

**T.C.
ACIBADEM
MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

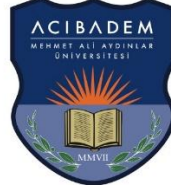
**AVRUPA BİRLİĞİNE GİRİŞ SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE ÖZEL
SAĞLIK SİGORTALARININ DURUMU VE AVRUPA
ÜLKELERİNİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**FEŞAN DİCLE YAVUZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Doç. Dr. S. Haluk Özsarı**

İSTANBUL - 2018



**T.C.
ACIBADEM
MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AVRUPA BİRLİĞİNE GİRİŞ SÜRECİNDE TÜRKİYE'DE ÖZEL
SAĞLIK SİGORTALARININ DURUMU VE AVRUPA
ÜLKELERİNİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**FEŞAN DİCLE YAVUZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**DANIŞMAN
Doç. Dr. S. Haluk Özşarı**

İSTANBUL – 2018

TEZ ONAYI

Anabilim Dalı:

Program:

Tez Başlığı:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Savunma Sınav Tarihi

Bu tez çalışması jürimiz tarafından yüksek lisans bitirme tezi olarak kabul edilmiştir.

Jür Başkanı

Ünvanı, Adı Soyadı

Kurumu

Tez Danışmanı

Ünvanı, Adı Soyadı

Kurumu

Üye

Ünvanı, Adı Soyadı

Kurumu

Üye

Ünvanı, Adı Soyadı

Kurumu

Üye

Ünvanı, Adı Soyadı

Kurumu

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez yukarıdaki jüri tarafından onaylanmış ve Sağlık Bilimleri Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Uğur Özbek

Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine yazdığımı, ayrıca tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Haziran 2018
Feşan Dicle YAVUZ

ÖNSÖZ

Bu tezde, Avrupa Birliği Giriş sürecinde Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı’nın durumu ve Avrupa Birliği üyesi ülkelerdeki Özel Sağlık Sigortacılığı’nın durumu incelenip, ülkeler arası karşılaştıırma yapılmıştır.

Çalışmam boyunca değerli fikirlerini paylaşarak çalışmama yön veren ve çalışmamda esin kaynağı olan hocam Doç. Dr. Haluk ÖZSARI’ya, değerli fikirlerini benimle paylaşarak tezime yardımcı olan TSB Genel Sekreter Yardımcısı Sayın Atilla OKSAY’a, öğrenim hayatım boyunca her türlü imkânlarını bana sunan en büyük destekçim olan babam İlmi YAVUZ’a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Haziran 2018
Feşan Dicle YAVUZ

İÇİNDEKİLER

BEYAN	iii
ÖNSÖZ	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
TABLolar LİSTESİ	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	1
ABSTRACT	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI	6
3. TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI	7
4. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE MEVCUT SAĞLIK SİGORTALARI UYGULAMALARI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ YERİ.....	11
5. KAMU SAĞLIK SİGORTASI AĞIRLIKLI ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK ALMANYA İLE TÜRKİYE’NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	15
5.1.Almanya Sağlık Sisteminin Tarihçesi	15
5.1.1. 1880 – 1890 Bismarck Dönemi	15
5.1.2. 1890 – 1914 Dönemi	16
5.1.3. 1919 – 1933 Weimar Cumhuriyeti Dönemi	17
5.1.4. 1933 – 1945 Nasyonal Sosyalizm Dönemi	18
5.1.5. 1945 Sonrası Dönem	18
5.1.6. Almanya Federal Cumhuriyeti Dönemi	19
5.1.7. Alman Demokratik Cumhuriyeti Dönemi	20
5.1.8. Almanya’nın Yeniden Birleşmesinin Ardından Almanya Federal Cumhuriyeti Dönemi	20
5.2.Almanya’nın Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	20
5.2.1. Zorunlu Sağlık Sigortası	21

5.2.2.	Diğer Sosyal Sigortalar	22
5.2.3.	Özel Sağlık Sigortası	22
5.2.4.	Doğrudan Ödemeler	23
5.3.	Almanya'nın Sağlık Hizmetleri Sunumu	23
5.4.	Almanya'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	24
5.5.	Almanya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	25
6.	ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI AĞIRLIKLI ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK HOLLANDA İLE TÜRKİYE'NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI	28
6.1.	Hollanda Sağlık Sisteminin Tarihçesi	28
6.2.	Hollanda'nın Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	29
6.2.1.	İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi	29
6.2.2.	Zorunlu Hastalık Sigortası	31
6.2.3.	Özel Sağlık Sigortası	31
6.3.	Hollanda'nın Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	34
6.4.	Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	35
6.5.	2006 Yılındaki Reformun Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri	36
6.6.	Hollanda ve Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	37
7.	SAĞLIK FİNANSMANININ KAMU BÜTÇESİNDEN KARŞILANDIĞI ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK İNGİLTERE İLE TÜRKİYE'NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI)	40
7.1.	İngiltere Sağlık Sisteminin Tarihçesi	40
7.1.1.	1948 Yılından Önce Sağlık Sigortası Sistemi	40
7.1.2.	1948 – 1970 Yılları Arasında Sağlık Sigortası Sistemi	41
7.1.3.	1970 Yılı Sonrası Sağlık Sigorta Sistemi	42
7.2.	Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	42
7.2.1.	Sosyal Sağlık Sigortası	44
7.2.2.	Özel Sağlık Sigortası	44
7.2.3.	Hasta Ödemeleri	45
7.3.	İngiltere'nin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	46
7.4.	İngiltere'nin Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	46
7.5.	İngiltere ve Türkiye'nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	48

8. HEM PRİM HEM DE KAMU BÜTÇESİNDEN KARŞILANAN SİSTEME SAHİP ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK FRANSA İLE TÜRKİYE’NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI.....	51
8.1.Fransa Sağlık Sisteminin Tarihçesi	51
8.2.Fransa’nın Sağlık Harcamaları ve Finansmanı	52
8.2.1. Sosyal Sağlık Sigortası	53
8.2.2. Özel Sağlık Sigortacılığı – Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığı	
54	
8.2.3. Cepten Ödemeler	55
8.3.Fransa’nın Sağlık Hizmetleri Sunumu	56
8.4.Fransa’nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	57
8.5.Fransa ve Türkiye’nin Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması	58
SONUÇ	60
KAYNAKLAR	63
ÖZGEÇMİŞ	65

KISALTMALAR LİSTESİ

AB : Avrupa Birliği

BAĞ - KUR : Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız alışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu

GP : Genel Pratisyen

GSMH : Gayri Safi Milli Hasıla

GSYH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla

KDV : Katma Değer Vergisi

NHS : National Health Service

OECD : Organisation for Economic Co-operation and Development

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

TRAMER : Trafik Sigortaları Bilgi Merkezi

TARSİM : Bireysel Emeklilik Sisteminin faaliyete geçmesi ve Tarım Sigorta Havuzu

TPA: Third Party Administration

WHO : World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Türkiye’de Yıllara Göre Özel Sağlık Sigortacılığı (1997 – 2017)	8
Tablo 2: Sosyal Sağlık Sigortacılığı ile Özel Sağlık Sigortacılığı Arasndaki Farklar.....	9
Tablo 3: Almanya’da Primli Sosyal Güvenlik Sisteminde İşçi ve İşveren Payı Prim Oranlarının Dağılımı.....	22
Tablo 4: Almanya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu.....	25
Tablo 5: Hollanda ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu.....	37
Tablo 6: İngiltere ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu.....	48
Tablo 7: Fransa ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu.....	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1 : Avrupa ülkelerinde kamu ve özel sağlık sigorta harcamalarının GSMH içindeki oranları (%)	12
Şekil 2: Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Sigortası Prim Tutarları ve Sağlık Sigortacılığının Reel Büyüme Durumları	13
Şekil 3: Hollanda’da Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2006 – 2016).....	30
Şekil 4: Hollanda’da 2016 Yılında Kamu ve Özel Sağlık Sigortasına Yapılan Kişi Başı Harcama (\$).....	33
Şekil 5: Hollanda Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	35
Şekil 6: İngiltere’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (1990-2017).....	43
Şekil 7: İngiltere Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı	47
Şekil 8: Bazı OECD Ülkelerindeki Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları Oranları (%)53	
Şekil 9: Fransa Sağlık Sisteminin Örgütlenmesi Şeması	57

ÖZET

Sağlık kavramı, hizmetin arz ve talebinden, finansman araçlarına kadar son yıllarda popüler olan konular arasında ilk sıralarda bulunmaktadır. Sağlık sigortası sistemleriyle desteklenen ülkelerin finansman kaynakları seçimleri bakımından tartışmalara konu olmaktadır. Bu sebeple son yıllarda kamu ve özel sağlık sigortalarının önemi hızla artmakta olup, ekonominin büyümesinde sağlık sistemlerine yapılan harcamaların, üstlendiği rolün yeniden gözden geçirilmesine neden olmaktadır.

Bu yüksek lisans tezinde, sağlığın kavramı, sağlık arz-talep ilişkisi ve sağlık finansman modelleri ile ilgili genel bilgiler verilmiş olup, buna ek olarak, sigortanın yeri ve tarihsel gelişimi, sağlık sigortasının yeri ve tarihsel gelişimi de incelenmiştir. Avrupa Birliği üyesi dört ülke sırasıyla, Almanya, Hollanda, İngiltere ve Fransa'da sağlık sigortacılığı tarihsel gelişimi, sağlık harcamaları ve finansmanı, sağlık hizmetleri sunumu ve sağlık sistemlerinin örgütsel yapısı hakkında bilgi verilmiştir. Avrupa Birliği üyesi söz konusu dört ülkenin sağlık sigorta uygulamaları ile Türkiye arasında, işleyiş biçimleri bakımından karşılaştırma yapılmıştır.

Yapılan değerlendirmede, Türkiye'de tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulamasının geliştirilmesiyle ilgili noktalar tespit edilmiştir. Bunlardan biri, tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortasının, kamu bütçesi üzerindeki baskıyı hafifleteceği düşünülmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının önemi kayıtlı ekonomiye geçiş sürecine sağladığı katkı açısından önemlidir. Tamamlayıcı sağlık sigortası kavramı, hem Türkiye hem de Avrupa ülkelerinde yapılan reformlar sonucunda kaynak alternatifini arttırmasının yanı sıra sağlık sisteminin yatırımlarında özel sigorta firmalarını da sistemin içine almaktadır.

Sonuç olarak, Türkiye'de sağlık sigortacılığındaki sorunların temel sebepleri, ve sorunların çözüme kavuşma süreçlerine sunulan öneriler ile çalışma sonuçlandırılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sigorta, Tarih, Sağlık Sigortası, Özel Sağlık Sigortası, Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası, Sosyal Sağlık Sigortası, Sağlık politikaları, Avrupa Birliği üyesi ülkeler, Türkiye

ABSTRACT

The concept of health, from the supply and demand of the service to the means of financing, is among the first popular topics in recent years. There is debate in the selection of funding sources of countries supported by health insurance systems. For this reason, the importance of public and private health insurance has increased rapidly in recent years, and the spending on health systems in the growth of the economy causes the role that it undertakes to be reconsidered.

In this master thesis, general information about the concept of health, health supply-demand relation and health financing models is given and in addition the place and historical development of the insurance, place of health insurance and historical development have been examined.

Turkish health insurance system have been analysed from the past to the present with its applications. The information on the historical development of health insurance health spending and financing, health care provision and organizational structure of health systems in the four European Union member countries Germany, Netherlands, England and France are given. A comparison of health insurance application and operation formats of Turkey and these four countries have been made.

In the assessment, points related to the development of complementary and supportive health insurance practices in Turkey have been identified. One such complementary and supportive private health insurance scheme is thought to alleviate the pressure on the public budget. It is clear that complementary health insurance will contribute significantly to the transition to the registered economy. Complementary health insurance concept, both in Turkey and in European countries, as the result of the reforms, increases the resource alternative, includes private insurance companies in the financing of the health system.

As a result, the main reasons for the problems in the health insurance business in Turkey and the proposals submitted to the process of solving the problems have been concluded.

Keywords: Insurance, History, Health Insurance, Private Health Insurance, Complementary and Supporting Health Insurance, Social Health Insurance, Health policies, the European Union member states, Turkey



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre sağlık, sadece hastalık ve hastalığın olmaması değil; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönde tam bir iyilik halidir. Bu tanıma bakıldığında, son yıllarda bireylerin kişisel gelişimine yaptığı yatırımlar, sağlık hizmetlerinin başta olmak üzere önemi arttırmış ve değişen süreçte sağlık sigortaları güncel bir konu haline gelmiştir. Sağlık harcamaları ve finansman konusu, gelişmişlik düzeyi farklı olan ülkeleri ilgilendirmekte ve buna paralel olarak artan ihtiyaçlardan dolayı sağlık sigortacılığına daha fazla önem verilmesi gerekmektedir.

Günümüz açısından bakıldığında, sağlık sektöründe yapılan düzenlemeler ve yeniliklerin artmasıyla, bu sektöre yapılan yatırımlar ekonomik büyüme ve ilerlemede yapılan yatırımların rollerininin tekrardan incelenmesine yol açmıştır. Türkiye açısından bakıldığında ise, gündemde özellikle sağlık hizmetleri ve finansmanlarının sunum yapılarındaki değişimler önemli bir yer tutmaktadır. Bundan dolayı, Türkiye'deki sağlık sistem yapıları ile Avrupa sağlık sistemlerinin karşılaştırılması yapılarak eksikliklerin giderilmesi noktasında harekete geçilmiş olması bu çalışmanın temel nedenlerinden biridir. Yapılan bu düzenlemeler sağlık hizmetlerinin toplum bireyi için temel bir ihtiyaç olması ve bu durumun sosyal ve kamu hizmeti özelliği taşımasıyla açıklanabilir. Son yıllarda sağlık teknolojisindeki önemli gelişmeler, piyasadaki yeni ve pahalı ilaçların artan maliyetleri ve insanların yaşam beklentileri sağlık sektöründe çözümlenmesi gereken birçok problemi de beraberinde getirmiştir. Bunun için Türkiye'deki bu problemler sağlık ekonomisi sisteminde gelişmiş ülkelerin sistemlerine bakarak giderilmeye çalışılmaktadır.

Geçmişe bakıldığında, tarih boyunca kendini güvence altında hissetmek isteyen birey, bu gereksinimini sağlamak için çeşitli önlemler almış, bireysel veya topluma fayda sağlayan ortak hareketler başlatmıştır. Dolayısıyla, sosyal güvenlik kurumlarının tarihinin eskiye dayanmasının nedeni bu ihtiyaçtan dolayı oluşmuştur. Sosyal güvenliğin, diğer bütün politika araçlarından farklı olarak, bir toplumu oluşturan bireylerin, doğumlarından ölümlerine kadar olan tüm yaşamları boyunca yaşam kalitelerini arttırmakla yakından ilgilendirmiştir. Günümüzde sosyal güvenlik kavramı, hem finans hem de sosyal açıdan tartışılan konular arasındadır. Sosyal

güvenlik, sağlık hizmetlerinin finansmanında en yaygın kullanılan uygulama alanlarından biridir

Avrupa Birliği'ne giriş sürecinde “Türkiye’de özel sağlık sigortalarının durumu ve Avrupa Birliği’ndeki özel sağlık sigortası uygulamaları ile bir karşılaştırma” başlıklı çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; sağlık kavramı, sağlık hizmetlerinde arz – talep ilişkisi ve sağlık finansman modelleri incelenecektir. İkinci bölümde; sigortacılığın tanımı, genel ilkeleri, tarihsel gelişimi ve risk analizi irdelenecektir. Üçüncü bölümde, sağlık sigortası kavramı tanımlanarak, bu kavramın tarihsel gelişimi üzerinde durulacaktır. Aynı zamanda Türkiye’de uygulanan sağlık sigortaları ve özel sağlık sigortacılığı tarihi uygulamaları bağlamında değerlendirilecektir. Son olarak dördüncü bölümde ise; Avrupa Birliği üyesi ülkelerdeki farklı siyasal akımlardan etkilenen sağlık sigortaları politikaları ve dünyada yaşanan gelişmeler ile Türkiye’deki sağlık sistemi uygulamaları arasında karşılaştırma yapılacaktır.

Bu çalışmada, gerek temel amacı, gerekse analiz ettiği konular bakımından; Türkiye’de genel ve özel sağlık sigortacılığının etkinliğinin önemi vurgulanmaya çalışılacaktır. Özetle, özel sağlık sigortacılığının gelişmesine ilişkin etkinlik koşullarının belirlendiği ve beklentilerin sağlanması yönelik çözüm önerileri sunulacak ve Türkiye için sağlık sigortacılığının eksiklikleri nasıl giderileceği ile ilgili değerlendirme yapılacaktır.

2. TÜRKİYE’DE GENEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu 09.07.1945 tarihinde kabul edilmiştir ve 01.01.1946 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Kanun ilk kabul edildiğinde kurumun adı “İşçi Sigortaları Kurumu” olarak belirtilmiş, daha sonra “Sosyal Sigortalar Kurumu” olarak değiştirilmiştir.

SSK, 1952 yılında sigortalılar için sağlık kuruluşları ve hastaneler açmaya başlamıştır. 1964 yılında 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile, çalışan işçi sayısı üzerinde durulmadan bütün işçiler hastalık sigortasından yararlanabilmiştir. İlerleyen zamanlarda, işçilerin bakmak ile yükümlü olduğu kişiler de aşamalı bir biçimde hastalık sigortası kapsamına alınmıştır (1).

Benzer şekilde bazı kurumlar ve bazı kesimerin yararlanacağı biçimde sağlık sigortacılığı uygulamaları birbirinden ayrılmıştır. Bu uygulamalar; Bağ-Kur, SSK ve Emekli Sandığı’dır. SSK gibi Esnaf, Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR) kapsamındaki konular uygulama sürecinde genişletilmiştir. BAĞ-KUR sigortalıları aşamalı bir şekilde 1985 yılında sağlık güvencesi hakkına kavuşmuştur.

1990’lı yıllarda sonuçlanan Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması sağlık kuruluşları ile ilgili konuyu ele alan diğer bir çalışma olmuştur. Bu hazırlıklar 1992-1993 yılları arasında gerçekleştirilen Birinci ve İkinci Ulusal Sağlık Kongreleri’nde ilgili kurumlar tarafından paylaşılmıştır. 1995-1996 tarihleri arasında Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı Temel Yapısal Değişim Projeleri kapsamında oluşturulan Sağlık Reformu’nda şu kurumların çalışanları ile ortak hazırlanmıştır:

1. Sağlık - Adalet – Maliye - Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları
2. Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlıkları
3. Sosyal Sigortalar Kurumu Genel Müdürlüğü

3. TÜRKİYE’DE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Özel Sağlık Sigorta sistemi, ödeme gücü olan kişilerin ve kendi hür iradeleri ile yaptırdıkları sigorta sisteminde, bireylerin hastalıklar ya da kaza geçirmesi sonucu oluşacak sağlık giderlerinin ödenmesi için hazırlanmış poliçelerdir. (TSB Genel Sekreter Yardımcısı Sayın A. OKSAY ile Sağlık Sigortacılığı ve Avrupa’daki Sağlık Sigortacılığı hakkında 07 Aralık 2017 tarihinde sözlü görüşme). Bu durum belirlenen alt ve üst sınırların şartlar dahilinde ve daha önceden sigorta poliçesinde açıklanan olası tehlikelere karşı sigortalıyı korumak olarak görülmektedir. Türkiye’de özel sağlık hizmet süreci, 1938 senesinde Anadolu Sigorta’nın gemi kurtarma hizmetlerinde oluşturduğu hastalık sigorta teminatı ile başlamaktadır. Yine 1976 yılında Başak Sigorta, Ziraat Bankası’nda hesabı olan bireylere gündelik tazminat dahilinde grup sağlık sigortası uygulamıştır. 1982 senesine kadar kaza tazminatına ek olarak gösterilen sağlık sigortaları, 11.2.1990 senesinde Resmi Gazete’de yayımlanarak hayat sigortası adı altında farklı bir branş olarak gösterilmiştir. 1991 yılından sonra yeni sigorta kuruluşlarına da izin verilerek hayat ve zorunlu sigorta tarifeleri dışındaki bütün tarifeler serbest bırakılmıştır. 1994 yılında ise, sağlık sigortacılığında; sigorta, sigorta şirketi, anlaşmalı kuruma genel anlamda provizyon veren aracı kurumlar (TPA: Third Party Administration) eklenmiştir.

