktadırlar. İkinci basamakta ise konsültanlar yani uzman doktorlar bulunmaktadır. Hastalar konsültanlara ancak GP'ler sevk ettiği takdirde gidebilmektedirler. Bir hasta direkt olarak konsültana başvurur ise yani GP'nin sevk olmandan uzman doktora giderse muayene ve tedavi ücretlerini kendisi ödemek durumunda kalmaktadır. Üçüncü basamakta ise özel dal hastaneleri ve eğitim hastaneleri içeren ileri tıp merkezleri bulunmaktadır³³⁵.

10.4.2.1.3.1. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri GP'ler üzerine kurulmuştur. GP'ler yalnız çalışabildikleri gibi, gruplar halinde de organize olabilmektedirler³³⁶. NHS'den yararlanan bireylerin hastalandıklarında ilk başvurdukları yer GP'lerin muayenehaneleri olmaktadır. İngiltere'de bir kişi hastalandığı zaman direkt olarak uzman doktora başvuramamaktadır. Ayrıca ülkede kurulu bulunan sevk zinciri de zaten buna imkan vermemektedir. Bu konuda gelişmiş bir kültür ve toplumsal bilinç de vardır. Nüfusun %97'si bir GP'ye kayıtlıdır. Geri kalan %3'lük kesimi de kendi sağlık harcamalarını karşılayabilen üst gelir grubunu oluşturmaktadır. Günümüzde İngiltere'de yaklaşık olarak 30.000 GP vardır ve bunların kendilerine kayıtlı 2.000 civarında hastaları bulunmaktadır. Bir GP'nin listesine kaydedilen hasta sayısı 3.000'i geçmemektedir³³⁷. 16 yaşından küçüklerin GP'lerini velileri belirlemektedir³³⁸. Ancak GP ile anlaşmalar yıllık yapıldığı için kaydolan bir GP bir yıldan önce değiştirilememektedir. Aynı ailenin bireyleri genellikle aynı hekimi seçtikleri için GP'lere "aile hekimi" de denilmektedir. Acil durumlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hariç birey önce kendi GP'sine gitmek zorundadır. Hastalar, GP'ler sevk etmeden bir üst basamağa giderlerse harcamalarını kendileri karşılamak zorunda kalmaktadırlar. GP'ler devlet memuru olmayıp, muayenehanesi olan özel hekimlerdir³³⁹. Bunlar FHS (Aile Sağlık Servisleri) ile anlaşmak koşulu ile istediği yerde yerleşip çalışabilmektedirler. Hastaların GP'leri

³³⁵ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.34.

³³⁶ WHO Regional Office For Europe, (April 1997), a.g.e., s.35.

³³⁷ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.34.

³³⁸ Şebnem Karauçak, Avrupa Topluluğu'nda Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik (İstanbul, 1990), s.179.

³³⁹ WHO, (1998), a.g.e., s.234 vd.

seçme hakkı olduğu gibi, GP'lerin de hastaları seçme hakkı bulunmaktadır. Yani GP'lerin kendisine başvuran her hastayı listesine alma zorunluluğu yoktur³⁴⁰.

Bu gün artık İngiltere'de GP'ler genellikle Grup Çalışması (Grup Practise) şeklinde hizmet vermektedirler. Bu yapıda 3-4 GP bir araya gelip içinde hemşirelerin de bulunduğu bir ekip çalışmasına yönelmektedirler. Ayrıca 1990'lı yıllarda grup çalışması yapan bazı doktorlar "Fundholding" adı verilen bir uygulamaya geçmişlerdir. Fundholding uygulamasında, sağlık merkezi personelinin giderlerinin, hastaların teşhis-tedavi giderlerinin ve kurumun diğer giderlerinin NHS tarafından verilen bir bütçeden karşılandığı görülmektedir. Fundholding uygulamasında hastaların ilaç giderleri ve sevk edildikleri hastanelerde yapılan giderler bu hastanın kayıtlı olduğu sağlık merkezi tarafından fundholding bütçesinden karşılanmaktadır. İsteyen her GP fundholding uygulamasına geçememektedir. Öncelikle "grup çalışması" yapan birden fazla hekimin olması ve hasta listelerinin 7000'inden fazla olması gibi koşullar aranmaktadır. 1994 yılından sonra nüfusun %25'inin fundholding uygulamasının kapsamında bulunduğu gözlenmiştir³⁴¹.

10.4.2.1.3.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak genellikle 10.000 ile 100.000 arasında bir nüfusun ihtiyaçlarına cevap veren hastanelerden oluşmaktadır. Bu hastanelerde her türlü tıbbi ve cerrahi hizmet verilmektedir. Ayrıca hastalar bu hastanelere mutlaka GP'nin sevkiyle gelmek zorundadır³⁴².

Bu hastanelerdeki uzman doktorlar kendilerine konsültasyona gönderilen hastaların sayısına göre ücret almaktadırlar. Uzman doktorlar hastanelerle kısmi zamanlı sözleşme yapmakta ve geri kalan zamanlarında özel muayene yapabilmektedirler. Özel hastalarını NHS hastanelerinde bakma ve yatırma hakları da bulunmaktadır. Hastanelerin iç yönetimleri özerktir. Halk temsilcilerinin de katıldığı "Hastane Yönetim Komitesi" tarafından yönetilmektedirler. Ülkede 200 civarında "Hastane Yönetim Komitesi" bulunmaktadır. Bazen bir komitenin birden fazla

³⁴⁰ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.34.

³⁴¹ Fatih Özcan, "İngiltere'de Sağlık Sistemi İle İlgili Farklı Bir Değerlendirme", *Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak-Şubat 1996, C.11, S.71, s.75.

³⁴² WHO Regional Office For Europe, (April 1997), a.g.e., s.37.

hastanenin yönetimini yaptığına da rastlanmaktadır. NHS’de çalışan doktorlar meslek kuruluşları tarafından seçilmekte ve sağlık bakanlığınca görevlendirilmektedir³⁴³.

10.4.2.1.3.3.Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Bir bölgeye bazen de tüm ülkeye hizmet veren üst uzmanlık sahibi doktorların bulunduğu, nöroşirurji, kalp damar cerrahisi, mikro cerrahi gibi işlemlerin yapıldığı birimlerdir. Ayrıca bu kademede tıp eğitimini içeren okullar da bulunmaktadır. Gerek üçüncü basamaktaki gerekse ikinci basamaktaki uzman hekimlerin özel muayenehaneleri de bulunmaktadır. İkinci ve üçüncü basamakta bulunan hekimler buralarda muayene ettikleri hastaları gerekli gördükleri durumlarda kendi hastanelerindeki, uzmanlar için ayrılmış olan sınırlı sayıdaki yataklara yatırabilmektedirler³⁴⁴.

10.4.2.1.4.NHS’nin Finansman Yapısı

NHS tümüyle genel bütçeden yani halktan toplanan vergilerle finanse edilmektedir. Bu gün GP’lerin listesine kayıtlı bir hasta hiçbir ücret ödemeksizin anlaşmalı herhangi bir sağlık kuruluşundan yararlanabilmektedir³⁴⁵. GP ya da hastanenin belirlediği her türlü tedavi, ücret alınmaksızın gerçekleştirilmektedir. Tetkik ameliyat, protez, evde bakım gibi uygulamalar bu kapsamdadır. Yalnız bunun bazı istisnaları vardır³⁴⁶.

Hastaların para ödediği istisnai durumlar şunlardır³⁴⁷:

- i. GP sevk etmeden uzman doktora gidilmesi,
- ii. Hastanede özel oda gibi ayrıcalıklar istenmesi,
- iii. Dış tedavilerinde masrafların 17 Poundun, komplike işlemlerde 150 Poundun üzerinde olması (hamilelerden, 0-1 yaş arası bebeği olanlardan ve 18 yaşın altında olanlardan hiçbir koşulda ücret alınmaz),
- iv. Reçetelerin ilaç başına 2,2 Poundan fazla tutması,

³⁴³ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.35.

³⁴⁴ Aynı, s.35.

³⁴⁵ Karauçak, a.g.e., s.179.

³⁴⁶ Aksakoğlu, a.g.e., s.98.

³⁴⁷ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.36.

- v. Emeklilerin hastanede 8 haftadan fazla yatması,
- vi. Gözlük, işitme cihazı ve protezlerin bir kısmı

Toplam sağlık harcamalarının %93 kamu kaynaklarıyla %7'lik bir kısmı da özel harcamalarla karşılanmaktadır. NHS kapsamındaki hastalar hekime direkt ödeme yapmamaktadırlar. NHS hekimlerin, ücretlerini üç şekilde ödemektedir.

- i. Asıl maaş: Asgari ücret gibi belli bir taban aylık
- ii. Listesinde kayıtlı hasta sayısına göre kişi başına yıllık yapılan bir ödeme
- iii. Ekstra işlemler için yapılan özel ödemeler

İngiltere'de nüfusun tamamı NHS kapsamında değildir. Gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteğiyle NHS'nin kapsamı dışında bırakılmıştır. Ayrıca özel sigortalara prim ödeyenler de isterlerse NHS'den yararlanabilmektedirler. Bunun nedeni de genel vergiler yoluyla bu kişilerin zaten NHS'nin finansmanına katılıyor olmasıdır³⁴⁸.

10.4.2.2.Ulusal Sigorta

İngiltere'de sağlık yardımları ücretsiz olarak yapılmaktadır. Ancak kişinin hastalıkla ilgili herhangi bir parasal yardımdan yararlanabilmesi için Ulusal Sigortaya prim ödemesi gerekmektedir. Parasal yardımlar, nakit hastalık yardımı ve yasal hasta ödeneğidir.

10.4.2.2.1.Kapsam

Gerekli katılma koşullarını yerine getiren tüm istihdam edilenler, bağımsız çalışanlar nakit hastalık yardımının kapsamındadır. Ayrıca yararlanma koşullarını yerine getiren işsizler de kapsama dahildirler. Bu koşulları yerine getirmek yasal hasta ödeneği için yeterli değildir. Yasal hasta ödeneği işveren tarafından haftalık ortalama gelirin 66 Pound ve üstünde olanlara ödenmektedir³⁴⁹.

³⁴⁸ WHO Regional Office For Europe, (April 1997), a.g.e., s.37.

³⁴⁹ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.369.

bir oranda 6,55 Pounddur. Buna ilaveten yıllık geliri 7530 ile 26.000 Pound arasında olanlardan %6 oranında prim kesilmektedir. Durumu yukarıdaki iki gruba da uymayan gönüllülerden ise sabit oran olarak haftada 6,45 Pound prim kesilmektedir.

İşverenler de kazancı haftalık 83 Poundu geçen işçiler için %12,2 prim ödemektedir.

Devletin ödediği prim ise yasal hastalık sigortası için çok az bir miktardır³⁵¹. Devlet zaten sağlık harcamalarının %93'lük bir kısmı NHS kanalıyla karşılanmaktadır.

10.5.İtalya

İtalya 1948'den beri anayasal bir cumhuriyettir. Yasama yetkisi, meclis ve senatodan oluşan ikili bir yapı tarafından kullanılmaktadır. Hem meclisin, hem de senatonun üyeleri 5 yıllık bir süre için doğrudan genel oyla seçilmektedir. Cumhurbaşkanı meclis ve senato tarafından 7 yıllık bir süre için seçilmektedir. Başbakan ise cumhurbaşkanı tarafından aday gösterilerek meclis tarafından seçilmektedir. İtalya idari olarak 20 özerk bölgeye ayrılmış durumdadır. Bu bölgelerin altında ise 94 şehir bulunmaktadır. Bölgelerin belirli yasama ve yürütme faaliyetlerini idare eden yerel hükümetler ve komisyonlar bulunmaktadır. Bunlar, yerel ve ulusal yönetim faaliyetlerini koordine etmektedirler. İtalya, Avrupa Birliğinin kurucu üyesidir³⁵².

10.5.1.Nüfus Yapısı ve Sağlık Verileri

1999 verilerine göre İtalya'nın nüfusu 57.600.000 kişidir³⁵³. Nüfus yapısı 1970 verileriyle karşılaştırıldığında genç nüfus gruplarında azalma ve düşük doğurganlık oranı görülmektedir. İtalya nüfus açısından büyüme oranı dünyanın en küçük ülkelerinden biridir. Bu oran %0,1 civarındadır³⁵⁴. Ülkenin nüfus yapısında 0-15 yaş grubunda azalma 15 ve daha yukarı yaş gruplarının oranlarında ise bir artma söz konusudur. Nüfusun %67'si şehirlerde, %33'ü kırsal bölgelerde yaşamaktadır³⁵⁵. Kişi

³⁵¹ Aynı, s.370.

³⁵² WHO Regional Office For Europe, **Highlights On Health in Italy** (September 1998), s.5.

³⁵³ [http:// worldbank.org/ data/ countrydata/ countrydata.html](http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html) (Italy).

³⁵⁴ [http:// filestore. who. int/ ~who/ whr/ 2000/ en/ pdf/ AnnexTable 02.pdf](http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable 02.pdf).

³⁵⁵ WHO Regional Office For Europe, (September 1998), a.g.e., s.6.

başına milli gelirin 19.710 \$ olduğu ülkede sağlık harcamalarının toplam harcamalar içindeki payı %9,3'tür³⁵⁶. Ülkede 1000 kişiye 1,7 doktor, 0,5 diş hekimi ve 4,1 hemşire düşmektedir³⁵⁷.

Hayatın uzadığı İtalya'da yaşam süresi erkekler için 75,4 kadınlar için 82,1'dir. Nüfusun %23,9'u 60 yaşın üstünde bulunmaktadır³⁵⁸.

10.5.2.Örgütsel Yapı

Sistemin denetimi Çalışma ve Sosyal Refah Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyet gösteren Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) 20 bölgede Bölge Sağlık İdaresi yönetiminde hizmetlerini sürdürmektedir³⁵⁹. Bölge Sağlık İdarelerinin altında da 650 yerel sağlık merkezleri bulunmaktadır. Bunlar birinci basamak sağlık hizmetlerini sağlamak amacıyla donatılmış sağlık kuruluşlarıdır. Yerel Sağlık İdareleri 50.000 ile 200.000 nüfus arasında bir nüfusa hizmet vermek amacıyla kurulmuşlardır³⁶⁰. 1977 yılından itibaren yönetim fonksiyonları yerel idarelere devredilmiş ve sağlık hizmetlerinde yerinden yönetim ilkesi benimsenmiştir Refah çalışmalarının planlama, finansman ve uygulama işleri yerel yetkililere bırakılmış, bu konuda çoğulculuk ve katılımcılık temel prensip olarak kabul edilmiştir³⁶¹. Sağlık yardımları Yerel Sağlık İdareleri tarafından sunulmasına karşın parasal sağlık hizmetleri Ulusal Sosyal Sigorta Kurumu tarafından yapılmaktadır³⁶².

10.5.2.1.Sağlık Sigortalarının Gelişimi

İtalya'da ilk sağlık sigortası 1928 yılında işçilerin hastalık sigortası şeklinde ortaya çıkmıştır. İşçilerin ve işverenlerin finansmanı ile işleyen çeşitli zorunlu hastalık fonları kurulmuştur. 1939 ve 1942 yıllarında da kamu çalışanlarını kapsayan ve hükümet denetiminde olan hastalık sigortası fonları oluşturulmuştur. 1943 yılında ise

³⁵⁶ <http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (Italy).

³⁵⁷ WHO Regional Office For Europe, (September 1998), a.g.e., s.35.

³⁵⁸ <http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>.

³⁵⁹ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.189.

³⁶⁰ Roemer, a.g.e., s.212.

³⁶¹ Munday ve Ely, a.g.e., s.48.

³⁶² US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.189.

varolan bütün zorunlu hastalık sigortası fonlarının birleştirilmesine karar verilmesi üzerine özel sektör de kapsama alınmıştır. Ancak 1958 yılına kadar pratik olarak herhangi bir birleşme sağlanamamıştır. 1968 yılında zorunlu hastalık sigortası fonları Çalışma ve Sosyal Refah Bakanlığına bırakılmıştır³⁶⁴. 1978 yılında bu fonların tümü sonlandırılarak Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS) kurulmuş ve sağlık hizmetleri bu sistem aracılığıyla sunulmaya başlanmıştır³⁶⁵.

10.5.2.2. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Birinci basamak sağlık hizmetleri pratisyen hekimler (GP) aracılığıyla yürütülmektedir. GP'ler Yerel Sağlık Merkezleri (USC) ile anlaşmalar yapmak suretiyle hastaları muayene edebilmektedirler. GP'ler hastaların ilk muayenelerini yapmakta ve gerekli gördüklerinde bir üst basamağa, yani uzman hekime sevk etmektedirler. Her hasta kendisini bir GP'ye kaydettirmek zorundadır. GP hizmeti ücretsizdir. Hastanın ücret ödememesi için sevk zincirine uyması gerekmektedir. GP'ler listelerine en çok 1800 hasta kaydedebilmektedirler. Çocuk doktorları için bu sınır 1000 hastadır. GP'ler genellikle yalnız çalışmaktadırlar ancak bazı finansal nedenlerle muayenehanelerini başka doktorlarla paylaştıkları da görülmektedir³⁶⁶. GP'ler kişi başına ödeme sistemiyle ücretlendirilmektedirler. Ayrıca USC ile bağımsız sözleşmeler yapmaları nedeniyle de GP'ler serbest meslek mensubu sayılırlar³⁶⁷.

10.5.2.3. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

İkinci basamak sağlık hizmetleri hastaneler aracılığıyla yürütülmektedir. Hastaneler özellikle yatan hastalara yönelik bir veya birkaç uzmanlık dalından oluşmaktadır. Buralarda araştırma faaliyetleri yapıldığı gibi ayakta tedavi hizmeti de verilmektedir. Hastanelerin sahibi kamu veya özel sektördür. Ancak özel sektör hastaneleri de NHS ile anlaşmalı olarak çalışabilmektedirler. Kamuya ait hastaneler genel bütçeden sağlanan finansmanla doğrudan mahalli sağlık merkezleri tarafından

³⁶⁴ Belek; (1994), a.g.e., s.119.

³⁶⁵ Munday ve Ely, a.g.e., s.49.

³⁶⁶ WHO Regional Office For Europe, (September 1998), a.g.e., s.38; Roemer, a.g.e., s.213.

³⁶⁷ WHO, (1998), a.g.e., s.234.

yönetilmektedirler. Hastanelere GP'lerin sevkiyle gelen hastalara ücretsiz bakılmaktadır. Bununla birlikte özel oda gibi konforlu tedavi isteğinde bulunanlar bir kısım ek gideri üstlenmek zorunda kalmaktadırlar³⁶⁷.

İtalya'da nüfusun yaklaşık %16'sının özel sigortası vardır. Ayrıca toplam hastane yataklarının %16'sı özel sektöre aittir³⁶⁸.

10.5.3.Ulusal Sağlık Sigortası

Çalışan bir kişinin ulusal sağlık sigortasının kapsamına girmesi için kendisinin bir işlem yapmasına gerek yoktur. İşveren gerekli formaliteleri yerine getirerek çalışanı sigortaya kaydettirmektedir. Ancak sigortalı bağımsız çalışıyor ise yetkili sosyal sigorta kurumuna kaydını bizzat kendisi yaptırmak zorundadır. Sigortalılara sağlık yardımları Ulusal Sağlık Servisine bağlı Yerel Sağlık Merkezleri (USC) tarafından, parasal yardımlar da Ulusal Sosyal Koruma Kurumunun ilgili birimlerince yapılmaktadır³⁶⁹.

10.5.3.1.Kapsam

İtalyan vatandaşlarının tümü ve İtalya'da yasal olarak bulunan ve çalışan kişiler ile bunların aile bireyleri sağlık yardımlarının kapsamındadır³⁷⁰. Ancak bu kişilerin yardımlara hak kazanabilmeleri için kendilerini yerel sağlık merkezlerine kayıt ettirmiş olmaları gerekmektedir. Parasal yardımlardan işçiler ve aileleri yararlanabilmektedir. Bununla beraber beyaz yakalı işçilere hastalık durumunda parasal yardım yapılmamaktadır. Ancak, işverenler hastalanan beyaz yakalı işçilere en az 3 ay maaşlarını ödemek zorundadır³⁷¹.

³⁶⁷ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.284; WHO Regional Office For Europe, (September 1998), a.g.e., s.38 .

³⁶⁸ Belek, (1994), a.g.e., s.119; Aynı, s.38.

³⁶⁹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.282.

³⁷⁰ Karauçak, a.g.e., s.179.

³⁷¹ <http://europe.eu.int/comm/employment-social/soc-prot/missoc99/> (sickness cash benefits).

10.5.3.2.Yararlanma Koşulları

İtalya'da yerleşik bulunan İtalyan vatandaşları ve İtalya'da çalışan yabancı uyruklular ve bunların geçindirmekle yükümlü oldukları aile bireyleri yerel sağlık merkezlerine kayıt olmak koşuluyla sağlık yardımlarından yararlanabilmektedirler. Sigortalının parasal yardımlardan yararlanabilmesi için herhangi bir çalışma süresi veya koşulu aranmamaktadır³⁷³.

10.5.3.3.Sağlanan Yardımlar

Sağlık sigortası kapsamından sağlık yardımı ve parasal yardım olmak üzere iki tür yardım sağlanmaktadır.

10.5.3.3.1.Sağlık Yardımları

İtalya'da gerekli koşulları sağlamış olan sigortalılara sağlanan sağlık yardımları şunlardır³⁷⁴:

- i. Hekim (GP) tarafından muayenehanede ya da gerekli durumlarda evde yapılan tedaviler,
- ii. Çocuk hastalıkları, kadın hastalıkları çerçevesinde yapılan muayene ve tedaviler,
- iii. Ulusal Sağlık Servisinin sözleşmeli dispanserlerinde yapılan uzman hekim tedavileri,
- iv. Diş tedavileri ve
- v. İlaç yardımlarıdır.

Sağlık yardımları için bir süre sınırı getirilmemiştir. Sağlık sigortasından doğrudan veya dolaylı olmak üzere iki tür sağlık yardımı sağlanmaktadır. Doğrudan uygulamada sağlık yardımları, ilaç yardımları ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Doğrudan yardımlar genellikle yerel sağlık merkezlerince yönetilen birimlerde yapılmaktadır. Dolaylı yardımda ise sigortalı, masrafların tümünü karşılamakta ve bu masraflar daha

³⁷³ Aynı.

³⁷⁴ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (2000), a.g.e., s.283.

sonra kendisine gider iadesi olarak ödenmektedir. İlaç yardımlarında ise tedavi için zorunlu temel ilaçlar hastaya ücretsiz olarak verilmektedir. Bunun dışındaki ilaçlar için maluller dışındaki sigortalılar ilaç ücretinin yarısını ödemek zorundadırlar. Ayrıca hasta, tedavisi için gerekli olmayan ilaç kullanmak isterse bu ilaçların bedelinin tamamını karşılamak zorunda kalmaktadır³⁷⁴. Bütün bunların dışında sağlanan ek yardımlar vardır. Bunlar protez, ortopedik cihazlar, kaplıca tedavileri gibi tedavilerdir. Bu tedavilerden yararlanmak için sigortalının masrafların bir kısmına katılması ve kayıtlı bulunduğu hekimin raporu gerekmektedir³⁷⁵.

10.5.3.3.2.Parasal Yardımlar

Belirli koşulları yerine getiren sigortalılar sağlık yardımlarının yanı sıra parasal yardımlara da hak kazanmaktadırlar. Ayrıca işsiz kalan sigortalılar işsizlik sigortası aldıkları dönemde de sağlık sigortasından parasal yardım almaya devam etmektedirler. Sigortalılara sağlık sigortasından yapılan parasal yardım ilk 20 gün için ücretin yarısı tutarında bir ödenektir. 21. günden itibaren ücretin 2/3 oranında bir ödenek verilmektedir. 3 günlük bir bekleme süresinden sonra yapılan yardım süresi 180 gündür. Yatarak tedavilerde sigortalının bakmakla yükümlü olduğu kimse yoksa, ödenek ücretin 2/5'ine düşürülmektedir. İtalya'da tüberküloz hastalığı sağlık sigortasının kapsamı dışında tutulmuştur. Tüberküloz için ayrı bir sigorta kolu yürürlükte³⁷⁶.

10.5.3.4.Finansman

İtalya'da finansmana topluca katkı yoktur. Her sigorta kolu için ayrı ayrı prim ödenmektedir. Sağlık sigortasının finansmanı işveren ve devlet tarafından sağlanmaktadır. İşveren sağlık sigortası için sigortalıların ücretlerinin %3,09'u oranında finansmana katkı sağlamaktadırlar. Devletin katkısı ise çeşitle sübvansiyonlar ve destekler şeklinde gerçekleşmektedir³⁷⁷.

³⁷⁴ Aynı, s.284.

³⁷⁵ Karauçak, a.g.e., s.178.

³⁷⁶ US Social Security Administration, (1999), a.g.e., s.189.

³⁷⁷ <http://europe.eu.int/comm/employment-social/soc-prot/missoc99/financing>

11.Ulusal Sağlık Sigortası Uygulanan Ülkelerdeki Durumun Değerlendirilmesi

Değerlendirmeye gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında, bu ülkelerin kişi başına milli gelirlerinin ve eğitim düzeylerinin yüksek olduğu, nüfusun büyük çoğunluğunun şehirlerde yaşadığı ve işgücünün sanayi ve hizmet sektöründe yoğunlaştığı görülmektedir. Bu özellikler aynı zamanda genel sağlık sigortasının uygulanmasını da kolaylaştırmaktadır. Belirli geliri olan kişilerden prim toplamak daha kolay olmaktadır. Ayrıca şehirleşme oranının yüksek olması nedeniyle belirli merkezlerde toplanmış insanlara sağlık hizmeti sunmak da daha kolay hale gelmiştir. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri konusunda kapsamlı ve genel bir uygulama söz konusudur. Ayrıca yönetim birliği sağlanmış ve ulusal sigorta normları uygulanmaktadır. Doktor ve hasta seçimi serbesttir. Bu nitelikler sağlık hizmetlerinin etkinliğini, yaygınlığını ve verimliliğini artırmaktadır. Ayrıca sistem kendi kendini desteklemektedir³⁷⁹.

Sağlık sigortası uygulamaları ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de temel olarak benzer bir yapı bulunmaktadır. Her sistemde üç taraf bulunmaktadır. Bunlar, sigortalılar (kullanıcılar), hizmeti sağlayan özel veya kamu kurumları ve özel veya kamu sigortacılarıdır. Sigortalıların hizmet elde edebilmek için üç şekilde ödeme yaptığı görülmektedir³⁸⁰:

- i. Doğrudan bireylerin yaptığı ödemeler: Bu yöntem gelişmiş ülkelerde çok küçük bir orana sahiptir.
- ii. Sigortacıya vergi biçiminde yapılan ödemeler: Bu yöntemde primler Amerika'daki Medicare ve Medicaid ya da Fransa'daki Sosyal Sigorta Kurumunda olduğu gibi ya bir kamu kurumuna ya da yarı kamusal bir kuruma ödenmektedir.
- iii. Özel sigortacıya ödenen ticari primlerdir.

Ticari sigortacı diğer organizasyonlardan, primi, gerçek maliyetleri ve risk durumunu dikkate alarak hesaplanan aktüeryal prim düzeyi üzerinden toplaması ile ayrılmaktadır. Buna karşılık hükümet ya da sosyal sigorta organizasyonu, risk

³⁷⁹ Arıkan, a.g.e., s.26.

³⁸⁰ Belek, (1994), a.g.e., s.120.

durumunu veya kişinin geçmişteki hizmet tüketimini dikkate almaksızın sabit bir düzey üzerinden prim toplamaktadır.

Hizmeti üreten bağımsız bir kişi olabileceği gibi, hastane, klinik veya ABD'dekine benzer aynı zamanda finansör konumundaki bir kamu veya özel sektör kurumu da olabilmektedir. Hizmeti üreten ile sigorta şirketi arasındaki ilişki, iki taraf arasındaki anlaşmayla belirlenen bir ücret skalası ya da yıllık sabit bir bütçe şeklinde belirlenmektedir. Sigortalı ile hizmet üreten arasındaki ilişki de farklı biçimlerde organize edilebilmektedir. Sigortalı ile hizmet üreten arasında belli bir dönem için bir sözleşme yapılmakta veya sigortalı herhangi bir organizasyonu seçebilmektedir. İngiltere'de sağlık sistemi genel vergilerle tamamen devletin kontrolünde yönetilmektedir. Sigortalı birey devletin anlaşmış olduğu hekim veya hastanelerin herhangi birini seçebilmektedir. ABD'deki HMO sisteminde ise sigortalı sadece ödeme yapmakta olduğu HMO'nun sunduğu hizmetlerden yararlanabilmektedir³⁸¹.

Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde aylık alan emeklilerin de belli oranlarda sağlık sigortasının finansmanına katıldığı ve sigortalıların kendilerine sağlanan birçok sağlık yardımına katkı payı ödediği görülmektedir. Bu katkı payı yararlanan her hizmet için ödenmek zorunda olunan kesin bir miktar olabildiği gibi (örneğin ABD'de reçetede verilen her ilaç için 5 \$ ya da her muayene için 10 \$ dır.), alınan hizmetin toplam bedelinin bir yüzdesi şeklinde de olabilmektedir³⁸².

Konuya gelişmekte olan ülkeler ve az gelişmiş ülkeler açısından bakıldığında, bu ülkelerde ne zorunlu, ne de gönüllü sigorta kurumlarının yeterince gelişmediği görülmektedir. 111 az gelişmiş ülkeden 46'sında hiçbir sağlık sigortası bulunmamaktadır. Geriye kalan 63 ülkeden sadece 33'ünde bazı nüfus grupları için zorunlu sigortalar, 27'sinde yalnız işverenin işçiye bakma zorunluluğu ve 2'sinde gönüllü kuruluşlar bulunmaktadır. Diğer 3 ülkede ise sağlık hizmeti devletin görevi kabul edilmiştir. Bu durumdan da anlaşıldığı üzere bir çok konuda olduğu gibi sosyal güvenlik kurumlarıyla gelişmişlik düzeyi arasında doğrudan bir bağ ortaya çıkmaktadır³⁸³.

Karşılaştırmada kolaylık sağlaması açısından aşağıda seçilen bazı ülkelerin 1990 ile 1998 yılları arasındaki sağlığa ilişkin ortalama verileri sunulmuştur.

³⁸¹ Aynı, s.120.

³⁸² WHO, (1998), a.g.e., s.84.

³⁸³ Arıkan, a.g.e., s.26.

Tablo 1. Seçilmiş Bazı Ülkelerin Sağlık Verileri (1990-1998 Ortalaması)

	Sağlık Harcamaları (%GSYİH)			Doktor 1000 Kişiye	Kişi Başına Sağlık Harcaması	
	Toplam	Kamu	Özel		SGP ³⁸⁴ (\$)	(\$)
ABD	13,9	6,5	7,5	2,6	4121	4080
Almanya	10,7	8,3	2,5	3,4	2364	2727
Fransa	9,6	7,1	2,5	2,9	2026	2287
İngiltere	6,8	5,9	1,0	1,6	1391	1480
İtalya	7,6	5,3	2,3	5,5	1539	1511
Çin	4,6	2	2,6	2,0	142	33
Hindistan	5,2	0,6	4,1	0,4	73	18
Güney Kore	5,6	2,6	3,0	1,1	824	578
Filipinler	3,7	1,7	2,1	0,1	124	32
Endonezya	1,3	0,6	0,7	0,2	38	6
Türkiye	5,8	2,9	2,9	1,1	377	177

Kaynak: http://www.worldbank.org/data/wdi/2000/pdfs/tab2_14.pdf

Ülke ekonomilerinde sosyal güvenliğe verilen önem GSYİH'dan sosyal güvenliğe ayrılan pay ile ölçülmektedir. GSYİH'dan sağlığa ayrılan paya ve kişi başına düşen sağlık harcamalarına bakıldığında gelişmekte olan ülkelerin bu oranlar bakımından gelişmiş ülkelerin oldukça gerisinde olduğu görülmektedir³⁸⁵.

Gelişmekte olan ülkelere genellikle memurların, askerlerin ve sanayide çalışan işçilerin sağlık sigortası olduğu görülmektedir. Ancak bu şekilde istihdam edilenler zaten belirli düzeyde geliri olan kişilerdir. Bu gruplar kendi sosyal güvencelerini bir dereceye kadar sağlayabilmektedirler. Bu ülkelerde, düşük gelir elde edenlerin, tarımsal işlerde çalışanların ve yoksul grupların tümüyle korunmasız olduğu görülmektedir. Bu gruplara yönelik sağlık sigortaları bulunmamaktadır.

Ayrıca gelişmekte olan ülkelere sağlık sigortası kurumlarının yeterince organize olamadığı ve bazı durumlarda, Endonezya sağlık sigortası uygulamasında olduğu gibi, sigortalının sosyal korunmasının tamamen işverene yüklendiği görülmektedir.

³⁸⁴ Satınalma Gücü Paritesi.

³⁸⁵ Reviglio, a.g.e., s.430.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK SİGORTALARINDAN SAĞLANAN HİZMETLER VE YAPILAN HARCAMALAR

1.Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi Selçuklular, Osmanlılar ve Cumhuriyet Dönemi olmak üzere üç bölümde incelenecektir.

1.1.Selçuklular Dönemi

Anadolu'da kurulan Türk devletlerinde, usta-çırak yöntemi ile hekim yetiştiren “şifaiye” adındaki tıp medreseleri ve hastaneler açılmıştır. Yoksulların hizmetlerinden ücretsiz yararlandığı bu hastaneler, dönemin varlıklı aileleri tarafından yaptırılmış ve vakıflar tarafından idare edilmiştir³⁸⁶. Bu hastanelerden ilkinin Mardin'de Artukoğullarından Eminüddin tarafından 1108-1122 yılları arasında yaptırılmış olan hastane olduğu bilinmektedir. Yine bu dönemde Selçuklu Hükümdarı Gıyaseddin Keyhüsrev, kız kardeşi Gevher Nesibe Sultanın vasiyeti üzerine 1205 yılında Kayseri'de bir hastane yaptırmıştır. Yan yana inşa edilmiş biri hastane, diğeri tıp okulu olan bu yapının Türk Tıp tarihinde önemli bir yeri vardır³⁸⁷. Bunu daha sonra Sivas'ta kurulan İzzettin Keykavus Şifahanesi izlemiş ve o dönem, aralarında Divriği, Konya, Çankırı, Tokat, Amasya'nın da bulunduğu bir çok merkezde Darüşşifalar kurulmuştur. Selçuklular döneminde sağlık ve sosyal yardım kurumları, hastaneler ve hamamlar çok ileri ve yaygın bir düzeyde hizmet vermişlerdir. Selçuklular döneminde koruyucu

³⁸⁶ DPT, (1991), a.g.e., s.160.

³⁸⁷ Fazıl Tekin, “Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı”, *Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi*, Haziran 1987, C.5, S.1, s.265.

hekimliğe çok önem verilmiştir. O dönemde Anadolu’da tedavi amaçlı 300’e yakın kaphıcanın hizmet verdiği bilinmektedir³⁸⁸.

1.2.Osmanlılar Dönemi

Osmanlı İmparatorluğu döneminde genel olarak Selçuklular döneminde hastanesi olmayan merkezlere sağlık tesisleri açılmıştır. Bunlardan bazıları Bursa’da 1355’de açılan Darüşşifa ve 1421’de kurulan Edirne Cüzamhanesi’dir. Osmanlılarda 15. yüzyılda “hekimbaşı” kurumu ortaya çıkmıştır. Hekimbaşları bugünkü Sağlık Bakanının yetkilerine sahip olan ve aynı zamanda saray halkı dahil bütün saray ünitelerini, bütün resmi ve özel sağlık kuruluşlarını düzenleyen ve denetleyen kişilerdir³⁸⁹. Hastane hekimlerini atamak, görevden almak, gereken yerlere hastane açtırmak, hekimlere muayenehane açma izni vermek hekimbaşlarının görevlerinden bazılarıdır. Hekimbaşılar görev alanlarına giren konularda fermanlar hazırlar, sadrazama sunarlar, sadrazam da padişahın onayını alıp hekimbaşına iletirdi. Hekimbaşılık kurumu 1469 yılından 1850 yılına kadar faaliyet göstermiş ve Mektebi Tıbbiye Nezaretinin kurulmasıyla da son bulmuştur. Osmanlının duraklama döneminde hiç hastane yapılmamıştır. Ancak 18. yüzyılın sonlarından itibaren özellikle İstanbul’da Askeri hastanelerin yapımına başlanmıştır. Askeri hastanelerden sonra siviller için önceleri “Guraba” sonraları da “Hamidiye” adı verilen, kimsesizlerin ve yoksulların da yararlanabildiği hastaneler kurulmuştur. 1877’de çıkan bir yönetmelikle sivil hastane bulunmayan yerlerde yoksulların askeri hastanelerde de muayene edilebileceği hükme bağlanmıştır. 18. yüzyılın sonlarından itibaren yabancılara ve azınlıklara hizmet sunan hastaneler de açılmaya başlanmıştır³⁹⁰.

19. yüzyılda Türk sağlık sisteminde önemli aşamalar kaydedilmiştir. Yaşanan yenilik hareketleri ve gelişmeler doğrultusunda yeni hastaneler açılmış ve 1827’de modern tıp eğitimi başlamıştır. 1838’de Karantina İdaresi kurulmuş ve 1849’da Tıp Okulu ülkenin sağlık işlerini yürütmekle görevlendirilmiştir. 1868’de kolera salgını nedeniyle Hicaz Sağlık İdaresi, 1887’de Kuduz Müessesesi ve 1892’de Bakteriyolojihane kurulmuştur. İlk Sağlık İşleri Meclisi, 1869 yılında askeri hekimlerin

³⁸⁸ Şakar, a.g.e., (1999), s.38.

³⁸⁹ Tekin, a.g.e., s.265.

