

**T.C**  
**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ANKARA'DA BİR VAKIF ÜNİVERSİTESİNE BAĞLI**  
**SEMT POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN TAMAMLAYICI**  
**SAĞLIK SİGORTASINA BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan**

**Gülay İNCE**

**Danışman**

**Prof. Dr. Simten MALHAN**

**Ankara - 2014**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

Gülay İNCE tarafından hazırlanan Ankara'da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Bakış Açılarının Değerlendirilmesi adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul (sınav) Tarihi:...../...../.....

(Jüri Üyesinin Unvanı, Adı-Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi :.....

Jüri Üyesi :.....

Jüri Üyesi :.....

Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

...../...../20.....

Prof. Dr. Doğan TUNCER

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Başkent Üniversitesi'nin değerli kurucusu Prof. Dr. Mehmet HABERAL'a hem iş imkanı hem de okuma imkanı sağladığı için sonsuz teŐekkürler.

Bütün bölüm öğretmenlerime katkılarından ve öğrettikleri bilgilerden dolayı, bu çalıŐmamda danışmanım olarak bana yardımcı olan Prof. Dr. Simten MALHAN ile öğretim görevlisi Dr. Fikriye YILMAZ hocalarıma çok teşekkür ederim.

Her zaman okumam için destekleyen gerek izin gerekse yardımlarından dolayı ünite amirim Dr. Didem BACANLI'ya, İngilizcemi geliŐtirmem için ders veren öğretmenim Petek TOZAN'a, bilgisayardaki yazım iŐlerinde yardım eden iş arkadaŐım Ayten ATASEVEN'e çok teşekkür ederim.

Her zaman yanımda olup beni maddi manevi destekleyen canım eŐim Fuat İNCE'ye, "yazıldıysan derslere gitmek zorundasın" deyip yüksek lisansta dahi ders asmama izin vermeyen biricik oğlum Umut İNCE'ye ve tüm aileme sonsuz teŐekkürler.

Gülay İNCE

Haziran 2014-Ankara

## ÖZET

Sosyal güvenlik, bir ülkede yaşayan tüm insanları ve çalışma yaşamını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen temel bir sistemdir. Sosyal güvenlik sisteminde gerçekleştirilen reformlar sonucunda genel sağlık sigortası oluşturulmuştur. Genel Sağlık Sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan, sağlık sistemidir. Ancak genel sağlık sigortası modeli sunmuş olduğu temel teminat paketi ile optimal sağlık beklentilerini karşılamaya yetmemektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının devreye girmesiyle genel sağlık sigortası da sağlıklı bir şekilde işleyebilecektir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Sosyal güvenlik kurumu tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktır. Tamamlayıcı sağlık sigortası ile vatandaşların kolay erişebileceği nitelikli sağlık hizmeti seçenekleri artacaktır. Bu çalışmanın amacı, Ankara'da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık sorunları ve sağlık harcamaları çerçevesinde tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açılarının tespit edilmesidir. Veri toplamak için Sigorta Şirketi anketleri derlenerek oluşturulan anket 278 hastaya uygulanmıştır. Toplanan veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak bilgisayara girilmiş ve değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda araştırmaya katılan kişilerin büyük ölçüde tamamlayıcı sağlık sigortasının farkında olmadıkları, farkında olan kişilerin ise önemli bir bölümünün tamamlayıcı sağlık sigortasına sıcak bakmadığı belirlenmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortasına bu yaklaşımın en önemli nedeni, sigorta şirketlerine duyulan güvensizlik ve yeterli tanıtımın yapılmaması olarak belirlenmiştir. Türkiye'de Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulamasına geçilmeden önce, yapılan bu çalışmanın Türkiye genelinde daha büyük bir örnekleme genişletilmesi Tamamlayıcı Sağlık Sigortası ile ilgili yasal ve pratik düzenlemelerin geliştirilmesinde yararlı olabileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık sigortacılığı, sosyal güvenlik, tamamlayıcı sağlık sigortası, Genel sağlık sigortası.

## ABSTRACT

Social insurance is a basic system which directly or indirectly affects all the inhabitants of a country and their working life. General health insurance was created as a result of the reforms made in the social insurance system. General health insurance is a health system which enables all the members of the society to benefit from social services in a common and effective way without considering their economic situation or eagerness. However, general health insurance model can't meet the optimal health expectations with the basic assurance package it offers. The processing of general health insurance depends on the operation of supplemental health insurance. Supplemental health insurance includes health services which require additional charges to be paid by the insurant or his dependants as well as the charges which are not paid by the Social Security Institution. With supplemental health insurance, the citizens will have better health services. The aim of this study is to determine what the patients of a foundation university's district polyclinic think about supplemental health insurance in the context of their demographic features, health problems and expenses. A survey created by compiling insurance company surveys has been carried on 278 patients. The collected data has been input into the computer by the SPSS 18.0 packaged software. As a result of the study, it has been determined that most of the people who have been included in this study are unaware of supplemental health insurance and the majority of the ones who are aware of it aren't eager to have it. The reason for this has been determined as distrust towards insurance companies and lack of advertisement. It would be beneficial for the improvement of legal and practical regulations of supplemental health insurance to extend it with a larger sample to be applied on the whole country before implementing it in Turkey.

**Key Words:** Health insurance, Social insurance, supplemental health insurance, general health insurance

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
ÖZET .....	ii
ABSTRACT .....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLolar LİSTESİ .....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
GİRİŞ .....	1
I. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE BAKIŞ .....	3
1.1.Sosyal Yardım .....	3
1.2. Sosyal Hizmet.....	5
1.3. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortacılığı .....	6
1.4. Dünya’da Sağlık Sigortası Sistemleri.....	8
1.4.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) .....	8
1.4.2. İngiltere (Beveridge Modeli).....	9
1.4.3. Kanada.....	11
1.4.4. Almanya (Bismarck Modeli).....	11
1.5. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi.....	12
1.5.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) .....	13
1.5.2. Emekli Sandığı (ES).....	14
1.5.3. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR).....	15
1.5.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart).....	16
1.5.5. Sosyal Güvenlik Reformu Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu.....	17
1.5.5.1. Sigortalılık Kapsamı.....	18
1.5.5.2. Çalışanların Hakları.....	19
1.5.5.3. Çalışanlara Sağlanan Haklar .....	19
1.5.5.4. İşçi Çalışanların Yükümlülükleri .....	19
1.5.5.5. Bağımsız Çalışanların Yükümlülükleri .....	20
1.5.5.6.Esnek Çalışma ve Sigortalılık .....	20
1.5.5.7.Bağımsız Çalışanların Primlerini Ödemeleri .....	21
II. GENEL SAĞLIK SİGORTASI (GSS).....	23
2.1. GSS Tanımı .....	23

2.2. GSS Kapsamında Olanlar .....	24
2.3. GSS'ndan Yararlanma Şartları .....	25
2.4. Sigortalıların Sistemdeki Yeri .....	26
2.5. GSS'nın Prim Oranları .....	26
2.6. GSS Kapsamında Sigortalılara Verilecek Hizmetler.....	27
2.7. GSS'nda Yurtdışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları .....	28
2.8. GSS Kapsamına Girmeyen Sağlık Hizmetleri.....	29
2.9. Uygulanan Tedavilerde Sigortalıdan Alınacak Katkı Payları .....	29
2.10. Katılım Payı Alınmayacak Durumlar .....	30
2.11. GSS'nın Avantaj ve Dezavantajları.....	31
III. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI.....	35
3.1. Özel Sağlık Sigortacılığı Teminat Yapısı .....	37
3.1.1. Ayakta Tedavi Teminatları .....	37
3.1.2. Yatarak Tedavi Teminatları .....	38
3.1.3. Yurtdışı Teminatı .....	38
3.1.4. Gündelik Tazminat Sigortası .....	39
3.2. Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Özel Sağlık Sigorta Uygulamaları .....	39
3.3. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı .....	41
3.4. Türkiye'de Özel Sağlık Sigortacılığı Alanında Yaşanan Sorunlar.....	42
IV. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI .....	45
4.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tanımı .....	45
4.2. Neden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası .....	46
4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı .....	50
4.4. Çeşitli Ülkelerdeki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları .....	51
4.4.1. İngiltere .....	52
4.4.2. Almanya .....	53
4.4.3. ABD .....	55
4.4.4. Kanada .....	56
4.5. Türkiye İçin Önerilen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli .....	57
4.6. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Fiyatlandırma .....	60
4.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Fırsat ve Tehditleri .....	61
V. MATERYAL VE YÖNTEM .....	64
5.1. Çalışmanın Amacı .....	64

5.2. Problem Cümlesi .....	64
5.3. Kısıtlılıklar .....	64
5.4. Evren ve Örneklem .....	64
5.5. Veri Toplama Aracı .....	65
5.6. Verilerin Analizi .....	65
VI. BULGULAR .....	66
6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	66
6.2. Katılımcıların Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına İlişkin Bulgular... .....	67
6.3. Katılımcıların Özel Sağlık Sigortası Kullanımlarına İlişkin Bulgular .....	69
6.4. Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Yaklaşımlarına Yönelik Bulgular ..	70
VII. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	74
KAYNAKÇA .....	78
EK-1: TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BAKIŞ AÇISI DEĞERLENDİRME ANKET FORMU .....	83

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı .....	66
Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Eğitime Göre Dağılımı .....	66
Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalığı Olup Olmadığına Göre Dağılımı.....	67
Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	67
Tablo 5. Araştırmaya Katılanların Sürekli Kullanılan İlaça Göre Dağılımı .....	68
Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Sosyal Güvenliklerine Göre Dağılımı.....	68
Tablo 7. Araştırmaya Katılanların İlk Başvuru Yaptıkları Hastaneye Göre Dağılımı.....	68
Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Göre Dağılımı.....	69
Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Gitme Sayılarına Göre Dağılımı.....	69
Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kişilerin Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenlerine Göre Dağılımı.....	70
Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Özel sağlık sigortası yaptırmama nedenlerine Göre Dağılımı.....	70
Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Bilgilerinin Olup Olmadığına Göre Dağılımı .....	71
Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı .....	71
Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Kapsamı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 15. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Yaptırmayı Düşünüp Düşünmediklerine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 16. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Yaptırdığı Durumda Aylık Bütçelerinden Ayırabilecekleri Tutarlara Göre Dağılımı .....	73

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
HMO	Health Maintenance Organization
KHK	Kanun Hakkında Kararname
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
GSS	Genel Sağlık Sigortası
TTB	Türk Tabipleri Birliği
AB	Avrupa Birliği
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)
AB	Avrupa Birliği
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
TSS	Tamamlayıcı Sağlık Sigortası

## GİRİŞ

Sosyal güvenlik; yaşamın kaçınılmaz ve doğal bir sonucu olarak karşılaşılabilecek risklere karşı korunabilmek; örneğin; yaşlılık ve ölüm gibi mutlak, ya da hastalık ve muhtaçlık gibi olası tüm risklere karşın geleceğe güven ve ümitle bakabilmek, toplumsal barış ve huzurun sağlanması açısından da çok büyük bir önem ve değer taşımaktadır. Öngörülemez sağlık harcamaları ile gelir kaybını önlemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişen özellikler göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır. Ek olarak daha özel hizmet almak isteyenlere cevap veren bir sistemdir. Teoride özel sağlık sigortasının en büyük avantajı, gelir düzeyi görece olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, yenilikleri ve verimliliği destekleyerek kamu sektörü reformunu körüklemesi ve tüketicilerin tercihini arttırması da söz konusudur.

Genel sağlık sigortası ise, kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan, sağlık sigortasıdır. Başka bir ifadeyle, toplumda yaşayan insanların tümüne sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak kişilerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak değerlendirilebilir. Kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak gören genel sağlık sigortasının oluşturulmasının temel nedeni etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli bir tasarruf olarak kabul edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası sayesinde herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilecektir. Genel sağlık sisteminin en önemli konularından biri, kapsadığı toplum kesimlerinin önemli derecede genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sistemi dışında kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi hedef alınmıştır.

Sosyal sigortanın temel teminat paketi ile gayesi, kişilere asgari yaşama koşullarını garanti etmesidir. Azami koşullar ise, tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla karşılanacaktır. Bir

diğer deyişle, her ne şekilde olursa olsun, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark olduğundan bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. İşte, tamamlayıcı sağlık sigortası, hizmet alan kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, üzerine alan bir sağlık sigortası türü olarak değerlendirilebilir. Tamamlayıcı sigortanın uygulandığı sistemin mevcut sistemden en büyük farkı; mevcut sistemde kişilerin kamu sağlık tesislerinden hizmet almak istemediği durumda özele gidilmekte, ancak burada da bir üst sınır konuğu için kalite iyileştirilememektedir. Tamamlayıcı sigortada ise kişileri hekim ve hastanesini seçme özgürlüğü ilkesini hayata geçirecek kamu ya da özel sağlık kuruluşundan alınan hizmetin kamu tarafından belirlenen fiyat tarifesi kadarının ödeme yükümlülüğünü getirmesidir. Kalan kısmı için ise tamamlayıcı sigorta karşılayacaktır.

Tamamlayıcı sağlık sigortasının incelenmesinin amaç edinildiği bu çalışmanın ilk bölümünde sosyal güvenlik sistemi incelenmiştir. Bu bölümde ayrıca başka ülkelerdeki sistemlerden de örnekler sunulmuştur. İkinci bölüm ise genel sağlık sigortasına ayrılmıştır. Genel sağlık sigortasının ayrıntılı olarak işlendiği bu bölümden sonraki aşamada özel sağlık sigortacılığı konusuna geçilmiştir. Literatür çalışmasının son bölümünde ise tamamlayıcı sağlık sigortası konusu değerlendirilmiştir.

## I. SOSYAL GÜVENLİK SİSTEMİNE BAKIŞ

İnsanlığın var olduğu günden beri en temel ihtiyaçlarından biri bugününün ve yarınının güvencesini sağlamaktır. Bu ihtiyaç yüzyıllardır toplumları etkilemiş ve sürekli gelişim altında kendilerini güvence altına alacakları kişisel ve toplu tedbirlerin ortaya çıkmasını sağlamıştır (Şakar, 2002).

Sosyal güvenlik bireylerin meslekleriyle alakalı veya fizyolojik, ekonomik, sosyal riskler sebebiyle gelirinde ya da kazancında sürekli veya geçici olarak eksilme ortaya çıkması durumunda; bireylerin geçinmek ve yaşamak için ihtiyaç duyduğu gereksinimleri karşılayan bir sistemdir (Talas, 1976). Sosyal güvenlik insanı tehlikelerin gerçekleşmesine karşı koruma altına almaktan öte; tehlikelerin gerçekleşmesinden sonra ki döneme ilişkin ihtiyaç duyulan emniyetin sağlanmasını ifade eder (Tunçomağ, 1982). Sosyal güvenlik bir amaç olarak da görülebilir. Bu amaç için kullanılan araçlar ise sosyal sigortalar, sosyal yardım ve hizmetlerdir. Sigorta sisteminde yardımı alacak kişinin de katkısı gerekirken, sosyal yardım ve hizmetlerde ilgili kişinin herhangi katkısı olmaksızın bir kısmı ya da tamamı devlet bütçesinden ya da toplumda bulunan gönüllü kuruluşlar aracılığıyla yürütülmektedir (Tuncay, 1996).

### 1.1.Sosyal Yardım

Sosyal yardım, yoksul ve muhtaç durumdaki vatandaşlara devlet bütçesinden para verilmesidir. Sosyal yardım, zorunlu katılım ilkesine dayanmayan karşılıksız ödemelerdir. Genel bütçeden yapılabileceği gibi özel olarak konulmuş vergilerle de finanse edilmesi mümkündür.

Sosyal yardımlarda izlenen amaç yardım görenin mümkün olan en kısa sürede çalışabilme, gelir elde etme ve böylece kendi geçimini sağlama olanağına kavuşturulmasıdır. Sosyal yardım çoğu zaman sosyal hizmetle ilişki içindedir. Sosyal yardımın, sosyal hizmet veya tazmin özelliğinin ağır bastığı görülebilir.

**a) Ülkeye Hizmeti Geçmiş Vatandaşları Korumaya Yönelik Yardımlar:** Savaş ya da barış dönemlerinde ülkeye başarılı hizmetler vermiş, katkıda bulunmuş kişilere yardım yapmak amacıyla değişik tarihlerde çok sayıda yasa çıkarılmıştır.

- a) 4109 Sayılı Asker Ailelerinden Muhtaç Olanlara Yardım Hakkında Kanun
- b) 1005 Sayılı İstiklal Madalyası Verilmiş Bulunanlara Vatani Hizmet Tertibinden Şeref Aylığı Bağlanması Hakkında Kanun
- c) 3292 Sayılı Vatani Hizmet Tertibi Aylıklarının Bağlanması Hakkında Kanun
- d) 2330 Sayılı Nakdi Tazminat ve Aylık Bağlanması Hakkında Kanun
- e) 3713 Sayılı Terörle Mücadele Kanunu
- f) 168 Sayılı Yabancı Memleketlerde Türk Asıllı ve Yabancı Uyruklu Öğretmenlere Sosyal Yardım Yapılması Hakkında Kanun
- g) 2629 Sayılı Uçuş, Paraşüt, Denizaltı, Dalgıç ve Kurbağaadam Tazminat Kanunu ve 926 Sayılı TSK Personel Kanununda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun

**b) Muhtaç Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması**

a) 2022 Sayılı 65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Gücsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun: 65 yaşını doldurmuş, kendisine Kanunen bakmakla mükellef kimsesi bulunmayan, sosyal güvenlik kuruluşlarının herhangi birisinden her ne nam altında olursa olsun bir gelir veya aylık hakkından yararlanmayan, nafaka bağlanmamış veya bağlanması mümkün olmayan, mahkeme kararıyla veya doğrudan doğruya Kanunla bağlanmış herhangi bir devamlı gelire sahip bulunmayan ve muhtaçlığını İl veya İlçe İdare Heyetlerinden alacakları belgelerle kanıtlayan Türk Vatandaşlarına hayatta buldukları sürece, 300 gösterge rakamının her yıl bütçe Kanunu ile tespit edilecek katsayı ile çarpımından bulunacak tutarda aylık bağlanır.

b) 3294 Sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Teşvik Fonu Kanunu: 3294 Sayılı Kanun uyarınca Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları kurulmuştur. Vakfın amacı, kendi çevresindeki muhtaç vatandaşlara ayni ve nakdi yardımlar yapmak, bu kişilerin sosyal ve ekonomik gelişimi yönünde çalışmalar yapmaktır.

**c) Ek Sosyal Güvenlik Sağlayan Kurumlar:** Sosyal Güvenlik Kurumu dışında çeşitli meslek gruplarının daha çok dernek ve vakıf şeklinde kurdukları yardımlaşma sandıkları kurmuşlardır. Sosyal Güvenlikte teklik prensibi gereği bu kurumlardan sağlanan yardımlar ek yardım niteliğindedir. Türk Silahlı Kuvvetleri personeli için kurulan OYAK, Devlet Memurları için kurulan ve daha sonra kapatılan MEYAK, İlköğretim Öğretmenleri için İLKSAN bu kurumlardan bazılarıdır.

## 1.2. Sosyal Hizmet

Türkiye’de, sosyal hizmetler 1983 tarihinde yürürlüğe giren, 2828 sayılı“Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu” ile hukuken tanımlanmıştır. Buna göre; sosyal hizmetler, kişi ve ailelerin kendi bünye ve şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksunluklarının giderilmesine ve ihtiyaçlarının karşılanmasına, sosyal sorunlarının önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunması ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü”dür (Türkmen, 2003).

Yaşlılar için verilecek hizmetlerin temel amaçları;

- Kendi evlerinde olabildiğince uzun bir süre bağımsız, rahat ve huzurlu bir şekilde yaşamalarını sağlamak,
- Yaşlılık, evsizlik, bakım gereksinimi gibi durumlara uyum sağlayabilecekleri alternatif yerleşim olanakları sağlamak,
- Fiziksel ya da mental hastalık nedeni ile gereksinim duyulan durumlarda uygun hastane koşulları sunmak olmalıdır.

Sosyal ve ekonomik yönden yoksunluk içinde olup korumaya, bakıma, yardıma muhtaç yaşlılara devletin denetim ve gözetiminde, halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde hizmet sunma amacı doğrultusunda, muhtaç yaşlı kişilerin ihtiyaçlarını karşılamak için Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) yasası kapsamında huzurevleri kurulmaya başlanmış, yanı sıra yaşlı dayanışma merkezi, evde yaşlıya yardım projesi, ihtiyarlık maaşı gibi hizmetler de başlatılmıştır.

Yaşlılara götürülen sosyal refah hizmetleri iki başlık altında toplanabilir:

**a- Sosyal güvenlik hizmetleri:** Sosyal Güvenlik Kurumu’na bağlı olarak çalışmış yaşlılar güvenlik kapsamında yer alırlar. Sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan 65 yaş ve üzerindeki bireyler; 1976 yılında yürürlüğe giren 2022 sayılı “65 yaşını doldurmuş, muhtaç, güçsüz, kimsesiz türk vatandaşlarına aylık bağlanması hakkındaki yasa” ile güvence altına alınmaya çalışılmıştır. (Onat, 2001, Eraslan ve ark.,1995).

**b- Sosyal Hizmetler:** Ülkemizde sosyal yoksunluk ve/veya ekonomik yoksulluk içinde bulunan yaşlıların yaşam standartlarını koruma ve yükseltme amaçlı tüm hizmetleri planlamak, düzenlemek, izlemek, koordine etmek ve denetlemekle görevli SHÇEK’in bu

hizmetleri kurum bakım hizmetleri, evde bakım hizmetleri, yaşlı kulüpleri, yaşlı hizmet merkezleri ile yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetleri olmak üzere toplam beş temel alanda toplanmaktadır.

### **1.3. Sigortanın Tanımı ve Sağlık Sigortacılığı**

Sigorta kavramı, bireylerin yaşamda bazı koşullar altında karşılaşacakları zarar ve kayıplara yol açan olayların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için önceden önlem alma gereksiniminden doğmuştur. Sigorta terim olarak, kişilerin bazı koşullar altında karşılaşacakları, zarara ve gelir kaybına yol açan olayların ekonomik sonuçlarından kendilerini korumak için belli bir prim karşılığında risklerini devrettiği anlaşma olarak ele alınmaktadır (Alper, 1997). Bu kavram belli bir grubun uğradığı belirli rastlantısal olayların, dar limitler arasında öngörülmesini sağlayan, mal ya da kişisel grubu bir yönetim altında bir araya getirerek riski en aza indirmeyi hedef alan ekonomik bir kurum altında faaliyet gösteren ve aynı zarara maruz kalabilecek iken, her nasılsa kalmamış, benzer konumdaki başka kişiler tarafından, söz konusu zarara uğrayabilecek bir kişinin zararın tazminini olanaklı kılan bir sistemdir (Biçerli, 2007).

“Sağlık sigortaları; bir sosyal güvenlik kurumuna kayıtlı olsun ya da olmasın sosyal sigorta şartlarına veya poliçe genel şartlarına göre sigortalının, özel veya iş hayatında karşılaşacağı hastalık ve/veya kaza sonunda ihtiyaç duyacağı hizmetlerin (hekim muayene ücretleri, ruhsatlı hastane masrafları, röntgen, laboratuvar, doğum, diş tedavi masrafları gibi masraflar ile hekimin göreceği lüzum üzerine yazmış olduğu reçetede ilaç) masraflarını karşılayan bir sigorta türüdür” (Yıldırım, 2012).

Sağlık sigortası aynı zamanda kişilerin, tıbbi yardım, ameliyat, uzun ve kısa süreli tedaviler ile ameliyat veya tedaviye bağlı ilaç giderleri gibi sağlık harcamalarına karşı güvence sunan sigorta türüdür (Sözer, 1997). Devletin sosyal güvenlik sistemi çerçevesinde sunduğu sosyal sağlık sigortasından ayırt etmek için genellikle *özel* vurgusu yapılarak özel sağlık sigortası olarak adlandırılır. Sağlık sigortaları; sigortalının, hastalık ve kazaların oluşturacağı sağlık giderlerini karşılamak için hazırlanmış planlar olarak değerlendirilir. Ortaya çıkan riskler poliçede belirtilen, genel ve özel koşullar kapsamında ve sınırlandırmalar doğrultusunda karşılanır (Orhaner, 2000). Sigortalıların sigorta süresi içinde hastalanmaları ya da herhangi bir kaza sonucu yaralanmaları durumunda tedavileri için gerekli masrafları ile

varsa gündelik tazminatları, genel, varsa özel koşullar çerçevesinde, poliçede yazılı tutarlara kadar sağlar (Kongar, 1989). Sağlık sigortaları (*hem sosyal sağlık sigortası hem de özel sağlık sigortası*) hastalar için tıbbi bakımın doğrudan maliyet yükünün hem bir zaman sürecine de bir grup insan (*tıbbi bakımın maliyet risklerini paylaşan*) arasında yayılmasını ve paylaşılmasını sağlayan mekanizmalardır.

Günümüzde evrensel bir ilke durumuna gelen ve çağdaş uygarlığın sembolü olan sosyal güvenlik kavramı, temelde bireyin karşılaşacağı ve yaşamı için tehlike oluşturacak olan risklere karşı bir koruma niteliğindedir. Tarihin her döneminde insanlar farklı şekilde sosyal güvenlik bulmuşlar ve kabul etmişlerdir. Önceleri bireysel, daha sonraları ise sosyal yardımlara dönüşen bu sistemin, modern sosyal güvenlik sistemlerinin temelini oluşturduğu söylenebilir.

Sosyal güvenlik, bir ülkede yaşayan tüm insanları ve çalışma yaşamını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen temel bir sistemdir (Gençler, 1999) ve sosyal yardımlar, sosyal hizmetler ve sosyal sigortalar adı altındaki organizasyonlarla yürütülmekte; toplumda belirli koşulları yerine getirmiş ve belirli niteliklere sahip insanları kapsamaktadır. Sosyal güvenlik; yaşamın kaçınılmaz doğal bir sonucu olarak karşılaşılabilecek risklere karşı korunabilmek; örneğin; yaşlılık ve ölüm gibi mutlak, ya da hastalık ve muhtaçlık gibi olası tüm risklere karşın geleceğe güven ve ümitle bakabilmek, toplumsal barış ve huzurun sağlanması açısından da çok büyük bir önem ve değer taşımaktadır (Güzel ve Okur, 1996).

Sosyal güvenlik sistemlerinin tarihsel gelişimleri incelendiğinde sanayi devriminin bu süreçte bir yol ayrımı oluşturduğunu ve modern anlamda sosyal güvenlik sistemlerinin bu olaydan sonra ortaya çıktığını söyleyebiliriz. Sanayi devrimiyle köklü değişimlere uğrayan toplumsal hayat, en önemli değişimlerden birini de sosyal güvenlik alanında yaşamıştır. Üretim ilişkilerinin değişimine bağlı olarak toplumsal yapı ve iş bölümü de değişmiştir. Toplum kısa sürede iki sınıfa bölünmüştür. Bu iki sınıf çok zenginleşen kapitalistlerle tek gelir emek gücü olan yoksul işçiler olmuştur. İşçilerin içinde buldukları kötü koşullar, uzun çalışma süreleri, çok sayıda iş kazası, yetersiz ücret, yoksulluk, hastalıklar, iş ve gelecek güvencesinin bulunmamasının verdiği huzursuzluklar onları sık sık başkaldırıya yöneltmiştir. On dokuzuncu yüzyılın sonunda Almanya'da Bismarck önemli bir sosyal politika aracı olarak sosyal güvenlik kavramına başvurmuştur. Bir yandan emek gücünün yeniden üretimine imkan sağlayan diğer taraftan da işçileri sistemle entegre etmeyi kolaylaştıran sosyal sigorta modeli

oluşturarak modern anlamda öncülük etmiş ve diğer Avrupa ülkeleri de izlemiştir. Özellikle İkinci Dünya Savaşı ve sonrasında sosyal güvenlik alanındaki çabalar yoğunlaşarak günümüze kadar gelmiştir (Güvercin, 2004).