Özel sağlık sigortacılığına ilişkin düzenlemeleri de kapsayan, Türk Ticaret Kanunu taslağı 2005 yılında TBMM’ye sunuldu. Düzenlemeyle, "hastalık" branşının adı "sağlık" olarak değiştirildi. Ayrıca 2006 yılında, Hazine Müsteşarlığı Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Özel Sağlık Sigortacılığı yasa tasarısını bir yıldan da kısa sürede hazırlamıştır (2).

Tablo 1: Türkiye’de Yıllara Göre Özel Sağlık Sigortacılığı (1997 – 2017)

Yıllar	Şirket Sayısı	Sigortalı Sayısı
1997	39	527.991
1998	36	599.703
1999	35	743.399
2000	35	690.363
2001	38	655.703
2002	37	697.505
2003	36	704.545
2004	28	845.599
2005	34	974.251
2006	30	1.186.333
2007	31	1.275.839
2008	39	1.297.483
2009	32	1.458.021
2010	32	1.666.023
2011	30	2.513.529
2012	27	2.579.520
2013	32	2.788.611
2014	32	2.847.809
2015	29	3.321.928
2016	33	3.166.401
2017	30	4.116.690

Kaynaklar:Yenimahalleli Yaşar G. Başbakanlık Hazine Müşetşarlığı, Sigortacılık Genel Müdürlüğü, Sağlık Sigortası Daire Başkanlığı Özel Bilgi Notu. Ankara, 2007 sözlü görüşme;

Türkiye’de özel sağlık sigorta sayısı ve sigortalı sayısı <https://www.tsb.org.tr/resmi-istatistikler.aspx?pageID=909> Erişim Tarihi : 13 Temmuz 2018

Tablo 1’e baktığımızda, ülkenin ekonomik seviyesi arttıkça ülkede daha fazla sağlık sigortası kabul görüp yaygınlaşmıştır. Buna paralel olarak, daha fazla özel sigorta şirketleri kurulmuş ve sigortalı sayısı artış göstermiştir. 2017 yılına

gelindiğinde, açılan şirketlerin bir kısmının bir bünye altında toplandığından dolayı şirket sayısında azalma gözlemlenmiştir. Bilindiği üzere sosyal sigortalardan birine sahip olmak için sigortalının belli bir statüyü kazanmış olması yeterlidir. Örneğin, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağladığı güvenceden yararlanabilmek için işçi niteliğinin kazanılmış olması gerekir. Buna karşın, özel sigortalara tabi olma keyfiyeti hiçbir statünün sonucu değildir. Bu tamamen kişinin kendi iradesi ile verdiği karar sonucundan doğmaktadır. Tablo 2'de, özel sigorta ve genel sigorta arasındaki farklılıklar belirtilmiştir:

Tablo 2: Sosyal Sağlık Sigortacılığı ile Özel Sağlık Sigortacılığı Arasındaki Farklar

Kriterler	Sosyal Sağlık Sigortacılığı	Özel Sağlık Sigortacılığı
1.Menfaatler	Genel Menfaatler	Özel Menfaatler
2.Zorunluluk	Mecburi	İhtiyari
3.Kapsam	Belirli özelliklere sahip kimselere açıktır.	Herkese açıktır.
4. İlişki, Örgütlenme	Kanunla	Sözleşme ile
5. Ödeme, prim	Sigortalının gelirine ve mesleğine göre değişmektedir.	Ünitenin tehlike derecesine göre değişmektedir.
6. Garanti	Devlet garantisi söz konusudur.	Reasürans şirketine ihtiyaç bulunmaktadır.
7. Gaye	Kamu hizmeti	Kâr
8.Zararın tazmini	Kanunla tespit edilmektedir.	Ödenen primlerle sınırlıdır.
9. Ortaya çıkışı	Amaçların sosyal politikaya olarak saptandığı bir düzen ve sistemdir.	Piyasa ekonomisinin hakim olduğu bir düzen ve sistemdedir.

Kaynak: İstanbulluoğlu H., Güleç, M., Oğur, R. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri. İstanbul, Dirim Tıp Gazetesi, 2010; 85(2), 86-99(17).

Tablo 2'deki farklılıklar göz önünde bulundurulduğunda, özel sağlık sigortacılığının gelişmesi ve şirketlerin grup sağlık sigortası adı altında çalışanını tabi

tutması nedeni ile özel sağlık sigortacılığı daha çok tercih edilmektedir. Grup sağlık sigortacılığı, tuzel kişiliğe sahip kurum ve kuruluşların çalışanları ya da uyeleri için toplu olarak yapılan sağlık sigortadır. Tıpkı sosyal sağlık sigortacılığı gibi, kişi işe başladığı andan itibaren özel sigortalı olmaktadır.



4. AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE MEVCUT SAĞLIK SİGORTALARI UYGULAMALARI VE ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞININ YERİ

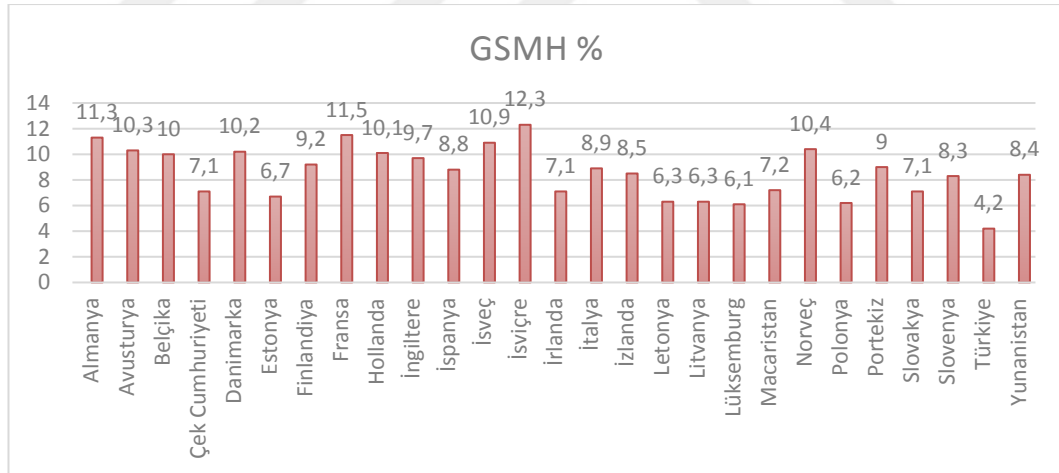
Avrupa Birliği, sağlık hizmetlerine yönelik genel prensipler belirlenmiş olsa da Avrupa Birliği'ne üye ülkelerde uygulanan ortak bir sağlık sistemine gerek görülmemiştir. Ulusal ihtiyaç doğrultusunda belirli prensiplere bağlı kalarak her ülkenin kendi sağlık sistemini geliştirmesine olanak tanınmıştır. Avrupa Birliği'ne üye ülkeler baz alındığında birden fazla sağlık sisteminin varlığı görülmektedir. Avrupa'da temel olarak üç tür sağlık sistemi mevcuttur. Bunlardan biri Bismarck olarak adlandırılır. 19 yüzyıl sonlarında Almanya'da ortaya çıkmış ve ismini kurucusu Otto Van Bismarck'tan almıştır. Bismarck sisteminin temel yapısı, hastalar sigorta primlerini, hastaneler ve diğer hizmet sağlayıcıları ile sözleşme yapmış olan sağlık sigortası fonlarına öderler. Hizmet sağlayıcıları ise hastaneler arasında resmileşmiş bir sevk zinciri çerçevesinde hastalara hizmet sunarlar. İkinci sistem ise Beveridge olarak adlandırılır. II. Dünya Savaşı sonrasında İngiltere'nin ulusal sağlık sistemini tasarlayan William Beveridge tarafından kurulmuştur. Bu sistem vergi temellidir ve temel yapısı, vatandaşlar vergilerini devlete ödedikten sonra devlet ya kendileri hizmet sunan ya da diğer hizmet sağlayıcılardan hizmet alan birimlere kaynak aktarırlar. Ayrıca sistemin içinde özel sektör de yer almaktadır. Üçüncü ve pek yaygın olmayan Semashko sistemi Orta ve Doğu Avrupa'da bulunan komünist ülkelerde geçerliliğini korumaktadır. Sistemin temel yapısı Beveridge modeline benzemektedir. Merkezi devlet bütçesi, yerel hükümetlerin bütçesi ile poliklinik ve hastanelerin bütçesinde toplanan vergilerle finanse edilir. Bu üç sisteme baktığımızda, sağlık reformları gerçekleştirilmeden önceki sistem uzaktan tek tip gibi görünse de, aslında bu sistemler arasına önemli farklar bulunmaktadır.

Özel sağlık sigortacılığına bakıldığında, Avrupa'da birçok ülkede lüks olarak görülmektedir. Bunun nedeni, Avrupa ülkelerinin kapsamlı devlet sigortalarının mevcut olmasıdır ve kamu tarafından prim veya vergi toplanması şekliyle finanse edilen zorunlu sağlık sigortaları ile beraber özel sağlık sigortası sistemleri de kullanılmaktadır. Özel sağlık sigortacılığı ülkeler arasında farklılıklar

göstermektedir. Bu farklılıkların nedeni, Avrupa’da var olan değişik bireysel sağlık sistemleri gösterilmektedir. Teminatın türü farklı ülkeler bazında var olan çeşitli sosyal güvenlik sistemleri neticesinde değişiklik gösterdiği söylenebilir. Üç temel biçimi olan Avrupa özel sağlık sigortası şu şekildedir:

- Tamamlayıcı ve destekleyici olarak ek özel sağlık sigortası: İhtiyari bir teminat olarak görülen ek özel sağlık sigortası, sigortalı bireyin sosyal sağlık sigortasından faydalanamadığı durumda sağlık ihtiyaçlarını tamamlamak için kullanılır.
- Yedek özel sağlık sigortası: Sağlık bakımının yerine geçen bu sigorta türünü kamu finanse etmektedir.
- Çift özel sağlık sigortası: Özel bir seçenek ve Birleşik Krallık ve İspanya örneklerinde olduğu gibi çift teminat sunan bu sigorta kamu sistemi ile aynı oranda faaliyet göstermektedir.

Şekil 1’e bakıldığında, Avrupa ülkelerinde kamu ve özel sağlık sigortası için yapılan harcamalarının GSMH içerisindeki oranları gözlemlenmektedir:



Şekil 1 : Avrupa ülkelerinde kamu ve özel sağlık sigorta harcamalarının GSMH içindeki oranları (%)

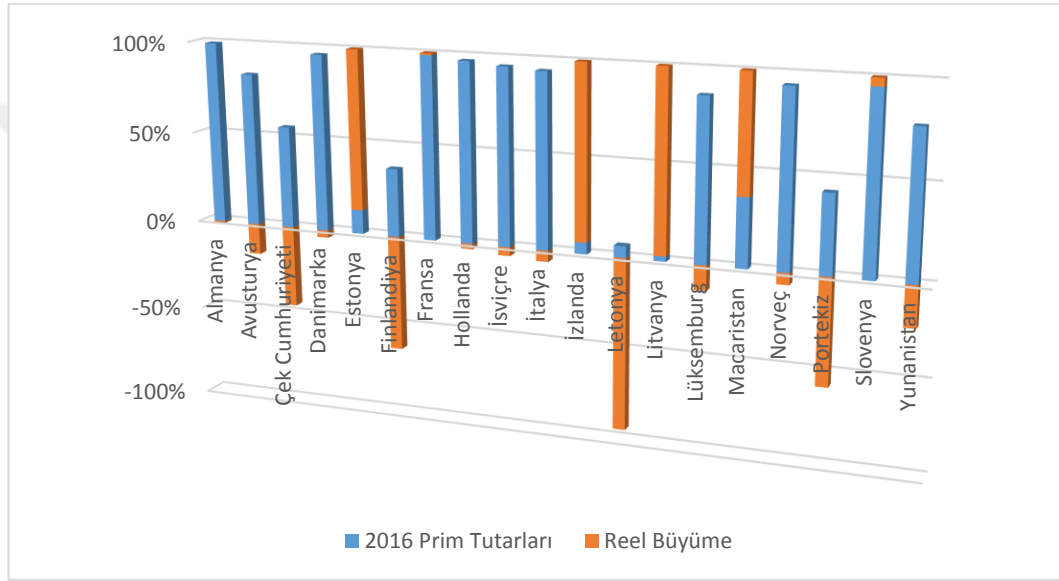
Kaynak: OECD Health Expenditure and Financing Eurostat Database, 2017

Erişim Tarihi: 18 Temmuz 2018

Avrupa ülkelerinde vergi bazlı ve fon bazlı sigorta sistemleri yaygın olduğundan özel sigortalar bu durumun gerisinde kalmıştır. Yapılan sağlık harcamalarında, kişiler genel sağlık sigortacılığında aldıkları hizmet, özel sağlık sigortacılığında alınan hizmetin gerisinde kalmamaktadır. Genel sağlık sigortasının

karşılamaadığı yerlerde devreye tamamlayıcı ve destekleyici sigortalar girmektedir ve bu sigorta sistemleri yaygınlaşmaya başladıktan sonra aradaki farkın kapanması beklenmektedir. Böylelikle, özel sağlık sigortaları için yapılan harcamalar artış gösterir. (TSB Genel Sekreter Yardımcısı Sayın A. OKSAY ile Sağlık Sigortacılığı ve Avrupa'daki Sağlık Sigortacılığı hakkında 07 Aralık 2017 tarihinde sözlü görüşme).

Şekil 2'ye incelediğimizde 2016 yılında, direkt brüt prim üretiminde reel artış sağladığı görülüyor.



Şekil 2: Bazı Avrupa Birliği Ülkelerinde Sağlık Sigortası Prim Tutarları ve Sağlık Sigortacılığının Reel Büyüme Durumları

Kaynak: TSB 2016 Yılında Rakamlarla Sigorta Pazarı , Erişim Tarihi: 01 Haziran 2017

Şekil 2'ye göre, en yüksek prim artışı 240,8 milyon dolar olarak Fransa'dır. Reel büyümeye bakıldığında, en fazla büyüme oranı %21,5 olarak Litvanya'dadır.

2016 yılında Avrupa'da pek çok sağlık sigortası piyasasında olumlu gelişmeler görülmüştür. Olgun piyasalar olarak görülen Almanya ve Hollanda sağlık sigortası prim tutarları sırasıyla 211,3 milyon dolar ve 37 milyon dolar olarak artış göstermiştir. Ancak reel değişim oranlarına bakıldığında sırasıyla -1,9 ve -1,1'dir. Önceki yıllara göre büyük oranda değişim mevcut değildir.

Bazı ülkeler ele alındığında, sigorta tipleri incelendikten sonra kendi içlerinde birbirlerine benzerlik gösteren hatta aynı olan ülkeler mevcuttur. Bu sınıflandırma, kamu sağlık sigortası ağırlıklı/özel sağlık sigortası dar kapsamlı olan Almanya, özel sağlık sigortası ağırlıklı/kamu sağlık sigortası dar kapsamlı olan Hollanda, sağlık finansmanı kamu bütçesinden karşılanan sistem İngiltere, sağlık finansması hem prim hem de kamu bütçesinden karşılanan sistem Fransa'dır.



5. KAMU SAĞLIK SİGORTASI AĞIRLIKLI ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK ALMANYA İLE TÜRKİYE’NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

5.1. Almanya Sağlık Sisteminin Tarihi

5.1.1. 1880 – 1890 Bismarck Dönemi

Almanya, en köklü sağlık sistemine sahiptir. Sağlık Sigortası Kanunu, Kaza Sigortası Kanunu ve Yaşlı ve Maluliyet Sigortası Kanunu'nu içeren Otto Von Bismarck'ın düzenlediği sosyal sağlık sigortasıdır. Bismarck sağlık sistemini oluştururken üç temel ilke üzerinde durmuştur. Bunlar; hükümet kendisine ihtiyaç duyanların erişimini sağlamaktan sorumlu olmalıdır, politikalar en küçük siyasi ve idari nüfus ile uygulanmamalıdır ve sağlık mesleklerinde hükümet temsilcileri mümkün olan prosedürleri ortaya koymalıdır. Bu ilkelere bakıldığında, zorunlu olan sağlık sigortası başlangıçta sadece düşük gelirli çalışanlara ve bazı devlet çalışanlarına uygulansa da nüfusun çoğunluğunu kapsayacak şekilde kademeli olarak zamanla genişlemiştir.

Almanya’da, sosyal sigortalar sistemi öncesinde; kiliseler, belediyeler, işletmeler, loncalar ve çeşitli toplumsal birlikler bünyesinde çok sayıda yardım kuruluşu çalışma yürütüyordu. Maden işçileri ya da esnaflara yönelik olarak, hastalık, engellilik ve yaşlılık durumlarında yardım ve koruma sağlayan çeşitli kuruluşlar bulunmaktaydı (3).

Sanayi devrimi beraberinde bir takım sorunları da getirmiştir. Bazı sosyal sorunlar, topluma dayalı huzursuzluklar ve bu durumu takip eden maluliyet hali sosyal sigorta faaliyetlerinin başlamasına neden olmuştur. Bismarck’ın 1881 yılında hazırladığı imparatorluk fermanına göre; ülkedeki eski huzurun tekrar elde edilebilmesi ve yardıma muhtaç kişilerin sosyal güvenceye kavuşturulması için kanunlar çıkarılmıştır. İş gücünün sağlıklı olabilmesi için verimli bir üretim ve ekonomik gelişmenin sıkıntısız devamının sağlanması gerekmektedir. Bismarck, buradan hareketle, 1883 yılında Hastalık Sigortası Kanunu’nu çıkartmıştır. 1884 yılında Kaza Sigortasını çıkartan Bismarck, sonrasında 1889 yılında Yaşlılık ve

Maluliyet Sigortası Kanunu çıkartmıştır. Bir dönem yalnızca sanayi işçilerini kapsayan bu sigortalar yetersiz kalmaktaydı. Memurlar, iş sahipleri, idari görevlerde yüksek ücretli çalışan kişiler bu sigorta kapsamına dahil değillerdi. Ayrıca yaşlılık sigortası sosyal sigorta sisteminin temeli oluşturduğundan diğer işçileri, dul ve yetimleri kapsamıyordu. Sigorta sahibi birey öldüğünde yakınlarına prim ödemesi yapılmıyordu. Ölü yakınları sadece maluliyet sigortasından yararlanabiliyorlardı.

Bu duruma bakıldığında, Bismarck dört madde üzerinde durmuştur (3):

- Yıllık 2000 Mark maaşı sınırında olan bütün sanayi işçilerine zorunlu sigorta
- Ücretleri düşük olan çalışan sınıfının primlerini ödeyebilmesi için maaş üzerinden uygulanacak prim ödemeleri
- Kurum sahibinin idareyi elinde bulundurabilmesi ayrıca fon kullanımını kontrol edebilmesi amacıyla işçi ve işveren arasında prim ödeme zorunluğunun paylaşılması
- İşletme sahibi ve çalışanlarının kendilerini yönettiği geleneksel işçi fonlarının mevcut sisteme uyarlanması.

Sonuç olarak, uygulanan sosyal politika, sosyal sorunları yumuşatmayı başarmış ve sanayi toplumunda oluşan riskleri kısmen de olsa kaldırmıştır. Ancak sosyal sınıflar arasındaki dengesizlik henüz ortadan kaldırılamamıştır.

5.1.2. 1890 – 1914 Dönemi

Bu dönemde, sanayileşme süreci devam ederken, kendi işini kuranlar ve çalışan kişiler çoğaldığından dolayı sosyal sigortalılar sayısında artış yaşanmıştır. 1911 yılında yürürlüğe giren Sigorta Kanunu ile birlikte sosyal güvenlik haklarına ilişkin standartlar geliştirilmiştir. Hastalık sigortasına tabi bireylerin alanı genişletilirken, yaşlılık ve maluliyet sigortası, geride kalanları da kapsayacak biçimde iyileştirilmiştir. 20.yüzyılın başlarında kalifiye olan yani iyi maaş ile çalışanlar, sosyal sigortalardan yararlanamıyordu. 1911 senesinde kabul edilen fakat 1912 yılında faaliyet geçen “Müstahdemler için Sigorta Kanunu” ile müstahdemlere işçilerden farklı olarak değişik bir sosyal sigorta oluşturulmuştur. Bu kanun ile birlikte belirli bir maaşa kadar (yıllık 5000 Mark), tüm müstahdemlerin sigorta bütün

müstahdemlerin sigortalanması sağlanmıştır. Emeklilik aşamasında, müstahdemlerin bekleme süreleri daha uzun ve ödedikleri prim daha yüksek olarak belirlenmiştir. Ancak, hastalık, yaşlılık ve maluliyet durumlarında kendilerinin ve geride kalanlarının bakım hizmetleri, sigortalı işçilere göre koşulları daha iyi sağlanmıştır.