³⁹⁰ Şakar, a.g.e., (1999), s.40.

atanması ile kurulmuş ve sağlık işlerinin yürütülmesi ile görevlendirilmiştir. 1861 yılında “Tababet-i Belediye Nizamnamesi” ile Memleket Hekimleri kurulmuştur. Bu kuruluş 1906 yılında “Genel Sağlık ve Tıp İşleri Meclisi” adını almıştır. 1912 yılında Dahiliye nezaretine bağlı “Sıhhiye Müdüriyeti Umumiyesi” kurulmuştur³⁹¹. Osmanlılarda sağlık tesislerinin devletin çevresinde yoğunlaşması, yaygın bir sağlık teşkilatlanmasının bulunmaması, koruyucu hekimlik anlayışının olmaması bulaşıcı hastalıkların çok tehlikeli boyutlara ulaşmasına neden olmuştur. 18. yüzyılda bazı dönemlerde bulaşıcı hastalıklardan ölenlerin sayısı savaşlarda ölenlerin sayısını aşar hale gelmiştir.

1.3.Cumhuriyet Dönemi

Cumhuriyetin kuruluşundan önce, batı ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de parası olan özel hekim hizmetinden yararlanmış, yoksullar ise vakıflar gibi hayır kurumlarının sayesinde sağlık hizmetlerini elde etmişlerdir. Cumhuriyetin kurulmasıyla birlikte başlayan hareketlenme ile geçmişte eksikliği hissedilen koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş ve buna yönelik harcamalar genel bütçeden karşılanmıştır. Tedavi hizmetlerinde de yine kamu kaynakları esas alınmış ancak yerel bütçelere ağırlık verilmesi düşünülmüştür. Bu amaçla Refik Saydam’ın Sağlık Bakanlığı döneminde genel bütçeden “numune hastaneleri” inşa edilmiş, il özel idareleri ve belediyelerin bunları örnek alarak yerel hastaneler kurması istenmiştir. Ayrıca “Hükümet Tabiplikleri” örgütünün temeli bu dönemde atılmıştır³⁹². 1928 yılında Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü kurulmuş ve 1930 yılında 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu çıkarılarak Sağlık Bakanlığının görevleri belirlenmiştir. Bakanlığın görevleri arasında hastaların tedavisi ve özellikle mahalli idarelere rehber olmak üzere örnek sağlık kuruluşları açılması ön planda tutulmuştur. Ankara, İstanbul, Sivas, Diyarbakır ve Erzurum Numune Hastaneleri bu dönemde kurulmuştur. Ayrıca koruyucu hizmetler bakımından yardımcı sağlık personelinin sayısına artırmak için sağlık memurluğu sınıfı kurulmuştur. 1945’te “Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu” çıkarılmıştır. 1949 yılında kabul edilen bir yönetmelikle veremle mücadele için kentlerde Verem Savaş Dernekleri

³⁹¹ Tekin, a.g.e., s.266.

³⁹² TTB Merkez Konseyi, Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı (Mayıs 1991), s.8.

kurulmuştur. 1945 yılında 4792 sayılı İşçi Sigortaları Kurumu Kanunu kabul edilmiş ve modern anlamda sosyal güvenliğe ve kamu sigortacılığına geçiş başlamıştır. Bu dönemde yeterli sağlık tesisi olmadığı için sonradan Sosyal Sigortalar Kurumu adını alan İşçi Sigortaları Kurumu sağlık tesislerini kendisi kurup işletmeye başlamıştır³⁹³. 1946-1948 yılları arasında Behçet Uz'un bakanlığı döneminde sağlık yönetiminde büyük değişiklikler olmuş ve Birinci On Yıllık Milli Sağlık Planı hazırlanmıştır. Hazırlanan bu plana göre her 40 köy için yani yaklaşık olarak her 20.000 nüfus için bir sağlık merkezi kurulması öngörülmüştür. Bu sağlık merkezlerinde ilke olarak acil durumlar için 10 hasta yatağının iki hekimin ve koruyucu hizmetlerin sürdürülmesi için 11 yardımcı personelin bulundurulması öngörülmüştür. Ancak, bu plan gerektiği gibi uygulanamamıştır. Öngörülen merkezlerin bir kısmı yapılmış olmasına rağmen, bunlar etkin olmayan küçük hastaneler olarak kalmıştır³⁹⁴. 1949 yılında 5434 sayılı Kanun ile memurların sosyal güvenliğini sağlamak üzere TC Emekli Sandığı kurulmuştur. 1950'lerde devlet hastaneleri uygulamaları ile tedavi hizmetlerinin tamamen genel bütçeden karşılanması düşüncesi pekiştirilmiş ve yerel yönetimlere bırakılan tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığına devredilerek hastane hizmetlerinin devlet eliyle tüm Anadolu'ya yayılması amaçlanmıştır³⁹⁵. 1952'de Ana-çocuk Sağlığı Teşkilatı kurulmuştur.

1960'lı yıllar ülke sorunlarının planlı kalkınma modeli içinde ele alındığı bir dönem olmuştur. Bu dönemde toplumumuzun, özellikle kırsal bölgelerdeki vatandaşlarımızın sağlık ihtiyacının gelişi güzel tedbirlerle çözülemeyeceğinin bilincine varılmıştır. Bu dönemde modern sağlık idaresinin ülke gerçeklerine uygun çalışmasını mümkün kılacak önlemler alınması yoluna gidilmiş ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun yürürlüğe konulmuştur. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi tüm sağlık harcamalarının kamu kaynaklarıyla karşılanması, sağlık hizmetlerinin de kamu sektörü eliyle yürütülmesi düşüncesinin kaynağı olmuştur³⁹⁶. Bu dönemde 1961 Anayasasıyla birlikte sosyal güvenlik hakkı Anayasal bir nitelik kazanmıştır. 1961 Anayasasının 48. maddesinde "Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Bu hakkı sağlamak için sosyal sigortalar ve sosyal yardım teşkilatı kurmak ve

³⁹³ Şakar, a.g.e., (1999), s.43.

³⁹⁴ Tekin, a.g.e., s.267.

³⁹⁵ TTB Merkez Konseyi, (Mayıs 1991), a.g.e., s.8.

³⁹⁶ DPT, (1991), a.g.e., s.163.

kurdurmak Devletin ödevlerindedir” denilerek modern sosyal güvenlik kurumlarının ve anlayışının yasal temelleri atılmıştır. Ayrıca Anayasanın 49. maddesinde, “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir” denilerek sağlık hizmetlerinin çerçevesi tespit edilmiştir³⁹⁷. Ancak Anayasanın 53. maddesinde de Devletin bu görevlerini yerine getirmesinin ekonomik ve mali olanakları ölçüsünde olduğu hükme bağlanarak gelişmelerin ekonomik güçle doğrudan ilişkili olduğu vurgulanmıştır³⁹⁸. Sosyalizasyon uygulamasından bir dönem başarılı sonuçlar alınmıştır. 1963’te Muş’ta başlatılan uygulama beklentilere uygun cevaplar vermiştir. Ancak yıllar ilerleyip uygulama alanı genişledikçe bir yandan geleneksel yapının direnci ve toplum sağlığının korunmasının tüm toplumun katılımıyla gelişecek bir sosyal çalışma olduğu gerçeğinin benimsenmemesi, diğer yandan da sosyo-ekonomik ve politik faktörler, mali kaynaklar ve insan gücü yetersizliği beklenen gelişmenin sağlanmasını uzunca bir süre geciktirmiştir³⁹⁹.

Sosyal Güvenlik alanında bir önemli adım da 1971 yılında esnaf ve sanatkarlarla, tarımsal işler dışında faaliyet gösteren diğer bağımsız çalışanların sosyal güvenliğe kavuşturulmaları ile atılmıştır. Bunların mevcut sosyal sigortalar sistemi içine alınması yoluna gidilmemiş, ayrı bir sosyal sigorta örgütü kurulması yeğlenmiştir. Bu amaçla 2.9.1971 tarihinde 1479 sayılı Kanun ile Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur) kurulmuştur⁴⁰⁰.

1978 yılında sağlık sektöründe çalışan insan gücünün topluma daha yararlı olması amacıyla kamu kuruluşları sağlık tesisleri ile eğitim ve öğretim kuruluşlarında görevli personelin tam gün çalışmasını öngören 2162 sayılı “Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları” Kanunu 29.6.1978 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu kanun ile il, ilçe, bucak ve köyler 16 mahrumiyet bölgesine ayrılmış ve sağlık personelinin geri kalmış yörelerde görev yapması için özendirici imkanlar sağlanmıştır. Ancak bu yasa 1980 yılında yürürlükten kaldırılmıştır⁴⁰¹.

³⁹⁷ Ali Yıldırım, “1961 Anayasasında Sosyal Devlet ve Sağlık Hakkı”, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Nisan 1994, s.46.

³⁹⁸ Tuncay, a.g.e., s.37.

³⁹⁹ DPT, (1991), a.g.e., s.163.

⁴⁰⁰ Tuncay, a.g.e., s.37.

⁴⁰¹ Tekin, a.g.e., s.268.

1961 Anayasası 12 Eylül Harekatıyla son bulmuş ve onun yerine hazırlanan 1982 Anayasası sosyal güvenlik ve sağlık konularını 1961 Anayasasına benzer bir şekilde düzenlemiştir. 1982 Anayasasının 56. maddesinde şöyle denilmiştir: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarrufu ve verimi artırarak, işbirliğini geliştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” Görüleceği gibi bu madde de sağlığa yönelik bir çok somut ifadeye yer verilmiştir. Yine 1961 Anayasasına paralel olarak 1982 Anayasasının 60. maddesinde “Herkes sosyal güvenlik hakkına sahiptir. Devlet, bu güvenliği sağlayacak gerekli tedbirleri alır ve teşkilatı kurar” denilmiştir. Ayrıca devletin harp ve vazife şehitlerini, dul ve yetimlerini, malul gazileri, yaşlıları, korunmaya muhtaç çocukları koruyacağı ve bu amaçla teşkilat ve tesisler kuracağı da hükme bağlanmıştır. Ancak 1982 Anayasasının 65. maddesinde devletin bu görevlerinin sınırları çizilmiştir. Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, ekonomik istikrarın korunmasını gözeterek, mali kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirecektir.

Sağlık hizmetleri alanında, 1961 tarihli 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan sonra çıkan en önemli belge 1987 yılında kabul edilen 3359 sayılı “Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu” olmuştur. Bu kanunla genel sağlık sigortasına geçiş ile ilgili alt yapı oluşturulmaya çalışılmıştır. Ayrıca genel sağlık sigortası hayata geçirilinceye kadar hiçbir sosyal güvenlik kurumunun kapsamında olmayan vatandaşların tedavi giderlerini karşılamak amacıyla 3.7.1992 tarihinde 3816 sayılı “Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun” kabul edilmiştir⁴⁰².

⁴⁰² Alper, (1999), a.g.e., s.45.

2. Genel Sağlık Sigortası Uygulamasına Geçme Amacıyla Yapılan Çalışmalar

2.1.Genel Sağlık Sigortası Kurulması Üzerine Rapor

1968 yılında hükümet sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak genel bir sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacağını ifade etmiş ve sağlık sigortasının 224 sayılı Sosyalleştirme programındaki seviyede hizmet sağlayacağını belirtmiştir. Bu kesin ifadeler nedeniyle Türkiye’de genel sağlık sigortası konusundaki ilk ciddi çalışma o dönemde yapılmıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na oluşturulan dokuz kişilik bir komite 11 Haziran 1968 tarihli Raporu hazırlamıştır. Raporun amacı “Sağlık harcamalarının günden güne artması ve Sağlık hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Projesinin tüm yurda yayılması halinde Devlet bütçesine büyük bir yük getireceği, bu sebeple Kalkınma Planında öngörülen Genel Sağlık Sigortasının bir an evvel kurulmasının memleketimiz için hayati bir önem taşıdığı, bunun gerçekleştirilmesi için konunun incelenmesi” olarak belirtilmiştir⁴⁰⁴. Hazırlanan bu raporla varılan sonuçlar şunlardır⁴⁰⁵:

- i. Ülkemizde Genel Sağlık Sigortası kurulması konusu, Anayasa, Kalkınma Planı, hükümet programı ve nüfus gruplarının ihtiyaç durumları bakımından incelenmiş ve Genel Sağlık Sigortası kurmaya bir engel bulunmadığı düşüncesine ulaşılmıştır.
- ii. Tesis, personel, alt yapı imkanları ve nüfus gruplarının ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bu yapıyı tüm nüfusa yaymanın kademeli olması düşünülmüştür. Kademeleme yapılırken bir veya birkaç ili kapsayacak bölge ve bölgelerdeki tüm nüfusu kapsamasının uygun olacağı düşünülmüştür.

Bu arada;

- (1) Tarım sektöründe çalışan devamlı işçilerin sosyal sigortalarla ilgilendirilmeleri,

⁴⁰⁴ Arıkan, a.g.e., s.27.

⁴⁰⁵ SSYB, Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kurulması Üzerine Rapor-11 Haziran 1968 (Ankara, 1968), s.29 vd.

- (2) Geçici ve mevsimlik tarım işçileri için iş güvenliği ve işçi sağlığı prensiplerini de kapsayarak işverenin sorumluluğuna bırakılmış bir statünün tesisi,
- (3) Memurlar yönünden de bütün yurttan birden uygulamaya geçiş öngörülmüştür.
- iii. Kuruluşlar ve sektörler arasında tam ve mevzuatla düzenlenecek bir işbirliği, bu potansiyelin değerlendirilmesi ve programın uygulanabilmesi için birinci derecede önemli görülmüştür.
- iv. Genel Sağlık Sigortasında tedavi hizmetleri ve bu hizmetlerin düzenli tedavi kurumlarının sigorta idaresinden bağımsız bulunmaları; sigorta idaresinin sağlık tesisi işletmeciliği gibi bir görevle yükümlü bulundurulmaması uygun bulunmuş; tedavinin hangi tesis veya hekim tarafından yapılırsa yapılsın bir tarife karşılığı olması ve karşılığın sigorta kurumunca ödenmesi şart olarak düşünülmüştür.
- v. Sigorta kapsamında bulunacak her sigortalı vatandaşın gelirinin esas teşkil edeceği bir prim ödemesi, sistemin başarısı ve kuruluşun finansmanı yönünden esas unsur olarak gösterilmiştir. Ödeme gücü olmayan ve olmadığı ilgililerce bildirilen şahısların genel statü içinde ödemeleri öngörülen asgari primin bu hali tespiti yetkili kuruluş ya da kurumlarca bu amaca tahsis edilecek fonlardan (sosyal yardım fonları) sigorta kurumuna ödenmesi gereği tespit olunmuştur. Ayrıca sistemin arzu edenler için özel tedavi veya belli bir standardın üstündeki hizmet ve konfor farkı talep eden şahıs veya kuruluşlarca tedavi kurumuna ödenmesi şartı düşünülmüştür.
- vi. Genel Sağlık Sigortası organizasyonunda, sosyo-ekonomik yapı, şartlar ve temayüller bakımından çeşitli nüfus gruplarını içine alması sebebi ile genel bir rejim yerine; aralarında iyi bir koordinasyon sağlanacak özel rejimler manzumesi şeklinde düşünülmesi; özellikle bağımsız çalışanlar hakkında uygulanacak rejimlerin yürütülmesinde özerk yönetime yer verilmesi ve bu örgütlenmede ilk kademe yürütme organı olarak çeşitli mesleki kuruluşlardan yararlanmanın uygun ve yararlı olacağı öngörülmüştür.

- vii. Genel Sağlık Sigortası kısa süreli ve fon birikimine olanak bırakmayan bir sigorta kolu olduğundan, gerek beş yıllık planda öngörülen sosyal güvenlik tedbirlerinin tamamlanmasına geçişte, gerek sigortalı gelir seviyelerinin tespitinde ilk yatırımlar ve finansman güçlükleri için fon birikimine uygun olan “yaşlılık sigortasının” birlikte veya ilk fırsatta uygulama konusu olması tavsiyeye değer görülmüştür.

Bu raporun hazırlandığı 1968 yılından sonra çeşitli tarihlerde bu raporu temel olarak Genel Sağlık Sigortası taslak ve tasarı hazırlanmıştır.

2.2.Beş Yıllık Kalkınma Planlarında Genel Sağlık Sigortası

Planlı ekonomi dönemine geçilen 1963 yılından itibaren Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası kurma düşüncesine beş yıllık kalkınma planlarında da yer verilmiştir.

1963-1968 yıllarını kapsayan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planında “Herkesi kapsayan, Genel Sağlık Sigortası adında bir sosyal güvenlik sistemi kurulacaktır” denilmiştir⁴⁰⁶.

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, “Önemli bir sosyal güvenlik hizmeti ve sağlık harcamalarının finansmanı için bir kaynak olarak, genel bir sağlık sigortasının kurulmasına kademeli olarak başlanacaktır” denilerek sağlık sigortasından söz edilmiştir⁴⁰⁷.

1974-1979 yıllarını kapsayan Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında “Kademeli olarak uygulanmak üzere genel sağlık sigortası için gerekli mevzuat hazırlanacaktır. Mevzuatın hazırlanmasında, sigortanın sağlık hizmetinin geliştiği illerde yataklı tedavi kurumlarına talebi artırması göz önünde tutulacak ve sigortanın yaratacağı ek talebin gerektireceği finansmanın sadece sigorta primlerinden karşılanması esas olacaktır” denilerek genel sağlık sigortasından bahsedilmiştir⁴⁰⁸.

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında “Sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için gerekli finansmanı sağlamak amacıyla gerekli yasal düzenleme yapılacak, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi sağlanacak ve sağlık sigortaları kapsamı dışında kalan kişilerin sağlık gereksinimleri devlet tarafından karşılanacaktır”

⁴⁰⁶ Arıkan, a.g.e., s.26.

⁴⁰⁷ Aynı, s.26.

⁴⁰⁸ DPT, (1991), a.g.e., s.164.

denilmiştir⁴⁰⁹. Program incelendiğinde genel eğilimin var olan sigortaların yaygınlaştırılması yönünde olduğu görülmektedir⁴¹⁰.

1984-1989 yıllarını kapsayan Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında sağlık sigortasına geçişin dönem içinde ele alınacağı belirtilmiştir⁴¹¹.

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı ise Genel Sağlık Sigortası geniş biçimde ele alınmıştır. Plan kapsamında kurulan Sosyal Güvenlik ve Sağlık Hizmetlerinin Rasyonalizasyonu Özel İhtisas Komisyonunun, Genel Sağlık Sigortası Alt Komisyonu Raporlarıyla genel sağlık sigortası ayrıntılı olarak ele alınmış ve hatta bir Genel Sağlık Sigortası modeli önerilmiştir⁴¹².

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında, “Genel Sağlık Sigortası hizmeti verecek kurumla ilgili yasal düzenlemeler yapılacaktır. Sağlık hizmetlerinin her aşamasında toplumun katkı ve katılımı sağlanacaktır. Sağlık güvencesi ve sağlık yardımlarından yararlanma hakkı olmayanların sağlık güvencelerini sağlamak, genel sağlık sigortasına geçişi ve mevcut sosyal sağlık sigortaları uygulamalarının genel sağlık sigortası sistemi çerçevesinde bütünleştirilerek tek bir kurum tarafından yürütülmesini sağlamak amacıyla TBMM’ye sunulmuş olan Sağlık Finansman Kurumu Kuruluş ve İşleyişi Kanunu çıkarılacaktır” denilmiştir⁴¹³.

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında ise “Sağlık hizmeti sunumu ve finansmanı birbirinden ayrılacak, herkese sağlık sigortası kapsamında sağlık hizmetinden yararlanma hakkı sağlanacaktır” denilmiştir⁴¹⁴.

2.3.Kanun Tasarılarında Genel Sağlık Sigortası

Genel Sağlık Sigortası konusunda 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunu ve 1968 tarihli Rapordan sonra günümüze kadar bu kanun ve raporu esas olan Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarıları hazırlanmıştır. Üzerinde halen çalışılmakta olan Genel Sağlık Sigortası konusunda bir sonuca varılmamış olmasına karşın bu konuda birkaç önemli tasarı hazırlanmıştır.

⁴⁰⁹ Aynı, s.164.

⁴¹⁰ Arıkan, a.g.e., s.26.

⁴¹¹ DPT, (1991), a.g.e., s.164.

⁴¹² Aynı, s.159.

⁴¹³ DPT, 7. Beş Yıllık Kalkınma Planı (Ankara, 1995), s.40.

⁴¹⁴ DPT, 8. Beş Yıllık Kalkınma Planı (Ankara, 2000), s.87.

2.3.1. 1974 tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı

1974 tarihli genel sağlık sigortası tasarısı, 1968 tarihli raporun içerdiği prensiplerin kanun maddesi haline getirilmiş şekli olarak düşünülmektedir. 1968 tarihli Rapor bazı şekil değişiklikleri yapılarak doküman haline getirilmiş ve gerekçeleri de belirtilerek kanun tasarısı olarak TBMM'ye sevk edilmiştir⁴¹⁵. Bu tasarıya göre;

- i. 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre sigortalı sayılanlar ile bunların bakmakla yükümlü olduğu kimseler,
- ii. 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanununun sağlık hükümlerinden yararlananlar,
- iii. Askerlik hizmetini yapmakta olanlar,
- iv. Herhangi bir suçtan mahkum olup ta cezasını çekenler ve
- v. Geçici bir süre için Türkiye'ye gelmiş olanlar ile kanuni ikametgahı Türkiye'de bulunmayanlar,

Genel sağlık sigortasının kapsamı dışında tutulmuşlardır⁴¹⁶.

Bu kanun tasarısının uygulamasına göre;

- i. 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanunu kapsamında olup da sandığa aidat ödeyen iştirakçiler,
- ii. 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu kapsamında olup bu kuruma prim ödeyenler,
- iii. 1136 sayılı Avukatlık Kanununa göre kurulan barolara kayıtlı olup da bağımsız çalışan avukatlar,
- iv. 6964 sayılı Ziraat Odaları ve Ziraat Odaları Birliği Kanununa göre kurulan Ziraat Odalarına kaydedilen asli üyelerden reşit şahıslar,
- v. Kanunla kurulu sandıklardan malullük, emeklilik, dul ve yetim aylığı almakta olanlar (506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununa göre yaşlılık, malullük ve ölüm aylığı olanlar hariç) ve
- vi. Durumları yukarıda yazılı olanların her hangi birine girmeyen kimseler sigortalı sayılmaktadırlar⁴¹⁷.

⁴¹⁵ Arıkan, a.g.e., s.29.

⁴¹⁶ SSB, Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı-1974 (Ankara, 1974), s.10.

⁴¹⁷ Aynı, s.10.

Tasarı zorunlu sigortalılığı hükme bağlamış ve sigortalının gayri safi gelirin %4'ünü prim oranı olarak tespit etmiştir. Prim ödeme gücü bulunmadığı ve ödeme gücünü kaybettiği yetkili merciler tarafından tespit edilen sigortalıların primlerini karşılamak üzere, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı bütçesine her yıl bir yıl önceki kurum bilançosundaki bu bölümle ilgili giderler göz önüne alınarak gerekli ödenekler konacak ve bu sigortalılara ait primler, prime esas gelirin en az tutarı üzerinden hesaplanacaktır. Ayrıca olağanüstü haller gider fazlalarının karşılanması görevi de devlette bırakılmıştır⁴¹⁸.

Ayrıca Kanun tasarısında Genel Sağlık Sigortası hizmetlerini yürütmek ve Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olmak üzere "Genel Sağlık Sigortası Kurumu" kurulması öngörülmüştür. Genel Kurul, Yönetim Kurulu ve Genel Müdürlük gibi üç organdan oluşan Kurumun, bölge ve il müdürlükleri ile Sağlık Sandıkları kuracağı da belirtilmiştir⁴¹⁹.

2.3.2. 1984 tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının onaylarıyla her iki bakanlık temsilcilerinden oluşan bir "çalışma grubu" görevlendirilmiş ve yapılan çalışma sonucu bir rapor kanun tasarısı şeklinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına sunulmuştur⁴²⁰. Tasarı ile 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile 211 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri İç Hizmet Kanunu kapsam dışında kalmak üzere, 5434 sayılı TC Emekli Sandığı, 1479 sayılı Bağ-Kur, 2926 sayılı Tarımda Bağımsız Çalışanlar Kanunlarına tabi olanlar ve gayri faal nüfus grubu Genel Sağlık Sigortası kapsamına alınmıştır. Genel Sağlık Sigortasının, hizmet üretmesi yerine, hizmet satın alması yoluna gitmesi ve ülke düzeyindeki bir çok sağlık personeli ve tesisle anlaşma yapması düşünülmüştür. Ayrıca hastalara hekim seçme serbestliği de tanınmıştır⁴²¹.

Genel Sağlık Sigortası prim oranı, sosyal güvenlik kuruluşlarına çeşitli sigorta kolları için prim ödeyen sigortalıların, bu primlere esas gelirleri üzerinden % 6 olarak

⁴¹⁸ Arıkan, a.g.e., s.30.

⁴¹⁹ Aynı, s.31.

⁴²⁰ DPT, (1991), a.g.e., s.164.

⁴²¹ SSBYB, Genel Sağlık Sigortası Çalışma Raporu ve Kanun Tasarısı-1984 (Ankara, 1984), s.5 vd.

öngörülmüştür. Herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan sigortalıların prim miktarı, gelir vergisi beyannameleri üzerinden hesaplanan gelir üzerinden tespit edilecektir. 1974 tarihli tasarıda olduğu gibi, 1984 tarihli tasarıda da devlet ödeme gücünü kaybedenlerin ya da ödeme gücü olmayanların primlerini karşılayacaktır. Bu tasarıyla sağlık sigortasından yararlanan sigortalıların tümü aktif-pasif ayrımı yapılmaksızın prim ödemekle yükümlü kılınmıştır⁴²².

2.3.3. 1990 tarihli Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı

1990 tarihli Tasarının iki temel önerisi vardır. Bunlar, ülkemizde herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmayanları sağlık sigortası kapsamına alan Sağlık Sigortası Kurumu (Sağ-Kur) kurmak ve ülkemize aile hekimliği sistemini getirmektir. Buna göre, ülkede sağlık hizmetleri üç değişik gruba göre farklı Kurumlar tarafından sunulacaktır. Sosyal Sigortalar Kurumu, İş Kanununa göre çalışanlara; Bağ-Kur bağımsız çalışanlara; Sağ-Kur ise memur ve emekliler ile hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna bağlı olmayan sigortasız kesime sağlık hizmeti verecektir. Bu hizmetler ise sırasıyla aile hekimliği, ikinci basamak sağlık hizmetleri ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri şeklinde belirli bir sevk zinciri içinde sunulacaktır⁴²³.

Genel Sağlık Sigortası için sigortalılardan kesilecek prim oranı belirli bir oran olarak tespit edilmemiştir. Prime esas teşkil edecek olan gelirin taban ve tavan sınırları ile tahsil edilecek prim miktarı her yıl Bakanlar Kurulunca belirlenecektir⁴²⁴.

Prim ödeme gücü olmayanların ya da prim ödeme gücünü kaybedenlerin primi devletçe karşılanacaktır. Tasarıya göre, sağlık hizmetlerini veren kuruluşla, sağlık hizmetlerini finanse eden kuruluşlar ayrı ayrı kuruluşlar olacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimliği sistemi ile kuvvetlendirilecek ve zorunlu olarak tüm nüfusa eşit olarak dağıtılacaktır⁴²⁵. Genel sağlık sigortası, sağlık hizmeti üretmeyecek; bu hizmetleri kamu ve özel sağlık personeli ve sağlık tesislerinden satın alacaktır. Ayrıca sigortalılara hekim ve sağlık tesisini seçme olanağı da verilecektir⁴²⁶.

⁴²² Aynı, s.9.

⁴²³ TTB Merkez Konseyi, (Mayıs 1991), a.g.e., s.18 vd.

⁴²⁴ TC Sağlık Bakanlığı, Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Çalışmalar-1990 (Ankara, 1990), s.9.

⁴²⁵ TTB Merkez Konseyi, (Mayıs 1991), a.g.e., s.20.

⁴²⁶ TC Sağlık Bakanlığı, (1990), a.g.e., s.16.

2.3.4. 1997 tarihli Sağlık Finansmanı Kurumu ve İşleyişi Kanunu Tasarısı⁴²⁷

1997 tarihli tasarı sosyal sağlık güvencesi ve sosyal sağlık sigortası yardımlarından yararlanma hakkı olmayanlara sağlık güvencesi sağlamak üzere Sağlık Finansmanı Kurumu kurulması ve işletilmesi amacıyla hazırlanmıştır. Tasarıya göre, kurum genel müdürlük düzeyinde örgütlenecek ve organlarını oluşturacaktır. Sağlık Finansman Kurumu ile sağlanan sağlık sigortasından, kanunla kurulmuş sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık güvencesi kapsamı dışında kalanlar ve Devlet memurları ile yakınlarına tanınan sağlık yardımlarından yararlanma hakkı olmayan ve ülke sınırları içinde oturan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı gerçek kişiler yararlanacaktır. Milli Savunma Bakanlığı ile Türk Silahlı Kuvvetleri kapsamında bulunanlar ile silah altında bulunanlar da kapsam dışında tutulmuşlardır.

Tasarıya göre sigortalı olmak için, prim yükümlüsü sigortalının, sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişileri ve gelir durumlarını, bu kanuna göre, sigorta kapsamına giriş tarihinden itibaren bir ay içinde örneği Kurumca hazırlanan bir bildirim ile Kuruma, Kurum ile anlaşmalı özel sağlık sigortası kuruluşlarına, Kurum tarafından belirlenecek diğer kurum ve kuruluşlara, vergi dairelerine, mal müdürlüklerine veya Kanun ile prim toplama görevi verilen kurum ve kuruluşlara başvurarak kayıtlarını yaptırmak zorundadırlar. Bu Kanun kapsamına girenler yazılı başvurunun yapıldığı ayın başından itibaren sigortalı sayılırlar. Ancak kayıt için başvurmamış olanların kayıt işlemleri Kurumca resen yapılacaktır.

Kurumun sağlık hizmetlerini yerine getirebilmesi için ihtiyaç duyduğu mali kaynaklar çeşitli yollarla sağlanacaktır. Kurumun gelirleri Tasarının 9. Maddesinde şöyle sıralanmıştır:

- i. Primler,
- ii. Genel yönetim giderleri için genel bütçeden verilen ödenekler,
- iii. Prim ödeyemeyecek durumda olanlar için devletin genel bütçeden yaptığı prim desteği transferleri,

⁴²⁷ TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Finansmanı Kurumu Kurulu ve İşleyişi Kanunu Tasarısı Taslağı ve Gerekçeleri (Nisan 1997), s.1 vd.

- iv. 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanununa göre elde edilecek hasıllardan ayrılacak %30 pay ,
- v. Bakanlar Kurulu tarafından kamu görevi niteliğindeki ek görevlerin giderlerini karşılamak için genel bütçeden doğrudan yapılacak transferler,
- vi. Prim cezaları,
- vii. Bağışlar,
- viii. Kurumun taşınır ve taşınmazlarının gelirleri,
- ix. Kurumun gelirlerinin nemaları ve
- x. Diğer gelirlerdir.

Kurumun giderleri arasında ise en önemli payı sağlık güvencesine sahip sigortalıların teminat paketindeki sigorta yardımlarını alabilmeleri için yapılan sözleşmeler çerçevesinde sağlık hizmeti sunucularına yapılacak aktarmalar oluşturmaktadır. Bunun yanında danışmanlık hizmeti için yapılan ödemeler, yatırım harcamaları ve ilgili mevzuat ile verilmiş özel görevlere ait giderler kurumun diğer gider kalemlerini oluşturmaktadır.

Sigortalılara sağlanan temel teminat paketi içinde, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sağlanması, sigortalıların iyileşmesine yarayacak ortez protez araç ve gereçlerinin sağlanması, onarılması ve yenilenmesi ile yurt içinde başka bir yere gönderilme durumunda yol masrafı ve zaruri giderlerin ödenmesi bulunmaktadır. Ortez ve protezde bedellerinin %20'sini geçmemek üzere, ayakta tedavilerde de ilaç bedellerinin %50'sinden fazla olmamak üzere katılım payı alınacaktır. Ancak uzun süreli kullanımı gereken ve hayati önem taşıyan ilaçlarda katılım payı alınmayacaktır.

Sağlık Finansman Kurumu Kanun Tasarısında sigortalıların ödeyecekleri primler; sigortalıların ve bakmakla yükümlü oldukları kişilerin mal varlıkları ve gelirleri göz önünde bulundurularak 5 farklı basamakta belirlenecektir. Prim yükümlüsü sigortalının ve sağlık yardımı açısından bakmakla yükümlü olduğu kişilerin toplam aylık net geliri brüt asgari ücretin,

- i. 1,2 katı veya daha düşük olanlar birinci basamaktan,
- ii. 1,2 katından fazla, 1,6 katından az veya bu miktara eşit olanlar ikinci basamaktan,

- iii. 1,6 katından fazla, 2 katından az veya bu miktara eşit olanlar üçüncü basamaktan,
- iv. 2 katından fazla, 2,4 katından az veya bu miktara eşit olanlar dördüncü basamaktan,
- v. 2,4 katından fazla olanlar beşinci basamaktan prim ödeyeceklerdir.

Sigortalının ödeyeceği prim miktarı 1475 sayılı İş Kanununa göre, sanayide çalışan ve 16 yaşından büyük olan işçiler için belirlenen geçerli brüt asgari ücretin %25'inden fazla olmamak koşuluyla Kurum Yönetim Kurulunun teklifi üzerine Bakanlar Kurulu tarafından tespit edilecektir. Herkesin geliri oranında prim ödemesini amaçlayan bu sisteme göre, ödenecek prim oranları şöyledir:

- i. Birinci basamaktakiler primin %10'unu,
- ii. İkinci basamaktakiler primin %25'ini,
- iii. Üçüncü basamaktakiler primin %50'sini,
- iv. Dördüncü basamaktakiler primin %75'ini,
- v. Beşinci basamaktakiler ise primin tamamını ödeyeceklerdir.

Birinci basamak ile dördüncü basamak dahil olmak üzere aradaki sigortalıların prim farkları devlet tarafından karşılanacaktır. Getirilen bu prime dayalı, sosyal sigorta prensiplerine uygun sistem ile kaynakların daha verimli ve etkili kullanılması amaçlanmıştır.

2.3.5. 1998 tarihli Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı Kuruluş ve İşleyişi Kanunu Tasarısı⁴²⁸

1997 yılında hazırlanan Sağlık Finansmanı Kurumu Tasarısı hükümetteki siyasi istikrasızlık nedeniyle kanunlaşmadan kadük olmuştur. Bu nedenle yeni hükümet döneminde yeniden bir genel sağlık sigortası hazırlanması yoluna gidilmiş ve 1998 tarihli Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi geliştirilmiştir. İçerik ve prensip olarak Sağlık Finansman Kurumu Tasarısı ile çok büyük benzerlikler gösteren Kişisel Sağlık Sistemi, sigortalılık esasları, kapsamı, amaçları, prim tespit ve ödeme esasları ve sağlanan yardımlar gibi temel hususlarda tümüyle bir önceki tasarının aynısıdır. Farklılıklar daha

⁴²⁸ TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Finansmanı Kurumu Kurulu ve İşleyişi Kanunu Tasarısı Taslağı ve Gerekeçleri (1998), s.22.

çok teşkilat yapısında ve organlarda görülmektedir. Sağlık Finansmanı Kurumu genel müdürlük olarak organize olmuşken, Kişisel Sağlık Sigortası Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı, idare başkanlığı olarak organize olmuştur. Bir diğer farklılık da Kişisel Sağlık Sigortası ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığında Bilgi İşlem Dairesi Başkanlığının bulunacak olmasıdır.

Kurulacak olan bu sistemde sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerden, mali olanakları göz önünde tutularak imkanları ölçüsünde prim alınması, prim ödeme gücü olmayanların yükümlülüklerinin ise Devlet tarafından yerine getirilmesi karara bağlanmıştır. Bu durum sosyal devlet iddiası bakımından da önemlidir. Bu şekilde devlet sağlık hizmetini değil gerçekten muhtaç kişileri sübvansetmiş olacaktır. Diğer yandan ülkemizde bugün için sosyal sağlık güvencesi konusunda, sağlanan yardımlar yönünden eşit ve akılcı bir sistemin varlığından söz etmek mümkün değildir. Mevcut yapıda sosyal güvenlik kuruluşları üyelerine farklı standartlarda yardımlar yapmaktadırlar. Bu durum toplumdaki gruplar içinde eşitsizliklere neden olmakta, hakkaniyete ve adalete uymamaktadır. Bu durumun düzeltilmesi ancak nüfusun tamamının sağlık güvencesi altına alınması ve ilerideki bir düzenlemeyle tüm sosyal güvenlik kuruluşlarının tek sistem içinde bütünleştirilmesi ile mümkün olabilecektir.

Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı sağlık güvencesi olmayan kesimleri güvence altına almak yanında, sağlık finansmanına yeni kaynaklar yaratmak ve etkili fon yönetimini gerçekleştirmek anlamında da önemli bir görevi daha yerine getirecektir. Kurulacak olan bu sistemde prim toplama ve hizmetlerin verilmesi bakımından özel sağlık sigortası kuruluşlarının mevcut alt yapısından yararlanılacaktır. Dolayısıyla, prim toplama işlemleri ve teminat paketinin sigortalılara bu kuruluşlar aracılığı ile sağlanması imkanı yaratılacaktır. Ayrıca primlerinin bir kısmını ödeyemeyecek durumda olan sigortalıların eksik prim miktarı Devletçe karşılanacağından bu kişilerin doğrudan Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı sigortalısı olması, primlerini ödeyebilecek durumda olanların ise doğrudan veya üye olacakları özel sağlık sigortası kuruluşları aracılığıyla sisteme dahil olmaları sağlanacaktır. Bu düzenlemede Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı ile özel sağlık sigortalıları prim paylaşımı ve harcama paylaşımı bazında işbirliğine gidebileceklerdir. Bu durum, ülkemizde hem sigorta bilincinin yaygınlaşmasını hem de özel sağlık sigortalılarının önünün açılmasını sağlayacaktır.