Sosyal güvenlik sistemleri günümüzde, ülkelerin almış oldukları ekonomik kararlarla sıkı bir ilişki içerisine girmiş bulunmaktadır. Belirlenen iktisadi hedeflere ulaşmada, sosyal güvenlik tedbirlerinin önemi büyüktür. Bu açıdan bakıldığında sosyal güvenlik sistemlerinin, çeşitli makroekonomik büyüklüklerle yakın ilişkisi dikkate değer bir biçimde genişlemektedir. Ekonomik büyüme, istihdam, enflasyon gibi faktörlerle ilişkisi bakımından sosyal güvenlik sistemlerinin sosyal işlevinin yanı sıra, iktisadi işleve sahip olduğu açıktır. Mesela sosyal hakların varlığı bireyleri piyasa güçlerinin kısıtlarından ve piyasa mekanizmasının neden olduğu eşitsiz gelir dağılımından bir ölçüde kurtarır (Arın, 2004). Yani sosyal güvenlik, gelir dağılımında adaleti sağlama gibi bir işlevini de üstlenmiş görülmektedir. Ancak yeniden dağıtım, etkili olabilmek için merkezleşme kalıbının tanımladığı devlet türü yapılarının varlığını gerektirir (Polanyi, 2005). Bu sosyal güvenliğin işlevlerini yerine getirmesi bakımından, üzerinde oturduğu merkezi devlet zemininin önemini vurgulamaktadır. Sosyal güvenlik için vatandaşlara yüklenen yük vergilere oranla daha kolay katlanılabilir nitelikte olmakla beraber sosyal güvenlik karşılıkları da diğer kamu hizmetlerine oranla doğrudan doğruya gelir eşitleyici etkiye sahiptir. Günümüzde sosyal güvenlik yoluyla yeniden dağıtıma tabi tutulan gelir gerek milli gelir içinde, gerekse devlet bütçeleri içinde gittikçe artmaktadır (Akyıldız, 2010).

#### **1.4. Dünya’da Sağlık Sigortası Sistemleri**

Çalışmanın bu kısmında dört farklı ülkenin sağlık sigortası sistemleri incelenmektedir. Seçilen örnek ülkeler ABD, İngiltere, Kanada ve Almanya’dır.

##### **1.4.1. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)**

Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık sigortası sistemi büyük ölçüde özel sigortalar tarafından finanse edilen ve özel sağlık kurumlarına dayanan bir model arz etmektedir. Nüfusun büyük çoğunluğu özel sağlık sigortasına sahiptir ve hizmet sunumu büyük ölçüde özel sağlık kuruluşları ve serbest çalışan hekimler tarafından verilmektedir. Birinci basamak

sağlık hizmetleri örgütlenmesi çok kuvvetli değildir ve kişi başına düşen sağlık harcamaları son derece yüksektir.

ABD’de sigortaların % 80’i Managed Care organizasyonuna dâhildir. Sigortalılar sabit bir bedel karşılığı belirli hizmet veren (HMO) sağlık bakım kuruluşlarından hizmet almaktadır. Son verilere göre HMO alışı gelen sağlık sistemine göre % 20–30 daha ucuzdur. ABD’de sağlık sigortası zorunlu olmayıp nüfusun 1/5’i sigortasız bulunmaktadır. Finansmanı sağlayan bu sigorta şirketleri toplumun yaklaşık % 86’sını kapsayabilmekte geri kalan % 14’lük kesimin hiçbir sigortası bulunmamaktadır. Bunların büyük çoğunluğunu yoksullar ve 19 yaş üzerinde olup anne ve babalarının poliçelerinden ayrılmak zorunda kalan gençler oluşturmaktadır (Özcan ve Özgen, 2001). Kâr amaçlı özel sigorta şirketleri; toplam özel sigorta şirketlerinin yarısından fazlasını oluştururlar, ABD’deki en yaygın şirketler Prudential ve Cigna sigorta şirketleridir. Blue Cross-Blue Shield, kâr amacıyla çalışmayan özel sigorta şirketleridir ve diğer özel sigorta şirketlerinden farkları birbirleriyle rekabet etmeden çalışmalarınıdır. Her ikisi de 1930’lu yıllarda hastane sahipleri ve hekimlerin bir araya gelmesiyle kurulmuştur. Blue Cross hastane masraflarını, Blue Shield hekim masraflarını sigorta etmektedir. Bu şirketlerin en büyük avantajı tedavileri kendi hastanelerinde (SGK gibi) yaparak daha ucuza mal etmeleridir. Bağımsız sigorta planları; HMO ve PPO benzeri sağlık organizasyonlarının sigorta planlarıdır. Bu sigortalar da kâr amacı gütmeyen özel sağlık sigortaları kapsamındadır.

Kamu sigortaları ise; yaklaşık 1965 yılından sonra Medicare (*Tıbbi Bakım Sigortası*) ve Medicaid (*Tıbbi Yardım Sigortası*) ile başlamıştır. Bunların yönetimi Sağlık ve İnsan Bakanlığı denetimindeki Sağlık Bakım Finans İdareleri tarafından yapılmaktadır. ABD’de 65 yaş ve üzerindeki herkes gelir seviyesine veya zenginlik durumuna bakılmaksızın otomatikman Medicare kapsamına alınır (Bass, 2003).

#### **1.4.2. İngiltere (Beveridge Modeli)**

“Beveridge Modeli” olarak da bilinen Ulusal Sağlık Hizmetleri (Sosyalizasyon) Sistemi’nde<sup>368</sup>, sağlık hizmetleri ikamet esasına göre nüfusun tamamına ve ücretsiz olarak sunulur. Finansman kamu gelirleri (*vergiye dayalı finansman*) ile karşılanır. Bütün sağlık hizmetleri, tek bir teşkilatta toplanır ve merkezi olarak kamu eliyle planlanarak ülke çapında yürütülür. Beveridge Modelinin kurucusu olan İngiltere’de, neoliberal politikaların da

etkisiyle 1980'li yıllardan Thatcher hükümetleri ile birlikte sağlık politikası değiştirilmeye başlanmış, söz konusu sistemden uzaklaşarak, özel kesimin de sisteme bir biçimde ve kısmen eklendiği yeni bir düzen oluşturulmuştur. Ortaya çıkan bu yeni sistemi artık “Ulusal Sağlık Sigortası Modeli” içinde değerlendirmek daha doğru olacaktır (Leys, 2007).

Ulusal sağlık sistemi (*National Health Service-NHS*) içinde aynı bütçelere ve örgütlere sahip üç ayrı yapı bulunmaktadır. “Bunlar primli rejim, primsiz rejim ve ulusal sağlık hizmetidir. Primli rejimi ulusal sigorta oluşturmaktadır. Hastalık, analık, işsizlik, yaşlılık, dulluk, emeklilik gibi risklere karşı koruma sağlayan bir sistemdir. Bu sistemden yararlanmak için sigortalıların prim ödemesi gerekmektedir. Primsiz rejim, bazı sakat kimselere ve bunlara bakanlara gelir desteği ve kira yardımı olarak uygulanan bir rejimdir. Bu riskler için genel bütçeden ayrılan ödenekler kullanılmaktadır” (Oral, 2003). Sağlık yardımları ücretsiz olarak yapılmaktadır. Ancak kişinin hastalıkla ilgili herhangi bir parasal yardımdan yararlanabilmesi için ulusal sigortaya prim ödemesi gerekmektedir. Parasal yardımlar nakit hastalık yardımı ve yasal hasta ödeneğidir.

*Hastalık Ödeneği:* Sigortalılar hastalık nedeniyle iş göremez duruma düşmeleri ve gerekli diğer koşulları (prim ödeme gibi) yerine getirmeleri durumunda hastalığın 4. gününden itibaren (ilk 3 gün için ödeme yapılmaz) 28 hafta boyunca hastalık ödeneği alırlar. Ayrıca bu hastaların kendilerine bağımlı kişiler varsa, ödeneye her bağımlı başına ilave yapılır. 28 haftalık süre dolduğunda yapılan muayene sonucunda iş göremezliği devam ettiği belirlenenlere bir yıla kadar ödenek verilmeye devam olunur. Hastalık halinde 29. hafta ile 52. hafta arasında haftalık ödenek ve buna ek olarak bakmakla yükümlü olduğu her yetişkin için ve her çocuk için ödenek ilave edilmektedir.

*Sakatlık Aylığı:* Hastalık aylığı 28 haftaya kadar ve en fazla 52 hafta boyunca verilen bir ödenektir. Bu yüzden kısa süreli iş göremezlik ödeneği olarak da adlandırılmaktadır. Bir yıl dolduğu halde iyileşemediği tıbben belirlenenler ise, uzun süreli iş göremezlik geliri almaya hak kazanırlar. Bu ödeme emeklilik yaşına kadar devam etmektedir (Sargutan, 2006).

Ulusal sağlık sisteminde sağlık hizmetleri üç ayrı basamakta verilmekte olup, basamaklar arası çok iyi bir sevk zinciri kurulmuştur. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşunu dolayısıyla Genel Pratisyenleri içerir. İkinci basamakta konsültan denilen uzman hekimler bulunmaktadır. Bu hekimlere ancak Genel

Pratisyen Hekim sevk ederse hasta gidebilir. Üçüncü basamak ise özel dal hastanelerini, eğitim hastanelerini içeren ileri tıp merkezleridir (Oral, 2003).

### **1.4.3. Kanada**

Kanada'da eyalet hükümetleri tarafından kurulmuş sağlık sigortaları vardır. Her eyalet kendi sağlık sistemini federal yasa ve yönetmeliklere bağlı olarak yürütmekte ve bütçeden destek almaktadır. Sağlık harcamalarının % 73'lük bir bölümü kamu tarafından finanse edilmekte, kalanı ise cepten yapılan harcamalardan meydana gelmektedir. Hizmeti satın alanın hükümet olmasından dolayı bütçenin hastane ve doktorlara dağılımı denetime tabi olmaktadır. Eyalet yönetimi de hastanelerin oluşturduğu bir konsorsiyum ile meslek odalarının görüşü ile paralel olarak bütçeyi belirlemektedir (Marchildon, 2013).

Ülkede yer alan sağlık sistemi, hastane hizmetlerinin, ayakta bakım hizmetlerinin ve yaşlılar için ilaç sağlanması gibi hizmetlerin tamamını finanse etmektedir. Özel sigortaların geçerli olduğu alanların bazıları ise hastane özel odaları, ambulans hizmetleri, evde hemşire bakımı ve bazı eyaletlerde ilaç ücretleridir. Vatandaşlarının yaklaşık % 60'ının bu tür hizmetler için özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Kanada sağlık hizmetlerinin büyük bölümü kâr amacı taşımayan hastaneler ile serbest çalışan hekimler tarafından sunulmaktadır. Özel hastaneler ise kamu sigortasından yararlanamamaktadırlar.

### **1.4.4. Almanya (Bismarck Modeli)**

Bismarck modeli olarak da adlandırılan Sağlık Sigortası Sistemi'ni benimseyen ülkeler (*Almanya, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, İsviçre gibi*) kanuni olarak sigorta temelli sistemleri kurmuşlardır. Bu ülkelerdeki bireysel sosyal sigorta sistemleri aynı ilkelerden esinlenmesine rağmen uygulamada ülkeden ülkeye farklı düzenlemeleri görmek mümkündür. Almanya'da sosyal güvenlik sistemi dağıtım esasına dayalı ve tüm çalışanları kapsayan bir yapıya sahiptir. Sistemin merkezini primli sistem sosyal sigortalar oluşturmaktadır. Sosyal sigortalar; bütün emeklileri, işçileri ve işçilerin ailelerinin yer aldığı ve toplam nüfusun yaklaşık % 90'ını kapsayan bir yapıdadır. Geri kalan kısım ise, özel sigortalar tarafından veya bağımsız çalışanlarda olduğu gibi farklı uygulamalarla güvence altına alınmışlardır. Memur ve asker gibi kesimler de kendilerine ait özel sosyal güvenlik sistemlerine sahiptir (Grosse and Figueras, 2004).

Almanya’da uygulanan sağlık sistemi gelişmiş bir sağlık sigortası sistemidir. Sistemin yönetiminde hem özel sektör hem de kamu rol oynamaktadır. Nüfusun % 85’i prim tabanlı ve birbiriyle rekabet eden çok sayıda kamu sağlık fonlarının sağladığı sağlık güvencesine sahiptir. Nüfusun % 10’u özel sağlık sigortasına sahip olup, geri kalan % 5’lik kısım ise askerlere yönelik düzenlemeleri kapsamaktadır (Clarke and Bidgood, 2012).

Bazı istisnalar dışında sağlık hizmetleri ücretsiz verilmektedir. Yazılan ilaç bedelinin, fizyoterapi hizmetlerinin, hastanede yatırılan ilk on dört günlük hizmetin ve kural dışı hastaneye başvurma (aile hekimleri ne gidilmeden uzmana gidilmesi veya uzmana gidilmeden üniversite hastanesine gidilmesi) bedelinin bir kısmı hasta tarafından karşılanmaktadır.

Kamu tarafından sağlanan sağlık sigortası sistemi birbirleri ile rakip iki yüzün üzerinde sağlık sigortası fonundan oluşmaktadır. Hastalık fonları olarak da anılan bu müesseseler, kamu tarafından düzenlenmiş sivil toplum kuruluşları niteliğinde olup özerk bir yapıya sahiptirler. Bunların asıl amaçları, yapılan finansal aracılık hizmetleri neticesinde kâr elde etme değil, sosyal sağlık riskini tüm topluma paylaşırabilmeğdir. Hastalık fonlarının temel gelir kaynağı sigortalıların gelirlerine göre oransal olarak tahsil edilen primlerden oluşmaktadır (Busse and Riesberg, 2004).

Almanya’da, vatandaşların karşılaşılabilecekleri sağlık problemleri ve zihinsel hastalıklar, sakatlık ve işsizlik gibi olağanüstü riskli durumları kapsayan sosyal sigorta sistemi bulunmaktadır. Söz konusu hususlara ilişkin sigorta faaliyetlerine ise resmi sigorta kurumlarınca fonksiyon kazandırılmaktadır. Ülkedeki en önemli resmi sigorta kuruluşları kanuni hastalık sigortası, kanuni bakım sigortası, kanuni emeklilik sigortası ve kanuni kaza sigortasıdır. Vatandaşlar kanuni sağlık sigortası sisteminin benimsediğı sağlık hizmetlerinden yararlanırlarken, hizmeti sunan birimlere herhangi bir ödeme gerçekleştirmezler. Hizmet sunumunda bulunan tüm birimler (aile hekimleri, hastaneler) sundukları sağlık hizmetinin masraflarını sigorta sisteminden tahsil etmektedirler (Busse and Riesberg, 2004).

### **1.5. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemi**

Yakın dönemlere kadar Türkiye’de sosyal güvenlik haklarını düzenleyen ve vatandaşlarının geleceğini güvence altına almak için sistemli bir şekilde çalışan kurumların başında T.C. Emekli Sandığı, BAĞ-KUR ve SSK gelmekteydi. Ancak 5502 sayılı Kanunla,

sosyal güvenlik kuruluşlarının tek çatı altında birleştirilmesiyle başlayan ve 5510 sayılı Kanun ve bu Kanunda değişiklik yapan 5754, 5763, 5797 ve 5838 sayılı kanunlar ile yasal zeminde büyük oranda tamamlanan reform süreciyle sosyal güvenlik sistemimizde çok köklü değişimler meydana gelmiştir

### **1.5.1. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)**

Ülkemizde memurlar dışında işçilerin de sosyal güvenlik kapsamına alınması uzun bir süreci gerektirmiştir. Türkiye’de ilk kez 1936 tarih, 3008 Sayılı İş Kanunu ile sosyal sigortaların kurulması öngörülmüştür. Bunun üzerine SSK, o zamanki adıyla İşçi Sigortaları Kurumu, 09.07.1945 tarihinde 4792 Sayılı Kanun’la kurulmuştur. Bu tarihten 01.03.1965 tarihine kadar 5417, 5502, 5752, 6391, 6708 ve 6900 Sayılı çeşitli Kanunlarla sosyal sigorta uygulamaları yürürlüğe girmiş, 01.03.1965 tarihinde yürürlüğe giren 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile dağınık halde bulunan sosyal sigorta kanunları, günün koşullarına göre yeniden gözden geçirilerek tek metin haline getirilmiştir (Duygulu ve Pehlivan, 2004).

Kurumun temel amacı, kanun kapsamında bulunan bir hizmet sözleşmesine dayanarak bir veya birkaç işveren tarafından çalıştırılan sigortalıları çalışma yaşamının çeşitli risklerine karşı sigorta etmek suretiyle sosyal güvenliklerini sağlamaktır. Kısacası, sosyal sigortacılık ilkelerine dayalı, etkin, adil, kolay erişilebilir ve mali açıdan sürdürülebilir, çağdaş standartlarda sosyal güvenlik sistemini yürütmektir. Kurum; bu amaca uygun olarak üyelerine iş kazası, meslek hastalığı, hastalık, analık, malullük, yaşlılık ve ölüm hallerinde yardımda bulunmak, mevzuat ile ilgili çalışmalarını yürütmek ve giderleri yönetmek gibi faaliyetlerde bulunmaktadır. Kurum; Genel Kurul, Yönetim Kurulu, Başkanlık ve Başkanlığa bağlı Merkez ve Taşra Teşkilatlarından oluşmaktadır (Egeli, 2009).

Sosyal güvenlik politikalarını uygulamak ve geliştirmek, hizmet sunduğu gerçek ve tüzel kişilikleri bilgilendirmek, sosyal güvenliğe yönelik konularda gerek uluslararası kuruluşlarla iletişimde bulunmak ve gerekse de uluslararası antlaşmaları uygulamak, sosyal güvenlik alanında işbirliği sağlamak SSK’nın temel görevleridir (Gökbunar ve Koç, 2009).

SSK Başkanlığı 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu hükümleri çerçevesinde, bu kanun kapsamındaki kişi ve grupların sosyal güvenlik garantisinin sağlanması işlemlerini yürütmektedir. Ancak, 1983 yılından itibaren 2925 sayılı Tarım İşçileri Sosyal Sigortaları

Kanunu kapsamında sigortalı olan tarım çalışanlarının sosyal güvenlik işlemlerini de Kurum üstlenmiştir. 506 sayılı Kanun, esas olarak hizmet akdi ile çalışan, sanayi ve hizmetler kesimi mensuplarını kapsamına almakla birlikte zaman içinde bu niteliğin dışına taşan çalışan kesimler de kapsama alınmıştır. Kurumun finansmanı, prime esas kazançlar üzerinden ödenen sigortalı ve işveren primleri ile sağlanmaktadır (TÜSİAD, 2004).

SSK'nın gelirleri 4792 sayılı kanununun 19. maddesinde sayılmış olup bunlar; prim gelirleri, işçi ücretlerinden kesilen cezalar, Bakanlık tarafından kuruma verilmesi uygun görülecek paralar, gerçek ve tüzel kişiler tarafından yapılan bağışlar, kurumun menkul ile gayrimenkul gelirleri ve genel bütçeden yapılan yardımlar şeklinde belirtilebilir. Kurumun en büyük gider kalemini emekli aylıkları oluşturmakta olup, sosyal yardım zammı ödemeleri, sağlık giderleri ve genel yönetim giderleri gibi harcamalar kurumun diğer gider kalemleri arasında sayılabilir (Egeli, 2009).

### **1.5.2. Emekli Sandığı (ES)**

T.C. Emekli Sandığı, en geniş anlamda memurların sosyal güvenliğini sosyal sigorta sistemi ile sağlayan bir kamu kurumudur. Kuruluşu on dokuzuncu yüzyıla uzanan Emekli Sandığı, ilk olarak 1866 yılında kurulan ve subay dul ve yetimlerini kapsayan *Askeri Personel Sandığı* şeklinde kurulmuştur. Bunu 1880 yılında kurulan *Mülki İdare Sandığı* izlemiştir. Bu iki sandık 1909 yılında *Askeri ve Mülki Amirler Sandığı* adı altında birleştirilerek faaliyetini sürdürmüştür. Daha sonra, 1944 yılına kadar bu tür çeşitli adlar altında sandıklar kurulmuş ve üyelerinin sosyal güvenliklerini sağlamışlardır (Duygulu ve Pehlivan, 2004).

Dağınmık şekilde kurulan bu sandıklarda zamanla bir takım sakıncalar görülmüştür. Farklı kurumlarda çalışan kamu personelinin ayrı sandıklarda farklı emekli mevzuatına tabi tutulması, önemli sakıncalar yaratmıştır. Bu sakıncaları ortadan kaldırmak amacıyla, tekaüt veya emekli sandıklarının kuruluşlarına ilişkin kanunlar yürürlükten kaldırılarak 08 Haziran 1949 tarih, 5464 Sayılı T.C. Emekli Sandığı Kanunu kabul edilmiştir. Bu yasayla kurulan T.C. Emekli Sandığı, tüm devlet memurlarıyla (*sivil, asker*) il özel idareleri ve belediye personeline sosyal güvenlik sağlayan bir sosyal güvenlik kurumu olmuştur (Egeli, 2009). Emekli Sandığı, Maliye Bakanlığı'na bağlı bir sosyal sigorta kuruluşudur. Sandık; emekli aylığı, sağlık hizmetleri, iştirakçilerin dul ve yetimlerine aylık bağlanması şeklinde gelir güvencesi sağlayarak, sosyal güvenlik ile ilgili görevler yüklenmiştir. Bunların yanında,

iştirakçilere maluliyet aylığı verilmesi, *İstiklal Madalyası* sahiplerine şeref aylığı ödenmesi ve son yıllarda muhtaç durumdaki yaşlılara aylık bağlanması görevlerini de üstlenmiştir (TÜSİAD, 2004).

Sandığın sunduğu sosyal sigorta hizmetleri; emekli aylığı, malullük aylığı, dul ve yetim aylığı, sağlık yardımı, ölüm yardımı, evlenme ikramiyesi, ikramiye. Bunun dışında, sandık iştirakçilerine; sosyal tesis sağlama, konut kredisi ve konut sağlama, aile yardımı ve doğum ödeneği verme, borç verme, giyecek-yiyecek yardımı sağlama, toptan ödeme, keseneklerin geri verilmesi gibi yardımlarda da bulunmaktadır. Sandığın gelirleri; kesenekler, karşılıklar, hazine katkısı ve diğer gelirlerden oluşmaktadır (Egeli, 2009).

### **1.5.3. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR)**

Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞ-KUR), Türk sosyal güvenlik sisteminde Emekli Sandığı ve SSK ile birlikte üç büyük sosyal güvenlik kurumundan en son kurulanıdır. 02.09.1971 tarih ve 1479 sayılı Kanunla kurulan BAĞ-KUR, sanayi ve hizmetler kesiminde kendi nam ve hesabına çalışan kişileri kapsamaktadır. BAĞ-KUR' un hukuki statüsü 04.10.2000 tarih ve 619 sayılı KHK ve 02.08.2003 tarih ve 4956 sayılı Kanunla yeniden belirlenmiş ve Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (SGK) ilgili kuruluşu haline getirilmiştir. Ayrıca kurumun idari ve mali özerkliği bulunmaktadır (TÜSİAD 2004).

02.09.1971 tarih, 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanunu ile kurulan BAĞ-KUR, 01.10.1972 tarihinde tüm yurttaki aynı anda uygulanmaya başlamıştır. 10.10.1977 tarihinde yürürlüğe giren 2108 Sayılı Muhtar Ödenek ve Sosyal Güvenlik Kanunu ile köy ve mahalle muhtarları, 01 Ocak 1984 tarihinde yürürlüğe giren 17 Ekim 1983 tarih, 2926 Sayılı Tarımda Kendi Adına ve Hesabına Bağımsız Çalışanlar Yasası ile sözü edilen kesim BAĞ-KUR kapsamına alınmıştır (Tuncay ve Ekmekçi, 2011).

BAĞ-KUR, önceleri sigortalılarına yalnızca malullük, yaşlılık ve ölüm sigortası sağlarken, 5 Kasım 1985 tarihinde kabul edilen 3235 sayılı yasayla, 01 Ocak 1986 tarihinden itibaren sağlık sigortası da sağlamaya başlamıştır. BAĞ-KUR ülkemizdeki esnaf ve

sanatkârlar ve tarım çalışmaları ile ailelerine sigorta hizmeti sunmakta olup, SSK'dan sonra en büyük sosyal güvenlik kuruluşudur (Şakar, 2011).

1479 sayılı Esnaf ve Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu Kanununa göre kurumun mali varlığı, sigortalı sayılanların ödeyecekleri primler; gerçek veya tüzel kişiler tarafından yapılacak bağış ve vasiyetler; kurumun taşınır ve taşınmaz mallarından sağlanan gelirler; genel bütçeden yapılacak yardımlar; kurum iştirak ve kuruluşlarının gelirleri ve diğer gelirlerden oluşmaktadır. Bu gelirlerden sigortalı sayılanların ödedikleri primler en büyük payı oluşturmaktadır. Ayrıca, kuruma Hazine tarafından da yardım yapılmaktadır. Kurum giderleri, genel yönetim giderleri ile sigortalılar için yapılan giderlerden ibarettir (Egeli, 2009).

#### **1.5.4. Primsiz Sosyal Güvenlik Uygulamaları (Yeşil Kart)**

Primsiz sistemi, toplumdaki muhtaç veya güçsüz bireylerin korunması adına sosyal devlet ilkesi gereği karşılıksız yapılan sosyal yardım ve hizmetlerden oluşmaktadır. Pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de yoksulluğun önlenmesi ve etkilerinin azaltılması için sosyal güvence kapsamında yapılanlardan birisi de sosyal yardım uygulamalarıdır. Ülkemizde başlıca kamu sosyal yardım programlarını, yeşil kart uygulamasıyla Sağlık Bakanlığı, imaret ve muhtaç aylıklarıyla Vakıflar Genel Müdürlüğü, ayni ve nakdi yardımlarla Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Genel Müdürlüğü, Belediyeler ve İl Özel İdareleri yürütmektedir (DPT, 2007).

Yeşil kart uygulaması, 03.07.1992 tarihinde, 3816 sayılı *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkındaki Kanun*'la başlamıştır. Kanunun amacı, bir sosyal güvenlik çatısı altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumda bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin genel sağlık sigortası uygulamasına geçilinceye kadar devlet tarafından karşılanmasıdır. Geliri asgari ücretin üçte birinden az olanlara verilmesi gereken yeşil kart uygulamaları il ve ilçe idare kurullarında oluşturulmuş komisyonlarca takip edilmektedir.