Birinci Dünya Savaşı yıllarında Alman İmparatorluğu, savaş koşullarına uyum sağlayabilmek için, sosyal güvenlik ile ilgili çok sayıda düzenlemeler yapmıştır. İşsizlikle mücadele çerçevesinde devletin, belediyelere finansal katkıda bulunması, savaşa katılan sigortalıların eşlerine analık yardımı yapılması, sigortalı işçilerin emeklilik yaşınının 70'ten 65'e çekilmesi ve böylece müstahdemlerin emekliliği için gerekli olan yaş sınırı ile eşitlik sağlanması, öne çıkan düzenlemelerdir.

1915 yılına gelindiğinde, Almanya'daki % 57 oranında yaşlılık ve maluliyet sigortası, % 47 oranında yasal hastalık sigortası, % 71 oranında iş kazaları sigortası bulunmaktaydı. Bu rakamlardan hareketle, Danimarka ve Büyük Britanya ile birlikte sosyal politikaları uygulama noktasında yüksek bir başarıya sahip olduğunu söylemek mümkündür (4).

5.1.3. 1919 – 1933 Weimar Cumhuriyeti Dönemi

Birinci Dünya Savaşı sonrası ekonomik gelişmesi durağanlaşan Almanya'da, halk tarafından sosyal politikanın geliştirilmesi için talepler artmıştır. 1924 yılında sosyal yardım hakkı düzenlenmiştir. Önceden kiliseler ve belediyeler tarafından yoksullara yardım yapılırken, sosyal yardım hakkı sonrasında toplumun çoğu kesimlerine sınırlı düzeyde de olsa yardım sağlanmıştır. Bu döneme ait en önemli gelişme ise, işsizlik sigortasının kabulü ile dönemin en büyük probleminin bitmesidir. İşe Yerleştirme ve İşsizlik Sigortası Kanunu 16 Temmuz 1927 yılında yürürlüğe girmiştir ve bugünkü İş Ajansı'nın (Bundesagentur für Arbeit) temelleri atılmıştır Sosyal politikalar alanında yapılan gelişmelerin hızı, 1930'lu yıllarda tüm dünyayı etkisi altına alan küresel kriz ve Almanya'daki 1920'lerin başından itibaren güçlenen ve sosyalist olmayan siyasetçilerin varlığı yavaşlatmıştır. Buna rağmen Weimar, Bismarck döneminde temeli atılan bu binayı sağlamlaştırarak eskiyen yerleri tekrar yenilemiştir (4).

5.1.4. 1933 – 1945 Nasyonal Sosyalizm Dönemi

Almanya'da uzun süredir mevcut olan ekonomik krizin etkisiyle, 1933 yılının başına gelindiğinde, toplumda yaygın bir işsizlik hüküm sürüyordu. Daha sonra toplumun genelinde etkili olan işsizlik sorunu, devlet destekli silah endüstrisinin istihdamıyla azaldı. İşsizlik sorununun etkisi hafiflese de, iktidarda olan Adolf Hitler, başta Yahudiler olmak üzere, diğer etnik azınlıkları kapsayan ari ırktan olmayanları, sosyal demokratları, komünistleri, hatta engellileri ve ayrıca, Nazi ideolojisine göre "değersiz" diye nitelendirilen, dilenciler, evsizler, insan tüccarları gibi toplumsal kesimleri, sosyal ve ekonomik haklardan mahrum bırakmıştı. Hitler döneminde, Bismarck zamanında geliştirilip uygulanmaya başlanan sosyal sigortalar sistemi, ana yapısını korumuşsa da, bu alanda da yasal değişiklikler yapıldı. Hitler döneminde sosyal sigortaların kapsamı daraltıldı, işsizlik, emeklilik ve maluliyet aylıklarında önemli indirimler yapıldı (5). Bu düzenlemeler yapılırken, bir yandan da, sigorta sistemini büyütme yönelik düzenlemeler de uygulamaya koyuldu. Ayrıca, zorunlu hastalık sigortasının kapsamı, emeklileri de kapsayacak şekilde genişletildi ve bağımsız çalışanlara da sigortalı olma olanağı sağlandı. Bunun yanında, önceki uygulamada yaşlılık sigortası zanaatkârlar için gönüllülük esasına göre düzenlenmişken, 1938 yılından itibaren bu kesim için de zorunlu yapıldı. Bunun yanında, daha çok işletme iş kazası sigortası kapsamına alındı ve bazı hastalık çeşitleri de, meslek hastalığı olarak listelenen hastalık türleri arasına alındı. Buna karşılık, Nazi Almanya'sının ırkçı ideolojisine dayalı yürütülen politikalara bağlı olarak, Naziler'in kriterlerine uymadıkları için "devlet düşmanı" sayılan kişilerin, vatandaşlık hakları ellerinden alınarak, tüm sosyal haklarını yitirmeleri de sağlık sistemini olumsuz etkilemiştir.

5.1.5. 1945 Sonrası Dönem

Hitler, İkinci Dünya Savaşı sonlandığında yenilgiye uğramış bir Almanya bırakmıştır. Binlerce vatandaşının savaş kamplarında ölmüş, bir çoğu göç etmiş, şehirler ve kurumlar yerle bir edilmiştir. Fakat kısa bir süre sonra Almanlar azimle ve dış kaynakların yardımı ile savaşın yol açtığı zararları kapatmaya başlamıştır. Ama Almanya geride kalan dul kadınlar, yetimler, sakat erkekler ve yaşlılar ile başbaşa

kalmıştı. Almanya'nın yeniden ayağa kalmasını isteyen batı ittifakı Almanya'nın doğusundaki Sovyetler yönetimine karşı bir cephe oluşturmuşlardı. Batı bölgesini control eden Fransa, Birleşik Krallık ve Birleşik Devletler kendi bölgelerini birleştirip 23 Mayıs 1949 Almanya Federal Cumhuriyeti'ni (Bundesrepublik Deutschland) kurmuştur. Buna karşılık 7 Ekim 1949'da Sovyet bölgesi, Alman Demokratik Cumhuriyeti (Deutsche Demokratische Republik) ismini almıştır (5).

5.1.6. Almanya Federal Cumhuriyeti Dönemi

İkinci Dünya Savaşı'nın ardından savaştan mağlup ayrılan Almanya Federal Cumhuriyeti, ekonomik ve toplumsal olanaklarında dibe vurmuştur. Bu durum beraberinde sosyal sigortalar sisteminin ciddi zarar görmesine yol açmıştır (4).

İlk olarak, 1949 yılında Sosyal Güvenlik Uyum Yasası içinde emekli aylıkları yükselmiştir. 1950 yılında Federal Yardım Yasası savaş mağdurlarının ihtiyaçlarını gidermek amacıyla çıkarılmıştır. Bunu takiben, yine aynı yıl Eve Dönüş Yasası çıkarılmıştır. 1953 yılında ise Ağır Engelliler Yasası yürürlüğe girmiştir. Sağlık politikalarının yeniden düzenlenmesi sosyal sigortalıların özellikle 1949-1957 yılları arasında artmasını sağlamıştır. Yine 1950'li yıllardaki sosyal harcamaların gayri safi milli hasıla içerisindeki payı başka ülkelere kıyasla yükselişe geçmiştir. 1957 senesinde kabul edilen Emeklilik Yasası ile birlikte çok önemli bir reform gerçekleştirilerek emeklilerin sosyal uyumları iyileştirilmiştir. Buradan hareketle işçi emekli aylıkları %60, dul aylıkları %81, yetim aylıkları %57 ve memur emekli aylıkları %66, %91 ve %40 oranlarında artış gösterdiği söylenebilir (4). Fakat 1950 yılında %46,3 olan emekli oranı, 1966 yılında %57,3'e çıkınca, emeklilik reform yaşlıları teminat altına alırken genç ve aileler açısından dezavantaja dnşmştir. Bundan dolayı 1961 tarihinde Federal Sosyal Yardım Yasası yürürlüğe girmiştir. Yasanın amacı zorunlu veya özel sigorta sisteminin sıkıntı oluşturması halinde, vatandaşlarına, devletin en alt düzeydeki sosyal güvenlik ağına ulaşım hakkı tanımaktı (4). Bu yasadan, şartları yerine getiren tüm vatandaşlar yararlanabilmiş ve sosyal güvenlik alanındaki bir olumsuzluk da giderilmiştir.

5.1.7. Alman Demokratik Cumhuriyeti Dönemi

Doğu Almanya Sovyetler Birliği'nin sosyalizm modelini benimseyen bir ekonomik düzen oluşturmuştur. Sosyal güvenlik sisteminin de sosyalist sosyal politika olarak tanımlayan Doğu Almanya, hemen hemen tüm Almanya halkını kapsamıştır. Sosyal güvenlik giderleri Batı Almanya'da işçi ve işverenden alınan sigorta primlerinden karşılanırken, Doğu Almanya'da vergilerden karşılanmıştır. Federal Cumhuriyet ve Demokratik Cumhuriyetler karşılaştırıldığında Alman Federal Cumhuriyeti'nin yetersiz kaldığı görülmüştür. Herkes asgari sigorta ve iş garantisi sloganıyla bütünleşen Doğu Almanya sosyal politikaları Doğu ve Batı Almanya'nın birleşmesinden sonra da aynı seyirde ilerleyip aradan geçen 28 yıla rağmen sağlık sigortasındaki üstünlüğünü korumaktadır. Gerek ücretlerde gerekse emekli aylıklarında hala farklılıklar mevcuttur (5).

5.1.8. Almanya'nın Yeniden Birleşmesinin Ardından Almanya Federal Cumhuriyeti Dönemi

3 Ekim 1990 tarihinde Berlin Duvarı'nın yıkılıp Doğu Almanya ile Batı Almanya'nın birleşmesi sonucunda Almanya'nın öncelikli kamusal sorunlarından biri olarak sosyal güvenlik sistemi ön plana çıkmıştır. Bu doğrultuda öncelikli olarak Doğu Almanya ile Batı Almanya arasındaki ekonomik ve sosyal farklılıkların ortadan kaldırılması amaçlanmıştır (5).

5.2. Almanya'nın Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

OECD 2017 verilerine bakıldığında, gayri safi yurtiçi hasılasının en yüksek üçüncü sağlık harcamalarına sahip ve çoğunlukla kamu harcamaları olan, %11,3 oranla Almanya'ya aittir. Verilere bakıldığında, Almanya'da sağlık sistemi nispeten pahalıdır. Kişi başına düşen sağlık harcamaları fazladır. Ayrıca, bir ülkede, oransal olarak sağlık harcamaları, topluma ulaştırılan hizmetler ve ödemelerin miktarına bağlı olduğu kadar, GSYH'deki büyüme ya da küçülmeye bağlı olarak da değişebilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde talebin finansmanını incelediğimizde, çeşitli sağlık hizmetlerine göre gruplandırıldığı görülmektedir (6). Bunlar;

- Zorunlu Sağlık Sigortası
- Diğer Sosyal Sigortalar
- Özel Sağlık Sigortalar
- Doğrudan Ödemeler

5.2.1. Zorunlu Sağlık Sigortası

Zorunlu Sağlık Sigortasına ödenen katkı oranları, kişinin kendi kazancına bağlıdır. 1949 yılında başlayıp 2005 yılına kadar devam eden süreçte sigortaya ödenen katkılar çalışan ve işveren arasında eşit olarak paylaştırılmıştır. 2005 yılından sonra işverenlerin ödediği katkı payında artış gözlemlenmiştir. Bunun nedeni, gelir dağılımı incelendikten sonra çalışan ve işveren arasındaki kazancın farklılığı tespit edilmiştir. Ayrıca, ödenen katkı oranları çeşitli hasta gruplarına göre değişmekte ve ortalama prim oranı gelirin %14 civarındadır (6).

Zorunlu Sağlık Sigortası, kendi içinde primli ve primsiz olarak ikiye ayrılır. Primli rejimde işçi, işveren ve devlet bu yapıyla katkı sağlamaktadır. Çalışma ücreti aylık 450 Euro'nun üstünde, ancak prime esas brüt kazancın üst sınırını da geçmeyen tüm çalışanlar primli rejimden yararlanmaktadır. Primsiz rejimde ise ihtiyaç sahibi kişinin korunması amacıyla yapılan sosyal yardım ve hizmetler oluşumunun giderleri devlet tarafından karşılanmaktadır. Ayrıca devlet ihtiyaç sahibi ailelerin çocuklarına sağlık ve eğitim konusunda yardımcı olmak için primsiz ödemeler yapmaktadır. Tablo 4, Almanya'daki prim ile sosyal sağlık güvenlik sistemi Sağlık Sigortası, Emeklilik Sigortası, İşsizlik Sigortası, Bakım ve Kaza Sigortası olarak göstermektedir.. Sadece kaza sigortasında, primleri yalnız işveren tarafından yatırılır (6).

Tablo 3: Almanya’da Primli Sosyal Güvenlik Sisteminde İşçi ve İşveren Payı Prim Oranlarının Dağılımı

Sigorta Çeşitleri	Toplam Prim Oranı (%)	İşçi Payı Sigorta Prim Oranı (%)	İşveren Payı Sigorta Prim Oranı (%)
Hastalık Sigortası	15,5	8,2	7,3
Emeklilik Sigortası	18,9	9,45	9,45
Kaza Sigortası	Yok	Yok	İşin risk derecesine göre değişir
İşsizlik Sigortası	3	1,5	1,5
Bakım Sigortası	2,05	1,025	1,025

Kaynak: Sozialversicherungsbeiträge, 2014 <http://www.lohninfo.de/sozialversicherungsbeitraege2014.html>
Erişim Tarihi : 06 Nisan 2018

Almanya’da 2009 yılında yürürlüğe giren bir düzenlemeye bağlı olarak, bu ülkede yaşayan herkes, yürürlükteki hastalık sigortasına bağlı ya da bir başka yoldan sigortalı değilse de, en azından, ayakta ve yatarak tedaviyi kapsayan özel sağlık sigortası yaptırmak durumundadır. Buradan hareketle, Almanya sağlık sigorta sistemine düzenlemesi gereği, bu ülkede yaşayan herkes, hastalandığı zaman yaygın ya da özel hastalık sigortasının korumasında olmalıdır.

5.2.2. Diğer Sosyal Sigortalar

Bakım sigortası, kaza sigortası ve emeklilik sigorta hizmetini finanse etmek için yararlanır. En önemlisi olan Zorunlu Emeklilik Sigortası, her türlü tıbbi ve meslekten doğan rehabilitasyon masraflarını da karşılamasıdır (5).

5.2.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel Sağlık Sigortaları özellikle yüksek gelirli kişiler tarafından tercih edilmektedir. Devlet sigortası primi herkesi kapsarken, özel sağlık sigortası primi

genellikle her bir kişi için ödenir. Özel sağlık sigorta poliçeleri oluşturulurken, risk sadece girişte değerlendirilir ve sözleşmeler ömür boyu sigortaya dayalıdır. Almanya’da özel sağlık sigortası yaptırmak için talepte bulunulmasına rağmen, poliçelerin iptal etmesine izin verilmemektedir. Ayrıca, emekli olduğunuzda, maliyetlerin sabit kalmasını sağlamak için, primlerinizin % 10'unu bir hükmü bir kenara koymak gerekmektedir.

Almanya’da, Sosyal Sağlık Sigortası yeteri kadar geliştiği için özel sağlık sigortacılığı çok fazla talep mevcut değildir. Sosyal Sağlık Sigortası tarafından kapsanmayan küçük faydaları, (örneğin dış hizmeti gibi) daha iyi olanaklara erişimini ulaştırarak için tamamlayıcı sağlık sigortası kurulmuştur. Özel sağlık sigortasına talebin artışının nedeni, tamamlayıcı sigortanın yayılmasıdır. Tamamlayıcı sigorta, Zorunlu Sağlık Sigortası dahilinde olmayan ya da kısmen karşılanan bir sigorta türüdür. Başka bir deyiş ile kişi kendisi ilave ödeme yaparak ya da yüksek değerlerde sağlık hizmeti talep ederse devreye giren özel sağlık sigorta çeşididir. (TSB Genel Sekreter Yardımcısı Sayın A. OKSAY ile Sağlık Sigortacılığı ve Avrupa’daki Sağlık Sigortacılığı hakkında 07 Aralık 2017 tarihinde sözlü görüşme).

5.2.4. Doğrudan Ödemeler

Almanya’da finansmanın kaynağı, hizmet kullanımını için yapılan doğrudan ödemeler ile sigorta finansmanının yanında yapılan ek ödemeler kapsamaktadır. Almanya’da yaşayan ve göçmenler dahil zorunlu sigorta ya da özel sigorta kapsamından yararlandığı için doğrudan ödemeler genellikle sigorta kapsamında ödenmeyen ilaçlar ve bazı malzemeler için yapılan ek ödemelerden oluşmaktadır (5).

5.3. Almanya’nın Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Almanya açısından bakıldığında, sağlık sistemi şu hizmetleri verdiği görülmektedir:

- Hastalıklara karşı önlem ve erken teşhis etmek
- Dış sağlığı alanında yapılan faaliyetler

- Hastane alışmaları ve hizmetleri
- Sürekli bakım alanında sunulan hizmetler
- Evde bakım ve ev işleri yardımında verilen hizmetler
- İyileştirme alanında verilen hizmetler
- Laboratuvar hizmetleridir.

Öğrenciler ve emekli çiftçiler için ödeme almayan devlet sisteminde birincil sağlık hizmetleri olarak isimlendirilen ve pratisyen hekimler tarafından yürütülen aile hekimliği sistemi vardır. lke nüfusunun % 90'ından fazlası sigortalıdır ve hekimler sigorta sistemi ile anlaşmalı olarak koruyucu sağlık hizmeti vermektedir. Sağlık hizmetinden yararlanmak isteyen hasta, hasta kartını hekime vererek üç ay boyunca bu kartın kullanım hakkını taşır. 24 saat boyunca doktoruna ulaşabilirliği olan hasta birey çok elzem olmadığı müddetçe doktorunda değişikliğe gidemez. Kamu, vakıf ve özel sektr aracılığı ile sunulan hastane hizmetleri pratisyen hekim tarafından polikliniklerde muayene edilir. şayet doktor gerekli görülürse hasta hastaneye sevk edilerek bakım hizmetlerinden faydalanabilir (6).

5.4. Almanya'nın Sağlık Sisteminin rgtsel Yapısı

Sosyal sağlık sigorta hizmetlerinin sağlık sunucularını hekimler ve diş hekimleri, sağlık hizmetleri talep kısmını da hasta fonları ve bu fonlara bağlı kuruluşlar oluşturmaktadır (6). Bu kuruluşlar;

- Fedaral Merkezi Yönetim
- Federe Eyalet Yönetim
- Devlete Ait Olmayan Birlikler
- Yasalarlarla belirlenen haklar
- Zorunlu yelik
- Kendi finansal kaynağını yükseltme hakkı.

5.5 Almanya ile Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 4: Almanya ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu

Başlıklar	Almanya	Türkiye
1.Nüfus (2018)	82,302,128	81,916,81
2.Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki oranı (%) (2017)	11,3	4,2
3.Sağlık hizmetleri finansman planlarının gelirleri (genel) (2016)	62,8	40,7
4. Ortalama ölüm oranı (%) (2016)	83,5	80,7
5.Sağlık hizmetleri finansman yapısı	Bismarck	Karma yapı
6.Sağlık hizmetleri sunumu	*Diş sağlığı alanında yapılan faaliyetler *Hastane çalışmaları ve hizmetleri *Sürekli bakım alanında sunulan hizmetler *Evde bakım ve ev işleri yardımında verilen hizmetler *Sevk zinciri *Laboratuvar hizmetleridir.	*Diş sağlığı alanında ve fizik tedavi alanında yapılan faaliyetler *Hastane çalışmaları ve hizmetleri *Laboratuvar hizmetleridir. *Aile hekimliği *Laboratuvar hizmetleridir.
7.Sağlık hizmetleri örgütsel yapısı	*Federal Merkezi Yönetim *Federal Eyalet Yönetim *Devlete Ait Olmayan Birlikler *Yasalar ile belirlenen haklar *Kendi finansal kaynağını yükseltme hakkı. *Zorunlu üyelik	*Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı *Sağlık Bakanlığı

Kaynaklar: Avrupa Ülkelerinin Nüfusu 2018 <https://forum.tercihiniyap.net/topic/2953/avrupa> Erişim Tarihi: 18 Temmuz 2018;

OECD.Stat - https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# Erişim Tarihi : 18 Temmuz 2018

Türkiye’de de sosyal güvenlik sisteminde, primli rejim ve primsiz rejim olarak iki sistem mevcuttur. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından yürütülen primli rejim sistemine karşılık, primsiz rejim sistemi Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Almanya’da ise durum farklı olarak sosyal sağlık sigortaları ve sağlık ve bakım sigortaları Federal Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülürken, emeklilik, kaza ve işsizlik sigortaları Federal Çalışma ve Sosyal İşler Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Aile yardımları ise Federal Aile, Yaşlılar, Kadınlar ve Gençlik Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Almanya sisteminin en belirgin özelliği, federal yönetimin merkezi hükümet kadar yetkilerinin olması ve özel sektörün kamu sektörünü tamamlamasıdır. Ayrıca, zorunlu sağlık sigortasının, kendi kendini yöneten kuruluşlarla sistemli bir şekilde işleyişini sürdürmesidir. Türkiye’de ise, yerel yönetimlerde sağlık kuruluşları kapsamında kendi kendini yöneten yetki devri söz konusu değildir. Sağlık Bakanlığı, Almanya Sağlık Bakanlığı’nın görevlerinden ayrıca yerel yönetimdeki devri yapılan görevleride gerçekleştirir.