Kişilerin sağlık sigortası işlemlerini yürütecek kuruluşu serbestçe belirlemeleri yanında, tedavi görecekları hekim ve sağlık kuruluşunu da kendi isteklerine göre seçme hakkına sahip olmaları, sisteme olan güveni pekiştirecektir. Kişilere bu seçim hakkını verebilmek ve sağlıklarını ilgilendiren konularda iradeleri doğrultusunda karar verme ve hareket etme imkanı yaratmak sistem açısından da oldukça önemli sonuçlar doğuracaktır.

Sonuç olarak, öngörülen Kişisel Sağlık Sistemi ve Sağlık Sigortası İdaresi Başkanlığı aracılığıyla öncelikle sağlık güvencesi olmayan kesimler olmak üzere toplumun tümüne, daha düşük oranda prim alınarak adil, hakkaniyete uygun, eşit, çağdaş ve kaliteli sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir.

2.4.Kanunlarda Genel Sağlık Sigortası

Bugüne kadar ülkemizde kanunlaşmış, her hangi bir genel sağlık sigortası tasarısı olmamıştır. Ancak, Genel Sağlık Sigortasına alt yapı oluşturacak bazı kanunlar yürürlüğe sokulabilmiştir. Bu kanunlar aşağıda ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

2.4.1. 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun

1961 yılında yürürlüğe konulan bu Kanunun 1. maddesinde, çıkarılış amacı şu şekilde ifade edilmektedir⁴²⁹: “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinde bir hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın sosyal adalete uygun bir şekilde ifadesini sağlamak maksadıyla tababet ve tababetle ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak program dahilinde sosyalleştirilecektir”.

Sosyalleştirmenin anlamı ise, vatandaşların sağlık hizmetleri için ödedikleri prim ile kamu sektörüne ait müesseselerin bütçelerinden ayrılan tahsisat karşılığı her çeşit sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanma veya kendisine yapılan harcamaların bir kısmına katılımı suretiyle eşit şekilde faydalanmalarıdır⁴³⁰.

⁴²⁹ Ragıp Üner ve Nusret Fişek, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi (Ankara, 1961), s.109.

⁴³⁰ Arıkan, a.g.e., s.36; Yeğinboy ve Taylan, a.g.e., s.49.

Kanun, Milli Savunma Bakanlığınca hizmet sağlanan grubun dışındaki halka yönelik tıbbi bakım, koruyucu ve tedavi edici bakımla, sağlık eğitimini bütünleştirecek olan tek bir yetkili organ tarafından hizmetlerin verilmesini öngörmüş ve kapsamını da oldukça geniş tutmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerinin standardını yükseltmek için her bölgede sistemin temelini oluşturan sağlık ocağı ve sağlık evleri, hasta yatağı bulunan sağlık merkezleri ve hastaneler bir hiyerarşi içinde hizmet sunacak şekilde planlanmıştır⁴³¹.

Sosyalleştirme ilkesi ile “dar alanda geniş kapsamlı hizmet” hedeflenmiştir. Buna göre kırsal alanda 5.000-10.000 nüfusu kapsayan sağlık ocakları kurulacak; şehirlerde sağlık ocağı kapsamındaki nüfus 50.000 kişiye kadar çıkabilecektir. Sağlık ocaklarında, hekimler, halk sağlığı hemşiresi, sağlık memuru ya da çevre sağlığı teknisyeni, ebeler, tıbbi sekreter, şoförler ve hizmetliler görev yapacaktır. Burada görev yapacak sağlık ekibinin sayısı hizmet verilen yerin durumuna göre değişecektir⁴³². Sağlık ocakları kapsadığı bölgedeki herkesin sağlık durumunu sürekli izleyebilmek amacıyla her birey için sağlık fişlerini tutacaktır⁴³³. İllerdeki sağlık müdürlükleri, tedavi edici tıbbi hizmetlerden, halk komisyonları ise koruyucu hekimlik, çevre sağlığı ve sağlık eğitiminden sorumlu olacaklardır⁴³⁴.

Öngörülen sevk zincirine göre sağlık hizmeti isteyenler acil durumlar dışında, öncelikle bir sağlık ocağına veya sağlık merkezine başvuracaklardır. Acil durumlar dışında sağlık ocağı tarafından sevk edilmedikleri halde sağlık merkezlerine veya hastanelere başvuranlar yapılan hizmetin bedelini ödemek durumunda kalacaklardır. Yabancı uyruklu kimseler de ücretini ödemek koşuluyla sosyalleştirilmiş sağlık hizmetlerinden faydalanabileceklerdir.

Bu kanunla herkes, muayene ve tedavi ücretini ödemek koşuluyla istediği hekimi seçmekte serbest bırakılmıştır⁴³⁵.

Yukarıda da özetlendiği üzere sosyalizasyon uygulaması gerçek anlamı ile uygulandığı takdirde ülkemizin sağlık sorunlarına bir ölçüde de olsa çözüm getirmiş olacaktır. Ancak 1961 yılından bu yana istenilen sonuçlara, pek çok faktöre bağlı olarak

⁴³¹ Alptekin Erdoğan, *Genel Sağlık Sigortası-Derlemeler* (Ankara, 1990), s.24.

⁴³² DPT, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri, Sağlık Sigortasının Temel İlkeleri ve Maliyet Tahmini, Yeşil Kart Uygulaması* (Ankara, 1992), s.5.

⁴³³ DPT, (1992), a.g.e., s.10.

⁴³⁴ Erdoğan, (1990), a.g.e., s.24.

⁴³⁵ Üner ve Fişek, a.g.e., s.112.

ulaşılamamıştır. Bu faktörler arasında personelin nitelik ve nicelik olarak yetersizliği, istihdam ve kadro sorunları, alt yapı, donanım ve makine-teçhizat sıkıntıları öne çıkmıştır. Bunun yanında sevk zincirinin düzgün işletilememesi, hizmet sunulan nüfusa ilişkin kayıtların tutulmaması hizmetlerin etkili bir şekilde planlanmasını engellenmiştir.

2.4.2. 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu

3359 sayılı Kanun sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemek amacıyla 1987 yılında kabul edilmiştir. Bu kanun, Milli Savunma Bakanlığı dışında, kalan tüm kamu kurum ve kuruluşları ile özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri kapsamaktadır⁴³⁶. Kanunun temel ilkeleri şunlardır⁴³⁷:

- i. Sağlık Bakanlığı adil, kaliteli ve etkin sağlık hizmetlerini sağlamak üzere sağlık kurumlarını, planlama, koordine etme, mali olarak destekleme ve geliştirme açısından sorumlu olacaklardır.
- ii. Koruyucu hekimlik hizmetlerine öncelik verilecektir.
- iii. Sağlık kuruluşları ülke çapında dağıtılacak ve yaygınlaştırılacaktır.
- iv. Özel kurumlarca alınan ücretler Bakanlıkça denetlenecektir.
- v. Sevk zinciri bir düzen içinde işletilecek ve acil durumlar dışında sisteme uymayanlardan ücret alınacaktır.
- vi. Bütün sağlık kuruluşlarının işleyişi, belirlenmiş standartlara ve ilkelere tabi olacaktır.
- vii. Nüfusun sağlık durumu bir kayıt ve rapor sistemiyle kontrol edilecektir.
- viii. Sağlık Bakanlığı, sağlık personelinin adil bir şekilde dağılımını sağlamak üzere insan gücü planlaması yapacak ve üniversitelerle birlikte hizmet-içi eğitim dahil ülke ihtiyaçlarına cevap veren eğitim programları uygulayacaktır.
- ix. Sağlık hizmetlerinin bütün aşaması dikey olarak kontrol edilecektir. En son tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesine çalışılacaktır.
- x. Sağlık eğitimi, ilgili bütün kamu, özel ve gönüllü kuruluşlar tarafından yürütülecek ve sağlık eğitiminin etkileri ölçülecektir.

⁴³⁶ Resmi Gazete, T.15.5.1987, S.19461.

⁴³⁷ Erdoğan, (1990), a.g.e., s.24.

- xi. Koruyucu teşhis, tedavi ve rehabilitasyona yönelik hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve diğer ürünlerin üretimi, ithali ve ihracı Sağlık Bakanlığınca denetlenecek ve kalite kontrolü yapılacaktır.
- xii. Özürlü çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılacaktır⁴³⁸.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının, Kanunun yukarıda sayılan temel ilkelerini bir sistem içerisinde gerçekleştirmek üzere ülke çapında bir teşkilat kurabileceği veya kurdurabileceği hükme bağlanmıştır.

Kanunun 8. maddesinde,⁴³⁹ “sağlık işletmelerinde koruyucu sağlık hizmetleri dışında teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetler ücretli olup sağlık işletmesince tahakkuk ettirilen masraflar ilgi kurumca herhangi bir kısıtlamaya tabi tutulmaksızın öncelikle ve ivedilikle ve ödeme emri beklenilmeksizin ödenir. Bütçe uygulaması dışında olup da herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olanlara ait masraflar ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna tebliğ edilmek suretiyle tahsil edilir.” denilerek ücretlerin ve tahsilinin nasıl olacağı hükme bağlanmıştır.

Genel Sağlık Sigortasına hazırlık olması bakımından Genel Sağlık Sigortası yürürlüğe girinceye kadar herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayanlar müracaatları ve talepleri halinde sağlık kütüğüne kaydedilecektir. Bu suretle kaydını yaptıranlardan her yıl Bakanlar Kurulunca tespit edilen miktarda prim tahsil edilecektir. Kayıtlarını yaptırmayanlar ile primlerini ödemeyenlerin sağlık kuruluşlarındaki teşhis, tedavi ve rehabilite giderleri, kendilerinden veya kayıt oldukları özel sigorta kurumlarından tahsil edilecektir⁴⁴⁰.

Genel sağlık sigortasına geçişi sağlamak ve hiçbir sosyal güvenlik kuruluşuna tabi olmayan vatandaşların sağlık giderlerini karşılamak amacıyla Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığına bağlı olmak üzere TC Merkez Bankası nezdinde “Sağlık Hizmetlerini Destekleme ve Geliştirme Fonu” kurulmuştur⁴⁴¹. Bu fonun nihai amacı kişileri evrensel bir sağlık sigortası programına katılmak üzere teşvik etmektir⁴⁴².

⁴³⁸ Resmi Gazete, T.15.5.1987, S.19461.

⁴³⁹ Aynı.

⁴⁴⁰ Ata Soyer, *Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1980-1995)* (TTB, Mayıs 1995), s.11.

⁴⁴¹ Aynı, s.11.

⁴⁴² Erdoğan, (1990), a.g.e., s.27.

2.4.3. 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun⁴⁴³

1992 yılında kabul edilen bu kanun hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçilinceye kadar Devlet tarafından karşılanması ve bu hususta uyulacak esasları belirlemek amacıyla çıkarılmıştır.

Yeşil Kart, hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında bulunmayan ve bu kanunun öngördüğü usul ve esaslar çerçevesinde belirlenecek aylık geliri veya aile içindeki gelir payı 1475 sayılı İş Kanununa göre belirlenen asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarın 1/3'ünden az olan ve Türkiye'de ikamet eden Türk vatandaşlarının, Türkiye'deki yataklı tedavi kurumlarında yatarak görecekları tedavi hizmetlerini ve her türlü masrafları ile tedavi hizmetini verecek kurum ve kuruluşları kapsamaktadır.

Sağlık hizmetleri giderlerini karşılayamayacak durumda olanlardan herhangi bir sağlık güvencesi altında olanlara bağımlı olarak sağlık hizmetlerinden yararlanması gerekenler, silah altında bulunanlar ve sağlık güvencesi olan yüksek öğrenim öğrencileri bu kanunun kapsamı dışında tutulmuşlardır.

Kanunun aradığı koşulları yerine getiren vatandaşlara bu kanunun öngördüğü tedavi hizmetlerinden hiçbir ücret ve bedel ödemeksizin yararlanmaları amacıyla bir Yeşil Kart verilmektedir. Aylık geliri ya da gelir payları artarak kapsam dışına çıkanlardan Yeşil Kartları geri alınmaktadır. Ayrıca özel kanunlarla sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanması öngörülen vatandaşlara talepleri halinde, hiçbir soruşturma ve araştırma yapılmaksızın Yeşil Kart verilmektedir. Normal durumlarda Yeşil Kart gerekli inceleme ve araştırma yapıldıktan sonra il ve ilçe idare kurullarının kararı üzerine valilik ve kaymakamlık tarafından hak sahiplerine verilmektedir.

Yeşil kart sahipleri yataklı tedavi kurumlarından aldıkları sağlık hizmetleri için herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Bu hizmetlerin bedeli ilgili sağlık kurumu tarafından Sağlık Bakanlığına fatura edilmekte ve Sağlık Bakanlığı da bu faturaları 15

⁴⁴³ Resmi Gazete, T.3.8.1992, S.21273, s.14.

gün içinde ödemektedir. Ayrıca bu hizmetlerin karşılanabilmesi için Sağlık Bakanlığı bütçesine yeterli ödenek konulmaktadır.

2.5. Türkiye'ye Genel Sağlık Sigortası Konusunda Yapılan Dış Kaynaklı Öneriler

Ülkemize, genel sağlık sigortası kurulmasına yönelik olarak biri Uluslararası Çalışma Örgütü diğeri de Avustralya Sağlık Komisyonu tarafından olmak üzere iki öneri sunulmuştur.

2.5.1. Uluslararası Çalışma Örgütünün Sosyal Güvenlik ve Sağlık Sigortası Reform Projeleri

Uluslararası çalışma örgütü, öncelikle sağlık sigortası yönetiminin emeklilik programlarından ayrılmasını önermiştir. Raporda, ortak hesap uygulaması ve nakit fazlası transferlerinin hemen durdurulması gerektiği belirtilmiştir. Sağlık sigortası yönetiminin uzun dönemde gelişmesi birçok etkene bağlanmıştır. Sağlık sigortası sistemiyle sosyal güvenlik nakit yardım ödeme sistemlerinin aynı şahıslar açısından benzer kayıtlara gereksinimi olduğundan farklı sistemler kurulması durumunda kaynakların israf edileceği dile getirilmiştir. Bu nedenle raporda ayrı bir yönetim kurulmasını haklı kılabilecek ölçüde farklılık olup olmadığının karara bağlanması üzerinde durulmuştur. Çok sayıda faktör sorunu daha da karmaşıktır. Bu nedenle SSK'nın sadece sosyal güvenlik nakit ödemeleriyle uğraşması ve sağlık hizmetlerinden elini yavaş yavaş çekmesi gerektiği belirtilmiştir. Raporda primlerin tahsili ve sigortalıların kayıtlarının tutulmasının sağlık sigortası yönetiminin görevlerinden sadece bir kısmını oluşturduğu; yardımın sağlanması ve yardım sağlayacaklarla yapılacak düzenlemelerin ise uzmanlık isteyen görevler olduğu belirtilmiştir⁴⁴⁴. Raporda ayrıca sosyal güvenlik kuruluşlarına özerklik verilmesi üzerinde de önemle durulmuştur. Bu kuruluşlara hem mevzuat hem de uygulamada idari ve mali özerklik verilmelidir denilmiştir⁴⁴⁵. Uluslararası Çalışma Örgütü ülkemize ilişkin alternatif senaryolar

⁴⁴⁴ Uluslararası Çalışma Örgütü, *Sosyal Güvenlik Reformunun Kurumsal ve Örgütsel Etkileri*, Nihai Rapor 22b, (Cenevre: Ocak 1996), s.iv.

⁴⁴⁵ Tankut Centel, *Sosyal Güvenlikte Yapısal Değişim* (İstanbul, 1997), s.117.

geliştirmiştir. Bunların hepsi sağlanan yardımların zaman içinde giderek uyumlaştırılacağı, yardımları sağlayacak olanlarla yapılan düzenlemelerin standartlaştırılacağı, sigortalılar için ortak bir kayıt sistemi oluşturulacağı ve SSK'nın zaman içinde doğrudan doğruya sağlık hizmeti sağlama görevini bırakacağı varsayımına dayanmaktadır. İlk alternatif, tüm sigortalıları kapsayan ortak kayıt sistemi ve ortak tahsilat sistemi bulunan birleştirilmiş bir sosyal güvenlik yönetiminin giderek geliştirilmesini öngörmektedir. Bu yönetim sigortalı şahısların sağlık hizmeti alabilmeleri için hizmet verecek olanları belirleyecek ve gerekli düzenlemeleri yapacaktır. İkinci alternatif ise, kendi kayıt ve tahsilat sistemine sahip ayrı bir sağlık sigorta kurumunun kurulmasıdır. Bunun biraz değişik şeklinde ise, tahsilat ve sigortalama sosyal güvenlik kuruluşunda kalmakta ve hizmetlerin verilmesinden bağımsız bir sağlık sigorta kurumu sorumlu olmaktadır. Bu alternatiflerden birincisi tercih edilmiştir⁴⁴⁶.

2.5.2. Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu Raporu

Raporda, Türkiye'de kişi başına hastane ve sağlık hizmetleri kullanımının uluslararası standartların çok gerisinde olduğu ayrıca, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki %4'lük payı ile OECD ülkeleri içinde en düşük seviyede olduğu belirtilmektedir. Sağlık hizmetlerinin, uluslararası standartlara göre yetersiz olduğu ve mevcut sistemin talepleri karşılamadığı, zorunluluk ilkesine rağmen sigorta kapsamının yarı yarıya olduğu, enformel sektörde ve kırsal nüfus arasında yok denecek kadar az olduğu tespit edilmiştir⁴⁴⁷. Ayrıca ülkemizde özel sağlık sigortacılığının çok küçük çapta olduğu, buna karşın özel tedavinin yaygın olduğu bazı nedenlerden dolayı katkı paylı özel sağlık sigortalarının cazip görülmediği belirtilmiştir⁴⁴⁸.

Raporda sosyal güvenlik kuruluşlarının performansı üzerinde olumsuz etkisi olan yapısal ve idari hususlardan bahsedilmiştir. Yapısal olanlar, gereksiz ayrıntılı mevzuat, sağlık sigortası ile emekli aylığı finansmanı arasındaki bağlantı ve hükümet sübvansiyonlarıdır.

⁴⁴⁶ Uluslararası Çalışma Örgütü, (Ocak 1996), a.g.e., s.iv.

⁴⁴⁷ Can Tuncay, "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform İhtiyacı", Kamu-İş, Haziran 1997, C.4, S.2, s.366.

⁴⁴⁸ Ufuk Aydın, Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar (Eskişehir, 1999), s.167.

İdari bakımdan ise, muhasebe uygulamalarının ıslah edilmesi, prim toplamanın zorluğuna çözüm bulunması gerektiği belirtilmiştir⁴⁴⁹. Ayrıca raporda enformel sektörün sigortalı kaçağının büyük olduğu Türkiye gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin vergiyle finansmanının daha etkili olduğu vurgulanmaktadır. Komisyon Türkiye'ye şu şekilde bir Sağlık Finansman Kurumu önerisi yapmıştır⁴⁵⁰:

- i. Genel sağlık sigortasına yönelik Sağlık Finansman Kurumu adı altında bağımsız bir sigorta kuruluşunun kurulması,
- ii. Halen kapsam içinde bulunan kişilerin mevcut düzenlemelerinin devam etmesi,
- iii. Bir başka program çerçevesinde kapsam içinde bulunmayan bütün kişilerin kapsama alınması,
- iv. Düşük gelirli kişilerin ödeyemedikleri primlerin belirli kriterler dahilinde devlet tarafından sübvansede edilmesi,
- v. Prim ve haklar için prim ödeyen sigortalı ve geçindirmekle yükümlü olduğu aile bireylerinin belirlenmesi,
- vi. Hizmetlerin, İl Sağlık Müdürlüklerinden, tam maliyete eşit fiyatlarla blok sözleşmeler yoluyla satın alınması

öngörülmüştür.

Nihai hedef genel kapsam ve tek bir sağlık finansmanı kurumunun temelini oluşturacak dördüncü bir sigorta kuruluşudur. Bu sistem içinde 15 yaşına kadar tüm çocukların sağlık giderlerinin devlet tarafından finanse edilmesi alternatifi de bulunmaktadır.

Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, mevcut yapı olmasaydı standart bir hizmet paketi sunan, genel kapsamlı, finansmanı emeklilik finansmanından bağımsız bir genel sağlık sigortası modeli önerebileceklerini belirtmişlerdir. Bu modelde Sağlık Sigortası Kurumu, genel bütçeden sağlanan destekle birlikte, bütün gelir sahiplerinden kişisel bir katkı yanında, işverenlerin katkılarıyla da desteklenen bir finansman kaynağına sahip olacak, primler vergi dairelerince veya benzer özelliklere sahip yarı resmi bir organ tarafından tahsil edilecektir. Bunun yanında standart hizmet paketi dışında hizmetler sunan ek özel sağlık sigortasına da izin verilecektir. Bu sistemde en

⁴⁴⁹ Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması, Nihai Rapor, Yönetici Özeti, (Mart 1996), s.10.

⁴⁵⁰ Aynı, s.13.

önemli özellik, sağlık sigortasının emekli aylığı alanlar için prim ödeme zorunluluğu olmadan sağlanacak olmasıdır. Ancak mevcut kökleşmiş yapı bu modelin uygulanmasına izin vermemektedir. Bunun için köklü bir reform yapılmaya kadar acil bazı önlemler alınabilmesi için bir geçiş dönemi önerisi getirilmiştir⁴⁵¹. Bu öneriye göre⁴⁵²:

- i. Üç büyük sosyal güvenlik kuruluşu kapsamında bulunan kişiler ile ilgili olarak mevcut sistemin devam ettirilmesi,
- ii. Her bir kuruluşun sağlık ve emekli aylığı fonlarının yasal olarak ayrılması ve bunlar arasında çapraz sübvansiyonların yasaklanması,
- iii. Her bir kuruluş tarafından sağlanan hakların ve sigortalılardan istenilen kişisel katkıların standartlaştırılması,
- iv. Devlet memurlarının haklarının, standart kişisel katkı ve bağlantılı işveren ödeneklerini öngörecektir şekilde yeniden düzenlenmesi,
- v. Halen sağlık sigortası olmayanlar için alternatif Sağlık Finansman Kurumu esasları temelinde kamusal olarak idare edilen bir sistem oluşturulması,
- vi. 15 yaşın altında bağımlı çocukları olan ailelere kamusal yardım ve düşük geliri hane halklarına ilave sübvansiyonlar ile alternatif Sağlık Finansman Kurumu çerçevesinde sağlanan hizmetlerin tam maliyet fiyatlarından ödenmesi,
- vii. Sağlık Finansman Kurumu katkılarının tahakkuk ve tahsilinin vergi makamları veya benzer yetkilere sahip bir başka kamu kurumu tarafından yapılması ve hizmetlerin il sağlık müdürlükleri ile sözleşmeli kişi ve kuruluşlarca sunulması

gerekmektedir.

3. Türkiye’de Uygulanmakta Olan Kamu Sağlık Sigortaları

Türkiye’de uygulanan kamu sağlık sigortaları konusunda SSK, TC Emekli Sandığı ve Bağ-Kur incelenecektir.

⁴⁵¹ Tuncay, (1997), a.g.e., s.369.

⁴⁵² Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu, a.g.e., s.17.

3.1.Sosyal Sigortalar Kurumu Hastalık Sigortası

Sosyal Sigortalar Kurumu 9.7.1945 tarihinde kabul edilen ve 1.1.1946 tarihinde yürürlüğe giren 4792 sayılı kanunla kurulmuştur. Kurumun adı bu kanunda “İşçi Sigortaları Kurumu” olarak belirtilmiş ancak, 1.3.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 sayılı Kanunla “Sosyal Sigortalar Kurumu” olarak değiştirilmiştir⁴⁵².

Kurumun kuruluş amacı, 4792 sayılı Kanunun 1. maddesinde, “İş hayatında her türlü hâllere karşı ilgili sigorta kanunu hükümlerini uygulamak” olarak belirtilmiştir. Bu maddede, “türlü haller”, sözüyle kapsama alınan sosyal güvenlik riskleri, “ilgili sigorta kanunu” sözüyle de 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununu kastedilmektedir. Kurum 506 sayılı Kanun yürürlüğe girmeden önce, 1.4.1946 tarih ve 4772 sayılı “İş Kazaları ve Meslek Hastalıkları ile Analık Sigortası Kanunu”; 1.4.1950 tarih ve 5417 sayılı İhtiyarlık Sigortası Kanunu; 1.3.1951 tarih ve 5502 sayılı, “Hastalık ve Analık Sigortası Kanunu ile 1.6.1957 tarih ve 6900 sayılı Malullük, İhtiyarlık ve Ölüm Sigortaları Kanununu” uygulamakla yükümlü tutulmuştur. Kurum bu kanunların 506 sayılı kanun kapsamında birleştirilmesiyle sadece 506 sayılı Kanunu uygulamakla yükümlü tutulur hale gelmiştir⁴⁵³. Daha sonra tarım işlerinde hizmet akdi ile süresiz çalışanların 17.10.1983 tarihinde Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunuyla sosyal güvenlik kapsamına alınmasıyla birlikte anılan Kanunun uygulaması Sosyal Sigortalar Kurumuna bırakılmıştır⁴⁵⁴. Sosyal Sigortalar Kurumu hastalık sigortalarının yanında halen iş kazası, meslek hastalıkları, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm olmak üzere toplam 7 sosyal riske karşı sosyal güvence sağlamaya çalışan bir sosyal güvenlik kurumudur⁴⁵⁵.

3.1.1.Hastalık Sigortası

Sosyal sigortalar açısından hastalık, geçici nitelikte tam işgöremezlik durumudur. Bu niteliği itibariyle, hastalık, sigortalının geçici gelir kaybına neden olan risklerden biridir. Hastalık sigortası sadece hastalık nedeniyle sigortalının gelir kaybını karşılamayı amaçlamamakta aynı zamanda sağlık yönünden sigortalıyı olduğu kadar

⁴⁵² Gürbüz Ersan, *Türkiye’de Sosyal Güvenlik* (İstanbul, 1987), s.16.

⁴⁵³ Alper, (1999), a.g.e., s.73.

⁴⁵⁴ Centel, (1997), a.g.e., s.80.

⁴⁵⁵ Şakar, (1996), a.g.e., s.41.

ailesini de düşünmektedir. Bu durumda hastalık sigortası, hastalanan sigortalıya veya onun aile bireylerine iyileşmelerini sağlamak için bir yandan sağlık yardımları sağlayan, bir yandan da sigortalıya iş görmediği sürece para yardımı yapan bir sigorta koludur⁴⁵⁷.

3.1.2.Hastalık Sigortasından Yararlanma Koşulları

Hastalık sigortasından yararlanabilmek için kişinin tıbben hastalanması, gerekmektedir. Ayrıca hastalanan kişinin “sigortalı” veya sigortalının yakını olması ya da Sosyal Sigortalar Mevzuatı hükümlerine göre gelir almakta olması, belli bir süre prim ödemiş olması ve kuruma başvurması gerekmektedir.

3.1.2.1.Hastalanma

Bir kimsenin beden veya ruh sağlığının bozulması, tıbbi bakımdan hastalık halidir. Ancak bu genel tanımdan hareketle hastalık sigortasının kapsamını tayin etmek mümkün değildir. Sosyal Sigortalar Kanunu, iş kazası ve meslek hastalıkları ile analığa ilişkin hastalıklar dışında kalan diğer tıbbi arıza hallerini hastalık sigortası uygulaması içine almıştır. Ancak çocuk düşürme analıkla ilgili bir arıza olmakla beraber hastalık sigortası ile korunmuştur⁴⁵⁸.

3.1.2.2.Hastalanan Kişinin Sigortalı veya Sigortalının Yakını ya da Sosyal Sigortalar Mevzuatı Hükümlerine Göre Gelir Almakta Olması

1999 yılından önce hastalık yardımlarından yararlanacak olan kişi bizzat sigortalı ise, iş kazası ve meslek hastalığı sigortasında olduğu gibi belirli bir süre prim ödemiş olma şartı gerekmeksizin işe ilk girdiği günden başlayarak hastalık sigortasından yararlanmaktaydı. Ancak, bu durum sırf sağlık yardımlarından yararlanabilmek için muvazaalı şekilde sosyal sigortalar kapsamına girme ve prim ödemeye başlamadan tüm sağlık yardımlarından yararlanmaya olanak vermektedir.

⁴⁵⁷ Tuncay, (1992), a.g.e., s.194.

⁴⁵⁸ Gerek, (2000), a.g.e., s.172.

Bunu önlemek için 25.8.1999 tarih ve 4447 sayılı Kanunla SSK'nın 32. maddesine eklenen bir hükümlerle, sigortalının sağlık yardımlarından yararlanabilmesi için, 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 6 ay içinde olmak üzere 120 gün prim ödemiş olma koşulu getirilmiştir. Bu kişi sigortalılık niteliğini yitirdiği günden başlayarak 6 ay içinde meydana gelecek hastalık hallerinde de yardımlardan bazı şartlarla yararlanacaktır (SSK m.40/1). Hastalık sigortasının uygulanmasında sigortalılık niteliği, ödenen primin ilişkin olduğu günü takip eden onuncu günden başlayarak yitirilmiş sayılır. Ancak sigortalının ücretsiz izinli olması, greve katılması ve lokavta uğramış olması hallerinde sigortalılık niteliği, bu sürelerin sona ermesini takip eden onuncu günden başlayarak yitirilmiş sayılmaktadır (SSK m.107)⁴⁵⁸.

Hem Borçlar Kanunu anlamındaki çıraklar, hem de 3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanunu kapsamındaki çıraklar ve mesleki eğitim gören öğrenciler, hastalık sigortasından yararlanabilmektedirler. Ancak bunların eş, çocuk, ana ve babaları hastalık sigortası yardımlarından yararlanamamaktadırlar⁴⁵⁹.

Sigortalının belirli bir süre prim ödemiş olması koşuluyla sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu eşi ve çocukları da hastalandıkları takdirde hastalık sigortası sağlık yardımlarından, yararlanabilmektedirler (SSK m.35)⁴⁶⁰. Sağlık sigortası yardımlarından sigortalının eşi, 18 yaşını veya orta öğrenim yapıyorsa 20 yaşını, yüksek öğrenim yapıyorsa 25 yaşını doldurmamış çocukları ve 18 yaşını doldurmuş olup da çalışamayacak durumda malul durumda bulunan erkek çocukları ile yaşları kaç olursa olsun evli olmayan ve sosyal güvenlik kuruluşlarına tabi çalışmayan veya bunlardan aylık yahut gelir almayan kız çocukları yararlanabilmektedir. Ayrıca geçimi sigortalı tarafından sağlandığı belgelenen ana ve babası ile geçici iş görmezlik ödeneği verilmesine hak kazanılan tarihten önce sigortalı tarafından evlat edinilmiş, tanınmış veya nesebi düzeltilmiş yahut babalığı hükme bağlanmış çocuklar da sağlık yardımlarından yararlanabilmektedirler (SSK m.106)⁴⁶¹. 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanununa göre, tarım işlerinde hizmet akdiyle süreksiz olarak

⁴⁵⁸ Tuncay, (1992), a.g.e., s.196.

⁴⁵⁹ Aynı, s.196.

⁴⁶⁰ Memduh Yelekçi, Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi (Ankara, 1992), s.500.

⁴⁶¹ Aynı, s.851.

çalışanların eşi ve çocukları sağlık yardımlarından yararlanırken, ana ve baba kapsam dışında tutulmuştur (2925 sayılı Kanun m.16).

Sosyal Sigortalar Kanununa göre, kurumdan sürekli işgöremezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı almakta olanlar ile bu kişilerin geçindirmekle yükümlü buldukları eş, çocuk, ana ve babaları ile ölen sigortalının Kurumca aylık ve gelir bağlanan eş, çocuk, ana ve babaları da aynı sağlık haklarından yararlanmaktadır (SSK m.36/A). Sağlık yardımları her olay için SSK'nın 34. maddesinde yazılı sürelerle sınırlıdır. Ayrıca 991 sayılı Devlet Demiryolları ve Limanları İşletme Genel Müdürlüğü İşçileri Emekli Sandığı ile Askeri Fabrikalar Tekaüt ve Muavenet Sandığının Sosyal Sigortalar Kurumuna Devri hakkında Kanununun 1. maddesinin 1. fıkrasındaki hükümleri ile 2167 sayılı Kanunla 506 sayılı Kanuna eklenen geçici 6. madde hükümlerine göre malullük, vazife malullüğü veya emekli aylığı almakta olanlar ile bunların geçindirmekle yükümlü buldukları eş, çocuk, ana ve babaları ile 991 ve 2167 sayılı Kanunlarla Kuruma devredilen sandıkların kendi mevzuatına göre, ölen sigortalının aylık almakta olan eşi, çocukları, ana ve babası da hastalık sigortası sağlık yardımlarından yararlanmaktadırlar (SSK m.36/D)⁴⁶².

3.1.2.3.Belirli Bir Süre Prim Ödemiş Olma

Hastalık sigortası sağlık yardımlarından yararlanacak olan kişi sigortalının kendisi ise Kuruma önceden belli bir prim ödemiş olma koşulu aranmamaktaydı. Sigortalı işe girdiği günden başlayarak sigortalılık niteliği devam ettiği sürece geçici işgöremezlik ödeneği dışındaki hastalık sigortası yardımlarından yararlanmaktaydı⁴⁶³. Ancak Sosyal Sigortalar Kanununa tabi olarak ilk defa çalışmaya başlayan sigortalıların 32. maddenin A, B ve D bentlerinde yazılı sağlık yardımlardan yararlanabilmeleri için, 60 günü hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki 6 ay içinde olmak üzere toplam 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmaları gerekmektedir⁴⁶⁴. Sigortalılığını yitirenler ise, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla, kendisinin, eşinin ve geçindirmekle yükümlü

⁴⁶² Tuncay, (1992), a.g.e., s.196.

⁴⁶³ Güzel ve Okur, a.g.e., s.212.

⁴⁶⁴ Gerek, (2000), a.g.e., s.173.

bulunduğu çocukları ile ana ve babasının sigortalılık niteliğinin kaybedilmesinden başlamak üzere altı ay içinde meydana gelecek hastalıkları nedeniyle Sosyal Sigortalar Kanununun 32. maddesinin A ve D fıkralarında yazılı sağlık yardımlarından yararlanabilmektedirler⁴⁶⁸.

Sigortalının hastalanması halinde geçici işgöremezlik ödeneğinden yararlanabilmesi ise, geçici işgöremezliğin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması şartına bağlanmıştır(SSK m.37). Sigortalının eşi ve geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları ile ana ve babasının Sosyal Sigortalar Kanunu 33.maddesinde yazılı sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için de sigortalının hastalığının anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması gerekmektedir (SSK m.35/2).

Hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl hesaplanırken, sigortalının askerlikte geçen hizmet süresi, hükümlülükle sonuçlanmayan tutuklulukla geçen süre ile iş kazası ve meslek hastalığı, hastalık veya analık sigortalarından geçici iş görmezlik ödeneği alan sigortalının çalışmadığı süre (SSK m.104) göz önünde bulundurulmamaktadır (SSK m.104)⁴⁶⁹.

3.1.2.4.Kuruma Başvurma

Hastalık sigortası yardımlarından yararlanabilmek için doğal olarak kuruma başvurmak gerekmektedir. Bu başvuru belli bir şekil şartı dahilinde yapılmaktadır. Sigortalılar, hastalandıkları takdirde örneği Kurumca hazırlanan ve işveren tarafından düzenlenen vizite kağıdı ve sigorta sicil kartları yoluyla kurum sağlık tesislerine başvurmaktadırlar. Hastalanan kişi sigortalının eşi, geçindirmekle yükümlü olduğu çocukları, ana ve babası ise kurum sağlık tesislerine vizite kağıdının yanında sağlık karnelerini de götürerek başvurmaları gerekmektedir (SSK m.90)⁴⁷⁰.

⁴⁶⁸ Yelekçi, a.g.e., s.520.

⁴⁶⁹ Aynı, s.850.

⁴⁷⁰ Tuncay, (1992), a.g.e., s.198.

3.1.3.Hastalık Sigortası Yardımları

Sigortalıya iş kazaları ve meslek hastalıkları sigortası ile analık sigortası kapsamı dışında kalan hastalıklar nedeniyle hem sağlık yardımları, hem de işgöremezlik durumunun ortaya çıkması halinde geçici işgöremezlik ödeneği verilmektedir.

3.1.3.1.Sağlık Yardımları

Sigortalıya sağlanacak olan sağlık yardımlarının kapsamı 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanununun 32. ve 33. maddelerinde düzenlenmiştir. Bu yardımlar şunlardır:

Sigortalıya sağlık yardımı yapılması (SSK m.32/A) ve sigortalının hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis ve gereken klinik ve laboratuvar muayenelerinin yaptırılması ve tedavisinin sağlanmasıdır (SSK m.33/A)⁴⁷¹.

Teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık müesseselerine yatırılmaları da (SSK m.33/B) sağlık yardımları kapsamındadır. Sigortalılar esas olarak Kurum sağlık tesislerinde yatırılarak tedavi görmektedirler. Ancak kurumun sağlık tesislerinin olmadığı veya yetersiz olduğu durumlarda, masrafları kurumca karşılanmak üzere Kurumun anlaşmalı olduğu sağlık tesislerinde de tedavileri yapılabilmektedir⁴⁷².

Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtaları sağlanmakta ve ayakta yapılan tedavilerde verilen ilaç bedellerinin %20'si sigortalılar tarafından karşılanmaktadır (SSK m.33/C)⁴⁷³. İlaç ve iyileştirme araçlarının sağlanması tedavinin bir parçasıdır. İlaç bedelinin %20'sinin sigortalıdan alınması mutlak bir uygulama değildir. Eğer sigortalı ayakta tedavi olmakla birlikte kanser, tüberküloz, kronik böbrek hastalıkları ile organ nakilleri gibi durumlarda hayati öneme haiz ilaçlar kullanıyorsa Sosyal Sigortalar Kurumununun 123. maddesine göre hekim ve eczacılardan oluşan bir komisyonun tespitiyle ilaçlardan iştirak payı alınmamaktadır (SSK'na 2564 sayılı Kanunla eklenen ek m.25)⁴⁷⁴.

Kurum, sigortalının sağlık durumu gerektiriyorsa, protez araç ve gereçlerinin takılması, onarılması ve yenilenmesinden sorumludur (SSK m.32/B). 5.8.1999 tarihli

⁴⁷¹ Yelekçi, a.g.e., s.488.

⁴⁷² Alper, (1999), a.g.e., s.208.

⁴⁷³ Ersan, a.g.e., s.68.

⁴⁷⁴ Gerek, (2000), a.g.e., s.173.

4447 sayılı Kanunla 506 sayılı Kanunun 32. maddesinin B fıkrasına eklenen bir hüküm protez, araç ve gereç bedellerinin %20'sinin bunları kullanan sigortalılar tarafından ödeneceği esasını getirmiştir. Ancak bunun bir üst sınırı vardır. Sigortalı tarafından ödenecek %20 oranındaki katkı payı, ödeme tarihinde on altı yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin 1,5 katından fazla olmayacaktır⁴⁷⁵.

Kurum sigortalıyı gerekli hallerde tedavi için yurt içinde bir başka yere gönderebilmektedir (SSK m.32/D). Sigortalının ihtiyaç duyduğu sağlık yardımları mümkün olduğu ölçüde sigortalının bulunduğu yerde yapılmaktadır. Ancak bu mümkün değilse, sigortalı bu sigorta kolundan sağlanan yardımlar için yurt içinde bir başka yere gönderilebilmektedir. Bu gönderme ile ilgili olarak kendisi ve varsa refakatçisinin yol paraları ve zorunlu giderleri Kurum tarafından karşılanmaktadır⁴⁷⁶.

Kurum yurt içinde tedavi olanağı olmadığı için yabancı bir ülkede tedavisi yapılacak sigortalıları hastalığın anlaşıldığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 300 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla yurt dışına göndermektedir (SSK m.32/E)⁴⁷⁷.

Sigortalının sağlığını koruma, çalışma gücünü yeniden kazandırma amacı dikkate alındığında sağlık yardımlarının sigortalının hastalığı süresince yapılması gerekmektedir. Sosyal Sigortalar Kanununun 34. maddesinin 1. fıkrasında “Hastalık hallerinde yapılacak sağlık yardımları sigortalının iyileşmesine kadar sürer” denilmektedir. Bununla beraber aynı maddenin devamında sağlık yardımlarının süresi sınırlandırılmıştır. Yardımlar sigortalının Kurumca tedavi altına alındığı tarihten başlayarak 6 ayı geçemez denilmiş ve tedaviye devam edilmesi durumunda malullük halinin önlenebileceği veya önemli oranda azaltılabileceği Kurum sağlık tesisleri sağlık kurulu raporu ile anlaşılırsa bu sürenin 18 aya kadar uzatılacağı belirtilmiştir. Ancak Kanundaki bu süre sınırlamaları sağlık hakkının özüne aykırı olarak değerlendirilmiş ve Anayasa Mahkemesi 17.1.1991 tarihli kararında SSK'nın 34. maddesindeki “18 aya kadar” sözcükleri Anayasanın 10, 17, 56, ve 60. maddelerine aykırı bulunarak iptal edilmiştir. Böylece sağlık yardımları herhangi bir süreyle sınırlı olmaksızın sigortalının hastalığı süresince yapılacaktır. Hemen belirtmek gerekir ki protez araç ve gereçlerinin

⁴⁷⁵ Murat Demircioğlu, *Yeni Sosyal Güvenlik Rehberi* (İstanbul, 2000-19), s.28.

⁴⁷⁶ Alper, (1999), *a.g.e.*, s.209.

⁴⁷⁷ Murat Özveri, *Yargı Kararları Işığında 506 Sayılı Yasa ve Sosyal Güvenlik* (İzmit, 2000), s.66.

sağlanması, takılması, onarılması ve yenilenmesi de belirli bir süre sınırlamasına tabi değildir⁴⁷⁵.

3.1.3.2. Geçici İşgöremezlik Ödeneği

Hastalık sigortasından sağlanan tek parasal yardım geçici iş görmezlik ödeneğidir (SSK m.32/c). Bu ödeneğin verilmesi için sigortalının geçici iş görmezliğinin başladığı tarihten önceki bir yıl içinde en az 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olması ve Sosyal Sigortalar Kurumu hekimi veya sağlık kurullarından dinlenme raporu almış olması gerekmektedir. Ödenek ilk iki gün verilmemekte ve 3. günden itibaren başlamaktadır⁴⁷⁶. Sigortalının dinlenme süresi 2 gün veya daha az ise kendisine hastalık sigortasından geçici iş görmezlik ödeneği verilmeyecektir. 120 günlük primin aynı işveren tarafından yatırılıp yatırılmamasının bir önemi yoktur. Primin Kuruma yatırılmış olması önemlidir⁴⁷⁷. Bir yıllık süre içinde Sosyal Sigortalar Kanununun 104. maddesinde sözü edilen askerlik, mahkumiyetle sonuçlanmayan tutukluluk ve iş kazalarında geçen süreler bir yılın tespitinde göz önünde bulundurulmamaktadır⁴⁷⁸. Geçici işgöremezlik ödeneği iş görmezliğin 3. gününden başlayarak 18 ayı geçmeyecek şekilde ödenmektedir. Ödeneğin miktarı, sigortalının tedavisinin şekline göre değişmektedir. Sigortalı sağlık tesislerine yatırılmak veya bakımı kurumca sağlanarak kaplıca yahut içmelere gönderilmek suretiyle tedavi ettirildiği takdirde Sosyal Sigortalar Kanununun 78. ve 88. maddeleri gereğince hesaplanacak günlük kazancın yarısı tutarında, ayakta tedavi ediliyorsa günlük kazancın 2/3 oranında ödeneğe hak kazanmaktadır⁴⁷⁹.

Kurum tarafından sağlanan yardımların amacına ulaşması için sigortalının Kurum hekimleri tarafından alınması istenen tedbirlere uyması gerekmektedir. Sigortalılar bu yükümlülüklerini yerine getirmedikleri süreler için geçici işgöremezlik ödeneği alamamaktadırlar (SSK m.38/1)⁴⁸⁰.

⁴⁷⁵ Güzel ve Okur, a.g.e., s.216.

⁴⁷⁶ Şakar, (1996), a.g.e., s.93.

⁴⁷⁷ Güzel ve Okur, a.g.e., s.217.

⁴⁷⁸ Ersan, a.g.e., s.71.

⁴⁷⁹ Tuncay, (1992), a.g.e., s.202.

⁴⁸⁰ Alper, (1999), a.g.e., s.213.

Geçici işgöremezlik ödeneği almakta olan sigortalının istirahatlı olduğu dönemde herhangi bir işte çalışması yasaktır. Aksi halde verilen ödenek kurumca geri alınmaktadır⁴⁸⁴.

Sigortalı, tedavinin sona erdiğine ve çalışabilir durumda olduğuna dair Kurum hekimlerinden belge almaksızın işe başlarsa sigortalının ortaya çıkabilecek aynı hastalığı için yapılacak bütün masraflar işverenden alınmaktadır. Ayrıca bu süreler için geçici işgöremezlik ödeneği verilmemekte, verilmiş olanlar da sigortalıdan geri alınmaktadır (SSK m.38)⁴⁸⁵.

Sigortalı istirahatlıyken bir başka işverenin yanında çalışırsa, sigortalının aynı hastalığı sebebiyle Kurum tarafından yapılacak tedavi masrafları sigortalının kendisinden alınacaktır. Aynı şekilde bu sigortalıya verilmiş olan geçici işgöremezlik ödenekleri de geri alınacaktır (SSK m.38/2). Ayrıca iş kazaları ve meslek hastalığı sigortasında olduğu gibi, sigortalının istirahat süresince çalışmadığı halde ücretinin işveren tarafından tamamen veya kısmen ödenmesi, Kurum tarafından sigortalıya verilen işgöremezlik ödeneğinin verilmemesini gerektirmeyecektir. Ayrıca sigortalı bağışlanmaz bir kusuru dolayısıyla hastalanmışsa işgöremezlik ödeneği kusur derecesine göre azaltılmaktadır. Ancak bu azalma her koşulda %50'den fazlayı geçmeyecektir (SSK m.111/I)⁴⁸⁶.

3.1.4.Sigortalılık Niteliğini Kaybedenlere Yapılacak Yardımlar

Sigortalılık, esas olarak sigortalık niteliğini sağlayan şartların ortadan kalkması ile sona ermektedir. Ancak sigortalılığın bu şekilde sona ermesi ve buna bağlı olarak sigortalının zor duruma düşeceği göz önünde bulundurularak bu kurala bir istisna getirilmiştir. Sigortalılık niteliği hastalık sigortasında son ödenen primin ilişkin olduğu günü takip eden 10. günden başlayarak yitirilmiş sayılmaktadır (SSK m.107)⁴⁸⁷. Sigortalılık niteliği yitirenler işten ayrıldıkları bu tarihten önceki bir yıl içinde 120 gün hastalık sigortası primi ödemiş olmak koşuluyla bu niteliğin yitirilmesinden başlamak üzere 6 ay içinde meydana gelecek hastalıklar nedeniyle sağlık yardımlarından

⁴⁸⁴ Gerek, (2000), a.g.e., s.176.

⁴⁸⁵ Yelekçi, a.g.e., s.513.

⁴⁸⁶ A.Nuri Ernam, Sosyal Sigortalar Mevzuatı (TTK, 1990), s.175; Özveri, a.g.e., s.68.

⁴⁸⁷ Tuncay, (1992), a.g.e., s.203.

yararlanabilmektedirler⁴⁸⁵. Bu yardımlar, sağlık yardımları (SSK m.32/A) ve gerekli hallerde yurt içinde başka yere göndermedir (SSK m.32/D). Sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu eş ve çocukları ile ana ve babası da aynı koşullar dahilinde bu yardımlardan yararlanabilecektir. Bu durumdakiler ayakta tedavileri halinde ilaç bedellerinin %20'sini kendileri karşılayacaktır (SSK m.40/2)⁴⁸⁶.

3.1.5.Sigortalının Aile Bireylerine Yapılacak Yardımlar

Sigortalının eşi ve çocukları ile geçiminin sigortalı tarafından sağlandığı belgelenen ana ve babası hastalanmaları durumunda sağlık yardımlarından SSK'nın 33. maddesinde belirtildiği gibi aynen sigortalı gibi yararlanacaklardır. Bunlar, 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 araçlarının sağlanmasıdır (SSK m.33). Ayakta yapılan tedavilerde ilaç bedellerinin %20'si kendileri tarafından ödenecektir. Bununla beraber tüberküloz, kanser, kronik böbrek yetmezliği gibi uzun süre tedaviyi gerektiren hastalıklar için katılım payı alınmamaktadır (2564 sayılı Kanunla eklenen Ek m. 25). Sigortalının aile bireyleri de, sigortalı gibi Kurumdan yol parası ve zaruri giderleri istemek hakkına sahiptirler (SSK m.102). Ayrıca 3279 sayılı Kanunla 506 sayılı Kanuna eklenen ek 32. madde uyarınca sigortalının geçindirmekle yükümlü olduğu çocuklarının, iyileşmesine yarayacak veya işgöremezliklerini gidermeleri için gerekli görülen protez araç ve gereçleri, Kurumca sağlık yardımlarının süresiyle bağlı olmaksızın sağlanmakta, onarılmakta ve tespit edilen süre ve koşullarla yenilenmektedir⁴⁸⁷. 25.8.1999 tarih ve 4447 sayılı Kanunla ek 32. maddeye eklenen yeni bir fıkrayla sigortalının eş ve çocuklarına verilecek protez araç ve gereç bedellerinin %20'si kendilerince ödenecektir. Ancak bu katkı miktarı 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretin 1,5 katından fazla olmayacaktır (SSK m.32/2). Ancak sigortalının ana ve babasına protez araç ve gereçlerinin yararlanma hakkı tanınmamıştır.

⁴⁸⁵ Ernam, a.g.e., s.178.

⁴⁸⁶ Gerek, (2000), a.g.e., s.176.

⁴⁸⁷ Güzel ve Okur, a.g.e., s.221.

Sigortalının aile bireylerinin yurt içinde tedavilerinin olanaklı olmadığı durumlarda yurt dışında tedavilerinin yaptırılıp yaptırılmayacağı konusunda bir hüküm bulunmamaktadır. Yargıtay 10. Hukuk Dairesinin bir kararında (E.4823, K.5124, T.19.9.1980), sigortalının veya eş ve çocuğunun yurt içinde tedavisinin mümkün olmadığı durumlarda, bu tedavinin yurt dışındaki bir yerde yaptırılması anayasal bir sosyal güvenlik kuruluşu olan Sosyal Sigortalar Kurumunun en doğal görevidir denilerek bu kişilerin de yurt dışına tedaviye gönderilebileceği karara bağlanmıştır. Yargıtay'ın bu çözüm biçimi oldukça isabetlidir. Ayrıca sigortalının eş ve çocukları ile ana ve babasına yapılacak sağlık yardımları Anayasa Mahkemesinin 17.1.1991 tarihli kararı⁴⁸⁸ uyarınca herhangi bir süre sınırına tabi değildir⁴⁸⁹.

3.1.6.Kurumdan Gelir veya Aylık Almakta Olanlarla Bunların Aile Bireylerine Yapılacak Yardımlar

Sosyal Sigortalar Kurumundan sürekli işgöremezlik geliri, malullük veya yaşlılık aylığı almakta olanlar, SSK'nın 32. maddesinin A ve B fıkralarında belirtilen sağlık yardımlarından, protez araç ve gereçlerinin sağlanması, takılması, onarılması ve belli koşullarla yenilenmesi gibi hizmetlerden yararlanabilmektedirler. Bu yararlanma, süre sınırlaması olmaksızın hastanın durumunun gerektiği kadar devam etmektedir⁴⁹⁰.

Gelir ve aylık almakta olanlar, ayakta yapılan tedavilerde ilaç ve iyileştirme araçlarının bedelinin %10'unu ödeyeceklerdir. Ancak kanser vb. gibi kronik hastalıklarda bu bedel alınmamaktadır. Ayrıca 4447 sayılı Kanunla Sosyal Sigortalar Kanununun 36. maddesinde yapılan değişiklikle kurumdan gelir ve aylık alanlar, protez araç ve gereç bedellerinin %10'unu da kendileri karşılayacaklardır. Bu %10'luk ödeme 16 yaşından büyük işçilere uygulanan aylık asgari ücret tutarını geçmeyecektir (SSK m.36/B).

Kurumdan gelir ve aylık almakta olanların geçindirmekle yükümlü oldukları, eş, çocuk, ana ve babaları ile bunların ölümü halinde hak sahibi olarak aylık almakta olan eş, çocuk ile ana ve babalarına SSK'nın 33. maddesinde belirtilen sağlık yardımları

⁴⁸⁸ Resmi Gazete, T.19.8.1991, S.20965.

⁴⁸⁹ Güzel ve Okur, a.g.e., s.222.

⁴⁹⁰ Gerek, (2000), a.g.e., s.175.

yapılmaktadır. Bu yardımlar, hekime muayene ve tedavi ettirme, teşhis ve tedavi için gerekirse sağlık kurumlarına yatırma ve tedavileri süresince ilaç ve iyileştirme araçlarının sağlanmasıdır. Yardımlarla ilgili süre sınırlaması yoktur. Bu kişiler ayakta yapılan tedavilerde ilaç bedellerinin %10'unu karşılamaktadırlar⁴⁹⁷. Ayrıca bu kişiler %10 katılım payı ödemek suretiyle protez araç ve gereçlerinden de yararlanabilmektedirler. Bu %10'luk kısım 16 yaşından büyük işçiler için uygulanan aylık asgari ücretten fazla olmayacaktır (SSK m. EK 32/3)⁴⁹⁸.

3.2.TC Emekli Sandığı Sağlık Sigortası

TC Emekli Sandığı en geniş anlamda memurların sosyal güvenliğini sosyal sigorta sistemiyle sağlayan bir kamu kurumudur. Emekli Sandığının faaliyetleri arasında kamu sosyal yardımlarına ilişkin faaliyetler de bulunmaktadır. Bu faaliyetlerin büyük çoğunluğu da sosyal sigorta prensipleriyle yürütülmektedir. Bilindiği gibi ülkemizde öncelikle kamu çalışanlarına yönelik emeklilik sandıkları kurulmuştur. Bu sandıkların kuruluşu Osmanlı İmparatorluğu döneminde başlamış ve Cumhuriyet döneminde de devam etmiştir⁴⁹⁹. Böylece ülkemizde bir birinden bağımsız ve her kamu kurumunun kendine ait sandıkları ortaya çıkmıştır. Bu dağınık görünüşe son vermek, kamu görevlilerine sağlanan haklarla bunların uygulanmasında birliğe ulaşmak amacı ile 1949 yılında kabul edilen 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanunu ile kamu kesiminde daimi kadroda çalışan Devlet memuru ve hizmetlilerin sosyal güvenlik hakları, günün koşullarına göre yeniden düzenlenmiş ve dağınık emekli sandıkları kaldırılarak bu görevin yapılması aynı yasa ile kurulan TC Emekli Sandığına verilmiştir. Mevcut sandıkların tümünün TC Emekli Sandığına bağlanması mümkün olmamış ve bunların bir bölümünün sandığa bağlanması sonraki yıllara bırakılmıştır⁵⁰⁰. 1.1.1950 tarihinde yürürlüğe giren 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanunu günün koşullarına göre günümüze ulaşana kadar 200 üzerinde değişikliğe uğramıştır⁵⁰¹.

TC Emekli Sandığı devlet memurlarına, uzun vadeli sigorta kolları olan malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarından yardım sağlamayı amaçlamıştır. Ancak,

⁴⁹⁷ Alper, (1999), a.g.e., s.218.

⁴⁹⁸ Demircioğlu, (2000-19), a.g.e., s.30.

⁴⁹⁹ Arıcı, a.g.e., s.211.

⁵⁰⁰ Talas, a.g.e., s.484.

⁵⁰¹ Ersan, a.g.e., s.11.

sandıktan aylık alanlar için 5434 sayılı Kanunun geçici 139. maddesi ve Bütçe Uygulama Talimatları uyarınca, finansmanı TC Emekli Sandığına karşılanmak suretiyle ve hizmet satın alınması yöntemiyle sağlık yardımları da sağlanmıştır. Bununla beraber iştirakçinin aktif olduğu dönemde kısa vadeli sigorta kolları olan iş kazaları ve meslek hastalıkları, hastalık ve analık riskleri bakımından sandığın bir katkısı bulunmamaktadır. Bu risklerden doğacak zararın giderilmesi sorumluluğu memuru çalıştıran kamu kurumuna bırakılmıştır⁴⁹⁶.

3.2.1.Sandığın Kapsamı

5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanunu bakımından, 18 yaşını bitirmiş, kanunda gösterilen kamu kurumlarında (TCESK m.12) çalışan Türk vatandaşları bu kanun kapsamına girmekte ve iştirakçi sayılmaktadırlar⁴⁹⁷.

Sandığın kapsamında bulunan daire, kurum ve ortaklıklar şunlardır (TCESK m.12):

- i. Genel bütçeye giren daireler,
- ii. Katma bütçeli daireler,
- iii. Özel idareler,
- iv. Belediyeler,
- v. 26/6/1938 tarihli ve 3640 sayılı Kanunda yazılı Murakabe Heyeti ile kuruluş, İdare ve murakabeleri aynı kanun hükümlerine tabi Devlet Ekonomi Kurumları ve bunlara bağlı müesseseler (Emniyet Sandığı dahil);
- vi. Özel kanunlarla kurulmuş ve kurulacak tüzel kişiliği bulunan Devlet kurumları (Kefalet sandıkları dahil);
- vii. 10/9/1337 tarihli ve 151 sayılı Kanuna göre kurulan Ereğli Kömür Bölgesi Amele Birliği;
- viii. Özel Kanunlarla kurulmuş ve kurulacak bankalar;
- ix. Genel bütçeye giren veya katma bütçeli dairelerle özel idare ve belediyelere bağlı idare ve müesseseler;

⁴⁹⁶ Şakar, (1996), a.g.e., s.119.

⁴⁹⁷ Aynı, s.120.

- x. ix bendinde yazılı dairelerin döner sermayeli iş ve teşekkülleri;
- xi. Ödenmiş sermayesinin yarısından fazlası yukarıda sayılan daire, idare, banka ve kurumlardan birine veya bir kaçına ait ortaklıklarla bunların kendi sermayeleri ile kuracakları diğer ortaklıklar;
- xii. Ticaret ve sanayi odaları ile ticaret ve zahire borsaları;
- xiii. Bu kanunla kurulan Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı;

Yukarıda yazılan yerlerin hepsine bu kanunda "Kurum" denilmiştir.

Kapsama giren kişiler ise şunlardır (TCESK m.12/II):

- i. Cumhurbaşkanı;
- ii. Özel, Teadül ve Kuruluş kanunlarına göre daimi kadrolarda derece esaslı üzerinden aylık veya ücret alanlar;

(Kurumların özel kanunlarına göre teşekkül etmiş idare meclislerinin reis ve azalarıyla 788 sayılı kanunun 2919 sayılı Kanunla değişik 64 üncü maddesinde yazılı stajyerler dahil)

- iii. Daimi kadrolarda aylık ücretle çalışan her çeşit hizmetliler;
- iv. Genel bütçe kanunlarına bağlı (K) ve (N) işaretli cetvellerde gösterilen kadrolarda çalışan memur ve hizmetliler;
- v. Amele Birliği aylık, ücretli daimi memur ve hizmetlileri;
- vi. İller daimi komisyon üyeleri ile seçilmiş veya tayin edilmiş belediye başkanları (Emeklilik hakkı tanınan bir vazifede evvelce bulunmuş olmaları şartıyla);
- vii. Kuruluş kanunları gereğince aylıklı kadrolarda ücretle çalıştırılanlar;
- viii. Ticaret ve sanayi odaları ile ticaret ve zahire borsalarının tayinleri Ticaret Bakanlığınca yapılan ve sürekli kadrolarda çalışan aylık ücretli daimi memurları;
- ix. Gedikli subaylar ve gedikli erbaşlar ve ordu uzman erbaşları;
- x. Hatbakıcı, hat başbakıcı, dağıtıcı ve başdağıtıcılarla vaizler, hayrat hademeleri ve dersiamlar;
- xi. Harp okulları ile Fakülte ve yüksek okullarda Silahlı Kuvvetler hesabına okuyan veya kendi hesabına okumakta iken askeri öğrenci olanlar;

Fakülte ve yüksek okullarda kendi hesabına okuduktan sonra muvazzaf subay nasbedilen veya yedek subaylık hizmetini takiben muvazzaf subaylığa geçirilenler ve astsubay sınıf okulu öğrencileri;

- xii. Erler; (Vazife malullükleri ile vazifeden doğma ölümleri halinde)
- xiii. Emeklilik hakkı tanınan vazifelerde bulunduktan sonra milletvekilliğine seçilenler; (seçimlerden itibaren 6 ay içinde yazı ile Sandığa müracaat ettikleri takdirde)
- xiv. 5441 sayılı Kanun hükümlerine istinaden Devlet Tiyatrosunda mukavele ile çalışan sanatkarlar;
- xv. Emekliliğe tabi görevlerde bulunmadan illerin daimi komisyon üyeliğine seçilenlerle, emeklilikle veya Sosyal Sigortalarla ilgilendirilmeden belediye başkanlığına veya TBMM üyeliğine seçilenler, seçimlerden itibaren 6 ay içinde yazı ile Sandığa müracaat ederek emeklilikle ilgilendirilmelerini istedikleri ve emekli keseneklerini ödedikleri takdirde, kesenek karşılıkları da ilgili kurumlardan alınmak suretiyle;
- xvi. İstekleri halinde 30/9/1960 tarihli ve 91 sayılı Kanunun 17., 28/7/1967 tarihli ve 933 sayılı Kanunun 4. ve 8. maddeleri hükümlerine göre Devlet Planlama Teşkilatında sözleşme ile çalışanlar, 30/7/1981 tarihli ve 2499 sayılı Kanunun 26. maddesi hükümlerine göre Sermaye Piyasası Kurulunda sözleşme ile çalışanlar, 12/3/1964 tarihli ve 441 sayılı Kanunun 18. maddesi hükümlerine göre Devlet Yatırım Bankasında sözleşmeli çalışanlar,

Yukarıda gösterilenlere (Cumhurbaşkanı ile erler hariç) bu kanunda “İştirakçi” denilmiştir. İştirakçi olanlar Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı ile isteklerine bakılmaksızın ilgilendirilirler ve haklarında ayrıca İş ve İşçi Sigortaları Kanunlarının hükümleri uygulanmaz.

Mahiyetleri daimi olan hizmetler için geçici kadro alınamaz.

İştirakçinin eşi, çocukları, ana ve babası da belli şartlarla hak sahibi olarak TC Emekli Sandığının sağladığı bazı yardımlardan yararlanabilmektedirler⁵⁰⁶.

⁵⁰⁶ Güzel ve Okur, a.g.e., s.330.

3.2.2.Sağlık Yardımlarından Yararlanma Koşulları

TC Emekli Sandığı iştirakçilerine verilecek yardımların bir kısmı, çalışılan kurum; bir kısmı da TC Emekli Sandığı tarafından karşılanmaktadır. İştirakçilerin aktif oldukları dönemde sağlık yardımları çalışılan kurum tarafından karşılanmaktadır. Bu dönemde TC Emekli Sandığından her hangi bir sağlık yardımı yapılması söz konusu değildir. Ancak, iştirakçiler, emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı bağlandıktan sonra TC Emekli Sandığının sağlık yardımlarına hak kazanmaktadırlar⁵⁰⁷.

3.2.3.Aktif İştirakçilere Sağlık Yardımları

Bu yardımlardan tüm iştirakçiler değil 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamına girenler yararlanmaktadır. Devlet memurlarına yapılacak sağlık yardımı 18.3.1983 tarihinde bazı maddeleri değiştirilmiş olan, “Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği” ve her yıl yenilenen Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatı ile düzenlenmiştir. Sağlık Yardımlarından 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 1. maddesinde sayılan memurlar ile ek geçici 9. Maddede sayılan Devlet Demiryolları ve Liman İşletme Umum Müdürlüğünde, Et ve Balık Kurumunda, Petrol Ofisinde çalışanlar, geçici 16.maddede sayılan Devlet Sanatçıları ve Sanatkarlar ile özel kanunlarında tedavi ve cenaze giderleri konusunda 657 sayılı Kanun kapsamına girenlerin yararlanacağını hükme bağlamıştır. 657 sayılı Kanun ise 1. maddesinde, genel ve katma bütçeli kurumlar, il özel idareleri, belediyeler, bunların kurduğu birlikler ve bunlara bağlı döner sermayeli kuruluşlarda, kanunla kurulan fonlarda, kefalet sandıklarında ve Beden Terbiyesi Bölge Müdürlüklerinde çalışanlar hakkında da bu kanunun sağlık hükümlerinin uygulanacağı belirtilmektedir. Sağlık yardımlarından yararlanacak iştirakçilere ve bunların aile bireylerine tedavi sırasında kullanılmak üzere birer sağlık karnesi verilmektedir. Ayrıca sağlık yardımlarından 2914 sayılı Yüksek Öğretim Personel Kanunu, 2802 sayılı Hakimler ve Savcılar Kanunu ve 226 sayılı Türk Silahlı Kuvvetleri Personel Kanunu kapsamına girenler de sağlık

⁵⁰⁷ Şakar, (1996), a.g.e., s.119.

yardımlarından yararlanacaktır. Bu kapsamda iştirakçilere sağlanan sağlık yardımları şunlardır⁵⁰⁸:

- i. Tedavi ve yol giderleri,
- ii. İçmeler ve kaplıca tedavileri,
- iii. Kan ve kan ürünleri bedelleri,
- iv. Diş hastalıkları tedavisi,
- v. Doğum yardımı,
- vi. Göz tedavisi,
- vii. İşitme cihazı,
- viii. Çeşitli protez ve ortezler,
- ix. Taş kırırma tedavileri,
- x. Manyetik rezonans tetkiki,
- xi. Derin prostatik hipertermi tedavisi ve
- xii. Diyaliz tedavileri ve organ nakilleridir.

3.2.4.Emekli, Adi Malullük ve Vazife Malullüğü Aylığı Almakta Olanlar

TC Emekli Sandığından aylık bağlandıktan sonra ilgililere ve bunların hak sahiplerine 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanununun geçici 139. maddesi ve her yıl yenilenen Bütçe Uygulama Talimatı hükümleri çerçevesinde sağlık yardımı yapılmaktadır. Bu konuda, “emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı bağlanmış olanlarla, bunların kanunen bakmakla yükümlü buldukları aile fertleri, Dul ve Yetim Aylığı Alanların Muayene ve Tedavileri Hakkında Tüzük” ayrıntılı düzenlemeler getirmektedir. 5434 sayılı Kanuna 11.7.1991 tarihinden geçerli olmak üzere 1425 sayılı Kanunla eklenen geçici 139. madde hükmü ile emekli dul ve yetimlerle emeklilerin bakmakla yükümlü olduğu aile fertlerine sağlık yardımı yapılması görevi TC Emekli Sandığına verilmiştir⁵⁰⁹.

Genel sağlık sigortası çıkarılıncaya kadar devam edecek olan bu görevi Sandık, iştirakçilerden ek bir prim almadan yerine getirecektir. Başka bir deyişle Sandıktan

⁵⁰⁸ Güzel ve Okur, a.g.e., s.331.

⁵⁰⁹ Gerek, (2000), a.g.e., s.267.

aylık almakta olanlara sağlanan sağlık yardımları prim esasına dayanan bir uygulama değildir⁵¹⁰. Diğer yandan 8.5.1991 tarih ve 3715 sayılı Kanunla sağlık yardımlarının kapsamı genişletilerek, emekli, dul ve yetimlere, kamuya yararlı dernek ve vergiden muaf vakıflara ait sağlık kuruluşlarından da yararlanma imkanı getirilmiştir. Yine aynı Kanunla Sandıktan dul ve yetim aylığı almakta iken sonradan diğer sosyal güvenlik kurumlarınca dul ve yetim aylığı bağlanması nedeniyle sağlık yardımına hak kazananların, bu haklarından vazgeçmeleri halinde Sandığın sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri sağlanmıştır⁵¹¹.

TC Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü'nce sandıktan aylık alanlara ve bunların bakmakla yükümlü olduğu kişilere resimli ve mühürlü bir sağlık karnesi verilmektedir. Kendisine sağlık karnesi düzenlenmiş olan kişi hastalanması durumunda bu karneyle resmi sağlık kuruluşlarına başvurabilmektedir⁵¹².

25.8.1999 tarih ve 4447 sayılı Kanun ile TC Emekli Sandığı Kanununun geçici 139. maddesindeki değişikliğe göre sağlık yardımının kapsamındaki yardımlar şunlardır⁵¹³:

- i. Hekim muayenesi, klinik ve laboratuvar incelemeleri,
- ii. Gerektiğinde sağlık kurumlarına yatırma,
- iii. Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması ve
- iv. Tedavi için yurt dışına göndermedir.

1.1.2000 tarihinden geçerli olmak üzere, kullanılması resmi sağlık kurulu raporu ile gerekli görülen protez, ortez ve tıbbi araç-gereç bedellerinin %10'u hak sahipleri tarafından ödenecektir. Ancak ödenecek miktar ek 19. maddedeki⁵¹⁴ aylıklardan fazla olmamaktadır⁵¹⁵.

Ayakta veya meskende tedavi durumunda kullanılacak ilaç bedellerinin %10'u aylık alanlarca karşılanmaktadır. Ancak resmi sağlık kurulu raporu ile belirlenmiş; tüberküloz, kanser, kronik böbrek, akıl hastalıkları, organ nakli ve benzeri uzun süreli

⁵¹⁰ Salim Koç, "Yasal Çerçevesi ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Ekim-Kasım-Aralık 1998, Y.1, S.2, s.47.

⁵¹¹ TOBB, **a.g.e.**, s.117.

⁵¹² Ersan, **a.g.e.**, s.188.

⁵¹³ Ali Güzel ve Ali Rıza Okur, **Sosyal Güvenlik Hukuku** (7.Basım, İstanbul:1999), s.391.

⁵¹⁴ TC Emekli Sandığı Kanununa göre bağlanacak emekli, adi malullük ve vazife malullüğü aylıklarının alt sınırı, bu Kanuna bağlı gösterge tablosunun 14. derecesinin 2. kademesi üzerinden 30 fiili hizmet yılı için hesaplanacak emekli aylığıdır.

⁵¹⁵ Demircioğlu, (2000-19), **a.g.e.**, s.32.

tedaviye ihtiyaç gösteren hastalıkların ayakta ya da meskende tedavileri sırasında kullanılmasına gerek duyulan ilaçlardan hayati önemde oldukları Sağlık Bakanlığınca belirlenenlerin bedellerinin tamamı Sandık tarafından karşılanmaktadır.

Sağlık yardımlarından yararlanmak içinde bazı koşulların gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Sağlık yardımından faydalanabilecek kişiler şunlardır⁵¹⁶:

- i. Emekli, adi malullük veya vazife malullüğü, dul ve yetim aylığı alanlar,
- ii. Emekli, adi malullük veya vazife malullük aylığı alanların, karı veya malul ve muhtaç yahut 65 yaşını doldurmuş olmaları koşuluyla kocaları; 18 yaşını doldurmamış çocukları, çocuklar tahsilde ise, orta öğretimde 20, yüksek öğretimde ise 25 yaşını doldurmamış ve evli olmayan erkek ve kız çocukları; yaşları ne olursa olsun evli olmayan ve yardım edilmediği takdirde muhtaç duruma düşecek olan kız çocukları ile malul ve muhtaç erkek çocukları; kanunen bakmakla yükümlü buldukları ve yardım edilmediği takdirde muhtaç duruma düşecek olan ana ve babalarıdır.

Sağlık yardımlarından yararlanma, aylığa hak kazanılan tarihte başlamaktadır. Ancak bunlar, fiilen aylık bağlanana ve sağlık karnesi verilene kadar muayene ve tedavi giderlerini kendileri karşılamakta ve daha sonra Tüzüğün 31. maddesi uyarınca Sandıktan masrafları geri almaktadırlar. TC Emekli Sandığı Kanununun 4447 sayılı Kanunla değiştirilen geçici 139. maddesine göre, özel kanunlar uyarınca sağlık yardımlarından faydalananlar ile, 1.1.2000 tarihinden geçerli olmak üzere, sandıktan emekli, adi malullük veya vazife malullüğü aylığı alanların diğer sosyal güvenlik kurumlarına tabi görevlerde çalışan veya bu kuruluşlardan aylık alan eşleri ve sandıktan dul aylığı alanlardan diğer sosyal güvenlik kurumlarına tabi görevde çalışan veya bu kuruluşlardan yaşlılık veya malullük aylığı alanlar bu madde hükmünden yararlanamazlar. İsteğe bağlı sağlık sigortasından yararlananlar hakkında bu hüküm uygulanmaz⁵¹⁷.

Sağlık yardımı görenler ilaçlarını TC Emekli Sandığı ile anlaşma yapmış eczanelerden %10 katılım payı ödeyerek alabilmektedirler. İlaçlar anlaşmalı olmayan bir eczaneden bedeli ödenerek alınmış ise, fiyat kupürleri yapıştırılmış reçete ile

⁵¹⁶ Gerek, (2000), a.g.e., s.268.

⁵¹⁷ Güzel ve Okur, (1999), a.g.e., s.392.

makbuzların veya faturaların gönderilmesi durumunda ilaç bedelleri sandık tarafından ilgililere ödenmektedir. Yukarıda değinildiği üzere bazı durumlarda katılım payının alınmadığı da görülmektedir. Ayrıca 4447 sayılı Kanunla 5434 sayılı TC Emekli Sandığı Kanununun geçici 139. maddesinde yapılan bir düzenlemeyle 1.1.2000 tarihinden geçerli olmak üzere kullanılması resmi sağlık raporu ile gerekli görülen protez, ortez, tıbbi araç ve gereç bedellerinin %10 yardım görenlerce ödenecektir. Ancak ödenecek miktar ek 19. maddedeki aylıklardan fazla olamamaktadır. Bununla beraber bu hüküm, 64. maddenin ve 3.11.1980 tarihli ve 2330 sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanuna göre aylık bağlananlar için uygulanmamaktadır⁵¹⁸.

Sağlık yardımları kapsamında aylık alanlara ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine yapılan tedavi ve yardımlar şu şekilde sıralanabilir⁵¹⁹:

- i. Tedavi ve yol giderleri,
- ii. Eşlik edenin giderleri,
- iii. İçmeler kaplıca ve tedavisi,
- iv. Diş tedavisi,
- v. Gözlük camı ve çerçevesi,
- vi. İşitme cihazı,
- vii. Konuşma cihazı,
- viii. Malul aracı,
- ix. Kalp pili, kalp kapağı, yapay kalp-damar, kemik,
- x. Vücut organ protezleri ve
- xi. İlaç sağlanmasıdır.