Yeşil kart sahibinin yaşadığı yerin bağlı bulunduğu sağlık ocağından sevk edilmesi şartı ile Sağlık Bakanlığına bağlı yataklı tedavi kurumları ile üniversite hastanelerinden yararlanabilmekte ve ücret ödememektedirler. Yeşil kart sahiplerine yazılan reçeteler de ücret

alınmadan eczanelerce karşılanmakta ve fatura tutarları sosyal yardımlaşma ve dayanışma vakfı tarafından ödenmektedir.

Sosyal hizmetler, toplumun yoksul ve muhtaç duruma düşen bireyelerine, ülkenin genel durumu kapsamında insana yaraşır, çevreleriyle uyumlu bir yaşam sürdürebilmeleri için maddi ve manevi, ekonomik ve sosyal ihtiyaçların giderilmesiyle ilgili olarak, devlet ve gönüllü özel kurumlar tarafından karşılanan hizmetler olarak değerlendirilmektedir. Başka bir ifade ile sosyal hizmetler, bir ülkede kendi ellerinde olmayan nedenlerle yoksul, muhtaç, bedenen ve ya zihinsel olarak zor duruma düşen insanlara, insana yaraşır bir biçimde hayatlarını sürdürebilecekleri sosyal ortamı yaratma amacını taşımaktadır (Şenocak, 2010). 2828 sayılı *Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu*'nun 3. maddesinde, "Kişi ve ailelerin kendi bünye ve çevre şartlarından doğan veya kontrolleri dışında oluşan maddi, manevi ve sosyal yoksullukların giderilmesine ve ihtiyaçların karşılanmasına, sosyal sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını ve hayat standartlarının iyileştirilmesi ve yükseltilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü" olarak tanımlanmıştır.

Şüphesiz ülkemizde, artan sanayileşme, kentleşme, aile yapısında meydana gelen gelişmeler ve altmış yaş üzeri nüfusun yavaş yavaş artmaya başlaması gibi sebeplerle, sosyal hizmetlere olan gereksinimin giderek arttığı, bu tür hizmetlerin artarak sürdürülmesinin gerekli hale geldiği görülmektedir.

### **1.5.5. Sosyal Güvenlik Reformu Çerçevesinde Sosyal Güvenlik Kurumu**

Sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan reform süreçleri diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de benzer nitelikler taşımaktadır. Özellikle 1990'lı yılların başlarına kadar idari ve mali açıdan çok ciddi sorunlarla karşılaşmayan sosyal güvenlik sistemimiz, daha sonraki dönemlerde sistemin darboğaza girmesine neden olan çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmıştır. Bu sorunlar arasında kayıt dışı istihdam, siyasi müdahaleler, fonların etkinlikten uzak oluşu, primlerin yüksekliği, devlet katkısının azlığı ve aktif-pasif sigortalı dengesinin bozulması sayılabilir.

Söz konusu sorunların azaltılabilmesi ve sosyal güvenlik açıklarının kapatılarak mali disiplinin sağlanabilmesi hedefi doğrultusunda sistemi yeniden yapılandırmaya yönelik

reform niteliğinde çalışmalar hükümet nezdinde başlatılmıştır. IMF ile yapılan iyi niyet mektupları ve gözden geçirmeler çerçevesinde 1990'lı yılların sonlarından başlayarak günümüze değin sistemi kademeli olarak revize etmek amacıyla bir dizi düzenlemeye yer verilmiştir. Bu kapsamda sırasıyla 4447, 4947, 4632, 5502, 5510 ve 5754 sayılı kanunlar çıkarılmıştır.

Buna göre 4447 sayılı kanun; işsizlik sigortası ve fonu uygulamasının başlatılması, emeklilik yaşlarının ve prim ödeme gün sayılarının yeniden düzenlenmesi, kaçak işçi çalıştırılmasının önlenmesi gibi temel düzenlemeleri ele almaktadır. İşsizlik sigortası, getirilen yeni yasal düzenlemeler çerçevesinde sosyal güvenlik sisteminde geleceğe yönelik bir takım olumlu etkilerin ortaya çıkmasını sağlayacak bir yasal düzenleme olarak nitelendirilebilir. Bununla birlikte, yasanın eleştiri konusu olabilecek bir yönü de siyasi iktidarın yasa çıkarılmadan önce toplumun değişik sosyal kesimleriyle uzlaşmaya girmemesi ve böylece yasa ile ilgili toplumsal mutabakatın bütünüyle sağlanamamasıdır.

4947 sayılı kanun; Emekli Sandığı hariç olmak üzere dağınık bir yapı arz eden sosyal güvenlik kurumlarını uzun vadede tek çatı altında toplamak amacıyla Sosyal Güvenlik Kurumu'nun kurulmasına yönelik düzenlemeleri içermektedir.

5502 sayılı kanun; Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur'un ilgili kanunlarındaki hükümlerini kaldırarak bu kurumları Sosyal Güvenlik Kurumu'na bağlamakta ve Kurumun teşkilat, görev ve yetkilerine ilişkin usul ve esaslara yönelik düzenlemelere yer vermektedir. 5510 ve 5754 sayılı kanunlar ise sosyal sigortaların ve genel sağlık sigortasının işleyişine yönelik usul ve esasları düzenlemektedir.

#### **1.5.5.1. Sigortalılık Kapsamı**

Genel sağlık sigortası kapsamında yer alan kişiler;

- Bir işverenin emrinde hizmet akdiyle çalışanlar,
- Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar,
- Kamu idarelerinde kamu görevlisi olarak çalışanlar,
- Tarımda kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanlar,
- Tarımda hizmet akdiyle süreksiz çalışanlar,

- İsteğe bağlı sigorta primi ödeyenler, sigortalılık kapsamındadırlar.

Ayrıca, sigortalılık kapsamında, 6111 sayılı Kanunla;

- 10 günden az çalışması olan ticari taksi ve dolmuş şoförlerinin primlerini kendileri ödeyerek sigortalı olmalarına imkan tanınmıştır.
- 10 günden az çalışması olan sanatçıların da primlerini kendileri ödeyerek sigortalı olmaları sağlanmıştır.

#### **1.5.5.2. Çalışanların Hakları**

Çalışanların sosyal güvenlik sistemine dahil olmaları hak ve aynı zamanda bir yükümlülüktür. Çalışmaya başlayanlar kanunen mutlaka sosyal güvenlik sistemine dahil olmak zorundadır. Bir iş yerinde çalışanlar kanunen bu hakkın yerine getirilip getirilmediğini her zaman için işverenden istemek ve yerine getirilmediği takdirde de yasal yollara başvurma hakkına sahiptir. İşverenler açısından da gerek kendisinin gerekse de yanında çalıştırılanların sosyal güvenlik açısından bildirim bir yükümlülüktür.

#### **1.5.5.3. Çalışanlara Sağlanan Haklar**

Sosyal güvenlik sistemimizde 3 ana sigorta olup, çalışanlara;

- Kısa vadeli sigorta kolundan, iş kazası ve meslek hastalığı ile hastalık ve analık hallerinde iş göremezlik geliri bağlanması, geçici iş göremezlik ödeneği, doğum yardımı verilmesi,
- Uzun vadeli sigorta kolundan yaşlılık, malullük ve ölüm aylığı bağlanması,
- Genel sağlık sigortasından sağlık yardımları, sağlanmaktadır.

#### **1.5.5.4. İşçi Çalışanların Yükümlülükleri**

Hizmet akdiyle çalışanların sosyal güvenlik bildirimleri asıl olarak işveren tarafından yerine getirilme yükümlülüğüne karşın, bu kapsamda çalışanların da işe başladıkları tarihten itibaren en geç bir ay içinde işe başladıklarını SGK'ya bildirmeleri gerekmektedir.

Diğer yandan, hizmet akdiyle çalışanlar işverenlerince kendileri adına gerekli bildirimlerinin yapılıp yapılmadığını takip ederek çalışmaya başladıktan itibaren 1 ay içerisinde kendilerini Kuruma bildirebilirler.

#### **1.5.5.5. Bağımsız Çalışanların Yükümlülükleri**

Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanların sigortalılık bildirim yükümlülüğü, bağlı buldukları vergi dairesi, meslek odaları ve diğer kuruluşlara verilmiştir. Bu kapsamda;

- Gelir vergisi mükellefi olanlar, ilgili vergi dairesince,
- Gelir vergisinden muaf olanlar, ilgili meslek kuruluşunca,
- Şirket ortakları, durumlarına göre işverenleri veya ticaret sicil memurluğunca, çalışmaya başladıkları ve bu kuruluşlara tescillerinin yapıldığı tarihten on beş gün içinde “sigortalı işe giriş bildirimi” ile sigortalılık bildirimlerinin yapılması gerekmektedir. Tarımsal faaliyetlerde bulunanlar için ise; ilgili ziraat odası veya bulunmayan yerlerde il-ilçe tarım müdürlüklerince tescil tarihten itibaren bir ay için de bildirimlerinin yapılması zorunlu hale getirilmiştir. Tarımsal faaliyetlerde bulunanlar aynı zamanda kendi sigortalılıklarını herhangi bir süreye tabi olmadan Kuruma bildirebilecektir.

Bu kapsamda olanların sigortalılık bildirimi, bu sigortalıların tescillerini yapan ilgili kuruluşlara verilmiş olup, bu bildirim yapılamaması veya zamanında yapılmaması durumunda idari para cezası uygulanacaktır.

#### **1.5.5.6. Esnek Çalışma ve Sigortalılık**

Kanunla ilk defa getirilen uygulama ile; hizmet akdiyle çalışmakla birlikte, 4857 sayılı İş Kanununun 12 ve 13. Maddelerine istinaden kısmi süreli veya çağrı üzerine çalışanlar ile ev hizmetlerinde ay içinde 30 günden az çalışanlar sigortalıların, ay içerisinde kısmi çalıştıkları toplam sürelerin, 7,5 saate bölünmesiyle çıkan sürenin sigortalıya hizmet olarak mal edilmesi imkanı getirilmiştir. Bu kapsamda çalışanlar da genel sağlık sigortası kapsamına alınacak ve ay içerisinde eksik kalan çalışma günlerinin genel sağlık sigortası primi açısından tamamlamaları zorunlulukları olacaktır. Daha açık ifadelerle, bu durumda olanlar ay içinde genel sağlık sigortasından tam olarak yararlanacaklardır.

6111 sayılı Kanunla;

- Kanunun yürürlük tarihinden sonraki kısmi süreleri çalışmalarda ay içinde çalışılmayan süreler ( kısmi iş sözleşmelerinin devam ettiği süreler) için borçlanma hakkı getirilmiştir.
- Borçlanmada, genel sağlık sigortası primi ödenmişse bu prim ödenmeyecek ve borçlanılan süreler de 4-a statüsünde sayılacaktır.
- Borçlanma için ilgililerin buldukları yerdeki sosyal güvenlik il müdürlüğü veya sosyal güvenlik merkezlerine başvurmaları gerekmektedir.
- Kısmi süreli çalışanlardan ay içerisinde eksik kalan günlerini isteğe bağlı olarak ödemeleri durumunda isteğe bağlı ödenen süreler hizmet akdi statüsünde sayılarak bunların 7.200 günden emekli olmaları imkanı getirilmiştir.

#### **1.5.5.7.Bağımsız Çalışanların Primlerini Ödemeleri**

Kendi nam ve hesabına bağımsız çalışanların her ay için otuz tam gün prim ödemesi zorunludur. Tarımda dahil primler ait oldukları ayın sonuna kadar ödenmek zorundadır.

##### **a) Sanatçıların Sigortalılığı**

6111 sayılı Kanununun 51. Maddesiyle Kanuna eklenen ek 6. Madde ile 01-03-2011 tarihinden itibaren Kültür ve Turizm Bakanlığınca belirlenecek alanlarda kısmi süreli iş sözleşmesiyle bir veya birden fazla kişi tarafından çalıştırılan film, tiyatro, sahne, gösteri, ses ve saz sanatçıları ile müzik, resim, heykel, dekoratif ve benzeri diğer uğraşları içine alan bütün güzel sanat kollarında çalışanlar ile düşünürler ve yazarların, ay içerisinde çalışma saati süresine göre hesaplanan çalışma gün sayısı 10 günden az olanların kendileri tarafından prim ödemelerine imkan sağlanmıştır. Bu sigortalılar Kanunun hizmet akdi kapsamında sigortalı sayılacaklardır. Bu kapsamda sigortalı olmak isteyenlerin;

- Hizmet akdi, kendi nam ve hesabına bağımsız çalışmama( tarım da dahil) ve kamu görevlisi olarak çalışmama,
- İsteğe bağlı sigortalı olmama,
- Banka sandıklarına tabi çalışmama,
- Gelir veya aylık almama,
- 18 yaşını doldurmuş olma, şartlarını taşımaları gerekmektedir.

Bu kapsamda sigortalı olmak isteyenler, SGK internet sitesinde örneği yer alan “Sanatçı Olarak Kısmi Süreli Çalışanlara Ait İşe Giriş Bildirgesi”ni bağlı bulunulan meslek birliği veya sendika yada Kültür ve Turizm Bakanlığının merkez ve taşra birimlerince onaylanarak, sanatçı ve işvereni arasında imzalanan kısmi süreli iş sözleşmesi ile ikamet edilen ildeki sosyal güvenlik il müdürlüklerine-merkezlerine müracaat etmeleri gerekmektedir.

Ay içerisinde birden fazla işverenle çalışılması veya yeni işveren yanında çalışmaya başlanması halinde, her bir işverenle yapılan kısmi süreli iş sözleşmelerinin de Kuruma verilmesi gerekmektedir.

Bu sigortalılara, 5510 sayılı Kanuna göre gerekli şartları yerine getirmeleri halinde kendilerine malullük ve yaşlılık aylığı, ölümleri halinde ise hak sahiplerine ölüm aylığı bağlanacak, kendileri ya da bakmakla yükümlü oldukları kişiler genel sağlık sigortasından sağlanan sağlık yardımlarından yararlanacaklardır.

## II. GENEL SAĞLIK SİGORTASI (GSS)

### 2.1. GSS Tanımı

Temmuz 2004 tarihinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından “*Sosyal Güvenlik Sisteminde Reform Önerisi*” taslağı kamuoyuna sunulmuştur. Mevcut sistemde, sağlık bilgilerinin tek bir merkezde toplanmaması ve harcama finansmanının tek bir elden yürütülmemesi, harcamalarda aşırılığa, bürokratik işleme ve sağlık politikalarının belirlenmesinde ise yanlışlıklara neden olduğu düşünülmüştür. Dolayısıyla halkın tamamını kapsayan bir Genel Sağlık Sigortasının oluşturulması planlanmıştır (Orhaner, 2000).

Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı'nın yönetsel ve işlevsel yapılanması, sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı, birinci basamak sağlık hizmetleri, aile doktorluğu ve koruyucu sağlık hizmetlerinin organize olarak işletilmesi gibi birçok düzenleme ve değişiklik yapılmıştır. 1 Ekim 2008 tarihinde edimsel olarak yürürlüğe giren 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile sağlık hizmetlerinin finansmanı, hizmetin sunumundan giderek ayrılmaya başlamıştır. Söz konusu kanun ile Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve BAĞ-KUR mensubu olan kişiler genel sağlık sigortası çatısı altında sağlık güvencesine alınmışlardır. Yine yeşil kart sahibi vatandaşların genel sağlık sigortası kapsamına alınmasına ilişkin çalışmalar gerçekleştirilmiştir (Serin, 2004).

“Genel sağlık sigortası kişilerin ekonomik gücüne ve arzulu olup olmadığına bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden yaygın ve etkin bir şekilde yararlanmasını sağlayan, sağlık sigortasıdır” (TTB, 2005). Kurumsal olarak tanım yapmak gerekirse, genel sağlık sigortası, toplumda yaşayan insanların tümüne sağlık hizmetinin finanse edilmesi amacıyla oluşturulmuş ve hizmeti alacak kişilerden prim toplama esasına dayalı, sosyal bir sigorta olarak tanımlanabilir (Serin, 2004).

Kaliteli sağlık hizmetini bir sosyal insan hakkı olarak gören genel sağlık sigortasının oluşturulmasının temel nedeni etkili bir yönetim sonucu, hekim ile hasta arasındaki para ilişkisini ortadan kaldırarak, vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında, sağlık harcamalarında meydana gelecek önemli bir tasarruf olarak kabul edilmektedir. Genel Sağlık Sigortası sayesinde herkes eşit olarak sağlık hizmeti alabilecektir. Genel Sağlık Sigortası'nın

amaçları genel olarak; bütün vatandaşların sağlık hizmetlerine aktif bir şekilde, sosyal insan haklarına uygun olarak ulaşmalarını sağlamak, sağlığın finansmanı oluşturulurken ayrılan sağlık harcamalarının etkin kullanımını oluşturmaktır (Akgül, 2003).

Genel Sağlık Sigortası uygulaması ile birlikte vatandaşlar arasında sağlık hizmetine erişim ve kullanım konusundaki farklılığın ortadan kaldırılması, herkese eşit düzey ve kalitede sağlık hizmeti sunulması amaçlanmaktadır. Gerçekleştirilmesi düşünülen bir başka önemli yenilik ise, yoksul bireylerin sağlık sigortası primlerinin devlet tarafından sağlanacak olmasıdır. Bunun yanı sıra, ailenin prim borcu ya da yükümlülükleri göz önüne alınmaksızın, 18 yaş ve altındaki bütün çocuklar koşulsuz olarak tüm sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahip olacaklardır. Çalışanların primleri işverenleri tarafından, işveren olanların veya zengin olanların primleri kendileri tarafından, yoksul olanların primleri ise devlet tarafından yatırılmak suretiyle tüm vatandaşlarımız sağlık sigortası güvencesine kavuşacaktır (TBMM Genel Kurul Tutanağı).

Tutanağa göre, özel sigortacılıktan farklı olarak, bir risk hesabı yapılmayacaktır. Genel Sağlık Sigortası'nda sağlık hizmetleri gerek kamu gerekse özel sektör hastaneleri, laboratuvarları ve tetkik merkezlerinden, aile hekimleri ve birinci basamak olarak tanımlanmış polikliniklerden hizmet alınmak suretiyle sağlanacaktır. Sigortalılar, sözleşme imzalayan sağlık hizmeti sunucularından hiçbir bedel ödemeksizin faydalanabileceklerdir. Tasarı ile kamu-özel ayrımı olmadan, sektörün tamamında rekabet şartlarına dayanan daha kaliteli sağlık hizmet üretilmesi teşvik edilecektir.

## **2.2. GSS Kapsamında Olanlar**

Genel sağlık sisteminin en önemli konularından biri, kapsadığı toplum kesimlerinin önemli derecede genişletilmiş olmasıdır. Sağlık sigortası sistemi dışında kimsenin kalmaması ve ödeme gücü olmayanların primlerinin devlet tarafından ödenmesi hedef alınmıştır. 25 yaşına kadar sigortalının çocukları anne veya babası üzerinden, 25 yaşını doldurduklarında ise Kurum tarafından sigortalı sayılacaklardır (Pekten, 2006).

5510 sayılı Kanun'un "GSS Hükümleri" başlıklı üçüncü kısmında bulunan 60.-78. maddeler arasında geçen toplam 19 madde GSS ile ilgili düzenlemelerden bahsetmektedir. GSS kapsamında bulunan kişileri düzenleyen "Genel Sağlık Sigortalısı Sayılanlar" başlıklı

60. madde incelendiğinde; kapsama alınan kişiler, kendi çalışmalarına bağlı olarak prim ödeyerek faydalanacak kişiler; primleri kamu tarafından ödenecek kişiler ve çalışmadıkları halde prim ödeyerek faydalanacak kişiler olarak sınıflandırıldığı görülmektedir (Alper, 2007).

Prim ödeyerek genel sağlık sigortası olanlar kanununun 4. maddesinde sayılan sigortalılar yer almaktadır. Buna göre;

- Hizmet akdi ile bir veya birden fazla işveren tarafından çalıştırılanlar,
- Kamu idarelerinde memur statüsünde kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışanlar,
- Köy ve mahalle muhtarları ile hizmet akdine bağlı olmaksızın kendi adına ve hesabına çalışanlardan, ticaret kazançları nedeniyle gelir vergisi mükellefi olanlar, esnaf ve sanatkar sicilleri ile meslek odalarına kayıtlı olanlar, şirket ortakları, tarımsal faaliyette bulunanlar olarak sıralanmıştır.

Primleri devlet tarafından ödenerek genel sağlık sigortası kapsamına alınan sağlık sigortalılarının yer aldığı grupta, çalışmayan veya çalışmakla birlikte prim ödeme gücü olmayan çok değişik statüde toplum kesimleri, primleri devlet tarafından ödenmek üzere GSS kapsamına alınmışlardır. İlgili Kanun'un 60. maddesi bu sigortalılara değinmiştir. GSS kapsamına alınan diğer grup ise, çalışmalarına bağlı gelirleri olmadığı halde, prim ödeyerek genel sağlık sigortalısı sayılanlardan oluşmaktadır. Bu gruplar isteğe bağlı sigortalı kişilerden, oturma izni almış yabancı ülke vatandaşlarından yabancı bir ülkede sigortalılığı olmayanlar ile sayılanlar dışında kalan ve aynı zamanda başka bir ülkede sağlık sigortasından faydalanma hakkı bulunmayan kişilerden oluşmaktadır.

### **2.3. GSS'ndan Yararlanma Şartları**

GSS kapsamına girmeyen, başka bir ifadeyle, herhangi bir işte çalışmadığı için 4/a, 4/b, 4/c kapsamında sigortalı olamayan, isteğe bağlı sigortaya da dahil olmayan kişilerin ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ise sağlık yardımlarından yararlanabilmeleri için genel sağlık sigortası primlerini kendilerinin ödemesi gerekir. Eğer bu kişinin harcamaları, taşınır ve taşınmazları ile bunlardan doğan hakları da dikkate alınarak, SGK tarafından belirlenecek test yöntemleri ve veriler kullanılarak tespit edilecek aile içindeki gelirin kişi başına düşen aylık tutarı asgari ücretin üçte birinden az çıkarsa (01.01.2010-30.06.2010 tarihleri arası için 243,00 TL) bunun genel sağlık sigortası primi devlet tarafından ödenir. Şu an bu tespit işlemi

Kaymakamlık ve Valilik bünyesinde bulunan yeşil kart büroları tarafından yapılmaktadır (İş ve Sosyal Güvenlik Platformu, 2013).

Bununla birlikte, aşağıda ifade edilen hal ve durumlar için yukarıda sözü edilen koşullar aranmadan kişiler sağlık hizmetlerinden yararlanırlar. Bunlar;

- 18 yaşını doldurmamış olan kişiler,
- Tıbben başkasının bakımına muhtaç olan kişiler,
- Trafik kazası halleri,
- Acil haller,
- İş kazası ile meslek hastalığı halleri,
- Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalıklar,
- 5510 sayılı kanunun 63. maddesinin birinci fıkrasının (a) (koruyucu sağlık hizmetleri) ve (c) (analık haline bağlı bazı sağlık hizmetleri) bentleri gereğince sağlanan sağlık hizmetleri,
- Kanunun 75. maddesinde sayılan afet ve savaş ile grev ve lokavt hali.

#### **2.4. Sigortalıların Sistemdeki Yeri**

5510 sayılı kanunun 60. maddesinde sayılan genel sağlık sigortalısı sayılma koşullarının yitirilmesi durumunda devam etmekte olan tedavi nedeniyle sağlanacak sağlık hizmetleri kişinin iyileşmesine kadar sürmektedir. Hizmet akdiyle çalışanlar (eski SSK'lılar) zorunlu sigortalılıklarının sona erdiği tarihten itibaren 10 gün süreyle genel sağlık sigortasından yararlanırlar. Bunların sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten geriye doğru bir yıl içinde 90 günlük zorunlu sigortalılıkları varsa, sigortalılık niteliğini yitirdikleri tarihten itibaren 90 gün süreyle zorunlu sigortalılıklarından sonraki genel sağlık sigortalılıklarından dolayı prim borcu olup olmadığına bakılmaksızın bakmakla yükümlü olduğu kişiler dahil sağlık hizmetlerinden yararlandırılırlar. Genel sağlık sigortalısı sayılma şartlarının yitirilmesi halinde, devam etmekte olan tedavi, kişinin iyileşmesine kadar sürer (Tuncay, 2009).

#### **2.5. GSS'nin Prim Oranları**

GSS'nin prim oranları 5510 sayılı kanunun 81. Maddesinde belirlenmiştir. Buna göre sigorta prim oranları;

- a) Malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, sigortalının prime esas kazancının % 20'sidir. Bunun % 9'u sigortalı hissesi, % 11'i işveren hissesidir.
- b) Bu Kanunda belirtilen fiilî hizmet zammı uygulanan işlerde çalışan sigortalılar için uygulanacak malullük, yaşlılık ve ölüm sigortaları prim oranı, (a) bendinde belirtilen % 20 oranının, her yıl için 40. maddeye göre eklenen fiilî hizmet gün sayısının 360'a bölümü sonucu bulunacak oranda artırılması suretiyle belirlenir. Bu şekilde bulunan oran ile (a) bendinde belirtilen % 20 oranı arasındaki farka ait primin tamamı işveren tarafından ödenir.
- c) Kısa vadeli sigorta kolları prim oranı, yapılan işin iş kazası ve meslek hastalığı bakımından gösterdiği tehlikenin ağırlığına göre % 1 ilâ % 6,5 oranları arasında olmak üzere, 83 üncü maddeye göre Kurumca belirlenir. Bu primin tamamını işveren öder.
- d) 5 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendinde belirtilen öğrenciler ile (e) bendinde belirtilen kursiyerler için prim oranı prime esas kazançlarının % 1'idir. Kursiyerlerin prime esas günlük kazançlarının hesaplanmasında prime esas günlük kazanç alt sınırı dikkate alınır. Aday çırak, çırak ve meslekî eğitim gören öğrencilerin prime esas kazancı ilgili kanunlarında belirtilen şekilde uygulanır.
- e) Yaşlılık aylığı almakta iken bu Kanuna tâbi bir işte çalışanlara uygulanacak sosyal güvenlik destek primi oranı (a), (c) ve (f) bentlerinde belirtilen prim oranlarının toplamı kadardır. Sigortalı ve işveren hissesi bu bentlerde belirtilen oranlardadır.
- f) Genel sağlık sigortası primi, kısa ve uzun vadeli sigorta kollarına tâbi olanlar için 82. maddenin birinci fıkrasına göre hesaplanan prime esas kazancın % 12,5'idir. Bu primin % 5'i sigortalı, % 7,5'i ise işveren hissesidir. Yalnızca genel sağlık sigortasına tâbi olanların genel sağlık sigortası primi, prime esas kazancın % 12'sidir.
- g) 4 üncü maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sigortalılar (a), (c) ve (f) bentlerindeki prim oranlarının toplamı üzerinden, şayet sosyal güvenlik destek primi ödemek suretiyle çalışıyorlar ise (e) bendinde belirtilen prim oranlarının toplamı üzerinden primlerini öderler.