Kamu Sağlık Sigortası, Almanya’da devlet veya özel sektör eliyle yürütülmektedir ve sisteme katılım zorunludur. Türkiye’de aynı şekilde Genel Sağlık Sigortası’na katılım zorunludur ancak sadece devlet tarafından yürütülmektedir. Bu sigorta kolundan yararlananlarla ilgili prim ödemelerinde yaş kriterleri iki ülkede de aynıdır. Almanya’da sosyal sağlık sigorta sisteminin işleyişi düzenli olduğu için, özel sağlık sigortacılığı çoğunlukla zengin kesim tarafından tercih edilmektedir. Türkiye’de ise çoğu şirket çalışanları şirketin sağladığı özel sigortadan yararlanabilmektedir ve iş anlamında tercih sebebi olmaktadır.

Almanya’da sağlık hizmetlerinin, yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerine rastlanmaktadır. Bunun nedeni, diğer ülkelere göre sağlık harcamaları oranı fazla olmasıdır. Türkiye’de sağlık harcamaları Almanya’ya oranla daha düşük olduğu için sağlık hizmetlerinde hedeflenen kaliteye henüz ulaşamamıştır. Bu durum ile alakalı çalışmalar devam etmektedir.

Almanya açısından bakıldığında ayaktan bakım hizmetlerini genellikle anlaşmalı aile hekimleri ve özel uzman hekimleri yürütmektedir. Türkiye’de ise ayaktan hizmetler aile hekimleri ve kamuya bağlı olmayan özel polikliniklerdeki

sağlık görevlileri tarafından sunulmaktadır. Almanya’da Türkiye’ye kıyasla en önemli olan şey, primli sigorta kolu olan bakım sigortasının oluşudur. Psikolojik ya da fiziksel rahatsızlığı olan ve en az 6 ay bakıma muhtaç kişilere uzun dönem fon sağlayan bakım hizmetleri ile yapılan anlaşmalar paketler halinde sunulmaktadır. Kişisel bakım, hareketlilik kazandırma, beslenme yardımı gibi hizmetler de dahil olmaktadır (7).

Sonuç olarak, Almanya’da sosyal sağlık sistemi geliştiğinden dolayı bireyler oldukça geniş teminatlarla güvence altına alınmıştır. Türkiye’de ise, sosyal sağlık sigortacılığın hala eksiklikleri mevcuttur. Kamu sağlık sigortalarının finansmanı ister vergi ister primle sağlansın, hiçbir sistem tüm sağlık risklerini karşılayamamıştır. Bu duruma alternatif olarak ‘tamamlayıcı sağlık sigorta’ sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası, Kamu Sağlık Sigortası dahilinde olmayan ya da kısmen karşılanan bir sigorta türüdür. Başka bir deyiş ile kişi kendisi ilave ödeme yaparak ya da yüksek değerlerde sağlık hizmeti talep ederse devreye giren özel sağlık sigorta çeşitidir. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortasına erişebilirliğin artırılması isteniyor ise, katılım payının düşük olması gerekmektedir. Bu şekilde düşük gelir sahibi kişiler sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmekte ve bunun sonucunda herkes sağlık hizmetlerinden eşit ve adil bir şekilde yararlanabiliyor olacaktır. Ayrıca, ilaç ve tedavi masraflarının paylaşımı da bireyleri maliyetler açısından daha bilinçli hale getiriyor olacaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası aracılığı ile Türkiye’deki gelir-gider dengesizliğine bir çözüm bulunmuş olup ve bu sigorta ile vatandaşların kendi hekim ve hastanesini seçme özgürlüğü tanınmış olacaktır.

5. ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI AĞIRLIKLI ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK HOLLANDA İLE TÜRKİYE’NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

6.1. . Hollanda Sağlık Sisteiminin Tarihçesi

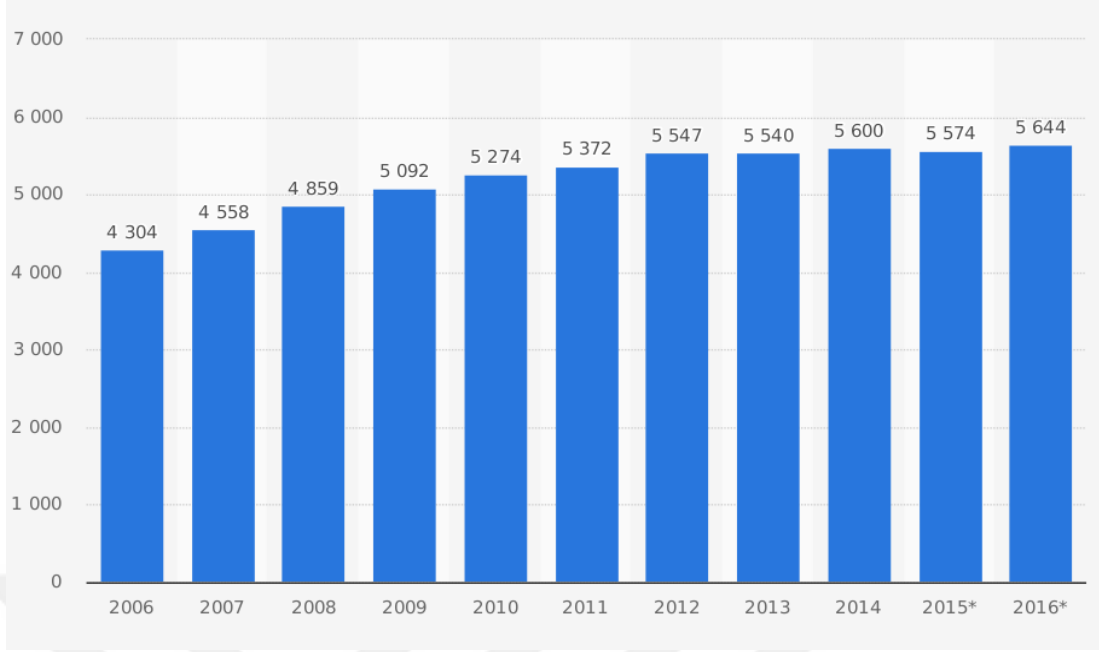
Hollanda sağlık sistemi, Almanya’da mevcut olan Bismarck Modeli’nden etkilenmiştir. 20. yüzyılın başından itibaren halk sağlığı organizasyonu yerel düzey belediye sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ile teşvik edilmeye başlamıştır. 1930 yılına gelindiğinde, Hollandalı nüfusun neredeyse tamamı, genel ve uzmanlaşmış tıbbi hizmetler, hastane bakımı ve toplum hizmetlerini kapsayan temel tıbbi hizmetlerin erişimine sahip olmuştur. Genel olarak, yoksullar, belediyenin ve işçi sınıfı gönüllü hastalık sigortası programlarına katılabilirdi. Orta ve üst sınıflar özel uygulamaya katılmak zorundaydı ancak pahalı hastane kabullerinde ödeme yapmaları gerekmektedir. Gönüllü sigortanın mali kısıtlamaları ve tıp mesleğinin hastalık fonları karşısında hekim konumu, çoğu fonun hastane bakımını veya toplum hizmetlerini kapsamadığı anlamına geliyordu. Bu hizmetlerin fiili teslimi genellikle özel kuruluşların elindeydi, fakat belediye yetkilileri, masrafların çoğunu doğrudan ödeme ya da karşılıksız yardımlar aracılığıyla öderdi. Bu düzenlemelerden sonra, Hollanda sağlık sisteminin iyi olmasının nedeni, İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra yüksek düzeydeki ekonomik toparlanma ve buna bağlı olarak sağlık sisteminde yapılan değişimlerdir. Hastalık fonlarının ilk adımları, 19. yüzyılın ilk yarısında hayır kurumları, doktorlar, eczacılar ve diğer özel kişiler tarafından kurulan yatırım fonlarıydı. 19. yüzyılın sonlarında sanayi kapitalizminin öne çıkması ile birlikte, örneğin işçi sendikaları tarafından, hastalık durumunda, tıbbi bakım ve işsizliğe olan ihtiyacı desteklemek için yeni fonlar oluşturuldu. Merkezî güçlerin kademeli olarak artmasına rağmen, o günlerin liberal müdahaleci olmayan gelenekleri, hükümetin sağlık ve sağlık sigortası ile ilgili girişimlerde bulunmasını engelledi. Bununla birlikte, 20. yüzyılın başından itibaren bu eğilim değişti ve hükümet, hastalıklarla ilgili olanlar da dâhil olmak üzere sosyal sorunların çözümünde giderek daha fazla yer almaya başladı. Bu değişikliğin bir yansıması, Hollanda’da bir sosyal sigorta sistemine yönelik ilk adım olarak görülebilen 1901 yılında çıkarılan Kaza Yasasıdır.

1913 yılında kabulü gerçekleşen Hastalık Kanunu'nun devlet müdahalesinin başladığının göstergesidir. Ancak, bu kanunun faaliyete geçmesi uzun yılları aldı. Sonunda, sadece tıbbi harcamalar hariç, hastalık ödeneklerini karşılayacak şekilde yürürlüğe girmiştir. İkinci Dünya Savaşı'na kadar sosyal bir sigorta sistemi getirme girişimleri başarısız olmuştur. Bu durumun nedeni, hastalık fonu kurullarına katılımın sağlanması, kişilerin fona kabul edilmeleri için gelir eşiğinin düzeyi ve sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak kabul edilme koşullarıdır (8).

1941 yılına gelindiğinde, zorunlu sağlık sigortasının yürürlüğe girmesinden önce, bağımsız Hollanda belediyeleri sadece yoksulları değil, neredeyse tüm nüfus için hastane bakımı ve toplum hizmetleri için sağlık hizmetlerinden yararlanılmasını sağladı. Bu durum, Hollanda sağlık hizmetlerinde geniş coğrafi varyasyonlar getirdi. 1941 tarihinden itibaren 2006'ya kadar olan süreçte, kısa vadeli sağlık sigortasının ayrı kamu ve özel sistemleri bulunmaktadır. Kamu sigorta sistemi kar amacı gütmeyen sağlık fonları tarafından uygulanmış ve doğrudan ücretlerden (prim gelirleriyle birlikte) alınan primlerle finanse edilmiştir. 2006 yılından sonra, risk eşitlemesi temeline dayanan yeni bir sağlık sigortası sistemi uygulamaya konulmuştur. Bu sistem, sigorta şirketi tarafından sigorta şirketi tarafından risk değerlendirmesi yapılmasına gerek kalmadan, tüm vatandaşlara uygun bir ücret karşılığında zorunlu bir sigorta paketi sunulmaktadır (8).

6.2. Hollanda'nın Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Hollanda'da özel olarak düzenlenmiş bir sağlık sistemi bulunmaktadır. Hollanda sağlık sistemi 48 kriterin değerlendirildiği 2014 Avrupa Sağlık Tüketicileri Endeksine göre 37 ülke arasından birinci olarak seçilmiştir. Hollanda'da sağlık finansmanı kamu ve özel sektörün birleşmesiyle oluşmaktadır. En önemlisi, sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve bu duruma mali destek sağlama yasalar ile koruma altına alınmıştır. Sağlık Bakanlığına sağlanan bütçe vergi gelirleri ile finanse edilir ve bu finansman tüm sağlık harcamalarını kapsamaktadır (9).



Şekil 3: Hollanda’da Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2006 – 2016)

Kaynak: Spending on Health Care in the Netherlands <https://www.statista.com/statistics/575988/total-health-expenditure-per-capita-in-the-netherlands/> Erişim Tarihi : 25 Haziran 2018

Şekil 3’e göre, 2006’lı yıllar ile 2016 yılı arasında kişi başına düşen sağlık harcaması artış göstermiştir. Bu yıllar arasında sağlık sistemi net bir şekilde oturmuştur. Ülkenin genel sağlık sigortası ile ilgili temel ilkelere ilişkin ayrıntılı politikaları içeren Sağlık Hizmetleri Programı, ulusal ve özel sigorta primlerinden oluşan harcamaların büyük bir kısmını ödemeyi hedeflemektedir. Hollanda’daki hastanelerde, ileri dönük ödeme istemi mevcut olup, yıllık global bütçeler ve yerel sigortalar ile hastaneler arasında uzlaşma sağlanarak belirlenmektedir.

Hollanda’da sağlık finansmanı üç paralel sigorta bölümünden oluşmaktadır (10). Bunlar;

- İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi
- Zorunlu Hastalık Sigortası
- Özel Sağlık Sigortasıdır.

6.2.1. İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi

1962 yılında dönemin Sağlık Bakanı Veldkamp, tüm ülkeyi kapsayacak sigorta sisteminin düzenlenmesini yapmıştır. Bu sistemin içinde, uzun dönem hastalıklar, sakatlıklar, bakım isteyen hastalar ve ruhsal sağlığı bozuk olan kişileri kapsayan bir sistem oluşturmuştur. Bu yüzden oluşturulan sistemin adı 'İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi' olarak kalmıştır. Bu sigortanın kapsamı; Hollanda vatandaşları, Hollanda'da yerleşik olmayıp fakat vergi mükellefi olanlar, yurtdışında yaşayan emeklilerdir. İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta finansman planı, sigorta kapsamındaki kişiler tarafından ödenen prim, devletin desteği ve hizmet alıcılarının ayrıca kişisel katkı ödemeleri tarafından oluşmaktadır. Bu katkı payları gelir ve ücret üzerinden alınan vergiler tarafından toplanmaktadır. Hükümet her sene vergiye tabi tutulan gelir miktarının alt ve üst sınırına göre verilmesi gereken miktarı hesaplar (10).

6.2.2. Zorunlu Hastalık Sigortası

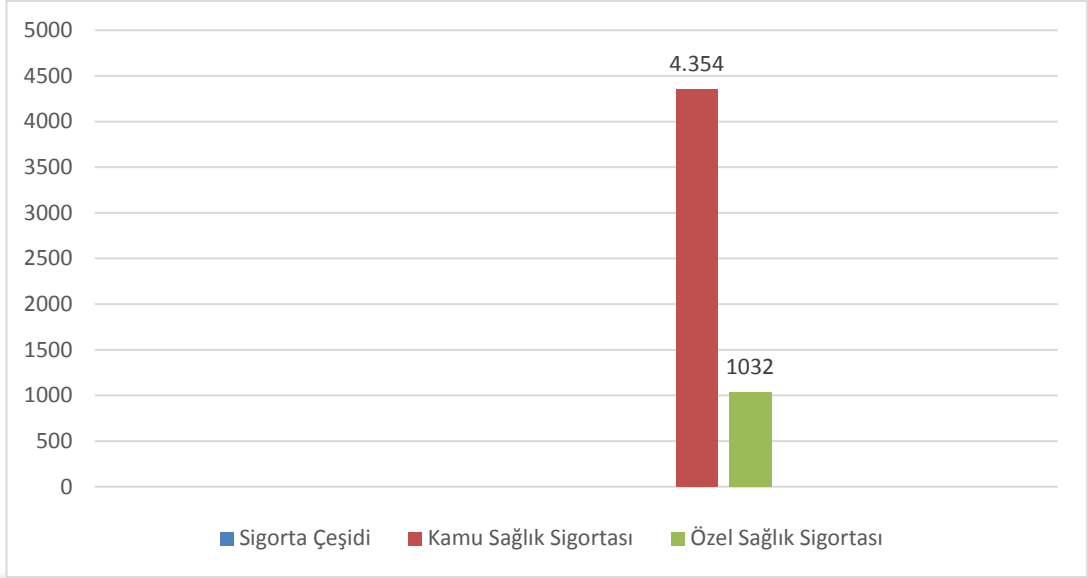
Sağlık Sigorta Yasası, 1966 yılında uygulanmaya başlamıştır. Fakat günümüze gelene kadar birçok kez değişmiştir. Bu sisteme göre, kişiler kanun da belirtilen durumlara uygun ise, otomatik olarak sigortalı sayılmaktadır ve kişiler için sağlanan yardımlara bakılmaksızın, kanuni katkı payını ödemek zorundadırlar. 1998 yılında bu yana 65 yaş üzeri olan kişilerde bu sigorta kapsamına girmektedir. Sosyal sigorta kapsamında hastalık sandığının koordinasyonu sonucunda tüm bireylere sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı ödenen primlerden karşılanmaktadır. Kurumsal sağlık maliyetlerinin artması neticesinde bu hizmetlerin yerine geçebilecek sağlık finansman sistemleri arayışına gidilmesi sonucunda sağlık hizmetlerinin daha az maliyetli olduğu düşüncesi ağırlık kazanmıştır (10).

Hollanda'da sağlık ve bakım hizmetleri, büyük ölçüde kamu özel sigorta sistemi tarafından ve ortaklaşa ödeme bazında finanse edilmektedir. Ortaklaşa ödeme, Sağlık Bakanlığı tarafından yıllık olarak belirleniyor ve verilen bakım hizmetinin türüne, bireyin gelir düzeyine göre ve ödenen sigorta primlerine dayanmaktadır. Sigorta sistemi, belirli dönemlerde sağlık ve bakım hizmetlerini karşılama konusunda yetersiz kalabilmekte ve böylesi dönemlerde vergi desteğine

gereksinim duyulmaktadır. Hollanda sağlık sistemi dzenlemeleri gereği, primin bnyk bir payını işveren odyor. Dzenlemeye gre, brt geliri belirlenmiş gelir diliminden dşuk olan çalışanların primlerini işveren oderken, geliri belirlenen dilimin izerinde olan çalışanların prim odemesinin tamamı kendisine ait oluyor (9). Bu lkte zorunlu sağlık sigortasının finansmanı da iki aşamalı olarak dzenlendi. Sigorta şirketleri harcamalarının yarısı toplumsal derecelendirme primleri izerinden karşılanırken, diğer yarısı gelire bağlı belirlenen primlerden finanse ediliyor. Hollanda tıpkı Almanya gibi sağlık sisteminin kaynaklarının sigorta primlerinden karşılamaktadır. Bundan dolayı bu sistemler yapacakları hizmetler için gerekli kaynakları arttırma çalışmaları yapılmaktadır. Bu kaynakların arttırılması için sivil toplum orgtlerinin yanı sıra kar amacı guden işletmelere de pazarda yer almaları için teşvik edilmektedir. Rekabet anlayışının bakım kalitesi öncelikli olması önem kazanmıştır. Maliyetlerin kontrol altına alınması amaçlanan bu uygulamalar ile sosyal içerikli serbest piyasa anlayışı oluşturulması dşunlmüştür (10).