3.3.Bağ-Kur Sağlık Sigortası

Sanayi ve hizmetler kesiminde kendi adına bağımsız çalışanlara yönelik bir sosyal sigorta kurumu oluşturmak için ilk adım, 1969 yılında TBMM'ye sunulan bir kanun teklifi ile atılmıştır. 2.9.1971 tarihinde bu amaçla Meclise sunulan diğer kanun teklifi ve tasarıları birleştirilerek oluşturulan bir düzenleme ile 1479 sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu kabul

⁵¹⁸ Gerek, (2000), a.g.e., s.270.

⁵¹⁹ Güzel ve Okur, a.g.e., s.393.

edilmiştir⁵²⁰. Bağ-Kur Kanunu kabul edilene kadar geçen dönemde bağımsız çalışanların sosyal güvenliği esas olarak topluluk sigortası (SSK m.86) yoluyla karşılanmıştır. Topluluk sigortası ise niteliği itibariyle ihtiyari olması nedeniyle dar bir kesimin sosyal güvenlik kapsamına girmesine yol açmıştır⁵²¹.

Kapsamına aldığı sigortalılarına, malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası hakkı sağlamak üzere kurulmuş olan Bağ-Kur'a 5.11.1985 tarihinde kabul edilen ve 1.1.1986 tarihinde yürürlüğe konan 3235 sayılı Kanun ile 3 yıl içinde kademeli olarak sağlık sigortası uygulama görevi de verilmiştir⁵²². Ayrıca Bağ-Kur'a 17.10.1983 tarihinde kabul edilen 2926 sayılı Tarımda Kendi Hesabına Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kanununu uygulama görevi de verilmiştir. Böylelikle ülkemizde sosyal güvenliğin son halkasını oluşturması bakımından çiftçilere de Bağ-Kur kanalıyla sosyal güvence sağlanmıştır⁵²³. Bunu izleyen dönemde, 4386 sayılı Kanunla 1.1.1999 tarihinden itibaren 2926 sayılı Kanuna tabi tarımda bağımsız çalışanlara da Bağ-Kur kapsamında malullük, yaşlılık ve ölüm sigortalarına ilaveten sağlık sigortası uygulaması başlatılmıştır⁵²⁴.

3.3.1.Kapsam

Bağ-Kur'un sağlık sigortası en son yürürlüğe giren sigorta koludur. 2926 sayılı Kanun bakımından da sağlık sigortası için aynı şeyi söylemek mümkündür

3.3.1.1. 1479 sayılı Kanun Bakımından

1479 sayılı Bağ-Kur Kanununun 24.8.2000 tarih ve 619/28 sayılı KHK ile değişik ek 11. maddesine ve SSY Yönetmeliğininin 7. maddesine göre sağlık yardımlarından yararlanabilecek olanlar⁵²⁵;

⁵²⁰ Alper, (1999), a.g.e., s.287.

⁵²¹ Centel, (1997), a.g.e., s.81.

⁵²² Musa Bulut, "Bağ-Kur", Sosyal Güvenlik Dünyası, Temmuz-Eylül 1998, Y.1, S.1, s.35.

⁵²³ TOBB, a.g.e., s.163.

⁵²⁴ Yusuf Alper, "Bir Sosyal Güvenlik Reformu: Tarımda Sağlık Sigortası", Nurhan Akçaylı'ya Armağan (Bursa, 2000), s.24.

⁵²⁵ Murat Demircioğlu, Sorularla Bağ-Kur Rehberi (İstanbul, 2000-16), s.93.

- i. 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,
- ii. Yaşlılık ve malullük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları,
- iii. Ölüm aylığı almakta olan eş, çocuk, ana ve babaları,
- iv. Sigortalı tarafından evlat edinilmiş, tanınmış, nesebi düzeltilmiş veya babalığı hükme bağlanmış çocuklar ile sigortalının ölümünden sonra doğan çocukları olarak belirtilmiştir.

Çocukların sağlık yardımlarından faydalanabilmesinde, yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi kriterler göz önünde bulundurulmaktadır. Erkek çocuklar öğrenim görmüyorlarsa 18, orta öğretimde 20, yüksek öğretimde 25 yaşına kadar sağlık yardımlarından yararlanabileceklerdir. Ancak malul olan erkek çocukları yaş sınırına bağlı kalmaksızın sağlık sigortası yardımlarından faydalanacaklardır. Evli olmayan kız çocukları ise geçimini sağlayacak bir geliri olmaması durumunda herhangi bir yaş sınırına bağlı olmaksızın sağlık yardımlarından yararlanabileceklerdir⁵²⁶.

3.3.1.2. 2926 sayılı Kanun Bakımından

2926 sayılı Kanun bakımından da sağlık sigortasından yardım alanların kapsamı paralel bir düzenlemeyle hükme bağlanmıştır. Bu Kanunun ek 1. maddesine göre sağlık sigortasından yararlanacaklar:

- i. 2926 sayılı Kanunun 2. maddesi kapsamında sigortalı olanlar ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları,
- ii. Yaşlılık ve malullük aylığı alanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, anne ve babaları ile
- iii. Ölüm aylığı almakta olanlar olarak belirlenmiştir.

Çocukların yararlanma kriterleri de 1479 sayılı Kanunda olduğu gibidir. Ayrıca kapsamla ilgili bu düzenleme 1479 sayılı Bağ-Kur Kanununa atıfta bulunarak bu kanunun ek 11. maddesinin 2., 3. ve 4. fıkraları ile ek 12., ek 13., ek 14., ek 15., ek 16.,

⁵²⁶ Nüvit Gerek, "Bağ-Kur Sağlık Sigortası ve Düşündürdükleri", *Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi*, Haziran 1987, C.5, S.5, s.388.

ek 17., ek 18., ve geçici 7. maddelerinin 2926 sayılı kanuna aykırı olmayan hükümlerinin uygulanacağını belirtmiştir.

3.3.2.Yararlanma Koşulları

Sağlık sigortasından yararlanmak için bazı koşulların gerçekleşmiş olması gerekmektedir. Bu koşullar 1479 sayılı Kanunun ek 12. maddesinde düzenlenmiş ve 4447 sayılı Kanunla değişikliğe uğramıştır. Buna göre sağlık sigortasından yararlanma şartları⁵¹⁹:

- i. Bağ-Kur sigortalısı olmak,
- ii. En az sekiz ay sağlık sigortası primi ödemiş olmak,
- iii. Prim ve gecikme zammı borcu bulunmamak,
- iv. Çocuklar için öngörülen kriterlerin aşılmamış olması,
- v. Başka bir sosyal güvenlik kurumundan sağlık yardımı almıyor olmak olarak düzenlenmiştir.

Bu koşullar hem 1479 sayılı Kanuna göre hem de 2926 sayılı Kanuna göre sigortalı olanlar bakımından aynıdır.

3.3.3.Sağlık Yardımları

1479 ve 2926 sayılı Kanun kapsamındaki sigortalılar, hastalık ve iş kazasına maruz kalmaları halinde sağlık sigortası yardımlarından faydalanmaktadırlar. Sağlık sigortası kapsamında sağlanan yardımlar hastanın;

- i. Hekime muayene ettirilmesi, hekimin göstereceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik ve laboratuvar tetkiklerinin yaptırılması ve tedavisini sağlanması,
- ii. Teşhis için gerekirse sağlık müessesine yatırılması,
- iii. Tedavi süresince gerekli ilaç ve iyileştirme vasıtalarının sağlanması hallerini kapsamaktadır.

⁵¹⁹ Demircioğlu, (2000-16), a.g.e., s.93.

Yataklı sağlık kurumlarında tedavi görürken ilaç bedelinin tamamı Kurum tarafından karşılanmaktadır. Sigortalının ayakta yapılan tedavilerinde ise aktif sigortalılar için %20, pasif sigortalılar için %10'luk katkı payı tedavi görenler tarafından ödenmektedir. Ayrıca diğer kamu sosyal güvenlik kurumlarının sağlık sigortalarında olduğu gibi uzun süreli tedavi gerektiren kanser, verem gibi hastalıklarda sigortalılardan ilaç katkı payı alınmamaktadır⁵²⁹. Ayrıca sigortalılara sağlanan ortez, protez araç ve gereçleri için aktif sigortalılardan %20, pasif sigortalılardan ise %10'luk katkı payı alınması öngörülmüştür. Ancak bu tür harcamalar büyük miktarlara ulaşabildiğinden ilgililerin katılım paylarına bir üst sınır getirilmiştir. Katkı Payı tutarı sigortalılarda birinci basamak gelir seviyesinin %65'ini geçmeyecek şekilde sınırlandırılmıştır⁵³⁰.

Bağ-Kur sağlık sigortası tedavi imkanları içinde diş tedavisi de yer almaktadır. Diş tedavisi, diş ve çeneye tıbbi ve cerrahi müdahale, diş çekimi, diş ve çene radyografisi çekimi, diş dolgusunu kapsamaktadır⁵³¹ (SSY Md/T). Diş tedavisi içinde diş protezi de bulunmaktadır. Yine gözlük cam ve çerçevesi ile işitme cihaz temini de Bağ-Kur sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır. Gözlük çerçeve bedelleri Bağ-Kur'ca belirlenen miktar üzerinden ödenmektedir. Gözlük cam ve çerçevesinin kullanım süresi 4 yıl olarak öngörülmektedir. Ancak gözlük camlarının bu süre dolmadan yenilenmesi uzman doktor tarafından gözlük cam numarasının değiştiğinin reçeteye bildirmesine bağlıdır. İşitme cihazının fiyatı da kurumca belirlenmektedir. İşitme cihazının kullanım süresi 5 yıldır. Bu süre içinde aynı kulak için ikinci bir işitme cihazı verilmemektedir. Bunların dışında sigortalılara ve hak sahiplerine konuşma cihazı, ortopedik bot, varis çorabı, motorsuz malul arabası ile diğer ortez, protez ve iyileştirme araçları Bağ-Kur'un esas aldığı fiyatlara göre sağlanmaktadır⁵³².

Anayasa Mahkemesinin tedavinin bir süreyle sınırlandırılmasını sağlık hakkının özüne aykırı bulan kararı nedeniyle sağlık yardımları hasta iyileşinceye kadar sürmektedir⁵³³.

⁵²⁹ Alper, (1999), a.g.e., s.325.

⁵³⁰ Demircioğlu, (2000-16), a.g.e., s.96.

⁵³¹ Gerek, (1987), a.g.e., s.388.

⁵³² Aynı, s.96.

⁵³³ Alper, (2000), a.g.e., s.27.

Sağlık yardımları, Bağ-Kur sigortalısının niteliğini kaybetmesinden veya aylık almakta olanların bu hakkı kaybetmelerinden itibaren 90 gün boyunca sürmektedir⁵³⁴.

Sigortalılara sağlanacak sağlık hizmetleri Bakanlar Kurulunun tespit ettiği sağlık tesislerinden sağlanmaktadır. Diğer sağlık kurumlarından yapılan tedaviler için Sağlık Bakanlığının resmi sağlık kuruluşları için belirlediği ücret tarifesi uygulanmaktadır. Sigortalıların sağlık kuruluşlarına başvurabilmeleri için Kurum tarafından kendilerine ve aile bireylerine sağlık karnelerinin verilmiş olması gerekmektedir. Karneler gereken belgelerle kuruma başvurulması üzerine 1 yıllık süre için verilir. Sürenin tamamlanmasıyla karneyi yeniden vize ettirmek gerekmektedir Vize zorunluluğu uygulaması ile sigortalıların yükümlülüklerini yerine getirip getirmediğinin takibine de imkan sağlanmaktadır⁵³⁵.

4. Türkiye’de Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı çeşitli kamu kuruluşları ve özel kuruluşlar tarafından sağlanmaktadır. Bu kuruluşlar Sağlık Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, TC Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Üniversiteler, Milli Savunma Bakanlığı, Belediyeler, Kamu İktisadi Teşebbüsleri ve diğer bakanlıklar ile özel kişi ve kuruluşlardır. Aşağıda Türkiye’de sağlık harcamaları kamu ve özel harcamalar olarak iki kısımda ele alınacaktır.

4.1. Kamu Sağlık Harcamaları

4.1.1. Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları

Ülkemizde sağlık politikasını belirlemek ve yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında, birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini sunan en önemli kamu kurumudur. Özellikle ülkenin toplam hastane yatağının yarısından fazlasına sahip olması ve istihdam ettiği sağlık işgücü sayısı bu

⁵³⁴ Gerek, (2000), a.g.e., s.328.

⁵³⁵ Gerek, (1987), a.g.e., s.391.

alandaki önemini açık bir şekilde ortaya koymaktadır⁵³⁶. Tablo 2’den de anlaşıldığı üzere Sağlık Bakanlığınca 1998 yılında yapılmış ve kesinleşmiş olan toplam harcama tutarı 657 trilyon TL’ye yakın bir meblağdır. Bu harcamaların yaklaşık 455,5 trilyon TL’si, (%69,3) genel bütçe; 185 trilyon TL’si (%28,3) döner sermaye; 15,8 trilyon TL’si de (%2,4) fon kaynaklarından karşılanmıştır.

Tablo 2. Sağlık Bakanlığı Sağlık Harcamaları

Harcama Kalemleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Genel Bütçe Harcamaları	455.457.567	1.720,7	69,3	83,4	7,7
Döner Sermaye Harcamaları	185.766.113	701,8	28,3	126,0	32,8
Fon Harcamaları (3418 s. Kanun md.39/a)	15.760.383	59,5	2,4	107,0	21,6
TOPLAM	656.984.067	2.482,0	100,0		

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.1

Sağlık Bakanlığının toplam harcamaları ve harcama kalemleri Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Harcama Sınıfları	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Koruyucu Sağlık Hizmetleri Harcamaları	19.741.026	74,6	3,6	80,3	5,9
Ayakta Tedavi Hizmetleri Harcamaları	132.917.193	502,2	20,2	79,3	5,6
Hastane Harcamaları	419.431.093	1.584,6	63,8	102,1	18,7
<i>Genel Bütçe</i>	<i>233.664.980</i>	<i>882,8</i>	<i>35,6</i>	<i>86,4</i>	<i>9,5</i>
<i>Döner Sermaye</i>	<i>185.766.113</i>	<i>701,8</i>	<i>28,3</i>	<i>126,0</i>	<i>32,8</i>
Diğer Harcamalar(Yönetim, Eğitim vb.)	84.894.751	320,7	12,9	85,8	9,1
TOPLAM	656.984.067	2.482,0	100,0		

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.5

⁵³⁶ Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1992-1996) (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1998), s.13.

Sağlık Bakanlığı 1998 yılında yapmış olduğu toplam yaklaşık 657 trilyon TL civarında harcamaların %63,8'ini hastane hizmetlerine, %20,2'sini ayakta tedavi hizmetlerine, %12,9'unu diğer giderlere kullanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerine harcanan kısım ise %3 gibi düşük bir düzeyde gerçekleşmiştir.

4.1.2.Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Harcamaları

9.7.1945 tarih ve 4792 sayılı Kanunla kurulmuş olan Sosyal Sigortalar Kurumu özel hukuk hükümlerine tabi idari ve mali bakımdan özerk bir devlet kurumudur. Sosyal Sigortalar Kurumu esas olarak 506 sayılı Kanun hükümlerine göre zorunlu sigortalılığa tabi olan ve hizmet akdine bağlı çalışanların sigortalılık işlemlerini yürütmektedir.

Hizmet akdine bağlı olarak çalışanlara ek olarak, zaman içinde getirilen istisnalar ile sanatçılar ve koruma bekçileri gibi gruplar da kapsama dahil edilmişlerdir. Ayrıca isteğe bağlı sigortalılık ve topluluk sigortaları ile kapsam daha da genişletilmiştir. 1983 yılından itibaren 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortalar Kanunu hükümlerine göre sigortalı olanların sigortalılık işlemleri de SSK tarafından yürütülmektedir. Kurum, üyelerini iş kazaları ve meslek hastalıkları, analık, yaşlılık, malullük, ölüm risklerinin yanında hastalık riskine karşı da korumaktadır⁵³⁷.

Sosyal Sigortalar Kurumu 1998 yılı verilerine göre 23.639 yatak kapasiteli 98 genel hastane; 2474 yatak kapasiteli 9 doğumevi; 2130 yatak kapasiteli 4 sanatoryum; 85 yatak kapasiteli 2 meslek hastalıkları hastanesi; 282 yatak kapasiteli bir ihtisas hastanesi ve 90 yatak kapasiteli bir göz hastalıkları merkezi ve göz bankası olmak üzere toplam 29.617 yatak kapasiteli 120 yataklı tesis; 168 dispanser, 214 sağlık istasyonu ve 10 dış tedavi merkezine sahiptir. Ayrıca SSK dağılımı Tablo 4'te görülen toplam 44.795 personeli istihdam etmektedir⁵³⁸.

⁵³⁷ DPT, 7. BYKP, Sosyal Güvenlik, ÖİK Raporu (Ankara, 1995), s.16.

⁵³⁸ Sosyal Sigortalar Kurumu, 1998 Yılı Faaliyet Raporu, s.49.

Tablo 4. SSK Kuruluşlarında Çalışan Personelin Dağılımı

SSK Sağlık Personeli	Sayı	Oran %
Uzman Hekim	4.373	10
Hekim	1.855	4
Asistan	1.408	3
Diş Hekimi	476	1
Eczacı	856	2
Ebe-Hemşire	9.216	21
Uzman	74	0
Diğer Personel	20.377	45
İşçi	3.381	8
Sözleşmeli	2.779	6
TOPLAM	44.795	100

Kaynak: Sosyal Sigortalar Kurumu, 1998 Yılı Faaliyet Raporu, s.50

Sosyal Sigortalar Kurumunun 1998 yılı sonu itibariyle gerçekleştirdiği sağlık harcamaları Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5. SSK Sağlık Harcamaları Dağılımı

SSK Sağlık Harcamaları	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Sağlık Tesisleri Harcamaları	295.013.260	1.114,5	72,6	101,4	18,3
Hariçte Yapılan Sağlık Harcamaları	82.813.627	312,9	20,4	104,7	20,3
Anlaşmalı Hekim Harcamaları	28.353.548	107,1	7,0	131,1	35,8
TOPLAM	406.180.435	1534,5	100	103,8	19,8

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.7

SSK'nın toplam sağlık harcamaları 406,2 trilyon TL civarında olup bu miktarın yaklaşık 295 trilyon TL' si (%72,6) kurum sağlık tesislerinde; 82,8 trilyon TL' si (%20,4) kuruma ait olmayan sağlık tesislerinde ve 28,4 trilyon TL' si (%7) de anlaşmalı hekimlere yapılan ödemelerde kullanılmıştır. SSK'nın toplam sağlık harcamaları 1997 yılı cari fiyatlarına göre %103, dolar bazında ise %19,8 oranında artmıştır.

Tablo 6’te görüldüğü gibi SSK sağlık harcamalarının %72,6’sı kendi sağlık tesislerinde; %13,6’sını başka kurumlara ait sağlık tesislerinde olmak üzere toplam %86,2’si hastane harcamalarına gitmiştir. Sağlık harcamalarının %13,7’si de diğer harcamalar şeklinde gerçekleşmiştir.

Tablo 6. SSK Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Harcamaları	350.342.349	1.323,6	86,3	99,3	17,1
<i>Kurum Sağlık Tesisleri</i>	295.013.260	1.114,5	72,6	101,4	18,3
<i>Hariçteki Sağlık Tesisleri</i>	55.329.089	209,0	13,6	88,9	11,0
Diğer	55.838.086	211,0	13,7	138,3	40,0
<i>Anlaşmalı Hekim ve Müesseseler</i>	28.353.548	107,1	7,0	131,1	35,8
<i>Hariçten Yapılan İlaç Harcama.</i>	27.484.538	103,8	6,8	146,3	44,7
TOPLAM	406.180.435	1534,5	100,0	103,9	19,8

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.9

1998 yılı verilerine göre, SSK’nın aktif sigortalı sayısı 5.528.582 kişi olup, aktif sigortalı başına düşen sağlık harcaması 73.469.189 TL’ dir. Buna karşılık SSK sağlık yardımı kapsamında olan 30.667.871 nüfusun kişi başına sağlık harcaması 13.244.494 TL düzeyindedir. SSK’nın toplam sağlık harcamaları 1998 yılında dolar bazında %19,8 artarken kişi başına sağlık harcamalarında da %9,7 civarında bir artış gerçekleşmiştir. Bu da SSK’nın üye sayısının sağlık harcamalarına oranla daha fazla arttığını göstermektedir.

Tablo 7. SSK’da Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcaması

Kişi Başına Sağlık Harcamaları	TL	\$	97-98 Değişim %	
			TL	\$
Aktif Sigortalı Başına Sağlık Harcamaları	73.469.189	277,6	86,8	9,8
Sigortalı Başına Sağlık Harcaması	13.244.494	50,0	86,7	9,7

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.10

4.1.3. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

14.9.1971 tarih ve 1479 sayılı Kanunla Kurulan Bağ-Kur, Sosyal Sigortalar Kurumu gibi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının bağlı kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumunun ilgili kuruluşu olup, idari ve mali açıdan özerktir⁵³⁹. Kamu tüzel kişiliğine sahip olan ve özel hukuk hükümlerine göre faaliyette bulunan Bağ-Kur 1985 yılında başlatmış olduğu sağlık hizmetlerini kademeli olarak geliştirerek 1988'den itibaren tüm üyelerine yaygınlaştırmıştır⁵⁴⁰.

Bağ-Kur sağlık sigortası sigortalıların hem hastalık, hem de iş kazası riskiyle karşılaşması durumunda yardım yapmaktadır. Bu nedenle Bağ-Kur sağlık harcamaları iş kazası nedeniyle yapılan sağlık yardımlarını da kapsamaktadır. Yani SSK'daki gibi iş kazası ve hastalık sigortası ayrı ayrı düzenlenmiş değildir⁵⁴¹. Ancak yine de Bağ-Kur sağlık harcamaları içinde iş kazası nedeniyle yapılan sağlık harcamalarının oranının oldukça düşük olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 8'de görüldüğü gibi Bağ-Kur'un 1998 yılı toplam sağlık harcamaları 201 trilyon civarındadır. Bağ-Kur bu harcamanın %60,3'ünü ilaç alımlarına; %26,3'ünü de hastane harcamalarına yapmıştır. Diğer harcamaların toplam harcamalar içindeki payı ise %13,4'tür.

Tablo 8. Bağ-Kur Sağlık Harcamaları Dağılımı

Sağlık Giderlerinin Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Harcamaları	52.919.800	199,9	26,3	186,2	68,1
İlaç Harcamaları	121.416.500	458,7	60,3	386,2	185,7
Diğer Harcamalar	26.917.800	101,7	13,4	143,9	43,3
TOPLAM	201.254.100	706,3	100,0	269,3	116,9

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.11

⁵³⁹ 619 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Lebib Yalkın Yayınları, s.1.

⁵⁴⁰ Tokat, (1998), a.g.e., s.26.

⁵⁴¹ Fevzi Çakmak, "Yeni Düzenlemelerle Bağ-Kur Sağlık Sigortası", Sosyal Güvenlik Dünyası, Temmuz-Eylül 2000, Y.3, S.9, s.44.

1998 yılında Bağ-Kur kişi başına yaptığı sağlık harcaması 19.952.541 TL olmuştur. Bu tutar sadece prim ödeyenler göz önünde bulundurulduğundan 33.138.262 TL civarında gerçekleşmiştir.

Tablo 9. Bağ-Kur Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması

Kişi Başına Sağlık Harcaması	TL	\$	97/98 Değişim %	
			TL	\$
1479 Sayılı Kanuna Göre Kişi Başına Sağlık Harcaması	19.952.541	75,4	316,4	144,6
Sağlık Primi Ödeyen Başına Sağlık Harcaması	33.138.262	125,2	196,2	74,0

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.12

4.1.4.TC Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları

TC Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur’dan farklı statüye sahip bir sosyal güvenlik kuruluşudur. Maliye Bakanlığına bağlı, tüzel kişiliği olan bir devlet kurumudur⁵⁴². Sandık 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre çalışan devlet memurlarının emeklileri, dul ve yetimleri ile bunların aile fertlerine, öncelikle devlete ait sağlık kuruluşlarından satın alma yöntemi ile sağlık hizmeti sunmaktadır⁵⁴³.

TC Emekli Sandığı 1998 yılında toplam 187 trilyon TL civarında sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Tablo 9’da görüldüğü gibi bu harcamanın %56,7’lik bir kısmı ilaç giderlerine harcanmıştır. Hastane giderleri %36,4’lük kısmı oluşturmaktadır. Bunu %5,7’lik tıbbi araç ve malzeme gideri ile %1’lik dış tedavi gideri ve %0,3’lük diğer giderler takip etmektedir.

⁵⁴² DPT, (1995), a.g.e., s.17.

⁵⁴³ Tokat, (1998), a.g.e., s.29.

Tablo 10. Emekli Sandığı Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Harcama Sınıfları	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Giderleri	68.030.986	257,0	36,4	131,8	36,2
İlaç Giderleri	106.044.190	400,6	56,7	121,6	30,2
Tıbbi Araç ve Malzeme Giderleri	10.601.951	40,1	5,7	111,2	24,1
Diş Tedavi Giderleri	1.788.735	6,8	1,0	100,1	17,5
Diğer Giderler	574.657	2,2	0,3	100,2	17,6
TOPLAM	187.040.519	706,6	100,0	124,2	31,7

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.13

Emekli Sandığında kişi başına düşen sağlık harcaması 1998 yılı itibariyle 82.722.932 TL’dir⁵⁴⁴.

4.1.5. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları

Ülkemizde bulunan üniversiteler sahip oldukları tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri, eczacılık fakülteleri, sağlık meslek yüksek okulları vb. okullar kanalıyla sağlık sektörü içinde yer almakta ve sağlık hizmeti vermektedirler. Asıl görevleri eğitim ve bilimsel araştırma olmasına rağmen üniversiteler ülkenin koşulları doğrultusunda genel sağlık hizmeti sunma faaliyetlerinden uzak kalamamışlardır. Üniversiteler tıp fakültelerinin dışında mediko-sosyal merkezleri vasıtasıyla da sağlık hizmeti sunmaktadır. Üniversite hastanelerinin finansmanı YÖK kanalıyla yapılan genel bütçe ödenekleri ve üniversitelerin döner sermayeleri olmak üzere iki temel kaynakla sağlanmaktadır⁵⁴⁵.

1998 yılında mevcut 52 devlet üniversitesine bağlı tüm tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakülteleri ile hemşirelik yüksek okulları diğer sağlık yüksek okullarından ve mediko-sosyal merkezlerinden yapılan sağlık harcamaları Tablo 11’de görülmektedir.

⁵⁴⁴ Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998 (Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 2001), s.14.

⁵⁴⁵ Şakar, (1999), a.g.e., s.75.

Tablo 11. Üniversitelerin Sağlık Harcamaları ve Kaynakları

Finansman Kaynağı	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Genel Bütçe	103.281.789	309,2	34,6	182,6	66,0
Döner Sermeye	195.412.416	738,3	65,4	149,0	46,3
TOPLAM	298.694.205	1.128,5	100,0	159,6	52,5

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.16

Yukarıdaki tabloya göre sağlık harcamaları 1998 yılında dolar bazında %52,5 oranında artmıştır.

Üniversitelerin sağlık harcamaları eğitim, hastane ve mediko-sosyal harcamaları gibi üç temel kalemede gerçekleşmiştir. Tablo 12’de bu harcamaların ayrıntıları görülmektedir.

Tablo 12. Üniversitelerin Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Eğitim Harcamaları	43.712.606	165,1	14,6	121,3	30,0
Hastane Harcamaları	248.365.386	938,3	83,2	166,6	56,6
Genel Bütçe	52.952.970	200,1	17,7	260,9	112,0
Döner Sermaye	195.412.416	738,2	65,4	149,0	46,3
Mediko-Sosyal Harcamaları	6.616.213	25,0	2,2	211,5	83,0
TOPLAM	298.694.205	1.128,5	100,0	159,6	52,5

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.18

Üniversitelerin yaklaşık 299 trilyon TL olan toplam sağlık harcamalarının %83,2’si hastane harcamalarına, %14,6’sı eğitim harcamalarına ve %2,2’si mediko-sosyal merkezlerinin harcamalarına gitmiştir.

4.1.6.Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetlerinin Sağlık Harcamaları

926 sayılı Kanuna göre, görev yapan Subay, Astsubay ve bunların emekli, dul ve yetimleri ile silah altındaki er ve erbaşlara Milli Savunma Bakanlığı (MSB) ve Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) sağlık hizmetleri sunmaktadır⁵⁴⁶. Bunların yapmış olduğu sağlık harcamaları Tablo 13’de görülmektedir.

Tablo 13. MSB ve TSK’nin Yapmış Olduğu Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Harcamaları	64.303.200	242,9	48,0	115,4	26,5
İlaç Harcamaları	29.472.300	111,3	22,0	115,4	26,5
Ayaktan Harcamalar	40.189.500	151,8	30,0	115,4	26,5
TOPLAM	133.965.000	506,1	100,0	115,4	26,5

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.15

Milli Savunma Bakanlığı ve Türk Silahlı Kuvvetlerince gerçekleştirilen toplam yaklaşık 134 trilyon TL’lik sağlık harcamasının %48’i hastanelere, %30’u ayaktan tedaviye, %22’si de ilaç giderlerine gerçekleşmiştir.

4.1.7.Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Belediyeler kendilerine ait hastane ve diğer sağlık kuruluşları aracılığı ile sağlık hizmetlerini yerine getirmektedirler. Belediyelerin yaptıkları sağlık harcamaları Tablo 14’te görülmektedir.

⁵⁴⁶ Tokat, (1998), a.g.e., s.32.

Tablo 14. Belediyelerin Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Giderleri	2.491.600	9,4	20,0	89,9	11,5
Koruyucu ve Ayaktan Tedavi, İlaç, Tıbbi Malzeme Giderleri	9.966.400	37,7	80,0	89,9	11,5
TOPLAM	12.458.000	47,1	100,0	89,9	11,5

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.20

Belediyelerin yaptığı toplam yaklaşık 12,5 trilyon TL civarındaki sağlık harcamasının %80’i koruyucu hizmetlere, ayaktan tedavi hizmetlerine, ilaç ve tıbbi malzemeye giderken, %20’lik kısmı hastane giderlerine harcanmıştır.

4.1.8.Kamu İktisadi Teşebbüslerinin (KİT) Sağlık Harcamaları

Kamu İktisadi Teşebbüsleri, birer kamu kuruluşu oldukları halde, özel hukuk kurallarına göre faaliyet göstermeleri sebebiyle sağlık alanında da çalışanlarına devlet memurlarının çok ötesinde avantajlar sunabilmekte, anlaşmalı hekimler ve sağlık kuruluşlarından yararlanabilmektedirler⁵⁴⁷.

Ülkemizde KİT’lerin 1998 yılında yapmış oldukları toplam sağlık harcamaları Başbakanlık Yüksek Denetleme Kurulu Raporları verilerine göre yaklaşık 61,5 trilyon TL’dir. Ancak KİT’lere ait hesaplamalar yapılırken Vakıflar Bankası, Emlak Bank ve ağır sanayi ile otomotiv sektöründe faaliyette bulunan bir kısım kuruluşun verileri elde edilememiştir. Bu nedenle bu kuruluşlarla ilgili veriler benzer kuruluşların personel başına yapmış oldukları sağlık harcamaları kriter alınarak tahmin edilmiştir⁵⁴⁸.

Kamu İktisadi Teşebbüslerinin 1998 yılında yapmış oldukları harcamalar Tablo 15’te gösterilmiştir.

⁵⁴⁷ Şakar, (1999), a.g.e., s.77.

⁵⁴⁸ Tokat, (2001), a.g.e., s.19.

Tablo 15. KİT'lerin Sağlık Harcamalarının Dağılımı

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Harcamaları	18.439.617	69,7	30,0	84,7	8,5
İlaç ve Tıbbi Malzeme Harcamaları	27.659.426	104,5	45,0	84,7	8,5
Ayaktan Tedavi Harcamaları	15.366.348	58,1	25,0	84,7	8,5
TOPLAM	61.465.391	232,2	100,0	84,7	8,5

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.19

Kamu İktisadi teşebbüslerinin yaptığı toplam yaklaşık 61,5 trilyon TL'lik sağlık harcamasının %45'i ilaç, %30'u hastane, %25'i de ayaktan tedavi hizmetlerine gitmiştir.

4.1.9.Bakanlıkların Sağlık Harcamaları

Konsolide devlet bütçesi içinde yer alan tüm genel ve katma bütçeli kuruluşlarda devlet memuru statüsünde çalışanlar için 1998 yılında yapılan, kamu gelirleri kaynaklı toplam sağlık harcamaları tutarı yaklaşık 168,5 trilyon TL'dir. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü verilerine göre bu giderlerin yaklaşık %55'i ilaç, %33'ü hastane, %12'si de ayaktan tedavi giderlerinden oluşmakta olup, bunların parasal değerleri Tablo 16'te gösterilmiştir⁵⁴⁹.

Tablo 16. Bakanlıkların Sağlık Giderlerinin Dağılımı⁵⁵⁰

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Harcamaları	55.544.280	209,8	33,0	65,7	-2,7
İlaç Harcamaları	92.573.800	248,7	55,0	65,7	-2,7
Ayaktan Harcamalar	20.197.920	76,3	12,0	65,7	-2,7
TOPLAM	168.316.000	635,8	100,0	65,7	-2,7

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye'de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.14

⁵⁴⁹ Aynı, s.14.

⁵⁵⁰ Sağlık Bakanlığı ile Milli Savunma Bakanlığı hariç tutulmuştur.

1998 yılında, devlet memurları ve bağımlılarının sayısının 8.062.363 kişi kabul edilerek kişi başına sağlık harcaması yıllık 20.876.758 TL olarak tespit edilmiştir.

4.1.10.Fonlardan Yapılan Sağlık Harcamaları

Türkiye’de sağlık harcamalarına finansman sağlayan iki önemli fon vardır. Bunlar 3418 sayılı Eğitim, Gençlik, Spor ve Sağlık Hizmetleri Vergisinin ihdası ile oluşturulan Geliştirme ve Destekleme Fonu ile 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Kanunu ile oluşturulan Fonlardır. 3418 sayılı Kanunla oluşturulan Geliştirme ve Destekleme Fonuna dayanılarak, Kanununun 39/a maddesine göre yapılmış olan harcamalar Sağlık Bakanlığı harcamaları içinde gösterilmiş olduğundan bu bölümde sadece aynı Kanununun 39/b maddesine göre yapılmış olan harcamalar ile Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu kaynaklı harcamalara yer verilmiştir. Harcamaların hangi kaynaklardan ne kadar yapıldığı Tablo 17’de görülmektedir.

Tablo 17. Fon Kaynaklı Sağlık Harcamaları

Fon Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Geliştirme ve Destekleme Fonu(3418 sayılı Kanun md. 39/b)	15.760.383	59,5	22,7	107,0	21,6
Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu (3294 sayılı Kanun)	53.584.530	202,4	77,3	133,2	37,0
TOPLAM	69.344.913	261,9	100,0	126,4	33,2

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.20

1998 yılı sonu itibariyle fon kaynaklı sağlık harcamaları toplam yaklaşık 69,5 trilyon TL olup, bunun %22,7’si Geliştirme Destekleme Fonu, %77,3’ü de Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu harcamasıdır.

4.2.Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Özel Sağlık Harcamaları hastane harcamaları, hekim harcamaları, dış hekim harcamaları ve ilaç giderleri olmak üzere dört temel gruptan oluşmaktadır. 1998 yılına ait bu harcamalar Tablo 18’de görülmektedir.

Tablo 18. Toplam Özel Sektör Sağlık Harcamaları

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Hastane Harcamaları	101.464.257	383,3	14,0	92,6	13,1
Hekim Harcamaları	270.455.712	1,021,8	38,0	35,8	-20,2
Dış Hekimi Harcamaları	79.438.936	300,1	11,0	81,3	6,5
İlaç Harcamaları	184.246.094	696,1	26,0	362,6	171,8
Kamuya Yapılan Cepten Ödeme	72.585.071	274,2	10,0	373,8	178,3
TOPLAM	708.190.070	2675,5	100,0	101,9	18,6

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.38

Toplam özel sektör harcaması yaklaşık 708 trilyon TL olup bunun %15’ini özel hastaneler, %38’ini hekim harcamaları, %11’ini özel dış hekim harcamaları, %26’sını ilaç harcamaları ve %10’luk bir kısmını da kamu hastanelerine yapılan cepten ödemeler oluşturmaktadır.

5.Türkiye’de Sağlık Harcamalarının Finansmanı

5.1.Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları Düzeyinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı

5.1.1.Sosyal Sigortalar Kurumunun Finansmanı

Sosyal Sigortalar Kurumunun hastalık sigortasının gelir kaynağının temelini primler oluşturmaktadır. Ayrıca sigortalılara, eşe, bakmakla yükümlü oldukları çocukları ile ana ve babalarına verilen ilaçların bedelleri üzerinden alınan %20’lik katılım payları ile kurumdan gelir ya da aylık almakta olanlarla bunların eşi , bakmakla

yükümlü oldukları çocukları ile ana ve babalarına verilen ilaçlardan alınan %10'luk katılım payları ve diğer katılım payları da kurumun gelirleri arasında yer almaktadır⁵⁵¹. Kuruma ödenecek toplam prim oranı sigortalının kazancının %11'idir. Bunun %5'i sigortalı tarafından ödenirken, %6'sı da işveren tarafından ödenmektedir. Çıraklar için bu oran %4'dür. Bunun %2'sini işveren, %2'sini çırak ödemektedir (SSK m.73/B). 3308 sayılı Çıraklık ve Mesleki Eğitim Kanununa tabi olan aday çırak ve işletmelerde mesleki eğitim gören öğrenciler için de %4 oranı geçerli olmakla beraber, hastalık sigortası primi yaşına uygun yürürlükteki asgari ücretin %50'si üzerinden Milli Eğitim Bakanlığı bütçesinden karşılanmaktadır⁵⁵².