## **2.6. GSS Kapsamında Sigortalılara Verilecek Hizmetler**

Kanunun 63. Maddesine göre kurum tarafından finansmanı sağlanacak sağlık hizmetleri şu şekilde belirlenmiştir;

- a) Kişilerin hastalanmalarına bakılmaksızın kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile insan sağlığına zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.

b) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline ve hücre tedavilerine yönelik sağlık hizmetleri, acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

c) Analık sebebiyle ayakta veya yatarak; hekim tarafından yapılacak muayene, hekimin göreceği lüzum üzerine teşhis için gereken klinik muayeneler, doğum, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, hasta takibi, rahim tahliyesi, tıbbî sterilizasyon ve acil sağlık hizmetleri, ilgili kanunları gereğince sağlık meslek mensubu sayılanların hekimlerin kararı üzerine yapacakları tıbbî bakım ve tedaviler.

d) Kişilerin hastalanmaları halinde ayakta veya yatarak; ağız ve diş muayenesi, diş hekiminin göreceği lüzum üzerine ağız ve diş hastalıklarının teşhisi için gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbî müdahale ve tedaviler, diş çekimi, konservatif diş tedavisi ve kanal tedavisi, hasta takibi, travmaya ve onkolojik tedaviye bağlı protez uygulamaları, ağız ve diş hastalıkları ile ilgili acil sağlık hizmetleri, 18 yaşını doldurmamış kişilerin ortodontik diş tedavileri ile 18 yaşını doldurmamış veya 45 yaşından gün almış kişilerin diş protezlerinin 72. maddeye göre belirlenen tutarının % 50'si olarak belirlenmiştir.

## **2.7. GSS'nda Yurtdışında Verilebilecek Sağlık Hizmetleri ve Koşulları**

Genel Sağlık Sigortası kapsamında sağlanan sağlık hizmetleri kural olarak yurt içindeki sağlık hizmet sunucuları tarafından verilir. Ancak Kanunun 66. maddesiyle bazı durumlarda yurt dışından da sağlık hizmeti alınabileceği ifade edilmiştir. Buna göre geçici görevle yurt dışına gönderilenler, sürekli görevle yurt dışına gönderilenler ve yurt içinde tedavisi mümkün olmayanlar için farklı şartlarla yurt dışında tedavi olma imkânı düzenlenmiştir. Geçici görevle yurt dışına gönderilenler açısından Genel Sağlık Sigortası kapsamında yurt dışı tedavi imkânı sadece acil haller için öngörülmüştür. Bunun yanında Kanun sadece sigortalıdan bahsettiği için acil hallerde bile Genel Sağlık Sigortalısının birlikte yaşadığı ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler yurt dışında tedavi olamayacaklardır. Kanun kapsamında yurt dışında sağlanan sağlık hizmetlerinin Kurumca karşılanacak bedelleri, yurt

içinde Sözleşmeli Sağlık hizmet sunucularına ödenen tutarı geçemez. Bu tutarı aşan kısım işverenler tarafından ödenir.

“Genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişilerin yurt dışında buldukları sırada sağlanan sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenmesinde, buldukları ülke ile Türkiye arasında sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesi olması halinde sözleşme hükümleri uygulanır. Sağlık yardımlarını kapsayan sosyal güvenlik sözleşmesinin olmaması halinde, sağlık hizmetleri giderleri ile yol gideri, gündelik ve refakatçi vb. giderler ödenmez” (SGK Rehberi, 2014).

## **2.8. GSS Kapsamına Girmeyen Sağlık Hizmetleri**

Genel sağlık sigortası kapsamına girmeyen sağlık hizmetleri kanununun 64. Maddesinde ele alınmıştır. Buna göre;

a) Vücut bütünlüğünü sağlamak amacıyla yapılan ve iş kazası ile meslek hastalığına, kazaya, hastalıklara veya konjenital nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan durumlarda yapılacak sağlık hizmetleri dışında estetik amaçlı yapılan her türlü sağlık hizmeti ile estetik amaçlı ortodontik diş tedavileri.

b) Sağlık Bakanlığınca izin veya ruhsat verilmeyen sağlık hizmetleri ile Sağlık Bakanlığınca tıbben sağlık hizmeti olduğu kabul edilmeyen sağlık hizmetleri GSS kapsamına girmemektedir.

## **2.9. Uygulanan Tedavilerde Sigortalıdan Alınacak Katkı Payları**

Genel sağlık sigortası sisteminin asıl hedeflerinden bir tanesi kayıt dışı istihdamın önüne geçilerek sigorta prim hasılatının mümkün olduğu kadar artırılması ve bu şekilde hizmet finansmanının sigorta primleri aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu bağlamda, tutarı yüksek belirlenerek vatandaşların hizmetten yararlanmaları sürecinde alınacak katılım payı, sistemi finanse eden bir araç olarak değil sadece asıl amacına hizmet edecek şekilde belirlenmelidir. Katılım payı uygulamasıyla ulaşılmak istenen asıl amaç ise, sistemden gereksiz yararlanmaların önüne geçebilmektir. Kanununun 63. Maddesinde belirlenen sağlık hizmetlerinden katılım payı alınacak olanlar şunlardır;

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

Katılım payı, birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için 2 Türk Lirası olarak uygulanmaktadır. Katılım payı, (b) ve (c) bendindeki sağlık hizmetleri için gereksiz kullanımı azaltma, sağlık hizmetlerinin niteliği itibarıyla hayati öneme sahip olup olmaması, kişilerin prime esas kazançlarının, gelir ve aylıklarının tutarı ve benzeri ölçütler dikkate alınarak % 10-20 oranları arasında olmak üzere Kurum tarafından belirlenmektedir. Birinci fıkranın (a) bendindeki sağlık hizmetleri için belirlenen katılım payı tutarı, 4/1/1961 tarihli ve 213 sayılı Vergi Usul Kanunu uyarınca belirlenen yeniden değerlendirme oranı kadar her yıl arttırılmaktadır. Ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesi için belirlenen katılım payını, birinci basamak sağlık hizmet sunucularında yapılan muayenelerde almamaya ya da daha düşük tutarlarda belirlemeye Kurum yetkili kılınmıştır.

Genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin ortez, protez, iyileştirme araç ve gereçleri için ödeyecekleri katılım payının tutarı, sağlık hizmetlerinin alındığı tarihteki asgari ücretin % 75'ini geçmemektedir. Katılım paylarını, gelir veya aylık alan kişilerin gelir veya aylıklarından, çalışanların ücret veya maaşlarından mahsup edilmek suretiyle tahsile ve katılım paylarının ödenme usulünü belirlemeye Kurum yetkili olmakta ve sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, tahsil ettikleri katılım payı düşüldükten sonra kalan tutar ödenmektedir.

## **2.10. Katılım Payı Alınmayacak Durumlar**

Kanunun 68. Maddesinde belirlenen sağlık hizmetlerinden katılım payı alınmayacak durumlar, sağlık hizmetleri ve kişiler şunlardır:

- a) İş kazası ile meslek hastalığı halleri ile askerî tatbikat ve manevralarda sağlanan sağlık hizmetleri.
- b) 75. maddede yer alan afet ve savaş hali nedeniyle sağlanan sağlık hizmetleri.
- c) Aile hekimi muayeneleri ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri.
- d) Sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmek şartıyla; Kurumca belirlenen kronik hastalıklar ve hayati önemi haiz 68 inci maddenin birinci fıkrasının (b) bendi kapsamındaki sağlık hizmetleri ile organ nakli.
- e) Kontrol muayeneleri.
- f) 60. maddenin birinci fıkrasının (c ) bendinin (4), (5), (6), (7) ve (8) numaralı alt bentleri kapsamında sayılanlar, vazife malûlleri ile 4 üncü maddenin üçüncü fıkrasının (d) ve (e) bentlerinde sayılanlar.

Bu madde gereğince katılım payı alınmayacak sağlık hizmetlerini tek tek veya gruplandırarak belirlenmesinde Kurum yetkili olmaktadır.

## 2.11. GSS'nın Avantaj ve Dezavantajları

Anayasada nihai olarak amaç edinilen sosyal adalet ilkesinin bir gereği olan ve birçok ülkede uygulama alanı bulunan genel sağlık sigortası, Türkiye için uluslararası alanda gerçekleştirmek istediği bütünleşmelerle buluşan ve Türk vatandaşını gerçek anlamda bu alanda beklediği en temel vatandaşlık haklarından biri olan sağlıklı yaşam güvencesine kavuşturacak ve çağın gereklerine uygun olarak sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerine ulaşabilmesine olanak tanıyacaktır. Böylece uluslararası sistemlere uygun, hizmet ve mali normları ile standartları bütünleşik, fon ve hizmet yönetimi tek elden yürütülen (SGK), tüm nüfusu kapsamı altına alan güçlü, etkili, daha kolay denetlenebilir bir sağlık sigortası ve buna bağlı olarak yürüyen hizmet modeli yaratılmış olacaktır (Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Genel Gereğesi, 2005).

Genel sağlık sigortası sistemi üzerine genel bir değerlendirme yapılırsa, sistemin en önemli özelliğinin, sağlık hizmetlerini yurttaşlık hakkı olarak gören ve bu kapsamda hizmeti genel bütçeden finanse ederek tüm vatandaşlara ücretsiz olarak sunan kapsayıcı bir sistemden farklı olarak, prim ödeyenlerin belirli standart sağlık hizmetlerinden faydalandığı, prim ödeyemeyecek durumda olan yoksul kesimlerin bu standart hizmetlerden faydalanabilmesi için sosyal yardım mekanizmalarının öngörüldüğü, sistemin sağladığı standart sağlık hizmetlerini aşan hizmet talebinde bulunanların da özel sağlık sigortaları ve cebinden ödeme yaparak özel sağlık kuruluşlarına yöneltildiği "liberal" bir model olduğu ifade edilmektedir (Akgül, 2003). Yapılan bu düzenleme, sağlık hizmetini, kamu tarafından genel bütçeden finanse edilerek tüm vatandaşlara ücretsiz olarak sunulan bir hizmet olmak yerine, sosyal boyutu *muhtaçlara yardımdan* ibaret olan bir etkinlik konumuna sokmaktadır. Bu sistemde, prim ödeyemeyecek derecede yoksul sayılan kesimler ile prim ödeyebilen kesimler standart sağlık hizmetlerinden faydalanabilirken, prim ödeyemeyen bununla birlikte, yoksul da sayılmayan oldukça geniş bir kesimin bu standart hizmetlerden yoksun kalması ihtimali bulunmaktadır. Buna karşılık, orta ve üst gelir gruplarının da özel sağlık sigortacılığı ve özel sağlık kuruluşlarına yöneleceği varsayılmaktadır (Ataay, 2008).

Genel sağlık sigortası sisteminin en önemli niteliği, finansman ile sağlık hizmeti üretiminin birbirinden kesin olarak ayrılarak, sistemin “sağlık hizmeti satın alınması” mantığı kapsamında kurulmuş olmasıdır. Bu düzenleme, GSS sisteminin özellikle hastanesi olan ve işleyen SSK sisteminden temel farkını ortaya koymaktadır.

Bunun yanı sıra, genel sağlık sigortasının sadece “temel teminat paketi” kapsamındaki sağlık giderlerini sağlayacak olması, bu pakete dahil olmayan sağlık giderlerinin ise özel sağlık sigortası veya bireysel olarak ek ödeme ile karşılanmasının öngörülmesidir. Genel sağlık sigortası sisteminin; primlerini ödeyen tüm vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarından oluşan bir sistem içinde tüm sağlık hizmetlerini alabildiği ve giderlerinin de sigorta sistemi tarafından ödendiği bir model yerine, vatandaşların kamusal sağlık sigortası ve kamu sağlık kuruluşlarının yanında, özel sağlık kuruluşlarına ve özel sağlık sigortacılığına da başvurabildiği, bunun için ek ödeme yaptığı, yarı kamusal, yarı özel bir sistem olması gerektiği de vurgulanmaktadır (Ergin, 2008).

Yeni modelin bir başka özelliğini, prim ödeyemeyecek kadar yoksul durumdaki muhtaç bireylerin primlerinin devlet tarafından ödenmesi uygulamasının getirilerek, sosyal güvenliğin araçlarından biri olan “sosyal yardım” politikasının uygulamaya geçirilmesi oluşturmaktadır (Pala, 2007). Buna göre, en düşük ücretin üçte birinden daha az gelire sahip olduğunu belgeleyecek kişilerin primlerinin devletçe ödenmesi ve bu yurttaşların GSS kapsamındaki sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanması öngörülmektedir.

Bunun yanı sıra, yeni model tasarlanırken sosyal güvenliğin finansmanı sorununun kayıt dışı istihdam sorunu ile bağlantılı olarak değerlendirilemediği ifade edilmektedir. Temelde sosyal güvenlik açıklarının azaltılması hedefine odaklanmış görünen yeni model, Türkiye'nin AB ülkeleri içinde sosyal güvenliğe prim yoluyla devlet katkısı yapmayan tek ülke olduğu gerçeğini göz ardı eder görünmektedir. Yaklaşım böyle olunca, devlet tarafından dönem sonunda sosyal güvenlik kuruluşlarına yapılan transferler de kolaylıkla “açık” ya da “kara delik” olarak görülebilmektedir (Aktulay, 2004). Devletin sosyal güvenliğe katkı yapması anlayışını dışlayan bu yaklaşım, Türkiye'nin istihdam üzerinden alınan vergilerde AB ülkeleri içinde en yüksek orana sahip ülke olduğu ve istihdamın % 39,7'sinin kayıt dışı olmasında bunun da çok önemli bir etken olduğu gerçeğini de değerlendirme dışı bırakmaktadır. Başka bir anlatımla, yeni sistem kurgulanırken, sistemin finansman açıklarını

devlet yardımı yanı sıra kayıt dışılığı azaltmak ve bu yolla prim tahsilatını yükseltmek yoluyla çözme yoluna gidilmemiştir.

Böylece, reformla oluşturulan yeni sistem de, devletin sosyal güvenliğe yapacağı katkıyı bir lütufmuş gibi değerlendirip “açık” olarak görmeye ve “sosyal güvenlik açıklarını” azaltmak için de sosyal güvenlik sisteminin sağladığı korumayı düşürmeye devam etmektedir. Oysa, Türkiye ile AB ülkeleri, sosyal sigorta ve sosyal koruma harcamalarının milli gelir içindeki payı açısından karşılaştırıldığında Türkiye'nin % 7.1'lik oranına karşılık AB ülkeleri % 19.1 oranında harcamaya sahip bulunmakta, sosyal güvenlik primi tahsilatlarının milli gelire oranı açısından da Türkiye % 5'te kalırken, AB ülkeleri % 11.7'ye ulaşmaktadır (Ataay, 2008).

Genel sağlık sigortası müessesesi ile yaklaşık altı yıllık bir geçmişi olan sağlıkta dönüşüm sürecinin önemli bir bileşeni hayata geçirilmiştir. Genel sağlık sigortası sayesinde, sosyal sigorta kuruluşları tek elde toplanmış ve bu şekilde sağlık hizmetlerinin finansmanı açısından karşılaşılan dağınıklık ve uygulama farklılıkları önemli ölçüde giderilmiştir. Sağlık sisteminde yapılan değişiklikler ile ulaşılmak istenen asıl hedef, finansal açıdan sürdürülebilir, kapsam itibariyle bütün toplumu içeren, hizmet sunumunda vatandaşlarının memnuniyetini temel alarak nitelikli bir etkileşimin gerçekleştirilebildiği, hizmet sunucuları arasındaki rekabetin artırılarak verimliliğin, etkinliğin ve tutumluluğun yaygınlaştığı bir sistem oluşturabilmektir (Serin, 2004).

01.10.2008 tarihinde yürürlüğe giren Genel Sağlık Sigortası Kanunundan önceki sistemin yapısını ve yarattığı sonuçları özetlenecek olursa;

- Karmaşık ve ayrımcı bir sistem (3 farklı kurum 5 farklı sigorta rejimi) uygulanmaktadır.
- Demografik yapıdan habersiz, toplumun hızlı yaşlanma eğilimine karşı hazırlıksız ve yetersiz yapı gizli tehdittir.
- Sosyal güvenlik kurumlarının finansal açıklarının faiz, yatırım ve gelir dağılımı açısından makroekonomik istikrarı tehdit etmesi karşısında yetersizdir.
- Kayıt dışı ile savaşımında yetersiz,
- Mevcut sosyal güvenlik kurumlarının örgütsel ve yönetsel olarak yetersiz oluşu,
- Mevcut kurumların sunmuş olduğu hizmetlerden vatandaş memnuniyetsizliği.

Yukarıda sayılan aksaklık ve eksiklikler yeni bir Sosyal Güvenlik Reformunu ve beraberinde Genel Sağlık Sigortası uygulamasını getirmiştir. Reformun bir süredir uygulandığını dikkate alarak yukarıdaki beklentilerin ne kadarının karşılandığına bakıldığında (Ergin, 2008);

- Karmaşık ve ayrımcı bir sistemin giderildiği ve 3 farklı kurum yerine Sosyal Güvenlik Kurumunun varlığını sürdürdüğünü görülmektedir. Uygulama birlikteliği sağlanamasa da, uygulayıcı tek kurumda başarı sağlanmıştır.
- Gizli tehdit oluşturan, toplumun hızlı yaşlanma eğilimine karşı hazırlıksız ve yetersiz yapı halen mevcuttur. Kayıt dışı istihdam, sosyal güvenlik bilincinin oturmamış olması, işveren üzerindeki istihdam yüklerinin ağırlığı, demografik fırsat penceresinden faydalanmayı mümkün kılmamaktadır.

Genel sağlık sigortası sisteminin asıl hedeflerinden bir tanesi kayıt dışı istihdamın önüne geçilerek sigorta prim hasılatının mümkün olduğu kadar artırılması ve bu şekilde hizmet finansmanının sigorta primleri aracılığıyla sağlanmasıdır. Bu bağlamda, tutarı yüksek belirlenerek vatandaşların hizmetten yararlanmaları sürecinde alınacak katılım payı, sistemi finanse eden bir araç olarak değil sadece asıl amacına hizmet edecek şekilde belirlenmelidir. Katılım payı uygulamasıyla ulaşılmak istenen asıl amaç ise, sistemden gereksiz yararlanmaların önüne geçebilmektir. Bu nedenledir ki, katılım payı uygulamasında tüm vatandaşların mevcut durumlarını kollayacak nitelikte uygun bir değer tespit edilmelidir. Bunun yanında genel sağlık sigortası sisteminin toplumun tüm kesimlerini kapsayacak, eşit uygulamalar yapacak şekilde çerçevesini genişletmesi beklenmektedir.

### III. ÖZEL SAĞLIK SİGORTACILIĞI

Sağlığı güvence altına alan düzenlemelerden öte hastalık olgusu ile ilgili olarak; hastalık denilen bir durum ortaya çıktığında bunun giderilmesi ve sağlığın yeniden sağlanması için gereken mali yükü üstlenmek amacını taşıyan bir sigorta türü olarak tanımlanmaktadır (Babaoğlu, 1993). Öngörülemeyen sağlık harcamaları ile gelir kaybını önlemeye çalışan özel sağlık sigortaları ülkeden ülkeye değişen özellikler göstermekle birlikte sosyal güvenlik sisteminin dolduramadığı boşlukları tamamlamaya çalışmaktadır. Ek olarak daha özel hizmet almak isteyenlere cevap veren bir sistemdir (Tatar, 1996).

Özel sağlık sigortalarının amacı, kişilerin sigorta başlangıç tarihinden sonra meydana gelebilecek riskleri teminat altına almaktır. Kişilerin sigorta başlangıç tarihinden önce meydana gelmiş bulunan birtakım hastalıkları varsa bu durum teminat dışı bırakılmaktadır. Şunu belirtmek gerekir ki riskin gerçekleşmesi durumunda sigortanın görevi, sigortalının sigortalı olmadan önceki haline kavuşturulmasıdır. Özel sağlık sigortası asla zenginleştirme amacı gütmemektedir.

Özel sağlık sigortaları başlıca iki konuda güvence sağlamaktadır. Bunlar, tıbbi harcamalar ve iş göremezlik gelirleridir (Oral, 2002). Ancak bazı durumlarda sağlık riskinin ve riske neden olan durumun sigorta süresi içerisinde oluştuğunun belirlenememesi, bu sigorta türünün kendine özgü güçlüklerinden biridir. Bireylerin tamamen sağlıklı olarak sigorta sistemine girmeleri beklenmemekte ya da sağlık sigortası yalnızca tamamen sağlıklı insanlara pazarlanmamaktadır. Bireyleri, yüksek tedavi gideri getirmeyeceği öngörülen kabul edilebilir hastalık ve şikâyetleri ile sigortalamak da mümkün olabilmektedir. Bireyler belirli rahatsızlık ve şikâyetlerini sigorta şirketine beyan etmekte, bu sağlık beyanında belirtilen ve büyük risk getirmediği düşünülen bazı mevcut hastalıklar için hiç bir kısıtlayıcı koşul konulmamakta, risk getireceği öngörülen bazı hastalıklar için, hastalığın tedavisinin sigorta şirketine getireceği mali yüke göre, standart prime ek olarak ayrıca prim alınmaktadır (Ekener, 1995).

Dolayısıyla, özel sağlık sigortasının verdiği güvenceler sadece sigortalandıktan sonra ortaya çıkan risklerle sınırlı kalmamaktadır. Bu değerlendirmelerden sonra özel sağlık sigortasını, sigorta süresi içerisinde poliçe şartlarına giren bir durumdan dolayı kaza veya

hastalanma hali nedeniyle ortaya çıkan tedavi giderlerinin, poliçede belirtilen limit dâhilinde, sigorta şirketinin masraflara katılım payı oranında ve sigortalının muafiyet tutarı kısmı dışında ödendiği sigorta türü olarak tanımlamak mümkündür (Güvel ve Güvel, 2002).

Teoride özel sağlık sigortasının en büyük avantajı, gelir düzeyi görece olarak daha yüksek olan bireylerin özel sağlık sigortasını seçmelerine izin vererek, kısıtlı olan kamu kaynaklarının düşük gelirli, dezavantajlı ve özel sigortaya ulaşamayacak gruplar için harcanmasına imkân verebilmesidir. Ayrıca özel sağlık sigortalarının sağlık yatırımları için ek kaynak yaratması, yenilikleri ve verimliliği destekleyerek (*esneklik ve kâr güdüsü ile*) kamu sektörü reformunu körüklemesi ve tüketicilerin tercihini arttırması da söz konusudur (Babaoğlu, 1993).

Bu potansiyel avantajların gerçekleşip gerçekleşmemesi özel sağlık sigortalarının performansı ile yakından ilişkilidir. Özel sağlık sigortalarının performansı, özel sağlık sigortaları piyasasının düzenlenmesine bağlıdır. Düzenlemenin yokluğu veya yetersizliği piyasanın verimli bir şekilde çalışmasını engelleyerek “piyasa başarısızlığına” neden olmaktadır. Piyasa başarısızlığı ise aşağıda belirtilen istenmeyen durumlara yol açmaktadır (İstanbuluoğlu vd., 2010);

- İhtiyacı olacağını düşünen bireylerin sigortayı tercih etme oranlarının artması ve bireylerin sigorta olacakları zaman var olan hastalıklarını gizleyebilmeleri (ters seçim),
- Sigorta şirketlerinin genetik ve kronik hastalığı olanlar, yaşlılar, engelliler ve doğum çağındaki kadınlar gibi yüksek riskli grupları sigortalamaktan kaçınabilmeleri,
- Riske göre tespit edilmiş primlerin miktarının doğru olarak belirlenmesindeki zorluklar,
- Bireylerin, sigortalandıktan sonra, hizmete gereksinim yaratacak riskli davranışlarda bulunabilmeleri ve hizmeti gereğinden fazla kullanmaları (ahlaki tehlike). Örneğin sağlıklı bir yaşam sürdürmek için herhangi bir çaba göstermemeleri, nezle ve grip gibi hastalıklar için hekime başvurmaları,
- Bulaşıcı hastalıklar dolayısıyla hastalığa yakalanma riskinin başkalarının hastalığa yakalanma olasılığından bağımsız olmaması,
- Şirketlerin sigorta tekelleri yaratma eğilimleri.

Piyasa başarısızlığı yaşlılar, özürlüler ve düşük gelirliler gibi riskli grupların sigorta hizmetlerine ulaşmasını engelleyebileceği gibi, sigorta şirketlerinin daha az riskli gruplar üzerinden aşırı kârlar elde etmesini de sağlamaktadır.

### **3.1. Özel Sağlık Sigortacılığı Teminat Yapısı**

Sağlık sigortaları genel ve özel şartların bütününden oluşur. Genel şartlar bütün şirketlerin uymak zorunda olduğu kurallardır. Özel şartlar ise şirketlerin Türk Ticaret Kanunu'na aykırı olmamak kaydı ile belirlediği teminatlardır. Türk Ticaret Kanununun 1513. maddesinde sağlık sigortası teminatları ile ilgili şu hükümler yer almaktadır;

(1) Sağlık sigortası ile sigortacı;

a) Hastalık sonucu gerekli hâle gelen ilaç dâhil, her türlü tıbbi bakım, gebelik ve doğum, hastalıkların erken tanısına yönelik, ayaktaki incelemeler de içinde olmak üzere, sözleşmede kararlaştırılan giderleri,

b) Tedavinin tıbben yatarak yapılmasının gerekli olduğu durumlarda günlük hastane giderleri,

c) Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası,

d) Sigortalı, bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parası, için teminat verir.

(2) Teminat, aksi kararlaştırılmamışsa, birinci fıkradaki tutarların tümünü kapsar.

Özel sağlık sigortası teminatları ayakta tedavi, yatarak tedavi, yurtdışı teminatı ve gündelik tazminat sigortası başlıkları altında değerlendirilecektir.

#### **3.1.1. Ayakta Tedavi Teminatları**

Bu teminat, genellikle tek olarak satılmayıp hastane tedavisi teminatına ek olarak sunulmaktadır. Hastane tedavisi teminatının ameliyat ve hastanede tıbbi tedavi giderleri gibi yüksek maliyetler yerine hekim muayenesi gideri, reçeteli ilaç bedeli gibi daha küçük riskleri kapsamaktadır. Ancak sigortalının tercih ettiği bir durumda kullanım inisiyatifinin olması bu teminatın kullanım sıklığının yüksek seyretmesine ve ortalama kişi başı tedavi maliyetlerinin ve dolayısıyla da sigorta priminin hastane tedavisi teminatına göre daha yüksek olmasına neden olmaktadır (Özbolet, 2011). Ayakta tedavi teminatının kapsamı şu şekilde sıralanabilir (MEGEP, 2008);

- Doktor muayene giderleri teminatı,
- İlaç giderleri teminatı,
- Tanı birimleri giderleri teminatı,
- Tahlil-röntgen giderleri teminatı,
- Rutin kontrol ve diagnostik giderleri teminatı,
- Diğer teminatları.

### **3.1.2. Yatarak Tedavi Teminatları**

Sigortalının tıbbi açıdan hastanede yatmasını veya acil hastane hizmetlerinden ya da hastanede yatmasını gerektirmeyen ancak hastanede yapılması gereken gündüz hastane hizmetlerini kapsamaktadır (Özbolet, 2011). Cerrahi bir müdahale olsun veya olmasın yatılı tedavilerde; hastane yatak-yemek, refakatçi, operatör doktor ücreti, asistan doktor ücreti, anestezi, ameliyathane masrafları, sarf edilen tıbbi malzeme giderleri ve kullanılan ilaç giderleri poliçe limitleri dâhilinde karşılanır (Ekener, 1995). Yatarak tedavi teminatının kapsamı alt başlıklar halinde şu şekilde sıralanabilir (MEGEP, 2008);

- Ameliyat giderleri teminatı,
- Oda-yemek giderleri teminatı,
- Refakatçi giderleri teminatı,
- İlaç giderleri (yatarak) teminatı,
- Tanı giderleri (yatarak) teminatı,
- Yoğun bakım giderleri teminatı,
- Hastane tedavi giderleri teminatı,
- Kara ambulansı giderleri teminatı,
- Hava ambulans giderleri teminatı,
- Doğum giderleri teminatı,
- Küçük müdahale giderleri teminatı,
- Doktor takibi giderleri teminatı.