6.2.3. Özel Sağlık Sigortası

Özel sağlık sigortaları, kamu sigorta sisteminin sunduğu standart sigorta paketini oluşturmak ile ykumlü olup, belirlenen riskler ve ödenmesi gereken maksimum prim miktarları yasal dzenlenmeler ile belirlenmiştir. Özel sigortası olan kişiler, sağlık sunucusunu seçmekte zgurdler. Sağlık hizmetleri maliyetleri, poliçede belirlenen şartlara gre sigorta şirketleri tarafından ödenmektedir. Yinede, zorunlu sağlık sigortası sisteminin köklü ve sistemli bir şekilde işleyişinin olması nedeniyle özel sağlık sigortaya talep azdır. şekil 4'e bakıldığında bu oran görülmektedir:



Şekil 4: Hollanda’da 2016 Yılında Kamu ve Özel Sağlık Sigortasına Yapılan Kişi Başı Harcama (\$)

Kaynak: Public and private per capita health expenditure in selected countries in 2016

<https://www.statista.com/statistics/283221/per-capita-health-expenditure-by-country/>

Erişim Tarihi: 01 Ocak 2018

Kamu sağlık sigortacılığına yapılan harcamalar, özel sağlık sigortacılığına yapılan harcamaların neredeyse dört katından fazladır. Bu durum, kamu sağlık sigortacılığını kalitesini ve gelişimini arttırmaya yardımcı olmaktadır. Kamu ve özel ortaklığının en iyi şekilde işletildiği, hizmet sunumlarının genellikle özel sektör tarafından gerçekleştirildiği, denetimin ise kamu tarafından yapıldığı tamamlayıcı sağlık sigortasının en yoğun kullanıldığı ülkelerden birisi olarak görünmektedir. Özel sağlık sigortasının aksine isteğe bağlı tamamlayıcı sağlık sigortasında sigorta şirketleri risk değerlendirmesi yapabilmektedir. Aynı şekilde, sigorta sahibi olmak için başvuran bireylerin kabul zorunluluğu tamamlayıcı sağlık sigortaları için geçerli değildir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları, özel sağlık sigortası kapsamında yer almayan diş tedavileri, fizik tedavi ve estetik operasyonları gibi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortaları bekleme sürelerinin azaltılması veya doktor ve hastane seçim olanaklarının artırılması gibi ek imkânlar sunmamaktadır. Bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortalarını tercih etme nedenleri temel paket içerisinde bulunmayan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek ve özel sigorta

kapsamında doğrudan ödeme gerektiren hizmetler için sigorta desteği alabilmektir. (11).

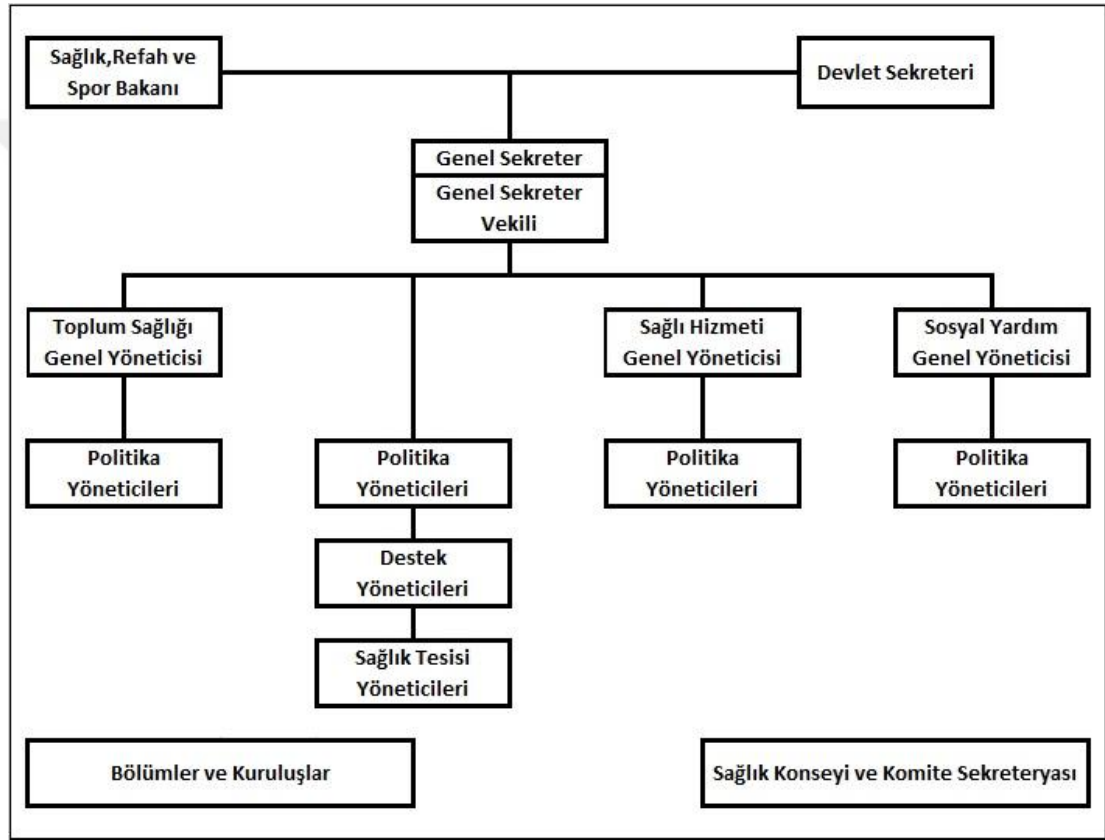
6.3. Hollanda'nın Sağlık Hizmetleri Sunumu

Hollanda'nın sağlık sistemi, birincil, ikincil ve üçüncül aşamalar olarak örgütlenmiştir. Genel sağlık sistemine giriş aşaması olarak belirlenmiş birincil sağlık hizmetleri; pratisyen hekimler, uzman hekimler, uygulama hemşireleri, evde bakım sunucular, ebeler, fizyoterapistler, dişçiler ve eczacılar tarafından verilir ve gelişmiş bir yapıya sahiptir. Buradan hareketle öncelikle her birey bir aile hekimine bağlanır. Hastaların bir uzman hekime ya da hastaneye ulaşımı, ancak bir pratisyen hekimin (aile hekimi) sevki ile mümkündür. Bu da, Hollanda sağlık sisteminde bir sevk zinciri uygulamasının zorunlu olduğunu gösteriyor. (TSB Genel Sekreter Yardımcısı Sayın A. OKSAY ile Sağlık Sigortacılığı ve Avrupa'daki Sağlık Sigortacılığı hakkında 07 Aralık 2017 tarihinde sözlü görüşme). Bireylerin bağlı oldukları aile hekimleri, öncelikle tüm temel bakım hizmetini yerine getirdikten sonra, gerektiği durumda hastayı hastaneye yönlendirmektedir. Sağlık sistemindeki birincil aşamanın işlevselliğinin iyi çalışması durumunda, öncelikle hastalıkların akut dönemde teşhis edilmesini, birçok hastanın yatarak tedaviye gerek olmadan iyileştirilmesini olanaklı kılıyor; böylece, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve daha az maliyetli sunulmasını sağlıyor. Hollanda'daki akademik literatürdeki veriler de işleyişin bu yönde olduğuna işaret ediyor. Buna göre, tıbbi şikâyetlerin büyük bir bölümü pratisyen hekim tarafından gideriliyor, bu da, oluşturulan aşamalı sistemin verimli bir şekilde işlediğini gösteriyor (11). İkincil ve üçüncül bakım hizmetleri ise özel veya kar amacı olmayan kurumlar tarafından sağlanmaktadır.

Sağlık sigortası şirketleri hastane sağlık hizmetleri ile ilgili anlaşmalar yaparak sağlık hizmetlerinin sağlanmasından sorumlu bulunmaktadır. Sağlık sigortası şirketlerinin herhangi bir hastane ile kontrat yaptıkları takdirde bu anlaşmayı beyan etmeleri gerekmektedir. Bu anlaşmaların yapılması sürecinde hükümet müdahalelerinin en alt seviyede tutulması sağlık sigortası şirketlerine seçim özgürlüğü getirerek sigorta şirketleri için önemli olan konuların belirlenip anlaşmalar içerisinde yer almasına olanak sağlamaktadır.

6.4. Hollanda'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Hollanda sağlık sisteminin yapısı incelendiğinde, diğer ülkelere göre farklılık göstermektedir. Örneğin, Hollanda'da Sağlık Refah ve Spor Bakanlığı ve yerel otoriteler toplum sağlığı hizmetlerinden sorumludurlar. Sağlık Refah ve Spor Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı ve Kraliyet ile birlikte hareket etmektedir. Denetçiler, sağlığın kalitesini ve toplumun refahını gözlemler. Bu denetçiler; Yiyecek ve Tüketici Güvenliği Denetçileri, Sağlık Koruma Denetçileri ve Gençlik ve Sağlığı Denetçileridir.



Şekil 5: Hollanda Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Kaynak: Ministry of Health, Welfare and Sport (2006). Health Organization
<http://www.minvws.nl/en/organization> Erişim Tarihi : 01 Mayıs 2018

Sağlık Refah ve Spor Bakanlığı'nın merkez teşkilatı Genel Sekreterlik bölümü bakanlığın temel politikalarını ayarlamaktadır. Genel Sekreterlik, destek yöneticileri, politika ve sağlık tesisi yöneticilerinden oluşmaktadır (10).

6.5. 2006 Yılındaki Reformun Sağlık Sistemi Üzerindeki Etkileri

2006 yılında yapılan reformlar sayesinde Hollanda’da yeni sağlık sisteminin geldiği nokta birçok ülkeye örnek oluşturmuştur. Yapılan sağlık reformları sayesinde sürdürülebilir, düşük maliyetli ve yüksek nitelikli bir sağlık sisteminin oluşturulması hedeflenmektedir. Reformla sayesinde yapılan yenilikler incelendiğinde;

- Sigorta şirketlerinin tüm başvuruları kabul etme zorunluluğu,
- Sağlık durumu ya da yaş gibi kriterlere bağlı olmaksızın belirlenen primler oluşturulması,
- Sağlık sigortası şirketleri ve sağlık hizmeti sunucuları arasında performansa dayalı ödeme sisteminin oluşturulması,
- Sağlık hizmetleri maliyetleri ve sunulan hizmet kalitesi ile ilgili anlaşmalar gerçekleştirilmesi ve sağlık sigorta şirketlerinin tüm sağlık hizmeti sunucuları ile kontrat sahibi olma zorunluluğunun kaldırılması,
- Sağlık hizmeti sağlayıcıları ve sağlık hizmeti alıcıları arasında sunulan hizmet kalitesi konusunda şeffaflığın artırılması,
- Alıcıların serbest seçme hakkına sahip olması sağlık reformunun sağladığı önemli gelişmeler arasında sıralanmaktadır (Ministry of Health, Welfare and Sport (2006). Health Organization <http://www.minvws.nl/en/organization> Erişim Tarihi : 01 Mayıs 2018).

Hükümet hane halkının değişen sağlık sisteminden finansal açıdan mümkün olduğunca az etkilenmesi için çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler arasında, belli bir gelir seviyesinin altındaki bireyler için sağlanan prim destekleri, yaşlılar için emekli maaşının artırılması ve 18 yaş altı bireylerin sigorta masraflarının devlet tarafından karşılanması gibi önlemler sıralanmaktadır. Merkez Planlama Ofisi (Centraal Planbureau) hükümetin aldığı bu önlemlerin genel olarak başarıya ulaşıp ulaşıp olmadığını belirtmektedir.

6.6. Hollanda ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 5: Hollanda ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu

Başlıklar	Hollanda	Türkiye
1.Nüfus (2018)	17,084,460	81,916,81
2.Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki oranı (%) (2017)	10,2	4,2
3. Ortalama ölüm oranı (%) (2016)	83,2	80,7
4.Sağlık hizmetleri finansman yapısı	Bismarck	Karma yapı
5.Sağlık hizmetleri sunumu	*Evde bakım hizmetleri *Genel pratisyen hizmeti *Sürekli bakım alanında sunulan hizmetler *Sevk zinciri	*Dış sağlığı alanında ve fizik tedavi alanında yapılan faaliyetler *Hastane çalışmaları ve hizmetleri *Laboratuvar hizmetleridir. *Aile hekimliği
6.Sağlık hizmetleri örgütsel yapısı	*Sağlık Refah ve Spor Bakanlığı *Yerel otoriteler *İçişleri Bakanlığı *Yiyecek ve Tüketici Güvenliği Denetçileri *Sağlık Koruma Denetçileri *Gençlik ve Sağlığı Denetçileri	*Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı *Sağlık Bakanlığı

Kaynaklar:Avrupa Ülkelerinin Nüfusu 2018 <https://forum.tercihiniyap.net/topic/2953/avrupa> Erişim Tarihi: 18 Temmuz 2018

OECD.Stat - https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT# Erişim Tarihi : 18 Temmuz 2018

Hollanda’da yaşayan herkesi kapsamına alan uzun süreli ve yüksek maliyet gerektiren hastalıklar için İstisnai Tıbbi Harcamalar Sağlık Sigorta Sistemi mevcuttur. Türkiye’de ise bu sağlık sigortası sistemi mevcut değildir. İstisnai Tıbbi

Harcamalar Sağlık Sigorta Sisteminde, kişiler kanun da belirtilen durumlara uygun ise (bakıma muhtaç kişiler gibi), otomatik olarak sigortalı sayılmaktadır ve kişiler için sağlanan yardımlara bakılmaksızın, kanuni katkı payını ödemek zorundadırlar. Yüksek maliyet gerektiren sağlık problemi olan kişiler, bu sigorta sistemi ile yükünü hafifletmektedir. İlerisi düşünülerek, Türkiye’de genç nüfus hakim olmasına rağmen, bu sigorta sistemi üzerinde durulabilinmelidir.

Hollanda’da sağlık sigortacılığı, zorunlu ve primli kamu sistemine ve özel sağlık sigortacılığına dayalıdır. Türkiye’de de aynı şekilde kamu ağırlıklı zorunlu ve primli sağlık sigortacılığı mevcuttur. Türkiye’de üzerinde durulması gereken bir konu, hizmet kullanımında kalitenin ve sağlık harcamalarına verilen önemin artmasının gerekliliğidir. Hollanda’da sağlık hizmetlerinin finansı, gönüllü kar amacı gütmeyen sağlık kuruluşları ve özel sektör tarafından sağlanmaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetleri büyük oranda kamu ağırlıklı olarak verilmekte ve sağlık hizmetlerinin planlamasında sivil toplum örgütleri rol almamaktadır. Hollanda’da, hastalar öncelikli olarak aile hekimliğine başvururlar. Sonrasında aile hekimliği sevk eder ise hastaneye gidebilirler. Türkiye’de ise kişiler istedikleri anda hastaneye başvurabilirler. Bu durum, sağlık hizmetleri sunumunda Türkiye’nin yetersiz kalmasına neden olmaktadır. Türkiye’nin nüfus yapısı göz önünde bulundurulduğunda, sadece sağlık hizmetleri ile ilgilenen Sağlık Bakanlığı mevcuttur. Hollanda ise coğrafi anlamda daha küçük bir ülke olduğundan, Sağlık Refah ve Spor Bakanlığı sağlık hizmetleri ile ilgili işler dışında başka işler de yapmaktadır.

Hollanda sağlık hizmetlerinde kamu ve özel ortaklığının iyi işletildiği, hizmet sunumunun çoğunlukla özel tarafından yapıldığı ve ilave olarak kamunun da iyi işleyen bir denetim sistemine sahiptir. Ayrıca, diğer Avrupa Ülkelerinde olduğu gibi tamamlayıcı sağlık sigortası sisteminin en sık kullanıldığı ülkelerden birisidir. Bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortalarını tercih etme nedenlerinde en önemli nokta, temel paket içerisinde bulunmayan sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek ve sosyal sağlık sigortasının yetmediği alanlarda, doğrudan ödeme gerektiren hizmetler için sigorta desteği alabilmektir. Türkiye’de özellikle dış tedavileri ve fizik tedavileri için talebin fazlalığından dolayı devlet hastanelerinde sağlık hizmetlerine erişebilirliği kısıtlıdır. Türkiye’de tamamlayıcı sağlık sigortası bu alanda geliştirilir ise, sosyal

sağlık sigortası mevcut olan özel hastanelere rağbetin artması olasılığı gözlemlenebilir.

Sonuç olarak, gelişmiş ülkelerin çoğunda sağlık sigortacılığında finansmana yönelik artan baskı ile çeşitli şekillerde mücadele etmektedirler. Katılım payı uygulamaları geliştirilerek sağlık hizmetlerinde gereksiz harcamaların önüne geçilmeye çalışılmış ve birinci basamak tedavi oranı yükselmeyi başarmıştır. Türkiye’de katılım payı uygulamalarının yanı sıra sağlık finansmanın ve risklerin devlet ile özel sektör arasında paylaşım durumunun, yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. Böylece, buna olanak sağlayan tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası ile diğer ülkeler arasında yerini alabilir.



7.SAĞLIK FİNANSMANININ KAMU BÜTÇESİNDEN KARŞILANDIĞI ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK İNGİLTERE İLE TÜRKİYE’NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

7.1. İngiltere Sağlık Sisteminin Tarihçesi

7.1.1. 1948 Yılından Önce Sağlık Sigortası Sistemi

Liberal Parti lideri Lyod George, ilk Ulusal Sağlık Sigortası Kanunu’nu 1911 yılında parlamentodan geçirmiştir. Bu karar çıktıktan sonra yoksullar için kamu sistemi oluşturulmasını isteyen ve gönüllü sağlık sigortasını savunan doktorlar kanuna karşı gelmişlerdir. Kanun yıllık belirli bir gelirin altında olan işçilere ayakta bakım hizmetleri sunmakta ve hastalık yüzünden geliri düşen hastaların gelirlerini telafi etmeyi amaçlamaktaydı. Sistemin içinde bulunmak zorunlu değildi fakat hemen hemen bütün işçiler kanunun şartlarını tamamlayıp sisteme üye olmuşlardır. Kanuna göre işçilerin bakmakla yükümlü oldukları bireyler sigorta kapsamına girmiyordu. Fakat aynı kişiler kanunun şartlarını sağlayıp sistemden yararlanabiliyorlardı. Bu sistemin finansal kaynağı işveren ve çalışandan alınan zorunlu prim katkısı ile devletin sağladığı katkıdan oluşmaktaydı. Genel Pratisyen (GP) hizmetleri ve reçete olarak yazılan ilaçlardan ibaretti. Bu dönemde uzmanlık çok da gelişmediğinden, şayet GP hastayı uzmana sevk ettiyse hasta hastane polikliniğine başvurup bu hizmetlerden yine ücretsiz faydalanabilmekteydi.

Bu dönemde sağlık sigortası, yatan hasta hizmetlerini kapsamamaktaydı. Fakat istisnai olarak bazı kamu ve gönüllü hastaneler yerel hükümet desteği ya da yardım fonlarını alarak koğuşlarda yatan hastalara hizmet vermekteydi. Ticari şirketler tarafından kurulan sosyal yardım sandıkları kar amacı gütmeyen teşkilatlar olarak görülmekteydi. 1941 yılında Sir William Beveridge, hükümet tarafından sosyal sigortalar için oluşturulan bir araştırma kurulunun başına getirildi. 1942 yılında yayınlanan, Beveridge Raporu’nda, düşük işsizlik döneminde yazılmasına rağmen savaş sonrası olduğundan istihdamın önemi vurgulanmıştır. En önemli vurgulanan nokta ise, sosyal sağlık sigortacılık sistemi olup, bunu finanse etmesi

gereken kişiler ise işveren ve çalışanlar olarak belirlenmiştir. 1944 yılında hükümet rapora cevap vermiş ve kabul edilmiştir. Yaşlı, dul ve işsiz kişileri kapsayan ve katılımı zorunlu olan sosyal sağlık sigortacılık sistemi kurulmuştur. 2. Dünya Savaşı öncesinde, 1929 yılında ekonomik bunalımının ardından, güçlenen işçi sınıfını mücadelesini engelleyebilmek ve savaş yıllarında artan kamuoyu talebine yanıt verebilmek için, sosyalist ülkelerdeki sağlık sistemi modelleri incelenerek National Health Service (NHS) oluşturulur (12).

7.1.2. 1948-1970 Yılları Arasında Sağlık Sigorta Sistemi

1948 yılında NHS kanunu yürürlüğe girmiştir. NHS'nin temel özellikleri; tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmetlerinin genel vergilerle finanse edilmesi, tüm nüfusu kapsaması ve eşitlik prensiplerine dayanmasıdır. Dolayısıyla vatandaşlar prim adı altında ikinci kez vergilendirilmezler. Bölge örgütlenmesinde bulunan kamu sağlığı merkezleri hastalıkların önlenmesine, halk sağlığının korunmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermektedir. Pratisyen hekim, sağlık personeli ve hemşireler tarafından verilen sağlık hizmetleri kamu merkezlerinde verilmektedir. Aile hekimleri ise kendisine ait muayenehanelerde veya sağlık merkezlerinde bağımsız olarak çalışmakta ve 2500 kişiye bakmakla yükümlüdürler. Aile hekimi bakmakla yükümlü olduğu hastaya hem koruyucu hem de tedavi amaçlı hizmet sunmaktadır. Ayrıca aile hekimi gerek gördüğü takdirde hastasını hastaneye sevk ederek daha kapsamlı bir sağlık hizmeti almasını sağlar. Aile hekimi sevk etmedikçe hasta acil durumlar dışında hastaneye gidememektedir. (The History of NHS in England <https://www.nhs.uk/nhsengland/thenhs/nhshistory/pages/the-nhs%20history.aspx> Erişim Tarihi: 15 Mayıs 2018).