Sosyal Sigortalar Kurumunun 1998 yılı itibariyle sigortalı başına yıllık sağlık harcaması 13.244.494 TL'dir. Bu miktar o dönem dolar bazında yaklaşık olarak 50 \$'ın karşılığıdır⁵⁵³. Ancak ülkemizde son yıllarda yaşanan devalüasyonlar nedeniyle TL bazındaki harcama miktarının daha da yükselmiş olduğunu söylemek mümkündür.

5.1.2. TC Emekli Sandığı'nın Finansmanı

Aktif iştirakçilere ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireylerine yönelik sağlık yardımları çalıştıkları kurumların sorumluluğuna bırakılmıştır. Bu konuda 657 sayılı Devlet Memurlarının Tedavi Yardımı ve Cenaze Giderleri Yönetmeliği ve her yıl yenilenen Mali Yıl Bütçe Uygulama Talimatında gerekli düzenlemeler bulunmaktadır. Burada iştirakçileri çalıştıran kurumların sorumluluğundan söz edilmekte, iştirakçinin %20'lik ilaç katkı payı vb. katılımlar haricinde herhangi bir prim veya ödemedenden bahsedilmemektedir⁵⁵⁴. Kurumdan aylık almakta olanlar bakımından ise, 5434 sayılı Kanun 11.7.1971 tarihinden geçerli olmak üzere 1425 sayılı Kanunla eklenen geçici 139. Madde uyarınca emekli, adi malullük ve vazife malullük aylığı alanlar ile dul ve yetim aylığı alanlar ve bakmakla yükümlü oldukları kimselere sağlık yardımı yapılması görevi TC Emekli Sandığına verilmiştir. Genel sağlık sigortası kuruluncaya kadar Sandık bu görevini sürdürecektir ve iştirakçilerden ek bir prim almayacaktır. Bu bağlamda aylık almakta olanlar bakımından da herhangi bir sağlık primi öngörülmemektedir⁵⁵⁵.

⁵⁵¹ Sosyal Sigortalar Kurumu, 1998 Yılı Faaliyet Raporu, s.32.

⁵⁵² Tuncay, (1992), a.g.e., s.122.

⁵⁵³ Tokat, (2001), a.g.e., s.10.

⁵⁵⁴ Şakar, (1996), a.g.e., s.119.

⁵⁵⁵ Gerek, (2000), a.g.e., s.268.

Sandık sağlık yardımları için ihtiyaç duyduğu finansman diğer gelir kaynaklarından karşılanmaktadır. Sandığın iki temel finansman kaynağı vardır. Bunlar iştirakçilerden kesilen kesenekler ve bunlara karşılık çalıştıkları kurumlardan alınan karşılıklardır. İştirakçilerin ödediği kesenekler dört grupta toplanmıştır (TCESK m.14):

- i. Giriş keseneği, emeklilik hakkı tanınan bir göreve ilk kez girenlerin veya önceden emeklilik hakkı tanınan görevlerde bulunmadan çalışmakta olduğu vazifesi emekliliğe tabi hale getirilenlerin, emekliliğe esas ilk tam aylık veya ücretleri üzerinden %25 oranında alınmakta olan kesenektir.
- ii. Emeklilik keseneği, iştirakçilerin emeklilik keseneğine esas aylık ya da ücretleri üzerinden her ay %15 oranında kesilmektedir.
- iii. Artış farkları keseneği, emekliliğe esas aylık veya ücretleri sicil durumlarına göre bir üst dereceye ya da basamağa yükselme suretiyle aylığı artanlardan artış farkı kadar kesilmektedir.
- iv. Fiili ve itibari hizmet zammı keseneğinin miktarı ise, fiili ve itibari hizmet karşılığı eklenecek müddetlere ait istihkak toplamının %10'unun yarısıdır.

Sandığa yatırılacak karşılıklar ise, giriş keseneğinin karşılığı olarak %25, aylık kesenek karşılığı olarak %20, artış keseneği olarak artış farkı kadar bir miktarı ile fiili ve itibari hizmet zammı karşılığı olarak yine iştirakçi gibi %10'luk bir karşılık Sandığa yatırılmaktadır. Ayrıca vazife malullüğü aylığı ile dul ve yetim aylıkları için her yıl kurum bütçelerinin aylık ve ücret bölümlerindeki ödemelerin %4'ü ek karşılık olarak Sandığa yatırılmaktadır. Diğer karşılıklar ise öğrenci keseneği, yönetim giderlerine katılma payı, emekli ikramiyesi karşılığı, kadrosuzluk tazminatı karşılığı, ölüm yardımı karşılığıdır. Bunların haricinde sandığın diğer gelirleri de vardır. Bunlar⁵⁴⁷:

- i. Hazineden geri alınan Cumhurbaşkanı emekli aylığı ve bazı dul ve yetim aylıkları,
- ii. İştirakçilerin aylık veya ücretlerinden kurumlarınca kesilip Sandığa gönderilen disiplin cezaları,
- iii. Gecikme cezaları,
- iv. Bağışlar ve başka gelirler,

⁵⁴⁷ Aynı, s.122.

- v. Sandığın gelirlerinin işletmesiyle sağlanan gelirler,
- vi. Yıl sonu bütçesinin açık vermesi halinde genel bütçeden yapılan aktarmalardır.

TC Emekli Sandığı 1998 yılı sonu itibariyle 187 trilyon civarında bir harcama yapmıştır. Bu miktarın %56'sı gibi büyük bir miktarı ilaç giderlerine, %36'lık kısmı hastane giderlerine, %5'lik bir kısmı tıbbi araç ve gereçlere, %1'lik kısmı dış tedavilerine, kalan kısmı da diğer giderlere harcanmıştır⁵⁵⁸.

5.1.3.Bağ-Kur'un Finansmanı

Bağ-Kur sağlık sigortasının en önemli finansman kaynağı sigortalıların ödediği prim gelirleridir. 1479 sayılı Kanunun 25.8.1999 ve 4447 sayılı Kanunla değişik 15. maddesine göre, bu kanuna tabi ilk sekiz basamakta bulunan sigortalılar, sekizinci gelir basamağı tutarının; dokuz ve daha yukarıdaki basamaklarda bulunanlarda buldukları gelir basamağı tutarının %15'i oranında sağlık sigortası primi ödemektedirler. Ayrıca gerçek ve tüzel kişilerin sağlık hizmetlerinde kullanılmak üzere yaptıkları bağışlar ve diğer gelirler de sağlık sigortasının finansmanında kullanılmaktadır⁵⁵⁹.

Bağ-Kur'un diğer bir finansman kaynağı da aylık alanlardan kesilen sigorta primleridir. Bağ-Kur dışındaki sosyal güvenlik kurumlarında sağlık hizmetleri karşılığı olarak emekli aylıklarından prim kesilmemektedir⁵⁶⁰. Sağlık sigortası kapsamına alınan pasif sigortalılar ve aile fertlerinin sağlık sigortasından faydalanabilmesi için Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren 10 yıl süre ile aylıklarından prim kesilmesi öngörülmüştür. Bu prim Bakanlar Kurulu kararıyla her yıl %5 ile %10 arasında tespit edilecek bir orandır. Başlangıçta %8 olan bu oran sonradan %10'a yükseltilmiştir. Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra aylık bağlananlardan ise sigortalının daha önce ödediği primlerde dikkate alınarak 10 yıllık süreyi geçmeyecek şekilde prim kesilecektir⁵⁶¹.

⁵⁵⁸ Tokat, (2001), a.g.e., s.13.

⁵⁵⁹ Gerek, (2000), a.g.e., s.354.

⁵⁶⁰ Nüvit Gerek, "Sosyal Güvenlik Sistemimiz İçerisinde Bağ-Kur'un 25 Yılda Geldiği Konum", Sosyal Güvenlik Dünyası, Temmuz-Ağustos-Eylül 1999, Y.2, S.5, s.26.

⁵⁶¹ Alper, (2000), a.g.e., s.26.

5.2. Ülke Düzeyinde Sağlık Harcamalarının Finansmanı

Türkiye’de sağlık, kamu ve özel sektör tarafından finanse edilmektedir. 1998 yılı sonu itibariyle gerçekleşen kamu sağlık harcamaları ve özel sağlık harcamaları Tablo 19’de görülmektedir.

Tablo 19. Toplam Sağlık Harcamaları

Kamu-Özel	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Kamu Sağlık Harcamaları	1.814.524.097	6.855,2	72,0	110,1	23,4
Özel Sağlık Harcamaları	708.190.070	2.675,5	28,0	101,9	18,6
TOPLAM	2.522.714.167	9.530,7	100,0	107,7	22,0

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.39

Toplam sağlık harcamalarına giden miktar cari fiyatlarla yaklaşık 2,5 katrilyon TL olup, bunun %72’si kamu, %28’i özel sağlık harcamalarından oluşmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki payı ise %4,76 civarındadır. Tablo 20’de kamu ve özel harcamaları da GSMH içindeki payı görülmektedir.

Tablo 20. Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı

	Kamu	Özel	Toplam
Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki Payı	3,42	1,34	4,76

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.39

Gerçekleşen toplam sağlık harcamalarının ne tür hizmetlerde kullanıldığı Tablo 21’de ayrıntılı olarak görülmektedir.

Tablo 21. Toplam Sağlık Harcamalarının Sınıflandırılması

Harcama Türleri	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Koruyucu Sağlık Hizmetleri	19.741.026	74,6	1,0	80,3	5,9
Ayaktan Tedavi Hizmetleri	1.616.399.540	6.106,7	64,0	107,1	21,7
Yatarak Tedavi Hizmetleri	740.173.423	2.796,3	29,0	111,3	24,2
Diğer (Eğitim, Yönetim vb.)	146.400.173	553,1	6,0	100,9	18,0
TOPLAM	2.522.714.167	9.530,7	100,0	107,7	22,0

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.40

Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık 1,6 katrilyon TL’ si (%64) ayaktan tedavi 740,1 trilyon TL’ si (%29’u) yatarak tedavi; 146,4 trilyon TL’ si (%6) de diğer harcamalar için kullanılmıştır. Toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık hizmetlerinin payı %1 gibi çok yetersiz bir oranda kalmıştır. Ancak dolar bazında 1997 yılına göre %5,9’luk bir artış kaydedilmiştir.

Türkiye’de sağlık harcamalarının finansmanını sağlayan üç temel unsur bulunmaktadır. Bunlar vergiler-fonlar, sigorta primleri ve ilgililerin doğrudan yaptığı harcamalardır. Tablo 22’de finansman kaynakları görülmektedir.

Tablo 22. Toplam Sağlık Harcamalarının Finansman Kaynakları

Finansman Kaynakları	Milyon	Milyon	Oran	97/98 Değişim %	
	TL	\$	%	TL	\$
Vergiler + Fonlar	1.020.049.043	3.853,7	40,0	93,7	13,8
Sigorta Primleri	794.475.054	3.001,5	31,0	135,7	38,4
İlgililerin Doğrudan Yaptığı Harcamalar	708.190.070	2.675,5	28,0	101,9	18,6
TOPLAM	2.522.714.167	9.530,7	100,0	107,7	22,0

Kaynak: Mehmet Tokat, Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Finansmanı (1998), TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001, s.41

Toplam sağlık harcamalarının %40’ı vergi ve fonlarla, %31’i sigorta primleri, %28’i de ilgililerin doğrudan yaptığı harcamalara ile finanse edilmiştir.

Kişi başına sağlık harcaması cari fiyatlarla 39.570.582 TL civarında gerçekleşmiştir. Amerikan doları bazında bir önceki yıla göre %19,8'lik bir artış gösteren kişi başına sağlık harcaması 149,5 \$ ile gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir.

6. Türkiye'de Sağlık Politikasında Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Sağlık sisteminin sorunlarını yapısal ve finansal olmak üzere iki başlık altında toplamak mümkündür.

6.1. Yapısal Sorunlar ve Çözüm Önerileri

6.1.1. Norm ve Standart Birliği

Örgütlenme ve yönetimle ilgili sorunlar başta gelmektedir. Sosyal güvenlik sistemi içinde faaliyette bulunan kurumlar farklı bakanlıklara bağlı olarak çalışmakta bu durum kurumlar arasında norm, standart birliği ve eşgüdüm sağlanmasını önlemektedir. Ülkemizde Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığına bağlı bulunurken, TC Emekli Sandığı Maliye Bakanlığına bağlı olarak faaliyet göstermektedir. Bunların haricinde ülkenin sağlık politikalarına ve sağlık hizmetlerine yön veren Sağlık Bakanlığının faaliyetleri de göz önünde bulundurulduğunda oldukça karmaşık bir yapı ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin çok başlı bir yönetim ağı içinde sunulduğunu söylemek mümkündür⁵⁶².

Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere üniversiteler, Sosyal Sigortalar Kurumu, diğer bakanlıklar, belediyeler, KİT'ler, dernekler ve özel kesim kendi kanunlarına göre sağlık hizmeti vermektedirler. Ancak verilen hizmetlerde norm ve standart birliğinin bulunmadığı görülmektedir. Ayrıca bu alanda yetki, görev ve sorumluluk kargaşası vardır. Sağlık Bakanlığı planlayan, denetleyen, norm ve standartları belirleyen bir yapıya kavuşturulmalı ve çok başlılık önlenmelidir. Zaten sosyal güvenlik kurumlarının

⁵⁶² Aydın, (1999), a.g.e., s.58; Müjdat Şakar, "Sosyal Güvenlik Reformu Hemen Yapılmalıdır", Sosyal Güvenlik Dünyası, Ocak-Şubat-Mart 1999, Y.2, S.3, s.5.

pratikte özerk bir yapıya sahip olmamaları ağır işleyen bürokratik bir yapıya yol açmakta ve hizmetlerin hızlı bir şekilde sunulmasını önlemektedir⁵⁶³.

Yapılması gereken mesleki dayanışma anlayışına göre oluşturulan bu örgütlenmeden vazgeçilerek, sigorta dalları itibariyle örgütlenmeyi esas almaktır. Avrupa ülkelerinin çoğunda görülen uygulama bu yöndedir. Türkiye’de işsizlik sigortasında ve genel sağlık sigortası çalışmalarında bu esas gözetilmektedir. Böylece her sigorta dalının finansmanı daha sağlıklı ve takip edilebilir olmakta ve sigorta dallarının hesapları birbirine karışmamaktadır. Ayrıca sigortalılar arasında üye olunan kurum açısından farklılık kalmayacağından sağlanan yardımlarda aynılık söz konusu olacak ve Anayasadaki eşitlik ilkesine yaraşır bir yardım sağlama olanağı da doğacaktır⁵⁶⁴. Bu konuda asgari müşterekleri içeren bir yasal düzenleme yapılmasıyla sosyal güvenlik kuruluşlarının norm ve standartlarının aynı olması ve etkili bir koordinasyonun sağlanması mümkün olacaktır⁵⁶⁵. Bu bakımdan 618 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile kurulan ve Sosyal Sigortalar Kurumu, Bağ-Kur ve Türkiye İş Kurumu arasında koordinasyon sağlayacak olan Sosyal Güvenlik Kurumu Teşkilatı’nın kurulması yerinde bir değişiklik olarak göze çarpmaktadır⁵⁶⁶.

6.1.2.Rasyonel Yönetim

Sistemin geneli sigortacılık prensiplerine uygun işletilmemektedir. Dünyada vergiyle finansman konusunda birkaç başarılı örnek (İngiltere, Yeni Zelanda vb.) olmasına karşın, günümüz koşullarında sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan sosyal sigorta kuruluşlarının sağladıkları hizmetlerin temeli ağırlıklı olarak primli sisteme dayanmaktadır⁵⁶⁷. Bu durum her yardımın belirli bir prim karşılığında yapılması gerektiği anlamına gelmektedir. Ancak TC Emekli Sandığı sağlık yardımlarında ve sosyal yardım zammı uygulamasında olduğu gibi, bazı hizmetlerin prim ödemeksizin

⁵⁶³ Ayşe Peker, *Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması Tartışmaları ve Çözüm Önerileri* (Ankara, 1997), s.25.

⁵⁶⁴ Kemal Kılıçdaroğlu, *Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sorunları ve Çözüm Önerileri* (Haziran, 1997), s.25; Doğan Cansızlar, “Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Ortak Sorunları ve Önlemleri”, *Maliye Dergisi*, Ekim-Kasım-Aralık 1993, S.115, s.30.

⁵⁶⁵ Muharrem Varlık, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Sorunları ve Reform Alanları* (Ankara, 1999), s.1.

⁵⁶⁶ 618 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Lebib Yalkın Yayınları, s.1.

⁵⁶⁷ Peker, a.g.e., s.26.

işveren ve sosyal güvenlik kurumlarının sorumluluğuna bırakıldığı görülmektedir. Bu durum sistemin finansmanını olumsuz etkilemektedir.

TC Emekli Sandığı iştirakçilerinden de Sosyal Sigortalar Kurumu hastalık sigortası prim oranına yakın bir oranda sağlık sigortası primi kesilerek sisteme dahil edilmeleri sistemin varlığını ve etkinliğini sürdürmesi bakımından yararlı olacaktır. Ayrıca sigortacılık prensipleri ile bağdaşmayan ve vergilerle karşılanması gereken bir yardım türü olan sosyal yardım zammı ya hazine tarafından karşılanmalı, bu konuda teknik bazı çözümlere gidilmeli, ya da kaldırılmalıdır. Çünkü sosyal yardım zammı Sosyal Sigortalar Kurumunun aylık ödemeleri içinde oldukça büyük bir yer tutmaya başlamış, 1995 yılı itibariyle aylık ödemelerinin %63'üne ulaşmıştır⁵⁶⁸. Bu uygulamanın sosyal güvenlik kurumları üzerinde kalması durumunda, bu kurumlar gelir elde etmeden ödeme yapmak durumunda kalacaklar ve gelir-gider dengesi olumsuz etkilenecektir⁵⁶⁹.

6.1.3.Kaliteli Hizmet

Ülkemizde mevcut sağlık hizmetleri etkili ve kaliteli bir biçimde sunulmamaktadır. Sağlık hizmetlerine ayrılacak kaynakların artırılması kadar mevcut kaynaklardan optimum yararın sağlanması da öncelikli ve önemli bir konudur. Ülkemizin sağlık alt yapısının ve personel kapasitesinin yarı kapasiteyle kullanıldığı bilinmektedir. Bu nedenle mevcut imkanların doğru, yeterli, etkili ve ekonomik kullanımı daha da önem kazanmaktadır. Ülke kaynaklarının sınırlılığı düşünülürse mevcut sağlık hizmeti alt yapısı ile insan gücü ve donanımının kullanımının önemi de ortaya çıkacaktır⁵⁷⁰.

Sağlık alanında yatırım yapma ihtiyacı halen devam etmektedir. Bu nedenle ülke kaynaklarının verimli şekilde kullanılabilmesi için sağlık ekonomisi disiplininin en iyi şekilde yararlanılması gerekmektedir. Türkiye, sağlık standartları bakımından ekonomik gelişmişlik düzeyine göre bulunması gereken yerde değildir. Kapasite kullanımının artırılması ve bu hizmetlerin yurt çapında dengeli dağılması ile hem tasarruf, hem de sağlık hizmetlerinin kaliteli sunumu sağlanabilir. Bu nedenle sağlık alanına ayrılacak

⁵⁶⁸ Aynı, s.26.

⁵⁶⁹ Nüvit Gerek, "Sosyal Sigortalar Kurumunun Sorunları ve Yapılması Gerekenler", İş ve Hukuk, Nisan-Mayıs 1995, S.246, s.4; Ramazan Güven, SSK'nın Finansal Sorunları ve Bunlara İlişkin Çözüm Önerileri (Eylül, 1997), s.7.

⁵⁷⁰ Varlık, a.g.e., s.2.

kaynakların sağlık ekonomisi disipliniyle yönetilmesi bir zorunluluk halini gelmektedir. Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturan hastane hizmetlerinin verilmesinde kalitenin yakalanabilmesi için verimlilik analizlerinin ve sağlık personelinin performans değerlemesinin kesinlikle yapılması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetleri konusunda yerinden yönetimin daha etkili sonuçlar doğuracağı unutulmamalı ve sağlık hizmetlerinin planlanması, koordine edilmesi ve sunulmasında yerel yönetimlere ağırlık verilmelidir⁵⁷¹.

6.1.4. Aktif-Pasif Oranı

Türk sosyal güvenlik sisteminin aktif-pasif sigortalı dengesi bozulmuş, sistem, yetersiz bir duruma düşmüştür. Pasif sigortalılığa geçişin kolay olması 20 yıl önce yaklaşık 6,5 olan aktif-pasif sigortalı oranını 2 civarına geriletmiştir. Bununla beraber bu azalma eğilimi artarak devam etmektedir. Bu durum aynı zamanda sosyal güvenlik kurumlarının gelirlerinin oransal olarak azalması anlamına gelmektedir. Özellikle Batı Avrupa ülkelerinde görülen bu sorunun temel nedeni nüfusun yaşlanmasıdır. Doğum oranının çok düşük olması, ortalama yaşam süresinin uzaması gibi demografik nedenler ve sosyal güvenlik sisteminin olgunlaşması gibi yapısal nedenler Batı Avrupa ülkelerinin bu sorunu aşmalarını güçleştirmektedir. Oysa Türkiye'nin bu sorunla karşı karşıya kalmasının nedeni oldukça farklıdır. Türkiye nüfusunun %25'i öğrenim çağında olan genç nüfustur. Bugün için nüfusun yaşlanması tehlikesi yoktur⁵⁷². Buna rağmen genç yaşta emeklilik uygulaması nedeniyle ülkemiz bu sorunla çok erken karşı karşıya kalmıştır. Özellikle 30 yıla yakın bir geçmişi bulunan Bağ-Kur'un bu sorunla karşı karşıya kalması oldukça düşündürücüdür. Bağ-Kur kurulmasını takiben belirli bir yaşı geçmiş olan sigortalılara daha önceki 10 yıllık çalışmalarını belgelemek koşuluyla 5 yıl prim ödedikten sonra yaşlılık aylığı alma hakkı tanınmıştır. Bu olanaktan 180.000'e yakın sigortalı yararlanmış, bu durum da kuruma büyük bir yük getirmiştir⁵⁷³. Sosyal Sigortalar Kurumu için 1,9, TC Emekli Sandığı için 1,75, Bağ-Kur için ise 3 civarında olan aktif-pasif sigortalı oranı sosyal güvenlik kurumlarının aktüeryal dengelerini alt üst

⁵⁷¹ Aynı, s.3.

⁵⁷² Gerek, (1995), a.g.e., s.5.

⁵⁷³ Nusret. Ekin, Yusuf. Alper ve Tekin Akgeyik, Sosyal Güvenlik Sisteminde Arayışlar (İstanbul, 1999), s.164.

etmiştir⁵⁷⁴. Sağlıklı bir sosyal sigorta hizmeti için bu oranın en azından 5 aktif sigortalıya 1 pasif sigortalı düzeyine çıkarılması gerekmektedir⁵⁷⁵. Bunu başarabilmek için emeklilik yaşının ülke gerçeklerini de göz önünde bulundurarak kademeli olarak yükseltmek ve diğer emeklilik koşullarını (prim ödeme gün sayısı gibi) güçleştirmek gerekmektedir. Emeklilik yaşı konusunda kadın sigortalılar için 58, erkek sigortalılar için 60 olan yaş sınırları korunarak zaman içinde kadınlarda 60, erkelerde 65 yaşa yükseltilmelidir. Erken emeklilik, pasif sigortalıların sosyal güvenlik kurumlarının imkanlarından prim ödedikleri süreye göre daha uzun bir süre yararlanmalarına neden olmaktadır. Ülkeler arasında emekli aylığı alma süreleri incelendiğinde, bu sürenin Almanya'da 13, Avusturya'da 10,5, Danimarka'da 10,3, Yunanistan'da 12, İngiltere'de 12,8 yıl olduğu görülmektedir. Türkiye'de ise bu sürenin erken yaşlarda emekli olunması nedeniyle 15,6 yıl gibi uzunca bir süre olduğu görülmektedir⁵⁷⁶. Konuya sağlık harcamaları yönünden bakıldığında durum daha da iç karartıcıdır. 14-15 yıl prim ödenmesine karşılık 30-35 yıl gibi çok uzun bir süre sigortalılara, emeklilere ve bunların bakmakla yükümlü oldukları kimselere sağlık hizmeti sunulmaktadır. Yukarıda sözü edilen bazı önlemlerin alınmaması durumunda sosyal güvenlik kuruluşlarının gelir-gider farkları iyice artacak ve bu kurumlar temel sağlık hizmetlerini bile karşılayamaz duruma geleceklerdir⁵⁷⁷.

Diğer taraftan, sağlık hizmetlerinden yararlananlar içinde prim ödeyenlerin payı gittikçe azalmaktadır. Son on yıl içerisinde yatarak tedavi görenlerde aktif sigortalıların oranı %37'den %26'ya düşerken, aylık almakta olanlarda bu oran %63'ten %74'e çıkmıştır. Kurumlara ait sağlık tesislerinde tedavi gören aktif sigortalılar ve aylık alanlarda da benzer bir gelişme gözlenmiştir⁵⁷⁸.

Ayrıca kayıt dışında çalışanlarında birtakım önlemler alınarak sisteme dahil edilmesi aktif-pasif oranının yükselmesine, dolayısıyla gelirlerin artmasına katkı sağlayacak bir diğer önlemdir.

⁵⁷⁴ Kılıçdaroğlu, a.g.e., s.14.

⁵⁷⁵ Aydın, (1999), a.g.e., s.49.

⁵⁷⁶ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.162.

⁵⁷⁷ Gerek, (1995), a.g.e., s.5.

⁵⁷⁸ TÜGİAD, a.g.e., s.42.

6.1.5.Kayıt Dışı Çalışma

Sosyal güvenlik kuruluşları açısından en önemli sorunlardan biri de kayıt dışı çalışmadır⁵⁷⁹. Kayıt dışı çalışma üç şekilde ortaya çıkmaktadır:

- i. Kişinin tümüyle kayıt dışı bırakılması,
- ii. Sigortalının prim ödeme gün sayısının düşük gösterilmesi,
- iii. Gerçek ücretlerin bordroya yansıtılmaması.

Kayıt dışı çalışma şekilleri sosyal güvenlik kuruluşlarının gelirlerini doğrudan etkilemektedir. Zaten kıt olan finansman kaynakları bu tür uygulamalarla daha da yetersiz hale gelmektedir⁵⁸⁰.

Son dönemlerde kamu kesiminin küçülme politikaları çerçevesinde kamuda istihdamın daralması, özel sektörün bu boşluğu doldurabilecek istihdam kapasitesini oluşturamaması ve çalıştığı halde bir sosyal güvenlik kuruluşuna prim ödemekten kaçınan bireylerin sayısının artması gibi nedenlerle kayıt dışı çalışma oranı oldukça yükselmiştir⁵⁸¹. Nitekim 1980-1996 yılları arasını kapsayan 16 yıllık dönem içerisinde sosyal güvenlik kuruluşlarının kapsamına aldığı sigortalı sayısı %81 artarken bu dönemde aylık alanların sayısındaki artış %272 düzeyinde gerçekleşmiştir. Yani ülkedeki kayıt dışı çalışanların oranı aktif sigortalılara göre 3,5 kat fazla artmıştır. 1997 yılı itibariyle toplam çalışan nüfusun ancak %48'i kayıt altına alınabilmiş, yarıdan fazlası ise sigortasız çalışmaya devam etmiştir. İşyerlerinin dağınık ve küçük olması, işçi devir oranının yüksekliği, sigortalılık bilincinin düşük olması, işverenlerin sigortalı işçi çalıştırmaktan kaçınması ve denetimlerin yetersiz kalması gibi faktörler kayıt dışı çalışmayı hızlandırmıştır. Kayıt dışı çalışmanın en yüksek olduğu sektör tarım sektörüdür. Tarımda çalışan nüfusun %11'i sigortalanabilmiştir. Ayrıca inşaat sektörü de kayıt dışı işçi çalıştırmanın yaygın olduğu sektörler arasında önde gelmektedir⁵⁸².

Sigortasız istihdamın önüne geçilmesi hem aktif-pasif oranının artmasına katkıda bulunacak, hem de sosyal sigortalara önemli bir kaynak sağlayacaktır. Müfettişlerin işyeri denetimlerini sıkılaştırması, kayıt dışı çalışmaya karşı yüksek para cezaları gibi katı yasal müeyyideler uygulanması, sendikaların kayıt dışı işçileri takipte

⁵⁷⁹ Mustafa Usalan, "Sosyal Güvenlik Reformu", Sosyal Güvenlik Dünyası, Ekim-Kasım-Aralık 1998, Y.1, S.2, s.14; Gerek, (1995), a.g.e., s.7.

⁵⁸⁰ Kılıçdaroğlu, a.g.e., s.15.

⁵⁸¹ Güven, (1997), a.g.e., s.5.

⁵⁸² Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.153.

etkin rol alması ve sigortacılık bilincinin oluşturulması amacıyla radyo ve televizyonlardan eğitim programları yayınlanması kayıt dışı çalışmayı engelleyebilecek önlemlerden bazılarıdır.

6.1.6. Sevk Zinciri

Sevk zinciri 224 sayılı Sosyalizasyon Kanununun kabul edildiği 1961 yılında sağlık sistemimize girmiş ancak, bu yapı gerektiği şekilde işletilememiştir. Sevk zincirine göre, hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara müracaat edecek, sorunları burada çözülmiyorsa ikinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarına sevk edilecek, orada da hastalıklarına çare bulunamıyorsa ileri tıp teknolojisi uygulayan üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara sevk edileceklerdir. Halen hastaların %80'i hastalandıklarında doğrudan ikinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlara yani hastanelere başvurmakta, buralarda gereksiz hasta yığılmalarına sebep olmakta ve hizmet maliyetini artırmaktadırlar. Oysa birinci basamak sağlık birimlerinin (aile hekimliği, muayenehaneler, poliklinikler, sağlık ocakları, dispanserler, vb.) alt yapı ve personel bakımından güçlendirilmesiyle hastalıkların %90'ının teşhis ve tedavilerinin daha az maliyetli ve daha etkili bir şekilde yapılabilmesi mümkündür. Yapılan bir araştırma birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların sadece %10'unun ikinci basamağa sevk edildiğini ortaya koymuştur. Yani hastaların %90'ının hastalıkları birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavi edilebilmiştir. Ancak birinci basamak sağlık birimlerinde tedavi edilmeyen fakat ileri teşhis ve tedaviye ihtiyaç duyulan hastalar için sevk zinciri çerçevesinde üst basamaklara sevk yapılmalıdır⁵⁸³. Sevk zincirinin iyi işletilebilmesi için bu sisteme uymayan, yani doğrudan ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların tedavi ücretlerine katılmalarını öngören önlemler alınması yoluyla bu başvuruların azaltılması mümkündür.

Ayrıca ağız ve diş sağlığı konusunda doğrudan ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurulması ve ağız-diş sağlığının halk sağlığı açısından da önemli olması nedeniyle sağlık ocakları dahil birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda

⁵⁸³ Varlık, a.g.e., s.3.

diş hekimi istihdam edilmesinin zorunlu hale getirilmesinin de yararlı bir uygulama olacağı düşünülmektedir.

6.1.7. Aidiyet Bağı

Avrupa ülkelerinde sosyal güvenlik hakkı, en kutsal hak olarak insanların yaşamlarının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiş, sadece çalışanlar değil, tüm halk bu hakka yürekten inanmıştır. Bu nedenle toplum tümüyle sosyal güvenlik kurumlarını sahiplenmiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının kendi kendine yardım kuruluşları olmaları nedeniyle işçi sendikaları ve sivil toplum örgütleri sosyal güvenlik hakkını başlangıçtan günümüze kadar politika ve stratejilerinin en üstünde tutmuşlardır. Siyasi iktidarlar bu konuda geri adım atma cesareti gösteremedikleri gibi, sosyal güvenliğe verecekleri önemin iktidarlarını koruyabilmenin ön koşulu olduğunu kavramışlardır⁵⁸⁴. Örneğin, İngiltere’de Thatcher’ın sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, sosyal harcamaların kısılması gibi uygulamalarından sonra Muhafazakar Parti hızlı bir oy kaybına uğramıştır. Ancak Thatcher’dan sonra Muhafazakar Parti 1990’ların başındaki seçimlerde Major’ın Genel Başkanlığında Ulusal Sağlık Hizmeti’ni (NHS) savunarak ve bu sisteme önem verdiğini göstererek sürpriz bir şekilde iktidara gelmiştir⁵⁸⁵.

Ülkemizde ise son yıllara kadar tam tersi bir anlayış hakim olmuştur. Diğer kişi ve kurumlar sosyal güvenlik sistemine sahip çıkmadığı gibi, çalışanlar da fazla bir şey elde edemeyeceklerini düşündüklerinden kurumlarına sahip çıkma gereği duymamışlardır. Bir anlamda sosyal güvenlik kurumlarıyla sigortalılar arasında bir güven bunalımı yaşanıp gitmiştir. Bağ-Kur bu durumun en çarpıcı örneğini oluşturmaktadır. Bu koşullarda, sisteme çağdaş bir yaklaşım getirme ve sorunları çözme bakımından şiddetli bir ihtiyaç duyulmamıştır. Aksine, sistem sosyal güvenlik yerine başka amaçlara hizmet etmiştir. Siyasi yatırım konusu olmuş, fonların amaç dışı alanlarda kullanılması yaygınlaşmıştır⁵⁸⁶. Bu nedenle öncelikle sigortalıların kurumlarına sahip çıkmaları gerekmektedir. Sigortalıların kurumlarıyla ve kendileriyle ilgili alınan kararlarda etkili olmaları gerekmektedir. Çalışan kesimler sendikalar ve diğer baskı grupları aracılığıyla hükümeti ve Kurumlarının yönetimlerini akılcı kararlar

⁵⁸⁴ Ali Güzel, “Sosyal Güvenliğin Çağdaş Dinamikleri”, Toprak İşveren, Eylül 1999, S.43, s.10.

⁵⁸⁵ Kılıç ve Bumin, a.g.e., s.39.

⁵⁸⁶ Güzel, a.g.e., s.10.

almaya zorlamalıdır. Ancak ideal olan durum yapılacak yasal düzenlemelerle Kurumun yönetim ve karar organlarında çalışan kesimlerin çoğunluğa sahip olmasını sağlamaktır. Böylece Kurum mensupları kendi yönetimlerini kendileri belirleyebilecek, kendi geleceklelerini de kendileri tayin edebileceklerdir. Böylelikle kendilerini Kurumlarının bir parçası olarak görebilecek ve aidiyet duygusunu hissedeceklerdir. Bunun yolu da sosyal güvenlik kurumlarının her yönüyle, tümüyle özerk hale getirilmesinden geçmektedir.

Ayrıca sigortalıların kendilerine düşen birtakım maddi ve manevi yükümlülükleri yerine getirmek suretiyle de kurumlarına sahip çıkma olanakları bulunmaktadır. Nasıl ki sigortalılar üyelik nedeniyle birtakım sosyal güvenlik haklarına sahiplerse, bu haktan doğan yükümlülükleri de layıkıyla yerine getirerek bu konuda katkıda bulunabilirler. Örneğin, prime esas ücretlerinin doğru beyan edilmesini ve primlerinin zamanında yatırılmasını sağlayarak faydalı olabilirler. Ayrıca sağlık karnelerinden Kurumlarıyla ilişkisi olmayan kişilerin yararlanmaması konusunda duyarlı davranmak suretiyle de kurumlarından haksız menfaat sağlanmasının önüne geçebilirler. Aksi takdirde sigorta kurumları gelir elde etmeden yardım sunmuş olacak ve bu durum kurumun finansmanı olumsuz yönde etkileyecektir. Daha önemlisi sigortalı, kanuna aykırı olarak sağlanan bu tür yardımların kendi cebinden çıktığını ve bu tür uygulamaların sosyal güvenlik kurumlarına büyük bir yük getirerek ileride kendisine yapılacak yardımlarda azalma meydana getirebileceğini unutmamalıdır.

6.1.8.Aile Hekimliği

Aile hekimliği 1980'lerin ortalarından itibaren Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Sağlık Politikası modeli olarak gündeme getirilen bir öneridir. Bu kavram genel sağlık sigortası yasa tasarısı ile birlikte düşünülmekte ve onun ayrılmaz bir parçası olarak sunulmaktadır. Bilindiği gibi aile hekimliği başta İngiltere olmak üzere birçok Avrupa ülkesinde uygulanan bir yöntemdir. Bu sistem, aile hekimi (genel pratisyen) adı verilen özel eğitim görmüş hekimler tarafından yürütülmektedir. Aile hekimliği sisteminde genel bütçeden aylıkları ödenen bu hekimler sistemi düzenleyen ve denetleyen kurumların izni dahilinde diledikleri bir bölgede çalışmaktadırlar. Bu bölgelerde kendilerine 2.000-3.000 kişilik listeler oluşturmakta ve bu listelerde yer alan

kişilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden sorumlu olmaktadırlar⁵⁸⁷. Hekim ve hasta seçiminin serbest olduğu bu sistemde bir ailenin hemen hemen tüm bireylerinin aynı hekimin listesine kaydolmaları nedeniyle de bu hekimlere aile hekimi denilmektedir.

Gelişmiş ülkelerin hemen hepsinde uygulanan bu sistem sayesinde, hem finansman kaynaklarında tasarruf sağlanmakta, hem de hastaların ve hastalıkların daha yakın bir şekilde takip ve tedavisi yapılmaktadır. Böylece ileride daha pahalı tedaviyi gerektirecek sağlık sorunları ile önemli sağlık kayıpları önceden önlenilmektedir. Aslında ülkemizde bu anlamda faaliyet gösteren sağlık ocakları, sağlık evleri gibi yapılar bulunmaktadır. Bu konuda bazı alternatifler üzerinde durulmaktadır. Yapılması gereken ya 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan beri birinci basamak sağlık hizmetleri sunan sağlık ocaklarını geliştirmek ve onları yaşatmak ya tümüyle aile hekimliği sistemine geçmek ya da iki sistemi birlikte yürütmektir. Yani ülkemizde mevcut bulunan birinci basamak sağlık hizmet veren birimlerin uygulamalarını sürdürerek, büyük şehirlerden başlamak üzere 2000-3000 nüfusa hizmet verecek aile hekimliği uygulamasına bir program dahilinde geçmektir. Bunu gerçekleştirebilmek için de aile hekimliği uygulamalarını özendirici ve teşvik edici mekanizmaların devreye sokulması gerekmektedir⁵⁸⁸.