### **3.1.3. Yurtdışı Teminatı**

Teminat kuralları dahilinde yurt içinde geçerli olmaktadır. Ayrıca, karşılıklı anlaşma ve prim ödenmesi ile teminatın yurt dışına açılması sağlanabilir. Daha çok yurtdışında

hastalanmış sigortalının tıp açısından gerekli görülen durumlarda bulunduğu yerde hastaneye götürülmesi ya da kendi ülkesine getirilmesi giderleri bu teminatın ana konusunu oluşturmaktadır (Orhaner, 2000).

#### **3.1.4. Gündelik Tazminat Sigortası**

Hasta olan bireyler, çalışmadıkları için gelirlerinin bağlı olduğu etkinlikleri gösteremezler. Gelir sağlayamama durumu geçici veya sürekli olabilir. Çalışanın sürekli kazanç kaybı durumunda hastalığını, doktor raporu ile belgelendirmesi gerekmektedir. Bu durum daha çok sigortalının mesleki aktivitelerine göre değerlendirilmektedir. Gündelik tazminat sigortasının hedefine ulaşabilmesi için gelir dalgalanmalarına ve gerçekte kaybolmuş işin gelirine uyabilmesi zorunludur. Başka bir ifadeyle gündelik tazminat değişebilir olmalıdır. Uygulamada bu durum ancak çalışan personel lehine akdedilen grup sigortalarında gerçekleştirilmektedir. Diğer durumlarda, sözleşmenin akdedildiği tarihteki iş gelirine ve bir ölçüde de gelirdeki olası gelişime bağlı olarak gündelik tazminat belirlenmektedir (Güzel ve Okur, 2002).

#### **3.2. Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde Özel Sağlık Sigorta Uygulamaları**

Tüm Avrupa Birliği ülkeleri kamu tarafından finanse edilen zorunlu sağlık sigortalarının yanı sıra özel sağlık sigortalarına da izin vermektedir. Ancak ülkelerin sağlık sistemlerinde özel sağlık sigortalarının rolü, büyüklüğü ve işleyişi açısından önemli farklar bulunmaktadır. AB ülkelerinde özel sağlık sigortaları tek başına ya da temel sağlık sigortası olarak kullanılmadığından bu sigortaları zorunlu sağlık sigortalarından bağımsız olarak değerlendirme olanağı bulunmamaktadır. Zorunlu sağlık sigortalarının ağırlıklı payından dolayı özel sağlık sigortası piyasaları da kamu tarafından finanse edilen zorunlu sigortaları düzenleyen kuralları doğrultusunda şekillendirilmektedir (Lister, 2008).

AB'nde özel sağlık sigortalarının toplam sağlık harcamalarına önemli katkı sağlamadığı görülmektedir. Buna göre 2006 yılında toplam sağlık harcamalarında Fransa (yüzde 12,8) ve Slovenya (yüzde 13,1) dışındaki üye ülkelerdeki özel sağlık sigortalarının yüzde 19'un altında, üye ülkelerin üçte ikisinde ise yüzde 5'in altında kalmıştır. En büyük üçüncü özel sağlık sigortası piyasası ise Almanya'dır (yüzde 9,3). 1996-2006 yılları arasında üye ülkelerin üçte ikisinde özel sağlık sigortalarına yapılan harcamaların arttığı görülmekle

birlikte genel olarak piyasa büyüklüğü durağan bir seyir izlemiştir. Özel sağlık sigortası harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının en çok düşüş gösterdiği ülkeler Hollanda ve Birleşik Krallık'tır (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008).

Özel sağlık sigortası teminatı altındaki nüfus oranları da ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Buna göre en yüksek düzeyde teminata sahip olan piyasalar zorunlu sigortaların yoğun olduğu Fransa (*yüzde 92*), Lüksemburg (*yüzde 91*), Slovenya (*yüzde 74*) ve Belçika (*yüzde 73*) gibi piyasalardır. Hollanda hem tamamlayıcı hem destekleyici piyasasıyla çok yüksek düzeyde teminat sunan (*yüzde 92*) benzersiz bir örnek olarak göze çarpmaktadır. İrlanda'da da bu oran yüzde 51'dir. Özel sağlık sigortasının kapsadığı nüfusun Danimarka (*2002 yılında grup teminatı için vergi teşviki uygulamasının başlatılması nedeniyle*), Fransa ve İrlanda'da (*ekonomik büyüme, vergi indirimi ve kamu sistemine duyulan güvensizlik nedeniyle*) büyük ölçüde arttığı görülmektedir.

AB genelinde özel sağlık sigortasına erişim 65 altındaki bireylerle sınırlı olup özel sağlık sigortaları kısa dönemli (*yıllık*) sözleşmeler halinde sunulmaktadır. İsteğe bağlı teminat sunan sigorta şirketleri genellikle teminat başvurusu reddetme, mevcut koşullar için yüksek prim talep etme, bireysel sağlık riskine göre prim değerlendirmesi yapma, faydaları sınırlama ve bekleme süreci ve maliyet paylaşmayı empoze etme konularında serbest bırakılmıştır (Özbolet, 2011).

Özel sağlık sigortası alanında sigorta şirketleri ile hizmet sağlayıcıların bütünleştiği görülmektedir. Sigorta şirketlerinin çoğu, hizmet sağlayıcılara hizmet temelinde ücret ödemekte olup bu ücretler kamu tarafından finanse edilen sağlık hizmetleri için ödenen ücretten daha yüksektir. Ülkelerin bazılarında sigortacılar devlet hastanelerindeki özel odalardan yararlanmaktadır. Hemen hemen her ülkede doktorların kamu ve özel sektörde çalışmalarına izin verilmektedir (Kaya, 2010).

Özel sağlık sigortaları birçok ülkede kârlı bir iş alanı olarak görülmektedir. Sigorta şirketlerinin zorunlu sağlık sigortası sistemine kıyasla toplam gelir içinde çok daha fazla idari gider oranı ile karşı karşıya kalmasına rağmen şirketlerin halen güçlü bir kâr marjına sahip oldukları görülmektedir. AB ülkelerinin yaklaşık yarısında hasar masraflarının prim gelirleri içindeki payı yüzde 75'in altında kalmıştır (Lister, 2008). Özel sağlık sigortalarının zorunlu sağlık sigortasından faydalananların masraflarını teminat altına aldığı ülkelerde zorunlu

teminat zaman içerisinde zayıflamış ve özel sağlık sigortası olmayan bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde finansal ve diğer birtakım engellerle karşılaşacağına yönelik kaygılar ortaya çıkmıştır. Kamu ve özel sigortalar arasındaki çizginin belirgin biçimde tanımladığı ülkelerde kamu kaynakları, yüksek gelir grubu içerisinde yer alan ve özel sağlık sigortasına sahip olan bireylerin sağlık hizmetlerine daha hızlı erişebilmesi için kullanılabilir.

### 3.3. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı

Ülkemizde sosyal sigorta sistemi uygulanmakta olup gelir sahibi her birey bu sisteme zorunlu olarak girmek ve prim ödemek zorundadır (Özbolet, 2011). Özel sağlık sigortası aracılığı ile hizmet almayı seçtiği zaman sosyal sigorta sisteminden ayrılmak gibi bir şans yoktur ve sisteme prim ödemeye devam eder. Bu durumda sosyal sağlık sigortasının sunduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmamakta ama prim ödemeye devam etmektedir. Bu özel sağlık sigortası satın almanın maliyetini yükseltir ve ülkemizde özel sağlık sigortası sistemine katılımı engellemektedir (Yıldırım, 2012).

Türkiye’de özel sağlık sigortaları kaza sigorta konusu kapsamında iken, bir süre sonra bu alandan çıkartılarak hastalık sigortası olan başka bir sigorta türü durumuna getirilmiştir. Özel sağlık sigortalarının amacı, bireylerin yaşamları süresince karşılaşabilecekleri hastalık riskine karşılık, onların ekonomik zararları paylaşmak ve belirli oranlarda kâr sağlamaktır (Bölükbaşı ve Pamutçu, 2008). Türkiye’de özel sağlık sigortalarında serbest tarife uygulanmakta olup teminatlar ve fiyatlar serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir. Uygulamaların genel çerçevesi olan “hastalık sigortası genel şartları” devlet tarafından çizilmiştir. Özel sigorta şirketleri bu şartlara eklemeler yaparak istedikleri sağlık hizmeti teminatını müşterilerine sunabilmektedirler (Kaya, 2010).

Genel olarak özel sağlık sigortası dahilindeki bireylere her türlü teminatın verilmesi mümkündür. Bununla birlikte Türkiye’de genellikle sigorta şirketleri sınırlı teminatlarla poliçeler sunmaktadır. Bunun nedeni finansal derinliklerinin çok fazla olmamasından kaynaklanmaktadır. Ayakta ve yatarak tedavi hizmetlerinin sunulduğu sağlık sigorta poliçelerinde; yardımcı tıbbi malzeme giderleri, ambulans hizmetleri, kemoterapi, radyoterapi, diyaliz gibi, işletmeler tarafından poliçenin daha çekici bir duruma getirilmesi için verilen ek hizmetler de bulunmaktadır. Bazı şirketler gündelik tazminatlar olarak teminatlar verirken kimileri ise yıllık limitli poliçeler sunmaktadır. Teminatların pek çoğu

kaza ve acil durumlar dışında bazı bekleme sürelerine bağlı olup poliçenin sürmesi durumunda bu şart aranmamaktadır. Doğum teminatı genellikle bir yıllık bekleme süresine bağlıdır (Kaya, 2010).

Sigorta şirketleri genellikle sağlık kuruluşları ile anlaşma yaparak sigortalılarının anlaşmalı kurumlardan hizmet almasını istemektedir. Bu durum sigorta şirketi ile sağlık kurumu arasında yapılan anlaşmaya bağlı olarak maliyeti düşürmektedir (Egeli, 2009). Sigorta şirketi sigortalılarının tazminat ödemelerini doğrudan bu kurumlara yapmakta bu nedenle sigortalı için ödeme konusunda herhangi bir sorun ortaya çıkmamaktadır. Anlaşmalı olmayan kurumlarda sağlık hizmeti alan sigortalılar hizmet karşılığı aldıkları faturaları ve sigorta kurumunun tazminat ödemesi için ifade ettiği belgeleri sigorta şirketine teslim etmesi durumunda tazminat ödemesini alabilmektedir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008).

Ülkemizde sağlık sigortası poliçesini isteğe bağlı olarak gerçek kişiler tek başlarına ya da aile bireyleri ile satın alabilmektedirler. Ayrıca, yine isteğe bağlı olarak firmalar çalışanlarını ve/veya aile bireylerini sağlık sigortası kapsamında sigortalamaktadırlar. Mecburi olduğu için kendileri ve çalışanları için sosyal güvenlik sistemine prim ödeyen gerçek ya da tüzel kişiler sağlık sigortası poliçesi için sigorta şirketlerine ikinci kez ihtiyari olarak prim ödeyerek ekstra bir masrafa katlanmaktadırlar (Özbolat, 2011).

### **3.4. Türkiye’de Özel Sağlık Sigortacılığı Alanında Yaşanan Sorunlar**

Ülkemizde özel sağlık sigortası kuruluşları ayrı bir branş olarak 1990’lı yıllardan başlayarak, hem bir misyon üstlenme hem de en iyi şekilde hizmet verme çabası içerisindeyler. Bununla birlikte, gelişen sektörde gerektiği biçimde organizasyonu sağlayamadıkları için zaman zaman sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Diğer sigorta branşları mal ve sorumluluğa ilişkin olmasına karşın sağlık sigortası diğer sigorta dallarından insana yönelik olduğu için ayrılmakta ve tamamen farklı sorunlar yaşanmaktadır (Kaya, 2010). Bu sorunlar aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmektedir.

*Sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığı;* Ödenen tazminatların yüksek oluşu, diğer bir ifadeyle tazminat/prim dengesinin sigorta şirketi için bir dezavantaj olması özel sağlık sigortası için öncelikli olarak ele alınması gereken sorunlardan biridir. Sigorta kapsamında olan bir kişi için, sağlık hizmeti fiyatı “sıfır” olacağından, bu durum kişiyi daha çok hizmet

tüketmeye yöneltecektir. Alınacak hizmetin “sıfır” fiyatlı olması ile, sağlık sigortası satın alanlarda doktora gitme sıklığını, dolayısıyla özel sağlık sigortasının sigorta şirketlerine olan maliyetini arttırmıştır (Özbolet, 2011).

*Karşılıklı iyi niyet ilkesine uymama;* Sağlık hizmeti alacak olan birey, alacağı hizmete gerçekten ihtiyacı olmalıdır. Hizmeti alan, hizmetin etkisi, niteliği, uygulanması veya uygulanmaması halinde, ortaya çıkacak sonuçlardan bilgi sahibi değildir, hatta ihtiyacı olduğunu bile bilmeyebilir (Oral, 2002). Bu nedenle, ihtiyacı olana sağlık hizmeti anlayışı, hem sosyal hem de ekonomik yönüyle, sağlık hizmeti sunumunda ihmal edilmemelidir. Sigortalı sadece gerekli olduğu zaman sağlık hizmeti talep etmeli ve hizmeti sunanlar tarafından da sadece bu gereksinim görüldüğünde hizmet sunulmalıdır. Bunun yanı sıra sigortalının, sigorta şirketine primi geri alma isteği karşılıklı iyi niyet ilkesi ile uyuşmamaktadır (Şakar, 2011).

*Hekim ve sağlık kuruluşlarının inisiyatifi;* Sigortalılar kadar hekim ve sağlık kurumlarının yaklaşımlarının da özel sağlık sigortası yönünden önemli olduğu ifade edilebilir. Bununla birlikte özel sağlık sigortasına sahip olanlarla olmayanlara farklı fiyat tarifesi uygulanması, sigortalı müşterilere gereksiz sağlık hizmeti sunumu, sigortalıların kötü niyetli yaklaşımlarına sadece ticari kazançlar amacıyla alet olunması ve sigorta şirketi koşullarına uyan raporlar düzenlenmesi, ekonomik tanı ve tedavi yöntemleri yerine pahalı yöntemlerin tercih edilmesi, gelecekte özel sağlık sigortasının pek iyi bir durumda olmayacağını gösteren tutum ve davranışlardır (Oral, 2002).

*Portföyün büyütememesi ve istatistiki verilerin yetersizliği;* Sigortanın arz yönü, büyük sayılar yasaya dayanır. Büyük sayılar yasa yardımıyla, hem sigorta talebini oluşturan tüketicilerin ortalama gelirleri bulunup ona göre arz politikası oluşturabilir. Hem de ülkedeki sigorta talebinin riski azaltılabilir (Güvel ve Güvel, 2002). Yani sigortalı sayısı ne kadar çok olursa, sigorta şirketinin belirlemiş olduğu risk derecesine o kadar yaklaşmış olur. Bu da sigorta şirketleri açısından hem kârın hem de riskin güvenilirliğinin artması demektir.

*Prim tahsilatına ilişkin sorunlar;* Sigorta sektörünün en önemli sorunlarından biri de prim/hasar döngüsüdür. Sigorta şirketleri giderlerinin büyük bir kısmını peşin öderler. Buna karşılık primlerini belli süreler içinde tahsil ederler. Ancak bu arada nakit akış dengesi bozulur. Prim zamanında kasaya girmeyen, hasar ise mutlaka nakit olarak çıkan bir rakam

olduğu için ikisi arasında elde edilen teknik gelir o denli küçüktür ki, şirketler menkul ve gayrimenkul yatırımlara yeni kaynaklar ayıramamakta ve fon yaratamamaktadır (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008). Özel sağlık sigortaları yönünden değerlendirildiğinde ise, alacak sorununun branşın kârlılığını doğrudan etkileyen bir faktör olduğu söylenebilir. Zira, özel sağlık sigortasında hasar/prim oranının yüksek olması teknik kârın yani sigortacılık faaliyetlerinden oluşan gelirin asgari düzeyde olması ya da hiç olmaması sonucunu yaratmaktadır. O halde geriye bilançolarda ana faaliyet dışı gelir olarak nitelendirilen ve toplanan kaynakların sermaye piyasasına aktarılması ile oluşan mali gelirler kalmaktadır (Kaya, 2010).

*Rekabetin sadece fiyat düzeyinde yaşanması;* Özel sağlık sigortası piyasasında meydana gelen aşırı rekabet sadece fiyata yönelik olarak gerçekleşmektedir. Özellikle grup sigortalarında sektöre yeni katılan firmaların, büyüme amacı ile ne olursa olsun, iş alma istekleri fiyatların gerçek değerinden daha aşağıya çekilmesine yol açmaktadır. Sektörde yaşanan fiyat rekabeti sigortacılığı ve mevcut şirketleri son derece olumsuz bir biçimde etkilemektedir. Rekabetin sadece fiyatla yapılması, diğer unsurların rekabete konu olmaması, verilen hizmetin kalitesinin düşük kalmasına ve bu konuda gelişme sağlanamamasına yol açmaktadır (Özbolat, 2011).

*Sosyokültürel ve ekonomik yapı;* Sigorta piyasasında insanlar sigorta satın alırken birçok unsurların etkisi altında karar verirler. Bu kararların bir kısmını sosyokültürel nedenler oluştururken, bir kısmını da ekonomik nedenler oluşturur. Bu nedenlerden bazıları, sigortaya olan güvensizlik ve inanmama, vatandaşın gelir düzeyi, eğitim düzeyi, din olgusu, çifte sigorta primi ödeme, sigorta fiyatının yüksekliği, sigorta bilincinin yerleşmemesi olarak sıralanabilir. Gerçekten de Türk tüketicisinin sigorta bilinci, kültürü, gelir düzeyi ve çevresi genel olarak sigortacılığın gelişmesine pozitif katkıda bulunmayacak yapıdadır. Sadece kasko, yangın gibi zararları çok sık gerçekleşen ve açıkça görülebilen sigortalar öncelikli durumdadır (Kaya, 2010).

## IV. TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI

### 4.1. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Tanımı

Sosyal sigortacılık ile özel sigortacılık arasında, temel insan hakları içerisinde en önemli hakların başında yer alan sağlık hakkının hayata geçirilmesi konusunda yöntem açısından ciddi farklılıklar yoktur (Orhaner, 2000).

Genel sağlık sigortası yaşama geçirildiğinde kimlerin ve hangi sağlık yardımlarının kapsanacağı, bunların hangi koşullarda sunulacağı ve finansmanın hangi şekilde sağlanacağı önemlidir. Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında değildir. Bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntemi karşımıza çıkarmaktadır (Özbolet, 2009). Bunlardan ilki, riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılması, diğeri ise, riskin paylaşılarak özel sigorta yoluyla ödenmesidir. Nitekim emeklilikte sosyal sigortanın yetersiz kaldığı ya da bireylerin beklentilerinin yüksek olduğu durumlarla ilişkin olarak, bireysel emeklilik kanunu Türkiye’de çıkarılmıştır. Aynı uygulamanın sağlık alanında da “tamamlayıcı sağlık sigortası” ile hayata geçirilmesi kaçınılmaz olmuştur.

Kişilerin sağlık giderlerine katılımı, temelden genel sağlık sigortasının sağlıklı ve sürdürülebilir bir finansman yapısı içerisinde çalışmasında hayati öneme sahiptir. Aslında, sağlık giderlerine, hemen hemen tüm dünya ülkelerinde şahısların katılımı bulunmaktadır. Bu katılım, sosyal güvencenin hiç kapsam altına almadığı harcamalarda olabildiği gibi, kapsam altında olan sağlık giderlerinde de olabilmektedir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008).

Temel teminat paketinin içeriği ne olursa olsun, kamu finansmanına dayalı sistemlerde, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile en uygun koşullar arasında bir fark oluşması doğaldır. Bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. Kişi, bu farkı doğrudan finansman yönetimiyle risk gerçekleştiğinde cepten ödeme şeklinde karşılayabileceği gibi, bu riski genel sağlık sigortasının diğer üyeleriyle paylaşarak, sigortacılık yöntemiyle de sağlayabilecektir. “Başka bir deyişle tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası, Kurum tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu

kişiler tarafından ilave ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktadır” (SGK, 2012).

Bu suretle, hizmet alan kişi, gerek ayakta tedavi kapsamında karşılanan sağlık giderlerinde kendi ödemek zorunda olduğu tutarı, gerekse yatarak tedavide zorunlu tutulduğu koşulların iyileştirilmesi için vermesi gereken farkı, sigortası aracılığıyla ve riskini diğer kişilerle paylaşarak ödeme olanağına sahip olacaktır. Sözelimi, uygulamada, sosyal güvence kapsamındaki bir kişi ameliyat olmak için bir sağlık kuruluşuna başvurduğu anda, sigortalı, sosyal güvence numarasını vererek hizmetten yararlanır. Tüm sosyal güvence kapsamındaki kişilerin alabileceği hizmet temel teminat paketi kapsamında ele alındığı için, sigortalı tarafından talep edilen bu paket dışında kalan ve ekstra olarak değerlendirilebilecek giderler, sigortanın teminat kapsamı ve limitleri doğrultusunda, özel sağlık sigortasına fatura edilir. Özel sağlık sigortası bu durumda, temel teminat paketi dışında kalan sağlık giderlerini ödemekle yükümlüdür (Çelik, 2011).

Benzer olarak, ayakta tedavi kapsamındaki sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmı sosyal güvence tarafından belirli teminat yüzdeleri ve yıllık limitler ile verilmektedir. Özel sağlık sigortaları ile bu teminat yüzdelerini tamamlama ve yıllık limitleri artırma olanağı sağlanacaktır. Bunun da en sağlıklı ve dünya genelinde kabul görmüş yöntemi “tamamlayıcı sağlık sigortası” modelidir (Yıldırım, 2012).

#### **4.2. Neden Tamamlayıcı Sağlık Sigortası**

Türkiye'nin yapısal reform projelerini tartıştığı ve yaşama geçirmeye başladığı son yıllarda; kaynaklarımızı maliyet etkili bir biçimde kullanarak, harcanan değeri kaliteli bir hizmeti vatandaşlara sunabilmek, artık hizmet sektöründe ve sosyal alanlarda da kaçınılmaz olmuştur. Öncelikleri ortaya koyarak, insanların yaşam standardının yükseltilmesi ve sağlık alanında yapısal reform ihtiyacı; konunun tüm paydaşları tarafından daha yüksek sesle ve hazırlıklı olarak ortaya konulmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010).

“1990’lı yıllardan bugüne süregelen, sağlık hizmetlerinin; finansman, hizmet sunumu, organizasyon, insan gücü, bilgi teknolojisi ve yasal alt yapı gibi parçalarından oluşan bir bütünle yeniden yapılandırma süreci, yeterince olgunlaşmıştır. Başlangıçta, DPT ve Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya konulan çözüm önerileri; artık, sektörün tüm ilgili taraflarınca

oluşturulan tartışma ve üretim platformlarında, Türkiye sağlık sektörünün sorunlarına tutarlı, kalıcı ve uzun soluklu çözümler bulabilmek amacıyla, dünyadaki gelişmeleri de izleyerek, katılımcı bir sürece girmiştir” (Ertaş, 2007).

Türkiye'nin, sağlık sektöründe bugün geldiği noktada, mevcut sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesinin yanı sıra, bu hizmetlerin yeniden yapılandırılmasına ihtiyaç duymaktadır. Bu yeniden yapılanmanın temel ilkesi; herkesin ihtiyacı oranında sağlık hizmetinden faydalanmasını sağlamak üzere, kamu ile özel sektör arasında haksız rekabet yerine görevdeşlik oluşturmak ve küçülerek güçlenip yerelde yönetilen sağlık birimleri kurmak olmalıdır (Ergin, 2008).

Sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında hedefler; finansmanda Genel Sağlık Sigortası ile ilişkilendirilmiş tamamlayıcı sağlık sigortasına, sunumda; fırsat eşitliği ve eşit şartlarda rekabete, yönetimde ise etkililiğe, yerinden ve katılımcı yönetimi sağlamaya odaklanmalıdır.

Temel insan hakları arasında yer alan sağlık hakkının meydana getirilmesi ile birlikte, sigortacılık ilkeleri kabul edilmiş ise de, ister özel ister sosyal sigortacılık olsun, bazı farklılıklar olmakla beraber; yöntem açısından ciddi değişiklikler söz konusu değildir. Uygulama için kimlerin ve hangi sağlık yardımlarının dahil olacağı, bunların hangi koşullarda sunulacağı, finansmanın ne şekilde sağlanacağı, sistem için oldukça önemlidir (Duygulu ve Pehlivan, 2004).

Hiçbir sosyal sigorta sistemi, tüm sağlık risklerini karşılama iddiası ve amacında olmadığından bu durum, karşılanmayan ya da kişilerin beklentileri karşısında yetersiz kalan alanlarda, iki yöntemi ortaya çıkarmaktadır. Bunlardan ilki, riskin gerçekleşmesi halinde, doğrudan cepten ödeme yapılmasıdır. Bu nedenle sağlık alanında da tamamlayıcı sağlık sigortası ile hayata geçirilmesi gerekli görülmüştür.

Sosyal sigortanın temel teminat paketi ile gayesi, kişilere asgari yaşama koşullarını garanti etmesidir. Azami koşullar ise, tamamlayıcı sağlık sigortası yoluyla karşılanacaktır. Bir diğer deyişle, her ne şekilde olursa olsun, devletin sunduğu sosyal güvence kapsamında verilen sağlık hizmetleri ile optimal şartlar arasında bir fark olduğundan bu fark, hizmet alan kişi tarafından karşılanmak durumundadır. İşte, tamamlayıcı sağlık sigortası, hizmet alan

kişinin üzerinde kalan sağlık riskini, üzerine alan bir sağlık sigortası türü olarak değerlendirilebilir (Çelik, 2011).

Tamamlayıcı sigortanın uygulandığı sistemin mevcut sistemden en büyük farkı; mevcut sistemde kişilerin kamu sağlık tesislerinden hizmet almak istemediği durumda özele gidilmekte, ancak burada da bir üst sınır bulunduğu için kalite iyileştirilememektedir. Tamamlayıcı sigortada ise kişileri hekim ve hastanesini seçme özgürlüğü ilkesini hayata geçirecek kamu ya da özel sağlık kuruluşundan alınan hizmetin kamu tarafından belirlenen fiyat tarifesi kadarının ödeme yükümlülüğünü getirmesidir. Kalan kısmı için ise tamamlayıcı sigorta karşılayacaktır.

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulanan ülkelerin başında, Amerika Birleşik Devletleri, Almanya, Hollanda gelmektedir. Avrupa'daki özel sağlık sigortası uygulamaları çoğu kez tamamlayıcı sağlık sigortası şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (ya da tamamen kapsamayan) hizmetleri kapsar. Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan Dünya Sağlık Raporu 2000'de, sağlık fonlarının cepten ödemelerde, sağlık riskine değil de gelire bağlı olan (*vergilendirmeye ya da sigortaya dayanan*) ön-ödeme şekillerine kaydırılması için tamamlayıcı sağlık sigortası iyi bir örnek olarak gösterilmektedir (Lister, 2008).