NHS kurulduktan sonra, tedavi süreçleri iyileşmiş ve ilaç kullanımında kalite artmıştır. 1962 yılında, NHS'nin hastaneler, pratisyenler ve bölgesel sağlık otoritelerinden oluşan üç bölümlü ayrı olan yapısı eleştiren ve birleştirilmesi gerektiğini savunan Porritt Raporu yayınlanmıştır. 1967 yılında ise hemşirelik bölümünün ve hastane çalışanlarında kaliteyi arttırmaya yönelik Salmon Raporu yayınlanmıştır. Böylelikle NHS'de mevcut olan eksiklikler aza indirgenmiştir (12).

7.1.3. 1970 Yılı Sonrası Sağlık Sigorta Sistemi

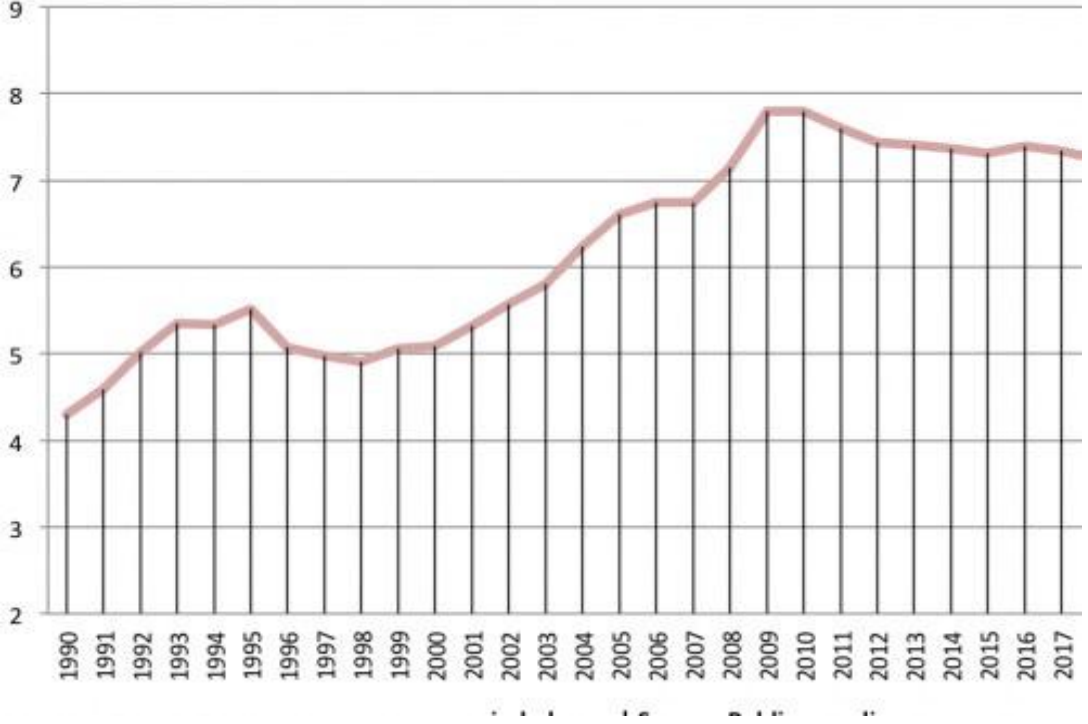
1970'li yıllar geride kaldığında İngiltere'de yaşanan gelir dağılımındaki eşitsizlik sağlık hizmetleri alanında da yaşanmaya başlamıştır. Beveridge modelinden zamanla uzaklaşan hükümet, başbakan Thatcher tarafından sosyal güvenlik harcamalarını kısılmasıyla bu modelden vazgeçmek için ilk adımı atmıştır. Bu durum sonrasında özel sağlık sigortacılığı ülke çapında yayılmış ve özel hastaneler giderek artmıştır. 1979 yılında NHS içindeki özel sektör oranı oldukça düşük olmasına rağmen, 1980'lere gelindiğinde bu oran oldukça yükselmeye başlamış ve 1985 yılında özel sağlık sigortasına kayıtlı kişi sayısı ülke nüfusunun % 10'u kadar olmuştur. İngiltere'de sosyal sağlık sigortasından yararlanan vatandaşların hemen hemen hepsi genel vergiler ile finanse edilen bir sistemin kapsamındadır. İngiltere sağlık sistemi, ekonomik kaynakların önemli bir kısmını kullanır.

Günümüzde sağlık hizmetlerinin tümü genel vergilerden elde edilen İngiltere'de toplam giderlerin % 10'u özel sigortalardan karşılanmaktadır. 1979'dan itibaren ekonomik büyümenin sağlanması adına yapılan sosyal güvenlik ve sağlık reformları halk açısından ağır sonuçlar doğurmuştur. Maddi sıkıntılar yaşayan hastanelerin kapanmasının ardından halkın yerel bazda kampanyalar düzenlemesi oldukça aşırı bir durumdur. Acil vakıalar dışında bir hasta normal muayene için bir hafta ile bir ay arasında değişen bir sürede beklemek zorundadır. Acil olmayan ameliyatlara için bireyler en az 6 ay beklemek zorundadır. Özel sektörün finansmana katılması sonucu pek değiştirmemiş, her geçen gün hastaların ceplerinden ödenen paralar artmıştır (12).

7.2. İngiltere'nin Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

İngiltere'de Ulusal Sağlık Sistemi'ne (NHS) odaklanan sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü devlet tarafından ücretsiz olarak karşılanmaktadır. İngiltere vatandaşı olan herkes, otomatik olarak NHS tarafından sağlanan sağlık sigortası kapsamına girmektedir. Öncelikle NHS, çalışma süresince sigorta katkı payının ödenmesinden bağımsız olarak, doğrudan herkesin sağlığa ücretsiz erişimini sağlamak amacıyla oluşturulmuş bir yapılanmadır. Sigorta katkı payının ödenmesi, belirli bir düzeyin üzerinde geliri olanlar için zorunlu olsa da, yaşamlarında hiç

çalışmamış bireylerin NHS'den yararlanmasına engel değildir. (13). Şekil 5'e bakıldığında, İngiltere'nin yıllar içinde GSMH'daki oranının artışı gözlemlenmektedir.



Şekil 6: İngiltere’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (1990-2017)

<https://www.economicshelp.org/blog/15236/economics/health-care-spending-in-the-uk/>

Erişim Tarihi : 01 Aralık 2017

Vergi gelirleri sağlık hizmetinin finansmanında ana kaynaktır. Bütçeler, her üç yılda bir genel kamu harcamalarının planlanma sürecinde tekrar gözden geçirilir. İngiltere’de sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı devlet tarafından ücretsiz olarak karşılanmaktadır. İngiltere vatandaşı olan herkes NHS tarafından sağlanan sağlık sigortası kapsamına girmektedir. NHS, istihdam ile sigorta katkı payını ödeyip, ödememesinden bağımsız olarak herkesin sağlığa ücretsiz erişimini sağlamak amacıyla kurulmuştur. Katkı payı, belirli bir seviyenin üzerinde geliri olanlar için zorunludur ancak bu durum hiç çalışmamış kişilerin NHS’den yararlanmasına engel değildir. İngiltere’de sağlık finansmanı üç ayrı şekilde sağlanır. Sosyal sağlık sigortası, özel sağlık sigortaları ve hasta ödemeleridir (13).

7.2.1. Sosyal Sağlık Sigortası

İngiltere’de, sosyal sağlık sigortacılığının finansmanı, doğrudan yada dolaylı olarak alınan vergiler ile sağlanmaktadır. NHS, kamu sağlık sigortacılığını kapsamaktadır. En önemli amacı, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini ve geliştirilmesini sağlamak ve kaliteli sağlık ve bakım hizmeti sunmaktır. İngiltere’de sosyal sağlık sigortacılık, sağlık hizmetlerinin yönetim sistemini ulusal düzlemde yürütmekte ve finanse etmektedir

Sağlık sistemi finansmanına katkı sağlayan vergiler, farklı mal ve hizmetler için farklılık taşır. Buna karşılık, katma değer vergileri sağlık sistemi finansmanına diğerlerine oranla daha çok katkı sağlamaktadır. Bu katkı paylarının tümü Ulusal Sigorta Fonu’nda toplanır. İngiltere’de sağlık harcamalarının büyük bölümü Sosyal Sağlık Sigortası tarafından karşılanmaktadır (12).

7.2.2. Özel Sağlık Sigortası

İngiltere’de bireylerin sağlık harcamalarının tamamen ücretsiz olarak kamu tarafından finanse edilmesi ve sağlık sigortası sisteminin aksamadan yürüyor olmasına bağlı olarak, özel sağlık sigortasına çok fazla talep oluşmamaktadır. İngiltere’de, Özel Sağlık Sigortaları grup ya da bireysel olarak değişmektedir. İşverenler, vergi öncesi gelirlerinden karşılamak üzere, çalışanlarına özel sağlık sigortası yaptırabilmektedir. Özel sigortalar, kendilerine piyasada ancak, belirli muafiyet oranları ile tamamlayıcı sigorta poliçeleri aracılığı yer bulabilmektedir (13). Örneğin, İngiltere sağlık sigortası sisteminde, tamamlayıcı ya da destekleyici terimleri kullanılmıyor. Bu tür özellikler taşıyan poliçeler "özel sağlık sigortası" olarak sunulmaktadır. Buna karşın, poliçe özellikleri incelendiğinde, tamamlayıcı hizmetleri içeren unsurların belirleyici etken olarak yer aldığı poliçeler hazırlandığı da anlaşılmaktadır (14).

İngiltere’de özel sağlık sigortaları yıllık olarak yenilenmektedir. Kişiler isteğe bağlı olarak sigorta şirketini veya bağlı buldukları sigorta kapsamını değiştirebilmektedir. Poliçe yenileme tarihleri haricinde yapılan değişiklikler ek ödemeye tabii tutulur. Sigorta şirketinin gelen tüm başvuruları kabul etme zorunluluğu olmadığı gibi sigorta primleri kişinin sağlık riskleri göz önünde

bulundurularak sigorta şirketi ve müşteri tarafından belirlenmektedir. Sigorta şirketinin anlaşmalı olduğu özel hastanelere yapılan ödemeler kurum ücreti ve doktor ücreti olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Doktorun işlem için gösterdiği performans doktor ücreti altında ele alınırken, gerekli tedavi işlemleri sırasında kullanılan oda vb. hastaneye ait varlıkların kullanım ücreti ise kurum ücreti olarak değerlendirilmektedir. Kurum ücreti direkt olarak sigorta tarafından karşılanırken doktor ücreti öncelikle hasta tarafından ödenmekte; devamında ise sigorta şirketinden hastalara geri ödeme yapılmaktadır (14).

İngiltere’de isteğe bağlı özel sağlık sigortasının seçilme nedeninde ki temel etken tedavinin hastane ağı ile tamamlanması ve özel odada hizmet alma gibi destekleyici unsurlardan oluşmasıdır. NHS hizmetlerine olan talebin hizmet kapasitesinden fazla olması ve NHS finansmanının kapsamındaki geniş hizmet yelpazesine kıyasla yetersiz olması gibi sebeplerden dolayı uzun bekleme süreleri söz konusu olmaktadır (15). Özel sağlık sigortasına sahip olmak için en önemli neden bekleme sürelerinin önüne geçilmesi ve tedavi üzerinde daha çok söz sahibi olma (tedavinin gerçekleşeceği zamanın ve uygulayıcı hekimin seçilebilmesi) isteğidir. Ayrıca NHS hizmetleri özel oda taleplerini ancak kritik seviyede hasta kişiler için kabul ettiğinden yatarak bakım için özel oda talepleri veya lüks hizmetlerin alınabilmesi açısından özel sağlık sigortası ön plana çıkmaktadır. Öte yandan, toplum genelinde özel sektör tarafından sağlanan dış bakım hizmetlerinin daha kaliteli olduğuna yönelik bir algı bulunmaktadır. Dolayısıyla tamamlayıcı özel sağlık sigortasının rolü kalite açısından önemli olmakla birlikte özellikle dış tedavilerinde maliyeti tamamlaması açısından da tercih sebebidir.

7.2.3. Hasta Ödemeleri

İngiltere’de hasta ödemeleri, göz hastalıkları ve dış bakımı için yapılmaktadır. Bu ödemelerden muaf tutulan kişiler mevcuttur. Bu kişiler:

- 16 yaşının altında olan çocuklar ve 60 yaşının üstünde olan yaşlılar
- Gelir desteği alan, özürlü kimseler ve sosyal güvenlik yardımı alan kişiler
- Savaş gazileri
- Gebeler ve geçmiş yıl içerisinde doğum yapmış olanlardır

Doktor muayeneleri ve yatarak bakım için bu tür ödemeler yapılmamaktadır. Yalnızca, hastalar özel odalarda kalmak isterler ise ödeme yapmaktadır (WHO (2002) Health Care System in Eight Countries Trends and Challenges <http://www.lse.ac.uk/lse-health> Erişim Tarihi : 01 Mayıs 2018).

7.3. İngiltere'nin Sağlık Hizmetleri Sunumu

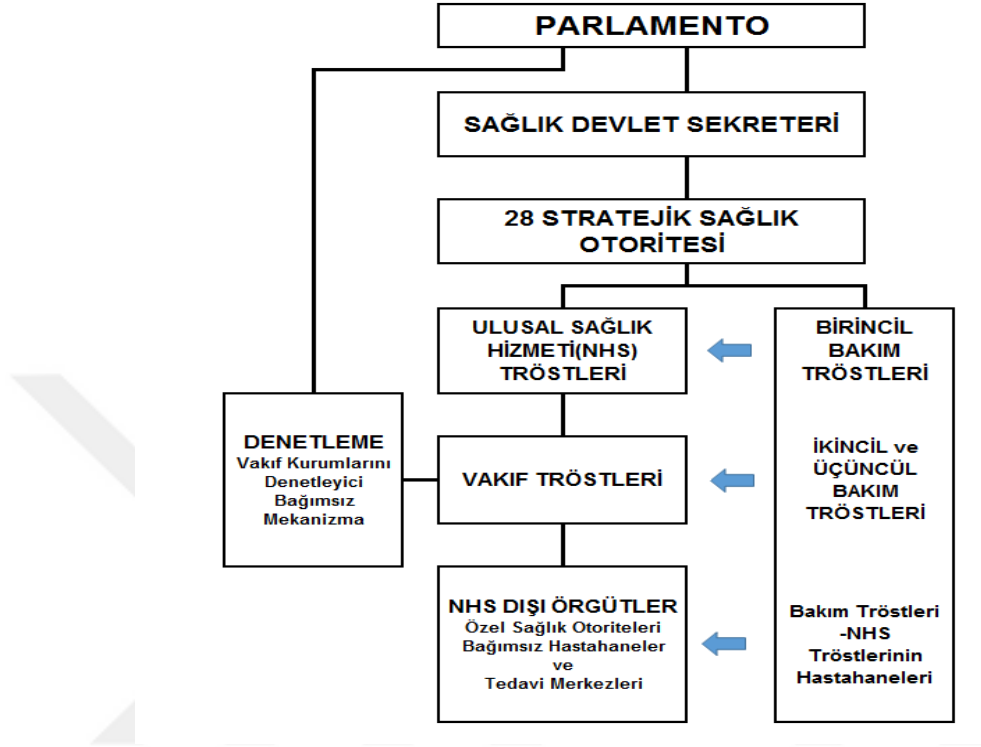
İngiltere'de sağlık hizmetleri esas olarak hükümet tarafından, genel vergilendirme ve Ulusal Sigorta Yardımı ile finanse edilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin oldukça gelişmiş olduğu İngiltere'de nüfusun yaklaşık %99'u Genel Pratisyen'e kayıtlıdır. 24 saat hizmet sunan GP, kişi tarafından seçilebilmektedir. Sistemin diğer bir ayağı aile hekimi uygulamasıdır. Kamu sağlık merkezlerinin bölgesel örgütlenmelerin amacı hastalıkların korunması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesidir (15).

Kamu sağlığının geliştirilip sürdürülmesi İngiltere'de Sağlık Departmanı ve NHS arasında paylaştırılmıştır. Sağlık merkezlerinin her biri halk sağlık departmanına sahiptir ve genel pratisyenlerin de halk sağlığına dönük göreve ve sorumlulukları bulunmaktadır. Aile hekimleri ise bağımsız çalışmaktadır. Kendi muayehanesinde ya da sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimleri 2500 kişiye kadar bakmakla yükümlüdürler. Acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekiminden sevk edilmedikçe hastanelere başvuramamaktadır (16).

7.4. İngiltere'nin Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Hastane örgütsel yapılarının oldukça karışık olduğu İngiltere'de hastane yönetim sistemi hastane müdürü, başhekim ve başhemşireden oluşmaktadır. Hastane içinde aynı zamanda aktif çalışan yöneticilerden hastane müdürü mali destek hizmetlerinden sorumluyken başhekim tıp ve yardımcı tıp hizmetleri ve başhemşire hemşirelik hizmetlerinden sorumludur. Buradan hareketle İngiltere'de hastane içi organizasyonunun üst ve orta kademe yönetim alanlarının birleşmesi bir özellik olarak görülmektedir. İkinci bir özellik olarak, İngiltere'de Bakanlıktan hastane yönetimine kadar her örgüt bölümünde yer alan idari pozisyonun karşılığında bir alt ve üst

pozisyonun da mevcut oluşudur. Hastane müdürünün ayrıca ekibin sekreterlik hizmetlerini de yürüttüğü sistemde her idari personel kendi alanına yürütmekle görevlidir (12).



Şekil 7: İngiltere Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Kaynak: (ACP (2005) The ACP Guide to the Structure of Then NHS in the UK, The Association of Clinical Pathologist, <https://pathologists.org.uk/publications-page/NHSStruc05.pdf> Erişim Tarihi: 01 Nisan 2015)

Yukarıdaki şekil incelendiğinde; sağlık departmanı çatısı altında 28 adet Stratejik Sağlık Otoritesi olduğu görülür. 2000'li yılların başlarında, Sağlık Hizmeti Yerel Otoritesi kurulmuştur. Her bir Stratejik Sağlık Otoritesi yaklaşık 1,5 milyon nüfusu kapsıyor ve bu otoritelerin sınırlarının bittiği noktada, görevi sosyal hizmetlerden sorumlu yerel otoriteler devralıyor. İsimlerin "tröst" olmasının nedeni, NHS tarafından güven (trust) duyulduğunu göstermesi için "trust" kullanılmasından kaynaklanıyor. Bu birimler NHS adına hizmet veriyorlar. Tröstler üçe ayrılıyor; Birincil Tröstler, İkincil ve Üçüncül Bakım Tröstleri ve NHS Tröstleri'nin hastaneleri. Birincil Tröstler, yerel nüfusun ihtiyacı olan sağlık hizmeti gereksinimlerini belirlemek ve bu hizmetleri karşılamaktan sorumludurlar. İkincil ve Üçüncül Bakım Tröstleri de, hem sağlık ve hem sosyal hizmet amaçlı çalışmaktadırlar. NHS ve yerel otoritelerin birlikte çalışmaya başladıktan sonra

Bakım Tröstleri kurulmuş ve Bakım Tröstleri, bakıma muhtaç olan hastalar için faaliyet göstermiştir. Bakım Tröstleri'nin bulunmadığı bölgelerde, Birincil Tröstler yardımcı olmaktadır (12).

7.5. İngiltere ile Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 6: İngiltere ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu

Başlıklar	İngiltere	Türkiye
1.Nüfus (2018)	66,573,505	81.916.81
2.Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki oranı (%) (2017)	9,7	4,2
3.Sağlık hizmetleri finansman planlarının gelirleri (genel) (2016)	80,1	37,7
4. Ortalama ölüm oranı (%) (2016)	81,1	80,7
5.Sağlık hizmetleri finansman yapısı	Beveridge	Karma yapı
6.Sağlık hizmetleri sunumu	*Genel pratisyen *Aile hekimliği *Sevk zinciri	*Dış sağlığı alanında ve fizik tedavi alanında yapılan faaliyetler *Hastane çalışmaları ve hizmetleri *Laboratuvar hizmetleridir. *Aile hekimliği
7.Sağlık hizmetleri örgütsel yapısı	*Birincil Tröstler *İkincil ve Üçüncül Bakım Tröstleri *NHS Tröstler *Yerel otoriteler	*Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı *Sağlık Bakanlığı

Kaynaklar:Avrupa Ülkelerinin Nüfus Sayısı 2018 <https://forum.tercihiniyap.net/topic/2953/avrupa>

Erişim Tarihi : 18.07.2018;

OECD.Stat - https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#Erişim Tarihi : 18.07.2018

İki ülke sağlık sistemleri arasındaki temel fark; sağlık hizmetlerindeki önceliklerin belirlenmesinde ortaya çıkmaktadır. İngiltere’de genel olarak koruyucu ve birincil sağlık hizmetleri yaygınken, Türkiye’de ise, ikincil ve üçüncül (yatarak tedavi) sağlık hizmetleri yaygındır. İngiltere’de genel pratisyenler, aile hekimliği benzeri sağlık hizmeti vermekte olup ve bu tür sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, vergiler ile finanse edilmektedir. Türkiye’de de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, sosyal sigorta primleri, vergiler, devlet katkısı, cepten harcamalar ve isteğe bağlı sağlık sigortası primler ile finanse edilmektedir.