Günümüzde aile hekimliği sistemine henüz geçilememiş, bu konuda yasal bir düzenleme yapılamamıştır. Ancak aile hekimliği sistemine bir alt yapı oluşturması bakımından üniversitelerin tıp fakültelerinde bağımsız bir uzmanlık dalı olarak bu konuda eğitim verilmeye başlanmıştır.

6.1.9.Özerklik

Sosyal güvenlik kurumlarının sosyal güvenlik kavramının özüne aykırı tarzda kurumsal yapılanmaları bir başka sorundur. Sosyal sigorta tekniğinin uygulandığı sosyal güvenlik sistemlerinde, başlangıçtan günümüze, idari yönetim açısından özerklik ilkesine ayrıcalıklı bir yer tanınmaktadır. Özerklik ilkesi, sosyal güvenlik kurumlarının karar organlarında finansmana katılan işçi ve işveren temsilcilerinin ağırlıklı temsil

⁵⁸⁷ Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi, a.g.e., s.48.

⁵⁸⁸ Varlık, a.g.e., s.4.

edilmeleri anlamına gelmektedir. Böylece sorunun asıl sahipleri karar almada etkili olmaktadır. Dahası bazı ülkelerde sosyal sigorta sandıkları işçi sendikaları tarafından yönetilmektedir. Üçlü temsil de özerklik ilkesinin bir yansıması olarak benimsenen bir yöntemdir. Ülkemizde hep tartışılmasına rağmen, özerklik ilkesi hiçbir zaman yaşama geçirilmemiştir. Sosyal güvenlik kurumlarının karar organlarında devlet temsilcileri hep ağırlıklı olarak yer almışlardır. Bu olgu da sosyal güvenlik kuruluşlarının genellikle siyasi tercihler doğrultusunda yönetilmesi sonucunu doğurmuştur⁵⁸⁹.

Özerkliğin sağlanması için genel kurul ve yönetim kurulunun yapısının değişmesi gerekmektedir⁵⁹⁰. Bu kurullarda sisteme aktif destek sağlayan ya da sağlamış kişilerin sağladıkları katkı oranında temsil güçleri artırılmalıdır⁵⁹¹. Devletin rolü ağırlıklı olarak denetleme işlevlerinde ortaya çıkmalıdır. Kurumların başkanları atanmamalı, genel kurul tarafından belirlenen yönetim kurulu tarafından seçilmelidir. Ayrıca sosyal güvenlik kurumlarının sağlık sigortalarının tek çatı altında toplanması durumunda da bu kurullar aynı esaslar çerçevesinde belirlenmelidir⁵⁹².

Diğer taraftan sağlık hizmetleri tümüyle özel sektör zihniyetine bırakılamayacağından hastanelerin özelleştirilmesi yerine özerkleştirilmesi ve devletin denetim fonksiyonunun güçlendirilmesi de yararlı olacaktır⁵⁹³.

6.1.10.İnsangücü Planlaması

Sağlık sektöründe görev yapan insan gücü nicelik ve nitelik olarak gelişmiş ülkelerin gerisinde bulunmaktadır. Bu nedenle insan gücü planlaması yapılarak sağlık personelinin ülkeye dağılımının dengeli hale getirilmesi gerekmektedir. 1998 verilerine göre ülkemizde 813 kişiye 1 hekim düşmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise bu oran yaklaşık olarak 400 kişiye 1 hekim düzeyindedir. Dış hekimi ve hemşire konusundaki oranlar açısından ise daha kötü bir durum söz konusudur. Ülkemiz, 1000 kişiye düşen

⁵⁸⁹ Aynı, s.10.

⁵⁹⁰ Ercan Duygulu, "Sosyal Sigortalar Kurumu'nun Sorunları ve Bunların Çözüm Yolları", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Nisan-Mayıs-Haziran 1999, Y.2, S.4, s.5.

⁵⁹¹ TİSK, **Dünya'da Sosyal Güvenlik Alanında Gelişmeler ve Türkiye** (Ankara, 1994), s.38.

⁵⁹² TÜGİAD, **2000'li Yıllarda Türkiye'nin Önde Gelen Sorunlarına Yaklaşımlar** (Ağustos, 1997), s.60; Şakar, (Ocak-Şubat-Mart 1999), s.5.

⁵⁹³ Ömer Çakmakçı, **Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi Bu Hizmetlere İlişkin Sorunlar ve Çözüm Önerilerinin Araştırılması ile İlgili Rapor**, TC Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, s.11.

diş hekimi ve hemşire sayısı bakımından gelişmiş ülkelerin 4-5 kat gerisinde bulunmaktadır. Yarıısı uzmanlardan oluşan hekimlerin büyük çoğunluğu üç büyük ilimizde görev yapmaktadır. Batı bölgelerinde 1 hekime 600-700 kişi düşerken, Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde 1 hekime 1500-2000 kişi düşmektedir. Sağlık personelinin ülkeye dengesiz dağılımının yanında, yeterli sağlık personeline ulaşılamamasının bir nedeni de nüfus artış oranının her zaman sağlık sektöründeki işgücü artışın oranının üzerinde seyretmesidir. Bu durum karşısında kaliteyi düşürmeksizin bir yandan hekim dahil tüm sağlık personelinin sayıca artırılması, bir yandan da mevcut olan personelin kurumlar, tesisler, bölgeler, uzmanlık dalları ve iller itibariyle dengeli dağılımını sağlayıcı önlemlerin alınması gerekmektedir. Personel eksikliği bulunan bölgelere hekim gönderilebilmesi için ücretlerin ve diğer özlük haklarının iyileştirilmesi ve sağlık personeli açısından zorunlu hizmetin yeniden başlatılması yararlı bir uygulama olabilir. Bütün bunların başarılı bir şekilde hayata geçirilebilmesi için de sağlık sektöründe etkili bir insan gücü planlamasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Ayrıca sağlık hizmetlerinin çok yönlü (planlama, sunma vb.) olması nedeniyle sağlık yöneticisi, sağlık ekonomisti, sağlık planlamacısı, çevre hekimi, sağlık hukukçusu, tıbbi sosyolog gibi sağlık alanında hizmet veren ve katkı sağlayan yeni mesleklerden yararlanılmalı ve bunların görev, yetki ve sorumluluk alanları ile tanımları yapılmalıdır. Bu amaçla eğitim programları hazırlanması ve sağlık mevzuatında gerekli değişikliklerin yapılması yararlı olacaktır⁵⁹⁴.

6.1.11.Mevzuat Karmaşası

Sosyal güvenliğe ilişkin mevzuat oldukça dağınık ve karmaşıktır. Sosyal güvenlik mevzuatı diğer sosyal hukukla ilgili düzenlemelerden farklı olarak geriye veya ileriye yönelik haklar ve yükümlülükler doğurduğu için çok sık olarak değişime uğramaktadır. Sosyal sigorta mevzuatında sık sık değişiklikler yapılması, sigortalılar arasında problem yaratmasının yanında, teknik olarak da takip edilmesi güç bir mevzuat ortaya çıkarmıştır. 506 sayılı Kanun yürürlüğe girdikten bu yana bu konuda değişiklik yapan 40 civarında kanun yürürlüğe girmiştir. Benzer bir durum Bağ-Kur için de söz

⁵⁹⁴ Türk Tabipler Birliği, Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000 (Ankara, 2000), s.51 vd.; Varlık, a.g.e., s.8.

konusudur. TC Emekli Sandığı Kanunu ise kabulünden bu yana 200'e yakın değişiklik geçirmiş ve ek maddeler ile geçici maddelerin sayısı temel maddelerin sayısını aşar hale gelmiştir. Örneğin, 2001 yılı itibariyle TC Emekli Sandığı Kanununun 137 temel maddesi, 76 ek maddesi, 209 geçici maddesi ve 23 ek geçici maddesi yürürlükte bulunmaktadır. Ayrıca, sosyal güvenlik mevzuatındaki değişikliklerin sık olması sigortalıların sisteme olan güvenini zedelemekte ve onlarda yeniden değişiklik olma beklentisi doğurmaktadır. Bu beklenti özellikle prim ödeme eğilimini zayıflatmıştır⁵⁹⁵.

Sosyal güvenlik sistemini çağdaş bir anlayışla bir araya getirecek tüm sigorta kolları için geçerli asgari kuralları düzenleyecek, toplumun tüm kesimlerini kapsayacak bir temel sosyal güvenlik kanununun çok geniş bir katılımı ile oluşturulması gerekmektedir⁵⁹⁶. Böylelikle sosyal güvenlikle ilgili dağınık birçok kanun yürürlükten kaldırılabilecek ve toplumun tüm kesimleri için eşit haklar sağlayan tek bir kanunun uygulanması mümkün olacaktır.

6.1.12.Genel Sağlık Sigortası

Genel sağlık sigortası, kişilerin ekonomik gücüne ve istekli olup olmamalarına bakılmaksızın gelecekte ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı toplumun tüm bireylerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkili bir biçimde faydalanmasını sağlayan bir sosyal güvenlik aracıdır. Bu sistemin finansmanı genel bütçeden vergilerle (İngiltere ve İtalya örneğinde olduğu gibi) karşılanabileceği gibi, nimet-külfet dengesi içinde prim toplayarak da (Almanya ve Fransa örneğinde olduğu gibi) karşılanabilmektedir. Sistemin amacı ise birey için vazgeçilmez bir hak, devlet için de görev olan sağlıklı yaşam güvencesini sürekli ve yaygın olarak sağlamaktır. Birçok gelişmiş ülkede çeşitli görünümde uygulanmasına karşın esasları aynı olan genel sağlık sigortası sistemi henüz Türkiye'de hayata geçirilememiştir⁵⁹⁷.

Ülkemizde 21 milyona yakın insanın sağlık güvencesi bulunmamaktadır. Modern toplumlar için bir üzüntü kaynağı oluşturan bu durumun ortadan kaldırılabilmesi için en kısa sürede yasal alt yapısı oluşturularak genel sağlık

⁵⁹⁵ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.172.

⁵⁹⁶ Can Tuncay, "Tüsiadın Sosyal Güvenlik Raporunun Ardından", Çimento İşveren, Ocak 1998, C.12, S.1, s.7.

⁵⁹⁷ DPT, (1991), a.g.e., s.166.

sigortasının kurulması gerekmektedir. Bu amaçla nüfusun tamamının prim esasına dayalı bir sistem içinde genel sağlık sigortası kapsamına alınması gerekmektedir. Bu nüfus içinde primini ödeyemeyecek durumda olanların primi de devlet tarafından karşılanmalıdır. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmının devlet tarafından finanse edilmesi uygulamasına da devam edilmelidir⁵⁹⁸.

6.1.13.GSMH'den Sağlığa Ayrılan Pay

Ekonomi politikalarıyla ve ekonomik istikrarla sosyal güvenlik arasında karşılıklı sıkı bir etkileşim ve ilişkiler bulunmaktadır. Ülkenin ekonomik düzeyi ne kadar yüksek olursa GSMH'den sosyal güvenliğe ayrılan pay da yükselmekte ve o ülkelerin sosyal güvenlik sistemleri oldukça cömert yardımlar sunmaktadır⁵⁹⁹. Ancak ekonomik gelişmişlik düzeyinin düşük olduğu ülkelerde ise bu duruma bağlı olarak GSMH'den sosyal güvenliğe ayrılan pay da düşük olmakta ve sunulan sağlık hizmetleri yetersiz kalmaktadır.

Buradan hareketle Türk sosyal güvenlik sisteminin de kuruluş ve gelişme dönemlerinde ülkenin genel ekonomik durumuna bağlı olarak olumsuz etkilendiğini söylemek mümkündür. Bu dönemde sosyal güvenlik için ayrılan kaynaklar yetersiz kalmış, ekonomide birtakım ilerlemeler kaydedilmesi durumunda bile bu gelişmeler sosyal güvenliğe yansıtılmamıştır. Sosyal güvenlik sisteminin başarılı olması her şeyden önce iktisadi ve sosyal destekle sağlanabilir. Gelişmiş ülkeler GSMH'sinin yaklaşık %20'sini sosyal güvenliğe ayırırken, ülkemizde bu oranın %3-4 civarında gerçekleşmektedir. Ülkemizin geliştirmekte olan ülkeler arasında yer alması ve bu nedenle sosyal güvenliğe gelişmiş ülkelere göre daha az kaynak ayırması bir mazeret oluşturmamalıdır. Çünkü geliştirmekte olan birçok ülke (Brezilya, Tunus, Venezuela vb.) sosyal güvenliğe bizdekinden daha fazla kaynak ayırabilmektedir. Bu nedenle ülkemizde GSMH'den sağlığa ayrılan payın artırılması konusunda daha duyarlı olunması gerekmektedir.⁶⁰⁰

⁵⁹⁸ Ali Seyyar, "Sosyal Güvenlik Sistemimizin Tarihi Gelişimi ve Bugünkü Durumu", *Sosyal Güvenlik Dünyası*, Nisan-Mayıs-Haziran 1999, Y.2, S.4, s.11; Varlık, a.g.e., s.10.

⁵⁹⁹ Dilik, (1991), a.g.e., s.5.

⁶⁰⁰ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.147.

6.1.14.İlaç Harcamaları

Türkiye'deki sağlık harcamalarına bakıldığında en büyük payın ilaç harcamalarına gittiği görülmektedir. Tedavi hizmetleri alanındaki harcamaların yaklaşık % 30'u ilaç harcamalarına gitmekte ve bu oran her yıl daha da artmaktadır. İlaç kullanımı konusunda doğru ve zamanında teşhis, ilaçların reçetelendirilmesi, doğru zamanda, doğru doz ve doğru kullanım ile ilgili sorunlar devam etmektedir. Bu durum büyük oranda paranın ve ilacın israfına neden olmaktadır. Bu nedenle, gerekli ilaçların gerekli miktarlarda hastalara verilmesi ve doğru kullanılması büyük önem taşımaktadır⁶⁰¹. İlaç harcamalarında tasarruf sağlanması amacıyla ilaçların hastalara kutuyla değil, ihtiyacı kadar sayıyla verilmesi konusunda önlem alınması yararlı olabilir. Ayrıca evlerdeki kullanılmayan ancak ihtiyaç sahiplerince kullanılabilmesi mümkün olan (son kullanma tarihi açısından) ilaçların kampanyalar düzenlenerek toplatılması ve ihtiyaç sahiplerine sunulması yoluyla da mevcut ilaçları değerlendirebilmek mümkündür. Bunun yanında toplumun radyo ve televizyon programlarıyla ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi de yararlı sonuçlar doğuracaktır.

Diğer taraftan, kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan ve süreklilik arz eden ilaçların sigortalılara katkı payı alınmaksızın sunulmasına devam edilmelidir.

6.1.15.Yatırım Planlaması

Sağlık yatırımlarının konusu, amacı, yatırım yerinin seçimi, büyüklüğü, maliyeti, mimarisi, işletilmesi, personel ve makine-teçhizat ihtiyaçları, bu yatırımlardan elde edilecek çıktılarının sonucu ülke ekonomisine ve sağlık düzeyine katkıları etkililik, verimlilik, ve ekonomik olma ilkeleri dahilinde mevcut imkanlar göz önüne alınarak rasyonel bir şekilde planlanmalıdır. Bu şekilde gereksiz yatırımlar önlenebilecektir. Böylece sağlanacak tasarrufların daha öncelikli sağlık sorunlarının giderilmesine, hizmetlerin yaygınlaştırılmasına ve kalitesinin artırılmasına yönlendirilmesi mümkün olacaktır. Zaten sınırlı olan kaynakların gerçekçi ve akılcı politikalarla maksimum faydayı sağlayacak şekilde kullanılması gerekmektedir. Bu da yatırımlar için fizibilite

⁶⁰¹ Varlık, a.g.e., s.12.

çalışmalarının ve fayda maliyet analizlerinin yapılmasıyla mümkündür. Bu nedenle ülkenin sağlık politikalarını belirleyenlerin sağlık ekonomisini, planlama ve değerlendirme tekniklerini çok iyi bilmeleri gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin planlaması, sunulması ve değerlendirilmesinde bu hususların üzerinde hassasiyetle durulması gerekmektedir. Yatırımların yer seçimi yapılırken bilimsel ölçütler kullanılmalı, politikacıların etkisi (kendi seçim bölgeleri yatırım yaptırma gibi) en aza indirilmelidir⁶⁰². Yapılacak yatırımlar gerçekten ihtiyaca cevap vermeli, ülkenin sağlık sistemine bir katkı sağlamalıdır. Aksi takdirde yapılanlar ölü yatırımlar haline dönüşecek ve harcanan paralar israftan öteye gitmeyecektir.

6.1.16. İstikrar Programları

Ekonomik istikrar programlarının faturası sosyal güvenlik sistemlerine yüklenmeye çalışılmıştır. Düşük büyüme hızı, yüksek oranlı enflasyon, işsizlik ve ödemeler dengesindeki bozulmalar gibi nedenlerle sık sık ekonomik istikrar programlarına başvuran ülkemiz kamu harcamalarını azaltan önlemler söz konusu olduğu zaman, işe sosyal güvenlik harcamalarının kısılması ile başlama eğilimini göstermiştir. Kaldı ki yapısal değişmeyi gerçekleştirmeye yönelik istikrar programları bu programın bir parçası olarak sosyal güvenlik sistemlerinin reforme edilmesini de zorunlu kılmaktadır. Ancak bu etki tek yönlü değildir. İstikrar programlarının geniş toplum kesimlerine yönelik acı reçetelerini hafifletmeye yönelik önlemler de sosyal güvenlik sistemleri içinde alınabilmektedir. Bu bakımdan, bir yandan bu amaca tahsis edilen kaynaklar sınırlanırken, diğer yandan istikrar programlarının olumsuz sonuçlarını azaltmaya yönelik harcamalar sosyal güvenlik kurumları üzerine fatura edilmiş olmaktadır⁶⁰³. Göz önünde tutulması gereken en önemli husus ülkelerin ekonomik düzeyleriyle sosyal güvenlik kurumlarının arasında sıkı bir etkileşim olduğudur. Ülkelerde refah artışı olan dönemlerde sosyal güvenlik sistemleri daha cömert yardımlar yapmakla birlikte, bu dönemlerde refah artışına bağlı olarak sosyal güvenliğe olan ihtiyaç da bir ölçüde azalmaktadır. Ekonominin kötüye gittiği dönemlerde ise sosyal güvenliğe olan ihtiyaç iyice şiddetlenmektedir. Burada bir paradoks ortaya çıkmaktadır.

⁶⁰² Aynı, s.5.

⁶⁰³ TÜSİAD, Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma (Ekim, 1997), s.45.

Bir yandan kötüleşen ekonomik koşullar nedeniyle sosyal güvenliğe ayrılan pay azaltılırken, bir yandan da bu koşullarda yaşamak durumunda olan bireylere sağlanan yardımlar (sosyal yardımlar, işsizlik yardımları vb.) sosyal güvenlik teknikleriyle sunulmaya çalışılmaktadır. Bu nedenle hükümetler ekonomik kriz dönemlerinde kısıntı yapılabilecek başka kaynaklara yönelmeli, sosyal güvenlik harcamalarının toplumdaki gerilimi azalttığını göz ardı etmemelidir.

Ayrıca, ülkemizdeki sağlık şartlarının ve hizmetlerinin iyileştirilmesinin diğer sektörlerdeki gelişmelere bağlı olduğu da unutulmamalıdır. Sadece sağlık sektöründeki iyileştirmeler tek başına yeterli olmayacaktır. Bu bakımdan sağlığı yakından ilgilendiren eğitim, çevre, beslenme, gelir düzeyi, konut gibi faktörlere ait standartların da yükseltilmesi gerekmektedir. Sağlığa ilişkin bir değerlendirme yapılırken bütün bunların göz önünde bulundurulması gerekmektedir⁶⁰⁴.

6.1.17.Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri toplumu meydana getiren bireylerin hasta olmalarını önlemek ve erken dönemde hastalıklarını teşhis etmek için yapılan çalışmalardır. Bu çalışmaların amacı bireyi, aileyi ve toplumu hastalıklardan, kazalardan ve sakatlıklardan koruyarak sağlık standartlarını geliştirmek ve yükseltmektir. Koruyucu hizmetler kişiye yönelik hizmetler ve çevreye yönelik hizmetler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kişiye yönelik hizmetler aile planlaması, kişisel hijyen, erken teşhis, sağlık eğitimi, beslenme, aşılama ve ilaçla korumayı kapsamaktadır. Çevreye yönelik hizmetler ise, sağlığa zarar veren her türlü fiziksel, kimyasal, biyolojik ve sosyo-kültürel faktörlere karşı önlem almayı içermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri öncelikle önem verilmesi gereken hizmetler arasında yer almaktadır. Bundan sorumlu olan en başta bireylerin kendileridir. Korunma tedaviden daha kolay, daha çabuk ve en önemlisi daha ucuz bir yöntemdir. Koruyucu sağlık hizmetleri sayesinde işgücü kaybı, hastane yataklarının gereksiz yere işgali, sağlık personelinin uzun süre meşgul edilmesi önlenmekte ve ailenin hastalık nedeniyle maddi ve manevi stres altına girmesi engellenmektedir⁶⁰⁵.

⁶⁰⁴ Varlık, a.g.e., s.1.

⁶⁰⁵ Kural ve Polat, a.g.e., s.101.

Yerine getirdiği bütün bu önemli işlemlere rağmen ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri hep ikinci planda kalmıştır. Sağlık hizmetleri için ayrılan finansman, fiziki alt yapı ve insan gücü kaynaklarının % 95'i tedavi edici sağlık hizmetlerine ayrılırken, % 5'i koruyucu sağlık hizmetlerine kullanılmaktadır. Oysa koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesiyle daha ekonomik daha etkili bir şekilde hizmet verilmesi mümkündür. Alınan koruyucu önlemler sayesinde yüksek maliyetli tedavi hizmetlerine ihtiyaç en aza indirilecek, bu da sağlık harcamaları açısından büyük bir tasarruf sağlayacaktır⁶⁰⁶. Geçmişte sıtma, çocuk felci gibi birçok hastalıktan aşı kampanyaları sayesinde bir çırpıda kurtulan ülkemizde yeni ortaya çıkan ve yaygınlaşan hastalıklar için de aynı önlemlere başvurmalıdır. Bu amaçla yurt çapında aşı kampanyaları düzenlenerek, hastalıklara karşı bir bağışıklık sistemi oluşturulabileceği gibi, halk sağlığı taramalarıyla hastalıkların erken teşhis edilmesi de mümkün olabilecektir. Buna ek olarak ebe-hemşireler tarafından bölge halkına aile planlaması, sağlık eğitimi, bebek ve çocuk sağlığı kontrolü hizmetleri verilmesi de etkili olabilecek önlemler arasında bulunmaktadır.

Ancak bunları başarabilmek için, koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminin farkında olmak ve toplam sağlık harcamaları içinde koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan payı daha da artırmak gerekmektedir.

6.1.18.Etkili Hizmet

Sosyal güvenlik kurumlarındaki sigortalılar Kurumlarının veya anlaşmalı hastanelerinin sağlık hizmetlerinden ve yardımlarından yararlanmaktadırlar. Oysa tüm sigortalılar Yeşil Kart sahipleri de dahil olmak üzere ayırım yapılmaksızın o çevredeki imkanlar ölçüsünde her kuruluşa ait sağlık tesislerinden yararlandırılmalıdır. Bu uygulama hem sağlık alt yapısının etkili kullanılmasını sağlayacak, hem de bazı sağlık merkezlerindeki yığılmaları önleyecektir⁶⁰⁷.

Ayrıca, başta üniversite hastaneleri olmak üzere tüm eğitim ve araştırma hastanelerinin birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşları gibi hizmet vermelerinden vazgeçilmelidir. Eğitim ve öğretim faaliyetlerinin aksaması ve hizmet maliyetinin

⁶⁰⁶ Varlık, a.g.e., s.1.

⁶⁰⁷ Aynı, s.11.

artması nedeniyle bu uygulamaya son verilmelidir. Bu nedenle söz konusu hastanelerin sadece temel görevleri olan araştırma ve eğitim faaliyetlerine yönelmeleri amacıyla gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

Etkili hizmet sunulmasını sağlayacak bir başka önlem de, yürürlüğe girdiği 1960'lı yılların toplumsal yapısı itibariyle daha çok kırsal bölgelere hizmet vermek amacıyla geliştirilmiş olan 224 sayılı Sosyalizasyon Kanununun günün ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde gözden geçirilmesidir. Sağlık evi, sağlık ocağı, sağlık merkezi, grup başkanlıkları ve bölge hastaneleri düzeyinde çok güçlü bir alt yapısı bulunan bu sistem şehirlerin ihtiyaçlarına da cevap verecek şekilde yeniden düzenlenmelidir.

Ayrıca, sigortalılara aktif-pasif ayrımı gözetilmeksizin bir sosyal güvenlik numarası verilmeli ve sigortalılara ilişkin tüm bilgiler bir veri tabanında, bilgisayar ortamında tutulmalıdır. Bu, sigortalıların takibini kolaylaştıracak ve sistemi daha etkili hale getirecektir⁶⁰⁸.

6.1.19.Sağlık Teknolojisi

Sağlık teknolojisi alanında sağlanan gelişmeler nedeniyle daha pahalı ancak daha etkili tedavi yöntemleri uygulanmaya başlanmıştır. Uygulanan bu yöntemler sağlık harcamalarında büyük artışlar meydana getirmiştir. Bu nedenle ileri teknoloji içeren sağlık yardımlarından yararlanılması konusunda bazı sorunlarla karşılaşabilmektedir⁶⁰⁹. Hastaların tomografi, anjio ve mamografi gibi teknoloji ürünü olan tıbbi cihazlardan yararlanma durumlarında, resmi hastalara ileri tarihlere randevu verilirken, döner sermaye işletmelerine, vakıflara veya derneklere bağış yapan veya belirli bir fark ödeyen hastalara ise en kısa sürede hizmet sunulabildiği görülmektedir. Bu farkı veremeyecek durumda olan hastalar ise beklemek durumunda kalmaktadırlar. Halbuki söz konusu cihazların çalışır durumda olmaları koşuluyla resmi ve özel hasta ayrımı gözetilmeksizin tüm hastaların tedavi imkanlarından eşit yararlandırılmaları gerekmektedir. Bağış yapmak bir zorunluluk haline gelmemeli, isteğe bağlı olmalıdır. Bunun önüne geçebilmek için hastanelerin bilgisayarlı randevu sistemine geçmesi yararlı olacaktır. Bu yöntemde randevular sistem tarafından otomatik olarak verilecek,

⁶⁰⁸ Tuncay, (1998), a.g.e., s.7.

⁶⁰⁹ Bernd Baron von Maydell, "Sosyal Reform ve Karşılaştırmalı Hukuk", Çimento İşveren, Temmuz 2001, C.15, S.4, s.5.

araya bir başka hastanın girmesi mümkün olmayacak ve her hasta kendi sırası geldiğinde bu hizmetten yararlanacaktır. Ayrıca hastanelerde vardiya uygulamasının yaygınlaştırılması da bu cihazların daha verimli kullanılmasını sağlayacaktır⁶¹⁰.

6.2.Finansal Sorunlar ve Çözüm Önerileri

6.2.1.Prim Tahsilatı

Finansal sorunların başında primlerin tahsil edilememesi gelmektedir. Sosyal güvenliğin finansmanında primlerin önemli bir yeri vardır. Bu nedenle primlerin tahsilatında karşılaşılan sorunlar hem finansmanı güçleştirmekte hem de sosyal güvenlik kurumlarının mali dengesini bozmaktadır. TC Emekli Sandığında pek görülmesine de Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur açısından prim tahsil etme konusunda oldukça güçlükler yaşanmaktadır⁶¹¹. Çoğu zaman prim tahsil edememek kurumları darboğaza sokmaktadır. Günümüzde prim ödeme oranı Sosyal Sigortalar Kurumun'da %85, Bağ-Kur 1479 sayılı Kanuna tabi olanlarda %55, 2926 sayılı Kanuna tabi olanlarda ise %20 civarına düşmüştür⁶¹². Prim tahsilatı konusunda en ciddi problemleri Bağ-Kur yaşamıştır. 1983-1992 yılları arasındaki 10 yıllık dönemde her ay primlerini düzenli olarak ödeyenlerin oranı %1, düzensiz aralıklarla prim borcu ödeyenlerin oranı %34, sbirkaç kez prim ödeyenlerin oranı %30 ve tescilini yaptırdığı halde hiç prim ödemeyenlerin oranı ise %35 düzeyinde gerçekleşmiştir. Bağ-Kur'un prim toplayamamasının iki önemli nedeni vardır. Bunlardan ilki; sigortalıların beklentilerine Kurumun cevap verememesi, ikincisi ise sık sık çıkan af yasalarıdır. Ülkemizdeki en büyük sosyal güvenlik kuruluşu olan Sosyal Sigortalar Kurumu da ciddi bir prim tahsilat problemi ile karşı karşıyadır. Kurumun kuruluşundan bu yana geçen sürede alınan bütün idari, cezai ve teşvik edici tedbirlere rağmen prim tahsilat oranı %85'in üzerine çıkarılamamıştır⁶¹³. Ayrıca kurumun tahsil edemediği prim alacakları incelendiğinde kamu kesiminin borçlarının özel sektörün borçlarının iki katına ulaştığı da görülmektedir⁶¹⁴.

⁶¹⁰ Varlık, a.g.e., s.6.

⁶¹¹ Ufuk Aydın, "Sosyal Güvenlikte Özelleştirme", Çimento İşveren, Eylül 1998, C.12, S.5, s.6.

⁶¹² Güzel, (1999), a.g.e., s.10; Duygulu, a.g.e., s.6.

⁶¹³ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.156.

⁶¹⁴ Gerek, (1995), a.g.e., s.7.

Prim tahsilat oranlarının artırılabilmesi amacıyla denetimlerin sıkılaştırılması, sigortalı bilgilerinin bilgisayar ortamında takip edilmesi, gecikme zammı oranının enflasyon oranının üstünde tutulması gibi sigortalıları tescile ve prim ödemeye özendirici ve zorlayıcı önlemlerin alınmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca işverenler açısından önemli olan primlerin gider indirimine konu edilmesi hususunda yapılan yerinde düzenlemelerde oldukça yararlı olmuştur. 1993 yılına kadar işverenler prim borçlarını tahakkuk ettirmeleri koşuluyla primlerini gayri safi kazançtan gider olarak indirebilmekteydiler. Bu konuda primlerin zamanında ödenip ödenmediğine bakılmamaktaydı. Yani işveren primleri tahakkuk ettirmesine rağmen zamanı geldiğinde ödemese bile bu indirimden yararlanmaktaydı. Bu durumda primlerini düzenli olarak ödeyen işverenlerle, primlerini ödemeyen işverenler arasında prim ödemeyi teşvik edici herhangi bir unsur kalmamaktaydı. Ancak 1993 yılında Sosyal Sigortalar Kanununun 80. maddesinin 3. fıkrasında yapılan bir düzenlemeyle bu tür indirimler yükümlülüklerini tam olarak yerine getiren işverenlere sağlanır hale gelmiştir. Bu durumdaki işverenler, gider indiriminin dışında kredi kolaylıkları sağlama ve manevi ödül verilmesi gibi teşvik edici uygulamalarla da desteklenmelidir.

6.2.2.Prime Esas Kazanç Sınırları

Prim kaybına neden olan bir başka konu bildirimde bulunan sigortalıların çalıştırıldıkları gün sayısının ve ücretlerinin düşük gösterilmesidir. Bu konuda da sıkı denetim mekanizmalarının devreye sokulması gerekmektedir⁶⁰⁵.

Sosyal Sigortalar Kurumu açısından prime esas kazançlar oldukça düşük kalmış ve prime esas ücretin üst sınırı yeterince artırılamamıştır. 1987 yılında asgari ücretin yaklaşık 6 katına karşılık gelen prime esas ücret tavanı, 1999 yılında 2 katına gerilemiştir. Ayrıca bu dönemde prime esas ücretin alt ve üst sınırı arasındaki fark giderek azalmıştır. Bu da, ücretin prim alınan kısmının oransal olarak azalması anlamına gelmektedir. Prim oranlarının diğer ülkelerdeki uygulamalara yakın olmasına rağmen ücretlerin prime esas kısmının düşük olması nedeniyle prim gelirleri ile ele

⁶⁰⁵ TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Reformu Komisyon Raporu, (Ankara, Kasım 1997), s.5.

geçen ücretler arasındaki ilişki bozulmuştur. Günümüzde Sosyal Sigortalar Kurumu mensupları için gerçek prim yükü %11 civarına gerilemiştir⁶⁰⁶.

25.08.1999 tarihli 4447 sayılı Kanun değişikliğinden önce prime esas kazançlar memur maaş katsayısı ve göstergenin çarpımı ile hesaplanmaktaydı. Bu dönemde memur maaşlarının düşük tutulması nedeniyle işçi ücretlerindeki gelişme prime esas kazançların üzerinde gerçekleşmiş ve prim alınmayan kazanç miktarı iyice artmıştır⁶⁰⁷. Ancak, yukarıda sözü edilen düzenlemeyle bu yöntem terk edilmiştir. Yeni düzenlemeye göre 1.1.2000 tarihinden başlamak üzere alınacak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas tutulan günlük kazancın alt sınırı 4.000.000 TL, üst sınırı ise alt sınırın üç katı olarak belirlenmiştir. Alt sınır miktarındaki artışlar bir önceki yılın tüketici fiyatları endeksindeki artışlar dikkate alınarak belirlenecektir. Ayrıca Bakanlar Kurulunun alt sınır ile üst sınır arasındaki farkı beş katına kadar artırma yetkisi bulunmaktadır. 1.6.2000 tarihinde Bakanlar Kurulu bu yetkisini kullanarak üst sınırı alt sınırın 4 katına çıkarmıştır. 1.4.2001 tarihinden itibaren ise Bakanlar Kurulu alt sınırı 7.000.000 TL çıkartmıştır. Bu dönemde Bakanlar Kurulu alt sınır için bir önceki yılın tüketici fiyatları endeksinde dikkate almamış ve kendisi bir miktar tespit etmiştir. Ayrıca Bakanlar Kurulu sahip olduğu yetkiyi kullanarak prim ve verilecek ödeneklerin hesabına esas günlük ücretin üst sınırını alt sınırın 5 katına yükseltmiştir. Yapılan bu düzenlemenin prime esas ücreti ve dolayısıyla toplanan primleri artırması bakımından yararlı sonuçlar doğuracağı düşünülmektedir⁶⁰⁸.

Sigortalıların çalıştıkları günlerin düşük gösterilmesi de prim gelirlerini azaltan bir başka uygulamadır. Sosyal Sigortalar Kurumunun 1995 yılı verilerine göre, sigortalıların %51,4'ünün primleri eksik ödenmiştir. Bu bakımdan denetim elemanlarının sayısının artırılarak işyeri denetimlerinin sıklaştırılması da yararlı olabilecek önlemlerden bazılarıdır.

4447 sayılı Kanunla yapılan değişiklikten önce, Bağ-Kur'da 6. basamaktan itibaren basamak yükseltmenin isteğe bağlı olması nedeniyle Bağ-Kur sigortalılarının %60'ı 6. basamakta birikmekte ve bu basamak üzerinden prim ödemekteydiler. Bu dönemde sigortalıların %82'si, 1. ve 6. basamak arasından, %17'lik kısmı ise 7.-12.

⁶⁰⁶ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.154.

⁶⁰⁷ Güven, (1997), a.g.e., s.7.

⁶⁰⁸ Güzel ve Okur, (1999), a.g.e., s.146.

basamaklardan, %1'lik kısmı ise 12.-24. basamaklardan prim ödemişlerdir⁶⁰⁹. 6. basamaktaki yığılmayı önleyebilmek için 4447 sayılı Kanunla bir düzenleme yapılmıştır. Buna göre, sigortalıların basamak yükseltmesi 12. basamağa kadar prim ödemeye ve talebe bakılmaksızın Kurumca yapılmaktadır. İlk 12 basamakta bekleme süresi bir yıl, 13. basamaktan sonra ise her basamak için bekleme süresi iki yıl olarak öngörülmüştür. Bu yeni düzenlemeye göre 12. basamaktan itibaren basamak yükseltilmesi için sigortalının yazılı talepte bulunması ve talep tarihinden önceki ayın sonu itibariyle prim ve diğer borçlarını ödemiş olması gerekmektedir⁶¹⁰. Bu bakımdan yapılan bu düzenleme Bağ-Kur sigortalılarının 12. basamağa kadar düzenli olarak yükselmesini sağlayacak ve daha düşük basamaklardan prim ödenmesinin önüne geçilmiş olacaktır. Ancak bu düzenlemenin kısa bir süre için yararlı olacağı, geçmişte 6. basamakta görülen yığılmanın ilerleyen yıllarda 12. basamakta da yaşanacağı düşünülmektedir.

6.2.3. Af ve Tahkim Kanunları

Af ve tahkim kanunları da sisteme zarar veren uygulamalar öngörmüştür. Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur'un tahsil edilemeyen primleri için bu güne kadar birçok af/tahkim kanunu çıkarılmış, ancak bunların hiç birinden umulan fayda sağlanamamıştır. Bu durum mükelleflerin prim borçlarını ödeme konusundaki hassasiyetlerini ortadan kaldırmış, prim ödeme alışkanlıklarının azalmasına neden olmuştur. Bu tür uygulamalar yükümlülüklerini yerine getiren, iyi niyetli işverenler açısından heves kırıcı olduğu gibi, prim borçlarını ödemeyen işverenler açısından da özendirici bir durum ortaya çıkarmıştır. Bu nedenle primini zamanında ödemeyi özendirici önlemler (gider indirimi vb.) alarak iyi niyetli sigortalıların ve işverenlerin primlerini zamanında ödemesi teşvik edilmelidir⁶¹¹.