GSS sisteminin etkin bir şekilde işleyebilmesi için sevk zinciri hayati öneme sahip bir uygulamadır. İster primli sisteme, isterse vergi ile finansmana dayansın GSS'de öncelikle karar verilmesi gereken konuların başında, temel teminat paketinin kapsamının belirlenmesi gelmektedir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008). Temel teminat paketinin, sistemin harcama seviyesini ve alınması gereken primleri doğrudan etkilemesinden dolayı stratejik bir önemi vardır. Aynı zamanda temel teminat paketi tespit edildikten sonra, uygulamada değiştirilmesi oldukça zor olan hassas bir konudur. Kamuoyunda kapsamın sürekli genişletilmesine ilişkin baskıların, finansal riskleri ile birlikte değerlendirilerek sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sisteminin kurulması zorunluluk taşımaktadır (Özbolat, 2011).

Kapsam üzerinde oluşabilecek riskleri azaltmanın en yaygın ve mantıklı yolu, alternatif yaratılması ve GSS sisteminin talepleri karşılamayan kısmı için çözüm olanaklarını bünyesinde barındırmasıdır. Aksi takdirde kapsam sürekli genişleme eğilimi gösterecek ve Türkiye için finansal açıdan sürdürülemez noktaya ulaşacaktır. Bu noktada çözüm olarak

Genel Sağlık Sigortasının “sigortası” fonksiyonunu üstlenen tamamlayıcı sağlık sigortası ortaya çıkmaktadır (Yıldırım, 2012). Tamamlayıcı sağlık sigortasının yaşama geçirilme gerekliliğinin nedenleri aşağıdaki şekilde özetlenebilir;

- Genel sağlık sigortası sisteminin, Anayasamızın 56. maddesi hükmüne rağmen, ülkemizde tam olarak kurulamamasının önündeki en büyük engel, finansal argümanlar olmuştur. Halen yürütülen çalışmalarda da en çok tereddütte kalınan ve tartışmaya konu olan husus da bu argümana dayanmaktadır (nüfusun tümünü kapsayan, insan onuruna yaraşır nitelikte bir sağlık hizmeti sistemi kurmak için, gereken finansmanın boyutu ve ülkemizin kaynaklarının sınırlılıkları, konu üzerindeki her türlü hassasiyeti haklı çıkaracak düzeydedir (Tuncay ve Ekmekçi, 2011).

- Dolayısıyla, genel sağlık sigortasının uygulamada karşılaşılabileceği risklere yönelik tedbirlerin başlangıçta alınması öngörülmüştür. Genel sağlık sigortası, bu riski, kapsamını, hizmet fiyatlarını ve katkı paylarını belirlerken paylaşmak durumundadır.

- Genel sağlık sigortasının üzerindeki harcama baskısını dengelemek ve kontrol etmek için bazı araçlara gereksinim duyulmuştur. Bunlar (Şakar, 2011);

a. Prim gelirlerinin yükseltilmesi,

b. Genel sağlık sigortası kapsamının daraltılması,

c. Fiyat tarifesinin düşürülmesi,

d. Koruyucu sağlık hizmetlerinde başarılı olması,

e. Provizyon sisteminin etkin şekilde kullanılması,

f. Kişilerin beklentilerinin tamamlayıcı sağlık sigortası ile dengelenmesi olarak sıralanabilir.

- Prim gelirlerinin yükseltilerek genel sağlık sigortasının kapsamının daraltılması, uygulanması en zor alternatiflerdir.

- Fiyat tarifesinde değişiklikler yapılarak toplam harcamalar kontrol edilebilir. Bununla birlikte sağlık hizmeti maliyetlerinin yapısı buna sınır getirmektedir.

- Koruyucu sağlık hizmetinde sağlanacak başarı, sağlıktan kazançlı çıkmayı ifade etse de çağımızın getirdiği yaşam koşulları ve yaşlanma, bu aracın da kullanım esnekliğini azalttığı söylenebilir.

- Provizyon sistemi de, gerek sosyal ve gerekse özel sigortacılığın maliyetlerini denetimde, vazgeçilmez ve etkin bir araç olarak görülür. Ancak uygulamada sınırlı bir etkisinin olduğu ifade edilebilir (Pekten, 2006).

- Tamamlayıcı sağlık sigortası ise, genel sağlık sigortasının üzerindeki harcama baskısını dengeleme ve denetimde sözü edilen tüm araçların uygulama esnekliğini arttıran ve sistemin bir anlamda sigortası konumunda bulunan bir yapıya sahiptir.

- Özel sigortacılığın geliştirilebilmesi ve ekonomiye yaratacağı katma değerin arttırılarak ulusal gelir düzeyinin yükseltilebilmesi ve ihtiyaç duyanlar için de özel sağlık sigortalarının yanı sıra tamamlayıcı sağlık sigortalarında belli bir düzenlemeye bağlı olarak sunulması yoluyla toplumsal ihtiyaçlar karşılanmış olacaktır (Çelik, 2011).

- Sağlık sigortaları 1992 yılında ayrı bir branş olduktan sonra tüm sektör içinde 2004 sonu itibariyle yüzde 10'luk bir prim üretim seviyesine ulaşarak 800 bin civarında sigortalıya hizmet vermektedir. Ülkemizde Özel sağlık sigorta poliçesi satın alma potansiyeli olan 3 milyon kişi Dünya Bankası tarafından yapılan bir araştırmayla belirlenmiştir. Tamamlayıcı sağlık sigortaları bu potansiyel nüfusun özel sağlık sigortalarına çekilmesi için iyi bir fırsat olacaktır.

- Potansiyel erişilebilir 3 milyon kişiye ulaşılabildeği takdirde matematiksel olarak doğru orantı ile hesaplandığında ulaşılabilir prim üretimi mevcut prim üretiminin dört katı olacaktır. Böylece hem toplam sigorta sektörü prim üretimi artmış hem de milli gelire yaratılan katma değer yükseltilmiş olacaktır (Kaya, 2010).

- Ülkemizde toplam sağlık harcamalarının üçte birine tekabül eden kısmı zaten cepten ödemeler şeklinde gerçekleşmektedir. Bu bölüm, aynı zamanda büyük oranda kayıt dışındadır.

- Tamamlayıcı sağlık sigortası ile üyeler sağlık hizmeti alırlarken, özellikle özel hastanelerde, genel sağlık sigortasının karşılamadığı fark ücretini cepten ödemek zorunda kalmayacaklardır. Özel sigorta şirketleri üyelerin üzerindeki riski paylaşacaklar ve topladıkları primlerle ekonomiye kaynak yaratacaklardır (Yıldırım, 2012).

### **4.3. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Kapsamı**

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın 2012 tarihinde çıkardığı genelgeye göre tamamlayıcı ya da destekleyici sağlık sigortasının kapsamı aşığıdaki şekilde belirlenmiştir (SGK, 2012);

“5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 98 inci maddesinin ikinci fıkrasında; “Bu Kanun gereğince sağlık hizmetlerinden yararlananların ödemekle yükümlü oldukları katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat veya

ödeme konusu yapılamaz.” hükmü yer almaktadır. Bu nedenle; anılan Kanununun 68 inci maddesinde konu edilen katılım payları, tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası poliçeleri kapsamında değerlendirilmeyecektir.

Bunun dışında kalan;

a) Kurumca finansmanı sağlanmayan sağlık hizmetlerine ait bedeller,

b) İlave ücret tutarları,

c) Otelcilik ücreti gibi hastadan alınabilecek tutarlar,

d) Sağlık hizmet sunucusu ile sigorta şirketi arasında yapılabilecek anlaşmaya göre, Sağlık Uygulama Tebliği fiyatları üzerinde kalan tutarlar, tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası konusu yapılabilecektir.

Sağlık hizmet sunucusu ile özel sağlık sigortası şirketi arasında, sağlık hizmeti sunumuna ait bedellerin ödenmesine ilişkin olarak aksine bir anlaşma yapılmadığı takdirde, Kurum mevzuat hükümleri çerçevesinde işlem yapılması gerekmektedir.

Bu durumda, tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortasına sahip genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere aynı tedavi döneminde sunulan sağlık hizmet bedellerinden;

- Kanununun 63 üncü maddesi kapsamında sunulan sağlık hizmetlerine ait olanlar, Kurum mevzuatı çerçevesinde Kuruma,

- Bu maddenin birinci fıkrasında sayılan ve tamamlayıcı veya destekleyici sağlık sigortası poliçesi kapsamında tanımlı olanlar, ilgili özel sağlık sigortası şirketine,

- Sigorta poliçesi kapsamında yer almayan ilave ücret, otelcilik hizmeti, kapsam dışı sağlık hizmeti gibi hasta tarafından karşılanması gereken tutarlar ise hastaya fatura edilecektir.

- Hasta katılım payları, özel sigorta şirketleri tarafından teminat konusu yapılamayacağından hastalar tarafından ödenecektir.”

#### **4.4. Çeşitli Ülkelerdeki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Uygulamaları**

Nüfusun ve hayat beklentisinin artması, gelişen tıp teknolojisi ve tıbbi bakım maliyetlerinin artışı, devletlerin üzerindeki mali yükü özel sağlık sigortaları ile paylaşmalarını gerektirmiştir. AB’nde hemen hemen her ülkede, özel sektörün sağlık konusunda daha fazla role sahip olmasını sağlayıcı uygulamalar yürütülmekte ve yeni reform tedbirleri alınmaktadır. Bazı ülkelerde ise, devlet sigortasının yerini almakta ve halkın bir kısmının ilk tedavi teminatlarını üstlenmektedir (Lister, 2008).

Tamamlayıcı sağlık sigortası uygulanan ülkelerin başında ABD, Almanya ve Hollanda gelmektedir. Avrupa'daki özel sağlık sigortalarının çoğu tamamlayıcı sağlık sigortası şeklindedir ve kamu sektörü tarafından hariç tutulan (*ya da tamamen dahil edilmeyen*) hizmetleri kapsar. Sağlık sistemlerinin performansları hakkında hazırlanmış olan Dünya Sağlık Raporu 2000'de, sağlık fonlarını cepten ödemelerde, sağlık riskine değil de gelire bağlı olan (*vergilendirmeye ya da sigortaya dayanan*) ön ödeme şekillerine kaydırılması için tamamlayıcı sağlık sigortası iyi bir örnek olarak gösterilmektedir (Lister, 2008).

Kamu sağlık sistemlerinin, özel sağlık sigortalarıyla ilişkilerinin incelendiği bazı ülke örnekleri uygulamaları aşığıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir.

#### **4.4.1. İngiltere**

İngiltere'de sağlık hizmeti, Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS/National Health Service) tarafından verilmektedir. İngiltere'de devlet sağlık için yapılan tüm harcamaların yüzde 84'ünü karşılamaktadır. Aile hekimliği sistemi çok gelişmiştir ve sağlık sorunlarında öncelikle aile hekimine gidilmesi zorunludur. NHS kaza, acil durum ve yaşamı tehdit eden akut hastalıklarda yüksek standartta hizmet vermektedir. Ancak acil olmayan ameliyatlar için birkaç yılı bulan bekleme listeleri söz konusu olmaktadır. Bu durum özel sağlık sigortalarının çıkış noktası olmuştur. Nüfusun yüzde 11'i tarafından tamamlayıcı sağlık sigortaları giderek artmaktadır (Lister, 2008).

Gelir seviyesi iyi kabul edilen bir grup kendi isteğiyle NHS'nin kapsamı dışında bırakılmıştır. Yine bunlar gibi özel sigortalara prim ödeyip sağlık hizmetini bu yolla alan bir nüfus grubu da vardır. Ancak, NHS'nin finansmanı genel vergiler yoluyla sağlandığı için bu kişiler de vergilerini ödedikleri için sistemin finansmanına katılmaktadırlar. Sistemin tek sorunu, bireyin kişisel risk analizinden kaynaklanan ve tamamen psikolojik nedenlerle verilen hizmeti yetersiz bulmasından doğan, uzman doktor muayenesi isteğini kendi kaynaklarıyla finanse etmesidir. Özel sigortaların belirli muafiyet oranları ile tamamlayıcı sigorta poliçeleri aracılığı ile piyasada yer alması mümkün olmaktadır (Çetin, 2007).

#### 4.4.2. Almanya

Almanya'daki sağlık sistemi, sosyal yapının bir parçasıdır ve tüm vatandaşlar için sosyal refahın sağlanmasını öngörmektedir. Bunun temelinde sosyal dayanışma düşüncesi yer almaktadır (Kaya, 2010). Bu ilkenin yerine getirilmesi ortak davranışı vurgulamasına rağmen devletin, bu yapı içinde olayı direkt olarak finanse etmesi veya sosyal hizmetleri temin etmesi gerekliliği ihtiyacını göstermez. Aksine devlet, bu rolü üstüne almaz ancak finansın ayrılması ve sistemin yönetimi, devlet onayı ile sağlık hizmetlerini (*bazı kamu hastaneleri hariç*) geniş anlamda özerk yapıları olan fonlara ve özel sektöre bırakmıştır.

Alman sağlık sistemi, riske göre değil gelire göre hastalık fonlarına prim ödeme temelli olup zorunlu sosyal sigortaya üyelik ise belirli bir gelir seviyesinin altında olan kişiler için (*nüfusun yaklaşık olarak yüzde 88'i*) zorunludur. Alman zorunlu sağlık sigortasına ek olarak vergiler, özel sağlık sigortası ve doğrudan cepten yapılan ödemeler de finansman kaynakları arasında yer almaktadır. "Almanya'da yıllık 45.900 Euro geliri olan çalışanlar ve onların bakmakla yükümlü olduğu bireyler zorunlu sağlık sigortasından çıkma seçeneğine sahiptir" (Uğurluoğlu ve Özgen, 2008). Alman sağlık sisteminde nüfusun yaklaşık olarak yüzde 88'i, sayısı 292 olan hastalık fonlarından (zorunlu sağlık sigortası) birinin kapsamında yer almaktadır. Hastalık fonları, yönetsel ve finansal açıdan özerk kuruluşlardır. Alman sağlık sisteminde hizmet finansmanı ve sağlık hizmetlerinin sağlanması arasındaki ilişki sözleşmelere dayanmaktadır. Nüfusun yaklaşık olarak yüzde 10'u özel sağlık sigortası kapsamında yer almaktadır. Vergiler sistemde çeşitli şekilde kullanılmaktadır. Örneğin, hastane kurulması, üniversite hastanelerindeki araştırmaların finansmanı, sağlık profesyonellerinin eğitimleri gibi. Hastalık fonları sigorta katkılarının toplanması, hizmetlerin hizmet sunucularından satın alınması ve hizmet sunucularına ödemelerin yapılmasından sorumludurlar.

Özel sağlık sigortalarının potansiyeli, devlet sistemi tarafından belirlenen gelir grubunun üzerinde kazanan çalışanlar, devlet memurları ve serbest çalışanlar ile sınırlıdır. Özel sağlık sigortası şirketleri prim belirlemelerinde, geleneksel prim hesaplama yöntemini kullanmaktadırlar. Primler, riskin çeşidi, sigortalının sigortaya girişteki yaşı, cinsiyeti sağlık durumu ve alınan teminatın içeriğine bağlı olarak hesaplanmakta ve enflasyon ayarlaması dışında sabit kalmaktadır (Yıldırım, 2012). Prim tutarı yaşlılık ve sağlık bozulması durumları için ayrılan rezervi de kapsamaktadır. Teminatlar, ayakta ve yatarak tedavi, dış tedavisi,

gündelik tazminat, hastalık sonucu gider kaybı, uzun süreli bakım, devlet sağlık sisteminin karşılamadığı diğer giderler, yurt dışına seyahatlerde verilen sağlık sigortalarıdır. Sigortalılar, tedavilerinin önceden belirlenen bir tutarı aşan kısmını kendileri karşılamak şartı ile ödedikleri primlerde indirim hakkından yararlanmaktadırlar. Ayrıca tazminat ödenmesi olmadığında yenilemelerde, prim indirimi ya da bonus uygulaması yapılmaktadır.

Almanya’da tüm sağlık harcamalarının yüzde 78,4’ü devlet tarafından karşılanmaktadır. Aylık geliri belli bir düzeyin üzerinde olanlar devlet sağlık sistemi ile özel sağlık sigorta sistemi arasında seçim yapma hakkına sahiptirler. Bunların yanında devlet memurları ve serbest çalışanlar da devlet sağlık sistemine katılmak zorunda değildir. Tüm toplumun yüzde 99,9’u herhangi bir sağlık sistemine dâhildir (Bölükbaşı ve Pamukçu, 2008). Nüfusun yaklaşık yüzde 9’unun tüm tıbbi giderlerin teminat altına alındığı özel sağlık sigortası teminatı, yüzde 8’inin de daha iyi hastane hizmeti, özel hemşire bakımı gibi teminatları karşılamak üzere tamamlayıcı sağlık sigortası bulunmaktadır. “Bu tür sigortalar, nüfusun yaklaşık yüzde 10’unu kapsamına alan (özellikle serbest meslek çalışanları ve yüksek gelir sahibi gönüllü sigortalılar) ikame sağlık sigortalarını ve ZSS kapsamında olup da ek sağlık sigortası kapsamına giren bir diğer yüzde 9’luk kısmı içermektedir. Ülkede, primlerin riske göre belirlendiği 49 adet özel sağlık sigortası bulunmaktadır” (Sargutan, 2010).

Bu sistemin en büyük avantajı, toplumun önemli bir kısmının sağlık hizmet hakkını güvence altına almış olmasıdır. Sisteme prim ödeyerek katılan vatandaş, yeterli geliri olmayan birinci derece yakınlarını da prim ödemeksizin sigortalayabilmektedir. Sistemde yer alan aile hekimliği uygulaması, toplumda karşılaşılabilecek hastalık riskine karşılık önceden tedbir alınmasını ve hastanelerin çalışma sistemleri de maliyetlerin düşürülmesini, aynı zamanda kargaşanın önlenmesini sağlamaktadır (Sargutan, 2006). Sistem gelir elde eden herkesi zorunlu olarak kapsamına alırken, bireyin satın alma hakkını kullanarak özel sağlık sigortasına katılma isteğini de engellememektedir. Almanya’da özel sağlık sigortaları, sosyal sağlık sistemi ile bireyler oldukça geniş teminatlarla güvence altına alınmış olduğundan, “tamamlayıcı sigortalar” şeklindedir. Özel sigortaları için devletin sağladığı sağlık hizmeti teminatlarının minimum olarak sağlaması koşulu vardır. Amaç sosyal sigorta sistemi dışında daha geniş teminatlarla sağlık hizmeti güvencesine sahip olmak isteyen vatandaşların, gelirleri prim düzeyini karşılayabilecek oranda ise, daha geniş teminatlarla sağlık sigortası satın alması ve hizmetlerinden yararlanmasıdır (Şakar, 2011).

#### 4.4.3. ABD

Amerikalılar, sağlıkları için Avrupalılardan iki kat fazla harcama yapmaktadır. Harcamaların dondurulması için 1970'lerdeki çabalar sonuç vermeyince, kamu güçleri (federal veya federe), sağlık sunucuları ve sponsorları arasında rekabeti teşvik ederek sağlık harcamalarında bir düzenleme düşünülmüştür. Sigortacılar, kapsam, sağlık örgütü, hastaların ve hekimlerin durumu dikkate alınarak karşılıklı anlaşmayla tarifeler oluşturulması istenmiştir. Sağlık sigortalarının baskısı ile sağlık şebekesi yöneticileri, sağlık sunucularının örgütlenme ve uygulamalarını daha yakından denetlemeye başlamışlardır. Bu sağlık şebekelerinden en ünlüsü, Health Maintenance Organization, 1999'larda büyük bir gelişim göstermiştir (Oral, 2002).

Kişi başına yıllık sağlık harcamasının yüksek olması ve sosyal güvenlik sistemlerinin eyaletlere göre değişmesi ile birlikte devletin verdiği sağlık güvencesinin kapsamı dar ve nicelik yönünden yetersizdir. Bu nedenle özel sağlık sigortaları bir ihtiyaç konumundadır.

Devlet desteğinde olan iki tane sağlık sigortası vardır, bunlar; Medicare, 65 yaş üstü ve engelliler için ve Medicaid, belirli bir gelirin altındakiler için. Medicare 65 yaş ve üstündeki kişileri ve malulleri kapsar (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009). Bu destek programından yararlanabilmek için sosyal güvenlik sistemine kayıtlı olmak ve öncesinde en az 10 yıl prim ödemesi yapmış olmak zorunludur. Bu sistem sağlık harcamalarının yalnızca bir kısmını karşılamaktadır. Büyük oranda harcama sigortaya rağmen hastanın cebinden çıkmaktadır. Birçok kişi bu giderleri karşılayamadığından sağlık hizmetinden yoksun kalmakta ya da gelirinden sağlık harcamaları yaparak yoksullaşmaktadır.

Özel sağlık hizmetleri sistemini en geniş ölçüde uygulayan ülke ABD'dir. Diğer sanayileşmiş ülkeler, ulusal sağlık hizmetleri veya sosyal sağlık sigortası sistemlerinden birini tercih ederken, farklı bir yol izleyen tek sanayileşmiş ülke ABD olmuştur (Ovalı, 2008). Sosyal sağlık sigortasının siyasal açıdan kabul edilebilirliğine ilişkin yoğun tartışma döneminin ardından, ABD kâr amacı gütmeyen hizmet sunucularının da yer aldığı özel sigortacılık doğrultusundaki tercihini çok büyük değişiklikler olmadan bugüne kadar korumuştur. Ancak daha sonra yaşlılara (Medicare), yoksullara (Medicaid) tıbbi bakım ve tıbbi yardım programlarının uygulanmasıyla değişmiş, bunun kapsamı ileri derecede malul olanlarla, ölümcül hastalıklardan rahatsız olanlara genişletilerek, devletin sosyal

fonksiyonlarını üstlenmekten kaçınmadığı sonucuna ulaşılmıştır. “Medicaid yardımından ise sosyal güvenlik sistemi içinde bulunan tamamlayıcı güvenlik geliri programından nakit yardımı alan herkes yararlanmaktadır. Tamamlayıcı güvenlik geliri yaşlılar, körler ve sakatlar için asgari gelir garantisi sağlamaktadır. Yıllık gelir düzeyi belli bir rakamın altında olan kişiler ya da aileler Medicaid kapsamına alınır. Toplumun yaklaşık yüzde 10’u bu uygulamanın kapsamı içindedir” (Özer ve Şantaş, 2012).

ABD’de sağlık sigortaları, sağlık hizmeti sunucularıyla ortaklıklar kurabilmekte, onları satın alabilmektedir. Böylece hizmeti sunanla ödeyen aynı tarafta olmakta ve provizyon, fatura ve kontrol gibi süreçler daha az önemsendir hale gelmektedir. Sağlık hizmetlerinin özel sigortalar aracılığı ile yürütüldüğü sistemde, sağlık hizmetlerinin sunumu doğrudan sigorta şirketleri tarafından yapılabileceği gibi, sigorta şirketlerinin hizmet sözleşmeleri yaptığı özel sağlık merkezleri tarafından sağlanması da mümkün bulunmaktadır.

Bu sistem sadece, sağlık hizmetinin ortaya çıkardığı harcamaların bireyin geliri ile karşılanmasının mümkün olduğu durumlarda iyi bir şekilde işleyebilir. Ancak bireyin gerek sağlık harcamaları için yeterli bir fon ayıramaması, gerekse ortaya çıkan sağlık harcamasının bu fonun çok üzerinde olması durumlarında ciddi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu risk, sistemin en büyük zaafını oluşturmaktadır (Çelik, 2011).

Sosyal devlet anlayışının bir sonucu olarak devlet bu tür durumlara kayıtsız kalamamakta ve sonuçta vergi gelirlerinden bu tür harcamaları karşılamak durumunda kalmaktadır. Bu duruma özel sağlık sisteminin en yaygın şekilde uygulandığı ABD’de 30 Temmuz 1965 tarihinde çıkarılan yasayla yürürlüğe giren, yoksullara ilişkin Medicaid ve (65 yaş üstündeki vatandaşlara yönelik) Medicare, sosyal koruma amaçlı sağlık yardımlarına örnek teşkil etmektedir.

#### **4.4.4. Kanada**

Kanada’da diğer OECD ülkeleri gibi sağlık hizmetlerinin finansmanını özel ödeyiciler hem de kamu ödeyicileri sağlamaktadır. Kanada’nın sağlık harcamaları 1980’lerde ve 1990’larda hızla artmış ve 2002 yılında GSMH’nin yüzde 10’una ulaşmıştır. Ülkede gönüllü sağlık sigortası sağlık hizmetleri finansmanının en büyük üçüncü kaynağı olmaktadır. Özel sağlık sigortasının büyük kısmı işveren kaynaklı sigortadır ve kamu sağlık güvence sistemi

tarafından dahil edilmemiş hizmetleri ve sağlık malzemelerini sağlamak için düzenlenmiştir. (Sargutan, 2010).

#### 4.5. Türkiye İçin Önerilen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası Modeli

Son yıllarda Türkiye'deki sağlık sistemindeki gelişim incelendiğinde, genel sağlık sigortasının kapsamının genişletildiği ve sağlık hizmetlerine erişimin artırıldığı görülür. Buradaki en önemli husus, yapılan kapsam değişikliği sonucunda oluşan kamu sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğinin uzun vadede sağlanabilmesidir (Akyıldız, 2010). Türkiye'de sağlık alanındaki değişiklikler (*serbest eczaneler ile ilaca erişimin sağlanması, özel hastaneler ile anlaşmaların artması, kritik-pahalı tedavilere erişimin sağlanması vb.*) ile öne çıkan resim neticesinde, genel sağlık sigortasının yaygınlaştığı görülmektedir (Ergin, 2008).

Ancak, gerek genel sağlık sigortasının kapsamının genişliği, gerek değişen demografik ve ekonomik göstergeler neticesinde mali açıdan sağlık sisteminin sürdürülebilirliğinin sağlanması için etkinlik çalışmalarına önem verildiği görülmektedir. Tasarruf çalışmalarının belirli bir düzeye ulaştığı noktada, tamamlayıcı sigorta modelinin benimsenmesi bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Böylelikle SGK primi ödeyen çalışanlar, tamamlayıcı sigorta dahilinde, tercihleri dahilinde ek alanlarda özel sigorta sahibi olabileceklerdir. Böylelikle genel sigorta sisteminin kapsamadığı alanları kapsayan ve ona tamamlayıcı nitelikte olan tamamlayıcı sigorta ile kişilerin SGK'ya ödedikleri prime ilave daha düşük primlerle özel sağlık sigortası alması söz konusu olabilecek, bu da erişimi kolaylaştıracağı için sektör hareketlenecektir (Deloitte-Yased, 2012).

Genel Sağlık Sigortası uygulamasının fiilen yürürlüğe girmesi ile beraber, Türkiye için tamamlayıcı sağlık sigortası modelinden söz edilmesi mümkün hale gelmiştir. Genel sağlık sigortasının getirdiği en önemli yeniliklerden biri çok sayıda özel sağlık sunucusunun SGK ile anlaşma yaparak sistemin içine dahil olmasıdır. Ancak bu özel kuruluşlarda SGK'nın ödediği rakamlar üzerinden en fazla yüzde 30 fark alınabilir olması, sistemin işleyişinde bazı sakıncalar ve tıkanmalara yol açmaktadır. Özel kuruluşların iddiası, kamu kuruluşları ile özel kuruluşlar arasındaki maliyet farklarının yüzde 30'un çok üzerinde olduğu yönündedir.