NHS ilkelerinin en önemli maddesi, ödeyebilme gücüne bakmaksızın tüm vatandaşları kapsamayı ve herkese eşit sağlık hizmeti vermeyi hedeflemesidir. Türkiye’de aynı koşulları sağlayan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) mevcuttur ve nüfusun tamamını kapsamaktadır. SGK ve NHS’nin sağlık hizmeti sunumunda farklılıklar görülmektedir. NHS’de hizmet basamaklarında sevk sistemi zorunludur ve istisnasız uygulanır. Sistemin öncüleri sayılabilecek pratisyen hekimler, yaptıkları tıbbi müdahale sonucuna göre, gerekli görmeleri durumunda hastaları ikinci ya da üçüncü basamağa sevk edebiliyorlar. Türkiye’de ise zorunlu sevk sistemi bulunmamaktadır. SGK sisteminin bu yapısı, hizmet alımlarında gereksiz yoğunluğa, eşitsizliklere ve dolayısıyla kaynakların boşuna harcanmasına yol açıyor. Bu nedenle, öncelikle Türkiye’de de, İngiltere’deki gibi, hizmet basamakları arasında zorunlu sevk sistemi düzenlenip, zaman yitirmeden uygulamaya geçirilmelidir. Bireyler hastalandıklarında tıpkı İngiltere’deki gibi önce kayıtlı oldukları aile hekimlerine muayene olmalı, sonrasında aile hekiminin yönlendirmesiyle ikinci ya da gerekli durumlarda üçüncü basamak hizmet sunucularına başvurabilmelidirler. Böylece, yaygın sağlık hizmetlerinde yaşanmakta olan olağanüstü yoğunluk azaltılmış olacaktır.

İngiltere’de, sağlık hizmetlerine kaynak yaratılması alanında zorluklar yaşandığı bilinen ve uzun bekleme sürelerinin olduğu için tamamlayıcı özel sağlık sigortalarının rolünün genişletilmeye dönük çalışmaları yapılmaktadır. Türkiye’de de aynı şekilde, önümüzdeki dönemde yapacakları işler arasında özel sağlık sigortalarının tabanının genişletilerek, sistemdeki etkinliğini ve sınırlı rolünü artırma durumu öne çıkacaktır. Türkiye’de, çoğu özel hastanede, kamu sağlık sigortasının

etkinliği azdır. Bu alanda çalışmalar yapılırken tamamlayıcı sağlık sigortası geliştirilir ise, kamu hastanelerine yığılmalar azalacaktır.

İngiltere’de sağlıkta gerek arz, gerekse talep tarafının kaynak sağlanması, genel olarak kamu üstlenmiştir; özel sektörün payı oldukça dūřüktür. Hastaneler de genel olarak kamu hastaneleridir. Özel hastaneler yalnızca özel sağlık sigortası olanlara ve doğrudan ödeme yapanlara hizmet verirler. Türkiye bu konuda biraz farklılık gösteriyor; sağlık sisteminde arz ve talebin finansmanı genel olarak kamu tarafından sağlansa da, özel sigortalar da artık neredeyse kamu kadar yaygınlaşmış durumdadır. Sonuç olarak; iki ülkenin de sosyal sağlık sigortası gelişmişlik gösterse de, özel sağlık sigortacılığı alanında bir takım eksiklikler gündeme getirilerek düzenlenmesi yararlı olacaktır.

8. HEM PRİM HEM DE KAMU BÜTÇESİNDEN KARŞILANAN SİSTEME SAHİP ÜLKE ÖRNEĞİ OLARAK FRANSA İLE TÜRKİYE’NİN ÖZEL SAĞLIK SİGORTA SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

8.1. Fransa Sağlık Sisteminin Tarihçesi

Fransa’ya özgü kurumlar olan "Mutuelle"ler, ülkenin sağlık sigortası tarihine, "yardımlaşma amaçlı kurulan kar amacı gütmeyen kuruluş"lar olarak geçtiler. Mutuellerin, Fransa sağlık sigorta sistemine en önemli katkısı, özel sağlık sigortasının gelişimini desteklemeleridir ve bu işlevini yalnızca pazar katılımcısı olarak değil, kamu politikacılarını da sağlık sigorta gelişimi için etkileyerek yerine getiriyorlar. Bugün Fransa’daki özel sağlık sigortacılığının yüksek oranlara yükselmesinde en önemli etkenin Mutueller’in bu önemli işlevleri olarak gösterilir (17).

Fransa’da sosyal sigortacılık 19. Yüzyıldan itibaren gelişme göstermiştir. Bu dönemden sonra sağlık hizmetleri maliyetlerini geliştirme politikaları ekonomik ve politik bir güç göstergesi olduğundan Fransa Sağlık Sigortası’nı sürekli geliştirmiştir. Diğer Avrupa ülkeleri gibi Fransa da işçiler ve madencilerin hastalık harcamalarını ve maaş kayıplarını karşılamak üzere birçok sağlık fonu kurmuştur. 1928’de yürürlüğe giren yasa ile birlikte her ildeki sağlık fonu gruplanarak federasyonla bağlanmıştır. 1967’de dönemin başbakanı Charles de Gaulle hazırladığı sosyal güvenlik raporlarıyla sağlık sigortası konusunda tekrar bir düzenlemeye gitmiştir. Bu tarihten itibaren Fransız nüfusunun çoğunluğu sosyal sigorta kapsamına dahil edilmiştir.

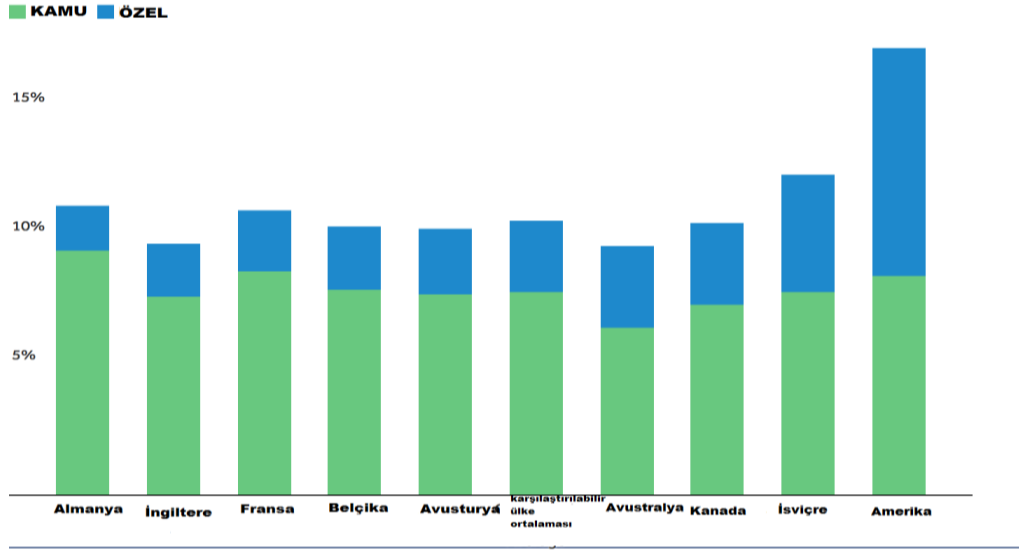
Başlangıçta işçileri ve ailelerini kapsayan sistemin genişlemesi aşama aşama gerçekleşmiş, 1961’de tarım çalışanları, 1966’da da serbest çalışanlar kapsama alınmıştır. 1974’te genel sigorta şeklinde herhangi bir güvencesi olmayanların da kapsanacağı bir sigorta sisteminin kurulması oylamaya sunulmuştur. Bu sigortadan yararlanabilmek için kişilerin prim ödemesi, eğer gelirleri yetersiz ise il düzeyindeki yerel kurumlardan istekte bulunmaları kararlaştırılmıştır. Fransa’da halkın tamamı

devletin sunduğu genel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir. Bütün vatandaşlar için rekabet dışı sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası teminatı sağlanmaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası nüfusun hemen hemen tamamını kapsamaktadır (17).

Fransa'da ulusal sağlık stratejisini belirleyen kurum Sağlık Bakanlığı'dır. 1945 yılında, Bismarck prensiplerine dayalı sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası, 2000 yılında yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sadece çalışanların yararlandığı bir sistem olmaktan çıkıp, istihdam durumundan bağımsız olarak vatandaşlık temelinde kurgulanmıştır. Böylelikle daha önce sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasından yararlanamayan düşük gelirli vatandaşlar da genel sağlık sigortası kapsamına dahil olmuştur. Genel sağlık sigortasının finansmanının büyük bir bölümünü sosyal katılım payları oluştururken; sosyal katılım paylarına 1991 yılında Fransa sağlık sistemini geliştirme amaçlı gelir vergisi eklenmiştir. Fransa Sağlık Sistemi, sağlık sigortası yapısından kamusal ve yerelleşmiş bir yapıya dönüşmüştür. Artan maliyetlerin kontrolü, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sistemin idaresinin geliştirilmesi için önemli reformlar yapılmıştır. Hastalar doktorlarını serbestçe seçme hakkına sahiptir. Vatandaşlar devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gidebilirler, sağlık hizmetlerine kolay erişim, tedavi için sıra beklemenin olmaması gibi sebeplerle sistemin iyi işleyişinden dolayı 2000 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından dünyada birinci ve diğer sağlık hizmetlerine örnek olacak sistem olarak seçilmiştir (18).

8.2. Fransa'nın Sağlık Harcamaları ve Finansmanı

Fransa'da halkın tamamı devletin sunduğu kapsayıcı sağlık sigortası ile genel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir. Bütün vatandaşlar için rekabet dışı sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası teminatı sağlanmaktadır. Dolayısıyla sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası nüfusun hemen hemen tamamını kapsamaktadır. şekil 8'e bakıldığında, 2016 yılında Fransa'da kamu sağlık harcamalarının Almanya'dan sonra en fazla olduğu gözlemlenmektedir.



Şekil 8: Bazı OECD Ülkelerindeki Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları Oranları (%)

Kaynak:Kaiser Family Foundation analysis of data from OECD (2017), "OECD Health Data: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators".

Erişim Tarihi: 20 Mart 2017

Fransız sağlık sistemi, kısmen tüm maaşlara uygulanan zorunlu sağlık sigorta katkıları ile finanse edilmektedir. Bu katkılar işverenler ve çalışanlar tarafından karşılanmaktadır. Fransa'da son yıllarda etkili olan ekonomik sorunlar ve yaşlanan nüfusun artan etkisi bir araya geldiğinde, son yıllarda verimli şekilde çalışmadığı anlaşılmaktadır. Bu aşamada, yine Mutuelleler devreye girerek, tamamlayıcı ve özel sağlık sigortası ile oluşan farkları kapatmayı üstlenerek sorunun büyümesini önlemişlerdir (13).

8.2.1 Sosyal Sağlık Sigortası

Fransa'da halkın tamamı devletin sunduğu genel sağlık sigortasından yararlanabilmektedir. Tüm vatandaşlar, sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası hizmetlerini ücretsiz alabilmektedirler. Bu nedenle, sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası nüfusun hemen hemen tamamını kapsamaktadır. Genel sağlık sigortasının finansmanının büyük bir bölümünü sosyal katılım payları oluştursa da, 1991 yılında Fransa sosyal sağlık sistemini geliştirme amaçlı çıkarılan

gelir vergisi de sosyal katılım paylarına eklenmiştir. Söz konusu vergilerin finansmana eklenmesi, Fransa sağlık sisteminde Beveridge modelinden de örnek alındığını göstermektedir. Öte yandan, Almanya'daki hastalık fonlarına benzer kuruluşlar ile yönlendirilen Bismarck modelinde olduğu gibi, bireylerden alınan primler ile sosyal güvenlik sistemi finanse edilmektedir. Sonuç olarak, Fransa'da bugün sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinde ilk olarak devletin vergi yolu ile finansmana katılması, işçi ve işveren primleri, özel sağlık sigortası ve doğrudan ödemeler gelmektedir (17).

Tamamlayıcı özel sağlık sigortası, maliyeti tamamlama açısından Fransa sağlık sisteminde önemli bir konumdadır. Yaygın bir şekilde kullanılan tamamlayıcı özel sağlık sigortası nüfusun bir bölümünü kapsamaktadır. Yatan hastalar için kamu hizmetlerinin kapsamının eksiksiz olduğu Fransa'da cepten harcamaların asıl kaynağı özel bir hastane odası için günlük ödenen miktar olarak belirlenmiştir. Harcamaların geri kalanı ise kamu tarafından karşılanmayan ya da kısmen karşılanan tıbbi malzemeler veya alınan sağlık hizmetleri için ödenen katılım payı ve sağlık hizmet sunucularına yapılan ödemelerdir (19).

8.2.2. Özel Sağlık Sigortacılığı – Tamamlayıcı Sağlık Sigortacılığı

Fransa Sağlık Sisteminde, Özel Sağlık Sigortası'nın tamamlayıcı işlevi vardır. Kamu hizmetinin gerektirdiği maliyetin paylaşımı için, tıbbi malzemeler ve kamu için önceden belirtilmiş ücretlendirmeden daha düşük bir ödeme durumu ortaya çıktığında, devreye tamamlayıcı sigorta girer. Bunun yanında, özel sağlık sigortası yaptıramamış olan, düşük gelirli bireylerin sorun yaşamamaları için 2000 yılından itibaren "Tamamlayıcı Genel Sağlık Sigortası" adı altında yeni bir kamu hizmeti başlatılmıştır. Fransa hükümeti, gönüllülük esasına göre tasarladığı ve prim ödemedi sahiplenilebilen bu sigorta hizmeti ile herkesin sağlığa erişimini sağlamayı amaçlamıştır. Bu hizmete erişimin tek koşulu olarak da, yıllık gelirin belirlenen düzeyin altında olmasıdır. (Buchmueller TC., Couffinal A., Private Health Insurance in France <http://www.oecd.org/health/health-systems/30455292.pdf> Erişim Tarihi :20 Mayıs 2018). Ayrıca, Fransa sağlık sisteminde tamamlayıcı sağlık sigortası sunucuları genel olarak birkaç grupta incelenmektedir. Bu grubun en

önemlisi mutual olarak adlandırılan kar amacı gütmeyen sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Mutualler, sosyal sorumluluk ve sosyal eşitlik ilkeleri ile hareket etmektedirler. (20).

Diğer ülkelerden farklı olarak Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortası kullanımının genel amacı uzun bekleme kuyruklarının önüne geçme veya doktor seçim avantajı değildir. Temel neden, genel sağlık sigortası kapsamındaki düşük geri ödeme oranlarının tamamlayıcı sağlık sigortası ile karşılanması ve genel sigorta kapsamı ile yeterince karşılanmayan sağlık ürün ve hizmetleri için daha iyi bir kapsama oranına sahip olunmasıdır. Bu durum özellikle sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortasının karşıladığı tutardan daha fazla faturalamanın yaygın olduğu diş ve göz tedavileri ile ayakta tedavi masrafları için geçerlidir. Bu şekilde, tamamlayıcı sağlık sigortası sayesinde poliçe sahipleri tedavi ve servisler için yüksek ek ödemelere maruz kalmamaktadır. Öte yandan, Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmanın popüler olmasının bir diğer nedeni ise, ilaç teminatındaki avantajdır. Sosyal güvenlik kapsamında sunulan sağlık sigortası sahipleri, reçeteli ilacın sigorta kapsamında yer almaması halinde ilaç masrafının tamamını ilacı temin ettikleri an ödemek zorundadır. Bununla birlikte, eğer bir birey tamamlayıcı sağlık sigortası sahibiyse, bu durumda, bir ilaç için, genel sağlık sigortasının kapsamında olmasa bile ek ücret ödemek zorunda değildir (20).

Yardımcı tıbbi malzeme veya hizmet (diş tedavisi, protezler, gözlük, kontakt lens, işitme cihazları, vb.) ihtiyacının Fransa'da tamamlayıcı sağlık sigortasına sahip olmada önemli rolü vardır. Sosyal güvenlik sistemi tarafından oldukça düşük oranda kapsanması nedeniyle yardımcı tıbbi malzeme veya hizmet ihtiyacı olan kişilerin bu tarz ihtiyaçları olmayan bireylere göre tamamlayıcı sağlık sigortası alma olasılığının fazla olduğu belirtilmektedir. Tek kişilik odada kalmanın sosyal güvenlik mevzuatı kapsamında sunulan sağlık sigortası tarafından lüks hizmet sayılması nedeniyle de bu hizmetten faydalanmak isteyen kişiler özel sağlık sigortası kullanmaktadırlar.

8.2.3. Cepten Ödemeler

Cepten ödemeler, öncelikle sosyal güvenlik şemsiyesindeki sağlık sigortası üzerinden geri ödemediye yararlanmak için, ilaçların ve verilen diğer hizmetlerin,

doktorun reçetelendirmesi gerekir. Teşhise dayalı grupları esas alan sağlık sigortası üzerinden hastanelere doğrudan ödeme de yapılmaktadır. Cepten ödeme, tamamlayıcı sağlık sigortası teminat paketi içerisinde yer almamaktadır. Bu durum, tamamlayıcı sağlık sigortasının etkisini ve sosyal güvenlik kapsamındaki sağlık sigortasının geniş kapmasına rağmen, çok büyük bir kesimin neden tamamlayıcı sağlık sigortasını tercih ettiğini göstermektedir. Burada dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta da, tamamlayıcı payın özel sağlık sigortası ile karşılanması durumunda cepten ödemelerin, zorunlu miktar dışında büyük ölçüde düşmesidir (17).

8.3. Fransa'nın Sağlık Hizmetleri Sunumu

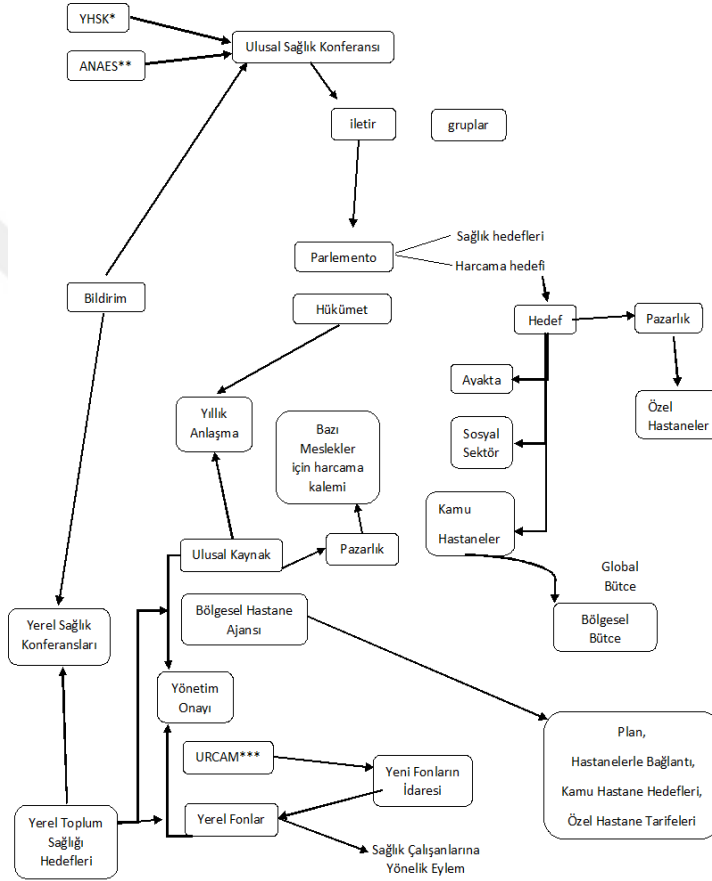
Fransa'da sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sağlık politikalarının belirlenmesinden devlet ve zorunlu hastalık sigortasından ise il düzeyindeki kuruluşlar sorumludur. Devlet, koruma görevini merkeze, bölgelere ve vilayetlere bağlı hizmet birimleri ile yerine getirmektedir. Hizmet sunumunu kamu ve özel sektör birlikte yerine getirilmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini serbest çalışan hekimler, diş hekimleri ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından verilmektedir. Hizmetin verildiği kuruluşlar yerel yönetimler tarafından yönetilen dispanserler ve hastanelerdir.