Bugün prim ve gecikme cezalarının affedilmesine yönelik uygulamaların sosyal sigorta kurumlarının içine düştüğü mali krizin en önemli nedenlerinden biri olduğunun tüm toplumca bilinmesine karşın, bu uygulamalar hala sürdürülmektedir. Sosyal tarafların büyük çoğunluğunun bu tür uygulamalardan medet umması, prim affının bir

⁶⁰⁹ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.154.

⁶¹⁰ Güzel ve Okur, (1999), a.g.e., s.413.

⁶¹¹ Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, (1997), a.g.e., s.11.

siyasi çıkar malzemesi haline getirilmesi ve nasıl olsa af çıkar beklentisi ülkemizde henüz sosyal sigorta bilincinin oluşmadığını ve bu kavramın yeterince sindirilemediğini göstermesi bakımından dikkat çekicidir.

6.2.4.Maliyete Katılım

Sosyal güvenlik programları arasında önemli bir yer tutan sağlık yardımlarının maliyetleri oldukça yüksektir. Günümüzde ortalama yaşam süresinin uzaması ve sağlık alanında ileri teknolojiye yararlanılması sosyal güvenlik harcamaları içinde sağlık harcamalarının payını yükseltmiştir. Bu bakımdan sağlık sigortalarının kaliteli hizmet sunabilmesi ve bu hizmetlerini sürdürebilmesi için ek finansman kaynaklarına ihtiyaç duyulmuştur. Bu amaçla sigortalıların da sağlık sigortası kapsamında bazı ek maliyetlere katılması öngörülmüştür. Sağlık yardımlarının maliyetinin çok yüksek olduğu düşünüldüğünde ilaç, protez araç ve gereçlerinin bedellerinin karşılanmasına sigortalıların da katkıda bulunması olumlu bir gelişmedir. Bu açıdan yeni düzenlemelerle sigortalılardan belirli oranlarda katkı payı alınması yerinde bir uygulama ve gelir artırıcı bir önlem olarak göze çarpmaktadır⁶¹².

6.2.5.Fonların Ayrılması

Ülkemizde sağlık ve emeklilik fonları bir arada yürütülmektedir. Bu durum sağlık fonlarının da erimesine ve sağlık hizmetlerinin yetersiz sunulmasına neden olmaktadır. Kaliteli ve etkili hizmet sunulabilmesi için her sigorta kolunun o konuda uzmanlaşmış kurumlar tarafından yönetilmesi gerekmektedir. Bu nedenle sağlık ve emeklilik fonları en kısa sürede birbirinden ayrılmalıdır⁶¹³.

6.1.6.Devletin Finansmana Katkısı

Sosyal güvenlik sisteminin sadece prim gelirleriyle işlerliğini sürdürmesi mümkün görünmemektedir. Yeni gelir kaynakları yaratmak açısından da prim oranlarını

⁶¹² Cansızlar, a.g.e., s.31.

⁶¹³ Peker, a.g.e., s.35.

artırmak mevcut ekonomik kriz ortamında ve işsizliğin yüksek olduğu bu dönemde oldukça zordur⁶¹⁴. Sosyal güvenliğin bir devlet görevi olarak kabul edilmesi, sistemin finansmanına iştirak etmesinin temel gerekçesini oluşturmaktadır. Ancak, devlet ülkemizde kamu kesiminde işveren olarak ödediği primler ve işsizlik sigortasına ödediği prim (% 2) haricinde sosyal sigortaların finansmanına üçüncü taraf olarak prim ödememektedir. Bununla birlikte devlet primsiz rejim adı verilen sosyal yardım ve sosyal hizmet fonksiyonu yerine getirmektedir⁶¹⁵.

Ayrıca devlet katkısının, bütçeden aktarılan kaynaklarla açık kapatma biçiminde olduğu görülmektedir. Devletin sosyal güvenlik sisteminin finansmanına taraf olarak prim katkısı bulunmaması Sosyal Sigortalar Kurumu ve TC Emekli Sandığında olduğu gibi, işveren katkısı olmayan Bağ-Kur için daha büyük önem taşımaktadır⁶¹⁶. Bu nedenle devletin, sosyal güvenlik sistemine açık kapatan değil, bizzat prim ödeyen üçüncü taraf olarak katılmasının yaygınlaşmasının yerinde bir uygulama olacağı düşünülmektedir⁶¹⁷. Diğer taraftan devletin prim ödeyerek finansmana katılması sigortalı ve işverenlerin prim yükünü azaltacak, kayıt dışı çalışanların kayıt altına alınabilmesi ve prim ödeme tabanının genişletilmesi bakımından da teşvik edici bir unsur olacaktır.

⁶¹⁴ Güzel, a.g.e., s.11.

⁶¹⁵ Ekin, Alper ve Akgeyik, a.g.e., s.158.

⁶¹⁶ TİSK, a.g.e., s.38.

⁶¹⁷ Melih Araz, "Herkesin Kazandığı Model", *Görüş*, Kasım-Aralık 1997, S.33, s.26.

SONUÇ

Bu çalışmada, sosyal güvenlik ihtiyacının ilk ortaya çıkışından başlayarak, bir sistem haline gelişine kadar geçen süreç içinde sağlık sigortalarının tarihsel gelişimi, özellikleri, yapısı ve modelleri üzerinde durulmuştur. Daha sonra seçilmiş bazı Batı ülkelerinin ve gelişmekte olan bazı Asya ülkelerinin bireylere sağladığı sağlık güvenceleri incelenmiş, sonra da ülkemizdeki kamu sağlık sigortaları ve bu sigortaların çalışanlara sağladığı haklar ve ülkemizdeki sosyal güvenlik kurumlarının tarihsel gelişimi, yapısı, işleyişi ve sorunları ele alınmıştır.

Yapılan bu çalışma sayesinde sanayileşmiş Batı ülkelerinde, gelişmekte olan Asya ülkelerinde ve ülkemizde uygulanan sosyal sağlık sigortalarını karşılaştırma olanağı elde edilmiştir. Ayrıca ülkemizdeki sağlık hizmetleri ve sağlık sigortası konusunda karşılaşılan sorunlar incelenerek çözüm önerilerine katkıda bulunulmasına çalışılmıştır.

Dünyada, sağlık güvencesini sağlamak için belli başlı modeller uygulanmaktadır. Bu modeller arasında uygulamada farklılıklar olsa bile, sağlıklı olma hakkının birey için vazgeçilmez bir hak, devlet için de yerine getirilmesi gereken önemli bir görev olduğu birçok uluslararası belgede de belirtildiği gibi herkes tarafından üzerinde anlaşılmış bir olgudur.

Sağlık sigortasının bireylere sağladığı yardım ve hizmetlerin yaygınlığı, ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyleri ve nüfuslarıyla doğrudan ilişkilidir. Bu nedenle her ülke sahip olduğu olanaklar ölçüsünde sosyal güvenliği yaygınlaştırmakta ve çeşitli düzenlemelerle birçok yeni programı toplumun daha geniş kesimlerini kapsayacak şekilde yürürlüğe koymaya çalışmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık sigortalarının toplumun neredeyse tamamını kapsadığı ve yardımların yüksek kaliteyle sunulduğu gözden kaçmamaktadır. Ayrıca bu ülkelerde sağlık sigortalarında yönetimde birliğin ve sağlık yardımlarında standartların sağlanmış olduğu ve hemen hemen hepsinde "aile hekimliği" sistemine geçildiği görülmektedir. Böylelikle sağlık hizmetleri daha verimli ve daha etkili sunulabilmektedir. Ayrıca, bu ülkelerde devletin sağlık hizmetleri için GSYİH'den ayırdığı payın %10 ile %20 arasında değişmekte

olduğunu ve devletin sağlık sigortalarının finansmanına bizzat katkıda bulunduğunu söylemek mümkündür.

Gelişmekte olan ülkelerde ise sağlık güvencesinin işçiler ve memurlar için farklı kurumlar tarafından yürütüldüğü ve sağlanan yardımlar bakımından henüz birtakım standartların oluşturulmadığı görülmektedir. Ayrıca bu ülkelerde devlet sağlık sigortalarının finansmanına bütçe açıklarını kapatan bir taraf olarak katılmış ve genellikle sigortanın finansmanını işveren ve sigortalının yükümlülüğüne bırakmıştır. Sağlık sigortasının kapsadığı nüfus miktarına bakıldığında ise gelişmekte olan ülkelerde sağlık güvencesinden yoksun grupların büyük miktarlara ulaştığı da tespit edilmiştir. Gelişmekte olan ülkelerde bu tür sorunlarla karşı karşıya gelirken sanayileşmiş ülkelerin de tümüyle sorunsuz olduğunu düşünmek pek mümkün görünmemektedir.

Sosyal devlet ilkesi ve bu ilke çerçevesinde sunulan hizmetlerin sınırı çeşitli tartışmalara konu olmuş ve bu ülkelerde sağlık yardımları maliyetlerinin azaltılması ve kalitenin daha da artırılması için bazı çalışmalar yapılmıştır. Son yıllarda, gelişmiş ülkelerde harcamaların kontrol altına alınması, ilaç harcamalarına sigortalıların belli oranlarda katılması, belli bir üst sınırdan daha fazla yaşlılık aylığı alanların sağlık sigortasının finansmanına katılması sağlanmaya çalışılmıştır. Tedavi hizmetlerinde belirli bir miktara kadar ilk ücretin ve belirli sınırları aşan ücretin sigortalı tarafından karşılanması gibi bazı önlemler alınması yoluna gidilmiştir.

Sağlık hizmetleri ve sağlık sigortaları ülkemiz açısından da sıkıntılı bir konudur. Sağlık hakkı anayasal bir hak olmasına karşın toplumun tümünü kapsayacak şekilde genişletilip yaygınlaştırılmamıştır. Memurların, işçilerin (tarım işçileri dahil) ve bağımsız çalışanların (bağımsız tarım işleri yapanlar dahil) sosyal sağlık güvencesi bulunmasına karşılık yaklaşık 21 milyon kişinin sağlık sigortası bulunmamaktadır. Bu anlamda sağlığın temel bir hak olmasından hareketle sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına acilen ihtiyaç vardır. Bu nedenle ülkemizde de bazı önlemlerin alınması kaçınılmazdır. Bunlar;

- i. Dağınık bir biçimde, çeşitli kurumlar aracılığıyla ve farklı kanunlara göre sunulan sağlık yardımları tek bir çatı altında toplanmalı ya da, ayrı ayrı sürdürülen bu hizmetler için yapılan katkılar ve sağlanan yardımlar konusunda tüm kurumların uyacağı standartlar belirlenmelidir. Yani Sosyal Sigortalar Kurumu, TC Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a

- sigortalıların yapacakları katkılar (primler ve katkı payları) ile bu kurumların sigortalılara sağlayacakları hizmetlerde aynılık sağlanmalıdır.
- ii. Sağlık sistemi sigortacılık prensiplerine göre işletilmeli, bu prensiplere aykırı uygulamalara son verilmelidir. TC Emekli Sandığı iştirakçisi olan aktif memurlardan sağlık sigortasına katılım amacıyla uygun bir oranda kesenek alınmalıdır. Ayrıca şu anda emekli sandığından emekli, adi malullük ve vazife malullüğü aylığı alanlardan da uygun bir oranda prim kesilebilir.
- iii. Belki de sosyal güvenliğe ilişkin sorunlardan kurtulmanın en önemli yolu sigortalıların kurumlarına sahip çıkmaları ve bu şekilde sosyal güvenceye ulaşabileceklerine öncelikle kendilerinin inanmalarıdır. Buna ek olarak sigortalıların sendikalar ve diğer baskı grupları aracılığıyla kurumları üzerinde etkili olmaları mümkündür.
- iv. 224 sayılı Sosyalizasyon Kanunundan beri var olan sevk zinciri sisteminin iyi işletilmesi ve mevcut sağlık ocakları sistemi korunması gerekmektedir. Ayrıca büyük şehirlerden başlamak üzere aile hekimliği uygulamasına geçilmesi de alınabilecek diğer önlemlerden bazılarıdır.
- v. Karmaşık ve dağınık halde bulunan mevzuat yerine ilgili tarafların kolaylıkla anlayabileceği temel bir Sosyal Güvenlik Kanununun çıkarılması gerekmektedir. Bu kanun ortak standartların oluşturulmasını da kolaylaştıracaktır.
- vi. Sağlık personeli konusunda iyi bir planlama yapılarak sağlık personelinin ülkeye dengeli ve bölge nüfusuyla orantılı olarak dağılması sağlanmalıdır. Böylelikle hekim başına düşen hasta sayısı da dengelenecek ve hizmetlerin daha etkili sunulması sağlanabilecektir.
- vii. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmeli ve bu hizmetler için ayrılan kaynaklar artırılmalıdır. Son dönemde sağlık kaynaklarının %3-4'ü koruyucu hizmetlere ayrılmaktadır. Yapılacak bu çalışma daha yüksek maliyetli olan tedavi hizmetlerine giden ödemelerin azaltılmasını sağlayacaktır. Çünkü koruyucu önlemler tedaviden daha ekonomik bir yöntemdir. Ayrıca çoğu yurt dışından ithal edilen ve sağlık giderleri içinde büyük miktarlara ulaşan ilaç giderlerini azaltıcı önlemlerin

alınması ve ilaç kullanımını konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir.

- viii. Sağlık alanında gerçekçi ve akılcı yatırım politikaları benimsenmeli ve ihtiyaçlar doğrultusunda yatırım yapılmalıdır. Ayrıca sağlık tesisleri modern hastanecilik anlayışıyla yönetilmeli, hasta kabul, hasta kayıtlarının tutulması ve randevu verilmesi gibi konularda yeni teknolojilerden yararlanılmalıdır.
- ix. Sosyal sağlık güvencesinden mahrum olan 21 milyona yakın insan için hazırlanmış ve benimsenmiş ancak yürürlüğe girememiş bazı modeller vardır. Bu modellerden en uygun olanının seçilerek yürürlüğe konulması gerekmektedir. Bu konuda ülkede kaynak eksikliği mazeretinin arkasına sığınmak pek mümkün değildir. Eldeki kaynaklarla etkili, dengeli ve eşitlikçi bir sistem kurmak mümkündür. Genel sağlık sigortası konusunda nasıl kaynak yaratılabileceği daha önceki bölümlerde incelenen tasarlarda gösterilmiştir. Bu nedenle herkesin sağlık güvencesinde olduğu bir toplum için tek eksiklik siyasi iradenin bu konudaki göstermiş olduğu yetersizliktir. Çünkü sorun belirlenmiş, öneriler sunulmuştur. Bunun için iyi bir yönetim ve genel sağlık sigortasının kurulmasını sağlayacak bir siyasi irade gereklidir. Diğer yandan bireyleri bir haktan az da olsa eşit ve dengeli bir şekilde yararlandırmak bazı grupları hiç yararlandırmamaktan daha az eleştiri getirecek bir uygulama olarak düşünülmektedir.
- x. Genel sağlık sigortasının kurulabilmesi için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Sağlık Bakanlığı arasında bir süredir devam eden yetki karmaşasının da bir an önce çözüme kavuşturulması gerekmektedir. Buna göre ülkede kurulması planlanan genel sağlık sigortasının sigortacılık idaresi ve sağlık hizmetleri idaresinin hangi kuruluşlar tarafından ve nasıl yürütüleceğinin netleştirilmesi gerekmektedir. Kanaatimizce prim toplama konusunda özerk bir kamu kurumundan ya da özel hukuk tüzel kişilerinden (özel sigortalar) yardım alınması, sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda da uzman kuruluşlardan satın alma yoluyla hizmet sağlanması yararlı olacaktır.

- xi. Prim gelirlerinin artırılması amacıyla Devletin sağlık sigortalarının finansmanına bizzat prim ödeyen taraf olarak katılması sağlamalı ve GSMH'den sağlık için ayrılan payın imkanlar ölçüsünde, ihtiyaca cevap verecek bir seviyeye çıkarılması gereklidir.
- xii. Prim tahsilatı konusunda, tahsilatı hızlandıracak önlemler alınmalıdır. Bu bakımdan gecikmeleri ve kaçak istihdamı özendirmeyecek ve yükümlülüklerini yerine getiren işverenleri ödüllendirecek yöntemler izlenmeli, bu konuda taviz verilmemelidir.
- xiii. Sağlık sigortası ve diğer sosyal sigorta kollarına kısa vadede kaynak sağlamada yararlı olacak olan sigortasız çalışmanın engellenmesi amacıyla önlemler alınmalıdır. Ayrıca var olan önlemlerin de müeyyideleri artırılmalıdır. Bununla beraber kaçak istihdamı azaltmaya yönelik olarak Sendikalar Kanununda ve Sosyal Sigortalar Kanununda yapılacak bazı düzenlemelerle sendika üyeliğinin korunmasına yönelik teminat ve tazminatların bir benzerinin "sigortalı çalışma" bakımından da sağlanmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.
- xiv. Mevcut sağlık sistemlerinin işletilmesinde sorun yaratan kalite ve yönetim anlayışına çözüm bulunmalıdır. Ülkemizde 1998 verilerine göre yaklaşık toplam 2,5 katrilyon TL sağlık harcaması yapılmış olmasına karşın bir kısım azınlık haricinde, büyük bir çoğunluğun aldığı hizmetten memnun olmadığı görülmektedir. Bu nedenle en azından mevcut yapının etkili bir hizmet sunabilmesi için modern bir yönetim ve kalite anlayışıyla, siyasi etkilerden uzak gerçek anlamda özerk bir yönetim benimsenmelidir.

Bu kapsamda emeklilik sigortalarının finansmanı ile sağlık sigortalarının finansmanı birbirinden derhal ayrılmalıdır. Ayrıca uzmanlaşmış kurumların hizmeti daha etkili sunabilmesi gerçeğinden hareketle sağlık hizmetlerini sunanlarla, sigortalılara sağlık hizmeti sağlama fonksiyonlarının da ayrı ayrı kurumlar eliyle gerçekleştirilmesinde yarar görülmektedir.

YARARLANILAN KAYNAKLAR

Aksakoğlu, Gazanfer. "İngiltere Sağlık Sistemi", **Toplum ve Hekim Dergisi**, C.9, S.64-65: Kasım 1994-Şubat 1995.

Alper, Yusuf. "Yeni Bir Yüz Yıla Giderken Yeniden Yapılanmanın Eşğindeki Sosyal Güvenlik", **Çimento İşveren Dergisi**, C.13, S.3: Mayıs 1999.

Alper, Yusuf. **Türkiye'de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar**. İstanbul: 1999.

Alper, Yusuf ve Tatoğlu, İsmail. **21. Yüzyıla Doğru Sosyal Güvenlik**. Bursa: 1994.

Altan, Ö. Zühtü. **Sosyal Politika**. Eskişehir: 1999.

Araz, Melih. "Herkesin Kazandığı Model", **Görüş**, S.33: Kasım-Aralık 1997.

Arıcı, Kadir. **Sosyal Güvenlik Dersleri**. Ankara: 1999.

Arıkan, Orhan. "Genel Sağlık Sigortası Ve Türkiye", **Maliye Yazıları**, S.5: Şubat-Mart 1987.

Atak, Filiz. "ABD'de Tıp ve Sağlık Hizmetleriyle Sosyal Yardım Programları ve Sağlık Sigortaları", **Hazine Dergisi**, S.3: Temmuz 1996.

Aviva Ron, Abel-Smith Brian, ve Tamburi Giovanni. **Health Insurance in Developing Countries**. ILO Press. Ceneva: 1990.

Avustralya Sağlık Sigortası Komisyonu. **Sağlık Finansmanı Politika Seçenekleri Çalışması**, Mart 1996.

Aydın, Ufuk. "Sosyal Güvenlikte Özelleştirme Sebepler ve Uygulamalar", **Çimento İşveren Dergisi**, C.12, S.5: Eylül 1998.

Aydın, Ufuk. **Sosyal Güvenlik Sorunlarının Çözümünde Özel Sigortalar**. Eskişehir: 1999.

- Ayhan, Abdurrahman. **Türkiye’de Sosyal Sigorta Kurumlarında Geçen Hizmetlerin Birleştirilmesi Sorunu ve Uygulaması**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1983.
- Ayhan, Abdurrahman. “Sosyal Sigorta ve Özel Sigorta Arasındaki İlişki ve Farklılıklara Genel Bir Bakış”, **Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.V, S.1: Haziran 1987.
- Belek, İlker. **Sosyal Devletin Krizi ve Sağlıkın Ekonomi Politikası**. İstanbul: 1994.
- Belek, İlker. “Nasıl Bir Sağlık Sistemi II”, **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.14, S.6: Kasım-Aralık 1999.
- Belek, İlker. “Nasıl Bir Sağlık Sistemi III”, **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.15, S.2: Mart-Nisan 2000.
- Bodur, Sait. **Aile Sağlığı**. Ankara:1991.
- Bulut, Musa. “Bağ-Kur”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.1, S.1: Temmuz-Eylül 1998.
- Cansızlar, Doğan. “Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Ortak Sorunları ve Önlemleri”, **Maliye Dergisi**: Ekim-Kasım-Aralık 1993.
- Centel, Tankut. **Sosyal Güvenlikte Yapısal Değişim**. İstanbul: MESS, 1997.
- Clasen, Jochen ve Freeman, Richard. **Social Policy in Germany**. Harvester-Wheatsheat: 1994.
- Çakmak, Fevzi. “Yeni Düzenlemelerle Bağ-Kur Sağlık Sigortası”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.3, S.9, s.44: Temmuz-Eylül 2000.
- Çakmakçı, Ömer. **Sosyal Güvenlik Kuruluşlarının Sağlık Hizmetlerinin Denetlenmesi, Bu Hizmetlere İlişkin Sorunlar Ve Çözüm Önerilerinin Araştırılması İle İlgili Rapor**. Ankara: TC Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, 09.07.1998.
- Çubuk, Ali. **Sosyal Politika Ve Sosyal Güvenlik**. Ankara: Gazi Üniversitesi, 1986.
- DPT. **Beş Yıllık Kalkınma Planları**, (1,2,3,4,5,6,7,8).

DPT. Beş Yıllık Kalkınma Planları, Özel İhtisas Komisyonu, Sosyal Güvenlik Raporları, (6,7,8).

DPT. Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Sağlık Sigortasının Temel İlkeleri Ve Maliyet Tahmini Yeşil Kart Uygulaması. Ankara: 1992.

Demircioğlu, Murat. **Sorularla Bağ-Kur Rehberi.** İstanbul: 2000.

Dilik, Sait. **Sosyal Güvenlik.** Ankara: 1991.

Dilik, Sait. **Sosyal Piyasa Ekonomisinin Vazgeçilmez Bir Parçası Sosyal Güvenlik,** Ankara: 1992.

Duygulu, Ercan. “Sosyal Sigortalar Kurumu’nun Sorunları Ve Bunların Çözüm Yolları”, **Sosyal Güvenlik Dünyası, Y.2, S.4:** Nisan-Mayıs-Haziran 1999.

Ekin Nusret, Alper Yusuf ve Akgeyik Tekin. **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Arayışlar: Özelleştirme Ve Yeniden Yapılanma.** İstanbul: İTO, 1999.

Ekonomi, Münir. **Ferdi Ve Toplu İş İlişkileri İle İlgili Kanunlar.** Ankara:1998.

Engiz, Oğuz. “Türkiye’de Sağlık Finansman Sorunu Ve Çözüm Arayışları”, **Toplum Ve Hekim Dergisi, C.11, S.72:** Mart-Nisan 1996.

Erdoğan, Sarper ve Ekuklu, Galip. “Almanya Sağlık Sistemi”, **Toplum Ve Hekim Dergisi, C.9, S.64-65:** Kasım 1994-Şubat 1995.

Erdoğan, Sarper ve Saltık, Ahmet. “Ülkemizde Yaşanan Sosyal Güvenlik Krizi Bağlamında Bir Örnek:Alman Sosyal Güvenlik Sistemi”, **Toplum Ve Hekim Dergisi, C.11, S.74:** Temmuz-Ağustos 1996.

Erdoğan, Alptekin. **Genel Sağlık Sigortası Üzerine Düşünceler.** Ankara: DPT, 1991.

Ernam, A. Nuri. **Sosyal Sigortalar Mevzuatı.** Ankara: 1990.

Erkul, İhsan. “Sosyal Güvenlik Sisteminin Tarihi Gelişimine Kısa Bir Bakış”, **Eskişehir İTİA Dergisi, C.IV, S.2:** Haziran 1968.

Ersan, Gürbüz. **Türkiye’de Sosyal Güvenlik**. İstanbul: 1987.

Fink, Ulf. “Alman Hastalık Sigortasının Reformu Temel İlkeler Ve Reform Düşünceleri, Türkiye’de Ve Almanya’da Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformu”, **Türkiye’de Ve Almanya’da Sosyal Güvenlik Sistemlerinin Reformu**, Ankara: 18-19 Aralık 1997.

Gerek, Nüvit. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 2000.

Gerek, Nüvit. “Bağ-Kur Sağlık Sigortası Ve Düşündükleri”, **Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.5, S.1: Haziran 1987.

Gerek, Nüvit. “Sosyal Sigortalar Kurumunun Sorunları”, **İş ve Hukuk**, S.246: Nisan Mayıs 1995.

Gerek, Nüvit. “Sosyal Güvenlik Sistemimiz İçerisinde Bağ-Kur’un 25 Yılda Geldiği Konum”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.2, S.5: Temmuz-Ağustos-Eylül 1999.

Güven, Ercan. **Sosyal Sigortalar**. Eskişehir: EİTİA, 1976.

Güven, Ercan ve Gerek, Nüvit. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1995.

Güven, Ercan, Altan, Ö.Zühtü ve Gerek, Nüvit. **İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku**. Eskişehir: 1996.

Güven, Ramazan. **SSK’nın Finansal Sorunları Ve Bunlara İlişkin Çözüm Önerileri**. Ankara: 1997.

Güzel, Ali. “Sosyal Güvenliğin Çağdaş Dinamikleri”, **Toprak İşveren Dergisi**, S.43: Eylül 1999.

Güzel, Ali ve Okur, Ali. Rıza. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. İstanbul: 5. Bası, 1996.

Güzel, Ali ve Okur, Ali. Rıza. **Sosyal Güvenlik Hukuku**. İstanbul: 7. Bası, 1999.

Hill, Michael. **Social Policy**. Prentice-Hall, 1996.

Kalkay, Nuri. **Çağdaş Hekimliğin Sorunları**. İstanbul: 1981.

Karacan, A.İhsan. **Sigortacılık ve Sigorta Şirketleri**. İstanbul: 1994.

Karauçak, Şebnem. **Avrupa Topluluğunda Sosyal Politika ve Sosyal Güvenlik**. İstanbul: 1990.

Kaufman, Otto. Çev: Tankut Centel. "Fransa'da Sosyal Güvenlik", **Çimento İşveren**, C.15, S.1: Ocak 1999.

Kılıç, Bülent. "ABD Sağlık Sistemi", **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.9, S.64-65: Kasım 1994-Şubat 1995.

Kılıç, Bülent ve Bumin, Çiğdem. "İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi", **Toplum Ve Hekim Dergisi**, S.56: Ağustos 1993.

Kılıçdaroğlu, Kemal. **Türkiye'de Sosyal Güvenlik Sorunları Ve Çözüm Önerileri**. Ankara: 1997.

Koç, Salim. "Yasal Çerçevesi Ve Parasal Boyutu Açısından Sağlık Yardımları", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.1, S.2: Ekim-Kasım-Aralık 1998.

Kural, Nurdan ve Polat, Zeynep. **Sağlık Bilgisi Ve İlk Yardım**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1998.

Lasseý, L. Marie, Lasseý R. William ve Jinks J. Martin. **Health Care Systems Around the World**. Prentice-Hall. New Jersey:1997.

Maydell, Bernd Baron Von. "Sosyal Reform Ve Karşılaştırmalı Hukuk", **Çimento İşveren**, C.1, S.4: Temmuz 2001.

Munday, Brian ve Ely Peter. **Social Care in Europe**. Prentice-Hall, 1996.

Oder, Kerim. **Fransa'da Sosyal Güvenlik**. Ankara: 1955.

Öğütoğulları, Eren. "Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Sigortası Programları", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.2, S.7-8: Şubat-Haziran 2000.

- Özcan, Fatih. “İngiltere’de Sağlık Sistemi İle İlgili Farklı Bir Değerlendirme”, **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.11, S.71: Ocak-Şubat 1996.
- Özkan, Mehmet. **Sigorta İşlemleri Ve Muhasebesi**. İstanbul: Marmara Üniversitesi 1995.
- Öztek, Zafer. “Sağlık Kavramı Ve Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri”, **Hacettepe Tıp Dergisi**, C.31, S.1: 2000.
- Özveri, Murat. **Yargı Kararları Işığında 506 Sayılı Yasa Ve Sosyal Güvenlik**. İzmit:2000.
- Pala, Kayıhan. “2000’e Doğru Türkiye’de Tedavi Edici Sağlık Hizmetlerinin Genel Durumu”, **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.10, S.68: Temmuz-Ağustos 1995.
- Peker, Ayşe. **Sosyal Güvenlik Sisteminin Yeniden Yapılandırılması Tartışmaları Ve Çözüm Önerileri**. Ankara:1997.
- Reviglio, Franco. Çev: Nüvit Gerek, “Sosyal Güvenlik Sektörü Ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Finansmanı”, **Eskişehir İTİA Dergisi**, C.XIII, S.1: Ocak 1977.
- Roemer, I. Milton. **National Health Systems of the World**. Oxford University Press: 1991.
- Saraçel, Nükhet. **Türkiye’de Sosyal Sigortaların Finansmanı Ve Uygulama Sorunları**. Afyon: Anadolu Üniversitesi, 1992.
- Sargutan, A. Erdal. **Türk Sağlık Sektörünün Yapısı**. Ankara: Temmuz 1993.
- Seyyar, Ali. “Sosyal Güvenlik Sistemimizin Tarihi Gelişimi Ve Bugünkü Durumu”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.2, S.4: Nisan-Mayıs-Haziran 1999.
- Sosyal Sigortalar Kanunu. **Seçkin Yayınları**. Ankara: 2000.
- Soyer, Ata. “Türkiye’de Sağlıkta Özelleştirme”, **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.9, S.65: 1995.
- Soyer, Ata. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri (1980-1995)**. TTB: Mayıs 1995.

SSK. **1998 Yılı Faaliyet Raporu**. Ankara: Yayın No: 606.

SSK. **1998 Yılı İstatistik Yıllığı**. Ankara: Yayın No:614.

Şakar, A. Yiğit. **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Ve Sağlık Harcamaları**. İstanbul: Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası, Yayın No:22, 1999.

Şakar, Müjdat. **Sosyal Sigortalar Uygulaması**. İstanbul: Beta 1996.

Şakar, Müjdat. “Sosyal Güvenlik Reformu Hemen Yapılmalıdır”, **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.2, S.3: Ocak-Şubat-Mart 1999.

Talas, Cahit. **Toplumsal Ekonomi**. Ankara: 1997.

Tatar, Fahrettin. “Sağlık Hizmetlerinin Finansman Kaynakları”, **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.11, S.72: Mart-Nisan 1996.

TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı. **Avrupa Topluluğu Sosyal Güvenlik Kılavuzu**. Yayın No:97. Ankara: Ocak 2000.

TC Emekli Sandığı. **TC Emekli Sandığı Kanunu**. Ankara: Ocak 2000.

TC Sağlık Bakanlığı. **Genel Sağlık Sigortası İle İlgili Çalışmalar**. Ankara: 1990.

TC Sağlık Bakanlığı. **Sağlık Finansmanı Kurumu Kanunu Ve İşleyişi Hakkında Kanun Tasarısı**. Ankara: 1997.

TC SSB. **Genel Sağlık Sigortası Kanun Tasarısı**. Ankara: 1974.

TC SSB. **Genel Sağlık Sigortası Çalışma Raporu Ve Kanun Tasarısı**. Ankara:1984.

TC SSB. **Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası Kurulması Üzerine Rapor**. Ankara: 1968.

Tekin, Fazıl. "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Ve Finansmanı", **Anadolu Üniversitesi İİBF Dergisi**, C.5, S.1: Haziran 1987.

TİSK. **Dünyada Sosyal Güvenlik Alanında Gelişmeler Ve Türkiye**. Ankara: TİSK Yayınları, No:137. 1994.

TOBB. **Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**. Ankara: 1993.

Tokat, Mehmet. **Türkiye Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı (1992-1996)**. Ağustos 1997.

Tokat, Mehmet. **Sağlık Ekonomisi**. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, 1998.

Tokat, Mehmet. **Türkiye Sağlık Harcamaları Ve Finansmanı (1998)**. Ankara: 2001.

Tuncay, Can. **Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri**. İstanbul: 1992.

Tuncay, Can. "Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform İhtiyacı", **Kamu-İş Dergisi**, C.4, S.2: Haziran 1997.

Tuncay, Can. "Tüsiadın Sosyal Güvenlik Raporu Ardından", **Çimento İşveren Dergisi**, C.12, S.1: Ocak 1998.

Tunçomağ, Kenan. **Sosyal Sigortalar**. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1982.

TÜĞİAD. **2000'li Yıllara Doğru Türkiye'nin Önde Gelen Sorunlarına Yaklaşımlar**. İstanbul: Ağustos 1997.

TÜSİAD. **Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Yeniden Yapılanma**. İstanbul: 1997.

Türk Tabipler Birliği. **Türkiye Sağlık İstatistikleri 2000**. Ankara: 2000.

Türk Tabipler Birliği Merkez Konseyi. **Sağlık Hizmetlerinde Finansman Sorunu Ve Genel Sağlık Sigortası Yasa Tasarısı**. TTB, Ankara: 1991.

Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. **Sekiz Avrupa Ülkesinin Programları Üzerine İnceleme.** 1970.

Uluslararası Çalışma Örgütü. **Sosyal Güvenlik Reformunun Kurumsal Ve Örgütsel Etkileri.** Nihai Rapor 22b, (Cenevre: Ocak 1996).

Usalan, Mustafa. "Sosyal Güvenlik Reformu", **Sosyal Güvenlik Dünyası**, Y.1, S.2: Ekim-Kasım-Aralık 1998.

US Social Security Administration. **Social Security Programs, Throughout The World-1999.** USA: 1999.

US Social Security Administration. **Social Security Programs In The United States** USA: July 1997.

Üner, Ragıp ve Fişek, Nusret. **Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi.** Ankara: TC Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1961.

Varlık, Muharrem. **Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Başlıca Sorunları Ve Reform Alanları.** Ankara: DPT 1999.

WHO **Avrupa Sağlık Reformu.** Ankara:1998.

WHO Regional Committee For The Western Pasifice. **Evaluation Of Health Care Policy And Programe In Korea.** Seoul: 1999.

WHO Regional Office For Europe. **Highlights On Health In Germany.** May 1999.

WHO Regional Office For Europe. **Highlights On Health In France.** July 1997.

WHO Regional Office For Europe. **Highlights On Health In United Kingdom.** April 1997.

WHO Regional Office For Europe. **Highlights On Health In Italy.** September 1998.

Worldbank. **World Health Report.** 2000.

Yazgan, Turan. **Sosyal Sigorta**. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 1977.

Yeğinboy, Yasemin. ve Taylan, Bahattin. **Ulusal Düzeyde Sağlık Sigortası**. İzmir: 1993.

Yelekçi, Memduh. **Sosyal Sigortalar Kanunu Şerhi**. Ankara: 1992.

Yıldırım, Ali. "1961 Anayasasında Sosyal Devlet Ve Sağlık Hakkı", **Toplum Ve Hekim Dergisi**, C.9, S.60: Mart-Nisan 1994.

Resmi Gazete T.15.5.1987, S.19461.

Resmi Gazete T.19.8.1991, S.20965.

Resmi Gazete T.3.8.1992, S.21273.

618 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, **Lebib Yalkın Yayınları D/3**.

619 sayılı Kanun Hükmünde Kararname, **Lebib Yalkın Yayınları E/1**.

<http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable02.pdf>

<http://filestore.who.int/~who/whr/2000/en/pdf/AnnexTable08.pdf>

<http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (select Indonesia)

<http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (select China)

<http://tbc2.senet.com.au/health/health.htm> (27.03.2001)

<http://cob.mtholyoke.edu/courses/sgabriel/chinahealth.htm> (27.03.2001)

<http://asahi-net.or.jp/~ID5K-SRI/ful214.htm> (27.03.2001)

<http://www.medicalpost.com/mdlink/english/members/medpost/data/3523/47A.HTM> (23.03.2001)

<http://www.karvy.com/articles/healthinsurancerevolution.htm> (23.03.2001)

<http://delhimarket.com/doctors/cghs.html> (23.03.2001)

http://dhpm.snu.ac.kr/cykim/e_shin.htm (19.03.2001)

<http://dhpm.snu.ac.kr/cykim/NHE.htm> (19.03.2001)

<http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (select India)

http://worldbank.org/data/wdi2000/pdfs/tab2_14.pdf

<http://mark-frost.com/indonesia> (02.04.2001)

http://209.41.108.131/guides/indonesia/ch_10.htm (30.03.2001)

<http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (select France)

<http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (select Italy)

http://europa.eu.int/comm/employment-social/soc-prot/missoc_99 (Sickness cash benefits-14.03.2001)

<http://www.slacinc.com/EYE/osni/199709/indiapop.htm> (23.03.2001)

<http://www.chanrobles.com/legal4nhia.htm> (09.04.2001)

<http://worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html> (select Philippines)