Genel sağlık sigortasının 2006 yılında yasalasmasından bu yana katılım oranları ile ilgili çok sayıda değişiklik yapılmış ancak her iki tarafı da memnun edecek bir yol henüz bulunamamıştır. Bu noktada özel sağlık kurumlarının talebi alınabilecek fark oranlarının serbest bırakılması yönündedir. aksi durumda bir süre sonunda hizmet sunamaz hale geleceklerini düşünmektedirler (Özşuca, 2009). Uygulamalar sırasında bazı özel kurumların sistemden çıkıp daha sonra birtakım düzeltmeler yapıldığında sisteme tekrar dahil oldukları görülmektedir. Yüzde 30 katılım kuralına uyamayan birçok özel kurumun sıklıkla ceza aldığı görülmektedir. Açığını kapatamayan kuruluşlar da, diğer işlemlerden gelirlerini arttırma çabası içine girmektedirler. Bu uygulamalar da yine SGK'ya bir ek yük olarak geri dönmekte ve sağlık giderlerini yükselten bir faktöre dönüşmektedir.

Özel sağlık kurumu sunucularında yaşanan bir diğer sorun, malzeme ve ekipman standartlarının farklılığıdır. SGK tarafından karşılanabilen malzemelerin kalite standardı, bu kurumlar tarafından düşük bulunmakta, daha kaliteli malzemeler ekstra olarak istenmekte ve hastalardan oldukça yüksek ücretler talep edilebilmektedir. Yine SGK tarafından belirlenen ilaç listeleri de uygulamada sorun yaratan konulardan biri olmaktadır (Sülkü, 2011).

SGK'na prim ödeyen ancak daha iyi hizmet almak isteyen bireyler için önlerinde iki yol bulunmaktadır; ya daha iyi hizmet için cepten ekstra ödeme yapacaklar ya da özel sağlık sigorta poliçelerine sahip olmak suretiyle yüksek standartta sağlık hizmetine kavuşabileceklerdir (Çelik, 2011). Bu noktada, özel sağlık sigortası şirketleri, GSS'nın temel teminat paketinin kapsamı dışında kalan hizmetleri içeren, katılım olan hizmetlerde teminat oranını yüzde yüze tamamlayan ya da arttıran yatarak tedavilerde, otelcilik hizmetinin standardını arttıran, öğretim üyesi muayenehanesi ya da tedavisine olanak veren, malzeme-protez kullanımında tercih imkanı veren, sevk sistemine uyulmaması durumlarında oluşan farkı üstlenen, bireysel veya kurumsal, tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerini hazırlayarak sunmalıdır.

GSS kapsamında sunulan temel teminat paketi, bu sistemi uygulamakta olan birçok ülkeye göre geniş bir çerçeve çizmektedir. Temel teminat paketi kapsamında; kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, hastalanma halinde ayakta ve yatarak tedavide gereken klinik muayeneler, laboratuvar tetkik ve tahlilleri ile diğer tanı yöntemleri, konulan teşhise dayalı olarak yapılacak tıbbi müdahale ve tedaviler, hasta takibi ve rehabilitasyon hizmetleri, organ, doku ve kök hücre nakline yönelik sağlık hizmetleri, analık nedeniyle yapılacak ayakta ve

yatarak tedaviler, tüp bebek tedavileri, ağız ve diş muayene, tetkik ve tahlilleri yer almaktadır. Bunun yanı sıra, sağlanacak sağlık hizmetleriyle ilgili teşhis ve tedavileri için gerekli olabilecek kan ve kan ürünleri, kemik iliği, aşı, ilaç, protez, ortez, tıbbi araç ve gereç, tıbbi sarf malzemelerinin tedariki de temel teminat paketi kapsamı içerisinde tanımlanmıştır (Özbolet, 2011).

Bu geniş kapsamın olması tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerinin, tam kapsamlı sağlık poliçelerine göre çok daha ekonomik olmalarını sağlayacaktır. Zira, özel sağlık sigortaları primlendirme esaslarında en önemli kısım, GSS kapsamında temel teminat paketi içerisinde yer alan kısımdır (Şakar, 2011). Buradaki harcamalar kamu tarafından sunulan sosyal sigorta yoluyla karşılanacağından, özel sigorta şirketleri tamamlayıcı sigorta primlerini toplumun çok geniş bir kesimini kapsayacak boyutlara çekebileceklerdir.

Kişiler, sağlık kurumuna başvurduklarında GSS numaraları ile birlikte, sahip oldukları taktirde, özel sağlık sigortası bilgilerini de kuruluştaki yetkililere vermelidir. Ödeme aşamasında ilk olarak kişinin GSS devreye girmeli, katılım gerektiren hizmetler ve kişilerin seçeneklerinden dolayı oluşan harcamalarında tamamlayıcı sağlık sigortasına dönülmelidir (Özbolet, 2011).

Sağlık kurumlarının GSS ile anlaşma yapmaları ve sistemin işleyişi, buna bağlı olarak tamamlayıcı sağlık sigortasının devreye girmesi üç şekilde olabilir (Yıldırım, 2012);

- Kişi, GSS fiyatları ile sözleşmeli olarak çalışan sağlık kuruluşlarında, kapsam dışında kalan ve katılım payı olan durumlar hariç fark ödemeksizin sağlık hizmeti alabilmelidir. Sağlık kuruluşu, hizmet sonrası faturanın büyük bölümünü GSS'na, aradaki farkı hastaya kesecektir.
- Verilen hizmet kalitesi, maliyet gibi koşullardan dolayı, GSS fiyatları üzerinde çalışan ve hastadan fark alan sözleşmeli hastanelerde ise, birey, seçimine bağlı olarak hizmet alabilecektir. Hastane hizmetin belirgin bir kısmını GSS'na, aradaki farkı ve katılım paylarını hastaya ya da özel sağlık sigortasına fatura etmelidir. Bu durumda, hastanelerin sınıflandırılmasıyla oluşacak fiyat farkına göre, tamamlayıcı sağlık sigortası devreye girmelidir. En yaygın kullanım alanı bu şekilde yer alabilecektir.

- İlk iki seçenekte sağlık kurumlarının GSS ile sözleşmesi bulunmakta ve sözleşme geri ödeme sözleşmesi niteliğinde olmaktadır. Burada, sağlık kurumu, hizmetin GSS tutarı kadar kısmını tahsil etme sürecini üstlenmektedir.
- Üçüncü seçenekte ise GSS ile sağlık kurumu arasında ödeme sözleşmesinin olmadığı durumdur. Dolayısıyla hasta, ödemenin tümünü sağlık kurumuna yaparak GSS tutarının tahsil edilmesi yükümlülüğünü kendi üzerine almaktadır. Bu seçenekte, kişinin yaşayacağı idari prosedür nedeniyle, hastalar tarafından yaygın bir kullanım ve bu kapsamda çalışan yaygın sağlık kurumu beklenmemektedir. Aynı şekilde tamamlayıcı sağlık sigortasının bu seçenekte üst düzeyde fayda sağlaması beklenmektedir.

GSS'nın uygulama sürecinde, temel teminat paketinin belirlenmesi titizlikle yapılmalı, daha sonrasında uygulanabilir bir tamamlayıcı sağlık sigortasının yaşama geçirilmesine olanak sağlanmalıdır. Bu şekilde, uzun yıllardır beklenen genel sağlık sigortası sisteminin sürdürülebilir bir finansman altyapısı ile yaşama geçirilmesi sağlanmış olacaktır (Tuncay ve Ekmekçi, 2009).

#### **4.6. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasında Fiyatlandırma**

Tamamlayıcı sağlık sigortası diğer özel sağlık sigorta poliçelerine göre daha düşük fiyatlara sahip olmalıdır. Bu görüşü destekleyen unsurlar ise şunlardır (Akyıldız, 2010);

- *Genel sağlık sigortasında verilen temel teminat paketinin kapsamı;* Temel teminat paketinin kapsamı genişlediğinden, tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsam alanı daralıp, fiyatları da düşük olacaktır. Halen uygulanmakta olan GSS uygulamalarında, temel teminat paketi kapsamı oldukça geniş tutulmuştur. Hatta bu sistemi uygulamakta olan ülkelerle karşılaştırıldığında, en geniş temel teminat paketinin ülkemizde uygulandığı söylenebilir.
- *SGK'nın, sağlık hizmeti sunan kurumlara ödeyeceği rakam;* Sağlık hizmeti sunan kurumların cari ücretleriyle, GSS'nin ödediği rakam arasındaki fark tamamlayıcı sağlık sigortasının mali yükünü oluşturacağı için özel sağlık sigortasına göre daha az bir mali sorumluluk ve prim olacaktır. Bu konuda belirli zaman aralıklarında çıkarılan tebliğlerde sağlık hizmeti sunan sunucuların alacakları fark oranları sürekli değişmektedir.

- *Hizmet sunan kurumların fiyatları;* Tamamlayıcı sağlık sigortası poliçeleri hizmet sunan kurumların cari ücretleriyle, GSS'nın ödediği rakam arasında oluşan farkı ödeyeceği için, kurumların cari fiyatlarının yüksekliği tamamlayıcı sağlık sigortası fiyatlarını önemli ölçüde etkileyecektir.
- *Tamamlayıcı sağlık sigortasının kapsamı;* Sigorta şirketleri tamamlayıcı sağlık sigortası poliçelerinin kapsamlarını kendi pazarlama stratejilerine uygun olarak tespit edecek, dolayısıyla buradaki teminat kapsamı arttıkça fiyatlar da artacaktır.
- *Tamamlayıcı sağlık sigortası için potansiyel portföyün sayısı ve yaş dağılımı;* Sigorta sistemlerindeki fiyatlandırmada, sigortacılığın önemli ilkelerinden biri olan, sigortalı sayısı ve bu sigortalıların yaş dağılımları önemlidir. Halen ülkemizdeki özel sağlık sigortası sahiplerinin toplam sayısı yetersiz olduğundan, risk yeterince dağıtılmadığı için poliçe fiyatları yüksektir. Tamamlayıcı sağlık sigortası modeli ile sigortalanan kişi sayısı arttıkça poliçe fiyatlarının da düşmesi o oranda mümkün olacaktır.
- *Tamamlayıcı sağlık sigortasının hem kamu hastanelerinde hem de özel sağlık sunucularında kullanılacak olması;* Tamamlayıcı sağlık sigortası fiyat hesaplaması özel sağlık sigortası poliçesi fiyat hesaplamasına göre daha karışık olacaktır. Bunun nedeni, kamu hastanelerinde fiyatların düşük olmasıdır. Özel hizmet sunucularında ise serbest tarife nedeniyle fiyat yüksektir. Tamamlayıcı sağlık sigortası primine esas olan tutar geniş bir yelpaze için geçerli olacaktır.

#### **4.7. Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının Fırsat ve Tehditleri**

Yaşama geçirilen GSS uygulamasının daha sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi için tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin de devrede olması önem kazanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası sayesinde oluşabilecek fırsatlar şu şekilde değerlendirilebilir (Tuncay ve Ekmekçi, 2011);

- Genel sağlık sigortasına geçilmesi ile tüm vatandaşların temel teminat paketi güvencesine sahip olması, tüm kamu sağlık sunucularını ve anlaşma yapılan özel sağlık sunucularını kullanabilmesi devlet için maliyet artışına yol açmaktadır. Kurulacak bir tamamlayıcı sağlık sigortası sistemi ile bu artışın bir bölümü özel sektör ile paylaşılabilir. Temel teminat paketinin belirli bir sınırdan tutulması ya da özel hizmet sunucularıyla yapılacak anlaşmalarda daha düşük standartların belirlenmesi

kamu üzerindeki maliyet baskısını azaltacaktır. Aradaki farklar tamamlayıcı sağlık sigortası ile karşılanabilecektir.

- Sağlık hizmetinin kalitesi üzerinde fiyat nedeniyle oluşacak baskılar azalacaktır. Sağlık hizmeti sunucuları belirlenen standarda kadar olan kısım ödemelerini kamudan, standart üstü ödemeleri özel sigorta şirketlerden tahsil edeceklerinden hizmet kalitesi ile ilgili yaşanabilecek sorunlar önlenmiş olacaktır.
- Hizmet alan kişilerin hekimini ve hastanesini seçme konusunda sınırları genişleyecektir. Böylece hekim ve hastaneler üzerinde yoğunluk azalacak, uzun muayene kuyrukları ve hastanelerdeki yığılmalar azalacaktır.
- Ödemelerin tümü provizyon sürecine dayalı olarak yapılacağından geniş bir denetim sağlanacaktır. Oluşabilecek suiistimaller ve maliyet artışları engellenebilecektir. Hem kamu hem de özel sektör tarafından provizyon sistemine dayalı kontroller yapılabilecektir.
- Hizmet sunucu sağlık kurumlarında kapasite kullanımını arttırarak maliyet avantajı sağlanacaktır. Hâlihazırda çok yüksek kapasite ile çalışan sağlık kurumları olduğu gibi kapasitenin çok altında hizmet veren kurumlar da bulunmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortalarının yaygınlaşması ile bu sorun çözümlenebilir.
- Özel sağlık sigortaları, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşacak, ülkede sigorta sektörünün gelişimine katkı sağlanacaktır. Bugün için nüfusun sadece yüzde 2'sini kapsayan özel sağlık sigortacılığı bu sayede çok daha geniş bir kapsama alanına ulaşabilecektir.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası ile kurumsal poliçelerde daha geniş kapsamlı ürünler ve daha ekonomik fiyatlarla daha geniş bir çalışan kitlesine ulaşılacaktır. Sonucunda, daha büyük bir kesimde çalışan memnuniyetinin ve kuruma bağlılığının artması sağlanarak çalışma hayatına olumlu etki yaratacaktır.
- Tamamlayıcı sağlık sigortası ile vatandaşların kolay erişebileceği nitelikli sağlık hizmeti seçenekleri artacaktır.
- Kayıt dışı sağlık harcamaları azaltılarak vergilendirilme sağlanacaktır. Kamu ve özel sağlık denetimlerine tabi bir sistem kurulacağından sağlık alanında yaşanabilecek vergi kayıpları minimum düzeye inebilir.
- Artan rekabet, hizmet kalitesini yükseltecek ve kamu harcamalarını rasyonalize edecektir.

- Özel-kamu sağlık sekt6ru arası risk paylaşımının olumlu etkilenmesi ile hizmet sunuculara yeni kaynaklar oluşturarak sağlık alanında 6nemli ilerlemeler kaydedilecektir.

Bu fırsatların yanı sıra, tamamlayıcı sağlık sigortasını bekleyen bazı tehditler de bulunmaktadır:

- Sosyal devlet kavramının temel teminat paketi dışında, tamamlayıcı sağlık sigortası içine de taşınmak istenmesi,
- Temel teminat paketi 6zerinde kalan kısım için alternatif planlar hazırlanarak GSS içinde tamamlayıcı sağlık sigortası hizmetinin verilmesi konusunda kamusal baskı oluşturulması,
- 6zel sigorta şirketlerinin 6ncelikle yaşayabilecekleri fiyatlandırma sorununu çözmeden, çok değişkenli, çok alternatifli planlara y6nelerek hata paylarını y6kseltmeleri olarak ele alınabilir.

Neticede, tamamlayıcı sağlık sigortası 6lkemizde, genel sağlık sigortasından sonra, destekleyici unsurları ile bireylerin sağlık konumuna katkıda bulunabilecek 6nemli bir araç olacaktır.

## V. MATERYAL VE YÖNTEM

### 5.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastaların sosyo demografik özelliklerinin, sağlık sorunlarının ve sağlık harcamalarının belirlenmesi ile tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açılarının tespit edilmesidir.

### 5.2. Problem Cümlesi

“Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastalar tamamlayıcı sağlık sigortasının farkındalar mı, tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında ne düşünüyorlar ve sosyo-demografik özelliklerine göre düşüncelerinde farklılık var mı?” soruları bu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır.

### 5.3. Kısıtlıklar

Bu araştırma sadece Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine Başvuran Hastalar için yapıldığından, araştırma sonuçlarının genellemesi olası değildir. Anket çalışması 15 Nisan 2014 ile 05 Mayıs 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 5.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Ankara’da Bir Vakıf Üniversitesine Bağlı Semt Polikliniğine 1 ayda başvuran ortalama 1000 hasta oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında %95 güven seviyesi ve %5 kabul edilebilir hata payı ile 278 hasta örneklem olarak belirlenmiştir. Bu 278 kişi rastgele seçilerek araştırmaya dâhil edilmiştir.

## 5.5. Veri Toplama Aracı

Veri toplamak için Sigorta Şirketi anketleri derlenerek oluşturulan anket kullanılmıştır. ( Ek – 1) Hazırlanan anket temel olarak üç bölümden oluşmuştur. Bu bölümler;

- a) Demografik Özellikler
- b) Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmeti Kullanımları
- c) Özel Sağlık Sigortası Kullanımları

**Bölüm 1.** Semt Polikliniğine başvuran hastaların cinsiyetleri, yaşları, eğitim düzeyleri ( 18 yaş ve üzeri grubun) ile ilgili bilgilerin elde edilmesi.

**Bölüm 2.** Semt Polikliniğine başvuran hastaların kronik hastalığı olup olmadığı, kronik hastalıklarının neler olduğu, sürekli kullandığı ilacının bulunup bulunmadığı, sosyal güvenliklerini kimlerin sağladığı, sağlık yardımına ihtiyaçları olduğunda ilk başvurdukları hastane, son bir yıl içinde yaptıkları sağlık harcamaları, son bir yıl içinde hastaneye gitme sayıları ile ilgili bilgilerin elde edilmesi.

**Bölüm 3.** Semt Polikliniğine başvuran hastaların özel sağlık sigortası yaptırma nedenleri, Özel sağlık sigortası yaptırmama nedenleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına yaklaşımları, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgilerinin olup olmadığı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında bilgi düzeyleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının kapsamı hakkında bilgi düzeyleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasını yaptırmayı düşünüp düşünmedikleri, Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmayı düşündüklerinde aylık ayırabilecekleri bütçe ile ilgili bilgiler elde edilmiştir.

## 5.6. Verilerin Analizi

Toplanan veriler SPSS 18.0 paket programı kullanılarak bilgisayara girilmiş ve tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir.

## VI. BULGULAR

### 6.1.Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan 278 kişinin yaşları 18 ile 81 arasında değişmekte olup, ortalaması 45 yıldır (SS= $\pm$ 14,29). Tablo 1’de araştırmaya katılan kişilerin cinsiyetlerine göre dağılımları gösterilmektedir.

**Tablo 1. Araştırmaya Katılanların Cinsiyete Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Kadın	171	61,5
Erkek	107	38,5
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de araştırmaya katılan kişilerin eğitimine göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 12’si İlköğretim, 7’si Ortaöğretim, 52’si Lise, 44’ü Yüksekokul, 116’sı Fakülte ve 47 kişi ise Yüksek Lisans ve Üstü eğitim görmüşlerdir.

**Tablo 2. Araştırmaya Katılanların Eğitime Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
İlköğretim	12	4,3
Ortaöğretim	7	2,5
Lise	52	18,7
Yüksekokul	44	15,8
Fakülte	116	41,7
Yüksek lisans Ve Üstü	47	16,9
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

## 6.2.Katılımcıların Sağlık Durumları ve Sağlık Hizmeti Kullanımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 3’de araştırmaya katılan kişilerin kronik hastalıklarına göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 110’unda kronik bir rahatsızlık mevcut iken 168 kişi de kronik bir rahatsızlık yoktur.

**Tablo 3. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalığı Olup Olmadığına Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	112	39,6
Hayır	166	60,4
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4’de kronik hastalığı olan 112 kişinin kronik hastalıklarına göre dağılımı gösterilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi en sık karşılaşılan kronik hastalıklar diyabet, hipertansiyon ve tiroittir.

**Tablo 4. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalıklarına Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Akciğer Deformasyonu	1	1,0
Alerji	3	3,0
Astım	5	4,0
Beyin Tümörü	1	1,0
Böbrek Yetmezliği	1	1,0
Diyabet	25	22,0
Kansızlık	2	2,0
Göz Tansiyonu	2	2,0
Hormonal Düzensizlik	1	1,0
Kalp Yetmezliği	11	10,0
Kanser	2	2,0
Karaciğer Nakli	1	1,0
Kolesterol	3	3,0
Ülser	1	1,0
Romatizma	1	1,0
Sedef	3	3,0
Tiroit	24	21,0
Hipertansiyon	25	22,0
<b>Toplam</b>	<b>112</b>	<b>1,00</b>

Tablo 5’de araştırmaya katılan kişilerin s¼rekli kullandıkları ilaçlarının olup olmadığına g¼re dağılımları g¼sterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 115’inin s¼rekli kullandığı bir ilacı varken 163 kişi de s¼rekli kullandıkları ilaçlarının olmadığını söylemiştir.

**Tablo 5. Araştırmaya Katılanların S¼rekli Kullanılan İlaça G¼re Dağılımı**

	Sayı	Y¼zde
Evet	115	41,4
Hayır	163	58,6
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 6’da araştırmaya katılan kişilerin sosyal g¼venliklerine g¼re dağılımları g¼sterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 217’si sosyal g¼venliğini kendi sağlarken, 23 kişi anne ve babasının, 38 kişi de eşinin sosyal g¼venliğinden yararlandığını söylemiştir.

**Tablo 6. Araştırmaya Katılanların Sosyal G¼venliklerine G¼re Dağılımı**

	Sayı	Y¼zde
Kendi	217	78,1
Anne Baba	23	8,3
Eş	38	13,7
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 7’da araştırmaya katılan kişilerin ilk başvurulan hastaneye g¼re dağılımları g¼sterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 182’si niversite Hastanelerini, 26 kişi Devlet Hastanelerini, 49 kişi zel Hastaneleri, 12 kişi Semt Polikliniklerini ve 9 kişi de Aile Hekimliklerini sağlık ihtiyaçı olduğunda ilk başvurulan yer olarak tercih ettiklerini söylemişlerdir.

**Tablo 7. Araştırmaya Katılanların İlk Başvuru Yaptıkları Hastaneye G¼re Dağılımı**

	Sayı	Y¼zde
Üniversite Hastaneleri	182	65,5
Devlet Hastanesi	26	9,4
Özel Hastane	49	17,6
Semt Polikliniği	12	4,3
Aile Hekimliği	9	3,2
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 8’da araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içinde yaptıkları sağlık harcamalarına göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden, 90 kişi 0-200 TL arasında, 81 kişi 201-500 TL arasında, 42 kişi 501-700 TL arasında, 30 kişi 701-1500 TL arasında, 35 kişi de 1500 TL arasında yıllık sağlık harcaması yaptığını söylemişlerdir.

**Tablo 8. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Yaptıkları Sağlık Harcamalarına Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
0-200 TL	90	32,4
201-500 TL	81	29,1
501-700 TL	42	15,1
701-1500 TL	30	10,8
1500 TL st	35	12,6
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 9’da araştırmaya katılan kişilerin son bir yıl içinde sağlık hizmeti kullanma sıklıklarına göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 211 kişi son 1 yılda 1-5 kez arasında hastaneye gittiklerini, 36 kişi 6-10 kez arasında hastaneye gittiklerini, 31 kişi ise 10 ve daha fazla kez hastaneye giderek sağlık hizmeti aldıklarını belirtmiştir.

**Tablo 9. Araştırmaya Katılanların Son Bir Yıl İçinde Hastaneye Gitme Sayılarına Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
1-5	211	75,9
6-10 kez	36	12,9
>10 kez	31	11,2
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

### **6.3.Katılımcıların zel Sağlık Sigortası Kullanımlarına İlişkin Bulgular**

Araştırmaya katılan 278 kişiden 49 kişinin özel sağlık sigortası bulunmaktadır. Özel sağlık sigortası yaptıran kişilerin özel sağlık sigortası yaptıрма nedenlerine göre dağılımları Tablo 10’da gösterilmektedir.

**Tablo 10. Araştırmaya Katılan Kişilerin Özel Sağlık Sigortası Yaptırma Nedenlerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Özel Sigortamla özel sağlık kuruluşlarından faydalanarak daha kaliteli bir hizmet aldığım için	13	4,7
Sağlığıma yapmış olduğum bir yatırım olarak düşündüğüm için	20	7,2
Sürekli kullanmam gereken bir ilaç ve sürekli hekim kontrolünde olmam gerektiği için	0	
Çevremden duyduğum için	3	1,1
Bağlık olunan sosyal güvenlik kurumunun sağladığı sağlık hizmetlerini yetersiz bulmam	8	2,9
Ani olarak ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı önceden önlem almak	6	2,2

\*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam 49'dan büyüktür.

Araştırmaya katılan 278 kişiden 229 kişi Tablo 11'de açıklanan nedenlerden dolayı özel sağlık sigortası yaptırmadıklarını beyan etmişlerdir.

**Tablo 11. Araştırmaya Katılanların Özel sağlık sigortası yaptırmama nedenlerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Primlerin çok pahalı olması nedeniyle	63	22,7
Devletin sağlamış olduğu sigorta beni yeterince tatmin etmesi nedeniyle	140	50,4
Özel Sağlık Sigortası şirketlerinin anlaşmalı olduğu kurumların yeterince güvenilir ve kaliteli olmaması nedeniyle	14	5,0
Özel sigorta şirketlerine gittiğimde yeterince bilgi alamamam ve beklediğim ilgiyi görmemem nedeniyle	18	6,5
Çevremden çok şikayet duymam nedeniyle	3	1,1

\*Birden fazla seçenek işaretlenebildiği için toplam 229'dan büyüktür.

#### **6.4.Katılımcıların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Yaklaşımlarına Yönelik Bulgular**

Tablo 12'de araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkındaki bilgilerinin olup olmadığına göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 83 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında bilgisinin olduğunu söylerken, 195 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında hiç bilgisinin olmadığını söylemiştir.

**Tablo 12. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Bilgilerinin Olup Olmadığına Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	83	29,9
Hayır	195	70,1
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 13’de araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkındaki bilgi düzeylerine göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 30 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında çok az bilgisinin olduğunu, 34 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında yeterince bilgisinin olduğunu, 6 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında oldukça fazla bilgisinin olduğunu, 13 kişi konuyu tamamen bildiğini ve 195 kişi ise konu hakkında hiç fikirlerinin olmadığını söylemişlerdir.

**Tablo 13. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Çok Az Bilgim Var	30	10,8
Yeterince Bilgim Var	34	12,2
Oldukça Fazla Bilgim Var	6	2,2
Konuyu Tamamen Biliyorum	13	4,7
Fikrim Yok	195	70,1
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 14’de araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortasının Kapsamı hakkındaki bilgilerinin olup olmadığına göre dağılımları gösterilmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortası hakkında bilgi sahibi olan 83 kişiden 55 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası kapsamı hakkında bilgisinin olduğunu söylerken, 28 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası kapsamı hakkında hiç bilgisinin olmadığını söylemiştir. 195 kişi ise bu soruya cevap vermemiştir.

**Tablo 14. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Kapsamı Hakkında Bilgi Düzeylerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	55	19,3
Hayır	28	10,5
Cevap Vermeyen	195	70,2
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 15’de araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortasının yaptırmayı düşünüp düşünmediklerine göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 53 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası yaptırmayı düşündüğünü söylerken, 225 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünmediğini söylemiştir.