Fransa sağlık sisteminde hastaneler üç temel sınıfa ayrılmaktadır. Bunlar; kamu hastaneleri, kar amacı olmayan hastaneler ve özel hastanelerdir. Kamu hastaneleri genel hastaneler ve eğitim hastaneleri olarak kendi içinde ikiye ayrılmaktadır. Bu hastaneler kanunlarla belirlenen kurallar ve yapılar doğrultusunda yönetilmektedir. Kamu hastanelerinde hasta seçimi yapılması mümkün olmamakla birlikte, belirlenmiş tarife fiyatlarının üzerinde ücret talep edilememektedir. Kar amacı olmayan hastaneler kamu yararına hizmet vermektedirler. Bu hastaneler, genellikle özel kurumlara veya dini kuruluşlara aittir. Kar amacı olmayan hastaneler arasında kanser tedavi merkezleri de bulunmaktadır.

Ayaktan hizmetlere bakıldığında, serbest çalışan hekimler, dispanserler ve hastaneler tarafından hizmet verilmektedir. Yoksul kimseler, ayaktan bakım hizmetlerini belediyeler ya da vakıflar tarafından yönetilen dispanserlerden almaktadır (17).

8.4. Fransa'nın Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısı

Fransa sağlık sisteminde, devlet sağlık hizmetlerinin ve sağlık politikalarının düzenlenmesi sağlık sigorta sistemleri ve bölgesel örgütlenmeler yoluyla yapılmaktadır. 2002 yılında, sağlık çalışanlarının örgütsel yapısı ve sağlık sigorta kurumsal yapısı yenilenmiştir. Şekil 9'da Fransa Sağlık Sisteminin Örgütsel Yapısını gösterilmiştir:



Şekil 9: Fransa Sağlık Sistemi Örgütlenmesi

Kaynak: Organization of the French health care system

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf Erişim Tarihi : 20 Mayıs 2018

Gerçekleşen yenilenmeden sonra, genel sağlık sigortacılığı sağlık politikalarından sorumludur. Hastane ve Sağlık Hizmetlerinin Yöneticiliği, tüm kaynaklardan sorumlu olup, yetkileri tüm sağlık sistemini kapsayacak şekilde yenilenmiştir. Sosyal Sigorta Yöneticiliği ve Sosyal Politika Yöneticiliği ise sırasıyla, finansal meseleler ve yardıma muhtaç kişilerin bakımı ile ilgilenmektedir (20).

Son 10 sene içinde, Fransa Sağlık Örgütsel Sistem içerisinde yeni komiteler kurulmuştur. Bunlardan en önemlileri şunlardır:

- Halk Sağlığı Yüksek Komitesi : Halk Sağlığı problemlerine çözüm getirici ve sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde karar verici birim olarak kurulmuştur.
- Ulusal Sağlık Hizmetleri Akreditasyon ve Değerlendirme Komitesi : Tedavi yönergelerini değerlendirmek ve doktorların, sağlık çalışanlarının eğitimleri geliştirmek için katkıda bulunmaktadır.
- Hastane Bakım Teknik ve Bilgi Komitesi : Hasta haklarından sorumludur.

8.5. Fransa ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırılması

Tablo 7: Fransa ve Türkiye Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Durumu

Başlıklar	Fransa	Türkiye
1.Nüfus (2018)	65,233,272	81,916,81
2.Toplam Sağlık Harcamalarının GSMH içindeki oranı (%) (2017)	11,5	4,2
3. Ortalama ölüm oranı (%) (2016)	85,5	80,7
4.Sağlık hizmetleri finansman yapısı	Karma yapı	Karma yapı
5.Sağlık hizmetleri sunumu	*Serbest çalışan hekimler *Kamuda çalışan sağlık personelleri *Sevk zinciri *Kanser tedavi merkezleri *Dispanser	*Diş sağlığı alanında ve fizik tedavi alanında yapılan faaliyetler *Hastane çalışmaları ve hizmetleri *Laboratuvar hizmetleridi *Aile hekimliği
6.Sağlık hizmetleri örgütsel yapısı	*Sağlık Bakanlığı *Hastane ve Sağlık Hizmetlerinin Yöneticiliği *Sosyal Sigorta Yöneticiliği *Sosyal Politika Yöneticiliği	*Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı *Sağlık Bakanlığı

Kaynaklar:AVRUPAÜLKELERİNİNÜFUSU2018

<https://forum.tercihiniyap.net/topic/2953/avrupa>Erişim Tarihi : 18.07.2018

OECD.Stat - https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#

Erişim Tarihi : 18.07.2018

Dünya Sağlık Örgütü tarafından “dünyanın en iyi sağlık sistemi” olarak 2000 yılında Fransa Sağlık Sistemi seçilmiştir (21). Fransa ve Türkiye sağlık sisteminin benzer özelliği, Sağlık Bakanlığı sağlık politikalarının işleyişinden sorumludur. İkisi arasındaki farklılık, Fransa sağlık sisteminde idare Türkiye’ye oranla daha fazla bölgesel olarak yürütülmektedir. Türkiye sağlık sisteminde ise daha merkezi bir yapı mevcuttur. Fransa’da birincil sağlık hizmetleri genellikle polikliniklerde gerçekleştirilmektedir. İkincil ve üçüncül sağlık hizmetleri ise, devlet hastaneleri, üniversite hastaneleri ve özel hastanelerde sunulmaktadır. Türkiye’de ise birincil sağlık hizmeti “aile hekimliği” merkezlerinde devlet tarafından sunulmaktadır. Tıpkı Fransa gibi, ikincil ve üçüncül sağlık hizmeti almak için, devlet hastanelerine ve üniversite hastanelerine gidilmektedir. İki ülke arasındaki sağlık hizmetleri sunumu arasındaki fark ise, Fransa’da bu tür hizmetleri almak için özel hastaneler daha az tercih edilmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim Fransa’da oldukça kolay olup, sıra bekleme gibi bir durum söz konusu değildir. Türkiye’de maalesef yetersiz hizmet arzı nedeni ile sağlık hizmeti alma süreci daha yavaş ve bekleme süresi uzundur. Bu yüzden, çoğunlukla özel hastaneler tercih edilmektedir.

Fransa sağlık sistemi, sağlık hizmeti talebinin finansı büyük oranla sosyal sağlık sigortası ile karşılanır. İki ülkede de, karma bir yapı söz konusudur. Fransa’da ve Türkiye’de, sağlık sigortacılığı birbirine paralel ve kapsayan kişilerin mesleki statüsüne göre sınıflanan bir yapısı mevcuttur.

Sonuç olarak, Türkiye ve Fransa sağlık sistemi birbirlerine paralel bir yapıya sahiptir. İki ülke de, sağlık sistemlerini geliştirmeye açıktır ve hiçbir masraftan kaçınmamaktadır. Türkiye’de 2002 yılından bu yana, sağlık sistemi idari yeniden yapılandırılmaktadır ve tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası kapsamına dahil olmuştur. Sağlık alanında, yatırım açısından özel sektör teşvik edilmektedir. Proje kapsamında yer alan; sağlıkta e-dönüşüm projesi, sosyal güvenlik kurumları tek çatı altında toplanmış ve aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

SONUÇ

Ortalama ömür beklentisinin de artmasıyla, sağlık harcamaların kesintisiz bir yükseliş göstermesine bağlı olarak ve ayrıca kamu kaynaklarına giderek daha çok başvurulması durumunda kalınması nedeniyle, ülkelerin sağlık hizmetlerine kaynak yaratma konusunda yeniden yapılanmalara yönelmeleri gerekmektedir. Bunun yanında, yapılan araştırma-geliştirme çalışmalarıyla tıp biliminin gelişmesi, maliyeti yüksek yeni tedavi yöntemleri, sağlık hizmetine yönelik talebin artması, ülkeleri sağlık finansman reformlarına yönlendirmektedir. Söz konusu reformlar, genel olarak maliyetlerin sınırlandırılması ve sağlık hizmetlerinde maliyetin paylaşılmasına odaklanmaktadır. Sağlık finansmanında reformlar; bir tür özelleştirme olarak nitelendirilebilecek özel sektörden sözleşme bazında hizmet alımları, kamunun özel sağlık sigorta kullanımını destekleyici politikalar ile geliştirip uygulaması ve bu amaçla tamamlayıcı sağlık sigortası modeline geçilmesi, bütçede ki sağlık ile ilgili payın kontrol altına alınmasını sağlayacaktır.

Sağlık finansman kaynakları temel olarak; kamu ve özel finansman kaynakları bazında sınıflandırılır. Kaynakların kamu tarafı, vergiler ve sosyal sigorta primlerinden oluşmaktadır. Diğer finansman kaynakları da, hizmeti alanların cepten yaptıkları ödemeler ile özel sağlık sigortalarına ödenen primler ile kapsamaktadır. Bu kaynakların genel kaynaklar içindeki payı, ülkelere ve uygulanan sisteme göre değişmektedir. Burada incelenen dört AB ülkesine bakıldığında, sağlık finansman modellerinde, iki temel model karşımıza çıkmaktadır. Bu iki model; vergiler yoluyla finansmanı temel alan Beveridge Modeli ve primler yoluyla finanse edilen Bismarck Modeli'dir. Türkiye'de ise, her ikisinin de barındıran karma bir yapı mevcuttur.

Sağlık finansmanın da en önemli rol Genel Sağlık Sigortası'nındadır. Tüm bireyler, toplam sağlık harcamalarının finansmanını prim yolu ile paylaşmaktadırlar. Kamu sağlık harcamalarında, hizmet sunucularının dağılımında, özellikle 1980 yılı sonrasında, özel sağlık hizmet sunucularının payı sürekli yükselmiştir. Bunun sonucunda, kamu sağlık finansman kaynakları özel sektöre yönelmiştir. AB ülkelerinde ve Türkiye'de, sosyal güvenlik sistemi kapsamındaki maliyet paylaşımını desteklemek amacıyla, nüfusun büyük bir bölümü, tamamlayıcı özel sağlık sigortası

sahibidir. Özellikle, tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası etkin olarak kullanılmakta olsa da; toplam sağlık finansmanı içindeki payı oldukça düşüktür. Aynı şekilde, Türkiye’de özel sağlık sigortasına talep AB ülkelerine göre fazla olsa da, tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası kullanımı düşüktür. Aslında, yeni geliştirilen kamu sağlık politikalarına göre, tamamlayıcı ve destekleyici özel sağlık sigortası, kamu bütçesi üzerindeki baskıyı da hafifletmektedir. Türkiye’de, kayıtlı ekonomiye geçiş sürecinde tamamlayıcı sağlık sigortasının önemli ölçüde katkısı olacağı açıkça gözlemlenmektedir.

Türkiye’de, tamamlayıcı sağlık sigortasında atılması gereken en önemli adımlar; Genel Sağlık Sigortası dışında kalan maliyetin tamamlanması, dış tedavisi, fizik tedavi ve bazı tıbbi cihaz kullanımında hizmet ihtiyacı olan bireylere yönelik kapsamın genişletilmesi ve tedavinin özel sağlık hizmet sunucularına yönlendirilmesi ile tedavinin gereken zamanda yapılması, bekleme sürelerinin önüne olarak sıralanabilir. Bunun yanında, tamamlayıcı sağlık sigortasının bir başka işlevi de, Sosyal Güvenlik Kurumu’nda ortaya çıkan olası gelir-gider dengesizliğinin giderilmesini desteklemektir. Buradan hareketle, tamamlayıcı sağlık sigortasında, hangi hizmetlerin genel sağlık sigortası kapsamında ve hangilerinin ise tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamında değerlendirileceği, eşitlik ve hakkaniyet ilkeleri gözetilerek saptanmalıdır. Tamamlayıcı sağlık sigortasıyla ilgili bu temel altyapı koşulları oluşturulabildiği ölçüde, bireyler gereken farkı ödeyerek, gereksinim duydukları yüksek kaliteli sağlık hizmetlerine daha kolay erişebileceklerdir.

Sağlık hizmetleri sunumunun daha etkin ve düşük maliyetli duruma getirilmesinde, Türkiye’nin AB ülkelerine göre en büyük eksikliği, "zorunlu sevk zinciri"dir; Türkiye’de de sevk zincirinin zaman yitirilmeden zorunlu duruma getirilmesi gerekmektedir. Sağlıkta bu önemli adım atıldığında; birinci basamak sağlık hizmeti sunucusunun değerlendirmesinin etkisiyle, devlet hastanelerinde aşırı yığılma ve maliyet kaybı önlenecektir. Aynı zamanda, sevk kayıt sistemi veri tabanında tutulacak bu sebeple veriler de düzenli olacağından, ülkenin sağlık sistemi daha iyi kontrol edilebilecek duruma gelecektir.

Sonuç olarak, AB üyesi ülkelerin sağlık sektörlerindeki rekabet koşulları Türkiye’de de geçerlidir. Sağlık hizmet sunumunda yapılacak iyileştirmelerin yanı

sıra, finansman kaynaklarının geliştirilmesi, ülkenin sağlık sigorta sisteminin evrimini destekleyecektir. Uygulamaya koyulan reformlarda yer alan tamamlayıcı sağlık sigortası kavramı, sağlık sisteminin finansmanında özel sigorta şirketlerini de sistemin kapsamına alarak, kaynak alternatifini de çeşitlendirecektir. Türkiye’de kamu ve özel sigorta tamamlayıcılığını öngören bu model, genel olarak sağlık sektöründe rekabet yaratmak, alternatif finans kaynakları oluşturmak ve sağlık hizmet sunumunu iyileştirmek bakımından, sağlık sisteminde, gelişmiş ülkelerle aramızdaki açıkların kapanmasında, olumlu sonuçlar verebilmelidir.



KAYNAKLAR

- [1] Kaya F. Sigortacılık.İstanbul, Beta Yayınları 5.basım 2015: s.26-82
- [2] Su M. Özel Sağlık Sigortası Geleceğe Yapılan Yatırımdır. İstanbul, Sigortacı Gazetesi, 03 Şubat 2010; (1).
- [3] Koçer Özmert Ş. Almanya Federal Cumhuriyeti Sigorta Sistemi ve Sistem İçerisinde Sosyal Sigorta Uygulamaları. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurtdışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2014 (Danışman: Prof. Dr. OE Aslan)
- [4] J.Frerich & M.Frey. Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Münih, Sozialpolitik in der DDR, 2005; s.41.
- [5] Kıran M. Almanya Federal Cumhuriyeti Sosyal Güvenlik Sisteminde İşsizlik Sigortası Uygulaması ve Almanya'daki İşsizlik Sigortası Uygulamasının Ülkemizdeki İşsizlik Sigortası Uygulaması İle Karşılaştırması, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Uzmanlık Tezi, Ankara, 2013 (Danışman: Prof. Dr. M. Tecer).
- [6] Kaya E., Yılmaz A., Keklik E., Demez A. 84 Ülkenin ve Türkiyenin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Almanya Sağlık Sistemi Araştırması, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara. 2006: s. 139-171 (Araştırma Yöneticisi ve Ed : Sargutan AE).
- [7] Keyder Ç., Üstündağ N., Ağartan T., Yoltar Ç. Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları, İstanbul, İletişim Yayınları, 2015; (4) : 130-132.
- [8] Oğlak S, Seyyar, A. Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri. Ankara, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Öz-Veri Dergisi; Eylül 2004; (1).
- [9] Tatar M. Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sosyal Güvenlik Dergisi, Ankara. Haziran 2011; 1(1):103-133.
- [10] Karabulut E., Özdemir Y., Sarıçoban O., Tosun M., Sözen S. 84 Ülkenin ve Türkiyenin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Hollanda Sağlık Sistemi Araştırması, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara. 2006 : s.1181-1212 (Araştırma Yöneticisi ve Ed : Sargutan AE).
- [11] Berg M. & Grinten TVD. Priority Setting in Dutch Health Care. University Press Draft, International Journal of Medical Informatics, 2001; (6): 11-34.

- [12] Kara Ö., Kuru E., Bulut H., Şanal G., Günaydın S. 84 Ülkenin ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Birleşik Krallık Sağlık Sistemi Araştırması, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara. 2006: s.515-551 (Araştırma Yöneticisi ve Ed : Sargutan AE).
- [13] Deloitte. Tamamlayıcı Özel Sağlık Sigortası Dünya Uygulamalarından Örneklerin İncelenmesi ve Türkiye için Öneriler Raporu, Turkey Member of Deloitte Touche Tohmatsu Limited, 2015; (6).
- [14] Gülay A. Türkiye'de Sağlık Sisteminin Finansmanı ve İngiltere ile Karşılaştırılması, Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi, İstanbul, Aralık 2017; (12) : 18-32.
- [15] Yıldırım, H. H., & Yıldırım, T. Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye, Ankara, Sağlık-Sen yayınları, 2011; 21(2) : 178-193.
- [16] Öztürk Z., Karakaş ET. Avrupa Birliği'ne Üye Ülkelerde Sağlık Sistemleri Yönetim ve Organizasyon Yapısı Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, İstanbul, 2015; 2(1) : 39-58.
- [17] Akpınar E., Öztepe E., Yaşar M., Köse Ö., Orun Y. 84 Ülkenin ve Türkiye'nin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri Fransa Sağlık Sistemi Araştırması, Hacettepe Üniversitesi yayını, Ankara. 2006 : s.983-1023 (Araştırma Yöneticisi ve Ed : Sargutan AE).
- [18] Türk M. Fransa Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim Dergisi, Ankara, Mayıs – Haziran 2007; 22 (3) : 162-170.
- [19] IRDES. L'enquete Sante et Protection Sociale ESPS (Sağlık ve Sağlık Sigortası Anketi), 2014.
- [20] Franc C., Pierre A. Compulsory Private Health Insurance Offered By Employers in France: Implications and Current Debate (Fransa'da İşverenler Tarafından Sunulan Zorunlu Özel Sağlık Sigortası: Uygulamalar ve Mevcut Görüşler), Health Policy, 2015; 119(2): 6-111.
- [21] Yıldız R. Avrupa Birliği Çerçevesinde Türkiye'de Genel Sağlık Sigortası Uygulaması Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul 2013, (Araştırma Yöneticisi: Murat S.).

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	FEŞAN DİCLE	Soyadı	YAVUZ
Doğum Yeri	DUBAİ BİRLEŞİK ARAP EM.	Doğ.Tar.	09.03.1988
Uyruğu	TC	Tel	0533 167 97 71
Email	fdicleyavuz@hotmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yük.Lis.	ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÖNETİMİ TEZLİ YÜKSEKLİSANS
Lisans	ANADOLU ÜNİVERSİTESİ/ İŞLETME BÖLÜMÜ	2014
Ön Lisans	KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ / TURİZM VE OTEL İŞLETMECİLİ	2009
Lise	ÖZEL BİLFEN KOLEJİ	2006

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1. FİYAT VERME YETKİLİSİ	YEDİTEPE ÜNİVERSİTE HASTANESİ	2016-DEVAM
2. KALİTE BİRİMİ	ÖZEL GÖZTEPE HASTANESİ	2014-2016
3. HASTA KABUL GÖREVLİSİ	BODRUM UNİVERSAL HOSPİTAL	2010-2011

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
1. İNGİLİZCE	İyi	İyi	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

KPDS	Yabancı Dil Sınav Notu #								
	UDS	IELTS	TOELF IBT	TOELF PBT	TOELF CBT	FCE	CAE	CPE	DİĞER

#Başarılı bir şekilde birden fazla sınav varsa, tüm sonuçlar yazılmalıdır.

#KPDS: Kamu Personeli Yabancı Dil Sınavı; ÜDS: Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı; IELTS: International English Language Testing System; TOEFL IBT: Test Of English As A Foreign Language-Internet-Based Test TOEFL PBT: Test Of English As A Foreign Language-Paper-Based Test; TOEFL CBT: Test Of English As A Foreign Language-Computer-Based Test; FCE: First Certificate In English; CAE: Certificate In Advanced English; CPE: Certificate Of Proficiency In English

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	62,95	62,10	59,53
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanım Becerisi
Word	İyi
Excel	İyi

Power Point	İyi
-------------	-----

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin.

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikalari/Ödülleri/Diğer

Yayınlari/Tebligleri Sertifikalari/Ödülleri : The Honer School of English (Ireland) Course Certificate 26 July – 18 October 2015 - The Horner School of English (Ireland) Medical English Course 28 September – 09 October 2015

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Piano çalmak, müzik dinlemek, seyahat etmek.