**Tablo 15. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Yaptırmayı Düşünüp Düşünmediklerine Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
Evet	53	19,1
Hayır	225	80,9
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

Tablo 16’de araştırmaya katılan kişilerin Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortasını yaptırdıkları durumda aylık bütçelerinden ayırabilecekleri miktara göre dağılımları gösterilmektedir. Araştırmaya katılan 278 kişiden 226 kişi Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası yaptırmayı düşündüğünde aylık 0-200 TL, 40 kişi 201-400 TL ve 1 kişi de 801-1000 TL aylık bütçesinden ayırabileceğini söylemiştir.

**Tablo 16. Araştırmaya Katılanların Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası Yaptırđı Durumda Aylık Bütçelerinden Ayırabilecekleri Tutarlara Göre Dağılımı**

	Sayı	Yüzde
0-200 TL	226	81,3
201-400 TL	40	14,4
401-600 TL	11	4,0
801-1000 TL	1	,4
<b>Toplam</b>	<b>278</b>	<b>100,0</b>

## VII. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının gelişimi ve uygulaması, Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortası arasındaki farklar ve ilişkileri “hastaneye başvuran hastaların Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına bakış açıları” anket yöntemi ile araştırılarak, açıklanmaya çalışılmıştır.

Çalışma tanımlayıcı türde bir saha çalışmasıdır. Çalışmanın evrenini Ankara’da bir vakıf üniversitesine bağlı semt polikliniğine 1 ayda başvuran ortalama 1000 hasta oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme ise 278 hasta olarak belirlenmiş ve bu hastalar rastgele seçilmiştir.

Çalışmanın kavramsal çerçevesi doğrultusunda bulgular SPSS paket programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Bazı kısıtlıklarına rağmen, Ankara’da bir vakıf üniversitesine bağlı semt polikliniğine yapılan bu çalışma, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının sosya-demografik özelliklerle ilişkisinin yanı sıra Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına Türkiye’deki hastaların bakış açılarını ortaya koymaktadır.

Çalışmaya katılan 278 kişinin yaş ortalaması 45 olup, % 61,5’i kadın, % 38,5’i erkektir. Ayrıca %41,7’si fakülte, %16,9’u ise yüksek lisans ve üzeri eğitim almış kimselerdir. Araştırmaya katılanlardan %60,4’ünün kronik bir rahatsızlığı bulunmazken, %41,4’ünün sürekli kullandıkları ilaçları vardır. Katılımcılardan %78,1’i sosyal güvenliklerini kendileri sağlamaktadır. %65,5’i sağlık hizmeti almak için ilk başvuru yaptıkları yerin üniversite hastanesi olduğunu söylemişlerdir. Çalışmaya katılanlardan %32’si son bir yıl içinde 0-200 TL arasında sağlık harcaması yaptıklarını, %72,3’ü 1 ile 5 kez arasında sağlık kuruluşuna başvurduklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılanlardan %70,1’i Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında hiç bilgilerinin olmadığını söylerken, %80,9’u Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünmediklerini söylemişlerdir. Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünen kesim ise aylık prim olarak %81,3 oranında 0-200 TL ödeyebileceklerini belirtmişlerdir.

Anket çalışmasına katılan 278 kişiden %41,7'si fakülte, %16,9'u ise yüksek lisans ve üzeri eğitim almış kimselerdir. Eğitim durumunun bu kadar yüksek olmasına rağmen Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmak istemeyen kişi sayısı da aynı oranda yüksektir. Bu da göstermektedir ki, gerek sigorta şirketlerine duyulan güven gerekse yeterince reklam yapılmadığından dolayı bilgi sahibi olan ve araştıran insan sayısı azdır.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yapan şirketler kronik rahatsızlıkları teminat dışında bıraktıklarından dolayı, Tamamlayıcı Sağlık Sigortasına olan ilgide düşmüş durumdadır. Yapılan çalışmada %39,6 oranında kişilerin kronik rahatsızlıkları bulunmaktadır. Sigorta şirketleri tarafından sadece kanserin kronik rahatsızlık olarak tanımlanması ve diğer hastalıkların sigorta kapsamı içine alınması halinde çok kişinin tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmaya düşüncesi olabilir.

Araştırmaya katılanlardan %78,1'i sosyal güvenliklerini kendileri karşılamaktadır. Sağlıkta tasarruf çalışmalarının belirli bir düzeye ulaştığı noktada, tamamlayıcı sigorta modellerinin benimsenmesi bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Böylelikle SGK primi ödeyen çalışanlar, tamamlayıcı sigorta dahilinde, tercihleri dahilinde ek alanlarda özel sigorta sahibi olabileceklerdir. Böylelikle genel sigorta sisteminin kapsamadığı alanları kapsayan ve ona tamamlayıcı nitelikte olan tamamlayıcı sigorta ile kişilerin SGK'na ödedikleri prime ilave daha düşük primlerle özel sağlık sigortası alması söz konusu olabilecek, bu da erişimi kolaylaştıracağı için sektör hareketlenecektir.

Genel Sağlık Sigortası uygulamasının fiilen yürürlüğe girmesi ile beraber, Türkiye için tamamlayıcı sağlık sigortası modelinden söz edilmesi mümkün hale gelmiştir. Genel sağlık sigortasının getirdiği en önemli yeniliklerden biri çok sayıda özel sağlık sunucusunun SGK ile anlaşma yaparak sistemin içine dahil olmasıdır. Araştırmaya katılan 278 kişiden %65,5'i sağlık ihtiyaçları olduğunda ilk olarak üniversite hastanelerine başvurduklarını söylemişlerdir. %17,6'sı ise özel hastanelerden yararlandıklarını beyan etmişlerdir. Tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin vatandaşlara daha iyi anlatılması ve özel hastane ile SGK arasında yapılacak anlaşmaların kapsamı artırılarak tamamlayıcı sağlık sigortasına olan rağbetin artırılacağı düşünülebilir.

SGK'na prim ödeyen ancak daha iyi hizmet almak isteyen bireyler ceplerinden ekstra ödeme yaparak özel hastanelerden yararlanmaktadırlar. Yapılan çalışmada %29,1'i 201-

500 TL, %15,1'i 501-700 TL, %10,8'i 701-1500 TL, %12,6'sı da 1500 TL ve üzeri yıllık sağlık harcaması yaptıklarını beyan etmişlerdir. Tamamlayıcı Sağlık Sigorta sisteminin kapsamlarının genişletilmesi halinde bu kadar yüksek sağlık harcaması yapan kişilerin Tamamlayıcı sağlık sigorta sistemine alınması hem vatandaşlarımızın daha az harcama yapmasına hem de sigorta sektörünün canlanmasına yardımcı olabilir.

Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının ülkemizde, genel sağlık sigortasından sonra destekleyici unsurları ile bireylerin sağlık konumuna katkıda bulunabilecek önemli bir araç olduğu, sigorta şirketleri ve devlet tarafından daha anlaşılır ve açık bir şekilde vatandaşlara anlatılmalıdır. Yapılan anket çalışmasında özel sağlık sigortası yaptırmayı düşünmeyenlerin % 6,5'lik bir bölümü "Özel sigorta şirketlerine gittiklerinde yeterince bilgi alamamaktan ve beklediği ilgiyi görememekten" şikayet etmişlerdir.

Vatandaşların özel sağlık sigortası hakkında yeterince bilgisi olmadığından ve özel sigorta şirketlerinin sigorta yaptırmadan önce verdiği vaatlerin, sağlık problemleri yaşandığı zaman yerine getirilmeyeceğinden duyulan endişe neticesinde % 50,4'lük bir kesim "Devletin sağlamış olduğu sigortanın kendilerini tatmin etmiş olduğunu" belirtmişlerdir. % 22,7'lik kısmı ise özel sağlık sigortası yaptırmama nedenlerini "Primlerin çok pahalı olması" olarak beyan etmişlerdir.

Ne yazık ki, "gençliğimde param yoktu, şimdi param var ama kronik hastalıklarımın ve yaşımın dolayısıyla Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının kapsamı dışında kalıyorum ya da çok pahalı prim ödemeleri yapmam isteniyor" diyen bir kesimde cebinden sağlık harcaması yaparak özel sağlık poliklinikleri kullanarak sağlık hizmetinden yararlanıyorlar.

Özel Sağlık Sigortaları, daha ekonomik ve daha geniş bir yelpazede alternatif planları kapsayan özel anlaşmalarla ürün çeşitliliği yoluyla daha geniş kitlelere ulaşarak, ülkede sigorta sektörünün gelişimine katkı sağlayacaktır. Yapılan çalışmada özel sağlık sigortası ve Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünen kesim %19,1'dir. Bunun yanında % 80,9'luk bir kesim ise ne yazık ki Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünmemektir. Özel sigorta şirketlerinin sigorta teminatlarını daha geniş tutmaları halinde çoğu kişi Tamamlayıcı sağlık sigortasına yönlenebilir.

Araştırmaya katılan 278 kişiden %70,1'i Tamamlayıcı Sağlık Sigortası hakkında hiç bilgilerinin olmadığını, böyle bir sigortanın varlığından tamamen habersiz olduklarını beyan etmişlerdir. Ne yazık ki Tamamlayıcı Sağlık Sigortasının içeriği Türkiye'de tam olarak anlatılamamış ve gerekli kesime ulaşılamamıştır. Ankete katılan kişilerin çoğu tamamlayıcı sağlık sigortasını Bireysel Emeklilik Sistemi ile karıştırmışlardır.

Türkiye'de devletin üzerindeki sağlık yükü yine devletin desteği ile hafifleyebilir. Vatandaşlar özel sağlık sigortası sektörüne güvenmedikleri için Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünmüyorlar. Ama devlet denetiminde Özel Sağlık Sigorta sektörü sıkı bir denetim ve haksızlıklarda yaptırım yoluna gidilirse çoğu insan Tamamlayıcı Sağlık Sigortası yaptırabilir.

Tamamlayıcı sağlık sigortası özel sigortanın bir koludur. Primleri özel sigortadan daha az olması beklense de Türkiye'de genel sağlık sigorta primini devletin karşıladığı yoksul bir kesim var. Eğer bu yoksul kesim de tamamlayıcı sağlık sigortası kapsamına alınacaksa, devlet özel sigorta şirketleri ile primleri devletin karşılayacağı bir anlaşma yapabilir ya da devlet kar amacı gütmeyen kendi bünyesinde bir sigorta şirketi kurabilir.

Sonuç olarak yaşama geçirilen Genel Sağlık Sigortası uygulamasının daha sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi için tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin de devrede olması önem kazanmıştır. Tamamlayıcı sağlık sigorta sisteminin kapsamının genişletilmesi, devletin özel sigorta şirketlerini ciddi anlamda denetlemesi ve yanlış işlemlerde yaptırım uygulaması, insanlara tamamlayıcı sağlık sigortasının içeriğinin ve sağladığı faydaların tam ve açık bir şekilde anlatılması, yeni işe başlayacak kişilerin kesinti primlerine çok az bir prim ilavesi yapılarak tamamlayıcı sağlık sigortasının zorunlu hale getirilmesi tamamlayıcı sağlık sigortasının sağlık sistemine etkin bir şekilde katkıda bulunacağını düşünülebilir.

## KAYNAKÇA

- Akgül, A. 2003. *Genel Sağlık Sigortası*. Ankara: Türkiye İsrافی Önleme Vakfı Yayınları.
- Aktulay, G. 2004. *Sağlıklı Bir Gelecek: Sağlık Reformu Yolunda Uygulanabilir Çözüm Önerileri*. Ankara: TÜSİAD Yayınları.
- Akyıldız, H. 2010. *Sosyal Güvenlik Reformuyla Ulaştığı Son Şekliyle Sosyal Güvenlik Hukuku*. Ankara: Alter Yayıncılık.
- Alper, Y. 1997. *Türkiye’de Sosyal Güvenlik ve Sosyal Sigortalar*. Bursa: Alfa Basım.
- Alper, Y. 2007. *Sağlık Sigortası: Temel Esas ve Yenilikler*. ASOMEDYA. Ankara: Ankara Sanayi Odası Yayını.
- Arın, T. 2004. Refah Devleti: Sosyal Güvenliğin Yoksulluğu. (Ed.). N. Balkan ve S. Savran. *Neoliberalizmin Tahribatı 2*. (68-73). İstanbul: Metis Yayınları.
- Ataay, F. 2008. Sağlık Reformu ve Yurttaşlık Hakları. *Amme İdaresi Dergisi*. 41 (3):169-184.
- Babaoğlu, A. 1993. *Sağlık Sigortaları ve Sağlık Sigortacılığı*. İstanbul: Kaynak Yayınları.
- Bass, E.A. 2003. Health Insurance Coverage in America: Are Immigrants Different? *ERIU Working Paper* 54.
- Biçerli, K. 2007. *Çalışma Ekonomisi*, İstanbul: Beta Basım Yayım.
- Bölükbaşı, A. ve Pamukçu, B. 2008. *Sigortacılıkta Risk Yönetimi*. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Busse, R. and Riesberg. 2004. Health Care Systems in Transition: Germany. *The European Observatory on Health Systems and Policies*. 6 (9):1-227.
- Clarke, E. and Bidgood, E. 2012. *Healthcare Systems: Germany*. CIVITAS.
- Çelik, Y. 2011. *Sağlık Ekonomisi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çetin, R. 2007. “İngiltere, Almanya ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Sistemleri ve Sağlık Reformları” *Emek Dünyası*, 2007, 3-11.
- Deloitte-Yased, 2012. *Türkiye Sağlık Sektörü Raporu* //www.deloitte.com/assets/Dcom-Turkey/Local%20Content/Articles/YASED\_T%3%BCrkiye%20Sa%4%9F1%4%B1k%20Sekt%3%B6r%3%BC%20Raporu.pdf (15.05.2014)
- DPT. 2007. *9. Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013)*. Ankara: Sosyal Güvenlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu.
- Duygulu, E. ve Pehlivan P. 2004. *Sosyal Güvenlik Kurumlarının Kaynak Sorunları ve Çözüm Önerileri*, Ankara: Maliye Hesap Uzmanları Vakfı Yayınları.
- Egeli, H. 2009. *Parafiskalite ve Parafiskal Kurumlar*. İzmir: Altın Nokta Basım Yayın.

- Ekener, H. 1995. *Sigortacılıkta Tıp*. İstanbul: General Sigorta Yayınları.
- Ergin, H. 2008. *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ve Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Ertaş, B. (2007). “Türkiye’de Sağlık Sigorta Sistemlerinin Uyumlaştırılması” Akademik Index işlemleri, <http://www.hastaneyonetimi.net/index.php/indexteyayinlar/item/245-tuerkiye-de-saglik-sigorta-sistemlerinin-uyumlastirilmesi> (14.05.2014)
- Gençler, A. 1999. *Sosyal Politika Açısından İş ve Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Türk Dünyası Araştırmaları Vakfı.
- Gökbunar, A.R. ve Koç, Ö.E. 2009. Demografik Değişimlerin Sosyal Güvenlik Kurumlarına etkisi ve Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının Mali Yapısının Analizi. *Sosyal Bilimler*. 7 (1):15-34.
- Grosse, S. and Figueras, J. 2004. *Snapshots of Health Systems*. Copenhagen: WHO.
- Güvel, E. ve Güvel, A. 2002. *Sigortacılık*. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Güvercin, C.H. 2004. Sosyal Güvenlik Kavramı ve Türkiye’de Sosyal Güvenliğin Tarihçesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 57 (2):89-95.
- Güzel, A. ve Okur, R.A. 1996. *Sosyal Güvenlik Hukuku*. İstanbul: Beta Yayınları.
- İstanbulluoğlu, H., Güleç, M. ve Oğur, R. 2010. *Sağlık Hizmetlerinin Finansman Yöntemleri*. Dirim Tıp Gazetesi.
- İş ve Sosyal Güvenlik Platformu. 2013. *Genel Sağlık Sigortası-Sağlık Yardımlarından Yararlanma Şartları-Trafik Kazalarındaki Özel Durum*. < 18 Nisan 2014. [http://www.isvesosyalguvenlik.com/genel-saglik-sigortasi-saglik-yardimlarindan-yararlanma-sartlari-trafik-kazalarindaki-ozel-durum/#.U1JpfVV\\_uTI](http://www.isvesosyalguvenlik.com/genel-saglik-sigortasi-saglik-yardimlarindan-yararlanma-sartlari-trafik-kazalarindaki-ozel-durum/#.U1JpfVV_uTI)>
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, Ş. 2010. *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Kaya, F. 2010. “Sigorta Branşları” (Ed. F. Kaya). *Sigortacılık*. İstanbul: Beta Yayınları.
- Kongar, B. 1989. *Sağlık Sigortaları*. Ankara: Türkiye Sosyal Ekonomik Siyasal Araştırmalar Vakfı.
- Leys, C. 2007. Piyasa İle Politika Arasında Sağlık Hizmetlerinin Konumu. (Ed. Ç. Keyder, N. Üstündağ ve T. Ağartan). *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Lister, J. 2008. *Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?* İstanbul: İnsev Yayınları.
- Marchildon, G.P. 2013. Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 15 (1):1-179.

- MEGEP. 2008. *Sağlık Sigortası*. Ankara: Milli Eğitim Bakanlığı.
- Oral, A.İ. 2002. *Dünyada ve Türkiye’de Sosyal Sigortalar Kapsamında Sağlık Sigortası Uygulamaları*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- Orhaner, E. 2000. *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Orhaner, E. 2000. *Türkiye’de Sağlık Sigortası*. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Ovalı, F. “Amerikan Sağlık Sistemi Obama İle Değişiyor mu? *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, Sayı.9.
- Özbolat, M. 2011. *Temel Sigortacılık*. Ankara: Seçkin Yayınevi.
- Özcan, Y. ve Özgen, H. 2001. Sağlık Sigortacılığı Politikasında Amerikan Sağlık Sigorta Sisteminden İzlenimler. *Yeni Türkiye Dergisi*. Özel Sağlık Sayısı. 7 (4):1494-1514.
- Özer, Ö. ve Şantaş, F. 2012. “Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı” *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2):96-103.
- Özşuca, Ş.T. 2009. “Sosyal Güvenlikte Reform, Sorunları Çözebilecek mi?” *Sosyal Güvenlik*, 1(1).
- Pala, K. 2007. *Türkiye İçin Nasıl Bir Sağlık Reformu?* 18 Nisan 2014 < <http://pdfkutuphane.com/turkiye-icin-nasil-bir-saglik-reformu-kayihan-pala-pdf-ekitap-indir.html>>
- Pekten, A. 2006. Genel Sağlık Sigortası ve Getirdiği Yenilikler. *Sayıştay Dergisi*. 61:119-138.
- Polanyi, K. 2005. *Büyük Dönüşüm: Çağımızın Siyasal ve Ekonomik Kökenleri*. (Çev.). A. Buğra. İstanbul: İletişim Yayınları.
- Sargutan, (2010). E. “Almanya Sağlık Sistemi” *Ülkelerin Sağlık Sektörleri, Sağlık Sistemleri ve Mali Yapıları*, 139-175. <http://www.sargutan.com/page17.html> (14.05.2014)
- Sargutan, (2010). E. “Kanada Sağlık Sistemi” *Ülkelerin Sağlık Sektörleri, Sağlık Sistemleri ve Mali Yapıları*, 139-175. <http://www.sargutan.com/page17.html> (14.05.2014)
- Sargutan, E. 2006. *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Serin, İ. 2004. *Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği*. İstanbul: Kazancı Kitabevi.
- SGK Rehberi. 2014. *Yurt Dışında Tedavi Olmanın Şartları Nelerdir?* 18 Nisan 2014. < <http://www.sgkrehberi.com/haber/19676/>>
- SGK, (2012). *Genelge*. [http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a/28.06.2012\\_2012\\_25.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a](http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a/28.06.2012_2012_25.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=42513bda-6eaa-4a3f-a257-239149e51e7a) (14.05.2014)

- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu Genel Gereğesi.* 2005.  
<<http://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem22/yil01/ss1139m.htm>>
- Sözer, A.N. 1997. *Sosyal Devlet Uygulamaları.* İzmir: Türkiye İşçi Emeklileri Yayını.
- Sülkü, S.N. 2011. *Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları,* T.C. Maliye Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara.
- Şakar, M. 2002. *Sosyal Sigortalar Uygulaması.* İstanbul: Beta Yayınları.
- Şakar, M. 2011. *Sosyal Sigortalar Uygulaması.* İstanbul: Beta Yayınları.
- Şenocak, H. 2009. Sosyal Güvenlik Sistemini Oluşturan Bileşenlerin Tarihi Süreç Işığında Değerlendirilmesi. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi.* 409-468.
- Talas, C. 1976. *Sosyal Ekonomi.* Ankara: Sevinç Matbaası.
- Tatar, F. 1996. *Sağlık Hizmetleri Finansman Kaynakları,* Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- TBMM Genel Kurul Tutanağı.** 18 Nisan 2014.  
<[http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak\\_g\\_sd.birlesim\\_baslangic?P4=16585&P5=H&page1=34&page2=34](http://www.tbmm.gov.tr/develop/owa/tutanak_g_sd.birlesim_baslangic?P4=16585&P5=H&page1=34&page2=34)>
- TTB. 2005. *Genel Sağlık Sigortası.* Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Tuncay, A.C. 1996. *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri.* İstanbul: Beta Yayınları.
- Tuncay, A.C. ve Ekmekçi, Ö. 2009. *Yeni Mevzuat Açısından Sosyal Güvenlik Hukukunun Esasları.* İstanbul: Legal Yayınevi.
- Tuncay, C. ve Ekmekçi, Ö. 2011. *Sosyal Güvenlik Hukuku Dersleri.* İstanbul: Beta Yayınları.
- Tunçomağ, K. 1982. *Sosyal Güvenlik Kavramı ve Sosyal Sigortalar.* İstanbul: Beta Yayınları.
- Türk Ticaret Kanunu,** Kanun No. 6102, Kabul Tarihi: 13.01.2011, R.G. Tarihi: 14.02.2011, R.G. Tarihi: 27846 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110214-1-1.htm>
- TÜSİAD. 2004. *Türk Emeklilik Sisteminde Reform: Mevcut Durum ve Alternatif Stratejiler.* 18 Nisan 2014 < <http://www.tusiad.org/>>
- Tüylüoğlu, Ş. ve Tekin, M. 2009. “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri” *Çukurova Üniversitesi İİBF Dergisi,* 13 (1):1-31.
- Uğurluoğlu, E. ve Özgen, H. “Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Hakkaniyet” *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi,* 11 (2):133-159.

Yıldırım, T. 2012. Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı. *Sigortacılık ve Sağlık Sigortacılığı*.

Haz: 70-100.

## EK-1: TAMAMLAYICI SAĞLIK SİGORTASI BAKIŞ AÇISI DEĞERLENDİRME ANKET FORMU

Sayın Katılımcı,

Aşağıda yer alan anket çalışması, yakın dönemde Sosyal Güvenlik Reformunun bir parçası olarak yasalaşması beklenen tamamlayıcı ve destekleyici sağlık sigortası uygulaması ile ilgili bakış açınızı belirlemeyi amaçlamaktadır. Ankete katılım gönüllüdür. Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler sadece bilimsel çalışma için kullanılacaktır.

Araştırmamıza göstermiş olduğunuz ilgiden ve yapacağımız katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

- 1) Cinsiyetiniz Kadın ( ) Erkek ( )
- 2) Yaşınız .....
- 3) Eğitim Durumunuz İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Lise ( ) Yüksek Okul ( )  
Fakülte ( ) Yüksek Lisans ve üstü ( )
- 4) Kronik Hastalığınız var mı? Evet ( ) Hayır ( )  
Varsa Belirtiniz.....
- 5) Sürekli Kullandığımız bir ilaç var mı? Evet ( ) Hayır ( )
- 6) Sosyal Güvenliği kim sağlıyor ? Kendi ( ) Anne-Baba ( ) Çocuk ( ) Eş ( )
- 7) Özel Sağlık Sigortası Kullanıyor musunuz? ( Cevap Evet ise 8. Soruyu, Hayır ise 9. Soruyu cevaplayınız.)  
Evet ( ) Hayır ( )
- 8) Özel Sağlık Sigortası **yaptırma nedeniniz** nedir? ( Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
  - Özel sigortamla özel sağlık kuruluşlarından faydalanarak daha kaliteli bir hizmet aldığım için ( )
  - Sağlığıma yapmış olduğum bir yatırım olarak düşündüğüm için ( )
  - Sürekli kullanmam gereken bir ilaç ve sürekli hekim kontrolünde olmam gerektiği için ( )
  - Çevremden duyduğum için ( )
  - Bağlı olunan sosyal güvenlik kurumunun sağladığı sağlık hizmetlerini yetersiz bulmam ( )
  - Ani olarak ortaya çıkabilecek hastalık riskine karşı önceden önlem almak ( )
  - Diğer  
(belirtiniz).....

9) Özel Sağlık Sigortası **yaptırmama nedeniniz** nedir?

- Primlerin çok pahalı olması nedeniyle ( )
- Devletin sağlamış olduğu sigorta beni yeterince tatmin etmesi nedeniyle ( )
- Özel Sağlık Sigortası şirketlerinin anlaşmalı olduğu kurumların yeterince güvenilir ve kaliteli olmaması nedeniyle ( )
- Özel sigorta şirketlerine gittiğimde yeterince bilgi alamamam ve beklediğim ilgiyi görmemem nedeniyle ( )
- Çevremden çok şikayet duymam nedeniyle ( )
- Diğer(belirtiniz)

.....

10) Sağlık hizmetine ihtiyacınız olduğunda ilk kez hangi sağlık kurumuna başvurmayı tercih edersiniz?

Üniversite Hastaneleri ( )

Devlet Hastaneleri ( )

Özel Hastane ( )

Semt Polikliniği ( )

Aile Hekimliği ( )

Nedeni.....

.

11) Son bir yılda kaç kez hastaneye giderek sağlık hizmeti aldınız?

12) Yılda cebinizden ne kadar sağlık harcaması yapıyorsunuz?

0-200 TL ( )    201-500 TL ( )    501-700 TL ( )    701-1500 TL ( )    1500-  
---( )

***Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası, Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından kapsama alınmayan ya da kapsama alındığı halde genel sağlık sigortası ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ilave ek ücret ödemesi gerektiren sağlık hizmetlerini, özel sigorta aracılığı ile sigorta kapsamına almaktır.***

13) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında bilginiz var mı? ( Cevap Hayır ise 16.

Soruya geçiniz.)

Evet ( )

Hayır ( )

14) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası hakkında bilgi düzeyiniz nedir?

Çok az bilgim var ( )

- Yeterince bilgim var ( )  
Oldukça fazla bilgim var ( )  
Konuyu tamamen biliyorum ( )  
Fikrim yok ( )

15) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası **kapsamı** hakkında bir bilginiz var mı?

Evet ( ) Hayır ( )

16) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünür müsünüz?

Evet( ) Hayır ( )

17) Tamamlayıcı ve Destekleyici Sağlık Sigortası yaptırmayı düşünürseniz aylık ne kadar bütçenizden ayırmayı düşünürsünüz?

0-200 TL ( ) 201-400 TL ( ) 401-600 TL ( ) 601-800 TL ( )

801-1000 TL ( ) 1001- --- ( )